

20 —  $\frac{4}{59}$

Ф8  
1-11

# РУКОВОДСТВО

къ

# А К У Ш Е Р С Т В У.

**О. ШИНГЕЛЬБЕРГА.**

ПРИВАТЪ—ДОЦЕНТА ГЕТТИНГЕНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

СЪ 80 РИСУНКАМИ ВЪ ТЕРЕСТЪ

(.Изг. Петерсбургъ)

ПЕРЕВОДЪ Г. МАКСИМОВА.

КАЗАНЬ.

ВЪ ТИПОГРАФИИ УНИВЕРСИТЕТА.

1861.

2715  
БАН

Печатать дозволяется съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи представлено было въ цензурный комитетъ узаконенное число экземпляровъ. Казань 8 Сентября 1861 г.

Отдѣльный цензоръ *И. Готвальдъ.*

РОССИЙСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
БИБЛИОТЕКА

5575-05



2005082020

5575-05

## ВВЕДЕНИЕ.

§ 1. Акушерство, какъ наука объемлетъ тѣ знанія и пособія которыя относятся къ родамъ въ физиологическомъ и патологическомъ ихъ состояннн.

Роды представляютъ актъ, состоящн изъ опредѣленнаго ряда процессовъ, начинающнся зачатнемъ и оканчивающнся выведеннмъ на свѣтъ новаго существа. Разныя явлення въ теченн родовъ только тогда можно понять надлежащнмъ образомъ, когда они будутъ относиться къ предшествовавшему развитн; точно также и значенн ихъ обнаруживается по ихъ отношенн къ *родильному состоянню*. Поэтому понятн объ Акушерствѣ по необходимости должно быть расширено: за предметъ его ученн должно принять беременность и роды. Такимъ образомъ Акушерство или ученн о размноженн составляетъ часть ученн о половой жизни женщины вообще, другая половина котораго — *гинекологн въ тѣсномъ смыслѣ* — занимается прочими половыми функциями въ здоровомъ и болѣзненномъ ихъ состоянн.

§ 2. Поэтому *цель* Акушерства состоитъ въ содѣйствнн и поданнн помощи женщинѣ во время беременности, родовъ и послѣродоваго состоянн, будутъ ли эти отправленн происходить правильно или неправильно. Отсюда само собой слѣдуетъ раздѣленн относящихся сюда ученн. *Первая часть* заключаетъ въ себѣ описанн правильного теченн этихъ процессовъ и изложенн относящихся сюда днэтическихъ пособнй — это *Физиологн, Днэтетика беременности, родовъ и послѣродоваго состоянн*; *вторая* занимается изложеннмъ неправильныхъ явленнй и необходимыхъ при этомъ пособнй — это *Патологн и Терапн беременности, родовъ и послѣродоваго состоянн*. Пособня, употребляемыя при этомъ, весьма различны, частню фармацевтическня, частню оперативныя; послѣдння по большей части спеціальн акушерскня, о которыхъ вовсе не говорится въ другихъ отдѣлахъ медицины. Они составляютъ также Общую Терапн Акушерства, и по-

тому должны быть разсматриваемы въ особенномъ отдѣлѣ въ отдѣлѣ объ *акушерскихъ* операціяхъ.

§ 3. Такимъ образомъ границы Акушерства опредѣляются точно и само собою ясно начинающему, какія науки должны служить ему *предуготовительными*. Онъ долженъ быть знакомъ съ Анатоміей и Физиологіей, особенно женскихъ половыхъ органовъ, а также и съ Эмбриологіей, потому-что Акушерство на столько можетъ принять ихъ въ объемъ своего ученія, на сколько Общую Терапія, Патологическую Анатомію, Гистологию и пр., на сколько вообще это нужно для яснаго изложенія основаній.

При этомъ Акушерство не можетъ не разсмотрѣть тѣхъ органовъ, которые по преимуществу участвуютъ въ актѣ размноженія, т. е. половыхъ частей и таза, относительно ихъ отправленій и состояній, столь явственно необходимыхъ при этихъ процессахъ, тѣмъ болѣе, что при изученіи анатоміи ихъ не разсматриваютъ такъ отчетливо и съ той точки зрѣнія, какъ это нужно акушеру. Поэтому необходимо такое изложеніе ихъ, которое на столько касалось бы чисто анатомической стороны, предполагаемой уже извѣстной, на сколько это нужно для яснаго акушерскаго изложенія.

Такимъ образомъ ученіе о женскомъ тазѣ и его содержимомъ составляетъ *предуготовительную часть Акушерства*, въ которой должно разсмотрѣть также *способы акушерскаго изслѣдованія* и его технику.

---

## ПЕРВОЕ ОТДѢЛЕНІЕ.

### ПРЕДУГОТОВИТЕЛЬНОЕ УЧЕНІЕ.

#### ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

##### БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ, ТАЗЪ И ПОЛОВЫЯ ЧАСТИ.

§ 4. Акушерство, какъ уже сказано въ введеніи, не обязано входить въ обширныя анатомическія подробности при описаніи тазовой полости, ея стѣнокъ и содержимаго, предполагая ихъ уже извѣстными. Напротивъ оно должно представить ихъ взаимное положеніе, показать особенности устройства и расположенія, которыя, такъ сказать, исключительно назначены для развитія и выведенія плода, чтобы такимъ образомъ доставить взглядъ на сущность занимающихъ насъ здѣсь процессовъ въ физиологическомъ и патологическомъ отношеніи и облегчить ихъ пониманіе.

По этому сперва будетъ описана брюшная полость, потомъ тазъ и въ заключеніе половыя части.

##### А. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

§ 5. *Общій обзоръ*: всего естественнѣе разсматривать брюшную полость какъ трубку или мѣшокъ, состоящій большей частью изъ мягкихъ частей, который виситъ на ребрахъ, книзу ограничивается мѣстомъ прикрѣпленія конечностей и поддерживается позвоночнымъ столбомъ такъ, чтобы стѣнки ея не спадались, но находились бы напротивъ всегда въ болѣе или менѣе натянутомъ состояніи. Въ этомъ мѣстѣ, кромѣ другихъ органовъ, находятся различные заворо-

ты паружнаго покрова внутрь, которые образуютъ системы трубокъ, принадлежащія частію шнцеварительному, частію мочевому и половому аппарату и расположенныя такъ, что первыя выполняютъ верхнюю часть мѣшка, а послѣднія нижнюю. Отверстія этихъ трубокъ обращены внизъ и могутъ въ высокой степени расширяться и суживаться. Хотя такимъ образомъ брюшная полость и доступна снаружки, тѣмъ не менѣе однако она заперта герметически.

Всѣ эти свойства заставляютъ предполагать, что для того, чтобы что-нибудь могло проникнуть въ ея органы, въ нихъ развиваться и расти, они должны перемѣнять мѣсто и имѣть растяжимыя стѣнки, что и дѣйствительно замѣчается въ высокой степени.

§ 6. *Форма брюшной полости:* изъ сказаннаго ясно, что форма живота, смотря по большому или меньшему количеству содержимаго, по мѣсту его, очень различна, такъ что знакомый съ положеніемъ частей, растяжимыми и плотными частями трубокъ, уже простымъ взглядомъ можетъ замѣтить съ достаточной вѣрностью, какого рода существуютъ измѣненія.

Въ большемъ видѣ брюшная полость имѣетъ форму болѣе или менѣе правильнаго, на нѣкоторыхъ мѣстахъ (особенно кзади) вогнутаго цилиндра, похожаго на бочку, который въ верхней части равномерно широкъ, книзу слишкомъ суженъ, у женщинъ же, правильно сложенныхъ, въ срединѣ шире, нежели вверху. Поэтому разрѣзы, проведенные по различнымъ плоскостямъ живота будутъ имѣть примѣрно слѣдующія формы: *вертикальный разрѣзъ* (*Frontalschnitt*—отвѣсно по срединной плоскости—Henle) въ своемъ очертаніи

Ф. 1.

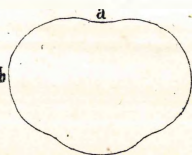


походить на два пересѣкающіеся круга (Фиг. 1), изъ которыхъ болѣе находится книзу, а меньшій кверху отъ передне-верхней подвздошной ости. Чѣмъ лучше сложена женщина, тѣмъ это рѣзче выражается уже и снаружки волнообразной талей съ постепенно выдающимися подвздошными костями; между тѣмъ какъ у нѣжныхъ особъ съ мужскими формами эта выгнутая линія дѣлается прямой, а у беременныхъ, у которыхъ пространство между подвздошными костями и ребрами сильно выпукло, эта линія выгнута кнаружи.

*Горизонтальный разрѣзъ* имѣетъ или форму сердца, или

почекъ, смотря по высотѣ, на которой онъ проведенъ. Чѣмъ онъ проведенъ выше, тѣмъ болѣе его форма подходитъ къ первой, при обратныхъ условіяхъ ко второй. Соединительный діаметръ (фиг. 2) въ этомъ разрѣзѣ меньше поперечнаго, длина котораго достигаетъ наибольшаго размѣра между обѣими передне-верхними подвздошными осями. Въ беременности же напротивъ соединительный діаметръ значительно превышаетъ поперечный и всего длиннѣе на высотѣ пупка. Разрѣзъ, параллельный срединной или соединительной плоскости (направленный спереди къзади) въ верхней и средней части имѣетъ очертаніе почти эллипсиса; только правильность фигуры большей частью нарушается S виднымъ изгибашемъ позвоночнаго столба, которое особенно рѣзко въ поясничной и крестцовой части и обращено выпуклостью впередъ. Вслѣдствіе этого разрѣзъ походитъ на прикладъ карабина.

Ф. 2.

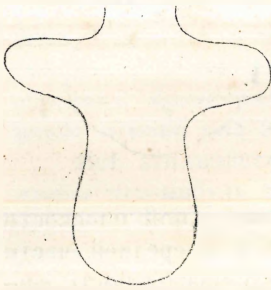


§ 7. Изгибаніе позвоночнаго столба поясничной области у правильно сложенныхъ женщинъ выражается всегда (постепенной) легкой вогнутостью сзади, которая граціозно переходитъ въ выпуклость груди и крестца. Отступленія отъ этого такъ важны и характеристичны, что тотчасъ же можно дѣлать по нимъ дальнѣйшія заключенія объ особенностяхъ таза (о чемъ будетъ рѣчь потомъ). И самая беременность обуславливаетъ измѣненія этого изгиба, принуждая женщинъ, вслѣдствіе смѣщенія центра тяжести впередъ, наклоняться для равновѣсія къзади, и тѣмъ производитъ увеличеніе изгиба въ поясничной области. Боковыя искривленія позвоночнаго столба встрѣчаются не только при scoliosis, но бываютъ въ большей или меньшей степени у всѣхъ людей (Henle, Hirtl). Они вознаграждаютъ искривленія грудной части позвоночнаго столба вправо.

§ 8. Стѣнки брюшной полости. Верхняя и нижняя стѣнки, Diaphragma thoracis и diaphragma pelvis (G. H. Meyer), состоятъ изъ мягкихъ частей, шарообразно выгнуты и выпуклостями обращены одна къ другой. Передняя, также выпуклая стѣнка составлена, за исключеніемъ самой нижней части, изъ мягкихъ частей; боковыя мягки только въ срединѣ, на остальномъ же пространствѣ состоятъ изъ костей. Задняя стѣнка въ срединѣ совершенно костяная, по бокамъ нѣтъ костей только на небольшомъ пространствѣ, гдѣ онѣ замѣнены мышцами, прилежащими къ позвоночно-

му столбу, (*m. quadrato lumborum*). — Если предположимъ, что мягкія стѣнки отдѣлены отъ точекъ своего прикрѣпленія и растянуты по плоскости, то получимъ кресто-образную фигуру (фиг. 3). Изъ этого распредѣленія видно, какія измѣненія формы и положенія должно произвести въ брюшной полости, наполненной подвижными органами, тѣло, растущее по направленію снизу вверхъ.

Ф. 3.



§ 9. Раздѣленіе брюшной полости. Кромѣ двухъ упомянутыхъ перегородокъ (§ 8), въ брюшной полости есть еще третья, именно часть брюшины, простирающаяся между *synchondr. os. pub.* и серединой перваго крестцоваго позвонка на одинакой высотѣ съ *linea ileo-rectinea* и *synchondr. sacro-iliaca*. Эта перегородка самая подвижная, почему и можетъ быть названа *diaphragma mobile*. Прочно соединясь съ костями, она раздѣляетъ брюшную полость на два пространства, верхнее и нижнее, большой и малый тазъ. Первый совершенно выстилается брюшиной, въ послѣднемъ же она только образуетъ родъ крыши (*Dach*) и отчасти тѣсно сростается съ находящимися здѣсь органами. Верхняя полость самая обширная и составляетъ  $\frac{2}{3}$  всей брюшной полости; въ ней находится пищеварительный и часть мочеваго аппарата. Нижняя меньше и заключаетъ въ себѣ мочевые и половые органы съ прямой кишкой. Обѣ полости при посредствѣ *diaphr. mobile* находятся между собой въ такомъ соотношеніи, что одна можетъ увеличиваться на счетъ другой, и органъ нижней можетъ известное время находиться большей своей частью въ верхней. Естественно этого нельзя сдѣлать безъ смѣщенія другихъ органовъ верхней полости и безъ расширенія ея стѣнокъ.

§ 10. Изученіе содержимаго собственно брюшной полости также не представляется намъ необходимымъ и предполагается уже оконченнымъ. По этому я ограничусь описаніемъ нижней полости — *таза* и разсмотрю сперве костныя ея стѣнки — *тазъ*, который долженъ быть здѣсь описанъ полностью, хотя и составляетъ часть стѣнокъ верхней полости, потому что родовые органы во время беременности приходятъ въ соприкосновеніе съ верхними частями таза.



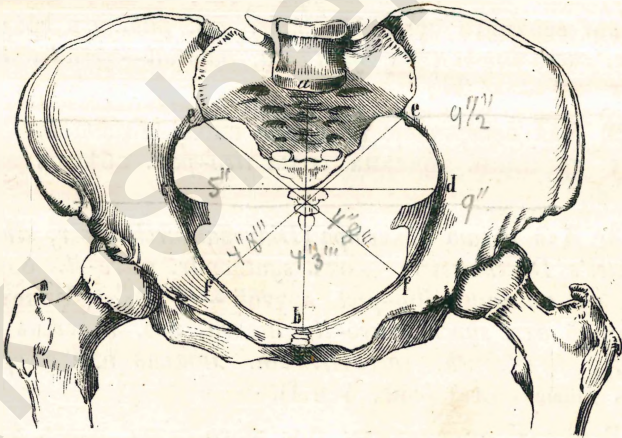
В. ТАЗЪ.

§ 11. Тазъ состоитъ изъ обѣихъ подвздошныхъ костей, составляющихъ опору для бедръ и имѣющихъ въ очертаніи сходство съ песочными часами или съ цифрой 8, лопатообразнаго крестца, треугольнаго, обращеннаго вершуккой внизъ копчика (Henis) и ихъ связокъ. Обыкновенно сюда же относятъ и два послѣднихъ нижнихъ поясничныхъ позвонка и ихъ связки.

Тазъ, разсматриваемый вообще, представляется въ видѣ глубокой тарелки съ широкими, плоскими краями, или состоящимъ изъ двухъ, одинъ на другомъ лежащихъ колецъ, между которыми границей *linea innominata*, проведенная отъ середины *Synchondr. oss. pub.* чрезъ *crista ileopectinea*, тупой край боковой части крестца косвенно вверхъ до середины *synchondr. sacro-lumb. (promontorium)*. Плоскость, ограничиваемая ей, называется *входомъ въ тазъ*, верхнимъ тазовымъ отверстіемъ. (Фиг. 4). Очертаніе его эллипсисъ, смотря по

Ф. 7.

Фиг. 4.



Правильный тазъ — спереди, въ одну четверть нормальной величины.

большему или меньшему выстоянію крестца, приближается то къ фигурѣ трефовой масти, то къ фигурѣ почекъ.

Верхнее изъ этихъ колецъ *большой тазъ*, нижнее — *малый*.

§ 12. *Большой тазъ* состоитъ только съ боковъ и сзади отчасти изъ костей, изъ плоскихъ частей *os. coxae*, ле-

жащихъ между ними двухъ послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ и части крестца, Недостающая передняя стѣнка пополняется у живой женщины брюшными мышцами и мягкими частями, лежащими *in annulo crurali*.

*Вышина* этого кольца по сторонамъ почти одинакова, взади же и кпереди слишкомъ мала, потому-что тамъ находятся значительныя выемки. *Ширина* вверху больше, нежели внизу, потому-что боковыя плоскости очень круто сходятся, такъ что продолженія ихъ книзу сошлись бы приблизительно на высотѣ 4-го крестцоваго позвонка. (Наклонныя плоскости подвздошныхъ костей).

Это всего яснѣе изъ слѣдующихъ отношеній верхняго и нижняго края :

Разстояніе между *передне-верхними подвздошными остями Sp. I.* по Michaelis) среднимъ числомъ доходить до 9", разстояніе между наибольшимъ выгибомъ *crista il.*, лежащимъ почти на срединѣ ихъ, наибольшей поперечный діаметръ большаго таза (*Cr. I.*) — 9½".

Въ плоскости, разделяющей большой и малый тазъ, въ *тазовомъ входѣ*, существуютъ слѣдующіе размѣры.

1) Для *прямаго діаметра* (Фиг. 4 ab), идущаго отъ середины верхняго края *synchondr. oss. pub.* къ срединѣ *synchondr. sacro-lumb.* (*Conjugata vera, Sagittal—gerader Durchmesser*) (*C. v.*) — 4" 3".

2) Для *поперечнаго діаметра* входа (*Frontaldurchmesser*) — между средними точками *crista ileo-pect.* обѣихъ сторонъ — 5" (c d).

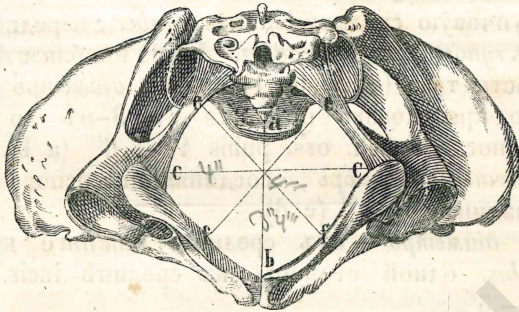
3) Для *косаго діаметра* (*Diagonaldurchmesser, schräger* или *Deventer's Durchmesser*) — отъ *synchondr. sacro-il.* одной стороны къ *eminentia ileo-pect.* другой — 4" 8". (Діаметръ, проведенный отъ *synch. sacro-il. dextra*, наз. *правымъ или первымъ*, а отъ *synch. sacro-il. sin.* *лѣвымъ или вторымъ* косымъ діаметромъ) (Фиг. 4 e f).

Верхняя окружность большаго таза равна 24" — 26", окружность тазоваго входа 15" — 16".

§ 13. *Малый тазъ*, собственно тазовая полость, образуется *лонными и спдалищными костями, крестцомъ и копчикомъ*. Хотя онъ и окруженъ костями, однако на нѣкоторыхъ мѣстахъ находятся частію большія отверстія, частію же глубокія выемки; послѣднія запираются мягкими частями, плотными связками или оболочками.

Нижнее отверстие, тазовый выход, (Фиг. 5) ограничивается

Ф. 5.



Видъ тазоваго выхода — снизу, въ одну четверть нормальной величины.

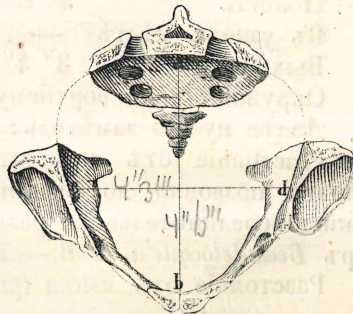
спереди всей лонной дугой, съдальными буграми, сзади верхушкой крестца и направленнымъ внутри копчикомъ, съ боковъ и сзади связками (*lig. sacro-tuber.* и *sacro-spinosa*) и выполняется *diaphragmate pelvis*. Самая полость таза въ срединѣ всего шире, къ выходу нѣсколько уже, почему и принимаютъ самое узкое мѣсто (*Beckenenge*); но въ этомъ нѣтъ надобности, потому—что границы его, за исключеніемъ боковыхъ, образуемыхъ съдальными остями (*spinae ischii*), совпадаютъ съ границами выхода. Самое широкое мѣсто тазовой полости (*Beckenweite*) ограничивается линіей, идущей отъ середины *synchondr. oss. pubis* чрезъ верхней край *foram. obturatorii*, вертикальную область къ мѣсту соединенія 2-го поясничнаго позвонка съ третьимъ (Фиг. 6).

Ф. 6.

§ 14. Размѣры этихъ отдѣльныхъ частей слѣдующіе:

Въ тазовомъ выходѣ (Ф. 5)

1) для прямаго диаметра отъ нижняго края *synch. oss. pubis* къ верхушкѣ копчика —  $3'' 4'''$  (a b). Отъ подвижности копчика онъ измѣняется, почему за постоянный прямой диаметръ принимаютъ линію, проведенную отъ *synch. oss. pubis* къ верхушкѣ крестца, равную  $4'' 3'''$ .



2) Для поперечнаго діаметра — между *tub. oss. ischii* — 4" (с с).

3) Проводить косые діаметры бесполезно, потому что они измѣняются, такъ какъ задняя конечная ихъ точка падаетъ на уступчивую средину *lig. sacro-tuber.*; передняя встрѣтилась бы съ *synost. pubo-ischiadica*. Длина приблизительно 4".

Въ полости таза (фиг. 6) 1) прямой діаметръ отъ соединенія 2-го крестцоваго позвонка съ 3-мъ до середины задней поверхности *synch. oss. pubis* 4" — 6" (а b).

2) Поперечный діаметръ, соединяющій основанія вертлюжныхъ впадинъ, 4" 3" (с d).

3) Косой діаметръ — отъ середины нижняго края *rami horiz. oss. pubis*. одной стороны къ срединѣ *incis. ischiad. sup.* другой — 5".

Въ узкомъ мѣстѣ таза поперечный діаметръ — между обѣими сѣдалищами остями (*spinae ischiad.*) — 3" 8".

Изъ этого уже видно, что наибольшій діаметръ входа — поперечный, въ полости — косой, въ выходѣ прямой. Этотъ-то путь и должно постепенно описывать тѣло, проходящее черезъ тазъ (но объ этомъ потомъ)<sup>1)</sup>.

§ 15. Сопоставленіе данныхъ размѣровъ облегчитъ обзоръ ихъ тѣмъ болѣе, что за ними будутъ слѣдовать еще нѣкоторые другіе, важныя для Акушерства.

I) Большой тазъ.

Sp. I. . . . . 9".  
 Cr. I. . . . . 9" 6".  
 Окружность . . . . 24 — 26".

II) Малый тазъ.

	прямой	поперечный	косой діаметръ
Входъ	4" 3".	5"	4" 8".
Полость	4" 6".	4" 3"	5".
Въ узкомъ мѣстѣ	—	3" 8"	—
Выходъ	3" 4" — 4" 3"	4"	4".
Окружность по верхнему краю	15 — 16".		

Далѣе нужно замѣтить:

Разстояніе отъ остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка до верхняго края *synch. oss. pubis* — наружный соединительный размѣръ (*conjugata externa*), размѣръ *Beaudelocque'a*, *D B* — 7" 5" (Michaelis).

Разстояніе отъ мыска (*promontorium*) до нижняго края

<sup>1)</sup> Данные размѣры взяты у Krause.

*synch. oss. pub.* — *conjugata diagonalis* — прямой соединительный диаметр *С d* — 4" 8''' (Michaelis).

Разстояние между большими вертлюгами—*D. Tr.*—11½".

Разстояние между задне-верхними подвздошными остями (*Spina post. sup. oss. il.*) — 3" 8'''.

Разстояние между задне-верхней подвздошной остью и передне-верхней одной стороны — 5" 10'''.

Разстояние между передне-верхней подвздошной остью одной стороны и задне-верхней другой 7" 9''' (Mich.).

§ 16. Вышина малаго таза не вездѣ одинакова, вслѣдствіе глубокихъ выемокъ, находящихся на нижнемъ его краѣ. Ихъ три: одна передне-средняя и двѣ задне-боковыхъ. Передне-средняя образуется нижними краями обѣихъ гребенныхъ костей, сходящихся кпереди и кверху; высшую ея точку составляетъ нижній конецъ лобковаго сочлененія. Она представляетъ дугообразную вырѣзку, *лонную дугу* (*arcus pubis*), уголъ которой, скругленный *lig. arcuato infer.*, равенъ 95°—100° (всегда больше прямого угла). Гребенныя кости, составляющія дугу, называются также *боками* (*Schenkel*) лонной дуги; ихъ нижній край плоскъ, кпереди выпуклъ, а внизу вогнутъ.

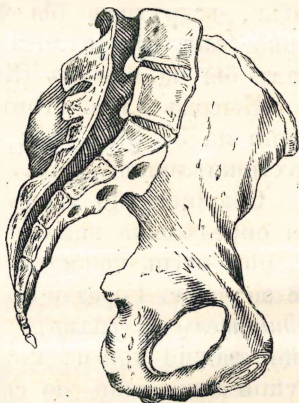
Выемку на боковой стѣнкѣ представляетъ *крестцово-сѣдалищная вырѣзка* (*incisura sacro-ischiastica*), длиннѣйшій диаметръ которой идетъ кпереди и кверху; вверху она скруглена, спереди ограничивается заднимъ краемъ подвздошной кости, кзади боковымъ краемъ крестца и копчика. (Henle).

Вышина таза поѣтому слѣдующая (фиг. 7): на задней стѣнкѣ (отъ мыска до оконечности копчика) 4" 9''' ; на боковой стѣнкѣ отъ *crista ileo-pectinea* до сѣдалищнаго бугра 3" 6''' ; на передней стѣнки въ срединной линіи (вышина *synch. oss. pubis*) 1" 8'''.

Вышина всего таза отъ самой возвышенной точки *cristae oss. il.* до сѣдалищнаго бугра доходитъ до 7" 3''' (Krause).

§ 17. Тазъ не слѣдуетъ направленію оси тѣла, но образуетъ съ позвоночнымъ столбомъ уголъ въ 130°—140°; его каналь горизонталенъ, но входитъ его лежитъ въ плоскости, наклонной переднимъ краемъ внизъ (фиг. 7 и 8). Степень этого на-

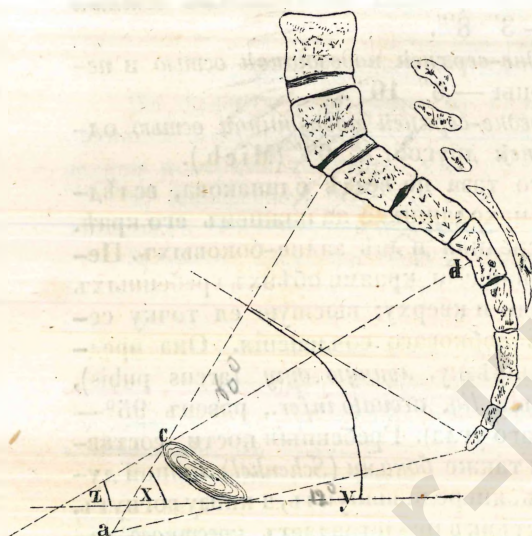
Ф. 7.



Перпендикулярный разрѣзъ чрезъ средину таза, въ одну четверть правильной величины.

лоненія опредѣляется угломъ, образуемымъ прямымъ діаметромъ входа и го-

Ф. 8.



ризонгальной линіей (Фиг. 8); онъ видоизмѣняется между  $55^{\circ}$  и  $65^{\circ}$  (Краусе), среднимъ числомъ  $60^{\circ}$ .

И выходъ таза имѣетъ тоже наклоненіе книзу; только оно не совпадаетъ съ наклоненіемъ входа, но уголъ, образуемый прямымъ діаметромъ выхода (считая отъ верхушки копчика) съ горизонтомъ, колеблется между  $7^{\circ}$  и  $27^{\circ}$ , среднимъ числомъ  $12^{\circ}$  (Фиг. 7 и 8).

Если оба прямые діаметра продолжить кпереди, то они пересѣклись бы впереди нижняго края лоннаго сочлененія въ раз-

стояніи  $1''$  (въ *a*). — Лотъ, опущенный на средину тазоваго входа, встрѣтилъ бы брюшную стѣнку почти въ сторонѣ пупка (Фиг. 8); а лотъ, направленный въ средину выхода, упалъ бы на мысокъ (Краусе).

Мысокъ сѣд. стоитъ выше верхняго края лоннаго сочлененія на  $3''$   $6'''$  —  $8'''$ ; конецъ копчика на  $6'''$  —  $8'''$  выше верхушки лонной дуги.

Обыкновенно уголъ наклоненія тазоваго входа берутъ для опредѣленія наклонности таза; но, но по предъидущему, онъ очень непостояненъ; и потому имѣетъ только малое значеніе. Гораздо полезнѣе такъ называемый *нормальный соединительный размыръ* (*Normal-Conjugata* G. H. Meyer's) — линія, задній конецъ которой упирается въ легкій перегибъ, идущій поперечно по срединѣ 3-го крестцоваго позвонка, а передній въ верхій край лоннаго сочлененія, въ срединѣ между *tubercula pubis* (Фиг. 8 *cd*). Задній конецъ этой линіи лежитъ выше передняго и образуетъ съ горизонтомъ уголъ

въ 30 (z). Онъ довольно постояненъ и колебанія угла между нормальнымъ и истиннымъ соединительнымъ размѣромъ такія же, какъ и между *conjugata vera* и горизонтомъ, такъ что по первому можно довольно вѣрно заключить о послѣднемъ. Уже чрезъ это дѣлается вѣроятнымъ постоянное положеніе нормального соедин. размѣра, къ чему присоединяется то, что онъ имѣетъ очень постоянное положеніе относительно другихъ линій и точекъ таза. (См Meug «Lehrbuch der physiol. Anatomie»; 1 p. 119). — Для того, чтобы дать тазу, безъ помощи нормального соедин. размѣра, приблизительно правильную постановку, самое лучшее привести въ отвѣсную плоскость *передне-верхнюю подвздошную ось* и оба *лонные бугорка*.

§ 18. Изъ изложенныхъ уже раньше размѣровъ большаго и малаго таза видно, что оба они представляютъ многія *наклонныя плоскости*, направленныя такъ, что продолженія ихъ, для большаго таза, пересѣкаются въ полости малаго, почти на высотѣ 3-го крестцоваго позвонка. Сюда принадлежатъ внутреннія поверхности обѣихъ подвздошныхъ костей, направленныя кнутри и книзу, и передняя поверхность обѣихъ послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ, идущая книзу и нѣсколько къзади. — *Наклонныя плоскости малаго таза* суть: оба дна вертлюжныхъ ямокъ, сходящіяся кнутри и книзу, — *plana inclinata oss. ischii* — къзади и книзу идущія поверхности обѣихъ первыхъ крестцовыхъ позвонковъ и задней стѣнки лоннаго сочлененія; въ третьихъ — кпереди и книзу обращенная поверхность нижнихъ крестцовыхъ позвонковъ; которой соответствуетъ скругленный край ножекъ бедренной дуги. Продолженіе обѣихъ *planum inclinatum oss. ischii* встрѣтились бы между серединами сказанныхъ ножекъ.

Поэтому большой и малый тазъ представляютъ воронку съ искривленными стѣнками, въ которой большой тазъ трубку входа, малый трубку выхода; такимъ образомъ выходъ является самой узкой частью.

Кривизна воронки зависитъ въ особенности отъ задней стѣнки; крестецъ описываетъ почти часть круга, центръ котораго лежитъ около 1" впереди лоннаго сочлененія. Задняя поверхность лоннаго сочлененія также описываетъ кругъ, concentричный съ предыдущимъ, съ выпуклостью, обращенной къ крестцу. Но кривизна крестца не такъ велика, какъ кривизна задней поверхности лоннаго сочлененія, и такъ какъ послѣдняя ближе къ центру, то тѣло, соскальзываю-

щее по крестцу и лонному сочлененію, въ одинаковое время должно описать на первой большій отрѣзокъ, нежели на второй. Поэтому по крестцу оно движется быстрѣе, а на лонномъ сочлененіи такъ медленно, что здѣсь оно, по видимому, остается въ покоѣ, укрѣплено (упирание головки во время родовъ).

§ 19. Образцомъ для направленія тазоваго канала, служитъ крестецъ, почему линія проведенная посрединѣ таза никогда не можетъ быть прямой. Такую линію получаютъ, представивъ себѣ среднія точки прямыхъ діаметровъ всевозможныхъ плоскостей таза соединенными линіей. Она должна быть отвѣсной къ срединѣ каждой плоскости, а слѣд. и къ прямому діаметру входа и выхода слѣдов. эта линія, называемая *тазовой осью, срединной, центральной линіей*, въ тазовомъ входѣ будетъ направлена спереди и сверху кзади и книзу, начиная съ 3-го крестцовога позвонка будетъ поворачиваться впередъ при чемъ сначала пойдетъ прямо внизъ, потомъ, по направленію обоихъ нижнихъ крестцовыхъ позвонковъ и кончика, кпереди и книзу и, продолжаясь такимъ образомъ *по промежности*, пойдетъ совершенно кпереди, и кверху и наконецъ прямо кверху. Самая выпуклая часть этой кривизны будетъ находиться ниже середины тазовой полости. (фиг. 8).

§ 20. Полость таза *можетъ расширяться* и способность ея расширяться въ разныя стороны различна. Передвиженіемъ *diaphr. mobilis* вверхъ, и надавленіемъ *diaphr. pelvis* полость таза можетъ быть увеличена вверхъ и внизъ до двойнаго размѣра. Только это расширение не распространяется на самый тазъ. Расширеніе его можетъ происходить отъ *уступчивости членосоставныхъ его хрящей и связокъ*. А это возможно, по крайней мѣрѣ при родахъ, когда *synch. oss. pubis* и *synch. sacroil.* сильно разрыхлены вслѣдствіе усиленнаго во время беременности притока соковъ, такъ что эти соединенія часто совершенно теряютъ свою прочность. Также и соединеніе крестца съ копчикомъ такъ уступчиво, что послѣдній отъснѣяется при родахъ кзади на 1", а чрезъ то можетъ значительно расширяться тазовый выходъ. Едва ли нужно говорить о томъ, какъ много могутъ содѣйствовать увеличенію тазовыхъ пространствъ его (*foramina*) отверстія и вырѣзки (*incisurae*).

Кромѣ расширяемости, тазъ имѣетъ еще значительную *эластичность*, благодаря соединенію его частей посредствомъ подвижныхъ сочлененій (*diarthrosis*) и связокъ, которая также



явственно выражается во время беременности и может защищать плод отъ нѣкоторыхъ наружныхъ насилій.

§ 21. Тазъ есть та часть скелета, въ которой явственно всею высказывается различіе половъ. Подвздошныя кости у женщины стоятъ плоче, чѣмъ у мужчины; мысокъ не такъ выдается впередъ, такъ что преобладаетъ поперечно — эллиптическая форма, тогда какъ у мужчинъ правильная форма входа — сердце. Малый тазъ у женщинъ ниже, но шире, выходъ шире; лонная дуга представляетъ кривую линію, а у мужчинъ изломанную подъ угломъ.

Вообще женскій тазъ можно считать приближающимся къ рахитическому; въ такомъ случаѣ надобно принять, что во время развитія онъ мягче мужскаго. Поэтому онъ отличается отъ мужскаго преимущественно слѣдующими чертами: 1) сильнымъ искривленіемъ крестца въ 3-мъ позвонкѣ; 2) болѣе широкимъ поперечнымъ діаметромъ сравнительно съ прямымъ и соединеннымъ съ этимъ 3) большимъ удаленіемъ сѣдалищныхъ бугровъ одного отъ другаго и большей шириной лонной дуги (G. H. Meyer 1. с. р. 121).

§ 22. Въ заключеніе надобно еще замѣтить, что хотя обыкновенная форма тазоваго входа и представляется въ видѣ притупленной фигуры трефовой масти, но и у бѣлой расы (гасе) могутъ встрѣчаться индивидуальныя отличія, не бывъ вовсе патологическими. Именно встрѣчаютъ еще: 1) сильно поперечно эллиптическую форму, при которой поперечный діаметръ значительно больше другихъ; 2) вдоль-эллиптическую, при которой тоже надобно сказать о прямомъ діаметрѣ; и 3) круглую форму, которая обуславливается равенствомъ всѣхъ діаметровъ.

#### С. ПОЛОВЫЕ И СОСѢДНІЕ СЪ НИМИ ОРГАНЫ.

§ 23. Половые и мочевые органы, по своему развитію и по соединенію выводящихъ ихъ каналовъ въ одинъ непарный мѣшокъ — *sinus uro-genitalis*, преддверіе влагалища, *vestibulum*, находятся между собой въ такой тѣсной анатомической связи, что ихъ разсматриваютъ какъ бы принадлежащими къ одной анатомической системѣ, не смотря на различныя ихъ отправленія. Это единство, болѣе полное у мужчинъ, нежели у женщинъ, явственно выражается въ слизистой ихъ оболочкѣ, которая частію выстилаетъ разомъ обѣ системы и только въ послѣдствіи идетъ по разнымъ путямъ.

Половой аппаратъ, подобно мочевымъ органамъ, со-

стоитъ изъ парныхъ желѣзъ, производящихъ зародыши — *яичниковъ* (*ovarium*); изъ выводящихъ каналовъ ихъ — *маточныхъ трубъ* (*tubae Fallopiæ*), которыя соединяются въ непарномъ органѣ — *въ матку* (*uterus*). Полость матки открывается въ широкой каналъ, *влагалище* (*vagina*), аппаратъ оплодотворенія, и оканчивается на поверхность въ *sinus urogenitalis*.

По тѣсной связи съ дѣтородными частями, здѣсь нужно также рассмотреть и мочевой пузырь съ мочеиспускательнымъ каналомъ и прямой кишкой.

§ 24. *Sinus urogenitalis, наружныя половыя части.*

Части окружающія *влагалище*, *большія срамныя губы*, (*labia majora*) суть удвоенія кожи, которыя отъ отложенія жира въ подкожной ткани получаютъ значительную толщину и напряженность. Последняя вособенности бываетъ у молодыхъ особъ, у которыхъ *влагалище* совершенно закрывается срамными губами; у особъ, уже рождавшихъ, или имѣющихъ слишкомъ частое совокупленіе, онѣ далеко расходятся между собой. Кожа на губахъ чрезвычайно тягуча, почти также, какъ и на мошонкѣ. Кверху онѣ оканчиваются на *лонномъ бугоркѣ* (*mons Veneris*), къзади доходитъ до промежности, гдѣ онѣ соединяются между собой посредствомъ спайки — *frenulum labiorum*. Между ними находится продолговатая раселина — *rima pudendi* — которая, углубляясь къзади въ уздечку, образуетъ такъ называемую *ладвеобразную ямку* (*fossa navicularis*). Упомянутая спайка очень тонка и нѣжна, обыкновенно отъ насильственного совокупленія и растяженія при родахъ разрывается, и тогда *ладвевидная ямка* исчезаетъ.

Второе удвоеніе составляютъ *малыя губы* (*nymphæ, labia minora*), прилежащія къ внутренней поверхности большихъ губъ; онѣ значительно тоньше. Въ верхней части ихъ находится *похотникъ* (*clitoris*), при чемъ каждая изъ нихъ раздвояется и соединяется съ соотвѣтственной частью другой стороны. Происходящая такимъ образомъ маленькая трубка содержитъ *головку похотника* (*glans clitoridis*) и называется *крайней плотью* (*præputium*), а нижняя ихъ спайка — *уздечкой* (*frenulum clitoridis*). — Малыя губы зазубрены, розовокраснаго цвѣта, покрываются большими губами; отъ частыхъ совокупленій онѣ разрыхляются, дѣлаются похожими на пѣтушій гребешокъ, удлиняются и получаютъ болѣе желтоватый цвѣтъ.

*Похотникъ*, соотвѣтствующій мужескому дѣтородному улу,

только безъ канала, состоитъ изъ двухъ припухающихъ тѣлъ и головки; они начинаются отъ сѣдалищныхъ костей, укладываются одинъ подлѣ другаго и такимъ образомъ составляютъ органъ возбужденія.

Въ *преддверіи*, въ пространствѣ между большими губами, внутри малыхъ губъ, открываются *мочеиспускательный каналъ и влагалище*. Первый оканчивается 5''' — 6''' ниже похотника, надъ входомъ во влагалище; отверстіе окружено сверху маленькимъ, круговымъ валикомъ, который при введеніи катетера служитъ опорой пальцу. Вправо и влѣво отъ *входа во влагалище (introitus vaginae)* находятся отверстія выводящихъ каналовъ *Бартолиновыхъ* желѣзъ, соотвѣствующихъ Куперовымъ желѣзамъ мужчинъ.

*Покровы* наружныхъ половыхъ частей суть продолженія наружной кожи, которая на наружной поверхности большихъ губъ находится безъ измѣненія. На внутренней же ихъ поверхности она уже краснѣе и тоньше, хотя еще и не имѣетъ характера совершенной слизистой оболочки; свойства ея здѣсь тѣже, какъ и на губахъ рта. Въмѣсто слизистыхъ мѣшечковъ, она содержитъ много сальныхъ желѣзъ, отдѣляющихъ *sebum*. Покровы малыхъ губъ, особенно на внутренней ихъ поверхности, представляютъ чистую слизистую оболочку; здѣсь находятся также и слизистыя мѣшечки.

§ 25. *Мочевой пузырь и мочеиспускательный каналъ*. — Отверстіе пузыря ведетъ въ трубку, 1½" дл., которая по строенію совершенно сходна съ *перепончатой частью мочеиспускательнаго канала (pars membranacea urethrae)* мужчинъ. — Это *мочеиспускательный каналъ* и здѣсь также два *пещеристыхъ тѣла [(corpora cavernosa (Kobelt))]*, которыя имѣютъ большій объемъ, сравнительно съ мужскими. При половомъ возбужденіи они сильно припухаютъ и могутъ значительно суживать входъ и нижній отдѣлъ влагалища. Эти пещеристыя тѣла во время родовъ сильно припухаютъ, вслѣдствіе застоя крови въ венахъ, обусловливаемаго давленіемъ, даже представляются узлы (*varices*), легко лопающіеся и могущіе подать поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ. Мочеиспускательный каналъ женщины можетъ расширяться у женщины на 6"к.

*Мочевой пузырь* состоитъ изъ слизистой оболочки и мышечныхъ волоконъ, идущихъ въ поперечномъ, косвенномъ или вдольномъ направленіяхъ; отчасти онъ покрывается брюшиной. Въ отверстіи его скучиваются круговыя волокна такъ, что образуютъ собственный мускулъ — *sphincter vesicae*. Слой вдольныхъ волоконъ можно также разсматривать за от-

дѣльный мускуль — *detrusor urinae*; они антагонисты. Въ наполненномъ состояніи пузырь имѣетъ форму уплощеннаго кверху сфероида, который у женщинъ бываетъ плоскимъ также по направленію спереди къзади, слѣд. имѣетъ меньшей прямой діаметръ, нежели у мужчинъ. Такимъ образомъ органъ получаетъ форму плоско-сдавленной груши. Находясь позади *synch. oss. pubis*, возвышаясь еще и надъ нимъ, мочевой пузырь граничитъ къзади маткой, книзу влагалищемъ, съ боковъ посредствомъ связокъ прикрѣпляется къ тазу. Въ этихъ предѣлахъ онъ имѣетъ большое пространство для своего расширенія, при чемъ отгѣсняетъ матку къзади, къ прямой кишкѣ, но преимущественно книзу опускается во влагалище, кпереди и кверху поднимается до брюшныхъ стѣнокъ.

§ 26. *Влагалище (vagina)* есть каналъ, воспринимающій при совокупленіи мужескій дѣтородный членъ и служащій маткѣ выводящимъ каналомъ. Длина его около 4", поперечный діаметръ доходитъ до 1"; и въ спокойномъ состояніи влагалище не имѣетъ просвѣта (*lumen*), а потому не можетъ быть и рѣчи объ его діаметрѣ спереди къзади. Передняя и задняя стѣнки влагалища, даже при частомъ нарушеніи его покоя, плотно прилежатъ одна къ другой, не оставляя между собой свободнаго пространства. Передняя граничитъ мочеточникомъ и мочевымъ пузыремъ, съ которыми соединяется рыхлой клѣтчаткой; задняя прилежитъ къ части прямой кишки, не покрытой брюшиной, а на верхней  $\frac{1}{3}$  своей длины даже къ самой брюшинѣ; боковыя стѣнки состояются *fascia pelvis* и *m. levat. ani*.

Верхній конецъ влагалища — *сводъ (fornix, fundus, laquear vaginae)* слѣпой и здѣсь въ передней стѣнкѣ открывается матка косвенно спереди и сверху, почему передняя губа ея *отверстія (orificium)* кажется длиннѣе. Выдающаяся во влагалище часть шейки матки, дл. около  $\frac{1}{2}$ ", называется *влагалищной частью матки (portio vaginalis uteri)*.

Влагалище выгнуто по оси таза; его выгнутость обращена кпереди, и потому передняя стѣнка почти на  $\frac{2}{3}$ " короче задней, а сводъ влагалища позади *p. vaginalis* лежитъ глубже, нежели впереди ея.

Впрочемъ различныя обстоятельства различно видоизмѣняютъ эти отношенія. При длинномъ ростѣ и влагалище длиннѣе, и на оборотъ у женщинъ малаго роста съ низкимъ тазомъ оно короче.

Вслѣдствіе разрыхленія стѣнокъ, при выпаденіи матки,

въ первые два мѣсяца беременности (когда матка стоитъ глубже), при стоянїи влагалище бываетъ также короче; при сидѣнїи на корточкахъ и при жиленїи часто бываетъ едва 1".

Самая узкая его часть—сводъ, самая широкая и растяжимая — входъ; только отъ повторныхъ родовъ это измѣняется.

§ 27. Стѣнки влагалища въ высокой степени тягучи, эластичны и состоятъ изъ различныхъ слоевъ. Наружный слой волокнистая оболочка, среднїй состоитъ изъ гладкихъ мышницъ, самый внутреннїй — слизистая оболочка.

Бѣлая волокнистая оболочка прикрѣпляется посредствомъ рыхлой клѣтчатки къ сосѣднимъ органамъ, состоитъ изъ плотной клѣтчатки, перемѣшанной со многими эластическими волокнами, и окружена многочисленными венозными сплетенїями. Она безъ опредѣленныхъ границъ переходитъ въ красноватый мышечный слой, волокна котораго во время беременности сильно развиваются, а въ родильномъ состоянїи приходятъ въ прежнее состоянїе; отчасти они соединяются съ мышечными волокнами матки, идутъ пучками, 0,04 — 0,8" дл., по вдольному и поперечному направленїямъ.

Слизистая оболочка блѣднокраснаго цвѣта со многими складками, безъ желѣзъ и состоитъ изъ толстой соединительной ткани, очень богатой эластическими волокнами, которымъ она обязана своей плотностью и тягучестью. На ней находятся многочисленныя нитеобразныя или похожіе на конусъ сосочки, 0,07" дл. и 0,03" шир.

Складки и морщины на передней и задней стѣнкахъ идутъ большей частью поперечно — *columna rugarum anterior* и *posterior*, довольно тверды, съ зазубренными краями, прилежатъ плотно одна къ другой, такъ что, по видимому, изъ нихъ состоитъ вся слизистая оболочка. Въ нижней части влагалища онѣ длиннѣе и оканчиваются болѣе острыми краями; между ними находятся отдѣльныя слизистыя желѣзки (*Tyl. Smith*); кверху они становятся плоче и въ сводѣ совершенно исчезаютъ.

Описываемыя части покрыты слоистымъ шахматнымъ эпителиемъ; внутренняя ихъ поверхность скользка отъ постоянного отдѣленїя, которое бываетъ особенно обильно во время мѣсячнаго кровоочищенїя, беременности, родовъ и родильнаго состоянїя. Отдѣляемое состоитъ преимущественно изъ отдѣлившагося эпителия, имѣетъ бѣловатый видъ, похожїй на сливки, оказываетъ кислую реакцію.

Изъ строенїя влагалища видно, что оно очень способно

къ растяженію (во время прохожденія младенца стѣнки плотно прижимаются къ стѣнкамъ таза), вособенности чрезъ расправленіе складокъ; съ другой стороны она можетъ сокращаться, сѣживаться и одарена перистальтическими движеніями. Клѣтчатка ея, по обилію венами, имѣетъ свойство, сходное съ опухшей тканью.

§ 28. Входъ во влагалище (*introitus vaginae*) снабженъ явственной *сжимающей мышцей* (*constrictor cunni*), подлежащей волѣ и состоящей изъ поперечно-полосатыхъ волоконъ. Въ дѣвственномъ состояніи здѣсь слизистая оболочка представляетъ поперечную полулунную или круглую складку — *дѣвственную плеву* (*hymén*), края которой впрочемъ оставляютъ болѣе или менѣе большое отверстіе (иногда нѣсколько) для стока отдѣлений и мѣсячной крови. При совокупленіи она разрывается и вмѣсто ея остаются кругловатые, зазубренные сосочки (*carunculae myrtiformes*). Поэтому отсутствіе дѣвственной плевы указываетъ на растлѣніе, впрочемъ при совокупленіи она, какъ удвоеніе слизистой оболочки, можетъ развернуться, потомъ образоваться вновь, именно если слизистая оболочка очень рыхла и тягуча, такъ что по ея присутствію не всегда можно заключать о дѣвственности. Находили ея также и въ началѣ родовъ, она можетъ образоваться больше или меньше вполне и послѣ родовъ. Такъ какъ она можетъ быть разрушена и отъ другихъ причинъ, то отсутствіе ея на столько же мало доказываетъ положительно растлѣніе, на сколько ея присутствіе дѣвственность.

§ 29. *Матка* (*uterus*) и *маточныя трубы* (*tubae Fallopieae*). Матка есть непарный мѣшокъ, въ которомъ происходитъ развитіе плода; она назначена и для выведенія его на свѣтъ. Матка имѣетъ грушевидную форму; широкій, толстый конецъ ея—*дно*—(*fundus*) обращенъ кпереди и кверху, нижній плоско-цилиндрическій—*шейка* (*collum, cervix*)—книзу и кзади; часть ея, лежащая между обоими концами, называется *тѣломъ* (*corpus uteri*) матки. Нижняя часть шейки, какъ бокалъ, объемлется влагалищемъ и выдается въ него — *portio vaginalis*. Передняя поверхность матки не такъ выпукла, какъ задняя; съ боковъ ея прикрѣпляются *широкія связки* (*lig. lata*), которыя покрываютъ округленный верхній край, большую часть передней и задней поверхности и образуютъ такимъ образомъ серозный ея покровъ. Съ боковъ два выходятъ кпереди, одѣтыя переднимъ листкомъ широкихъ связокъ, *круглыя маточныя связки* (*lig. ut. rotunda*)—круглые шнурки, состоящіе изъ клѣтчатки и гладкихъ мышечныхъ волоконъ,

переходятъ въ каналъ маточныхъ трубъ и по нему доходятъ до наружныхъ половыхъ частей, гдѣ они переходятъ въ *fascia superficialis*. По видимому, онѣ укрѣпляютъ матку спереди, по крайней мѣрѣ это явственно въ беременности, когда онѣ сильнѣе развиваются вмѣстѣ съ маткой. Кромѣ широкихъ и круглыхъ связокъ, прикрѣпленію матки способствуютъ еще мѣста перехода брюшины съ пузыря на матку—*lig. vesico-uterina* и съ прямой кишки на матку—*lig. recto-uterina*.

Позади круглыхъ связокъ выходятъ изъ дна матки *яичниководы*, *маточныя трубы* (*tubae uterinae s. Fallopieae*). Каждый каналъ внутреннимъ своимъ отверстиемъ (*ostium uterinum*) соединяется съ полостью матки, а наружнымъ (*ostium abdominale*) съ мѣшкомъ брюшины. Последнее на самомъ наружномъ концѣ трубы 1<sup>'''</sup> шир., кпереди и книзу прилежитъ къ яичнику, и окружено листообразными, бахромчатыми придатками (*fimbriae, lacinae*), которые своимъ видомъ указываютъ, будто они произошли отъ скусыванія (почему и называются также *morsus diaboli*). Эти придатки своими верхушками прикрѣпляются къ яичнику и въ этомъ заключается причина того, что маточныя трубы во время регулъ прилежатъ къ яичнику и окружаютъ его своими бахромками (G. H. Meyer). При такомъ поднятіи и обхватываніи между бахромками образуется воронкообразное пространство, называемое *infundibulum*.

§ 30. Полость матки, сравнительно съ величиной органа, мала, у женщинъ, еще не родившихъ имѣетъ очертаніе треугольника, съ выгнутыми внутрь сторонами и съ основаниемъ, обращеннымъ вверхъ; въ углахъ послѣдняго полость соединяется съ полостью маточныхъ трубъ. Обращенная внизъ верхушка переходитъ чрезъ нѣсколько суженное — *orif. ut. int.* въ расширенный каналъ шейки, который къ наружному отверстию, открывающемуся во влагалище, становится уже — *orificium ut. ext.* Последнее представляетъ поперечную трещину, которая ограничивается передней, по видимому, болѣе длинной, и задней губками маточнаго рыльца; переходъ отъ одной губки къ другой ощущается часто въ видѣ зарубки. Послѣ родовъ и отъ болѣзней форма наружнаго маточнаго отверстия различно измѣняется.

Матка дѣвигъ меньше, нежели у женщинъ, уже рождавшихъ; длина отъ дна до передней губы маточнаго рыльца 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub> — 3<sup>'''</sup>, ширина въ днѣ 15 — 20<sup>'''</sup>; толщина вблизи дна и нѣсколько ниже его 8 — 12<sup>'''</sup>. Шейка 13 — 15<sup>'''</sup> дл., 11<sup>'''</sup> шир. и 7 — 9<sup>'''</sup> толщ.; на мѣстѣ перехода тѣла въ шейку

матка всего уже и тоньше. Стѣнки ея въ днѣ и въ тѣлѣ 4 — 5''' , въ шейкѣ 3 — 3 $\frac{1}{2}$ ''' толщ. Всѣъ всего органа 9 — 11 драхмъ, объемъ ея 1 $\frac{3}{4}$  — 2 $\frac{1}{2}$  куб. дюйм. (Krause).

§ 31. Матка состоитъ изъ 3-хъ слоевъ. *Наружный серозный* покровъ ея представляетъ брюшина и находится только на днѣ и на тѣлѣ; шейка не покрыта имъ. *Средній* толстый, *мышечный* слой состоитъ изъ гладкихъ волоконъ и клѣтчатки. Волокна пересѣкаются во всѣхъ направленихъ, по все таки можно отличить 3 слоя, хотя конечно не такъ ясно, какъ въ кишкахъ. Самый наружный состоитъ изъ вдольныхъ и поперечныхъ волоконъ, изъ которыхъ первыя тѣсно соединены съ серозной оболочкой и идутъ по всѣмъ направленимъ; послѣднія продолжаются отчасти in lig. rotund., lig. ovarii и in lig. lata. Средній слой представляетъ вдольные, поперечные и косвенные пучки, пронизанные многочисленными большими венами. Самый внутренній слой составленъ также, поперечныя волокна образуютъ явственные кольца вокругъ *ost. uter. tub.* и на шейкѣ лежатъ такъ тѣсно, что образуютъ настоящую запирательную мышцу вокругъ внутренняго маточнаго отверстія.

§ 32. *Самая внутренняя оболочка* матки есть *слизистая*, продолжающаяся также и въ фаллопиевы трубы. На ней находится мерцательный эпителий, двигающійся по направленію снизу вверхъ и переходящій въ *ost. abd. tub.* въ серозную брюшную, которая однако не распространяется въ сказанное отверстіе. (Надобно замѣтить, что яйцо можетъ прикрѣпляться только тамъ, гдѣ движется эпителий, слѣдов. въ маткѣ и фаллопиевыхъ трубахъ). Кромѣ того въ слизистой оболочкѣ находятся многочисленные мѣшчатыя желѣзки (*glandulae utricularae*), состоящія изъ безформенной оболочки, выложенная цилиндрическимъ эпителиемъ (въ которомъ вѣроятно тѣже мерцательныя движения). Эти желѣзки имѣютъ простой, или раздвоенный слѣпой конецъ, перѣдко скрученны въ видѣ спирали, или свернуты въ клубочекъ.

Все это относится только къ полости матки. Въ шейкѣ же слизистая оболочка приподнимается въ многочисленныя поперечныя складки, которыя прилежатъ къ передней и задней вдольнымъ складкамъ, какъ вѣтви на стволѣ, и образуютъ такъ называемыя *plicae palmatae, arbor vitae*. Кромѣ того на мѣстѣ перехода передней стѣнки въ заднюю можно замѣтить вдольную складку съ каждой стороны, такъ что чрезъ это образуется 4 столба поперечныхъ складокъ. Между складками, которыя также покрыты до наружнаго маточнаго отверстія мерцательнымъ цилиндрическимъ эпите-



ліемъ слизистая оболочка расширяется въ желѣзистыя сумочки, иногда 1<sup>'''</sup> глуб. Во время беременности и при гипертрофіи матки складки бѣваютъ больше, при родахъ же совершенно исчезаютъ, а послѣ нихъ образуются вновь, конечно не такъ правильно, какъ они были въ дѣвственномъ состояніи, у дѣтей онѣ особенно явственны. Число слизистыхъ желѣзокъ такъ велико, что вся слизистая оболочка шейки представляетъ огромный аппаратъ желѣзокъ; она сравнительно съ полостью матки также богата желѣзами, какъ входъ во влагалище сравнительно съ его каналомъ. Отдѣляемое ею стекловидно, свѣтло, слегка представляетъ щелочную реакцію. Въ нижней части шейнаго канала, на наружной поверхности *port. vagin.*, в особенности же на *os ut. ext.* находятся многочисленныя сосочки значительной величины, въ которыхъ пробѣгаютъ петлесобразныя сосуды. Нервовъ въ нихъ, повидимому, не встрѣчается (Tul. Smith). Кромѣ того между складками шейнаго канала замѣчаютъ большее или меньшее количество совершенно запертыхъ, выстоящихъ на поверхности сосочковъ (*ovula Nabothi*), которыя представляютъ отчасти новообразованія, отчасти же желѣзки съ запертымъ отверстіемъ, превращенныя въ пузырьки.

*Фаллопиевы трубы* построены также, какъ и матка. Въ нихъ замѣчается чрезвычайно тонкій клѣтчатый слой, одѣтый снаружи брюшиной, за нимъ слѣдуетъ мышечная оболочка, состоящая изъ гладкихъ волоконъ; волокна снаружи расположены вдольными пучками, а внутри поперечными. Внутренняя оболочка *слизистая*, имѣющая мерцательный эпителий, волоски котораго (относительно цѣлаго яйцепровода) движутся снутри кнаружи; она представляетъ значительно выдающіяся вдольныя складки.

*Артеріи* матки происходятъ отъ *a. uterina*, идущей изъ *a. hypogastrica*. *A. uterina*, вступая сбоку шейки, идетъ по боковому краю вверхъ и здѣсь соединяется съ вѣтвями *a. spermatica*, снабжающей своими вѣтвями дно и трубы. Также точно идутъ и *вены*, образующія въ маткѣ значительныя сплетенія. *Нервы* происходятъ частію изъ симпатическихъ сплетеній, частію отъ крестцовой части позвоночнаго мозга; послѣднія распространяются преимущественно въ нижнемъ отдѣлѣ матки. Ихъ рѣдко можно прослѣдить глубоко въ мышечной ткани, или даже въ слизистой оболочкѣ.

§ 33. *Яичникъ (ovarium)* представляетъ органъ, изготовляющій зародышъ, слѣд. самый важный въ женскомъ ап-

паратъ зачатія плода. Онъ представляетъ уплощенное, овальное тѣло, ок. 1''' дл., тупымъ концемъ обращенное кнаружи, заостреннымъ къ маткѣ. Посредствомъ круглаго, фибрознаго снурка (*lig. ovarii*) онъ прикрѣпляется къ маткѣ, складкой брюшины (*lig. latum*) къ стѣнкѣ таза. До зрѣлаго возраста его поверхность гладка, съ наступленіемъ мѣсячнаго кровоточенія мѣстами неровна, бугровая; въ преклонномъ возрастѣ весь органъ атрофируется.

Въ яичникѣ различаютъ оболочку, мякоть, обильную сосудами и нервами, и яйцовую сумочку. Оболочка (*tunica propria s. albuginea*) состоитъ изъ плотной соединительной ткани, снаружи покрывается брюшиной, кнутри переходя въ мягкую мякоть, отъ обилія сосудами сѣроокрасноватую, которая потомъ въ свою очередь ограничиваетъ совершенно запертыя яйцовыя сумочки — Граафьевъ пузырькъ (*folliculus Graafianus*). Стѣнка его получаетъ столько самостоятельности, что можетъ быть разсматриваема за стѣнку пузырька, который лежитъ въ уплотненной здѣсь мякоти (*theca folliculi*), не смотря на то, что она состоитъ въ неразрывной связи съ послѣдней.

Число Граафьевыхъ пузырьковъ у женщинъ, способныхъ къ оплодотворенію, простирается 30 — 100, представляютъ ровныя степени развитія. Стѣнка каждого пузырька, по предъидущему, состоитъ изъ наружной сосудистой *theca folliculi* (фиг. 9), переходящей кнутри въ однородный свѣтлый слой (б) — *membrana propria*. Внутреннюю поверхность пузырька одѣваетъ мелкочаечистый простой, шахматный эпителий (с) — *membrana granulosa*. Эта оболочка вблизи поверхности яичника бываетъ утолщена отъ скупиванія здѣсь кѣтокъ и содержитъ въ себѣ яйцо — *discus proligerus s. oophorus* (d). Остальное пространство пузырька выполняетъ желтоватая жидкость — *liquor folliculi* и, при скопленіи ея, поверхностно лежащія пузырьки явствен-



Граафьевъ пузырь а) наружный сосудистый слой; б) однородный слой (стѣна изъ соединительной ткани), с) эпителий, д) зародышевый слой с. яичко.

но просвѣчиваютъ на неповрежденномъ яичникѣ.

§ 34. Въ срединѣ зародышеваго слоя лежитъ яйцо, по-

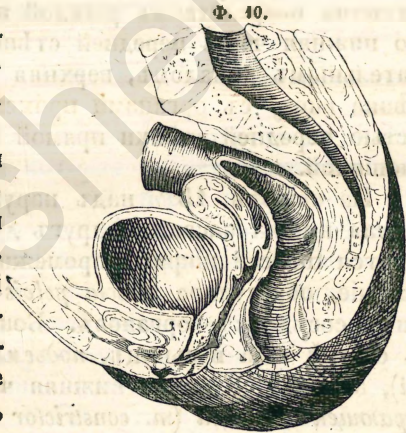
хожее на клетку  $\frac{1}{10}'''$  въ діам., такъ что невооруженному глазу представляется въ видѣ бѣловатой точки. Состоитъ оно изъ свѣтлой, однородной оболочки *Zona pellucida, chorion*, (желтковая оболочка), которая заключаетъ въ себѣ зернистое содержимое (*vitellus*) — желтокъ. Въ послѣднемъ отличается еще эксцентрически лежащій пузырекъ — зародышный пузырекъ (*vesicula germin.*), въ которомъ спутри прилежитъ къ стѣнкѣ зерно — зародышевое пятно (*macula germinativa*), что ясно на фигурѣ. Поэтому яйцу вообще должно приписать значеніе яички.

Подъ яичникомъ, въ листкахъ *lig. lati* лежащій придатокъ, *parovarium* (Kobelt) представляетъ кучу продолговатыхъ канальцевъ,  $0,15'''$ — $0,02'''$  толщ., на обоихъ концахъ слѣпыхъ. Это остатокъ Вольфовыхъ тѣлъ и канальцы состоятъ изъ *tunica propria* и эпителия.

## ОБЗОРЪ ПОЛОЖЕНІЯ И НАПРАВЛЕНІЯ ЧАСТЕЙ ВЪ ТАЗѢ. <sup>1)</sup>

### ПОЛОЖЕНІЕ.

§ 35. Передняя выпуклая поверхность пузыря лежитъ большей частью за лоннымъ сочлененіемъ, но въ наполненномъ состояніи выдается изъ-за него и прикасается къ бѣлой линіи (*linea alba*). Нижняя часть прикрѣпляется клетчаткой и связками къ лонному сочлененію; верхняя часть передней поверхности хотя не имѣетъ серознаго покрова, но она покрыта такой рыхлой клетчаткой, что можетъ двигаться по брюшной стѣнкѣ. Задняя поверхность обращена къ маткѣ и влагалищу и между обоими органами находится углубленіе брюшины — *excavatio vesico-uterina*, въ



<sup>1)</sup> Слѣдующее изложеніе, виѣстѣ съ рисункомъ, взято главнѣйшимъ образомъ изъ О. Kohlrusch »Zur Anatomie und Physiologie der Beckenorgane Leipzig. 1854«.

которое при пустомъ пузырьѣ вдаются петли подвздошной кишки. Нижняя часть задней поверхности соединяется посредствомъ клѣтчатки, съ передней стѣнкой влагалища, при наполненномъ пузырьѣ даже вдающейся въ ея полость. Боковыя стѣнки вверху покрыты брюшиной, книзу же жирной клѣтчаткой, которая въ то же время отдѣляетъ пузырь отъ *fascia pelvis*. — Верхняя часть пузыря, его верхушка, покрывается брюшиной, нижній конецъ спереди лежитъ на *diaphragma pelvis*, кзади на передней стѣнкѣ влагалища, надъ которой съ боковъ она нѣсколько выдается.

Мочепускательный каналъ открывается между малыми губами, выше входа во влагалище, у женщинъ, часто совокупляющихся, при узкомъ влагалищѣ, отверстіе канала находится часто далеко кзади, даже за *synch. oss. p.*, такъ что для введенія катетера необходимо придвинуть его чрезъ влагалище пальцемъ кпереди. Самый каналъ идетъ къ пузырю между обоими *corp. cav. clitoridis* подъ *lig. arcuat. inf.* впереди срединной линіи нижняго отдѣла влагалища.

§ 36. *Влагалище*, лежащее между мочепускательнымъ каналомъ, пузыремъ и прямой кишкой, соединяется съ этими органами посредствомъ рыхлой клѣтчатки и при томъ такъ, что нижняя часть передней стѣнки граничитъ съ мочепускательнымъ каналомъ, верхняя съ дномъ пузыря, задняя стѣнка внизу съ органами промежности, а далѣе вверхъ съ частью передней стѣнки прямой кишки, которая не покрыта брюшиной.

На высотѣ 15''' надъ наружной кожей влагалище и прямая кишка касаются другъ друга, отсюда же книзу расходятся по всей ширинѣ промежности (1"). Сухожильное растяженіе, образуемое *fascia pelvis* отдѣляетъ влагалище отъ этихъ сосѣднихъ органовъ. Боковыя стѣнки примыкаютъ къ связкѣ таза и мышцѣ, *подъемлющей задній проходъ (levator ani)*, а входъ и самая нижняя часть канала окружены *запиряющей мышцею (m. constrictor cunni)*.

Матка лежитъ также между пузыремъ и прямой кишкой, книзу вдаётся во влагалище и вверху ее одѣваетъ *diaphragma mobile*. Какъ между ней и пузыремъ находится углубленіе брюшины (*excavatio vesico-uterina*), также точно за ней и впереди прямой кишки существуетъ углубленіе (*excavatio recto-uterina*), которое глубже одѣваетъ верхнюю  $\frac{1}{2}$  влагалища. Находящая между обѣими складка, въ видѣ перегородки (*alae vesperilionis*), заключаетъ матку съ трубами и яичниками.

*Прямая кишка*, конечная часть кишечнаго канала, находящаяся между *S rotundit* и заднимъ проходомъ, спускается по лѣвой сторонѣ мыска вдоль кривизны крестца и копчика, поэтому искривлена кпереди и оканчивается наружной запирающей мышцей. Если въ *excav. recto-uter.* нѣтъ кишечныхъ петель, то передняя стѣнка кишки касается матки, задняя же прикрѣплена брыжейкой и клѣтчаткой къ задней стѣнкѣ таза.

#### НАПРАВЛЕНИЕ.

§ 37. *Мочепускательный каналъ* выходитъ почти прямо спереди и снизу кзади и вверхъ, только при окончаніи въ пузырь существуетъ маленькое искривленіе.

Ось *пузыря*, составляющая съ осью мочеиспуск. канала тупой уголъ, обращенный отверстіемъ кпереди, идетъ снизу и кзади кпереди и вверхъ при умѣренномъ загибаніи. Соединивъ линіи направленія обоихъ органовъ, получаютъ кривую линію соответствующую по очертанію оси тазоваго канала, параллельную съ послѣдней, но лежащую не въ одной съ ней плоскости, а нѣсколько вправо.

Ось *влагалища* выходитъ снизу и спереди кверху и кзади, соответственно нижней части оси таза, и кзади нѣсколько искривлена. Она переходитъ въ ось *матки*, которая имѣтъ не прямолинейное направленіе, но слегка выгнута въ видѣ S, также точно, какъ и матка, которая въ естественномъ своемъ состояніи идетъ не прямо, но сперва искривлена нѣсколько кзади, а потомъ уже сильнѣе кпереди. Послѣ повторной беременности, когда въ маткѣ вообще скорѣе существуетъ полость, чѣмъ каналъ, это не такъ замѣтно. Направленіе оси матки вообще параллельно верхней части тазовой оси, слѣдов. перпендикулярно къ тазовому входу. И такимъ образомъ оси влагалища и матки вмѣстѣ образуютъ кривую линію, совершенно соответствующую и параллельную оси тазоваго канала. Дно матки мало возвышается надъ лоннымъ сочлененіемъ, направленное кзади маточное рыльце отстоитъ отъ лонной дуги на  $1-1\frac{1}{2}$ ". Это положеніе въ дѣтствѣ и дѣвственномъ состояніи постояннѣе, нежели у много-рождавшихъ, у которыхъ связочный аппаратъ матки значительно ослабленъ и матка легко выходитъ изъ своего положенія.

Направленіе *прямой кишки* сверху внизъ таково, что она по самому углубленію крестца до его верхушки изги-

баясь сверху и спереди книзу и кзади, отсюда постепенно поворачивается, соответственно направленію кончика, спереди и внизу, а ниже верхушки послѣдняго она идетъ болѣе книзу, и наконецъ нѣсколько кзади и книзу, слѣд. описываетъ S. Относительно различнаго направленія въ стороны, прямая кишка обыкновенно на пути своемъ изгибается съ лѣвой стороны мыска къ его срединѣ, иногда даже нѣсколько вправо за средину. Потомъ поворачивается снова влѣво, держится лѣвой половины таза до втораго копчиковаго позвонка, откуда опять идетъ вправо, слѣд. къ срединной линіи. Такимъ образомъ и въ *quo ad latitudinem* существуетъ тоже S видное искривленіе, только конечно слабое.

§ 38. Представленное положеніе и направленіе половыхъ органовъ только относительно правильное; это относится только къ среднему растяженію ихъ, при чемъ ни одинъ изъ нихъ не давитъ на другой. Но они будутъ совсѣмъ другія, если одинъ органъ будетъ растянутъ и при томъ сойдетъ съ мѣста, точно также, какъ и при смѣщеніи безъ растяженія. Рисунокъ показываетъ, въ какомъ направленіи растяженіе можетъ и должно произойти всего легче, именно въ томъ, гдѣ самое малое сопротивленіе. Если органъ сходитъ съ своего мѣста, то онъ, вслѣдствіе взаимной связи всѣхъ органовъ между собой, влечетъ за собой ихъ, или сдвигиваетъ при сильномъ растяженіи.

§ 39. Остается еще упомянуть о мягкихъ частяхъ, выступающихъ стѣнки таза, и зависящихъ отъ нихъ измѣненіяхъ формы полости малаго таза.

Въ большемъ тазѣ особенно бросаются въ глаза *m. psoas* и *iliacus*, изъ коихъ первый выполняетъ пространство между подвздошной костью и поясничной частью позвоночнаго столба, послѣдній изглаживаетъ углубленіе *fossae il.* Соединяясь на пути своемъ къ бедру, они измѣняютъ форму тазоваго входа такъ, что она походитъ на треугольникъ, котораго верхушка обращена кзади къ мыску. Поперечный размѣръ вслѣдствіе этого становится уже, менѣе стѣняется прямой діаметръ тѣми мягкими частями, которыя покрываютъ крестецъ и лонное сочлененіе; косые остаются большей частью безъ перемѣны, только лѣвый нѣсколько укорачивается поворотомъ влѣво прямой кишки. Размѣры тазовой полости стѣняются также *m. obtur. int.*, *pyrif.*, *levator. ani*, также стѣнками пузыря, мочеиспуск. канала, прямой кишки и жирной клѣтчаткой.

Самыя же важныя измѣненія отъ мягкихъ частей пре-

терпѣваетъ *выходъ таза*. Онъ совершенно запирается посредствомъ *diaphr. pelvis s. m. levat. ani* и лежащей подъ нимъ промежностью (*perinaeum*), такъ что остается только назади небольшое отверстие—*hiatus analis*, еще меньшевпередѣ—*hiatus urethralis*, а между ними довольно большое—*входъ во влагалище*, отверстие наружныхъ половыхъ частей (*hiatus vaginalis*). Въ треугольникѣ, образуемомъ сѣдалищными буграми и нижнимъ краемъ лоннаго сочлененія, который при стояннн почти горизонталенъ и на который низдавливается *diaphr. p.*, лежатъ наружныя половыя части. Съ боковъ *diaphr. p.* лежитъ на *m. obtur. int.* и обѣ фасціи здѣсь сливаются въ одинъ листокъ и раздѣлены только тамъ, гдѣ между ними лежатъ *vasa* и *nn. pudend.*; средней своей частью *diaphr.* запираетъ этотъ треугольникъ. За нимъ сказанныя мышцы не прилежатъ уже болѣе одна къ другой, но оставляютъ между собой промежутокъ, выполняемый жиромъ и выстилаемый нижнимъ листкомъ *diaphr.* и фасціей *m. obt. int.* Это *fossa recto-ischiadica*.

На нижней поверхности той части *diaphr.*, которая простирается въ треугольникѣ, лежатъ наружныя половыя части, верхняя фасція которыхъ срастается съ нижнимъ листкомъ *diaphr.*, такъ что снизу онѣ одѣты фасціей, которая на наружныхъ боковыхъ краяхъ *corp. cavern. clitor.* срастается съ надкостной плевою, кзади съ нижнимъ листкомъ *diaphr.* Этотъ листокъ покрываетъ *bulbos vestibuli* съ *constr. cunni*, продолжается на похотникъ и образуетъ *lig. suspens. clitoridis* (G. H. Meyer).

#### § 40. Прибавленіе.

Такъ какъ груди ( *mammae*) причисляются къ половымъ органамъ, то необходимо вкратцѣ изложить и ихъ устройство. Онѣ лежатъ съ каждой стороны на *m. pectoral. major*, на пространствѣ отъ 3-го до 6-го ребра, отдѣлены между собой параллельной съ грудиной (*sternum*) бороздкой—*sinus*. Ихъ можно разсматривать за видоизмѣненіе кожныхъ сальныхъ желѣзъ. На части кожи, извѣстной подъ именемъ *соска*—*papilla mammae*, *mammilla*—сальныя желѣзы превращаются въ большія гроздовидныя желѣзы, которыя, будучи сжаты въ большомъ количествѣ, представляютъ желѣзистое тѣло, называемое млечной желѣзой. На соскѣ отличаютъ болѣе плоскую поверхностную часть—*areola*—вѣнчикъ, сосковый дворикъ (*Warzenhof*) и собственно сосокъ. На вѣнчикѣ находятся маленькіе бугорки, въ которые оканчиваются одна или многія изъ сальныхъ желѣзъ; изъ нихъ иногда можно

выдавить млечную жидкость. На передней поверхности собственно соска замѣчаютъ окончанія 15—20 большихъ дольчатыхъ желѣзъ, тѣсно расположенныхъ между собой. Каждое отверстіе ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ''' въ діам.) ведетъ въ расширение (1—2''' въ діам.) выводящаго канала, лежащаго подъ вѣнчикомъ *sinus lactiferi*; продолженіе канала раздѣляется потомъ на мельчайшія вѣтви, на стѣнкахъ которыхъ сидятъ пузырьки (*acini*), въ коихъ происходитъ отдѣленіе молока. Они состоятъ изъ безструктурной оболочки, выстланной простымъ эпителиемъ; стѣнки же каналовъ имѣютъ слизистую оболочку съ простымъ шахматнымъ эпителиемъ и волокнистымъ слоемъ, который вблизи слизистой оболочки представляетъ круговыя, далѣе же снаружи вдольныя волокна, сущность которыхъ еще не объяснена.

Вся масса отдѣльныхъ желѣзъ образуетъ полушаровидное желѣзистое тѣло, форма котораго, разумѣется, у разныхъ особъ различна и въ которомъ отдѣльныя желѣзы представляются въ видѣ долей и долекъ, которыя часто можно прощупать; онѣ соединены между собой клѣтчаткой и покрыты кожей, очень богатой жиромъ (H. Meyer).

Сосуды и нервы груди извѣстны изъ Анатоміи.

---

## ВТОРОЙ ОТДѢЛЪ.

### АКУШЕРСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.

§ 41. Подъ именемъ акушерскаго изслѣдованія разумѣется наблюденіе надъ органами, участвующими въ процессѣ размноженія, предпринимаемое по извѣстнымъ методамъ при помощи всѣхъ средствъ, употребляемыхъ нами для этой цѣли.

Предлагаемая задача очень разнообразна. Она относится или къ изслѣдованію состоянія всего тѣла, вособенности же половыхъ частей и таза, пола, дѣвственнаго или растлѣннаго состоянія; или же къ изслѣдованію беременности, ея продолжительности и т. д., вообще къ распознаванію тѣхъ отношеній и состояній, которыя встрѣчаются до, во время и послѣ родовъ и должны быть разъяснены.



На результатъ изслѣдованія основывается дѣйствіе акушера; чѣмъ вѣрнѣе и точнѣе первое, тѣмъ вѣрнѣе и послѣднее. По этому можно утверждать, что отъ способа и точности изслѣдованія зависитъ успѣхъ практики; и за тѣмъ нечего твердить учащемуся о необходимости упражненій въ изслѣдованіи.

§ 42. Для рѣшенія задачи акушеръ преимущественно пользуется *осязаніемъ*, *зрѣніемъ* и *слухомъ*, посредственно или непосредственно. И смотря потому, изслѣдуютъ ли наружныя или внутреннія части, различаютъ *наружное* и *внутреннее изслѣдованіе*; обыкновенно оба они употребляются одновременно, или же одно предшествуетъ другому.

Женщину изслѣдуютъ въ стоячемъ, сидячемъ, въ горизонтальномъ положеніи, или же на четверенькахъ, въ такъ называемомъ коленно-локтевомъ положеніи (*Knieellenbogenlage*).

При изслѣдованіи въ стоячемъ положеніи, женщина прислоняется спиной къ стѣнѣ и умѣренно разводитъ бедра. Акушеръ становится съ боку ея на коленно, свободной рукой обхватываетъ подвздошныя кости, чтобы ихъ укрѣпить и, на сколько нужно, приблизить къ себѣ.

Изслѣдованіе въ сидячемъ положеніи рѣдко или никогда не назначается, по этому дѣлается только тамъ, гдѣ женщина по какой нибудь причинѣ не можетъ лечь.

При изслѣдованіи въ горизонтальномъ положеніи женщина ложится на *спину* или на *бокъ*. При положеніи на спинѣ женщина должна для расслабленія брюшныхъ стѣнокъ нѣсколько приблизить бедра къ животу; крестецъ нѣсколько приподнимается подложенной подушкой. Изслѣдователь становится или садится съ правой стороны, если изслѣдуетъ правой рукой, если же лѣвой, то съ лѣвой стороны женщины. При изслѣдованіи въ положеніи на боку бедра разводятся посредствомъ подушки, вложенной между колѣнъ, а акушеръ садится за спиной женщины.

При *коленно-локтевомъ* положеніи (*à la vache*) женщина становится на колѣни и на руки, акушеръ изслѣдуетъ сзади. Изъ всѣхъ этихъ положеній *рекомендуются* только два положенія *на спину* и *боковое*. Не изслѣдуютъ въ сидячемъ положеніи, потому что оно замѣняетъ собой первое; коленно-локтевое положеніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно показано, дѣлается лишнимъ при боковомъ. Изслѣдованіе стоящей женщины имѣетъ то преимущественно, что здѣсь матка и ея содержимое, вслѣдствіе опущенія во входъ таза, стано-

вятся доступны. Но и это преимущество уничтожается довольно сильным напряженіемъ сократительныхъ тканей промежности, которое мѣшаетъ болѣе сильному продвиганію изслѣдующаго пальца. Много разъ уже я убѣдился сравненіемъ, что при положеніи на спинѣ такъ же высоко можно проникнуть въ тазъ, если еще не выине, какъ и при стоячемъ. Кромѣ того такъ какъ въ послѣднемъ положеніи наружное изслѣдованіе совершенно невозможно, а приступить тотчасъ къ внутреннему нельзя, то я и отвергаю изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи совершенно.

§ 43. Чего вообще можно достигнуть изслѣдованіемъ, достигаютъ, если женщина лежитъ на спинѣ. Можно изслѣдовать груди и животъ какъ посредствомъ осязанія, такъ и зрѣніемъ, и слухомъ, можно приступить потомъ, или одновременно и къ внутреннему изслѣдованію; если матка и ея содержимое не достаточно глубоко опустились въ тазъ, можно этому поспособствовать давленіемъ; въ этомъ положеніи можно произвести полное измѣреніе таза. *По этимъ-то причинамъ я и отдаю положенію на спинѣ предпочтеніе предъ всеми прочими, которыя считаю за совершенно лишнія.* Что касается еще до бокового положенія, то оно соединяетъ въ себѣ упомянутыя выгоды предъидущаго, но здѣсь болѣе затруднено одновременное наружное и внутреннее изслѣдованіе; за то при немъ болѣе падится чувство женской стыдливости, также оно должно быть предпочитаемо при извѣстныхъ способахъ изслѣдованія (помощію зеркала).

Положеніе на спинѣ находится во всеобщемъ употребленіи во Франціи и Германіи, тогда какъ въ Англіи преимущественно боковое.

§ 44. Общія правила изслѣдованія суть:

1) Прежде всего необходимо по возможности спадить стыдливость женщины. По этому должно избѣгать всякаго бесполезнаго обнаженія, ошупыванія и заглядыванія, а также всякихъ лишнихъ разговоровъ. Должно помнить, гдѣ достаточно осязанія, тамъ зрѣніе излишне. Если женщина противится изслѣдованію, надобно строго и дружелюбно убѣдить въ ея необходимости; часто женщины оказываютъ сопротивление только на словахъ, но тотчасъ отдаются въ руки врача, какъ только онъ рѣшительно и ловко приступить къ дѣлу; рѣшительный у нихъ всегда выигрываетъ. Но если женщина отказывается совершенно безразсудно, если изслѣдованіе, при сильной чувствительности, очень болѣзненно, то я совѣтую, какъ приготовленіе, хлороформиро-

ваніе.—Если изъясвятъ согласіе, то кто нибудь изъ присутствующихъ долженъ привести все нужное и вручить врачу.

2) Акушеръ при изслѣдованіи долженъ быть въ высшей степени внимателенъ, чтобы не пришлось вскорѣ повторять изслѣдованіе. По этому онъ долженъ приступать къ дѣлу хладнокровно, вособенности же не казаться поспѣшнымъ и неувѣреннымъ. Иногда впрочемъ хорошо оканчивать изслѣдованіе скоро, особенно если оно болѣзненно, чтобы не отказались потомъ отъ втораго, которое часто бываетъ необходимо, потому что одно изслѣдованіе, хотя бы и продолжительное, не дастъ обо всемъ яснаго понятія.—Разпросы дѣлать гораздо лучше во время самаго изслѣдованія, чрезъ что въ то же время отвлекается вниманіе и исчезаетъ робость. Само собой разумѣется, что врачъ долженъ быть остороженъ въ обращеніи, не долженъ дѣлать многозначительныхъ мнѣй и лучше откровенно сознаться въ своей неувѣренности, чѣмъ выказывать это грустнымъ покачиваніемъ головы.

§ 45. Уже первый разъ и непродолжительный разговоръ даютъ акушеру приблизительное понятіе о тѣлосложеніи, состояніи (*habitus*), возрастѣ, темпераментѣ женщины и т. п.; изъ изустныхъ же распросовъ онъ узнаетъ собственно маточную жизнь женщины.

Относительно регуль онъ долженъ спросить не только о первомъ появленіи и правильности ихъ, но также вособенности и о томъ, какъ долго они продолжались каждый разъ, сильны были, или слабы, не слѣдовало ли за ними слизетеченій, не сопровождалось ли другими припадками и пр. Отвѣты часто даютъ самую лучшую точку опоры при обсужденіи неправильностей въ беременноти, при разъузнаніи причинъ выкидыша и раннихъ родовъ. Далѣе нужно освѣдомиться о числѣ предшествовавшихъ беременностей, ихъ теченіи, о родахъ и родильномъ состояніи; не должно пренебрегать свѣденіями о существующихъ или существовавшихъ болѣзняхъ половыхъ частей и уже послѣ всего этого начинать распросы о настоящей беременноти. При этомъ нужно брать во вниманіе не только субъективныя явленія, замѣчаемыя только самой беременной, но и объективныя, потому что они иногда ускользаютъ отъ вниманія; въ послѣднемъ случаѣ рассказъ женщины облегчаетъ распознаваніе.

**А. НАРУЖНОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.**

§ 46. Оно распадается на изслѣдованіе грудей, живота и наружныхъ половыхъ частей. (Изслѣдованіе таза вособенности будетъ рассмотрѣно въ концѣ этого отдѣла).

**1) ИЗСЛѢДОВАНИЕ ГРУДЕЙ.**

При этомъ пользуются одновременно зрѣніемъ и осязаніемъ и обращаютъ особенное вниманіе на опухлость, развитіе всей груди и ея вѣнчика, вособенности же на цвѣтъ послѣдняго, который, надобно замѣтить, очень различенъ, смотря по цвѣту особы. Пальцами изслѣдуютъ развитіе желѣзистой ткани, которая въ беремености должна быть тверже и зернистѣе; нѣсколькими пальцами сдавливаютъ желѣзу и вѣнчикъ, чтобы судить по истеченію о существующемъ отдѣленіи. Въ заключеніе надобно обращать вниманіе на степень разеитости желѣзъ и узелковъ, расположенныхъ кольцеобразно на вѣнчикѣ (*Мономеровы желѣзы*).

**2) ИЗСЛѢДОВАНИЕ ЖИВОТА И НАРУЖНЫХЪ ПОЛОВЫХЪ ЧАСТЕЙ.**

§ 47. Оно имѣетъ цѣлью изслѣдовать увеличеніе живота, состояніе брюшныхъ покрововъ и пупка, увеличеніе матки, ея очертаніе, форму, положеніе и содержимое, изслѣдовать явленія, зависящія отъ плода. Это изслѣдованіе даетъ также заключеніе о состояніи промежности, срамныхъ губъ и половыхъ органовъ вообще. На осмотрѣ можно многое основать, болѣе же важныя доказательства доставляютъ ручное изслѣдованіе и выслушиваніе.

**А. РУЧНОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ — palpatio — ошупываніе.**

О важности его нечего и толковать. Исполненіе его легко и просто, безъ малѣйшаго вреда стыдливости, что особенно важно въ случаяхъ сомнительныхъ: результаты его столь важны, что во многихъ случаяхъ оно совершенно замѣняетъ внутреннее изслѣдованіе. И дѣйствительно это имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ сифилитическія страданія, воспаленія и значительная чувствительность дѣтородныхъ частей составляютъ прямое противопоказаніе къ ихъ изслѣдованію, или гдѣ по

недостаточному развитію собственно родовыхъ органовъ значеніе ихъ для распознаванія очень невелико. По этому наружное ручное изслѣдованіе я считаю за самую драгоценную часть изслѣдованія вообще и могу увѣрить, что надлежащее исполненіе его даетъ такое понятіе о состояніи матки, младенца, что внутреннее изслѣдованіе можетъ прибавить мало новаго. При этомъ женщина должна лежать на спинѣ съ подведенными бедрами, согнутыми колѣнами, животъ покрывается рубашкой или простыней. Нужно предварительно позаботиться объ опорожненіи пузыря. Врачъ, стоящій или сидящій сбоку, кладетъ обѣ руки плоско на животъ, чтобы обхватить дно матки и опредѣлить ея положеніе и величину. Концы пальцевъ при этомъ должны быть обращены внизъ, при изслѣдованіи же нижняго отдѣла матки вверхъ. За тѣмъ нажимаютъ попеременно обѣими руками безъ всякой робости на брюшные покровы, стараясь отклонить вниманіе женщины разспросами и тѣмъ уничтожить напряженіе брюшныхъ стѣнокъ. Никогда не должно давить на мягкія части только концами пальцевъ, но всегда ладонью, а если хотятъ обнять ощущаемую часть, то подводятъ весь лучевой край руки кзади отъ этой части и стараются захватить ее всей ладонью. При этомъ замѣчаютъ дѣтскія части, которыя сравниваютъ между собой по величинѣ, плотности, подвижности, и такимъ путемъ можно опредѣлить положеніе младенца и постановку головки. Чаще всего замѣчаютъ на той или на другой сторонѣ дна матки небольшія, упирающіяся въ руку и подвижныя части — ноги, руки, тогда какъ попеременнымъ давленіемъ рукъ надъ лонными костями узнаютъ головку, которая на осязаніе какъ бы колыхается. Рѣдко бываетъ обратное расположеніе частей.

Обстоятельства, особенно благоприятствующія этому способу изслѣдованія, слѣдующія: мягкія, уступчивыя брюшныя стѣнки, не слишкомъ большое количество околоплодной жидкости, безболѣзненность маточныхъ стѣнокъ, т. е. способность ихъ выдерживать оперативныя приемы; противоположныя обстоятельства дѣлаютъ всякое изслѣдованіе напраснымъ.

§ 48. Когда ошупыванію представляются большія трудности, какъ вышеупомянутыя обстоятельства, а также излишнее расслабленіе и уступчивость маточныхъ стѣнокъ, то поколачиваніе (*percussio*) составляетъ хорошее средство при изслѣдованіи очертанія матки, пространства, занимаемаго ей, высокаго или низкаго ея стоянія, ея положенія и формы;

особенно важна она для дифференціальной діагностики. Постукиваніе производится по обыкновенному способу, по известнымъ методамъ, при чемъ идутъ, сверху внизъ, или въ стороны, или изслѣдуютъ разныя части живота и матки по срединной линіи живота, а потомъ въ поперечномъ направленіи.

**Б. ВЫСЛУШИВАНІЕ ЖИВОТА — auscultatio.**

§ 49. Оно производится или непосредственнымъ прикладываніемъ уха къ брюшнымъ стѣнкамъ или посредствомъ обыкновеннаго стетоскопа. Последний способъ менѣе нарушаетъ приличія, удобнѣе и при изслѣдованіи неопятныхъ особъ не такъ непріятенъ для акушера, какъ первый; далѣе онъ доставляетъ болѣе точные результаты о мѣстѣ слышимаго звука. Въ сомнительныхъ случаяхъ непосредственное выслушиваніе можетъ предшествовать второму, такъ какъ иногда существующіе шумы посредствомъ его вообще лучше могутъ быть узнаны. Само собой разумѣется, что при изслѣдованіи не должно быть ни малѣйшаго шума. Такимъ образомъ слышатъ разные тоны и шумы, именно *происходящій въ младенцѣ, тоны его сердца*, такъ называемый зародышевый пульсъ и слышное въ разныхъ мѣстахъ біеніе пуповины—*шумъ пуповины*. Изъ шумовъ, происходящихъ въ матери, замѣчаютъ такъ называемый *шумъ отъ кровообращенія въ маткѣ* (ошибочно называемый шумомъ послѣда), иногда побочные шумы, какъ біеніе начальственной артеріи, урчаніе газовъ въ кишкахъ, которые болѣе или менѣе мѣшаютъ изслѣдованію. Въ рѣдкихъ случаяхъ можно также слышать *глухой шумъ, происходящій отъ движеній младенца*.

Какъ важно выслушиваніе различныхъ этихъ шумовъ для распознаванія беременности, для опредѣленія ея продолжительности, жизни младенца и его положенія объ этомъ будетъ показано потомъ (см. распознаваніе беременности), при чемъ будемъ говорить и о происхожденіи ихъ.

**В. ВНУТРЕННЕЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.**

§ 50. Оно производится большей частью чрезъ влагалище или рукой, или посредствомъ инструментовъ, въ рѣдкихъ случаяхъ и чрезъ прямую кишку.

**1) РУЧНОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ ЧЕРЕЗЪ ВЛАГАЛИЩЕ.**

Оно имѣетъ цѣлю изслѣдовать входъ во влагалище,

доступныя части матки, прощупать части младенца, которыя удобно достать. Съ этимъ изслѣдованіемъ обыкновенно соединяютъ еще изслѣдованіе тазовыхъ пространствъ.

Изслѣдованіе чрезъ влагалище представляетъ самый лучший способъ; это уже старое сравненіе, что у акушера концы пальцевъ должны быть тоже, что и глаза. Хотя внутреннее изслѣдованіе и хорошо, тѣмъ не менѣе изслѣдованіе наружное, какъ уже сказано выше, нисколько не уступаетъ ему. Легко видѣть, что оно для достиженія цѣли требуетъ много большаго упражненія, нежели первое; теоретическое ученіе здѣсь для практическаго упражненія представляетъ только плохое пособіе.

Трудность достиженія при этомъ способѣ изслѣдованія достаточной ловкости и важности увеличивается еще и тѣмъ, что обыкновенно оно производится только однимъ пальцемъ, тогда какъ двумя достигаютъ гораздо большаго. Конечно опытный акушеръ однимъ пальцемъ сдѣлаетъ больше, чѣмъ неопытный цѣлой рукой; но если въ началѣ упражняются въ изслѣдованіи двумя пальцами, то это не мѣшаетъ приобрести гораздо большее искусство, нежели обыкновенно встрѣчается. Во всякомъ случаѣ средний палецъ не осязаетъ такъ тонко, какъ указательный, но изслѣдуетъ послѣдній, а первый ему помогаетъ.

Входъ во влагалище у беременной или роженицы, половыя части которой расширены и разрыхлены, на столько же удобопроеходимъ для двухъ пальцевъ, какъ и для одного. Миѣ рѣдко приводилось слышать жалобы женщинъ на боль при введеніи пальцевъ; впервые это высказывается, когда изслѣдующій палецъ насильственно протѣсняется вверхъ и такимъ образомъ давить на половыя части; послѣдняго не бываетъ, когда изслѣдуютъ двумя пальцами, потому что средний можетъ проникать гораздо дальше, чѣмъ указательный, такъ какъ онъ длиннѣе.

Утверждали, и совершенно справедливо, что *«le doigt s'allonge par l'habitude du toucher;»* и такъ какъ у искуснѣйшихъ акушеровъ очень часто короткіе пальцы, то можно думать, что длина ихъ не имѣетъ значенія, а все зависитъ отъ упражненія.

Я не отвергаю необходимости длинныхъ пальцевъ, но и на томъ стою, что двумя пальцами можно проникнуть дальше, нежели однимъ, и что потому всѣ, имѣющіе маленькія руки, въ самомъ началѣ сами упражняются двумя пальцами.

Слѣд. нельзя уже болѣе говорить, важно посматривая на руки ученика: «*онѣ негодны для акушера.*» У женщинъ большей частью маленькія руки, а извѣстно, какъ много онѣ успѣваютъ въ изслѣдованіи; а онѣ изслѣдуютъ, что легко замѣтить, двумя пальцами, да и самые опытные акушеры съ длинными руками въ трудныхъ случаяхъ дѣлаютъ тоже. Я отчасти и на себѣ дѣлалъ эти опыты (у меня очень короткіе пальцы) и вполне могу совѣтовать начинающимъ такой способъ изслѣдованія.

§ 51. Согрѣвъ пальцы и намазавъ ихъ масломъ, кладутъ ихъ одинъ на другой и вводятъ во влагалище такъ, чтобы остальные пальцы лежали на промежности, а изслѣдующіе вошли бы во влагалище сзади; такимъ образомъ избѣгаютъ всякихъ бесполезныхъ манипуляцій надъ отверстиемъ мочеиспуск. канала и надъ похотникомъ; отведенный большой палецъ кладется сбоку на лонный бугорокъ или на одну изъ большихъ губъ. Пальцы пробираются по задней стѣнкѣ влагалища вверхъ и, если нельзя такимъ образомъ дойти до частей, подлежащихъ изслѣдованію, то это часто удается при поднятіи уступчивой и мало чувствительной промежности, при чемъ большой палецъ прикладывается къ ладони. Въ тоже время свободную руку кладутъ на дно матки или на *hypogastrium*, чтобы надавить матку и ея содержимое.

Никогда не должно забывать, что при изслѣдованіи нужно обратить вниманіе на всѣ органы отъ входа во влагалище до матки и предлежащей части младенца и не оставлять ничего. Такимъ образомъ изслѣдуютъ наружныя половыя части, состояніе влагалища, влагалищной части и рыльца матки, растяженіе и утонченіе влагалищаго свода, пузырь, прямую кишку, нижній отдѣлъ матки относительно его растяженія, подвижности, предлежащую дѣтскую часть, пространства таза, проводя пальцы въ каждомъ отдѣлѣ таза съ одной стороны къ другой и вокругъ.

§ 52. Гдѣ изслѣдованія однимъ или двумя пальцами недостаточно, употребляютъ 4 пальца (половину руки) или цѣлую руку. При введеніи половины руки большой палецъ кладется на лонный бугорокъ или на одну изъ губъ. При введеніи всей руки, вмѣстѣ съ большимъ пальцемъ, ее складываютъ въ видѣ заостреннаго конуса, такимъ образомъ проникаютъ во влагалище, при чемъ лучевая сторона указательнаго пальца прилежитъ къ промежности; потомъ тыльная поверхность руки обращается къ крестцу и, повторяя вра-



щательныя движенія чрезъ малые промежутки, проникають вверхъ. Этотъ способъ изслѣдованія употребляется *большей частью только во время родовъ*, когда половыя части достаточно расширены для того, чтобы можно было получить точныя свѣденія о состояннн матки, подлежащей части младенца и таза.

§ 53. При важности внутренняго ручнаго изслѣдованія начинающій долженъ упражнять обѣ руки; акушеръ непременно долженъ владѣть одинаково обѣими руками, въ противномъ случаѣ онъ полу-акушеръ. Особенно совѣтую я употреблять при внутреннемъ изслѣдованнн лѣвую руку, которая обыкновенно уже гибче и острѣе ссызаетъ, нежели правая.

2) ИЗСЛѢДОВАНИЕ ЧРЕЗЪ ВЛАГАЛИЩЕ ПОМОЩЮ ИНСТРУМЕНТОВЪ.

§ 54. а) Изслѣдованн *маточнымъ зондомъ* рѣдко употребляется въ акушерской практикѣ. Только гдѣ есть подозрѣнн въ существованн беременности, тамъ употребленн его строго запрещается изъ опасенн вскрыть яйцовыя оболочки; напротивъ въ родильномъ состоянн, даже во время родовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно употреблять его съ пользой; онъ также полезенъ въ собственн женской (гинекологической) практикѣ, особенно для дифференціальной діагностики.

По этому ссылаясь относительно подробностей на учебникъ женскихъ болѣзней, здѣсь замѣчу только то, что зондъ лучше всего вводить при лежачемъ положенн женщины; укрѣпляя среднимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки влагалищную часть и рыльце матки, правой вводятъ по пальцамъ зондъ въ отверстн послѣдняго, за тѣмъ постепенно опускаютъ рукоятку, чтобы соотвѣтственно направлению тазовой оси пройти чрезъ внутреннее маточное отверстие.

б) Также и относительно производства изслѣдованн помощью *маточнаго зеркала* я ссылаюсь на учебникъ женскихъ болѣзней. Всего приличнѣе для акушерской цѣли простыя зеркала изъ молочнаго стекла или четырехъ створчатыя Charrière'a. Женщина ложится бокомъ на край софы или кровати, спишой къ окну; инструментъ вводится подъ платьемъ, такъ что при изслѣдованн открывается только тазъ или даже только отверстн инструмента. Этотъ способъ

введенія зеркала имѣеть то огромное преимущество предъ обыкновеннымъ, при которомъ женщина ложится на спину съ раздвинутыми ногами и половыя части ея обнажаются, что отъ него менѣе страдаетъ чувство стыдливости, а потому на него скорѣе рѣшаются.

Этотъ способъ изслѣдованія не допускается тамъ, гдѣ идетъ дѣло объ изслѣдованіи состояній, которыхъ нельзя отчетливо узнать посредствомъ осязанія, какъ напр. цвѣтъ внутреннихъ половыхъ частей, свойства ихъ отдѣленій, существующія измѣненія въ ткани слизистой оболочки и шейки матки. Введеніе зеркала полезно также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сомнѣваются, плотно ли прилежатъ яйцевыя оболочки къ части младенца, также при распознаваніи перепончатаго запиранія маточнаго рыльца.

с) *Внутреннее изслѣдованіе матки посредствомъ выслушиванія*, для котораго изобрѣтены особенные инструменты—метроскопы (Nauche, Keller)—съ цѣлью въ раннее время беременности узнать шумъ кровообращенія въ маткѣ, опредѣлить мѣсто послѣда—совершенно излишне и бесполезно.

### 3) ИЗСЛѢДОВАНИЕ ЧЕРЕЗЪ ПРЯМУЮ КИШКУ.

§ 55. И оно въ чисто акушерскомъ отношеніи имѣеть второстепенное значеніе, назначается и полезно только при стуженіи и запираніи влагалища, при смѣщеніяхъ матки, при подозрѣваемой виѣ-маточной беременности, также при болѣзняхъ влагалища, которыя изслѣдованіе черезъ него дѣлають невозможнымъ. Гораздо важнѣе оно при болѣзняхъ матки и тазовыхъ органовъ вообще (о чемъ см. въ Гинекологіи). Производство его въ высшей степени просто, всегда одинакое; но предварительномъ опорожненіи прямой кишки вводятъ въ нее указательный палецъ или указательный и средній, давленіемъ, производимымъ свободной рукой надъ лобкомъ по направленію къ тазовому входу, дѣлаются органы таза болѣе доступными изслѣдующему пальцу.

#### С. ИЗМѢРЕНІЕ ТАЗА.

§ 56. Изслѣдованіе таза для опредѣленія его величинъ формы дѣлается или рукой или инструментами; то и другое можно производить снаружки и снаружки черезъ влагалище.

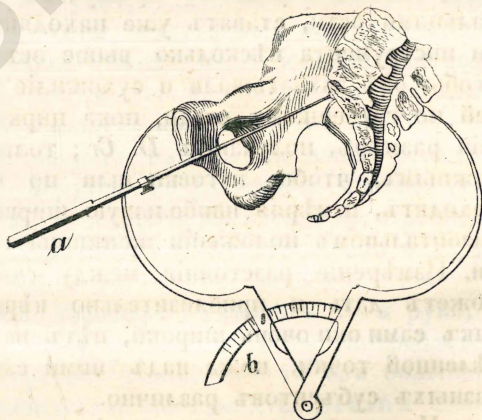
Собственно измѣренію предносится изслѣдованіе на-

ружной формы тѣла и изустные распросы, весьма важные уже и въ негативномъ отношеніи, такъ какъ цвѣтущее здоровье, правильный видъ и характеръ правильного женскаго типа вполне составляютъ признаки правильно образованнаго таза. Наоборотъ, поразительно малый ростъ, узкія бедра, предшествовавшія общія страданія костей и пр. возбуждаютъ подозрѣніе въ неправильности таза. Но эти признаки также, какъ и заключенія, выведенныя изъ прежнихъ родовъ, всегда обманчивы, такъ что въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо непосредственное изслѣдованіе таза.

### 1) НАРУЖНОЕ ИЗМѢРЕНІЕ.

§ 57. Измѣреніе *рукой* дѣлается такимъ образомъ, что одну руку кладутъ плоско на крестецъ, другую на лонное соединеніе и глазомѣромъ судятъ о разстояніи; при этомъ въ тоже время берутъ во вниманіе кривизну и ширину крестца, направленіе остистыхъ его отростковъ и его соединенія съ позвоночнымъ столбомъ. Точно такимъ же образомъ опредѣляютъ взаимное разстояніе обѣихъ подвздошныхъ костей, ихъ высоту, отношеніе этого разстоянія къ ширинѣ груди; за тѣмъ руки спускаются книзу, опредѣляютъ разстояніе между большими вертлюгами и бедренными сочлененіями, изслѣдуютъ направленіе и положеніе бедренныхъ костей. — При этомъ изслѣдованія узнаются только очень значительныя уклоненія, почему оно и не имѣетъ большой важности и на немъ никогда не должно основывать сужденія о тазѣ.

§ 58. При *инструментальномъ наружномъ измѣреніи* употребляютъ большой циркуль (*compas d'épauisseur Beaudebecque* <sup>a</sup>) съ выгнутыми ножками, между которыми находится шкала съ дѣленіями (фиг. 11). Этимъ инструментомъ



Ф. 11.

(По Siebold'у) способъ положенія тазомѣровъ

опредѣляютъ величину паружнаго соединит. размѣра *D. V.*, при чемъ пуговчатый конецъ одной ножки приставляется безъ малѣйшаго вдавливанія къ остистому отростку послѣдняго поясничнаго позвонка, а конецъ другой на верхній край лоннаго соединенія; женщина должна лежать на боку въ одной рубашкѣ. Конечную точку этого діаметра находятъ, по *Michaelis'у*, воображая двѣ боковыя ямки, замѣчаемая вблизи поверхности крестца и соотвѣтствующія положенію *задне-верхнихъ подвздошныхъ остей*, соединенными линіей и уставляя ножку циркуля на 1 — 2" выше ея середины. Не менѣе вѣрно получаютъ его, по *Grédé*, соединяя высоту подвздошныхъ костей линіей, опускавая на нее по длинѣ остистыхъ отростковъ позвонковъ отвѣсную линію и отыскивая точку на  $1\frac{1}{4}$ " ниже пересѣченія этихъ линій. За передній же конецъ принимаютъ ту точку на *symph. pubis*, которая даетъ наибольшій размѣръ.

Установивъ на означенныхъ мѣстахъ инструментъ, считаютъ длину діаметра на шкалѣ и для полученія вычитаютъ 3" 5". Вычитаемое число зависитъ отъ толщины костей и *стоянія мыска*; чѣмъ онъ выше, тѣмъ число это больше, и на-оборотъ.

Какъ ни драгоценно это измѣреніе, но выгоды, доставляемая инструментомъ *Beaudelocque'a*, увеличиваются еще и отъ того, что имъ можно мѣрять также и взаимное отстояніе обѣихъ *передне-верхнихъ подвздошныхъ остей* и *гребешковъ, D. Sp., D. Cr.*, а также *D. Tr. D. Sp.* измѣряютъ, такимъ образомъ: пропундавъ обоими указательными пальцами ости, ставятъ уже находящіяся въ рукахъ пуговки инструмента нѣсколько выше остей на край кости такъ, чтобы онѣ захватывали и сухожиліе *m. sartorii*; идя отъ остей по гребешкамъ кзади, пока циркуль покажетъ наибольшій размѣръ, получаютъ *D. Cr.*; только нужно быть осторожнымъ, чтобы пуговки шли по одному пути. — *D. Tr.* находятъ, измѣряя наибольшую ширину вертлюговъ при горизонтальномъ положеніи женщины съ сомкнутыми колѣнами. Измѣреніе разстоянія между *спадлицыными буграми* не можетъ дать и приблизительно вѣрнаго результата, такъ какъ сами они очень широки, пѣтъ на нихъ ни одной опредѣленной точки, кожа надъ ними слишкомъ толста, и у разныхъ субъектовъ различно.

Напротивъ того, измѣреніе длины *подвздошныхъ гребней, крестца, разстоянія между верхне-задними остями отъ передне-верхней ости одной стороны до гребешка другой*, такъ

же отъ передне-верхней ости и до верхне-задней другой стороны въ высшей степени важны при распознаваніи не правильно образованнаго, не семитричнаго таза.

§ 59 Придумали также инструменты и снаряды для опредѣленія наклонности таза (*Cliseometer Stein'a Старшаго, Osiander'a, Kluge*). Но они не удовлетворяютъ своему назначенію, потому-что нельзя вѣрно назначить точки для приложенія инструмента и наклонность таза можетъ измѣняться по произволу; даже это измѣреніе излишнее, такъ какъ отъ наклонности таза ничего въ практикѣ не выигрывается и точное изслѣдованіе ея не представляетъ акушеры въ частномъ случаѣ никакихъ выгодъ.

## 2) ВНУТРЕННЕЕ ИЗМѢРЕНІЕ ТАЗА.

§ 60. Со времени открытія инструментовъ для измѣренія тазовыхъ пространствъ акушеры утратили чрезвычайную остроту осязанія. Несмотря на то, тазомѣры принадлежатъ къ совершенно неудобнымъ и неправильнымъ снарядамъ. Главный упрекъ состоитъ въ томъ, что при употребленіи ихъ для прикрѣпленія конечныхъ ихъ точекъ и для опредѣленія мѣстъ, къ которымъ должно приложить инструментъ, необходимо ввести въ тазъ нѣсколько пальцевъ, даже половину руки; черезъ это инструментъ становится излишнимъ, потому-что гдѣ можно употребить руку, тамъ лучше всего ей измѣрять. Къ тому же тазомѣры большей частью такъ сложны, что употреблять ихъ можетъ только опытный, а потому результаты, получаемые при употребленіи ихъ, въ высшей степени сомнительны, а самое употребленіе очень болѣзненно. Кромѣ того при измѣреніи таза намъ нѣтъ надобности въ математической точности, потому-что ошибка на  $\frac{1}{2}$  —  $1'''$  не имѣетъ вліянія на наши успѣхи; къ тому же при этомъ берутся въ расчетъ и многія другія обстоятельства, кромѣ простаго опредѣленія пространствъ таза; вообще точность, получаемая при употребленіи инструментовъ далеко не та, какой бы можно было ожидать.

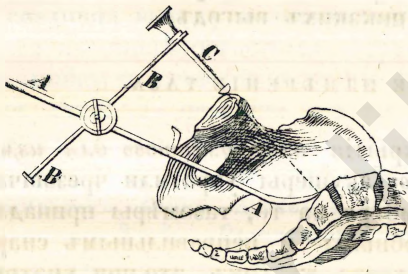
Итакъ, что дѣлаетъ тазомѣръ, сдѣлаетъ то и рука, а потому они и должны быть оставлены безъ употребленія. Если же желаютъ употребить тазомѣры, то изъ большого числа ихъ можно рекомендовать инструменты Stein'a Старшаго и van Huevel'я.

§ 61. (Фиг. 11 а) тазомѣръ Stein'a представляетъ прогибную палочку, раздѣленную на четверти дюйма, при кото-

рой находится особенный передвижной снаряд — задвижка (Schieber). Помощью ея измѣряютъ соединит. размѣръ или діаметръ тазовой полости и выхода, при чемъ пальцемъ, введеннымъ до мыска, до втораго крестцоваго позвонка или до верхушки крестца, устанавливаютъ круглый конецъ палочки на этихъ мѣстахъ и подвижной снарядъ приближаютъ къ нижнему краю *symphys. pubis*. Укрѣпивъ потомъ задвижку, инструментъ вынимаютъ изъ половыхъ частей и по дѣленіямъ считаютъ найденный размѣръ.

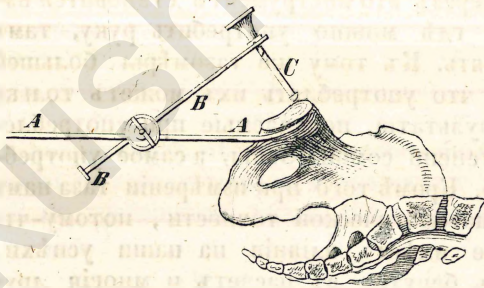
Тазомѣръ van Huevel'я (фиг. 12 и 13) состоитъ изъ

Ф. 12.



Способъ употребленія van Huevel'я для измѣренія соединительнаго размѣра входа.

Ф. 13.



Измѣренія толщины лоннаго соединенія тѣмъ же инструментомъ.

2-хъ пожекъ, наружной и внутренней, соединенныхъ подвижнымъ кругомъ. При опредѣленіи прямого діаметра одна болѣе длинная ножка прикладывается къ мыску, а другая на лонное соединеніе. Укрѣпивъ ножки посредствомъ винта, находящагося на кружкѣ, инструментъ удаляютъ и вымѣряютъ разстояніе между его концами. Точно такимъ же образомъ измѣряютъ толщину передней стѣнки таза, приставляя внутреннюю ножку уже къ верхнему краю лоннаго соединенія; вычитая послѣднюю величину изъ первой получаютъ длину прямого діаметра. Легко видѣть, что такимъ образомъ можно измѣрять прямые діаметры полости и выхода, а также и косые — *dist. sacrotolyoid*. Увеличивъ болѣе длинную ножку, можно употреблять инструментъ и для опредѣленія наружнаго соединительнаго размѣра, приставляя болѣе длинную ножку на лонное соединеніе, а болѣе короткую на остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка.

При опредѣленіи прямого діаметра одна болѣе длинная ножка прикладывается къ мыску, а другая на лонное соединеніе. Укрѣпивъ ножки посредствомъ винта, находящагося на кружкѣ, инструментъ удаляютъ и вымѣряютъ разстояніе между его концами. Точно такимъ же образомъ измѣряютъ толщину передней стѣнки таза, приставляя внутреннюю ножку уже къ верхнему краю лоннаго соединенія; вычитая послѣднюю

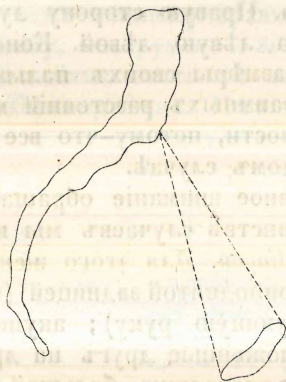
§ 62. b) Изъ вышеизложеннаго слѣдуетъ, что внутреннее измѣреніе *посредствомъ руки* есть единственное практическое, потому-что упражненіемъ легко приобретается умѣнье, оно менѣе болѣзненно и, при нѣкоторой внимательности, доставляетъ возможность вѣрно узнать особенныя измѣненія. Оно производится указательнымъ и среднимъ пальцами, рѣдко приходится вводить четыре пальца. Правую сторону лучше всего изслѣдовать правой рукой, а лѣвую лѣвой. Конечно хорошо знать приблизительныя размѣры своихъ пальцевъ, но въ точномъ опредѣленіи ихъ взаимныхъ разстояній между пальцами нѣтъ никакой надобности, потому-что все это легко можно опредѣлить при каждомъ случаѣ.

Такъ какъ обыкновенно главное вниманіе обращается на размѣры входа, то въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло съ измѣреніемъ *conj. diag.* Для этого женщина должна лежать на спинѣ съ приподнятой задницею (чтобы можно было опускать изслѣдующую руку); акушеръ, стоящій съ боку ея, вводитъ сложенные другъ на другѣ указательный и средній пальцы во влагалище, большой кладетъ на лонный бугорокъ или же вмѣстѣ съ прочими прижимаетъ къ ладони. Введя по задней стѣнкѣ таза конецъ средняго пальца, который длиннѣе указательнаго на 8''' , старается достать до мыска, что при правильномъ тазѣ трудно, но очень часто удается. Если же этого сдѣлать нельзя, то слѣдуетъ, что тазъ въ прямомъ діаметрѣ не суженъ. Но если достали до мыска или до какой нибудь вблизи его нижележащей точки, то ногтемъ указательнаго пальца свободной руки замѣчаютъ точку, которой изслѣдующій палецъ касается верхней части лонной дуги, потомъ нисколько не измѣняя положенія рукъ, вынимаютъ руку изъ половыхъ частей и измѣряютъ разстояніе отъ конца средняго пальца до замѣченнаго мѣста.

Такимъ образомъ получаютъ длину діагональнаго соединительнаго размѣра; для опредѣленія длины *conj. ver.* (которую нельзя измѣрять непосредственно, развѣ только вскорѣ послѣ родовъ, при разслабленныхъ брюшныхъ покровахъ) отнимаютъ отъ найденной величины, среднимъ числомъ 8''' . Вычитаемая сумма весьма различна, и разница между длиной *conj. diag.* и *conj. ver.* бываетъ то больше, то меньше, что зависитъ отъ *высоты стоянія мыска*, въ особенности же отъ *ширины лоннаго сочлененія и направленія его относительно conj. verae*; оба эти обстоятельства легко можно опредѣлить веденіемъ указательнаго пальца вдоль

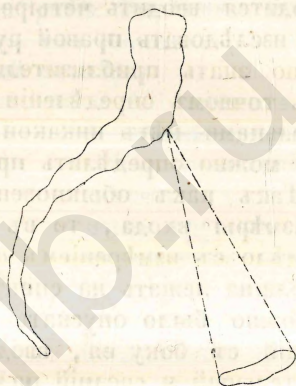
передней стѣнки таза. Чѣмъ выше лонное соединеніе и чѣмъ больше уголъ образуемый имъ съ *conj. vera*, тѣмъ больше и разница; чѣмъ уже лонное соединеніе и чѣмъ меньше этотъ уголъ, тѣмъ меньше и разница между *conjug.* (Michaelis). (Фигуры 14, 15 и 16).

Ф. 14.



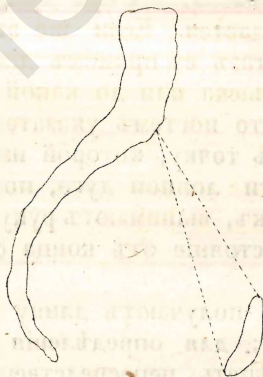
Нормальное отношеніе

Ф. 15.



Уменьшеніе угла.

Ф. 16.



Увеличеніе угла.

§ 63. Подобно тому, какъ измѣряютъ *conjug. diag.*, можно опредѣлять также и *прямые диаметры тазовой полости*; въ исходной части это измѣреніе уже менѣе точно, потому-что нѣтъ достаточно опредѣленныхъ точекъ, на которыхъ бы могли установливаться пальцы. Еще менѣе вѣрно измѣреніе *поперечныхъ и косыхъ диаметровъ* верхнихъ и



нижнихъ отдѣловъ таза, для котораго необходимо вводить во влагалище половину, или даже цѣлую руку. Разстояніе между избираемыми для этого точками можно опредѣлить только приблизительно, потому-что при выниманіи руки изъ половыхъ частей положеніе изслѣдовавшихъ пальцевъ всегда болѣе или менѣе измѣняется. — Чѣмъ уже и безобразнѣе тазъ, тѣмъ естественно легче его измѣреніе.

Изъ всего вышеизложеннаго слѣдуетъ, что хотя вообще и удастся опредѣлить величину и форму тазовой полости съ достаточной точностью, однако это возможно только при одновременномъ употребленіи всѣхъ способовъ измѣренія. Такимъ образомъ ошибки одного исправляются другимъ и только такимъ путемъ получаемъ результатъ, не столько желательный нами, сколько необходимый, какъ главное основаніе нашихъ дѣйствій.

ВТОРОЕ ОТДѢЛЕНІЕ.  
ФИЗИОЛОГІЯ И ДІЭТЕТИКА БЕРЕМЕННОСТИ,  
РОДОВЪ И РОДИЛЬНАГО СОСТОЯНІЯ.

---

ОТДѢЛЬ ПЕРВЫЙ.

ФИЗИОЛОГІЯ И ДІЭТЕТИКА БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 64. Способность къ размноженію начинается съ того времени, когда половые органы достигнутъ полнаго своего развитія. Процессы, отъ которыхъ зависитъ развитіе дѣтородныхъ органовъ, ведутъ ихъ постоянно къ функциональной дѣятельности. Пока тѣло занято своимъ собственнымъ развитіемъ, а потому тратитъ еще довольно большое количество образовательнаго матеріала, до тѣхъ поръ оно не въ состояніи ничего удѣлять въ пользу размноженія. До того времени органы, служащія для этой цѣли, негодны къ употребленію, малы, до тѣхъ поръ не бываетъ еще большей части паразитическихъ различій между обоими полами.

Прежде всего достигаютъ полнаго развитія яичники и въ нихъ яички. Ихъ развитіе идетъ правильно до *полнаго развитія пола*, до возмужалости (*pubertas*). Около этого времени весь органъ кажется массивнѣе, сочнѣе. Граафьевы пузырьки болѣе приближаются къ поверхности, часто выдаются надъ ней, оболочка ихъ становится тоньше. По мѣрѣ того, какъ яйцо увеличивается и болѣе приближается къ внутренней стѣнкѣ пузырька, содержимое послѣдняго увеличивается, разрываетъ оболочку и даетъ яйцу свободный выходъ. Изъ яичниковъ распространяется толчекъ къ развитію

и на другіе половыя органы, и это развитіе происходит не вдругъ, но постепенно.

Созрѣваніе и выступленіе яйца изъ пузырька сопровождается усиленнымъ приливомъ крови, отчасти же отъ него и зависитъ. Эта *гиперемія* сообщается и *Фаллопиевымъ трубамъ*, бахромки которыхъ прилегаютъ къ яичнику для воспринятія выступившаго яйца. Отсюда она распространяется на *матку* и *влагалище*, вслѣдствіе чего ихъ элементы развиваются сильнѣе и эти органы, по видимому, сильнѣе пропитываются влагами, въ особенности же слизистая оболочка матки, достигающей высокой степени развитія и обилія кровью. Наконецъ волосныя сосуды лопаются и изъ нихъ изливаются, при усиленномъ отдѣленіи слизи, кровь, что и называется мѣсячнымъ кровотеченіемъ, регулами (*menstruatio*). Кровотеченіе представляетъ не самое важное, но самое рѣзкое явленіе, потому-то такъ и названъ весь процессъ. Ему предшествуютъ и сопутствуютъ болѣе или менѣе значительныя явленія прилива къ тазовымъ органамъ. Оно продолжается 3 — 6 дней, рѣдко больше.

И въ грудяхъ обнаруживаются явленія гипереміи, растяженія и полноты, боли, болѣе темное окрашиваніе соскобаго вѣнчика. Мѣстные приливы соединяются съ цѣлымъ рядомъ общихъ измѣненій, которыя частію представляютъ слѣдствіе возбужденія сосудистой системы, частію же отраженное явленіе со стороны нервной системы.

Вслѣдствіе всего этого половое стремленіе большей частью усиливается, и это усиленіе его продолжается нѣсколько долѣе кровотеченія.

§ 65. Выпотѣніе, производящее разрывъ Граафиева пузырька и выступленіе яичка, въ началѣ еще нѣсколько увеличивается, но потомъ скоро останавливается, въ полости развивается процессъ обильной грануляціи, стѣнки ея спадаются и такимъ образомъ получаютъ такъ называемое *желтое тѣло* (*corpus luteum*). Эта грануляція начинается на стѣнкахъ пузырька, не выполняетъ его полости совершенно, но оставляетъ въ срединѣ небольшое свободное пространство. Потомъ это мѣсто постепенно сморщивается, плотнѣетъ, съ тѣмъ вмѣстѣ измѣняетъ свой цвѣтъ, превращается въ продолговато-круглый узелокъ и наконецъ въ рубецъ, похожій на чорточку или на звѣздочку, позднѣе дѣлающійся совершенно незамѣтнымъ (Leuckart, Montgomery).

Въ началѣ всѣ желтыя тѣла образуются одинаково, дальнѣйшее же ихъ развитіе различно, смотря потому, слѣ-

довала ли за выступленіемъ яйца беременность, или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ вслѣдствіе большого и продолжительнаго прилива крови они развиваются сильнѣе, грануляція обильнѣе, сильнѣе окрашиваніе въ желтый свѣтъ и образованіе рубца происходитъ позднѣе — *настоящее желтое тѣло*.

§ 66. Если наступленіе полного развитія уже разъ обнаружилось появленіемъ мѣсячнаго кровотеченія, то послѣднее повторяется каждый мѣсяць обыкновенно одинъ разъ. Промежутокъ между появленіями его, выведенный изъ большаго числа случаевъ, равняется 26 — 28 днямъ; конечно изъ этого нерѣдко бываютъ исключенія, когда кровотеченіе повторяется чрезъ 10 — 20 дней или чрезъ 4 — 6 недѣль. Во время беременности и кормленія грудью оно обыкновенно останавливается и исчезаетъ совершенно въ періодъ увяданія (*Rückbildungsperiode*), въ климактерическіе годы. Начало развитія также, какъ и увяданія въ высшей степени непостоянно. Для нашего климата можно вообще принять, что возмужалость наступаетъ между 14 — 16 годомъ. Южныя страны располагаютъ къ болѣе раннему, а сѣверныя къ болѣе позднему появленію ихъ; но между крайностями нѣтъ опредѣленныхъ границъ. Между тѣмъ главное вліяніе на это имѣютъ образъ жизни, воспитаніе, происхожденіе: также и раннее выхожденіе за-мужъ, по видимому, способствуютъ наступленію возмужалости (Robertson).

§ 67. Яичко, вышедшее изъ яичника, воспринимается Фаллопиевыми трубами (рѣдко попадаетъ въ брюшную полость и тамъ всасывается), движеніемъ мышечныхъ ихъ волоконъ, а также и мерцательнымъ движеніемъ слизистой оболочки ихъ проводится къ низу къ маткѣ, иногда даже въ ея полость. Время, нужно для этого, различно, 6 — 12 дней. Если яичко встрѣчаетъ на пути своемъ мужское семя и соединяется съ нимъ, то происходитъ оплодотвореніе; въ противномъ случаѣ оно погибаетъ.

§ 68. Итакъ *оплодотвореніе* — *fœcundatio*, *conception* — состоитъ въ взаимномъ смѣшеніи зрѣлага семени и развитаго яичка. Для этого необходимо тѣсное соединеніе обоихъ половъ, во время котораго происходитъ соитіе, при чемъ смотря по болѣе или менѣе глубокому введенію мужскаго дѣтороднаго члена, семя извергается или во влагалище, или въ самую матку. Очень рѣдко происходитъ непосредственное взаимное столкновеніе между семенемъ и яичкомъ, большей же частью семя проводится къ яичку. Это происходитъ по-

средствомъ собственнаго движенія семянныхъ телець и при содѣйствіи мышечныхъ и мерцательныхъ движеній половыхъ органовъ. Это движеніе конечно очень медленно, что уравновѣшивается способностью семянныхъ животныхъ къ продолжительному движенію.

Изъ этого слѣдуетъ, что соитіе и оплодотвореніе обыкновенно не совпадаютъ. При способности семянныхъ тѣлецъ и яичка къ продолжительному существованію это даже и не нужно. Но для того, чтобы состоялось оплодотвореніе, семянные тѣльца должны соприкоснуться съ поверхностью яичка. Если что нибудь помѣшаетъ этому, то оплодотворенія не произойдетъ. Однако простаго прикосновенія семени къ яичку недостаточно для оплодотворенія, но семянные тѣльца должны проникнуть въ желтокъ и такимъ образомъ вступить съ нимъ въ непосредственный взаимный обмѣнъ веществъ. (Keber, Newport, Bischoff, Leuckart, Meissner) <sup>1)</sup>.

Мѣсто, гдѣ семя соединяется съ яичкомъ, зависитъ отъ того, попало ли послѣднее въ трубы, или уже и въ матку, а также отъ времени, которое протекло между плодотворнымъ совокупленіемъ и выступленіемъ яичка.

§ 69. Съ той минуты, какъ яйцо оплодотворяется, женщина уже *беременна*. По этому беременность (Graviditas) начинается зачатіемъ и оканчивается выведеніемъ плода изъ организма. Цѣль ея — довести развитіе послѣдняго до полной зрѣлости, подготовить условія для выведенія его на свѣтъ и слѣдующаго за тѣмъ питанія.

Нормальная ея продолжительность среднимъ числомъ 10 лунныхъ мѣсяцевъ или 280 дней, рѣдко она выходитъ изъ этихъ предѣловъ.

§ 70. Если теченіе беременности безвредно для матери и плода, если условія, необходимыя для развитія послѣдняго и своевременнаго потомъ выведенія на свѣтъ, выполнены правильно, то беременность бываетъ *правильная, физиологическая*, если же она въ какомъ нибудь отношеніи отстутить отъ этого, то она становится *неправильной, патологической*.

Съ беременной и ея плодомъ могутъ случиться разстройства; они выражаются большей частью преждевременнымъ

---

<sup>1)</sup> По наблюденіямъ надъ млекопитающими и нисшими животными этотъ процессъ считается на столько же правильнымъ и для человѣка.

окончаніемъ беременности, почему слишкомъ *непродолжительная беременность*, при которой плодъ выводится до полного его развитія, должна считаться неправильной. Сюда же принадлежитъ: *вильматовичная беременность*, которая уже потому протекаетъ неправильно, что дѣлаетъ невозможными естественные роды плода и еще раньше совершеннаго его развитія въ высшей степени угрожаетъ опасностью жизни матери, и *беременность заносомъ*, при которой яйцо подвергнулось перерожденію. (См. паталогич. часть).

Если въ половыхъ частяхъ матери развивается только одинъ зародышъ, то беременность называется *простой*, если же ихъ въ одно время нѣсколько, то *многоплодной* (беременность двойнями, тройнями и т. д.).

Встрѣчаемое еще иногда дѣленіе беременности на *настоящую* и *ложную*, *истинную* и *кажущуюся* есть сущій вздоръ, потомучто женщина можетъ быть только беременной и небеременной, и въ этомъ послѣднемъ случаѣ вообще нельзя и говорить о беременности.

Подъ *смѣшанной* беременностью разумѣютъ состояніе, въ которомъ, вмѣстѣ съ беременностью, существуютъ и патологическія состоянія особенно подчревныхъ органовъ.

§ 71. Беременность соотвѣтственно ея цѣли, сопровождается рядомъ одновременныхъ измѣненій какъ въ организмѣ матери, такъ и въ яйцѣ; развиваясь постоянно, они идутъ параллельно между собой, различно переходятъ другъ въ друга, не имѣя ни какой непосредственно, взаимной зависимости.

## ГЛАВА I.

### ИЗМѢНЕНІЯ ВЪ ОРГАНИЗМѢ МАТЕРИ.

Ближайшія и самыя важныя измѣненія претерпѣваютъ половыя части и между ними особенно матка; они выражаются въ видѣ болѣе полнаго развитія этихъ органовъ, настоящей гипертрофіей, зависящей отъ усиленнаго притока крови. — Съ ними рука объ руку идутъ измѣненія въ сосѣднихъ органахъ, преимущественно механическія. Третій рядъ явленій составляютъ слѣдствія вліянія этихъ процессовъ на весь организмъ, выражающійся въ особенности въ массѣ крови, въ отдѣленіяхъ и въ нервной системѣ.

#### 1) измѣненія въ половыхъ частяхъ.

§ 72. Если яйцо оплодотворено, то приливъ крови, существующій въ маткѣ со времени послѣдняго мѣсячнаго кровотеченія, значительно увеличивается. Сосуды налиты

кровью, отъ чего весь органъ сильнѣе пропитывается вла-  
гами и на внутренней его поверхности образуется такъ на-  
зываемая *отпадающая оболочка* (*decidua*), которая есть ничто  
иное, какъ гипертрофированная слизистая оболочка (новооб-  
разованіе соединительной ткани, измѣненіе мерцательнаго  
эпителія въ шахматный, удлинненіе утрикулярныхъ желѣзъ).  
Подобно послѣдней развиваются и прочіе элементы ткани.  
*Соединительная ткань*, выполняющая промежутки между мы-  
шечными волокнами, увеличивается въ объемѣ, становится  
рыхлѣе, сочнѣе; брюшной покровъ утолщается; *сосуды* дѣ-  
лаются многочисленнѣе, увеличиваются въ объемѣ, артеріи  
удлиняются и отъ того получаютъ петливый ходъ, частію  
непосредственно переходятъ въ *вены*, расширенныя до зна-  
чительной толщины, составляющія между собой многораз-  
личные анастомозы и образующія въ особенности въ сторо-  
нѣ прикрѣпленія послѣда многочисленныя, широкопетлистыя  
сплетенія. Точно также гипертрофируются и лимфатическіе  
сосуды, составляющіе на вѣшней сторонѣ матки обширныя  
сплетенія. Также и *нервы* увеличиваются въ объемѣ и въ дли-  
ну; увеличеніе большей частью зависитъ отъ увеличенія *пер-  
вой оболочки*; отдѣльныя волокна въ глубинѣ ткани дѣй-  
ствительно развиваются и тонкіе до того осевые цилиндры  
получаютъ мозговое влагалище (Т. М. Kilian).

Самое большее развитіе представляютъ *мышцы*. Незна-  
чительныя внѣ беременности волокна матки дѣлаются замѣт-  
нѣе, шире и длиннѣе, число ихъ вслѣдствіе огромнаго но-  
вообразованія увеличивается такъ, что теперь можно ясно  
видѣть отдѣльные слои, идущіе въ различномъ направленіи.  
Именно вдольныя волокна тянутся преимущественно сверху  
внизъ, тогда какъ поперечныя особенно видны около от-  
верстія трубъ, на *os uteri* и на шейкѣ; между ними непра-  
вильно идутъ косыя волокна.

§ 73. Эти измѣненія ткани больше всего обуславлива-  
ютъ значительное *увеличеніе объема* беременной матки, кото-  
рое идетъ вровень съ увеличеніемъ ея содержимаго. Ма-  
ленькій органъ, находящійся въ небеременномъ состояніи  
между тазовыми органами, доходитъ до такой величины, ко-  
торая волюнѣ оправдываетъ названіе *miraculum naturae*. Дѣв-  
ственная матка имѣетъ  $2\frac{1}{2}$  —  $2\frac{3}{4}$ " дл.,  $1\frac{3}{4}$ " шир., поверх-  
ность ея равняется 16 кв. д.; въ концѣ беременности дли-  
на ея 12 — 14", ширина 9 — 10", толщина 8 — 9", поверх-  
ность 339 кв. д., полость, равнявшаяся прежде  $\frac{3}{4}$  куб. д.,  
теперь вмѣщаетъ въ себѣ 408 куб. д., такъ что она увели-  
чивается больше, чѣмъ въ 519 разъ. Толщина стѣнокъ ея

также увеличивается, къ концу же беременности уменьшается; послѣ родовъ вслѣдствіе происшедшаго сокращенія стѣнки всегда кажутся толще.

Увеличеніе матки идетъ правильно съ начала и до конца беременности, бываетъ даже и въ томъ случаѣ, когда яйца въ маткѣ нѣтъ; это доказываетъ, что увеличеніе ея основывается на увеличеніи массы всѣхъ тканей. Однако подъ конецъ беременности принимаетъ въ этомъ участіе и механическое растяженіе со стороны яйца, на что указываетъ и меньшая около этого времени толщина стѣнокъ.

§ 74. Съ ростомъ рука объ руку идетъ *измѣненіе формы*. Грушевидная форма въ началѣ еще удерживается, потому—что увеличивается только дно матки; тѣмъ не менѣе послѣднее представляется круглѣе, особенно на задней стѣнкѣ и, вслѣдствіе большаго вѣса, сильнѣе склоняется впередъ, такъ что на мѣстѣ перехода тѣла въ шейку образуется тупой уголъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, при дальнѣйшемъ развитіи дна и тѣла, шаровидная форма матки увеличивается, пока послѣдняя не приметъ яичевидной формы, вслѣдствіе втягиванія полости шейки въ полость матки, что происходитъ въ концѣ беременности.

Характеристичныя *измѣненія формы маточной шейки и рыльца*. Въ дѣвственномъ состояніи чрезъ влагалище ощущаютъ шейку въ видѣ довольно плотнаго коническаго зуба, около  $\frac{1}{2}$ " дл., съ поперечнымъ наружнымъ отверстіемъ, маточнымъ рыльцемъ. Въ началѣ беременности влагалищная часть сильнѣе пропитывается влагами и дѣлается мягче; тоже относится и къ губкамъ маточнаго рыльца, которыя теряютъ острые свои края; вслѣдствіе большей ихъ уступчивости отверстіе ощущается длиннѣе, такъ какъ вслѣдствіе опущенія матки большая часть ея становится доступной для осязанія. — При дальнѣйшемъ теченіи беременности разрыхленіе шейки постоянно увеличивается; отверстіе кажется меньшая доля влагалищной части, которая *потому кажется какъ-бы короче*. Въ 6—7 мѣсяцѣ шейка *дѣйствительно укорачивается*, при чемъ стѣнки ея растягиваются, переходятъ постепенно въ стѣнки тѣла матки и ея полость сливается съ полостью послѣдняго, такъ что не за долго передъ родами ощущается только малая ея часть, или же и того не бываетъ, маточное рыльце представляется въ видѣ ямки съ плоскими краями. Нѣсколько иначе бываетъ у особъ, уже рождавшихъ. И у нихъ шейка размягчается и укорачи-



вается, но не такъ правильно, такъ что часто передъ самыми родами она кажется въ видѣ небольшого выстоящаго зубца. Самый каналъ не открывается такъ правильно сверху книзу, какъ у первобеременной, но паружное его отверстіе очень часто зияетъ, неправильнаго очертанія, глубже пропускаетъ палець, часто даже до внутренняго маточнаго отверстія.

§ 75. Дальнѣйшее измѣненіе, происходящее въ шейномъ каналѣ, есть образованіе слизистой пробки, выполняющей его совершенно. Конечно она бываетъ и въ небережномъ состояніи, но тутъ она при каждомъ мѣсячномъ кровотеченіи смывается и потомъ образуется вновь; въ беременности же, образовавшись одинъ разъ, она остается до конца ея, вмѣстѣ съ полостью шейки измѣняетъ свою форму, такъ что наконецъ она запираетъ только одно рыльце. Нижняя часть этой пробки постоянно отдѣляется, но тотчасъ же снова восстанавливается желѣзками капала. Въ беременности пробка плотнѣе той слизи, которая выполняетъ маточную шейку въ небережномъ состояніи, особенно въ нижней части, гдѣ она приближается къ отдѣленію влагалища какъ въ физическомъ, такъ и въ химическомъ отношеніяхъ. Такого рода отдѣленіе въ каналѣ шейки бываетъ только во время беременности.

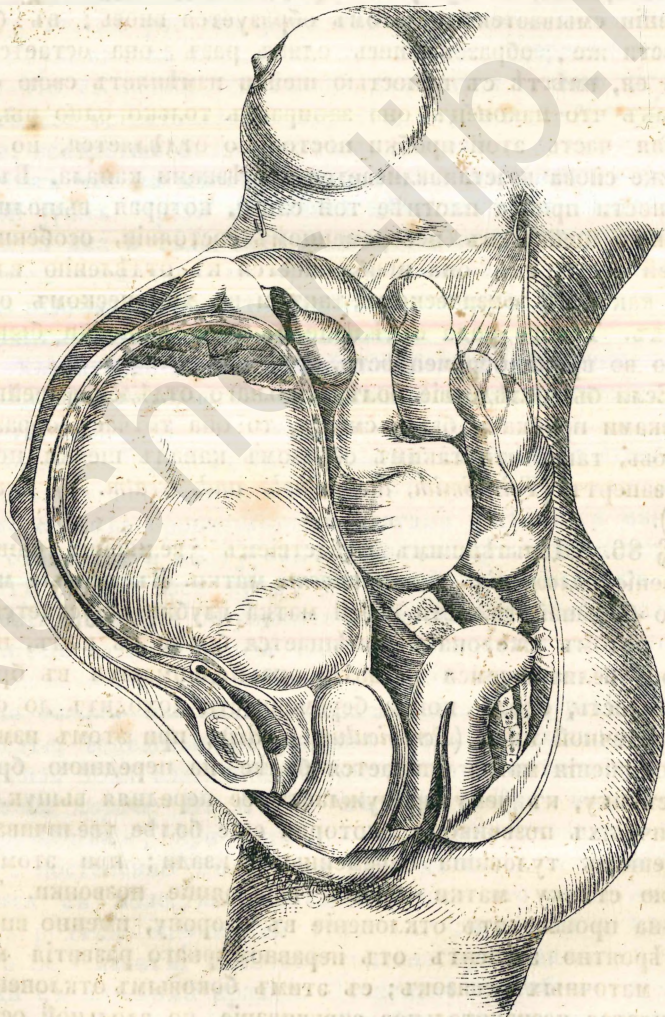
Если бы вслѣдствіе болѣе сильнаго отдѣленія шейными желѣзками пробка и была смыта, то она тотчасъ образуется вновь, такъ что такимъ образомъ каналъ шейки постоянно запертъ (*Tyl. Smith, the pathol. and. treatm. of Leucorrh. p. 59*).

§ 86. Дальнѣйшимъ слѣдствіемъ увеличенія бываетъ измѣненіе положенія и постановки матки. Въ первые мѣсяцы по большей тяжести своей матка глубже опускается въ тазъ; потомъ уже она не вмѣщается болѣе въ немъ, почему при увеличившемся развитіи она поднимается въ брюшную полость, около конца беременности доходитъ до области сердечной ямки (*Scrobiculum cordis*); при этомъ измѣненіи положенія матка опирается болѣе на переднюю брюшную стѣнку, къ чему принуждаетъ ее передняя выпуклость поясничныхъ позвонковъ, которая еще болѣе увеличивается склопеніемъ туловища беременныхъ къзади; при этомъ на заднюю стѣнку матки давятъ выстоящіе позвонки. Таже причина производитъ отклоненіе въ сторону, именно вправо, что вѣроятно зависитъ отъ неравнобѣрнаго развитія круглыхъ маточныхъ связокъ; съ этимъ боковымъ отклоненіемъ соединяется незначительное скручиваніе по вдольной оси. —

Въ 10 мѣсяцѣ дно матки нѣсколько опускается и еще болѣе наклоняется впередъ вслѣдствіе болѣе глубокаго опущенія младенца въ тазъ, болѣе сильнаго растяженія нижняго отдѣла матки и болѣе уступчивости брюшной стѣнки; при этомъ оно кажется особенно увеличеннымъ въ поперечномъ направленіи.

При такомъ смѣщеніи кишки сдвигаются къзади и въ стороны, органы подчревной области различно сдавливаются. (Ср. фиг. 17).

Ф. 17.



(По Валентину) Нижняя часть беременной на-длинно, видъ съ соседними органами.

§ 77. *Широкія маточныя связки* становятся еще шире для того, чтобы прикрыть увеличенную матку, вслѣдствіе чего Фаллопьевы трубы и яичники плотно прилежатъ къ нимъ. *Круглыя связки* принимаютъ участіе въ мышечной гипертрофіи, вслѣдствіе сильнаго растяженія матки идутъ болѣе книзу и прикрѣпляютъ ее къ передней брюшной стѣнкѣ: вслѣдствіе сильнаго развитія задней стѣнки матки начало ихъ приближается болѣе кпереди.

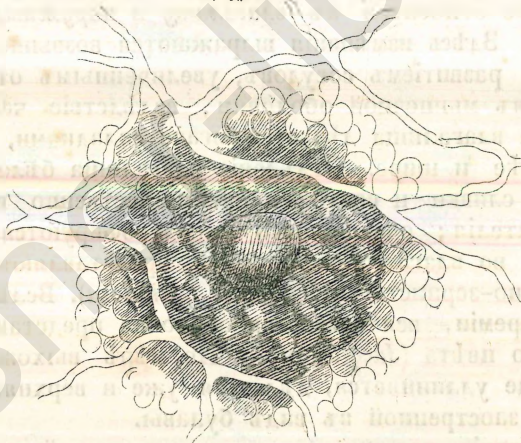
*Мѣсячныя кровотеченія* во время беременности останавливаются или только въ рѣдкихъ случаяхъ они повторяются одинъ и нѣсколько разъ и послѣ зачатія. Яичники и Фаллопьевы трубы долго спустя послѣ зачатія представляются сильно припухшими; въ первыхъ образуется выше описанное *corpus luteum*, въ послѣднихъ какъ мышечная, такъ и слизистая оболочки принимаютъ участіе въ общей гипертрофіи. Тоже относится къ *влагалищу* и *наружнымъ половымъ частямъ*. Здѣсь измѣненія выражаются возвышенной температурой, развитіемъ сосудовъ, увеличеннымъ отдѣленіемъ и усиленіемъ мышечной оболочки, вслѣдствіе чего слизистая оболочка влагалища дѣлается богаче складками, весь каналъ уступчивѣе и шире. Отдѣленіе влагалища бѣловато, походить на сливки и состоитъ преимущественно изъ шахматнаго эпителия; очень часто гипертрофируются и сосочки, особенно во влагалищномъ сводѣ, представляются неровными, крупно-зернистыми (*vaginitis granulosa*). Вслѣдствіе сильной гипереміи, вся слизистая оболочка представляется темно-синяго цвѣта (*Jacquemin*). — По мѣрѣ выхожденія матки влагалище удлиняется, дѣлается уже и верхняя часть его кажется заостренной въ видѣ булавки.

Опуханіе наружныхъ половыхъ частей идетъ рядомъ съ опуханіемъ влагалища. Онѣ представляются сильно выпуклыми, болѣе темнаго цвѣта, ихъ *folliculi* отдѣляютъ сильнѣе, большія губы больше расходятся кнаружи, вслѣдствіе чего входъ во влагалище становится доступнѣе.

§ 78. *Груды* претерпѣваютъ такія измѣненія во время беременности, которыя дѣлаютъ ихъ годными къ будущему питанію младенца. Уже въ первые мѣсяцы онѣ дѣлаются больше, плотнѣе, чувствительнѣе; беременная чувствуетъ въ нихъ часто жестокия боли. Все это составляетъ слѣдствіе развитія ткани млечныхъ желѣзъ, отдѣльнымъ зернышекъ (*acini*) и долекъ, которыя ощущаются въ видѣ узловатыхъ шнурковъ, и зависятъ отъ сильной гипереміи, вслѣдствіе которой часто поверхностныя вены просвѣчиваютъ подъ ко-

жей. При дальнѣйшемъ развитіи можно выдавить изъ желѣзы молоко, или же оно сочится произвольно. *Сосокъ* удлиняется и *его вѣнчикъ* значительно опухаетъ и въ видѣ припухлости возвышается надъ сосѣдными частями; цвѣтъ его отъ увеличенія подкожнаго пигмента изъ свѣтло-краснаго постепенно переходитъ въ темно-коричневый. Въ то же время и сальные желѣзы значительно развиваются, возвышаются надъ поверхностью кзади почти на 1''' и на большемъ или меньшемъ пространствѣ окружаютъ сосокъ въ числѣ 12 — 20 (Montgomery). На вѣшной окружности вѣнчика, особенно у брюнетокъ, образуются бѣловатыя круглыя мѣста — *вторичные вѣнчики* (Dubois) и кожа всей желѣзы, вслѣдствіе сильнаго ея растяженія, иногда кажется исцѣпленной бѣловатыми полосками. (Фиг. 18).

Ф. 18.



(По Montgomery) Вѣнчикъ соска въ 9 мѣсяцѣ беременности.

## II) ИЗМѢНЕНІЯ ВЪ СОСѢДНИХЪ ОРГАНАХЪ.

§ 79. Вслѣдствіе гипереміи половыхъ органовъ связки, хрящи таза становятся сочнѣе, рыхлѣе, междусоставные хрящи (*Symphyses*) уступчивѣе. Въ клетчаткѣ поясничной и срамной области существуютъ болѣе обильныя отложенія жира, сухожильныя растяженія и соединительная ткань промежуности разрыхляется и такимъ образомъ подготавливается къ родамъ. Стѣнки мочеиспускательнаго канала и влагалища имѣютъ больше складокъ, ихъ окончанія становятся шире и съ болѣе припухлыми краями.

Значительное растяжение матки вызывает *разстройства въ сосѣднихъ органахъ*, по преимуществу механическаго свойства.

Пузырь дѣлается болѣе раздражительнымъ, является болѣе частый позывъ къ мочеиспусканію; иногда отъ давленія матки на шейку пузыря происходятъ *retentio urinae*, въ другихъ же случаяхъ часто *incontinentia*. Первое явленіе относится къ болѣе раннимъ періодамъ беременности, послѣднее къ позднѣйшимъ, когда матка давитъ на пузырь сверху и посредствомъ влагалища растягиваетъ шейку пузыря.

Женщины иногда страдаютъ запорами съ коликами, вслѣдствіе сжатія прямой кишки и нижней части толстыхъ кишекъ.

Тоже давленіе на нервные стволы таза производитъ онѣмѣніе, спазмы, затрудненное движеніе, иногда также сильныя невралгіи въ нижнихъ конечностяхъ. Оно производитъ разстройство въ кровообращеніи и причиняетъ отекъ, расширеніе венъ на конечностяхъ, наружныхъ половыхъ частяхъ и въ прямой кишкѣ, иногда даже серозныя изліянія въ полость брюшины. Начиная съ третьяго мѣсяца, брюшные покровы съ равномерной силой растягиваются восходящей маткой все больше и больше; мышцы расходятся, особенно мышцы прямой кишки; углубленіе пупка постоянно исчезаетъ и въ послѣдніе мѣсяцы переходитъ въ шаровидное возвышеніе. Ткань брюшныхъ покрововъ мѣстами претерпѣтъ поврежденія, если уступчивость мала, а растяженіе очень быстро, при чемъ кожа лопается и образуются рубцы, трещины бѣло-синеватаго цвѣта. Отъ растяженія брюшныхъ покрововъ происходятъ иногда сильныя боли въ той или другой сторонѣ, которыя составляютъ слѣдствіе растяженія мышцъ, прикрѣпляющихся къ ребрамъ, особенно косыхъ.

§ 80. Кишки оттѣсняются кверху и кзади, а въ позднѣйшіе мѣсяцы давленіе со стороны матки распространяется на печень и желудокъ. Грудобрюшная преграда отодвигается вверхъ, основаніе груди расширяется, и это стѣсняетъ дыханіе и кровообращеніе въ большихъ сосудахъ груди; между тѣмъ разстройство дыханія значительно слабѣе, нежели слѣдовало бы ожидать, потому-что брюшная полость у женщинъ вообще расширяется гораздо больше въ горизонтальномъ положеніи (Litzmann).

Другое слѣдствіе растяженія и наклоненія матки кпе-

реди составляет отклонение центра тяжести вперед и, во избежание этого, голову, плечи и грудную часть позвоночного столба отклоняют назад; отсюда «гордая» походка беременных.

§ 81. Замѣчательно темное окрашивание *lineae albae*, появляющееся у некоторых особъ уже и въ ранніе мѣсяцы беременности. Оно бываетъ около 1" шир., простирается обыкновенно отъ лоннаго бугорка до пупка, иногда даже до *processus ensiformis*; цвѣтъ темный или желтоватый. Въ рѣдкихъ случаяхъ замѣчаютъ также темноокрашенное кольцо вокругъ пупка—*areola umbilicale*—(Montgomery), 1—1½" діам., похожее на сосковый вѣнчикъ, только безъ сосочковъ и возвышеній на окружности; оно образуется позднѣе темнаго окрашивания бѣлой линіи, но за то представляетъ гораздо болѣе вѣрный признакъ беременности. Впрочемъ эти окрашивания у разныхъ особъ весьма различны по величинѣ и тѣни, у брюнетокъ сильнѣе, увеличиваются къ концу беременности, а иногда еще и послѣ родовъ. Эти окрашивания относительно пространства и силы не имѣютъ никакого отношенія съ пространствомъ и густотой окрашивания на сосковомъ вѣнчикѣ.

### III) измѣненія во всемъ организмѣ.

§ 82. Они составляютъ рядъ различныхъ явленій, которыя распространяются по всему тѣлу, чрезвычайно измѣнчивы, то быстро исчезаютъ, то продолжаютъ въ теченіи всей беременности, такъ что часто состояніе беременной женщины совершенно противоположно тому, которое было до беременности. Эти явленія иногда усиливаются до того, что даже угрожаютъ опасностью жизни. Вообще въ первой половинѣ беременности они яснѣе и многочисленнѣе, а потомъ исчезаютъ. — Происхожденіе ихъ нельзя объяснить удовлетворительно, а потому приходится прибѣгать къ качественному и количественному измѣненію смѣшенія крови, къ измѣненію нервной дѣятельности, зависящему отъ измѣненія крови и отраженія (*reflex*) со стороны половыхъ органовъ. И дѣйствительно кровь беременныхъ представляетъ замѣтныя отступленія отъ нормальнаго состоянія, выражающіяся общимъ увеличеніемъ ея массы, увеличеніемъ фибрина, безъ цвѣтныхъ шариковъ, а также уменьшеніемъ красныхъ шариковъ и бѣлка. Что такія измѣненія въ смѣшеніи

должны дѣйствовать измѣняющимъ образомъ на дѣятельность нервовъ и на отдѣленія, это понятъ легко.

§ 83. Главнѣйшія изъ явленій, относящихся сюда, суть слѣдующія :

Въ системѣ кровообращенія неправильное распредѣленіе крови, переполненіе отдѣльныхъ органовъ, въ особенности приливы къ головѣ и къ груди; отсюда головная боль (боль въ затылкѣ, по Вессагіа, составляетъ довольно постоянное явленіе въ первые мѣсяцы), головокруженіе, сердцебиеніе, тоска, затрудненное дыханіе съ катаррами; отекъ въ верхней половинѣ тѣла; иногда усиленный и ускоренный пульсъ (Montgomery).

Въ пищеварительномъ аппаратѣ бываютъ большей частью самыя тягостныя явленія. Сюда относятъ *рвоту*, появляющуюся большей частью утромъ на-тошакѣ, которая однако иногда является и во всякое время дня послѣ принятія какой бы то ни было пищи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она начинается тотчасъ послѣ зачатія, исчезаетъ довольно поздно и рѣдко имѣетъ вредныя послѣдствія. Кардіалгіи, потеря аппетита, запоръ, смѣняющійся поносомъ, въ рѣдкихъ случаяхъ слюнотеченіе (обнаруживающееся также и при другихъ пораженіяхъ матки) составляютъ дальнѣйшія состоянія, обременительныя для беременныхъ.

*Отдѣленіе* мочи измѣняется различно; кромѣ затрудненнаго мочеиспусканія, усиленнаго позыва въ началѣ беременности и недержанія мочи (*incontinentia*) въ концѣ, находятъ еще измѣненія въ ея составѣ. Въ ней, по видимому, мевше мочевины, также фосфорнокислыхъ солей (?); очень часто можно доказать присутствіе бѣлка (зависитъ отъ механическаго переполненія почекъ или отъ отдѣленія половыхъ органовъ); иногда также находится сахаръ.

Если дать мочѣ долго стоять, то очень часто образуется на ней блестящая пленка (*Kyestein — Nauche*), которую считали за одно изъ явленій, свойственныхъ беременности, тогда какъ это только продуктъ разложенія, состоящій изъ слизи, фосфорнокислой амміакъ — магнезій, грибокъ и инфузорій и встрѣчающійся иногда и у другихъ субъектовъ.

Измѣненія въ *кожѣ*, хотя и не часты, тѣмъ не менѣе характеристичны. Кромѣ упомянутыхъ окрашиваній на грудяхъ и бѣлой линіи, образуются также и на другихъ мѣстахъ большія или меньшія отложенія пигмента, вособенности на лбу, на носу и на подбородкѣ, сходныя съ веснушками—*chloasma uterinum*. Напряженность общихъ покро-

вовъ часто теряется, кожа дѣлается слабой и желтоватой, особенно на лицѣ, гдѣ образуются вокругъ глазъ глубокія кольца; иногда однако цвѣтъ бываетъ живѣе, лице краснѣетъ и женщины чувствуютъ себя удивительно хорошо. Въ такомъ случаѣ полнота кожи вызываетъ утолщеніе шеи. У нѣкоторыхъ кожная испарина принимаетъ особый запахъ.

Въ *испаринѣ легкихъ* содержаніе углекислоты увеличивается, какъ и во время прекращенія регуль (Andral и Gavarret).

Въ *костной системѣ*, которая также не спасается отъ общихъ измѣненій, на внутренней поверхности черепной чашки, въ особенности на лобной и темянныхъ костяхъ, происходятъ костныя новообразованія, состоящія изъ углекислой и фосфорнокислой извести, въ видѣ пластинокъ величиной отъ гроша до талера, толщ.  $\frac{1}{6}'''$ — $\frac{1}{2}'''$  и болѣе, красноватаго, къ краямъ болѣе блѣднаго и даже матово-бѣлаго цвѣта — *остеофиты* (Rokitansky). Они встрѣчаются почти у половины всѣхъ беременныхъ.

§ 84. Всего же рѣзче вліяніе беременности отражается на *нервной системѣ*. Такъ въ душевномъ состояніи является измѣненное или измѣнчивое настроеніе духа, такъ что характеръ женщины въ беременности совершенно другой, настроеніе духа часто дѣлается вдругъ совершенно противоположнымъ, и женщина не имѣетъ на это ни малѣйшаго вліянія. Особенно часто обнаруживается мрачное настроеніе духа, даже меланхолія, въ которой женщина видитъ только печальный конецъ беременности, постоянно плачетъ и задумывается. — Въ тѣлѣ измѣненія выражаются усиленной раздражительностью и рефлекторной дѣятельностью, которыя отличаются извѣстной періодичностью, по утрамъ всего сильнѣе и рѣдко влекутъ за собой лихорадочныя явленія. Беременная жалуется на дурное расположеніе духа, усталость, чувство тягости и слабости въ членахъ; является скоропреходящій жаръ, головокруженіе, обморокъ, различныя невралгіи; нерѣдки разстройства въ высшихъ чувствахъ: *amblyopia*, *haemeralopia*, ослабленіе слуха, расположеніе или отвращеніе отъ извѣстныхъ вещей. Извѣстны разныя, чрезвычайно странныя желанія извѣстной пищи. При этомъ сонъ очень часто беспокоенъ, непродолжителенъ, прерывистъ, даже случается продолжительная бессонница. Во второй половинѣ беременности обыкновенно всѣ эти явленія становятся на задній планъ; у первобеременныхъ они явственнѣе и сильнѣе выражены, нежели у женщинъ, уже ро-  
вѣ



шихъ. По видимому и полъ младенца имѣетъ на это вліяніе.

## ГЛАВА II.

### РАЗВИТІЕ ЯЙЦА ДО ПОЛНАГО СОЗРѢВАНІЯ.

Акушерство собственно разсматриваетъ плодъ въ совершенно развитомъ состояніи; изложеніе его развитія относится къ Физиологіи. Здѣсь представляется *resumé* исторіи развитія частию для того, чтобы разомъ осмотрѣть относящіяся сюда измѣненія, частию для того, чтобы облегчить пониманіе дѣйствія обмѣна между матерью и плодомъ. — Первые измѣненія яйца, какъ они здѣсь описаны, у человѣка конечно не были наблюдаемы, но переносятся на него съ млекопитающихъ животныхъ, съ кролика, съ собаки.

#### 1) РАЗВИТІЕ ЯЙЦА ДО ОБРАЗОВАНІЯ ВТОРАГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНІЯ<sup>1)</sup>.

§ 85. Первые измѣненія, претерпѣваемыя яйцомъ во время прохожденія изъ яичника по яйцепроводамъ, происходятъ въ наружной его оболочкѣ. Ячейки *disci proligeri* постепенно исчезаютъ, лишившись веретенообразной формы и сдѣлавшись круглыми. По исчезаніи этого клѣтчатого покрова, *zona* одѣвается концентрическими слоями бѣлка, достигающими значительной толщины (они видны только у кролика). Самая яйцовая ячейка теряетъ при этомъ свое зерно, зародышевый пузырекъ, желтоватая масса сама собою превращается въ ячейку, потому-что въ центрѣ ея происходитъ новое зерно, стягивающее ее вокругъ себя въ самостоятельный шарикъ, такъ что между желткомъ и внутреннимъ контуромъ *zonae* образуется свободное пространство

<sup>1)</sup> Слѣдующій краткій очеркъ исторіи развитія до образованія послѣда заимствованъ преимущественно изъ О. Funke's »Lehrbuch. d. Physiol. II. В. 1857«.

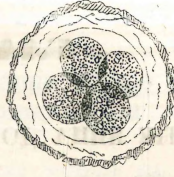
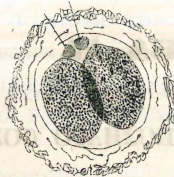
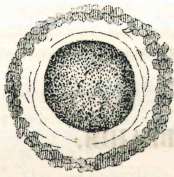
(Фиг. 19). Зерно этого шарика дѣлится на два, которыя рас-

Ф. 19.

Ф. 20.

Ф. 21.

Ф. 22.



ходятся и каждое изъ нихъ дѣйствуетъ съ одинакой притягивающей силой на существо нервичаго шарика, такъ что оно раздѣляется на двѣ половины, изъ которыхъ каждая сосредоточивается въ видѣ шарика вокругъ одного изъ зеренъ (Фиг. 20). Каждое изъ этихъ зеренъ снова дѣлится на два, которыя такъ распредѣляются въ существѣ желтка, что въ срединѣ полости *zonae* находятся 4 шарика, расположенные или рядомъ, или одинъ на другомъ (Фиг. 21). Такъ это идетъ дальше; при дальнѣйшемъ дѣленіи на два происходитъ 8, потомъ 16, 32, 64 шарика, которые сгущиваются въ тѣло, похожее на малину (Фиг. 22); и такъ далѣе, пока получатся элементы опредѣленной величины, соответствующей пѣли ихъ употребленія.

Этотъ процессъ, называемый *проборазживаніемъ желтка*, сопровождается вращательнымъ его движеніемъ, которое конечно приходится наблюдать во всѣхъ яйцахъ. Оно вызывается колебаніями мерцательныхъ волосковъ на поверхности желтка или дальнѣйшимъ передвиженіемъ проникшихъ въ него семянныхъ нитей.

§ 86. Яйцо попадаетъ въ полость матки въ видѣ кучки шариковъ, похожей на тутовую ягоду и заключенной въ желтковой оболочкѣ. Теперь ячейки, образовавшіяся изъ шариковъ, укладываются на внутренней поверхности оболочки и посредствомъ спавванія взаимно сталкивающихся, въ это время уже перепончатыхъ стѣнокъ образуютъ сплошной простой пузырь, въ которомъ оставшіеся шарики сгущиваются на одномъ мѣстѣ. Пузырь называется *зародышевой оболочкой*, *зародышевымъ пузыремъ*, — *vesicula blastodermica* —, сгущиваніе шариковъ составляетъ первое отложеніе *зародышиаго дворика* (Fruchthof), мѣста дальнѣйшаго образованія зародыша.

§ 87. Вскорѣ въ яйцѣ происходитъ дальнѣйшее важное измѣненіе, раздѣленіе простаго зародышеваго пузыря на два клѣтчатыхъ слоя, *зародышевые листки*; это раздѣленіе начинается въ зародышевомъ дворикѣ, отсюда распространяется равномерно во все стороны, пока наконецъ весь пузырь будетъ состоять изъ двухъ концентрическихъ листковъ, тѣсно прилежащихъ одинъ къ другому. *Наружный листокъ* *серозный* называется *животнымъ*, потому-что въ немъ развиваются центральная нервная система, самая важная часть скелета, мышцы и органы чувствъ; *внутренний слизистый листокъ* называется *растительнымъ*, потому-что изъ него образуются органы пищеваренія и дыханія. Позднѣе отличается между обоими ими еще третій клѣтчатый слой, *сосудистый листокъ*, изъ котораго выводятся происхождение сердца и который имѣетъ самую малую самостоятельность (фиг. 23).

Ф. 23.

§ 88. Послѣ этого начинается въ сосковомъ дворикѣ образованіе зародыша. Равномерно темный сосковый дворикъ въ срединѣ становится свѣтлѣе, между тѣмъ какъ на поверхности его, но только въ наружномъ животномъ листкѣ, происходитъ значительное размноженіе ячеекъ. Поэтому различаютъ темную периферическую часть—*area vasculosa* и болѣе свѣтлую центральную—*area pellucida*.—

На вдольной оси свѣтлаго центра появляется *продолговатая темная масса* (bb фиг. 24), въ срединѣ которой замѣчается *свѣтлая полоска* (a), оканчивающаяся весьма остро на узкой части дворика. Эта полоска есть углубленіе—*первичная бороздка* (*Primitivrinne*), пограничныя съ ней темныя массы суть возвышенныя утолщенія животнаго листка—*спинныя пластинки, laminae dorsales* (фиг. 25).

§ 89. Края *lam. dorsal.*, пограничныя съ первичной бороздкой, дѣлаются выше, отъ чего бороздка углубляется, наконецъ онѣ по всей ея длинѣ прилежатъ другъ къ другу и срастаются, такъ что бороздка превращается въ трубку—*первое отложеніе канала центральной нервной системы*

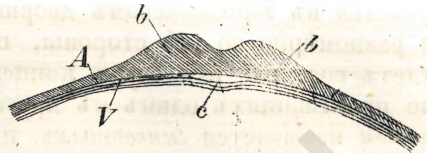
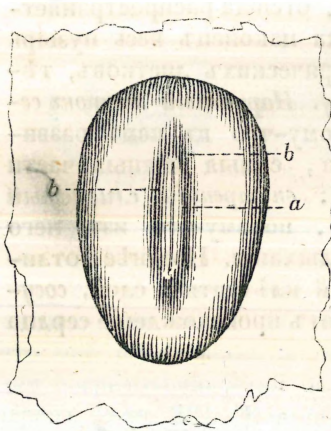


Е Наружная оболочка яйца. А Животный листокъ V. Растительный. F. Утолщеніе, представляющее зародышевъ дворикъ.

(Фиг. 26). Стѣнки трубочки выстилаются массой, изъ кото-

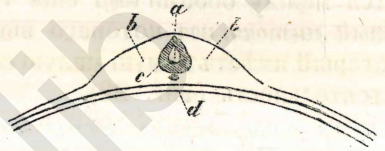
Ф. 25.

Ф. 23.



Воображаемый поперечный разръзъ черезъ ар-  
дину зародышева дворика. с. Отпечатокъ бо-  
роздки въ растительномъ листкѣ.

Ф. 26.



Поперечный разръзъ. b. Темная масса. c. Облегающая масса. d. Chorda dorsalis.

рой потомъ образуется спинной и черепной мозгъ ; въ то-  
же время передній конецъ трубочки раздается въ три, одинъ  
за другимъ лежація расширенія — передній, средний и зад-  
ний *мозговые пузыри*, изъ которыхъ передній, наибольшій да-  
етъ опять два вторичныхъ, боковыхъ расши-  
ренія — первое отложение *глазъ*. Задній конецъ  
трубки превращается въ мѣтѣ значительное  
ромбическое разширеніе. — Если теперь смот-  
рѣть на первичную бороздку сверху, то на оси  
ея видна болѣе темная полоска (d), оканчива-  
ющаяся подъ послѣднимъ изъ трехъ перед-  
нихъ расширеній узелкомъ ; по обѣимъ сторо-  
намъ бороздки на средней ея части замѣтны  
маленькія, парныя четырехугольныя пластинки,  
которыя, быстро увеличиваясь въ числѣ и  
соединяясь на обѣихъ сторонахъ выше и ни-  
же полоски, продолжаютъ въ кольца, обни-  
мающія ее (Фиг. 27). Эта полоска — *chorda*  
*dorsalis* — составляетъ первую основу позво-  
ночного столба, превратившіяся въ кольца пла-  
стинки суть *тѣла позвонковъ*; передній конецъ  
*chordae* образуетъ основаніе черепа (черепной  
позвонокъ)

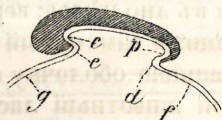
Ф. 27.



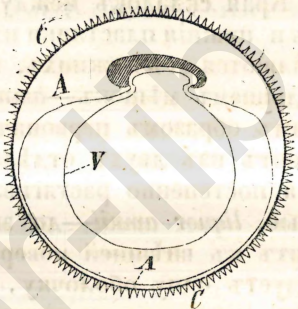
Видъ отложеній зар-  
родыша по наступле-  
ніи сейчасъ опи-  
санныхъ измѣненій.

§ 90. Ближайшее измѣненіе зародыша состоитъ въ *отдѣленіи его отъ зародышеваго пузыря* и образованіи *черезъ то полости для внутренностей*. Наружныя части спинныхъ пластинокъ загибаются одна къ другой въ видѣ брюшныхъ пластинокъ, сначала сростаются между собой на переднемъ и заднемъ концахъ. Въ тоже время оба конца загибаются внизъ къ полости яйца, отъ чего зародышъ получаетъ видъ лодочки, у которой 2 конца — болѣе толстый, головной и болѣе тонкій, тазовый (хвостовый). (Фиг. 28). Такимъ образомъ

Ф. 28.



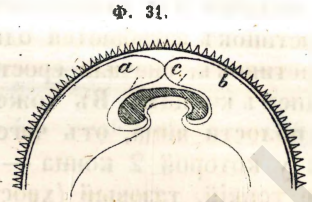
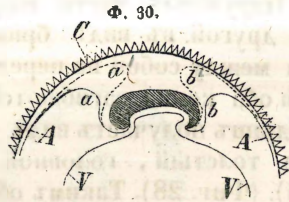
Ф. 29.



подъ головнымъ концомъ его образуется мѣшкообразное углубленіе (с), такое же, только менѣе глубокое, подъ хвостовымъ концомъ (р). Оба конца покрываются зародышевымъ пузыремъ, части котораго называются, соответственно тому или другому концу, *головнымъ* (e g) или *хвостовымъ* (d f) *покровомъ*. Пространство, окруженное висцеральными пластинками и обоими концами открытое къ полости зародышеваго пузыря, одѣто растительнымъ листкомъ и на краяхъ сжатія непрерывно переходитъ въ периферическую часть зародышеваго пузыря, образуя кишечную борозду.

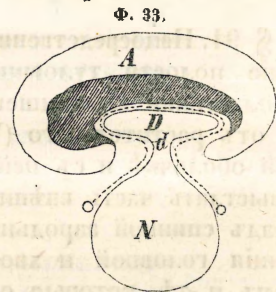
§ 91. Непосредственно послѣ того, какъ началось образование полости туловища, периферическая часть животной пластинки зародышеваго пузыря (А. Фиг. 29) отдѣляется отъ растительнаго (V), укладывается на наружной яйцовой оболочкѣ и съ ней сливается. За тѣмъ для того, чтобы выстлать часть внѣшней яйцовой оболочкі, находящуюся надъ спинкой зародыша, части животнаго листка, окружающія головной и хвостовый конецъ приподнимаются, (а потомъ и тѣ, которыя одѣваютъ боковые края), въ 2 складки (а и b фиг. 30), надвигающіяся надъ спинкой зародыша

(a' b') и наконецъ сталкивающіяся совершенно въ ея срединѣ (фиг. 31 с).



Края складокъ между собою срастаются, какъ верхнія, такъ и нижнія пластинки ихъ сливаются въ дно цѣлое; верхнія отдѣляются отъ нижнихъ, представляющихъ замкнутый надъ зародышемъ мѣшокъ—*amnion*,— внутреннюю оболочку яйца. Такимъ образомъ первоначально простой животный листокъ состоитъ изъ двухъ отдѣлений: одна изъ нихъ *amnion*, которая постепенно растягивается серозной, *околоплодной жидкостью*, *liquor amnii*—до значительнаго мѣшка; другая прилежитъ къ вѣнечной поверхности *zonae*, сливается съ ней и образуетъ одну оболочку, усаженную всюду ворсинками—*chorion*, *наружную зародышевую оболочку яйца*. Онѣ развиваются вскорѣ по вступленіи яйца въ матку и устанавливаютъ связь яйца съ маткой посредствомъ срастанія съ *decidua*, происходящей отъ измѣненія слизистой оболочки матки.

§ 92. Пока зародышъ развивается такимъ образомъ *in area pellucida*, *area vasculosa* увеличивается, темнѣетъ вслѣдствіе отложенія слоя клѣточекъ, назначеннаго для *сосудистаго листка*, который возникаетъ и идетъ между животнымъ и растительнымъ и продолжается внутри зародыша между животнымъ листкомъ, утолщеннымъ для образованія стѣнокъ туловища, и частью растительнаго, выстилающей полости туловища (фиг. 32 G). На краю его замѣчаютъ



G Сосудистый листокъ. t. Разрѣзъ *venae terminalis*, окружающей сосудистый листокъ. A. Amnion. V. Растительный листокъ.

A. Amnion. D. Кишечная трубка. N. Пулочный пузырь. d. Duct. vit.-intesti.

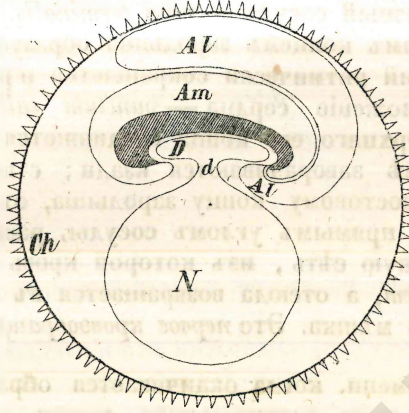
сперва отдѣльныя точки, между которыми образуются бороздки, мало-по-малу сливающимся въ петли и образующія на краѣ листка кольцеобразный сосудъ — *vena terminalis*. Въ тоже время подъ головнымъ концемъ зародыша образуется S видный мѣшокъ, который ритмически сокращается и расширяется. Это первое отложеніе сердца — *punctum saliens*. Обѣ вѣтви, идущія отъ верхняго его конца соединяются въ общій стволъ; потомъ онѣ заворачиваются кзади; стволъ идетъ какъ аорта къ хвостовому концу зародыша, отдавая на своемъ пути подъ прямымъ угломъ сосуды, рассыпающіеся въ периферическую сѣть, изъ которой кровь собирается *in venam terminalem*, а отсюда возвращается въ оба нижніе отдѣлы сердечнаго мѣшка. Это первое кровообращеніе.

§ 93. Около того времени, когда оканчивается образованіе *amphii*, центральная часть растительнаго листка, а съ ней и соответствующая часть сосудистаго начинаютъ отдѣляться отъ внутренней стѣнки брюшной пластинки и прикрѣпляются къ ней еще только вдоль позвоночнаго столба. Листки обѣихъ сторонъ сближаются между собой, сталкиваются по длинѣ позвоночнаго столба подъ угломъ и такимъ образомъ происходитъ углубленіе для кишечнаго канала, открытое въ полость зародышеваго пузыря. За тѣмъ стѣнки этого углубленія склоняются одна къ другой и, дѣйствительно смыкаясь надъ углубленіемъ, превращаютъ послѣднее въ *кишечную трубку*. Трубка эта на своей срединѣ долго находится въ соединеніи посредствомъ болѣе и болѣе суживающагося хода — *ductus vitello-intestinalis* — (Фиг. 33 d) съ зародышевымъ пузыремъ, который теперь носитъ названіе *пупочнаго пузыря* — *vesicula umbilicalis*. — По *ductus vit.-int.* или *omphalo-entericus* пробѣгаютъ сосуды, поддерживающіе связь между сердцемъ и *v. terminalis*, почему и они называются *vasa omphalo-enterica*.

Изъ кишечной трубки образуется потомъ весь пищеварительный и дыхательный аппаратъ.

§ 94. Послѣднее образованіе яйца, о которомъ надобно сказать, это *allantois*, мочевоі мѣшокъ. Прежде, нежели кишечный каналъ замкнется, находятъ маленькую, твердую кучку клѣточекъ, сидящую на внутренней стѣнкѣ загнутаго хвостоваго конца; вырастая, она дѣлается полой, измѣняется

Ф. 34.



Al Allantois. Am. Amnion. Ch. Chorion. D. Кишечная трубка N. Пупочный пузырь. d. Duct. vit.-intestinalis.

въ пузырь (Ф. 34) Al), который быстро увеличивается, вмѣстѣ съ *ductus vit-int.* выступаетъ въ полость туловища, по наружной поверхности *amni* заворачивается надъ зародышемъ и на известномъ пространствѣ прилежитъ къ внутренней поверхности *chorii* (Ch). Во время этого роста конецъ мочевого мѣшка, лежащій въ полости живота, сливается съ самымъ заднимъ концомъ кишекъ въ общую полость *cloake*, и служитъ предварительнымъ отводящимъ каналомъ для первыхъ экскрементовъ зародышеваго обмена. Изъ этой полости происходитъ мочевой пузырь. Какъ остатокъ *allantois*, вслѣдствіе суживанія и роста вытянутой въ каналъ и облитерированной, находится похожая на связку тесьма—*urachus*, идущая отъ верхушки мочеваго пузыря по передней брюшной стѣнкѣ къ пупочной области. По части пузыря, идущей кнаружи къ *chorion*, собственно *allantois*, идутъ продолженія нижнихъ вѣтвей аорты, *aa. iliacae*, называемыя потомъ *пупочными*. Онѣ, вмѣстѣ съ *allantois*, идутъ къ *chorion*, въ ворсинкахъ ея удлинняются, петлеобразно извиваются, переходятъ въ вены, собирающіяся въ общій стволъ, *пупочную вену*, и идутъ вдоль пупочной артеріи къ пупку зародыша, а отсюда въ печень и восходящую полую вену. Тамъ, гдѣ пупочныя артеріи погружаются въ *chorion*, ворсинки ея разрастаются, на этомъ мѣстѣ развиваются также сильнѣе сосуды отпадающей оболочки, и такимъ образомъ происходитъ послѣдъ, *placenta*, который теперь устанавливаетъ связь между матерью и яйцомъ. (Второе кровообращеніе).

§ 95. Теперь зародышъ отдѣленъ отъ периферическихъ частей яйца посредствомъ *amnion*; полость туловища заперта до пупочнаго отверстія. Онъ теперь соединяется съ периферическими частями яйца посредствомъ шнура — пуповины, который сначала заключаетъ *duct. ophthalo-ent.* съ *vasa ophth.*

въ пузырь (Ф. 34) Al), который быстро увеличивается, вмѣстѣ съ *ductus vit-int.* выступаетъ въ полость туловища, по наружной поверхности *amni* заворачивается надъ зародышемъ и на известномъ пространствѣ прилежитъ къ внутренней поверхности *chorii* (Ch). Во время этого роста конецъ мочевого мѣшка, лежащій въ полости живота, сливается съ самымъ заднимъ концомъ кишекъ въ общую полость *cloake*, и служитъ предварительнымъ отводящимъ кана-



*ent.*, продолженіе *urach.*, а потомъ только *vasa umbilicalia* и отдѣляется *amnio*. Пупочный пузырь и *allantois* лежатъ въ *amnion*, между ней и *chorion*.

Сказанныя измѣненія яйцо претерпѣваетъ уже въ первыя 3 недѣли беременности и теперь уже оно состоитъ изъ плода (въ первые 3 мѣсяца *embryo*, потомъ *foetus*), *amnion* съ околоплодной жидкостью, *chorion*, образуемой маткой *decidua*, также изъ послѣда и пуповины.

## II) ЯЙЦО ВЪ РАЗНЫЕ МѢСЯЦЫ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 96. 1) Въ концѣ перваго мѣсяца беременности яйцо бываетъ величиной почти съ голубиное, имѣетъ 8''' — 10''' дл., самый зародышъ 5''' — 6''' . *Amnion* прилежитъ къ нему довольно тѣсно, между ней и обложенной со всѣхъ сторонъ длинными ворсинками *chorion* есть еще свободное пространство. Въ зародышѣ различаютъ пузыреобразную головную часть и болѣе узкій искривленный хвостовой конецъ; полость туловища еще не заперта, пуповина коротка и содержитъ *duct. omph.-ent.* съ соимянными сосудами и корешкомъ *allantois*.

§ 97. 2) Въ концѣ 2-го мѣсяца яйцо имѣетъ 2 — 2½''' дл.; полость *amni* больше, а слѣд. и жидкость, содержащаяся въ ней, обильнѣе; она тѣсно прилежитъ къ *chorion*, ворсинки которой на одномъ мѣстѣ болѣе развиты. Пупочный пузырь очень малъ, соединяется съ зародышемъ посредствомъ тонкой нити; отъ *allantois* видны только *vas. umbil.*, идущіе къ *chorion* и составляющіе главную часть пуповины. Самый зародышъ имѣетъ 10 — 15''' ; его головка, на которой замѣчаются глаза въ видѣ точекъ, отдѣляется рѣзче; замѣтны ротъ и носъ, образуются нижнія челюсти и ключицы, отдѣляются члены конечностей. Пупочное кольцо сужено, но содержитъ еще кишечныя петли. Первичныя отложенія почекъ уже развились раньше, теперь мало-по-малу исчезли, раздѣлившись на мочевые органы и половыя части.

§ 98. 3) Въ концѣ слѣдующаго мѣсяца яйцо имѣетъ 3¼ — 4''' дл., *chorion* отчасти потеряла свои ворсинки; за то на вышеозначенномъ мѣстѣ онѣ развились очень сильно и такъ тѣсно соединились съ отпадающей оболочкой, что *chorion* образуетъ здѣсь губчатое, похожее на блинъ тѣло—дѣтское мѣсто, *послѣдъ—placenta*, который имѣетъ около 3''' въ дл. и нѣсколько линій въ толщину. Пуповина гораздо длиннѣе и представляетъ многія извилины; она прикрѣпляется къ

нижнему концу туловища. Теперь плодъ называется *foetus*. Онъ  $2\frac{1}{2}$ " дл., 2 лота вѣсомъ; его головка образованіемъ шейки отдѣлена отъ туловища, которое развивающимися ребрами явственно раздѣляется на грудь и брюхо. Полости рта и носа раздѣлены нѣбомъ, первая изъ нихъ заперта губами, въ челюстяхъ начинается развитіе зубовъ. Образовалась *membrana pupillaris* и вѣки между собой срослись. Можно замѣтить также и ушныя раковины. На конечностяхъ замѣчаютъ пальцы и начало ногтей. Вслѣдствіе вздуванія кожи образуются срамныя губы и мошонка, только *clitoris* и *penis* еще одинаковой длины,

§ 99. 4) Мѣсяцъ спустя, находятъ послѣдъ толще и объемистѣе, пуповину извивистѣе и толще отъ воспринятія въ его влагалище Вартонова студенистаго вещества (о чемъ будетъ послѣ). Плодъ, 5" дл. и 4 — 6 унцій вѣсомъ, имѣетъ явственную головку, которой черепъ уже отчасти окостенѣлъ и представляетъ широкіе швы и роднички; лицо становится яснымъ, ротъ, носъ, глаза и уши получаютъ надлежащій видъ. Голова равняется  $\frac{1}{4}$  всей длины плода. Внутренніе органы развиваются далѣе, также мускулы, такъ что плодъ уже производитъ мало связныя движенія своими членами. Можно различить полъ; похотникъ остается при своей величинѣ, *penis* же развивается далѣе. Кожа дѣлается плотнѣе и краснѣе и начинаютъ образоваться волосы.

§ 100. 5) Пяти-мѣсячный плодъ бываетъ 9 — 12" дл. и  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{1}{3}$  фунт. вѣсомъ, околоплодная жидкость значительно превышаетъ его по вѣсу; голова еще очень велика сравнительно съ туловищемъ, лицо по недостатку жира имѣетъ старческой видъ. Сросшіяся вѣки начинаютъ раздѣляться, окостенѣніе идетъ далѣе, при чемъ въ тоже время начинаютъ отличаться болѣе и болѣе отдѣльныя органы. Отдѣленія кишекъ окрашены желчью въ темно-желтоватый цвѣтъ и несутъ названія *первороднаго кала* — *meconium*, которое находится въ тонкихъ кишкахъ. Пупокъ — *lanugo* — покрываетъ всё тѣло, кожа обильнѣе жиромъ и потому напряженнѣе, ея поверхность покрыта сырнымъ веществомъ — *vernix caseosa* —, которое состоитъ изъ слупившейся надкожицы, жира, бѣлка и солей. Плодъ находится въ согнутомъ положеніи съ притянутыми конечностями. Вслѣдствіе довольно сильнаго развитія мышцъ, онъ можетъ иногда измѣнить свое положеніе, вытягивать конечности — *дѣтскія движенія*, болѣе или менѣе ощущаемыя матерью.

Шея становится длиннѣе и толще, область плечъ ши-

ре, грудь въ нижней ея окружности выпуклѣе, въ верхней части она еще плоска. Прикрѣпленіе пуговины отодвинуто выше кверху.

§ 101. Въ концѣ 6-го мѣсяца плодъ вѣситъ  $1\frac{1}{2}$  — 2 фунта и его длина 11 — 14". Лицо все еще очень большой головкѣ болѣе потеряло старческаго выраженія вслѣдствіе довольно сильнаго образованія жира. Вѣки раздѣлены, рѣсины и брови явственнѣе, волоса на головѣ длиннѣе; ушной хрящъ образуется сильнѣе. Пупокъ отодвигается еще болѣе кверху, половыя части развиты; малыя губы выдаются изъ-за большихъ, яички приближаются къ заднему паховому кольцу. Верхняя часть груди, вслѣдствіе сильнаго развитія грудныхъ мышцъ, выпуклѣе; также и сѣдалищныя мышцы становятся сильнѣе, а отъ того тазовая область толще и шире. Теперь и въ толстыхъ кишкахъ находится первородное кало, которое сдѣлалось темнѣе. — Движенія плода бываютъ живѣе и даже замѣтны для постороннихъ; также и сердечныя тоны слышны черезъ брюшныя стѣнки. Если плодъ родится въ это время, то онъ обнаруживаетъ явственныя признаки жизни, но жить еще не можетъ (*fœtus vivus, non vitalis*).

§ 102. 7) Въ концѣ 7-го мѣсяца плодъ имѣетъ 14—15" дл. и 2—3 фунта вѣса, еще очень большая головка получаетъ болѣе плотности, конечности, на которыхъ кожа очень красна, дѣлаются круглѣе. Вѣки раскрыты, *membrana pupillaris* исчезла; у наружнаго паховаго кольца часто уже ощущается яичко. Если теперь родится плодъ, то можетъ случиться, что онъ и останется въ живыхъ. При изслѣдованіи чрезъ влагалище предлежащая головка иногда *колышется* надъ пальцемъ (*ballotirt*).

§ 103. 8) По прошествіи слѣдующихъ 4-хъ недѣль длина плода доходитъ до 16", вѣсомъ до 3—4 фунтовъ. Волоса на головѣ гуще, ногти тверже, но еще недоходятъ до конца пальцевъ. Въ мошонкѣ обыкновенно находится уже яичко. Женскія наружныя половыя части уже образовались. При нѣкоторомъ уходѣ родившійся 32 недѣльный плодъ уже безъ труда можетъ остаться въ живыхъ.

§ 104. 9) Въ концѣ девятаго мѣсяца, когда плодъ достигаетъ 17 — 18" дл. и 5 — 6 фунтовъ вѣса, онъ мало отличается отъ совершенно развитаго плода. Только головныя кости довольно гибки, кожа еще не очень жирна и не всѣ складки на ней исчезли, ногти еще не совершенно развиты. Но такіе плоды уже легко могутъ остаться въ живыхъ. Не

претерпѣвая рѣзкихъ измѣненій, въ послѣднія 4 недѣли плодъ находится на пути къ полной зрѣлости, которой и достигаетъ по истеченіи 40-й недѣли.

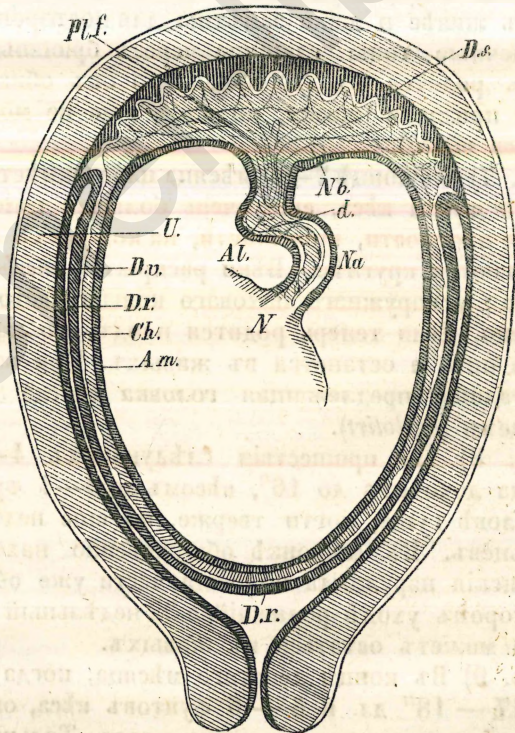
III) зрѣлое яйцо.

A. Принадлежности младенца.

§ 105. Сюда относятся: *отпадающая оболочка (decidua), chorion и amnion*, составляющія такъ называемыя *оболочки яйца*, даѣе *околоплодная жидкость* и наконецъ *послѣдъ съ пуповиной*.

а) Оболочки яйца (Фиг. 35).

Ф. 35.



U. Стѣнка матки. Pl. f. Placenta foetalis.

*Decidua*. Уже раньше было сказано о значительном развитіи слизистой оболочки матки во время беременности, которая начинается съ зачатіемъ или же представляетъ собственно усиленіе гипертрофіи, наступившей при послѣднихъ регулахъ. Эта гипертрофія состоитъ въ разрыхленіи и переполненіи кровью основной ткани съ увеличеніемъ соединительной ея ткани и въ быстромъ развитіи т. е. удлинненіи утрикулярныхъ желѣзъ. Такимъ образомъ *слизистая оболочка* представляетъ такъ называемую *отпадающую оболочку*, *decidua vera*, *tunica decidua*, которая потомъ совершенно отдѣляется отъ лежащей подъ ней мышечной оболочки. Своими складками она не покрываетъ отверстій Фаллопіевыхъ трубъ, но только внутреннее маточное отверстіе, всегда очень узкое, и непродолжается въ шейный каналъ. — Какъ только яичко попало въ полость матки, то оно поддерживается складками мягкой слизистой оболочки, погружается въ нее и надъ нимъ разрастаются сосѣднія части. Эти части слизистой оболочки, возвышающіяся надъ яичкомъ въ видѣ валика и наконецъ запирающія его, называются *decidua reflexa* (потому—что прежде думали, что яичко заворачиваетъ отпадающую оболочку, запирающую устья яйцепроводовъ). То мѣсто *deciduae verae*, на которомъ укрѣпилось яйцо, называется *decid. serotina*. Сначала между *decidua vera*, и *reflexa* находится жидкость (*Hydroperione Breschel*), потомъ *dec. reflexa* все болѣе растягивается околоплодной жидкостью, пока наконецъ она придетъ въ соприкосновеніе съ *dec. vera*, когда обѣ онѣ сливаются между собой и представляютъ одну оболочку (фиг. 35 D. v. D. r. D. s.).

При родахъ отпадающая оболочка, пристающая снаружи къ *chorion*, выдѣляется; она бываетъ около 1" толщ., дрябля, легко разрывается, какъ рѣшето, устьяна маленькими отверстиями (устьями утрикулярныхъ желѣзъ) и ее можно сдирать съ *chorion* лоскутьями. Ея устройство видно изъ ея образованія.

§ 106. 2) *Chorion* идетъ кнутри за отпадающей оболочкой и представляетъ довольно плотную оболочку, устьянную по поверхности маленькими неровностями. Мы нашли, что она происходитъ изъ первоначальной наружной яйцовой оболочки, *zona pellucida*, и изъ периферической части животной пластинки зародышеваго пузыря. Виѣшняя ея поверхность въ первые мѣсяцы беременности усажена множествомъ ворсинокъ, по которымъ петлеобразно выходятъ сосуды, виѣдряющіеся *in dec. reflexa* и устанавлиющіе связь между

матерью и яйцомъ. Отъ этихъ ворсинокъ *chorion* получаетъ мшистый видъ и называется *chorion frondosum*. Потомъ, около 3-го мѣсяца, ворсинки исчезаютъ, за исключеніемъ того мѣста, гдѣ уложилась *allantois*, соответствующая *des. serot.*, и гдѣ образуется послѣдъ. Только еще мѣстами остаются маленькія неровности, какъ слѣды прежнихъ ворсинокъ, и теперь *chorion* называется *chor. pellucidum, laeve*.

§ 107. 3) Къ внутренней поверхности *chorii* тѣсно прилежитъ *amnion*, которая одѣваетъ внутреннюю поверхность послѣда, образуетъ влагалище пуповины (*Na*) и на остаткѣ пупочнаго отверстія зародыша (*N*) непосредственно переходитъ въ брюшныя его стѣны. Подробности объ ея происхожденіи изложены выше. Мѣшокъ водной оболочки (*amnion*) представляетъ тонкую, прозрачную, безструктурную оболочку, обложенную снутри шахматнымъ эпителиемъ, не имѣющую ни сосудовъ, ни нервовъ. Она легко сдирается съ *chorion* и послѣда, съ которыми, по видимому, соединена очень тонкимъ слоемъ рыхлой клѣтчатки, не такъ легко сдирается съ пуповины и содержитъ плодъ и околоплодную жидкость.

Отъ пупочнаго пузыря и мочевого мѣшка, о происхожденіи и исчезаніи которыхъ сказано раньше, въ зрѣломъ плодѣ нельзя найти никакихъ остатковъ.

На Фиг. 25 они означены посредствомъ *Nb* и *Al, duct. vit.-int.*, который также исчезъ, черезъ *d*.

§ 108. б) *Околоплодная жидкость*.

*Liquor amnii* представляетъ чистую, желто-зеленоватую, прозрачную жидкость мяснаго запаха, въ которой замѣчаются отдѣльные бѣлые хлопки (сшелушившаяся надкожица плода) и пушокъ. Количество ея равняется 1, 2 фунтамъ, впрочемъ оно очень различно, въ первой половинѣ беременности, сравнительно съ величиной плода, ея гораздо больше, чѣмъ во второй. Околоплодная жидкость представляетъ серозное выпотѣніе, которое, подобно такимъ же транссудатамъ въ большихъ полостяхъ тѣла, имѣетъ только механическое значеніе. Она не составляетъ ни отдѣленія зародыша, ни его питательнаго вещества, какъ это достаточно ясно изъ ея химическаго состава. По *Scherer*'у она содержитъ въ 5 мѣсяцѣ беременности 975, 84 воды, 7, 67 бѣлка, 7, 24 экстрактивнаго вещества и 9, 25 солей; въ 10 мѣсяцѣ 991, 474 воды, 0, 82 бѣлка, 0, 60 экстрактивнаго вещества и 7, 06 солей. Послѣднія преимущественно щелочныя съ небольшимъ количествомъ фосфорнокислой извести; мочевины не открыто. По этому *liq. amnii* есть ничто иное, какъ разведенная кровяная

сыворотка, которая особенно въ послѣдніе мѣсяцы беременности чрезвычайно бѣдна бѣлкомъ. Польза ея вѣроятно заключается въ томъ, что бы защищать плодъ отъ передачи внѣшнихъ поврежденій, облегчать его развитіе и движенія, предотвращать сращеніе отдѣльныхъ частей и давленіе на пуповину, сохранять равномерной форму полости яйца и при родахъ готовить полное разверзаніе нижняго отдѣла матки.

§ 109. *Послѣдъ-placenta.*

Этотъ органъ, составляющій связь между матерью и плодомъ, представляетъ плоское тѣло, похожее на кружокъ, которое въ срединѣ тоньше, нежели на краяхъ. Его наружная выпуклая поверхность тѣсно соединяется съ стѣнкой матки, внутренняя вогнутая гладка, слабо одѣвается водной оболочкой и плотно ворсинистой; на ней приклѣпляется пуповина и распространяются ея сосуды. Поперечникъ послѣда 6—8", вѣсъ его 1—1½ фунт. Большей частью онъ сидитъ на задне-боковой стѣнѣ дна и тѣла матки, рѣже на передней, или даже близъ маточнаго рыльца; обыкновенно онъ прикрѣпляется на правой сторонѣ матки, причина этого не извѣстна.

Развитой послѣдъ состоитъ почти весь изъ кровеносныхъ сосудовъ, которые имѣютъ двоякій источникъ въ маткѣ и сосудахъ пуповины младенца. Маточная его поверхность представляется раздѣленной петлистыми, неправильно идущими бороздками на доли—*cotyledones*, которыя раздѣляются между собой продолженіемъ ворсинистой оболочки и состоятъ изъ отдѣльныхъ меньшихъ долекъ, а эти опять изъ ворсинокъ.

Послѣдъ, выведенный изъ матки при родахъ, представляется простой, однообразнаго строенія органъ, состоитъ однако изъ 2-хъ различныхъ частей, которыя позднѣе не отдѣляются одна отъ другой, тѣсно срастаются, тогда какъ раньше были совершенно раздѣлены. Одна часть происходитъ отъ младенца, составляетъ дальнѣйшее развитіе сосудовъ *allantois*, погружающихся въ *chorion*—*дѣтская часть или дѣтскій послѣдъ*—*pars s. placenta foetalis*; другая есть ничто иное, какъ часть сильнѣе развитой отпадающей оболочки—*материнская часть послѣда*—*placenta uterina*. Послѣдняя на выведенномъ послѣдѣ часто узнается только по лоскутамъ, такъ какъ часть ея пристаётъ къ маточной стѣнкѣ.

§ 110. *Placenta foetalis* состоитъ изъ довольно большаго числа древовидныхъ ворсинокъ, изъ которыхъ каждая, какъ уже сказано, своими развѣтвленіями составляетъ особенную

долю. Въ эти деревца входятъ конечныя вѣтви *a. a. umbilical.*, посылають свои вѣтки въ колбообразно оканчивающіеся вѣтви ворсинчатого ствола, каковыя мелкія артеріальныя вѣтки довольно крупной вѣтви ворсинки посылають въ каждую конечную вѣтку ея маленькую вѣточку. Тамъ она много-различнымъ образомъ извивается, загибается на подобіе петли и оканчивается на основаніи вѣтки въ венозный стволіктъ. Эти послѣдніе, идя параллельно артеріальнымъ, вмѣстѣ съ ними же оставляють ворсинку и своимъ слияніемъ образуютъ палецъ *v. umbil.* Эти конечныя вѣточки въ то же время и капиллярныя петли, также точно, какъ и въ сосочкахъ кожи.

*Материнская часть* послѣда состоитъ изъ части слизистой оболочки, которой впрочемъ первоначальная ткань почти совсѣмъ исчезла на счетъ громадно расширенныхъ сосудовъ. Изъ мышечной стѣнки матки (по Е. Н. Weber'у) въ сросшуюся съ ней часть такъ называемой *decid. serot.* многочисленные артеріальныя стволіки образуютъ чрезъ извиваніе въ разныя стороны сосудистый клубочекъ, родъ *glomeruli*, и за тѣмъ посылають свои вѣтви въ болѣе глубокую часть *deciduae*. Здѣсь онѣ не переходятъ въ мелкіе капилляры, но въ тонкостѣнные каналы,  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ ''' шир., соединенные въ узкія петли; изъ каналовъ кровь собирается въ большую вену, лежащую на краю послѣда—*vena coronaria placentaе*—и въ другія вены, ведущія къ мышечной оболочкѣ матки. Эти каналы по своему происхожденію и устройству, дѣйствительно представляютъ *громадныя волосныя сосуды*, а главная масса материнской части послѣда состоитъ изъ широкотрубчатой системы волосныхъ сосудовъ, подобно *corp. cav. penis*. Зародышевыя ворсинчатыя деревца такъ густо и тѣсно обвиваются этими волосными сосудами, что они, по видимому, какъ бы вросли въ ихъ просвѣтъ; по Virchow'у дѣйствительно стѣнки капилляровъ атрофируются, такъ что ворсинки свободно входятъ въ просвѣтъ сосудовъ, такъ что младенческая кровь отдѣляется отъ крови матери только стѣнкой ворсинчатыхъ сосудовъ и самой ворсинкой. Съ тѣмъ вмѣстѣ вслѣдствіе развитія волосныхъ сосудовъ ткань *deciduae* исчезаетъ (*verödet*), только не въ самомъ наружномъ слое, прилежащемъ къ мышечной оболочкѣ, обнаруживающемъ тоже строеніе, какъ и *dec. vera*, и имѣющемъ сократительныя ячейки волоконъ (Ecker), которыя остаются при отлученіи послѣда отъ матки во время родовъ и польза которыхъ будетъ описана потомъ.



Описанная тѣсная связь между дѣтскимъ и материнскимъ послѣдомъ происходитъ (какъ у млекопитающихъ) отъ врожденнаго ворсинокъ *chorii* въ мѣшечки утрикулярныхъ желѣзъ, хотя прямо это еще и не доказано. При разрастаніи ворсинокъ стѣнки желѣзокъ разрываются, атрофируются и исчезаютъ; въ пользу этого говорить то, что въ развитомъ послѣдѣ нѣтъ и слѣда стѣнокъ.

И такъ сосуды младенца и матери такъ правильно расположены въ послѣдѣ, что та и другая кровь вездѣ текутъ рядомъ и отдѣляются только тонкой стѣнкой, весьма доступной для эндосмоса. Это тѣсное соприкосновеніе обѣихъ кровей съ цѣлью обмѣна веществъ и составляетъ задачу послѣда. По окончаніи обмѣна дѣтская кровь возвращается черезъ пупочныя вены къ плоду. Какія измѣненія претерпѣваетъ кровь въ послѣдѣ, это еще положительно не объяснено. Послѣдъ долженъ собой замѣнять всѣ мѣста принятія и выведенія веществъ, для чего у рожденнаго плода есть особенныя органы; черезъ него зародышъ долженъ воспринимать пищу (куда относится и кислородъ) и отдавать употребленныя и лишнія вещества.

#### § 111. Пуповина—*funiculus umbilicalis*.

Пуповина есть шнурокъ, соединяющій мать съ плодомъ, начинается отъ пупка послѣдняго и прикрѣпляется на вогнутой сторонѣ послѣда. У зародыша изъ пупочнаго отверстія выходятъ *duct. vitell.-int.* съ пупочнымъ пузырькомъ и *allantois* съ ея сосудами, будучи покрыты частью водной оболочки, простирающейся между пупочнымъ отверстиемъ и противоположнымъ мѣстомъ ворсинистой оболочки. Такимъ образомъ *amnion* составляетъ влагалище для сказанныхъ частей. Впослѣдствіи *duct. vit.-int.* съ пупочнымъ пузырькомъ и шнуркомъ мочевого мѣшка исчезаютъ, внутри влагалища остаются только пупочныя сосуды и представляютъ пуповину. Въ началѣ еще довольно короткая, она быстро растетъ и достигаетъ среднимъ числомъ до 18—22" дл., конечно очень часто бываетъ много длиннѣе и короче. Она содержитъ обѣ пупочныя артеріи и простую пупочную вену, лежащую между ними; артеріи идутъ болѣе или менѣе спирально, а ихъ часто обвиваетъ вена; этимъ обуславливается конечно извивистый ходъ пуповины, при чемъ она скручивается большей частью слѣва вправо, считая отъ пуповины. Самый шнурокъ лежитъ извивисто въ околоплодной жидкости, часто обвиваетъ члены или даже шею и туловище плода и, вслѣдствіе этихъ обвиваній, движеній плода, на пей часто образуются

настоящие узлы, стягиваніе которыхъ можетъ прекратить кровообращеніе.

Сосуды пуповины лежатъ въ студенистой массѣ—*gelatina Wartoniana*, представляющей видъ соединительной ткани (слизистая ткань Virchow'a), межклетчатое существо которой совершенно безструктурно, и при вареніи не превращающейся въ слизь. Отъ большаго или меньшаго ея количества толщина пуповины измѣняется отъ мизинца до большаго пальца, впрочемъ она не вездѣ одинакова. Гдѣ скопляется больше студенистаго вещества, тамъ образуются студенистые узлы—*ложные узлы, nodi gelatinosi*, которые возвышаются надъ поверхностью въ видѣ узловъ или колець.

Присутствіе въ пуповинѣ лимфатическихъ сосудовъ и нервовъ положительно еще не доказано.

Пуповина прикрѣпляется или въ срединѣ плода—*insertio centralis*, или въ сторонѣ отъ центра—*ins. lateralis*, или на краю—*ins. marginalis*. Рѣдко сосуды ея развѣтвляются еще въ яйцевыхъ оболочкахъ и по нимъ идутъ къ краю послѣда, гдѣ и погружаются въ него—*ins. velamentosa*. Если они расходятся и развѣтвляются еще до вступленія въ послѣдъ и такимъ образомъ прикрѣпляются по одиночкѣ, то такой видъ прикрѣпленія называется *ins. furcalis*.

### В. Плодъ.

§ 112. Зрѣлый младенецъ имѣетъ 17 — 19" дл., отъ темени до *tub. isch.* 11 — 12"; вѣситъ среднимъ числомъ 6 — 7 фунт.; ширина плечъ равняется почти  $4\frac{1}{2}$ " , ширина таза  $3\frac{1}{2}$  —  $3\frac{3}{4}$ " , стрѣльчатый діаметръ груди  $3\frac{1}{2}$ " . Отъ этихъ измѣреній, особенностей въ вѣсѣ, бываютъ значительныя отступленія вверхъ и внизъ; на это преимущественно имѣютъ вліяніе сложеніе и силы родителей. Всѣ члены выношеннаго младенца надлежащимъ образомъ округлены и снабжены значительной жировой подстилкой; кожа потеряла свою красноту, на спинѣ и на сторонѣ сгибанія конечностей покрыта *vernice caseosa*; *lanugo* исчезъ, волосы на головѣ темны и около 1" дл.; роговидные ногти выдаются изъ-за концевъ пальцевъ. Голова надлежащей твердости и черепъ особенности превышаетъ по величинѣ лицо, имѣ-

ощее свободное, веселое выраженіе. Рѣспицы и брови явственно развиты, хрящи носа и уха тверды. Грудь выпукла, грудныя желѣзы въ обоихъ полахъ велики и содержатъ нѣсколько жидкости; пуговина прикрѣплена тотчасъ подѣ срединной вдольной оси тѣла. — Мошонка нѣсколько морщиниста, безъ особенной красноты, оба яичка находятся въ ней, но влагалищная оболочка еще открыта въ брюшную полость. Большія бѣлыя наружныя губы прикрываютъ малыя и прилежатъ одна къ другой.

Дѣти способны продолжать жизнь, большей частью весело посматриваютъ вокругъ себя, двигаютъ конечностями и громко кричатъ. Вскорѣ послѣ родовъ они испражняютъ мочу и первородное каало, производятъ губами сосательныя движенія, крѣико и жадно берутъ грудь.

§ 113. *Головка* вособенности требуетъ нашего вниманія относительно ея величины и другихъ свойствъ, какъ часть, которой мы по преимуществу заняты во время родовъ. Она имѣетъ форму яйца, острый конецъ котораго обращенъ къзади, раздѣляется на лицо и черепъ, состоящіе изъ тѣхъ же костей, какъ и у взрослыхъ.

Черепныя кости еще очень гибки и легко надвигаются одна на другую по причинѣ широкихъ кожистыхъ соединеній, 1 — 2<sup>'''</sup> шир., *швовъ*, изъ которыхъ особенно нужно упомянуть объ лобномъ, продолженіи стрѣльчатого между обѣими лобными костями. Иногда, хотя и рѣдко, стрѣльчатый шовъ продолжается даже и на затылокъ. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ сходятся лобный, стрѣльчатый и вѣнечный швы, находится четырехугольное кожистое пространство, около 10<sup>'''</sup> дл., 6<sup>'''</sup> шир., называемое *большимъ* или *переднимъ родничкомъ*, въ который, въ силу сказаннаго, оканчиваются 4 шва. Подобное пространство находится также на мѣстѣ соединенія стрѣльчатого и  $\lambda$  образнаго шва, называемое *малымъ* или *заднимъ*, также *затылочнымъ родничкомъ*. Такъ какъ здѣсь сталкиваются только 3 шва и слѣд. 3 отдѣльныя кости, то онъ имѣетъ 3 угольную форму, чѣмъ и отличается на осязаніе отъ большаго. Тамъ, гдѣ нижніе углы теменныхъ костей граничатъ съ чешуйчатымъ швомъ, происходятъ такія же, довольно широкія пространства *роднички Casser'a*, изъ которыхъ передніе нельзя прощупать, потому что

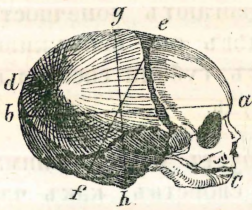
они покрыты мягкими частями; тогда как задніе, которые, будучи Зугольными, могут быть смѣшаны съ затылочнымъ родничкомъ, прощунать легко.

§ 114. Подобно тазу, надобно измѣрить и головку младенца въ разныхъ направленіяхъ. Для практики важны слѣдующіе размѣры: (Фиг. 36 и 37).

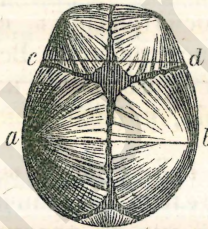
Ф. 36.

Ф. 27.

Ф. 36.



Ф. 37.



Прямой діаметръ младенческой головки въ четверть настоящей величины.

Поперечный размѣръ младенческой головки въ четверть настоящей величины.

1) Діаметръ въ направленіи *спереди кзади* — *стрѣльчатый*, такъ называемый *прямой*, отъ *glabella* до затылочнаго бугра (ab) —  $4\frac{1}{2}''$ ; ему соотвѣтствуетъ поверхность въ 13 —  $14\frac{1}{2}''$ . б) *большой соединительный*, отъ верхушки подбородка до затылочнаго родничка (cd), —  $5''$ ; соотвѣтствующая поверхность равна почти  $15''$ ; в) *малый соединительный*, отъ самаго глубокаго мѣста *occipitis* до передняго края большаго родничка (ef) — около  $4''$ ; соотвѣтствующая поверхность  $12''$ .

2) *Поперечный діаметръ* — *лобный*; (Ф. 37) а) *большой* между обоими темяшными буграми (*diam. biparietalis*) (ad) —  $3\frac{1}{2}''$ . б) *малый* между выстоящими верхними краями височной области (*diam. bitemporalis*) (od) —  $3''$ .

3) *Перпендикулярный діаметръ*, отъ самой верхней точки черепнаго свода до передняго края *foram. magni* (Фиг. 36 gh) —  $3\frac{1}{2}''$  (столько же длинный, какъ *diameter biparietalis*).

§ 115. Сказанные размѣры у отдѣльныхъ особъ болѣе или менѣе видоизмѣняются и у дѣвочекъ всегда меньше, чѣмъ у мальчиковъ. Они приблизительно соотвѣтствуютъ размѣрамъ таза и оба приравливаются одинъ къ другому

при прохожденіи младенца черезъ таза, такъ что длиннѣйшіе диаметры головки стремятся вступитъ въ равныя имъ диаметры таза. Съ этой цѣлью головка производитъ разныя движенія, которыя состоятъ въ сочетаніи распрямленія и сгибанія (вращенія около лобной оси), склоненія на сторону (вращенія около стрѣльчатой оси) и вращенія вокругъ перпендикулярной оси.

Индивидуальнымъ измѣненіямъ формы таза соотвѣтствуютъ индивидуальныя измѣненія младенческой головки; именно, кромѣ описанной *овальной* формы, которая обыкновенно бываетъ, встрѣчаютъ чаще *круглую*, происходящую отъ укорачиванія прямого и косаго диаметровъ, и *эллиптическую*, которая происходитъ отъ уменьшенія поперечныхъ размѣровъ.

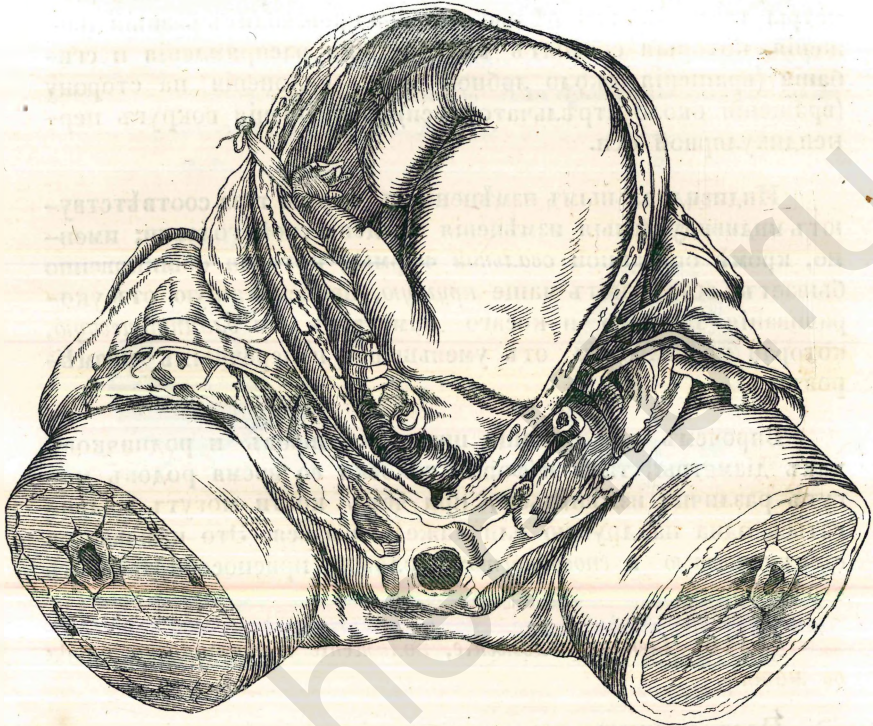
Впрочемъ при помощи широкихъ швовъ и родничковъ какъ диаметры, такъ и форма головки во время родовъ могутъ различно измѣняться, при чемъ кости могутъ надвигаться одна на другую или даже сгибаться. Это называютъ *сжимаемостью* и *способностью* головки приспособляться въ своей формѣ.

§ 116. *Членорасположеніе, положеніе и постановка плода въ маткѣ.*

Подъ именемъ *членорасположенія* разумѣютъ положеніе конечностей относительно головы, туловища и взаимно другъ друга. Въ нормальномъ состояннн оно таково, что сильно наклоненная головка покоится подбородкомъ на груди или же лежитъ очень близко къ ней. Согнутыя руки лежатъ по сторонамъ туловища или перекрещиваются на груди; бедра согнуты въ колѣнѣ, бедра (часто сложенныя крестообразно) прилежатъ къ бедрамъ, и эти послѣднія подведены къ бедру. Но члены не плотно прилежатъ другъ къ другу, а между ними находится небольшое свободное пространство, занятое околоплодной жидкостью. Такъ какъ плодъ почти вовсе не можетъ сгибаться къзади, только немного въ сторону, но сильно впередъ, то вдольная его ось сгибается къ животу и все тѣло уложено въ самое тѣсное пространство. На животѣ образуется большее или меньшее углубленіе, въ которомъ обыкновенно плаваетъ пуговина. Весь плодъ имѣетъ форму яйца, котораго острый конецъ образуетъ го-

ловку, а широкій задницу съ подведенными бедрами (фиг. 38).

Ф. 38.



(По Hunter'y) Изображеніе обыкновеннаго положенія зрѣлаго плода въ маткѣ, въ четверть настоящей величины.

Смотря съ боку, онъ представляется въ видѣ неправильной дуги, которая начивается головкой и оканчивается нижними конечностями; выпуклость на спинѣ.

§ 117. *Положеніемъ* плода называется отношеніе направленія вдольной его оси къ вдольной оси матки. Въ первые мѣсяцы беременности нѣтъ ни опредѣленнаго положенія, ни членорасположенія, такъ какъ зародышъ въ сравненіи съ полостью яйца еще очень малъ; впрочемъ онъ и теперь уже спинкой, а вособенности плечиками обращенъ книзу.

Когда матка начинаетъ потомъ болѣе растягиваться въ длину и измѣнять шаровидную свою форму въ овальную, то плодъ, развивающійся также преимущественно во вдольномъ направленіи, чувствуетъ въ другихъ размѣрахъ матки менѣе удобства, нежели во вдольной оси, и обѣ вдольныя оси соответствуютъ другъ другу. Стѣнки матки, эластичныя, уиругія, способныя сокращаться, обнаруживаютъ на плодъ

постоянное и повсемѣстное давленіе; это давленіе можно представить состоящимъ изъ многихъ силъ, дѣйствующихъ съ разныхъ сторонъ; слѣдствія дѣйствія этихъ силъ, по причинѣ сферической формы матки, болѣе или менѣе падаютъ во вдольную ось. Туда и помѣщается плодъ вдольной своей осью, и этимъ просто объясняется самое частое и единственно правильное изъ всѣхъ положеній, *вдольное положеніе*. Если плодъ выходитъ изъ этого положенія, то постоянное давленіе со стороны матки, а также рефлекторныя движенія членовъ зародыша, вызываемыя неправильнымъ, неудобнымъ положеніемъ, приводятъ туловище снова во вдольную ось.

Если младенецъ имѣетъ вдольное положеніе, то онъ можетъ быть обращенъ книзу какъ тазовымъ концомъ, такъ и головкой. Самое частое положеніе, *головное*, и притомъ такое, чтобы черепной сводъ занималъ самую глубокую часть полости матки, лежалъ бы надъ маточнымъ рыльцемъ — *положеніе черепное*.

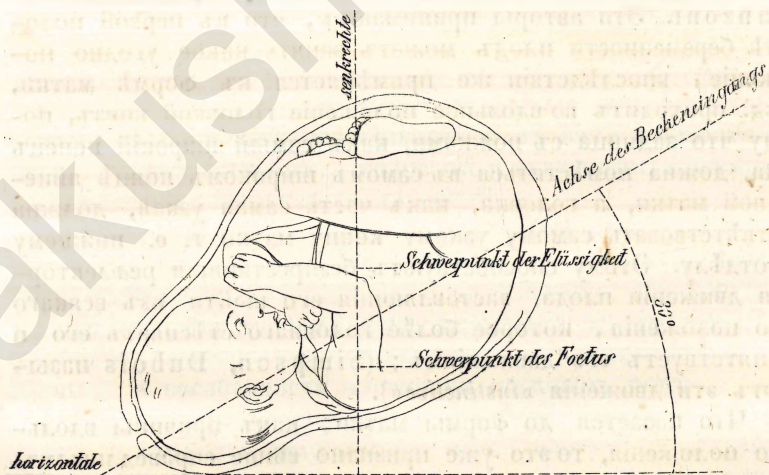
§ 118. Относительно столь частыхъ черепныхъ положеній высказано много гипотезъ. Прежде вообще принимали, что плодъ до 7 мѣсяца лежитъ головкой вверхъ, а потомъ это положеніе вдругъ измѣняется въ противоположное (*culbute*, перевертываніе). Это ученіе, долго бывшее въ забвеніи, вновь возстановлено Dubois, Simpson-омъ и особенности Scanzoni. Эти авторы принимаютъ, что въ первой половинѣ беременности плодъ можетъ занять какое угодно положеніе, впоследствии же примѣняется къ формѣ матки, слѣд. приходитъ во вдольное положеніе головкой внизъ, потому что задница съ позвонками, какъ самый широкій конецъ яйца, должна помѣститься въ самомъ широкомъ концѣ яйцевидной матки, а головка, какъ часть самая узкая, должна соответствовать самому узкому концу матки т. е. нижнему ея отдѣлу. Этому способствуютъ безпрестанныя рефлекторныя движенія плода, заставляющія его выйти изъ всякаго того положенія, которое болѣе головного стѣсняетъ его и препятствуетъ его движеніямъ; (Simpson, Dubois называютъ эти движенія *»instinctive«*).

Что касается до формы матки, какъ причины вдольнаго положенія, то это уже признано выше справедливымъ; обѣ же другія сказанныя причины головного положенія не объясняютъ, потому что до 9 мѣсяца нижній отдѣлъ матки не прилежитъ такъ плотно къ головкѣ, чтобы могъ ее укрѣпить, и движенія плода не бываютъ такъ сильно стѣснены

другимъ положеніемъ, чтобы онъ долженъ былъ тотчасъ измѣнить его рефлекторными движеніями.

Дѣйствительно я не могу найти другой причины головнаго положенія, кромѣ тяжести, которую и раньше, уже въ древнѣйшія времена, считали причиной головнаго положенія, но потомъ оставили, такъ какъ при разныхъ опытахъ оказалось, что головка вовсе не составляетъ самой тяжелой части тѣла зародыша, что въ сосудѣ, наполненномъ жидкостью и имѣющемъ форму матки, она не занимаетъ самаго глубокаго мѣста, и что потому, если бы тяжесть была причиной, то какая нибудь другая часть должна бы была находиться надъ маточнымъ рыльцемъ <sup>1)</sup>. Главнѣйшимъ образомъ я не вижу никакого основанія, почему бы тяжесть не могла дѣйствовать на плодъ въ маткѣ также точно, какъ и вообще въ пространствѣ. Центръ тяжести у зародыша (какъ изъ тѣхъ опытовъ видно) конечно находится много ближе къ головѣ, чѣмъ у взрослою, все таки не въ самой головкѣ, а на спицѣ вблизи плечъ, притомъ ближе къ задней, нежели къ передней поверхности туловища. Когда тѣло погружается въ воду, то оно приходитъ въ состояніе покоя, если центръ тяжести его находится на перпендикулярѣ ниже центра тяжести вытѣсненной массы жидкости. Последній же нахо-

Ф. 39.



Положеніе зрѣлаго младенца въ маткѣ (По М. Duncan'у).

<sup>1)</sup> Слѣдующее объясненіе заимствовано изъ М. Duncan'a: *The statics of pregnancy* въ *Edinb. Med. and Surg. Journal. Jan. 1855.*



дится въ срединѣ матки, а потому плодъ долженъ лежать такъ, чтобы центръ тяжести его, слѣд. плечи, находились отвѣсно подъ серединой полости матки (Фиг. 39). Такимъ образомъ головка помѣщается подъ маточнымъ рыльцемъ. Этого бы не было, если бы ось матки была параллельна съ отвѣсною осью тѣла; но она наклонна впередъ, слѣд. перпендикуляръ, опущенный на горизонтальную черезъ центръ тяжести околоплодной жидкости и плода, не проходитъ черезъ маточное рыльце, но чрезъ нижнюю половину передней стѣнки матки. Здѣсь помѣщается плодъ обѣими плечиками, а слѣд. головкой надъ маточнымъ рыльцемъ. Приложенный рисунокъ объясняетъ это довольно хорошо. — Если беременная выходитъ изъ перпендикулярнаго положенія, то конечно эти отношенія равновѣсія нѣсколько измѣняются; но ни при лежаніи на спинѣ, ни на боку перпендикуляръ, проведенный къ горизонту черезъ центръ тяжести, не проходитъ черезъ маточное рыльце.

Хотя по этому центръ тяжести дѣйствительно составляетъ причину головныхъ положеній, однако этимъ не сказано, что выше означенныя причины, форма матки и рефлекторныя движенія плода, не содѣйствуютъ происхожденію и удержанію его; какому путемъ это сказано выше.

Этимъ же объясняется и то, что уродцы чаще рождаются въ неправильномъ положеніи, что послѣднія при измѣненіяхъ формы матки встрѣчаются чаще, такъ какъ эти состоянія измѣняютъ положеніе центра тяжести плода и околоплодной жидкости.

По этому преждевременно рожденныя дѣти, а также мертвыя, у которыхъ специфическій вѣсъ, а съ тѣмъ вмѣстѣ и положеніе равновѣсія въ маткѣ измѣняются, на основаніи тѣхъ же причинъ чаще рождаются въ другихъ, нежели въ головномъ положеніи. Впрочемъ надобно замѣтить, что по тому положенію, въ которомъ ребенокъ родился, не всегда можно съ вѣрностію заключить о такомъ же положеніи во время беременности и не за долго до родовъ.

§ 119. Причина головнаго положенія разсмотрѣна слишкомъ подробно соотвѣтственно цѣли этого сочиненія; но я счелъ себя вынужденнымъ войти въ ближайшее разсмотрѣніе многоразличными мнѣніями объ этомъ предметѣ, тѣмъ болѣе, что оно такъ легко объясняется тяжестью и отклоненіемъ оси матки отъ перпендикулярной оси тѣла.

Еще нѣсколько словъ о *поставкѣ* плода. Подъ постановкой разумѣютъ расположеніе поверхностей тѣла младенца относительно разныхъ сторонъ матери, и особенности предле-

жащей части младенца въ отношеніи къ разнымъ сторонамъ таза. Обыкновенно плодъ бываетъ обращенъ спинкой въ лѣвую сторону матери и нѣсколько впередъ, слѣд. затылкомъ въ лѣвую сторону таза (такъ называемое первое черепное положеніе). Вдольная оси плода, матки и брюшной полости соотвѣтствуютъ одна другой; однако ось матки нѣсколько вдавливается выпуклостью поясничныхъ позвонковъ, слѣд. представляетъ вогнутость къзади; этому соотвѣтствуетъ вдольная ось плода, его вогнутость (плодъ бываетъ согнутъ) т. е. поверхность живота обращается болѣе къзади, и съ тѣмъ вмѣстѣ спинка впередъ; этому способствуетъ то, что центръ тяжести плода, лежащій ближе къ задней, чѣмъ къ передней поверхности, вслѣдствіе наклонности матки, перемѣщается впередъ. Матка почти постоянно отклоняется вправо и тазъ младенца съ нижними конечностями, лежащими въ днѣ матки, принимаетъ тоже направленіе. Такимъ образомъ все находится въ соотвѣтствіи, головка плода лежитъ книзу и влѣво, тазъ съ задницею кверху и вправо, спина впередъ; это первое черепное положеніе. Далѣе надобно помнить, что матка не только отклоняется вправо, но и нѣсколько поворачивается около вдольной своей оси такъ, что лѣвая сторона лежитъ впередъ и влѣво и составляетъ самую глубокую часть; на нее близъ спинки плода опирается центръ тяжести, слѣд. спинка обращается впередъ и влѣво.

§ 120. *Питаніе и кровообращеніе плода.*

Источники пищи плода въ первомъ началѣ происхожденія его суть желтокъ и пупочный пузырь; не извѣстно, истребляетъ ли зародышъ тотъ матеріалъ, который заключенъ въ нихъ, или же посредствомъ всасыванія проникаютъ изъ окружающей среды новыя вещества. Если ворсинки *chorii* развились надлежащимъ образомъ, то они проникаютъ въ утрикулярныя желѣзы и между волосными сосудами; здѣсь происходитъ постоянное воспріятіе; такимъ образомъ пища попадаетъ въ полость яйца и отсюда уже *per vasa omphalo-enterica u duct. vit.-int.* переводится въ полость тѣла зародыша. Если *allantois* прилегла къ ворсицой оболочкѣ, пупочные сосуды вступили въ тѣсное соединеніе съ сосудами слизистой оболочки матки т. е. если образовался послѣдъ, то воспріятіе и отдача веществъ зародышемъ отъ матери и обратно происходитъ выше описаннымъ путемъ; такимъ образомъ второе кровообращеніе остается до самыхъ родовъ. Что околоплодная жидкость въроятно не служитъ для питанія плода, объ этомъ уже было сказано раньше.

§ 121. Кровообращеніе зародыша значительно отличается

отъ кровообращенія рожденнаго младенца. Зародышъ не дышетъ, но этому его легкія представляютъ плотную, непроходную массу. Легочная артерія можетъ посылать въ нихъ мало крови, не болѣе того, сколько нужно, что бы сосуды легкіхъ были проходными и питали органъ. Масса крови, вышедшая въ правую половину сердца посредствомъ *foraminis ovalis*, находящагося на перегородкѣ между предсердіями, проводится въ лѣвое предсердіе; это отверстіе имѣетъ заслонку, устроенную такъ, что она допускаетъ теченіе съ правой стороны въ лѣвую, но не возвратъ. Однако въ правый желудокъ приходитъ крови больше, нежели легочная артерія можетъ провести въ легкія. Отдавъ легкимъ двѣ вѣтви, она продолжается въ дугу начальственной артеріи посредствомъ такъ назыв. *ductus arteriosus Botalli* и переводитъ кровь въ него. Такимъ образомъ правое сердце опорожняется отъ крови. И хотя сердце состоитъ изъ двухъ предсердій и 2-хъ желудочковъ, но оно производитъ отправленіе простаго сердца, такъ какъ оба желудочка гонятъ тотъ же столбъ крови, какъ и начальственная артерія. Послѣдняя гонитъ потомъ кровь въ подвздошныя артеріи, которыя посылаютъ только самую малую часть ея къ нижнимъ конечностямъ; самая же большая идетъ къ послѣду; обѣ пупочныя артеріи идутъ по сторонамъ пузыря къ пупочному отверстію, гдѣ онѣ встрѣчаютъ пупочную вену и съ ней образуютъ пуповину. Измѣненная кровь снова идетъ по венамъ изъ послѣда; чрезъ пупокъ она течетъ вдоль передняго края *lig. suspens. hepatis* на нижней поверхности печени, снабжаетъ кровью лѣвую ея долю и, отдавъ вѣтви къ воротной венѣ, снабжающей правую долю, идетъ короткимъ каналомъ, такъ назыв. *canalis s. ductus venosus Arantii*, въ нижнюю полую вену и потомъ къ сердцу.

По этому особенности зародышеваго кровообращенія суть: 1) *foramen ovale*—соединеніе праваго предсердія съ лѣвымъ; 2) *duct. art. Botalli*—связь легочной артеріи съ начальственной; 3) пупочныя артеріи, идущія отъ подвздошныхъ сосудовъ къ послѣду; и 4) *ductus venosus Arantii*—связь между пупочной и полой веной.

Прибавленіе: многоплодная беременность.

§ 122. Подъ именемъ *многоплодной беременности* разумѣютъ такую, во время которой въ маткѣ развивается нѣсколько плодовъ. Обыкновенно ихъ бываетъ 2, рѣже 3, хотя впрочемъ наблюдали 4 и 5 младенцевъ въ разъ—беременность двойнями, тройнями, четвернями и пр. Разказы о 6, 7 младенцахъ относятся въ область сказокъ.

Многоплодная беременность бывает не очень часто; можно считать среднимъ числомъ на 80 родовъ одну двойню и на 6000—7000 одну тройню; впрочемъ это въ разныхъ странахъ болѣе или менѣе различно.

Двойни развиваются или изъ отдѣльныхъ граафиевыхъ пузырьковъ, въ каковыхъ случаяхъ находятся и 2 *corp. lutea* (2 въ одномъ яичникѣ или по одному въ каждомъ); или въ одномъ пузырькѣ находятся два яичка, или они происходятъ изъ одного яичка, содержащаго два зародыша. Что касается до принадлежностей плода, то отпадающая оболочка, образуемая матерью, при простой полости матки всегда бываетъ простая; ворсистая оболочка также, если оба плода образуются изъ одного яичка, напротивъ двойная, если она образовалась изъ разныхъ яичекъ. Въ послѣднемъ случаѣ стѣнки, которыми оболочки соприкасаются, въ теченіи беременности могутъ исчезнуть вслѣдствіе атрофіи, гдѣ въ такомъ случаѣ ворсистая оболочка кажется простой. Водная оболочка должна быть всегда двойная, такъ какъ она происходитъ изъ самаго зародыша; если же и встрѣчаютъ простую, то это можетъ случиться отъ атрофіи перегородки между полостями обоихъ яицъ. По той же причинѣ и послѣдъ долженъ быть двойной; иногда впрочемъ они такъ плотно и тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, что сливаются въ одинъ, въ которомъ только по тонкому, плевистому мѣсту, въ видѣ разграничивающей линіи, можно узнать, что онъ состоитъ изъ 2-хъ частей. Далѣе иногда находятъ въ послѣдахъ значительныя сосудистыя соединенія между кровяными токами обоихъ плодовъ, точно также, какъ и то, хотя это рѣдко бываетъ, что прикрѣпленіе пуповины въ обоихъ послѣдахъ бываетъ общее и только въ дальнѣйшемъ теченіи они раздѣляются. Все таки въ такихъ случаяхъ всегда было въ общей пуповинѣ 2 вены и 4 артеріи.

§ 123. Весьма замѣчательно нерѣдко встрѣчающееся различное развитіе обоихъ плодовъ, а также и то обстоятельство, что одинъ можетъ умереть, остаться въ маткѣ, другой продолжать свое развитіе до полнаго созрѣванія. Первое можно объяснить механическимъ путемъ, потому-что одинъ плодъ, стѣсняя пространство, мѣшаетъ развитію другаго. Иногда случается даже, что за родами одного младенца не тотчасъ слѣдуютъ роды другаго, но наступаетъ промежутокъ даже въ нѣсколько недѣль, въ теченіи котораго оставшіяся плоды продолжаютъ еще развиваться.

Второе изъ упомянутыхъ явленій находить, можетъ быть, себѣ объясненіе въ томъ, что у мертваго плода существуетъ еще связь съ живымъ посредствомъ сосудовъ, поддерживается растительный процессъ, который приостанавливаетъ обыкновенные процессы вымачиванія и подготавливаетъ наступающій потомъ процессъ сморщиванія (Kiwisch).

§ 124. На сказанныхъ явленіяхъ основали ученіе о *superfoetatio* (которое наступаетъ тамъ, гдѣ послѣ долгаго пребыванія одного яйца въ маткѣ оплодотворяется еще другое) и *Superfoecundatio* (при которомъ вскорѣ по оплодотвореніи перваго яйца происходитъ оплодотвореніе втораго). Дальнѣйшее доказательство нашли въ тѣхъ случаяхъ, когда одна и та же женщина рождала дѣтей разныхъ расъ, послѣ того какъ она имѣла совокупленіе съ отцами тѣхъ же расъ, къ какимъ принадлежали дѣти.

Большая часть этихъ случаевъ были беременности двойнями съ различнымъ развитіемъ плодовъ; послѣдніе могли быть игрой природы, какъ это случается иногда и у животныхъ, что младшій походитъ на отца, другой на мать. *Superfoecundatio* въ раннее время съ физиологической стороны и могло бы держаться, но противъ него сильно говорятъ приведенныя основанія, точно также, какъ они достаточно доказываютъ невозможность поздняго *Superfoetatio*. Ибо еще до вступленія яичка въ матку, или вмѣстѣ съ нимъ образуется опадающая оболочка и тѣмъ препятствуетъ вступленію семени въ матку, или по крайней мѣрѣ въ трубы, семянные нити вѣроятно не въ состояніи проникнуть ко второму яичку чрезъ обильную складками слизистую оболочку, которая уже содержитъ одно яичко. Далѣе надобно припомнить, что Фаллопьевы трубы съ увеличеніемъ матки прилежатъ къ боковымъ ея стѣнкамъ и уже не могутъ болѣе окружать яичника своими бахромками. Также точно широкія маточныя связки не могутъ уже болѣе приближать яйцепроводы къ яичнику, такъ какъ онѣ съ увеличеніемъ матки расширяются по ней (ср. *Hohl »Lehrbuch der Geburtshülfe»* p. 131—33).

### ГЛАВА III.

#### РАСПОЗНАВАНІЕ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 125. Явленія, вызываемыя беременностью въ организмѣ матери и въ яйцѣ, описанныя въ обѣихъ предъидущихъ главахъ, составляютъ признаки беременности, такъ

какъ они даютъ намъ возможность съ большимъ или меньшимъ вѣроятіемъ узнать это состояніе и отвѣчать на опредѣленные, относящіяся къ нему вопросы. Последнее составляетъ задачу распознаванія, конечно одну изъ самыхъ трудныхъ и важныхъ въ врачебной дѣятельности, при разрѣшеніи которой почти каждодневно дѣлаются величайшія ошибки, чего избѣгать мы можемъ только самымъ тщательнымъ вниманіемъ и очень долгимъ практическимъ упражненіемъ.

Такъ какъ явленія и способы ихъ распознаванія уже приведены въ предъуготовительномъ ученіи (во 2 отдѣлѣ), то здѣсь остается только сдѣлать имъ оцѣнку относительно сказанной цѣли т. е. разобрать ихъ критически относительно сказанной цѣли.

Но прежде нужно сказать о происхожденіи тѣхъ признаковъ, которые уже упомянуты въ ученіи объ изслѣдованіи для которыхъ замѣчаются при выслушиваніи живота беременной и въ предыдущихъ главахъ не было приличнаго мѣста.

Сюда главнѣйшимъ образомъ относятся, *шумъ маточнаго кровообращенія, тоны младенческаго сердца и шумъ пуповины.*

§ 126. *Шумъ маточнаго кровообращенія—bruit de souffle—* бываетъ дующей, или свистящей, одновременный съ пульсомъ матери, подобенъ шуму варикозной аневризмы. Онъ происходитъ вслѣдствіе расширенія и удлиненія сосудовъ матки, потому всего яснѣе въ сторонѣ ея, гдѣ восходятъ артеріи. Онъ идетъ вровень съ измѣненіями пульса матери. Поэтому, если послѣдній скоръ, онъ представляется постояннымъ дуновеніемъ, причемъ отдѣльные шумы переходятъ другъ въ друга, во время обморока онъ исчезаетъ, при измѣненіи положенія беременной легко мѣняетъ свое мѣсто, прекращается на одномъ мѣстѣ и появляется на другомъ. Въ концѣ беременности иногда шумъ болѣе походитъ на свистъ, что вѣроятнѣе зависитъ отъ измѣненій просвѣта сосудовъ; при сокращеніяхъ матки онъ исчезаетъ совершенно.

Маточный шумъ рѣдко замѣчается прежде конца 4 мѣсяца, потому что до этого времени матка съ трудомъ можетъ быть изслѣдуема стетоскопомъ, хотя нѣкоторые наблюдатели слышали его на 11, 12 недѣлѣ беременности. Мѣсто его бываетъ конечно различно, смотря по періоду беременности, въ который изслѣдуютъ, при чемъ въ позднѣйшіе

периоды его можно прослѣдить выше, нежели въ ранніе. Обыкновенно, какъ уже замѣчено, онъ на той или другой сторонѣ всего слышнѣе отсюда распространяется на большее или меньшее пространство или ограничивается однимъ мѣстомъ.

О происхожденіи его существуютъ различныя мнѣнія; прежде вообще думали, что онъ происходитъ въ послѣдѣ или крайней мѣрѣ тамъ, гдѣ онъ прикрѣпляется, потому его и называли шумомъ послѣда. Такъ какъ этотъ взглядъ не подтвердился и оказалось, что шумъ этотъ находится въ связи съ измѣненіемъ кровообращенія въ стѣнкахъ матки, то его и назвали маточнымъ шумомъ, шумомъ кровообращенія матки. Хотя послѣдняя причина и самая частая, тѣмъ не менѣе нельзя отвергать возможность происхожденія шума отъ давленія на большія сосуды таза и брюшной полости, отъ расширенія и растяженія *a. epigastr inf.* Изъ сказаннаго слѣдуетъ также, что шумъ этотъ можетъ быть не только отъ беременности, но и отъ всѣхъ состояній, обуславливающихъ увеличеніе матки и развитіе ея сосудовъ (такъ при фиброзныхъ опухоляхъ въ маткѣ, какъ я уже не разъ наблюдалъ) или производящихъ давленіе на подвздошные сосуды, почему и не составляетъ вѣрнаго признака беременности.

§ 127. 2) Тоны, вызываемые сокращеніями младенческаго сердца, *сердечные тоны зародыща*, замѣчаются въ видѣ правильныхъ, короткихъ ударовъ, со скоростью 120 — 160 разъ въ минуту. Они походятъ на бой маятника въ карманныхъ часахъ, завернутыхъ въ подушку, въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности сильнѣе, нежели въ ранніе, а также большей частью нѣсколько медленнѣе; впрочемъ напряженность и частота въ одномъ и томъ же случаѣ очень непостоянны. Обыкновенно этотъ двойной ударъ слышенъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится спинка плода, слѣд. большей частью влѣво, при головныхъ положеніяхъ болѣе книзу, при заднихъ сверху отъ пупка; они всего явственнѣе на одномъ мѣстѣ, во второй половинѣ беременности они слышны на пространствѣ 3 — 4 квадр. дюйм., тогда какъ около середины только на опредѣленныхъ мѣстахъ. Пока плодъ еще очень подвиженъ, и часто мѣняетъ свое положеніе, до тѣхъ поръ мѣняютъ свое положеніе и тоны сердца. Толстыя брюшныя стѣнки, слишкомъ сильное растягиваніе ихъ большимъ количествомъ сколоплодной жидкости значительно препятствуютъ ихъ выслушиванію, а часто дѣлаютъ его совершенно невозможнымъ. Обыкновенно они слышны около середины беременности, рѣдко ранше, а иногда даже

и послѣ шестаго мѣсяца; при сокращеніяхъ матки и они исчезаютъ.

Характеръ сердечныхъ тоновъ плода такъ опредѣлительнъ, что нелегко смѣшать ихъ съ другими шумами; они представляютъ одинъ изъ самыхъ драгоценныхъ признаковъ беременности потому что не только сами по себѣ дѣлаютъ не сомнѣннымъ присутствіе беременности, но и не позволяютъ сомнѣваться въ жизни плода; къ тому же они доступны въ такое время и при такихъ обстоятельствахъ, когда другіе признаки даютъ только невѣрный результатъ.

§ 128. 3) *Шумъ пуповины* представляетъ простой, шипящій шумъ, совпадающій съ пульсомъ зародыша. Онъ происходитъ въ пупочныхъ артеріяхъ, когда пуповина бываетъ сжата собственными обвиваніями или придавлена между спинкой плода и передней стѣнкой матки (Kennedy, Nägele, Devilliers). Какъ признакъ беременности онъ имѣетъ мало цѣны, потому что онъ замѣчается чрезвычайно рѣдко и только тогда, когда беременность уже въ позднемъ періодѣ и мы имѣемъ для распознаванія ея достаточное количество другихъ, болѣе важныхъ признаковъ.

4) Прочіе тоны и шумы, замѣчаемые при выслушиваніи, суть или ограженія *сердечныхъ тоновъ матери* или вызываются біеніемъ *начальственной артеріи*, что легко узнать по одновременности ихъ съ лучевымъ пульсомъ матери. Или эти шумы вызываються *переливаніями газовъ и жидкостей въ кишкахъ*, или *внезапными движеніями членовъ младенца*. Послѣднія можно узнать по толчку или удару черезъ стетоскопъ часто еще прежде, нежели будутъ слышны тоны младенческаго сердца или маточные шумы (Naegete, Depaul).

#### I) КРИТИКА ПРИЗНАКОВЪ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 122. Явленія, вызываемыя беременностью, признаки беременности, имѣютъ весьма различные источники. Значительный рядъ ихъ мы не можемъ узнать непосредственно, объ нихъ мы узнаемъ только изъ рассказовъ беременных—это *субъективные признаки*; прочіе мы узнаемъ посредствомъ изслѣдованія, такъ какъ они состоятъ въ матеріальномъ измѣненіи участвующихъ органовъ—это *объективные признаки*.

Всѣ эти явленія могутъ быть расположены въ слѣдующемъ порядкѣ.

1) Измѣненія во всемъ организмѣ: большая раздражительность нервной системы, какъ измѣненіе темперамента, прихотливость, усталость и цедомоганіе, нервныя боли, спаз-



мы, ложныя опущенія, обмороки, самыя разнообразныя желанія. — Измѣненія въ крови, какъ въ смѣшеніи ея, такъ и въ кровообращеніи. — Измѣненія въ пищеварительныхъ и отдѣлительныхъ органахъ: тошнота, рвота, отвращеніе отъ извѣстной пищи, запоръ, смѣняющійся поносомъ, слюнотеченіе; частый позывъ къ мочеиспусканію, затрудненное мочеиспусканіе; болѣе сильное окрашиваніе кожи, сыпи.

2) Остановка мѣсячныхъ кровотеченій; измѣненія въ грудяхъ.

3) Явленія въ половыхъ частяхъ и сосѣднихъ съ ними органахъ: развитіе и расширеніе влагалища и наружныхъ половыхъ частей, болѣе обильныя отдѣленія ихъ, болѣе темный цвѣтъ. Увеличеніе матки, измѣненія въ формѣ шейки и рыльца матки; растяженіе живота, пупка, цвѣтъ ихъ; маточный шумъ.

4) Признаки, происходящіе отъ плода: ощущеніе частей его, ихъ движеній, ощущеніе тоновъ сердца.

§ 130. Ясно, что эти признаки не имѣютъ одинакаго достоинства, что нѣкоторые изъ нихъ допускаютъ гораздо лучшее предсказаніе, чѣмъ другіе. Въ этомъ отношеніи лучше всего раздѣлить ихъ на 3 класса:

Къ *первому классу* принадлежатъ явленія, которыя заставляютъ врача *подозрѣвать* беременность и которыя по этому можно назвать *мнимыми признаками* ея. Сюда относятся субъективныя явленія и тѣ изъ объективныхъ, которыя, появляясь въ организмѣ, не имѣютъ съ половыми органами никакой связи. Мы нѣтъ надобности перечислять ихъ подробно; всѣ состоянія, изчисленныя въ предъидущемъ параграфѣ подъ 1), относятся сюда, потому что они не составляютъ слѣдствіе беременности какъ особенной причины, но могутъ встрѣтиться при каждомъ пораженіи матки, какъ это такъ часто случается.

Съ другой стороны иногда зачатіе вызываетъ такъ мало общихъ явленій, что мы вовсе не можемъ ими пользоваться для распознаванія. Не надобно забывать, что беременность нерѣдко наступаетъ и тогда, когда организмъ уже страдалъ болѣе или менѣе долгое время, такъ что вслѣдствіе прежде существовавшихъ разстройствъ нельзя судить, нужно ли приписать присутствіе или отсутствіе обыкновенныхъ субъективныхъ признаковъ беременности этому состоянію или существующей болѣзни.

§ 121. Ко *2-му классу* принадлежатъ объективно замѣчаемыя измѣненія влагалища, маточнаго рыльца и шейки, брюшныхъ покрововъ, пупка, маточный шумъ, ощущаемыя

матерью движенія плода; явленія въ грудяхъ, а также прекращеніе мѣсячнаго кровотеченія. Эти явленія конечно съ нѣкоторыми исключеніями сопровождаютъ всякую беременность, однако они не зависятъ только отъ нея, но могутъ быть и при другихъ состояніяхъ, особенно при болѣзняхъ органовъ половыхъ и брюшной полости, такъ что по нимъ только никогда нельзя съ вѣрностью заключать о беременности; всего менѣе достаточно для этого одного изъ нихъ, взятаго самого по себѣ, тогда какъ въ совокупности конечно они говорятъ за беременность гораздо вѣрнѣе. На этихъ основаніяхъ объ нихъ можно сказать, что *они позволяютъ съ вѣроятностью заключать о беременности, а потому и вѣроятные признаки ея.*

Чтобы привести нѣсколько примѣровъ, я упомяну о томъ, что увеличеніе матки, измѣненіе положенія ея, явленія въ шейкѣ и во влагалищѣ могутъ произойти также вслѣдствіе фиброидовъ въ существѣ или въ полости матки; что растяженіе брюшныхъ покрововъ, изглаживаніе пупка встрѣчаются при всякомъ чрезмѣрномъ растяженіи брюшной полости; что развитіе грудей и ихъ вѣшчиковъ, темный цвѣтъ послѣднихъ и бѣлой линіи иногда бываетъ спутникомъ болѣзненныхъ состояній половыхъ органовъ и что эти явленія въ нѣкоторыхъ случаяхъ беременности высказываются чрезвычайно неясно. Также можетъ случиться, что регулы не прекращаются, или что прекращеніе ихъ основывается на многихъ причинахъ, вовсе не имѣющихъ связи съ беременностью, хотя мы конечно въ правѣ вообще принимать, что у здоровой женщины, у которой регулы впервые появились и потомъ повторялись правильно, зачатіе влечетъ за собой прекращеніе ихъ въ самомъ раннемъ періодѣ. Далѣе зачатіе можетъ наступить до перваго появленія регулъ и т. п. О маточномъ шумѣ см. § 126.

§ 132. Къ 3-му классу причисляютъ объективныя явленія, происходящія отъ плода, именно прощупываніе частей его, движенія и появленіе сердечныхъ его тоновъ. Если несомнѣнно присутствіе только одного изъ этихъ признаковъ, то уже этимъ рѣшается вопросъ, они существованіе беременности доводятъ до вѣроятія, и потому называются *вѣрными признаками ея.* Надобно однако помнить, что они рѣшаютъ только положительную сторону вопроса т. е. изъ ихъ отсутствія или невозможности ихъ подмѣтить еще нельзя заключать объ отсутствіи беременности.

§ 133. Изъ предъидущаго слѣдуетъ, что мы имѣемъ

вѣрные признаки только во 2-й половинѣ, потому что самыя важныя изъ 2-го класса раньше недоступны. Впрочемъ и въ 1-й половинѣ, конечно только съ большимъ или меньшимъ вѣроятіемъ, можно заключить о беременности, если взять во вниманіе слѣдующія обстоятельства :

1) Промежутокъ времени, въ который наступаютъ сказанныя явленія послѣ предполагаемаго срока зачатія.

2) Послѣдовательность, въ которой они являются. Это обстоятельство очень важно, потому что уклоненія отъ права часто возводятъ наше сомнѣніе до вѣроятія.

3) Согласіе признаковъ между собой. Такъ невѣрные признаки имѣютъ большое значеніе, если они многочисленны, если они видимо составляютъ слѣдствіе совокупленія какъ явленія необыкновенныя, совершенно незнакомыя женщины, если они не скоро проходятъ, а имѣютъ извѣстную продолжительность. Даже случайныя, не существенныя явленія имѣютъ въ томъ случаѣ извѣстное значеніе, если они обнаруживались при подобныхъ обстоятельствахъ въ прежнія беременности.

4) Не должно упускать изъ вида время, въ теченіи котораго уже существуютъ явленія. Такъ невозможно думать о беременности, если женщина мѣсяцевъ 7—8 чувствуетъ движенія младенца, столько же времени животъ сильно растянутъ, дальнѣйшихъ измѣненій нѣтъ и т. д.

*Примѣчаніе.* Есть много состояній, которыя могутъ быть смѣшаны съ беременностью отъ того, что они вызываютъ общія явленія, подобныя субъективнымъ признакамъ беременности, или увеличеніе матки и растяженіе брюшныхъ покрововъ, производятъ кажущійся видъ беременности. Частію же они могутъ существовать и одновременно съ беременностью и такимъ образомъ очень затруднить ея распознаваніе, тѣмъ болѣе, что тогда припадки беременности являются не ясно. Относительно подробнаго разсмотрѣнія этого предмета я указываю на руководство къ женскимъ болѣзнямъ (*Lehrbuch der Gynäkologie. Cyclus*, M. Schauenburg и С.); ибо хотя отъ акушера и ждутъ самаго точнаго знакомства съ состояніями, похожими на беременность, однако вѣрное сужденіе о присутствіи такихъ состояній можетъ дать только совокупность явленій, а также и теченіе сравнительно съ беременностью; для такого же подробнаго описанія здѣсь нѣтъ мѣста. Я хочу только замѣтить, что въ сомнительныхъ случаяхъ всегда нужно задать слѣдующіе вопросы: зависитъ ли увеличеніе живота отъ увеличенія мат-

ки; въ случаѣ, требующемъ подтвержденія, выполнена ли полость послѣдней какимъ нибудь тѣломъ и какихъ оно свойствъ? Съ такимъ разборомъ нужно приступать къ дѣлу, только надобно быть осторожнымъ въ своихъ мнѣнiяхъ, а также, если случится, и при назначенiяхъ леченiя, и помнить, что самыя лучшiя знанiя, самая большая опытность не всегда спасаютъ здѣсь отъ самыхъ грубыхъ ошибокъ.

## II) СЧИСЛЕНIЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ; ВРЕМЯ СЧИСЛЕНIЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 134. Хотя это предметъ нашего настоящаго наблюденiя, но мы не имѣемъ еще точнаго знакомства съ нормальной продолжительностью беременности, потому что большей частью мы не знаемъ дня зачатiя, слѣд. намъ неизвѣстенъ одинъ конецъ цѣпи процессовъ, представляющихъ беременность. Вѣроятно, что продолжительность беременности въ каждомъ случаѣ не бываетъ опредѣленно постоянной, но всегда бываютъ незначительныя измѣненiя. Среднимъ числомъ, какъ уже раньше сказано, продолжительность ея равняется 280 днямъ или 10 луннымъ мѣсяцамъ = 40 недѣлямъ; счисленiе по 9 календарнымъ мѣсяцамъ не вполнѣ правильно, потому-что они не болѣе 275 дней. Незначительныя колебанiя выше и ниже этой средней продолжительности часты; однако рѣдко беременность бываетъ продолжительнѣе на цѣлый мѣсяць — *запоздалая беременность, graviditas serotina*; случаи въ которыхъ зрѣлый плодъ образуется раньше истеченiя 280 дней, называется *скоротечной беременностью, graviditas praecox*.

§ 145. Для опредѣленiя, когда наступятъ роды, служатъ слѣдующiя точки опоры:

1) *День зачатiя*. Этимъ средствомъ рѣдко можно пользоваться, потому-что весьма не многiя женщины могутъ опредѣлить его. Оно возможно только въ рѣдкихъ случаяхъ, когда было только одно совокупленiе, и въ такомъ случаѣ конечно продолжительность беременности можно опредѣлить съ величайшей точностью. Впрочемъ нѣкоторыя женщины, особенно уже рождавшiя могутъ приблизительно опредѣлить время зачатiя по извѣстнымъ ощущенiямъ, только не надобно на это слишкомъ полагаться, такъ какъ женщины часто чрезвычайно обманываютъ себя; счисленiе будетъ также только приблизительно, если отсчитать 40 недѣль отъ предполагаемаго дня зачатiя, потому-что гораздо чаще роды находятся въ зависимости отъ послѣднихъ регулъ(?)

1) *Прекращеніе регуль.* Этотъ способъ счисленія главнѣйшимъ образомъ основывается на томъ, что въ первые дни по окончаніи мѣсячнаго кровотеченія женщины зачинаютъ всего легче и что роды наступаютъ въ тоже время, когда регулы должны бы повториться въ 10 разъ, то слѣд. продолжительность беременности равняется 10 менструальнымъ періодамъ. Хотя этотъ взглядъ не подлежитъ никакому сомнѣнію, однако, считая начало беременности съ прекращенія послѣднихъ регуль, продолжительность ея опредѣляется съ приблизительной вѣрностью. Отсчитываютъ отъ даннаго числа недѣли и дни до означеннаго времени и въ 280 день назначаютъ начало родовъ, или такъ, что отъ сказаннаго числа вычитаютъ 3 календарныхъ мѣсяца и прибавляютъ 7 дней (Nägele).

Этотъ способъ счисленія всегда ненадеженъ и ошибки часто случаются отъ 14 дней до 3 недѣль, потому что зачатіе можетъ случиться между концомъ послѣднихъ регуль и ближайшими, за ними слѣдующими; регулы и послѣ зачатія могутъ повториться одинъ или нѣсколько разъ; и въ 3-хъ женщина можетъ зачать во время случайнаго отсутствія регуль. Можетъ случиться такъ, что изъ 2-хъ женщинъ, имѣвшихъ послѣднія регулы въ одинъ день, одна родитъ нѣсколькими недѣлями раньше другой, потому что зачатіе произошло тотчасъ по прекращеніи мѣсячнаго кровоочищенія, а у другой незадолго до наступленія слѣдующаго.

3) *Время первыхъ движеній младенца, ощущаемыхъ матерью.* Оно упадаетъ на 18—20 недѣлю беременности, такъ что отъ него до наступленія родовъ приходится отсчитывать еще 20—22 недѣли. Этотъ способъ, которымъ можно пользоваться только во 2-й половинѣ беременности, чрезвычайно невѣренъ, потому что время перваго появленія движеній младенца очень непостоянно, одна замѣчаетъ ихъ раньше, другая позже, смотря по большей или меньшей чувствительности беременной и количеству околоплодной жидкости.

§ 136. Поэтому сказанные способы счисленія беременности въ случаѣ, гдѣ было только одно совокупленіе, даютъ только приблизительные результаты, такъ что ошибки на 1—3 недѣли встрѣчаются довольно часто. У неразвитыхъ, невнимательныхъ женщинъ ихъ даже очень часто вовсе нельзя употреблять, потому что отъ нихъ нельзя добиться желаемого отзыва. По этому самымъ вѣрнымъ способомъ счисленія остается тотъ, который основывается на замѣчаемыхъ признакахъ беременности, хотя и здѣсь самый

опытный акушеръ можетъ легко ошибиться на 1 — 2 недѣли. Ни въ какомъ случаѣ не должно оставлять безъ вниманія изслѣдованія, тѣмъ болѣе какъ провѣрку сказанныхъ методовъ. — Какъ для распознаванія беременности вообще, такъ вособенности для счисленія ея продолжительности важно знать послѣдовательность вызываемыхъ ей измѣненій, почему я и излагаю ихъ отдѣльно по мѣсяцамъ :

1 Мѣсяцъ. Матка вслѣдствіе гипереміи полнѣе, чувствительнѣе, измѣняетъ свое направленіе, такъ какъ ось ея дѣлается прямѣе. Влагалищная часть разрыхлена и мягка, губки маточнаго рыльца по длинѣ сравниваются, отверстіе его дѣлается доступнѣе. Влагалище и наружныя половыя части отдѣляютъ обильнѣе. Онѣ находятся въ томъ же состояніи, какъ и во время мѣсячнаго кровотеченія.

2 Мѣсяцъ. Матка вслѣдствіе увеличенія массы нѣсколько опускается въ тазъ, потому влагалищная часть бываетъ доступнѣе, по видимому, длиннѣе и такъ какъ она находится въ оси тазоваго выхода, то направлена кпереди; губки маточнаго рыльца нѣсколько зіяютъ. Хотя матку еще и нельзя прощупать, но животъ нѣсколько выпуклѣе, а не плоске, какъ думали; именно принимали, что вслѣдствіе глубокаго положенія матки въ тазѣ *hypogastrium* становится плоске (*en ventre plat enfant y a*); впрочемъ это только фраза, потомучто женщина объ этомъ ничего не знаетъ, а врачъ не видитъ и не чувствуетъ — Являются общіе сочувственные признаки беременности, женщины чувствуютъ колотье въ грудяхъ, онѣ припухаютъ, соски становятся полнѣе, ихъ вѣчикъ сильнѣе окрашенъ. Беременные не въ первый разъ знаютъ по этимъ признакамъ, въ какомъ онѣ состояніи; беременныя же въ первый разъ догадываются, особенно если регулы уже не появляются.

3 Мѣсяцъ. Матка своимъ дномъ лежитъ за лоннымъ соединеніемъ, подчревная область при постукиваніи даетъ еще кишечный тонъ, рука не можетъ прощупать матки. Весь органъ потерялъ плоскую свою форму и принялъ болѣе круглую; влагалищная часть стоитъ нѣсколько выше, губки маточнаго рыльца исчезли, маточное рыльце кругло. Передняя стѣнка матки явственно прощупывается чрезъ влагалище, тѣло ея нѣсколько наклонено впередъ. — Прочія явленія въ половыхъ частяхъ и въ общемъ состояніи увеличиваются.

4 Мѣсяцъ. Животъ въ подчревной области начинаетъ вздыматься; если брюшныя покровы не слишкомъ толсты,

беременная лежитъ на спинѣ съ согнутыми колѣнами, то надъ лоннымъ соединеніемъ на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ можно прощупать дно матки въ видѣ твердаго, круглаго тѣла. Влагалищная часть сдѣлалась мягче, стоитъ выше и маточное рыльце болѣе обращено къзади и влѣво. Измѣненія въ грудяхъ увеличиваются, въ особенности темный цвѣтъ вѣнчика на соскѣ, желѣзы сильнѣе развиваются.

5 Мѣсяцъ. Выпуклость живота увеличивается, дно матки стоитъ въ срединѣ между пупкомъ и лобкомъ, склоняясь нѣсколько вправо. Влагалищная часть припухлаѣе, стоитъ выше и еще болѣе обращена къзади; маточное рыльце у беременныхъ не въ первый разъ пропускаетъ палецъ, у первобеременныхъ же вовсе не пропускаетъ. Черезъ влагалищный сводъ прощупываютъ часто колеблющееся тѣло, самое влагалище рыхло, слабо, складки его начинаютъ изглаживаться. Уже въ началѣ этого мѣсяца иногда замѣчаютъ маточный шумъ, въ концѣ его даже сердечныя тоны зародыша подъ пупкомъ. Мать чувствуетъ движенія младенца, а врачъ часто легкій толчекъ черезъ брюшныя покровы и чрезъ влагалищный сводъ; одновременнымъ внутреннимъ и наружнымъ изслѣдованіемъ можно заставить дѣтскую головку колыхаться.

§ 137. 6 Мѣсяцъ. Подчревная область сильнѣе растянута, дно матки восходитъ до пупка, послѣдній начинаетъ изглаживаться, въ окружности его является болѣе темное окрашиваніе, тогда какъ бѣлая линія уже раньше получила темный цвѣтъ. Влагалищная часть стоитъ выше и дальше къзади и влѣво, она кажется нѣсколько короче. Явленія, замѣчаемыя при выслушиваніи, дѣлаются яснѣе и въ концѣ этого мѣсяца врачъ явственно ощущаетъ части и движенія младенца.

7 Мѣсяцъ. Дно матки стоитъ на 2 — 3 поперечныхъ перста выше пупка, сильнѣе наклонено кпереди и вправо; животъ сильнѣе напряженъ, пупокъ болѣе сглаженъ, въ окружности темнѣе. Матка принимаетъ яйцевидное очертаніе, мочевой пузырь нѣсколько приподнимается надъ лоннымъ соединеніемъ. Теперь въ увеличенія полости матки принимаетъ участіе и шейка. Влагалищная часть, стоящая выше и далѣе къзади и влѣво, видимо короче. Груды тверже, напряженнѣе, подкожныя вены ихъ просвѣчиваютъ черезъ кожу въ видѣ синеватыхъ полосокъ; вслѣдствіе растяженія, на нѣкоторыхъ мѣстахъ кожа лопается, показываются бѣлыя полоски; желѣзы соскового вѣнчика сильнѣе развиты

и окружают сосок неправильнымъ кольцомъ; изъ сосковъ можно выдавить тонкую млечную жидкость. — Черезъ влагалищный сводъ прощупываютъ теперь маленькую, подвижную головку, легко ускользящую отъ пальца.

8 Мѣсяцъ. Дно матки стоитъ почти между пупкомъ и сердечной ямкой. Брюшные покровы очень натянуты, у первобеременныхъ, вслѣдствіе разстяженія ихъ, являются блѣловатаями полосы. Пупокъ сровнялся и гладокъ. Влагалищная часть,  $\frac{1}{3}$ " дл., стоитъ еще выше и далѣе къзади. Движенія младенца сильнѣе, беременнымъ кажутся въ видѣ «упиранія»; иногда даже ихъ видно на обнаженномъ животѣ. На надавленномъ, выпукломъ, какъ говорятъ «развитомъ» влагалищномъ сводѣ сильнѣе ощущается изслѣдующемъ пальцемъ головка младенца; при прикосновеніи она тотчасъ поднимается вверхъ и чрезъ нѣсколько времени опять опускается (*caput mobile, leve, ballotement — колыханіе*). — Прочіе признаки беременности усиливаются правильно.

9 Мѣсяцъ. Животъ достигаетъ наибольшаго растяженія, пупокъ начинаетъ нѣсколько вздуваться. Дно матки поднимается до сердечной ямки, сильно склоняясь вправо. Влагалищная часть въ концѣ этого мѣсяца очень коротка, маточное рыльце находится на высотѣ мыска, у беременныхъ не въ первый разъ оно сильнѣе обращено къзади, чѣмъ у первобеременныхъ, потомучто, вслѣдствіе большей уступчивости брюшныхъ стѣнокъ ихъ, дно матки сильнѣе наклоняется впередъ. Головка младенца, ощущаемая чрезъ *laquear vaginae*, менѣе подвижна, и хотя еще и поднимается кверху, если прикасаться къ ней пальцемъ, но уже не уходитъ болѣе отъ него (колыханіе менѣе явственно — *caput subponderosum*). — Изъ груди можно выдавить синеватую жидкость съ желтоватыми полосками (*colostrum*), она сочится и сама, отъ чего надкожица соска и его вѣнчика пропитывается влагами и размягчается, образуются трещины и рубцы. Окрашиваніе и желѣзы сосковаго вѣнчика усиливаются до высочайшей степени, вокругъ нихъ на окружности образуются бѣлыя кругловатая мѣста, вторичные вѣнчики.

10 Мѣсяцъ. Дно матки опускается опять въ промежутокъ между пупкомъ и сердечной ямкой, потомучто головка младенца глубже погружается во входъ таза; животъ сильнѣе растянута въ поперечномъ направленіи, впереди острѣе, пупокъ вздутъ на подобіе пузыря. Движенія младенца очень живы, дѣтскія части, головка и конечности явственно прощупываются чрезъ брюшные покровы. Матка



иногда сокращается (*travail insensible*, отъ чего женщины иногда чувствуютъ, будто у нихъ по сторонамъ сжимаетъ), вслѣдствіе этого принимаетъ болѣе правильное яйцевидное очертаніе и утверждаетъ младенца въ его положеніи. Влагалище мягко, поперечныя складки исчезли, температура возвышена, во влагалищномъ сводѣ слышно біеніе артерій, отдѣленіе обильнѣе. Маточное рыльце почти совершенно обращено къзади, но, по причинѣ болѣе глубокаго положенія дна, его обыкновенно легче достать, нежели въ 9 мѣсяцѣ. Припухлыя губки его исчезли («изгладились»), а у первобеременныхъ въ концѣ этого мѣсяца находятъ только чечевицеобразное углубленіе, толщиной въ листъ бумаги (*orificium cartaceum*); у беременныхъ не въ первый разъ губки маточнаго рыльца остаются до самыхъ родовъ. Головка стоитъ надъ тазовымъ входомъ, или уже въ немъ, трудно подвижна, колебаніе уже болѣе невозможно, влагалищный сводъ выпячивается ей въ видѣ шара (*caput ponderosum*).

### III) РАСПОЗНАВАНІЕ СЛОЖНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 138. Признаки, по которымъ можно заключить о присутствіи двухъ плодовъ, слѣдующіе: обыкновенные признаки беременности наступаютъ скорѣе и сильнѣе, животъ сильнѣе растягивается, и при томъ въ ширину; по бѣлой линіи, или же въ косвенномъ направленіи онъ раздѣляется посредствомъ бороздки на два шара. Беременная чувствуетъ движенія младенца раньше, сильнѣе и одновременно на нѣсколькихъ мѣстахъ; они особенно сильны, если женщина лежитъ на боку. Дно матки въ 10 мѣсяцѣ не опускается, по этому нижній отдѣлъ матки стоитъ выше и обыкновенно вовсе не ощущаютъ лежащей части младенца. — Ясно, что эти признаки чрезвычайно обманчивы и могутъ быть при большемъ ребенкѣ, неправильномъ его положеніи, вособенности же при чрезмѣрномъ количествѣ околоплодной жидкости. Нѣтъ вѣрнаго признака беременности двойнями, и это уже старое наблюденіе, что тамъ, гдѣ предсказывали ее, при родахъ обыкновенно очень разочаровывались, и на оборотъ. Выше приведенные признаки заставляютъ только догадываться. Эта догадка конечно усиливается, если будутъ слышны сердечные тоны плода на двухъ отдаленныхъ мѣстахъ, а между ними или слабо, или вовсе неслышны; или если въ нижнемъ и верхнемъ отдѣлахъ матки ощущаютъ часть, которую считаютъ за головку, а между ними массу мень-

шихъ частей. Но это можетъ обмануть и вѣроятности придаетъ только то обстоятельство, когда два наблюдателя въ одно время слышать сердечные тоны разныхъ ритмовъ, что рѣдко возможно. — Распознаваніе беременности тройнями или четырьмя плодами еще менѣе вѣроятно и даже невозможно.

#### VI) РАСПОЗНАВАНІЕ ПЕРВОЙ И ПОВТОРНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 139. Рѣшеніе вопроса, рождала ли беременная раньше, не только весьма важно въ судебномъ отношеніи, но оно имѣетъ существенное вліяніе на предсказаніе при ожидаемыхъ родахъ и на наши дѣйствія.

Вообще можно принять, что у женщинъ, уже рождавшихъ, беременность вызываетъ тѣ же измѣненія, какія и у первобеременныхъ; только у нихъ часто они не такъ рѣзко выражены и отчасти затемняются остатками прежнихъ родовъ.

У *первобеременныхъ* измѣненія происходятъ такъ, какъ описано выше; кожа на животѣ гладка, натянута, съ трудомъ собирается въ складки, матку и части младенца прощупать довольно трудно; также и груди напряженнѣе, полнѣе, тверже и болѣзненнѣе. Большія срамныя губы прилежатъ другъ къ другу, уздечка цѣла, влагалищный входъ узокъ и способенъ къ произвольнымъ сокращеніямъ, складки во влагалищѣ часты, опустившейся книзу сводъ влагалища не рыхлъ, *portio vag.* мягка, гладка, маточное рыльце кругловато, безъ надрывовъ. При этомъ не надобно вводить себя въ заблужденіе развившимися сосочками, ссадинами и язвами, придающими маточному рыльцу неровную, даже шероховатую поверхность. Каналъ шейки обыкновенно расширяется правильно сверху книзу, маточное рыльце заперто до самыхъ родовъ и влагалищная часть до наступленія ихъ правильно укорачивается.

§ 140. У *рождавшихъ же женщинъ* находятъ слѣды родовъ въ видѣ остатковъ предшествовавшаго растяженія груди, брюшныхъ покрововъ, наружныхъ половыхъ частей и влагалища, въ видѣ послѣдствій отъ прохожденія младенца черезъ маточное рыльце; однако у разныхъ особъ существуетъ большое различіе относительно вліянія родовъ, что зависитъ отъ періода беременности, въ который они наступили, отъ величины младенца, отъ крѣпости всего ор-

ганизма и отъ тѣхъ пособій, которыя, можетъ быть, были необходимы. По этому распознаваніе болѣе или менѣе затрудняется, и оно тѣмъ труднѣе, если прошло много времени послѣ послѣднихъ родовъ.

Вслѣдствіе большей рыхлости брюшныхъ покрововъ дно матки и дѣтскія части прощупываются яснѣе; матка сильно наклонена впередъ, часто бываетъ такъ называемый отвислый животъ. Когда на животѣ, особенно надъ лонными костями, свѣшивается рыхло, легко поднимается въ складки, имѣетъ грязно-желтоватый цвѣтъ и покрыта такъ называемыми рубцами, особенно вокругъ пупка и отсюда по направлению къ пахамъ. — Груды также рыхлы, отвислы, соски больше, шире, ихъ вѣничикъ темнѣе; онѣ покрыты бѣловатыми полосками, похожими на тѣ, какія бываютъ на животѣ — и это одинъ изъ самыхъ вѣрныхъ признаковъ предшествовавшихъ родовъ (по крайней мѣрѣ въ первую половину беременности, потомучто послѣ эти полоски являются и у первобеременныхъ), такъ какъ нѣтъ другой причины, которая бы вызывала такіе рубцы на кожѣ груди (быть можетъ, сильныя раздраженія кожи, обуславливаюція быстрое увеличеніе желѣзы?) — У беременныхъ не въ первый разъ срамныя губы зіяютъ, *frenul. lab.* нѣтъ, или по крайней мѣрѣ она очень слаба, входъ во влагалище менѣе способенъ сокращаться, самое влагалище шире, уже не имѣетъ многочисленныхъ складокъ и морщинъ. *Laquear vaginae* часто спускается въ видѣ рыхлаго мѣшка; маточное рыльце разорвано, морщиновато, кажется, будто въ губкахъ недостаетъ маленькихъ частицъ. Эти рубцы, происходящіе отъ надрывовъ при предшествовавшихъ родахъ, бываютъ только послѣ родовъ, отнюдь не послѣ выведенія опухолей изъ полости матки, и никогда они не представляютъ естественнаго состоянія; потомучто рубцы послѣ ссадинъ и язвъ на осязаніе бываютъ совершенно другіе. Поэтому-то они и составляютъ вѣрный признакъ прежнихъ родовъ (*os uteri signum indubitatum partus jam editi.* Roederer). Впрочемъ и тутъ надобно замѣтить, что совершенно гладкое состояніе маточнаго рыльца отнюдь не говоритъ противъ предшествовавшихъ родовъ; потомучто надрывы могутъ быть такъ малы, что они совершенно исчезаютъ, особенно спустя долгое время. Вслѣдствіе рубцовъ и трещинъ маточное рыльце бываетъ раскрыто, пропускаетъ палецъ въ шейный каналъ на большее или меньшее пространство, отъ чего онъ получаетъ форму воронки, которой верхушка обращена вверхъ. По

той же причинѣ *port. vag.* не сокращается такъ правильно, какъ у первобеременныхъ, въ началѣ родовъ большей частью еще можно осязать губки маточнаго рыльца въ видѣ валиковъ, отъ 1 до нѣсколькихъ линій длиной. — Надобно еще замѣтить, что у женщинъ, уже рождавшихъ, часто бываютъ на ногахъ расширенія венъ (*varices*) въ видѣ темныхъ бурокрасныхъ мѣстъ. — Общее состояніе беременныхъ не въ первый разъ менѣе поражается, нежели у первобеременныхъ.

#### V) РАСПОЗНАВАНІЕ ЖИЗНИ И СМЕРТИ ПЛОДА.

§ 141. Въ жизни младенца можно убѣдиться: 1) если не было причинъ, которыя бы могли нанести ему смерть; 2) если беременность развивается правильно, особенно если подчревная область постепенно увеличивается, груди мало-по-малу значительно припухаютъ и обнаруживаются прежде сказанныя измѣненія; 3) если мать чувствуетъ движеніе младенца; 4) если и врачъ замѣчаетъ ихъ и чувствуетъ въ нихъ извѣстное сопротивленіе, такъ что они, будучи выведены изъ своего положенія, немедленно снова принимаютъ его съ нѣкоторой эластичностью. Если при изслѣдованіи движеній младенца не замѣчаютъ, то ихъ можно вызвать, покрывая водой на брюшные покровы или прикладывая руку, опущенную въ холодную воду; 5) если явственно слышны сердечные тоны плода. Только 4 и 5 признаки сами по себѣ вѣрны и, гдѣ они есть, уничтожаютъ всякое сомнѣніе; нельзя того же сказать на оборотъ т. е. что тамъ, гдѣ ихъ не замѣчаютъ, дитя умерло.

§ 142. По этому признаки смерти плода обманчивы и допускаютъ только вѣроятное заключеніе. Самыми вѣрными будутъ слѣдующіе: 1) если на беременную подѣйствовали вліянія, легко причиняющія вредъ младенцу, какъ наружныя насилія, приемъ сильныхъ, особенно проносныхъ средствъ, болѣзнь, сильныя душевныя движенія и пр. 2) Внезапное прекращеніе ощущенія младенческихъ движеній со стороны матери. 3) Весьма важный признакъ, если врачъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ не замѣчаетъ ни движеній младенца, ни сердечныхъ тоновъ, тогда какъ прежде онъ былъ убѣжденъ въ ихъ существованіи. 4) Остановка правильно подвигавшагося развитія объективныхъ признаковъ беременности, такъ что матка опускается прежде времени, растяженіе живота болѣе не увеличивается, груди мягки и

рыхлы, допускают истечение молока и пр. б) Появление болѣзненныхъ явленій со стороны матери, какъ ознобъ, слабость, спалый, блѣдный видъ лица, разстройства пищева- ренія и пр., чувство холода и тяжести въ животѣ, какъ буд- то тамъ посторонняя тяжесть, опухоль.—Не надобно одна- ко забывать, что всѣ эти признаки могутъ и не быть и что беременная, хотя ея младенецъ и умеръ, можетъ чувство- вать себя совершенно хорошо.

§ 143. Измѣненія, которымъ подвергается мертвый плодъ въ маткѣ, болѣе или менѣе важны, смотря по вре- мени, въ теченіе котораго онъ еще остается въ ней. Они состоятъ въ *вымачиваніи* мягкихъ частей въ окружающей жидкости и въ всасываніи мягкими частями разложившейся крови, выступившей изъ сосудовъ. О *гниеніи* конечно не мо- жетъ быть и рѣчи, пока воздухъ не можетъ вступить въ по- лость яйца. Сначала вымачивается кожа, съ которой слѣза- етъ надкожица большими лоскутьями; это наблюдаютъ уже въ первыя дни; внутреннія ткани дѣлаются, вялыми, отъ пропитыванія кровью красными, дурнаго цвѣта; осо- бенно мозгъ превращается очень скоро въ алокресноватую кашу. Соединенія костей, особенно черепныхъ, размягчают- ся; кости расходятся, такъ что онѣ подъ черепнымъ по- кровомъ чрезвычайно подвижны, колышутся какъ въ мѣш- кѣ. При черепныхъ положеніяхъ черепные покровы очень сильно пропитываются влагами и головка часто доходитъ до значительныхъ размѣровъ. — Также точно измѣняются и принадлежности младенца; дѣтское мѣсто рыхло, мягко, безкровно; пуповина дурнаго цвѣта и легко разрывается; околоплодная жидкость отъ примѣси отдѣлившейся надко- жицы, выступившаго первороднаго кала, вышотѣвшихъ со- ставныхъ частей крови мутна, разлагается и даетъ дурной запахъ, окрашивается въ зеленовато-бурый цвѣтъ и полу- чаетъ часто острое, ѣдкое свойство.

Ясно, что такія измѣненія должны вліять на организмъ матери. Уже отъ одного только прекращенія развитія мо- гутъ произойти различныя разстройства, приведенныя вы- ше между признаками смерти плода. Но и самое соприкосно- веніе крови съ разложившимся младенцемъ и его принадле- жностями черезъ послѣдъ, а потомъ по всей стѣнкѣ матки должно имѣть огромное вредное вліяніе на ея составъ.

§ 144. Время, въ теченіе котораго мертвый плодъ со- храняется въ маткѣ, весьма различно. Обыкновенно чрезъ 1 — 3 недѣли послѣ его смерти являются маточныя сокра-

щенія и выгоняють его вонъ; впрочемъ отсюда есть нѣкоторыя исключенія, ибо если плодъ умираетъ въ ранніе мѣсяцы, его принадлежности перерождаются и развиваются потомъ дальше, то онъ можетъ оставаться долгое время (см. беременность заносомъ). Уклоненія отъ правила главнѣйшимъ образомъ бываютъ при беременности двойнями, о чемъ уже говорили раньше. Умершій плодъ можетъ оставаться въ маткѣ до полного развитія другого младенца. И объ этомъ уже говорили; сюда относятся тѣ случаи, которые главнѣйшимъ образомъ подали поводъ принимать *imperfoetationem*.

## ГЛАВА IV.

### ДИЭТИКА БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 145. Беременность есть состояніе физиологическое; только организмъ имѣетъ столь сильную воспримчивость къ вышнимъ вліяніямъ, нервная и сосудистая системы находятся въ такомъ раздражительномъ состояніи, что малѣйшей причины достаточно для того, чтобы усилить это состояніе до дѣйствительной болѣзни. Далѣе, если припомнить большую зависимость плода отъ матери, легко происходящее уничтоженіе связи между ними, — то мы должны вмѣнить себѣ въ обязанность устранять все, что можетъ причинить какой-нибудь вредъ. Этому всего лучше достигнуть, установивъ правильный образъ жизни вообще относительно пищи, движенія, одежды, занятій и вособенности въ психической жизни.

Конечно справедливо, что беременная чувствуетъ себя всего лучше, если она во время беременности не измѣняетъ обыкновеннаго своего рода жизни, при которомъ раньше чувствовала себя хорошо; однако этотъ образъ жизни не всегда благоразуменъ, и наши городскія дамы въ беременномъ состояніи ведутъ себя болѣею частью очень дурно. Къ сожалѣнію самые лучшіе совѣты обыкновенно бесполезны и врачъ приглашается уже тогда, когда дѣйствительно существуетъ болѣзнь. Слѣдующія обстоятельства главнѣйшимъ образомъ заслуживаютъ вниманія беременной.

§ 146. При сильной раздражительности и вредномъ вліяніи психическаго возбужденія, беременная должна избѣгать всего, что въ состояніи произвести на ея душу сколько ни-

будь значительное и продолжительное впечатлѣніе. Потрясающія сцены, возбуждающія чтенія, посѣщеніе театра, однимъ словомъ все, что сильно поражаетъ и занимаетъ воображеніе, рѣшительно вредно. Вособенности надобно устранять всѣ мрачныя воспоминанія, удалять отъ больныхъ и покойниковъ, не допускать къ родамъ, которые наводятъ ужасъ и мрачное настроеніе даже и на тѣхъ, которыя хладнокровно присутствуютъ при нихъ. Казуистика представляетъ достаточно примѣровъ того, какія вредныя послѣдствія для матери и плода влекутъ за собой рассказы о трудныхъ, несчастныхъ родахъ и пр., къ чему у заинтересованныхъ ими существуетъ всегда величайшая склонность.

*Одежда* должна быть спокойна, не должна ни тѣснить, ни давить; никогда не должно беременнымъ носить корсетовъ. они мѣшаютъ растяженію живота, сжимаютъ нижнія ребра, надавливаютъ матку и вызываютъ склонность къ выпаденію матки и выкидышу. Груды при этомъ не могутъ развиваться, сильно сдавленный сосокъ съеживается. (По этому и римскія женщины оставляли на время беременности свои пояса *incincta, inceinte*).

Другая, весьма употребительная туалетная вещь — это узкія подвязки, которыя въ беременности чрезвычайно вредны, потомучто онѣ усиливаютъ и вызываютъ отекъ ногъ и расширенія венъ. Напротивъ того вполне приличны широкія платья, лѣтомъ бумажныя или полотняныя, зимой шерстяныя. Также надобно совѣтывать, особенно женщинамъ, сильно страдающимъ склоненіемъ матки впередъ и растяженіемъ брюшныхъ покрововъ, тонкую, умеренно стягиваемую брюшную повязку, которая должна лежать такъ, чтобы нѣсколько давила матку по направленію кверху и кзади. Для этого упо ребляютъ просто кусокъ фланели или полотна надлежащей ширины, который укрѣпляютъ всего лучше посредствомъ каучуковой повязки; заказывать особенныя повязки, это лишняя игрушка или педантизмъ.

§ 147. При склонности беременныхъ къ приливамъ и запорамъ надобно обращать большое вниманіе на *дѣту*. Отъ невниманія къ дѣятельности кишечнаго канала, отъ недостатка должнаго движенія часто происходитъ очень большой вредъ. Нѣкоторыя женщины придерживаются предразсудка, что такъ какъ они кормятъ плодъ въ животѣ, то «и должны ѣсть за двоихъ»; только опытъ показалъ, что съ одной стороны развитіе плода вовсе не зависитъ отъ количества пищи, принимаемой матерью, а съ другой из-

лишняя, обильная и хорошая пища очень вредна матери. — Нельзя положить правиломъ, что должна беременная ѣсть и чего нѣтъ; она должна избѣгать всего, что производитъ разстройство пищеваренія и можетъ чрезмѣрно возбуждать сосудистую систему, такъ въ особенноти обильныхъ и тяжелыхъ обѣдовъ, лучше ѣсть чаще и каждый разъ по немногу, и преимущественно должно заботиться о каждодневномъ испражненіи на-низъ и правильномъ выдѣленіи мочи.

Надобно строго внушать необходимость правильного, ежедневнаго движенія *на свѣжемъ воздухѣ*. Нѣтъ ничего безразсуднѣе и вреднѣе обворожительнаго обыкновенія дамъ цѣлый день лежать на софѣ или до полдня въ постелѣ, потому что онѣ думаютъ, что это имъ здорово и что ихъ положеніе даетъ право на такую лѣнь. Врачъ обязанъ познать ихъ съ тѣмъ, какъ это вредно, что отъ этого происходитъ недостаточная дѣятельность пищеварительнаго аппарата, бессонница и множество душевныхъ разстройствъ. Какъ положительно доказываетъ это поселанка, которая до самыхъ родовъ исправляетъ трудныя, обычные свои занятія и при этомъ чувствуетъ себя хорошо. — Надобно настоятельно втолковывать женщинамъ, что польза правильного образа жизни не ограничивается только матерью, но распространяется и на плодъ, который, питаясь хорошими соками въ чревѣ матери, начинаетъ свою жизнь съ силами и меньшей склонностью къ многочисленнымъ разстройствомъ, которыя такъ нерѣдко поражаютъ дѣтей слабыхъ, изнѣженныхъ матерей. Нѣкоторыя женщины, на которыхъ не дѣйствовали никакіе доводы, измѣняютъ свой образъ жизни, какъ только представятъ имъ это на видъ. — Впрочемъ есть нѣкоторыя виды движенія, которыхъ беременная должна избѣгать, какъ вошеніе большихъ тяжестей, ѣзда по неровной, кочковатой дорогѣ; вособенности же танцевъ и вообще посѣщенія баловъ, обществъ, продолжающихся до поздней ночи, гдѣ онѣ цѣлые часы проводятъ въ душной атмосферѣ, легко подвергаются погрѣшностямъ въ діетѣ и преимущественно лишаются столь необходимаго сна.

§ 148. *Опрятность* для беременныхъ составляетъ главное условіе и теплыя ванны нисколько невредны; при неуступчивыхъ половыхъ частяхъ и сильномъ растяженіи брюшныхъ покрововъ онѣ очень полезны.

Но особеннаго попеченія требуютъ груди и преимущественно соски, чтобы они въ надлежащее время могли удовлетворить необходимымъ требованіямъ. Сколь многія роже-



ницы, принужденныя держать кормилицу, могли бы кормить свое дитя сами, если бы онѣ позаботились объ этомъ въ теченіи беременности. Для этого необходимо оставить, какъ уже замѣчено, всѣ тѣсныя платья и содержать груди въ теплѣ. Если эпителий на соскахъ истончился, размягченъ, то нужно сдѣлать ихъ менѣе расположенными къ раненію посредствомъ промыванія холодной водой, спиртными или вяжущими средствами; маленькіе, недостаточно выступающіе соски надобно постепенно вытягивать, окружая ихъ деревяннымъ кольцомъ или шляпкой для соска, которая бы давила на вѣнчикъ и заставляла сосокъ выдаваться впередъ. Очень глубоко лежащіе, не развитые соски надобно вытягивать методическимъ сосаніемъ чрезъ третье лицо или посредствомъ стекляннаго рожка; только при этомъ нужно быть осторожнымъ по вліянію такого раздраженія на матку, тѣмъ болѣе, что отъ этого можетъ произойти воспаленіе груди.

Въ заключеніе надобно еще замѣтить, что при употребленіи лекарствъ должно быть особенно осторожнымъ; здѣсь главное правило *non nocere*, не столько относительно младенца, который отъ нихъ не такъ много страдаетъ, сколько относительно матери, силы которой надобно поддерживать всѣми мѣрами. Особенно нужно, по возможности, остерегаться отъ столь распространеннаго злоупотребленія слабительныхъ и кровопусканій, какъ мѣстныхъ, такъ и общихъ, потому что ничто не имѣетъ болѣе вреднаго вліянія на теченіе родильнаго состоянія, какъ послѣднія.—Этимъ не сказано, что беременность при леченіи случающихся болѣзней составляетъ противупоказаніе къ употребленію необходимыхъ средствъ; надобно только замѣтить, чтобы поступали при этомъ осторожно и имѣли въ виду легкую возможность прервать беременность, чему никакимъ образомъ не должно содѣйствовать, если только того не требуетъ *indicatio vitalis*.

§ 149. Если общіе припадки, сопровождавшіе беременность, особенно въ первую ея половину, принимаютъ жестокій, обременительный характеръ, не будучи прямо болѣзною, то для устраненія или ослабленія ихъ обыкновенно достаточно діететическихъ мѣръ. Излишнее было бы вдаваться въ подробное описаніе употребляемыхъ при этомъ средствъ, потому что въ сущности они тѣже, какія употребляются при подобныхъ страданіяхъ небеременныхъ, и потому находятся въ Частной Патологіи и Терапіи. Къ такимъ обременительнымъ припадкамъ принадлежатъ: рвота, особенно по ут-

рамъ, запоръ, затрудненное мочеиспускание, періодическія боли въ крестцѣ, боли въ пахахъ, сердцебіеніе, одышка, обмороки, зубныя боли и разстройства кровообращенія въ нижнихъ конечностяхъ. Соответствующая отдѣльному случаю діета, движеніе, мѣстныя отвлеченія, иногда даже мѣстныя ванны и пр. оказываютъ здѣсь большей частью гораздо болѣе пользы, чѣмъ аптекарскія средства. Но обыкновенно мы должны утѣшаться терпѣніемъ и тоже самое совѣтывать беременнымъ; потому что такъ какъ эти явленія суть чисто припадки беременности и болѣе жестокое проявленіе ихъ зависитъ отъ всего организма пораженной особы, то всякое леченіе бесполезно, пока продолжается беременность; въ такомъ случаѣ лучше откровенно сознаться въ этомъ и стараться убѣдить беременную въ безопасности припадковъ, чѣмъ мучить ее лекарствами и тѣмъ, гдѣ можно, еще болѣе портить общее ея состояніе. — (Болѣе тяжелые и дѣйствительно опасныя припадки будутъ разсмотрѣны въ слѣдующемъ отдѣленіи).

## ВТОРОЙ ОТДѢЛЪ.

### ФИЗИОЛОГІЯ И ДІЕТЕТИКА РОДОВЪ.

§ 150. Съ окончательнымъ развитіемъ плода и матки въ концѣ беременности начинается возвратъ послѣдней въ первобытное ея состояніе. Первый актъ этого возврата состоитъ въ *выведеніи всего яѣца изъ организма матери*, въ процессѣ, который называютъ *родами*. За тѣмъ увяданіе идетъ дальше, тогда какъ въ то же время образуется для новаго существа новый источникъ пищи т. е. начинается *родильное состояніе*.

По вышеприведенному опредѣленію и, какъ это само собой разумѣется, роды есть совершенно физиологическій процессъ, который однако по своей сложности тѣсно примыкаетъ къ патологическому. — Если роды происходятъ такъ, что отъ этого нѣтъ вреда ни матери, ни младенцу, то ихъ называютъ *физиологическими, правильными*; объ нихъ только, соответствующему принятому порядку, здѣсь и можетъ быть рѣчь. Но если существуютъ уклоненія такого рода, что происходитъ опасность или вредъ одному изъ нихъ, или

обоймъ вмѣстѣ, то это уже роды *патологическіе, неправильные*. Такіе роды очень часто оканчиваются одной только природой и тѣмъ подають поводъ вмѣшательству искусства, которое должно замѣнить ее, ихъ называютъ *искусственными родами*. Всѣ эти неправильные роды во многихъ случаяхъ конечно могутъ кончиться благополучно для матери и младенца, но всегда соединяются съ большей опасностью, чѣмъ совершенно правильные, и потому называются также *трудными родами*.

§ 151. Раздѣленіе родовъ на физиологическіе и патологическіе самое простое и всѣ случаи можно отнести къ одной изъ двухъ категорій.—Но можно еще раздѣлять ихъ по времени, въ которое наступаютъ роды на *своевременные—partus maturus, ранніе—partus immaturus* и *запоздалые—partus serotinus*, или по числу рожденныхъ дѣтей на *простые и многоплодные*—но эти дѣленія не имѣютъ практическаго достоинства и разумѣются сами собой.

§ 152. Для выведенія плода изъ матки необходимы 3 дѣятеля: 1) изгоняющая сила, 2) изгоняемый предметъ, плодъ и 3) путь, который онъ долженъ себѣ проложить, каналъ, по которому онъ долженъ быть выведенъ. Изгоняющія силы принадлежатъ большей частью маткѣ и состоятъ въ ея сокращеніяхъ, оба послѣдніе дѣятеля составляютъ сопротивленіе, на которое онѣ дѣйствуютъ и которое должны преодолѣть. Въ этомъ сопротивленіи плодъ участвуетъ своей величиной, формой, положеніемъ и членорасположеніемъ, свойствомъ своихъ соединеній съ матерью; родовыя части—своей формой, шириной и уступчивостью.

Для того, чтобы роды протекали правильно, изгоняющая сила должна начать дѣятельность при обстоятельствахъ, соотвѣствующихъ отдѣльному случаю и сопротивленіе должно быть также пропорціонально ей. По этому условію, *необходимыя для правильныхъ родовъ, будутъ слѣдующія*:

1) *Со стороны матери*: а) правильно устроенный тазъ; слишкомъ широкій тазъ дѣлаетъ роды неправильными отъ уменьшенія, слишкомъ узкій, отъ увеличенія сопротивленія, которое часто бываетъ даже непреодолимо. б) Достаточная, ни очень сильная, ни очень слабая дѣятельность матки. в) Мягкія родовыя части должны имѣть надлежащее положеніе и достаточную уступчивость, чтобы могли растягиваться до значительныхъ размѣровъ безъ нарушеній цѣлости. г) Мать должна быть здорова, потому что въ такомъ случаѣ она

можетъ помогать дѣятельности матки и послѣдняя не будетъ имѣть на нее вреднаго вліянія.

2) *Со стороны плода*: а) плодъ долженъ находиться въ маткѣ, б) имѣть правильную величину и форму, особенно относительно головки. в) Онъ долженъ быть въ такомъ положеніи, въ которомъ бы могъ быть выведеннымъ на свѣтъ, и члены его должны быть расположены такимъ образомъ, чтобы они не затрудняли прохожденіе по родовому пути.

§ 153, Какъ уже замѣчено, изгоняющая сила состоитъ почти исключительно въ сокращеніяхъ матки и миѣніе древнихъ, по которому плодъ рождается самъ собой, если зрѣлъ, самъ разрываетъ яйцовыя оболочки и прокладываетъ себѣ путь на ружу, не требуетъ болѣе опроверженій. Если же собственно причина родовъ сокращенія матки, то является вопросъ, какіе причины вызываютъ эти сокращенія, *какая послѣдняя причина родовъ*? Такъ какъ здѣсь надобно говорить о физиологическихъ родахъ, составляющихъ конецъ беременности, то конечно всѣ виѣшнія раздраженія, которыя бы могли раньше привести матку въ движеніе, не относятся въ область подлежащаго вопроса.

Причины, вызывающія сокращеніе матки, преимущественно надобно искать въ слѣдующихъ обстоятельствахъ: 1) въ чрезмѣрномъ растяженіи матки, такъ что на конецъ мышечныя волокна реагируютъ сокращеніемъ (Mauriceau, Caeza, Scanzoni, Veit); 2) въ развитіи маточныхъ нервовъ, которые въ концѣ беременности начинаютъ дѣйствовать сами собой (Litzmann); 3) въ томъ, что въ концѣ беременности плодъ относительно матки играетъ роль посторонняго тѣла, при чемъ оболочки отдѣляются изъ своихъ соединеній съ маткой, быстро увядаютъ, отпадающая оболочка претерпѣваетъ жировое превращеніе (Iorg, Nägele St. Simpson). 4) Въ постепенномъ разверзаніи маточнаго рыльца (Kilian), въ растяженіи маточной шейки подлежащей частью младенца и въ растяженіи круговаго ея слоя вдольными мышечными волокнами (Power, Dubois). 5) Въ менструальномъ приливѣ.

§ 154. Многое можно сказать про всѣ эти гипотезы, вособенности противъ того, что шейка матки въ концѣ беременности раздражается и такимъ образомъ происходятъ потуги, а также и противъ того, что матка и плодъ въ одно и тоже время относятся взаимно какъ постороннія тѣла. Я же думаю, что большое вліяніе надобно приписать приливу.

Что матка вообще можетъ сильно сокращаться, это возможно при ея развитіи въ концѣ беременности, съ которымъ рука объ руку идетъ и образованіе плода. Но въ этомъ развитіи по необходимости лежитъ начало возвращенія къ прежнему ея состоянію, тѣмъ болѣе, если извѣстно, что плодъ, который не можетъ быть выведенъ, далѣе не развивается и погибаетъ. Возвратъ производится маточными сокращеніями, которыя конечно начинаются не вдругъ, но слабо проявляются уже въ послѣднія недѣли беременности и повторяются періодически, пока наконецъ перейдутъ въ настоящія родовыя сокращенія. Возбужденіе къ сокращеніямъ, по моему мнѣнію, надобно искать въ измѣненномъ кровообращеніи матки, при чемъ остается нерѣшеннымъ, состоитъ ли это измѣненіе въ анеміи или въ гипереміи. Что измѣненіе въ кровообращеніи всегда вызываетъ сокращеніе, я достаточно доказалъ въ «Henle u. Pfeuffer, Zeitschrift für ration. Medicin. III Folg., Bd. 2, Heft I.» Для беременной матки за отъискиваемое измѣненіе въ кровообращеніи я принимаю гиперемію, приливъ, и присоединяюсь къ тѣмъ, которые *возбужденіе маточныхъ сокращеній ищутъ въ менструальномъ типѣ.* Конечно продолженіе періодическаго созрѣванія яичекъ во время беременности доказать нельзя и многое даже говорить противъ него. Но ничто не опровергаетъ мнѣнія, по которому съ полнымъ развитіемъ зародыша образовательная половая дѣятельность снова направляется болѣе къ яичникамъ и явственно наступаетъ менструальная дѣятельность. При этомъ надобно имѣть въ виду наблюденіе, что и во время беременности появляется періодическій, хотя и слабый приливъ, который, сдѣлавшись сильнѣе, легко производитъ выкидышъ, какъ это и въ самомъ дѣлѣ большей частью происходитъ въ то время, когда должны бы были явиться регулы; а также и то наблюденіе, по которому обыкновенно роды начинаются въ то время, когда должны бы были появиться регулы въ десятый разъ.

Хотя менструальный приливъ и можно считать причиной наступленія родовъ, но столько же вѣрно и то, что кровообращеніе играетъ важную роль при произведеніи сокращеній гладкихъ мышцъ. Тутъ мы имѣемъ точку опоры для того, чтобы узнать ихъ происхожденіе, за которую мы и должны держаться за неимѣніемъ другихъ фактовъ, подтвержденныхъ опытомъ и наблюденіемъ, если не желаемъ отказаться отъ изслѣдованія предложеннаго вопроса и удовлетворяться выраженіемъ Авиценны: *«въ определенное время Божіею милостію наступаютъ роды.»*

Едва ли надобно и замѣтить, что, кромѣ измѣннаго кровообращенія въ маткѣ, есть еще множество внѣшнихъ раздраженій, приводящихъ матку въ движеніе. Но здѣсь идетъ рѣчь о чисто физиологическихъ родахъ, причина которыхъ находится въ развитіи самой беременности.

## ГЛАВА I.

### ИЗГОНЯЮЩА СИЛЫ.

§ 155. За изгоняющія силы мы считаемъ *сокращенія матки, влагалища и брюшнаго пресса.*

#### 1. Сокращенія матки, потуги.

Матка представляетъ полый мускулъ, состоящій изъ гладкихъ мышцъ, которыя по своей дѣятельности сходны съ прочими органическими мышцами, подчиняется тѣмъ же законамъ движенія. Потому сокращенія ихъ не подчиняются волѣ, не могутъ быть вызваны напряженіемъ, ни остановлены, если они уже разъ появились. Это не значитъ, что матка совершенно независима отъ черепно-спинной нервной системы; напротивъ очень хорошо извѣстно психическое вліяніе на потуги, часто обнаруживающееся во время родовъ, только оно не непосредственное, но объясняется анатомической связью между черепнымъ мозгомъ, спиннымъ и маткой.

Сокращеніе бываетъ перистальтическое, какъ и во всѣхъ гладкихъ мышцахъ, и потому *ритмическое*; т. е. оно не постоянно, но между отдѣльными актами движенія существуютъ промежутки, *паузы*, въ которые органъ находится въ расслабленномъ состояніи, боль исчезаетъ и, спустя болѣе или менѣе короткое время, появляется снова вмѣстѣ съ сокращеніями. Паузы обусловливаются истощеніемъ раздраженія; въ началѣ родовъ онѣ продолжительнѣе, а потомъ, когда раздраженія органа (тѣсное соприкосновеніе съ тѣломъ младенца, усиленное сопротивленіе) усилятся, онѣ дѣлаются короче. Даже и при каждомъ отдѣльномъ сокращеніи обнаруживается нѣкоторый ритмъ, при чемъ не вдругъ оно достигаетъ полной своей силы, но начинаясь слабо, мало по-малу усиливается, остается очень короткое время на самой высокой степени, и за тѣмъ такъ же постепенно снова исчезаетъ; отдѣльныя части каждой потуги называются: *stad. incrementi, acmes, decrementi.*

§ 156. Сила потугъ находится въ прямомъ отношеніи съ продолжительностью сокращенія и развитіемъ мышечныхъ волоконъ матки, отъ которыхъ она и зависитъ. Поэтому тѣло-сложеніе роженицы имѣетъ на нихъ мало вліянія. Сокращенія-ми обыкновенно называются сильныя потуги, въ которыхъ *st. actes*, сравнительно съ 2 другими періодами, слишкомъ продолжителенъ, вообще сокращенія продолжаются долго, а промежутки бываютъ короткіе. Такія потуги главнымъ образомъ зависятъ отъ силы сопротивленія и потому почти никогда не бываютъ въ первое время родовъ.

§ 157. Боль есть постоянный спутникъ видимыхъ маточныхъ сокращеній, отъ чего и самое названіе «*Wehe*.» Боль большей частью бываетъ въ области крестца и въ поясницѣ, отсюда распространяется по животу къ лобковому соединенію и бедромъ. Въ началѣ родовъ она больше неопредѣленное жиненье, боль, потомъ распространяется на весь организмъ. Она главнымъ образомъ зависитъ отъ тренія маточныхъ нервовъ при сокращеніи мышечныхъ волоконъ, почему идетъ вровень съ силой сокращеній; потомъ присоединяется растяженіе и наминка маточнаго рыльца, растяженіе влагалища и, когда ребенокъ проходитъ чрезъ наружныя половыя части, снабженныя черепно-спинными нервами, то, вслѣдствіе непомѣрно-сильнаго растяженія ихъ, бываютъ всего сильнѣе. Боль въ бедрахъ и крестцѣ обусловливается отчасти давленіемъ части младенца, находящейся въ тазу, на первыя сплетенія таза, частью отъ распространенія ихъ съ матки на крестцовую часть спиннаго мозга.

Впрочемъ боль приводитъ роженицу въ высшую степень возбужденія; пульсъ дѣлается чаще, выступаетъ общій потъ, часто является рвота, у нѣкоторыхъ женщинъ даже кратковременное безпамятство.

§ 158. Относительно механизма *потугъ* много разъ спорили о томъ, наступаетъ ли сокращеніе разомъ во всей маткѣ, или начинается въ извѣстной точкѣ, и въ послѣднемъ случаѣ *въ маточномъ рыльцѣ* или *въ днѣ*. Что сокращеніе не начинается разомъ во всемъ органѣ, это уже видно изъ того, что оно перистальтическое. По моимъ наблюденіямъ (см. выше упомянутое мое разсужденіе «о движеніи матки») оно происходитъ такъ: при началѣ сокращенія матка прикрѣпляется къ тазу круглыми маточными связками и мышечными волокнами широкихъ, черезъ это она удаляется отъ поясничной части позвоночнаго столба, происходящее отъ того углубленіе на задней ея стѣнкѣ исчезаетъ и, такъ

какъ вдольца я ось становится параллельной съ осью тазоваго входа или приходитъ почти въ одинакое положеніе, то она прижимается къ передней брюшной стѣнкѣ и нѣсколько выпячиваетъ ее (такъ называемое »приподнятіе«*ея*). Въ слѣдъ за тѣмъ *дно* сокращается надъ яйцомъ и протѣсняетъ его книзу; сокращеніе распространяется кольцеобразно внизъ до маточнаго рыльца; но когда оно дойдетъ сюда, тогда въ *диль* начинается уже новое; и такимъ образомъ идетъ дальше, волна за волной, такъ что, если потуги въ полномъ ходу, по видимому, сокращается весь органъ разомъ.

§ 159. Такимъ путемъ можно понять и *дѣйствія потугъ*. — Сначала отъ сокращеній должна измѣняться форма матки; между тѣмъ какъ полость ея уменьшается, изгоняетъ свое содержимое, вдольный ея діаметръ укорачивается; вслѣдствіе же изчезанія углубленія на задней ея стѣнкѣ, зависящаго отъ выпуклой поясничной части позвоночнаго столба, размѣръ ея спереди къзади видимо увеличивается — весь органъ, по видимому, круглѣе. При этомъ сосуды въ стѣнкахъ матки сжимаются, почему во время потугъ и не замѣчается маточнаго шума, а послѣ нея біеніе сердца зародыша всегда измѣнено, обыкновенно ускорено.

Направленіе сокращенія, ось, по которой происходитъ ея дѣйствіе, можетъ идти только по направленію къ маточному рыльцу, потому что матка прикрѣплена къ тазу, тамъ имѣетъ свою точку опоры, а слѣд. по направленію къ ней только и можетъ дѣйствовать сила. Къ тазовому-то входу, а вособенности къ маточному рыльцу и гонять яйцо сильныя сокращенія дна, чтобы вывести его вонъ, когда можно; это главнѣйшимъ образомъ происходитъ отъ сокращенія поперечныхъ волоконъ, находящихся себѣ точку опоры въ сократившихся вдольныхъ волокнахъ которыя своей дѣятельностью уже уменьшили длину маточной полости. Но прежде, нежели яйцо можно будетъ вывести вонъ, *маточное рыльце должно быть совершенно разверсто*.

§ 160. Если въ началѣ родовъ шейка матки еще не совершенно изчезла, то это довершается теперь частію слабыми сокращеніями вдольныхъ маточныхъ волоконъ, частію клинообразнымъ направлениемъ яйца. Теперь, когда *наружное* и *внутреннее* маточное рыльце слились между собой, начинается *его* *разверзаніе*. Это отчасти производится давленіемъ клиновидно протѣсняемаго яйца, отчасти же основывается на томъ, что вдольныя и косыя волокна, идущія отъ дна и



тѣла къ маточному рыльцу, приобрѣтають перевѣсъ надъ круговыми волокнами послѣдняго, разъединяють края маточнаго рыльца и надвигаютъ ихъ надъ выстоящимъ концомъ яйца. Что послѣднее происходитъ это видно изъ того, что маточное рыльце бываетъ раскрыто даже и въ томъ случаѣ, когда въ полости нѣтъ никакого яйца, какъ при *gravid. extrant., uter. duplex*. Впрочемъ состояніе маточнаго рыльца во время растяженія вовсе не пассивно, какъ это ясно можно замѣтить въ началѣ родовъ по его сокращеніямъ; конечно, если оно будетъ расширено до извѣстнаго размѣра, то поперечныя его волокна разрываются и приходятъ въ параличное состояніе и уже нельзя болѣе замѣтить дѣйствительнаго сокращенія.

Чѣмъ болѣе стѣнки матки надвигаютъ маточное рыльце надъ лежащимъ концемъ яйца, тѣмъ существо ихъ становится толще, тѣмъ сильнѣе сокращаются вдольныя волокна; яйцо вгоняется въ маточное рыльце подобно клину, круговыя его волокна, приходящія болѣе и болѣе въ состояніе паралича, не могутъ болѣе оказывать сопротивленія, такъ что наконецъ край *or. uteri* исчезаетъ все больше и больше, пока наконецъ послѣднее будетъ совершенно расширено, какъ говорятъ »изгладится« и влагалище съ маткой составитъ одну полость безъ опредѣленныхъ границъ.

§ 161. Теперь сокращенія могутъ дѣйствовать непосредственно на яйцо. Прежде всего напоромъ содержимаго яйца они производятъ разрывъ той части яйцовыхъ оболочекъ, которая лежитъ внутри и внѣ маточнаго рыльца и ни откуда не поддерживается, околоплодная жидкость стекаетъ, матка плотнѣе обхватываетъ младенца и выводитъ его изъ таза, при извѣстныхъ вращеніяхъ. Вскорѣ затѣмъ сокращенія отдѣляютъ и яйцовыя оболочки съ послѣдомъ отъ маточныхъ стѣнокъ, потому что при сокращеніяхъ послѣднія движутся, эти же части яйца не могутъ слѣдовать за ними и такимъ образомъ связь между обѣими уничтожается. Дальнѣйшія сокращенія выводятъ такъ называемый послѣдъ, запираютъ сосуды, разорвавшіяся при его отдѣленіи, чему вособенности содѣйствуютъ выше упомянутыя сократительныя волокнистыя ячейки, находящіяся на внутренней стѣнкѣ матки подъ отпадающей оболочкой (Ecker).

§ 162. *Ложными потугами* называются тѣ боли у роженицы въ нижней части живота, которыя похожи на настоящія потуги и неопытными принимаются за послѣднія.

Впрочемъ это названіе такъ безсмысленно, какъ и многое другое, удержавшееся къ сожалѣнію при раздѣленіяхъ въ Акушерствѣ.

По предъидущему *особенностями хорошихъ, действительныхъ потугъ* будутъ слѣдующіе признаки:

1) Потуги производятъ оплотнѣніе матки, ощущаемое рукой, положенной на брюшные покровы; онѣ сопровождаются болью, распространяющейся отъ крестца къ пупку, лоннымъ костямъ и бедрамъ.

2) Каждая потуга возрастаетъ постепенно до высшей своей степени, нѣкоторое время остается на ней, за тѣмъ также постепенно уменьшается и исчезаетъ, такъ что можно различать три періода. За потугой слѣдуетъ промежутокъ покоя, за которымъ снова слѣдуетъ потуга сказаннымъ образомъ.

3) Какъ дѣйствіе потугъ, замѣчаютъ продолженіе явленій, составляющихъ роды.

4) Потуги нельзя остановить никакимъ средствомъ ни со стороны роженицы, ни кѣмъ либо другимъ; наркотизація хлороформомъ въ сильной степени можетъ приостановить ихъ только на короткое время.

## II) Сокращенія влагалища.

§ 163. Что влагалище можетъ сокращаться, это видно изъ того, что оно имѣетъ гладкія, во время беременности довольно развитыя мышечныя волокна, и также подтверждается наблюденіемъ. Это особенно замѣтно при выведеніи находящагося въ немъ послѣда, головки, слѣдующей за туловищемъ, при введеніи щипцовъ и пр. Во влагалищѣ также же движеніе должно быть перистальтическое и это подтверждаетъ наблюденіе надъ животными; у нихъ во время родовъ и послѣ раздраженія влагалище сокращается ритмически по направленію сверху книзу. Впрочемъ, я полагаю, нельзя приписывать влагалищу участіе въ выведеніи плода, потому что оно при этомъ слишкомъ растянута къ тому же мышечныя ея волокна развиты слишкомъ слабо. Напротивъ я въ пользу того мнѣнія, что оно противопоставляетъ слабое, пассивное препятствіе выходящему плоду и тѣмъ затрудняетъ роды.

## III) Дѣйствіе брюшныхъ мышцъ.

§ 164. Дѣйствіе этихъ мышцъ основывается на сово-

купности дыхательныхъ движеній. Роженица укрѣпляетъ туловище, упираясь руками и ногами въ какое нибудь мѣсто; за тѣмъ дѣлаетъ глубокое вдыханіе, запираетъ голосовую щель и такимъ образомъ нисдавливаетъ грудобрюшную преграду внизъ; сокращая за тѣмъ брюшныя мышцы, она уменьшаетъ емкость брюшной полости и, такъ какъ грудобрюшная преграда укрѣплена, то нисдавливаетъ органы полости книзу. Это дѣйствіе называютъ *брюшнымъ прессомъ*, также *жиленьемъ*, *выработываніемъ потуговъ* оно бываетъ или произвольное и, при частомъ потираніи матки черезъ брюшныя покровы можетъ усилить потуги, ускорить появленіе ихъ; или же непроизвольное, чисто отраженное движеніе и въ этомъ видѣ появляется въ послѣдніе періоды родовъ. Хотя оно при этомъ и не совершенно необходимо, но, нисдавливая матку и содержаго въ ней младенца, можетъ служить существеннымъ пособіемъ къ окончанію родовъ. Надобно еще замѣтить, что брюшной прессъ естественно не можетъ принести пользы, пока маточное рыльце еще неполнѣ разверсто и дитя еще не установилось, по крайней мѣрѣ, въ тазѣ. Впрочемъ большая часть его дѣйствія теряется еще отъ того, что оно распространяется и на другіе подчревныя органы, которые слабо передаютъ давленіе. За то брюшной прессъ имѣетъ еще побочное пассивное дѣйствіе, служа опорой верхнему отдѣлу матки, когда послѣдняя сильно тѣснитъ свое содержимое въ тазѣ.

## ГЛАВА II.

### ТЕЧЕНІЕ РОДОВЪ ВООБЩЕ.

§ 165. Описаніе способа, которымъ прогоняющія силы постепенно преодолѣваютъ сопротивленіе, оказываемое лицомъ, тазомъ и мягкими родовыми частями, описаніе послѣдовательности, въ которой обнаруживаются обыкновенныя при этомъ явленія, составляетъ *описаніе теченія родовъ*. При этомъ бываютъ два главные ряда явленій: 1) *механическія*, зависящія отъ прохожденія младенца по родовому пути и 2) такъ называемыя *динамическія* т. е. мѣстныя и общія состоянія, обнаруживающіяся въ организмѣ матери и въ родовыхъ частяхъ, куда относятся и явленія изгоняющихъ силъ.

Спеціальное описаніе послѣдовательности механическихъ явленій, механизма родовъ т. е. того, какимъ образомъ дитя

проходить через тазъ и наружныя половыя части, будетъ изложено въ слѣдующей главѣ. Здѣсь для пониманія послѣдующаго достаточно описанія механизма вообще. При этомъ всегда наблюдаются слѣдующіе законы:

1) Такъ какъ механизмъ есть слѣдствіе дѣйствія тазовыхъ стѣнокъ и мягкихъ частей на проводимый сверху плодъ, то естественно только тѣ части и могутъ дѣлать опредѣленные движенія, которыя приходятъ въ соприкосновеніе съ тазовыми стѣнками, слѣд. только *болѣе объемистыя, не конечности.*

2) Плодъ останавливается надъ входомъ въ тазъ въ направленіи его оси, потому что вдольная ось соотвѣтствуетъ ей. При этомъ вслѣдствіе наклонности таза часть младенца, прилежащая къ передней тазовой стѣнкѣ, должна стоять глубже той, которая находится у задней, тѣмъ болѣе, что послѣднюю нѣсколько задерживаетъ мысокъ. Впрочемъ это отношеніе во все время, пока младенецъ находится въ тазѣ, во всѣхъ отдѣлахъ бываетъ одинаково. Поэтому давленіе тазовыхъ стѣнокъ главнымъ образомъ дѣйствуетъ на переднюю половину младенца. Только когда предлежащая часть проходитъ чрезъ наружныя половыя части, задняя половина опускается глубже соотвѣтственно направленію оси тазоваго выхода и ея продолженія, а также и потому, что передняя половина поддерживается лонными костями.

3) При прохожденіи черезъ тазъ части младенца стремятся большими своими размѣрами помѣститься въ наибольшихъ размѣрахъ отдѣльныхъ частей таза. Поэтому головка въ тазовомъ входѣ находится въ поперечномъ діаметрѣ или между нимъ и косымъ, въ полости въ косомъ, въ выходѣ и на промежности въ прямомъ. Слѣд. она описываетъ винтовую линію (спираль), при чемъ туловище вращается около вдольной своей оси и обыкновенно такъ, что спинкой обращается кпереди.

4) Каждая довольно большая часть младенца такъ продвигается впередъ, что его срединная линія, центральныя его части соотвѣтствуютъ направленію тазовой оси. Такимъ образомъ движущаяся часть младенца описываетъ вращеніе около своего діаметра, соотвѣтствующаго поперечнымъ діаметрамъ таза и такимъ образомъ кпереди лежащая половина находитъ въ лонной дугѣ точку опоры и тутъ опирается.

§ 166. *Динамическія* явленія родовъ не во всякое время одни и тѣже и потому для лучшаго обзора необходимо рассмотреть ихъ въ ихъ послѣдовательности и раздѣлить на

извѣстные отдѣлы. Послѣдніе называютъ *періодами родовъ*. Обыкновенно ихъ принимаютъ 5: первый начинается наступленіемъ родовъ и оканчивается явственнымъ разверзаніемъ маточнаго рыльца, когда яйцовыя оболочки во время потугъ протѣсняются черезъ него; второй оканчивается полнымъ разверзаніемъ маточнаго рыльца и разрывомъ яйцовыхъ оболочекъ; третій появленіемъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ предлежащей части младенца; четвертый рожденіемъ младенца и пятый заключаетъ въ себѣ выведение послѣда. Хотя такія дѣленія и можно часто наблюдать въ природѣ, тѣмъ не менѣе представляютъ много произвольнаго, потому что также часто явленія слѣдуютъ быстро одно за другимъ и одинъ періодъ переходитъ въ другой безъ определенныхъ границъ. Поэтому дѣлаютъ лучше, принимая 3 періода, которые можно узнать въ каждомъ случаѣ, охарактеризовать совершенно определенными признаками и отдѣлить одинъ отъ другаго. Первый періодъ родовъ назначенъ для разверзанія мягкаго родового пути и подготовленія его къ прохожденію младенца и оканчивается полнымъ расширеніемъ маточнаго рыльца; поэтому его называютъ *предготовительнымъ періодомъ*, лучше *періодомъ разверзанія*. За нимъ слѣдуетъ прохожденіе предлежащей части младенца черезъ тазъ и наружныя половыя части, а за тѣмъ выведение остальнаго тѣла. Это *періодъ выведения плода*. Потомъ совершенно отдѣляются и выводятся принадлежности младенца, такъ называемый послѣдъ—*періодъ выведения послѣда*.

Въ такомъ подраздѣленіи и должны быть описаны явленія родовъ.

#### I. ПЕРІОДЪ РАЗВЕРЗАНІЯ.

§ 167. Уже за нѣсколько дней до наступленія настоящихъ потугъ обнаруживаются, вособенности у первобеременныхъ, явленія, возвѣщающія о предстоящихъ родахъ;— это предвѣстники ихъ. Беременная дѣлается безпокойной, чувствуетъ какую-то робость, неприятное стягиваніе въ сторонѣ поясицы и лобка, хожденіе для нея становится труднѣе, часто наступаетъ рвота. Частый позывъ къ мочеиспусканію составляетъ слѣдствіе частію усиленной гипереміи тазовыхъ органовъ, частію опущенія матки и укрѣпленія предлежащей части младенца надъ тазовымъ входомъ, или въ немъ. Наступаютъ быстро исчезающія и пока рѣдко повторяющіяся слабыя сокращенія матки, вслѣдствіе которыхъ маточное

рыльце совершенно исчезаетъ, у беременныхъ же не въ первый разъ нѣсколько открыто (*travail insensible*). Эти предвѣстники продолжаются болѣе или менѣе долгое время, пока наконецъ наступятъ явственныя потуги—*предваряющія потуги, dolores praesagientes*. Онѣ являются всегда въ видѣ легко исчезающихъ болей, въ видѣ неприятнаго ощущенія, распространяющагося отъ крестца къ лонному соединенію (рѣзи, щемленія, *les mouches*). При этомъ чувствуютъ, что матка подъ рукой, положенной на брюшныя покровы, нѣсколько отвердѣваетъ и приподнимается къ брюшной стѣнкѣ. Влагилице кажется рыхлѣе, мягче и отдѣляетъ много вязкой, бѣловатой слизи.

За этими потугами слѣдуютъ болѣе сильныя и частыя, которыя превращаютъ маточное рыльце въ явственно ощущаемое отверстие—*предуготовительныя потуги dolores praeparantes* (2-й періодъ, если ихъ принимаютъ 5). Каждая потуга обнаруживается извѣстнымъ безпокойствомъ, стономъ; лицо краснѣетъ, пульсъ ускоряется, женщины чувствуютъ сильную жажду, даже не рѣдко сопутствуютъ этому тошнота и рвота.

При изслѣдованіи замѣчаютъ маточное рыльце во время потуги нѣсколько напряженнымъ, послѣ нея снова расслабѣвшимъ; но съ каждой потугой оно дѣлается шире и шире, и тѣмъ сильнѣе вгоняются въ него во время потуги яйцовыя оболочки съ околоплодной жидкостью, такъ называемый пузырь, и кажутся напряженнѣе, а послѣ нея снова ослабѣваютъ—*пузырь настраивается*. Во время потугъ, вслѣдствіе напряженія пузыря, нельзя прощупывать лежащую часть младенца; а когда онъ расслабъ, то при прощупываніи замѣтно, какъ она ускользаетъ отъ изслѣдующаго пальца вверхъ или въ сторону. При этомъ отдѣленіе влагилица значительно усиливается, слизь бываетъ смѣшана съ полосками крови (*мараетъ*), которая окрашиваетъ и изслѣдующій палецъ и зависитъ отъ разрыва поперечныхъ волоконъ маточнаго рыльца и легкихъ надрывовъ на его краяхъ, частью же отъ отдѣленія нижняго сегмента матки отъ яйцовыхъ оболочекъ. Когда маточное рыльце будетъ разверсто до величины монеты въ 2 таллера и больше, тогда пузырь глубоко влается въ него и, вслѣдствіе уменьшенія маточной полости отъ сокращеній, остается въ натянутомъ состояніи и внѣ потугъ—*онъ готовъ лопнуть*. При сильной потугѣ или при неосторожномъ движеніи беременной онъ лопается и находящаяся въ немъ влага—*первая воды (Vorwasser)*—сте-

каетъ; большая же часть околоплодной жидкости задерживается еще нижнимъ сегментомъ матки, плотно обхватывающей подлежащую часть младенца. По разрывѣ пузыря маточное рыльце расширяется еще больше дѣйствіемъ непосредственно напирющаго теперь на него младенца, при чемъ конечно еще замѣтны его края, особенно передній. Этимъ оканчивается періодъ разверзанія.

## II. ПЕРІОДЪ ВЫВЕДЕНІЯ ПЛОДА.

§ 168. Спустя болѣе или менѣе короткое время, въ теченіи котораго матка плотнѣе прилегаетъ къ младенцу и укрѣпляетъ подлежащую часть въ тазѣ, начинаются новыя потуги, собственно родовыя потуги—*dolores ad partum*. Онѣ гораздо сильнѣе предъидущихъ, слѣдуютъ чаще и скорѣе; черезъ брюшныя покровы матку ощущаютъ твердой какъ камень и вособенности періодъ *ante* бываетъ очень продолжителенъ. Возбужденіе бываетъ значительно, общій потъ покрываетъ тѣло, прикосновеніе къ животу очень чувствительно и иногда обнаруживается даже скоропреходящій бредъ и обманы чувствъ. Предлежащая часть младенца, обыкновенно головка, вѣдряется въ широко разверстое маточное рыльце и стремится пройти черезъ него; если послѣднее обхватываетъ наибольшую ея окружность, то говорятъ: «головка стоитъ въ вѣнчикѣ.» При этомъ отъ сжатія черепа образуются въ кожѣ его складки, которыя при нѣсколькихъ продолжительномъ давленіи пропитываются серозной или кровянистой жидкостью и въ такомъ случаѣ называются *головной опухолью (Vorkopf)*—*caput succedaneum*. Если головка прошла маточное рыльце и вступила во влагалище, то потуги постоянно усиливаются, жѣнщина судорожно хватается за все, что попадаетъ ей въ руки, ищетъ опоры для ногъ, дѣлаетъ глубокія вдыханія, запираетъ глотку, сокращаетъ брюшныя мышцы и усиливается издавить матку съ ея содержимымъ внизъ (брюшной прессъ), «она вырабатываетъ потуги.» Такимъ образомъ головка низводится до входа во влагалище, гдѣ и бываетъ видима во время потуги, она *впрыскивается* (начало 4-го періода).

§ 169. Теперь при каждой потугѣ головка шарообразно-вздымаетъ промежность, при чемъ срамныя губы нѣсколько расходятся, по окончаніи же ея снова смыкаются, тогда какъ головка отходитъ кзади и допускаетъ стокъ небольшого количества околоплодной жидкости. Головка посто-

янно снова и сильнѣе напираетъ на промежность, такъ что она въ высшей степени растягивается, задняя спайка срамныхъ губъ дѣлается почти прозрачно тонкой, малыя губы исчезаютъ, заднепроходное отверстіе оттягивается впередъ, зіяетъ и прямая кишка нѣсколько растягивается. Женщина чувствуетъ теперь жесточайшія боли вслѣдствіе давленія на наружныя половыя части, прямую кишку, промежность и сокращеній матки, которыя доходятъ до высшей степени своей силы и частоты, требуютъ всей дѣятельности брюшнаго пресса и въ высшей степени вовлекаютъ въ сочувствіе весь организмъ—*потрясающія потуги, dolores conquassantes*.—Вслѣдствіе повторнаго напряженія и растяженія, наружныя половыя части пріобрѣтаютъ извѣстную степень уступчивости, такъ что потуги на столько издавливаютъ головку, что она въ наибольшей своей окружности объемлется острыми краями растянутыхъ большихъ губъ и промежностью, которая бываетъ до того истончена, что чрезъ нее часто можно прощупывать головные швы. Этотъ моментъ обозначаютъ словами: «*головка прорывается*.» Теперь боль бываетъ до того ужасна и сильна, особенно у первородящихъ, что уже никакія увѣщанія болѣе не дѣйствуютъ, иногда даже бываетъ временное умопомѣшательство, легкія судороги. Ближайшая потуга, часто даже сильное дѣйствіе брюшнаго пресса совершенно проводятъ головку чрезъ половыя части и промежность, при чемъ обыкновенно спайка большихъ губъ и на небольшомъ пространствѣ промежность надрываются. За тѣмъ наступаетъ вождѣлѣнный покой, самый тяжкій трудъ совершенъ; но это успокоеніе продолжается очень недолго. Наступаетъ новая потуга и она, или тотчасъ за ней слѣдующая выводитъ туловище младенца, а съ тѣмъ вмѣстѣ испражняется большое количество околоплодной жидкости—*вторыя воды*,—оставшіяся еще въ маткѣ; это сопровождается наибольшимъ кровотеченіемъ, происходящимъ отъ надрыва наружныхъ половыхъ частей или отъ отдѣленія послѣда.—Періодъ выведенія плода окончился.

### III. ПЕРІОДЪ ВЫВЕДЕНІЯ ПОСЛѢДА.

§ 170. По рожденіи младенца роженица находится въ крайнемъ изнеможеніи, часто даже близко къ обмороку; нѣкоторыя только зябнуть, иногда бываетъ формальный ознобъ; впрочемъ большая часть чувствуетъ пріятный покой послѣ понесенныхъ тяжкихъ трудовъ. Этотъ покой продол-



жаются отъ нѣсколькихъ минутъ до четверти часа, потомъ наступаютъ новыя потуги. Матка, величиной съ голову взрослого мужчины, доходящая до пупка, дѣлается плотнѣе, сокращается для того, чтобы отдѣлить и вывести послѣдъ и яйцовыя оболочки—*послѣродовыя потуги, dolores ad secundinas, dol. post partum*. При изслѣдованіи находятъ, что половое отверстіе зияетъ, вслѣдствіе предшествовавшаго растяженія и надрывовъ болѣзненно при прикосновеніи, влагалище широко, наполнено кровью, околоплодной жидкостью и слизью, маточное рыльце слабо, надорвано, какъ бы состоитъ изъ нѣсколькихъ отвислыхъ лоскутовъ; кромѣ того матка сокращается и въ маточномъ рыльцѣ находятъ гладкую поверхность послѣда, отдѣливагося только отчасти или совершенно. Это отдѣленіе мѣстами существовало уже въ концѣ періода выведенія плода, но теперь только довершается, потому что поверхность послѣда, прилежащая къ маткѣ, не можетъ слѣдовать за уменьшеніемъ и передвиженіемъ ея стѣнокъ, которыя происходятъ при сокращеніи, связи между ними, т. е. сосуды, разрываются. Послѣдъ низводится во влагалище или только до маточнаго рыльца и зияющія отверстія сосудовъ матки запираются продолжающимся сокращеніемъ и уменьшеніемъ ея, такъ что кровотеченіе при отдѣленіи послѣда и послѣ него бываетъ незначительно. Послѣдъ, низведенный во влагалище, выводится совершенно или дѣятельностью его и матки, или же удаляется при незначительныхъ усиліяхъ со стороны акушера или бабки, при чемъ приставшія къ нему оболочки заворачиваются и извлекаются вмѣстѣ. — Матка сокращается еще больше, глубже опускается въ тазовый входъ, такъ что она прощупывается надъ лонными костями въ видѣ твердаго, неровнаго шара, величиной съ дѣтскую головку.

Періодъ выведенія послѣда часто затягивается, при чемъ потуги снова появляются очень поздно или недостаточно сильны для того, чтобы вывести послѣдъ. Хотя это замедленіе не составляетъ явленія патологическаго, если не присоединяются другія явленія, тѣмъ не менѣе оно обыкновенно сокращается вмѣшательствомъ акушера.—Съ удаленіемъ же послѣда роды оканчиваются и начинается родильное состояніе.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВЪ. РАЗЛИЧІЕ МЕЖДУ ПЕРВЫМИ И ПОВТОРНЫМИ РОДАМИ.

§ 171. Продолжительность родовъ подвержена многимъ колебаніямъ даже и въ томъ случаѣ, когда правильное теченіе ихъ нисколько не нарушено; эти колебанія зависятъ

отъ многихъ обстоятельствъ, вособенности же отъ отношенія изгоняющей силы къ оказываемому сопротивленію. По этому большей частью у первобеременныхъ продолжительность гораздо больше, нежели у родящихъ не въ первый разъ, что зависитъ отъ болѣе медленнаго разверзанія маточнаго рыльца, силы потугъ, ихъ частоты, незначительной уступчивости влагалища, наружныхъ половыхъ частей и промежности.

Среднимъ числомъ продолжительность родовъ можно установить въ 6—12 часовъ, принимая среднюю величину между *minitum* для родящихъ не въ первый разъ и *maximum* для первородящихъ. Незначительная разница въ развитіи ребенка, обуславливаемая его поломъ (такъ какъ мальчики вообще бывають нѣсколько больше и тяжелѣе дѣвочекъ), имѣетъ только слабое вліяніе на продолжительность цѣлаго акта родовъ и обнаруживается впервые въ періодъ выведения плода, когда это особенно замѣтно у первородящихъ.

§ 172. Что касается до *продолжительности отдельныхъ періодовъ*, то періодъ предвѣстниковъ можетъ часто надолго затягиваться; періодъ разверзанія продолжается почти втрое дольше періода выведения плода, а этотъ послѣдній можетъ оканчиваться въ очень короткое время, дѣйствіемъ одной, двухъ потугъ, или же значительно затянуться, смотря по силѣ потугъ, по величинѣ и постановкѣ младенца и сопротивленію мягкаго родового пути. — Вообще отъ описанной послѣдовательности и теченія явленій замѣчаются многія уклоненія, при чемъ отъ этого роды нисколько не дѣлаются патологическими. Между прочимъ можетъ случиться и то—и это вовсе не рѣдкость,—что оболочки разрываются слишкомъ рано, за долго до того времени, когда маточное рыльце будетъ совершенно разверсто, вслѣдствіе чего при отсутствіи напирющаго клина періодъ разверзанія удлинняется; или же онѣ могутъ лопнуть слишкомъ поздно, такъ—что будутъ низведены въ наружныя половыя части вмѣстѣ съ младенцемъ и этотъ послѣдній можетъ родиться въ цѣлыхъ оболочкахъ; иногда онѣ надрываются на шейной области ребенка, который и рождается будучи покрытъ оторваннымъ клочкомъ ихъ, въ такъ называемой «*счастливой сорочкѣ*».

*Время наступленія родовъ* большей частью совпадаетъ съ вечерними часами, а *окончанія съ ночными*, особенно послѣ полуночи. Быть можетъ на послѣднее имѣетъ вліяніе то обстоятельство, что ночью потуги обыкновенно бывають сильнѣе, а потому и скоро оканчивають роды. Впрочемъ упомянутые факты подвергаются чрезвычайно многимъ исключеніямъ.

### ГЛАВА III.

#### МЕХАНИЗМЪ РОДОВЪ.

##### 1) положенія младенца и ихъ распознаваніе.

§ 173. Способъ прохожденія младенца черезъ тазъ преимущественно зависитъ отъ его *положенія* и *постановки*, менѣе отъ *членорасположенія* его, которое обнаруживаетъ вліяніе только тогда, когда уклоняется отъ принятаго за правильное и описаннаго во 2 главѣ предвѣдущаго отдѣла и такимъ образомъ дѣлаетъ роды патологическими.

Положеніе плода можетъ быть двоякое: или вдольныя оси младенца и матери между собой соотвѣтствуютъ — *вдольныя прямыя положенія*, или онѣ перекрещиваются подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ — *косыя положенія*, называемыя обыкновенно *поперечными*; только вдольныя положенія правильны и чрезвычайно рѣдко роды оканчиваются силами природы при косыхъ и поперечныхъ положеніяхъ.

Если младенецъ имѣетъ вдольное положеніе. то онъ можетъ лежать или головнымъ концемъ книзу или тазовымъ, по этому и различаютъ *головныя* и *тазовыя положенія*. Если предлежитъ головка, то самой глубокой поверхностью его можетъ быть или черепная поверхность — *положеніе черепное*, или лицо — *лицевое положеніе*; при тазовыхъ положеніяхъ или обѣ ноги прилежатъ къ животу и задница опускается всего глубже — *задничное положеніе*, или онѣ находятся на одинаковомъ съ ней уровнѣ — *двойное задничное положеніе*; или ножки отдѣлены отъ живота и вытянуты, появляются прежде задницы — *положеніе ножное*; если при этомъ бедра закинута вверхъ, то всего глубже лежатъ колѣни — *кольное положеніе*. Оба послѣднія положенія могутъ быть *полными* и *неполными*, смотря по тому, обѣ ли конечности вытянуты, или одна; впрочемъ изъ тазовыхъ положеній первичнымъ бываетъ только задничное, прочія же образуются уже изъ него.

При каждомъ изъ этихъ положеній постановка предлежащей части, т. е. ея направленіе относительно разныхъ частей таза, можетъ быть различна и смотря потому, обращаютъ ли при этомъ вниманіе на большія или меньшія уклоненія, различаютъ при каждомъ положеніи разныя *постановки*;

Такъ мы имѣемъ слѣдующія положенія :

- |  |             |   |                          |
|--|-------------|---|--------------------------|
| 1) Вдольныя положенія..                  | a) Головныя | } | 1. черепныя.             |
|  |             |   | 2. лицевыя.              |
|  |             |   | 3. задничныя.            |
|  | b) Тазовыя  | } | 4. ножныя.               |
|  |             |   | 5. колѣбныя.             |
| 2) Косыя, поперечныя положенія . . . . . |             |   | 6. поперечныя положенія. |

§ 174. Частота этихъ положеній слѣдующая : на 100 родовъ случается около 95 черепныхъ, 4 тазовыхъ, а именно 3 задничныхъ и 1 ножное, и 1 поперечное ; а на 200 родовъ 1 лицевое. Колѣбныя положенія самыя рѣдкія и встрѣчаются 1 разъ на 4000 — 5000 родовъ.

§ 175. Причины вдольнаго положенія изложены во 2-й главѣ предыдущаго отдѣла, тамъ же доказано, почему все-го чаще предлежитъ головка и плодъ обращенъ спинкой влѣво. Что изъ головныхъ положеній обыкновенно бываетъ *черепное*, это слѣдуетъ изъ нормальнаго членорасположенія плода, подбородокъ котораго обращенъ вверхъ или склоненъ на грудь. Поэтому для того, чтобы произошло *лицевое положеніе*, подбородокъ долженъ отойти отъ груди, затылокъ приблизиться къ спинѣ. Вѣроятно оно происходитъ отъ рефлекторныхъ движеній младенческой головки, которая въ этомъ, кзади выгнутомъ положеніи удерживается стѣнками матки ; еще вѣроятнѣе, что это положеніе происходитъ въ началѣ родовъ или не задолго передъ ними отъ сопротивленія стѣнки верхняго таза или тазоваго входа и отъ дѣйствія напирających сверху потугъ, а также вслѣдствіе неполнаго превращенія косога положенія въ черепное. Его почти никогда не наблюдаютъ у недоношенныхъ младенцевъ, также при тѣхъ формахъ маточной полости, при которыхъ установка лица въ нижнемъ отдѣлѣ матки невозможна, какъ при *pl. praevia, hydramnios*, когда полость матки имѣетъ почти шаровидную форму.

Причина *тазовыхъ положеній* главнымъ образомъ заключается въ рыхлости и сильномъ растяженіи стѣнокъ матки, вслѣдствіе чего составляемая ими полость не удерживаетъ болѣе такъ вѣрно яйцевидной формы и допускаетъ большую подвижность плода ; поэтому они встрѣчаются въ особенности у рождающихъ уже не въ первый разъ, при обиліи околоплодной жидкости, при родахъ двоенъ и особенно при мертвыхъ плодахъ и преждевременныхъ родахъ. Последнее об-

стоятельство особенно поразительно и объясняется конечно только столь незначительной установкой положенія младенца въ ранніе мѣслцы беременности, которое часто измѣняется нѣсколько разъ въ промежуткѣ отъ одного изслѣдованія до другаго; впрочемъ при раннихъ родахъ дѣти рождаются впятеро чаще, чѣмъ при своевременныхъ (1 тазовое положеніе на 5 головныхъ при раннихъ родахъ, 1 на 25 при своевременныхъ).

§ 176. Къ причинамъ *поперечныхъ положеній* вособенности нужно отнести также рыхлость маточныхъ стѣнъ и уничтоженіе яйцевидной ея формы. Поэтому ихъ наблюдаютъ вособенности у беременныхъ уже не въ 1 разъ, при родахъ двоенъ, избыткѣ околоплодной жидкости, *pl. praevia* и при опухоляхъ, стѣсняющихъ объемъ матки и нарушающихъ ея форму. При раннихъ родахъ они встрѣчаются относительно часто по тѣмъ же причинамъ, отъ которыхъ зависятъ тазовыя положенія. Впрочемъ они могутъ образоваться и совершенно независимо отъ нихъ, если при большой подвижности, какъ напр. при чрезмѣрномъ количествѣ околоплодной жидкости, пузырь разрывается внезапно, быстро происходитъ значительное уменьшеніе емкости полости матки, при чемъ предлежитъ не верхній или нижній конецъ тѣла, а другая часть, которая и опускается надъ тазовымъ входомъ и маточнымъ рыльцемъ. Потому-то наблюдаютъ относительно очень часто, что при родахъ двоенъ, когда по появленіи на свѣтъ перваго младенца, вмѣстимость маточной полости уменьшится, второй принимаетъ поперечное положеніе.

§ 177. *Распознаваніе* отдѣльныхъ положеній при мало-разверетомъ маточномъ рыльцѣ не легко; впослѣдствіи оно легче, если предлежащая часть младенца не покрыта сильной опухолью вслѣдствіе давленія со стороны маточнаго рыльца и таза. Поэтому по большей части ограничиваются распознаваніемъ положеній чрезъ наружное изслѣдованіе и какъ вообще при акушерскомъ изслѣдованіи, такъ и въ этомъ случаѣ всего лучше главнымъ образомъ полагаться на него.

Предлежащую головку узнаютъ по слѣдующимъ обстоятельствамъ: 1) ее можно очень явственно прощупывать обѣими руками, положенными надъ лонными костями, въ видѣ подвижнаго, зыблющагося, твердаго шара; 2) въ днѣ матки, обыкновенно въ сторонѣ ея, находятъ маленькія, подвижныя, упругія части, ножки и нижнія конечности, а въ противоположной сторонѣ задницу въ видѣ болѣе объемистой

части. 3) На высотѣ пупка или подъ нимъ, на той или другой сторонѣ матери, именно на той, къ которой прилежитъ спинка, слышны тоны младенческаго сердца. 4) Мать чувствуетъ движенія младенца болѣе въ верхней части живота, и преимущественно только въ одной сторонѣ. 5) Въ сторонѣ пупка животъ всего выпуклѣе, мало растянута въ ширину и кажется заостреннымъ; одна сторона кажется выпуклѣе. Матка имѣетъ овальное очертаніе и нижнимъ своимъ отдѣломъ опустилась въ тазовый входъ.

§ 178. Что предлежитъ *черепъ*, это узнается внутреннимъ изслѣдованіемъ. когда влагалищный сводъ опустился отъ давленія твердой, большой, круглой части, а при разверстомъ маточномъ рыльцѣ можно прощупать черезъ слабый пузырь или тотчасъ послѣ его разрыва характеристическіе швы и роднички.

При лицевыхъ положеніяхъ наружные признаки тѣже; при внутреннемъ же изслѣдованіи оказывается, что *laquear vaginae* плоске, менѣе упруго; труднѣе дойти до подлежащей части, она не такъ легко зыблется, какъ черепъ; иногда можно на ней черезъ влагалищный сводъ замѣтить небольшие, округленные, продолговатыя возвышенія. Если маточное рыльце раскрыто, лицо опустилось довольно глубоко, пузырь лоннулъ, то распознаваніе нетрудно. Въ такомъ случаѣ носъ составляетъ опознательный признакъ лица, отъ котораго по одну сторону замѣчаютъ глазницы съ выстоящими верхними ихъ краями и лобъ, по другую ротъ съ челюстными краями и подбородокъ. При сильно распушемъ лицѣ весьма легко смѣшать его съ задницей. При высокомъ положеніи лица легко можетъ случиться, что изслѣдующій палецъ достаетъ только лобъ, который въ такомъ случаѣ можно принять за верхнюю поверхность черепа. Впрочемъ точное и повторное изслѣдованіе всегда предохраняетъ отъ ошибокъ.

§ 179. Узнать *тазовое положеніе* до начала родовъ и до явственно достаточнаго разверзанія маточнаго рыльца,—это задача трудная. При этомъ точками опоры могутъ служить слѣдующіе признаки: 1) матка въ концѣ беременности не такъ сильно опускается, какъ при головныхъ положеніяхъ. 2) Очень часто въ дни матки замѣчаютъ головку въ видѣ твердаго, кругловатаго, подвижнаго тѣла, подлѣ котораго нельзя различить ощущаемыхъ тутъ на одной сторонѣ маленькихъ частей, ногъ. 3) Сердечные тоны плода слышны далѣе вверху, обыкновенно нѣсколько выше пупка. 4) Дви-

женія младенца мать чувствуетъ какъ толчекъ въ сторонѣ лобка. 5) При внутреннемъ изслѣдованіи сводъ влагалища опускается не такъ низко, какъ при головныхъ положеніяхъ, онъ плоскъ; матка стоитъ выше, и потому труднѣе достать наибольшую окружность нижнаго сегмента; если стѣнки ея тонки, то можно осязатъ кончикъ съ крестцемъ, подвздошныя кости и подлѣ нихъ маленькія, подвижныя частицы, быстро ускользяшія изъ-подъ пальца. Если маточное рыльце раскрыто и пузырь уже лопнулъ, то распознаваніе довольно легко, если ножки опустились и задница съ половыми частями не припухла; если же этого нѣтъ и конечностей узнать нельзя, то, какъ сказано выше, очень легко смѣшать задницу съ лицомъ или плечемъ, что и дѣйствительно случается не рѣдко.

§ 180. Для распознаванія *косога* и *поперечнаго положенія* наружное изслѣдованіе представляетъ не очень много точекъ опоры. Часто матка бываетъ чрезмѣрно растянута въ ширину, менѣе во вѣдольномъ положеніи; часто также одна сторона живота сильнѣе вздута и выпуклѣе другой. Если удастся на одной сторонѣ прощупать довольно объемистую часть, а на противоположной выше или ниже другую, съ лежащими подлѣ нея маленькими, веуступчивыми частями, то это цѣнный признакъ. Напротивъ того опредѣленіе мѣста, гдѣ всего слышиѣ сердечныя тоны, относительно распознаванія не имѣетъ значенія. Если по даннымъ признакамъ предполагаютъ *поперечное положеніе*, то слѣдующіе результаты внутренняго изслѣдованія могутъ подкрѣпить догадку и даже иногда возвысить ее до вѣроятія. Сводъ влагалища бываетъ пустой, плоскій, стоитъ высоко; только рѣдко пальцемъ можно достать маленькія, быстро ускользяшія отъ него части. Если маточное рыльце разверсто, то чрезъ него проникаетъ пузырь, похожій на колбасу, въ которомъ часто находится верхняя конечность, или по крайней мѣрѣ кисть. По стокъ водъ можно непосредственно ощупывать предлежащія части и ихъ отличаютъ отъ другихъ по слѣдующимъ признакамъ: плечи узнаютъ по ключицамъ, *spina scapulae*, по подкрыльцевой ямкѣ и ребрамъ; по направленію подкрыльцевой ямки легко опредѣлить положеніе головки и ножекъ, а по направленію ключицы и остистыхъ отростковъ реберъ, которые часто можно достать, опредѣляютъ направленіе спины и живота. Кисть отличается отъ стопы меньшей ея длиной и большей ши-

риной, а также большей подвижностью пальцев; также и сочленение стопы. Для того, чтобы не смѣшать локтя съ пяткой, надобно замѣтить, что онъ острѣе и на немъ нельзя замѣтить двухъ берцовыхъ косточекъ, лежащихъ рядомъ; отъ колѣннаго сочлененія оно отличается большѣй шириной и окружностью послѣдняго, и также отсутствіемъ тѣла, похожаго на *patella*.

§ 181. Распознаваніе отдѣльныхъ *постановокъ младенца* видно будетъ само собою изъ слѣдующаго за симъ описанія хода родовъ при нихъ; впрочемъ самаго лучшаго описанія признаковъ отдѣльныхъ положеній и постановокъ въ высшей степени недостаточно для пріобрѣтенія ловкости и вѣрности распознаванія; этого можно достигнуть только прилѣжнымъ упражненіемъ на фантомѣ, на беременныхъ и роженицахъ.

## II) МЕХАНИЗМЪ РОДОВЪ ПРИ ОТДѢЛЬНЫХЪ ПОЛОЖЕНІЯХЪ.

### 1. Черепное положеніе.

§ 182. Дитя находится надъ входомъ въ тазъ и въ немъ черепной поверхностью съ подбородкомъ, склоненнымъ на грудь. Стрѣльчатый шовъ идетъ параллельно съ поперечнымъ діаметромъ тазоваго входа; но такъ какъ матка съ младенцемъ сильно наклонена впередъ, то поверхность черепа, прилежащая къ передней половинѣ таза, стоитъ глубже, чѣмъ та, которая находится у задней; по этому также и стрѣльчатый шовъ лежитъ въ задней половинѣ тазоваго входа, ближе къ мыску, нежели къ лонному соединенію. Эти положенія называются *темянными, затылочными положеніями*, потому что гораздо точнѣе означать ихъ по частямъ, преимущественно представляющимся въ маточномъ рыльцѣ и въ тазѣ. Но это названіе непрактично, потому что въ известное время родовъ и при разныхъ постановкахъ черепа, то та черепная кость представляется изслѣдующему пальцу большей своей окружностью, то другая. По этому избранное названіе черепныхъ положеній проще и всего меньше осложняетъ дѣло.

Если головка предлежитъ черепомъ, то она можетъ имѣть двоякую постановку. Или *спинка младенца обращена въ лѣвую сторону матери, затылокъ находится въ лѣвой сто-*



ронъ таза, правая половина черепа прилежитъ къ передней тазовой стѣнкѣ; или спинка обращена въ правую сторону матери, затылокъ въ правой сторонѣ таза и впереди лежитъ левая половина черепа. По этому различаютъ двѣ черепныхъ постановки, прочія же суть только уклоненія отъ этихъ двухъ. Такъ какъ первая постановка болѣе частая, то ее называютъ первымъ черепнымъ положеніемъ, а послѣднюю вторымъ; на 100 черепныхъ положеній первое встрѣчается 70 — 80 разъ, второе 20 — 30 разъ.

§ 183. Правильный механизмъ при черепныхъ положеніяхъ слѣдующій; въ тазовомъ входѣ или надъ нимъ находятся затылокъ и лобъ почти на одинаковой высотѣ; но какъ только головка установилась и потуги надавливаютъ ее, затылокъ опускается глубже, головка сгибается сильнѣе. При этомъ движеніи въ противоположную сторону, нѣсколько кзади, затылокъ спускается косвенно по дну вертикальной ямки, *foram. obtur.* и ножкѣ лонной дуги и часть темянной кости становится видимой подъ лонной дугой.

2) Въ то же время головка еще сильнѣе поворачивается около стрѣльчатого діаметра и половина ея, лежащая впереди, опускается еще глубже, такъ что темянной бугоръ той стороны, которая обращена впередъ, подходитъ подъ лонную дугу.

3) При прохожденіи своемъ черезъ тазъ черепъ дѣлаетъ спиральныя движенія и потому въ тазовомъ выходѣ стрѣльчатымъ швомъ онъ находится почти или совершенно въ прямомъ діаметрѣ таза.

4) При выходѣ головки изъ таза, затылокъ находится у ножки лонной дуги вблизи лоннаго соединенія и въ то время, какъ подбородокъ удалется отъ груди, головка выпрямляется и прочія ея части развиваются около этой точки какъ около точки опоры. Иногда затылокъ находится прямо подъ лоннымъ соединеніемъ и въ такомъ случаѣ головка выходитъ въ прямомъ діаметрѣ таза.

5) Плечики вступаютъ въ тазъ въ косомъ діаметрѣ, перекрещивающемся съ тѣмъ, въ которомъ былъ стрѣльчатый шовъ; въ полости таза они переходятъ въ прямой и въ этомъ діаметрѣ выходятъ изъ таза, при чемъ впереди лежащее плечо упирается подъ лонными костями. Уклоненія отъ этого будутъ описаны ниже.

*Первое черепное положеніе.*

§ 184. Спинка младенца обращена влево, тоны сердца

слышны въ *лѣвой* сторонѣ матери подъ пупкомъ, *ножки* лежать въ *правой* сторонѣ дна матки. Стрѣльчатый шовъ совпадаетъ съ поперечнымъ діаметромъ тазоваго входа, *малый родничекъ* находится въ срединѣ *лѣвой* *lin. arc. int.*, правая теменная кость обращена къ *передней* стѣнкѣ таза и стоитъ глубже *лѣвой*. При болѣе сильныхъ потугахъ *малый родничекъ* опускается глубже, подбородокъ болѣе приближается къ груди и въ полости таза затылокъ обращается къ *лѣвой* лонной кости, такъ что *малый родничекъ* находится у *лѣвой forat. ovale*, большой у правой *incis. ischiad. major*



Первое черепное положеніе.

(фиг. 40). Въ тазовомъ выходѣ задняя верхняя четверть правой теменной кости подходитъ подъ лонную дугу, стрѣльчатый шовъ приближается къ прямому діаметру таза, затылокъ упирается въ *лѣвую* ножку лонной дуги и въ то время, какъ головка выпрямляется, темя, лобъ и лицо скользятъ по промежности. Родившееся

лицо бываетъ обращено къ *внутренней задней* сторонѣ *праваго* бедра матери. — Плечики вступаютъ во входъ таза во 2 *косомъ* діаметрѣ, правое находится у *правой* лонной кости, *лѣвое* у *sinch. sacro-iliaca sin.* Въ полости таза діаметръ плечекъ обращается въ прямой діаметръ таза, правое плечо подходитъ подъ лонную дугу, *лѣвое* въ углубленіе крестца. Пока правое плечо развивается подъ лонной дугой, послѣднее скользитъ по промежности; при этомъ лицо обращается совершенно къ *внутренней* сторонѣ *праваго* бедра матери. — Туловище и подвздошныя кости проходятъ тазъ въ томъ же направленіи, какъ и плечики.

§ 158. Но иногда отъ этого механизма бываютъ *уклоненія*.

1) Головка, вступая въ полость таза изъ поперечнаго діаметра входа, поворачивается стрѣльчатымъ швомъ въ косою, но *малымъ родничкомъ* она обращается не *кпереди* и *влѣво*, а *кзади* и *влѣво*; большой родничекъ обращается *кпереди* и *вправо*, *стрѣльчатый шовъ* проходитъ во 2 *косомъ* діаметрѣ. Это 4 черепное положеніе прежнихъ авторовъ

(фиг. 41). — При этомъ роды могутъ оканчиваться двоякимъ путемъ:

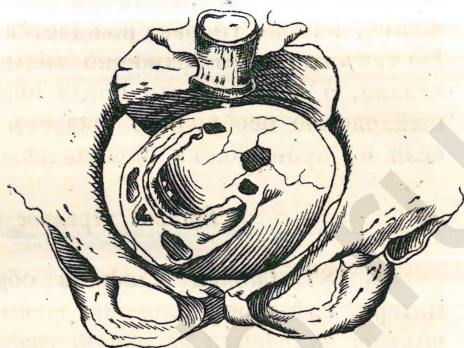
а) или *малый родничекъ* вращается *сзади и слева кпереди и влево*, отъ *лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія* по дну *вертлюжной ямки* къ *foram. ovale sin.*, слѣд. *стрѣльчатый шовъ* переходитъ изъ *2 косаго діаметра* черезъ *поперечный въ косой* — т. е. изъ *4 положенія* дѣлается *первое*; или

б) *черепъ стрѣльчатымъ швомъ* *нисходитъ глубже во 2 косомъ діаметръ*, *большой родничекъ* *стоитъ кпереди и вправо*, *начинаетъ врѣзываться правая лобная кость* и *упирается подъ правой ножкой лонной дуги*, такъ что *задняя темянная область* и *затылокъ* *развиваются по промежности*, а потомъ *лобъ*, *носъ* и *подбородокъ* *слѣзуютъ подъ лонную дугу*. По *рожденіи головки* *лицо* *бываетъ обращено къ верхней части праваго бедра матери*. *Плечики* *вступаютъ въ тазъ въ 1 косомъ діаметръ*; *правое* *стоитъ кпереди и влево*, *лѣвое* *кзади и вправо*; въ *тазовой полости* *они поворачиваются въ прямой діаметръ*, при чемъ *правое* *подходитъ подъ лонную дугу*, а *лѣвое* *скользитъ по промежности*; все *туловище* *слѣдуетъ за ними*. Теперь *лицо* *обращено прямо къ внутренней поверхности праваго бедра матери*.

Если при *4 положеніи* *лобъ* *стоитъ глубже затылка* (по *нѣкоторымъ лобное положеніе*), то отъ этого роды могутъ быть *значительно затруднены*.

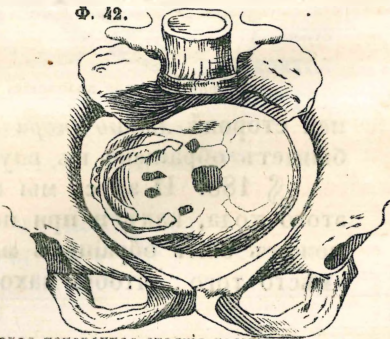
§ 186. Другое *уклоненіе* отъ *правильнаго механизма* *заключается въ томъ*, что *головка* *вовсе не переходитъ изъ поперечнаго діаметра въ косой*, но *нисходитъ въ тазъ стрѣльчатымъ швомъ* *параллельно поперечному діаметру* до *самаго выхода*, *поперечная постановка въ 1 положеніи*, *глубокое поперечное стояніе головки* (фиг. 42). Въ *такомъ случаѣ* *переходъ* въ *тотъ или другой косой*

Ф. 41.



такъ называемое 4 черепное положеніе.

Ф. 42.



Глубокое поперечное стояніе головки.

*Второе положение*  
діаметръ можетъ еще случиться въ нижней части тазовой полости (т. е. образоваться, или такъ называемое 4 положеніе), или же головка рождается въ поперечной постановкѣ. Но такъ какъ это возможно только тогда, когда она не очень велика, а особенности когда она очень уступчива, то большей частью необходимо бываетъ вмѣшательство искусства, если не произойдетъ произвольнаго измѣненія постановки.

*Второе черепное положеніе.*

§ 187. Спинка младенца обращена въ правую сторону матери, гдѣ слышу слышны тоны младенческаго сердца; затылокъ находится въ правой сторонѣ таза, ножки въ левой сторонѣ дна матки.

Стрѣльчатый шовъ стоитъ параллельно прямому діаметру тазоваго входа, малый родничекъ обращенъ вправо, большой влево; левая темляная кость и вся лѣвая сторона младенца къ передней стѣнкѣ таза и живота. Движенія, совершаемыя младенцемъ при прохожденіи его черезъ тазъ, совершенно тѣ же, какія описаны при первомъ положеніи; только разныя части младенца находятся въ постановкахъ, совершенно противоположныхъ тѣмъ, въ которыхъ онѣ находились при 1 положеніи слѣд. малый родничекъ поворачивается впередъ и вправо, такъ что стрѣльчатый шовъ совпадаетъ



Второе черепное положеніе.

съ 2 косымъ діаметромъ (Фиг. 43). Задняя верхняя четверть лѣвой темляной кости начинаетъ врызываться, затылокъ упирается подъ правой ножкой лонной дуги и плечики вступаютъ въ тазъ въ 1 косомъ діаметрѣ, въ полости его переходятъ въ прямой, левымъ впередъ и такимъ образомъ рождаются. Лице, обращенное по рожденіи головки къ зад-

ней сторонѣ лѣваго бедра матери, по прохожденіи плечекъ бываетъ обращено къ внутренней его поверхности.

§ 188. И здѣсь мы встрѣчаемъ тѣже отступленія отъ этого хода, какъ и при первомъ положеніи. 1) А. Затылокъ можетъ быть обращенъ малымъ родничкомъ назадъ и вправо вмѣсто того, чтобы находиться впереди и вправо (3-е по-

ложение прежнихъ авторовъ), (Фиг. 44) и это положение а) при дальнѣйшемъ теченіи можетъ снова измѣниться вслѣдствіе поворачиванія затылка кпереди, что также обыкновенно случается, или б) остаться до конца родовъ въ 3-мъ положеніи, при чемъ врѣзывается левая лобная кость, стрѣльчатый шовъ соответствуетъ 1-му косому діаметру, а плечики врѣзываются въ тазъ во 2-мъ и рождаются въ прямомъ, при чемъ левое бываетъ обращено кпереди. — 2) Головка вовсе не поворачивается, но вступаетъ въ выходъ таза въ поперечномъ положеніи (глубокое поперечное стояніе); въ такомъ положеніи она и рождается, или принимаетъ предварительно 2, 3 положеніе, или наконецъ требуетъ пособія искусства.

При черепныхъ положеніяхъ врѣзываніе головки лбомъ рѣдко наблюдали — едва ли 1, 2 раза на 100 родовъ, но третье положеніе чаще четвертаго.

## 2. Лицевыя положенія.

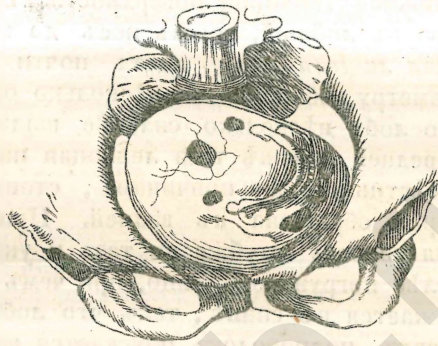
§ 189. Какъ уже выше замѣчено, это положеніе происходитъ вслѣдствіе такого предлежанія дѣтской головки, при которомъ большая или меньшая часть лица стоитъ надъ входомъ въ тазъ.

И здѣсь нужно отличать 2 положенія. Именно, или, какъ и при черепныхъ положеніяхъ, спинка младенца обращена въ левую сторону матери, такъ что лобъ направленъ къ левой, а подбородокъ къ правой сторонѣ таза; или спинка обращена вправо, лобъ къ правой, подбородокъ къ левой сторонѣ таза. Первое положеніе болѣе частое, и потому называется 1-мъ, а послѣднее 2-мъ. При 1-мъ лицевомъ положеніи обращена кпереди правая половина лица, при 2-мъ левая.

§ 190. Ходъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ слѣдующій:

1) Надъ тазовымъ входомъ и въ немъ стоятъ лобъ и подбородокъ на одинаковой высотѣ, лобъ въ срединѣ его,

Ф. 44.



Такъ называемое 3 черепное положеніе.

такъ что еще доступна бываетъ изслѣдующему пальцу часть смѣжной темянной поверхности. Продолженіе стрѣльчатого шва въ лобный, черезъ носъ до подбородка, такъ называемая *лицевая линия*, идетъ почти параллельно поперечному діаметру, обыкновенно нѣсколько отклоняясь отъ него, такъ что лобъ нѣсколько сильнѣе выдается впередъ. Ближе къ передней стѣнкѣ таза лежащая половина лица и здѣсь, по извѣстнымъ уже причинамъ, стоитъ глубже, чѣмъ та, которая обращена къ задней. При этомъ потуги, прогонная головку глубже въ тазъ и укрѣпляя ее здѣсь, болѣе и болѣе погружаютъ лицо, при чемъ затылокъ сильнѣе приближается къ спинѣ, такъ что лобъ нѣсколько поднимается вверхъ, подпородокъ опускается внизъ и образуется вполне лицевое положеніе (фиг. 45). И такъ здѣсь въ тоже время замѣчается значительное вытягиваніе головки.

Ф. 45.



Лицевое положеніе.

2) Въ то время, какъ лице опускается глубже въ поперечномъ діаметрѣ, лицевая линія постепенно переходитъ въ одинъ изъ косыхъ; такимъ образомъ плодъ поворачивается около своей оси. При этомъ *по необходимости лице должно направляться къ передней тазовой стѣнкѣ, лобъ въ углубленіе крестца.* Если бы подбородокъ былъ обращенъ кзади, а лобъ кпереди, то вмѣстѣ съ головкой, находящейся еще полностью въ тазѣ, должна поступать въ него и верхняя часть груди, по крайней мѣрѣ плечики, такъ какъ шея короче задней тазовой стѣнки, и слѣдов., если одинъ конецъ ее — подбородокъ — находится близъ нижняго конца сказанной стѣнки, то другой ея конецъ — грудь — какъ бы шея ни была вытянута, долженъ находиться непременно ниже верхняго конца той же стѣнки, а это невозможно по недостатку пространства въ тазовомъ входѣ. Потому подбородокъ движется къ передней тазовой стѣнкѣ, которая, по малой высотѣ своей, не требуетъ столь сильнаго вытягиванія шеи и позволяетъ верхней части туловища, плечикамъ, оставаться надъ тазовымъ входомъ все время, пока головка выполняетъ его полость. *По этому при выношенныхъ, по крайней мѣрѣ, живыхъ младенцахъ не можетъ быть лицевыхъ положеній, при которыхъ бы выходила головка, будучи обращена подбородкомъ кзади.* При незрѣлыхъ, небольшихъ, мацерированныхъ младенцахъ конечно это возможно, хотя и рѣдко случается.

3) По мѣрѣ того, какъ лицевая линія постепенно приближается къ прямому діаметру тазоваго выхода, часть лица, обращенная кпереди, стоитъ подъ лонными костями, вблизи или тотчасъ подъ лобковой дугой; въ нее подбородокъ упирается соответственной частью нижнечелюстной кости, а лобъ, обращенный кзади, скользитъ по промежности около этой точки, какъ около точки опоры; за нимъ слѣдуютъ темя и затылокъ. И такъ замѣчается движеніе головки около поперечнаго ея діаметра при одновременномъ опущеніи.

4) За тѣмъ вступаютъ въ тазъ плечики въ косомъ діаметрѣ, перекрещиваются съ тѣмъ, который занимаетъ лицевая линія, потомъ они переходятъ въ прямой діаметръ полости и выхода, при чемъ кпереди обращенное плечико упирается въ лонную дугу. Въ этомъ діаметрѣ они и рождаются.

*Первое лицевое положеніе.*

§ 191. *Спинка младенца* обращена бываетъ въ лѣвую сторону матери, *ножки лежатъ* въ верхней и правой части матки, *удары младенческаго сердца* явственнѣе всего слышны на средней линіи живота нѣсколько влѣво. Лицевая линія идетъ почти параллельно поперечному діаметру тазоваго входа, *правая половина лица* лежитъ глубже лѣвой, направленной кзади; *лобъ* находится въ правой сторонѣ входа, *подбородокъ* въ лѣвой. Когда лицо опускается глубже, подбородокъ поворачивается къ нисходящей вѣтви правой лонной кости, лобъ кзади и влѣво — такимъ образомъ *лицевая линія* соответствуетъ второму косоу діаметру. Потомъ правая щека ощущается подъ лонными костями, подбородокъ, двигающійся постоянно болѣе и болѣе кпереди, находится вправо отъ лонной дуги, подходитъ подъ нее и здѣсь укрѣпляется, тогда какъ лобъ, темя, затылокъ скользятъ по промежности и наконецъ рождаются. При чемъ лицо обращено къ верхней части праваго бедра матери.

Потомъ вступаютъ въ тазъ *плечики* (изъ которыхъ правое обращено впередъ) въ первомъ косоу діаметрѣ, переходятъ въ прямой, въ которомъ и рождаются, при чемъ лицо обращается прямо къ внутренней поверхности сказаннаго бедра. Туловище идетъ также какъ и при черепныхъ положеніяхъ.

§ 192. *Отступленіе отъ этаго механизма* бываетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда лицо нисходитъ въ поперечномъ діаметрѣ до самаго выхода и здѣсь утверждается. При этомъ или подбородокъ самъ собою поворачивается къ передней стѣнкѣ или должно принять участіе искусство. Это *поперечное положеніе лица, глубокое его стояніе.*

Еще надобно замѣтить, что когда лобъ въ тазовомъ входѣ сильно задался впередъ, то онъ долженъ также направляться кзади, чтобы возможны были роды силами природы. Слѣд. четвертаго и третьяго лицевыхъ положеній не существуетъ.

*Второе лицевое положеніе.*

§ 193. Теченіе родовъ совершенно такое же, какъ и при первомъ положеніи; только *спинка* обращена вправо



ножки влѣво, лобъ вправо, подбородокъ влѣво; лѣвая половина лица направлена кпереди и стоитъ глубже правой. При дальнѣйшемъ теченіи подбородокъ поворачивается влѣво и впередъ, лобъ вправо и назадъ; слѣдов. лицевая линія совпадаетъ съ первымъ косымъ діаметромъ. Врѣзывается лѣвая щека, подбородокъ упирается влѣво подъ лонной дугой, плечики вступаютъ въ тазъ во второмъ косомъ діаметрѣ, изъ нихъ кпереди обращено лѣвое. Во время выхожденія ихъ въ прямомъ діаметрѣ лице, обращенное прежде къ верхней части лѣваго бедра, поворачивается къ внутренней его поверхности. Отсушенія, могущія здѣсь представиться, тѣже, какъ и при первомъ лицевомъ положеніи.

§ 194. Нельзя не принять сходства между лицевыми и черепными положеніями. Можетъ случиться, что головка, у которой предлежитъ лице, при болѣе сильныхъ потугахъ, наклоняется къ груди вмѣсто того, чтобъ отдаляться отъ нея, такъ что потомъ предлежитъ уже черепъ и лицевое положеніе превращается въ черепное. Если при этомъ не образуется полнаго черепнаго положенія, лобъ лежитъ глубже подбородка, то такое положеніе можно назвать лобнымъ; а такъ какъ и здѣсь подбородокъ направляется кпереди, темя же и затылокъ къзади, то роды при такомъ положеніи протекаютъ также, какъ и при лицевомъ положеніи. Оно почти совершенно сходно съ 3-мъ и 4-мъ черепными положеніями, при которыхъ также лобъ бываетъ иногда предлежащей частью.

### 3. Тазовыя положенія.

§ 195. Постановка младенца при тазовыхъ положеніяхъ обыкновенно такая же, какъ и при черепныхъ; только здѣсь чаще случается, что ножки удаляются отъ живота и спускаются прежде его, откуда, какъ уже выше замѣчено, происходятъ ножныя и колѣнныя положенія. Между тѣмъ обыкновенно при тазовыхъ положеніяхъ предлежитъ задница, и ножки лежатъ поверхъ нижняго ея конца или подлѣ нея. Такъ какъ хотя ножки и будутъ предлежащей частью, слѣд. предстать ножное положеніе, но механизмъ не прежде можетъ начаться, какъ когда болѣе объемистая задница поступитъ въ тазъ, то о механизмъ родовъ при ножныхъ положеніяхъ не можетъ быть и рѣчи, и то, что говорится о зад-

ничныхъ положеніяхъ, полностью примѣнимо ко всемъ тазовымъ.

Положеніе задницы таково, что спинка обращена кпереди и не прямо, но болѣе всторону и кзади. Положеніе спинкой прямо кзади встрѣчается чаще, нежели обратное, потому что въ послѣднемъ случаѣ ножки лежатъ сбоку мыска (*promontorii*), а слѣд. и спинка тоже можетъ быть обращена въ бокъ, тогда какъ въ первомъ случаѣ ножки всегда должны быть у передней брюшной стѣны. Такъ какъ положеніе спинкой кпереди чаще, чѣмъ обратное, то его и называютъ первымъ, а то вторымъ задничнымъ положеніемъ (фиг. 46 и 47).

Ф. 46.



† Задвѣчное положеніе.

Такъ какъ спина чаще бываетъ обращена влѣво, чѣмъ вправо, то, если желаютъ получить подраздѣленія этихъ положеній, первыми называть должно тѣ, при которыхъ спинка обращена влѣво.



2 Задничное положеніе.

§ 196. Роды при задничныхъ положеніяхъ протекають по тѣмъ же правиламъ, которые относятся къ механизму вообще. Половина младенческаго таза, направленная кпереди, стоитъ глубже, широкая его часть, какъ длиннѣйшій диаметръ задницы, занимаетъ длиннѣйшіе размѣры материнскаго таза и потому соотвѣтствуетъ одному изъ косыхъ или диагональныхъ диаметровъ. Въ тазовомъ выходѣ она поворачивается въ прямой и подвздошная кость, обращенная кпереди, составляетъ точку опоры для другой, лежащей на промежности и развивающейся по ней. За тѣмъ рождается туловище, поперечный диаметръ котораго соотвѣтствуетъ тому изъ косыхъ, въ которомъ находились подвздошныя кости, при чемъ ручки обыкновенно лежатъ на груди и плечики развиваются подобно тазу. Склоненная къ груди головка вступаетъ въ тазъ въ поперечномъ диаметрѣ, но потомъ вско-

рѣ стрѣльчатый шовъ переходитъ въ *косой діаметръ*, противоположный тому, который параллеленъ поперечнику младенческаго таза; наконецъ стрѣльчатый шовъ находится почти въ *прямомъ діаметрѣ*, затылокъ упирается подъ лонными костями, подбородокъ съ лицомъ скользитъ по промежности и за тѣмъ уже обыкновенно быстро рождается весь черепъ.

Если *животъ младенца обращенъ кпереди*, то поперечникъ его таза совпадаетъ также съ *косымъ діаметромъ*, и уже въ тазѣ обыкновенно поворачивается такъ, что *спинка движется по направленію сзади кпереди*, слѣд. изъ *косаго* переходитъ въ *прямой* и потомъ въ *другой косой*. Если же при прохожденіи задницы этого не бываетъ, то при прохожденіи туловища или плечекъ. *Рѣдко головка находится въ тазѣ съ лицомъ, обращеннымъ кпереди*. Въ этомъ случаѣ она или такъ и рождается, при чемъ подбородокъ и лобъ составляютъ точку опоры, или уже еще въ полости таза лице обращается сзади, такъ что головка выходитъ совершенно также, какъ описано выше.

#### *Первое задничное положеніе.*

§ 197. При этомъ положеніи чаще всего *спинка* обращена *впередъ и влѣво* (нѣкоторые это положеніе называютъ 1-мъ видомъ 1-го задничнаго положенія). *Крестецъ* слѣдовательно обращенъ *впередъ и влѣво*, поперечникъ младенческаго таза совпадаетъ со 2-мъ *косымъ діаметромъ*, лѣвая подвздошная кость обращена къ *передней стѣнкѣ* таза въ сторону *правой лонной кости*. Въ этомъ направленіи задница проходитъ чрезъ тазъ, лѣвая подвздошная кость находится подъ лонной дугой, правая скользитъ по промежности. Въ томъ же направленіи, съ *спинкой*, обращенной къ верхней части лѣваго бедра матери, проходитъ черезъ тазъ туловище, за тѣмъ и плечики. Головка вступаетъ въ тазъ въ поперечномъ діаметрѣ, при чемъ *затылокъ* обращенъ *влѣво*. Потомъ, при сильно склоненномъ къ груди подбородкѣ, головка вступаетъ *стрѣльчатымъ швомъ* въ 1-й *косой діаметръ*, лѣвая сторона затылка упирается подъ лобковой дугой и по мѣрѣ того, какъ подбородокъ болѣе и болѣе приближается къ груди, по промежности развиваются подбородокъ, лицо и лобъ.

§ 198. Если *спина* обращена *впередъ и вправо* (2-й видъ перваго положенія), *подвздошныя кости* съ 1-мъ *косомъ ді-*

метръ, изъ нихъ *правая* направлена *впередъ*, то теченіе родовъ бываетъ тоже, какъ и въ предшествовавшевъ случаѣ, только части, обращенныя тамъ *влѣво*, здѣсь будутъ обращены *вправо* и *на-оборотъ*.

*Второе задничное положеніе.*

§ 199. И при этомъ положеніи *спинка* чаще обращена бываетъ *влѣво*, чѣмъ *вправо*, — *1-й видъ*. *Поперечникъ* *младенческаго таза* соответствуетъ *1-му косоу діаметру*, *лѣвая* *подвздошная кость* обращена *влѣво* и *впередъ*. При прохожденіи чрезъ *тазъ* *задница* поворачивается прямо *влѣво*, *поперечникъ* *младенческаго таза* переходитъ въ *прямой діаметръ*, такъ что *лѣвая* *подвздошная кость* подходит подъ *лонную дугу*. Это передвиженіе *задницы* продолжается какъ во время, такъ и послѣ *выхожденія* ея изъ *таза*, такъ что рано или поздно, обыкновенно до или во время *рожденія* *плечекъ*, *спинка* обращена *бываетъ впередъ* и *влѣво*, *знакъ того*, что изъ *второго положенія* образуется *первое*, при которомъ *роды* оканчиваются вышеописаннымъ образомъ.

Такой же ходъ *родовъ* замѣчается и въ томъ случаѣ, когда *спина* обращена *кзади* и *вправо* (*2-й видъ*), *поперечникъ* *младенческаго таза* во *2-мъ косоу діаметръ* и *правая* *подвздошная кость* *прилежитъ къ правой сторонѣ передней брюшной стѣнки* *матери*. И изъ *этого положенія* можетъ образоваться *первое положеніе*, и именно *2-й видъ*.

§ 200. Если же *спина* не поворачивается кпереди, упорно удерживаетъ свое положеніе, если она не поворачивается даже и при прохожденіи *плечекъ*, то *головка* *вступаетъ въ тазъ съ лицомъ*, *обращеннымъ впередъ*. Въ этомъ случаѣ *роды* ея могутъ произойти *тройкимъ образомъ* :

1) При *сильныхъ потугахъ* *лице* поворачивается въ *сторону*, потомъ *кзади*, такъ что *затылокъ* *такимъ образомъ направляется кпереди*. *Перемѣщеніе* *лица* *кзади* въ *противоположную сторону*, слѣдов. къ *заднему концу* того же *косога діаметра*, къ *переднему концу* котораго оно было обращено прежде, составляетъ *случай рѣдкій*, *исключительный*.

2) *Подбородокъ* *остается* у которой *нибудь* изъ *вѣтвей* *лонной кости*, *затылокъ* *оттѣсняется кзади* и *спускается* *глубоко* на *промежность*, тогда какъ *подбородокъ* *поднимается* *вверхъ*; *нижній край* *нижней челюсти* составляетъ *точку опоры* для *остальной части* *головки*, которая *скользитъ* по *промежности*, *гортань* *прилежитъ къ задней поверхности*

передней тазовой стѣны матери; за тѣмъ соскальзываетъ подь лобковую дугу и личико.

3) Подбородокъ склоненъ на грудь, лицо спускается подь переднюю тазовую стѣнку, лобъ или корень носа упираются подь лобковыми дугами, затылокъ спускается по промежности или же обыкновенно развивается вдругъ, однимъ разомъ. Этихъ процессовъ нельзя ожидать, потомучто прежде, появленія ихъ можетъ угрожать страшная опасность жизни младенца и всякое выжиданіе непременно повлечетъ за собой его смерть. Поэтому только случай можетъ доставить намъ возможность наблюдать эти процессы.

§ 201. Диагностическія признаки пожного и кольнаго положеній и раздѣленіе ихъ на полныя и неполныя уже извѣстны. Теперь остается замѣтить только, что различныя постановки младенца въ этихъ случаяхъ совершенно тѣ же, какъ и при задничномъ положеніи, да и самый механизмъ родовъ какъ тутъ, такъ и тамъ совершенно одинъ и тотъ же.

#### 4. Поперечныя положенія.

Такъ какъ эти положенія причисляются къ *неправильнымъ*, то и теченіе ихъ будетъ изложено въ отдѣлѣ Патологіи родовъ.

#### ПРЕДСКАЗАНІЕ ДЛЯ МАТЕРИ И МЛАДЕНЦА ПРИ ОТДѢЛЬНЫХЪ ПОЛОЖЕНІЯХЪ И ПОСТАНОВКАХЪ.

§ 202. Всѣ описанныя положенія, за исключеніемъ косыхъ, измѣненіе которыхъ въ прямые не зависитъ отъ дѣятельности матки, сходны между собой въ томъ, что при нихъ роды оканчиваются безъ вреда какъ для матери, такъ и для младенца, слѣд. благоприятно. Между отдѣльными видами ихъ существуетъ значительная разница относительно легкости родовъ и численности счастливаго исхода для матери и младенца. — Понятно, что головныя положенія представляютъ болѣе благоприятныя условія сравнительно съ тазовыми; такъ какъ въ первомъ случаѣ сперва рождается болѣе объемистая часть, которая достаточно подготавливаетъ мягкія части для прохожденія туловища и такъ развивается родовую дѣятельность, что выведеніе туловища по рожденіи головки становится уже дѣломъ легкимъ. При тазовыхъ положеніяхъ бываетъ на оборотъ.

Изъ головныхъ положеній особенно благоприятны *черепныя*, если они имѣютъ правильное теченіе, потомучто итъ

ниодной части, которая бы такъ хорошо принаравливалась къ передней стѣнкѣ таза, какъ затылокъ, и на которую бы такъ сильно могли дѣйствовать потуги, чему здѣсь способствуетъ прикрѣпленіе къ головкѣ позвоночнаго столба. 3-е и 4-е черепныя положенія потому менѣе благопріятны, что затылокъ съ трудомъ нисходитъ по задней стѣнкѣ таза, требуется на то больше времени, а также и потому, что здѣсь постоянно большіе головные размѣры проходятъ черезъ тазъ, нежели при правильныхъ постановкахъ черепа. Потому роды протекають медленнѣе, дѣтская головка и половыя части матери подвергаются болѣе продолжительному и сильному давленію, все это не рѣдко требуетъ вмѣшательства со стороны искусства.

§ 203. Что сказано относительно неправильныхъ постановокъ при черепныхъ положеніяхъ, полностью, только еще въ большей степени, относится и къ *лицевымъ*. Хотя и здѣсь при благопріятныхъ обстоятельствахъ роды могутъ кончиться благополучно какъ для матери, такъ и для младенца только дѣятельностью потугъ, но все таки незначительныя уклоненія отъ совершенно правильнаго хода могутъ вызвать важныя разстройства и даже угрожать опасностью жизни младенца и матери. Кромѣ того самыя роды протекають медленнѣе, потому что плоское и мягкое лицо неспособно въ такому сильному, постепенному разверзанію мягкихъ частей, какъ круглый и твердый затылокъ; далѣе потому, что черепъ съ большимъ трудомъ можетъ спускаться по задней стѣнкѣ таза, да и самая головка помѣщается въ тазѣ большими своими размѣрами. Отсюда большее напряженіе роженицы и болѣе сильное и продолжительное давленіе родовыхъ ея частей. Последнее обстоятельство имѣетъ вредное вліяніе и на младенца: ему угрожаетъ опасность вслѣдствіе сильнаго растяженія позвоночнаго столба и шеи, также вслѣдствіе нарушенія кровообращенія въ шейныхъ сосудахъ, которое обусловливается этимъ растяженіемъ и прижатіемъ шеи къ передней стѣнкѣ таза. Незначительныя препятствія не имѣющія большей частью никакого вреднаго вліянія при черепныхъ положеніяхъ, какъ напр. слабыя потуги, неуступчивыя мягкія части, нѣсколько суженный тазъ, здѣсь при лицевыхъ положеніяхъ угрожаютъ жизни младенца страшной опасностью, вслѣдствіе чего чаще требуется помощь искусства, а чрезъ то самое предсказаніе какъ для младенца, такъ и для матери становится менѣе благопріятнымъ.

§ 204. И при тазовыхъ положеніяхъ, если есть благо-

приятныя условия, роды протекаютъ благополучно и оканчиваются силами одной природы. Мать при этомъ не страдаетъ, но за то *относительно младенца тазовыя положенія далеко хуже головныхъ*. Опасность здѣсь происходитъ отъ давленія, производимаго на пуповину туловищемъ и головкой, которая продолжается съ появленія на свѣтъ младенческаго таза до полного окончанія родовъ. Чѣмъ продолжительнѣе это давленіе, тѣмъ сильнѣе опасность; а это давленіе иногда можетъ продолжаться довольно долго, такъ какъ потуги легко могутъ провести задницу чрезъ маточное рыльце, тазъ и наружныя половыя части, за тѣмъ туловище, но дѣятельности ихъ бываетъ уже недостаточно для выведенія на свѣтъ объемистой головки. Онѣ усиливаются постепенно, такъ какъ это не дѣлается скачками; головка дольше остается въ тазу, а пуповина не можетъ переносить ея давленія. По этому—то при задничныхъ положеніяхъ такъ и важно, чтобъ выходъ задницы происходило, какъ можно, медленнѣе, чтобы родовыя части и потуги были достаточно подготовлены для проведенія головки, а потому всякое влеченіе за задницу и туловище въ высшей степени вредно.

По этому вообще степень опасности при тазовыхъ положеніяхъ опредѣляется узостью родовыхъ частей, постановкой младенца, величиной его головки и силой потугъ; если эти условия въ какомъ нибудь отношеніи неблагопріятны, то на помощь является искусство и очень часто къ вреднымъ послѣдствіямъ самаго положенія присоединяются новыя отъ извлеченія.

§ 205. Изъ различныхъ постановокъ младенца первое задничное положеніе конечно самое благопріятное; менѣе благопріятно второе, потому что здѣсь вслѣдствіе воспрепятствованнаго теченія легче происходятъ неправильности и смѣщенія верхнихъ конечностей, а также и потому, что здѣсь, при вступленіи головки въ тазъ, лице можетъ быть обращено кпереди и эта послѣдняя постановка всегда предполагаетъ вмѣшательство искусства, отъ котораго впрочемъ нѣтъ никакой пользы младенцу.

Такъ какъ задница, значительно увеличиваемая въ объемѣ прилежащими къ ней ножками, лучше подготавливаетъ мягкія части и потуги для головки, чѣмъ ножки, объемъ которыхъ слишкомъ малъ въ сравненіи съ головкой, то ножныя положенія даютъ менѣе благопріятное для младенца предсказаніе, нежели положенія задничныя. По этой же причинѣ *неполное ножное положеніе благопріятнѣе полного*,



потому что задница увеличивается въ объемѣ закинутой вверхъ ножкой, движется медленнѣе, чѣмъ при прилежаніи обѣихъ ножекъ. Такъ какъ предлежащая ножка въ то же время составляетъ какъ бы рукоятку при извлеченіи, если бы оно потребовалось, то неполное ножное положеніе соединяетъ въ себѣ выгоды задничнаго и ножнаго положеній.

*Поперечныя положенія*, будучи положеніями неправильными, естественно уже сами по себѣ даютъ неблагоприятное предсказаніе какъ для матери, такъ и для младенца. Но объ этомъ еще будемъ говорить въ патологическомъ отдѣлѣ.

#### ТЕЧЕНИЕ РОДОВЪ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 206. Что сказано въ предшествовавшемъ отдѣлѣ о трудности распознаванія многоплодной беременности, то же относится и къ распознаванію ея во время родовъ. Вѣроятности достигаютъ уже по рожденіи перваго младенца изъ того 1), что потуги послѣ того продолжаются; 2) что сравнительно съ величиной матки родившійся младенецъ очень малъ и количество отдѣлившейся околоплодной влаги незначительно; 3) что матка обыкновенно остается растянутой, при прощупываніи чрезъ брюшные покровы она представляется неправильной формы и въ ней ощущаются малыя части; 4) что слышны удары сердца, если конечно второй младенецъ живъ, и наконецъ 5), что при внутреннемъ изслѣдованіи ощущаются части младенца въ маточномъ рыльцѣ или надъ нимъ, или по крайней мѣрѣ новый наполняющійся нузырь.

§ 207. Обыкновенно роды двоенъ оканчиваются благополучно для матери и для младенца силами природы. Они представляютъ двой простые роды, слѣдующіе быстро однѣ за другими, изъ которыхъ для полнаго окончанія родовъ перваго младенца нужно времени гораздо меньше, нежели для втораго.

Это обуславливается предшествовавшимъ растяженіемъ мягкихъ частей при прохожденіи перваго младенца, и еще болѣе полнымъ отсутствіемъ періода разверзанія при развитіи втораго; къ этому присоединяется обыкновенно меньшая величина младенцевъ при беременности двойнями, а также и то обстоятельство, что беременность двойнями очень часто оканчивается раньше обыкновеннаго срока.

Вообще теченіе родовъ тоже, какъ и при простыхъ родахъ, соотвѣтственно положенію каждаго младенца. Роды

второго младенца происходят спустя болѣе или менѣе короткое время по появленіи на свѣтъ перваго, большей частью чрезъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа. Иногда этотъ промежутокъ бываетъ продолжительнѣе, и въ такомъ случаѣ большей частью уже врачъ ускоряетъ окончаніе родовъ. Здѣсь потуги обыкновенно не такъ дѣятельны, какъ при простыхъ родахъ, частию вслѣдствіе чрезвычайнаго растяженія матки, частию же отъ того, что для рожденія меньшихъ младенцевъ нѣтъ надобности въ значительной силѣ.

Выдѣленіе дѣтскихъ мѣсть, будутъ ли они раздѣлены или слиты, происходитъ обыкновенно уже по рожденіи втораго младенца; въ рѣдкихъ только случаяхъ за первымъ младенцемъ слѣдуетъ и его послѣдъ. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія стѣнокъ матки и истощенія этого органа, иногда послѣродовой періодъ бываетъ очень продолжителенъ и тѣмъ подаетъ поводъ къ неприятымъ случайностямъ.

§ 208. Положеніе обоихъ младенцевъ чаще всего таково, что оба они подлежатъ головкой, или первый головкой, второй тазовымъ концемъ и на оборотъ. Иногда роды происходятъ и при тазовыхъ положеніяхъ обоихъ младенцевъ. Болѣе частое появленіе поперечныхъ положеній при родахъ двоенъ сравнительно съ появленіемъ ихъ при простыхъ представляетъ всегда вторичное явленіе, такъ какъ въ этомъ положеніи бываетъ только второй младенецъ. Явленіе это зависитъ отъ сильнаго растяженія полости матки и ослабленія ея стѣнокъ по рожденіи перваго младенца.

§ 209. Въ силу этихъ обстоятельствъ, къ которымъ присоединяется еще то, что одинъ младенецъ можетъ препятствовать выхожденію другаго, такъ что роды сливаются между собой, предсказаніе для матери и младенцевъ становится менѣе благопріятнымъ, чѣмъ при простыхъ родахъ.

*Роды троихъ и четверыхъ* младенцевъ протекаютъ по тѣмъ же правиламъ, какъ и при двойняхъ. Только здѣсь, по легко понятнымъ причинамъ, чаще могутъ встрѣтиться неправильности въ положеніи младенцевъ и въ ходѣ родовъ, и самая надежда надежда на сохраненіе ихъ еще слабѣе, тѣмъ болѣе что роды въ подобныхъ случаяхъ наступаютъ за-долго до естественнаго предѣла беременности.

## ГЛАВА IV.

### ДИЕТИКА РОДОВЪ.

§ 210. Такъ какъ роды процессъ физиологическій, то

женщина не имѣетъ особенной надобности въ помощи посторонняго лица; однако самое не соответственное содержаніе роженицы можетъ уже подать поводъ къ опасностямъ, а также не рѣдко случаются уклоненія отъ правила, которыя, если не обратитъ на нихъ должнаго вниманія, могутъ усиливаться до значительныхъ разстройствъ. А также облегченіе припадковъ, вызываемыхъ родами, попеченіе о новорожденномъ младенцѣ и самой роженицѣ составляютъ требованія, которыя наши женщины въ правѣ и должны имѣть, а мы обязаны исполнить.

*Поэтому задача діететики родовъ состоитъ въ томъ, чтобы облегчать припадки и страданія при родахъ, слѣдить за ихъ ходомъ, оказывать роженицѣ всевозможное попеченіе и предотвращать неправильности.* Эта задача, соответственно обыкновенію, относится къ сидѣлкамъ, бабкамъ; но весьма обыкновенное дѣло, особенно въ большихъ городахъ гдѣ не мало врачей, и при томъ также, которые посвятили себя исключительно акушерству, требовать къ постели роженицы пособіе мужчины; поэтому по всемъ правиламъ акушеръ въ правѣ присутствовать при правильныхъ родахъ. И хотя изъ приличій лучше имѣть около себя бабуку, но она должна дѣйствовать непременно только въ присутствіи врача и подъ его руководствомъ.

#### 1. Общія правила.

§ 211. Если кто приглашенъ къ родамъ, тотъ долженъ имѣть съ собой все нужные при этомъ инструменты; обыкновенно бабки приносятъ ихъ съ собой; однако хорошо не полагаться на нихъ и брать съ собой все, что можетъ понадобиться и при правильныхъ родахъ. Сюда относятся хорошая клистирная трубка съ приличными наставками, эластическая, таточная трубка, одинъ эластическій и одинъ металлическій катетеръ, нѣсколько широкихъ тесемокъ и обыкновенныя прочныя ножницы; особенныя ножницы для пуповины составляютъ балластъ въ акушерскихъ инструментахъ. Очень хорошо имѣть при себѣ нѣсколько петлей, а въ случаяхъ, о теченіи которыхъ мы ничего не знаемъ, и щипцы. Возить съ собой полевнй арсеналъ въ городахъ, даже въ сейчасъ упомянутыхъ случаяхъ, излишне; но если приглашаютъ въ деревню, то это необходимо, такъ какъ не извѣстно, что можетъ случиться, а добываніе инструментовъ большей частью уводитъ самое лучшее время для операціи.

(О томъ, что должно быть въ такомъ арментаріѣ, см. въ ученіи объ операціяхъ). Изъ лекарствъ во всякомъ случаѣ необходимы только опій, хлороформъ, *sec. cornut.* и нѣкоторые раздражающія средства для оживленія мнимоумершихъ дѣтей и пр., какъ эфиръ, *lq. ammon. caust.* Въ самыхъ разнообразныхъ случаяхъ я не имѣлъ надобности въ другихъ лекарствахъ. Никогда не должно забывать брать съ собой небольшой перевязочный снарядъ.

§ 212. Получивъ приглашеніе, не должно медлить исполненіемъ своей обязанности; никогда нельзя полагаться на рассказы просителей, но должно тотчасъ спѣшить на мѣсто, чтобы убѣдиться въ какомъ положеніи дѣла и не терять удобнаго случая подать помощь, если это необходимо.

Прибывъ къ роженицѣ, не должно входить къ ней вдругъ; это особенно относится къ женщинамъ, которыхъ раньше не видали; неожиданное появленіе посторонней особы можетъ сильно подѣйствовать на боязливую, робкую женщину. Поэтому недурно прежде, нежели подойти къ роженицѣ, спросить объ ней и о ходѣ случая бабуку или сидѣлку; потомъ уже обратиться къ самой роженицѣ, стараясь при этомъ, по возможности, отклонить ея отъ мысли причины нашего посѣщенія, надобно спросить, какъ она себя чувствуетъ, спросить о времени, какъ долго существуютъ боли, объ ихъ жестокости и пр. Если она лежитъ, можно положить руку на животъ, чтобы убѣдиться въ растяженіи и формѣ матки, въ силѣ потугъ и состояніи матки. Все это нужно дѣлать съ величайшимъ вниманіемъ, хладнокровно, нѣжно и дружественно, безъ выраженія замѣшательства или совершенно ненужной грусти и важности. Акушеръ, обращающійся съ своими пациентками дружественно, увѣренно и нѣжно, скоро пріобрѣтаетъ ихъ расположеніе и довѣріе. Если роды уже продолжаются нѣсколько времени, женщина родитъ не въ первый разъ, то не должно уходить отъ нея, *не соплавши предварительно изслѣдованія.*

§ 213. Особенно молодые врачи часто сильно стѣсняются, когда имъ предстоитъ первое изслѣдованіе; но они сами приводятъ себя въ замѣшательство и увеличиваютъ его болтовней. Никогда не должно затрогивать женскую стыдливость объявленіемъ «непріятной обязанности, которую должно исполнить» и пр. Должно безъ доклада изслѣдовать также внимательно и спокойно, какъ ищутъ пульсъ, и никогда не должно показывать, что изслѣдованіе хоть сколько нибудь неприлично. Поступая такимъ образомъ, всегда можно из-

слѣдовать такъ часто, какъ угодно. Надобно объявить свое желаніе сидѣлкѣ или бабки, попросить роженицу лечь, какъ должно, спросить воды и полотенце, — вопросъ, который тотчасъ поймутъ и дальнѣйшихъ затрудненій не будетъ.

Самое изслѣдованіе имѣетъ цѣлью опредѣлить, при содѣйствіи всѣхъ анамнестическихъ данныхъ, кажущееся или дѣйствительное начало родовъ, періодъ, въ которомъ они находятся, составить себѣ взглядъ на состояніе мягкаго и твердаго родового пути, относительно положенія, постановки, жизни и смерти младенца. Изслѣдованіе нужно производить какъ во время потугъ, такъ и внѣ ихъ; во время потугъ надобно вособенности разузнавать дѣйствіе ихъ на разверзаніе *orific. ut.* и на ходъ подлежащей части, а внѣ ихъ узнавать положеніе и постановку послѣдней. Только, изслѣдуя при стоячемъ пузырьѣ во время потуги, надобно быть осторожными, чтобы не разорвать пузыря; но если предстоитъ возможность этого приключенія, то нужно нѣсколько оттянуть палецъ назадъ и выжидать прекращенія потуги. Никогда не должно оканчивать изслѣдованія, не разузнавъ достаточно всего относительно даннаго случая, потомучто для женщины нѣтъ ничего неприятели, какъ повторныя, безплозныя изслѣдованія.

§ 214. По результатамъ изслѣдованія устанавливаютъ *предсказаніе какъ относительно счастливаго или неблагоприятнаго хода родовъ, такъ и относительно ихъ продолжительности.* Только въ подобныхъ рѣшеніяхъ нужно быть очень осторожнымъ особенно при предсказаніи относительно продолжительности. Въ этомъ случаѣ лучше не высказывать роженицѣ и окружающимъ своего сомнѣнія, а продолжительность назначать не слишкомъ короткую, лучше даже нѣсколько большую. Если окажемся ложнымъ прорицателемъ, роды продлятся много дольше противъ предсказанія, то роженица часто теряетъ къ намъ всякое довѣріе. Поэтому для окончанія родовъ нужно назначать срокъ гораздо продолжительнѣе того, какъ мы ожидаемъ. Конечно это не будетъ для нея пріятнымъ извѣстіемъ, но за то придастъ ей смиренія и терпѣнія; если за тѣмъ обнаружится наша ошибка, то ее охотно извиняютъ, потомучто для женщины конечно это пріятный обманъ.

§ 215. Далѣе не мало значенія имѣетъ *устройство пріличной кровати.* Самое положеніе роженицы бываетъ различно, смотря по періоду родовъ; но вообще нужно совѣтовать положеніе на спиной или на боку; роды въ стоячемъ

или сидячемъ положеніи иногда случаются подѣ надзоромъ необразованныхъ бабокъ, или при секретныхъ родахъ.

Въ нѣкоторыхъ странахъ (въ Англіи) употребляется исключительно *боковое положеніе* и, сравнительно съ положеніемъ на спинѣ, не приноситъ никакого вреда. Для многихъ роженицъ оно удобнѣе, доставляетъ болѣе легкій доступъ къ половымъ частямъ, особенно къ промежности и легче для этого устроить кровать. На обыкновенную постель или софу кладутъ клеенку, которую покрываютъ сложенной простыней, чтобы не запачкать постели и доставить роженицѣ необходимое удобство. Послѣ родовъ подстилку можно снять и безъ особеннаго обремененія и большаго движенія роженицы приготовить чистую, хорошую постель для родильнаго состоянія. Обыкновенно женщина лежитъ на лѣвомъ боку съ подведенными бедрами и согнутымъ впереди туловищемъ; тазъ долженъ находиться на правомъ краю постели, а колѣна удерживаются въ разведенномъ состояніи вложенной между ними подушкой.

У насъ самое обыкновенное, а во многихъ случаяхъ и самое удобное положеніе—*на спинѣ*. Постель, на которую положенъ обыкновенный или соломенный тюфякъ, или софу ставятъ такъ, чтобы къ ней можно было подходить съ обѣихъ сторонъ, разстилаютъ клеенку, чтобы не промочить и не запачкать постели; ту часть, на которой лежитъ тазъ, приподнимаютъ, подкладывая подушку, тоже и въ головахъ. Глазъ можно, поверхъ всего постылаютъ еще простыню. По бокамъ и въ ногахъ привязываютъ полотнца или веревки, за которыя бы роженица могла держаться; въ ноги кладутъ подушку или скамеечку, чтобы упираться ногами. Это рѣшительно самая лучшая кровать для родовъ и ее должно предпочесть всѣмъ искусственнымъ изготовленіямъ; вособенности *родильнымъ стульямъ*. Впрочемъ послѣдніе уже давно вышли изъ моды, какъ бесполезные и вредные, и только иногда еще употребляются въ родильныхъ домахъ устарѣлыми бабками и акушерами; въ послѣднихъ, какъ вообще нарочно устроенныя родильныя постели, приносятъ еще особенный вредъ—тотъ, что ученики не знаютъ какъ нужно устроить кровать; а для хорошаго врача весьма важно дѣлать всякое пособіе, всякую операцію при возможно маломъ снарядѣ.

§ 216. Надобно заблаговременно позаботиться объ *надлежащемъ испражненіи прямой кишки*, уже изъ опрятности, чтобы не случилось этого во время прохожденія головки черезъ тазъ; также надобно обратить вниманіе и на испраж-

неніе мочи и совѣтовать бабкѣ или сидѣлкѣ чаще спрашивать роженицу не имѣетъ ли она подобныхъ потребностей, каковыя тотчасъ же должно удовлетворить. Если она не можетъ мочиться сама, то нужно вводить катетеръ.

*Пища* должна ограничиваться водой, лимонадомъ, водой съ виномъ, бульономъ и только при весьма продолжительныхъ родахъ можно дозволить плотную пищу. Разгорячающія напитки должны быть воспрещены. — Въ комнатѣ долженъ быть свободный, свѣжій воздухъ, но слѣдуетъ ее предохранять отъ тока холоднаго воздуха. Не нужно также вдаваться въ противоположную крайность, закрывать постель пологами, запирать окна, опускать гардины. Этимъ мы только дѣлаемъ роженицѣ настоящую вонючую паровую ванну, способствуемъ истощенію и обморокамъ. Платье также не должно стѣснять, надобно оставить всякія повязки, и туго завязываемыя принадлежности; болѣе теплыя одѣянія можно дозволить только чувствительнымъ женщинамъ, склоннымъ къ ознобамъ. — Хорошо если въ родильной комнатѣ по возможности мало народу; кромѣ бабки или сидѣлки надобно сюда допускать только ближайшахъ родственницъ, передъ которыми роженица не стѣсняется — официальныхъ услужливости со стороны знакомыхъ, особенно старшихъ, не должно допускать, потому что самымъ роженицамъ не пріятно имѣть столь многихъ свидѣтелей своихъ страданій и болей; оттого онѣ дѣлаются недовольными и ворчаливыми, а съ другой стороны это очень непріятно врачу, такъ какъ зрительницы часто боятся больше самой роженицы и тѣмъ безпокоятъ ее, возбуждаютъ недовѣріе къ дѣйствіямъ и знанію врача, и самого его стѣсняютъ.

## II. ЛЕЧЕНІЕ ОТДѢЛЬНЫХЪ ПЕРІОДОВЪ РОДОВЪ.

§ 2117. Изложенныхъ сейчасъ правилъ достаточно для *періода разверзанія*. Когда убѣдились, что все въ порядкѣ, роды подвигаются впередъ надлежащимъ образомъ, то можно выйти изъ родильной комнаты; наше присутствіе въ періодѣ разверзанія не нужно, и женщинамъ большею частью обременительно. Если можно предполагать, что роды продлятся не долго, то незачѣмъ уходить изъ дому; въ противномъ случаѣ надобно по крайней мѣрѣ оставить вѣрный адресъ, по которому всегда бы можно было найти.

Въ началѣ родовъ роженица не соблюдаетъ особенныхъ правилъ; ей нѣтъ надобности лежать въ постелѣ, она можетъ

сидѣть или ходить по комнатѣ, послѣднее обыкновенно для большей части очень хорошо. Родящія уже не въ первый разъ, у которыхъ второй періодъ проходитъ очень быстро, должны по этой причинѣ ложиться въ постель раньше первородящихъ.—Надобно запретить въ это время всякое жилище, такъ какъ тутъ оно относительно ускоренія родовъ бесполезно, но истощаетъ силы и можетъ произвести преждевременный разрывъ пузыря. Потому объ этомъ нужно предупредить женщину, а если она не слушается, то уложить ее въ постель, удалить всякія опоры; въ этомъ случаѣ всего лучше боковое положеніе.

Въ этомъ періодѣ нужно дѣлать изслѣдованіе какъ можно рѣже; но если потуги сдѣлались сильнѣе и по всѣмъ явленіямъ можно предполагать, что разверзаніе маточнаго рыльца скоро кончится, то нужно изслѣдованіемъ убѣдиться въ этомъ и если это такъ, тотчасъ помѣстить роженицу въ постель. Первородящихъ нужно предупредить о разрывѣ пузыря, подъ половыя части поставить посуду, чтобы собрать воды и не замочить живота и постели.

§ 218. По разрывѣ пузыря нужно тотчасъ сдѣлать тщательное изслѣдованіе, чтобы хорошо разузнать положеніе и постановку младенца, что весьма необходимо. Надобно входить какъ можно выше, чтобы хорошо ощупать предлежащую часть и не просмотрѣть если случится, вынавшую пуповину или ручку. — Теперь не должно оставлять роженицу на долго, нужно тщательно слѣдить за дѣйствіемъ потугъ за отношеніемъ между предлежащей частью и тазомъ и за передвиженіемъ этой части къ выходу, Поэтому необходимо не одно изслѣдованіе, только не надобно забывать, что при этомъ дѣлаются сильныя наминки на половыхъ частяхъ и что слишкомъ частыя и вособенности неосторожныя изслѣдованія сжиливаютъ это раздраженіе. Появленіе воспалительнаго состоянія влагалища и наружныхъ половыхъ частей узнаютъ по уменьшенному ихъ отдѣленію, при чемъ онѣ дѣлаются горячими и сухими.

§ 219. *Въ періодъ выведенія плода* роженица должна осторожно содѣйствовать потугамъ и то только тогда, если маточное рыльце исчезло уже совершенно, и при томъ только *во время потугъ*. Сила напряженія ея должна возрастать соразмѣрно съ силой потугъ. Какъ она тутъ поступаетъ, это уже сказано въ 1 главѣ. Для предохраненія отъ зоба голова должна быть наклонена къ груди, а въ предупрежденіе сламыванія зубовъ между ними кладутъ мягкій тол-



стый платокъ. У нѣкоторыхъ женщинъ отъ сильнаго скреже-  
танія зубы портятся съ каждымъ родомъ болѣе и болѣе.

Дальнѣйшая обязанность врача до появленія младенца  
въ нижнемъ тазовомъ отверстіи состоитъ только въ успо-  
коиваніи и уговариваніи роженицы. Всякое расширеніе маточ-  
наго рыльца, влагалища, промежности, давленіе и мягіе  
нижней части живота вредно или, по крайней мѣрѣ, излишне.  
При этихъ страданіяхъ женщины нужно быть спокойнымъ,  
сказывать ей возможное пособіе, ободрять и утѣшать.

§ 220. Если головка опустилась на дно таза, *начала  
ерзываются и растлгивать промежность, необходимо поза-  
ботиться о предохраненіи ея отъ разрыва.* Этого мы дости-  
гнемъ 1) доставленіемъ роженицы приличнаго положенія, запре-  
тивъ ей при этомъ жикиться и 2) *надлежащимъ поддержи-  
ваніемъ промежности.*

Самое лучшее положеніе на боку, потомучто оно за-  
трудняетъ жикенье и для поддерживанія промежности пред-  
ставляется самымъ удобнымъ и безопаснымъ. При положеніи  
же женщины на спинѣ нужно отнять всякую опору для  
рукъ и ногъ и раздвинуть бедра, чтобы облегчить выход-  
деніе головки.

§ 221. Никогда не должно пренебрегать *поддерживані-  
емъ промежности*; потомучто если и не всегда удается этимъ  
предотвратить разрывъ, однако случаи разрыва будутъ го-  
раздо чаще, если вовсе не поддерживать ея. Поддерживаніе  
промежности предотвращаетъ слишкомъ быстрое прохож-  
деніе головки, способствуетъ развитію эластичности промеж-  
ности и наружныхъ половыхъ частей, ускоряетъ выгодное  
передвиженіе головки по оси тазоваго выхода и ея продол-  
женію и значительно облегчаетъ страданія роженицы.

Если роженица *лежитъ на спинѣ*, то акушеръ помѣ-  
щается съ боку ея на стулѣ или на краѣ постели, будучи  
обращенъ лицомъ къ ней. Завернутая въ платокъ правая  
рука его накладывается на промежность такъ, чтобы мя-  
коть ладони прилежала къ задней спайкѣ большихъ губъ, а  
пальцы находились на самой промежности сбоку заднепро-  
ходнаго отверстія. Впрочемъ поддерживаніе промежности и  
лучше, и удобнѣе *при положеніи роженицы на боку.* При  
этомъ роженица лежитъ на лѣвомъ боку на краѣ постели  
акушеръ помѣщается съ правой стороны слѣдов. сзади ро-  
женицы спиной къ ея изголовью; правую руку, завернутую  
въ платокъ, кладетъ плашмя на промежность; большой па-  
лецъ на одну изъ большихъ губъ, прочіе на другую; лѣвой

рукой, если можетъ, предотвращаетъ внезапное *спалзываніе* (Wegrücken) роженицы, что не рѣдко бываетъ во время потуги, и облегчаетъ развитіе находящейся подъ лонной дугой головки младенца.

§ 222. Поддерживаніе промежности начинается тотчасъ, какъ только головка младенца станетъ напирать на нее; впрочемъ недурно и раньше слегка наложить руку на промежность, чтобы имѣть надлежащее понятіе о ходѣ родовъ. Давленіе не должно быть сильнѣе того, какъ нужно, чтобы доставить наружнымъ половымъ частямъ однообразную опору и воспрепятствовать слишкомъ быстрому прохожденію головки. Давленіе, совершенно или почти останавливающее передвиженіе головки, влечетъ за собой перетираніе промежности между рукой и головкой. Нажимая слегка во время потуги на напирющую головку съ силой, пропорціональной напряженію потуги, придавливая ее *ad. montem veneris* при прорѣзываніи, можно предотвратить обыкновенно довольно большіе разрывы, и растянутая промежность безъ поврежденія будетъ скользить по лбу и личику. Если это сдѣлано, то главная опасность миновалась, но такъ какъ быстрое прохожденіе плечекъ еще можетъ повредить ее, то рука не отнимается до самаго рожденія ихъ.

§ 223. Тотчасъ по рожденіи головки изслѣдуютъ лѣвой рукой, *не обвилась ли пуповина вокругъ шейки*. Если это такъ, то ее осторожно оттягиваютъ и пытаются перекинуть черезъ головку; если это не удастся, то петлю расправляютъ и нѣсколько растягиваютъ, чтобы плечики могли проскользнуть черезъ нее. За тѣмъ вводятъ въ ротъ палецъ и удаляютъ слизь, которая можетъ препятствовать свободному притоку воздуха. Этимъ самымъ, а также раздраженіемъ воздухоносныхъ путей младенецъ возбуждается къ дыханію, пока еще часть его тѣла находится въ дѣтородныхъ частяхъ матери, а чрезъ то уменьшается опасность задушенія въ случаѣ неожиданно замедленнаго выходженія туловища. Обыкновенно не должно дѣлать никакихъ попытокъ съ цѣлью ускорить это выходженіе. Окончаніе предоставляется самой маткѣ, которая рѣдко теряетъ силу, если головка уже рождена, много, если выходженію плечекъ станемъ содѣйствовать растираниемъ живота и матки и жиленьемъ роженицы. — Если все это не помогаетъ, то вводятъ указательный палецъ правой руки въ обращенную къзади подкрыльцовую ямку младенца и легкимъ влеченіемъ извлекаютъ туловище при постоянномъ покачиваніи его вверхъ и внизъ. Никогда не

должно тянуть за головку и за шейку. Какъ только туловище уже появилось, то снимаютъ руку съ промежности, обхватываютъ ей туловище, тогда какъ другой рукой нѣсколько поднимаютъ головку вверхъ. Рожденное дитя кладутъ между или сзади бедръ матери, чтобы защитить пуповину отъ тревія и въ то же время доставить свободный доступъ воздуху.

§ 224. Теперь, при началѣ *последняго періода родовъ*, прежде всего необходимо убѣдиться наложеніемъ на матку руки, нѣтъ ли въ ней еще другаго плода и, если нѣтъ, *позаботиться о надлежащемъ постоянномъ ея сокращеніи*. Для этого самымъ лучшимъ средствомъ служатъ потираніе и нажиманіе на ея стѣнки чрезъ покровы живота. Рука не должна оставлять матку, она должна слѣдовать за ней, если матка, по мѣрѣ уменьшенія въ объемѣ, станетъ опускаться глубже; удерживаніемъ ея внизу предотвращается болѣе сильное расслабленіе и вторичное растяженіе. Если намъ нужно заняться младенцемъ, то попеченіе о маткѣ мы поручаемъ сидѣлкѣ или бабкѣ. *Недурно накладывать на животъ повязку*, что способствуетъ постоянному сокращенію матки и, ослабляя брюшные покровы, доставляетъ немалое облегченіе женщинѣ. Нѣтъ надобности въ особенно для этого устроенныхъ повязкахъ; совершенно достаточно широкаго, довольно длиннаго куска фланели, полотна или полотнца, который укрѣпляется булавками.

§ 225. За тѣмъ слѣдуетъ позаботиться о младенцѣ. Если онъ кричитъ хорошо и біеніе пульса въ пуповинѣ начинаетъ слабѣть, должно отдѣлить его отъ матери *перерѣзываніемъ пуповины* (*Abnabeln*). Нѣтъ надобности дожидаться окончательной остановки біенія въ пуповинѣ; сильное дыханіе составляетъ признакъ, на основаніи котораго мы смѣло можемъ ее перерѣзать. Даже и въ томъ случаѣ, когда младенецъ не дышетъ, когда онъ находится въ асфиктическомъ состояніи, лучше скорѣе перерѣзать пуповину, чтобы имѣть возможность употребить надлежащія мѣры къ оживленію его и вызвать сильное дыханіе.

Отдѣленіе пуповины состоитъ въ томъ, что въ разстояніи 2 — 3" отъ пупка накладывается на нее лигатура, шириной въ нѣсколько линий, и завязывается. Если она очень толста, то нужно сильно стянуть ее, чтобы прекратить кровообращеніе. Все равно, налагать ли лигатуру снизу вверхъ или на оборотъ, также завязывать ли одинъ или нѣсколько узловъ, только нужно крѣпче завязывать. Отступя отсюда

на 2 — 3" ближе къ послѣду, налагаютъ другую лигатуру, хотя это и не составляетъ неизбѣжной необходимости, и между обѣими лигатурами перерѣзываютъ пуповину ножницами. Нужно замѣтить, что при наложеніи узловъ ни въ какомъ случаѣ не должно тянуть за пуповину со стороны младенца, чтобы не растянуть такимъ образомъ его пупка, но влеченіе при этомъ должно быть по направленію къ младенцу. Также необходимо принять за правило имѣть постоянно въ виду части, которыя должны быть перерѣзаны, чтобы съ ними вмѣстѣ не повредить другихъ. По перерѣзаніи пуповины изъ части ея, оставшейся при младенцѣ, выжимаютъ кровь, убѣждаются, что лигатура наложена прочно и передаютъ младенца сидѣлкѣ, которая его обмываетъ и одѣваетъ.

§ 226. Обыкновенно теперь *послѣдъ* бываетъ уже *отдѣленъ* и мы находимъ его во влагалищѣ или, по крайней мѣрѣ, палецъ, вводимый по пуповинѣ, встрѣчаетъ мѣсто прикрѣпленія ея къ послѣду и большую часть самаго послѣда въ маточномъ рыльцѣ. За тѣмъ, если можно ждать, выдѣленіе послѣда предоставляется дѣятельности самой матки и влагалища, во всякомъ случаѣ избѣгаютъ влеченія за пуповину; если же нельзя, то обыкновенно вынимаютъ послѣдъ. Съ этой цѣлью пуповину, завернутую въ платокъ, берутъ всей рукой или просто обматываютъ ее нѣсколько разъ вокругъ послѣдней по возможности ближе къ дѣтороднымъ частямъ, и слегка натягиваютъ; потомъ по ней вводятъ указательный и средній пальцы другой руки до мѣста прикрѣпленія ея къ послѣду и, проведя другіе пальцы, вдавливаютъ отдѣлившійся послѣдъ въ углубленіе крестца, стараясь захватить его края пальцами и свернуть такимъ образомъ въ трубку. За тѣмъ довольно сильно оттягивая пуповину кпереди и вверхъ, выводятъ послѣдъ, скользя по задней стѣнкѣ таза и по промежности. Этотъ маневръ облегчается потираніемъ дна матки и жилищемъ роженницы. Но если при этомъ встрѣчается сопротивленіе, женщина чувствуетъ боль, нужно воздержаться отъ поспѣшнаго влеченія, такъ какъ обыкновенно это уже будетъ патологическій случай, который требуетъ другаго рода дѣйствій, о чемъ будемъ говорить потомъ. Если послѣдъ вынуть, нужно тщательно его осмотрѣть, чтобы убѣдиться, совершенно ли удаленъ онъ и съ нимъ оболочки. Очень часто при этомъ находятъ измѣненія, позволяющія нѣкоторыя заключенія объ утробной жизни.

По разрѣшеніи женщину оставляютъ только тогда, когда

увѣрены, что матка будетъ сокращаться надлежащимъ образомъ; нужно быть особенно внимательнымъ, если существуетъ наклонность къ кровотечениямъ.

III) Видоизмѣненія описаннаго образа дѣйствій  
при разныхъ положеніяхъ.

§ 227. Все, что сказано въ предъидущихъ §§ относится конечно ко всякимъ правильнымъ родамъ, преимущественно къ самымъ частымъ ихъ видамъ — къ родамъ въ 1 и 2 черепныхъ положеніяхъ. При 3 и 4 черепныхъ положеніяхъ выхождение головки всегда медленно и скорѣе надобно ожидать разрыва промежности, нежели при обыкновенныхъ черепныхъ положеніяхъ. Потому здѣсь болѣе всего нужно заботиться о поддержаніи промежности и въ это время запрещать выработываніе потугъ.

При *лицевыхъ положеніяхъ* должно избѣгать всякихъ попытокъ къ превращенію ихъ въ черепное, такъ какъ опытъ показалъ, что роды при лицевомъ положеніи протекаютъ благополучно для той и другой стороны и всякое измѣненіе положенія только ухудшаетъ предсказаніе, потому что измѣнить положеніе нельзя и попытки сдѣлать это обусловливаютъ только еще болѣе неприятныя осложненія. Поэтому необходимо оставаться въ покоѣ, запастись достаточно терпѣніемъ, такъ какъ теченіе родовъ при лицевыхъ положеніяхъ гораздо медленнѣе, чѣмъ при черепныхъ. Самое изслѣдованіе должно производить съ осторожностью, чтобы въ періодъ разверзанія не прорвать пузыря и не повредить глазъ въ періодъ изверженія. Необходимо запретить всякое содѣйствіе со стороны роженицы, почему ей дается положеніе на боку, именно на томъ, гдѣ находится лобъ младенца, такъ какъ это способствуетъ передвиженію подбородка кпереди. И здѣсь, по тѣмъ же причинамъ, необходимо тщательное поддержаніе промежности, какъ и при необыкновенныхъ черепныхъ положеніяхъ, только здѣсь давленіе въ направленіи къ лоннымъ костямъ должно быть не слишкомъ сильно, потому что оно прижимаетъ шейные сосуды. Далѣе осторожность требуетъ предварить мать и остальныхъ окружающихъ еще до выведенія младенца касательно обезображенія лица опухолью, чтобы онѣ потомъ не испугались и легче повѣрили, что это безобразіе происходитъ въ нѣсколько дней само собой. Во все теченіе родовъ, отъ разрыва пузыря до разверзанія маточнаго рыльца, не-

обходимо тщательно выслушивать животъ женщины, чтобы своевременно опредѣлить опасность для жизни младенца, столь легко рождающуюся въ подобныхъ случаяхъ, и заблаговременно приступить къ дѣлу.

§ 228. Обязанности акушера при *тазовыхъ положеніяхъ* опредѣляются тѣмъ, что при нихъ обыкновенно роды протекаютъ тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ менѣе въ нихъ вмѣшиваются. Этому правила должно всегда держаться, пока можно. Такъ какъ при тазовыхъ положеніяхъ весьма важно сохранять пузырь, пока можно, потому что онъ лучше всего расширяетъ пути и потому что, по стока водъ, жизни младенца угрожаетъ опасность отъ непосредственнаго давленія со стороны стѣнокъ матки, то и здѣсь необходимо изслѣдовать осторожно и запретить роженицѣ всякое содѣйствіе. Последнее запрещается также и потому, что чѣмъ медленнѣе и правильнѣе вообще происходятъ роды задницы и тупловища, тѣмъ лучше развиваются потуги, тѣмъ легче рождается головка. Строго запрещается всякое влеченіе за лежащія части, всякое искусственное поворачиваніе, потому что это ускоряетъ произвольныя и самыя благопріятныя поворачиванія тѣла младенца, уничтожаетъ хорошее членорасположеніе его, а слишкомъ быстрое опорожненіе матки ослабляетъ ея сократительную способность, слѣд. затрудняетъ выведеніе головки. При медленномъ теченіи родовъ случается акушеру терять терпѣніе, да къ тому присоединяются просьбы окружающихъ и роженицы; но какъ ни велико искушеніе, какъ ни легка хотя малая подмога, все таки слѣдуетъ отъ нея удерживаться. На сколько несообразно влеченіе младенца, на столько же и выправленіе ножекъ при задничныхъ подоженіяхъ (если это не показуется особенно другими обстоятельствами) маневръ, который еще такъ недавно былъ въ ходу, да и теперь еще употребляется самоучками и людьми неопытными. Нѣтъ ничего несообразнѣе этого, по извѣстнымъ уже причинамъ, и всякій благоразумный акушеръ безъ сомнѣнія скорѣе предпочтетъ еще болѣе увеличить объемъ лежащей задницы, нежели уменьшить.

Какъ только пузырь будетъ готовъ лопнуть или уже лопнетъ, должно дать роженицѣ такое положеніе, чтобы можно было во всякое время приступить къ дѣлу, потому что неизвѣстно, что произойдетъ въ теченіе родовъ и какія мѣры будутъ необходимы. Если тазъ и нижняя часть живота уже родились, нужно особенно позаботиться о пуповинѣ. Сильно натянутую пуповину ослабляютъ, слегка оття-

гивая ее нѣсколько за конецъ, прикрѣпленный къ послѣду. Если пуповина нисходитъ отъ пупка между бедрами младенца переходитъ на его спинку и потомъ уже прикрѣпляется къ послѣду т. е. если *»младенецъ сидитъ на пуповинѣ верхомъ«*, то часть ея, идущую по спинѣ, оттягиваютъ, ножку сгибаютъ въ колѣнѣ а черезъ него перекидываютъ пуповину. Въ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ это окажется бесполезнымъ, а пуповина очень натянута, ее перевязываютъ выше лигатуры и за тѣмъ быстро дѣлаютъ искусственное родоразрѣшеніе.

Если туловище родилось до плечекъ, можно дозволить роженицѣ жилие. *Поддерживаніе промежности* необходимо только при прохожденіи подлежащей части и головки. Здѣсь нужно обращать на него особенное вниманіе и для облегченія рожденія головки, можно при врѣзываніи кзади лежащей части ея слегка приподнимать туловище, предварительно завернутое уже въ пеленку, къ животу роженицы. Поддерживаніе промежности ни въ какомъ случаѣ не должно быть такъ сильно, чтобы могло приостанавливать выходненіе головки. Если послѣднее промедлитъ болѣе 2-хъ, 3-хъ минутъ, то роды оканчиваются уже искусственно (о чемъ будетъ рѣчь впоследствии).

§ 229. Если по рожденіи перваго младенца убѣдились, что въ *маткѣ есть еще другой*, то прежде всего должно перевязать и тотъ конецъ пуповины перваго младенца, который прикрѣпленъ къ послѣду, чтобы такимъ образомъ второй не изошелъ кровью. Съ большой осторожностью должно сообщить матери о присутствіи еще втораго младенца и за тѣмъ точнымъ изслѣдованіемъ увѣриться въ его положеніи и постановкѣ. Если оно правильно и нѣтъ вышеописанныхъ опасныхъ явленій, то должно выжидать вторичнаго появленія потугъ. Послѣднія часто заставляютъ себя ждать довольно долго, что совершенно благопріятно, потомучто чрезвычайнао растянута матка успѣетъ плотнѣе обхватить оставшагося младенца и получить новыя силы. Если и чрезъ нѣсколько часовъ потуги не явятся, то ихъ вызываютъ треніемъ и давленіемъ матки чрезъ брюшныя покровы, а еще лучше разрывомъ пузыря. Въ остальномъ роды втораго младенца протекаютъ подобно простымъ и повторяется только періодъ изверженія. Поэтому и пособія, здѣсь необходимыя, будутъ тѣже, какія уже изложены выше.

Правила, данныя для послѣродоваго періода, по рожденіи втораго младенца должны быть соблюдаемы еще точнѣе, чѣмъ при простыхъ родахъ; потомучто здѣсь матка растя-

нута сильнѣе, находящаяся въ ней масса послѣда больше, а слѣдовательно больше мѣсто прикрѣпленія его къ маткѣ, большая склонность къ кровотеченію, а отсюда и большая опасность. Нужно быть очень осторожнымъ при выведеніи послѣда; при влеченіи за пуповину прежде, нежели мѣсто прикрѣпленія ея будетъ въ маточномъ рыльцѣ, вообще прежде полного отдѣленія послѣда, она конечно будетъ подаваться, но не отъ выхожденія послѣда, а отъ опущенія дна матки— состояніе, которое легко можетъ перейти въ очень опасный заворотъ (о чемъ будетъ рѣчь потомъ). Потому тогда только можно дѣлать попытки къ удаленію послѣда, когда вполне убѣдились въ совершенномъ его отлупченіи, при чемъ должны быть еще вышеописанныя настоятельныя показанія къ его удаленію. Выведеніе послѣда дѣлается также, какъ и при простыхъ родахъ, только здѣсь влеченіе должно быть равномерное за обѣ пуповины. Если послѣдъ не выходитъ, то пробуютъ потягивать за ту и за другую пуповину и извлекаютъ за ту, которой послѣдъ подается. Если и тутъ не удастся его удаленіе, пуповины грозятъ отрывомъ, то полной рукой входятъ во влагалище и, захвативъ послѣдъ рукой, извлекаютъ его при вращательномъ движеніи, чтобы оболочки обвились около него и съ нимъ вышли совершенно.— Если по рожденіи перваго младенца, его послѣдъ стоитъ въ маточномъ рыльцѣ или влагалищѣ и запираетъ путь второму, то его бережно и осторожно удаляютъ, потому что въ этомъ случаѣ конечно нѣтъ взаимнаго сращенія послѣдовъ; но, встрѣчая при этомъ нѣсколько сильное сопротивленіе, должно остановиться, чтобы не разорвать преждевременно оболочки втораго младенца.

**ОБЪ УПОТРЕБЛЕНІИ ХЛОРОФОРМА ВЪ АКУШЕРСТВѢ,  
ОСОБЕННО ПРИ ПРАВИЛЬНЫХЪ РОДАХЪ.**

§ 230. Польза, оказанная анестетическими средствами въ хирургической практикѣ, привела потомъ къ употребленію ихъ и при родахъ. Извѣстно, что сперва употребляли сѣрный эфиръ (1846—47), который вскорѣ былъ вытѣсненъ хлороформомъ (употребленнымъ впервые Симпсономъ въ Единбургѣ, въ ноябрѣ 1847) по причинамъ, въ настоящее время извѣстнымъ всякому. <sup>1)</sup> Введеніе Симпсономъ въ Аку-

<sup>1)</sup> Употребленный въ послѣднее время *Amylen* совершенно лишній и не представляетъ тѣхъ выгодъ, какъ хлороформъ, почему послѣдній и не можетъ быть вытѣсненъ изъ употребленія.



шерство ээира (январь 1857), а потомъ хлороформа, вскорѣ вошло въ общее употребленіе. Хотя многіе врачи еще не сошлись въ опредѣленіи приѣма хлороформа, тѣмъ не менѣе большинство сознается въ томъ, что анестезія при родахъ безопасна, а потому должна быть одобрена. Въ самомъ дѣлѣ, если обратить вниманіе на краткость времени (9, 10 лѣтъ), протекшаго съ перваго дня введенія хлороформа въ употребленіе, то нужно удивляться числу его приверженцевъ, особенно если вспомнить медленность, съ которой вводятся во всеобщее употребленіе самыя важныя и великія открытія въ медицинѣ.

Употребляя хлороформъ при хирургическихъ операціяхъ, доводятъ его дѣйствіе до полнаго усыпленія, чтобы прекратить всякую боль и доставить больнымъ полный покой. Нѣкоторые совѣтуютъ тоже и въ акушерской практикѣ, большинство же акушеровъ считаетъ это лишнимъ, потому что при родахъ боли совершенно устраняются гораздо меньшимъ приѣмомъ, *съ чѣмъ и я вполне согласенъ.*

§ 231. При вдыханіи хлороформа въ умѣренномъ количествѣ и смѣшаннаго надлежащимъ образомъ съ атмосфернымъ воздухомъ, *прежде всего уменьшается чувствительность вообще, вособенности же потугъ, при чемъ сознание сохраняется вполне.* Сокращенія матки сначала не надолго прекращаются, потомъ появляются снова. Роженица чувствуетъ наступленіе потугъ, выражаетъ это стопами и жикеньемъ, но достаточно нѣсколькихъ вдыханій, чтобы исчезла боль и безпокойство, женщина лежитъ покойно и, по видимому, спитъ. Она можетъ отвѣчать на вопросы и находится какъ бы въ полусонномъ состояніи, *«она знаетъ, что есть потуги, но не страдаетъ.»* Нѣкоторыя женщины конечно бываютъ безпокойнѣе и теряютъ чувствительность только послѣ гораздо большихъ приѣмовъ; нѣкоторыя, не смотря на полную анестезію, мечутся и сильно шумятъ, при всемъ томъ онѣ анестезированы и послѣ ничего объ происшедшемъ не знаютъ. Это особенно относится къ истерическимъ женщинамъ.

*Если послѣ болѣе сильныхъ вдыханій пережили первый періодъ, то наступаетъ полная наркотизація т. е. потеря сознания и движенія, а потомъ и рефлекторной раздражительности.* Далѣе идти не должно изъ опасенія асфиксіи. Потуги при сильной наркотизаціи конечно бываютъ слабѣе и рѣже, но не прекращаются совершенно; о параличѣ матки нѣтъ и рѣчи — она вслѣдствіе раздраженія сокращается совершенно какъ должно.

§ 332. *Возраженія противниковъ хлороформа*, руководимыхъ привычкой и привязанностью къ старинѣ, или же худшими побужденіями, число которыхъ въ Германіи значительно, менѣе въ Англіи и Франціи, гдѣ акушерское анестезированіе постоянно распространяется больше и больше во всѣхъ кругахъ, съ высшихъ и донисшихъ, возраженія противниковъ анестезированія различны. Я не стану говорить здѣсь о религіозныхъ и нравственныхъ возраженіяхъ, упомяну также вскользь и о томъ, будто *хлороформъ препятствуетъ естественному физиологическому процессу*. Боли при родахъ разматриваютъ за необходимое явленіе въ противоположность тѣмъ болямъ, которыя происходятъ при ненормальныхъ состояніяхъ, даже считаютъ ихъ спасительными придами, «которыхъ нельзя устранять, не вмѣшиваясь въ права природы».

Что сокращенія матки необходимы для окончанія родовъ, это понятно само собой; совсѣмъ другое дѣло боли, ими вызываемыя. Боль есть чисто вторичное явленіе, вызываемое опредѣленными процессами, устранять которое мы въ правѣ во всѣхъ отрасляхъ медицины. Почему же этого права лишены роженицы, если это можетъ быть сдѣлано безъ всякой опасности? Боли при родахъ происходятъ вслѣдствіе тренія маточныхъ нервовъ, вслѣдствіе давленія на нервныя сплетенія таза и наружныхъ половыхъ частей. Онѣ тѣмъ необходимы, что процессъ, ихъ обусловливающий, съ устраненіемъ ихъ не нарушается.

Болѣе важное возраженіе то, что *хлороформъ вреденъ какъ для младенца, такъ и для матери и причиняетъ не малую опасность*. Этого не испытали тѣ, которые много употребляли хлороформъ, напротивъ только тѣ, которые сдѣлали нѣсколько наблюдений, да и то съ предубѣжденіемъ. Нельзя не согласиться, что были смертные случаи отъ употребленія хлороформа; удивительно только, что неизвѣстно ни однихъ родовъ, при которыхъ бы это случилось. Быть можетъ, что возбужденіе дѣятельности сердца каждой потугой предотвращаетъ параличъ этого органа и отсюда происходитъ такой счастливый результатъ? Могли быть неудачи также оттого, что употребляли нечистый, дурной хлороформъ. Положимъ, хлороформъ опасное средство, а развѣ это причина для того, чтобы прекратить его употребленіе? Да какое же средство у насъ въ аптекахъ совершенно безопасно? И если были несчастные случаи, особенно если были слишкомъ слабы сокращенія матки, или они совершенно прекращались,

или если наступило въ послѣродовомъ періодѣ кровотеченіе вслѣдствіе расслабленія маточныхъ стѣнокъ, во всемъ этомъ виноватъ не хлороформъ, а злоупотребленіе имъ по невѣжеству или невнимательности.

Особенно часто высказывали тотъ упрекъ, что *хлороформъ ослабляетъ и совершенно прекращаетъ потуги!* — Какимъ же образомъ наблюдали сокращенія матки у животныхъ, которыя были такъ сильно наркотизированы, что не обнаруживали ни малѣйшаго движенія, за исключеніемъ дыханія и бѣшенія сердца? Однимъ словомъ всѣ возраженія основываются на гипотезахъ и догадкахъ, отчасти на зломъ умыслѣ и тѣмъ всего болѣе содѣйствуютъ введенію хлороформа во всеобщее употребленіе въ акушерской практикѣ.

Что младенецъ отъ дѣйствія хлороформа нисколько не страдаетъ, съ этимъ согласны всѣ, которые много и хорошо наблюдали, хотя бы онъ и переходилъ въ его кровь, что конечно еще на долго остается недоказаннымъ и въ высшей степени проблематичнымъ.

§ 233. *Если слѣдов. осторожное употребленіе хлороформа не причиняетъ ни малѣйшаго вреда, то тѣмъ большія выгоды на его сторонѣ.* Я не буду говорить здѣсь о патологическихъ случаяхъ, въ которыхъ онъ тѣмъ болѣе показывается и о которыхъ будетъ сказано въ своемъ мѣстѣ, и ограничусь слѣдующими замѣчаніями касательно правильныхъ, естественныхъ родовъ. При правильныхъ родахъ можно безъ малѣйшей опасности уменьшать боли и доставить роженицѣ тѣлесный и душевный покой. Этимъ сбережемъ силы, а съ тѣмъ вмѣстѣ достигнемъ быстрѣйшаго поправленія отъ родовыхъ напряженій въ послѣродовомъ состояніи; онъ уменьшаетъ безпокойство роженицы и часто обременительное для нея жилище; изслѣдованіе и различныя мелочныя пособія едва ли заслуживаютъ упоминанія, да къ тому же они и менѣе обременительны. *Потому и принято совершенно предлагать роженицамъ хлороформированіе, отнюдь впрочемъ не принуждая ихъ къ этому.* Кромѣ устраненія болей, при правильныхъ родахъ бываютъ часто явленія, особенно у нѣжныхъ субъектовъ, влекушія за собой нѣкоторую опасность и вредъ, которыя посредствомъ анестезіи можно предотвратить и устранить.

По моему мнѣнію, употребленіе хлороформа *противопоказуется* въ случаяхъ кровотеченій, болѣзней органовъ кровообращенія и дыханія и воспалительнаго пораженія мозга, потому что явленія кровотеченій отъ того ухудшаются, а при

сказанныхъ болѣзняхъ легко можетъ наступить несчастный исходъ или, по крайней мѣрѣ, дурныя послѣдствія.

§ 234. *Правила, наблюдаемая при употребленіи хлороформа, слѣдующія:*

1) *Употребленіе особеннаго инструмента, такъ называемаго ингалятора (Inhaler) излишне, такъ какъ выгоды, приписываемыя ему, съ экономической стороны пустая химера, на приготовленіе его, на прилитіе хлороформа теряется много времени, а доступъ атмосфернаго воздуха еще легче. Вслѣдствіе всего этого и нѣкоторыхъ другихъ неудобствъ употребляютъ простой носовой платокъ, сложенный конусомъ. Въ глубь этого конуса наливаютъ хлороформа, открытое основаніе держать передъ ртомъ и носомъ и, если вдыханіе болѣе не нужно, платокъ сжимаютъ, чтобы воспрепятствовать улетучиванію анестезирующаго средства. Платокъ должно всегда держать въ нѣкоторомъ разстояніи отъ лица роженицы, чтобы воздухъ атмосферный могъ имѣть свободный доступъ и вмѣстѣ съ хлороформомъ входилъ въ легкія. Въ промежуткахъ между вдыханіями обмахиваютъ лице руками, чтобы развѣять хлороформъ, находящійся въ воздухѣ передъ ртомъ и носомъ.*

2) *Хлороформъ долженъ быть совершенно чистъ.*

3) *При правильныхъ родахъ хлороформированіе начинается уже тогда, когда боли сдѣлались жестокими и роженица сама изъявила на то желаніе, что обыкновенно бываетъ въ концѣ разверзательнаго періода и въ слѣдующемъ. Хлороформированіе можно дозволить бабкѣ или сидѣлкѣ, но только подъ собственнымъ наблюденіемъ.*

4) *Вдыханіе производится только во время потуши и останавливается съ прекращеніемъ ея и во время паузы. Иногда при жестокихъ боляхъ допускается одно и два вдыханія хлороформа и во время паузы.*

5) *При правильныхъ родахъ никогда не должно переходить за первую степень его дѣйствія т. е. долѣе устраненія потуговыхъ болей, должно стараться сохранять общую чувствительность и усиливать дѣйствіе только съ усиленіемъ болей, слѣдов. при выхожденіи головки.*

6) *Не должно начинать съ слишкомъ сильнаго пріема, но и не съ слишкомъ слабаго, который часто не производитъ никакого дѣйствія или только возбуждаетъ роженицу, не уничтожая боли.*

7) *Не должно принуждать роженицу къ опредѣленному положенію, и особенное вниманіе надобно обращать на растя-*

женіе мочевого пузыря, который, въ случаѣ надобности, опорожняется катетеромъ.

8) Не должно употреблять хлороформа непосредственно послѣ принятія пищи, а также и натошакъ, если это состояніе продолжается уже довольно долго.

9) Необходимо строго приказать окружающимъ наблюдать величайшую тишину, особенно при началѣ вдыханій. Сильный говоръ легко возбуждаетъ женщинъ, онѣ начинаютъ также болтать, часто вещи безсмысленныя, что не можетъ быть пріятно ни для нея, ни для окружающихъ. Къ тому же при этомъ гораздо труднѣе достигнуть правильнаго дѣйствія. За симъ нужно тотчасъ освѣжать воздухъ и удалять отъ лица роженицы хлороформъ, какъ только родится младенецъ.

10) Не нужно приводить ее въ себя; гораздо лучше, если она очнется сама, покойно, что обыкновенно бываетъ еще до выведенія послѣда. Въ промежуткахъ надобно наблюдать внимательно за маткою, положивъ на животъ руку и слегка потирая его, чтобы она достаточно сокращалась. Такимъ образомъ можно удерживать роженицу въ состояніи анестезіи довольно долго (по Simpson'у — 14 часовъ, Protheroe Smith —  $28\frac{1}{2}$ , а я самъ 4 — 5). Для болѣе безопаснаго предотвращенія кровотеченій послѣ родовъ, кладутъ на животъ повязку, чтобы возбудить матку къ постоянному, достаточному сокращенію.

Желающій ближе узнать относящееся къ употребленію хлороформа въ акушерской практикѣ можетъ сравнить: Simpson, *obstetric Memoirs and Contributions*, «Edinburgh 1856. Vol. II. Part. VII». *Anaesthesia.* » — Houzelot — «*de l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple.*» Meaux 1854. — Kriger въ «*Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. zu Berlin* 3 и 8 Н. 1855. — Scanzoni въ «*Beiträge z. Geburtskunde u. Synäkologie*» 2 B. 1855. — Kaufmann «*die neuere in London gebräuchliche Art d. Anwendung d. Chlorof. etc.*» Hannover. 1853. Murphy «*Chloroform, its properties etc. in Childbirth.*» London. 1855. — O. Spiegelberg «*über die, Anwendung. d. Chlorofoms. in d. Geburtsh.* 3 Vorles.» въ *Deutsche Klinik*, 1856.

## ТРЕТИЙ ОТДѢЛЪ.

### ФИЗИОЛОГІЯ И ДІЕТЕТИКА РОДОВЪ.

§ 235. Уже выше было сказано, что обратный ходъ процессовъ въ организмѣ матери, обусловливаемыхъ беременностью, начинается родами, съ наступленіемъ потугъ. За тѣмъ это пуерперальное состояніе продолжается далѣе и все пространство времени, нѣсколько недѣль, необходимое для его окончанія называется родильнымъ состояніемъ. Этотъ періодъ объемлетъ 4 — 6 недѣль.

И такъ въ пуерперальномъ состояніи органы, принимавшіе участіе въ беременности, возвращаются къ первобытному состоянію, хотя вполне этого они не достигнутъ. Рука объ руку съ этимъ идетъ исправленіе измѣненій во всемъ организмѣ, вызванныхъ беременностью и актомъ родовъ. По мѣрѣ того, какъ дѣятельность тазовыхъ половыхъ органовъ упадаетъ, *груди*, которыя должны доставлять питательный матеріалъ новорожденному младенцу, приходятъ въ состояніе болѣе возвышенной дѣятельности. Обратное образование и развитіе идутъ между собой параллельно, почему и то, и другое должно быть рассмотрѣно здѣсь; съ тѣмъ вмѣстѣ необходимо наблюдать измѣненія и въ новорожденномъ.

## ГЛАВА I.

### ИЗМѢНЕНІЯ ВЪ ТѢЛѢ МАТЕРИ.

#### 1) во всемъ организмѣ.

§ 236. За сильными напряженіями во время родовъ слѣдуетъ пріятный покой; женщина чувствуетъ значительное облегченіе, прежде возбужденный пульсъ теперь медленный и мягкій, кожа покрыта потомъ и, какъ слѣдствіе изнеможенія, наступаетъ пріятный, укрѣпляющій силы сонъ. Иногда конечно безпокойное состояніе продолжается еще нѣкоторое время и послѣ родовъ; наступаютъ потрясающія ознобы и склонность къ обморокамъ, сопровождаемые об-

щимъ потомъ. Они проходятъ большей частью безъ вреда и составляютъ послѣдствія предшествовавшего значительнаго возбужденія. Иногда впрочемъ они принимаютъ злокачественный характеръ и, составляя слѣдствіе мгновеннаго истощенія центральной нервной системы, требуютъ съ нашей стороны величайшаго вниманія.

Проспавъ нѣсколько часовъ и такимъ образомъ оправившись, роженица чувствуетъ себя лучше, легче, сильнѣе. За тѣмъ начинаютъ образоваться ниже описываемые пuerперальные процессы. На первомъ планѣ выстоятъ возвращеніе половыхъ частей къ первобытному состоянію, уменьшеніе матки и развитіе груди, а къ нимъ присоединяется рядъ общихъ явленій, которыя частью обуславливаются этими процессами, частью происходятъ отъ тѣхъ же причинъ.

§ 237. *Роженица представляетъ женщину, которой нанесена рана*, отсюда впервые дни мы видимъ ускореніе и возбужденіе пульса, возвышеніе температуры и легкіе приступы озноба. Токъ крови измѣненъ, изъ брюшной полости она отдѣляется въ общее кровоточеніе, слѣдствіемъ чего бываютъ общіе поты, поддерживающіе кожу въ первые 8 дней почти постоянно влажной, за рѣдкими исключеніями. — *послуродовые поты*. Эти поты не имѣютъ ничего специфическаго, какъ это думали прежде. Существенное вліяніе на усиленное отдѣленіе кожи оказываетъ конечно смѣшеніе крови, измѣненное принятіемъ продуктовъ разложенія изъ половыхъ частей и начавшимся отдѣленіемъ молока. Вслѣдствіе этого прилива къ кожѣ и происшедшаго отсюда выпотѣнія въ волосяныя луковицы часто выпадаетъ часть волосъ на головѣ. Отложившійся во время беременности пигментъ болѣе или менѣе исчезаетъ, бѣлая линия на животѣ и сосковые дворики дѣлаются свѣтлѣе.

*Отдѣленіе мочи* въ началѣ бываетъ уменьшено вслѣдствіе уменьшенной гипереміи тазовыхъ органовъ и усиленія ея въ кожѣ и другихъ органахъ. Иногда оно въ первые дни отъ давленія на мочевыя органы бываетъ затруднено, часто даже вслѣдствіе паралича дѣлается невозможнымъ. Самая моча гуще, содержитъ менѣе элементовъ слизи (если только не будетъ случайной примѣси отдѣляемаго половыми частями); въ ней можно доказать присутствіе молочной, масляной кислоты, иногда также и сахара.

238. Механическія отношенія *брюшной полости* измѣняются, прекращается давленіе на ея органы, они занимаютъ прежнее положеніе. *Испраженія* въ первые дни замед-

лены вслѣдствіе покойнаго положенія роженицъ, обильнаго отдѣленія кожи, незначительнаго принятія пищи, большаго растяженія и меньшей сократительной способности кишечнаго канала. *Брюшина стѣнка* представляется ослабленной, особенно между пупкомъ и тазовой областью. Происшедшія отъ растяженія ея истонченія кожи остаются въ видѣ бѣловатыхъ полосокъ. Аппетитъ уменьшенъ, жажда усилена, — слѣдствіе сильныхъ потовъ и лихорадочнаго возбужденія.

Съ прекращеніемъ давленія и *дыханіе* дѣлается свободнѣе, легкія въ нижнихъ своихъ доляхъ расширяются сильнѣе, сперва только мало-по-малу они наполняются воздухомъ и уже потомъ достигаютъ прежняго своего объема. Разведенныя кнаружи нижнія ребра сближаются между собой, но никогда не возвращаются въ первобытное состояніе, такъ что грудь въ нижней части остается шире и прежняя пѣжная талія уже большей частью теряется навсегда.

Съ уничтоженіемъ прижатія брюшныхъ сосудовъ уменьшаются быстро существовавшія во время беременности *oedema et varicositates нижнихъ конечностей*; изъ нихъ первое исчезаетъ совершенно, послѣднія же никогда, хотя со временемъ и значительно уменьшаются.

Въ заключеніе изглаживается и возвышенная раздражительность и возбужденіе *нервной системы* на столько же постепенно, какъ и другія отправления, хотя еще существуютъ болѣе или менѣе долгое время усиленная склонность къ невралгіямъ и душевнымъ болѣзнямъ.

## II) измѣненія въ половыхъ частяхъ.

§ 239. *Измѣненіе, обнаруживающееся въ маткѣ, состоитъ въ постоянномъ уменьшеніи, въ атрофій ея элементовъ при одновременномъ развитіи новыхъ.* Вслѣдствіе этого матка принимаетъ прежнюю величину, видъ и положеніе, и мы здѣсь имѣемъ удивительный образецъ органа, который почти совершенно уничтожается и потомъ вскорѣ образуется снова.

Вскорѣ послѣ родовъ матка представляетъ твердый, плотный шаръ, величиною въ голову взрослога человѣка, неправильнаго очертанія съ неровной поверхностью, находящейся между пупкомъ и лобкомъ, склоняясь обыкновенно нѣсколько вправо. Черезъ нѣсколько часовъ матка дѣлается рыхлѣе, мягче и незамѣтно поднимается вверхъ. Но за тѣмъ



уменьшеніе ея подвигается впередъ правильно. Спустя два дня этотъ органъ имѣеть 7 — 8" длины, 4" ширины и около  $1\frac{1}{2}$  фунтовъ вѣса, его стѣнка въ днѣ имѣеть 1 —  $1\frac{1}{2}$ " толщины. Черезъ недѣлю она возвышается надъ лобкомъ уже на нѣсколько поперечныхъ перстовъ, вѣситъ 1 ф. съ нѣсколькими унціями, а длиной въ 5 — 6". Черезъ 14 дней можно прошунать матку черезъ брюшные покровы только съ большимъ трудомъ, или вовсе нельзя, такъ какъ она уже вступила въ тазовую полость. Въ это время вѣсъ ея до  $\frac{3}{4}$  фунта, толщина стѣнокъ около  $\frac{1}{8}$ ", самая большая длина 5". — Уменьшаясь такимъ образомъ все больше и больше, въ концѣ мѣсяца она вѣситъ 5 — 6 унцій, а чрезъ 6 недѣль почти достигаетъ прежняго своего вѣса и величины. Но все таки она остается нѣсколько тяжеле и больше, полость ея шире, чѣмъ въ дѣвственномъ состояніи. Никогда однако она не получаетъ прежняго вида, она круглѣе и шаровиднѣе.

Очень скоро послѣ родовъ шейка принимаетъ снова втулкообразную форму; въ первые дни она весьма рыхла, мягка, какъ бы раздавлена; маточное рыльце широко зияетъ, неровно надорвано и припухло. На 5 — 6-й день шейка равномерно уменьшается, при чемъ надвлагалищная ея часть запирается раньше влагалищной. Съ этого времени губки маточнаго рыльца прилежатъ другъ къ другу, дѣлаются плотнѣе и уже не позволяютъ болѣе вводить палецъ такъ легко и высоко въ воронкообразный сверху каналъ. Черезъ 14 дней шейка имѣеть до  $1\frac{1}{2}$ " въ длину, влагалищная часть  $\frac{1}{2}$ ".

§ 240. Это уменьшеніе матки, какъ уже выше замѣчено, зависитъ отъ атрофіи ея элементовъ, по преимуществу мышечныхъ волоконъ, исчезающихъ по жировомъ перерожденіи. Не остается ни одного такъ сильно развитаго волокна. Это превращеніе начинается не раньше 4 — 5 дня и не позже осьмага, при этомъ въ тѣлѣ прежде, нежели въ шейкѣ, а здѣсь опять во внутреннихъ слояхъ волоконъ раньше, чѣмъ въ наружныхъ. Въ отдѣльныхъ волокнахъ жировое перерожденіе начинается вдругъ на нѣсколькихъ мѣстахъ; петлистое строеніе пропадаетъ, очертанія дѣлаются блѣднѣе, внутри ихъ появляются желтые шарики и ихъ затемняютъ. Это жировое перерожденіе ведетъ къ растворенію волоконъ. Рука объ руку съ нимъ идетъ сильное всасываніе маточной ткани. Въ разрѣзѣ органъ представляется красновато-желтымъ, потомъ грязно-блѣдно-желтымъ, спинкой ножа мож-

но выдавить жировыя капли, видимыя простымъ глазомъ; ткань чрезвычайно дрябла, рыхла и удоборазрывается. Около четвертой недѣли, когда матка уже очень мала, но стѣнки ея все еще представляютъ вышеописанныя свойства, снова начинается новообразованіе, при чемъ въ наружныхъ слояхъ появляются снова зернистыя ячейки, скоро переходящія въ волокнистыя и принимающія видъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ тоже время, когда такимъ образомъ распадается и всасывается и остатокъ прежней ткани, одновременно въ нѣсколькихъ точкахъ начинается развитіе новой, такъ что въ концѣ втораго мѣсяца возстановленіе органа уже оканчивается. Пуерперальныя болѣзни не имѣютъ на эти процессы вообще никакого вліянія. (Retzius, F. M. Kilian, Heschl, Kölliker).

§ 241. Уменьшеніе матки, всасываніе и выдѣленіе умершихъ элементовъ ея происходитъ отъ *послѣродовыхъ потугъ* и при ихъ содѣйствіи. Это дѣйствительныя сокращенія матки, весьма хорошо осязаемая рукой, приложенной къ животу, осязаемая также самой роженицей въ видѣ потугъ, стягивающихъ по направленію отъ крестца къ лобку и выгоняющихъ иногда изъ полости матки кровь, остатки яйца — *dolores post partum*.

Они наступаютъ ритмически, особенно часты въ первые дни родильнаго состоянія, за тѣмъ постепенно исчезаютъ. Сосаніе младенца почти постоянно вызываетъ ихъ и усиливаетъ уже существующія (рефлексъ изъ верхней части спиннаго мозга). У рождающихъ не въ первый разъ они сильнѣе влѣдствіе быстраго опорожненія матки во время родовъ, равно какъ вообще ихъ сила и продолжительность находятся въ обратномъ отношеніи съ продолжительностью родовъ. Отсюда слѣдуетъ, что послѣродовыя боли тѣсно связаны съ уменьшеніемъ матки; онѣ составляютъ продолженіе родовыхъ болей; чѣмъ сильнѣе эти послѣднія, тѣмъ слабѣе послѣродовыя боли и наоборотъ, такъ что бабки правы, говоря: «родовыя боли ни одной женщинѣ ничего не подарятъ». Далѣе, чѣмъ сильнѣе было растяженіе матки, тѣмъ сильнѣе будутъ и послѣродовыя боли, такъ что очень часто и въ большихъ размѣрахъ ихъ наблюдали послѣ двоенъ, *hydramnios* — по предъидущему явленіе необходимое.

Очень рѣдко онѣ бываютъ такъ сильны, чтобы причиняли роженицѣ чрезвычайную боль и превращались въ чистую невралгію; большей частью онѣ исчезаютъ постепенно черезъ нѣсколько дней, гдѣ же этого нѣтъ, тамъ суще-

ствуеѣтъ патологическое состояніе. Вслѣдствіе этихъ сокращеній маточные сосуды запираются, кровь изъ нихъ вытѣсняется вонъ, полость уменьшается; кромѣ того выводятся остатки тканей маточныхъ стѣнъ, содержащая въ нихъ кровь, а также и тѣ отдѣленія внутренней ея поверхности, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить.

§ 242. Любопытно состояніе *внутренней поверхности матки*. На мѣстѣ послѣда сгущиваются кровяные свертки, запирающіе отверстія сосудовъ. Все это вмѣстѣ представляетъ бугроватая мясистая массы, придающія этому мѣсту ворсинчатый, неровный видъ. Слизистая оболочка полости матки т. е. *decidua* выдѣляется клочками и подъ ней образуется новая слизистая оболочка. Да и эта при своемъ развитіи претерпѣваетъ безпрестанное отслоиваніе, поверхностные ея элементы — эпителий — постоянно сталкиваются, подъ ними образуются новые. Поэтому мышечная оболочка обнажена и клочковата. Впослѣдствіи уже образуется постоянная слизистая оболочка, молодая соединительная ткань, въ которой постепенно появляются утрикулярныя желѣзы, покрытыя сначала шахматнымъ эпителиемъ, впослѣдствіи сдѣлывающимся и замѣняемымъ эпителиемъ цилиндрическимъ. Этотъ процессъ идетъ рука объ руку съ измѣненіями мышечной оболочки, возстановленіемъ которой онъ и завершается. (Heschl, F. M. Kilian, Kölliker).

§. 243. Разрушенные элементы ткани, остатки слизистой оболочки, отдѣлившіяся отъ нея эпителий, мышечныя волокна внутр. слоя матки, претерпѣвшія жировое перерожденіе постоянно выдѣляются смѣшанными съ кровью, находящейся еще въ полости матки въ первые дни послѣродоваго состоянія. Это выдѣленіе называютъ *послѣродовымъ очищеніемъ, lochia*. Какъ оно образуется, какимъ образомъ со временемъ измѣняется и на что указываетъ, это изъ изложеннаго видно само собой.

Въ первые 3 — 4 недѣли оно состоитъ изъ крови, смѣшанной съ клочками, поэтому оно кажется темно-буро-краснаго цвѣта, густо-жидкимъ, непріятнаго запаха, вслѣдствіе разложенія крови и остатковъ отпадающей оболочки и послѣда. Въ такомъ видѣ ихъ называютъ *lochiae rubrae s. cruentae*. — За тѣмъ количество крови уменьшается, отдѣляемое дѣлается свѣтлѣе, гнойвиднымъ, микроскопъ показываетъ разложенные кровяные шарики, отдѣлившіяся молодой эпителий, жировыя капельки, остатки слизистой оболочки и мышечныхъ волоконъ; отъ примѣси влагалищной слизи оно

представляет кислую реакцію — *lochia serosa*. Запахъ его вслѣдствіе дальнѣйшаго разложенія еще вонючѣе, очень пропитателенъ. Съ 7 дня, часто еще раньше, отдѣленіе уменьшается, становится жиже, менѣе дурнаго цвѣта и чище, не такъ непріятнаго запаха, при стояннн раздѣляется на серозную жидкость и слизистый осадокъ — *lochia alba s. lactea*. Кровяныхъ шариковъ въ немъ вовсе не бываетъ, или чрезвычайно мало, жировыхъ шариковъ меньше, гораздо большій и сильнѣе развитой эпителий. Оно почти совершенно походитъ на отдѣляемое при *blennorrhoea ut.* Такое отдѣленіе продолжается еще болѣе или менѣе долгое время, получая постоянно болѣе свойства *blennorrhoeae* и дѣлаясь менѣе обильнымъ ; спустя около 14 дней, а иногда 3 — 4 недѣли оно совершенно исчезаетъ.

§ 244. *Качество* послѣродоваго очищенія бываетъ различно, смотря по относительному количеству составляющихъ его тканей и жидкостей и ихъ свойствамъ ; поэтому оно представляетъ самыя лучшіе признаки состоянія внутренней поверхности матки и процессовъ, на ней совершающихся.

*Количество* также бываетъ очень различно, смотря по индивидуальности и продолжительности отдѣленія. Оно зависитъ отъ общаго состоянія родильницы, образа жизни ея ; у женщинъ, имѣющихъ обильное мѣсячное кровотеченіе, и особенно у тѣхъ, которыя сами не кормятъ и у которыхъ возвращеніе матки въ прежнее состояніе происходитъ медленно, *послѣродовое очищеніе* обильнѣе, дольше бываетъ кровавымъ и продолжается болѣе долгое время.

По предвѣдущему, послѣродовое очищеніе не имѣетъ ничего специфическаго ; потому несправедливо приписываютъ подавленію или отсутствію его болѣзни родильницъ. Конечно при болѣзненномъ состояніи внутренней стѣнки матки отдѣленія часто не бываетъ ; но это не причина страданія, какъ это ясно, а только слѣдствіе.

§ 245. По мѣрѣ уменьшенія матки, *брюшинный покровъ* ея и *широкія маточныя связки* нѣсколько ослабѣваютъ, но не такъ сильно, какъ думаютъ. Это основывается на томъ, что по крайней мѣрѣ широкія связки могутъ сокращаться посредствомъ заключенныхъ въ нихъ мышечныхъ волоконъ. *Фаллопиевы трубы* занимаютъ прежнюю свою постановку и, вмѣстѣ съ *яичниками*, глубже опускаются въ тазъ, хотя все еще прилежатъ къ боковой стѣнкѣ матки ; спустя около недѣли, они принимаютъ снова горизонтальное свое положеніе въ маломъ тазѣ, съ боку матки. Гиперемія и набряклость

ихъ, какъ и всѣхъ половыхъ частей, проходятъ. — Въ увяданіи матки естественно принимаютъ участіе и *круглыя маточныя связки*, онѣ становятся тоньше и блѣднѣе.

*Влагалище* въ мышечномъ своемъ слоѣ и въ слизистой оболочкѣ претерпѣваетъ тѣже измѣненія, какъ и матка. Въ первые дни послѣ родовъ оно еще гладко, со складками и широко, но постоянно сильнѣе суживается, снова появляются *colitinae rigarum* и опухоль, образовавшаяся вслѣдствіе опущенія передней стѣнки, исчезаетъ. Впрочемъ органъ никогда не получаетъ уже прежней формы. Сводъ влагалища остается шире и слабѣе, тогда какъ входъ отъ сокращенія окружающихъ его мышцъ, дѣлается много уже, но вслѣдствіе надрыва на задней спайкѣ срамныхъ губъ все таки шире, чѣмъ въ дѣвственномъ состояніи. Чѣмъ болѣе предшествовало родовъ, тѣмъ влагалище рыхлѣе и шире.

На слизистой оболочкѣ влагалища, какъ и матки, также происходитъ постоянное слущиваніе эпителия, которое оканчивается съ родильнымъ состояніемъ, но при превратномъ леченіи можетъ затянуться на долго въ видѣ *blennorrhoeae* влагалища.

*Наружныя половыя части* въ первые дни послѣ родовъ вслѣдствіе прохожденія младенца еще очень растянуты рыхлы, чувствительны, на нѣкоторыхъ мѣстахъ разорваны, стерты и представляютъ ссадины. Но вскорѣ малыя губы образуются снова, большія губы также поднимаются въ довольно большія складки прилежатъ другъ къ другу, но уже не закрываютъ такъ плотно входа, какъ въ дѣвственномъ состояніи. Вблизи промежности онѣ зияютъ и тамъ бываютъ почти всегда небольшіе надрывы. Промежность уже въ первые 24 часа значительно сокращается, собирается въ складки и вскорѣ приобрѣтаетъ прежнюю свою ширину.

### III) измѣненія въ грудяхъ.

§ 246. Развитие грудей, начавшееся предъ беременностью, съ окончаніемъ родовъ быстро увеличивается. Образуется значительная опухоль, которая появляется постепенно подъ благотворнымъ вліяніемъ испражненія отдѣляемаго при сосаніи и существующаго при этомъ раздраженія, или вдругъ въ теченіи дня или ночи, обыкновенно втораго, третьаго послѣ родовъ. Груды припухаютъ, значительно увеличиваются, твердѣютъ и отдѣльныя дольки желѣзъ пред-

ставляются въ видѣ твердыхъ, узловатыхъ шпурковъ; покрывающая ихъ кожа очень натянута, при прикосновеніи чувствительна, на нѣкоторыхъ мѣстахъ вслѣдствіе растяженія кожа раздалась и эти мѣста представляются въ видѣ синевато-бѣлыхъ полосокъ. Подкрыльцевыя желѣзы обыкновенно припухаютъ, а иногда прощупываютъ на груди въ видѣ шнурковъ и ведущіе къ нимъ лимфатическіе сосуды; боли распространяются параллельно имъ отъ желѣзы къ верхнему плечу. Въмѣстѣ съ этими явленіями обнаруживаются общія, ознобъ, сопровождаемый жаромъ, слабость, головная боль, отсутствіе аппетита — настоящее лихорадочное состояніе, которое называютъ *молочной лихорадкой*. Разумѣется, что напоръ крови къ груднымъ желѣзамъ и возбужденіе сосудовъ, происшедшее отъ внезапнаго ихъ переполненія, имѣютъ вліяніе на эти общія явленія, особенно если приливъ происходитъ очень быстро; но въ обыкновенныхъ случаяхъ, въ которыхъ этого не бываетъ, нельзя приписывать эти послѣдствія развитію молока. Но если въ такомъ случаѣ наступаетъ такъ называемая молочная лихорадка, то причина ея заключается въ особенномъ состояніи родильницы, которая считается раненой, и эту лихорадку можно считать за дѣйствительную *раннюю лихорадку*. Поэтому-то и наблюдаютъ, что иногда молочная лихорадка переходитъ въ родильную.

§ 247. Опуханія груди, общее, слегка лихорадочное состояніе проходитъ обыкновенно въ теченіи 24 — 48 часовъ, груди дѣлаются мягче, рыхлѣе и теперь истекаетъ довольно обильное отдѣленіе. Отъ кормленія младенца грудью желѣза опорожняется, а этимъ раздраженіемъ поддерживается въ тоже время постоянное образованіе отдѣляемаго. Продолжительность послѣдняго не у всѣхъ особъ одинакова; это зависитъ отъ общаго состоянія женщины, питающей младенца грудью, отъ діеты, преимущественно же отъ свойства и отправленій пищеварительнаго ея аппарата. Обыкновенно при правильномъ кормленіи отдѣленіе продолжается 9 — 10 мѣсяцовъ; за тѣмъ молоко отдѣляется въ меньшемъ количествѣ, жиже, а наконецъ совершенно останавливается. Впрочемъ настоятельнымъ прикладываніемъ младенца къ груди часто еще можно продлить отдѣленіе гораздо дольше, въ рѣдкихъ случаяхъ даже въ теченіи года.

Но если родильница не кормитъ младенца сама, то молоко сначала вытекаетъ въ изобиліи; но, при содѣйствіи употребляемаго въ такихъ обстоятельствахъ незначительна-

го прижатія груди, отвлеченія на кишечный каналъ, отдѣленіе постепенно уменьшается, гиперемія желѣзы проходитъ, ткань ея подвергается процессу, возвращающему ея въ прежнее состояніе, и такимъ образомъ отдѣленіе останавливается до новой беременности.

§ 248. Отдѣляемое грудныхъ желѣзъ представляетъ во время беременности вязкую, клейкую жидкость мутно-бѣлаго цвѣта, съ желтыми полосками и довольно большими жировыми капельками. Это отдѣляемое подъ вліяніемъ прилива и сосанія послѣ родовъ значительно усиливается и представляетъ мутную, желтоватую жидкость щелочной реакціи, скоро переходящую въ молочное броженіе и отлагающую на поверхности значительный, желтый слой сливокъ. Она содержитъ незначительное количество маленькихъ шариковъ, *молочныхъ* шариковъ различной величины, часто слипшихся въ кучки, которые состоятъ изъ жира и сырной (*kasein*) оболочки, а также гораздо большіе шарики, зернистые, похожіе на тутовую ягоду — *тѣльца молозива*, состоящіе изъ жира и аморфной зернистой массы, соединенныхъ бѣловатымъ веществомъ. Эта жидкость, называемое *молозиво* — *colostrum*, на 3 или четвертый день бываетъ обильнѣе, теряетъ свой желтый цвѣтъ и дѣлается синеватой или чисто-бѣлой; тѣльца или шарики молозива становятся многочисленнѣе и теперь уже плаваютъ свободно, тогда какъ прежде они слипались въ кучи. Это собственно *молоко*.

§ 249. Кромѣ упомянутыхъ молочныхъ шариковъ, оно не содержитъ болѣе другихъ форменныхъ составныхъ частей, которыя бы можно было видѣть подъ микроскопомъ. Самыя существенныя *химическія* составныя его части суть: масло, сахаръ и сыръ, къ которымъ присоединены различныя соли, а именно: масла 2,5%, сахара 4,8%, сыра 3,4% и непостоянныхъ солей (хлористаго кали, фосфорно-и сѣрно-кислыхъ кали, и натра) 0,23% съ 88,5% воды. Молозиво богаче плотными составными частями и содержитъ, по видимому; еще другое бѣлковое тѣло, свертывающееся при кипяченіи. — Эти количественныя отношенія въ разныхъ случаяхъ бываютъ различны, а также и отъ продолжительности выдѣленія молока, потомучто на это имѣетъ большое вліяніе діета, образъ жизни и пищеваженіе. Сначала въ немъ бываетъ больше сахара и солей, а впоследствии особенно увеличивается сыртъ (*kasein*).

Молоко происходитъ слѣдующимъ образомъ: во время беременности пузырьки желѣзы расширяются и постоянно на-

полняются ячейками, имѣющими мелкозернистое содержимое и зерно; въ нихъ образуется вторичная ячейка (*Tochterzelle*) съ прозрачнымъ содержимымъ, тогда какъ въ первоначальной (*Mutterzelle*) оказывается все больше и больше жировыхъ капелекъ. Образование новыхъ ячеекъ въ пузырькахъ желѣзъ продолжается, въ старыхъ ячейкахъ, находящихся близъ выводящаго канала, оболочка первоначальной ячейки исчезаетъ, зернистое содержимое растворяется въ образовательной жидкости (*plasma*), жировые капельки освобождаются. Часть ихъ еще долго остается слипшись между собой, будучи соединены зернистымъ веществомъ. Это шарики молозива; освободившіяся жировыя капельки, получающія изъ окружающей жидкости оболочку, представляютъ молочные шарики.

*И такъ отдѣляемое молочной желѣзы есть остатокъ ячеекъ, плавающий въ обильномъ трансудатѣ, происходящемъ изъ крови. Послѣ родовъ и въ родильномъ состояніи оно обильнѣе, потому содержаніе въ крови плотныхъ составныхъ частей относительно молозива уменьшается. Образование молочныхъ шариковъ во время развившагося отдѣленія идетъ скорѣе, нежели раньше, а съ тѣмъ вмѣстѣ должно быть скорѣе и раствореніе ячеекъ съ жировыми зернышками; потому молочные шарики не могутъ быть такими же большими, какими были въ молозивѣ, такъ какъ величина жировыхъ шариковъ зависитъ отъ ихъ возраста; по той же причинѣ, по которой быстрѣе растворяются ячейки съ жировыми шариками, въ совершенно развитомъ молокѣ шариковъ молозива больше уже не бываетъ.*

§ 250. Составъ молока въ количественномъ и качественномъ отношеніи, а также и выдѣляемое количество его подвержено многимъ колебаніямъ, находясь въ зависимости отъ случайныхъ болѣзней матери, душевныхъ движеній и пр. Лекарства конечно отчасти переходятъ въ него, хотя это доказано только относительно немногихъ. Появленіе регулъ, которыхъ въ періодъ кормленія грудью обыкновенно не бываетъ, иногда не имѣетъ никакого вліянія на отдѣленіе, тогда какъ въ другихъ случаяхъ оно теряетъ хорошій свой составъ, не переносится болѣе младенцемъ, или же совершенно останавливается.

Тоже и относительно беременности; обыкновенно женщины въ періодѣ кормленія грудью не начинаютъ, однако иногда случается, и это относится обыкновенно къ очень плодовитымъ женщинамъ. Въ такомъ случаѣ молоко исче-



заетъ изъ грудей или очень быстро, или по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, въ теченіе которыхъ оно продолжаетъ совершенно правильно.

IV) РАСПОЗНАВАНІЕ РОДИЛЬНАГО СОСТОЯНІЯ.

§ 251. По предъидущему признаки *недавнихъ родовъ* слѣдующіе :

1) По *наружному виду* роженица кажется *выздоровляющей*; лице блѣдно, глаза нѣсколько впали. Пульсъ болѣе или менѣе ускоренъ, кожа тепла и влажна, иногда особеннаго запаха.

2) *Груды* представляются полными и напряженными, на ощупь тверды и узловаты; соски сильно возвышены, ихъ вѣнчики очень темные. При давленіи на желѣзу вытекаетъ молоко или молозиво, которыхъ свойства и составъ описаны выше.

3) *Животъ* кажется еще очень полнымъ, его покровы слабы, кожа на подлежащихъ мышцахъ очень подвижна. При этомъ замѣчаютъ темныя полосы на бѣлой линіи, а къ паховой области извѣстные рубцы. Если положить руку на *hypogastrium*, то матка представляется въ видѣ шара, не одинаково большаго, смотря по времени, когда изслѣдованіе производится.

§ 252. Внутреннее изслѣдованіе показываетъ, что опухоль, замѣчаемая снаружи, есть увеличенная матка; это доказательство становится вѣрнымъ при одновременномъ введеніи въ маточную полость зонда. Маточное рыльце зялетъ, края его очень рыхлы, надорваны и при введеніи маточнаго зеркала онъ имѣетъ такой видъ, который дѣлаетъ невозможнымъ смѣшать это состояніе съ другимъ. — *Влагалище* широко и рыхло, слизистая оболочка гладка; *наружныя половыя части* припухлы, менѣе способны къ сокращенію и мѣстами надорваны. Разрывы случаются обыкновенно только на *fren. labior.*, а иногда распространяются даже и далѣе на промежность. Изъ половыхъ частей *отдѣляется послеродовое очищеніе*; которое узнается по особенному запаху *»odor gravis puerperii«*; ихъ происхожденіе и значеніе описаны выше.

§ 253. Если въ эти признаки есть, или большая ихъ часть, то нельзя уже сомнѣваться въ рѣшеніи, дѣйствительно ли изслѣдуемая женщина недавно разрышилась или нѣтъ; потому что нѣтъ другаго состоянія, которое бы могло вызвать точно такую же совокупность явленій. — Впрочемъ не всегда

вѣ эти признаки бываютъ вмѣстѣ и, если приходится высказывать мнѣніе, основываясь только на нѣсколькихъ изъ нихъ, то ихъ достоинство значительно уменьшается, и въ такомъ случаѣ *обыкновенно можно высказывать только догадки.*

Преимущественно на наружный видъ нельзя полагаться, а также и на состояніе пульса и сильные поты. Напротивъ того полныя, сильно отдѣляющія груди составляютъ довольно вѣрный признакъ бывшихъ родовъ, хотя это можетъ быть и по выведении заноса, а съ другой стороны не бываетъ и у нѣкоторыхъ родильницъ, или же и развивается, только очень слабо.

Растяженіе живота, ослабленіе покрововъ, рубцы и полочки могутъ быть слѣдствіемъ всякаго другаго состоянія, которое производитъ увеличеніе брюшной полости, слѣдов. могутъ оставаться послѣ брюшной водянки, испражненія кисты яичника. Прочія измѣненія въ кожѣ живота только случайныя и непостоянныя явленія, такъ что въ одномъ случаѣ ихъ нѣтъ, въ другомъ они бываютъ.

§ 254. Доказать увеличеніе матки не всегда легко; а гдѣ послѣ родовъ прошло дней 40 и болѣе, если они были прежде срока, если покровы живота очень плотны, тамъ почти невозможно пользоваться этими признаками. Кромѣ того и другую опухоль можно принять за увеличенную матку. Поэтому при такихъ обстоятельствахъ необходимо въ каждомъ случаѣ соединять самое точное внутреннее и наружное изслѣдованіе, а для доказательства увеличенія должно вводить зондъ въ полость матки. Но если и убѣдились въ томъ, что матка увеличена, полость ея растянута, то не должно забывать, что это можетъ быть слѣдствіемъ выведения заноса или растяженія задержанной менструальной кровью. Особенно послѣдняя болѣзнь, такъ назыв. *haematometra*, иногда влечетъ за собой мѣстныя явленія, которыя легко могутъ ввести невнимательнаго изслѣдователя въ ошибку. Впрочемъ зондъ, по Simpson'у, можно еще употреблять и для того, чтобы *доказать постепенное уменьшеніе маточной полости*; если это возможно, то это уже служитъ доказательствомъ того, что полость матки была растянута какимъ нибудь тѣломъ и возвращается въ первобытное состояніе,— явленіе, которое, вмѣстѣ съ другими, составляетъ почти неопровержимое доказательство бывшихъ родовъ и особенно важно въ судебномедицинскомъ отношеніи.

Разрывъ уздечки и промежности случается конечно не

при каждахъ родахъ; но гдѣ онъ находится въ связемъ состоянн, тамъ, вмѣстѣ съ упомянутымъ состояннемъ матки, ея рыльца и влагалища, онъ вѣрный признакъ, хотя по его состоянню не всегда можно съ точностью опредѣлить время родовъ, потому что въ одномъ случаѣ онъ заживаетъ раньше, въ другомъ позже.

Обыкновенно приписываютъ очень большое значеніе присутствію послѣ родового очищенія и при этомъ забываютъ, что такое истеченіе можетъ происходить отъ задержанія менструальной крови и другихъ болѣзненныхъ состоянн, что на 4—5 день послѣ родового очищенія вовсе нельзя отличить отъ обыкновеннаго отдѣленія при *leucorrhoea*, надобно въ немъ доказать остатки яйцовыхъ оболочекъ и послѣда. У нѣкоторыхъ женщинъ родильное очищеніе исчезаетъ очень рано, спустя 3—4 дня, и черезъ то теряетъ много своего значенія для діагностики.

Изъ этого краткаго изложенія слѣдуетъ, что о признакахъ родовъ надо сказать тоже, что и признакахъ беременности. Они удерживаютъ за собой значеніе, если являются вмѣстѣ и ихъ между собой сравниваютъ; отвергать ихъ можно въ томъ случаѣ, когда имѣютъ въ виду болѣзненные состоянн, выражающія сходныя явленія.

## ГЛАВА II.

### ИЗМѢНЕНІЯ, ПРОИСХОДЯЩІЯ ВЪ НОВОРОЖДЕННОМЪ МЛАДЕНЦѢ.

#### I) ДЫХАНІЕ И КРОВООБРАЩЕНІЕ.

§ 255. Уже самымъ актомъ родовъ младенецъ готовится къ новой жизни внѣ утробы матери. Сокращеніями матки кровь отдѣляется изъ послѣда въ пупочныя вены, воспящается вхожденіе въ него новой крови; давленіе въ артеріяхъ должно усиливаться и такимъ образомъ кровь, вѣроятно, еще до родовъ стремится съ увеличенной силой къ легкимъ. Если являются слишкомъ сильныя и частыя потуги, если давленіе на тѣло младенца и послѣдъ слишкомъ сильно, такъ что и въ промежуткахъ между потугами кровообращеніе почти или совершенно прекращается, то наступаетъ асфиксія, мнимая смерть. — Часто уже по рожденнн головки, обыкновенно же по выходѣ на свѣтъ всего

тѣла, младенецъ производитъ дыхательныя движенія, кричитъ вслѣдствіе переменъ температуры и раздраженія атмосфернымъ воздухомъ, также и вслѣдствіе болѣе существенныхъ потребностей, по недостатку, послѣ отдѣленія послѣда, надлежащимъ образомъ окисленной крови. При этомъ воздухъ входитъ въ легкія, которыхъ конечныя пузырьки, а съ ними ихъ волосныя сосуды сильно растягиваются. Такимъ образомъ кровь тотчасъ всасывается легкими, легочныя артеріи становятся шире, сопротивленіе въ нихъ меньше, въ нихъ и черезъ нихъ больше крови идетъ къ легкимъ. Вблизи *duct. Botalli* теченіе ослабѣваетъ, онъ сокращается въ видѣ кольца. Другое слѣдствіе заключается въ ослабленіи силы тока нисходящей начальственной артеріи, которая уже не можетъ больше поддерживать кровообращеніе въ длинныхъ пупочныхъ сосудахъ; потому оно, постепенно ослабѣвая, чрезъ нѣсколько минутъ совершенно прекращается. — Лѣвое предсердіе сильнѣе наполняется маточными венами, кровь прижимаетъ заслонку *for. ovalis* къ перегородкѣ предсердій, переходъ изъ одного предсердія въ другое воспящается, хотя *for. ovale* и долго еще остается открытымъ. — Сильнѣе наполненный лѣвый желудочекъ не только больше гонитъ кровь въ развѣтвленія восходящей начальств. артеріи, но въ развѣтвленія нисходящей и такимъ образомъ занимаетъ большое кровообращеніе.

§ 256 Съ этого времени *duct. arter. Botalli* постепенно запирается. Онъ сокращается довольно сильно, его подвижная внутренняя поверхность собирается въ складки, уменьшающійся въ немъ токъ крови уже не растягиваетъ его больше, такъ что сокращеніе его продолжается, внутренняя стѣнка все болѣе вздымается, пока стѣнки придутъ въ соприкосновеніе и наконецъ сростутся. Спустя около 14 дней, это запираніе оканчивается, каналъ атрофируется и превращается въ плотный шнурокъ, въ видѣ нѣжнаго остатка.

Тоже дѣлается и съ *duct. ven. Arantii*. Болѣе слабый въ настоящее время токъ крови, идущій въ печень, переходитъ изъ воротной вены въ широкія печеночныя вены и уже въ меньшемъ количествѣ въ сѣуженный *d. Arantii*. Такимъ образомъ токъ крови отъ него отводится и самъ онъ уплощается, вѣроятно отъ опущенія печени вслѣдствіе дыханія на мѣстѣ перехода въ полую вену перегибается, кровообращеніе въ немъ исчезаетъ и самъ онъ облитерируется около того же времени, какъ и Боталліевъ протокъ.

§ 257. Такъ какъ токъ крови отводится также и отъ

пупочныхъ сосудовъ, то и они облитерируются; они спадаются, запираются тонкой, слабой кровяной пробкой и стѣнки ихъ между собой соединяются; послѣднія разбухаютъ, разрыхляются и такимъ образомъ сосуда въ 5—7 дней запираются совершенно. Пупочная вена идетъ къ печени въ видѣ тонкаго, плотнаго шнура по передней, нижней брюшной стѣнкѣ къ пупку.

*Часть пуповины*, оставшаяся при младенцѣ, 3—4" дл., въ нѣсколько дней постепенно ссыхается, дѣлается рыхлой, дурнаго цвѣта, плоской и сухой, она *мумифицируется*. Вслѣдствіе этого, влагалище пуповины отдѣляется отъ того мѣста, гдѣ оно переходитъ въ кожу младенца, начинается тутъ нагноеніе, которое идетъ глубже, разрушаетъ кѣлѣчатку, а наконецъ пупочные сосуды. Такимъ образомъ этотъ остатокъ отпадаетъ, обыкновенно между 3—5 днемъ послѣ родовъ. Въ такомъ случаѣ на пупкѣ существуетъ маленькая отдѣляющая поверхность раны, которая съ краевъ отдѣляется кожей и чрезъ нѣсколько дней заживаетъ.

§ 258. Опухоль, образуемая при родахъ на подлежащей части, есть слѣдствіе давленія со стороны маточнаго рыльца и таза. Она имѣетъ различную форму и величину, смотря по характеру подлежащей части, всегда образуется на самомъ глубокомъ ея мѣстѣ и есть ничто иное, какъ отекъ, обусловливаемый нарушеннымъ кровообращеніемъ; въ рѣдкихъ случаяхъ въ мягкія части изливается и кровь. Такъ какъ она занимаетъ самое глубокое мѣсто на подлежащей части, то по положенію ея можно приблизительно опредѣлить еще и послѣ родовъ, въ какомъ положеніи младенецъ рождается. У мертвыхъ дѣтей, особенно у умершихъ уже за долго до родовъ, она рыхлѣе и мягче, нежели у рожденныхъ живыми.

Опухоль исчезаетъ послѣ родовъ очень скоро, такъ какъ измѣнившаяся сыворотка, спустя 24—48 часовъ всасывается; часть остается еще долгое время гиперемированной и красной; если въ то же время было и кровоизліяніе, то всасываніе идетъ медленнѣе, потомучто оно должно подвергнуться извѣстнымъ перемѣнамъ.

## II) измѣненія питанія и отдѣленій.

§ 259. Вскорѣ послѣ родовъ начинается дѣятельность и кишечнаго канала, при чемъ онъ сперва испражняетъ первородное кало, выполняющее большую часть толстыхъ ки-

шекъ. Эти испражненія существуютъ первыя два дня и потомъ уступаютъ мѣсто другимъ веществамъ, болѣе вонючимъ, различнымъ, смотря по свойствамъ принятой пищи.— Пища конечно бываетъ жидкая, молоко, которое также возбуждаетъ каналъ къ усиленной дѣятельности, вслѣдствіе чего онъ наполняется газами, желудокъ принимаетъ другую постановку, вся брюшная полость расширяется, сосуды ея усиливаютъ свою дѣятельность и чрезъ воротную вену доставляютъ печени больше крови для отдѣленія желчи.— Почки также отдѣляютъ сильнѣе и въ мочѣ можно доказать всѣ нормальные ея элементы. *Кожа*, покрывается *verrucae caseosa*, постепенно становится чище; замѣчается сильнѣе слущиваніе эпителия въ видѣ отрубей или маленькихъ хлопьевъ; иногда на болѣе нѣжныхъ мѣстамъ кожи являются маленькія пузырьки, наполненные не большимъ количествомъ жидкости, и узелки. Темнокрасный цвѣтъ кожи исчезаетъ послѣ родовъ очень скоро, обыкновенно между 3—5 днемъ дѣлается нѣсколько желтоватымъ, а потомъ вскорѣ представляетъ естественный бѣлый цвѣтъ.

Извѣстное и еще недостаточно замѣченное явленіе представляютъ происходящее вскорѣ послѣ родовъ распуханіе и отдѣленіе *грудныхъ желъзъ*. Можно пальцами выдавливать молоко и оно то болѣе походитъ на молозиво, то на настоящее молоко. При крѣпкомъ ребенкѣ отдѣленіе бываетъ сильнѣе, продолжительнѣе и раньше начинается; при больномъ часто его вовсе не бываетъ. Мало-по-малу оно прекращается само-собою и вѣроятно зависитъ отъ большаго прилива крови и вообще къ кожѣ.

### ГЛАВА III.

#### ДИЕТИКА РОДИЛЬНАГО СОСТОЯНІЯ.

##### I. Попеченіе о родильницѣ.

§ 260. Родильное состояніе конечно, какъ и беременность, есть состояніе физиологическое, которае однако очень близко къ болѣзни и переходитъ въ нее при малѣйшимъ расстройствѣ. Поэтому приличное содержаніе родильницы чрезвычайно важно и требуетъ всего нашего вниманія.— По окончаніи родовъ, женщину оставляютъ на постелѣ въ покоѣ въ теченіи нѣкотораго времени,  $\frac{1}{2}$  — 1 часа, чтобы

она нѣсколько отдохнула отъ родовыхъ напряженій. За тѣмъ половыя части осторожно очищаются отъ приставшей крови и остатковъ яйца мягкой губкой, смоченной въ теплой водѣ, неслишкомъ обнажая и безпокоя женщину передвиженіями, и надѣваютъ на нее чистое, сухое, согрѣтое бѣлье, безъ всякаго стирочнаго запаха. Вокругъ груди кладутъ небольшой кусокъ шерстяной матеріи, который бы нѣсколько поддерживалъ ихъ, на животъ кладутъ простой легко стягиваемый бишть. Тугая повязка не только обременительна, но и вредна. стѣсняя дыханіе; повязка должна быть туже того, какъ нужно чтобы поддерживать разслабѣвшіе брюшные покровы и способствовать ихъ оплотнѣнію.

Если родильница остается въ постелѣ, на которой она рождала, что всего лучше, то запачканныя подстилки снимаются прочь и замѣняются новыми, препятствующими прониканію жидкостей. Переносить родильницу на другую постель должно уже тогда, когда она надлежащимъ образомъ обмыта, одѣта и матка плотно сокращается, самая же кровать, какъ слѣдуетъ нагрѣта. При этомъ передвиженіи она не должна содѣйствовать и должна быть въ совершенно пассивномъ состояніи. Всего лучше относительно переноски придвигать постель къ той, на которой происходили роды, вообще, гдѣ можно, ставить подлѣ кровати еще другую чистую.

За тѣмъ можно дать родильницѣ соснуть, но только подъ надзоромъ бабки или сидѣлки. Они при этомъ слѣдятъ за дыханіемъ, выраженіемъ лица, чтобы оно не поблѣднѣло, короче, чтобы не обнаружили признаки кровотечения. Отъ времени до времени нужно также освѣдомляться, прикладывая руку къ животу, продолжаютъ ли надлежащимъ образомъ сокращенія матки.

§ 261. Въ теченіи родильнаго состоянія надобно чаще посѣщать родильницу; въ первые 7 — 9 дней это нужно дѣлать каждодневно; если женщина здорова, то посѣщенія могутъ быть постепенно рѣже. При этомъ все вниманіе и разспросы нужно обращать на состояніе половыхъ функцій и груди и имѣть въ виду слѣдующія обстоятельства.

*Въ теченіи первыхъ 8 дней женщина должна постоянно лежать въ постель; впрочемъ нѣтъ надобности непремѣнно держаться этого срока, потомучто если она чувствуетъ себя хорошо, то можетъ встать и нѣсколькими часами раньше, никогда однако она не должна ходить раньше конца первой недѣли или исправлять домашнія работы. Отъ несоблюденія*

этого правила часто происходит выпаденіе матки и влага-лица, каковые органы въ это время еще велики и рыхлы, легко опускаются и выпадаютъ, не будучи поддерживаемы наружными половыми частями.

Самая *постель* должна быть простая и покойная; подстилки должно каждодневно снимать и замѣнять новыми. Свѣжее кроватное бѣлье должно слать, предварительно надлежащимъ образомъ согрѣвши. Въ первые дни лучше всего родильницѣ лежать на спинѣ или на боку; послѣднее особенно рекомендуется при надрывѣ уздечки и промежности. Впослѣдствіи она можетъ и ворочаться, какъ ей угодно, и доставлять себѣ желаемыя удобства.

§ 262. Комната, въ которой помѣщается родильница должна быть прохладна и чиста. Нѣтъ ничего отвратительнѣе и вреднѣе какъ держать окна постоянно закрытыми и занавѣшенными плотными сторами. Лѣтомъ окно можетъ быть постоянно открыто, зимой надобно провѣтривать комнату покрайней мѣрѣ два раза въ день, въ теченіи полчаса или часа. При этомъ нужно быть только осторожнымъ, чтобы токъ свѣжаго, холоднаго воздуха не попадалъ прямо на родильницу. Необходимо столько свѣта, чтобы можно было читать; совершенное отсутствіе его производитъ слабость глазъ у женщины и у ребенка и потому при послѣдующемъ выходѣ воспаленія глазъ; слишкомъ сильный свѣтъ также вреденъ, сильно раздражая глаза. — Всѣ запачканныя вещи нужно тотчасъ же выносить изъ комнаты, чтобы воздухъ былъ всегда чистъ.

Платье родильницы не должно быть ни слишкомъ прохладно, ни слишкомъ тепло, но вообще это зависитъ отъ температуры комнаты. Однако во всякомъ случаѣ при сильныхъ потахъ отъ постоянного лежанія въ постелѣ нѣсколько прохладнѣе содержаніе лучше теплаго, которое легко вызываетъ сыпь и чрезвычайно обременительно для родильницы.

§ 263. И такъ опрятность есть главное условіе родильнаго состоянія, а потому и половыя части женщины необходимо обмывать теплой водой 1—2 раза каждый день, иногда, особенно при сильномъ, вонючемъ послѣродовомъ очищеніи хорошо дѣлать каждодневно 1—2 раза впрыскиваніе во влагалище теплаго или холоднаго настоя ромашки. Подъ родовыя части хорошо подкладывать компрессы, а если онѣ очень распухли, надорваны и есть на нихъ ссадины, болѣзненны, то дѣлаютъ припарки изъ ароматическихъ травъ. При сильныхъ, очень болѣзненныхъ послѣродовыхъ



потуговъ дѣлають теплыя припарки на нижнюю часть живота, натирають его согрѣтымъ масломъ, ставятъ даже клистиръ изъ настоя ромашки съ нѣсколькими каплями опиума; послѣдній многимъ женщинамъ очень полезно давать и внутрь.

Надобно позаботиться объ испражненіи кишечнаго канала, котораго обыкновенно въ первые дни не бываетъ; если его нѣтъ и на третій день, то ставятъ промывательное или даютъ внутрь легкія слабительныя, какъ *inf. senae, elect. lenit., ol. Ricini*. Сильныя, отвлекающія средства вредны и потому надобно ихъ избѣгать.

Такого же, если еще и небольшого вниманія, требуетъ испражненіе мочи. Никогда не должно задерживать долго позывъ къ мочеиспусканію неудовлетвореннымъ, чтобы пузырь не былъ слишкомъ сильно и долго растянутъ. Если произвольное испражненіе болѣзненно и трудно, даже совершенно невозможно, то нужно вводить катетеръ, который въ этомъ случаѣ самое лучшее средство. Недержаніе мочи составляетъ обыкновенно слѣдствіе временнаго паралича шейки пузыря, происходящаго отъ давленія при родахъ, и проходить чрезъ нѣсколько дней само собой. Если же этого не бываетъ, то оно происходитъ вслѣдствіе болѣе значительныхъ поврежденій обыкновенно продыравленій пузыря, о чемъ подробности послѣ.

§ 264. Особеннаго вниманія еще требуетъ *dieta*. Пища должна быть простая и удобоваримая. До надлежащихъ испражненій низомъ, слѣдовательно въ первые дни, когда еще существуетъ общая лихорадочная реакція, недолжно давать ничего, кромѣ жидкаго супа, хлѣба и воды. Потомъ, на третій или четвертый день, можно давать мясной бульонъ, крахмальную и молочную пищу, овощи и даже мясо. Очень дурное обыкновеніе заставлять здоровыхъ родильницъ долго голодать; имъ очень нужно силы и такъ какъ онѣ не больны, то имъ можно давать ѣсть, если у нихъ есть аппетитъ. Это самый лучший признакъ хорошаго состоянія пищеварительныхъ органовъ. Только нужно быть осторожнымъ, чтобы не обременить желудка, лучше давать часто и понемногу, чѣмъ много въ одинъ разъ; всякая тяжелая пища, развивающая газы и разгорячающая запрещается, потому что при недостаткѣ почти всякаго движенія родильница не въ состояніи ее хорошо переваривать. — Самое лучшее питье вода, ее нужно предпочитать во всякомъ случаѣ чаю и кофе, что у заботливыхъ бабокъ и сидѣлокъ всегда есть подъ рукой. Когда родильница встанетъ съ постели и нач-

нетъ заниматься въ комнатѣ, по дому, она можетъ перейти къ болѣе грубой пищѣ, къ чаю, кофе, вообще къ прежней діетѣ. Слабымъ женщинамъ, по прошествіи первыхъ 10 дней, можно дозволить и нѣсколько вина съ водой, легкое, хорошо выбродившее пиво.

§ 265. Ни одна роженица, которая способна кормить дитя, не должна по какимъ бы то ни было причинамъ отказываться отъ этой обязанности. Она дѣлается виноватой передъ своимъ семействомъ, передъ своимъ ребенкомъ а если возьметъ кормилицу, то и передъ ея бѣднымъ ребенкомъ, который въ такомъ случаѣ бываетъ въ забросѣ. Рѣдко конечно спрашиваютъ объ этомъ врача, такъ какъ мать, способная кормить, но не желающая, знаетъ, что врачъ съ ней не согласится, а потому и не спрашиваетъ; но врачъ долженъ всѣми силами стараться устранить дурное обыкновеніе брать кормилицу, даже у самыхъ высокихъ особъ онъ долженъ не стѣсняясь, настоятельно объявить опасность, которую влечетъ за собой пренебреженіе къ обязанностямъ матери. Впрочемъ хорошая мать, любящая супруга, рѣдко захочетъ уклониться отъ этой обязанности. — Если же напротивъ она больна и не можетъ кормить, то съ другой стороны наша же обязанность отклонить ее отъ этого и позаботиться о другомъ, приличномъ питаніи ребенка. Состоянія, запрещающія кормленіе грудью или дѣлающія его невозможнымъ, суть:

1) Обиія, конституціональныя болѣзни, какъ дискразіи, или острыя болѣзни; слабость матери, вслѣдствіе чего отдѣляется мало молока; дурное свойство послѣдняго, такъ что ребенокъ, хотя и достаточно молока, худѣетъ, тощаетъ, вмѣсто того, чтобы укрѣпляться.

2) Пороки груди, куда въ особенности относятся недостаточное ихъ развитіе, съ незначительнымъ отдѣленіемъ, дурно развитые соски, которыхъ ребенокъ не можетъ брать. Наклонность покрововъ къ нарушенію цѣлости, отчего происходятъ изъявленія, трещины на ихъ основаніи, дѣлающія иногда сосаніе для матери столь болѣзненнымъ, что это для нея становится постояннымъ источникомъ возбужденія и болей.

§ 266, *Въ первый разъ давать грудь младенцу* всего лучше тогда, какъ родильница подкрѣпилась сномъ и покоемъ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, слѣд. спустя около 6—8 часовъ послѣ родовъ. Въ теченіи этого времени ребенокъ проголодается и охотно возьметъ грудь. Хорошо, если при этомъ

женщинѣ помогаютъ ; потомучто очень часто младенецъ не беретъ надлежащимъ образомъ груди и нѣкоторыя женщины дѣлаются тутъ нетерпѣливыми и тотчасъ отчаяваются въ возможности кормленія и вливаютъ въ несчастнаго новорожденнаго настой ромашки и пр. Въ первые дни родильнаго состоянія мать даетъ грудь ребенку, когда угодно и такъ часто, какъ онъ того требуетъ. Но потомъ она должна приучать его къ извѣстному порядку, тѣмъ самымъ она избавляетъ себя отъ большаго обремененія, бессонницы, да и ребенку отъ этого лучше. Она можетъ давать грудь каждые 3—4 часа, въ послѣдній разъ въ 10 часовъ вечера, въ ближайшіе за тѣмъ 6—7 часовъ лучше вовсе не давать; ребенокъ къ этому привыкаетъ очень скоро и оба наслаждаются сномъ, а мать такимъ образомъ избѣгаетъ значительнаго обремененія. — Впрочемъ она должна постоянно давать груди попеременно и послѣ каждого раза обмывать сосокъ чистой, холодной водой, или разведеннымъ виномъ, ромомъ, также и передъ кормленьемъ она должна ихъ хорошенько промывать. Это предохраняетъ соски отъ раненія, а младенца отъ молочницы.

§ 267. Если молоко течетъ очень обильно, а ребенокъ неполнѣ опоражниваетъ грудь, отъ чего она припухаетъ, такъ что приходится опасаться воспаленія ея, то надобно дѣлать отвлеченіе на кишечный каналъ посредствомъ легкихъ отводящихъ средствъ; должно покрывать грудь теплыми примочками, натирать масломъ и высасывать молоко непосредственно черезъ третье лицо или рожками. Для этого употребляютъ или такъ называемый *молочный насосецъ* или стеклянный рожокъ, состоящій изъ каучука съ стекляннымъ приборомъ. Самое лучшее средство для освобожденія груди отъ молока есть прикладываніе другаго ребенка, такъ какъ высасываніе его насоспемъ и рожками часто очень болѣзненно и не всегда ведетъ къ цѣли. — Если *отверстія млечныхъ протоковъ* заперты засохшимъ отдѣленіемъ, то надобно внимательно промыть сосокъ и удалить все, что къ нему присохло. Это запираніе млечныхъ протоковъ составляетъ не рѣдкую причину переполненія груди молокомъ и происходящаго оттого воспаленія. Если молока вытекаетъ изъ груди мало, образованіе его незначительно, то и при этомъ обыкновенно все таки надобно кормить младенца. Отъ питательной діеты, раздраженія грудей рожками и настоятельнаго прикладыванія младенца отдѣленіе часто и тутъ еще увеличивается. Но если это не удастся, то нечего много мучить

мать, надобно по необходимости кормить ребенка коровьямъ молокомъ и при этомъ тщательно слѣдить за состояніемъ здоровья матери; если обнаруживается истощеніе, слабость, ослабленіе правильного пищеваренія, то надобно совершенно отнять ребенка отъ груди.

§ 268. *Раны сосковъ* можно предотвратить надлежащимъ попеченіемъ объ нихъ во время беременности. Если же и не смотря на то онѣ появляются, то причиняютъ не выносимыя боли и страданія, безсонницу, а такъ какъ при этомъ обыкновенно грудь достаточно не опоражнивается, то и воспаленіе. Пока сосокъ только красный и очень чувствителенъ, въ то время очень полезны примочки изъ раствора квасцовъ, спиртныхъ веществъ; сосокъ покрываютъ кожицей вымени, пропитаннаго известью, и черезъ нее даютъ сосать ребенку. Покровы для сосковъ изъ каучука младенецъ не беретъ по неприятному ихъ запаху и вкусу, да къ тому же они портятъ его десны. Если дѣйствительно есть трещины и ссадины, то надобно слегка притрогиваться къ нимъ адскимъ камнемъ и въ промежуткахъ между сосаніемъ покрывать вѣтошкой или корпией, смоченной свицовой водой. При этомъ онѣ заживаютъ очень быстро, ребенокъ продолжаетъ брать грудь, тогда какъ при употребленіи мазей и другой пачкотнѣ онъ отъ нея обыкновенно отказывается. Впрочемъ хорошо во время процесса заживленія трещинъ давать ребенку грудь рѣже, чтобы снова не разбередить зажившихъ мѣстъ; можно даже на день, на два вовсе остановить сосаніе. Дѣлать это въ теченіи болѣе продолжительнаго времени не хорошо, потому что въ такомъ случаѣ дѣти легко совершенно отвыкаютъ отъ груди.

*Очень дурно развитые, маленькіе соски*, такъ называемыя *пустые*, можно попытаться вытянуть на столько, чтобы ребенокъ могъ ихъ брать, посредствомъ рожка или черезъ какое нибудь третье лицо. Если послѣднее возможно, то этимъ всего легче можно достигнуть развитія соска. Но обыкновенно всѣ эти средства не помогаютъ; если и удалось нѣсколько вытянуть сосокъ, то онъ скоро опять опускается и ребенокъ напрасно усиливается его взять. Въ такихъ случаяхъ приходится прекратить всѣ мучительныя для матери попытки и прискивать для ребенка другую пищу.

§ 269. Если по какимъ нибудь причинамъ *мать не кормитъ сама ребенка*, то она должна сначала держать строгую діету, употреблять мало питательную пищу и въ небольшомъ количествѣ. Она должна содержать себя въ теплѣ, заботиться

объ легкой испаринѣ, частомъ стулѣ и отвлеченіи на кишечный каналъ посредствомъ промывательныхъ и легкихъ слабительныхъ, всего лучше прикрывая ихъ паклей или ватой, прокуренной ароматическими веществами, поддерживая ихъ особенной курткой или повязкой. Если онѣ дѣлаются полнѣе, то необходимо ихъ опоражнивать и въ тоже время слегка сдавливать.

Если мать желаетъ отнять ребенка, то она не должна дѣлать этого вдругъ, потому что чрезмѣрное скопленіе молока, которому болѣе нѣтъ выхода, легко производитъ воспаленіе груди. Она должна прикладывать ребенка постепенно рѣже и опорожнять грудь, если она наполняется довольно сильно; рѣдкое сосаніе младенцевъ самое лучшее средство къ прекращенію отдѣленія молока. Въ остальномъ мать должна поступать точно также, какъ сказано для тѣхъ, которыя не желаютъ кормить сами; она должна держать строгую діету до тѣхъ поръ, пока исчезнетъ все, или почти все молоко изъ груди.

## II. попеченіе о новорожденномъ.

§ 270. Какъ только ребенокъ отдѣленъ отъ матери, нужно тотчасъ сдѣлать ему *теплую ванну* въ 27—28°R, чтобы очистить его отъ приставшей слизи и *vern. cas.* и возбудить периферическое кровообращеніе. Такъ какъ *vern. cas.* простой водой нехорошо смывается, сильное же треніе кожи можетъ сдѣлать поврежденіе, то ее трутъ несолевымъ коровьимъ масломъ или чистымъ масломъ, вособенности на мѣстахъ, гдѣ сильно пристала *vern. cas.* Дѣлая ванну, надобно обращать вниманіе на то, довольно ли прочно лежитъ лигатура на остаткѣ пуповины, нѣтъ ли поврежденій на тѣлѣ и образованы ли надлежащимъ образомъ естественныя отверстія. Послѣ ванны ребенка завертываютъ въ полотняную пеленку, сверху покрываютъ шерстяной матеріей, и, когда онъ, какъ слѣдуетъ, обсохнетъ, одѣваютъ.

Прежде всего нужно остатокъ пуповины завернуть въ лоскутокъ полотна, смазанный жидкимъ масломъ, положить сверху и влѣво отъ пупка и укрѣпить посредствомъ *пупочной повязки*, идущей кругомъ живота. Лоскутокъ долженъ предохранять сначала влажный, потомъ засыхающій остатокъ пуповины отъ соприкосновенія съ кожей, повязка должна его удерживать и защищать отъ растяженія. Но повязка не должна быть такой тугой, чтобы хоть сколько нибудь стѣс-

няла движеніе брюшныхъ мышцъ, дыханіе. Лоскутокъ должно каждодневно мѣнять, пока пуповина отпадетъ. За тѣмъ еще прикладываютъ лоскутокъ къ пупку въ теченіи нѣсколькихъ дней, пока онъ мокнетъ. Когда пупокъ зажилъ, то можно еще нѣсколько дней держать повязку, но въ этомъ нѣтъ необходимости, потому что если пупокъ разъ уже зажилъ, то, хотя бы и оставались прежніе недостатки образованія, нечего болѣе бояться пупочной грыжи, а самая повязка, которая теперь накладывается очень слабо, не можетъ ее предотвратить.

§ 271. Одежда должна быть, по возможности, простая. Обыкновенно бѣднаго новорожденнаго завертываютъ какъ куклу, ноги тѣсно соединяютъ и связываютъ, все тѣло съ руками покрываютъ большой простыней, которую плотно свертываютъ. За тѣмъ накладывается еще крѣпкій свивальникъ вокругъ груди и живота, головку покрываютъ теплой шапкой и такимъ образомъ всякое свободное движеніе дѣлается невозможнымъ, дитя связано, а это препятствуетъ развитію мышцъ, стѣсняетъ дыханіе, доступъ воздуха къ тѣлу совершенно возбраняется.—Большая часть этихъ предметовъ вредны и лишни. Кромѣ пупочной повязки, нужна длинная, мягкая рубашка, которая бы слабо стягивалась на шеѣ; вмѣсто пеленокъ, обвивающихъ конечности, подъ спину подкладывается тонкая, 3 угольная полотняная простынька, концы которой заворачиваются между ногъ. Обѣ эти вещи должны быть сшиты нѣжно, безъ грубыхъ рубцовъ и складокъ; кромѣ того хорошо, если рубашка кзади распахивается, такъ что при укладываніи и ношеніи полы ея заходятъ одна за другую.

Сверхъ рубашки надѣвать шерстяное платьице, на столько длинное, чтобы ножки при ихъ движеніи не обнажались; рукавички должны доходить до локтя и всѣхъ шнурковъ надобно избѣгать. Для удержанія всего совершенно достаточно слабо стягиваемаго широкаго пояса изъ той же матеріи. Головку можно покрывать тонкой, вязаной шапочкой, а лучше вовсе не покрывать, чтобы она сильно не разгорячалась и была чиста.

§ 272. Такое одѣяніе просто, довольно тепло, не стѣсняетъ ребенка, не препятствуетъ его движеніямъ и позволяетъ легкое, удобное и скорое обсушиваніе его и одѣваніе.—Ребенокъ долженъ лежать; надобно, какъ можно, больше избѣгать его ношенія. *Постель* должна быть простая кровать съ высокими краями или просторная коробка. Въ ней

долженъ лежать ребенокъ на маленькомъ тюфякѣ съ нѣскольکو возвышенной головой; на тюфякѣ кладутъ надлежащимъ образомъ простынку, которая по бокамъ имѣетъ завязки, и достаточно широка и длинна, такъ чтобы ее можно было заворотить на ребенка снизу и съ боковъ, завернуть его въ нее. Для опрятности хорошо подстилать полотняную пеленку, чтобы такимъ образомъ не пачкать постели; кромѣ этого, другаго покрывала не пужно, только зимой можно покрывать ребенка еще легкимъ пуховымъ или шерстянымъ одѣяломъ.—Ребенокъ обыкновенно лежитъ на спинкѣ, впрочемъ можно класть его по перемѣнно то на тотъ, то на другой бокъ. Люльки ни къ чему не годны, потомучто онѣ заглушаютъ безпокойнаго ребенка и такимъ образомъ его успокоиваютъ, не соответствуя его потребностямъ.

§ 273. Далѣе весьма важно соблюдать надлежащую опрятность и потому пужно каждодневно дѣлать ребенку тепловатыя ванны. Если онъ обмарается, что большею частью обнаруживается крикомъ, то нужно его обсушивать, смѣнять пеленки, а если нужно, и рубашку; такимъ образомъ всего вѣрнѣе предохранить кожу отъ ссадинъ около задницы на наружныхъ половыхъ частяхъ, въ пахахъ и подкожныхъ ямкахъ. Если же появились ссадины, то прикладывать на нихъ ветошку смазанную жиромъ, примочки изъ свинцовой воды или сухую корію; при этомъ онѣ заживаютъ скоро, тогда какъ отвратительныя присыпки только дѣлаютъ хуже. Какъ уже сказано, послѣ cadaго сосанія надобно обтирать ротъ сухимъ полотномъ или смоченнымъ въ холодной водѣ; впрочемъ въ первые мѣсяцы не должно оставлять ваннъ; послѣ вмѣсто теплой воды можно брать холодную.

§ 274. Если дитя здорово, то недѣли чрезъ 3 — 4 послѣ родовъ, можно въ теплое время года выносить его на свѣжій воздухъ; зимой и если дѣти слабы, нѣжны можно подождать и дольше.

Надобно тщательно слѣдить за общимъ состояніемъ, вообще помнить, что діететическими средствами можно сдѣлать гораздо больше, чѣмъ фармацевтическими. Вособенности надобно избѣгать бесполезнаго употребленія настоя ромашки и укропа, слабительныхъ соковъ, но преимущественно приучать ребенка къ извѣстному порядку какъ въ принятіи пищи, такъ и въ другихъ отправленіяхъ, вособенности въ спѣ, этимъ всего лучше можно предотвратить и устраничь столь неприятный крикъ. Какъ только ребенокъ

закричалъ, тотчасъ нужно осмотрѣть, все ли въ порядкѣ, сухъ ли онъ, расправить всѣ складки и проч.; если пора давать пищу, то надобно его кормить, но никогда не должно успокаивать ребенка ношеніемъ по комнатѣ, качаніемъ, несвоевременнымъ кормленіемъ. Если крикъ не перестаетъ и причинъ найти нельзя, то надобно нѣсколько минутъ подождать и ребенокъ успокоится самъ; но этотъ порядокъ надобно начать съ первыхъ дней жизни, такъ какъ дѣти привыкають очень легко и скоро, а потомъ уже обыкновенно поздно вводить лучшій образъ жизни и случающіяся отъ того безпокойства надобно приписывать самимъ себѣ.

§ 275. О томъ, что, гдѣ можно, необходимо кормить ребенка грудью матери, было уже сказано раньше, но гдѣ этого сдѣлать нельзя, то остается только или *прискать кормилицу*, или *кормить искусственно*. Последнее все таки лучше, хотя и это влечетъ за собою нѣкоторый вредъ; никогда нельзя быть увѣреннымъ въ способности кормилицы и хотя она, питая чужаго ребенка, оставляетъ обыкновенно своего въ забросѣ, впрочемъ молоко животныхъ не такъ хорошо для ребенка, какъ человѣческое, и только въ такомъ случаѣ надобно отказаться отъ кормилицы, когда невозможно получить такую, въ достоинствахъ и способности которой можно быть совершенно увѣреннымъ; а также и тогда, если ребенокъ, котораго надобно кормить, пораженъ венерической болѣзью, въ каковомъ случаѣ онъ непременно заразилъ бы и кормилицу.

Поэтому *выборъ кормилицы* вовсе не пустое дѣло, ея здоровье имѣетъ огромное вліяніе на здоровье ребенка. Происходящія отъ туберкулезныхъ родителей, тѣ, которыя имѣють на себѣ слѣды этой болѣзни, золотухи, кожныхъ сыпей, вообще дискразии не годятся въ кормилицы. Хорошая кормилица должна имѣть свободное дыханіе, крѣпкое тѣлосложеніе. Зубы должна имѣть здоровые, не должна быть слишкомъ стара, приблизительно одного возраста съ матерью младенца. Хорошо также, если она и родила около того же времени. — Грудь должны быть развиты надлежащимъ образомъ, безъ рубцовъ, затвердѣній, сыпей, соски должны быть, какъ должно, выпуклы, окружены маленькими узелками, чтобы изъ нихъ легко можно было выжимать молоко. Признакомъ хорошаго отдѣленія молока служатъ вены, просвѣчивающія синевато черезъ кожу груди, также явственно прощупываемыя дольки и млечные каналцы. Часто о способности женщины быть кормилицей можно судить по со-



стоянію собственнаго ея ребенка. Молоко конечно должно быть въ достаточномъ количествѣ, изъ-снѣя бѣлаго цвѣта. Капля хорошаго молока трудно стекаетъ съ ногтя, оставляя за собой полоску, въ водѣ опускается въ видѣ нитей и въ срединѣ образуетъ облачко. Оно должно имѣть щелочную реакцію, подъ микроскопомъ не должно имѣть шариковъ молозива, напротивъ множество млечныхъ шариковъ. Впрочемъ всѣ эти признаки очень часто обманываютъ и только тогда можно судить о годности кормилицы, когда она нѣкоторое время покормитъ ребенка и можно будетъ взять въ расчетъ благотворное ея вліяніе.

§ 276. Если желаютъ кормить дитя искусственно, то опрятность, порядокъ, аккуратность, величайшее вниманіе къ наставленіямъ врача, самое точное исполненіе ихъ составляютъ необходимыя условія благоденствія ребенка. При исполненіи ихъ дитя можетъ быть этимъ способомъ воспитано хорошо и сильно развиваться. Но къ сожалѣнію это бываетъ рѣдко и потому воспитанныя такимъ способомъ, несчастныя созданія чахнутъ въ большинствѣ случаевъ.

Для того, чтобы искусственное кормленіе соотвѣствовало своей цѣли, надобно сдѣлать его, по возможности, подходящимъ къ правильному кормленію грудью матери. Поэтому нужно соблюдать во всей строгости слѣдующія правила (заимствованныя изъ превосходнаго ученія С. Mayer'a въ *Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. zu Berlin 1 Jahrg, 1846*).

§ 277. Первое главное условіе состоитъ въ томъ, чтобы кормить ребенка только молокомъ, не давать ему никакой пищи; далѣе употребляемое молоко животныхъ должно сдѣлать, какъ можно, ближе подходящимъ къ человѣческому. Въ 3-хъ температура его должна быть таже, какъ и настоящаго молока и въ заключеніи ребенокъ долженъ пищу сосать въ опредѣленные промежутки времени и въ надлежащемъ количествѣ.

Изъ разныхъ видовъ молока животныхъ молоко козы подходитъ всего ближе къ женскому, но обыкновенно по легкимъ понятнымъ причинамъ, употребляютъ коровье молоко. Молоко ослицъ и овецъ еще менѣе годно для людей, чѣмъ коровье, какъ это видно изъ слѣдующаго:

Въ коровьемъ	молокѣ	воды.	масла.	сыра.	сахара.
содержится. . . . .	857,0	40,0	72,0	28,0	
— козьемъ . . . . .	855,0	40,8	45,2	43,8	
— овечьемъ . . . . .	832,0	58,0	53,0	42,0	
— молокѣ ослицы . . .	907,0	12,1	19,5	62,3	
— — женщины . . . . .	887,0	25,3	34,3	48,2.	

Но и коровье молоко бываетъ весьма различнаго достоинства, смотря по различію пищи животнаго. Всего хуже молоко у тѣхъ, которыхъ кормятъ на винокурняхъ бардой, всего лучше у коровъ, которыя питаются на лугу или въ коровникѣ сѣномъ.

Такъ какъ коровье молоко содержитъ меньше воды, больше масла и сыра и меньше сахара сравнительно съ человѣческимъ, то для того, чтобы оно болѣе подходило къ послѣднему, надобно *развести его и подсластить*.

§ 178. *Разводить его всего лучше очень жидкимъ отваромъ аррорута*, при чемъ дѣти чувствуютъ себя всего лучше, потому что меньше страдаютъ коликами, развитіемъ газовъ, запоромъ, а гдѣ это и случается, то происходитъ отъ самаго молока. Чайную чашку аррорутной муки кипятятъ съ 4 чашками воды, отъ чего происходитъ жидкій, чистый напитокъ, котораго каждый разъ, какъ кормить ребенка, сколько нужно, согрѣваютъ и прибавляютъ въ молоко.

Для подслащенія всего лучше брать молочный сахаръ который походитъ на сахаръ человѣческаго молока и имѣетъ легкое слабительное дѣйствіе. Конечно онъ не дѣлаетъ молока такимъ сладкимъ, какъ обыкновенный сахаръ, но это и не нужно, потому что женское молоко не очень сладко. Черезъ 6 — 8 недѣль можно употреблять болѣе дешевый сахарный песокъ, дѣйствующій еще сильнѣе кристаллическаго сахара, только надобно его класть въ небольшомъ количествѣ.

Но надобно тщательно измѣрять количество молока и прибавки, потому что не все равно, въ какомъ количествѣ пища будетъ подмѣшана; а такъ какъ молоко матери послѣ родовъ постепенно улучшается, то количество молока надобно потомъ увеличивать, а также и количество молочнаго сахара.

Всего лучше давать молоко сырое, некипяченое, потому что при кипяченіи происходятъ въ молокѣ перемѣны, конечно важныя для питанія. Всего лучше, когда можно, давать дѣтямъ прямо парное молоко. Далѣе нужно *нейтрализовать кислое свойство коровьяго молока, дѣлать его на столько щелочнымъ*, чтобы оно окрашивало лакмусовую бумажку, подобно здоровому человѣческому молоку въ синій цвѣтъ. Молоко нужно ежедневно пробовать лакмусовой бумажкой и, когда оно даетъ кислую реакцію, прибавлять углекислой извести (какъ *lapid. cancrorum*); чайной ложки ея достаточно для того, чтобы quartу кислаго молока сдѣлать слабо щелочной. Сболтавъ молоко съ порошкомъ, черезъ нѣсколь-

ко часовъ, когда нерастворимый порошокъ опустится на дно, осторожно сливаютъ его такъ, чтобы порошокъ остался на днѣ. Если нужно озаботиться объ испражненіи ребенка, то, вмѣсто *lap. cancr.*, кладутъ полную чайную ложку *magn. ustae* или 2 чайныхъ ложки *magn. carbon.* на кварту молока.

§ 279. *Температура питья* должна быть всегда одинакова, около  $28^{\circ}$  R; болѣе высокое состояніе ея вреднѣе нисшаго.

Его всего лучше давать въ продолговатой бутылкѣ, вмѣщающей въ себя около чайной чашки жидкости и снабженной пробочкой для сосанія, при которой есть мундштучекъ изъ кости, стекла или очищенной слоновой кости; послѣдній по своей формѣ и эластичности заслуживаетъ предпочтеніе. Отверстіе бутылки можно также запырять очень тонкимъ, самымъ чистымъ, рыхлымъ кусочкомъ губки и давать сосать сквозь него. — При этомъ необходима величайшая опрятность; бутылку и пробку нужно послѣ каждаго раза промывать и держать въ холодной водѣ, чтобы на нихъ не образовалось кислоты, что случается весьма легко.

Относительно количества пищи и времени, когда ее давать, при искусственномъ кормленіи нужно приучать къ порядку и правильности также, какъ и при кормленіи грудью если не больше. На 2 — 3 день послѣ родовъ нужно кормить ребенка каждые 2 — 3 часа и каждый разъ давать ему столько, сколько ему хочется; ночью же, по крайней мѣрѣ, съ 10 до 4 — 5 часовъ оставлять въ покоѣ. Къ этому порядку дѣти приучаются очень скоро, чувствуютъ себя при этомъ хорошо, а мать и окружающіе избавляются отъ излишняго обремененія и безпокойства.

§ 280. Въ первыя 4 недѣли дѣти получаютъ 1 часть молока, 2 части отвара аррорута и 1 — 2 чайныхъ ложекъ молочнаго сахара на чайную чашку смѣси. За тѣмъ до 4-го мѣсяца надобно имъ давать равныя части молока и отвара аррорута; съ 4 мѣсяца 3 части молока 1 часть аррорута; чайной ложки молочнаго сахара достаточно для того, чтобы подсластить питье. Такъ можно продолжать до 8 — 9 мѣсяца, а тогда давать въ объѣмъ жидкій мясной бульонъ. Аррорутную воду нагрѣваютъ въ жестяной, или лучше въ фарфоровой посудѣ на спиртовой лампѣ, при чемъ трудно растворенный молочный сахаръ совершенно растворяется, за тѣмъ прибавляютъ холоднаго молока; все вливаютъ въ бу-

тылку чрезъ мелкое сито и аккуратно изслѣдуютъ температуру питья.

§ 281. Если при этомъ кормленіи дѣти страдаютъ запорами, то нужно перемѣнить молоко; если это не помогаетъ, то нужно прибавлять молочнаго сахара, если и это не ведетъ къ цѣли, то нужно перейти къ небольшимъ приемамъ магнезій, кастороваго масла, или къ простымъ холоднымъ или теплымъ клистирамъ.

При поносахъ, особенно при зеленыхъ испражненіяхъ, съ рвотой свернувшимися, кисло-пахучими массами преимущественно нужно разузнать, соблюдаютъ ли въ точности наши наставленія и не отказываться отъ изслѣдованія, если окружающіе увѣряютъ въ точнѣйшемъ ихъ исполненіи. Если все сдѣлано, какъ сказано, то причину разстройствъ надобно искать въ молокѣ, и именно въ кислотѣ его свойствѣ, которое нужно сдѣлать щелочнымъ. Но часты поносъ и рвота исчезаютъ только тогда, когда перемѣняютъ молоко. Гдѣ зеленыя, болѣзненные испражненія происходятъ отъ присутствія кислотъ въ первыхъ путяхъ ребенка, даютъ съ пользой *natrum bicarb.* съ небольшими приемами ревеня, или безъ него, въ камедистомъ растворѣ.

Очень часто дѣти при искусственномъ кормленіи не имѣютъ въ первыя недѣли той цвѣтущей наружности, какъ вскормленныя грудью матери. Но этимъ не должно вводить себя въ заблужденіе, а надобно помнить, что послѣднія при отниманіи отъ груди часто худѣютъ, тогда какъ дѣти, вскормленныя искусственно, постепенно становятся крѣпче и жирнѣе. Но если они искусственнаго кормленія не переносятъ, то для спасенія ихъ остается одно средство — грудь кормилицы.

ПРИБАВЛЕНІЕ: МНИМАЯ СМЕРТЬ НОВОРОЖДЕННАГО.

§ 282. Подъ *мнимой смертью новорожденныхъ* разумѣютъ состояніе, при которомъ нельзя открыть другихъ признаковъ жизни, кромѣ сердцебіенія, замѣтнаго на осязаніе и при выслушиваніи, чѣмъ и отличаются такія дѣти отъ дѣйствительно умершихъ. *Слабожизненными* ребенкомъ называютъ такого, въ которомъ, кромѣ сказаннаго признака жизни, замѣчаются еще и другіе, какъ слабыя подергиванія въ конечностяхъ, рта, отдѣльныя попытки къ дыханію.

Причины мнимой смерти заключаются въ аномаліяхъ,

произшедшихъ во время родовъ и обнаруживающихъ свое вліяніе на ребенка такъ, что они или произвели въ немъ значительную гиперемію, вособенности мозга, или же анемическое состояніе. Поэтому и отличаютъ 2 вида мнимой смерти — *гиперемическую*, *апоплектическую* и *анемическую* — *asphyxia livida s. pallida*.

§ 283. 1) *Гиперемическая форма* характеризуется темнымъ, синеватымъ цвѣтомъ кожи, опуханіемъ лица. выдающимися налитыми глазами, налитой кровью пуповиной, припухлымъ ртомъ и языкомъ. Ее замѣчаютъ у большихъ, крѣпкихъ дѣтей, роды которыхъ протекали медленно и тяжело, которыя слѣд. находились долгое время подъ вліяніемъ постояннаго, сильнаго давленія; ее нерѣдко наблюдали также и въ томъ случаѣ, когда по рожденіи головки выведение туловища было очень на долго замедлено, если ребенокъ уже дѣлалъ попытки къ дыханію, которое потомъ остановилось. Это случается преимущественно у первородящихъ; если роды длились очень долго послѣ разрыва пузыря, кровообращеніе послѣда за долго до родовъ было нарушено или совершенно остановилось. Весьма частыми причинами бываютъ тугое обвиваніе пуповины, давленіе на нее. Потому эта форма мнимой смерти встрѣчается вособенности при необыкновенныхъ черепныхъ родахъ и послѣ продолжительныхъ родовъ при тазовыхъ положеніяхъ, особенно если головка на долго приостановилась. Насъ не можетъ удивлять то, что мнимая смерть особенно часто случается послѣ операціи поворота, извлеченія и наложенія щипцовъ.

§ 284. 2) *Анемическая форма, мнимая смерть вслѣдствіе слабости* узнается по блѣдности кожи, вялости членовъ, отвислой нижней челюсти, отверстому заднему проходу, изверженію первороднаго кала, по дряблости и безкровію пуповины. Причинами этому бываютъ давленіе на пупочныя вены, когда артеріи продолжаютъ еще нести кровь къ послѣду (при предлежаніи таза, выпаденіе пуповины); преждевременное отдѣленіе послѣда, кровотеченіе изъ фѣтальныхъ сосудовъ вслѣдствіе разрыва одной изъ вѣтвей пуповинныхъ сосудовъ; кровоизліянія въ одну изъ большихъ полостей младенца; общая слабость его; наконецъ иногда и сильныя маточныя кровотеченія.

При невозможности съ точностью всегда узнать анатомическія измѣненія, лежащія въ основаніи мнимой смерти, нельзя установить и вѣрнаго *предсказанія*. Анемическая форма даетъ худшее предсказаніе нежели другая; явственно за-

мѣчаемое сердцебиеніе, еще слабое биеніе пуповины допускаютъ болѣе благоприятное предсказаніе, нежели противоположныя состоянія. Смотри по предшествовавшему ходу родовъ и по болѣе крѣпкому, сильному или слабому развитію дѣтей, надежда на оживленіе ихъ и результатъ нашихъ стараній бываетъ различенъ.

§ 285. Попытки къ оживленію нужно продолжать неутомимо и не прекращать ихъ до тѣхъ поръ, пока въ теченіи долгаго времени нельзя будетъ замѣтить сердечныхъ тоновъ; но пока этого нѣтъ, нечего жалѣть трудовъ, потому что даже чрезъ нѣсколько часовъ удается еще иногда оживить ребенка и я самъ знаю случай, гдѣ акушеръ завернулъ ребенка, котораго считали мертвымъ въ шерстяное одѣяло, положилъ въ сторону, ушелъ, а по его уходѣ, ребенокъ самъ очнулся, отъ дѣйствія теплоты печи (его не ожили у нагрѣтой печи), возвѣстилъ о своей жизни плачемъ и крикомъ и остался въ живыхъ.

§ 286. При явленія *гипереміи* нужно изъ разрѣзанной пуповины выпустить нѣсколько крови (1 — 2 полныхъ чайныхъ ложки); когда вслѣдствіе остановки кровообращенія въ пуповинѣ этого слѣдовать нельзя, то часто достигаютъ цѣли, погружая ребенка съ неперевязанной пуповиной въ теплую ванну. Если это намъ удалось, нужно перевязать пуповину, удалить изъ полости рта и зѣва всю слизь, слегка ударять ребенка ладонью по задницѣ и по груди, дуть на него, spryskivatъ холодной водою или направлять сильную струю ея на подчревную область, послѣ чего обыкновенно проявляются дыхательныя движенія. Если ничто не помогаетъ, то трутъ, качаютъ ребенка быстро въ воздухъ въ ту и другую сторону, опускаютъ его по перемѣнно то въ теплую, то въ холодную воду, послѣднюю льютъ ему на голову. — Если несмотря и на это дыханія нѣтъ, то вдвуютъ воздухъ, но не прямо изо рта въ ротъ, потому что при этомъ воздухъ попадаетъ обыкновенно, вмѣсто легкихъ, въ желудокъ, а чрезъ трубочку, введенную въ гортань. Но какъ только появились слѣды дыхательныхъ движеній, болѣе уже не нужно вдвовать, чтобы не нарушать механизма дыханія; потому что если движенія опять исчезнутъ, то вызвать ихъ снова гораздо труднѣе.

§ 287. При *анемическомъ состояніи* помогаютъ сильныя раздражающія средства, которыя употребляются и при первой формѣ, если предложенныхъ средствъ недостаточно.

Теплыя ванны съ ароматическими и спиртными веще-

ствами, окутыванія младенца въ теплыя пеленки, наливаніе на грудь эфира по каплямъ, обмываніе имъ надчревной области, сильно раздражающія нюхательныя средства, промывательное изъ укуса съ солью, поперемянное погруженіе то въ теплую, то въ холодную воду, сожиганіе на надчревной области эфира, натираніе висковъ, ноздрей, сердечной области сильными раздражающими средствами — вотъ средства, употребляемая при такомъ состояніи.

Если появились признаки жизни, то нужно продолжать эти дѣйствія, особенно употребленіе теплоты; въ это время весьма полезно вливать ребенку въ ротъ и желудокъ немного настоя ромашки съ виномъ. Все это нужно прекратить только тогда, когда вполнѣ покажется жизнь или исчезнетъ всякая надежда на успѣхъ.

Впрочемъ не должно при этомъ быть слишкомъ суетливымъ и поспѣшнымъ, но нужно дѣйствовать хладнокровно и осмотрительно, нужно не на долго пріостанавливаться и опредѣлять средства въ опредѣленномъ порядкѣ, постепенно переходя къ болѣе сильнымъ.

## ТРЕТІЕ ОТДѢЛЕНІЕ.

### ПАТОЛОГІЯ И ТЕРАПІЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВЪ.

#### ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

##### ПАТОЛОГІЯ И ТЕРАПІЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

§ 288. Болѣзни беременныхъ бываютъ или общія, конституціональныя, или онѣ состоятъ въ страданіи половыхъ органовъ, или наконецъ обусловливаются неправильностями въ развитіи яйца.

#### ГЛАВА I.

##### ОБЩІЯ, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЯ БОЛѢЗНИ БЕРЕМЕННЫХЪ.

§ 289. Эти страданія представляютъ или только усиленіе измѣненій, описанныхъ въ физиологическомъ отдѣлѣ, которымъ подвергается весь организмъ съ самаго зачатія, или это случайныя болѣзни, которыя могутъ случиться также точно съ беременной, какъ и со всякимъ другимъ недѣлимымъ.

Въ первомъ классѣ этихъ страданій помѣшаютъ обыкновенно рядъ состояній, свойственныхъ беременнымъ, при чемъ перечисляютъ ихъ припадки и средства, которыя противъ нихъ совѣтуютъ. Это совершенно излишне, потому что такія состоянія, хотя конечно происходятъ вслѣдствіе «специфической» причины, тѣмъ не менѣ протекаютъ одинаково съ подобными состояніями небеременныхъ и уступаютъ



тѣмъ же средствамъ. Такъ какъ вслѣдствіе этого относительно подробностей я указываю на Руководства къ Частной Патологіи, то здѣсь достаточно будетъ изложить вкратцѣ способъ произхожденія этихъ болѣзней, ихъ припадки и правила, которыя необходимо соблюдать при ихъ леченіи.

§ 290. Беременность, какъ уже не разъ было сказано, есть физиологическое состояніе, находящееся на рубежѣ къ патологическому. Поэтому нечего удивляться, что послѣднее дѣйствительно наступаетъ, а съ тѣмъ вмѣстѣ становится необходимымъ пособіе искусства.

Припадки беременности чрезвычайно разнообразны, смотря по сложенію беременной. Тогда какъ одна при этомъ чувствуетъ себя хорошо, нѣкоторымъ бываетъ даже лучше, другая при тѣхъ же явленіяхъ чрезвычайно страдаетъ и должна быть считаемая за дѣйствительно больную; тогда какъ нѣкоторыя особы страдаютъ съ момента зачатія и въ концѣ 2, 3 мѣсяца снова замѣтно поправляются, другія начинаютъ чувствовать себя дурно и дѣлается больной только со 2-й половины, и въ такомъ состояніи остаются до конца беременности.

Способъ по которому происходятъ эти страданія, и ихъ причины не во всѣхъ мѣсяцахъ беременности одинаковы; впрочемъ большая часть ихъ можетъ появиться въ одно время. Но такъ какъ они, какъ уже сказано, суть ничто иное какъ только усиленіе физиологическихъ явленій, то и причины ихъ должны быть тѣже, какъ и послѣднихъ. Поэтому ихъ надобно:

1) въ измѣненіяхъ смѣшенія и распредѣленія крови, вызываемыхъ беременностью;

2) въ зависящемъ отъ нея измѣненіи нервной дѣятельности,

3) въ механическихъ отношеніяхъ, въ которыя вступаетъ увеличенная матка относительно окружающихъ частей.

§ 291. Измѣненія въ смѣшеніи крови, какъ и явленія, описанныя подъ 2 (и 3), извѣстны. Причину большей части болѣзней беременных искали вособенности въ неправильномъ усиленіи этого измѣненнаго состоянія крови, при чемъ то хлоротическое смѣшеніе крови считали за самое частое у беременных (Cazeaux, Scanzoni), то полнокровіе, то оба состоянія соединяли въ серозное многокровіе (Kiwisch). Однако анализъ не показалъ измѣненій, кромѣ незначительнаго измѣненія красныхъ кровяныхъ шариковъ и бѣлка, увеличенія волокнины и воды. Этихъ явленій недостаточно

для того, чтобы принять *chlorosis* у каждой беременной, или по крайней мѣрѣ у большинства. И такъ какъ это смѣшеніе крови явственно образуется только около середины беременности, то одно только это не можетъ объяснить общихъ припадковъ, появляющихся большей частью всего сильнѣе именно въ первые два мѣсяца. Впрочемъ оно нормальный спутникъ беременности и потому тѣ расстройства должны бы быть у всѣхъ беременныхъ, если бы одно только смѣшеніе крови было тому причиной. Поэтому это можно допустить только тамъ, гдѣ оно ненормально усилено, гдѣ дѣйствительно существуетъ значительное уменьшеніе красныхъ шариковъ и бѣлка, гидремія. Но что это у одной беременной бываетъ, у другой нѣтъ, это зависитъ отъ индивидуальнаго расположенія, которое мы не всегда можемъ объяснить, т. е. отъ сложенія и очень часто отъ состоянія питанія особы.

§ 292. Большинство припадковъ беременности происходитъ рѣшительно отъ нервной системы въ совокупности съ смѣшеніемъ крови. Последнее дѣйствуетъ обратно на нервную систему, вызываетъ измѣненную дѣятельность ея, такъ какъ она обуславливается уже по сочувствію, въ которомъ находятся матка и яичники ко всему организму женщины. Эти припадки суть ничто иное, какъ усиленное рефлекторное дѣйствіе, вызванное усиленнымъ возбужденіемъ половой системы при содѣйствіи смѣшенія крови, которое такъ сильно можетъ возвысить рефлекторное возбужденіе.

Механическія отношенія, въ которыя вступаетъ матка относительно сосѣднихъ органовъ, могутъ вызвать болѣзненные состоянія во 2-й половинѣ беременности, когда матка можетъ производить давленіе на сосѣдніе органы.

§ 293. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что трудно провести границу, гдѣ физиологическія явленія беременности переходятъ въ патологическія, тѣмъ болѣе, что последнее обыкновенно бываетъ слѣдствіемъ извѣстнаго индивидуальнаго расположенія. Для того, чтобы узнать моментъ этого перехода, требуется все остроуміе акушера и нужно много такта, чтобы знать, какъ долго можно держаться пассивно и когда надобно начать дѣйствовать. При леченіи надобно быть въ высшей степени осторожнымъ, потому что расстройства могутъ конечно прервать беременность, употребляемая же лекарства часто еще благопріятствуютъ этому. Поэтому тѣмъ болѣе надобно удерживаться отъ сильныхъ мѣръ, что нашъ терапевтическій аппаратъ большей частью не уничтожаетъ

болѣзни и симптоматическое лечение есть единственное, которое остается въ нашемъ распоряженіи, и всего полезнѣе для женщины. При хорошихъ силахъ надобно его держать до тѣхъ поръ, пока это возможно, устраняя самые тяжкіе припадки простыми средствами, такъ какъ спустя болѣе или менѣе короткое время они исчезаютъ сами собой. Діететическія средства приносятъ обыкновенно больше пользы, чѣмъ взятые изъ аптечнаго хлама.

§ 294. Самыя важныя и частыя изъ упомянутыхъ болѣзней слѣдующія:

1) Уже было сказано, что смѣшеніе крови у беременныхъ можетъ усилиться до дѣйствительной *гидремии*. Кромѣ извѣстныхъ выпотѣній, въ брюшную полость и клѣтчатку, она вызываетъ рядъ общихъ явленій, кои всѣ, продолжаясь до второй половины беременности, могутъ еще болѣе усилиться отъ давленія матки на сосѣднія части. Противъ этого состоянія назначаютъ питательную, удобоваримую пищу, умѣренное движеніе на свѣжемъ воздухѣ, желѣзо и хину.

2) У женщинъ, питающихся слишкомъ обильно, имеющихъ мало движенія, часто замѣчаютъ такъ называемое *полнокровіе (plethora)*. Оно бываетъ не столько общее, сколько мѣстное и выражается вособенности приливами крови къ головѣ и груди, сердцебиеніемъ, стѣсненіемъ груди, головокруженіемъ, носовыми кровотечениями, лѣнивымъ стуломъ и пр. Разстройствомъ кровообращенія въ подчревной области, вялымъ пищевареніемъ обуславливается наклонность къ кровотеченію и выкидышу. Въ такихъ случаяхъ предлагаютъ простую растительную діету, обильное употребленіе холодной воды, запрещаютъ чрезмѣрное употребленіе кофе, чая, вособенности же пива и вина, назначаютъ продолжительное движеніе на свѣжемъ воздухѣ, даже утомительныя ручныя работы, холодныя ванны, иногда легкое слабительное, продолженіе употребленія малыхъ приемовъ *cretor. tart.*

§ 295. 3) Между *разстройствами кровообращенія* вособенности должно упомянуть *oedema* и *varices*.

*Отекъ (oedema)* или бываетъ слѣдствіемъ довольно глубокаго страданія, анеміи, или зависитъ отъ болѣзни сердца и вособенности почекъ и въ такомъ случаѣ большей частью соединяется съ альбуминуріей; объ этихъ формахъ будетъ сказано при разсмотрѣніи судорогъ беременныхъ и роженицъ. Или это простое разстройство въ кровообращеніи, обуславливаемое давленіемъ, и въ этомъ видѣ встрѣчается на нижнихъ конечностяхъ и половыхъ частяхъ вособенности,

гдѣ отекъ надобно приписывать давленію матки на тазовыя сосуды. При этомъ нужно совѣтовать покойное положеніе на спинѣ, при болѣе сильной болѣзненности окутыванія нагрѣтыми простынями, ароматическія припарки, всего же приличіе и полезіе бинтованіе членовъ или носеніе каучуковыхъ чулокъ со шнуровкой. Слабительныя и мочегонныя бесполезны, часто даже вредны. Насѣчки на растянутыхъ, напряженныхъ и болѣзненныхъ большихъ губахъ хотя иногда и необходимы, но съ ними нужно быть очень осторожнымъ, потомучто слѣдствіемъ ихъ легко могутъ быть преждевременныя роды.

*Расширеніе венъ (varices)* особенно часты у беременныхъ не въ первой разъ, на внутренней поверхности нижнихъ конечностей, на большихъ губахъ, во влагалищѣ, въ заднемъ проходѣ и прямой кишкѣ. Обыкновенно они во 2-й половинѣ беременности сильнѣе, нежели въ первые мѣсяцы и составляютъ слѣдствіе усиленнаго напора крови къ тазу и давленія со стороны увеличенной матки на тазовыя вены. Обыкновенно они не влекутъ за собой сильныхъ разстройствъ и припадковъ, иногда впрочемъ вслѣдствіе послѣдовательнаго отека, воспаленія и нагноенія подкожной клѣтчатки, затвердѣнія ея бываютъ крайне обременительны и могутъ быть даже чрезвычайно опасны вслѣдствіе разрыва и кровотеченія, а также и вслѣдствіе образующагося запиранія венъ. — Леченіе ихъ уже извѣстно, какъ при отекахъ нижнихъ конечностей; если они находятся въ прямой кишкѣ, то нужно ежедневно заботиться о правильномъ и легкомъ стулѣ. Воспаленіе ихъ, разрывъ должно лечить по извѣстнымъ хирургическимъ правиламъ; при разрывѣ узла во влагалищѣ надобно очистить маленькую рану или, гдѣ это не годится или не приноситъ пользы, затампонировать влагалище (о леченіи *thrombus vaginae* см. ниже между «неправильностями родовъ.»)

§ 296. 4) Различныя *болѣзни дыхательныхъ органовъ* также точно могутъ случиться съ беременной, какъ и со всякимъ другимъ; впрочемъ у нихъ, при склонности къ обильнымъ выпотѣніямъ и при уменьшенномъ объемѣ груди вслѣдствіе растяженія живота, онѣ особенно опасны. Въ силу послѣдней—то причины беременныя, одержимыя хроническими страданіями легкихъ и пороками сердца, въ послѣдніе мѣсяцы страдаютъ вособенности сильно и въ это время всего больше надобно бояться остраго отека легкихъ, которому онѣ подвергаются по смѣшенію ихъ крови. Припадки могутъ быть такъ жестоки и опасны, что искусственныя прежде-

временные роды часто остаются послѣднимъ и единственнымъ средствомъ, чтобы спасти жизнь матери, а съ ней и младенца.—Въ прочемъ леченіе различныхъ болѣзней дыхательныхъ органовъ достаточно извѣстно изъ частной Терапіи.

§ 297. 5) Между болѣзнями *пищеварительныхъ органовъ* надобно вособенности обратить вниманіе на *рвоту*. Сочувствіе между желудкомъ и маткой и у небеременной женщины довольно ясно, ибо рѣдко болѣзни матки, разстройства регулы не сопровождаются кардіалгіями и пр. Это сочувствіе часто бываетъ такъ сильно, что замаскировываетъ дѣйствительное состояніе, мѣсто болѣзни и вводитъ въ этомъ отношеніи въ обманъ какъ врача, такъ и пациентокъ. Такъ и въ беременности, особливо въ первые ея мѣсяцы, наблюдаютъ, что женщины страдаютъ припадками, происходящими отъ желудка, и между ними самая важная рвота.

Обыкновенно она является утромъ на-тощакъ, но часто и во всякое другое время, особенно вскорѣ по принятіи пищи и питья; желудокъ извергаетъ все, что въ немъ есть, пищу, слизь; пациентки или чувствуютъ послѣ того облегченіе, или напряженіе къ рвотѣ, тошнота еще продолжается и потомъ долгое время, пока наконецъ она придетъ въ совершенное изнеможеніе. Въ этихъ случаяхъ вособенности она является какъ непосредственное слѣдствіе раздраженія желудка, происходящаго изъ матки и принимаетъ совершенно судорожный характеръ. Съ большими, безъ предшествовавшей тошноты, внезапно дѣлается рвота, все равно, будетъ ли наполненъ желудокъ, или нѣтъ.

Обыкновенно эта болѣзнь является уже въ первыя недѣли послѣ зачатія и на второй, на третій мѣсяцъ снова исчезаетъ; въ другихъ случаяхъ продолжается значительно дольше, даже иногда съ перемежками въ теченіи всей беременности. Очень рѣдко рвота является въ послѣднія недѣли; въ такомъ случаѣ она обуславливается давленіемъ увеличенной матки на желудокъ и бываетъ особенно мучительна у первобеременныхъ.

§ 298. Извергаемыя массы состоятъ, если не много пищи въ желудкѣ, или вовсе нѣтъ ничего, изъ стекловидной вязкой слизи, къ которой иногда примѣшано бываетъ значительное количество очень кислой жидкости; иногда находятъ въ нихъ *sarcina*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ извергается и желчь.

Если рвота незначительна, появляется рѣдко и не долго

продолжается, то она не заслуживаетъ и названія болѣзни; но если она довольно сильна, появляется очень часто, даже и при пустомъ желудкѣ, если пища, какъ только будетъ принята, тотчасъ извергается рвотой, и это состояніе тянется долго, то оно влечетъ за собой очень важныя послѣдствія. Оно быстро вызываетъ исхуданіе и истощеніе, женщины не могутъ выходить изъ дома и изъ комнаты, желудокъ бываетъ очень раздраженъ, какъ бы въ воспалительномъ состояніи, и невозможность употреблять пищу естественно должно въ теченіи болѣе или менѣе короткаго времени привести къ изнуренію (*marasmus*). Выкидышъ и даже смерть матери и младенца бывають непремѣнными послѣдствіями, если не будетъ своевременно подана помощь.

Поэтому леченіе будетъ зависѣть главнымъ образомъ отъ жестокаго страданія. Просто сочувственная рвота большей частью очень скоро проходитъ сама собой и не требуетъ никакого леченія. Если она обременительна и мучительна, можно облегчать ее употребленіемъ теплой воды или настоя ромашки и заботиться о правильномъ ежедневномъ стулѣ. Надобно убѣждать больную въ безопасности ея и уменьшать раздражительность желудка углекислыми напитками и легкими наркотическими средствами.

Въ болѣе жестокихъ случаяхъ часто оказываются всего полезнѣе, при правильной діетѣ, углекислыя средства съ желѣзомъ; наркотическія средства должно давать съ осторожностью и вособенности избѣгать опія по его способности производить запоръ. Надобно попробовать морфій, сонную одурь, синильную кислоту, первый особенно эндерматически. Если, не смотря на всѣ эти средства, рвота не унимается, то надобно обратиться къ отвлеченію на кожу; часто горчичникъ къ сторонѣ желудка или прикладываніе фланели смоченной въ горячей водѣ, а потомъ облитой смѣсью изъ *spir. camph.* и *trae theb.* приносятъ гораздо больше пользы, чѣмъ всѣ внутреннія средства. Когда обстоятельства позволяютъ, надобно давать во время и послѣ припадковъ ледъ и шампанское. Simpson въ упорныхъ случаяхъ совѣтуетъ вдыханія *laudani*, который можно испарять, смѣшивая съ горячимъ настоемъ ромашки. Я нашелъ также полезнымъ хлороформъ какъ въ видѣ вдыханій, такъ и при внутреннемъ употребленіи, 3—8 капель на стаканъ воды. — Часто приходится пробовать множество разныхъ средствъ прежде, нежели найдутъ средство, дѣйствующее благотворно, и тогда какъ въ одномъ случаѣ остаются бесполезными всѣ

наркотическія средства и раздражающія кожу, въ другихъ часто приносятъ пользу металлическія средства, какъ висмутъ, серебро или употребляемыя Simpson'омъ соли церія (*cerium*). Иногда же все бываетъ бесполезно, рвота упорно продолжается, пока наконецъ безъ извѣстной причины исчезаетъ сама собой при дальнѣйшемъ ходѣ беременности, или совершенно изнуряетъ силы больной и повергаетъ ее въ чрезвычайно опасное состояніе угрожающее ея жизни. Въ такихъ случаяхъ *искусственный выкидышъ* или *искусственные преждевременные роды* составляютъ часто единственное средство спасти жизнь матери, а въ послѣднемъ случаѣ и младенца. Впрочемъ при установленіи показаній къ искусственному выкидышу нужно быть въ этихъ случаяхъ очень осторожнымъ; и если казуистика показываетъ, что во многихъ случаяхъ, которые считали безнадежными, рвота исчезала сама собой и мать съ младенцемъ остались живыми, что въ другихъ и операція не могла спасти ихъ жизнь, даже послѣ неудавшагося исполненія операціи рвота потомъ исчезала,—то надобно сознаться, что нѣтъ вѣрныхъ точекъ опоры, чтобы рѣшить, гдѣ нужно дѣлать операцію и гдѣ нѣтъ.

§ 299. *Изжога, кислая отрыжка* часто беспокоитъ нѣкоторыхъ беременныхъ цѣлые мѣсяцы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ она дѣйствительно составляетъ слѣдствіе чрезмѣрнаго образованія кислотъ, въ другихъ чистая невралгія. Въ первыхъ случаяхъ полезны противокислотныя, иногда даже минеральныя кислоты, въ послѣднихъ должно быть тоже лечение, какъ и въ легкихъ случаяхъ рвоты.

*Запоръ* большей частью есть слѣдствіе сидячаго образа жизни и давленія со стороны матки на кишечный каналъ. Слѣдствіемъ его бываетъ недомоганье, головная боль, сердцебиеніе, расстройство пищеваженія. Легкія слабительныя, какъ *ol. ricini, elect. lenit.*, холодныя промывательныя, ежедневное употребленіе *cremor. lav.* и приличная діета при достаточномъ движеніи всего лучше устраняютъ это обременительное состояніе. Надобно удерживаться отъ употребленія сильныхъ отводящихъ средствъ, особенно проносныхъ, потому что они чрезвычайно раздражаютъ кишечный каналъ, легко вызываютъ приливы къ тазовымъ органамъ, а съ тѣмъ вмѣстѣ и преждевременныя сокращенія матки.

*Поносъ* бываетъ рѣже, большей частью случайное осложненіе какъ слѣдствіе кашечнаго катарра, или же вызывается нарушеннымъ кровообращеніемъ въ подчревныхъ ор-

ганахъ, раздраженіемъ кишокъ, скопившимся каналомъ. Онъ требуетъ при надлежащей діетѣ теплаго содержанія, обволакивающихъ средствъ, *pulv. Doveri*; если при томъ есть жиленье, то весьма полезны промывательныя изъ теплой воды съ небольшими приемами опія.

*Слюнотеченіе* въ рѣдкихъ случаяхъ составляетъ другой тягостный спутникъ беременности. Или оно соединяется съ страданіемъ первыхъ путей, или же беременныя чувствуютъ себя при этомъ вообще хорошо. Слюнотеченіе, появившись разъ, обыкновенно продолжается всю беременность; слюна течетъ постоянно, такъ что въ теченіи дня смачиваютъ нѣсколько платковъ; слюна не имѣетъ дурнаго запаха, очень жидка при этомъ десна не страдаютъ. Если отдѣленіе незначительно, то женщины страдаютъ мало; въ противномъ же случаѣ онѣ могутъ дойти до крайняго истощенія. Любопытно, что тоже явленіе иногда замѣчаютъ и въ небеременномъ состояніи при страданіи половыхъ органовъ, при истерикѣ, ракъ матки (*Montgomery*). — Тоническія средства, питательная діета всего полезнѣе; можно пробовать вяжущія полосканія, однако они обыкновенно не приносятъ пользы.

§ 300. Изъ болѣзней пищеварительнаго аппарата еще надобно упомянуть *желтуху*, которая съ нѣкоторыми беременными случается уже въ ранніе мѣсяцы и, если нѣтъ другихъ страданій печени, составляетъ слѣдствіе катарра тонкихъ кишокъ, въ особенности двѣнадцатиперстной кишки. Въ такихъ случаяхъ рвотныя неумѣстны и надобно ограничиться только устраненіемъ гастрическихъ припадковъ и попеченіемъ о неоднократномъ, каждодневномъ, правильномъ стулѣ. Если желтуха является въ позднѣйшіе мѣсяцы, то она обыкновенно есть слѣдствіе давленіе матки, на выводящіе протоки печени и затрудненнаго выдѣленія, даже можетъ случиться (*Wirschow*), что нижній край печени, если въ ней, какъ иногда бываетъ отъ шнуровки, образовалось атрофированное мѣсто, лежащее горизонтально, можетъ случиться, что ниже этого мѣста лежащая часть будетъ отворочена выходящей маткой, а съ стѣнъ вмѣстѣ, и желчный пузырь, такъ что отъ растяженія желчныхъ протоковъ развивается сильная желтуха. Если причиной желтухи дѣйствительное страданіе печени, то опасность очень велика и въ позднѣйшіе мѣсяцы еще болѣе усиливается отъ давленія матки на печень, такъ что для спасенія матери приходится дѣлать искусственные преждевременныя роды. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ послѣдніе мѣ-



сяцы является *острая атрофія печени*; она можетъ быть, составляетъ слѣдствіе прижатія печени маткой; впрочемъ одна только эта причина не можетъ вызвать болѣзни, потому что печень у многихъ беременныхъ подвержена этому давленію, а острая атрофія ея встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Она конечно всегда смертельна, и исцѣленіе можно ждать только отъ немедленнаго опорожненія матки, хотя и тутъ надежда на спасаніе матери чрезвычайно слабая, тѣмъ болѣе, что болѣзнь продолжается такъ быстро, что невозможно во время произвести искусственные преждевременные роды.

§ 301. 6) Нѣкоторыя беременныя на 5, 6 мѣсяцѣ страдаютъ *жесточкой болью въ боку*, обыкновенно правомъ, которую обыкновенно приписываютъ страданію печени, или воспалительному, ревматическому состоянію матки. При дальнѣйшемъ ходѣ беременности она усиливается, увеличивается также отъ глубокихъ вдыханій, отъ кашля, также отъ сильныхъ движеній; при этомъ лихорадки не бываетъ. Для уменьшенія боли беременныя обыкновенно сгибаются въ ту сторону, гдѣ чувствуютъ ее, или сильно давятъ на нее, какъ бы поддерживаютъ.

Эта боль есть ничто иное, какъ слѣдствіе напряженія брюшныхъ мышцъ въ мѣстахъ прикрѣпленія ихъ къ ребрамъ и растяженія ихъ при увеличеніи брюшной полости. Поэтому-то она у первобеременныхъ особенно сильна, собственно только у нихъ и бываетъ, съ дальнѣйшимъ ходомъ, беременности обыкновенно усиливается, а всѣхъ общихъ явленій не бываетъ. Поэтому кровопусканія, раздраженія кожи, внутреннія средства излишни. Все, что можно назначать, это покой, успокоивающія втиранія въ болящія мѣста и ношеніе плотной повязки для поддержанія растянутыхъ мышцъ.

§ 302. 7) У беременныхъ нерѣдко бываютъ *припадки* со стороны *мочевыхъ органовъ*. Изъ механическихъ отношеній матки видно, какъ легко можетъ образоваться гиперемія почекъ съ послѣдовательнымъ кровавымъ и бѣлковымъ мочеиспусканіемъ; она обыкновенно проходитъ, но можетъ повести и къ *Брайтовой болѣзни* (о чемъ подробнѣе будетъ сказано при описаніи эклампсіи). — Часто страдаютъ неправильнымъ выдѣленіемъ, или частымъ позывомъ къ мочеиспусканію при невозможности удерживать мочу, или удержаніе мочи вслѣдствіе уменьшенной раздражительности пузыря или прижатія, также судоржнаго состоянія запирающей его мышцы. Послѣднее состояніе въ первые мѣсяцы

особенно опасно, потому что производитъ уклоненіе матки назадъ. Эти разстройства мочеиспусканія составляютъ слѣдствіе давленія со стороны матки или гипереміи тазовыхъ органовъ, которая передается къ мочевымъ путямъ и производитъ катарральное состояніе. Соотвѣтственное этому должно быть и леченіе, и вособенности должно заботиться о правильномъ мочеиспусканіи посредствомъ введенія катетера, который можно тамъ и оставлять.

§ 303. 8) Между *накожными страданіями* должно упомянуть *pityriasis versicolor*, тѣ болѣе или менѣе большія темно окрашенныя пятна, появляющіяся уже въ первыя мѣсяцы на самыхъ разнообразныхъ мѣстахъ и остающіяся обыкновенно до самыхъ родовъ — *chloasmata uterina*. Они не имѣютъ ничего общаго съ страданіями печени, но дѣйствительно *pityr. versicolor*, потому что они шелушатся и помощью микроскопа, можно доказать на чешуйкахъ нитеобразные грибки. Отъ раздражающихъ ѣдкихъ втираній они исчезаютъ въ очень короткое время, а всего лучше отъ втираній зеленого мыла или *unct. veratri albi*, которая дѣйствуетъ еще сильнѣе.

Съ нѣкоторыми беременными случается *pruritus genitalium* и составляетъ для нихъ самое мучительное страданіе. Обыкновенно съ этимъ соединяется экзема наружныхъ половыхъ частей и соедѣнныхъ съ ними частей и *blennorrhoea genitalis*. Часто зудъ бываетъ такъ силенъ, что женщины не могутъ состояніи удержаться отъ того, чтобы нечесать, стираютъ себѣ половыя части, которые дѣлаются горячими, припухлыми, представляютъ ссадины и даже изъязвленія. — При этомъ должно назначать слабительныя, холодныя сидячія ванны, обмыванія половыхъ частей свинцовой водой, наркотическія припарки. Въ жестокихъ, вообще неустрашимыхъ случаяхъ зудъ и сыпь часто можно еще удалить прижиганіемъ страдающихъ частей адскимъ камнемъ, помазваніемъ іодной настойкой, примочками изъ слабаго раствора сулемы и пр. Во всякомъ случаѣ лучше начать леченіе прямо съ этихъ сильно дѣйствующихъ средствъ; адскій камень, іодная настойка рѣдко остаются безъ дѣйствія.

§ 304. 9) Между *первыми страданіями*, вызываемыми беременностью, самая важная и опасная *общія судороги*, такъ называемая *эклампсія*. Но такъ какъ она можетъ быть также во время родовъ и послѣ нихъ, а появленіе ея во время беременности обыкновенно прерываетъ послѣднюю, то и нужно говорить объ ней въ главѣ о неправильностяхъ родовъ.

*Chorea* также иногда сопровождает беременность. Иногда болѣзнь существовала и до беременности, обыкновенно же она появляется вмѣстѣ съ беременностью или въ теченіи ея и продолжается до самаго конца ея, или исчезаетъ раньше. Впрочемъ явленія ея совершенно тѣже, какъ и въ небеременномъ состояніи и въ дѣтскомъ возрастѣ. Болѣзнь случается какъ у первобеременныхъ, такъ и у беременных не въ первый разъ и иногда появляется въ нѣсколькихъ одно за другимъ слѣдующихъ беременных состояніяхъ. Обыкновенно съ окончаніемъ родовъ, иногда уже съ первой потугой явленія ея прекращаются; только въ рѣдкихъ случаяхъ они продолжаютъ болѣе или менѣе долгое время и въ родильномъ состояніи. Такъ и теперь я лечу больную, которая въ первую свою беременность страдала явленіями *chorea* въ нижнихъ конечностяхъ, особенннсти въ лѣвой, которыя исчезли съ родами, а съ наступленіемъ черезъ 1½ года вторичной беременности на 3—4 мѣсяцѣ появились снова, вскорѣ появились они въ верхнихъ конечностяхъ, а потомъ съ особенной жестокостью въ мышцахъ лица и языка, такъ что больная по временамъ едва могла говорить и что нибудь съѣсть, часто чуть не откусывала языка зубами. Всѣ употребляемыя средства оставались безполезными; по временамъ наступали послабленія, но болѣзнь исчезла совершенно въ теченіи первыхъ дней послѣ родовъ. Въ теченіи послѣднихъ были чрезвычайно жестокія произвольныя движенія, особеннсти во время потугъ, такъ что о поддержаніи промежности нельзя было и думать. Въ остальномъ роды протекали совершенно правильно. Въ періодѣ кормленія грудью женщина совершенно освободилась отъ своего недуга, пока наконецъ на 5 мѣсяцѣ снова появилась *chorea* въ слабой степени. Анемическое состояніе женщины потребовало отнять ребенка отъ груди и употребленія желѣза. Послѣ того состояніе ея улучшилось и теперь женщина, при употребленіи мышьяка, находится въ состояніи близкомъ къ полному выздоровленію. Средства, которыя были назначаемы противъ *chorea*, во время беременности оставались безъ всякаго дѣйствія, чего и слѣдовало ожидать. Такъ какъ болѣзнь обыкновенно основывается на анеміи, то и показуется укрѣпляющая діета и употребленіе желѣза; изъ прочихъ средствъ всего болѣе рекомендуется мышьякъ, а изъ наркотическихъ только опій въ большихъ приемахъ приноситъ пользу, хотя большей частью только временную. Болѣзнь Впрочемъ, какъ показали случаи, сообщаемые Ingleby и др.,

можетъ дойти до такой силы, что будетъ угрожать опасностью самой жизни и въ такомъ случаѣ немедленно обратиться къ произведенію выкидыша или преждевременныхъ родовъ.

§ 305. У беременныхъ могутъ появиться самыя разнообразныя невралгіи, гиперестезіи и анестезіи. Въ первые мѣсяцы вособенности беспокоятъ ихъ *зубныя и головныя боли*. Зубныя боли бываютъ или слѣдствіемъ болѣзненнаго состоянія зубовъ, которое въ беременности иногда значительно усиливается, или только чистая невралгія, подобно тому, какъ это бываетъ и во время мѣсячнаго очищенія, особенно при затруднительномъ истеченіи регулъ. Вырываніе зубовъ допускается только въ первыхъ случаяхъ, ни какъ не въ послѣднихъ, потому что невралгія можетъ продолжаться, не смотря на то, и даже усиливаться. Поэтому ограничиваются только уже извѣстнымъ леченіемъ такихъ болей.

И головная боль у беременныхъ не имѣетъ другаго значенія, кромѣ того, какъ и у небеременныхъ; она или представляетъ слѣдствіе прилива или разстройства желудка, или же чисто нервнаго, сочувственнаго характера (*migraine*) и потому требуетъ соответственнаго леченія.

§ 306. *Обмороки* могутъ появиться во всякомъ періодѣ беременности и бываютъ или у беременныхъ, вообще совершенно здоровыхъ, или у такихъ, которыя уже изнурены предшествовавшими невралгіями, бессонницей, поносами и пр. Обморокъ обыкновенно случается въ тѣсныхъ, теплыхъ и душныхъ пространствахъ, иногда же и въ противоположныхъ случаяхъ; онъ появляется внезапно или послѣ предшествовавшей усталости, дрожжанія, блѣдности и пота. Иногда припадокъ развивается вполнѣ и продолжается довольно долго, въ другихъ случаяхъ больная не теряетъ сознанія того, что вокругъ нея происходитъ и быстро поправляется. — Положеніе на спинѣ, доступъ свѣжаго воздуха, опрыскиваніе лица холодной водой, употребленіе летучихъ солей составляетъ леченіе во время припадка. Если припадокъ продолжается дольше, то надобно поддерживать теплоту тѣла, употреблять сильныя раздраженія, чтобы обморокъ не перешелъ въ смерть. Особы, часто подвергающіяся такимъ припадкамъ, должны избѣгать утомительныхъ напряженій, слишкомъ теплыхъ, тѣсныхъ пространствъ, продолжительнаго голода и душевныхъ возбужденій. Вообще полезны тоническія средства и укрѣпляющая діета.

§ 307. *Разстройства чувствъ*, вособенности *amaurosis*,

*hämeralopia*, также глухота и обманы слуха бывают или чисто нервного свойства, или обусловливаются приливами. Они появляются в разные периоды беременности, продолжаются больше или меньше долго, даже могут тянуться и в родильном состоянии. Где нельзя найти признаков прилива, местных изменений в страждущих органах, так как они большей частью важны, особенно если будут соединены с альбуминурией, потому что тогда они обыкновенно являются предвестниками эклампсии которой они предшествуют больше или меньше долгое время. Сообразно с причинами должно быть и лечение; слабительные, тонические и мочегонные средства показываются в последних случаях и в особенности нужно избегать всякого кровопускания.

§ 308. *Бессонница*, которая некоторых беременных часто мучит, начиная уже с 1-х месяцев, в течении долгого времени, обусловливается или общим возбуждением нервной системы, недостатком движения, слишком теплой комнатой; или разного рода невралгиями; иногда впрочем нельзя отыскать причины. Это состояние очень утомляет женщин и, если и днем они не будут иметь должного покоя, что иногда случается, то они очень худеют, питание их упадает, является лихорадка и высшая степень возбуждения. — Иногда бывает и сон, но его беспокоят страшные сновидения, прерывающие его и могущая вызвать также последствия, как и бессонница. Лечение этих состояний должно быть направлено соответственно причинам. Вообще попечение о правильном стуле, многом движении на свободном воздухе, прострая, питательная и нераздражительная пища, употребление на ночь холодной воды, а где это не помогает, холодные обливания тела, по крайней мере головы и спины, оказывают самую лучшую пользу. Наркотические средства, в особенности морфия, полезны в начале, да и то ненадолго; также нужно избегать раздражающих. Напротив того в известных случаях весьма полезны, кровопускания.

§ 309. Что *душевные расстройства* встречаются у беременных, это не может нас удивлять; впрочем они очень редко бывают первичными страданиями, если не относить сюда желаний и требований, часто конечно самого странного характера. В особенности же стоит упомянуть *уныние некоторых беременных*, которое, появляясь сначала только в легкой степени, как простая гипохондрия, может усилиться до действительной меланхолии. И неуди-

тельно, если первобеременная не спокойно ждет своего разрешения, исходъ котораго ей извѣстенъ, и о послѣдствіяхъ, которыя могутъ быть, она такъ много слышала, о чемъ ей и подруги чуть некаждодневно толкуютъ.

Но тоже случается иногда и съ беременными не въ первый разъ, какъ только онѣ замѣчаютъ хоть самое ничтожное отступленіе отъ обыкновеннаго хода своихъ прежнихъ беременных состояній. Между тѣмъ случается и то—и это самая дурная форма,—что беременная, хотя ея состояніе протекаетъ правильно и она нисколько не боится особеннаго несчастія, тѣмъ не менѣе уныла и не можетъ быть въ добромъ и веселомъ настроеніи, постоянно чувствуетъ какую-то неопредѣленную грусть, много плачетъ и на все смотритъ сквозь траурное покрывало. Случись при этомъ несчастіе, потеря любимаго члена семейства, разлука съ мужемъ или съ любовникомъ, такое состояніе можетъ перейти въ глубокую меланхолію и бѣшенство и даже въ склонность къ самоубійству.

Иногда такое настроеніе ограничивается только первыми мѣсяцами беременности и потомъ переходитъ въ противоположное; въ другихъ случаяхъ впрочемъ продолжается до самыхъ родовъ и можетъ случиться, что перейдетъ потомъ въ настоящее *mania puerperarum*.

Совершенно естественно, что такое состояніе вліяетъ на состояніе тѣла. Такъ большей частью встрѣчаютъ разстройство пищеваренія, часто тошноту, рвоту, бываетъ также и запоръ, уменьшенный аппетитъ, ускоренный пульсъ, сильное безпокойство и бессонница; беременныя обыкновенно жалуются на тяжесть и круженіе головы и сильную тоску.

Леченіе соображается съ состояніемъ пульса и пищеваренія. Обыкновенно назначаютъ легкія слабительныя, достаточное движеніе на свѣжемъ воздухѣ, простую пищу при избѣжаніи всѣхъ разгорячающихъ веществъ, холодныя ванны. Главное же состоитъ въ приличномъ душевномъ леченіи; врачъ долженъ прежде всего представить большой всю неоспорительность ея тоски и заботъ, но не слишкомъ откровенно толковать о предстоящихъ родахъ, и въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ лучше дѣлать уступку, чѣмъ долго и сильно спорить. При этомъ онъ выигрываетъ у нея больше довѣрія, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда бы онъ сталъ откровенно противорѣчить. Между тѣмъ опредѣленныхъ правилъ дать нельзя, въ такихъ случаяхъ врачемъ должны руководить собственный его тактъ и знаніе дѣла.

§ 310. 10) *Осложненія беременности случайными болѣзнями.* Всѣ болѣзни, случающіяся съ небеременными, могутъ быть и у беременныхъ; смотря по ихъ жестокости и по тому, какой органъ страдаетъ, или онѣ неуклонно совершаютъ свое теченіе, или прерываютъ беременность и даже подъ вліяніемъ послѣдней усиливаются. *Воспалительныя страданія* во время беременности характеризуются вособенности наклопностью къ обильнымъ эксудатамъ; поэтому съ противовоспалительными средствами нужно быть осторожнымъ, потомучто легко можетъ случиться, что они остановятъ беременность и эксудаты въ родильномъ состояніи легко могутъ сдѣлаться гнойными или даже ихорозными, если организмъ находится въ анемическомъ состояніи.

*Острыя сыпи* особенно опасны для беременныхъ и это вособенности относится къ *оспѣ*, отъ которой беременныя обыкновенно погибаютъ, потомучто послѣ родовъ, обыкновенно наступающихъ въ теченіи болѣзни, очень легко образуется острое разложеніе крови и родильница быстро умираетъ.—Еще опаснѣе для беременныхъ также *скарлатина и корь*, чѣмъ для взрослыхъ небеременныхъ; послѣдняя вособенности по причинѣ частыхъ выпотѣній въ легкія и столь страшнаго остраго отека ихъ, которыхъ я наблюдалъ нѣсколько случаевъ у беременныхъ въ теченіи эпидеміи кори.

§ 311. Приписывали беременности, будто она можетъ предохранять отъ извѣстныхъ болѣзней, именно отъ *холеры* и *тифа*. Это конечно относительно вѣрно, такъ какъ беременныя во время свирѣпствующихъ эпидемій конечно не часто заражаются ими, что относится особенно къ тифу, менѣе къ холерѣ; вообще же беременность вовсе не представляетъ предохранительнаго противъ нихъ средства. *Холера* есть очень опасное осложненіе, она можетъ убить раньше, нежели матка освободится отъ своего содержимаго, или при медленномъ теченіи, когда уже это случилось и мать по видимому стала было поправляться. Дѣти рождаются обыкновенно мертвыми и кесарское сѣченіе, которое дѣлали по смерти матери, всегда было бесполезно для младенца. Въ рѣдкихъ случаяхъ и только при менѣ жестокомъ теченіи болѣзни беременность продолжается благополучно и достигаетъ естественнаго своего срока.

Тоже самое относится и къ *тифу*, какъ брюшному, такъ и сыпному. Всего чаще онъ является въ первые мѣсяцы, рѣдко въ позднее время. Обыкновенно онъ влечетъ за собой выкидышъ или ранніе роды и въ послѣднемъ случаѣ,

хотя и рѣдко, плодъ можетъ родиться живымъ и продолжать свое существованіе. На теченіе болѣзни беременность, какъ и родильное состояніе не имѣетъ особеннаго вліянія; только послѣ родовъ надобно бояться изнурительныхъ маточныхъ кровотеченій. такъ какъ они даже въ слабой степени приводятъ жизнь въ странную опасность. При тифѣ впрочемъ чаще случается, нежели въ холерѣ, что онъ совершаетъ свое теченіе съ продолженіемъ беременности, и послѣдняя по выздоровленіи продолжается правильно.

§ 312. Беременность предохраняетъ отъ *бугорчатки*. Хотя конечно явленія ея и припадки во время беременности нерѣдко ослабѣваютъ и больная, по видимому, замѣтно поправляется, но также, если еще не чаще, случается противоположное и вѣрно то, что пораженіе легкихъ послѣ родовъ идетъ еще быстрѣе. Ранніе роды случаются рѣдко, даже при значительныхъ припадкахъ; за то стѣсненіе дыханія и пр. бываетъ столь значительно, появляющіяся легочныя кровотеченія приводятъ жизнь въ такую опасность, что является настоятельное показаніе къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, хотя послѣ разрѣшенія припадки бываютъ еще сильнѣе и большей частью скоро наступаетъ смертельный исходъ.—Какъ мало беременность защищаетъ отъ бугорчатки, это видно изъ того, что иногда въ теченіи ея развивается даже *острая форма* болѣзни и протекаетъ такъ быстро, что еще до начала родовъ обыкновенно наступаетъ смерть при тифозныхъ явленіяхъ.

§ 313. *Леченіе болѣзней, осложняющихъ беременность*, не отличается отъ того, какого обыкновенно держатся; только всегда надобно обращать вниманіе на то, что имѣютъ дѣло съ беременной и при употребленіи героическихъ средствъ, особенно кровопускаій, нужно быть очень осторожнымъ. При этомъ можетъ встрѣтиться вопросъ, не хорошо ли будетъ *искусственно прервать беременность*. Я думаю, что оно тамъ, гдѣ дѣлается съ успѣхомъ, рѣдко бываетъ нужно, а гдѣ это нужно, рѣдко сопровождается успѣхомъ. Потому что на нѣсколько болѣе важныя болѣзни роды и родильное состояніе вліяютъ обыкновенно вредно, а менѣе опасныя большей частью не нарушаютъ беременности, которая по выздоровленіи протекаетъ правильно.

Вособенности рѣдко показуется *искусственный выкидышъ*, потому что если исчисленныя и другія болѣзни являются рано, то онѣ имѣютъ на нихъ самое малое вліяніе, ребенокъ при операциіи всегда погибаетъ и надобно помнить, что хотя на-



ступленіе родовъ, опорожненіе матки иногда имѣетъ благотворное вліяніе на теченіе болѣзни, тѣмъ не менѣ между естественно наступающими родами и искусственнымъ выкидышемъ существуетъ большая разница относительно послѣдствій для матери. Поэтому искусственный выкидышъ показуется тамъ, гдѣ болѣзнь въ совокупности съ беременностью въ высшей степени угрожаетъ опасностью жизни матери, а съ тѣмъ вмѣстѣ и младенца и гдѣ можно съ большой вѣроятностью предполагать, что съ прекращеніемъ беременности улучшатся и сдѣлаются слабѣе явленія болѣзни, какъ это часто случается при хроническихъ болѣзняхъ сердца, легкихъ и почекъ. — Иное дѣло *искусственные преждевременные роды*. Они спасаютъ младенца и мать и, само собой разумѣется, показываются тамъ, гдѣ въ ранніе мѣсяцы приступили бы къ выкидышу. Впрочемъ и при тѣхъ страданіяхъ, при которыхъ, по нашему предположенію, операція не можетъ сдѣлать облегченія, ни устранить болѣзни, при которыхъ предсказаніе положительно дурно для матери, но при которыхъ опытъ показалъ, что при дальнѣйшемъ ихъ продолженіи погибаетъ обыкновенно и младенецъ, можно приступить къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, чтобы, если можно, спасти его, хотя эта послѣдняя надежда обыкновенно не осуществляется и показаніе къ операціи никогда не можетъ быть установлено съ надеждой на успѣхъ.

§ 314. Въ заключеніе упомяну еще одно осложненіе беременности, какъ самое опасное для жизни плода, — *конституціональный сифилисъ*. Беременность рѣдко страдаетъ отъ нихъ относительно матери; за то часто случаются преждевременные роды ребенка, умершаго въ маткѣ, или же дѣти, рожденные живыми, носятъ на себѣ слѣды этой болѣзни. Сюда обыкновенно относятся дурное развитіе, атрофическій наружный видъ, а иногда съ тѣмъ вмѣстѣ тѣло бываетъ покрыто сыпью (*pettighus*), или же находятъ нагноеніе *thymus* (Dubois), а иногда гнойныя отложенія въ легкихъ (*Derrail*). Впрочемъ дѣти сифилистическихъ матерей могутъ родиться на взглядъ совершенно здоровыми и крѣпкими и слѣды зараженія обнаруживаются спустя долгое время послѣ родовъ. Также если мать совершенно здорова, но отецъ боленъ или задолго былъ боленъ и дурно вылечился, новорожденный младенецъ можетъ носить на себѣ признаки конституціональнаго сифилиса, или же послѣдній можетъ развиться уже послѣ родовъ.

Во всѣхъ случаяхъ, когда начинаютъ лечить беремен-

ную, тотчас подвергают ее меркуріальному леченію, конечно имѣя въ виду беременное ея состояніе. Опасаясь вреднаго вліянія ртути на теченіе беременности, иногда боятся такого леченія; но это страхъ ложный потому во 1-хъ, что сифились у беременныхъ обыкновенно не уступаетъ никакому другому средству, кромѣ ртути, даже не исключая и іода, и во 2-хъ потому, что такое леченіе, кромѣ исцѣленія матери, представляетъ еще ту огромную выгоду, что если его употребляли довольно заблаговременно, то предотвращаютъ смерть плода, преждевременные роды и предохраняютъ отъ позднѣйшаго появленія этой болѣзни у новорожденнаго.

Даже въ случаяхъ, когда женщина одинъ или нѣсколько разъ рождала дѣтей, на которшхъ замѣчали слѣды сифилиса, или когда послѣднихъ поражала эта болѣзнь въ дальнѣйшемъ возрастѣ безъ очевидной причины, гдѣ слѣд. есть подозрѣніе, что одинъ изъ родителей носитъ въ себѣ зародышъ болѣзни, весьма полезно обоимъ родителямъ или одного изъ нихъ подвергнуть строгому противосифилитическому леченію, чтобы предотвратить на будущее время появленіе этой болѣзни у дѣтей.—Если женщина родила нѣсколькихъ мертвыхъ дѣтей одно за другимъ или который нибудь изъ нихъ умеръ, спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ родовъ отъ истощенія (*marasmus*) безъ видимой причины, то всегда должно подозрѣвать скрытый сифились у отца, или у матери, или обоимъ вмѣстѣ, и во многихъ случаяхъ, гдѣ это подозрѣніе не доходило даже до вѣроятія, противосифилитическое леченіе того изъ нихъ, или другаго влечетъ за собой ту пользу, что мать потомъ рождаетъ здоровыхъ и крѣпкихъ дѣтей, которые продолжаютъ свое существованіе (Dubois, Depaul, Moreau, Collins и пр.).

## ГЛАВА II.

### РАЗСТРОЙСТВА БЕРЕМЕННОСТИ, ОБУСЛОВЛИВАЕМЫЯ ПОРОКАМИ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

§ 315. Различныя опухоли и новообразованія въ яичникахъ, маткѣ и влагалищѣ, неправильности формы и суженія послѣдняго могутъ осложнять беременность и подать поводъ къ болѣе или менѣе тягостнымъ и опаснымъ явленіямъ. Но главнѣйшимъ образомъ онѣ нарушаютъ теченіе родовъ, и потому должны быть въ подробности описаны въ слѣдующемъ отдѣлѣ. Относительно ближайшаго описанія

ихъ, припадковъ и распознаванія должно сослаться на »Руководство къ учению о женскихъ болѣзняхъ«, гдѣ описываютъ тѣ измѣненія, какія вызываетъ беременность въ теченіи этихъ болѣзней, а также и наоборотъ вліяніе на неѣ послѣднихъ. Здѣсь же вособенности надобно говорить о тѣхъ изъ нихъ, которыя обнаруживаютъ свое вліяніе во время беременности и въ этомъ отношеніи заслуживаютъ особенное вниманіе. Сюда относятся смѣшенія и *hydrorrhoea uteri*.

4. Выпаденіе беременной матки и влагалища. *Prolapsus uteri gravidi et vaginae*.

§ 316. Гдѣ эта болѣзнь существуетъ во время беременности, тамъ она конечно была и до зачатія; она бываетъ въ первые мѣсяцы и исчезаетъ постепенно, по мѣрѣ того какъ матка при своемъ дальнѣйшемъ развитіи поднимается вверхъ. Однако эта болѣзнь можетъ появиться также и послѣ зачатія, вособенности потому, что матка по причинѣ большей своей тяжести имѣетъ наклонность опуститься внизъ. Но всегда при этомъ существуетъ то условіе, что влагалище бываетъ разрыхлено и вособенности не бываеетъ естественной опоры промежности, т. е. послѣдняя болѣе или менѣе разорвана. Изъ этого слѣдуетъ, что выпаденіе образуется вособенности у беременныхъ не въ первый разъ. При этихъ условіяхъ оно можетъ развиваться постепенно или вдругъ отъ сильныхъ механическихъ сотрясеній, какъ отъ паденія, прыжка, отъ ѣзды верхомъ или въ экипажѣ по неровной дорогѣ. Въ послѣдніе мѣсяцы, когда дно матки выдается надъ малымъ тазомъ болѣе или менѣе высоко въ брюшную полость, выпаденія произойти не можетъ.

§ 317. Теченіе болѣзни бываетъ или такое, что 1) какъ уже замѣчено, при дальнѣйшемъ своемъ развитіи матка восходитъ вверхъ и выпаденіе исчезаетъ. Или 2) беременный органъ совершенно выступаетъ въ наружныя половыя части, образуя тамъ большую опухоль, которая постепенно развивается больше, такъ что беременность можетъ дойти до естественнаго своего предѣла и ребенокъ родится благополучно. Очень часто однако въ такихъ случаяхъ беременность прерывается, и самое теченіе родовъ подвергается разнымъ неправильностямъ отъ отсутствія всякой опоры матки, брюшнаго пресса и отъ измѣненій въ шейкѣ и маточномъ рыльцѣ вслѣдствіе выпаденія, которыя въ этомъ случаѣ появляются также точно, какъ и при выпаденіи не беременной

матки вообще. 3) Наконецъ можетъ случиться, что органъ, выпавшій только отчасти, совершенно на ружу не выходитъ, но и не восходитъ вверхъ, а, по достаточности пространства въ полости таза и во входѣ, развивается тутъ до тѣхъ поръ, пока выполнить его совершенно, давить на сосѣдніе органы и, если не случится исцѣленіе силами природы чрезъ восхождение ея, или если органъ не будетъ исправленъ, то отъ претерпѣваемаго имъ давленія онъ приходитъ въ дѣятельность и происходитъ выкидышъ и воспаленіе матки.

§ 318. При *леченіи* надобно вособенности обращать вниманіе на то, что матка при своемъ увеличеніи восходитъ вверхъ и предотвращаетъ вторичное выпаденіе ея. Покойное положеніе на спинѣ, по возможности малое движеніе, правильное испражненіе мочи, правильный стулъ, употребленіе т-образной повязки составляютъ единственные средства, которыя можно совѣтывать въ болѣе легкихъ случаяхъ. Маточныя кольца излишни, потомучто матка, вступивши разъ въ брюшную полость, остается тамъ до самыхъ родовъ; впрочемъ они могутъ быть и вредны, вызывая или по крайней мѣрѣ благопріятствуя выкидышу.—Если органъ представляетъ мало склонности подниматься вверхъ, то нужно поднять рукой, введенной во влагалище, надъ тазовый входъ, затѣмъ наложить пессарій и на промежность повязку. Если матка отчасти выступила въ наружныя половыя части, то можно попробовать еще постепенно и осторожно приподнять ее пальцами въ направленіи оси таза и наружныхъ половыхъ частей. Но обыкновенно это не удается, органъ выпадаетъ совершенно, и въ этихъ случаяхъ всѣ попытки вправить, какъ только онъ хоть сколько нибудь значительно увеличился, слѣд. съ 3 мѣсяца беременности, становятся лишними, потомучто бесполезны. Въ такомъ случаѣ надобно совѣтовать беременной лежать въ покоѣ столько, сколько она можетъ, запретить всѣ сильныя и внезапныя движенія, поддерживать матку повязкой и заботиться о правильномъ и легкомъ испражненіи мочи и кала. Если наступаютъ przypadки ущемленія тазовыхъ органовъ и матки, то необходимо тотчасъ ввести въ пузырь катетеръ и оставить его тамъ до тѣхъ поръ, пока исчезнутъ эти явленія. За тѣмъ нужно попытаться вправить, что обыкновенно не удается и даже въ благопріятныхъ случаяхъ возможно только послѣ большихъ насилій, такъ что нельзя избѣжать выкидыша. Но если попытки вправить остаются безуспѣшными, przypadки ущемленія усиливаются, то остается послѣднее

средство спасенія—вскрытіе полости яйца т. е. искусственный выкидышъ.

§ 312. *Выпаденіе влагалища безъ выпаденія матки* встрѣчается часто у беременныхъ не въ первый разъ и обыкновенно на передней стѣнкѣ влагалища, а гдѣ существуютъ разрывы промежности, и на задней. Съ восхожденіемъ матки и натяженіемъ влагалища оно не всегда исчезаетъ, потому что стѣнки послѣдняго бываютъ значительно гипертрофированы. Во время беременности оно обременительно только тѣмъ, что сопровождается *blennorrhoea vaginae* и задержаніемъ мочи, такъ какъ пузырь увеличивается въ объемъ кзади въ сторону выпавшей передней стѣнки влагалища. Поэтому надобно заботиться о надлежащемъ испражненіи мочи, опрятности, дѣлая нѣсколько холодноватыхъ сидячихъ ванны и тепловатыхъ впрыскиванія во влагалище; выпавшія стѣнки можно поддерживать мягкой, не слишкомъ большой губкой, которая укрѣпляется повязкой на промежности, или только помощію послѣдней. — Во время родовъ выпаденіе влагалища конечно можетъ повлечь за собой болѣе важныя послѣдствія, о чемъ будетъ сказано ниже.

2. *Отклоненіе беременной матки впередъ — anteversio ut. grav.*

§ 320. Пока матка еще не вышла изъ тазовой полости, это смѣщеніе бываетъ рѣдко; если же и случается, то представляетъ ничто иное, какъ усиленіе физиологическаго состоянія, потому что въ первые 2, 3 мѣсяца беременности дно матки всегда склоняется впередъ, такъ что впереди, на мѣстѣ перехода шейки въ тѣло, можно ощупать рѣзкій перегибъ. Если это состояніе нѣсколько усилится, то дно давитъ на пузырь, шейка на прямую кишку и оттого происходятъ легкіе припадки, исчезающіе впрочемъ сами собой вмѣстѣ съ восхожденіемъ матки.

Напротивъ того во 2-й половинѣ беременности можетъ образоваться значительное смѣщеніе матки впередъ, представляющее такъ называемое *отвислое брюхо*. Для образованія его необходимо значительное ослабленіе брюшныхъ покрововъ, и потому оно встрѣчается у беременныхъ уже не въ первый разъ. Происхожденію отвислага брюха благоприятствуетъ малая величина брюшной полости (слѣд. оно обыкновенно замѣчается у особъ, страдающихъ искривленіями позвоночнаго столба), вособенности же суженіе тазоваго входа, что препятствуетъ подлежащей части младенца и

нижней части матки утвердиться въ тазѣ въ послѣдніе мѣсяцы беременности, и матка, лишенная такимъ образомъ внизу опоры, всей своей тяжестью склоняется впередъ.

§ 321. Отвислое брюхо можетъ быть столь значительно, что матка приходитъ почти въ горизонтальное положеніе, дно обращается впередъ, даже впередъ и книзу и опускается почти до колѣнъ беременной, при чемъ влагалищная часть бываетъ обращена прямо къзади, къ крестцовой кости. При такой сильной степени брюшныя мышцы, обыкновенно прямыя, расходятся между собой, доставляя такимъ образомъ маткѣ возможность опускаться, такъ что она бываетъ покрыта только кожей и сухожильными растяженіями. Потому это состояніе называютъ *eventratio*.

Припадки, вызываемые отвислымъ брюхомъ, бываютъ только механическіе: боли отъ растяженія кожи живота, ссадины на соприкосновенныхъ мѣстахъ кожи, отекъ нижней части брюшныхъ покрововъ, припадки со стороны испражнения кала и мочи вслѣдствіе прижатія растянутого пузыря. Оттого естественно воспящается въ высокой степени хожденіе и женщины должны сильно переваливаться назадъ, чтобы сохранить равновѣсіе и не упасть впередъ. Единственное и самое лучшее, что можно дѣлать противъ этого состоянія, это употребленіе крѣпкой брюшной повязки, которая удерживала бы матку въ приблизительно нормальномъ положеніи и доставляла бы опору съзади разрыхленныхъ брюшныхъ покрововъ.

### 3. Отклоненіе беременной матки назадъ — *retroversio ut. grav.*

§ 322. Это смѣщеніе представляетъ противоположность предъидущему; оно много опаснѣе, но къ счастью встрѣчается довольно рѣдко. При этомъ дно бываетъ направлено къзади въ углубленіе крестца, маточное рыльце кпереди, къ лонному соединенію, можетъ даже стоять выше его, такъ что дно матки бываетъ обращено книзу и къзади. Это состояніе естественно можетъ случиться только въ первые 4 мѣсяца, когда матка еще въ полости таза, позднѣе, вслѣдствіе большаго ея растяженія, невозможно. Причины этого смѣщенія различны. Вособенности нужно различать, образуется ли оно постепенно или происходитъ внезапно.

Въ первые мѣсяцы беременности матка, разумѣется, стоитъ въ тазовой полости нѣсколько глубже и потому гораздо перпендикулярнѣе, нежели при выпаденіи въ неберемен-

номъ состояніи. Если на нее будетъ дѣйствовать давленіе сверху и спереди, то дно отгѣсняется къ крестцу еще сильнѣе. Такое давленіе можетъ произойти отъ довольно сильнаго наполненія пузыря (хотя болѣе значительное растяженіе составляетъ вторичное явленіе отклоненія матки назадъ), отъ дѣйствія брюшнаго пресса, который отгѣсняетъ кишки и пузырь книзу. Прилежащее дно матки сжимаетъ прямую кишку, затрудняетъ прохожденіе кала, особенно если онъ твердъ, отъ этого прямая кишка выше мѣста сжатія растягивается и при жиленіи дно постоянно надавливается глуже, восхожденіе его все болѣе и болѣе затрудняется.

Вслѣдствіе происходящаго такимъ образомъ смѣщенія пузырь удерживается всегда въ растянутомъ состояніи, что усиливаетъ смѣщеніе и предотвращаетъ произвольное его исчезаніе. Такимъ образомъ оно постоянно усиливается, пока припадки существовавшія раньше, дѣлаются сильнѣе и примутъ характеръ явленій, происходящихъ при внезапномъ смѣщеніи, потомучто оно на сколько можетъ происходить постепенно и усиливаться, на столько же и являться внезапно, остро, если для того существуютъ условія. Сильныя сотрясенія всего тѣла, сильныя напряженія брюшнаго пресса (при рвотѣ, затрудненномъ стулѣ) составляютъ случайныя причины. Условіями къ развитію смѣщенія кзади, по предъидущему, служатъ вособенности: широкій тазъ съ сильно искривленнымъ широкимъ крестцомъ, малая наклонность таза (которая благоприятствуетъ опущенію дна кзади), ослабленіе прикрѣпленій матки и слѣд. большая ея подвижность.

§ 323. Явленія отклоненія матки назадъ или происходятъ постепенно и постоянно усиливаются или обнаруживаются разомъ со всей жестокостью, смотря по способу происхожденія ихъ. Больная чувствуетъ жестокія боли въ тазѣ, распространяющіяся отъ крестца къ пахамъ и поясницѣ; къ этому присоединяется сильный позывъ на-низъ, родъ жиленья, иногда столь жестокій, какъ будто при самыхъ сильныхъ потугахъ. Испраженіе кала и мочи невозможно вслѣдствіе прижатія соответственныхъ органовъ; мочевой пузырь сильно растягивается и приходитъ въ воспалительное состояніе, животъ метеорически вздувается, является *perimetritis*, а вслѣдствіе давленія и воспаленія матки. Мѣстныя явленія сопровождаются горячка, рвота. Сильныя, но тщетныя сокращенія матки усиливаютъ страданіе. Обыкновенно происходитъ выкидышь, между тѣмъ выведеніе плода и его принадлежностей иногда бываетъ очень трудно. Даже если полость

матки опорожнена, органъ уменьшился, слѣд. причина важныхъ явленій устраниена, всетаки остающееся воспаленіе мочевого пузыря, матки и брюшины могутъ еще въ теченіи долгаго времени ставить здоровье и жизнь въ опасное состояніе. Однако большей частью съ уменьшеніемъ матки возвращается и нормальное состояніе.

Жестокость припадковъ, какъ замѣчено, бываетъ различна, смотря по способу происхожденія отклоненія матки назадъ, продолжительности его и другимъ обстоятельствамъ, которыя могутъ усилить ущемленіе матки въ тазѣ. Такъ при постепенномъ образованіи болѣзни беременная въ началѣ еще можетъ до извѣстной степени опорожнять пузырь; даже если онъ растянуть до громадныхъ размѣровъ, часто можетъ произвольно выпустить нѣсколько капель мочи. Не то бываетъ съ испражненіемъ кала. Вслѣдствіе обширнаго давленія на прямую кишку и плотнаго состоянія испражняемыхъ массъ, оно обыкновенно останавливается совершенно гораздо раньше. Это растяженіе пузыря и прямой кишки, усилія къ испражненію ихъ увеличиваютъ болѣзнь все больше и больше. Такимъ образомъ состояніе этихъ органовъ и отклоненіе матки назадъ дѣйствуютъ другъ на друга враждебно, какъ причина и какъ дѣйствіе.

§ 324. *Распознаваніе* отклоненія матки назадъ не трудно; въ полости таза ощущаютъ тугую опухоль съ равномерной поверхностью, выполняющую его совершенно; влагалищная часть обращена впередъ или даже впередъ и вверхъ, маточное рыльце находится тотчасъ за лоннымъ соединеніемъ. Опухоль въ углубленіи крестца признаютъ за дно беременной матки, основываясь на томъ, что чрезъ влагалищную часть можно прослѣдить непрерывный ходъ задней стѣнки матки до самаго углубленія крестца, тогда какъ опухоли, образуемой маткой въ нормальномъ состояніи надъ лоннымъ соединеніемъ, не замѣчаютъ. Эту болѣзнь можно смѣшивать съ другимъ состояніями въ такомъ случаѣ, если влагалищная часть не совсемъ обращена впередъ, но впередъ и книзу, маточное рыльце книзу, слѣд. матка на мѣстѣ перехода шейки въ тѣло согнута. Въ такомъ случаѣ можно думать, что ощущаемая опухоль есть фиброидъ въ маткѣ, опухоль яичника, яйцо, попавшее въ матки, заключенный въ мѣшокъ перитоніальный эксудатъ, который оттѣсняетъ матку впередъ и вверхъ. Сказанные признаки, вособенности возможность прослѣдить непрерывное продолженіе опу-



холи въ шейку, конечно въ связи съ мѣстными припадками, достаточно предохраняють отъ ошибокъ.

§ 325. *Лечение* имѣетъ цѣлью преимущественно скорое и полное испражненіе пузыря и прямой кишки. Испражненіе мочи при нѣсколько значительной степени болѣзни трудно; при этомъ необходимъ металлическій катетеръ, потому что эластическій слишкомъ мягокъ для того, чтобы преодолѣть препятствіе. И помощью женскаго катетера не достигаютъ цѣли, потому что направленіе мочеиспускательнаго канала обыкновенно изогнутое, такъ что очень часто приходится вводить мужескій катетеръ выпуклостью кпереди.

Еще труднѣе испражненіе кала и болѣею частью удаётся только ввести въ прямую кишку трубку и удалить жидкій калъ и газы; если калъ очень плотенъ, то его можно сдѣлать жиже впрыскивая теплую воду чрезъ трубку и оставляя послѣднюю на нѣкоторое время, чтобы облегчить выхожденіе кала. — За тѣмъ нужно стараться устранить воспалительныя явленія; и такимъ образомъ при надлежащемъ положеніи на боку, введеніемъ катетера на нѣкоторое время чрезъ 1—2 дня часто удается сдѣлать то, что болѣзнь исчезнетъ сама собой. Этому исходу можно содѣйствовать введеніемъ маленькаго каучуковаго пузыря въ прямую кишку (*reducteur à air*), чтобы растяженіемъ ея производить давленіе на дно матки по направленію вверхъ.

§ 326. Если же такимъ образомъ не достигаютъ цѣли, или жестокость явленій требуетъ быстрыхъ, положительныхъ мѣръ, то нужно *вправить* искривленную матку. Для этой цѣли, нахороформировавъ предварительно больную (чтобы ея жилище не затрудняло вправленія и чтобы не было боли), вводятъ два пальца въ прямую кишку, медленно отодвигаютъ дно матки вверхъ по оси таза и стараются приподнять ее выше мыска. Въ случаѣ, когда длина пальцевъ недостаточна, при надлежащей ширинѣ прямой кишки, вводятъ въ нее половину руки или, гдѣ этого сдѣлать нельзя, скругленную рукоятку ложки.

При такомъ вправленіи колѣбно-локтевое положеніе конечно самое приличное; впрочемъ боковое положеніе для больной удобнѣе и при нѣкоторой ловкости врача так же удобно для операци, Больная и послѣ удавагося вправленія должна нѣкоторое время оставаться въ томъ же положеніи.

Если вправленіе не удастся, или жестокость воспалительныхъ мѣстныхъ явленій непосредственно запрещаетъ

это, то должно приставить пиявки къ влагалищу и заднему проходу, дѣлать холодныя впрыскиванія во влагалище, устранить состояніе общаго возбужденія и тогда снова попробовать вправить матку обыкновенно послѣ нѣсколькихъ попытокъ по сказанному способу оно удастся, при чемъ полезно поднимать матку не прямо вверхъ, а при движеніяхъ съ одной стороны на другую. Гдѣ не удалось вправить черезъ прямую кишку, тамъ можно попытаться сдѣлать это черезъ влагалище, хотя въ такомъ случаѣ и тутъ обыкновенно не достигаютъ цѣли.

Если же всѣ попытки вправить остались безъ успѣха, то остается одно — дѣйствовать выжидательно, заботясь объ испражненіи мочи и кала и устраненіи мѣстныхъ и общихъ явленій. Но если опасность и настоятельность припадковъ не позволяютъ этого, тамъ нужно *произвести выкидышъ* или проколъ оболочекъ черезъ маточное рыльце, если *osific. ut.* доступно, или же, гдѣ это невозможно, прободѣніемъ задней стѣнки матки и оболочекъ чрезъ влагалище и прямую кишку посредствомъ троакара, который для стока водъ остается тамъ на нѣкоторое время. Когда матка нѣсколько уменьшилась, то вправление ея обыкновенно удастся, или же происходитъ само собой. Поврежденіе матки при послѣднемъ способѣ не имѣетъ большой важности, потому-что рана наступающими сокращеніями тотчасъ запирается совершенно и прочно.

Возвраты должно предотвращать приличнымъ положеніемъ, правильнымъ испражненіемъ мочи и кала; остающіеся припадки ущемленія тазовыхъ органовъ, воспаленіе пузыря и брюшины должно лечить по извѣстнымъ правиламъ. Впрочемъ надобно замѣтить, что послѣднія припадки за искусственнымъ выкидышемъ не всегда улучшаются, иногда становятся даже хуже и такимъ образомъ впоследствии наступаетъ смертельный исходъ, котораго такъ боялись раньше.

#### 4. *Hædrorrhœa uteri gravidæ.*

§ 327. Иногда у беременныхъ бываетъ истеченіе изъ влагалища водянистой жидкости, которое или появляется только однажды, или повторяется въ неопредѣленные промежутки времени; это всего чаще случается въ послѣдніе 3 мѣсяца, но можетъ также появляться и раньше. Количество истекающей жидкости бываетъ или значительно, или она течетъ по каплямъ, но за то продолжается гораздо дольше.

Самая жидкость бываетъ безъ цвѣта и безъ запаха, въ крайнемъ случаѣ бываетъ желтовата и походитъ на околоплодную жидкость; въ другихъ рѣдкихъ случаяхъ она бываетъ гуще, подобна той жидкости, которая стекаетъ при сильной *leukorrhoea*. — При внутреннемъ изслѣдованіи находятъ шейку и влагалище большей частью совершенно нормальными, маточное рыльце нѣсколько разверстымъ и зияющимъ, иногда изъ него истекаетъ жидкость. Отъ этого истечения объемъ живота не уменьшается, даже во многихъ случаяхъ ему не предшествуютъ и не сопровождаютъ его ни какіе припадки, въ крайнемъ случаѣ чувство слабости и незначительная боль въ крестцѣ; даже иногда беременныя чувствуютъ себя еще и лучше. Однако можетъ случиться, что боли, похожія на потуги, сопровождаютъ отдѣленіе и слѣдуютъ за нимъ, признакъ того, что его вліяніемъ уменьшается полость матки, и эти сокращенія могутъ перейти въ настоящія потуги; между тѣмъ конечно въ большинствѣ случаевъ беременность правильно приближается къ нормальному своему концу. Иногда наблюдали также одновременно *hydramnios*, бѣловатое мочеиспусканіе и водянистыя скопленія въ разныхъ частяхъ тѣла.

§ 328. *Источникомъ жидкости* въ большинствѣ случаевъ бываетъ матка, особенно въ тѣхъ, гдѣ истеченіе происходитъ отдѣльными струйками (*stossurise*) и повторяется спустя долгое время. Она вѣроятно собирается между ворсинчатой оболочкой (*chorion*) и стѣнкой матки, по мѣрѣ скопленія постепенно опускается внизъ, пока достигнетъ внутренняго маточнаго отверстия и при незначительныхъ сокращеніяхъ матки вытекаетъ наружу. Нѣкоторые описанные случаи *hydrorrhoe* были ни что иное, какъ очень жидкое леукокорройное отдѣленіе шейнаго канала, и сюда относятся вособенности тѣ, въ которыхъ истеченіе происходило по каплямъ и продолжалось долгое время. Однократное истеченіе струйками можетъ происходить также изъ полости яйца, если между прочимъ вскрытіе ея случилось на мѣстѣ лежащемъ далеко вверху. Извѣстно достаточное количество случаевъ, гдѣ по удаленіи части околоплодной жидкости беременность, спустя 4 — 6 недѣль, прекращалась раньше нормальнаго своего конца (*Burns, Churchill*).

*Распознаваніе hydrorrhoe* очень просто. Его дѣлаютъ вѣроятнымъ свойство и количество испражняемой жидкости, продолжительность и повторность истеченія, отсутствіе потугъ. — Одно, что можно дѣлать противъ этой болѣзни,

это — дать беременной покойное положеніе и запретить всѣ сильныя тѣлесныя и душевныя движенія. Диета должна быть простая, а гдѣ существуетъ анемія, питательная, и нужно тщательно заботиться о надлежащемъ стулѣ. Иногда, вособенности тамъ, гдѣ истеченіе сопровождають сокращенія матки, полезны успокоивающія средства, какъ *Morphium, tinct. opii*; вязущія вспрыскиванія во влагалище бесполезны и даже вредны, потомучто они могутъ вызвать потуги.

### ГЛАВА III.

#### БОЛѢЗНИ ЯИЧКА.

§ 329. Не мѣсто говорить здѣсь о различныхъ недостаткахъ развитія плода, его уродствахъ, равно какъ и о патологическихъ процессахъ яйцевыхъ оболочекъ и послѣда. Первое не имѣетъ никакого вліянія на ходъ беременности; послѣдніе будутъ упомянуты при разсмотрѣніи беременности заносомъ (*mola*) и выкидыша. Вообще совершенно невозможно узнать объ этомъ еще во время беременности, чтобы сообразно съ тѣмъ дѣйствовать для предупрежденія и излеченія. На этомъ основаніи я исключаю ихъ отсюда и буду говорить только о *водлянкѣ* водной оболочки, беременности заносомъ, неправильномъ положеніи развивающагося яйца и внѣматочной беременности.

(Для точнѣйшаго изученія этихъ неправильностей я ссылаюсь на руководства къ Патологической Анатоміи, вособенности:

»Förster — *Lehrbuch der patholog. Anatomie Allgem. Theil*», также на *Bischof'a* »über Missbildungen« въ *Handwörterbuch der Physiologie*.

Относительно болѣзней послѣда и прочихъ дѣтскихъ придатковъ указываю на *Gierse* — »über die Krankheiten des Eies und der Placentae»; изданіе *Meckel'я* въ *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Berlin 2 Jahrg. 1847*, также на *Scanzoni* въ *Prager Vierteljahrsschrift L. 24*, на *Späth'a* въ *Klinik für Geburtshülfe und Gynecologie von Chiari, Brann und Spath, Beitrag 8*; далѣе на *Simpson'a* *Obstetric Memoirs and Contributions Vol. 11 Part. V. 1836*. Относительно такъ называемаго произвольнаго отсѣченія членовъ (*Selbstamputation*) указываю на перваго описателя его *Montgomery* — »An Exposition of the signs and symptoms of Pregnancy etc. 2 изданіе 1856).

4. *Hydramnios.*

§ 330. Чрезмѣрное количество околоплодной жидкости находится при различныхъ обстоятельствахъ какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ беременныхъ; конечно чаще у послѣднихъ, вособенности же у тѣхъ, которыя страдаютъ скопленіемъ водъ въ другихъ частяхъ тѣла. Также чаще встрѣчается у женщинъ, бывшихъ уже много разъ беременными, чѣмъ у беременныхъ въ первый разъ. При этомъ количество околоплодной жидкости очень различно и если оно весьма незначительно, едвали можно такое состояніе признать болѣзненнымъ. Причины водянки водной оболочки неизвѣстны. Жидкость въ этомъ случаѣ конечно отдѣляется не плодомъ, но вѣроятно трансудатъ матки. Впрочемъ можетъ быть, она составляетъ эксудатъ сосудовъ послѣда, т. е. слѣдствіе страданій этого органа. Въ пользу этого мнѣнія говоритъ то обстоятельство, что при избыткѣ околоплодной жидкости плодъ иногда очень мало развивается и, по видимому, дурно питается; даже иногда находили его страждущимъ водянкой. Что такое состояніе встрѣчается только у особъ, страдающихъ водянкой и водяностью крови, — это мнѣніе не справедливо; случающійся при этомъ отекъ ногъ обыкновенно есть послѣдовательное состояніе и общее состояніе беременныхъ при этомъ большей частью очень хорошо.

§ 331. Припадки, причиняемые чрезмѣрнымъ накопленіемъ околоплодной жидкости, только механическіе. Вслѣдствіе значительнаго, преждевременнаго растяженія матки и брюшныхъ покрововъ затрудняется хожденіе, брюшные покровы представляютъ чрезвычайно растянутыми и болѣзненными. Матка стѣсненная въ брюшной полости, сильнѣе склоняется кпереди, вслѣдствіе чего происходитъ отвислый животъ. Припадки затрудненнаго мочеиспусканія, нарушеніе пищеваренія, запоръ, отекъ нижней части брюшныхъ покрововъ, большихъ губъ и нижнихъ конечностей суть слѣдствія давленія на мочевой пузырь, желудокъ, кишки и сосуды подчревной области. Если брюшные покровы представляютъ значительное сопротивленіе, какъ это случается особенно у первобеременныхъ, въ такомъ случаѣ наступаютъ затрудненное дыханіе, сердцебіеніе, приливы крови къ головѣ. Дитя вслѣдствіе большаго обилія влагъ не можетъ страдать, а если и встрѣчаютъ дурное питаніе, какъ уже выше упомянуто, то это происходитъ вѣроятно вслѣдствіе той

же причины, которая производит водянку самой оболочки лица.

Дальнѣйшимъ слѣдствіемъ такого состоянія иногда бываетъ слишкомъ раннее расширеніе нижняго сегмента и шейки матки и обусловливаемые этимъ преждевременные роды. Съ уничтоженіемъ яйцевидной формы матки дитя приобретаетъ большую подвижность, отъ чего происходятъ не обыкновенныя и неправильныя положенія плода. Во время самыхъ родовъ этотъ избытокъ влагъ даетъ поводъ къ дальнѣйшимъ неправильностямъ — преждевременному истеченію влагъ, выпаденію пуповины, кровотеченіямъ, слабости потугъ, о чемъ будетъ сказано послѣ.

§ 332 *Распознаваніе* водянки водной оболочки не всегда легко. Признаки тѣже, какіе и для двойной беременности: какъ тамъ, такъ и здѣсь, расширеніе живота, несоответствующее періоду беременности, кажущееся раздѣленіе дна матки на двѣ боковыя половины, явственное колебаніе (*Ballotiren*) плода и т. д. Скорѣе всего можетъ привести къ распознаванію сильное колыханіе, если оно замѣтно и если оно не основано на скопленіи жидкости въ брюшной полости. Впрочемъ принявъ во вниманіе всѣ вышеприведенныя явленія, можно установить только приблизительно вѣрное предсказаніе.

*Терапія* совершенно не можетъ дѣйствовать непосредственно противъ такого состоянія. Симптоматическое леченіе мѣстныхъ и общихъ разстройствъ, поддерживаніе живота повязкой, — вотъ все, что она можетъ сдѣлать. При этомъ беременная должна сохранять, по возможности, спокойное положеніе для предохраненія преждевременнаго истеченія влагъ, къ чему здѣсь замѣчается большая наклонность. Впрочемъ вслѣдствіе затрудненныхъ движеній и чувства тяжести она и сама выполнить это условіе.

Если припадки очень значительны, а особенности если угрожаетъ затрудненное дыханіе и кровообращеніе, вслѣдствіе чрезвычайнаго расширенія брюшной полости, то здѣсь показуется произведеніе искусственнаго выкидыша, тѣмъ болѣе, что въ такихъ случаяхъ беременность не достигаетъ своего правильнаго конца.

## 2. *Беременность заносомъ.*

§ 333. Именемъ *«mola»* — заносъ обозначали и будутъ обозначать весьма различныя образованія, выгоняемыя мат-

кой, представляют ли они продуктъ беременности или другаго патологическаго процесса. Заносъ есть ничто иное, какъ перерожденіе яйца, производимое патологическимъ процессомъ оболочекъ, вслѣдствіе котораго зародышъ весьма рано умираетъ, растворяется въ жидкости водной оболочки и большей частью всасывается, такъ что выдѣленное яйцо уже не представляетъ ни какихъ слѣдовъ; его составляютъ разросшіяся оболочки иногда еще сохраняющія полость, а иногда и нѣтъ. Заносъ бываетъ и продуктомъ зачатія.

Не смотря на различіе, часто представляемое наружнымъ ихъ видомъ, всѣ они приводятся, къ двумъ формамъ, смотря потому, происходитъ ли онъ вслѣдствіе паралича яйцовыхъ оболочекъ — мясной, кровяной заносъ, или вслѣдствіе отека ворсинокъ мохнатой оболочки — гроздообразный, пузырьчатый заносъ.

§ 334. Мясной заносъ происходитъ вслѣдствіе кровоизліянія въ оболочки, обыкновенно въ опадающую или между ней и мохнатой оболочкой. Фибринъ организуется въ плотную, клетчаткообразную массу и съ тѣмъ вмѣстѣ яйцо представляетъ мясистую, плотную массу, откуда происходитъ и самое его названіе. Часто находятъ его одѣтымъ и пронизаннымъ свѣжимъ экстравазатомъ и, если свѣжее кровоизліяніе очень обильно, называютъ также кровавымъ заносомъ. На этихъ образованіяхъ постоянно замѣчаютъ часть ворсинокъ и водной оболочки; это только и доказываетъ, что имѣютъ дѣло съ яйцомъ. Отъ плода, какъ замѣчаютъ, не остается ни какого слѣда, если послѣ первой апоплексіи яйцо оставалось въ маткѣ долгое время. Иногда въ перерожденныхъ толстыхъ яичныхъ оболочкахъ находятся известковыя отложенія (каменный, известковый заносъ) или массы развиваются въ фиброзную, чрезвычайно плотную и твердую ткань (сухожильный заносъ).

§ 335. Пузырчатый водянистый заносъ—(*Blasen-Hydatisentole*) происходитъ вслѣдствіе гипертрофіи ворсинокъ мохнатой оболочки съ послѣдующимъ отекомъ ихъ. При этомъ концы ворсинокъ превращаются въ маленькія пузырьки, наполненные сывороткой. Эти пузырьки одѣваются утолщеннымъ влагилищемъ ворсинокъ, а находящаяся внутри ихъ клетчатка образуетъ петлеобразныя промежутки, раздѣленные перегородками и наполненные жидкостью. Пузырьки или висятъ свободно или уже соединяются посредствомъ рыхлой клетчатки въ стилекъ, такъ что цѣлое представляетъ гроздообразную форму. Такія заносы одѣваются опадающей обо-

лочкой, но не имѣютъ обыкновенно никакой полости ; плодъ совершенно исчезаетъ. При постепенномъ разростаніи они достигаютъ значительныхъ размѣровъ и могутъ долго оставаться въ маткѣ, прежде нежели будутъ удалены оттуда при явленіяхъ выкидыша. Иногда вмѣстѣ съ заносомъ встрѣчается и хорошо развитой плодъ.

*Причины* образованій заносовъ неизвѣстны. Они могутъ происходить отъ нервичнаго заболѣванія яйца, случайныхъ измѣненій яичныхъ оболочекъ, а также и отъ страданій самой матки.

§ 336. *Патологическія явленія*, беременности заносомъ ненадежны и нѣтъ никакихъ данныхъ, по которымъ бы съ достовѣрностью можно было заключать о ея существованіе. Женщины представляютъ обыкновенные признаки беременности, животъ кажется очень растянутымъ, иногда бываютъ кровянисто-водяныя истеченія изъ половыхъ органовъ. Что же касается до содержимаго матки, его мы узнаемъ уже тогда, когда она выдѣляетъ его.

Предлагали разные признаки, какъ-то : отсутствіе явственнаго зыбленія въ маткѣ, когда она уже достигла известной величины ; отсутствіе твердаго, движущагося въ маткѣ тѣла, движеній сердечныхъ ударовъ дитяти, отсутствіе возможности осязать части его, отсутствіе всего этого въ то время, когда эти явленія обыкновенно должны быть замѣчаемы. Сюда же должно отнести и слишкомъ быстрое расширеніе матки. Но показаніе, доставляемое этими признаками, такъ непостоянно и неопредѣленно, явленія беременности заносомъ въ отдѣльныхъ случаяхъ такъ сильно различаются, что изъ нихъ рѣшительно невозможно вывести никакого положительнаго заключенія.

При пузырчатомъ заносѣ матка обыкновенно вездѣ имѣетъ одинакую, довольно твердую плотность ; иногда наступаютъ незначительныя, мѣстныя сокращенія ея ; при наложеніи руки на животъ ощущаютъ движеніе, какъ будто изъ подъ нея что-то выскользнуло, послѣ чего въ большинствѣ случаевъ бываетъ кровянисто-серозное истеченіе, послѣдствіе мимолетнаго сокращенія. Шейка представляется преждевременно укороченой, маточное отверстіе бываетъ открыто и пропускаетъ палецъ до самой перерожденной массы, при чемъ если ее можно узнать, то распознаваніе вѣрно. Впрочемъ въ большинствѣ случаевъ можно подозрѣвать беременность заносомъ, если матка вдругъ начала необыкновенно быстро увеличиваться въ объемѣ, тогда какъ до 3-го



мѣсяца у женщины являлись обыкновенныя явленія беременности; если между неправильными промежутками наступаютъ кровянистыя истеченія; если при дальнѣйшемъ теченіи беременности не опускаютъ никакой дѣтской части, если не замѣчаютъ дѣтскихъ движеній ни при положеніи руки на животъ, ни чрезъ колыханіе при изслѣдованіи чрезъ влагалище, и не слышатъ сердечныхъ ударовъ зародыша. Получаютъ увѣренность въ дѣйствительномъ существованіи только послѣ выдѣленія яйца.

§ 337. *Предсказаніе* благоприятно. Беременность оканчивается выкидышемъ или преждевременными родами, что главнѣйшимъ образомъ зависитъ отъ кровотеченія, которое наступаетъ при выдѣленіи заноса и которое рѣдко бываетъ опаснымъ. Припадки, являющіяся иногда при пузырьчатомъ заносѣ, вслѣдствіе чрезмѣрно быстрого растяженія живота, также не такъ значительны, чтобы могли угрожать опасностью здоровью и жизни, а потому требуютъ предварительныхъ, дѣятельныхъ мѣръ.

Поэтому *леченіе* здѣсь только симптоматическое и сообразуется какъ предъ родами, такъ и во время оныхъ со степенью кровотеченія, какъ это бываетъ и при выкидышѣ. Отъ него зависитъ представить выдѣленіе плода природѣ или ускорить его. Въ этомъ отношеніи нужно указать на правила изложенныя при леченіи выкидыша. Тоже самое нужно сказать и о необходимомъ иногда послѣдовательномъ леченіи.

### 3. *Внематочная беременность (Graviditas extrauterina).*

§ 338. Когда оплодотворенное яичко на своемъ пути къ маткѣ останавливается въ Фаллопиевой трубѣ или близъ нея, здѣсь укрѣпляется и развивается, то происходитъ внематочная беременность. Мѣсто, гдѣ прикрѣпляется яичко, можетъ быть различно. Потому различаютъ: 1) *graviditatem subariam*, при которой развитіе происходитъ въ Фаллопиевыхъ трубкахъ — форма самая частая; 2) *graviditatem interstitialem*, когда яичко прикрѣпляется въ короткомъ каналѣ маточнаго существа, между внутреннимъ отверстіемъ Фаллопиевыхъ трубъ и полостью матки; 3) *graviditatem ovarii*, если оно пристало къ яичнику и 4) *graviditatem abdominalem*, при которой яичко развивается внутри свободной брюшной полости.

§ 339. 1) *Трубная беременность (gravid. subaria)*, какъ сказано, самая частая форма, потомучто яичку необходимо довольно продолжительное время для прохождения Фаллопиевыхъ трубъ, потомучто здѣсь только очень часто происходитъ оплодотвореніе и потому наконецъ, что здѣсь очень легко можетъ встрѣтиться препятствіе дальнѣйшему его ходу. Мѣсто прикрѣпленія его обращено бываетъ иногда болѣе къ одному концу трубы, иногда къ другому, а иногда въ срединѣ. Отсюда происходитъ раздѣленіе трубной беременности въ обширномъ смыслѣ на трубно-яичниковую (*grav. tubo-ovaria*) (при которой яичко прикрѣпляется близъ бахромокъ трубы и яичникъ образуетъ часть стѣнки плодоваго мѣшка) и трубно-маточную *grav. tubo-uterina*). Последняя по своему теченію походитъ на выше упомянутую промежуточную беременность (*grav. intestinalis*); первая на яичниковую.

На томъ мѣстѣ трубы, гдѣ укрѣпляется яичко, образуется послѣдъ ворсинко-образнымъ удлинненіемъ сосудовъ слизистой оболочки, между которыми видѣются ворсинки мохнатой оболочки. Въ тоже время стѣнки трубы расширяются, но въ толщину не увеличиваются, чрезъ что не одинаково по всѣмъ направленіямъ препятствуютъ росту яйца и увеличенію его массы. Вслѣдствіе этого на 2 или на 3 мѣсяцъ, а иногда и раньше, или позже, стѣнки Фаллопиевой трубы уступаютъ давленію растущаго яйца и лопаются. Разрывъ происходитъ на мѣстѣ наиболѣе растянутомъ, распространяется на всѣ слои стѣнки и имѣетъ различную длину. По разрывѣ оболочекъ яичко выступаетъ или цѣликомъ, или только одинъ плодъ, или же остается въ трубѣ. Разрывъ обыкновенно сопровождается смертельнымъ кровотеченіемъ, то наступаетъ воспаленіе брюшины. Если и это скоро не причинитъ смерть, въ такомъ случаѣ разорванная труба и плодъ, который обыкновенно бываетъ уже мертвымъ, одѣваются ложными оболочками, какъ бы сумкой, такъ что можетъ происходить выдоровленіе. Можетъ также случиться, что разрывъ не будетъ распространяться на всѣ слои и что позднѣе, если только разрывъ будетъ оставаться въ томъ же видѣ, образуется сращеніе и образованіе ложныхъ оболочекъ, которыя воспрепятствуютъ образованію совершеннаго разрыва, кровотечения и воспаления брюшины. Яичко въ этомъ случаѣ поступаетъ между ложными оболочками, образующими новый плодовой мѣшокъ, въ брюшную полость, но рѣдко подвергается дальнѣйшему развитію и умираетъ на полови-

нѣ беременности. Этимъ оканчивается и вторичная, брюшная беременность.

§ 340. По смерти зародыша могутъ наступить различные процессы. Въ благоприятныхъ случаяхъ яйцо и зародышъ сжимаются въ своихъ оболочкахъ, не вызывая въ окружающихъ частяхъ воспаления и нагноенія. Жидкости всасываются, мягкія части постепенно распадаются, кости выходятъ изъ своихъ соединеній; на поверхности плода осаждаются жидкій или кристаллизованный жиръ, образуются желтыя окрашиванія, состоящія изъ разлитого, зернистаго и кристаллическаго пигмента, который происходитъ вѣроятно изъ зародышевой крови. Иногда плодъ совершенно спадается, мумифицируется, къ жировому осадку присоединяются известковыя соли, образующія окаменение; происходятъ такъ называемыя *lithopaedia*. Плодъ при этомъ сохраняетъ свою форму и положеніе и самыя органы и части тканей въ этомъ состояніи долго остаются безъ измѣненія.

§ 341. Въ неблагоприятныхъ случаяхъ за разрывомъ трубы или за смертью плода слѣдуетъ быстрое размягченіе, распаденіе и превращеніе въ гной, вслѣдствіе чего наступаетъ воспаленіе брюшины, нагноеніе, превращеніе въ гной окружающихъ частей и наконецъ смерть. Если нагноеніе, какъ иногда случается, ограничивается самыми ближайшими частями къ его периферіи, то происходитъ прободеніе ихъ, а съ тѣмъ вмѣстѣ быстрое или постепенное истеченіе плода. Такое истеченіе совершается обыкновенно чрезъ прямую кишку или же чрезъ переднюю брюшную стѣнку; рѣже черезъ пузырь, влагалище или тонкія кишки. Больные подвергаются нагноенію и потерѣ соковъ или за совершеннымъ истеченіемъ плода образуется рубецъ, гнойное скопленіе сморщивается и наступаетъ выздоровленіе.

Какъ видоизмѣненіе трубной беременности должно упомянуть еще *внѣбрюшную (graviditas extraperitonealis)*, когда плодъ по разрывѣ трубы своимъ нижнимъ концемъ поступаетъ въ промежутокъ между листиками широкихъ маточныхъ связокъ, почему онѣ также разрываются и въ такомъ случаѣ происходятъ тѣже явленія, о которыхъ выше было сказано (Kiwisch).

*Трубная беременность* состоитъ въ томъ, что яйцо развивается у брюшнаго отверстія Фаллопиевыхъ трубъ, при чемъ оно расширяется, бахромки срастаются съ соседними частями и тѣмъ способствуютъ образованію плодоваго мѣш-

ка. Остальной ходъ тотъ же, какъ и при трубной беременности.

§ 342. 2) *Промежуточная беременность (gravid. interstitialis)* происходитъ, какъ уже замѣчено, вслѣдствіе остановки яйца въ той части Фаллопиевой трубы, которая проходитъ чрезъ стѣнку матки. Окружающія стѣнки расширяются, но такъ какъ онѣ въ толщину неувеличиваются соотвѣтственно росту яйца, то они разрываются большей частью уже въ первые мѣсяцы беременности, при чемъ явленія совершенно тѣ же, какъ и при трубной беременности. Очень рѣдко стѣнки бываютъ на столько толсты, чтобы плодъ могъ достигнуть совершенной зрѣлости. Но такъ какъ плодъ не можетъ быть удаленъ собственными силами природы, то онъ умираетъ, проживъ нѣкоторое время сверхъ обыкновеннаго срока беременности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ плодъ былъ заключенъ также и въ самой полости матки, при чемъ роды были обыкновенно правильными. Въ другихъ случаяхъ труба также способствовала образованію плодоваго мѣшка.

§ 343. *Яичниковая беременность (graviditas ovaria)*. Если яичко будетъ оплодотворено въ Графиевомъ пузырькѣ, то оно можетъ тутъ и остаться для своего развитія. Стѣнки пузырька, окружающія части и трубы образуютъ въ такомъ случаѣ плододержатели, вскорѣ разрывающіеся, или, по преждевременной смерти плода, сокращающіеся и заключающіе его въ себя какъ бы въ сумкѣ. Плодъ можетъ достигнуть полнаго развитія (Kiwisch).

Впрочемъ существованіе дѣйствительной яичниковой беременности во многихъ отношеніяхъ сомнительно, хотя многіе случаи, сообщенные наблюдателями, достойными всякаго довѣрія, вполне говорятъ въ ея пользу.

§ 344. *Брюшная беременность (graviditas abdominalis)*. Оплодотворенное яичко можетъ укрѣпиться на какомъ нибудь мѣстѣ вблизи Фаллопиевыхъ трубъ. Въ этомъ случаѣ изъ брюшины развивается сосудистая клѣтчатая оболочка, сосуды которой соединяются съ сосудами мохнатой оболочки, образуя такимъ образомъ послѣдъ. Это вмѣстилище плода увеличивается соотвѣтственно его росту и вступаетъ въ соединеніе съ сосѣдними органами. Иногда плодъ достигаетъ здѣсь полнаго развитія. Въ этомъ случаѣ стѣнки утолщаются и вмѣстилище выполняетъ брюшную полость, какъ это бываетъ и съ беременной маткой. Зрѣлый плодъ, если не будетъ извлеченъ искусственно, умираетъ; Впрочемъ смерть можетъ наступить и раньше. Плодъ при этомъ распадается въ гной,

за этимъ слѣдуетъ нагноеніе и прободеніе окружающихъ частей. Въ благопріятныхъ случаяхъ исходъ бываетъ въ исеченіе и выздоровленіе, неблагопріятные оканчиваются смертью при явленіяхъ воспаленія брюшины и истощенія, совершенно также, какъ и при трубной беременности. Впрочемъ плодъ можетъ также и оставаться въ брюшной полости, могутъ наступить тѣже измѣненія, какія происходятъ въ подобныхъ случаяхъ трубной беременности. При этомъ плодъ, высушенный, мумифицированный, запертый въ клѣтчаткѣ, можетъ находиться въ брюшной полости цѣлые годы, какъ инородное тѣло, безъ всякаго вреда. Но иногда раньше или позже въ окружности его наступаетъ воспаленіе, нагноеніе, происходитъ прободеніе, при чемъ плодъ удаляется разомъ или же большими или меньшими кусками. И это можетъ кончиться вторичнымъ заживленіемъ.

Какъ яичниковая беременность нѣкоторыми отвергается, также точно и первичная брюшная, допускается же только вторичная, происходящая вслѣдствіе разрыва Фаллопиевой трубы и пр. (Mauger).

§ 345. Матка при вѣматочной беременности измѣняется точно также, какъ и при правильной; стѣнки ея гипертрофируются, полость расширяется и образуется опадающая оболочка. Регулы останавливаются, влагалищная часть дѣлается рыхлѣе, меньше, маточное отверстіе обыкновенно нѣсколько открывается. Вся матка обыкновенно имѣетъ косвенное положеніе, наклоняется къ переди, тогда какъ дно ея отклоняется въ сторону опухоли, образуемой яйцомъ; иногда она даже приподнимается до нѣкоторой высоты. Подобно маткѣ, и груди претерпѣваютъ измѣненія, свойственныя беременному состоянію.

Самое образованіе яйца идетъ вообще также, какъ и при нормальныхъ обстоятельствахъ. Послѣдъ большей частью, раздѣленъ на доли, питаніе яйца поэтому недостаточно. Плодовой мѣшокъ иногда образуется такъ, что представляется самостоятельнымъ образованіемъ и соотвѣственно этому растетъ.

§ 346. Познанія наши относительно *причинъ* вѣматочной беременности, ограничиваются отдѣльными вѣшними или случайными обстоятельствами, находящимися въ тѣсныхъ отношеніяхъ съ этимъ родомъ беременности, на которыя впрочемъ при жизни дѣйствовать нельзя и которыя даже невозможно узнать. Прежде всего нужно замѣтить, что вѣматочная беременность, можетъ произойти вслѣдствіе всѣхъ

обстоятельствъ, дѣлающихъ невозможнымъ воспріятіе оплодотвореннаго яичка и проведеніе его въ Фаллопьевы трубы чрезъ всю длину ихъ до матки. Слѣдовательно сюда должно отнести всѣ неправильности трубъ, каковы: неправильное положеніе ихъ, катарръ, сопровождаемый отслоеніемъ мерцательнаго эпителія; недостаточное развитіе, вособенности бахромокъ; запираніе и сѣуженіе вслѣдствіе воспаления, скопленія слизи, искривленій. Недостаточныя перистальтическія движенія, неравномѣрное движеніе Фаллопьевыхъ трубъ вообще могутъ также служить поводомъ къ неправильнымъ состояніямъ. — Весьма рѣдко, даже и при трупосѣченіяхъ, удастся узнать причину виѣматочной беременности. И очень замѣчательно то обстоятельство, что у женщинъ, уже часто рождавшихъ, она бываетъ чаще, чѣмъ у другихъ. Вѣроятно это зависитъ отъ нѣкоторыхъ неправильностей внутреннихъ дѣтородныхъ органовъ, произведенныхъ предшествовавшими родами.

§ 347. *Явленія* виѣматочной беременности состоятъ только въ различнаго рода припадкахъ вызываемыхъ давленіемъ растущаго яйца и воспалительнымъ процессомъ въ его окружности. Иногда уже въ первыя недѣли являются періодическія боли въ глубинѣ таза, обусловливаемыя сокращеніями матки, или растяженіемъ трубъ и воспаленіемъ окружающихъ ихъ частей. Съ появленіемъ этихъ болей изъ дѣтородныхъ частей отдѣляются иногда слизь, кровь, остатки отпадающей оболочки. При этомъ больныя чувствуютъ тупыя, постоянныя боли въ сторонѣ развитія яйца; запоры, рвота, частыя позывы къ моченспусканію, тягостныя жилація — всѣ эти припадки мало по-малу разстроиваютъ здоровье прежде, нежели наступитъ катастрофа. Еще чаще этихъ явленій вовсе не бываетъ, беременность протекаетъ безъ всякихъ вредныхъ и тягостныхъ припадковъ, пока внезапно наступитъ жестокая боль въ животѣ, съ общей слабостью, рвотой, — однимъ словомъ при явленіяхъ внутренняго кровоотеченія. При этомъ наступаетъ разрывъ плодоваго мѣшка. Если смерть наступаетъ не тотчасъ, то происходятъ явленія воспаления брюшины и выше описанныя послѣдовательныя состоянія, превращеніе въ гной, образованіе нарыва, прободеніе и удаленіе умершаго плода. Въ рѣдкихъ случаяхъ (преимущественно при брюшной беременности) беременность, подобной правильной, достигаетъ естественнаго конца, ощущаютъ дѣтскія движенія, слышны удары дѣтскаго сердца и общее состояніе беременной бываетъ довольно хорошо. За

тѣмъ въ обыкновенное время наступаютъ потогн, настоящія маточныя сокращенія, матка выдѣляетъ отпадающую оболочку, кровь и стремится уменьшить свой объемъ, но потуги напрасны. Исчезаютъ и вновь появляются явленія разрыва плодоваго мѣшка со всѣми его послѣдствіями; или въ слѣдствіе смерти плода, если и не происходитъ разрывъ, является воспаленіе брюшины съ быстро умерщвляющимъ исходомъ или съ послѣдовательнымъ нагноеніемъ, превращеніемъ въ гной, прободѣніемъ и т. д.

§ 348. *Распознаваніе* внѣматочной беременности прежде наступленія опасныхъ признаковъ невозможно; потому-что или вовсе не бываетъ страданій, указывающихъ на внѣматочную беременность, или, если и есть, представляютъ совершенно другое значеніе, такъ какъ такіе же припадки могутъ быть и при маточной беременности. Распознаваніе тогда только бываетъ положительно, если наступилъ одинъ изъ вышеописанныхъ исходовъ, слѣдовательно если будетъ разрывъ плодоваго мѣшка; обыкновенно же сущность дѣла узнается только при вскрытіи трупа.

Трудность распознаванія въ первые мѣсяцы прежде наступленія упомянутыхъ исходовъ зависитъ отъ трудности распознаванія всякой беременности въ ранніе мѣсяцы. Только точное наружное и внутреннее изслѣдованіе, въ связи съ должной оцѣнкою всѣхъ анатомическихъ данныхъ, можетъ навести насъ на слѣды страданія. Неравнобѣрное расширеніе живота весьма ненадежный признакъ и это можно сказать о большинствѣ припадковъ, приводимыхъ авторами. Поэтому прежде всего нужно доказать существованіе беременности. Если это сдѣлано и подлѣ матки существуетъ опухоль, въ которой можно указать яйцо; если пустота маточной полости доказана изслѣдованіемъ помощію зонда,—распознаваніе въ такомъ случаѣ неподвержено никакому сомнѣнію. Но какъ все это трудно, всякій легко можетъ понять. Для этого прежде всего нужно замѣтить, что никогда не должно употреблять зондъ для доказательства пустоты маточной полости, пока существованіе маточной беременности можно еще предполагать, потому что зондированіе конечно можетъ прервать этотъ процессъ. Поэтому въ своихъ дѣйствіяхъ и выраженіяхъ должно быть очень осторожнымъ, такъ какъ, не смотря на восхваляемую столь многими писателями важность и вѣрность цѣлаго ряда признаковъ, распознаваніе неправильности никогда не удастся прежде наступленія одного изъ обыкновенныхъ исходовъ, разрыва пло-

доваго мѣшка, или воспаления, прободенія и отдѣленія плода, въ каковыхъ случаяхъ конечно распознаваніе не представляетъ уже болѣе ни какихъ затрудненій. Для того чтобы не смѣшать вѣматочную беременность съ опухолями брюшныхъ органовъ, матки, яичниковъ служитъ точное обсужденіе всѣхъ явленій, характеризующихъ это страданіе, и тщательно повторяемая изслѣдованія. Въ этомъ отношеніи я ссылаюсь на руководства къ изученію женскихъ болѣзней.

§ 349. Что *предсказаніе* неблагоприятнаго какъ для матери, такъ и для ребенка, уже достато видно изъ вышесказаннаго. Послѣдній почти всегда погибаетъ, потомучто въ высшей степени легки случаи, въ которыхъ онъ рождался помощью операциіи. Мать умираетъ обыкновенно отъ разрыва плодоваго мѣшка и слѣдующаго кровотеченія, или же отъ послѣдовательнаго воспаления брюшины и его послѣдствій, и отъ истощенія, производимаго нагноеніемъ. Если плодъ окаменѣлъ, или совершенно удаленъ, то можетъ наступить выздоровленіе, при чемъ полости нарывовъ заживаютъ рубцемъ.

Разсѣченіе живота не представляетъ никакихъ благоприятныхъ результатовъ. — На 100 случаевъ вѣматочной беременности 82 смертныхъ случая и только двое сохраняются (Kiwisch). Возможно также и то, что страданія встрѣчаются чаще, чѣмъ думаютъ, при чемъ яйцо умираетъ въ первые дни его развитія, всасывается и исчезаетъ, не оставляя даже и слѣда, прежде, нежели наступятъ вредныя послѣдствія.

§ 350. *Леченіе* при вѣматочной беременности, подобно предъидущему, главнымъ образомъ симптоматическое. Въ ранніе мѣсяцы мы почти ничего не можемъ дѣлать, кромѣ облегченія извѣстными средствами припадковъ, какъ напр. запоровъ, болей въ брюшинѣ и др. Предлагали въ случаяхъ, гдѣ присутствіе яйца въ тазѣ доказано въ ранніе мѣсяцы, вскрывать его троакаромъ чрезъ дугласову складку, выпуская такимъ образомъ жидкость водной оболочки и умерщвляя плодъ. Такъ какъ условія этого маневра, именно распознаваніе, чрезвычайно рѣдко можно исполнить, то и счастливое примѣненіе его встрѣчается также въ рѣдкихъ случаяхъ. — Съ появленіемъ признаковъ разрыва плодоваго мѣшка и внутренняго кровоизліянія кладутъ на подчевную область холодныя компрессы, пузырь со льдомъ, назначаются клистиры изъ воды со льдомъ, сжатіе начальственной артеріи, перевязка членовъ и пр. Воспаленіе брюшины лечатъ



по обыкновеннымъ правиламъ. Нагноеніе, образованіе нарыва и прободеніе поддерживаютъ припарками, заставляютъ пациентку лежать на больномъ боку и тотчасъ производятъ надрѣзь, какъ только ощущаютъ зыбленіе и угрожаетъ прободѣніе. Если части плода лежатъ близь отверстія нарыва, извлекаютъ ихъ, расширивъ предварительно это отверстіе ножомъ, смотря по надобности. Если гной направляется къ влагалищу или къ прямой кишкѣ, назначаютъ теплыя впрыскиванія въ влагалище, проколы на зыблющихся мѣстахъ и т. д. Такъ какъ выдѣленіе плода и нагноеніе сильно истощаютъ больныхъ, производятъ нагноительную лихорадку, чрезъ что процессъ обыкновенно на долго затягивается, то назначаютъ укрѣпляющія лѣкарства (какъ хина и желѣзо), а главное питательную діету.

§ 351. Для спасенія матери, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и самаго плода предложено и часто производится *разсѣченіе живота* (*gastrotomia* — *чревосѣченіе*). Операция эта можетъ быть назначаема только тогда, когда, съ наступленіемъ правильного конца беременности, дитя показываетъ еще явные признаки жизни; или же когда при такихъ же обстоятельствахъ со стороны дитяти около этого времени произошелъ разрывъ плодоваго мѣшка. Потому что если въ этомъ случаѣ не сдѣлать операціи, то мать, ослабленная тѣсными родовыми потугами, не въ силахъ будетъ перенести воспаленіе брюшины, нагноеніе мѣшка и выдѣленіе плода наступающія послѣ смерти его. Эти послѣдствія, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, всегда являются, и нѣтъ ни одного случая, гдѣ бы выношенный плодъ былъ заключенъ въ сумку и превратился въ окаменѣлость, такъ называемую *lithopaedion* (Stoltz).

Но если плодъ умеръ, то чревосѣченіе не должно быть назначаемо. Исключенія представляютъ только тѣ случаи, гдѣ остающійся плодъ вызываетъ въ матери опасныя для жизни припадки, гдѣ удаленіе возможно безъ большого труда и гдѣ наконецъ удаленіе устраняетъ всѣ явленія. Однако результатъ, выведенный изъ многочисленныхъ опытовъ, вполне доказалъ, что въ послѣднихъ случаяхъ должно полагаться болѣе на силы природы, чѣмъ на ножъ.

Самая операція очень опасна, вособенности потому что отдѣленіе послѣда производитъ страшное кровотеченіе, такъ какъ части, на которыхъ онъ укрѣпляется, немогутъ сокращаться подобно маткѣ и тѣмъ остановить кровотеченіе. Поэтому еще опаснѣе оставить послѣдъ. — Въ нѣкоторыхъ

случаяхъ гораздо лучше вырѣзывать плодовой мѣшокъ съ яйцомъ, чѣмъ вылуцать одно только яйцо, именно когда онъ мало или вовсе не пристаеетъ, а чаще всего соединяется съ маткой помощію стылка. Если плодъ лежитъ на сводѣ влагалища, то лучше вскрыть и извлечь плодъ чрезъ влагалище (*colpotoxia*—разсѣченіе влагалища), чѣмъ чрезъ брюшныя стѣнки. Даже мертвыхъ дѣтей или части ихъ извлекаютъ иногда съ лучшими послѣдствіями, чрезъ влагалище, чѣмъ изъ брюшныхъ стѣнокъ. Ближайшее разсмотрѣніе производства этой операціи будетъ изложено въ оперативномъ отдѣлѣ.

#### ГЛАВА IV.

##### МАТОЧНЫЯ КРОВОТЕЧЕНІЯ У БЕРЕМЕННЫХЪ (ПРЕКРАЩЕНІЕ БЕРЕМЕННОСТИ РАНЬШЕ ЕСТЕСТВЕННАГО СРОКА).

§ 352. Кровотеченія, случающіяся съ беременными, происходятъ изъ матки, или изъ влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ. Послѣднія суть слѣдствія поврежденій, разрыва узла (*varix*) и пр. и лечатся по правиламъ хирургіи. Здѣсь по преимуществу интересны маточныя кровотеченія. Они раздѣляются на два разряда. Къ первому причисляются тѣ, для которыхъ условія происхожденія заключаются въ самой беременности, т. е. которыя зависятъ отъ разрыва сосудовъ, составляющихъ связь между маткой и яйцомъ. Ко второму такія, которыхъ причины заключаются въ неправильной беременности, напр. при постороннихъ образованіяхъ матки, при ранахъ и разрывахъ ея и т. д. Этотъ видъ кровотеченій во время беременности происходитъ чрезвычайно рѣдко; чаще во время родовъ, почему они и должны быть разсматриваемы въ отдѣлѣ неправильностей родовъ.

§ 353. Поэтому здѣсь остается сказать о *маточныхъ кровотеченіяхъ, происходящихъ отъ раздѣленія сосудовъ между маткой и яйцомъ, или яйцово-маточныхъ сосудовъ*. Пока послѣдъ еще не вполне образовался, или пока еще на другихъ мѣстахъ, какъ напр. на мѣстѣ послѣда, существуетъ сосудистая связь между матерью и яйцомъ, кровотеченіе можетъ произойти на всякомъ мѣстѣ; поздне же, когда ворсинки мохнатой оболочки уже атрофированы, оно можетъ произойти только вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія

послѣда. Въ 1-й половинѣ беременности маточныя кровотеченія весьма часты, потому что связь между маткой и яйцомъ пространнѣе, значительные сосуды еще нѣжны, легко разрываемы и съ тѣмъ вмѣстѣ уступчивы. Во 2-й половинѣ они рѣже и зависятъ почти только отъ преждевременнаго отдѣленія послѣда, находящагося въ нижнемъ сегментѣ матки—*placenta praevia*,—такъ какъ послѣдъ, имѣющій правильное положеніе не такъ легко прежде времени отдѣляется отъ стѣнокъ матки.

§ 354. Маточныя кровотеченія во время беременности почти всегда сопровождаются *преждевременнымъ выдѣленіемъ плода*, т. е. послѣднее составляетъ или причину ихъ или слѣдствіе. Если эта остановка беременности происходитъ прежде конца 7-го мѣсяца, 28-й недѣли, слѣд. въ то время, когда *дитя еще неспособно къ жизни*, то результатъ называется выкидышемъ (*abortus*), *незрѣлыми родами* (*partus immaturus*), *неправильными родами* (различать неправильные роды, выкидышъ и незрѣлые роды, разумѣя подъ 1 ранніе роды въ предѣлахъ первыхъ 3-хъ мѣсяцевъ, подъ 2-мъ между 4 и 7, совершенно непрактично и излишне); если же остановка беременности наступаетъ между 28-й и 40-й недѣлями, то это называютъ *преждевременными родами* (*partus praematuris*). Дитя, рожденное въ этомъ періодѣ уже можетъ жить.

Вслѣдствіе различныхъ причинъ, различія предсказанія и леченія отличаютъ кровотеченія, происходящія въ первые три мѣсяца отъ происходящихъ въ послѣдніе три, выкидышъ отъ преждевременныхъ родовъ. Изъ нихъ каждое особенно должно быть лечимо.

#### 1. Кровотеченія въ первые 7 мѣсяцевъ беременности—выкидышъ.

§ 355. Большая часть выкидышей происходитъ между концемъ 2 и 5-мъ мѣсяцемъ, такъ какъ въ это время дѣятельность сосудовъ во время и вскорѣ послѣ образованія послѣда развивается, сосуды относительно еще нѣжны, ихъ соединенія съ маткой менѣе прочны, а отъ того наружныя причины тѣмъ легче производятъ отдѣленіе его. Замѣчательно, что выкидышъ обыкновенно наступаетъ въ то время, когда, если бы женщина не была беременна, должны бы были наступить мѣсячныя очищенія.

*Причины* выкидыша раздѣляются на предрасполагающія и случайныя. Онѣ зависятъ отъ матери, или яйца, или случайныхъ обстоятельствъ. *Предрасположеніе къ выкидышу*

заключается въ болѣзненныхъ состояніяхъ матери, вредно дѣйствующихъ на сохраненіе связи между маткой и яйцомъ, или посредствомъ смѣшенія крови, или чрезъ нервную систему, или наконецъ механическимъ образомъ. Предрасположеніе можетъ заключаться и въ самой маткѣ, именно въ измѣненіи ея тканей, какъ наприм. въ пріостановленномъ возвращеніи матки въ первобытное состояніе (*Involutio*) послѣ родильныхъ страданій и выкидыша. Отъ этого зависитъ и то замѣчательное обстоятельство, что женщины, уже нѣсколько разъ выкидывавшія, очень часто и въ слѣдующихъ беременностяхъ, подобно предъидущимъ, подвергаются выкидышу около того же времени (*привычный выкидышъ*). Чѣмъ правильнѣ протекають беременность и роды, тѣмъ менѣ наклонности къ выкидышу въ слѣдующихъ за ними.

§ 356. *Случайныя причины*, какъ уже замѣчено, заключаются въ матери, въ яйцѣ и въ наружныхъ вліяніяхъ. Всѣ они дѣйствуютъ или а) такъ, что возбуждаютъ отдѣленіе яйца отъ матки, а съ тѣмъ вмѣстѣ и кровотеченіе. Сюда принадлежитъ все, что производитъ *приливъ къ маткѣ, а чрезъ то и разрывъ яйцово-маточныхъ сосудовъ*, какъ напр. болѣзни матки, общее лихорадочное состояніе матери, общія разстройства кровообращенія ея, неправильности въ діететическомъ содержаніи, частыя слабительныя; неправильныя соотношенія между ростомъ яйца и растяжимостью матки, что можетъ зависѣть отъ неправильнаго образованія ея, отъ постороннихъ образованій, отъ рубцовъ; далѣ механическія потрясенія. б) Вторая случайная причина заключается въ обстоятельствахъ, *вызывающихъ сокращенія матки*, вслѣдствіе чего растянутыя соединительныя сосуды, между маткой и яйцомъ разрываются. Сюда принадлежатъ всѣ раздраженія, дѣйствующія прямо на матку, многія изъ средствъ вызывающихъ потуги, душевныя движенія, раздраженія въ другихъ частяхъ тѣла, вызывающія отражательнымъ, рефлекторнымъ образомъ дѣятельность матки (сюда же причисляется неуступчивость стѣнокъ матки вслѣдствіе измѣненій ея тканей, при которой правильное расширеніе дѣйствуетъ уже какъ возбужденіе къ сокращеніямъ—обыкновенный выкидышъ—см. выше). в) 3-я причина лежитъ исключительно въ *недостаточномъ питаніи, въ заболѣваніи и смерти плода*, что можетъ имѣть начало какъ въ самомъ плодѣ, такъ и въ смѣжныхъ съ нимъ частяхъ. (Такъ какъ эти заболѣванія яйца иногда повторяются въ каждой беременности, то и отсюда можетъ истекать причина вышеупомянутаго привычнаго выкидыша).

§ 357. Эти различныя причины въ отдѣльныхъ случаяхъ сочетаются между собой, такъ что часто трудно рѣшить, которая изъ нихъ первая, такъ какъ къ каждому маточному кровоточенію какъ бы оно значительно нибыло, присоединяется, вскорѣ сокращеніе органа, а къ каждому сокращенію уничтоженіе связи яйца, а съ тѣмъ вмѣстѣ и кровоточеніе. Чѣмъ болѣе расположеніе къ выкидышу, тѣмъ легче вызываютъ его упомянутыя причины, тогда какъ въ противномъ случаѣ и значительныя поврежденія остаются безъ всякихъ послѣдствій.

§ 358. Характеристическіе и общіе *принадки* всякаго выкидыша слѣдующіе: 1) *маточное кровоточеніе*, степень котораго зависитъ отъ обширности отдѣленія яйцово-маточныхъ сосудовъ; 2) *маточныя сокращенія*, дѣйствительныя потуги; онѣ составляютъ признакъ того, что маточное отверстіе открывається, но иногда впрочемъ онѣ могутъ быть устранены; 3) *утолченіе и укорачиваніе маточной шейки и оттираніе маточныхъ отверстій*; гдѣ они наступали, рѣдко удавалось пріостановить выкидышь.

§ 359. *Теченіе и исходъ* очень различенъ, смотря по отдѣльнымъ случаямъ. Обыкновенно кровоточенію и сокращенію предшествуютъ различнаго рода предвѣстники, чувство тяжести въ тазу, усиленный позывъ къ мочеиспусканію, общая слабость, увеличенное отдѣленіе влагалища. За тѣмъ слѣдуетъ кровоточеніе. *Если разрываются только маленькіе сосуды, то кровоточеніе бываетъ незначительно* и, если оно не повторяется и беременная соблюдаетъ діететическія условія, то не бываетъ необходимости къ остановкѣ беременности; она можетъ достигнуть естественныхъ предѣловъ. Разорванныя сосуды запираются сверткомъ, излившаяся кровь производитъ извѣстныя метаморфозы между маткой и яйцомъ, и питаніе послѣдняго вслѣдствіе незначительнаго отдѣленія сильно не разстроивается.

*Но если разорвутся сосуды въ большемъ количествѣ, то нѣтъ надобности, чтобы кровь выступала наружу*; она можетъ остаться между яйцомъ и маткой. Въ такомъ случаѣ ворсивки мохнатой оболочки подвергаются давленію, а потомъ апоплексія, вслѣдствіе чего а) плодъ или тотчасъ выдѣляется, б) или, если этого нѣтъ, умираетъ. При этомъ плодъ растворяется *in liquor amnii* и исчезаетъ или совершенно, или за исключеніемъ незначительнаго остатка. По истеченіи болѣе или менѣе короткаго времени выдѣляется яйцо, образуемое овечьей и мохнатой оболочками, окруженное

болѣе или менѣе измѣненнымъ кровянымъ сверткомъ и наполненное серозной или серозно-кровянистой жидкостью. Въ этомъ яйцѣ обыкновенно нельзя найти ни зародыша, ни прежнихъ частей яйца—это *выкидышъ яйца*. Или же с) яйцо выдѣляется спустя долгое время послѣ кровотеченія, когда кровь еще болѣе измѣнилась и яйцо вступило въ довольно плотное соединеніе съ маточной стѣнкой. При выдѣленіи такого яйца иногда остаются плотно прилегающіе остатки его, подающіе поводъ къ повторенію кровотеченій и представляющіе видъ »фибринознаго полипа» (объ этомъ подробности см. въ гинекологич. руководствахъ).

§ 360. Но при сильныхъ напряженіяхъ сосудовъ обыкновенно *кровь свободно изливается наружу*, наступаютъ сокращенія матки, выгоняющія яйцо.

Яйцо можетъ быть выдѣлено все, съ тѣмъ вмѣстѣ перестаютъ и кровотеченія; но оно можетъ также и лопнуть во время отпиранія шейки, при чемъ жидкое содержимое вытекаетъ, а остальное задерживается сократившейся маткой, что весьма легко, если неосторожно обходятся съ частями яйца, находящимися въ маточномъ отверстіи. Кровотеченіе въ такомъ случаѣ обыкновенно усиливается и выдѣленіе плода происходитъ гораздо труднѣе и медленнѣе. Также частицы яйца могутъ остаться и потомъ или разложившись выдѣлиться вмѣстѣ съ послѣродовыми влагами, или же подать поводъ къ упорнымъ кровотеченіямъ и слизетеченіямъ.

Теченіе такихъ родовъ впрочемъ тѣмъ болѣе приближается къ правильному, чѣмъ ближе беременность къ естественному своему предѣлу.

§ 361. *Слѣдствія* выкидыша зависятъ отъ періода беременности, съ которымъ роды наступили, ея продолжительности, степени кровотеченія, причинъ его и оперативныхъ приемовъ, которые были необходимы. Кровотеченіе обыкновенно не такъ жестоко, чтобы угрожать опасностью самой жизни, хотя иногда бывали и такіе случаи. — Легко можетъ произойти продолжительная анемія и послѣродовыя болѣзни, какъ и при правильныхъ родахъ, хотя это случается только въ рѣдкихъ случаяхъ. Особенно хроническія страданія матки, какъ напр. гипертрофія, искривленія, катарръ, измѣненія положеній, изъязвленія влагалищной части бывають слѣдствіемъ воспрепятствованнаго и недостаточнаго отправления матки и невѣжественнаго невниманія къ родамъ.

§ 362. *Распознаваніе* выкидыша не всегда легко, и именно

потому что ему должно предшествовать распознавание самой беременности, что въ первой половинѣ такъ неясно.

Одно кровотечение не есть еще признакъ выкидыша, такъ какъ иногда и регулы возвращаются во время беременности. Напротивъ того гораздо болѣе положительный признакъ составляютъ сокращенія матки и отпирание отверстія, а также ощущение яйца. Выкидышъ узнается съ достоверностью изъ появления яйца или частей его въ выступившей крови, которую потому всегда должно изслѣдовать съ точностью. Чѣмъ далѣе подвинулась беременность въ своемъ ходѣ, чѣмъ больше выкинутый плодъ, тѣмъ легче показаніе къ наступающему или случившемуся выкидышу.

§ 363. *Лечение выкидыша* распадается на устраненіе расположенія къ нему, предохраненіе угрожающихъ раздраженій и собственное лечение выкидыша.

1) *Устраненіе расположенія къ выкидышу* требуетъ прежде всего удаленія всѣхъ причинъ, прежде производившихъ выкидышъ. Потомъ должно привести организмъ, по возможности, къ правильному состоянію и устранить болѣзненные состоянія дѣтородныхъ органовъ. Въ этомъ отношеніи при анемическомъ состояніи, неразлучномъ съ этими случаями, назначается укрѣпляющая діета, употребленіе желѣза и холодныхъ маточныхъ душъ. Впрочемъ всякій случай долженъ лечить, соображаяхъ съ индивидуальностью, а особеннаго сказать объ этомъ рѣшительно нечего. При вторичной беременности женщина должна жить очень осторожно, прежде всего должна оставить половыя удовольствія и быть къ себѣ въ высшей степени внимательной въ то время, когда въ небеременномъ состояніи наступали обыкновенно мѣсячныя очищенія. Въ тотъ періодъ, когда раньше наступалъ выкидышъ, не должно оставлять постель, а самое лучшее даже и послѣ этого времени недѣлю. Впрочемъ здѣсь вособенности нужно обращать вниманіе на индивидуальность, потому что въ нѣкоторыхъ случаяхъ такое содержаніе еще болѣе способствовало выкидышу, въ другихъ же вредъ, причиненный здоровью продолжительнымъ совершеннымъ покоемъ; былъ гораздо важнѣе выкидыща. Противъ запоровъ, такъ легко происходящихъ при лежаніи, назначаютъ небольшіе приемы *ol. Ricini* или холодные клистиры и стараются развеселить беременную чтеніемъ и т. д. Если такимъ образомъ удалось довести беременность счастливо до ея физиологическаго конца, то впредь уже не нужно бояться расположенія къ выкидышу.

Не должно забывать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ привычный выкидышъ обуславливается конституціональнымъ, или, осмѣлюсь такъ выразиться, скрытой сифилитической болѣзнью родителей или одного изъ нихъ. Распознаваніе причины трудно, вещь деликатная, и врачъ долженъ употребить все свое благоразуміе, чтобы не быть виновникомъ семейнаго позора. Если онъ убѣдился, что эта причина дѣйствительно существуетъ, необходимо осторожное ртутное леченіе, которому подвергаютъ или обоихъ родителей, или особу, которая, какъ извѣстно, прежде была поражена этой болѣзнью.

§ 364. 2) *Для предохраненія отъ угрожающаго выкидыша* должно удовлетворить первому правилу—никогда не дѣйствовать энергически противъ наступающаго кровотеченія, пока не потребуетъ того его жестокость и вѣроятность остановить выкидышъ, предположивъ, что нѣтъ вѣрныхъ признаковъ смерти плода. Но эта вѣроятность можетъ существовать до тѣхъ поръ, пока не наступили потуги, или пока они по крайней мѣрѣ не настолько сильны, чтобы вполне открыть маточное отверстіе или только на  $\frac{1}{2}$ " , потому что въ этомъ случаѣ всѣ наши усилія напрасны. Самое леченіе, смотря по обстоятельствамъ, бываетъ или чисто выжидательное или болѣе или менѣе дѣятельное. Гдѣ предвѣстники продолжаются долгое время, поступаютъ сообразно припадкамъ и индивидуальности беременной. Покой при горизонтальномъ положеніи на спинѣ, душевное спокойствіе, уменьшеніе приливовъ прохладжающими напитками, прохладное одѣяніе, уменьшеніе діеты, въ случаѣ нужды и кровопусканія; успокоеніе возбужденной нервной системы опіемъ, устраненіе маточныхъ сокращеній тѣмъ же средствомъ или повторными незначительными вдыханіями хлороформа — вотъ, въ чемъ состоитъ леченіе. Нужно также избѣгать слишкомъ частыхъ вдыханій. Если кровотеченіе уже показалось, должно накладывать на дѣтородныя части платки, смоченныя въ холодной водѣ или въ обыкновенной, уксуcѣ, достаточно выжатые. Но нужно избѣгать класть подобныя примочки на животъ и вводить во влагалище тампонъ, будь это хоть простая губка, такъ какъ они, по нашему мнѣнію, дѣйствуютъ совершенно обратно.

Такимъ образомъ должно уничтожать угрожающій вредъ; но употребленіе сказаннаго способа должно продолжать нѣсколько дней и по совершенной остановкѣ кровотеченія. Если же сокращенія матки наступаютъ въ большей степени,



кровотеченіе продолжается или повторяется еще чаще, маточная шейка явственно отпирается, — въ такомъ случаѣ наступаетъ *собственное леченіе выкидыша*.

§ 365. Задачей его служить счастливое проведеніе роженицы чрезъ всѣ опасности выкидыша. Тоже діететическое содержаніе, которое въ предъидущемъ § дано для предотвращенія выкидыша, должно быть соблюдаемо и здѣсь. Пока жестокость кровотеченія не заставляетъ прибѣгать къ прямому, наступательному дѣйствію, ограничиваются выжидательнымъ методомъ. Если же оно сдѣлалось необходимымъ, должно исполнить только одно показаніе, именно *ускорить выкидышъ*, такъ какъ кровотеченіе перестаетъ не прежде выдѣленія яйца и чѣмъ послѣднее быстрѣе совершается, тѣмъ менѣе продолжается кровотеченіе.

Для ускоренія родовъ служатъ разные способы.

1) Скорѣе всего рождается яйцо при *непосредственномъ извлеченіи его рукой*. Если оно благополучно прошло по частямъ чрезъ маточное отверстіе, которое довольно широко, то этотъ самый умѣстный способъ. Только должно опасаться разрыва яйца, потомучто остающіяся части трудно выдѣляются. Каждый разъ, вскорѣ послѣ его удаленія, должно самымъ тщательнымъ образомъ изслѣдовать, не осталось ли и что именно; потомучто и тогда выдѣленіе все таки легче, чѣмъ позднѣе, когда шейка сократилась и болѣе или менѣе заперта. Для извлеченія вводятъ въ шейный каналъ и матку два пальца, при чемъ свободная рука давитъ чрезъ брюшные покровы на матку и тѣмъ способствуетъ возможно большему погруженію оперирующей руки. Если остатки яйца удалены, наркоризація очень облегчаетъ задачу. Только нужно съ нимъ быть осторожнымъ, если роженица потеряла уже много крови. И эти остатки также можно вскорѣ послѣ удаленія плода извлечь однимъ или двумя пальцами, а всѣ инструменты, назначенные для этой цѣли, излишни, и (потому должны быть) брошены. Позднѣе это очень трудно сдѣлать, такъ какъ сократившаяся шейка и внутреннее маточное отверстіе рѣдко еще допускаютъ введеніе пальца. Въ такихъ случаяхъ ускоряютъ выдѣленіе помощью *ses. cornuli*, впрыскиваніями теплой воды или отвара ромашки во влагалище; а гдѣ послѣдовательныя кровотеченія, слизетеченія изъ матки долго продолжаются и ослабляютъ больную, тамъ необходимо прижиганіе внутренней поверхности матки адскимъ камнемъ въ твердомъ видѣ. (О производствѣ этой операциі см. въ гинекологич. учебникѣ).

§ 366. Если же маточное отверстие не такъ расширено, чтобы можно было сдѣлать извлеченіе яйца, то *назначается тампонація влагалища каучуковымъ пузырькомъ (Colpoureuter)*, наполненнымъ холодной или ледяной водой, или же посредствомъ куска полотна или корпии, налитанныхъ холодной водой или уксусомъ. (О различныхъ и лучшихъ методахъ тампонаціи см. въ операционномъ отдѣлѣ главу объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ).

Этимъ вызывается сильное сокращеніе матки, ускоренное расширеніе маточнаго отверстия, ускоряется выдѣленіе яйца и дѣлается возможнымъ его извлеченіе. Также и кровотеченіе вскорѣ останавливается свертываніемъ излившейся крови и запираніемъ разорванныхъ сосудовъ, такъ какъ, пока яйцо получается въ цѣлости, кровь въ маточную полость не изливается, а если она и отпирается, то незначительный объемъ ея и неуступчивость стѣнокъ препятствуютъ кровотеченію.

§ 367. 3) Другіе методы — останавливать кровотеченія и усиливать сокращенія матки, кромѣ *растиранія ея дна*, состоятъ въ особенностяхъ въ употребленіи холода какъ въ формѣ прикладываній на животъ и наружныя половыя части, такъ и въ видѣ *влагалищныхъ впрыскиваній*. Последнія предпочитаются первымъ, такъ какъ они не такъ тягостны и не такъ сильно дѣйствуютъ. Иногда хорошую пользу приносятъ *secale cornutum*, употребляемый въ настоѣ ʒj — jʒ на ʒij или какъ клизма ʒij на ʒijj, повторяющіяся каждыи часъ или чрезъ 2 часа.

Прочія явленія, какъ безсилія и др. лечатся по общимъ правиламъ; часто остающаяся анемія требуетъ укрѣпляющаго леченія въ теченіи долгаго времени. (О леченіи послѣдовательныхъ состояній въ половыхъ органахъ сравни руководство къ познанію женскихъ болѣзней).

## 2. Кровотеченіе въ послѣдніа 3 мѣсяца беременности.

§ 368. Эти кровотеченія обусловливаются всегда преждевременнымъ отдѣленіемъ части послѣда и по своей силѣ видоизмѣняются сообразно пространству, на которомъ отдѣленіе произошло. Ихъ важность и опасность зависятъ преимущественно отъ того, гдѣ прикрѣпленъ послѣдъ, въ днѣ ли, или на сторонахъ матки, выше внутренняго ея отверстия, или на немъ, правиленъ ли онъ, или неправиленъ.

а) Кровотеченія вследствие отдѣленія правильнаго послѣда, прикрѣпленнаго къ верхней части матки.

§ 369. Причины сказанныхъ кровотеченій тѣ же, какія производятъ уничтоженіе связи между яйцомъ и маткой; только здѣсь кровотеченіе происходитъ не такъ легко, потому что связь между послѣдомъ и стѣнками матки прочнѣе и тѣснѣе. Часто случающееся обстоятельство, что послѣдъ не можетъ слѣдить за расширеніемъ маточныхъ стѣнокъ, служитъ поводомъ къ раздѣленію ихъ; по крайней мѣрѣ во многихъ случаяхъ нельзя открыть ни какихъ наружныхъ причинъ. Это явленіе можетъ зависеть отъ отложенія въ ткани послѣда эксудата, избытка фибрина, или же отъ чрезвычайнаго быстрога растяженія матки двойнями, водянкой и т. д.

§ 370. Кровотеченіе составляетъ самый главный *припадокъ* отдѣленія. Подобно ему оно можетъ быть незначительнымъ, скоро перестаетъ и непрерываетъ беременности; или же упорствуетъ, скоро появляются сокращенія, которыя смыканіемъ отверстаго просвѣта сосудовъ приостанавливаютъ его, но потомъ, постоянно усиливаясь, происходитъ *выкидышъ*. Кровотеченіе мгновенно можетъ на столько увеличиться, что будетъ угрожать опасности самой жизни. Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣдъ отдѣляется въ срединѣ, тогда какъ края его остаются прикрѣпленными. Въ такомъ случаѣ кровь изливается между нимъ и стѣнкой матки, при чемъ она или вовсе не выступаетъ, или же въ очень маломъ количествѣ и можетъ наступить очень быстро анемія со всѣми явленіями внутренняго кровотеченія.

Распознаваніе вида кровотеченій не трудно, если припомнить, что въ послѣдніе мѣсяцы беременности они часто происходятъ еще отъ разрыва матки или предъидущаго послѣда, каковыя обстоятельства легко отличить отъ другихъ.

§ 371. Такъ какъ никогда не бываетъ совершенно явственно, существуетъ внутреннее кровоизліяніе или было ли оно, то опасность кровотеченія узнается по вліянію, производимому имъ на общее состояніе организма. Въ то время беременности, о которомъ теперь идетъ рѣчь, кровоточащія сосуды такъ велики, что относительно непродолжительное кровотеченіе производитъ сильнѣйшее вліяніе своей минутной жестокостью, чѣмъ долго продолжающіеся въ раннемъ

періодъ, хотя бы при послѣднихъ потеря крови вообще была значительнѣе.

При умѣренномъ кровоточеніи *леченіе* состоитъ въ соблюденіи діететическихъ условій, которыя совершенно тѣ же, какія предписаны для успокоенія возбужденнаго кровообращенія при незначительныхъ кровотеченияхъ, влекущихъ за собой выкидышь. Если оно будетъ сильнѣе, или его продолжительность будетъ угрожать опасностью, то должно его прекращать не посредственно. Это достигаютъ возбужденіемъ маточныхъ сокращеній, могущихъ запереть разорванный сосудъ, т. е. должно произвести роды и ускорить ихъ ходъ. Съ употребленіемъ тампона должно быть очень осторожнымъ, потому что, при слабости маточныхъ стѣнокъ, легко можетъ произойти внутреннее кровоточеніе. Потому при введеніи его (а для этого самый лучшій тампонъ каучуковой пузырь, наполненный ледяной водою) должно защищать матку рукой, наложенной на брюшные покровы, возбуждать ее растираніемъ къ сильнѣйшимъ сокращеніямъ; также полезно въ этихъ случаяхъ внутреннее употребленіе спорыньи.

Роды производятъ лучше всего вскрытіемъ яйца, такъ какъ вслѣдствіе послѣдующаго отдѣленія влаги маточная полость конечно нѣсколько уменьшается и органъ по крайней мѣрѣ отчасти можетъ запереть разорванные сосуды.

При большой опасности, вособенности при явленіяхъ угрожающаго внутренняго кровоточенія показуется даже такъ называемое *насильственное родоразрѣшеніе* (*accouchement forcé*). Если губы маточнаго рыльца представляютъ препятствіе введенію и движенію руки, то должно расширить его пожемъ или ножницами. Но гдѣ кровоточеніе не такъ жестоко и гдѣ не желаютъ употребить тампонъ (какъ этого напримѣръ не должно дѣлать по вскрытіи яйца), то для уменьшенія кровоточеній очень полезны прикладыванія холодныхъ компрессовъ на животъ и наружныя дѣтородныя части, а лучше всего холодныя впрыскиванія во влагалище.

§ 372. *Выкидышь* въ своемъ теченіи и явленіяхъ, вособенности чѣмъ ближе къ правильному концу беременности, сходенъ *caeteris paribus* съ своевременными наступающими родами. Дитя, вслѣдствіе его малаго развитія большей гибкости его черепныхъ костей, рождается быстрѣе и не такъ часто слѣдуетъ правильнѣйшій механизмъ родовъ. Тазовыя и поперечныя положенія чаще, чѣмъ у выношенныхъ дѣтей. Новорожденный, если онъ живъ, требуетъ особенной внимательности и

печенія (преимущественно обширнаго употребленія теплоты), если онъ долженъ быть сохраненъ.

в) Кровотеченія вслѣдствіе отдѣленія послѣда, прикрѣпленнаго на нижнемъ сегментѣ матки (*placenta praevia*).

§ 373. Если послѣдъ развивается на нижнемъ сегментѣ матки вмѣсто верхняго, какъ это обыкновенно бываетъ, то это называютъ положеніемъ послѣда на маточномъ рыльцѣ, лежащимъ послѣдомъ (*placenta praevia*). При этомъ можетъ случиться, что послѣдъ почти или совершенно равномерно распростирается вѣкругъ маточнаго рыльца, такъ что послѣднее, если даже оно будетъ открыто на нѣсколько дюймовъ или почти совершенно, все таки покрываетъ всю его щель; или только лоскутъ послѣда покрываетъ *orif. uteri internum*, такъ что, по болѣе или менѣе значительномъ расширеніи послѣдняго, вмѣстѣ съ видѣющимися въ него лоскутами его, ощущаютъ и яичовыя оболочки. Поэтому различаютъ полный предъидущій послѣдъ (*plac. praevia centralis*) и неполный (*plac. praevia lateralis*). Очень рѣдко случается, что центръ послѣда прямо соотвѣтствуетъ положенію маточнаго рыльца (*centre pour centre*). Вслѣдствіе сказаннаго въ отдѣльномъ случаѣ не всегда можно опредѣлить, имѣемъ ли дѣло съ полнымъ или неполнымъ лежащимъ послѣдомъ, такъ какъ при позднѣйшемъ изслѣдованіи, по дальнѣйшемъ разверзаніи маточнаго рыльца, часто ощущаютъ вмѣстѣ съ послѣдомъ и яичовыя оболочки, тогда какъ раньше находили, что онъ совершенно покрываетъ его. Поэтому хорошо дѣлаютъ, считая предъидущій послѣдъ полнымъ только тогда, когда, по совершенномъ расширеніи *oris uteri*, не ощущаютъ яичовыхъ оболочекъ.

Отъ лежащаго послѣда отличаютъ глубокое положеніе его, при которомъ онъ находится на нижнемъ сегментѣ, но края не выдаются надъ маточнымъ рыльцемъ, даже и по совершенномъ его разверзаніи, хотя доходятъ до него. Это состояніе иногда вызываетъ явленія, подобныя тѣмъ, какія происходятъ при неполномъ лежащемъ послѣдѣ, и узнается только по вскрытіи пузыря.

§ 374. Причины этого особеннаго отступленія намъ совершенно неизвѣстны. Мнѣнія, что ихъ должно искать въ рыхломъ прикрѣпленіи послѣда, въ неправильномъ состояніи и разрывѣ ложной отпадающей оболочки, вслѣдствіе че-

го яичко получаетъ возможность достигнуть нижняго сегмента матки и здѣсь прикрѣпиться — эти мнѣнія не основываются на наблюденіяхъ. Все, что мы объ этомъ знаемъ, ограничивается тѣмъ, что предъидущій послѣдъ у особъ, много разъ бывавшихъ беременными, встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у беременныхъ въ первый разъ. Это можетъ быть отъ того, что у нихъ, полость матки обшириѣе, стѣнки слабѣе, и яйцо, поступающее сюда изъ Фаллопиевыхъ трубъ, легче можетъ достигнуть нижняго ея сегмента и здѣсь укрѣпиться (?). Иногда наблюдали совершенно эпидемическое появленіе аномаліи, о которой теперь идетъ рѣчь, тогда какъ въ другіе годы появленія ея считалось рѣдкостью. Впрочемъ на 500 — 600 родовъ случается только одинъ случай предъидущаго послѣда.

§ 375. Первый *припадокъ*, самый значительный и только въ себѣ однимъ заключающій всю опасность аномаліи — это *кровотеченіе*. Онъ начинается обыкновенно внезапно, безъ всякаго виѣшняго повода, въ 8 или 9 мѣсяцѣ беременности. Какъ говорятъ, онъ наступаетъ внезапно, когда женщина совершенно спокойна, даже въ постелѣ во время сна. Продолжается жестоко, пока наступитъ обморокъ, и очень скоро прекращается, такъ что женщина скоро отдыхаетъ и предается своему обычному занятію. Но чрезъ нѣсколько дней и недѣль кровотеченіе снова начинается и нерѣдко съ большей жестокостью, чѣмъ прежде; или наступаетъ постоянно продолжающаяся течь или продолжительное истеченіе крови (*Stillicidium sanguinis*), что не остается безъ вліянія на общее состояніе беременной. Она блѣдна, малокровна и слаба. Такія кровотеченія повторяются чрезъ короткіе или длинныя промежутки до тѣхъ поръ; пока потуги, обыкновенно появляющіяся прежде естественнаго конца беременности, а съ ними и кровотеченія, если женщина не настолько блѣдна кровью, чтобы не могла болѣе потерять ея, не увеличатся до крайняго предѣла (чрезвычайно). Но иногда беременность протекаетъ совершенно безъ кровотеченія, наступающаго во всей его жестокости съ первыми потугами, которыя и въ такомъ случаѣ наступаютъ также прежде времени.

§ 376. *Причина кровотеченія* можетъ зависѣть также и отъ того, что около 7 или 8 мѣсяца нижній сегментъ матки, вособенности шейка употребляется для образованія маточной полости. Послѣдъ не можетъ слѣдить за расширеніемъ того мѣста, гдѣ онъ прикрѣпляется, а потому частію

отдѣляется отъ него. Поэтому кровотеченіе появляется совершенно произвольно, внезапно и повторяется позднеѣ. Во время родовъ кровотеченіе обуславливается даже расширеніемъ маточнаго рыльца, такъ какъ послѣдъ при этомъ отдѣляется еще энергичнѣе и наибольшемъ пространствѣ. Поэтому же оно и во время потугъ сильнѣе, а въ промежуткахъ ослабляется. Кровотеченіе при предъидущемъ послѣдѣ есть съ тѣмъ вмѣстѣ необходимый спутникъ физиологическихъ измѣненій въ нижнемъ сегментѣ матки, происходящихъ въ послѣдній мѣсяцъ беременности и въ первый періодъ родовъ, а поэтому должно отличать необходимое кровотеченіе отъ случайнаго (*unavoidable* и *accidental haemorrhage* — Англичанъ).

§ 377 Время, въ которое впервые наступаетъ кровотеченіе, зависитъ преимущественно отъ положенія послѣда; чѣмъ болѣе оно центрально, тѣмъ кровотеченіе начинается раньше, такъ какъ въ случаяхъ, гдѣ кровотеченія показались въ первый разъ вмѣстѣ съ потугами, положеніе предъидущаго послѣда было боковое. Впрочемъ изъ этого бывають и исключенія, потомучто тамъ и сямъ встрѣчаются случаи, гдѣ, не смотря на центральное положеніе, кровотеченія не было до самыхъ родовъ, наступившихъ въ правильномъ концѣ беременности. Въ этихъ случаяхъ кровотеченія при началѣ родовъ были очень обильны, продолжались постоянно, прерываясь только коротенькими промежутками, и съ каждымъ возобновленіемъ потугъ дѣлаясь сильнѣе, такъ какъ при дальнѣйшемъ расширеніи маточнаго рыльца отрывались все большія и большія части послѣда. Первый обморокъ, который теперь наступаетъ, производитъ прекращеніе кровотеченія, но съ первой потугой оно снова усиливается и приводитъ женщину въ большую опасность, даже иногда производитъ смерть. Въ другихъ случаяхъ кровотеченіе прекращается при дальнѣйшемъ расширеніи маточнаго рыльца вслѣдствіе того, что подлежащая головка младенца протѣсняясь, по разрывѣ пузыря, представляетъ естественный тампонъ. Иногда наблюдали, что послѣдъ былъ отдѣленъ и удаленъ совершенно прежде рожденія ребенка, обыкновенно при значительномъ кровотеченіи. Ребенокъ въ такихъ случаяхъ раждался всегда мертвымъ, необходимомъ слѣдствіе прерваннаго кровообращенія, которое должно произойти не раньше, какъ послѣ короткаго промежутка въ нѣсколько минутъ между совершеннымъ отдѣленіемъ послѣда и рожденіемъ плода. На этомъ явленіи основали особенный

способъ леченія предъидущаго послѣда, о чемъ подробнѣе будетъ сказано ниже.

§ 378. *Распознаваніе* предъидущаго послѣда слѣдуетъ частью изъ вида кровотеченія, частью же изъ результатовъ изслѣдованія. Кровотеченіе, наступающее въ послѣдніе недѣли или мѣсяцы беременности безъ видѣнія повода, особенннсти же если оно скоро перестаетъ и потомъ опять появляется, всегда должно возбуждать наше подозрѣніе. Только изъ этого не должно исключать фактъ, ибо наблюдали случаи, гдѣ оторваніе послѣда, прикрѣпленнаго въ верхней части матки, было причиной значительнаго кровотеченія, которое произвольно появлялось и потомъ исчезало. — При наружномъ изслѣдованіи животъ находятъ менѣе растянутымъ, — мѣнѣе, которое не доказано, да и не можетъ способствовать распознаванію, если бы даже это было и вѣрно, потому что величина живота у разныхъ особъ различна. Шейку находятъ толстой, мягкой и очень разрыхленной, равно какъ и весь нижній сегментъ матки. Предлежащую дѣтскую часть нельзя узнать, въ тоже время, вслѣдствіе измѣненія формы матки, тазовое и поперечное положенія относительно часты, Влагалищный сводъ поэтому кажется пустымъ, очень рыхлымъ, вздутымъ, толстымъ; сосуды его часто очень развиты. Губки маточнаго рыльца обыкновенно образуютъ трещину; но пока внутреннее маточное отверстіе заперто, можно, не смотря на это, объявить только вѣроятное распознаваніе. Ясности же достигаютъ тогда, какъ скоро доходятъ до губчатой, сѣткообразной ткани послѣда, чего ни одинъ практикъ не просмотритъ и только при самой огромной невнимательности смѣшаетъ со сгусткомъ крови. Изслѣдованіе всякаго послѣда, попадающагося намъ подъ руки, составляетъ самое лучшее упражненіе для распознаванія послѣда въ маткѣ. Кровотеченіе въ началѣ родовъ, усиливается потугами, съ ослабленіемъ ихъ дѣлающееся также слабѣе, представляетъ дальнѣйшую точку опоры для распознаванія.

§ 379. По предъидущему опасность, производимую предлежащимъ послѣдомъ легко измѣрить и есть обстоятельства, случающіяся съ беременными и роженицами, которыхъ нужно также бояться, какъ и предъидущаго. Жестокость кровотечения, также то обстоятельство, что процессы, назначенные для подготовленія и совершенія родовъ, вызываютъ и усиливаютъ кровотеченіе, неожиданное появленіе его, трудность удалить причины и опредѣлить правильный срокъ для



предпріятія мѣръ — все это дѣлаетъ *предсказаніе въ высшей степени неблагоприятнымъ* какъ для матери, такъ и для младенца. Впрочемъ оно бываетъ различно, смотря по общему состоянію беременной, по періоду беременности, въ которомъ наступило кровотеченіе, по продолжительности времени до окончанія родовъ, по положенію ребенка, по необходимымъ оперативнымъ приѣмамъ. Большая часть женщинъ, постигнутыхъ этимъ несчастіемъ погибаютъ отъ кровотеченія или во время родовъ, или потомъ вслѣдствіе остающагося истощенія; пuerперальныя болѣзни, которыхъ должно такъ сильно бояться при анемическомъ состояніи тѣла, не составляютъ рѣдкаго явленія послѣ предъидущаго послѣда. Искусство конечно много можетъ сдѣлать для того, чтобъ распознаваніе было благоприятно; но никогда не можетъ судить вѣрно о послѣдствіяхъ. Также печально, если только еще не въ высшей степени, *предсказаніе для младенца*. Онъ обыкновенно рождается мертвымъ, потомучто кровообращеніе послѣда, вслѣдствіе преждевременнаго его отдѣленія, очень сильно разстроивается, самые роды наступаютъ слишкомъ рано, да и пособія, необходимыя при этомъ для ребенка, большей частью очень вредны (*accouchement forcé*)

§ 380. *Леченіе*. Никогда послѣдствіе леченія для блага двухъ жизней такъ не зависитъ отъ сообразнаго ухода, какъ при предъидущемъ послѣдѣ. Здѣсь прежде всего должно обратить вниманіе на силу кровотеченія, его вліяніе на мать, время наступленія, также на то обстоятельство, появились ли потуги, центральное или боковое прикрѣпленіе, на положеніе плода и на періодъ родовъ. По предъидущему наша задача состоитъ въ томъ, чтобъ по возможности prolongировать беременность и, какъ только наступитъ опасность, опорожнить матку и, какъ можно, скорѣе кончить роды.

1) *Если кровотеченіе появляется въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ слабой, незначительной степени*, то большей частью достаточно только простаго діететическаго содержанія, какъ это предписано при кровотеченияхъ, влекущихъ за собой выкидышъ. Беременная должна находиться въ покоѣ, при горизонтальномъ положеніи, только прохладно покрываться, возбужденіе кровообращенія должно успокаивать прохладжающими средствами, а нервной системы — опіатами. Чѣмъ далѣе беременность отъ естественнаго своего предѣла, тѣмъ желательнѣе уничтожить кровотеченія, предохранить ихъ возвратъ и, по возможности двигать ее впередъ. Надобно обратить вниманіе большой и ее окружающихъ на

состояніе и настоятельно объявить, чтобъ насъ позвали при первомъ возвратѣ угрожающихъ припадковъ.

§ 381. 2) Но если жестокое кровотеченіе, приводящее въ опасность жизнь, наступитъ до появленія потугъ и до начала разверзанія маточнаго рыльца, должно тотчасъ приступить къ дѣлу. Тутъ можно по возможности скорѣе произвести и кончить роды; это тѣмъ легче сдѣлать, что при такихъ жестокихъ кровотеченіяхъ произвольныя потуги никогда не заставляютъ себя долго ждать. Для этого мы имѣемъ два средства — тампонъ и насильственное опорожненіе матки послѣ предварительнаго искусственнаго открытія и расширенія маточнаго рыльца, такъ называемое — насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement forcé*). Тамъ гдѣ возможно въ подобномъ случаѣ какой нибудь выборъ, не должно сомнѣваться въ избраніи тампона. Результатъ отъ насильственнаго родоразрѣшенія зависитъ главнѣйшимъ образомъ отъ правильнаго выбора случаевъ, допускающихъ его. Конечно есть случаи, которые ставятъ акушера въ затруднительное положеніе относительно выбора, позволить ли беременной изойти кровью или разрѣшить, гдѣ мягкія части родоваго пути еще заперты и неуступчивы, чтобы доставить послѣднюю надежду спасенія. Только такіе случаи требуютъ насильственнаго родоразрѣшенія, хотя бы роды еще и не начались. Потому что никакая операція такъ нестрашна, какъ насильственное введеніе руки въ матку, до сихъ поръ еще запертую, и проведеніе ея чрезъ неуступчивую шейку и маточное отверстіе, Конечно справедливо, что при предъидущемъ послѣдѣ, особенноти послѣ сильной потери крови, маточное отверстіе легче уступаетъ, чѣмъ при другихъ обстоятельствахъ. Я не оставляю безъ вниманія большой опасности, которой подвергаютъ больную, откладывая разрѣшеніе ея далѣе того самаго ранняго момента, въ которомъ маточное отверстіе допускаетъ введеніе руки безъ особеннаго насилія — но только хочу предостеречь отъ поспѣшной и слишкомъ ранней насильственной мѣры. И тѣмъ легче можно ея избѣжать, что, за исключеніемъ упомянутыхъ случаевъ, гдѣ должно или дать больной истечь кровью, или быстро разрѣшить, — тампонъ представляетъ средство, не только прекращающее или уменьшающее кровотеченіе, но также и возбуждающее потуги, усиливающіе ихъ, чрезъ то дѣлающее маточное рыльце и шейку болѣе доступными при операціи и позволяющее разрѣшить беременную менѣе опаснымъ путемъ. Для этого естественно берутъ гуттаперчевый пузырь (*Col-*

*peurynter*), наполненный ледяной водой, при чемъ не нужно опасаться внутренняго кровотеченія, такъ какъ пузырь еще цѣлъ. Однако не должно оставлять большую, такъ какъ послѣднее обстоятельство всегда возможно, кровь вмѣстѣ съ тампономъ можетъ излиться и мы должны будемъ подать немедленную помощь.

§ 382. 3) *Но если при такомъ жестокомъ кровотеченіи являютя потуги, начались роды и разверзаніе маточнаго отверстія продолжается надлежащимъ образомъ, можно также, пока яйцовыя оболочки еще цѣлы, употребить тампонъ, но нужно быть очень осторожнымъ, чтобы не просмотрѣть внутренняго кровотеченія и не должно слишкомъ много добирать тампону. Если маточное отверстіе расширилось около 1", или даже менѣе, края мягки и уступчивы (что обыкновенно случается при предъидущимъ послѣдѣ), то въ опасныхъ случаяхъ показуется быстрое разрѣшеніе расширеніемъ маточнаго рыльца, поворотомъ и извлеченіемъ, по крайней мѣрѣ рѣшительно предпочесть тампону, такъ какъ они быстро оканчиваютъ роды и большей частью не трудно исполнимы. Постепенно и осторожно расширяя маточное отверстіе оперирующей рукой, входятъ въ полость чрезъ послѣдъ или лучше подлѣ него, а при полномъ предъидущемъ послѣдѣ отдѣляютъ его отъ матки на томъ мѣстѣ, гдѣ предполагаютъ самый малый его лопость. Въ этомъ случаѣ оператору необходимо все его спокойствіе и хладнокровіе, потомучто при этомъ происходитъ страшное кровотеченіе и кровь стекаетъ по оперирующей рукѣ. Если въ испугѣ освободить руку, женщина погибнетъ; если же спокойно и осторожно проводить ее далѣе, то предплечіе тампонируетъ кровотокащія мѣста, уменьшаетъ кровотеченіе. За тѣмъ съ должнымъ благоразуміемъ отыскиваютъ ножки, которыя по обыкновенному (нижеописанному) способу проводятъ во влагалище, послѣ чего извлекаютъ ребенка. Послѣдъ обыкновенно скоро слѣдуетъ за нимъ, рѣдко пристаеетъ къ передней стѣнкѣ матки (какъ я наблюдалъ въ одномъ случаѣ, въ которомъ я долженъ былъ отдѣлять его по рожденіи ребенка); должно возбуждать влагалищными и маточными впрыскиваніями изъ холодной воды. Если будетъ необходимо, если роженица обнаруживаетъ признаки истощенія, должно возбуждать и поддерживать ея нервную систему и силы во время операціи виномъ и пр.*

§ 383. 4) *Но если въ первомъ періодѣ родовъ будетъ незначительное кровотеченіе, то можно предоставить роды*

*природь*, если предлежитъ головка, вособенности если женщина прежде мало или вовсе не теряла (какъ это иногда случается при неполномъ предъидущемъ послѣдѣ). Тутъ головка представляетъ естественный и *даже самый лучший тампонъ* сверху. Если же кровотечение усиливается, то можно и теперь прибѣгнуть къ колпейринтеру, или разорвать пузырь, предлежащую головку или задницу провести въ маточное отверстие и тазъ, чтобы такимъ образомъ они сами тампонировали. Когда это будетъ сдѣлано, оканчиваютъ роды, что при предъидущей головкѣ совершается помощью щипцовъ, при тазовыхъ положеніяхъ извлеченіемъ; если же будетъ положеніе боковое, то показуется поворотъ.

§ 384. *Кровотеченія въ послѣродовомъ состояніи* лечатъ также, какъ и наступающія послѣ другихъ родовъ, смотря по причинамъ. Достаточно защищаютъ матку, накладываютъ на животъ слегка стягивающую повязку, чтобы послѣ наступившаго сокращенія предохранить матку отъ вторичнаго сокращенія. Если *кровотеченіе происходитъ изъ сосудовъ нижняго сегмента матки*, которые мало сокращаются и вскорѣ разслабляются, то впрыскиваютъ въ маточную шейку холодную воду, воду съ уксуомъ или съ *turisas ferri*, или тампонируютъ влагалище, тогда какъ сверху поддерживаютъ сильное сокращеніе брюшными повязками. Кровотеченіе при этомъ перестаетъ, такъ какъ въ этомъ случаѣ кровь не можетъ излиться въ матку ни снизу ни сверху.

*Послѣродовое леченіе* слѣдуетъ по общимъ правиламъ діететики послѣродоваго состоянія, при чемъ всегда должно обращать вниманіе на то, что имѣютъ дѣло съ анемической, истощенной роженицей. Питательная пища въ этомъ состояніи лучше всѣхъ раздражающихъ средствъ и больше всего должно опасаться назначенія возбуждающихъ, которыя обыкновенно всѣ могутъ быть замѣнены виномъ и хинной.

§ 385. Я упоминаю здѣсь еще о нѣкоторыхъ другихъ мѣрахъ при предъидущемъ послѣдѣ, достоинство которыхъ далеко не такъ подтверждено опытомъ, какъ уже изложенныхъ.

Таковы суть:

1) *Холодная впрыскиванія въ нижній сегментъ матки* какъ во время беременности, такъ и во время потугъ (Saxtorph, Jörg, Seifert).

2) *Прободеніе послѣда рукой*, чтобы чрезъ него достигнуть яйцевыхъ оболочекъ и извлечь ребенка (Merriman, Goosch, Loewenhardt). Допустить это въ высшей степени невоз-

можно, потому что кровотечение вследствие трения, разрыва и отдѣленія послѣда чрезвычайно вредно для матери и младенца, а извлечение чрезъ послѣдъ очень трудно и даже невыполнимо. Обыкновенно здѣсь весь послѣдъ отдѣляется прежде младенца, почему способъ этотъ сходенъ въ этомъ отношеніи 3) съ предложеннымъ Simpson'омъ, Radford'омъ, и Churchill'емъ — *совершенно отдѣлать послѣдъ прежде младенца рукой, удалить и предоставлять роды природѣ или кончить извлеченіемъ*. Этотъ методъ основанъ на опытѣ, что иногда послѣдъ произвольно выдѣляется прежде младенца, послѣ чего обыкновенно перестаетъ кровотечение. Не должно однако-жъ забывать, что послѣднее не всегда случается и что младенецъ при этомъ всегда умираетъ вследствие задушенія. Потому методъ этотъ можетъ быть примѣнимъ тамъ, гдѣ послѣдъ почти совершенно уже отдѣленъ и можетъ воспрепятствовать опорожненію матки, или гдѣ дитя уже умерло, насильственное родоразрѣшеніе, вследствие извѣстныхъ обстоятельствъ, влечетъ въ половину меньшую опасность, чѣмъ полное отдѣленіе послѣда.

4) *Отдѣленіе маленькихъ долей послѣда изъ маточнаго рыльца, разрывъ яйцевыхъ оболочекъ на этомъ мѣстѣ и предоставленіе родовъ силамъ природы* (Cohen, Credé). Это нельзя считать за общій методъ, такъ какъ въ однихъ случаяхъ совершенно позволителенъ, въ другихъ же напротивъ.

*Примѣчаніе.* Въ Физиологіи беременности было упомянуто, что обыкновенная продолжительность беременности 280 дней; а въ предшествовавшей главѣ сказано о преждевременномъ окончаніи ея. Можетъ случиться, что беременность продолжается и болѣе 280 дней, не будучи патологической, такъ какъ при этомъ можно не замѣтить дѣтей, въ теченіи долгаго времени содержимыхъ въ маткѣ или брюшной полости. Въ такомъ случаѣ роды наступаютъ 4 недѣлями позже срока — *поздніе роды*. Это тѣ случаи, гдѣ счисленіе основано на времени отсутствія регуль; тогда какъ въ другихъ случаяхъ, гдѣ достаточно извѣстенъ день плодотворнаго совокупленія, *замедленіе* родовъ никогда не простирается далѣе 11 дней. (Montgomery). Оно вообще встрѣчается рѣже, чѣмъ думаютъ и всѣ признаки его присутствія, большое, крѣпкое дитя, появленіе потугъ, когда должны наступить роды и т. д. невѣрны; только основываясь на правильномъ счисленіи, можно опредѣлять продленіе беременности. Впрочемъ это не патологическое состояніе, почему не требуетъ никакого особеннаго леченія, по крайней мѣрѣ, произведенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (предписанныхъ Ноллемъ).

## ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ.

### ПАТОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ РОДОВЪ.

§ 386. Роды дѣлаются неправильными, какъ только не удовлетворяютъ правильныя условія, изложенныя во 2-й главѣ предъидущаго отдѣла. Между этими условіями первымъ было упомянуто (въ отдѣльныхъ случаяхъ) индивидуальное отношеніе между силой и сопротивленіемъ. Поэтому гдѣ одинъ изъ этихъ дѣателей отстываетъ отъ правила, тамъ уже есть неправильность. Если прогоняющая сила слишкомъ слаба, или сопротивление усилено, роды затрудняются и дѣлаются невозможными безъ содѣйствія искусства, и на оборотъ, если сила слишкомъ велика, а сопротивление слишкомъ незначительно, роды происходятъ слишкомъ быстро, слишкомъ легко. Последнее между тѣмъ встрѣчается очень рѣдко и не причиняетъ, если и есть, никакой значительной опасности. Нарушеніе отношенія между силой и сопротивленіемъ имѣетъ слѣдствіемъ (съ указанными рѣдкими исключеніями) всегда *затрудненіе родовъ*. Затрудненные роды—*dystokien*—образуютъ главный отдѣлъ неправильныхъ родовъ. Причина затрудненія можетъ заключаться или въ матери, когда прогоняющая сила или сопротивление родового пути неправильны; или въ плодѣ, если онъ измѣняетъ сопротивление неправильной величиной, формой, положеніемъ, укладываніемъ и своими придатками.

Слишкомъ легкіе роды, обусловливаемые значительной изгоняющей силой, или слишкомъ широкимъ родовымъ путемъ, очень маленькимъ ребенкомъ, будутъ разсмотрѣны въ своемъ мѣстѣ при описаніи затрудненія родовъ.

Роды могутъ быть также неправильными вслѣдствіе того, что при кажущихся благопріятныхъ обстоятельствахъ встрѣчаются осложненія, которыя, не дѣйствуя прямо на механической процессъ, приводятъ въ большую опасность здоровье, жизнь матери, плода или обоихъ вмѣстѣ. Они или бываютъ случайными осложненіями или обусловливаются родами. Къ нимъ принадлежатъ конвульсіи, кровотечения, разрывъ половыхъ частей, выпаденіе пуповины и т. п. Они образуютъ второй главный отдѣлъ неправильныхъ родовъ.

§ 387. Вообще трудно установить предѣлъ, гдѣ оканчивается правильное состояніе и гдѣ начинается отступленіе. Это зависить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ отъ вліянія, оказываемаго родами на индивидуумъ. Тутъ представляется талантливости акушера узнать этотъ переходъ и противо-дѣйствовать ему самымъ приличнымъ способомъ. Для этого служатъ различныя средства фармацевтическія и механическія. Вообще гдѣ можетъ идти рѣчь о первыхъ, они должны быть употребляемы прежде послѣднихъ и всегда до тѣхъ поръ, пока природа, которая, если помогаетъ, дѣйствуетъ самымъ надлежащимъ образомъ, успеетъ одолѣть. Впрочемъ обыкновенно ихъ бываетъ недостаточно и приходится прибѣгать къ механическимъ средствамъ—къ операціямъ,—чтобы замѣнить недостающія силы природы, преодолѣть препятствіе и кончить роды быстро прежде, нежели вредъ сдѣлается неисправимымъ. Выборъ правильныхъ средствъ часто нелегокъ; произнести показаніе для акушера часто труднѣе, чѣмъ его выполнить. Всегда должно имѣть въ виду двоякую цѣль—спасти мать и младенца и должно помнить, что тамъ, гдѣ представляется между ними выборъ, жизнь матери должно предпочитать младенческой.—Если убѣдились въ необходимости мѣръ, то приступать къ нимъ нужно не медля съ разсудительностью, рѣшительностью и присутствіемъ духа, потому что бесполезная медлительность вреднѣе энергическаго дѣйствія.

§ 388. О механическихъ пособіяхъ, операціяхъ, будетъ изложено подробно въ слѣдующемъ отдѣлѣ. Для лучшаго пониманія изложенія служатъ слѣдующія примѣчанія. Операціи служатъ къ тому, чтобы *сдѣлать возможнымъ выдѣленіе плода естественнымъ путемъ* или даже *удалить его* при отсутствіи или недостаточности силъ природы. Къ приготовительнымъ операціямъ принадлежитъ искусственное разверзаніе маточнаго рыльца, разрывъ плодоваго пузыря; предпочтительно предъ прочими *поворотъ*, измѣненіе положенія плацда, которое состоитъ въ томъ, чтобы посредствомъ руки, введенной въ матку удалить подлежащую дѣтскую часть отъ тазоваго входа и вмѣсто нея провести другую, головку или нижній конецъ (задницу, ноги); *далѣе искусственныя преждевременныя роды*, т. е. произведеніе родовъ въ то время, когда беременность дальнѣйшими своими успѣхами можетъ подвергнуть опасности дитя или мать или обоихъ, и когда первое уже можетъ продолжать жизнь внѣ матки. Въ рѣдкихъ случаяхъ эта мѣра дозволяется и въ раннее

время, когда дитя еще неспособно къ жизни—*искусственный выкидышъ*. Для непосредственнаго удаленія плода изъ матки производятъ *извлеченіе за нижнія конечности*, будутъ ли они въ началѣ предлежать, или нѣтъ; *наложеніе щипцовъ* т. е. захватываютъ головку инструментомъ, состоящимъ изъ 2-хъ отдѣльныхъ, но легко соединяемыхъ листковъ (ложечекъ), какъ руками и такимъ образомъ ее извлекаютъ на свѣтъ. Гдѣ это невозможно, принуждены бываютъ предъ извлеченіемъ *вскрыть головку* и уменьшить ее объемъ — *прободеніе (perforatio)*, раздробить ее—*головокрушеніе (Kerhalotrypsia)*. Въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ бываетъ необходимо вскрытіе и опорожненіе большихъ полостей дѣтскаго туловища, отнятіе конечностей—*раздробленіе младенца (embryotomia)*. Тамъ же, гдѣ по причинѣ жизни плода или невозможности провести чрезъ родовыя части матери и уменьшенный плодъ, открываютъ искусственный путь чрезъ стѣнки живота и матки — *цесарское сѣченіе*. Если нужно вскрыть только животъ, то операцию называютъ *чревосѣченіемъ*. Наконецъ вслѣдствіе опасности, внезапно наступившей и угрожающей жизни матери, можетъ быть необходимо вскрыть матку насильственно и тотчасъ извлечь изъ нея плодъ вмѣстѣ съ его принадлежностями — *насильственное родоразрѣшеніе (accouchement forcé)*.

## ГЛАВА I.

### НЕПРАВИЛЬНОСТИ РОДОВЪ ВСЛѢДСТВІЕ ИЗМѢНЕННАГО ОТНОШЕНІЯ МЕЖДУ СИЛОЙ И СОПРОТИВЛЕНІЕМЪ—ТРУДНЫЕ РОДЫ.

#### А) НЕПРАВИЛЬНОСТИ ИЗГОНЯЮЩЕЙ СИЛЫ—НЕПРАВИЛЬНОСТИ ПОТУГЪ.

§ 389. Исключая крайніе случаи, понятіе о неправильныхъ потугахъ относительное, потомучто вообще нѣтъ идеала потугъ. Они въ одномъ случаѣ иные, чѣмъ въ другомъ и при обсужденіи ихъ конечно обращаютъ вниманіе на вліяніе, которое онѣ имѣютъ на роженицу, дитя и вособенности на ходъ родовъ. Ихъ называютъ неправильными, если обнаруживаютъ явственный вредъ или угрожаютъ имъ.



Къ понятію о правильныхъ родахъ прежде всего принадлежитъ то, что сила ихъ соотвѣтствуетъ отдѣльному случаю, что онѣ постепенно усиливаются, что промежутокъ пропорціоналенъ ихъ энергіи и что онѣ распространяются равномерно по всему органу. Потому являются отступленія такого рода, что потуги *слишкомъ слабы или сильны*, для отдѣльнаго случая *слишкомъ болѣзненны*, или что онѣ распространяются по маткѣ *неравномерно*, но сконцентрировываются на одной ея сторонѣ — *судорожныя потуги*.

### 1. Слишкомъ слабыя потуги.

§ 390. Слабость потугъ характеризуется слишкомъ короткой продолжительностью сокращеній (*stadium actis* совершенно не бываетъ), слишкомъ длинными промежутками, незначительной жестокостью матки во время оныхъ и незначительнымъ вліяніемъ на ходъ родовъ. Онѣ представляются въ разныхъ видоизмѣненіяхъ и степеняхъ, обнаруживаются или медленнымъ ходомъ родовъ (*inertia uteri* — лѣнныя потуги), или тѣмъ, что сокращенія, наступая чрезвычайно рѣдко, совершенно безсильны (*atonia uteri*), или же полнымъ отсутствіемъ ихъ (*exhaustio, paralysis uteri*). Онѣ продолжаются или во все время родовъ, или только въ отдѣльныхъ промежуткахъ; обнаруживаются или сначала, или когда уже наступила сильная, иногда слишкомъ сильная дѣятельность матки.

§ 391. *Причины* слабыхъ потугъ суть: 1) недостаточное развитіе самой матки, тонкость ея стѣнокъ. Поэтому ихъ замѣчаютъ у женщинъ, рождавшихъ скоро одинъ за другимъ много разъ, у которыхъ поэтому были нарушены возвращеніе къ прежнему состоянію и восстановленіе матки. 2) Чрезмѣрное растяженіе маточныхъ стѣнокъ водяной, двойнями, такъ какъ эти состоянія очень истощаютъ ихъ и препятствуютъ сокращенію гладкихъ волоконъ. 3) Истощеніе матери продолжительными болѣзнями, кровотеченіями и пр. 4) Душевные движенія. Внезапная радость, испугъ, даже неожиданное появленіе врача могутъ уничтожить потуги на болѣе или менѣе короткое время. 5) Воспаленіе матки, особенности начинающаяся *endometritis*. Это обстоятельство можно объяснить тѣмъ, что слабость потугъ иногда встрѣчается вполне эпидемической и что въ такомъ случаѣ за ней часто слѣдуютъ пuerперальныя болѣзни. Общая причина обоихъ явленій одна и таже. 6) Наслѣдственное располо-

женіе(?). 7) Истощеніе силъ матки противодѣйствующими ей механическими препятствіями, какъ узость таза, неуступчивость, запираііе родового пути, опухоли на немъ, слишкомъ большой и неправильно лежащій плодъ. (Это истощеніе, наступающее обыкновенно послѣ предварительныхъ сильныхъ потугъ, называютъ также *вторичной слабостью* въ отличіе отъ *первичной*. Мы здѣсь ее не разсматриваемъ, почемучто ея значеніе зависитъ отъ производящихъ причинъ и леченіе, подобно послѣднимъ только механическое, различно видоизмѣняется сообразно съ ними).

§ 392. Ближайшимъ слѣдствіемъ слабости потугъ замедленіе родовъ какъ во всемъ теченіи, такъ и въ отдѣльныхъ только періодахъ. Но важность ихъ преимущественно зависитъ, въ какомъ періодѣ они наступаютъ, отъ механическихъ отношеній между плодомъ и матерью, и отъ причинъ. Слабость потугъ въ періодѣ разверзанія маточнаго отверстія, пока пузырь еще цѣлъ, не требуетъ разсужденія; такъ какъ ни дитя, ни материнскіе половые органы не подвергаются упомянутому давленію.

Вреднѣе и опаснѣе неправильность эта въ періодѣ выдѣленія, вособенности же въ послѣродовомъ періодѣ выдѣленія послѣда. Въ этомъ періодѣ женщины ослаблены, безпокойны, лишены долгое время покоя и теряютъ терпѣніе; ихъ половые части, сосѣдніе съ ними органы, вособенности мочевого пузыря и мочепускательный каналъ также могутъ значительно страдать отъ упорнаго давленія. Тоже касается и ребенка, если матка плотно прилежитъ къ нему, поверхности его и пуповину сжимаетъ. Дальнѣйшая опасность угрожаетъ ему несовершеннымъ и прерваннымъ дыханіемъ, если воздухъ тѣснится чрезъ влазалище къ его рту. Всѣ эти опасности естественно увеличиваются, если существуетъ механическая непропорціональность между плодомъ и страдающимъ каналомъ. Важнѣе всего недостаточная энергія матки въ послѣднемъ періодѣ, если ея сокращенія въ теченіи долгого времени запираютъ сосуды, открытые вслѣдствіе отдѣленія придатковъ плода; происшедшее изъ нихъ кровотеченіе увеличиваетъ опасность. Причины слишкомъ слабыхъ потугъ имѣютъ то вліяніе на предсказаніе, что однѣ изъ нихъ устранимы, другія нѣтъ, однѣ требуютъ умѣреннаго, другія дѣятельнаго леченія.

§ 393. Относительно леченія слабости потугъ представляются общія правила, такъ какъ оно можетъ видоизмѣняться, смотря по причинамъ, его обусловливающимъ, и по

періоду. Предписываемыя средства не во всѣхъ случаяхъ позволительны. Стараются сперва устранить причины, за тѣмъ, если это не удастся или остается безъ послѣдствій, переходятъ къ средствамъ, усиливающимъ потуги, а гдѣ они не дѣйствуютъ или прямо запрещаются, употребляютъ средства замѣняющія потуги, операціи, которыя, вмѣсто сокращенной матки, выводятъ содержимое ея наружу. Діететическія средства дѣлаютъ часто болѣе, чѣмъ фармацевтическія или механическія. Терпѣливостью, угѣщеніемъ и содержаніемъ, приличнымъ отдѣльному случаю, можно избѣгать нѣкоторыхъ мѣръ.

Гдѣ причина недостаточныхъ сокращеній находится въ общей слабости, въ истощеніи отъ потери соковъ и пр., должно стараться объ общемъ подкрѣпленіи. Въ такомъ случаѣ много можетъ вліять на состояніе женщины внимательность во время беременности; нѣкотораго можно достигнуть питательной, возбуждающей пищей, непродолжительнымъ сномъ, перемѣной положенія, любезными разговорами и терпѣніемъ съ обѣихъ сторонъ. Чрезмѣрное возбужденіе организма, а вособенности половыхъ органовъ здѣсь можетъ только вредить. Замѣщеніе дѣятельности потугъ искусствомъ часто полезнѣе всѣхъ средствъ, возбуждающихъ потуги.

Если слабость потугъ есть слѣдствіе недостаточнаго развитія матки или болѣзней ея, въ такомъ случаѣ она большей частью несправима никакими средствами. Раздраженіе и возбужденіе матки имѣло бы самыя дурныя послѣдствія и замѣщеніе потугъ растяженіемъ (*Zug*) составляетъ единственную позволительную мѣру.

Тамъ, гдѣ потуги подавлены слишкомъ большимъ обиліемъ крови во всемъ тѣлѣ или въ маткѣ, воспаленіемъ ея, показуется общее кровопусканіе; иногда теплыя обшія ванны или прохладное содержаніе оказываютъ самую лучшую пользу.

Если угѣщеніе дѣятельности потугъ зависитъ отъ чрезмѣрнаго растяженія матки двойнями, большимъ количествомъ околоплодной жидкости, то испражненіе воды, слѣдов. разрывъ пузыря можетъ совершенно или отчасти уничтожить препятствіе. Маточныя стѣнки, вслѣдствіе того сокращающіяся и утолчающіяся, получаютъ болѣе силы, лучше могутъ дѣйствовать на содержимое ихъ, которое, производя теперь непосредственное раздраженіе, можетъ возбудить въ ней тѣмъ болѣе энергическія и болѣе частыя сокращенія.

§ 394. Если же давныя мѣры запрещаются, то назна-

чается искусственное возбужденіе и раздраженіе половыхъ органовъ, если роженица прежде всегда была здорова и ея половыя органы устроены правильно. Эти возбуждающія средства частію мѣстныхъ, частію дѣйствующихъ чрезъ кровь — внутреннихъ.

Къ мѣстнымъ принадлежатъ : 1) треніе маточнаго дна чрезъ брюшныя покровы ; 2) раздраженіе шейки рукой ; 3) тампонация влагалища ; 4) теплыя сидячія и паровыя ванны ; 5) теплыя или холодныя впрыскиванія во влагалище — маточныя души ; 6) возбужденіе чрезъ прямую кишку посредствомъ холодныхъ клистировъ ; 7) холодныя или теплыя прикладыванія къ нижней части живота ; 8) возбужденіе матки проведеннымъ чрезъ нее электрическимъ токомъ (?) ; 9) возбужденіе ея рефлекторнымъ путемъ посредствомъ раздраженія титечныхъ нервовъ ; 10) при послѣдѣ, еще остающемся въ маткѣ, впрыскиванія холодной воды чрезъ повинныя вены (? Mojon).

Всѣ эти средства могутъ быть употребляемы, смотря по обстоятельствамъ, съ должной разборчивостью и послѣдовательностью, но всегда только подъ условіемъ, чтобы они не вредили ни матери, ни плоду. Нѣкоторыя изъ нихъ имѣютъ болѣе достоинства, чѣмъ другія, такъ какъ они дѣйствуютъ вѣрнѣе, менѣе энергично, слабѣе. Къ нимъ прежде всего причисляются растиранія маточнаго дна, сидячія и паровыя ванны, теплыя постоянныя или прерываемыя впрыскиванія во влагалище.

§ 395. Къ внутреннимъ средствамъ причисляются возбуждающія и усиливающія потуги, дѣйствіе которыхъ считается специфическимъ : спорынья, боръ, корица, индѣйскій конопель.

Между средствами, производящими выкидышъ первое мѣсто занимаетъ спорынья — *secale cornutum*. Его дѣйствіе на матку, состоящее не только въ усиленіи существующихъ уже потугъ, но и въ произведеніи ихъ, извѣстно уже съ давнихъ временъ. Только первое дѣйствіе явственнѣе послѣдняго. Что спорынья иногда вовсе не дѣйствуетъ, — это справедливо; но это менѣе должно приписывать индивидуальности, чѣмъ недостаточному вниманію при выборѣ и употребленіи препарата. Спорынья легко разлагается и съ тѣмъ вмѣстѣ теряетъ свойство, котораго отъ него ожидаютъ; этому разложенію особенно благопріятствуетъ храненіе его въ сырыхъ мѣстахъ и въ порошкообразномъ состояніи. Поэтому лучше всего дѣлаютъ, имѣя у себя зерна въ грубомъ со-

стояннїи и въ случаѣ надобности приготавливая ихъ на мѣстѣ. Разложенная, дурная спорынья легко производитъ рвоту, чиханіе, а возбуждаетъ умѣренно, чего хорошіи препараты въ обыкновенно употребляемыхъ приемахъ дѣлать не должны.

Спорынью даютъ въ формѣ порошка, настоя-отвара, тинктуры; экстракта, или какъ эрготинъ (алколоидъ его; долженъ быть особенно дѣйствительнымъ?). Обширѣйшїи способъ употребленїя въ порошкахъ; лучше всего, чтобы это дѣлалось не задолго передъ употребленїемъ. 2-хъ, 3-хъ приѣмовъ въ 10 — 20 gr. чрезъ каждую  $\frac{1}{4}$  часа обыкновенно бываетъ достаточно. Стольже дѣйствительнымъ средство это оказывается, если настоять 3j въ чайной чашкѣ воды; даютъ половину чрезъ  $\frac{1}{4}$  часа. Если вслѣдствіе какихъ нибудь состоянїй желудкомъ не переносится, можно употребить чрезъ прямую кишку (3j — jj на 3vjvj воды). Прочїе препараты до сихъ поръ приобрѣли меньше довѣрія. Дѣйствїя спорыньи обыкновенно обнаруживаются чрезъ 10, 15 минутъ послѣ употребленїя. Вызываемыя сокращенїя очень энергичны, промежутки коротки и даже вовремя ихъ происходитъ незначительное, постоянное сокращенїе. Послѣ болѣе или менѣе короткаго времени, обыкновенно чрезъ  $\frac{1}{4}$  часа, дѣйствїе прекращается. Если же наступили довольно сильныя потуги, то спорынья болѣе уже не нужна; онѣ исполнять уже свое назначенїе.

Не должно употреблять спорынью, пока маточное рыльце не расширилось совершенно и пока вообще выходненїю младенца противодѣйствуетъ механическое препятствїе. Поэтому узость таза, опухоли, неуступчивость мягкихъ частей, неправильное положенїе и укладыванїе младенца суть противопоказанїя къ употребленїю ея; что болѣзни матери и младенца причисляются сюда же, — это видно изъ предъидущаго. Если же напротивъ маточное рыльце и прочїя мягкія части достаточно подготовлены для прохожденїя младенца, положенїе головки извѣстно, для окончанїя родовъ не достаетъ только дѣятельныхъ потугъ, то здѣсь спорынья показуется вполне у мѣста. Отсюда слѣдуетъ, что она должна быть употребляема только въ періодѣ выдѣленїя. И въ послѣднемъ періодѣ родовъ она также можетъ быть назначаема, но по причинѣ медленности своего дѣйствїя уступаетъ другимъ, мѣстнымъ средствамъ. Должно положить правиломъ никогда не давать спорыньи тамъ, гдѣ нельзя предвидѣть скорого окончанїя родовъ, или гдѣ искусственному

легкому удаленію младенца что нибудь препятствуетъ. Ибо подѣ влияніемъ ея маточныя волокна сильно и упорно сокращаются, сжимаютъ сосуды, болѣе или менѣе останавливаютъ кровообращеніе въ послѣдѣ, нарушаютъ его на периферіи младенца и въ пуповинѣ и, если роды такимъ образомъ будутъ замедлены, явится опасность увидѣть роды по видимому или совершенно мертвого ребенка. Быть можетъ, но это не доказано, что спорынья переходитъ въ кровообращеніе плода и такимъ образомъ подвергаетъ опасности самую жизнь его. Во всякомъ случаѣ это легко можетъ случиться, если подвергать ея дѣйствию въ теченіи долгаго времени (болѣе часа).

§ 396. Борь по нѣкоторымъ долженъ имѣть такое же дѣйствіе, какъ и спорынья, въ чемъ впрочемъ трудно убѣдиться. Его должно назначать особамъ полнокровнымъ, раздражительнымъ, у которыхъ возбуждающее дѣйствіе спорыньи опасно.

Корица, которой достаточно 10, 20 капель въ формѣ тинктуры каждыя 10 минутъ нѣсколько разъ, обнаруживаетъ свое влияніе при недостаточной энергіи матки въ послѣднемъ періодѣ родовъ и при кровотеченияхъ, отъ того зависящихъ. Я никогда этого средства не употреблялъ, и горе тому, кто въ опасномъ случаѣ понадеется на это средство. Тинктура дѣйствуетъ ни болѣе, ни менѣе какъ *analepticum*, какъ спиртное возбуждающее.

Также индѣйскій конопель (*Canabis indica*) составляетъ замѣняющее спорынью (30 — 60 капель тинктуры, или 1—3 грана экстракта каждыя  $\frac{1}{4}$  часа). Однако мало изслѣдованій его дѣйствія на матку.

Всѣ медикаменты, которые назначали прежде, дѣйствуютъ своими возбуждающими свойствами въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ слабость, истощеніе произвели упадомъ маточныхъ сокращеній.

§ 397. Опредѣлить моментъ, когда данныя средства не могутъ уже болѣе быть назначаемы безъ опасности для матери и плода, по должно приступить къ оперативному пособию, къ замѣненію потугъ, — это останется навсегда труднѣйшей точкой въ акушерской практикѣ. Этотъ моментъ зависитъ отъ появленія со стороны матери неблагопріятныхъ припадковъ, а также и отъ того, существуютъ ли признаки, что младенческой жизни угрожаетъ опасность. Тутъ нѣтъ общихъ правилъ. Обсужденіе припадковъ, общаго состоянія роженицы, однимъ словомъ только собственное сужденіе можетъ руководить акушера въ отдѣльномъ случаѣ.

О леченіи слабыхъ потугъ вслѣдствіе механическихъ препятствій подробнѣе будетъ сказано въ главѣ объ узкихъ тазяхъ, а вслѣдствіе атоніи въ послѣднемъ періодѣ родовъ въ главѣ о кровотеченіяхъ.

## II. Слишкомъ сильныя потуги.

§ 398. Въ отношеніи предсказанія и леченія отличаютъ два вида сильныхъ сокращеній: одинъ, при которомъ матка продолжаетъ сокращаться еще ритмически, другой при которомъ остается въ сокращенномъ состояніи.

1) Первый видъ обнаруживается чрезвычайно сильными сокращеніями, слѣдующими другъ за другомъ и очень продолжительными. Маточныя стѣнки подвергаются высшей степени растяженія, въ короткіе промежутки не совершенно расслабляются, *stadium actis* чрезвычайно продолжителенъ, самыя потуги очень болѣзненны. Роженица вслѣдствіе этого подвергается лихорадочному состоянію; лицо красно, сонныя артеріи бьются, глаза налитые, пульсъ частый и полный, все тѣло покрыто потомъ; иногда наступаетъ скоропреходящій бредъ, женщина безпокойно мечется, сильно напрягается, чтобы удалить причину своихъ страданій.

Такое нарушение потугъ происходитъ только въ послѣдней половинѣ періода расширенія и выдѣленія. Его *причины* состоятъ или въ механическихъ препятствіяхъ, какъ напр. въ неуступчивости маточнаго рыльца, въ узкомъ тазѣ, въ слишкомъ большомъ или дурно уложенномъ младенцѣ;— или въ чрезмѣрномъ раздраженіи матки возбуждающими средствами, какъ спорынья, теплые напитки, или въ продолжительномъ тѣсномъ соприкосновеніи ея внутренней поверхности съ плодомъ вслѣдствіе преждевременнаго удаленія влагъ. Часто нельзя указать никакой причины.

§ 399. *Теченіе и важность* этой усиленной дѣятельности потугъ различно, смотря потому, трудное ли, или даже вовсе непреодолимое препятствіе существуетъ, или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ потуги переходятъ во второй видъ—въ постоянное сокращеніе, или же совершенно ослабѣваютъ, наступаетъ полное истощеніе, или наконецъ матка и влагалище уступаютъ своему содержимому, постоянно давящему на ихъ стѣнки. Отсюда и опасность отъ такихъ потугъ для матери. Эти послѣдствія довольно печальны, но гдѣ они не являются, гдѣ подана за благовременная помощь, мягкій родовой путь значительно страдаетъ вслѣдствіе нажима, что

обыкновенно обнаруживается въ послѣродовомъ состояніи. Дитя часто погибаетъ вслѣдствіе сжатія его тѣла, пуповины и вслѣдствіе нарушенія кровообращенія въ послѣдѣ.

Если напряженности потугъ не противостоитъ никакое препятствіе, родовый путь уступаетъ даже легче обыкновеннаго, происходятъ слишкомъ *быстрые, поспѣшные роды*. Въ нѣсколько минутъ оканчивается весь актъ, при чемъ можетъ произойти очень глубокій надрывъ въ маточномъ рыльцѣ (если оно еще не совершенно открыто), разрывъ влагалища, пузыря и промежности, вособенности если женщина родитъ въ первый разъ. Дальнѣйшимъ дурнымъ послѣдствіемъ слишкомъ быстро опорожненія матки часто бываетъ атонія въ послѣродовомъ періодѣ, выпаденіе и даже выворотъ ея. Слишкомъ скорое опорожненіе матки можетъ также повести къ чрезмѣрному скопленію крови въ животѣ, вслѣдствіе этого къ анеміи, которая обнаруживается обморокомъ или по крайней мѣрѣ глубокимъ истощеніемъ. Опасность для младенца состоитъ опять въ сильномъ давленіи на его поверхность и пуповину, въ преждевременномъ отдѣленіи послѣда и въ прерванномъ такимъ образомъ кровообращеніи, а если выдѣленіе плода застанетъ роженицу на ногахъ, въ паденіи его на полъ, въ разрывѣ пуповины, происходящемъ при такомъ паденіи, и въ кровотеченіи.

§ 400. *Леченіе*, гдѣ есть механическое препятствіе выходу плода, ограничивается успокоивающимъ леченіемъ (*tartarus emeticus, venæsectio*), запрещеніемъ содѣйствовать потугамъ, вдыхать хлороформъ; показуется самое быстрое удаленіе препятствій.

Когда опасаются скорыхъ родовъ, должно держать роженицу въ постелѣ, назначить боковое положеніе, лишить всѣхъ подпоръ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ самое лучшее средство составляетъ кровопизвлеченіе, въ другихъ теплая ванна. Но самое лучшее средство представляютъ вдыханія хлороформа. Съ большой заботливостью защищаютъ промежность, голову въ теченіи долгаго времени можно поддерживать теобразной повязкой, снабженной отверстиями. Вскрытіе яйцевыхъ оболочекъ до совершеннаго расширенія маточнаго рыльца составляетъ ненадежное средство для предохраненія быстрого опорожненія матки. Слѣдствіемъ такой мѣры очень легко могутъ быть разрывъ шейки, смертельное сжатіе младенца.

§ 401. 2) Другой видъ слишкомъ сильныхъ потугъ составляетъ такъ называемый *tetanus uteri*, тоническія судороги



матки. Онъ отличается постояннымъ сокращеніемъ всего органа, который плотно прилегаетъ къ своему содержанию, вполне его обхватываетъ. Здѣсь не можетъ быть и рѣчи объ ослабленіи сокращеній, матка упорно напряжена и жестка, предлежащая часть младенца значительно припучаетъ. Если матка, въ началѣ такого состоянія, не была очень чувствительна къ прикосновенію, общее состояніе еще не глубоко разстроено, эти явленія не замедляютъ своимъ появленіемъ, такъ какъ скоро развивается воспаленіе дѣтороднаго органа и общее лихорадочное возбужденіе. Поэтому принимаютъ два вида этихъ судорогъ и одинъ означаютъ просто спастическимъ (*constrictio uteri spastica s. tetanus uteri*), другой воспалительнымъ обхватываніемъ (*constrictio uteri spastico—inflammatoria*). Легко видѣть, что оба состоянія различаются только количественно, такъ какъ послѣднее происходитъ изъ перваго.

*Tetanus uteri* наблюдаютъ тамъ, гдѣ существуютъ механическія препятствія, какъ узость таза, твердое маточное рыльце, неправильныя положенія, воспослѣдовавшія за сильнымъ дѣйствіемъ правильныхъ потугъ, особенности если дѣтородный органъ чрезмѣрно раздраженъ грубыми приемами и употребленіемъ непозволительныхъ возбуждающихъ, какъ напр. спорыньи. Что при такомъ положеніи дѣла роды не могутъ идти впередъ,—это легко понять. Напротивъ или матка или влагалище уступаютъ, слѣд. надорвется, или же произойдетъ совершенное расслабленіе ихъ, а съ тѣмъ вмѣстѣ и всей нервной системы. Что при такомъ давленіи дитя скоро теряетъ жизнь,—это неудивительно. Но этимъ не оканчиваются гибельныя послѣдствія *tetanus uteri* для матери. Вслѣдствіе необходимыхъ пособій, трудныхъ оперативныхъ маневровъ, вслѣдствіе воспаленія матки и брюшины, образующихся уже во время родовъ, а послѣ нихъ совершенно развивающихся, это состояніе дѣлается много опаснѣе.

§ 402. При леченіи тоническихъ судорогъ матки главное правило состоитъ въ томъ, чтобы никогда не входить въ крѣпко сократившійся органъ, потому что подобная попытка обыкновенно бываетъ напрасна и только усиливаетъ судороги, а также и потому, что этимъ увеличивается опасность разрыва, а часто и непосредственно вызываютъ его. Напротивъ первой задачей должно быть стараніе произвести расслабленіе маточныхъ волоконъ. Гдѣ состояніе роженицы требуетъ, кровопусканіе одно или въ соединеніи съ теплыми ваннами, внутренними средствами (какъ *tartarus stibiatus*) умень-

шаютъ и даже устраняютъ судороги. Впрочемъ большей частью не время бываетъ ждать дѣйствія этого средства, но должно приступать тотчасъ къ расслабляющимъ средствамъ, съ которыми, смотря по обстоятельствамъ, можно соединять и предпосылать предшествовавшія. Изъ непосредственно расслабляющихъ средствъ опій дѣйствуетъ слишкомъ медленно, клистиры изъ табака и сонной одури влекутъ за собой неприятыя побочныя дѣйствія; за тѣмъ остается одно позволительное средство—хлороформизація. Хлороформъ представляетъ не только самое безвредное средство, но оказываетъ дѣйствіе самое быстрое и сильное. Что наркотизація здѣсь должна быть доведена до высокой степени, это не должно удивлять знающаго способъ дѣйствія анестетическихъ средствъ на матку. Всѣ прочія средства, какъ прикладываніе къ нижнему сегменту матки мазей (сонная одурь), въ такихъ опасныхъ случаяхъ суть забавы, тратящія только время. Относительно кровоусканій должно замѣтить, что малокровіе благопріятствуетъ родильнымъ болѣзнямъ, а потому у слабыхъ субъектовъ прямо противопоказуются. Если удалось на столько расслабить матку, что она пропускаетъ уже содержимое, то должно произвести самое быстрое разрѣшеніе, при исполненіи котораго всегда должно имѣть въ виду только мать, такъ какъ младенецъ почти всегда умираетъ вслѣдствіе судорогъ.

Если же всѣ средства оказались недѣйствительными, должно исполнить причинное показаніе (*indicatio causalis*), т. е. непосредственно удалить механическое препятствіе. Въ такихъ случаяхъ считаютъ младенца мертвымъ и удаляютъ его послѣ предварительнаго раздробленія.

### III. *Неравномѣрныя потуги, собственно судорожныя потуги.*

§ 403. При правильныхъ потугахъ сокращается вся матка, но при томъ такъ, что сокращенія верхней части преобладаютъ надъ сокращеніями нижняго, вособенности маточнаго рыльца. Если это отношеніе нарушено, если сокращеніе на одномъ мѣстѣ маточнаго тѣла чрезвычайно сильно, тогда какъ въ другихъ вовсе не бываетъ, или слишкомъ слабо; если на маточномъ рыльцѣ оно таково, что препятствуетъ его разрезанію, то этимъ вызывается непропорціональ-

ность, нарушение правильного хода родовъ. Въ такомъ случаѣ происходитъ *частное сокращеніе* матки. Между ними можетъ существовать промежутокъ (судорожныя потуги въ тѣсномъ смыслѣ) или наоборотъ (*stricturae*). Онѣ не только что нарушаютъ роды по времени, но также вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія на одномъ мѣстѣ и сжатія сосѣднихъ частей соединяются съ чрезвычайными болѣзнями, какъ это же самое бываетъ при подобныхъ явленіяхъ въ промежности. Не рѣдко и сосѣдніе органы принимаютъ участіе въ неправильныхъ сокращеніяхъ; являются рѣзы въ животѣ, жиленье, позывъ къ мочеиспусканію, тошнота и рвота. Сосудистая система обыкновенно поражается поздиѣе, нервная система напротивъ раньше; продолжительныя боли, продолжительное возбужденіе вызываютъ состояніе нетерпѣнія, безпокойства, раздраженія, такъ что многія впадаютъ въ безпамятство, другія совершенно истощаются, тогда какъ у нѣкоторыхъ происходитъ трясеніе во всемъ тѣлѣ и угрожаетъ опасность общахъ судорогъ.

Вообще частныя сокращенія происходятъ тамъ, гдѣ прикрѣпляется большая часть поперечныхъ волоконъ, слѣд. въ области маточнаго отверстія фаллопиевыхъ трубъ, на внутреннемъ и наружномъ маточныхъ отверстіяхъ. При этомъ форма матки во время сокращеній различно измѣняется; она представляется то уплощенной, то удлиненной, то она представляетъ боковое расширеніе или даже перепоясаніе (*Einschnürung*).

Все, что раздражаетъ матку, можетъ повлечь за собой неправильныя сокращенія. Такъ вособенности преждевременный разрывъ пузыря, часто повторяемое и грубое изслѣдованіе, попытки расширить маточное отверстіе пальцами, преждевременное, а потому бесполезное выработываніе потугъ, неудачныя попытки разрѣшить отъ бремени, неправильное положеніе и укладываніе плода; вытягиваніе пуповины въ послѣднемъ періодѣ, когда послѣдъ еще не выдѣленъ. Такое же вліяніе иногда имѣютъ гастрическія раздраженія, равно какъ и душевныя движенія. И я имѣю всѣ причины думать, что иногда они бываютъ и вслѣдствіе *endometritis*, потому что весьма часто замѣчаютъ эту болѣзнь во время родовыхъ болѣзней, которыми она часто сопровождается.

§ 404. Частное сокращеніе можетъ наступить во всѣхъ періодахъ, но не у всѣхъ бываетъ въ одномъ и томъ же мѣстѣ.

Въ периодъ разверзанія находятъ его или въ днѣ матки, или въ наружномъ ея отверстіи. Въ первомъ случаѣ форма матки измѣняется, одна сторона ея выступаетъ шарообразно, такъ что вслѣдствіе этого органъ дѣлается косымъ. Сокращеніе происходитъ на измѣненной сторонѣ, поэтому или совершенно не отпираетъ отверстія или только медленно, приводитъ дитя также въ косое положеніе и такимъ образомъ подаетъ поводъ къ неправильнымъ укладываніямъ (*Haltung*) и положеніямъ (*Lage*). Чаше судорога является на наружномъ маточномъ отверстіи. Его края представляются на ошупь твердыми и натянутыми, при дотрогиваніи происходитъ боль. Судорога бываетъ постоянной, или она ослабляетъ сокращеніе на болѣе или менѣе короткое время. вмѣсто расширенія, маточное отверстіе не измѣняется вовсе въ ширинѣ, по видимому, даже опять смыкается. Дитя, при каждомъ сокращеніи, снова вгоняется въ маточную полость. Если въ то же время существуютъ сокращенія въ верхней части матки, то подлежащая дѣтская часть, вмѣстѣ съ передней стѣнкой нижняго сегмента матки отгѣсняется книзу, тогда какъ въ то же время маточное рыльце отклоняется кзади и кверху. Если сокращенія дна усиливаются, а судороги въ маточномъ рыльцѣ не перестаютъ, то это послѣднее отъ напора младенца можетъ подвергнуться глубокому разрыву. Подобныя судороги въ маточномъ рыльцѣ вызываютъ жестокія, тянущія и рвущія боли въ крестцѣ и въ поясницѣ. Раздраженіе, вслѣдствіе этого происходящее, можетъ усилиться до безпамятства и бреда.

Распознаваніе этого состоянія не трудно; хотя младенецъ и не подвигается книзу, однако не бываетъ никакого препятствія ни съ его стороны, ни со стороны родоваго пути; подлежащая часть напротивъ совершенно подвижна. Впрочемъ для распознаванія достаточно состоянія маточнаго рыльца, узнаваемого осязаніемъ.

Въ периодъ выдѣленія рѣдко встрѣчаются частныя сокращенія, обыкновенно только при необыкновенныхъ положеніяхъ плода. Тогда большей частью бываютъ постоянныя сокращенія, которыя производятъ шнуровидные перехваты, чрезъ которые легко ощущается рука, положенная на брюшныя покровы. Рѣдко при подлежащей головкѣ обхватывается шейка, такъ что младенецъ не можетъ выйти, не смотря на отсутствіе препятствій со стороны таза или мягкихъ частей. Иногда по рожденіи головки сокращеніе (*strictura*) задерживаетъ туловище или по рожденіи туловища головку. Вслѣдствіе

приспешнаго такимъ образомъ замедленія родовъ, вслѣдствіе сжатія туловища или пуповины дитя можетъ погибнуть.

Опаснѣ всего частыя сокращенія въ послѣродовомъ періодѣ. Мѣсто ихъ въ этомъ случаѣ или на боковой сторонѣ верхней части матки, обыкновенно около внутренняго отверстія Фаллопиевыхъ трубъ или около прикрѣпленія послѣда, или же въ такъ называемомъ внутреннемъ маточномъ отверстіи. Въ первомъ случаѣ послѣдъ находится еще въ маткѣ и сокращеніе обусловливается прочнымъ прикрѣпленіемъ его, влеченіемъ за пуповину и т. д. Въ послѣднемъ случаѣ матка находится очень высоко, движется, если послѣдъ еще въ ней, влеченіемъ послѣдняго за пуповину, и введенный палецъ находитъ послѣдній плотно окруженнымъ сжуженнымъ мѣстомъ, въ которое выдается еще иногда одинъ лоскутъ послѣда. Если послѣдъ уже удаленъ, въ такомъ случаѣ маточное рыльце бываетъ плотно заперто, самая же матка растянута, рыхла и обыкновенно наполнена кровяными свертками. (Подробности объ этихъ неправильностяхъ смотри въ главѣ о кровотеченияхъ).

§ 405. При леченіи частныхъ сокращеній стараются, гдѣ можно, скорѣе устранить причины и потомъ установить равновѣсіе между отдѣльными частями матки. Возбужденіе слабѣе сокращающагося сегмента приносить болѣе вреда, чѣмъ пользы, потому что этимъ легко еще болѣе усилить частное сокращеніе. Поэтому болѣе всего одобряется успокоивающее леченіе. Утѣшеніе, ободреніе часто оказываютъ лучшее дѣйствіе, чѣмъ лѣкарства. Удаленіе всѣхъ раздраженій, наибольшее спокойствіе тѣла и духа также имѣютъ вліяніе на матку. При признакахъ брюшнаго полнокровія полезны умѣренныя кровопускленія, при большемъ нервномъ возбужденіи опіаты и хлороформъ. Роженица должна лежать въ постелѣ, тепло одѣваться, чтобъ вызвать общій потъ. Теплыя ванны, горячій чай, ускоряютъ его появленіе. Здѣсь очень умѣстно употребленіе рвотныхъ средствъ, востепенности рвотнаго корня въ умѣренныхъ приѣмахъ, которыя не только способствуютъ дѣятельности кожи, но также часто совершенно измѣняютъ и нервную дѣятельность. Мѣстно употребляютъ теплыя припарки и прикладыванія на половые органы, теплыя ароматическія или слизистыя впрыскиванія во влагалище; часто также полезна бываетъ клизма изъ *inf. valerianae* и *chamomillae*. Такимъ образомъ часто удается успокоить и даже усыпить роженицу; конечно въ этомъ случаѣ родовая дѣятельность упадаетъ, но за то потомъ быва-

еть еще сильнѣе. Тамъ же, гдѣ доказанныя противосудорожныя средства не помогаютъ, вполне умѣстно употребленіе хлороформа. Онъ дѣйствительно большую часть ихъ дѣлаетъ лишней.

Если такимъ образомъ устранили усиленную дѣятельность отдѣльныхъ частей, а энергической правильной дѣятельности нѣтъ, можно приступить къ средствамъ, возбуждающимъ потуги; но при этомъ нужно быть очень осторожнымъ и начать съ самыхъ легкихъ, потому что они легко могутъ снова вызвать прежнее состояніе. Къ оперативнымъ мѣрамъ должно обращаться только тогда, когда общія и мѣстныя средства остались безъ всякаго успѣха и когда наступаютъ припадки, угрожающіе какъ роженицѣ, такъ и младенцу. Гдѣ сжатіе выхожденію младенца или послѣда представляетъ механическое препятствіе, должно преодолѣть его помощью операции: въ періодѣ разверзанія и въ маточномъ рыльцѣ лучше всего надрѣзами на немъ, въ послѣднихъ же періодахъ рукой. Послѣднюю операцию должно предпринимать съ осторожностью, чтобъ не ухудшить состояніе. Она утомительна и требуетъ большого терпѣнія и хладнокровія. Если и по удаленіи сжатія дитя или послѣдъ еще задерживаются въ своемъ появленіи на свѣтъ, должно замѣнить дѣятельность матки влеченіемъ. (О леченіи сжатія въ послѣднемъ періодѣ родовъ будетъ изложено подробнѣе въ ученіи о кровотеченіяхъ).

§ 406. У нѣкоторыхъ женщинъ *потуги соединяются съ чрезмѣрной чувствительностью болей*, хотя онѣ не слишкомъ сильны и не представляютъ частныхъ сокращеній, но совершенно пропорціональны. Это не должно удивлять, потому что чувствительность болей очень относительна, одна болѣе терпѣлива, другая менѣе. Иногда даже случается, хотя также рѣдко, что роды бываютъ совершенно безболѣзненны. Иногда причиной этой болѣзненности бываетъ воспалительное состояніе матки, особенно поверхностныхъ слоевъ ея, состояніе, которое называютъ *rheumatismus uteri*. При нихъ показываются мѣстныя кровоизвлеченія, теплыя припарки на животъ, ванны; тогда какъ при чисто возвышенной чувствительности къ болямъ внутреннія наркотическія средства. Хлороформъ занимаетъ между ними первое мѣсто, именно въ той степени, въ какой наркотизація здѣсь необходима, чтобы не ослабить маточной дѣятельности. Можно даже совершенно устранить чрезмѣрную боль, не лишая полнаго сознанія!

IV. Неправильности въ силахъ, способствующихъ потугамъ.

§ 407. Обыкновенно при слишкомъ слабыхъ или сильныхъ потугахъ и дѣятельность брюшнаго пресса бываетъ также слабой или сильной. То и другое можетъ быть и при правильныхъ потугахъ и точно также вредно дѣйствовать на ходъ родовъ, хотя значеніе ихъ никогда не бываетъ велико.

Брюшной прессъ дѣйствуетъ слабо или потому, что роженица не умѣетъ его употреблять или не хочетъ, или потому что этому препятствуютъ другія состоянія. Въ такомъ случаѣ эта незначительная дѣятельность обнаруживаетъ замедляющее вліяніе на выхожденіе головки изъ дѣтородныхъ частей, хотя оно разумѣется наконецъ уступаетъ маточнымъ сокращеніямъ.

Обстоятельства, препятствующія содѣйствию брюшнаго пресса, суть: общая слабость, нѣкоторыя случаи расслабленія, всѣ обстоятельства, обуславливающія затрудненіе движеній вдыханія, дѣлающія усиленіе его труднымъ и болѣзненнымъ. Сюда принадлежатъ дородность, искривленіе позвоночнаго столба, зобъ, одышка, пороки сердца и большихъ сосудовъ, болѣзни брюшины, *pneumonia* и *pleuritis*, также и водянка вслѣдствіе разступленія брюшныхъ мышцъ. Въ этихъ случаяхъ должно заботиться о пассивномъ содержаніи роженицы, чтобы она лежала въ постелѣ, въ которой произвольныя движенія брюшнаго пресса затрудняли бы ее, какъ можно, меньше. Если обремененія вслѣдствіе послѣднихъ слишкомъ жестоки и даже опасны, если выхожденіе плода значительно замедляется недостаточной дѣятельностью брюшнаго пресса, должно извлечь его помощью искусства. Сидѣлки должны дружески и ревностно уговаривать тѣхъ, которыя не желаютъ содѣйствовать брюшному прессу, и убѣждать въ необходимости ихъ содѣйствія. Если онѣ не умѣютъ этого, нужно научить (о семъ было уже говорено въ ученіи о діететикѣ родовъ).

§ 408. Дѣйствіе брюшнаго пресса можетъ быть слишкомъ сильнымъ, или безъ воли роженицы, или по ея желанію. Первое рѣдко бываетъ въ періодѣ разверзанія; если давленіе здѣсь существуетъ, то оно производится самой роженицей, которая прекращаетъ ихъ, какъ только растолкуютъ ей несообразность и вредъ напряженій. Между тѣмъ въ періодѣ выдѣленія, а вособенности въ послѣдніе его моменты дурное

выработываніе потугъ, часто противъ воли роженицы, есть явленіе возбужденія, чисто рефлекторное движеніе. Оно можетъ быть въ высшей степени вреднымъ вслѣдствіе страшнаго протѣсненія головки и даже причинить тотъ же вредъ, какъ и быстрые роды, вособенности разрывъ нижняго сегмента влагалища и промежности. Если въ этихъ случаяхъ ни увѣщаніе, ни удаленіе подпорокъ, ни боковое положеніе не приносятъ пользы, то даютъ вдыхать хлороформъ; нѣтъ другаго средства болѣе приличнаго и скорѣе дѣйствующаго.

в) НЕПРАВИЛЬНОСТИ ТАЗА.

§ 409. Если тазъ отступаетъ отъ состоянія, описаннаго въ 1-мъ отдѣлѣ, то онъ неправиленъ. Онъ можетъ быть неправильнымъ относительно формы, объятности, вышины, кривизны, наклонности, въ своихъ соединеніяхъ. Эти неправильности могутъ быть въ отдѣльныхъ частяхъ тазоваго канала, въ отдѣльныхъ костяхъ, его составляющихъ, или во многихъ, или даже въ одно и тоже время во всѣхъ. Для акушера интересны всѣ эти неправильности только на столько, на сколько они вредны ходу родовъ, затрудняя или облегчая ихъ. Процессы, вслѣдствіе которыхъ онѣ происходятъ, важны для него на столько, на сколько они могутъ доставить ближайшій взглядъ на видъ и степень неправильности. Поэтому незначительныя отступленія, не сопровождаемыя никакими послѣдствіями, большей частью не узнаются, а слѣдоват. не имѣютъ для насъ значенія. Намъ представляется вопросъ: препятствуетъ неправильный тазъ происхожденію младенца, или нѣтъ; или, можетъ быть, не слишкомъ ли ему благоприятствуетъ? И поэтому для насъ тазы раздѣляются на *слишкомъ узкіе* и *широкіе*.

Какъ особенный видъ неправильныхъ тазовъ приводятъ *неправильно наклоненный*. Между тѣмъ неправильная наклонность его сама по себѣ не производитъ неправильныхъ родовъ, что уже изъ того видно, что удобнымъ положеніемъ легко можно помочь неправильной наклонности. Только въ такомъ случаѣ вліяніе ея можетъ обнаружиться, когда она присоединяется къ другимъ неправильностямъ. Вліяніе это вообще состоитъ при незначительной наклонности въ облегченіи, при слишкомъ сильной въ затрудненіи вхожденія и прохожденія младенца чрезъ тазъ.



## I. Сѣуженный тазъ.

### § 410. Анатомія сѣуженныхъ тазовъ.

Неправильности тазовъ происходятъ или отъ неправильности образованія, т. е. онѣ обусловливаются или необыкновенной формой цѣлаго скелета или представляются простыми отступленіями отъ формы, какъ это случается также и въ другихъ костяхъ, или онѣ происходятъ отъ неправильнаго развитія отдѣльныхъ костей таза и отъ неправильныхъ ихъ соединеній. Во 2-хъ причина неправильности заключается въ патологическихъ состояніяхъ костей позвоночнаго столба или по крайней мѣрѣ таза и сосѣднихъ къ нему костей. Эти неправильности появляются въ различные возрасты жизни и суть приобрѣтенныя.

### § 411. Неправильности образованія.

1). *Вообще сѣуженный тазъ.* Тазъ по наружному виду правиленъ, входъ имѣетъ форму сердца, строеніе костей правильно. Всѣ діаметры укорочены, или во всемъ тазовомъ каналѣ, или только во входѣ. Укороченіе или равномѣрно, или же одинъ діаметръ укороченъ болѣе другаго. Въ исключительныхъ случаяхъ оно простирается на 1", обыкновенно же только  $\frac{1}{4}$ " —  $\frac{1}{2}$ ". (Относительно вліянія на роды сюда же принадлежитъ также правильный тазъ при чрезмѣрно развитой и твердой головкѣ).

Можно отличать три формы тазовъ, сѣуженныхъ по всѣмъ направленіямъ, между которыми находятся различныя степени.

а) *Тазъ карликовъ*; малая величина его зависитъ отъ незначительной величины во всѣхъ размѣрахъ тѣла у карликовъ; форма совершенно женская. Въ акушерскомъ отношеніи незначительная величина таза частію уравнивается малой глубиной тазоваго канала.

б) *Моложавый тазъ*; чистая молодость правильнаго таза при хорошемъ ростѣ и при легкой граціозной подвижности. Глубина канала больше, чѣмъ при предъидущей формѣ.

в) *Мужской тазъ*; характеризуется массивнымъ строеніемъ, большей глубиной, узостью и неуступчивостью хрящей. Подвздошныя кости тонки, лобковая дуга узка, сѣдалищные бугры очень сближены, сѣдалищныя ости длинны и глубоко выдаются въ каналъ. Вслѣдствіе этого вособенности нижній сегментъ таза и его выходъ представляется сѣуженнымъ.

§ 412. 2) *Воронкообразный тазъ*. Выходъ во всѣхъ направленіяхъ суженъ, входъ правиленъ (суженно-воронкообразный) или слишкомъ широкъ (широко-воронкообразный тазъ). Эта форма рѣдка и не связана ни съ какой определенной формой тѣла.

3) *Тазъ съ укороченіемъ соединительнаго размѣра входа* безъ предварительнаго измѣненія. Прочіе размѣры, особенно поперечный, правильны, выходъ по видимому иногда расширенъ. Укорачиваніе обусловливается сильнымъ выступленіемъ мыска (*promontorium*) въ тазъ и болѣе сильная наклонность, происходящая вслѣдствіе слабой горбатости поясницы, еще болѣе увеличиваетъ вредъ. Кривизны и уголь тазоваго входа рѣзко выражены.—Эти формы часты, узость же никогда не бываетъ очень значительной.

§ 413. 4) *Тазъ, обезображенный сращеніемъ крестцово-подвздошнаго соединенія и атрофіей сосѣднихъ частей кости*.

Ростъ крестца и подвздошной кости начинается отъ хрящеваго существа *synphyseos* той стороны, гдѣ онѣ соединяются. Если сращеніе этихъ костей, происходящее прежде полнаго ихъ выростанія еще въ зародышевомъ или въ дѣтскомъ возрастѣ или во всякое время, или же вслѣдствіе сращенія послѣдняго поясничнаго позвонка съ подвздошной и крестцовой костями посредствомъ поперечнаго его отростка, препятствуетъ росту костей этой стороны, то кости останавливаются въ своемъ образованіи. Кость, занимающая относительно периферическое положеніе, притягивается центральной (или лежащей ближе къ средней плоскости), подвергается атрофіи, обнаруживающейся уменьшеніемъ ея размѣровъ; въ то же время конечно и центральная кость также атрофируется, хотя и въ меньшей степени.

Вслѣдствіе этого недостаточнаго развитія отдѣльных костей, ихъ взаимное положеніе естественно измѣняется и тазъ претерпѣваетъ значительное измѣненіе его формы и объятности. Чѣмъ ранѣе наступитъ эта остановка роста, чѣмъ сильнѣе атрофія, тѣмъ болѣе и превратное образованіе.

Условія этого сращенія еще недостаточно изслѣдованы; чаще всего разумѣется первичное сращеніе, переходящее изъ точекъ окостенѣнія кости въ хрящи, какъ это замѣчали также и на другихъ костяхъ (особенно на черепѣ). Въ отдѣльных случаяхъ причиной окостенѣнія было травматическое воспаленіе.

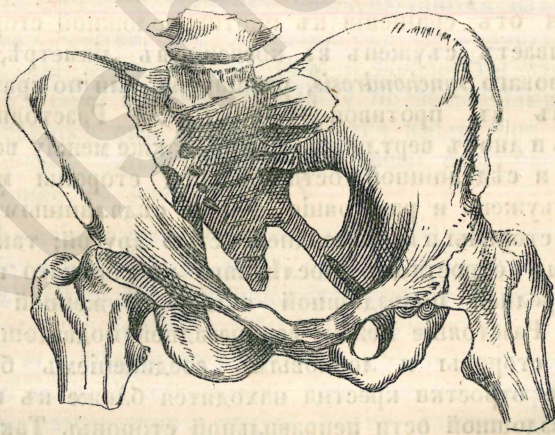
Сращеніе одного или обоихъ поперечныхъ отростковъ

последняго поясничнаго позвонка съ подвздошной и крестцовой костями должно мѣшать развитію этихъ костей. Атрофія ихъ можетъ существовать и безъ сращенія крестцово-подвздошнаго сочлененія или последнее вовлекаетъ въ процессъ костнаго сращенія между поясничнымъ позвонкомъ, подвздошной и крестцовой костями—(Lamb). Последняя причина дѣйствуетъ тамъ, гдѣ сказанныя измѣненія таза существуютъ безъ крестцово-подвздошнаго сращенія. (Мнѣніе Naegel'я, по которому страданіе обуславливается недостаточнымъ образованіемъ костныхъ зеренъ, мало вѣроятно).

§ 414. Смотря потому, будетъ ли описанный процессъ на одной сторонѣ, или на обѣихъ, являются два различные вида безобразія таза, изъ которыхъ одно несимметрично, другое симметрично.

а) *Боковое сращеніе крестцово-подвздошнаго сочлененія и атрофія крестцовой и подвздошной костей—косвенно суженный тазъ Naegel'я.* (Фиг. 48).

Ф. 48.



Косвенно-суженный тазъ Naegel'я, (въ четверть нормальной величины).

Крестецъ и подвздошная кость на сторонѣ срастанія, соединены между собой плотно, часто даже безъ всякаго

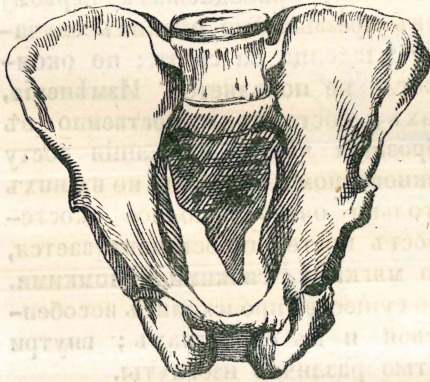
елѣда бывшаго раздѣленія; крестецъ здѣсь изуродованъ, у него недостаетъ крыла; онъ своей передней поверхностью по видимому обращенъ и сдвинутъ къ большой сторонѣ, тогда какъ *symphysis pubis* обращено въ противоположную сторону и такимъ образомъ не противостоятъ уже болѣе къ мыску (*promontorium*). На соответственной сторонѣ подвздошная кость короче, плоче, *incisura ischiadica* уже, остистые отростки сѣдалищной кости приближаются къ крестцу. Вся подвздошная кость имѣетъ высунувшееся, прямо къ *symphysis* идущее направленіе, *linea arcuata* при этомъ мало изогнута, на мѣстѣ же сращенія изогнута почти подъ угломъ. Лонная кость большой стороны встрѣчаетъ *symphysis* здоровой въ сторонѣ подъ значительнымъ угломъ, и поверхность послѣдней поэтому бываетъ обращена кнутри и къзади. Сѣдалищная кость большой стороны обращена кверху и къзади; вертлюжная ямка направлена нѣсколько болѣе кпереди. Въ то время, какъ большая половина таза сжужена, другая, особенно въ передней окружности, расширена; ея подвздошная кость сильнѣе изогнута, *linea arcuata* сильнѣе изогнута кпереди, къзади плоче. вертлюжная ямка обращена кнаружи, а *symphysis* къ здоровой сторонѣ.

Отсюда происходитъ скошеніе и сдвиганіе таза въ направленіи отъ сращенія къ противоположной сторонѣ; и 1) тазъ бываетъ сжуженъ въ косвенномъ діаметрѣ, идущемъ отъ здороваго *synchondrosis*, расширенъ или по крайней мѣрѣ правленъ въ противоположномъ. 2) Разстояніе между мыскомъ и дномъ вертлюжной ямки, также между верхушками крестца и сѣдалищной ости большой стороны меньше. 3) Также сжужено и разстояніе между сѣдалищнымъ бугромъ большой стороны и верхнезадней остью другой; также между остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка и верхнепередней подвздошной остью сжуженной половины таза. 4) Разстояніе между верхнезадней подвздошной остью большой стороны и лобковымъ соединеніемъ больше. 5) Остистые отростки крестца находятся ближе къ верхнезадней подвздошной ости неправильной стороны. Такимъ образомъ весь тазъ представляется какъ бы сдвинутымъ давленіемъ, дѣйствующимъ по направленію косвенному снаружи къ боковой половинѣ передней стѣнкѣ таза и къ вертлюжной ямкѣ, и снизу кверху.

§ 415. *Сращеніе и артрофія крестца и подвздош-*

ной кости *обпихъ половинъ* — *поперечно-суженный тазъ* Robert'a. (Фиг. 49).

Ф. 49.



Поперечно-суженный тазъ Роберта, (въ четверть *говатымъ* *четвероуголь-* *никомъ*).

Оба крыла крестцовой кости исчезли, обѣ подвздошныя кости укорочены. Подвздошныя кости имѣютъ форму, направленную прямо и кпереди, такъ что подвздошныя кости встрѣчаются подь острымъ угломъ; сѣдалищныя кости очень сближены, ихъ ости очень мало удалены отъ крестца. Послѣдній очень узокъ, вверху почти также широкъ, какъ и внизу и представляется продол-

ляется кзади и книзу, боковая сторона послѣдняго позвонка его исчезла. Тѣла позвонковъ такъ выдаются изъ-за боковыхъ своихъ частей, что передняя стѣпка дѣлается выпуклой. *Foramina sacralia* очень узки и растянуты вдоль. Весь крестецъ глубоко погруженъ между подвздошными костями, изъ-за которыхъ онъ далеко выдается кзади, при чемъ онъ такъ скрученъ около поперечной своей оси, что мысокъ лежитъ ближе къ *symphysis*.

Вслѣдствіе этого поперечный діаметръ суженъ въ высокой степени, тогда какъ прямой правилень или даже удлинненъ. Суженіе увеличивается сверху внизъ. Тазовый каналъ представляется какъ бы растянутымъ четырехугольникомъ, ось его направляется почти прямо кзади и книзу и только въ выходѣ нѣсколько искривляется кпереди. Тазъ получаетъ вытянутую, узкую форму тазовъ нѣкоторыхъ животныхъ.

До сихъ поръ достаточно извѣстны только 4 такихъ таза: 1) вирцбургскій препаратъ, впервые описанный Robert'омъ, (1842); 2) Кирхгоффера въ Альтонѣ (1845); 3) Seyfert'a и Lamb'я въ Прагѣ (1853); и 4) описанный Robert'омъ (1853), находящійся у Dubois въ Парижѣ.

НЕПРАВИЛЬНОСТИ ТАЗА, ОБУСЛОВЛИВАЕМЫЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМЪ ПРОЦЕССОМЪ.

§ 416. 1) *Рахитическій тазъ.*

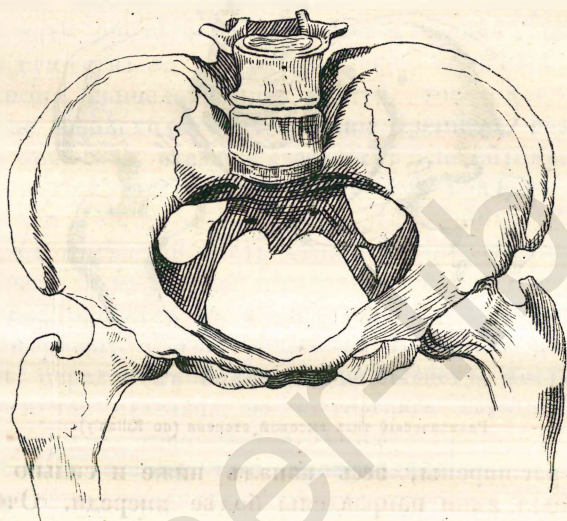
Англійская болѣзнь (*Rachitis*) принадлежитъ первому дѣтскому возрасту и только въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ сопровождается появленіемъ младенца на свѣтъ; по окончаніи роста костей она никогда не появляется. Измѣненія, вызываемыя ей въ послѣднихъ, состоятъ существенно въ томъ, что хрящевыя и фиброзныя части, служація росту костей, образуются въ необыкновенномъ изобиліи, но въ нихъ или вовсе не бываетъ или только очень неполное окостенѣніе; почему правильный ростъ костей пріостанавливается, онѣ дѣлаются необыкновенно мягкими, гибкими и ломкими. Отложеніе основнаго костнаго вещества происходитъ вособенности подъ надкостной плевою и въ отросткахъ; внутри кости жестки и большей частью различно изогнуты.

Хрящи на отросткахъ неправильно широки и толсты, слабы и мягки. Если болѣзнь излѣчивается, то гипертрофически отложенное вещество окостенѣваетъ, кости дѣлаются толстыми и массивными. Перегибы остаются и длина костей навсегда дѣлается меньше. Процессъ поражаетъ весь скелетъ, вособенности же нижнія конечности и тазъ. Ростъ составныхъ костей въ длину и ширину останавливается, кора ихъ дѣлается мягкой и пластинчатой, швы широки, мягки и уступчивы.—Поэтому полость таза дѣлается менѣ нормальной и въ своей формѣ подвергается различнымъ измѣненіямъ. Обыкновенно она бываетъ плоско сдавлена сзади кпереди, а по углубленіямъ на швахъ можетъ походить на остеомагалическіе тазы.

Характеристическія особенности рахитическаго таза, вмѣстѣ съ перегибами, происшедшими вслѣдствіе уступчивости костей, объясняются тѣмъ, что всякая значительная тяжесть, дѣйствующая на крестецъ, вызываетъ поперечное растяженіе обѣихъ лонныхъ костей и ихъ хрящей. Если части уступчивы, то вслѣдствіе этого тяжестью тѣла во время роста происходитъ форма таза, *которая въ лонныхъ костяхъ плоска и болѣе растянута въ ширину, при чемъ естественно сѣдлицыя кости далеко отстоятъ одна отъ другой*; эта форма происходитъ тѣмъ легче, что кости въ вертикальной ямкѣ еще не плотно соединяются. При этомъ мысокъ, непосредственно подверженный давленію, сильнѣе

понижается и верхняя половина крестца горизонтальна, слѣд. направляется болѣе кзади, тогда какъ его нижней половинѣ помѣшали въ этомъ связки, къ ней прикрѣпляющіяся. (Фиг. 50).

Ф. 50.

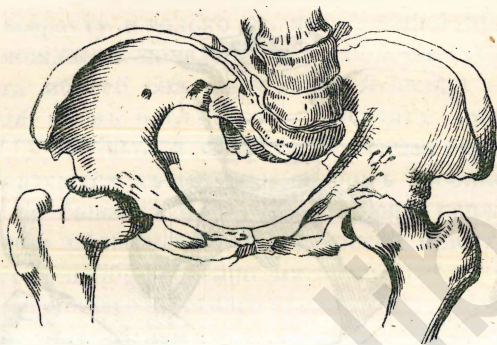


Рахитическій тазъ слабой степени, (въ четверть нормальной величины).

§ 417. *Особенности рахитического таза* поэтому будутъ слѣдующія: крестецъ шире, но короче; мысокъ далеко вдается въ тазъ, часто отклоняясь въ сторону, вслѣдствіе чего тазовой входъ теряетъ свою симметрію. Крестецъ потерялъ свою вогнутость въ верхней половинѣ, и даже иногда на передней своей поверхности совершенно выпуклъ. Сказанная половина направляется почти прямолинейно кзади и книзу, тогда какъ нижняя часто кпереди, вслѣдствіе чего на мѣстѣ перехода образуется перегибъ. Подвздошныя кости меньше, плосче, далеко отстоятъ одна отъ другой, вслѣдствіе чего *D. Sp.* увеличивается. Сѣдалищныя кости внизу расходятся, нисходящія вѣтви лонныхъ костей удаляются другъ отъ друга сверху внизъ болѣе, чѣмъ въ здоровомъ состояніи, горизонтальныя плосче. Вслѣдствіе этого полость таза представляется какъ бы сплюснутой по направлению сверху внизъ и спереди кзади. Вслѣдствіе такого отношенія костей прямой діаметръ входа укорачивается, а поперечный удлин-

няется.—*Promontorium* можетъ на столько выдаваться въ полость таза, что представляется раздѣленнымъ на двое, на подобіе лежащей 8 ( $\infty$ ) (Фиг. 51). Тазовая полость и

Ф. 51.



Рахитическій тазъ высокой степени (по Kilian'у).

выходъ расширены, весь каналъ ниже и сильно изогнутъ; вертлюжные ямки направлены болѣе кпереди. Очень часто тазъ бываетъ въ то же время косымъ и въ различной степени несимметричнымъ.

Иногда при высшихъ степеняхъ рахитическихъ искривленій случается сильное искривленіе крестца, образование ости на передней тазовой стѣнкѣ, большая узость лонной дуги, бороздчатая углубленія на подвздошной кости — словомъ форма остеомалацического таза. Поэтому такой рѣдкій видъ *рахитическихъ тазовъ* назвали *ложной остеомалацической формой*. Положеніе и незначительная величина подвздошныхъ костей, сильная кривизна безъямной линіи ихъ, отношеніе D. Sp. къ D. Cr. отличаютъ этотъ тазъ отъ остеомалацического.

§ 418. 2) *Остеомалацическій тазъ*.

Остеомалація поражаетъ большей частью зрѣлыя кости, рѣдко еще растущія, но близкія къ зрѣлости. Онъ обыкновенно образуется во время беременности или родовъ и усиливается постепенно, такъ что при позднѣйшей беременности болѣзнь и ея послѣдствія бываютъ много значительнѣе. Остеомалація въ анатомическомъ отношеніи представляетъ контрастъ англійской болѣзни, потому что состоитъ въ атрофii



костной ткани и въ уменьшеніи известковыхъ солей (*Halisteresis*—выдѣленіе солей по Киліану).—Зрѣлая кость представляетъ сильную гиперемію надкостной плевы и мозга, костные шарики и ихъ ростки расширяются, окружающія пластинки исчезаютъ, онѣ стекаются въ большія полости, наполняются жиромъ и красноватымъ студенемъ, пока въ высшихъ степеняхъ кость превратится почти въ мозгъ и кору.

На тазѣ обнаруживается другая форма, разложеніе костнаго существа на его органическіе элементы, подобно искусственному выщелачиванію костей, тогда какъ конечно здѣсь рѣже происходитъ образованіе трещинъ, разрыхленіе основнаго вещества, стеченіе ячеечныхъ элементовъ. Тазовой скелетъ претерпѣваетъ потерю веществъ какъ въ химическомъ, такъ и въ гистологическомъ отношеніяхъ. Вслѣдствіе всѣхъ этихъ измѣненій кость дѣлается чрезвычайно гибкой и уступчивой, подвергается изгибаніямъ и переломамъ, пока регрессивный процессъ въ соединительномъ основномъ слоѣ еще не совершенъ (*forma fracturosa Kilian'a*); но гдѣ онъ совершенъ, переломовъ болѣе уже не бываетъ, кость можетъ быть изогнута, сдавлена, не подвергаясь нарушенію связи (восчаная форма—*forma cerea Kilian'a*).

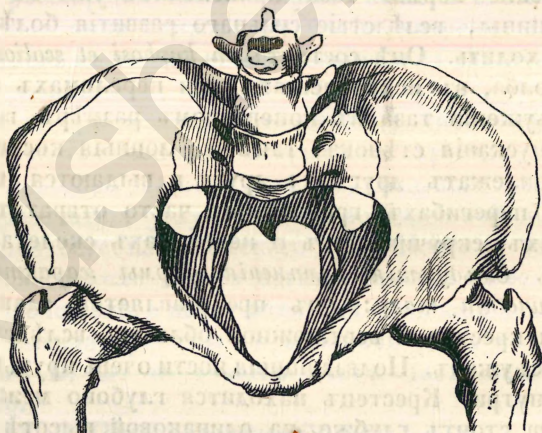
Измѣненія формы таза происходятъ уже въ постелѣ, когда женщины, вслѣдствіе сильнаго развитія болѣзни, уже не могутъ ходить. Онѣ состоятъ *in kyphosi et scoliosi* позвоночнаго столба, въ искривленіяхъ или переломахъ конечностей, въ суженіи таза въ поперечномъ размѣрѣ вслѣдствіе боковаго опусканія стѣнокъ, такъ что лонныя кости обѣихъ сторонъ прилежатъ другъ къ другу и выдаются клювообразно; въ перегибахъ гребней, въ часто отвратительныхъ искривленіяхъ, скручиваніяхъ и переломахъ скелета.

§ 419. Слѣдующія измѣненія формы характеризуютъ остеомагацическій тазъ: онъ представляется сдавленнымъ со стороны крестца и вертлюжной области, вслѣдствіе чего поперечно суженъ. Подвздошныя кости очень круты, иногда загнуты кнутри. Крестецъ находится глубоко между ними, *promontorium* стоитъ глубже, на одинаковой высотѣ съ лонными костями (слѣд. наклонность таза очень мала); при этомъ крестецъ сильно искривленъ, а при высшихъ степеняхъ изгибается впередъ подъ острымъ угломъ, такъ что верхушка копчика выдается кпереди и кверху. Вертлюжная область представляетъ выступъ въ тазъ, который при высшихъ степеняхъ бываетъ такъ значителенъ, что вертлюжныя области обѣихъ сторонъ и крестецъ соприкасаются. Лонныя

кости направляются кнутри и иногда соприкасаются, такъ что только мѣстами оставляютъ между собой маленькіе промежутки. Вслѣдствіе этого лонное сочлененіе выдается клювообразно кпереди. Такъ какъ и сѣдалищные бугры находятся въ близкомъ разстояніи одинъ отъ другаго, то лонная дуга при сильныхъ степеняхъ совершенно уничтожается. Въ рѣдкихъ случаяхъ она имѣетъ форму омеги ( $\omega$ ). Легко видѣть, что при этомъ лобковое соединеніе часто бываетъ сдвинуто въ сторону, весь тазъ можетъ быть очень несимметричнымъ.

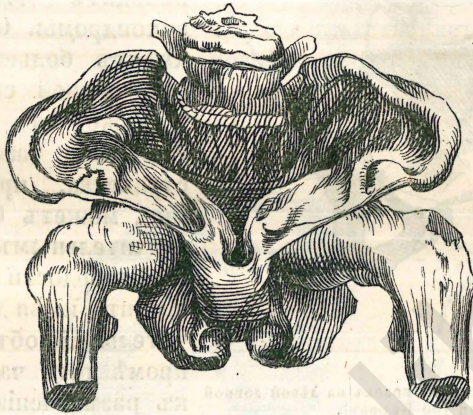
Поперечные діаметры постоянно укорочены; но если прямые (*conjugata vera*) и правильной длины, то это для хода родовъ бесполезно, по причинѣ часто только узкой трещины, остающейся между лонными костями, а также и выступленія вертлюжной области въ тазовую полость. Изъ предвѣдущаго видно также и то, что самое значительное суженіе претерпѣваетъ тазовый выходъ. Въ меньшихъ степеняхъ безобразія тазовая полость имѣетъ треугольную форму (Ф. 52);

Ф. 52



Остеомалатическій тазъ въ началѣ болѣзни, (въ четверть нормальной величины).

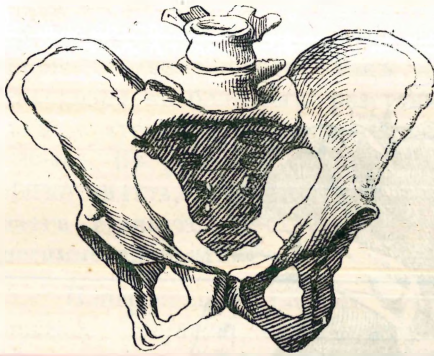
позднѣе этотъ треугольникъ съ боковъ сдавливается, наконецъ полость исчезаетъ и получаетъ форму листа растенія *trifolii*; тазъ вполне сжатъ. (Фиг. 53).



Остеомалягическій тазъ—высокой степени (мягкій какъ воскъ) изъ Геттингенской коллекціи (въ четверть нормальной величины).

§ 420. 3) *Неправильности таза въ слѣдствіе наростовъ, чрезмернаго развитія правильныхъ возвышеній, опухолей, переломовъ.* Сказанныя формы наблюдали очень рѣдко, и онѣ интересны только потому, что суживаютъ пространство тазовой полости и могутъ вредить ея содержимому. Поэтому тѣ же самыя явленія на наружной поверхности имѣютъ уже небольшое значеніе. *Exostoses* начинаются обыкновенно на крестцѣ или подвздошныхъ костяхъ, *osteophytes* находятся какъ слѣды воспаления распространенными въ отдѣльныхъ случаяхъ по всей кости, или же представляются разсѣянными въ видѣ сосковидныхъ или остистыхъ отложений. Величина этихъ новообразованій не столь важна, какъ положеніе и форма. Если онѣ массивны и обширны, могутъ стѣснить пространство таза; если же малы, остроконечны, клинообразны, остры, могутъ произвести поврежденіе матки и влагалища. Тѣ же самыя послѣдствія могутъ быть при чрезмерно развитыхъ, но правильно существующихъ буграхъ и возвышенныхъ бороздкахъ таза. Такія остроконечія и возвышенія находятъ всего чаще на *tuberculum isiorrestineum* и на лонномъ гребешкѣ, гдѣ они иногда достигаютъ 3'''—5''' въ высоту. Такой тазъ называютъ остистымъ тазомъ (*akantio-pelys*—Kilian'a). (Фиг. 54).

Ф. 54.



Тазъ съ высокимъ остриемъ краемъ на лѣвой лопной кости (по Килиану).

Изъ опухолей въ тазѣ чаще всего встрѣчается ракъ; кромѣ того иногда находятъ фиброиды и энхондромы. Они происходятъ большей частью отъ задней стѣнки таза и даже отъ *symphysis*. Стѣсненіе тазоваго пространства, производимое ими, можетъ быть очень значительнымъ; при большой твердости они могутъ вредить, имѣя даже незначительный объемъ. Ракъ кромѣ того часто ведетъ къ размягченію и ломкости костей.

*Переломы* тазовыхъ костей обыкновенно обуславливаются значительнымъ насиліемъ, а потому распространяются на многія кости. Они залечиваются съ трудомъ и обыкновенно оставляютъ послѣ себя смѣщенія, которыя могутъ различнымъ образомъ измѣнять форму и объятность таза.

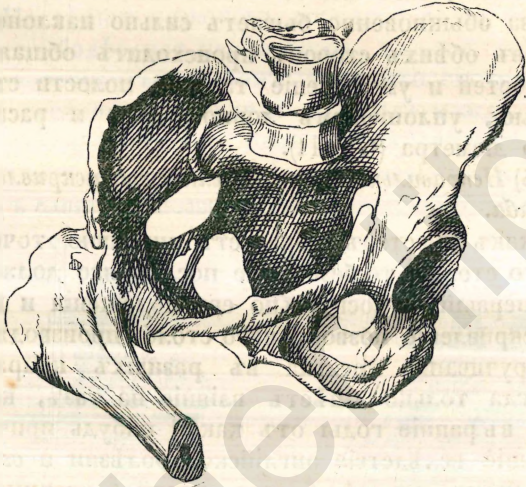
Также *копчикъ* можетъ быть *изогнутымъ*, при чемъ онъ направляется внутрь и въ сторону, или сломаннымъ и по излеченіи окостенѣваетъ въ неправильномъ направленіи. Далѣе нѣкоторыя изъ его косточекъ могутъ сростись между собой или же весь копчикъ съ крестцомъ, вслѣдствіе чего верхушка неподвижна и направлена кпереди, или даже кверху и кнутри. Своей неподвижностью, измѣненіемъ формы и пространства тазоваго выхода, копчикъ при такихъ обстоятельствахъ дѣйствуетъ вредно на ходъ родовъ.

§ 421. 4) *Неправильности таза, зависящія отъ болѣзней бедреннаго сочлененія.*

а) *Вслѣдствіе односторонняго заболѣванія.* Если еще въ дѣтскіе годы образуется одностороннее *воспаленіе бедреннаго сочлененія*, оканчивающееся преждевременнымъ срастаніемъ составныхъ частей подвздошной кости и костнымъ срастаніемъ состава, то образуется *косвенное суженіе таза*. Тазъ сдвинутъ въ сторону сращенія, лобковое соединеніе туда же. Подвздошная кость этой стороны атрофирована, стоитъ ниже, сильнѣе наклонена, *linea ileopectinea* круче изогнута, крестецъ своими крыльями нѣсколько отклонился къзади.

Подвздошная кость здоровой стороны напротив направлена почти прямо, стоит выше, меньше наклонена, чѣмъ въ нормальномъ состояніи и меньше изогнута, *linea ileopectinea* въ передней своей части вытянута, въ задней изогнута почти подъ угломъ. Вертлужная область представляется вдавленной, соответствующія крылья крестца меньше широки. (Фиг. 55).

Ф. 55.



Коксагическій тазъ, (по Литцману).

Застарѣлые произвольные травматическіе и прирожденные *вывихи* одной стороны кзади и кверху, также *артрофія нижнихъ конечностей*, *отнятіе бедра* въ ранней юности могутъ вызвать такія же измѣненія таза. Они обуславливаются давленіемъ, производимымъ тяжестью тѣла на здоровую только сторону, тогда какъ больная атрофирована, хотя ее нѣсколько и употребляютъ, сѣдалищный бугоръ оттянуть кнаружи мышцами на немъ прикрѣпленными, тазовой выходъ расширенъ. Вообще этотъ тазъ принимаетъ косую форму Негелевскаго, только суженіе здѣсь въ здоровой половинѣ. Величина суженія вообще зависитъ отъ величины таза, но никогда не бываетъ въ такой степени, какъ въ Негелевскомъ. Самое большее укорачиваніе претерпѣваютъ *distantia sacro-cotyloidea* и косой діаметръ, которые оканчиваются на здоровой суженной сторонѣ.

Впрочемъ послѣ одностороннихъ вывиховъ иногда бываетъ также атрофія всѣхъ тазовыхъ костей больной стороны,

съ тѣмъ вмѣстѣ суженіе тазовой полости на большой половинѣ и сдвиганіе въ здоровую половину (Gurlt).

§ 422. b) *Послѣ хроническаго воспаленія бедренныхъ сочлененій обѣихъ сторонъ съ уплощеніемъ и расширеніемъ вертлюжныхъ ямокъ подвздошныя кости представляются атрофированными, уплощенными, а тазъ расширеннымъ. Вслѣдствіе выступленія дна вертлюжныхъ ямокъ обѣихъ сторонъ въ тазовую полость, тазъ можетъ быть значительно суженъ. Полость таза обыкновенно бываетъ сильно наклонена.—Послѣ вывиховъ обѣихъ сторонъ происходитъ общая атрофія тазовыхъ костей и уменьшеніе тазовой полости съ сильной наклонностью, уплощеніемъ лонной дуги и расширеніемъ поперечнаго діаметра (Gurlt).*

§ 423. 5) *Неправильности таза вслѣдствіе искривленія позвоночнаго столба.*

Такъ какъ крестецъ образуетъ нижнюю точку опоры позвоночнаго столба, то безобразіе послѣдняго должно имѣть вліяніе на первый относительно его положенія и кривизны. Поэтому искривленіе позвоночнаго столба производятъ сдвиганіе и скручиваніе крестца въ разныхъ направленіяхъ. *Scoliosis* тогда только имѣетъ вліяніе на тазъ, когда онъ произошелъ въ ранніе годы отъ какой нибудь причины, или въ позднѣйшіе вслѣдствіе англійской болѣзни и *osteomalacia*. Тазъ въ такомъ случаѣ будетъ косою, несимметричный, половина таза, противоположная искривленію спины, обыкновенно выше, наклонность ея меньше, въ тоже время она уже, поперечный діаметръ тазоваго входа часто больше.

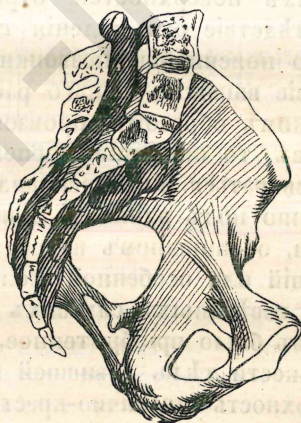
*Kyphosis* бываетъ или дугообразный и даже при *rachitis* и *osteomalacia*, и имѣетъ существенное вліяніе на суженіе тазоваго входа, если обусловливается горбатостью поясничныхъ позвонковъ. Или же бываетъ угловатый и тазъ тогда бываетъ вообще очень обширенъ, высокъ, прямой діаметръ удлиненъ. Если нижняя часть поясничной области горбата (*Kyphosisch*), то тазъ, вслѣдствіе скручиванія крестца около оси, внизу узокъ, воронкообразенъ. Наклонность таза въ этомъ случаѣ исчезаетъ, тогда какъ при такомъ же состояніи спинной области бываетъ необыкновенно сильной. Горбатость, поражающая поясничную область, производитъ укорачиваніе прямого діаметра, вособенности если она произошла вслѣдствіе англійской болѣзни и *osteomalaciae*, чрезвычайную наклонность таза, а если будетъ сопряжена съ искривленіемъ позвоночнаго столба въ сторону, косость его и несоразмѣрность (*asymmetria*) обѣихъ его половинъ. Горбатость пояс-

ницы можетъ дойти до такихъ размѣровъ, что она будетъ опускаться въ тазовой входъ, прикрывать его. Послѣдній поясничный позвонокъ можетъ выступать кпереди даже до такой степени, что членосоставная его поверхность будетъ находиться на верхней части передней поверхности перваго крестцоваго позвонка, въ то же время, прочіе поясничные позвонки также сильнѣе выдаются, потомучто соединеніе между послѣднимъ и предпослѣднимъ позвонками не уничтожено. Послѣдній позвонокъ передней своей поверхностью направляется болѣе или менѣе внизъ, тазовой входъ покрывается позвоночнымъ столбомъ, такъ что, смотря по степени измѣненія, соединеніе между 2 и 3, или между 3 и 4, или между 4 и 5 чрезвычайно близко подходитъ къ лонному и такимъ образомъ заступаетъ мѣсто *promontorium'a*. Это названо Kilian'омъ сдвиганіе позвонковъ — *sdondylolisthesis*. (Ф. 56 и 57).

Ф. 56.



Ф. 57.



Вертикальный разрѣзъ таза съ двинутыми позвонками, (по Киліану).

Вертикальный разрѣзъ нормальнаго таза (по Киліану).

Послѣдняя фигура представляетъ разрѣзъ правильнаго таза; изъ сравненія обѣихъ фигуръ ясно вліяніе неправильности на объемъ таза).

Подобно поперечно-суженному тазу этотъ до сихъ поръ составляетъ болѣе акушерскую рѣдкость. Известны только 4 экземпляра: первый, описанный Kiwisch'емъ и

Seufert'омъ (Прагскій); второй въ Падеборнѣ, описанный Kilian'омъ; одинъ находится въ Вѣнѣ (Späth и одинъ въ Мюнхенѣ (Breslau). Только о первыхъ двухъ известна точная исторія родовъ.

§ 424. *Причина сдвиганія позвонковъ* не страданіе тканей послѣдняго поясничнаго и перваго крестцоваго позвонковъ, но различнаго рода. Обыкновенно *hydrorrhachis* съ образованіемъ рудиментарнаго вставочнаго позвонка въ пояснично-крестцовомъ сочлененіи и послѣдовательное смѣшеніе 5-го поясничнаго позвонка впередъ (Квишевскій и Бреслаускій тазъ); или *hydrorrhachis* безъ вставочнаго позвонка съ удлинненіемъ дуги 5-го поясничнаго позвонка (Падерборнскій тазъ). Этимъ дѣлается возможнымъ скользяніе 5 позвонка. То же самое можетъ произойти вслѣдствіе перелома косыхъ отростковъ, вслѣдствіе параллельнаго положенія членосоставныхъ поверхностей отростковъ поясничныхъ позвонковъ, вслѣдствіе расхожденія составовъ отростковъ крестца такъ, что поясничные позвонки могутъ по нимъ двигаться—вслѣдствіе вывиха—общаго расширенія позвоночнаго кольца. Если такимъ образомъ произошла возможность сдвиганія позвонковъ, то она, при перпендикулярномъ положеніи, начнетъ развиваться, и неправильная общая форма произойдетъ постепенно подъ вліяніемъ давленія туловища, при центрѣ тяжести, обращенномъ впередъ, и безъ другихъ мѣстныхъ страданій или особенной болѣзни тканей. *Spondylolisthesis* была въ известныхъ случаяхъ неприрожденной; сдвиганіе позвонковъ было пріобрѣтенное, совершенно механически вслѣдствіе тяжести тѣла, давившей цѣлые годы на соединительную поверхность пояснично-крестцоваго сочлененія, пока она уступила, вывихнулась и тѣла позвонковъ начали скользить одинъ по другому и пришли частію въ непосредственное соприкосновеніе (Lamb).

в) *Распознаваніе суженія таза.*

§ 425. Эту трудную задачу, представляющую иногда непреодолимые препятствія, разрѣшаютъ частью внимательнымъ разсмотрѣніемъ прежнихъ обстоятельствъ и общихъ отношеній, частію непосредственнымъ изслѣдованіемъ самаго таза, частію разсматриваніемъ тѣхъ особенностей, которыя свойственны каждой изъ описанныхъ формъ таза. Хотя непо-



средственное изслѣдованіе самаго таза, измѣреніе его, составляетъ конечно самое важное изъ всѣхъ средствъ, приводящихъ въ данномъ случаѣ въ ясность состояніе таза, однако и другіе признаки также заслуживаютъ полнаго нашего вниманія. Такъ какъ необходимое объ измѣреніи таза уже было сообщено еще въ первомъ отдѣлѣ этой книги, то я здѣсь ограничиваюсь приведеніемъ общихъ отношеній и признаковъ, указывающихъ на узость таза, облегчающихъ распознаваніе опредѣленной его формы.

§ 426. Общія точки опоры для распознаванія суть: 1) *Anamnesis*—припоминаніе прошедшаго. За болѣзни, измѣняющія тазъ, можно съ достовѣрностью принять только *rachitis* и *osteomalacia*, если оставлять безъ вниманія рѣдкіе случаи опухолей, переломовъ и болѣзней бедреннаго состава. Не нужно однако забывать, что *rachitis* не всегда имѣетъ вредное дѣйствіе на тазъ. Далѣе должно обратить вниманіе на появленіе и содержаніе половыхъ отправленій, также на образованіе дѣтородныхъ частей, потому что съ развитіемъ обоихъ въ прямой связи находится и развитіе таза. Наслѣдственность нѣкоторыхъ узкихъ тазовъ заслуживаетъ полнаго нашего вниманія, а потому должно всегда освѣдомляться о родахъ матери, сестеръ особы, тазъ которой долженъ бытъ опредѣленъ, потому что частію формы матери часто передаются дочери, частію бываютъ нѣкоторыя наслѣдственные болѣзни, имѣющія вліяніе на образованіе таза.

2) Ясный масштабъ представляетъ *строеніе тѣла, общій видъ* изслѣдуемой особы. По росту нельзя вывести никакого заключенія о величинѣ таза, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ. Напротивъ ширина груди, подвздоховъ, положеніе нижнихъ конечностей, если онѣ отступаютъ отъ нормы, должны возбудить подозрѣніе объ измѣненіяхъ таза.

Важнѣе состояніе позвоночнаго столба, потому что онъ при неправильномъ тазѣ рѣдко бываетъ совершенно нормальнымъ или тазъ хорошо устроеннымъ при его неправильности. Искривленія позвоночнаго столба могутъ руководить насъ, потому что или они первоначальны, а тазъ изуродованъ послѣдовательно, или на оборотъ. Въ этомъ отношеніи, какъ изъ предшествовавшаго описанія таза слѣдуетъ, преимущественно важны искривленія позвоночнаго столба впередъ и всторону, особенно въ поясничной области.—Нижнія конечности заставляютъ подозрѣвать больной тазъ, если онѣ относительно всего тѣла слабы и тонки, если онѣ изогнуты или

несоразмѣрны. Послѣднее должно указывать на несоразмѣрность обоихъ боковъ таза, и потому должно производить точное изслѣдованіе бедренныхъ составовъ, положеніе вертлюжныхъ ямокъ.

3) Изъ предшествовавшихъ родовъ мы можемъ заключить о ходѣ предстоящихъ и изъ результатовъ ихъ можемъ догадаться о существованіи узкаго таза. Только тутъ могутъ выйти грубыя ошибки, потому что ходъ родовъ у одной и той же женщины при узкомъ тазѣ часто очень различенъ, счастливые и несчастные между собой мѣняются; потому что первые роды при узкомъ тазѣ весьма часто проходятъ правильно и хорошо, тогда какъ послѣдніе всегда неправильно; потому что вліяніе узкаго таза обнаруживается такъ же часто нарушеніемъ дѣтскаго положенія, потугъ, какъ и механическимъ затрудненіемъ, и эти отношенія при разныхъ родахъ естественно могутъ быть различны; и потому наконецъ, что снѣсеніе таза (*osteomalacia*, новообразованія и т. д.) можетъ наступить за послѣдними родами.

§ 427. Для отличія отдѣльныхъ главныхъ формъ обезображенныхъ тазовъ, кромѣ сказаннаго при частномъ ихъ описаніи, остается еще слѣдующее:

При косыхъ тазахъ, будутъ ли они слѣдствіемъ *synostosis*, *coxalgie*, *rachitis*, подвздошная кость сросшейся стороны круче, выдаются далеко кзади выше подвздошно-крестцоваго сочлененія и приближается къ остистымъ отросткамъ крестца; подвздошная кость стоитъ выше и направляется почти прямо кпереди. Боделокскій діаметръ не суженъ, напротивъ трудно измѣримъ, потому что задняя точка слишкомъ плотно прикрыта *a spina poster. super. ossis ilei*. Задняя поверхность крестца несимметрична; верхнезадняя подвздошная ость на больной сторонѣ лежитъ къ ней ближе, тогда какъ на здоровой разстояніе между ними правильно. Разстояніе между *spina ant. sup.* и самой отдѣленной точкой гребня, между вертелами и *crista oss. ilei* противоположной также весьма важны для распознаванія. Внутреннее измѣреніе, при которомъ *promontorium* едва можно достать двумя пальцами, позволяетъ сдѣлать ближайшее заключеніе только при введеніи цѣлой руки.

*Ррахитическій тазъ* характеризуется тѣмъ, что разстоянія между остями и гребнями меньше; различіе въ величинѣ *D. B.* и *D. Sp.* больше нормальнаго; *D. B.* и *Cr. I.* въ обоихъ одинаково, между *D. Sp.* и *D. Cr.* исчезаетъ, даже первый діаметръ болѣе послѣдняго. Поверхности крестца

короче и уже, часто треугольны; кость сильно выдается кзади, часто раздвигаетъ ягодицы, такъ что трещина между ними при высшихъ степеняхъ совершенно изглаживается. Кривизна въ сторонѣ крестца значительна, наклонность таза велика; выходъ и лонная дуга широки.

*Остеомалацическій тазъ* узнается по общимъ отношеніямъ, по желобоватому искривленію подвздошной кости, узкой поверхности крестца, которая сильно изогнута, а при высшихъ степеняхъ изуродована. Сѣуженіе тазоваго выхода уплощеніе передней стѣнки таза, хрящъ который выдается на подобіе клюва, узкая лонная дуга (при введеніи пальца и при давленіи, если болѣзнь развита, очень болѣзненна); уменьшеніе разстоянія между подвздошными остями и гребнями, такъ что различіе между ними болѣе нормального— все это характеризуетъ тазъ, о которомъ теперь идетъ рѣчь, и дѣлаетъ возможнымъ распознаваніе тамъ, гдѣ искаженіе его еще не очень значительно.

§ 428. Вообще равномѣрно сѣуженные тазы обыкновенно распознаются труднѣе всего непосредственнымъ изслѣдованіемъ; преимущественно въ томъ случаѣ, когда строеніе тѣла представляетъ мало точекъ опоры и сѣуженіе въ отдѣльныхъ діаметрахъ не велико, при чемъ конечно въ цѣломъ оно всегда можетъ быть очень значительно. Поэтому рѣдко такой тазъ узнають до родовъ.

Столь же мало опредѣленныхъ моментовъ представляется въ такихъ рѣдкихъ случаяхъ *сдвиганія позвонковъ, поперечно-сѣуженнаго таза, переломовъ*, и т. д., которые бы ясно руководили наше сужденіе. Подозрѣніе касательно перваго обстоятельства могутъ возбудить глубокое искривленіе поясничной части позвоночнаго столба, уменьшенное разстояніе остистыхъ отростковъ ихъ отъ лобковаго соединенія, увеличивающееся не равномѣрно, какъ при нормальномъ состояніи, но скачками. При поперечно-сѣуженномъ тазѣ *D. V.* увеличенъ, *D. Sp.* и *D. Cr.* на нѣсколько дюймовъ меньше, также *D. Tr.*, верхнезаднія подвздошныя ости почти соприкасаются и покрываютъ остистый отростокъ 5 поясничнаго позвонка; ягодицы поэтому соприкасаются гораздо выше обыкновеннаго. Впрочемъ сѣуженіе такъ значительно, что внутреннее изслѣдованіе всегда доставляетъ самое вѣрное распознаваніе.

§ 429. Въ заключеніе относительно *измѣренія таза* нужно замѣтить слѣдующее: наружное изслѣдованіе чрезвычайно важно для опредѣленія узости таза и его характера; оно вообще показываетъ, что сѣуженіе существуетъ въ из-

вѣстныхъ направленійхъ, о степени же его не даетъ точнаго заключенія; напротивъ неравномѣрность таза помощью его можно очень хорошо опредѣлить. — Длину поперечныхъ діаметровъ въ тазовомъ каналѣ можно приблизительно опредѣлить изъ измѣренія наружныхъ поперечныхъ разстояній, принимая только во вниманіе форму таза и длину прямого діаметра. Длину же послѣдняго узнаютъ только помощью внутренняго ручнаго изслѣдованія, которое въ каждомъ случаѣ неизбѣжно. Все, что сказано въ главѣ объ измѣреніи таза касательно инструментовъ, для этого употребляемыхъ, должно быть повторено и здѣсь.

с) *Вліяніе суженнаго таза на беременность и роды.*

§ 430. При правильныхъ отношеніяхъ матка уже въ послѣдніе мѣсяцы беременности стоитъ плотно въ выходѣ таза, тогда какъ при узкомъ тазѣ она чрезвычайно подвижна, дно ея легко передвигается съ одной стороны на другую, и это остается часто еще въ началѣ родовъ. Отъ этого происходитъ то, что суженный тазовый входъ не воспринимаетъ нижняго сегмента матки, а съ нимъ и младенца, не доставляетъ имъ опоры. Они направляются къверху, опираются на переднюю брюшную стѣнку, чрезмѣрно растягиваютъ ее, происходитъ отвислый животъ. Въ то же время, такъ какъ высота живота при узкомъ тазѣ часто мала, вдольное растяженіе матки воспрепятствовано, она раздается въ стороны, бываетъ широка въ поперечномъ размѣрѣ—и такимъ образомъ все способствуетъ происхожденію неправильныхъ положеній. Затрудненіе дыханія, неправильности въ кровообращеніи составляютъ дальнѣйшее слѣдствіе постояннаго развитія матки въ вышину.

§ 431. *Къ затрудненіямъ родовъ*, вызываемымъ узкимъ тазомъ, принадлежитъ ни одно только ограниченіе пространства, слѣд. просто механическое; тутъ присоединяются и нѣкоторые другіе дѣтели, кромѣ таза, и большая часть препятствій проистекаетъ изъ дальнѣйшаго развитія перваго механическаго вліянія въ различныя неправильности родовой дѣятельности относительно положенія матки, хода потугъ, состоянія мягкаго родоваго пути, относительно положенія, постановки, членорасположенія и подвижности младенца. Къ этому присоединяется узкій тазъ съ отступленіями во всемъ тѣлѣ и общемъ состояніи, вліяніе которыхъ на роды нельзя опустить изъ вида. Поэтому величина таза, при обсужденіи

его вліянiя на ходъ родовъ, не должна быть масштабомъ, она не должна быть разсматриваема отдѣльно отъ прочихъ моментовъ; между тѣмъ все таки она составляетъ весьма важный моментъ, по сравненiю съ которымъ и другіе получаютъ значеніе. Поэтому хорошо установить различныя степени стѣсненія пространства, не обращая совершенно вниманія на видъ суженнаго таза, во входѣ ли онъ суженъ, или въ выходѣ, въ томъ или другомъ діаметрѣ, равномеренъ онъ или неравномеренъ. Съ этимъ вмѣстѣ важно находить и знать величину суженнаго мѣста въ тазовомъ каналѣ, на сколько большее или меньшее суженіе механически затруднить роды, чтобы сообразно съ этимъ направить терапевтическое лечение.

§ 432. Поэтому различаютъ 4 степени суженія таза, которыя въ практическомъ отношеніи отличаются конечно не линіями, такъ какъ переходъ вслѣдствіе содѣйствія другихъ дѣятелей на столько удобенъ, что одинъ и тотъ же тазъ при однихъ родахъ можетъ принадлежать къ той степени, при другихъ къ другой. Въ большинствѣ случаевъ нѣтъ такихъ непостоянныхъ отношеній, колебанія имѣютъ свои предѣлы, слѣд. раздѣленіе это въ практикѣ не потеряетъ своего достоинства.

*1-я степень* объемлетъ тазы, отступающіе только немного отъ правильной величины, которыхъ самый малый діаметръ доходитъ до  $3\frac{1}{2}''$ ; слѣд. сюда принадлежатъ тазы, у которыхъ наименьшій діаметръ между  $4''$  и  $3\frac{1}{2}''$ . Обыкновенно роды при нихъ происходятъ безъ помощи, даже при благопріятныхъ обстоятельствахъ относительно потугъ и младенца могутъ пройти легко и счастливо. Но обыкновенно они бывають затруднены и требуютъ пособія искусства, которое усиленіемъ потугъ или влеченіемъ младенца оканчивають роды большей частью легко. Если же обстоятельства неблагопріятны, если укорачиваніе распространилось на многіе діаметры одного и того же отрѣзка таза, такіе тазы могутъ представлять чрезвычайныя затрудненія и большую опасность матери, а вособенности младенцу.

*Ко 2-й степени* принадлежатъ тазы, кратчайшій діаметръ кокорыхъ колеблется между  $3\frac{1}{2}''$  и  $2\frac{3}{4}''$ . Произвольные роды съ счастливымъ исходомъ бывають только при благопріятныхъ обстоятельствахъ, если суженіе не уменьшаетъ діаметры далѣе  $3\frac{1}{2}''$ . Если и оканчиваються роды безъ помощи искусства, то они продолжаются большей частью очень долго, мать, а вособенности ея половые органы много страдаютъ

и плодъ обыкновенно умираетъ вслѣдствіе продолжительнаго давленія. Искусство можетъ привести дѣло къ хорошему исходу; хотя при главнѣйшихъ формахъ этой степени оно ненадежно и рѣдко дѣти рождаются съ сохраненіемъ жизни. Къ этой степени относится большая часть сѣуженныхъ тазовъ, вообще сѣуженные, большая часть рахитическихъ, нѣкоторые изъ остеомаляическихъ и косвенно-сѣуженный тазъ. Отъ формы ихъ, отъ глубины, отъ положенія младенца, отъ качества потугъ зависитъ здѣсь благопріятный или неблагопріятный исходъ; они опредѣляютъ видъ пособій, которые бывають очень трудны, а иногда спасеніе матери бываетъ сопряжено съ пожертвованіемъ жизни младенца.

Въ 3-ю степень относятся тазы, у которыхъ кратчайшій діаметръ  $2\frac{3}{4}$ —2". Естественные роды зрѣлаго младенца при этой степени невозможны, имъ предстоитъ непреодолимое препятствіе. Самое искусство не въ состояніи провести младенца черезъ тазъ неповрежденнымъ; оно должно или раздробить его или открыть искусственный выходъ. Къ этимъ тазамъ принадлежатъ высшія степени *rachitis* и *osteomalaciae*, многіе косые, а также и тѣ, которые стѣснены опухольями.

Наконецъ 4-я и послѣдняя степень есть та, при которой наименьшій діаметръ 2" и менѣе. Подобное сѣуженіе съ трудомъ позволяетъ введеніе всей руки, конечно не свободное ея движеніе въ тазовомъ каналѣ, а слѣд. и не употребленіе внутри его инструментовъ. Слѣд. эта степень допускаетъ только проведеніе размельченнаго младенца, не болѣе, и потому рѣшительно требуетъ открытія новаго пути. Отсюда и названіе абсолютно сѣуженный тазъ.

Къ ней принадлежатъ самыя высшія степени рахитическихъ и остеомаляическихъ, поперечно-сѣуженныхъ и спондилолистетическихъ тазовъ, а равно и тазы, пространство которыхъ стѣснено значительными новообразованіями. (Въ отдѣльныхъ случаяхъ этой узости таза вслѣдствіе *osteomalacia* во время родовъ, которые, по видимому, могли быть окончены только кесарскимъ сѣченіемъ, наблюдали такую уступчивость изогнутыхъ костей, что роды кончились, къ величайшему изумленію, естественнымъ путемъ, даже съ сохраненіемъ младенца. Kilian).

§ 433. Уже было упомянуто, что вслѣдствіе недостатка опоры для матки въ тазовомъ входѣ, вслѣдствіе воспрепятствованнаго развитія ея въ длину, отвислости живота, боковыхъ косыхъ положеній и косости дѣтороднаго органа, положеніе младенца бываетъ часто неправильное или по

крайней мѣрѣ неблагопріятное (тазовое положеніе). Также положеніе младенца при предлежащей головкѣ, направленіе черепа бываютъ очень часто неблагопріятны, потому что узкій и особенно уродливый тазъ препятствуетъ правильному вступленію и прохожденію, причуждая головку приравниваться къ его формѣ. Отсюда происходитъ при узкомъ тазѣ неправильное положеніе младенца, частое выпаденіе маленькихъ членовъ; потому во 1-хъ, что пѣть запиранія нижняго сегмента матки помощію головки, какъ это бываетъ при правильныхъ родахъ, когда она въ началѣ стоитъ во входѣ; а во 2-хъ потому, что при неправильномъ тазѣ головка не можетъ выполнять всѣ мѣста тазоваго входа, и маленькія подвижныя части будутъ выпадать совершенно свободно. Послѣднему еще болѣе благопріятствуетъ боковое косвенное положеніе и отвислый животъ. Всѣ эти обстоятельства дурныя осложненія, при которыхъ помощь природы, какъ и искусства не могутъ проложить счастливый путь чрезъ сошедшія затрудненія.

Очевидно, какъ важна правильная дѣятельность *потугъ* для хорошей установки головы въ тазѣ и окончанія родовъ. Поэтому слабыя и неправильныя потуги при узкомъ тазѣ составляютъ самое непріятное осложненіе; потому что онѣ не только препятствуютъ вступленію головки въ тазъ, но обусловливаютъ и то, что матка удерживаетъ свою дурную форму, дитя сохраняетъ неблагопріятное положеніе и посobie искусства затрудняется. Такъ какъ маточныя сокращенія возрастаютъ конечно вмѣстѣ съ сопротивленіемъ, и при рахитическомъ тазѣ потуги очень сильны, то онѣ въ періодѣ прорѣзыванія недостаточны, неправильны, или въ началѣ или вскорѣ потомъ ослабляются сопротивленіемъ. Очень вредное обстоятельство также и то, что маточное отверстие вслѣдствіе дѣйствія потугъ сокращается надъ головкой прежде, чѣмъ она вступила въ тазовый входъ, и влагалище, которое воспринимаетъ протѣсняющуюся головку, необыкновенно растягивается; слѣдствіемъ этого, а также и продолжительной дѣятельности потугъ бываетъ уступчивость, разрывъ влагалища и даже выходненіе предлежащей младенческой головки въ брюшную полость.— Съ другой стороны губки маточнаго рыльца плотно запираются между головкой и тазомъ, такъ что оттягиваніе его происходитъ слишкомъ поздно, оно припухаетъ, иногда на нѣкоторыхъ мѣстахъ разрывается. Чрезвычайно болѣзненные потуги, разрывъ матки или только ея шейки, затрудненіе искусственнаго посobia составляютъ слѣдствіе такого состоянія.

*Пузырь* при узкомъ тазѣ вступаетъ въ маточное рыльце большей частью неправильно, на подобіе колбасы, потому что головка не плотно прилежитъ къ рыльцу. Къ этому присоединяется преждевременное истеченіе влагъ и неправильное расширеніе маточнаго рыльца: неправильности, вліяніе которыхъ на ходъ родовъ второстепеннаго значенія, но при затрудненномъ механизмѣ и необходимости механическаго пособія, также при неправильныхъ положеніяхъ въ высшей степени вредны для жизни плода, для здоровья матери.

§ 434. Поэтому вообще къ стуженію таза присоединяются трудности. Маточныя сокращенія силятся провести головку въ тазъ и чрезъ него. Онѣ значительно усиливаются, но это имѣетъ свои границы. Или головка не вступаетъ въ тазъ, матка сокращается надъ ней, такъ что она окружена только влагалищемъ, которое разрывается. Или головка проходитъ входить, но здѣсь или въ полости останавливается, какъ бы вколоченною, въ дальнѣйшемъ своемъ ходѣ она сжимается, швы надвигаются другъ на друга, отдѣльныя черепныя кости надломлены и даже переломлены. Родовая дѣятельность, разбиваясь наконецъ о сопротивленіе, ослабѣваетъ вслѣдствіе истощенія, или выпотѣнія въ маточную ткань, или послѣдняя разрывается вслѣдствіе сильныхъ сокращеній. Но если этого не бываетъ, если головка наконецъ выгнана потугами или удалена искусствомъ, то дѣтородныя части продолжительнымъ и упорнымъ давленіемъ сильно нажимаются, даже разминаются и разрываются, что особенно относится къ шейкѣ, передней влагалищной стѣнкѣ и прилежащимъ къ ней стѣнкамъ пузыря и мочеиспускательнаго канала. Дитя уже въ маткѣ, если околоплодная жидкость вытекла прежде, чѣмъ оно утвердилось въ тазѣ, сжимается и сдавливается до самыхъ малыхъ размѣровъ, вслѣдствіе чего кровообращеніе на его поверхности и вособенности въ пуповинѣ воспаляется. Къ этому присоединяется продолжительная остановка кровообращенія въ сосудахъ послѣда; сдвиганія, надгибы, перегибы и изломы черепныхъ костей, даже разрывъ венозныхъ пазухъ, лежащихъ подъ швами (особенно опасны на чешуйчатомъ швѣ)—обстоятельства такого рода, что несчастный для младенца исходъ родовъ при узкомъ тазѣ насъ не можетъ удивлять. Разрывы венозныхъ пазухъ, обусловливаемые надвиганіемъ отдѣльныхъ костей, всегда смертельны. Образующаяся при этомъ опухоль головки всегда бываетъ очень значительна и можетъ вести къ ошибкамъ относительно высокаго и низкаго сто-



янія головки, такъ какъ она часто опускается глубоко въ тазовую полость, даже до выхода, тогда какъ самый черепъ находится еще во входѣ или надъ нимъ.

Если даже потуги не сильны, то это тѣмъ не менѣе опасно, потомучто въ такомъ случаѣ замедленіе родовъ еще значительнѣе и уже само по себѣ ведетъ къ истощенію матери, воспаленію, нажиму, разрыву дѣтородныхъ частей и къ сжатію младенца, приводящему въ опасность даже жизнь его.

Хотя искусство и этотъ вредъ и опасности можетъ устранить или по крайней мѣрѣ уменьшить, однако не должно забывать, что мѣры должны быть обыкновенно очень насильственны и поэтому только увеличиваютъ опасность. Иногда бываетъ необходимо принести въ жертву жизнь одного для спасенія другаго!

d) *Терапевтическое леченіе при узости таза.*

§ 435. Показанія, которымъ при узости таза должно удовлетворить, различны, смотря по степени стѣсненія, по силѣ и правильности потугъ, подвижности подлежащей части младенца, по величинѣ и положенію его, равно какъ наконецъ и по состоянію матери. Поэтому едва ли возможно точно опредѣлить вообще, какъ долженъ поступить акушеръ, потомучто величину, положеніе плода, обнаруженіе дѣятельности потугъ впервые узнаетъ уже во время родовъ. Гдѣ конечно узость очень значительна, въ такомъ случаѣ не трудно рѣшиться на какую нибудь мѣру. Случаи меньшей узости представляютъ намъ самыя большія затрудненія, потомучто при нихъ и прочіе дѣятели родовъ играютъ весьма важную роль при опредѣленіи хода. Теченіе прежнихъ родовъ столь же мало можетъ быть нашимъ руководителемъ; потомучто если обстоятельства были благопріятны, роды могли кончиться совершенно благополучно, даже такъ легко, какъ и при правильномъ тазѣ, тогда какъ при неблагопріятныхъ ожидаемые роды могутъ быть очень трудными—и на оборотъ.

Вообще должно постановить слѣдующія правила:

Гдѣ потуги дѣйствуютъ умѣренно сильно, но правильно, и разверзаніе маточнаго рыльца также будетъ правильно; гдѣ головка не чрезмѣрно велика и тверда, но уступчива, кости ея надлежащимъ образомъ принаравливаются къ тазу;

гдѣ большая часть ея уже установилась въ тазовомъ входѣ и она, хотя медленно, но все таки замѣтно, подвигается съ каждой потугой; гдѣ половыя части въ хорошемъ состояніи и роженица не истощена; во всѣхъ этихъ случаяхъ мы можемъ дѣйствовать выжидательно, полагаясь на силы природы. Если же эта надежда окажется бесполезною, то ожидаемое пособіе окажутъ щипцы. Иногда при вышесказанныхъ обстоятельствахъ и этотъ инструментъ неприличенъ, потому что производитъ только новыя опасности. Въ такомъ случаѣ показуется уменьшеніе дѣтскаго черепа съ послѣдующимъ извлеченіемъ или безъ онаго. Гдѣ потуги сильны, головка во время ихъ протѣсняется во входъ таза, не укрѣпляясь въ немъ, или гдѣ она по крайней мѣрѣ не можетъ вступить въ него, гдѣ мягкія части родоваго пути начинаютъ опухать и воспаляться, предстоитъ опасность истощенія и упадка роженицы духомъ,—тамъ можно принять, что силы природы не въ состояніи кончить роды благополучно или допустить по крайней мѣрѣ менѣе рѣшительныя средства, и тамъ должно немедленно прибѣгать къ пособіямъ искусства, которыя могутъ состоять въ раздробленіи младенца или въ проложеніи новаго пути несарскимъ сѣченіемъ хотя иногда, при благопріятныхъ обстоятельствахъ, поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ за ножки доставляетъ возможность обойтись и безъ раздробленія.

§ 436. Такъ какъ два случая родовъ при узости таза, даже если степень ея одинакова, нельзя сравнивать; такъ какъ мы, распредѣляя наши мѣры по степенямъ суженія, можемъ ошибаться и довѣрять природѣ тамъ, гдѣ она совершенно безсильна или прибѣгать къ искусству, когда случай не дозволяетъ его вмѣшательства, то мы должны принять границы, опредѣляющія кругъ ихъ дѣйствія. Поэтому принимаютъ слѣдующія показанія при различныхъ степеняхъ суженія таза, если только прочія обстоятельства, имѣющія вліяніе на роды, правильны:

При *первой степени*, пока есть надежда, что потуги могутъ кончить роды и пока другія обстоятельства не требуютъ ничего особеннаго, можно полагаться на природу. Если она не помогаетъ и будетъ нужна помощь, то можно усилить потуги сидящими ваннами, теплыми вырыскиваніями во влагалище, иногда и употребленіемъ спорыньи. Если нужна оперативная помощь, то показуется наложеніе щипцовъ или извлеченіе за нижнія конечности.

Если при второй степени, когда возможно долгое время ждать дѣйствія потугъ, принуждены къ дѣятельнымъ мѣрамъ, то должно налагать щипцы, если только тазъ не уже 3". Если влеченія остались безъ послѣдствій, то ихъ откладываютъ и, считая младенца уже мертвымъ, уменьшаютъ его головку. Это должно быть сдѣлано тотчасъ въ самомъ началѣ, какъ только убѣдились въ смерти младенца. При узости таза ниже 3" употребленіе щипцовъ недозволительно, только можно попытаться въ одномъ случаѣ, именно: если она колеблется между 3" и  $2\frac{3}{4}$ " и младенецъ несовершенно зрѣлъ. Если тазъ вообще суженный, то при живомъ младенцѣ и при благопріятныхъ обстоятельствахъ назначается цесарское сѣченіе. Это же суженіе таза требуетъ преждевременныхъ искусственныхъ родовъ, если достаточно извѣстны заблаговременно. Поворотъ на ножки при лежащей головкѣ имѣетъ мѣсто, когда какое—нибудь обстоятельство требуетъ окончанія родовъ прежде, нежели головка утвердилась; при неблагопріятныхъ головныхъ положеніяхъ, если головка идетъ наконецъ, привести ея большіе размѣры въ соотвѣтственность съ такими же размѣрами таза; при косвенно-суженномъ тазѣ по той же причинѣ; далѣе въ томъ случаѣ, когда изъ предшествовавшихъ родовъ извѣстно, что надежды на спасеніе младенца очень мало, а мать должна много страдать, ждали, пока возможно будетъ наложеніе щипцовъ и прободеніе; въ такихъ случаяхъ поворотомъ и извлеченіемъ только можно спасти мать. Если младенецъ мертвъ, то поворотъ дѣлать уже не должно.

При 5-й степени роды выношеннаго младенца естественнымъ путемъ невозможны. Поэтому должно приступить къ уменьшенію его, если онъ мертвъ. Если же онъ живъ, то остается выборъ между уменьшеніемъ младенца и цесарскимъ сѣченіемъ. Гдѣ это послѣднее не можетъ быть произведено безъ большой опасности для матери, гдѣ отъ него отказываются, не должно къ тому принуждать, но должно предложить для спасенія матери все, слѣд. при наступающей опасности для жизни матери не должно ждать смерти плода, но убивать живаго младенца, раздроблять его и извлекать по частямъ. (Crédé).

4-я степень, абсолютная узость таза не допускаетъ никакого выбора между предлагаемыми средствами. Такъ какъ роды недоношеннаго или выношеннаго и раздробленнаго младенца естественнымъ путемъ при этой степени невозможны, то цесарское сѣченіе составляетъ единственное спа-

сненіе матери одной или вмѣстѣ съ младенцемъ, почему операція эта при такой степени назначается абсолютно.

§ 437. Для предотвращенія неправильностей при родахъ предложили слѣдующее:

1) *Приостанавливать ростъ плода во время беременности кровопусканіями, слабительными, короче отвлекающимъ методомъ.* (Deraul, Moreau). Не обращая вниманія даже на то, приведетъ ли это къ цѣли, посягательство на организмъ матери такъ жестоко и опасно, что уже поэтому такая мѣра непозволительна. Впрочемъ ростъ младенца никогда нельзя значительно приостановить, потому предложенную мѣру можно допустить только при незначительномъ суженіи таза. Въ такихъ случаяхъ для устраненія неправильностей мы имѣли болѣе слабыя средства.

2) *Искусственные преждевременные роды.* Эта операція безусловно назначается при узости  $2\frac{1}{2}''$ — $3\frac{1}{2}''$ ; при слабѣйшихъ суженіяхъ только у многораждавшихъ, у которыхъ прежніе роды протекли трудно и обыкновенно несчастливо для младенца.

3) *Искусственный выкидышъ.* Онъ производится при абсолютной узости таза и только въ томъ случаѣ, когда беременная по предположеніямъ не въ силахъ вытерпѣть цесарское сѣченіе и не хочетъ ему подвергаться. Это потому, что пока благоприятное состояніе ея здоровья позволяетъ надѣяться на счастливый исходъ цесарскаго сѣченія, не должно жертвовать плодомъ и нѣтъ никакого права для произведенія выкидыша. (Crédé).

Въ ученіи объ операціяхъ будетъ подробнѣе рассмотрена возможность всѣхъ приведенныхъ операцій.

Наконецъ еще замѣтить нужно, что и само по себѣ понятно, что при узости таза должно обращать вниманіе и на роженицу. Дѣлаютъ діететическія распоряженія во время родовъ относительно положенія, комнаты, температуры, пищи и т. д. утѣшаютъ женщину, внушаютъ ей бодрость и довѣріе, щадятъ ея силы и научаютъ ее сообразному содѣйствію.

## II. Слишкомъ широкій тазъ.

§ 438. Тазъ можетъ быть расширеннымъ или вообще или мѣстами.

1. *Слишкомъ широкій тазъ во всѣхъ размѣрахъ (вообще)* бываетъ какъ у особъ (грубаго) крѣпкаго сложенія съ сильно

развитыми костями, такъ и у нѣжныхъ, тонкокостныхъ субъектовъ, представляющихъ полный типъ женственности. Рѣдко онъ соединяется съ чрезмѣрной вышиной всего скелета, напротивъ большей частью съ развитіемъ его въ ширину. Идеальная, правильная форма таза встрѣчается рѣже, чѣмъ плоская, мало наклонная и растянутая (сзади кпереди). Расширеніе бываетъ въ большомъ тазѣ и въ пространствѣ малаго, хотя не математически равномѣрно, такъ что одинъ діаметръ удлиннитъ больше, другой меньше. Это главнѣйшимъ образомъ происходитъ вслѣдствіе расширенія крестца и происхождащаго отъ этого расширенія лобковой дуги и пространства между сѣдалищными буграми. Вслѣдствіе этого *D. Sp.*, *D. Cr.* и *D. Tr.* бываютъ больше обыкновеннаго и увеличивается разстояніе между ягодицами. Вслѣдствіе уплощенія таза, незначительнаго выступленія мыска удлиняются также и прямые діаметры. Это удлинненіе разстояній въ разныхъ направленіяхъ рѣдко доходитъ до 1", обыкновенно только  $\frac{1}{4}'' - \frac{3}{4}''$ .

2) *Мѣстно расширенный тазъ* встрѣчается чаще и преимущественно у рослыхъ женщинъ. Расширеніе обыкновенно бываетъ въ тазовомъ входѣ—въ прямомъ діаметрѣ его; прочіе діаметры и части, равно и весь скелетъ—правильны—широкій воронкообразный тазъ. Удлинненіе діаметровъ рѣдко бываетъ болѣе  $\frac{1}{2}''$ .

§ 439. Вслѣдствіе расширенія объема таза, беременная легко подвергается *смѣщеніямъ матки* кверху и кзади (*retro-versio uteri*). Последнее, отклоненіе матки назадъ встрѣчается также часто, если еще не чаще при узкомъ тазѣ, по крайней мѣрѣ при сильно выдающемся мыскѣ, препятствующемъ восхожденію матки. Отъ долгаго пребыванія въ полости таза легко происходятъ болѣзненный отекъ и узловатыя расширенія венъ, запоръ и затрудненное отдѣленіе мочи. Тоже бываетъ въ оба послѣдніе мѣсяцы, когда предлежащая часть младенца вмѣстѣ съ маткой глубоко опускается въ тазовую полость и влагалище выворачивается. Вредныя послѣдствія отъ расширенія таза при родахъ могутъ состоять только въ непомѣрномъ облегченіи ихъ. Если потуги сильны, а сопротивленіе, представляемое мягкими частями невелико, то весьма возможны *быстрые роды*. Слѣдствія ихъ были уже приведены въ § 395. *Посль родовъ* расширенный тазъ благоприятствуетъ происхожденію смѣшеній матки и влагалища, которыя остаются навсегда, вособенности если роженица должна очень рано оставить постель и работать.

*Лечение* ограничивается покоем во время беременности и устранением наступающей неправильности (подробности см. выше). Во время родов роженица не должна оставлять постель, ни выработывать потугъ. Если нижній сегментъ матки выстѣтъ съ младенцемъ погружается слишкомъ глубоко, должно его поддерживать пальцемъ. Самой большей заботливости требуетъ защищеніе промежности, которая здѣсь при-нуждена поддерживать головку долѣ обыкновеннаго. Роды должно поддерживать долѣ обыкновеннаго.

с) ЗАТРУДНЕНІЯ РОДОВЪ СО СТОРОНЫ ПОЛОВЫХЪ ЧАСТЕЙ.

I. Неправильности формы.

§ 440. Извѣстно, что матка и влагалище развиваются изъ нижней части Мюллеровскихъ проходовъ, потомъ соединяются въ каналъ, который идетъ вверху въ Фаллопьевы трубы. Перестали развиваться эти проходы,—является отсутствіе матки, влагалища и трубъ; или только верхней половины влагалища и матки, рѣже всего совершенно одной матки. Въ половомъ развитіи замѣчаются недостатки разной степени, о зачатіи не можетъ быть и рѣчи. Матка можетъ развиваться только рудиментарно, при чемъ остается зародышевая форма въ одномъ или обоихъ рожкахъ. Рожки или бываютъ сплошные или имѣютъ маленькую полость. Они совершенно раздѣлены—*uterus bipartitus*.

Иногда атрофія распространяется только на одинъ рожекъ, тогда какъ другой достигаетъ полнаго развитія—*uterus unicornis*. Матка въ такомъ случаѣ имѣетъ форму цилиндра и изогнута въ сторону; атрофированный рожекъ или сплошной или имѣетъ маленькую полость, сообщающуюся съ развившимся.

Въ другихъ случаяхъ оба рожка бываютъ раздѣлены, но развиваются совершенно—*uterus bicornis, duplex*. Раздѣленіе бываетъ или полное, такъ что каждый рожекъ переходитъ въ простое или двойное влагалище; или чаще бываетъ шейка простая, раздѣленіе же существуетъ только въ тѣлѣ матки; или же наконецъ раздѣляется только дно, а нижняя половина полости простая. Эти раздѣленія видны и снаружи, и вслѣдствіе ихъ матка представляетъ различную форму.

Къ двурожковой маткѣ относится и *uterus bilocularis*, въ которой снаружи нѣтъ никакихъ слѣдовъ раздѣла, въ рѣдкихъ случаяхъ замѣчается вдольяя бороздка по срединѣ. Напротивъ полость раздѣляется въ различной степени, иногда распадается на двѣ половины, совершенно отдѣленные одна отъ другой влагалищной стѣнкой, или влагалищная стѣнка поднимается выше, такъ что только маленькій выступъ на днѣ указываетъ на существующее раздѣленіе.

Иногда на наружномъ маточномъ отверстіи представляются болѣе или менѣе толстыя поперечныя волокна мышечнаго существа, которыя раздѣляютъ маточное отверстіе на двѣ равныя или неравныя половины.

*Влагалище* также можетъ иногда не существовать, какъ уже сказано; или развивается только верхній или нижній копецъ его, такъ что въ первомъ случаѣ входа не бываетъ, въ послѣднемъ входъ ведетъ въ слѣпой мѣшокъ. Къ этому присоединяется замыканіе его образованіемъ болѣе или менѣе толстой поперечной влагалищной стѣнки.

Влагалище можетъ быть двойнымъ при одновременномъ раздвоеніи матки или безъ него. Раздѣленіе бываетъ болѣе или менѣе полное.

§ 441. При совершенномъ замыканіи влагалища или матки зачатіе невозможно; тоже самое при маткѣ, развитой вполнѣ рудиментарно. При *uterus unicornis* оно можетъ произойти въ развитомъ и неразвитомъ рожкѣ, соединенномъ съ первымъ. Въ этомъ случаѣ въ большемъ рожкѣ плодъ можетъ достигнуть зрѣлости и родиться; въ атрофированномъ нѣтъ, стѣнки его уступаютъ, разрываются; здѣсь сущность дѣла таже, что и въ вѣматочной беременности. Яичко можетъ также изъ атрофированнаго рожка перейти въ развитой. Въ двурогой и двумѣстной маткѣ беременность можетъ существовать; если она только въ одной половинѣ, то въ соотвѣтствіе тому развивается и другая и въ нихъ образуется отпадающая оболочка. Иногда беременность является одновременно въ обѣихъ половинахъ; въ такомъ случаѣ одинъ плодъ атрофируется (обыкновенно разсматривается какъ *superfoetatio*), тогда какъ другой достигаетъ полнаго развитія; или оба плода развиваются равномерно. (Замѣчательный случай такого рода наблюдалъ Нолл, въ которомъ на каждой сторонѣ послѣдъ находился на маточномъ отверстіи).

Распознаваніе раздѣленій и раздвоеній половыхъ частей неодинаково легко, смотря потому, обнаруживается ли сна-

ружи или нѣтъ, также въ шейкѣ ли она находится, или въ маточномъ рыльцѣ и влагалищѣ, въ каковомъ случаѣ ихъ можно узнать пальцемъ, зондомъ или маточнымъ зеркаломъ. Беременность часто вслѣдствіе воспрепятствованнаго или неправильнаго развитія матки не достигаетъ естественнаго своего конца. Бываютъ неблагоприятныя положенія, а во время родовъ, вслѣдствіе неправильной дѣятельности потугъ, надрыва маточнаго тѣла или рыльца происходятъ осложненія, о леченіи которыхъ см. выше.

## II. Неправильности положеній.

§ 442. 1) *Выпаденіе*. О важности выпаденія для беременныхъ было говорено раньше. Если матка беременная—на-износѣ лежитъ виѣ дѣтородныхъ частей совершенно или большей частью, можно предоставить роды силамъ природы; при этомъ только они будутъ соединены съ нѣкоторыми трудностями и опасностью. При этомъ не только относительно часто бываютъ тазовыя положенія, но обыкновенно роды замедляются или даже дѣлаются невозможными, или потому—что брюшныя мышцы не могутъ ихъ поддерживать, или потому, что стѣнки матки, сдавленные между младенцемъ и тазовыми стѣнками дѣлаютъ неправильными сокращенія, или потому, что маточное рыльце, измѣненное продолжительнымъ пребываніемъ виѣ таза, дѣлается неуступчивымъ, неспособнымъ расширяться, или совершенно не открывается, или разрывается.—Въ послѣднемъ случаѣ нужно прежде, чѣмъ наступитъ такой результатъ, довольно глубоко расширить края матки. Если же этого осложненія нѣтъ, то остается только во время потугъ противопоставлять искусственное препятствіе ихъ напору, сильно поддерживая и оттѣсня кверху выпадающія части руками или длиннымъ платкомъ, имѣющимъ для воспріятія маточнаго рыльца отверстіе. Если маточное рыльце на столько расширилось, что допускаетъ извлеченіе за головку или за вожни, то приступаетъ къ нему. Непосредственно за тѣмъ вправляютъ матку; этого однако не должно дѣлать во время родовъ, потому что будетъ бесполезно и опасно. Выдѣленіе послѣда требуетъ полнаго нашего вниманія; гдѣ оно пріостановлено, должно дѣлать рукой. Въ послѣродовомъ періодѣ женщина не должна оставлять постель долѣе обыкновеннаго, чтобы получить возможное исцѣленіе или по крайней мѣрѣ уменьшеніе неправильности.



§ 443. Выпаденіе влагалища образуетъ во время родовъ иногда большую опухоль въ наружныхъ половыхъ органахъ или впереди ихъ, которая вслѣдствіе давленія нисходящаго младенца сильно припухаетъ, не можетъ болѣе втянуться назадъ, все болѣе и болѣе оттѣсняется имъ книзу и представляетъ препятствіе его выхожденію. Если давленіе очень сильно, то стѣнки влагалища и сосѣднія къ ней части могутъ разорваться, или же быть разрушенными въ послѣдовомъ періодѣ антоновымъ огнемъ. Выпаденіе впрочемъ обыкновенно встрѣчается на передней стѣнкѣ.

Гдѣ существуютъ описанныя состоянія, тамъ для предохраненія отъ сказанныхъ послѣдствій тотчасъ накладываютъ щипцы. Если выворотъ влагалищной стѣнки замѣтили до вступленія или по крайней мѣрѣ до утвержденія головки въ тазъ, то можно избѣгнуть тѣхъ результатовъ, вкладывая выпавшую опухоль черезъ головку и поддерживая ее для предохраненія отъ вторичнаго выпаденія, пока головка опустится довольно глубоко. Если этого и не бываетъ, приостановленіе пальцами во время потугъ совѣтуютъ всегда, такъ какъ иногда предлежащая младенческая часть скользитъ по опухоли вмѣсто того, что бы оттѣснить ее; какъ это случается, когда поддерживанія не бываетъ.

§ 444. 2) *Наклоненіе матки испереди—Anteversio uteri:*

Уже во 2 главѣ предшествовавшаго отдѣла было изложено необходимое объ этомъ измѣненіи положенія въ этиологическомъ и анатомическомъ отношеніяхъ. Остается сказать только о значеніи его при родахъ.

Именно если матка во время беременности и особенно въ началѣ родовъ не будетъ выведена изъ неправильнаго положенія приличной повязкой, то маточное рыльце направляется совершенно кзади и стоитъ высоко. Оно расширяется медленно и передняя стѣнка нижняго сегмента матки оттѣсняется глубоко предлежащей частью младенца, тогда какъ рыльце остается направленнымъ кзади, иногда даже поднимается еще выше. Этому благоприятствуетъ преждевременный разрывъ пузыря. Сильное расширение, напоръ потугъ представляютъ возможность разрыва нижняго отрѣзка матки.

Распознаваніе этого состоянія не трудно, такъ какъ къ этому ведетъ разсматриваніе формы живота. Черезъ влагалище ощущаютъ большую твердую часть безъ рыльца, до котораго можно дойти къ мыску только съ большимъ трудомъ. Были

впрочемъ случаи, гдѣ распознаваніе было такъ не вѣрно сдѣлано, что заключили о совершенномъ заращеніи матки и разрѣзывали переднюю ея стѣнку.

Косое положеніе не требуетъ особенныхъ мѣръ. Роды имѣ иногда замедляются, но рѣдко бываютъ очень неправильны. Поэтому тутъ нечего дѣлать, кромѣ приведенія матки въ нормальное положеніе и удержанія ея въ немъ повязкой или руками. Въ остальномъ нужно быть терпѣливымъ и полагаться на природу. Понятно, что роженица должна лежать въ постели и при томъ на боку. Если разверзаніе маточнаго рыльца очень медленно, нижній сегментъ опустился слишкомъ глубоко, можно стараться направлять маточное рыльце кпереди и расширять, введя въ него во время потугъ одинъ или два пальца. Если потуги слабы и недостаточны, передняя губа маточнаго рыльца ущемлена, то при достаточномъ расширеніи извлекаютъ младенца.

§ 445. 3) *Боковое положеніе матки*, большей частью вправо, соединяющееся часто съ скручиваніемъ органа около вдольной оси, будучи въ незначительной степени, мало вліяетъ на роды. Въ большихъ степеняхъ производятъ косыя положенія предлежащей дѣтской части, которыя могутъ превратиться въ косыя положенія цѣлаго тѣла, вслѣдствіе медленнаго разверзанія маточнаго рыльца, потому что головка и пузырь неравномѣрно дѣйствуютъ на него, и вслѣдствіе слабыхъ или неправильныхъ потугъ. Иногда впрочемъ потуги производятъ должную постановку предлежащей части въ тазѣ. Обыкновенно этому можно помочь, положивъ роженицу на бокъ, противоположный дну матки.

§ 446. *Косость матки (obliquitas quoad formam* въ отличіе отъ косога ея положенія—*obliquitas quoad situm*), т. е. искривленіе тѣла матки, начиная съ шейки, въ бока, встрѣчается не очень часто и рѣдко достигаетъ значительной степени. При этомъ ось матки бываетъ параллельна оси входа, а ось шейки отклоняется въ сторону, или на оборотъ; или наконецъ оси обѣихъ частей отклоняются отъ оси таза и направлены въ одну сторону. Эта аномалія бываетъ врожденной или обуславливается неправильной короткостью связокъ одной стороны, или же происходитъ вслѣдствіе притяженія неправильными приращеніями.

Неправильныя положенія и постановки младенца, замедленное разверзаніе маточнаго рыльца могутъ быть слѣдствіемъ такого скручиванія матки. Рыльце ея разверзается медленно, потому что вдольные волокна матки не одинаково

растягиваютъ его и подлежащая часть младенца не способствуетъ его расширенію. Нижній сегментъ матки такъ можетъ быть растянутъ ниспускающей частью младенца, что угрожаетъ разрывомъ его.—Леченіе имѣетъ цѣлью утвердить надлежащимъ образомъ дно матки и въ тоже время установить шейку. Если это не помогаетъ, головка вступаетъ въ тазъ неправильно, роды чрезвычайно замѣдляются, то должно ихъ кончить, смотря по обстоятельствамъ, поворотомъ и извлеченіемъ или щипцами.

§ 447. Дѣйствительныя *herniae uteri* чрезвычайно рѣдки. Между тѣмъ случается, что органъ, попавшій въ небеременномъ состояніи чрезъ натуральное отверстіе въ брюшной стѣнкѣ въ бедренный или паховой каналъ, здѣсь оплодотворяется и продолжаетъ развиваться. Въ такихъ случаяхъ беременность, вслѣдствіе воспрепятствованнаго растяженія и нарушенной циркуляціи, обыкновенно прерывается, но можетъ достигнуть и естественнаго предѣла. Роды могутъ идти обычнымъ путемъ, если отверстіе грыжи не слишкомъ узко, что впрочемъ предупреждается расширеніемъ самой матки.

Распознаваніе неправильныхъ положеній во время беременности не трудно. Если это распознаваніе сдѣлано довольно заблаговременно, то можно попытаться вложить матку. Гдѣ это невозможно, должно поддерживать ее повязкой и ждать конца. Очень часто необходимо бываетъ болѣе или менѣе дѣятельное пособіе искусства, даже цесарское сѣченіе.

*Влагалище* иногда сдвигается съ своего мѣста тѣмъ, что внутренности давятъ на ея стѣнки, тѣснятъ ихъ, выворачиваютъ и производятъ грыжевыя мѣшки. Обыкновенно въ такомъ выворотѣ лежитъ мочевоі пузырь (*Cystocele vaginalis*), или прямая кишка (*Rectocele vaginalis*), или тонкія кишки, даже яичники съ своими придатками. Въ рѣдкихъ случаяхъ кишки выдѣряются даже въ большія срамныя губы, до промежности.

Во время беременности сдвинутые съ своихъ мѣстъ органы поднимаются вмѣстѣ съ маткой большей частью вверхъ, если только не ерослись съ своими мѣшками, съ мочевымъ пузыремъ естественно этого не можетъ быть. Во время родовъ вслѣдствіе дѣятельности потугъ, ущемленія между тазомъ и подлежащей частью ребенка, могутъ произойти всѣ тѣ вредныя послѣдствія, о которыхъ сказано при выпаденіи влагалища въ § 443. Леченіе назначенное въ тѣхъ случаяхъ, имѣетъ и здѣсь полное свое примѣненіе. Сдѣйствіе

потугамъ запрещается, выпадающіе органы должно вложить, гдѣ это не возможно и предстоитъ опасность отъ давленія, предотвратить ее скорымъ окончаніемъ родовъ.

### III. Запираніе, суженіе и неуступчивость родового пути.

§ 448. 1) Совершенное запираніе маточнаго рыльца можетъ произойти послѣ зачатія и представляетъ плотное рубцовое сращеніе или происходитъ вслѣдствіе перепончатого покрова маточнаго рыльца. Плотное сращеніе очень рѣдко и обусловливается нарывами и разрушеніями ткани шейки посредствомъ ѣдкихъ средствъ. Нѣсколько чаще встрѣчается соединеніе губъ маточнаго рыльца, ихъ замыканіе нѣжной перепонкой, такъ называемое *conglutinatio orificii uteri externi* (Naegele). Первое легко узнать, послѣднее обнаруживается тѣмъ, что не ощущается ни рубцовой ткани, ни затвердлости, ткань правильна, а ямки маточнаго рыльца не ощущаются. Если распознаваніе трудно, то должно прибѣгнуть къ введенію маточнаго зонда.

При плотномъ сращеніи стѣнокъ шейнаго канала маточное рыльце ни сколько не разверзается, не смотря на сильныя потуги; препятствіе не побѣждается ни простымъ давленіемъ пальцемъ, ни посредствомъ прободенія тупымъ инструментомъ. Поэтому, если угрожаетъ отрывъ запертой маточной шейки отъ матки или всего нижняго ея сегмента, такъ какъ слишкомъ глубоко протѣсняется подлежащей частью младенца, то должно немедленно приступить къ кровавому разверзанію.

Простое перепончатое запираніе устраняется обыкновенно дѣятельностью потугъ. Сначала онѣ глубоко надавливаютъ нижній сегментъ матки, который такъ истончается, что подлежащая дѣтская часть, по видимому, бываетъ покрыта только яйцовыми оболочками. Потомъ однако запирающая масса уступаетъ, маточное отверстіе разверзается и роды быстро подвигаются впередъ, если только женщина не истощена предшествовавшими напряженіями. Если препятствіе слишкомъ сильно и потуги не въ состояніи превозмочь его безъ опасности, то можно сдѣлать прободеніе ея осторожнымъ давленіемъ на мѣсто сращенія посредствомъ пальца или толстаго металлическаго зонда во время потугъ, когда перепонка натянута. Это весьма легко, безболѣзненно и сопровождается только незначительнымъ отдѣленіемъ крови.

§ 449, *Связкообразныя полоски*, идущія или вертикально отъ одной губки маточнаго рыльца къ другой или поперечно, бываютъ приращенными или продуктомъ воспаления, и обыкновенно уступаютъ потугамъ и давленію на пахъ яйца. Если же этого не бываетъ, можно ихъ отдѣлать ножницами или прижавъ двумя пальцами.

2) Несравненно чаще встрѣчается *неуступчивость маточнаго рыльца*, такъ называемая *плотность* его. Она происходитъ или вслѣдствіе рубцовъ на губкахъ его, или вслѣдствіе язвъ и неумѣстнаго употребленія ѣдкихъ средствъ, или вслѣдствіе измѣненія ткани, предполагаетъ обыкновенно гипертрофію съ отвердѣніемъ. Края маточнаго рыльца остаются твердыми, растянутыми и не уступаютъ дѣятельности потугъ. Околоплодная жидкость обыкновенно отдѣляется очень рано, младенецъ подверженъ непосредственному давленію матки и вслѣдствіе отсутствія плодоваго пузыря потуги легко дѣлаются неправильными, разрываніе маточнаго рыльца еще затруднительнѣе. Слѣдствіемъ этого могутъ быть разрывъ матки или ея шейки, истощеніе роженицы.

Пока позволяетъ общее состояніе матери и младенца— последнее узнается тщательнымъ выслушиваніемъ, не должно поступать насильственно. Сидячими и паровыми ваннами, слизистыми теплыми впрыскиваніями во влагалище, теплыми маточными душами, общими ваннами края маточнаго рыльца обыкновенно размягчаются и уступаютъ. Вдыханія хлороформа, опій холодное содержаніе успокаиваютъ возбужденіе роженицы. Нельзя дозволить содѣйствіе родамъ и расширеніе маточнаго рыльца пальцемъ или тупымъ инструментомъ. Въ самыхъ тяжкихъ случаяхъ, если препятствіе не уступаетъ и наступила опасность разрыва или смерти младенца, дѣлаютъ надрѣзы на неуступчивыхъ краяхъ рыльца, глубина которыхъ зависитъ отъ растяженія рубцовыхъ образований и затверденія. Лучше всего дѣлать ихъ съ боковъ, сзади и спереди. Подобный разрѣвъ менѣе опасенъ, чѣмъ произвольный разрывъ, обширность котораго отъ насъ не зависитъ. Рѣдко разрывъ идетъ дальше, потому что если разрѣвъ идетъ чрезъ всю неуступчивую ткань, всякое препятствіе въ такомъ случаѣ бываетъ устранено и дальѣйшее расширеніе матки пойдетъ правильно.

§ 450. 3) *Совершенное запираніе влагалища* рѣдко бываетъ предметомъ акушерской терапіи, такъ какъ оно происходитъ по зачатіи и слѣдовательно можетъ быть слѣдствіемъ образованія язвъ съ послѣдовательнымъ сраще-

ніемъ противоположныхъ стѣнокъ влагалища. Эти случаи производятъ большую опасность и только тамъ, гдѣ сращеніе очень рыхло, тонко перепончато, гдѣ нѣтъ сильныхъ рубцовыхъ сокращеній, удается потугамъ устранить препятствіе безъ дальнѣйшаго вреда. Но обыкновенно положеніе дѣлъ не бываетъ такъ хорошо, наступаетъ разрывъ влагалища и сосѣднихъ къ нему органовъ, если не было подано оперативнаго пособія. Кровавое отдѣленіе сросшихся стѣнокъ можетъ быть легкимъ и безопаснымъ, если сращеніе только поверхностное; на оборотъ, если оно обширно, то предстоитъ близкая опасность одновременнаго вскрытія пупыря и прямой кишки.

§ 451. 4) Чаше полного срастанія у рожениць встрѣчается частное запираніе, неуступчивость вслѣдствіе образованія рубцовъ и суженіе влагалища.

Суженіе и неуступчивость влагалища, какъ первоначальное образованіе, бываетъ или рудиментарное развитіе его, или обуславливается болѣе или менѣе обширной перегородкой, идущей сверху внизъ. Иногда тоже дѣлаютъ поперечно пробѣгающія связки. Эти состоянія не представляютъ обыкновенно нисходящему младенцу особеннаго препятствія, такъ какъ уже гипертрофія, наступающая вмѣстѣ съ беременностью, производитъ сильное разрыхленіе его и способность расширяться. Поэтому во время родовъ ограничиваются приведеніемъ въ порядокъ потугъ, запрещеніемъ содѣйствія и способствованіемъ къ разрыхленію стѣнокъ теплыми впрыскиваніями и сидячими ваннами. Если вдольная или поперечная перегородка составляетъ препятствіе и угрожаетъ разрывомъ, то должно отдѣлить ее ножницами, потому что произвольный разрывъ можетъ распространиться на сосѣднія части.

Гораздо худшія послѣдствія вчетъ за собой частное сращеніе влагалищныхъ стѣнокъ и рубцовое суженіе ихъ, слѣдствіе сифилистическихъ язвъ и пuerперальныхъ изъязвленій. Рубцы могутъ распространиться по всей периферіи канала и сжать его въ очень маленькой объемъ или же они находятся на отдѣльныхъ мѣстахъ, препятствуютъ ихъ растяженію и обуславливаютъ такимъ образомъ неравномѣрное расширеніе влагалища, болѣзненное растяженіе здоровыхъ частей при прохожденіи младенца. Эти суженія тѣмъ опаснѣе, что они во время беременности не разрыхляются, не дѣлаются уступчивыми, вслѣдствіе чего они легко разрываются или ведутъ подлежащую часть младенца къ неблагопріят-

ному направленію, напр. къ прямой кишкѣ, которая ей прободается. Если узнали это состояніе до родовъ, то можно помочь постепеннымъ растяженіемъ посредствомъ бужей и сжатыхъ губокъ. Если наступаютъ роды и суженіе не раздается, расширяютъ мѣста эти ножемъ, чтобы не произошло произвольный разрывъ, который можетъ распространиться на пузырь или прямую кишку. Разрѣзъ дѣлаютъ пуговчатымъ бистуреемъ, самое лучшее вовремя потугъ, потому что тогда растяженіе наибольшее, слѣд. можно самымъ точнымъ образомъ опредѣлить мѣста наибольшаго сопротивленія и наблюдать за дѣйствіемъ ножа. Тогда и разрѣзъ можно произвести всего легче вслѣдствіе растяженія рубцовыхъ мѣстъ. Если головка вступила въ узкое мѣсто, потуги очень жестоки, такъ что предстоитъ опасность дальнѣйшаго разрыва, показуется наложеніе щипцовъ.

Впрочемъ не нужно спѣшить съ оперативной помощью, должно сперва довольно долгое время наблюдать за дѣйствіемъ потугъ, потому что очень часто даже послѣ долгой родовой дѣятельности суженіе уступаетъ безъ разрыва.

§ 452. 5) *Неразрушенная двѣственная плева* тогда только можетъ задержать выходженіе младенца, если она очень толста и неуступчива. Обыкновенно она уступаетъ напирательной головкѣ, разрывается или развертывается такъ, что исчезаетъ въ окружающей слизистой оболочкѣ. Если же она дѣйствительно препятствуетъ родамъ, то ее разрѣзываютъ ножницами.

6) *Узость rimae pudendorum и тугость, неуступчивость промежности* иногда представляетъ препятствіе выходженію головки.

Если потуги очень сильны и роженица слишкомъ сильно содѣйствуетъ, то промежность можетъ разорваться болѣе или менѣе глубоко прямо кзади или въ боковомъ направленіи. Этого можно избѣгнуть, употребляя размягчающія припарки, сидячія ванны, а преимущественно должнымъ защищеніемъ промежности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ накладываютъ щипцы, польза которыхъ состоитъ въ препятствіи быстрому выходженію головки и въ доставленіи промежности времени развить свою эластичность. Если угрожаетъ разрывъ, то хорошо дѣлаютъ, надрѣзывая болѣе или менѣе глубоко промежность и затуаговывая большія губы, по направленію къ бокамъ, чтобы избѣгать разрыва по направленію къ задницѣ. Конечно часто и это не предупреждаетъ разрыва въ послѣднемъ направленіи.

Гдѣ промежность вслѣдствіи язвъ и предшествовавшихъ разрывовъ, неуступчива, обыкновенно терпѣннѣе, важны и сообразное поддерживаніе ея приносятъ больше пользы, чѣмъ разрѣзываніе неуступчивыхъ частей. Впрочемъ здѣсь послѣднее весьма часто бываетъ необходимо.

#### IV. Новообразованія и опухоли.

§ 453. 1) *Фибродъ матки* составляетъ очень часто опасное осложненіе родовъ. Очень часто воспрепятствованнымъ развитіемъ маточныхъ стѣнокъ беременность пріостанавливается. Важнѣе этого опасности, наступающія при родахъ зрѣлаго или почти только выношеннаго ребенка. Опухоль можетъ совершенно запретъ тазовый входъ и сдѣлать необходимыми цесарное сѣченіе и прободеніе. Или она нарушаетъ равномерное сокращеніе матки такъ, что вслѣдствіе ея несократительности происходитъ разрывъ органа, въ послѣродовомъ періодѣ происходятъ иногда жестокія кровотеченія вслѣдствіе той же причины изъ разорванныхъ сосудовъ на мѣстѣ послѣда, которыя не могутъ достаточно сжаться. Также очень часто нарушается переходъ матки въ родовомъ періодѣ въ прежнее состояніе, вызывается воспаленіе матки съ смертельнымъ воспаленіемъ брюшины. Впрочемъ это касается только промежуточныхъ и подслизистыхъ фибродовъ; фиброды же, находящіяся подъ брюшиной, не влекутъ за собой исчисленныхъ послѣдствій, а если они и дѣйствуютъ вредно, это потому только, что они помѣщаются въ тазовомъ входѣ и запираютъ путь младенцу.

Относительно леченія при этомъ осложненіи прежде всего нужно замѣтить, что здѣсь могутъ быть назначены операціи цесарскаго сѣченія и прободенія, но что перваго нужно избѣгать, если нельзя совершенно безъ него обойтись. Мы не извѣстены ни одинъ случай счастливаго его исхода при этихъ отношеніяхъ; что также ясно, если припомнимъ малую сократительную способность матки, а потому опасность кровотеченія, равно какъ и большую вѣроятность въ этихъ случаяхъ воспаления брюшины. Прободеніе можетъ имѣть въ большей части случаевъ, чѣмъ цесарское сѣченіе. Но прежде, нежели подумать объ этомъ, должно убѣдиться, нельзя ли опухоль удалить изъ тазоваго входа, что, если возможно, даетъ самое благоприятное ручательство за роды. Если можно ее отдвинуть вверхъ и провести головку, то будетъ очень счастливый исходъ. Если она не проходитъ, а мѣста до-



вольно, должно пытаться сдѣлать поворотъ и извлеченіе. Это всегда должно предпочитать щипцамъ. Последнее средство остается размельченіе младенца. — Произведеніе раннихъ родовъ назначается рѣдко, потому что стѣсненіе пространства таково, что какъ зрѣлый плодъ не можетъ пройти, такъ и осьмиимѣсячный. Если опухоль подвижна, то операція во всякомъ случаѣ неумѣстна. Искусственный выкидышъ можетъ, по видимому, быть назначаемъ только при абсолютномъ стѣсненіи пространства и неподвижной опухоли.

Въ заключеніе упомяну, что были случаи съ счастливымъ исходомъ удаленія опухоли прежде ребенка, посредствомъ надрѣзыванія мышечной ея оболочки и вылущенія пальцами (Dapau).

§ 454. 2) *Полипъ въ маткѣ* въ такомъ только случаѣ смѣшиваются съ беременностью и родами, если они достигли достаточнаго объема, не слишкомъ мягки и уступчивы. Очень часто эти стебельчатые фиброзныя опухоли во время беременности увеличиваются въ объемѣ, но не нарушаютъ ея теченія. Во время родовъ онѣ могутъ представлять механическое препятствіе вступленію и выходу младенца; онѣ могутъ обуславливать неправильности потугъ и вособенности кровотеченія вслѣдствіе недостаточныхъ сокращеній матки.

Не смотря на то, существуетъ общее правило не приступать ни къ чему, пока не потребуетъ этого настоящая опасность. Если опухоль подвижна, стараются отодвинуть ее кверху и держать тамъ, пока поступившая въ тазъ часть младенца въ состояніи будетъ препятствовать вторичному ея опущенію. Иногда, когда стебелекъ былъ очень длиненъ, изгоняли полипъ изъ дѣтородныхъ частей прежде младенца. Въ такихъ случаяхъ можно удалить его ножомъ, если продолжаетъ быть препятствіемъ. Только это должно дѣлать, если вообще возможно, тогда, когда онъ обуславливаетъ очень жестока кровотеченія или составляетъ препятствіе. Во всякомъ случаѣ удаленіе полипа должно предпочитать прободенію. Только не должно быть при этомъ слишкомъ отважнымъ, потому что надобно опасаться нагноенія стебельковаго остатка и послѣродоваго воспаленія венъ. Поэтому же вырѣзываніе предпочитается лигатурѣ, потому что первая достигаетъ цѣли быстро, послѣдняя медленно, почему умѣстна только послѣ родовъ.

§ 455. *На маточной шейкѣ* также встрѣчаются фибронды и полипы, которые требуютъ леченія, описаннаго

или сейчас, или въ § 449. 3) *Гипертрофія съ затверденіемъ* влагалищной части рѣдко бываетъ такъ значительна, чтобы составила значительное препятствіе; при чемъ конечно она будетъ ли на одной или на обѣихъ маточныхъ губкахъ, можетъ замедлить роды, затруднить разverzаніе матки. Въ такомъ случаѣ можно дѣлать тоже, что назначено при такъ называемой неуступчивости (*Rigidität*) маточнаго рыльца; въ крайнихъ случаяхъ нужно прибѣгать къ глубокимъ надрѣзамъ. Должно опасаться отсѣченія гипертрофированной части, потомучто можетъ произойти значительное и трудно останавливаемое кровотеченіе.

4) Болѣе опасное осложненіе составляютъ *carcinoma colli uteri* (ракъ на тѣлѣ матки рѣдко приходится наблюдать, а одновременно съ беременностью никогда). Беременность часто прерывается рано, потомучто болѣзнь не допускаетъ измѣненій въ нижнемъ отдѣлѣ матки, наступающихъ обыкновенно въ 3 — 4 мѣсяцѣ беременности; тутъ надобно очень бояться кровотеченій. Обыкновенно же беременность достигаетъ естественнаго своего конца, Въ это время маточное рыльце препятствуетъ или своей неуступчивостью, или тѣмъ, что представляетъ большую опухоль, выполняющую тазовый входъ. Потуги постепенно прекращаются, образуетъ разрывъ матки или ея рыльца. Разрушеніе раковыхъ массъ проходящимъ младенцемъ можетъ быть столь опасно, что наступаетъ мгновенная смерть. Поэтому-то совѣтуютъ заблаговременно производить выкидышъ, чтобы предотвратить такое явленіе. Но если болѣзнь уже достигла упомянутой степени, то едва ли и преждевременное прекращеніе беременности въ состояніи будетъ продлить на-долго жизнь матери; напротивъ вѣроятно, что въ остальное время беременности здоровье матери будетъ сравнительно лучше, болѣзнь пойдетъ медленнѣе, нежели въ такой же промежутокъ времени послѣ выкидыша. Поэтому должно особенно заботиться о жизни младенца и отвергать искусственный выкидышъ.

§ 456. Въ случаяхъ, гдѣ не столько препятствуетъ большая опухоль, сколько затвердѣлая, увеличенная и неуступчивая маточная шейка и рыльце, при наступленіи родовъ надобно нѣсколько подождать, чтобы видѣть, какое вліяніе будутъ имѣть на нихъ потуги. Отъ размягчающихъ средствъ здѣсь надобно отказаться. Если маточное рыльце не уступаетъ, угрожаетъ разрывъ, страдаетъ младенецъ, тогда дѣлаютъ въ перерожденной массѣ глубокія и достаточныя надрѣзки. Обыкновенно потуги доканчиваютъ роды; но если и

теперь они идутъ медленно, угрожаетъ дальнѣйшій разрывъ по насѣчкамъ, то нужно извлечь младенца щипцами или рукой. Если влагалище и весь тазовый входъ выполненъ раковой массой и протѣсняющійся младенецъ не можетъ раздавить ее собой и проложить себѣ путь, въ такомъ случаѣ можно говорить только о прободеніи младенца и кесарномъ сѣченіи. Но для первой операции нѣтъ никакого повода, потому что *раздробленный* младенецъ на столько же можетъ раздавать раковую массу, какъ и неповрежденный; потому что она рѣдко препятствуетъ своей неуступчивостью. Это раздавливаніе ея чрезвычайно ускоритъ смерть матери, а потому въ такихъ случаяхъ и нужно думать о сохраненіи жизни младенца, — почему вполне показуется кесарское сѣченіе, кончившееся не разъ благоприятно для обѣихъ сторонъ.

§ 457. 5) *Новообразованія во влагалищѣ, въ наружныхъ дѣтородныхъ частяхъ, въ яичникахъ и въ органахъ, сосѣднихъ съ половыми*, въ пузырьѣ, прямой кишкѣ или въ клѣтчаткѣ таза иногда также бываютъ механическими препятствіями родамъ. Они дѣйствуютъ тѣмъ сильнѣе, если объемисты, выполняютъ тазъ на большомъ пространствѣ, не подвижны если ихъ нельзя вложить или потому, что они срослись съ сосѣдними частями, или потому, что они ущемлены въ тазовомъ каналѣ. Матка выводится изъ ея положенія и направленія, положеніе младенца неблагоприятно и самому окончанію родовъ противопоставляется механическое препятствіе. Образъ дѣйствія при этихъ препятствіяхъ совершенно тотъ же, какъ и при опухоляхъ въ маткѣ. Должно извѣстное время ждать дѣйствія потугъ; если и за тѣмъ потребуется помощь, то, смотря по положенію опухоли надъ малымъ тазомъ, выводятъ изъ него опухоль кверху или книзу такъ чтобы подлежащая часть младенца могла проскользнуть по ней, установиться въ тазу, поддерживать ее, или даже вовсе не касаться. Если передвиженіе опухоли невозможно, сидитъ она неподвижно, плотно, если нельзя ни сдавить ее безъ величайшей опасности для жизни матери, ни уменьшить или удалить, то нужны тѣ же мѣры, какія назначены выше при подобныхъ стѣсненіяхъ пространствъ дурно образованнымъ и стуженнымъ тазомъ.

**D) НЕПРАВИЛЬНОСТИ РОДОВЪ СО СТОРОНЫ МЛАДЕНЦА И ЕГО ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ.**

### *I. Неправильности величины и формы.*

§ 458. 1) *Чрезмѣрная величина младенца* представляетъ

мало затрудненій, если тазъ нормально широкъ и головка не слишкомъ развита. Но обыкновенно случается послѣднее и въ *величинѣ головки* заключается препятствіе родамъ. Пока черепныя кости гибки и подвижны, т. е. швы и роднички, какъ слѣдуетъ, широки, затрудненіе родовъ бываетъ незначительное; кости надвигаются другъ на друга и принаравливаются къ тазовому входу, въ крайнемъ случаѣ нѣсколько замедляется періодъ выдѣленія. Но если швы и роднички узки и малы, кости тверды и мало гнутся, что обыкновенно бываетъ у перерзѣлыхъ, крѣпкихъ дѣтей, то прохожденіе черезъ тазъ можетъ быть очень затруднено. Если же и онъ будетъ хоть сколько нибудь суженъ, то затрудненіе конечно становится еще больше. Чрезвычайная величина тѣла и головки и твердость послѣдней главнѣйшимъ образомъ бываетъ у плодовъ мужескаго пола (Simpson) и часто у одной и той же женщины случается въ нѣсколькихъ беременностяхъ, слѣдующихъ одна за другой. По видимому она наследственная и по ошибкѣ приписываютъ ее питательной діетѣ матери. Распознаваніе ея трудно до тѣхъ поръ, пока недоступна непосредственно нашимъ рукамъ. Сильно растянутая матка при слабомъ зыбленіи, слѣд. при незначительномъ количествѣ околоплодной жидкости составляетъ признакъ обманчивый, невѣрный. Въ началѣ родовъ можно предполагать большую головку, если она представляетъ черезъ влагалищный сводъ огромный объемъ, съ трудомъ поднимается вверхъ и не глубоко опускается въ входъ таза. Малаго родничка не ощущаютъ явственно и не замѣчаютъ свободнаго пространства, образуемаго имъ; столь же неясвенный стрѣльчатый шовъ и по видимому весь черепъ имѣетъ однообразную, неуступчивую поверхность. Онъ медленно подвигается въ тазовой полости, скоро покрывается большой головной опухолью и не позволяетъ пальцу проникать вверхъ между ней и стѣнками таза. — Вліяніе слишкомъ большой и очень окостенѣлой головки совершенно сходно съ незначительнымъ суженіемъ таза, соотвѣтственно этому бываетъ и леченіе (ср. § 445 — 37).

§459. Съ большой головкой обыкновенно соединяется *чрезмѣрная ширина плечекъ*. Она можетъ представлять препятствіе, какъ вступленію ихъ въ тазъ, такъ и выхожденію изъ него. Въ первомъ случаѣ она препятствуетъ дальнѣйшему передвиженію и выходу головки, въ послѣднемъ можетъ причинить смерть младенцу вслѣдствіе давленія на грудь и нарушенія, препятствія попыткамъ къ вдыханію. Въ пер-

вомъ случаѣ головку должно развивать щипцами, производя въ то же время снаружи давленіе руками помощника на *hypogastrium*. Если плечики останавливаются въ нижней части тазовой полости и въ выходѣ, то вводятъ указательный палецъ въ подкрыльцевую ямку того плечика, которое удобоподвижнѣе, и развиваютъ туловище, при чемъ въ то же время головку нѣсколько приподнимаютъ къ животу матери (ср. Діететика родовъ).

§ 460. 2) Иногда увеличеніе распространяется только на отдѣльныя части младенческаго тѣла и зависитъ или отъ скопленія воды въ большихъ полостяхъ или въ страданіи извѣстныхъ органовъ. Самая частая между этими аномаліями

*Головная водянка (hydrocephalus)*. Иногда она обуславливаетъ громадное растяженіе черепной полости; при этомъ окружность головки въ 24 — 30" вовсе не рѣдкость. Распознаваніе не трудно, если черепныя кости очень подвижны и черепъ образуетъ болѣе слабый мѣшокъ, наполненный жидкостью, чѣмъ плотную опухоль. Въ такомъ случаѣ онъ останавливается надъ тазовымъ входомъ, занимаетъ его весь, не выполняя однако совершенно. Предлежащая часть во время потугъ очень упруга и напряжена, а внѣ ихъ уступчива; при этомъ она представляетъ зыбленіе вособенности на мѣстахъ, которыя не заняты костями. Но не всегда швы и роднички чрезмѣрно широки, потомучто и самыя кости бываютъ развиты необыкновенно, а въ такомъ случаѣ не такъ то легко разпознать головную водянку.

Слабое развитіе костей и значительное швовъ можетъ также ввести невнимательнаго наблюдателя въ ошибку, почему онъ думаетъ, что во время потугъ ощущаетъ яйцовыя оболочки. Вліяніе головной водянки на теченіе родовъ различно. Если головка мягка и уступчива, то давленіемъ со стороны матки и таза она можетъ быть сжата, кости ея могутъ надвинуться одна на другую, такъ что она можетъ быть выведена съ большимъ или меньшимъ трудомъ, а все таки дѣятельностью однихъ потугъ. При этомъ можетъ случиться, что часть, лежащая всего глубже, отъ давленія напирющей на нее жидкости лопнетъ и послѣдняя вытекаетъ. Если же уступчивость незначительна, при этомъ черепъ очень великъ и вособенности если отдѣльныя его кости соотвѣтственно развиты, то препятствіе родамъ можетъ быть значительно, можетъ наступить разрывъ шейки или нижняго сегмента матки, истощеніе роженицы. На теченіе родовъ имѣетъ вліяніе постановка головки, потомучто оно благоприятнѣе въ томъ

случаѣ, когда половина черепа, лежащая впереди, опускается гораздо глубже другой, нежели тогда, когда головка помещается надъ тазомъ горизонтально. Предлежаніе тазовыхъ конечностей при головной водянкѣ чрезвычайно часто, потому что большая головка не можетъ надлежащимъ образомъ установиться въ нижнемъ отдѣлѣ матки. Впрочемъ оно представляетъ менѣе затрудненій, нежели головныя положенія, потому что головка, слѣдующая за туловищемъ, при этой аномалии легче проходитъ, нежели при ея предлежаніи.

§ 461. При леченіи надобно принять за правило—предоставлять природѣ все, если замѣчаютъ, что головка приспособляется къ тазу и низводится; если же этого нѣтъ, роды такъ замедляются, что мать начинаетъ страдать, то слѣдуетъ обращаться къ пособію искусства и такъ какъ младенецъ обыкновенно погибаетъ, то нужно заботиться только о спасеніи матери. При этомъ къ наложенію щипцовъ нѣтъ никакой возможности, потому что головка для этого обыкновенно слишкомъ велика и уступчива. Скорѣе на вышеприведенномъ основаніи, можно дѣлать поворотъ на ножки съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Если предъидущая головка или слѣдующая за туловищемъ медлитъ поступательными движеніями, то должно вскрывать черепъ, но не инструментами для прободенія (*perforatio*), а троакаромъ, который должно вводить только тамъ глубоко, какъ нужно для испражненія жидкости безъ поврежденія мозга. Раздроблять головку не должно, пока можно обойтись безъ этого, такъ какъ извѣстно, что послѣ прокола ребенокъ можетъ оставаться въ живыхъ, и что простаго испражненія жидкости часто бываетъ достаточно для устраненія препятствія родамъ. При предлежаніи головки троакаръ вонзаютъ въ то мѣсто, которое лежитъ всего глубже и во время потугъ кажется всего тоньше и напряженнѣе. При слѣдованіи головки за туловищемъ нѣтъ надобности вскрывать черепъ на высотѣ, что можетъ быть очень утомительно; но обыкновенно гораздо легче слѣзать маленькій разрѣзъ между остистыми отростками двухъ шейныхъ позвонковъ и вскрыть троакаромъ или ножомъ верхнюю часть спиннаго канала и такимъ путемъ выпустить жидкость. Если вскрываютъ ножомъ, то нужно ввести въ рану плотную или эластическую трубку.

§ 462. Если будетъ *чрепърно растянута грудь или брюшинная полость водянистымъ скопленіемъ или опухольми*, что особенно случается съ печенью и почками, то это можетъ составлять препятствіе прохожденію туловища, будетъ ли

головка слѣдовать впереди или позади его. Отъ объема и плотности этихъ опухолей будетъ зависѣть степень неправильности. Распознаваніе этого не всегда легко и большей частью возможно только при исключеніи другихъ препятствій, какъ суженія таза, укорачиванія пуповины, стриктуръ. — Природа можетъ преодолѣть препятствіе, большей же частью необходимо пособіе искусства.—Постоянно прежде всего дѣлаютъ извлеченіе, потомъ прободеніе (*paracentesis*) и только тогда прибѣгаютъ къ раздробленію, когда прободенія недостаточно для уменьшенія объёмистой части.

На поверхности младенца могутъ развиваться *опухолы* разнаго свойства и различной величины, замѣляютъ роды или противопоставляютъ окончанію ихъ трудно преодолимое препятствіе. Распознаваніе ихъ большей частью еще труднѣе, нежели только что описанныхъ состояній и вособенности можно предполагать двойни, изъ которыхъ одинъ отчасти родился, а другой въ тоже время вступилъ въ тазъ; также неправильные роды двоенъ. Точное наружное и внутреннее изслѣдованіе положеніе, свойство, вособенности плотность опухоли должны руководить сужденіемъ. Всегда нужно пробовать извлеченіе рукой и только тогда прибѣгать къ инструментамъ, когда оно не удалось. Вообще при леченіи такихъ случаевъ соблюдаются тѣже правила, которыя изложены при суженіяхъ таза, съ той только разницей, что при нихъ жизнь младенца вообще берется въ расчетъ гораздо меньше.

§ 463. 3) Изъ *уродливостей плода* механическое препятствіе родамъ представляютъ только *образованіе двоенъ* (*Doppelbildungen*), т. е. соединеніе двухъ плодовъ. Соединеніе это можетъ быть болѣе или менѣе тѣснымъ; оно можетъ существовать въ головѣ, спишѣ и туловищѣ; иногда соединяются два туловища, а головка бываетъ одна. (Объ этомъ ср. Руководство къ Патологической Анатоміи). — Распознаваніе этой аномалии во время родовъ бываетъ также трудно, какъ и вообще распознаваніе двоенъ. Даже если убѣдились въ присутствіи нѣсколькихъ плодовъ, распознаваніе ихъ связи возможно только въ теченіи родовъ или по введеніи руки въ матку.

Естественные роды возможны, если плоды срослись грудью только на небольшомъ пространствѣ, если они малы и уже долгое время мацерированы. Впрочемъ они могутъ родиться живыми и безъ помощи искусства. Но обыкновенно бываетъ такъ, что когда одна головка проходитъ тазъ, дру-

гая задерживается мыскомъ или надъ лоннымъ соединеніемъ и выходитъ только по рожденіи первой. Большой же частью одинъ младенецъ мѣшаетъ выхожденію другаго, или потому, что онъ не можетъ вступить одновременно съ нимъ въ тазъ или, если это происходитъ, потому, что чрезъ это чрезмѣрно увеличивается объемъ проходящей части.

Если одна головка установилась въ тазѣ, то нужно всегда обождать, какъ устроится дѣло. Потомъ если оно замедляется, потому что и другая стремится войти вмѣстѣ съ ней, то нужно попробовать отвинуть послѣднюю вверхъ и держать тамъ до тѣхъ поръ, пока первая опустится. Если это не помогаетъ, то нужно попробовать развить головку щипцами. Если плоды вовсе не могутъ вступить въ тазъ, то нужно сдѣлать поворотъ на ножки и извлеченіе. Если наибольшая часть туловища родилась а остальная медлитъ выхожденіемъ, то первую должно приподнять вверхъ къ животу матери, чтобы одна головка могла вступить въ углубленіе крестца, другая отступить кпереди и вверхъ надъ тазовый входъ. — Всѣ эти попытки, какъ и попытки наложить щипцы очень часто бываютъ напрасны, потому что остановившаяся головка или тѣло дѣлаютъ влеченія бесполезными. Въ такомъ случаѣ необходимо кровавое раздѣленіе обоихъ плодовъ и уменьшеніе ихъ объема. О цесарскомъ сѣченіи въ подобныхъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи, даже еслибы плоды и были живы, потому что сохраненіе ихъ въ высшей степени невѣроятно, а потому и не должно жертвовать еще и жизнью матери.

## II. *Неправильности постановки и членорасположенія.*

### § 464. 1) *Неправильныя постановки.*

Уже въ предъидущемъ отдѣленіи при описаніи механизма родовъ была рѣчь о необыкновенныхъ постановкахъ головки (о такъ назыв. 3 и 4 черепныхъ положеніяхъ, о глубокомъ поперечномъ стояніи черепа или лица). Поэтому остается сказать только о боковыхъ постановкахъ головки кпереди или кзади, также о боковыхъ постановкахъ задницы.

а) *Если головка уклоняется въ сторону*, такъ что упирается въ подвздошныя кости и тутъ задерживается, то это обыкновенно бываетъ на той сторонѣ, къ которой обращенъ затылокъ. Вособенности она можетъ остановиться тогда, когда вслѣдствіе *scoliosis* въ ту же сторону отклоняется мысокъ, и такимъ образомъ можетъ мало-по-малу образоваться



плечевое положеніе. Или же потуги оттѣсняютъ часть, направленную въ средину таза, образуется лобное или лицевое положеніе или затылокъ опускается несоразмѣрно глубоко, если передняя часть головки будетъ задержана. Въ такихъ случаяхъ часто еще въ тазѣ снова дѣлается правильная постановка головки. Но эта аномалія можетъ подать поводъ къ выпаденію пуповины или конечностей въ свободномъ пространствѣ таза и значительно замѣдлить роды, при чемъ головка почти вовсе не опускается и покрывается головной опухолью. — Причинами косой постановки бываютъ неправильное направленіе матки, неправильная форма ея и неправильный тазъ вособенности его узость при отсутствіи симметріи. Распознаваніе можно сдѣлать приблизительно уже при наружномъ изслѣдованіи; внутреннее указываетъ на очень высокое стояніе младенца, оттянутость маточнаго рыльца въ сторону отклоненія. По разрывѣ пузыря въ срединѣ таза ощущаютъ большой родничекъ и лобъ, а если онъ уклонился, то только часть этого родничка, такъ какъ онъ прилежитъ *linea arcuata*. Малый родничекъ, по высокому его положенію, рѣдко можно достать. Потуги мало оттѣсняютъ головку внизъ и съ ослабленіемъ ихъ она снова уклоняется.

Пока воды еще стоятъ, роженицу кладутъ на тотъ бокъ, къ которому уклонилась головка, при чемъ одновременно руками отодвигаютъ дно матки и тамъ удерживаютъ. Такимъ образомъ очень часто удается установить головку, впрочемъ нельзя быть увѣрену, что головка не уклонится снова, до тѣхъ поръ, пока она установится прочно, почему очень часто бываетъ полезно вскрытіе оболочекъ при достаточно широкомъ маточномъ рыльцѣ. Впрочемъ если это не помогаетъ, воды уже стекли, нечего терять времени, надобно рукой установить головку или сдѣлать это правильной установкой плечекъ (поворотъ на головку). При обстоятельствахъ показуется также поворотъ на ножки. Но никогда не должно пробовать наложеніе на уклонившуюся головку щипцовъ. Это не только почти невозможно, но даже соединяется съ многочисленными опасностями поврежденія матки и головки.

§ 465. b) *Головка задерживается у мыска*, впереди лежащая темянная кость опускается очень глубоко и стрѣльчатый шовъ проходитъ тотчасъ впереди задней тазовой стѣпки. При правильномъ тазѣ, образуемая взади темянная кость поворотомъ въ косой діаметръ большей частью освобождается

не такъ легко; околоплодная жидкость стекаетъ большей частью до установленія головки, передняя половина черепа низводится еще глубже, черепъ поворачивается около прямого своего діаметра и такимъ образомъ устанавливается въ поперечномъ размѣрѣ тазоваго входа.

Предсказаніе для младенца неблагопріятно, когда тазъ суженъ, потому что онъ большей частью умираетъ, если не будетъ своевременно подана помощь. А въ этомъ случаѣ иногда удается потугамъ сдавить черепъ, который теперь сдѣлался устрѣчивѣе и тѣмъ освободить темянную кость изъ мѣста суженія.

Такъ какъ на черепѣ легко могутъ случиться наминки, трещины и переломы, то и тутъ угрожаетъ младенцу опасность, даже еслибы онъ родился живымъ.

Щипцы должно налагать только въ томъ случаѣ, когда головка стоитъ въ тазовомъ входѣ не плоско и еще обнаруживаетъ наклонность къ вращательнымъ движеніямъ. Если же это не такъ и головка плотно окружена стѣнками таза, то показуется только прободеніе. Если подоспѣли довольно рано, головка еще не установилась и тазъ не очень узокъ, въ такомъ случаѣ всего лучше поворотъ на ножки. Установленіе головки рукой остается всегда бесполезнымъ усиліемъ, если причиной неправильности будутъ суженіе таза и выстояніе въ него мыска.

§ 466. с) *Головка можетъ остановиться также и надъ передней стѣнкой таза*, при чемъ темянная кость, обращенная назадъ, опускается глубже, стрѣльчатый шовъ идетъ поперечно за соединеніемъ. Высокое стояніе головки, припухлость передней губки маточнаго рыльца, положеніе стрѣльчататаго шва, ошущеніе уха впереди задней стѣнки таза дѣлаютъ распознаваніе вѣрнымъ. При дальнѣйшемъ дѣйствіи сильныхъ потугъ и отъ вращенія головки вокругъ перпендикулярнаго и поперечнаго ея діаметровъ, обыкновенно она соскальзываетъ въ углубленіе крестца, чему можно содѣйствовать давленіемъ надъ лонными костями. Если же это не происходитъ, то можно попытаться установить головку рукой; а если потомъ убѣдились, что это не далеко, то необходимо сдѣлать поворотъ на ножки. Щипцовъ не должно накладывать до тѣхъ поръ, пока головка не приняла хорошей, прочной постановки.

§ 467. d) *При предлежащей заднице туловище можетъ имѣть косое положеніе*, такъ что задница къ одной сторонѣ прилежитъ плотно, а на другой остается свободное про-

транство, выполненное околоплодной жидкостью, въ которое обыкновенно упадаютъ пуповина и ручка. Это косоое положеніе встрѣчается обыкновенно при косомъ положеніи матки и, если не будетъ замѣчено, можетъ повлечь ранній стокъ водъ, замедленное разверзаніе маточнаго рыльца и даже поперечное положеніе. При этомъ показуется положеніе роже-ницы на сторону, противоположную постановкѣ задницы, а если это не помогаетъ, низведеніе ножекъ.

е) *Постановка плечекъ въ прямомъ діаметрѣ тазоваго входа*, особенно если послѣдній нѣсколько суженъ или по крайней мѣрѣ не принадлежитъ къ широкимъ, можетъ составлять препятствіе къ прохожденію головки. Во время потугъ она не подвигается впередъ, не уступаетъ никакому влеченію, хотя и нельзя отыскать причину ни въ шей, ни въ тазовомъ каналѣ. Если изъ этого заключаютъ объ описываемомъ те-перь препятствіи, то нужно давить на животъ по выше лоннаго соединенія, приподнимая въ то же время матку, чтобы освободить ущемленныя плечики. Осторожнымъ вращеніемъ головки помощію щипцовъ часто можно сдѣлать то же самое. Если же отъ этого успѣха нѣтъ, то младенецъ обыкновенно погибаетъ, потому что вслѣдствіе давленія онъ умираетъ, и прободеніе черепа должно доставить намъ доступъ къ плечикамъ.

§ 468. 2) *Неправильное членорасположеніе.*

Выпаденіе плечекъ при поперечныхъ положеніяхъ, при тазовыхъ, нисхожденіе ножекъ вмѣстѣ съ предлежащей задницей составляютъ явленіе совершенно обманчивое, обыкновенное, которое ни составляетъ ни осложненія родовъ, ни обуславливаетъ опасности. Со всѣмъ иное дѣло *выпаденіе конечностей при предлежащей головкѣ*. Иногда уже во время беременности ощущаютъ подлѣ предлежащей головки меньшія части, которыя иногда остаются въ этомъ положеніи и въ началѣ родовъ; онѣ обыкновенно исчезаютъ, если головка установилась въ нижнемъ сегментѣ матки. Впрочемъ обыкновенно это явленіе наступаетъ съ началомъ разверзанія маточнаго рыльца, но можетъ случиться также и по стокѣ водъ. Говорятъ, *предлежитъ подлѣ* головки конечность, если пупъ еще цѣлъ; и *она вытала*, если конечность по стокѣ водъ находится подлѣ или впереди головки. Обыкновенно

выпадаютъ плечо или рука, въ иныхъ случаяхъ предлежитъ одна или обѣ ножки и только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ одновременно верхнія и нижнія конечности. Въ такихъ случаяхъ большей частью выпадаетъ также и пуповина.

*Причины* этого неправильнаго членорасположенія суть: косо́е положеніе младенца и матки, особенно если послѣдняя слишкомъ сильно растянута околоплодной жидкостью и потеряла свое яйцевидное очертаніе; косо́я постановка головки; узкій, вособенности неравномѣрный (асимметрическій) тазъ и раннее созрѣваніе или смерть младенца, такъ какъ при этихъ обстоятельствахъ онъ бываетъ гибче и обыкновенно теряетъ нормальную свою постановку уже за долго до наступленія родовъ.

Распознаваніе выпаденія конечностей не трудно, вособенности опредѣленіе, выпала ли ручка или ножка и которой стороны. Послѣднее всего лучше опредѣляютъ изъ положенія ея относительно головки; по виду конечности и ея положенію относительно головки можно также сдѣлать заключеніе о постановкѣ послѣдней, когда она стоитъ еще высоко, или нельзя явственно осязать швы и роднички.

§ 469. *Вліяніе* этихъ осложненій на теченіе родовъ опредѣляютъ числомъ выпавшихъ членовъ, глубиной, до которой они опустились, мѣсто гдѣ это произошло, положеніемъ ихъ относительно головки и шириной таза; надобно также обращать большое вниманіе на причины и образъ происхожденія выпаденій.

Иногда случается, что конечность, которую прощупывали до разрыва пузыря, по совершеніи его исчезаетъ или по мѣрѣ нисхожденія головки уходитъ за нее. Но обыкновенно механизмъ родовъ нарушается и даже эти обстоятельства, или препятствуютъ установленію головки, или останавливаютъ правильныя ея вращенія въ тазѣ и превращаютъ въ неправильныя, или наконецъ механически препятствуютъ дальнѣйшему передвиженію головки, даже дѣлаютъ его совершенно невозможнымъ, хотя при благопріятныхъ обстоятельствахъ можетъ случиться также и то, что головка родится дѣятельностью природы вмѣстѣ съ верхнимъ плечемъ или цѣлой рукой. Описанныя сейча́сь затрудненія происходятъ вособенности тогда, когда обращенная кпереди рука опустилась между головкой и передней стѣнкой таза, слѣд. напр.

когда правая ручка опустилась въ лѣвую сторону передней тазовой стѣнки; тогда какъ нисхождение кзади обращенной ручки по крестцово-подвздошному сочлененію гораздо менѣе вредно. — При выпаденіи одной или обѣихъ ножекъ часто, вслѣдствіе сильнаго искривленія, младенческаго туловища, потуги бываютъ вовсе недѣйствительны, установка головки дѣлается невозможной, такъ что можетъ образоваться поперечное положеніе.

§ 470. При *леченіи* надобно обращать вниманіе на всѣ обстоятельства. Если при достаточно широкомъ тазѣ и правильной постановкѣ головки выпаденіе не имѣетъ значительно вреднаго вліянія на ходъ и механизмъ родовъ, то можно предоставить роды самимъ себѣ. Если въ яйцевыхъ оболочкахъ и вообще при неустановившейся еще головкѣ ощущаютъ подлѣ нея конечность, то должно положить роженицу на бокъ, противоположный той сторонѣ, въ которой образовалось выпаденіе, въ тоже время надобно стараться давленіемъ снаружи содѣйствовать установленію головки. Если это не ведетъ къ цѣли, головка не устанавливается въ тазовомъ входѣ, тазъ слишкомъ узокъ и рука очень толста, если помѣщается она въ неблагоприятномъ мѣстѣ и нѣтъ показаній къ ускоренію родовъ, — то нужно своевременно вложить выпавшую часть, пока это еще легко сдѣлать. Съ этой цѣлью кладутъ роженицу такъ, чтобы можно было свободно дѣйствовать оперирующей рукой, достаточно опускать локоть, слѣд. во всякомъ приподнимаютъ тазовую область. Выборъ руки зависитъ отъ положенія выпавшей ручки, и на это нельзя дать общихъ правилъ. Цѣлой рукой отводятъ ручку черезъ головку къ груди младенца и при томъ такъ, что, если ручка обращена впередъ, то тыльная поверхность руки должна быть также обращена впередъ, въ противномъ случаѣ къ крестцовоподвздошному сочлененію. Если вправление сдѣлано, то нужно еще установить головку и, сдѣлавши это, упрочить выше описаннымъ положеніемъ роженицы. — Если послѣ нѣсколькихъ попытокъ вправление не удастся, нельзя установить головку, она постоянно уклоняется и ручка снова выпадаетъ, то нужно заблаговременно сдѣлать поворотъ на ножки, пока это еще не сдѣлалось слишкомъ труднымъ или даже совершенно невозможнымъ. — Шапцы можно накладывать тогда, когда головка стоитъ въ тазѣ и ручка препятствуетъ ея передвиженію впередъ, задерживаетъ вращательныя ея движенія; только надобно быть осторожнымъ, чтобы не

захватить щипцами вмѣстѣ съ головкой и ручки и не извлекать ихъ въ одно и тоже время. При неблагопріятныхъ обстоятельствахъ, когда и этотъ инструментъ не ведетъ къ цѣли, приходится дѣлать прободеніе или черепосверленіе и извлеченіе за головку и выпавшую конечность.

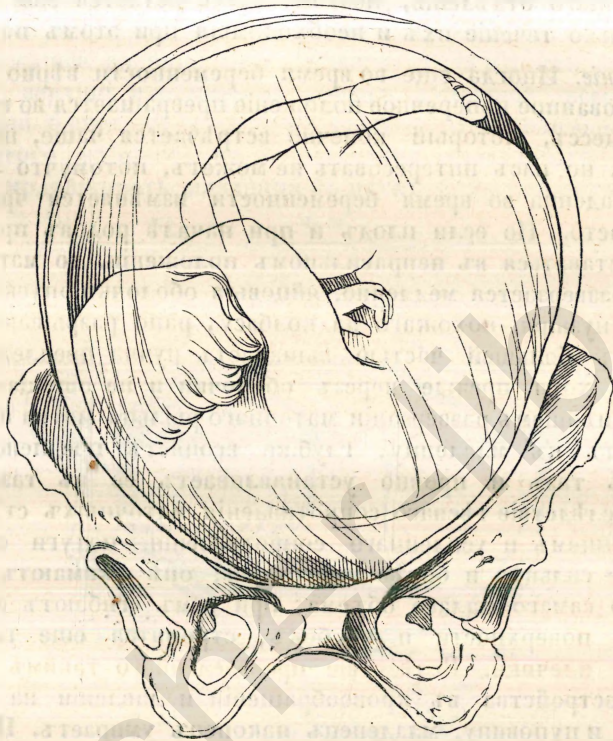
Такъ же слѣдуетъ поступать и при выпаденіи нижнихъ конечностей. И здѣсь, если при надлежащемъ положеніи роженицы онѣ не уходятъ назадъ, головка не устанавливается, нужно попробовать вправленіе и искусственную постановку. Если это не удастся, то, не теряя времени, должно провести задницу т. е. сдѣлать поворотъ, который при плотно сократившейся маткѣ часто представляетъ большія затрудненія. Если головка въ тазѣ установилась, то для окончанія родовъ остается только наложеніе щипцовъ, или въ сомнительныхъ случаяхъ уменьшеніе головки.

### III. *Неправильныя положенія — поперечныя положенія.*

§ 471. Полныхъ поперечныхъ положеній при выношенныхъ, живыхъ младенцахъ не бываетъ; въ этихъ случаяхъ изъ неправильныхъ положеній обыкновенно бываютъ косыя, т. е. вдольная ось младенца пересѣкаетъ вдольную ось матки подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ. При такомъ положеніи въ концѣ беременности плечики представляютъ часть, лежащую всѣхъ глубже, почему и можно его назвать *плечевымъ*. Конечно брюшныя, грудныя и боковыя положенія могутъ встрѣчаться при преждевременно созрѣвшихъ, мертвыхъ плодахъ, которые могутъ принимать какое угодно положеніе. Такъ называемыя шейныя положенія и положенія съ предлежащими подвздошными костями представляютъ ничто иное, какъ боковыя, косыя постановки головки или задницы.

Членорасположеніе младенца при плечевыхъ положеніяхъ иногда бываетъ правильное (Ф. 58); но чаще оно измѣняется, при чемъ или еще при цѣлости пузыря, и непрерывно по разрывѣ его выпадаетъ ручка предлежащей стороны во влагалище, а съ нею очень часто и пуповина. Впрочемъ эти осложненія совершенно пустыя, потому что отъ нихъ предсказаніе хуже не бываетъ и самое пособіе не затрудняется.

Ф. 51.



Первое плечевое положеніе, до разверзанія маточнаго рывца (по Камэботам'у).

Въ поперечномъ положеніи младенець можетъ располагаться различно. Спина его обращена бываетъ впередъ или назадъ, и при обѣихъ постановкахъ головка можетъ находиться въ правой или въ лѣвой сторонѣ матери. Такъ какъ поперечныя положенія происходятъ изъ прямыхъ, то уже *a priori* можно опредѣлить, какая постановка бываетъ чаще, именно *спиной впередъ*. Поэтому ее называютъ *первымъ плечевымъ положеніемъ*, *спиной къзади* — *вторымъ*. Опытъ подтверждаетъ это. При обоихъ этихъ родахъ положеній головка чаще бываетъ обращена влѣво, чѣмъ вправо, почему можно еще сдѣлать подраздѣленіе каждого изъ нихъ на виды.

§ 472. О причинахъ, частотѣ, распознаваніи плечныхъ положеній уже было сказано въ 3-й главѣ 2-го отдѣла предъидущаго отдѣленія, поэтому здѣсь остается еще изложить только теченіе ихъ и необходимыя при этомъ пособія.

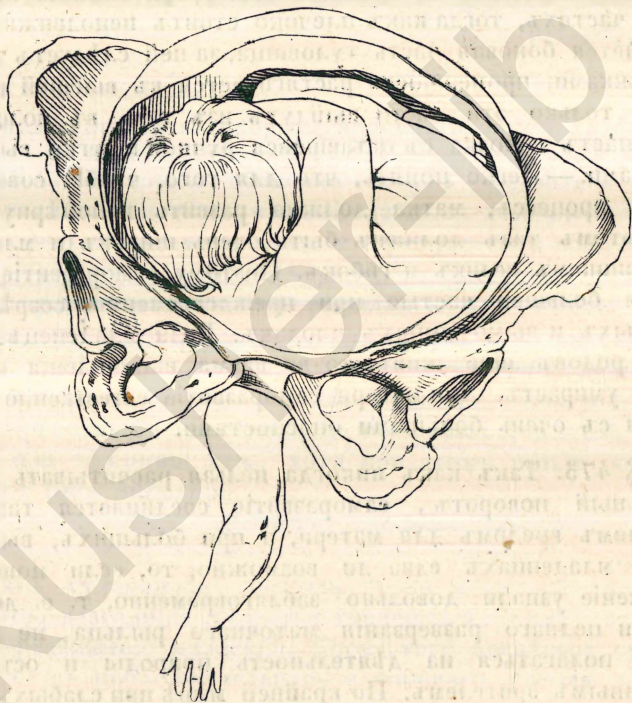
*Теченіе.* Иногда еще во время беременности вѣрно діагностицированное поперечное положеніе превращается во вольное, процессъ, который конечно встрѣчается чаще, нежели думаютъ, но насъ интересовать не можетъ, потому что положеніе младенца во время беременности измѣняется чрезвычайно часто. Но если плодъ и при началѣ родовъ продолжаетъ оставаться въ неправильномъ положеніи, то маточное рыльце разверзается медленно, яйцовыя оболочки опускаются въ видѣ пузыря, похожаго на колбасу, рано разрываются и при этомъ большей частью выпадаетъ ручка подлежащей стороны, хотя прежде черезъ оболочки и не ошущали ея. При дальнѣйшемъ разверзаніи маточнаго рыльца матка плотно прилегаетъ къ младенцу, глубже вгоняетъ подлежащую часть въ тазъ и прочно устанавливаетъ ее въ тазовомъ входѣ. Вслѣдствіе тѣснаго сопротивленія маточныхъ стѣнокъ съ младенцемъ и усиленнаго сопротивленія, потуги становятся все сильнѣе и болѣе жестокими; онѣ сжимаютъ младенца до самаго малаго объема, при чемъ сгибаютъ его по передней поверхности и на бокъ, стремятся еще глубже втиснуть плечики. Вслѣдствіе произведеннаго такимъ образомъ расстройства въ кровообращеніи и давленіи на внутренности и пуповину, младенецъ наконецъ умираетъ. Но всѣ усилія потугъ напрасны. Матка или ослабѣваетъ или плотно прилегаетъ къ младенцу, видряетъ плечики въ тазъ и сжимаетъ ихъ какъ-бы желѣзнымъ обручемъ—*tetanus uteri* (Ф. 59). Если и въ это время не подоспѣтъ помощь, то матка приходитъ въ высшую степень воспалительнаго раздраженія, или разрывается, или совершенно парализуется, съ тѣмъ вмѣстѣ исчезаютъ послѣднія силы матери, которая находится въ состояніи изнеможенія, очень часто переходящемъ въ смерть.

§ 473. Это обыкновенное теченіе и исходъ, если поперечное положеніе будетъ представлено само себѣ или будетъ запущено неумѣстными манипуляціями, какъ попыткой вправить выпавшую ручку или бесполезнымъ влеченіемъ за нее. Только въ рѣдкихъ случаяхъ природа сама можетъ кончить роды выведеніемъ плода. Это совершается или посредствомъ самоповорота, или саморазвитія.



*Самоповоротъ — versio spontanea* — состоитъ въ измѣненіи поперечнаго положенія въ прямое внутри матки и надъ тазовымъ каналомъ. Усиливаясь возстановить свою нормальную яйцевидную форму, матка слабыми сокращеніями отодвигаетъ предлежащее плечико отъ тазоваго входа и мѣсто его, уступаетъ верхній или нижній конецъ туловища, всегда тотъ, который ближе къ маточному рыльцу. Необходимыя условія для этого рѣдкаго, но чрезвычайно счастливаго процесса суть: подвижность младенца въ маткѣ, слѣд. цѣлость пузыря;

Ф. 59



Ущемленіе плеча; tetanus ateri (по Kamsbotham'у).

случается и то, хотя конечно рѣдко, что по стокѣ водъ еще происходитъ самоповорачиваніе, для чего младенецъ долженъ быть совершенно удобоподвиженъ. Второе условіе составляетъ правильное, но слабое сращеніе матки, потомучто слишкомъ сильное вогнало бы плечики въ тазовый входъ и произвело бы разрывъ пузыря.

§ 474. *Саморазвитіе — evolutio spontanea* — составляет поворотъ на нижній конецъ внутри тазоваго канала. По разрывѣ пузыря матка прилегается къ младенцу, вгоняетъ плечики въ тазовый входъ и сгибаетъ младенца впередъ и на бокъ. При сильныхъ потугахъ плечики подвигаются все глубже, плечико далеко выстоитъ изъ половыхъ частей; наконецъ оно прочно устанавливается подъ лонной дугой и головка опускается въ сторону на подвздошную кость или на горизонтальную вѣтвь соотвѣтственной лонной кости. Затѣмъ начинаетъ опускаться туловище; одинъ бокъ его исходитъ чрезъ подвздошно-крестцовое сочлененіе въ углубленіе крестца и является на промежности; ребра видимы на половыхъ частяхъ, тогда какъ плечико стоитъ неподвижно. Такъ рождается боковая часть туловища, за ней слѣдуетъ задница съ ножками; промежность растягивается въ высшей степени. Какъ только эти части выйдутъ изъ таза, въ полость его поступаетъ головка съ оставшейся ручкой и легко выводится потугами. — Легко понять, что для того, чтобы совершился этотъ процессъ, матка должна развить непомѣрную силу. При этомъ тазъ долженъ быть очень широкъ и младенецъ не слишкомъ великъ и гибокъ. Поэтому саморазвитіе встрѣчается большей частью при преждевременно созрѣвшихъ, мертвыхъ и вымоченныхъ плодахъ. Если младенецъ въ началѣ родовъ еще живъ, то во время выхожденія онъ конечно умираетъ. Для матери саморазвитіе естественно сопрягается съ очень большими опасностями.

§ 475. Такъ какъ никогда нельзя рассчитывать на произвольный поворотъ, саморазвитіе соединяется также съ большимъ вредомъ для матери, а при большихъ, выношенныхъ младенцахъ едва ли возможно, то, если поперечное положеніе узнали довольно заблаговременно, т. е. до стока водъ и полного разверзанія маточнаго рыльца, не должно долго полагаться на дѣятельность природы и оставаться обязаннымъ зрителемъ. По крайней мѣрѣ при слабыхъ потугахъ и незначительномъ разверзаніи маточнаго рыльца можно попытаться произвести произвольный поворотъ надлежащимъ положеніемъ роженицы и извѣстными, ниже описанными наружными приемами. Но какъ только маточное рыльце будетъ достаточно широко для введенія руки, то пужно немедленно приступить къ повороту, чтобы не наступило выше (§ 472) описанное состояніе. Вособенности это относится къ тѣмъ случаямъ, когда воды уже стекли.

Но если застали запущенное поперечное положеніе и матка плотно обхватила младенца, то нужно остерегаться съ попытками сдѣлать поворотъ до тѣхъ поръ, пока извѣстными средствами матка будетъ ослаблена. Если же это не удастся, то, оставляя въ сторонѣ всѣ безполезныя попытки къ измѣненію положенія, должно приступить къ раздробленію младенца т. е. къ извлеченію внутренностей и отсѣченію головки, когда шейка легко доступна. — Также точно не слѣдуетъ оставаться простымъ зрителемъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ совершается саморазвитіе, потому что жизнь матери подвергается большой опасности, а плодъ бываетъ недоношенный и вымоченный. Во всѣхъ другихъ случаяхъ должно содѣйствовать выведенію посредствомъ раздробленія младенца (*embryotomia*).

#### IV. Неправильности со стороны принадлежностей плода.

§ 476. 1) Яйцовыя оболочки могутъ составлять препятствіе родамъ или тѣмъ, что онѣ слишкомъ тонки и илжны, или тѣмъ, что слишкомъ плотны и неуступчивы и вслѣдствіе того или разрываются слишкомъ рано, или слишкомъ поздно. Слишкомъ ранній или поздній разрывъ пузыря имѣетъ конечно свое основаніе въ другихъ причинахъ и больше зависитъ отъ болѣе или менѣе прочнаго соединенія нижняго сегмента пузыря съ маткой, отъ мѣста прикрѣпленія послѣда и отъ фибринозныхъ отложеній на оболочкахъ, нежели отъ тонкости или толщины ихъ, хотя при этомъ нельзя оставлять и ихъ безъ вниманія.

Если околоплодная жидкость стекаетъ слишкомъ рано, то вслѣдствіе этого разверзаніе матки замедляется, легко происходятъ судорожныя потуги, губки маточнаго рыльца припухаютъ, влагалище дѣлается горячимъ и сухимъ и воспаляется передвиженіе младенца. Кромѣ того послѣдній страдаетъ еще отъ продолжительнаго и упорнаго сжатія тѣла, обнаруживающагося раннимъ появленіемъ головной опухоли. Когда опасаются слишкомъ ранняго вскрытія пузыря, то роженица должна тотчасъ лечь въ постель, находится въ спокойномъ состояніи и избѣгать преждевременнаго жиленія. Если разрывъ оболочекъ состоялся очень рано и наступаютъ сказанные припадки, то нужно дѣйствовать по тѣмъ правиламъ, которыя изложены въ другихъ мѣстахъ для подобныхъ случаевъ. Противъ раздраженія родоваго пути большей частью хорошо дѣйствуютъ теплыя впрыскиванія во влагалище.

§ 477. Если и по окончательномъ разверзаніи маточнаго рыльца не происходитъ разрыва яйцовыхъ оболочекъ, потому что оболочки слишкомъ тягучи и плотны, потуги умеренно сильны и родовые пути достаточно широки, то пузырь можетъ дойти до наружныхъ половыхъ частей, въ то же время подвигается и младенецъ, и уже тутъ лопнуть; или головка можетъ родиться въ яйцовыхъ оболочкахъ, даже и все тѣло (счастливая сорочка). Последнее чаще наблюдаютъ при раннихъ, чѣмъ при своевременныхъ родахъ. Часто сила потугъ остается бесполезной, съ одной стороны оттого, что матка не можетъ достаточно сокращаться и уменьшаться, съ другой стороны потому, что онѣ дѣйствуютъ не прямо на головку, а на утробія сосѣднія части. При нѣкоторой внимательности нечего бояться отрыванія послѣда отъ матки и даже выворота ея, каковыя случайности приписываютъ слишкомъ позднему разрыву пузыря; они могутъ случиться только въ тѣхъ случаяхъ, когда женщина родитъ безъ всякой помощи. Если запоздалый стокъ водъ причиняетъ какой нибудь вредъ, то въ вскрытіи оболочекъ, въ *разрывъ пузыря*, находятъ средство, которымъ тотчасъ восстанавливается равновѣсіе. Съ этой цѣлью давятъ во время потугъ указательнымъ пальцемъ на растянутый пузырь, прободаютъ его и нѣсколько расширяютъ мѣсто разрыва пальцемъ. Если это не удалось, потому что пузырь слишкомъ слабъ или неуступчивъ, то указательнымъ и среднимъ, или указательнымъ и большимъ пальцемъ захватываютъ складку, отщипываютъ или перетираютъ оболочки. Если и это не ведетъ къ цѣли, то употребляютъ инструментъ съ тупымъ концомъ, какъ напр. вязальную иглу, тонкій зондъ, заостренное гусиное перо, который подъ прикрытіемъ пальца вонзаютъ въ полость яйца. Часто всего лучше можно разорвать оболочки посредствомъ пинцета или корнцанга. Въ особенныхъ инструментахъ (*der Blasensprenger*) нѣтъ надобности. Гдѣ можно, пузырь вскрываютъ не во время самой сильной схватки, чтобы воды не стекли слишкомъ быстро.

§ 478. 2) *Околоплодная жидкость* своими уклоненіями въ количествѣ можетъ обуславливать затрудненія родовъ. Слишкомъ малое количество ея конечно не влечетъ за собой другихъ вредныхъ послѣдствій, кромѣ того, что отъ этого легко замедляется разверзаніе маточнаго рыльца и пузырь разрывается слишкомъ поздно, потому что напоръ на него слишкомъ слабъ. Если вслѣдствіе этой аномаліи произойдутъ другія разстройства, то они совершенно сходны съ тѣми,

которыя обусловливаются слишкомъ раннимъ стокомъ водъ («сухіе роды»). Поэтому и лечение ихъ то же, какъ и для послѣднихъ; если по совершенномъ разверзаніи маточнаго рыльца разрывъ яйцовыхъ оболочекъ, плотно прилежащихъ къ головкѣ, замедляется, то ихъ разрываютъ рукой.

О вліяніи обильнаго количества околоплодной жидкости, *hydramnios*, на беременность и положеніе младенца уже было сказано въ § 330 и слѣд. Чрезмѣрное растяженіе матки вызываетъ слабость потугъ, неправильное положеніе и членорасположеніе младенца, а вслѣдствіе того легко выпаденіе конечностей и пуповины. Оно также составляетъ причину кровотеченій въ 5 періодѣ родовъ и медленнаго возстановленія въ родильномъ состояніи. Вскрытіе яйцовыхъ оболочекъ составляетъ самое лучшее и единственное средство противъ нарушеній потугъ; впрочемъ это должно дѣлать въ промежуткѣ между потугами, чтобы не произошло слишкомъ внезапнаго уменьшенія маточной полости.

§ 479. 3) *Пуповина* можетъ затруднить теченіе родовъ, смотря потому только, какъ она коротка. Непомѣрная малая длина ея можетъ существовать съ самаго образованія или же произойти отъ перерываній нормально, даже, можетъ быть, слишкомъ длинной пуповины. Она можетъ умертвить плодъ, препятствуя кровообращенію въ сосудахъ пуповины, вслѣдствіе разрыва ея, замедленія родовъ; далѣе она можетъ быть причиной преждевременнаго отдѣленія послѣда, даже выворота матки. — Не всегда легко узнать этотъ видъ препятствія родамъ. Приближеніе младенца къ выходу во время потугъ и отклоненіе назадъ во время паузы, не зависящія отъ ширины и неуступчивости промежности; болѣзненное чувство влеченія въ маткѣ на томъ мѣстѣ, гдѣ предполагаютъ прикрѣпленіе послѣда — вотъ признаки, по которымъ можно догадываться о короткости пуповины. Доходятъ до вѣроятности, если удастся подойти рукой по головкѣ къ пуповинѣ. Въ этомъ случаѣ должно ускорить выходженіе головки посредствомъ щипцовъ и, если при этомъ растяженіе пуповины слишкомъ сильно, то перерѣзать ее и потомъ кончить роды.

—(О препятствіяхъ родамъ со стороны неправильностей послѣда будетъ сказано въ главѣ о кровотеченияхъ во время родовъ).

## ГЛАВА II.

### РОДЫ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ВНЕЗАПНЫМЪ ПОЯВЛЕНІЕМЪ СОСТОЯНІЙ, УГРОЖАЮЩИХЪ ОПАСНОСТЮ.

§ 480. Болѣзни роженицъ, которыя въ состояніи нарушить теченіе беременности или дѣятельностью родовъ усилятся до опасной степени, могутъ требовать вмѣшательства искусства. Такія состоянія вособенности суть: разстройства дыханія и кровообращенія, апоплексія, переломы костей, кровавая рвота и пр.

При болѣзняхъ легкихъ, сердца и большихъ сосудовъ роды протекаютъ обыкновенно совершенно правильно. Впрочемъ можетъ случиться, что роженица не можетъ содѣйствовать потугамъ или жилене для нея въ высшей степени опасно. Въ такомъ случаѣ должно кончить роды извлеченіемъ за головку или за ножки. При этомъ всегда можно выжидать, пока пройдетъ первый періодъ родовъ и младенецъ установится въ тазовомъ входѣ или выходѣ, потому что первыя потуги никогда не бываютъ слишкомъ сильными.

Кровотеченія изъ легкихъ или желудка не требуютъ особеннаго леченія, если они не очень сильны; ихъ лечатъ по извѣстнымъ правиламъ. Если они угрожаютъ опасностью или усиливаются отъ сокращеній матки, то должно уничтожить, какъ можно, скорѣе.

Грыжи должно во время паузъ вправлять, а во время самыхъ потугъ удерживать собственной рукой или рукой помощника. Если вправить нельзя, то надобно по крайней мѣрѣ предотвратить выхожденія новыхъ петель во время маточныхъ сокращеній. Если это не удается, угрожаетъ ущемленіе, то роды оканчиваютъ по возможности скорѣе.

Подобно упомянутымъ должно лечить и всѣ другія болѣзни, которыя не зависятъ отъ родовъ, но нарушаютъ ихъ и отъ нихъ ухудшаются. Здѣсь всегда имѣетъ мѣсто слѣдующее показаніе: ждать столько, сколько можно, при угрожающей же опасности кончить роды самымъ шадящимъ образомъ.

Но есть нѣкоторыя другія состоянія, которыя или основываются на теченіи родовъ, или во время ихъ появляются и которыя, хотя не затрудняютъ или по крайней мѣрѣ

не препятствуютъ правильнымъ родамъ, тѣмъ не менѣе въ высшей степени угрожаютъ опасностью жизни матери или младенца, или обоихъ вмѣстѣ. Сюда относятся: *eclampsia*, разрывы половыхъ частей, выворотъ матки, маточныя кровотечения и выпаденіе пуповины. Они требуютъ пространнаго изложенія.

А) *Eclampsia gravidarum, parturientium et puerperarum.*

*Eclampsia puerperalis.*

§ 481. Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ такія общія судороги мышцъ (группъ) произвольнаго движенія, которыя появляются въ періодѣ размноженія, сопровождаются полной потерей сознанія, за которыми слѣдуетъ спячка и которыя основываются на пuerперальныхъ процессахъ (въ обширномъ смыслѣ слова).

Онѣ появляются какъ во время беременности, такъ и во время родовъ, и вскорѣ послѣ нихъ. Если онѣ обнаруживаются въ беременности, то во всякомъ случаѣ не раньше 6-го или 7-го мѣсяца; при этомъ онѣ рѣдко проходятъ, не вызывая родовъ. Въ этомъ, можетъ быть, заключается причина того, что нѣкоторые авторы думали, будто бы *eclampsia* никогда не обнаруживается безъ потугъ, и потому не принимали появленія ея во время беременности. Конечно припадки ея всего чаще и сильнѣе бывають во время родовъ. Часто переходятъ въ родильное состояніе, но могутъ появиться и по окончаніи родовъ.

§ 482. *Припадки и исходы.* Внезапно появляются судороги безъ всякихъ припадковъ, или имъ предшествуютъ за нѣсколько дней или часовъ предвѣстники, которые заслуживаютъ нашего вниманія. Сюда относятся: болѣе или менѣе сильная головная боль, часто, какъ *hemicrania*, на опредѣленномъ мѣстѣ, соединенная съ тошнотой. Головокруженіе, разстройства въ отправленіяхъ чувствъ, при большомъ безпокойствѣ и слабыхъ подергиваніяхъ въ рукахъ и пальцахъ. При этомъ мучитъ женщину безпокойное чувство *in epigastrio*, похожее на потути; взглядъ ихъ остолбенѣлый, выраженіе лица тупое и иногда онѣ впадаютъ въ полную апатію. Пульсъ полный и твердый; походка часто шатающаяся, конечности отекають.

Въ моментъ припадка безпокойство усиливается, мышцы конечностей приходятъ въ сильное движеніе и черты лица

измѣняются. Вѣки поминутно то закрываются, то открываются, глазное яблоко сильно вращается туда и сюда или устанавливается кверху, зрачекъ расширенъ и нечувствителенъ къ раздражительному вліянію свѣта, ротъ искривленъ на сторону, зубы скрежещутъ, языкъ закусывается до крови, голова тетанически склоняется на сторону, кулаки сжаты, руки и ноги движутся по разнымъ направленіямъ или вытягиваются тоническими судорогами, все туловище искривляется. Сильные удары поражаютъ тѣло и грозятъ сбросить больную съ постели. Пульсъ малъ и частъ, сосуды шейные сильно бьются, лице краснѣетъ, часто дѣлается ціанотическимъ, соединительная оболочка наливается кровью. Когда припадокъ достигаетъ высшей степени своей силы, тогда въ судорогахъ принимаютъ участіе и дыхательныя мышцы, дыханіе внезапно останавливается. Сердце, по видимому обыкновенно вовсе не страдаетъ. Желудокъ, прямая кишка и мочевой пузырь испражняютъ свое содержимое. Мыслительная и чувствительная способности совершенно прекращаются. Обыкновенно сокращается и матка, потуги, съ появленіемъ которыхъ большей частью начинается припадокъ, неправильны; часто однако перистальтическія движенія матки происходятъ нормально.

Черезъ нѣсколько минутъ буря стихаетъ; судороги постепенно исчезаютъ, вѣки запираются, изо рта истекаетъ кровавистая пѣна. Дыханіе дѣлается покойнѣе, пульсъ полнѣе и медленнѣе и больная, купающаяся въ поту, впадаетъ въ сопорозное состояніе. Теперь она лежитъ покойно, только по временамъ пробуждается сокращеніями матки. Дыханіе медленное и хрипящее (стерторозное), лице налито кровью и безсмысленно.

§ 483. Число такихъ припадковъ бываетъ очень различно; сопорозный періодъ тѣмъ короче, чѣмъ чаще повторяются припадки. Если болѣзнь переходитъ въ смерть, то припадки ожесточаются, продолжительность ихъ увеличивается, упадокъ силъ и хрипеніе возбѣщаютъ кончину, которая происходитъ вслѣдствіе апоплексіи мозга или столбняка дыхательныхъ мышцъ, часто также вслѣдствіе остраго отека легкихъ или общаго паралича нервной системы.—Если наступаетъ выздоровленіе, то припадки становятся рѣже и короче. Больше или меньше долгое время продолжается спячка, сознаніе постепенно возвращается. Больныя ничего не знаютъ о происшедшемъ, ихъ умъ и чувства какъ бы въ туманѣ, и онѣ рѣзко напоминаютъ тифознаго больного. Больныя



жалуются на разныя боли и припадки. Если такимъ образомъ опасность видимо миновалась, то жизни могутъ угрожать еще пuerперальныя болѣзни и послѣдовательныя, какъ апоплексія, воспаленіе брюшины, также душевныя болѣзни могутъ затруднить и замедлить полное выздоровленіе.

*Патолого-анатомическое вскрытіе* обыкновенно не показываетъ ничего, почему бы можно было заключить объ этой болѣзни. Гиперемія, также серозныя выпотѣнія въ нервныхъ центрахъ и ихъ оболочкахъ; отекъ легкихъ, апоплексія, поврежденія матки вслѣдствіе искусственнаго окончанія родовъ, воспаленіе брюшины и матки составляютъ обыкновенныя явленія. Иногда находятъ страданіе почекъ (*morb. Brightii*), которое находилось въ тѣсной связи съ судорогами.

§ 484. *Распознаваніе.* Нѣкоторыя другія судорожныя состоянія сходны съ описываемыми судорогами: истерика, падучая болѣзнь, судороги вслѣдствіе апоплексіи и анеміи.

*Eklampsia* имѣетъ большое сходство съ падучей болѣзью, потомучто обѣ онѣ начинаются съ потерю сознанія и за обѣими слѣдуетъ періодъ спячки. Но падучая болѣзнь обыкновенно существуетъ еще до беременности; спячка послѣ эпилептическаго припадка никогда не бываетъ такъ сильна, какъ послѣ эклампсическаго; причины припадка другія; исходъ благопріятнѣе какъ относительно прекращенія беременности, такъ и относительно жизни матери и младенца.

При *истерическихъ судорогахъ* мыслительная способность сохраняется, чувствительность часто очень усилена; спячки послѣ нихъ не бываетъ, въ крайнихъ случаяхъ бываетъ чувство слабости и упадка силъ. Видъ судорогъ другой, онѣ очень не постоянны въ своихъ явленіяхъ и часто соединяются съ изступленіемъ. Особенности ощущенія, извѣстныя истерическимъ особамъ, предшествуютъ припадку и сопровождаютъ его.

*Судороги вслѣдствіе кровоизліянія въ мозгъ* обыкновенно сопровождаются параличемъ двигательныхъ и чувствительныхъ нервовъ; сознаніе большей частью не теряется. Явленія прилива конечно сильно затрудняютъ распознаваніе.

При спячкѣ вслѣдствіе *потрясенія мозга* судорогъ почти никогда не бываетъ; обыкновенно здѣсь можно указать на причину такого состоянія. *Спячка послѣ злоупотребленія спиртными напитками* также бываетъ безъ судорогъ и распознается по спиртному запаху выдыхаемаго воздуха и обыкно-

венно сопровождающей его рвотъ. — Если вслѣдствіе *анеміи* появляются судорожные припадки, то распознаванію помогаетъ анамнезъ и вся картина, представляемая больнымъ.

§ 485. *Сущность и причины эклампсіи.* Уже выше было замѣчено, что патолого-анатомическое вскрытіе представляетъ мало данныхъ заключать о сущности описываемой болѣзни. Поэтому думали найти причину ея въ Брайтовой болѣзни и говорили, что эклампсія бываетъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ находятся въ мочѣ бѣлокъ и фибринозные цилиндры и гдѣ существуетъ отекъ тѣла; короче, эклампсію считали за явленіе уреміи. Справедливо то, что въ мочѣ беременныхъ, вособенности страдающихъ эклампсіей очень часто находили бѣлокъ и волокнистые цилиндры и что судороги дѣйствительно иногда обусловливались уремическимъ отравленіемъ. Сюда вособенности относятся тѣ случаи, въ которыхъ страданіе почекъ можно было доказать еще до беременности, гдѣ послѣ родовъ оно продолжаетъ свое существованіе и гдѣ съ повтореніемъ беременности повторяются и припадки. — Между тѣмъ изъ одного столкновенія судорогъ и Брайтовой болѣзни вовсе нельзя заключать о причинной связи между ними, такъ какъ, не смотря на мѣстную непреходимость почекъ, все еще можетъ изъ крови выдѣляться достаточное количество мочевины, если только онѣ не очень сильно растянуты (Vgÿske). — И по одному только присутствію бѣлка въ мочѣ также нельзя заключать о существованіи Брайтовой болѣзни, какъ это такъ часто дѣлалось и каждодневно дѣлается. Бѣлокъ находятъ въ мочѣ беременныхъ очень часто; это можетъ происходить отъ катарра мочевыхъ органовъ, явленіе его можетъ быть слѣдствіемъ смѣшенія крови, свойственнаго беременности, причемъ оно такъ охотно соединяется съ серозными выпотѣніями. Вслѣдствіе разстройствъ дыханія и кровообращенія, происходящихъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности, легко можетъ образоваться гиперемія почекъ, а эта послѣдняя произвести альбуминурію и выпотѣніе фибрина. Сама матка продолжительнымъ давленіемъ на почечныя вены конечно не можетъ произвести этой гипереміи, потомучто только шейная ея часть могла бы сдѣлать это, но она не касается почечныхъ сосудовъ. Если содержаніе бѣлка въ мочѣ беременной не составляетъ еще признака Брайтовой болѣзни, то это еще менѣе имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ бѣлокъ находятъ въ мочѣ страдающей эклампсіей. Ибо здѣсь сильная гиперемія брюшныхъ сосудовъ, которая происходитъ вслѣдствіе нарушеній

дыханія и кровообращенія, обусловливаемыхъ судорогами, составляетъ достаточную причину для перехода бѣлка въ мочу. Всего меньше можно считать за уремическое отправление тѣ случаи, въ которыхъ съ прекращеніемъ судорогъ исчезалъ изъ мочи бѣлокъ.

§ 486. *Поэтому уремія (uraemia) представляетъ только одну изъ причинъ эклампсiи. Самый главный моментъ, располагающій къ послѣдней, измѣненіе крови беременной.* Извѣстно, что она по своему составу подходитъ къ крови страждущихъ бѣдной немочью (*chlorosis*); на этомъ—то серьезномъ свойствѣ крови и основывается склонность къ отекамъ, транссудатамъ, къ переходу бѣлка и фибрина въ мочу безъ страданія почекъ, также большая раздражительность нервной системы у беременныхъ. Если такое смѣшеніе крови достигаетъ высокой степени, то произойдутъ расстройства въ питаніи нервной системы и тогда нужна будетъ только случайная причина, чтобы появились судорожныя состоянія.— Такъ какъ первобеременные сильнѣе и глубже поражаются упомянутымъ смѣшеніемъ крови, потому онѣ и эклампсiей страдаютъ всехъ чаще; а такъ какъ эклампсiя обыкновенно встрѣчается у первородящихъ, то и находятъ у страждущихъ эклампсiей большей частью головныя положенія, потому что эти положенія у первородящихъ самыя частыя. Въ этомъ смѣшеніи заключается отчасти причина и того, почему плоды страждущихъ эклампсiей такъ часто рождаются мертвыми. Въ немъ находитъ себѣ объясненіе и частое совпаденіе эклампсiи съ Брайтовой болѣзью; тѣже моменты, тѣже расстройства въ крови, которыя въ состояніи вызвать эклампсiю, они же лежатъ и въ основаніи Брайтовой болѣзни (*Scanzoni*).

§ 487. *Предсказаніе неблагопріятно какъ для матерей, такъ и для младенцевъ. Послѣднихъ умираетъ больше половины и младенецъ подвергается тѣмъ большимъ опасностямъ, чѣмъ раньше появились припадки (потому что въ такомъ случаѣ онъ обыкновенно рождается слишкомъ рано), чѣмъ больше протекло времени до разрѣшенія и чѣмъ сильнѣе потребовались мѣры для произведенія послѣдняго.* Дитя положительно страдаетъ отъ смѣшенія крови матери и отъ расстройствъ кровообращенія, вызываемыхъ судорогами. Въ этомъ заключается причина того, что даже при совершенно правильномъ теченіи родовъ младенецъ такъ часто погибаетъ.

Вслѣдствіе большей продолжительности припадковъ и большей трудности кончить роды, и для матери предсказаніе

тѣмъ хуже, чѣмъ раньше начались припадки. Оно всего лучше въ томъ случаѣ, когда послѣдніе появились въ періодѣ выведенія плода, потомучто тогда потуги обыкновенно бываютъ достаточно сильны для того, чтобы вывести плодъ, а если этого и не бываетъ, то легко можно сдѣлать разрѣшеніе. Судороги, появляющіяся въ родильномъ состояніи, обыкновенно уступаютъ надлежащему леченію. — Впрочемъ при установленіи предсказанія, кромѣ оперативныхъ приѣмовъ, надобно еще имѣть въ виду разныя послѣдовательныя болѣзни, которыя легко могутъ появиться.

§ 489. *Леченіе.* 1) *Предохранительное.* Оно возможно только въ томъ случаѣ, когда существуетъ расположеніе къ неврозамъ, описанное въ § 486. Оно должно состоять вообще въ тоническомъ леченіи. Въ этомъ отношеніи, при приличной діетѣ, содержащей въ свѣжемъ воздухѣ, умѣренномъ движеніи, особенно полезно употребленіе желѣза и общихъ ваннъ. При отечныхъ инфильтраціяхъ показуется употребленіе легкихъ слабительныхъ и мочегонныхъ. Тѣ, которые въ этихъ явленіяхъ, когда онѣ соединяются съ альбуминурией, видятъ признакъ страданія почекъ, совѣтуютъ, вмѣстѣ съ мѣстными кровопусканіями и умѣренными отвояющими средствами, растительныя кислоты (*acid. tartar., benzoicum*) и хлоръ, чтобы возбудить отдѣленіе мочи и предотвратить разложеніе въ крови мочевины. Гдѣ дѣйствительно существуетъ Брайтова болѣзнь, должно употреблять леченіе, соответствующее этой болѣзни. — Ни въ какомъ случаѣ нельзя назначать *искусственныхъ преждевременныхъ родовъ*, когда только опасаются эклампсіи, потомучто неизвѣстно, дѣйствительно ли произойдетъ она, а возбужденная родовая дѣятельность непосредственно можетъ произвести ее. Напротивъ того припадки, вызываемые Брайтовой болѣзью, также точно могутъ сдѣлать операцію вполне умѣстной, какъ и другія сильныя осложненія беременности. — Если во время родовъ опасаются появленія судорогъ, то, смотря по состоянію роженицы, должно дѣйствовать то отвлекающимъ, то прохлаждающимъ способомъ. При приливахъ крови для предотвращения болѣзни показуется кровопусканіе, при большой чувствительности, болѣзненныхъ и неправильныхъ потугахъ вдыханія хлороформа. Вмѣстѣ съ этимъ надобно обращать вниманіе на надлежащее проведеніе родовой дѣятельности, способствовать разверзанію маточнаго рыльца и выхожденію головки.

§ 490. 2) *Лечение появившейся эклампсии.* Оно должно удовлетворить двумъ показаніямъ: устранить припадки или, по крайней мѣрѣ, ослабить относительно частоты и силы, и по возможности, скоро и легко кончить роды.

Гдѣ существуетъ гиперемія мозга, застой крови въ большомъ и маломъ кровообращеніи, особа сильная и крѣпкая, тамъ должно сдѣлать общее кровопусканіе. Если не смотря на это припадки не исчезаютъ, то надобно приставить пиявки къ вискамъ и за уши и употреблять холодныя примочки, даже обливанія головы. Последнее должно дѣлать и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ анемическое состояніе не позволяетъ общаго кровопусканія, а мѣстное все таки необходимо.—Не должно забывать отвлеченій какъ на кожу посредствомъ ручныхъ и ножныхъ ваннъ, горчичниковъ, такъ и на кишечный каналъ посредствомъ слабительныхъ, промывательныхъ. Гдѣ эти средства были употреблены полезно или гдѣ они противопоказуются, тамъ главными средствами остаются *успокоивающія и болеутоляющія*. Изъ нихъ всего лучше *вдыханія хлороформа*. Они прерываютъ припадки, устраняютъ или, по крайней мѣрѣ, ослабляютъ уже появившіеся, съ тѣмъ вмѣстѣ предотвращаютъ столь опасный отекъ легкихъ; при этомъ потуги продолжаютъ и выигрывается время, чтобы употребить приличное средство къ ускоренію родовъ.

При появленіи припадка, или когда обнаруживаются признаки его, то женщину подвергаютъ глубокой наркотизаціи и долгое время поддерживаютъ ее. Въ болѣе тяжкихъ случаяхъ можно соединять съ этимъ употребленіе *опія и морфія*, которыя даютъ въ достаточномъ количествѣ въ промежуткахъ между припадками. — Если наступаютъ явленія упадка силъ, охлажденіе и блѣдность лица и конечностей при маломъ исчезающемъ пульсѣ, то умѣстно бываетъ назначеніе большихъ приѣмовъ *мускуса*.

Само собой разумѣется, что во время припадка надобно сберечь больную отъ поврежденій, держать на постели и снять всѣ стѣсняющія туалетныя принадлежности. Вкладывая между челюстями мягкой платокъ предохраняютъ зубы отъ изломовъ и языкъ отъ поврежденій.

§ 491. Хотя и принято за общее правило—по наступленіи судорогъ ускорить роды, но это вообще не относится къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ судороги появились во время беременности, т. е. до начала дѣятельности потугъ. Это во 1-хъ потому, что онѣ могутъ пройти, не дѣлая родовъ необходимыхъ; во 2-хъ потому, что при сильной степени бо-

лѣзни онѣ наступаютъ сами собой; въ 3-хъ потому, что всѣ средства, могущія вызвать потуги, дѣйствуютъ слишкомъ медленно и въ 4-хъ потому, что *насильственное родоразрѣшеніе* слишкомъ грубый маневръ для того, чтобы его можно было почесть умѣстнымъ. И въ другихъ случаяхъ это маневръ жестокой, въ высшей степени опасный для матери и для младенца, тѣмъ болѣе слѣд. здѣсь. Насильственное родоразрѣшеніе допускается только въ тѣхъ случаяхъ, когда судороги продолжаются уже очень долго, не обнаруживая вліянія на появленіе родовой дѣятельности, если онѣ въ тоже время въ высшей степени угрожаютъ опасностью жизни матери. Такъ какъ кровавое расширеніе маточнаго рыльца представляетъ маневръ гораздо нѣжнѣе расширенія рукой, то и должно всегда предпочитать его послѣднему.

По тѣмъ же началамъ должно дѣйствовать и въ томъ случаѣ, когда роды уже въ ходу. И здѣсь насильственное родоразрѣшеніе допускается только тогда, когда опасность растетъ и болѣе нѣжный способъ разрѣшенія замедляетъ дѣло. Если же обстоятельства не таковы, то предпринимаемая мѣра будутъ зависѣть отъ періода родовъ, положенія младенца и состоянія роженицы. *При мало разверстомъ маточномъ рыльцѣ роды ускоряютъ теплыми душами или лучше употребленіемъ колгурина*, тѣмъ болѣе, что въ хлороформѣ мы имѣемъ средство, которое даетъ возможность нѣсколько подождать, пока можно будетъ разрѣшить самымъ щадящимъ образомъ. Но какъ только эта минута наступила, то, смотря по обстоятельствамъ, надобно или *накладывать щипцы, или сдѣлать поворотъ младенца на ножки*, за которыя и извлечь его.

Въ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ припадки появляются при выхожденіи младенца и потуги дѣйствуютъ энергически, можно теченіе родовъ предоставить природѣ, если роды по всей вѣроятности кончатся также скоро, какъ и при помощи искусства. Только надобно помнить, что выжиданіе очень часто больше вредитъ, нежели операція, которая здѣсь совершенно безвредна.

Осложненія, какъ суженіе таза и пр., естественно должны видоизмѣнять изложенныя дѣйствія по извѣстнымъ правиламъ.

Если роженица, когда мы являемся, уже въ агоніи или даже умерла, то нужно тотчасъ дѣлать кесарское сѣченіе чтобы воспользоваться средствомъ къ спасенію младенца, которое конечно чрезвычайно слабо. По крайней мѣрѣ въ

первомъ случаѣ нужно оставить все операции, опасныя для младенца.

Если эклампсія продолжается еще и послѣ родовъ, или она появляется въ родильномъ состояніи, то нужно скорѣе удалить принадлежности младенца; и тутъ опять нужно обратиться къ хлороформу, съ которымъ соединять холодныя обливанія, холодныя примочки, ошій, однимъ словомъ выше-сказанныя средства. Послѣдовательныя страданія, какъ и Брайтову болѣзнь должно лечить соотвѣтственно ихъ характеру.

в) РАЗРЫВЫ РОДОВАГО ПУТИ — rupturae.

1) Разрывъ матки.

§ 492. Разрывъ матки составляетъ самое опасное осложненіе родовъ, одинаково смертельное для матери и для младенца. Онъ происходитъ въ беременности или во время родовъ.

Въ первой половинѣ беременности онъ бываетъ чрезвычайно рѣдко и спрашивается, описанные случаи не были ли случаи внѣматочной беременности съ разрывомъ яйцевого мѣшка? Въ послѣдніе мѣсяцы можетъ случиться разрывъ матки, потомучто правильному растяженію ея стѣнокъ мѣшають происшедшія тамъ новообразованія, или вслѣдствіе чрезмѣрнаго истонченія ихъ; или нарушеніе цѣлости происходитъ вслѣдствіе внезапныхъ сотрясеній, ушиба тупыми или острыми инструментами. Кровоизліяніе наружу или въ брюшную полость составляетъ ближайшее слѣдствіе разрыва; если плодъ не великъ, то онъ попадаетъ въ брюшную полость и часто наступаетъ смерть прежде, нежели будутъ признаки родовой дѣятельности. Въ этихъ случаяхъ нужно поступать совершенно также, какъ сказано въ подобныхъ случаяхъ при внѣматочной беременности (см. гл. III предъид. отдѣла).

§ 493. Чаше всего разрывы случаются во время родовъ, и именно въ періодѣ выведенія плода. Мѣсто ихъ очень различно. Они бываютъ на боку dna матки, но обыкновенно въ нижнемъ отдѣлѣ, и особенно въ шейкѣ и въ частяхъ, лежащихъ выше ея; въ этомъ случаѣ одновременно бываетъ разрывъ влагалища и по видимому разрывъ начинается отъ свободного края шейки. Впрочемъ встрѣчаются и отдѣльные разрывы шейки, даже совершенное отпаденіе ея отъ тѣла матки. Длина разрыва бываетъ то небольшая, то значительная; въ трупѣ, вслѣдствіе происшедшаго сокра-

шенія матки, разрывъ находятъ всегда меньше, нежели онъ былъ при жизни. Онъ идетъ поперечно, или діагонально, очень рѣдко въ перпендикулярномъ направленіи. Иногда нарушеніе цѣлости состоитъ не столько изъ разрыва, сколько въ перетираніи и продыравленіи. — Относительно глубины разрывы различаютъ *полные, сквозные и неполные*. Первые распространяются на всѣ слои матки и соединяютъ ея полость съ полостью живота, послѣдніе только на мышечный слой, брюшина остается неповрежденной. Такіе разрывы особенности встрѣчаются въ нижнемъ отдѣлѣ, въ шейкѣ, которая рыхлѣе соединяется съ брюшиной, нежели средняя и верхняя части матки. Очень рѣдко поврежденіе распространяется только на брюшину и нѣкоторые наружные мышечные слои. — Яйцевыя оболочки или остаются при разрывѣ цѣлыми, или также разрываются.

§ 494. *Причины*. Разрывъ можетъ произойти самъ собой — *самостоятельный разрывъ*, или можетъ быть вызванъ наружнымъ насиліемъ — *насильственный*. Произвольные разрывы предполагаютъ болѣзненное состояніе маточной ткани, здоровая же матка рѣдко разрывается. Такія измѣненія въ стѣнкахъ матки суть: опухоли, размягченіе (?) и слишкомъ большая уступчивость вслѣдствіе воспаленій, катарра и недостаточнаго послѣродоваго увяданія (*involutio*); рубцы отъ предшествовавшихъ поврежденій, препятствующіе общему равномерному сокращенію органа. Этимъ объясняется, отчего разрывъ случается большей частью у беременныхъ уже не въ первый разъ, ибо тѣ состоянія часто суть слѣдствіе прежнихъ родовъ. *Производщими моментами* при такомъ предрасположеніи будутъ всѣ состоянія, вызывающія сильныя сокращенія, всѣ состоянія, при которыхъ сопротивленіе маточнымъ сокращеніямъ велико. Сюда принадлежатъ суженіе таза, неуступчивость маточнаго рыльца, величина, неправильная постановка и положеніе младенца. По этой причинѣ разрывъ при родахъ мальчиковъ чаще, чѣмъ при родахъ дѣвочекъ. Перетиранія шейки и нижняго сегмента матки обусловливаются иногда острыми краями и наростами въ тазовомъ входѣ, къ которымъ маточная стѣнка прижимается младенцемъ во время потугъ.

Насильственные разрывы большей частью составляютъ слѣдствіе дурно сдѣланныхъ пособій, не говоря уже о нанесеніи ранъ уколomъ, порубомъ или огнестрѣльнымъ оружіемъ. Они случаются и у самыхъ лучшихъ акушеровъ, именно потому, что не всегда можно въ отдѣльномъ случаѣ



точно опредѣлить, какъ много перенесетъ матка и при какой степени насилія она разорвется. Болѣзненная ткань естественно располагаетъ къ разрыву больше, чѣмъ здоровая. Разрывъ производится рукой при насильственномъ поворотѣ, или стѣнка матки прободается концемъ шипцовъ, инструментами, употребляемыми при прободеніи. Можно также захватить и вырвать кусокъ матки ложками шипцовъ или черепокрушителя. Матку могутъ прободать осколки костей, происходящія при уменьшеніи младенческой головки. Что можно сдѣлать при насильственныхъ попыткахъ къ повороту, тоже самое возможно и по рожденіи младенца, если для отлущенія и выведенія послѣда неосторожно проникаютъ въ болѣе или менѣе плотно сократившуюся матку и въ ней неосторожно дѣйствуютъ.

§ 495. *Припадки и распознаваніе.* Признаки, указывающіе на разрывъ, въ одномъ случаѣ бываютъ, въ другомъ нѣтъ. Обыкновенный признакъ угрожающей опасности—жестокія, энергическія сокращенія матки, сопровождаемая болью на ограниченномъ пространствѣ; боль эта бываетъ тѣмъ важнѣе, чѣмъ дольше роженица жалуется на нее. Она описываетъ боль самыми яркими красками, вдругъ послѣ сильной потуги начинаетъ жаловаться на сильную боль въ животѣ, испускаетъ крикъ и потуги прекращаются. Роженица чувствуетъ, что-то въ животѣ разорвалось. Эта мгновенная боль притихаетъ и распространяется въ незначиительной степени по всему животу. Мгновенно обнаруживаются самые важные признаки упадка силъ и внутренняго кровотечения. Покровы измѣняются, блѣдность распространяется по лицу, выражающему сильное безпокойство и тоску. Губы дѣлаются синими и холодными, глаза глубоко вппадаютъ, конечности, голова холодѣютъ и покрываются потомъ. Дыханіе тяжело, пульсъ едва замѣтенъ. Наступаетъ жестокая рвота, часто темными массами, сильное волненіе, обманы чувствъ, зѣвота, обмороки, даже конвульсіи. — Изъ влагалища вытекаетъ большее или меньшее количество крови; предлежащая часть младенца уклоняется отъ тазоваго входа назадъ, если она въ немъ еще не установилась. Форма живота бываетъ измѣнена; или бываетъ болѣе невозможно очертить матку въ видѣ плотнаго шара, или она отходитъ въ сторону и подлѣ нея открываютъ небольшія части, принадлежащія младенцу.

Когда разрывъ происходитъ только въ шейкѣ вслѣдствіе перетиранія ея выстоящими частями костей и потому

образуется постепенно, если подлежащая часть младенца установилась в тазъ, такъ что не можетъ отойти назадъ, — то часто большинства сказанныхъ волненій не бываетъ и только по рожденіи младенца или по смерти матери изслѣдованіе обнаруживаетъ случившееся несчастіе.

§ 496. Вызванное измѣненіе общаго состоянія роженницы, исчезаніе прежде сильныхъ потугъ, уклоненіе назадъ подлежащей части младенца и расслабленіе пузыря, если онъ еще цѣлъ; измененіе формы живота; явственное прощупываніе частей плода подъ брюшными покровами въ совокупности съ признаками кровотеченія и упадки силъ, дѣлаютъ распознаваніе происшедшаго разрыва вѣрнымъ. Если же подлежащая часть не уклоняется назадъ, изслѣдованіе не даетъ удовлетворительнаго заключенія, то о случившемся можно догадываться только по общимъ признакамъ.

§ 497. *Предсказаніе* въ высшей степени неблагоприятно. Часто смерть наступаетъ тотчасъ послѣ разрыва вслѣдствіе упадка силъ и кровотеченія. Но обыкновенно такой исходъ наступаетъ по той же причинѣ, нѣсколькими часами позже, или спустя 1 — 2 дня вслѣдствіе воспаленія брюшины, которое или тотчасъ распространяется на всю брюшную полость, или распространяется постепенно съ мѣста самаго разрыва на сосѣднія части и большей частью протекаетъ съ образованіемъ ихора и ихорознымъ разложеніемъ крови, излившейся въ брюшную полость. Рѣдко исходъ бываетъ благоприятный, при чемъ младенецъ рождается естественнымъ путемъ или черезъ разрѣзъ на животѣ, сокращенія матки запираютъ трещину и предотвращаютъ болѣе жестокое кровотеченіе. Въ такомъ случаѣ образуется рубецъ, или вслѣдствіе омертвѣнія края раны отдѣляются, что также можетъ кончиться заживленіемъ. — Если части младенца или весь плодъ выступаютъ въ брюшную полость, то обыкновенно быстро наступаетъ смерть, будетъ ли сдѣлано кесарское сѣченіе, или нѣтъ. Если и сохранится жизнь, то быстро образуется общее воспаленіе брюшины и вслѣдъ за тѣмъ смерть; или же мѣстное съ послѣдующимъ запираніемъ плода въ сумку и замыканіемъ щели посредствомъ сокращеній. При этомъ очень рѣдко случается, чтобы состояніе не измѣнялось и плодъ, заключенный въ сумкѣ оставался покойно въ качествѣ посторонняго тѣла. Обыкновенно въ сосѣднихъ частяхъ является нагноеніе съ прободѣніемъ приросшей брюшной стѣнки, кишечнаго канала, пузыря или влагалища; черезъ эти отверстія происходитъ постепенное выведеніе пло-

да. Этотъ процессъ, требующій большей частью много времени, ведетъ въ гробъ вслѣдствіе истощенія и потери соковъ, но можетъ кончиться и полнымъ выздоровленіемъ. — Злокачественныя осложненія разрывовъ суть: одновременный разрывъ пузыря; ущемленіе кишечной петли въ мѣстѣ разрыва, которое можетъ кончиться образованіемъ искусственнаго задняго прохода, который потомъ заживаетъ.

§ 498. *Лечение.* 1) *Предохранительное.* Обыкновенно неожиданное появленіе разрыва, то обстоятельство, что онъ очень часто зависитъ отъ страданій маточной ткани, составляютъ причины, почему такъ рѣдко удается предотвратить это несчастіе. Поэтому тому, кто имѣлъ на это возможность (не говоря о насильственныхъ разрывахъ), не всегда можно дѣлать упрекъ; ибо кто въ состояніи въ отдѣльномъ случаѣ опредѣлить, какое насиліе можетъ выдержать матка безъ вреда! Но гдѣ существуютъ состоянія, способствующія разрыву, гдѣ жестокія потуги, огромное сопротивленіе имъ, въ тѣхъ случаяхъ должно подумать о возможности разрыва и стараться предупредить его. Наблюденіе за роженицей и маткой, запрещеніе всякаго жила, успокоеніе жестокихъ сокращеній хлороформомъ, вособенности же своевременное устраненіе препятствій — вотъ задача акушера.

§ 499. 2) *Лечение разрыва.* Общее правило состоитъ въ томъ, чтобы по возможности скорѣе разрѣшить роженицу. Какъ это сдѣлать, зависитъ отъ положенія младенца и отношеній родового пути. — Если головка въ тазѣ, послѣдній правиленъ, маточное рыльце разверзто, то должно извлекать щипцами: при суженіи таза нужно скорѣе приступать къ прободѣнію головки, помня, что при ничтожныхъ даннхъ въ пользу младенца надобно позаботится о спасеніи матери. Если подвижность головки въ тазовомъ входѣ составляетъ провопоказаніе къ наложенію щипцовъ, а младенецъ еще въ маткѣ, то не обходимъ поворотъ на ножки и извлеченіе. Также слѣдуетъ поступить и тогда, когда часть его уже выступила въ брюшную полость, а ножки достать легко и матка допускаетъ введеніе руки и поворотъ. Только надобно остерегаться, чтобы неосторожными дѣйствіями не увеличить разрыва. За младенцемъ должно быстро удалить послѣдъ, иначе послѣдовательныя сокращенія матки могли бы провести его въ брюшную полость. Выпавшія кишечныя петли должно попытаться вправить.

Но если плодъ большей своей частью или совершенно вступилъ въ брюшную полость, то всякая попытка захватить ножки черезъ матку и за нихъ извлечь изъ таза мо-

жетъ только ухудшить состояніе матери и лишить послѣдней надежды на спасеніе младенца. Въ этомъ случаѣ необходимо сдѣлать *кесарское сѣченіе* и чрезъ сдѣланное отверстіе удалить младенца и послѣдъ. Тоже должно дѣлать и въ томъ случаѣ, когда сѣуженіе таза, запираніе или слишкомъ незначительное расширеніе маточнаго рыльца дѣлаютъ роды естественнымъ путемъ невозможными, хотя младенецъ еще и въ маткѣ, или по крайней мѣрѣ имъ приходится пожертвовать. Но если младенецъ, вступившій въ брюшную полость, завѣдомо мертвый, то является вопросъ, нужно ли удалить его посредствомъ операціи, или предоставить природѣ его выведеніе и заключеніе въ сумку. Вообще тутъ надобно дѣйствовать по правиламъ изложеннымъ въ § 351 для подобныхъ случаевъ при вѣматочной беременности. Впрочемъ *gastrotomia* предоставляетъ столько же выгодъ для спасенія матери, сколько и простой надзоръ; потомучто младенца легко вывести, кишечныя петли вправить, а жидкости, излившіяся въ брюшную полость, и послѣдъ удалить.

Только никогда не должно дѣлать операціи, пока существуетъ обморокъ; но нужно выжидать реакціи, которая не замѣдитъ явиться. — Лечение обморока, кровотеченій и послѣдовательныхъ состояній производится по извѣстнымъ терапевтическимъ и хирургическимъ правиламъ.

§ 500. *Простой разрывъ шейки* очень частое явленіе, которое рѣдко бываетъ опасно причиняетъ значительный вредъ. Разрывъ обыкновенно заживаетъ безъ всякихъ общихъ явленій и, если его не откроютъ при случайномъ изслѣдованіи, то ничто и не заставитъ его замѣтить. Впрочемъ поврежденіе можетъ повлечь за собою затвердѣніе и гипертрофію маточной шейки и, если оно было глубоко, рубцовое сѣуженіе *orific.* и такимъ образомъ оказать вредное вліяніе на будущіе роды.

## II. Разрывъ влагалища.

§ 501. Разрывы влагалища случаются или въ верхней, или въ средней и нижней части. Разрывы *свода влагалища* обыкновенно соединяются съ разрывами шейки и нижняго сегмента матки. Потому причины ихъ совершенно тѣже, какъ и разрывовъ матки. Если разрывъ образуется произвольно, то онъ или составляетъ продолженіе разрыва матки, или, если случается одинъ, обуславливается чрезмѣрнымъ растяженіемъ влагалищаго свода подлежащей головкой

вслѣдствіе суженія таза; именно, головка можетъ не вступить въ тазовый входъ, въ такомъ случаѣ при надвиганіи на нее маточнаго рыльца она поступитъ въ сводъ влагалища, оттянутый сверху и будетъ одѣта только имъ. Онъ долженъ разорваться, когда сильныя потуги будутъ напирать на него головку продолжительное время.

Между тѣмъ обыкновенно отдѣльные разрывы верхней части влагалища бываютъ вслѣдствіе насилій, т. е. они происходятъ вслѣдствіе насильственнаго проведенія руки въ матку и подниманія послѣдней вверхъ, при чемъ ее не укрѣпляютъ снаружи (отрывъ влагалища отъ матки), или вслѣдствіе неосторожнаго, насильственнаго введенія ложекъ щипцовъ, или наконецъ острыми инструментами, осколками костей при прободѣніи головки.

Явленія разрыва влагалищнаго свода тѣже, что и маточнаго разрыва; только обія явленія рѣдко бываютъ такъ значительны, форма матки не измѣняется, младенецъ рѣдко выступаетъ въ брюшную полость и потуги не прекращаются совершенно. Впрочемъ случайное частное выступленіе младенца въ брюшную полость, и именно головки, когда она не была укрѣплена въ газѣ, или нижнихъ конечностей, когда она уже въ полости, или въ выходѣ таза.

Относительно предсказанія и леченія имѣетъ силу все то, что было сказано при разрывахъ матки. Обыкновенно плодъ можно удалить естественнымъ путемъ и въ такомъ только случаѣ нужно дѣлать кесарское сѣченіе, если онъ совершенно вступить въ брюшную полость.

§ 502. *Разрывы нижняго сегмента влагалища* обыкновенно встрѣчаются одновременно съ разрывами промежности и требуютъ того же леченія, почему мы на него и ссылаемся.

*Разрывы средней части* въ большинствѣ случаевъ ничтожны и открываются уже послѣ родовъ. Они обусловливаются незначительной способностью влагалищнаго канала къ растяженію вслѣдствіе суженій, инфильтрацій или врожденной узкости; или они представляютъ настоящія перетиранія младенческой головкой, когда она оставалась въ газѣ чрезвычайно долго, а потому могутъ образоваться и послѣ родовъ вслѣдствіе язвеннаго разрушенія; или наконецъ они наносятся острыми инструментами, неосторожными влеченіями посредствомъ щипцовъ или острыми осколками костей послѣ прободѣнія младенческаго черепа.

Явленія этихъ поврежденій суть боль и кровотеченіе.

Пока головка стоитъ въ тазѣ, то иногда она своимъ давленіемъ препятствуетъ кровотеченію, которое обнаруживается уже по рожденіи ея. Обыкновенно разрывы только тогда и узнаютъ. Разрывы влагалища бываютъ опасны вслѣдствіе послѣдовательнаго воспаленія и нагноенія, которыя легко сообщаются сосѣднимъ частямъ, вслѣдствіе суженія канала по заживленіи; распространеніемъ нарушенія цѣлости на прямую кишку. Кровотеченіе рѣдко бываетъ значительно.

Если разрывъ открыли во время родовъ, то ихъ должно оканчивать, какъ можно, скорѣе. Кровотеченіе останавливается тампонаціей и введеніемъ во влагалище кусочковъ льда, послѣдовательное леченіе совершается по извѣстнымъ правиламъ хирургіи.

### III. Разрывъ промежности.

§ 503. Въ физиологической части было сказано, въ какихъ отношеніяхъ обыкновенно бываетъ промежность при прохожденіи младенца, въ отношенія къ ея цѣлости. Конечно надрывы уздечки бываютъ почти при каждомъ родѣ, но они рѣшительно не имѣютъ значенія, потому что не влекутъ за собой вредныхъ послѣдствій и легко заживаютъ.

*Причины* болѣе важныхъ разрывовъ, собственно разрывовъ промежности, заключаются или въ устройствѣ ея и тазоваго выхода, или въ слишкомъ быстромъ и сильномъ растяженіи, которое мѣшаетъ развитію ея эластичности, или дѣлаетъ ее безполезной вслѣдствіе значительнаго объема растягивающей части. Къ первымъ принадлежатъ: незначительная кривизна оси тазоваго выхода и узость лонной дуги; оба состоянія производятъ то, что проходящая часть младенца слишкомъ сильно напираетъ на промежность; узость отверстія наружныхъ половыхъ частей; неуступчивость промежности, прирощенная или вслѣдствіе инфильтраціи, рубцеваго сокращенія послѣ предшествовавшихъ поврежденій и язвъ. Довольно преклонный возрастъ можетъ также обусловить незначительную растяжимость. Поэтому у рождающихъ уже не въ первый разъ разрывы промежности рѣже, такъ какъ промежность ихъ, благодаря прежнимъ родамъ, сдѣлалась довольно уступчивой.

Ко второму ряду причинъ принадлежатъ: слишкомъ быстрое прохожденіе головки и плечекъ вслѣдствіе очень сильныхъ потугъ и жиленія роженицы. Насильственное и не-

осторожное извлеченіе головки щипцами или рукой очень легко производитъ разрывы. Далѣе, очень большой объемъ проходящей части, почему разрывы промежности особенно часты при родахъ въ лицевомъ и тѣхъ черепныхъ положеніяхъ, при которыхъ лобъ обращенъ впередъ.

§ 504. *Длина* разрыва въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ различна. Или промежность разрывается, начиная отъ задней спайки большихъ губъ по прямому направленію, или въ бокъ, на пространствѣ около 1"; задній проходъ и часть промежности остаются неповрежденными. Или разрывъ занимаетъ всю промежность, даже распространяется на задній проходъ, но запирающая мышца его сохраняется въ цѣлости.

Въ третьемъ случаѣ разрывается и послѣдній, а съ нимъ часто и вся стѣнка между влагалищемъ и прямой кишкой. четвертый и самый рѣдкій видъ разрывовъ тотъ, при которомъ разрывается задняя влагалищная стѣнка въ нижней ея части и этотъ разрывъ нераспространяется на *vulva*, а идетъ непосредственно къзади и внизъ на промежность. Именно, головка младенца вступаетъ въ трещину во влагалищѣ, напираетъ на промежность и разрываетъ ее. Задній проходъ и передняя часть промежности остаются при этомъ въ цѣлости. Такія прободенія промежности называютъ *центральными разрывами*, въ противоположность тремъ вышеупомянутымъ, которые называются *rupturae vulvo — perineales*.

Форма и направленіе разрыва могутъ быть очень различны. Онъ идетъ или прямо по *raphe*, или по направленію въ сторону. Въ этихъ случаяхъ иногда онъ разветвляется кольцеобразно во кругъ отверстія задняго прохода. Или разрывъ представляетъ дольчатую форму, въ видѣ прямой или обратной Y, иногда въ видѣ V.

§ 505. Кровотеченіе обыкновенно бываетъ незначительное и его очень легко остановить. Въ легкихъ случаяхъ разрывъ заживаетъ самъ собой, но большей частью не хорошо. Промежность дѣлается очень узкой, срамная щель удлиняется; если образованіе рубца неблагоприятно, сокращеніе его сильно, то задняя стѣнка влагалища и срамныя губы стягиваются имъ, задній проходъ отходитъ кпереди и отправление сжимающей его мышцы затрудняется. Слѣдствіемъ этого бываетъ выпаденіе влагалища и матки. — Если разрывъ распространился также на прямую кишку и запирающую ее мышцу, то кромѣ того болѣе или менѣе прекра-

щается произвольное испражнение кала, отверстія влагалища и прямой кишки сливаются въ одно, образуется настоящий клоакъ.

Все это касается конечно только тѣхъ случаевъ, когда разрывъ предоставленъ самому себѣ или когда средства, употребленныя для заживленія его, остались безуспѣшными.

§ 506. *Лечение.* Для того, чтобы предотвратить разрывъ, должно ее надлежащимъ образомъ поддерживать и позаботиться, чтобы головка выходила въ надлежащемъ направленіи. Сюда относятся всѣ правила, изложенныя въ діететикѣ родовъ относительно попеченій о промежности, между прочимъ надобно еще разъ упомянуть о хлороформѣ. При слишкомъ бурномъ напирании головки, при не уступчивости промежности, это ни чѣмъ не замѣнимое средство. Гдѣ угрожаетъ центральный разрывъ, гдѣ незначительная кривизна оси тазоваго выхода направляетъ головку очень далеко кзади, тамъ можно щипцами дать ей лучшее направленіе.— Но если промежность слишкомъ неуступчива, очень сильно растянута, проходящая часть младенца слишкомъ объемиста, гдѣ слѣдовательно каждую минуту угрожаетъ разрывъ, тутъ рождается вопросъ, не лучше ли самимъ его сдѣлать т. е. не надрѣзать ли промежность. Хотя иногда промежность угрожавшая разрывомъ, остается неповрежденной, хотя часто и разрѣзъ не спасаетъ отъ разрыва, тѣмъ не менѣе при сказанныхъ обстоятельствахъ онъ вполне показуется, потому что такимъ путемъ обыкновенно достигаютъ достаточнаго расширенія, хотя бы онъ даже и распространился дальше, все таки можно, по крайней мѣрѣ, дать разрыву благопріятное направленіе. Разрѣзъ дѣлаютъ или прямо кзади отъ узелки, или въ сторону отъ нея: иногда достаточно бываетъ одного разрѣза, иногда нужно дѣлать ихъ нѣсколько. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ достаточно сдѣлать нѣсколько разрѣзовъ, длиной только въ линію, на растянутыхъ большихъ губахъ. (Подробности объ этихъ разныхъ методахъ см. въ ученіи объ операціяхъ).

§ 507. *Если состоялся разрывъ*, то нужно тотчасъ его соединить. Въ самыхъ легкихъ случаяхъ соединенія конечно не нужно; при надлежащемъ уходѣ они заживаютъ сами собой и безъ вреда. Но при сколько нибудь болѣе значительной длинѣ разрыва соединеніе необходимо для того, чтобы не произошли выше упомянутыя послѣдовательныя состоянія. Самое лучшее для этого время первые часы послѣ родовъ. Края раны тогда еще свѣжи и большей частью на-



клонны къ заживленію *per primam intentionem*; тогда какъ послѣ надобно ихъ снова окривавливать и сокращеніе рубца уже будетъ мѣшать тому, чтобы они прилегали одинъ къ другому. Нечего бояться прониканія въ рану родильныхъ отдѣленій и зависящихъ отъ того помѣхъ заживленію. Все-го лучше соединять узловатымъ швомъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно съ пользой употреблять обвивной шовъ и *sutura clavata*. Въ болѣе легкихъ случаяхъ очень полезны *serres fines*, только употребленіе ихъ хлопотливѣе и обременительнѣе, нежели при узловатомъ швѣ, часто они прорѣзываютъ и такимъ образомъ не достигаютъ цѣли, почему они и не могутъ замѣнить послѣдняго. Намазываніе коллодіемъ, соединеніе липкимъ пластыремъ полезно только въ самыхъ легкихъ случаяхъ.

Въ первые дни по соединеніи необходимо лежачее положеніе на боку съ соединенными колѣнами. Необходима величайшая опрятность, почему должно нѣсколько разъ въ день обмывать половыя части губкой, смоченной въ теплой водѣ или отварѣ изъ ромашки. Посредствомъ опія надобно стараться остановить испражненія въ первые дни; діета должна быть легкая и соотвѣтствующая этой цѣли. Во время заживленія и нѣсколько дней еще и послѣ должно испражнять мочу посредствомъ катетера.

Относительно способа соединенія ранъ и леченія застарѣлыхъ разрывовъ промежности см. въ руководствѣ къ Гинекологіи.

#### IV. Разрывы глубокихъ сосудовъ влагалища и наружныхъ половыхъ частей — *thrombus, haematoma vaginae*.

§ 508. Если разрывается сосудъ, лежащій подъ слизистой оболочкой влагалища или наружныхъ половыхъ частей, которыя при этомъ остаются неповрежденными, то кровь изливается въ клѣтчатку таза и образуетъ болѣе или менѣе большую, тугую, упругую опухоль, выстоящую въ каналъ влагалища, распространяющуюся иногда даже на большія губы. Кожа бываетъ напряжена, багровая, часто сквозь нее просвѣчиваетъ кровь. Біеніе артерій въ ней нѣтъ, а зыбленіе (*fluctuatio*) явственно. Только въ рѣдкихъ случаяхъ налитіе клѣтчатки сопровождается свободнымъ кровоизліаніемъ наружу.

Причина разрыва состоитъ въ слишкомъ быстромъ рас-

тяженіи влагалища при прохожденіи младенца, за которымъ не въ состояніи слѣдовать сосуды его стѣнокъ и сосѣднихъ частей. Разрывающіеся сосуды суть артеріи, но часто и варикозныя вены. Они могутъ лопнуть также и тогда, если влагалище еще не растянута, именно вслѣдствіе воспрепятствованнаго въ нихъ возврата отъ давленія младенческой головки на тазовыя вены. Разрыву благоприятствуютъ страданія, вособенности воспаленіе ихъ стѣнокъ.

Опухоль происходитъ большей частью вдругъ и увеличивается очень быстро; въ отдѣльныхъ случаяхъ образуется медленно, или потому, что отверстіе разрыва въ сосудѣ узко, или потому, что головка предотвращаетъ налитіе клѣтчатки. Въ такомъ случаѣ она появляется впервые уже въ родильномъ состояніи.

§ 509. *Распознаваніе* кровавой опухоли слѣдуетъ изъ приведенныхъ явленій, къ которымъ, если налитіе значительно, присоединяются признаки внутренняго кровотечения. Изслѣдованіе указываетъ на опухоль, которая, находясь въ наружныхъ половыхъ частяхъ, бываетъ видима и простымъ глазомъ.

*Предсказаніе* зависитъ отъ величины и мѣста болѣзни. Небольшія кровоизліянія всасываются безъ вреда въ родильномъ состояніи; впрочемъ могутъ и произвести нарывы. Большія кровоизліянія опаснѣе. Опухоль можетъ вскрыться наружу и произвести значительное кровотеченіе, которое, не будучи тотчасъ остановлено, можетъ причинить чрезвычайно сильную анемію и даже смерть. Если опухоль не вскрывается ни сама, ни искусственнымъ путемъ, то образуется нагноеніе въ клѣтчаткѣ, даже ихорозное, съ образованіемъ фистулезныхъ ходовъ, которые распространяются далеко вверхъ по тазу и въ различномъ направленіи разстроиваютъ его органы. Вслѣдствіе истощенія и вторичныхъ его послѣдствій можетъ наступить смерть и спустя долгое время.

На теченіе родовъ кровавая опухоль можетъ имѣть только то вредное вліяніе, что она своимъ выстояніемъ въ тазовый каналъ можетъ затруднить выведеніе плода и даже слѣлать его совершенно невозможнымъ. Не должно также опускаться изъ вида и вліянія кровотечения на силу потугъ.

§ 510. *Леченіе*. Какъ только образовалась кровавая опухоль и замѣтили ее, должно тотчасъ производить на нее давленіе компрессомъ, смоченнымъ въ водѣ со льдомъ, чтобы воспрепятствовать ея распространенію; еще лучше ввести во влагалище кольеуринтеръ, наполненный такой же

холодной водой. Если это не помогаетъ, должно дѣлать такія же холодныя впрыскиванія во влагалище, примачивать половыя части и класть на нихъ ледъ. Вскрывать опухоль должно только въ томъ случаѣ, когда она механически препятствуетъ выходу младенца (которое должно произвестись немедленно), или если инфильтрація своимъ распространениемъ угрожаетъ жизни. Въ такомъ случаѣ, или когда отверстие образовалось само собою и кровотечение еще продолжается, чтобы остановить его, должно тампонировать влагалище, или еще лучше полость самой опухоли губками или корпией, предварительно достаточно расширивъ ихъ, употребляя одновременно и холодъ. Если же это не нужно, то опухоль должно вскрывать не прежде того, когда можно рассчитывать на прочное зашивание отверстия въ сосудѣ, чтобы не произошло свободнаго кровоизліянія. Спустя 2—3 дня сосуда зашиваются. Теперь, для предотвращения обширнаго образования нарыва, должно вскрыть опухоль на самой высокой ея части, удалить ея содержимое давленіемъ впрыскиваніями и покрывать рану холодными примочками. За тѣмъ теплыми впрыскиваніями должно содѣйствовать хорошему нагноенію и стоку отдѣленія. Если закрытіе полости замѣдляется, то нужно содѣйствовать ему раздражающими впрыскиваніями и давленіемъ, какъ это извѣстно изъ хирургіи.

### с) ВЫВОРОТЪ МАТКИ.

§ 511. Выворотъ—*inversio, invaginatio uteri*—состоитъ въ томъ, что дно вдается въ полость, а за нимъ тѣло и шейка, такъ что совершенно выворотившаяся матка лежитъ во влагалищѣ такъ, что слизистая ея оболочка соприкасается съ слизистой оболочкой влагалищнаго канала.

Степень выворота, время, въ которое онъ образуется, различны: 1) выворачивается только дно въ срединѣ или съ боковъ въ видѣ бокала и нѣсколько вдается въ полость матки—*depressio uteri*. (Это всегда бываетъ при параличѣ того мѣста, гдѣ прикрѣпляется послѣдъ, о чемъ будетъ сказано ниже). 2) Или дно ведетъ до самаго маточнаго рыльца, проходитъ шейный каналъ, который обокновенно стоитъ прочно, и образуетъ полипообразную опухоль, которая выдается изъ маточнаго рыльца во влагалище. 3) При высшей степени выворачивается вся матка, иногда увлекаетъ за собой и влагалищный сводъ, такъ что она совершенно выворачивается во влагалище и даже выходитъ изъ срамной

щели и тутъ образуетъ большую опухоль съ мохнатою, кровавой поверхностью. Первые двѣ степени называютъ *неполными выворотомъ*, послѣднюю *полнымъ* (*inversio cum prolapsu uteri, prolapsus uteri inversi*). Высшія степени происходятъ внезапно и быстро, или образуются постепенно изъ высшихъ.

§ 512. *Причины.* Необходимыя условія для происхожденія выворота состоятъ въ растяженіи маточной полости и рыхлости ея стѣнокъ. При этомъ производящими причинами бываетъ влеченіе снизу, или давленіе сверху, или неравнобѣрные сокращенія самой матки.

Обыкновенно выворотъ приписываютъ только первой причинѣ, именно неосторожному влеченію за пуповину, когда послѣдъ еще въ маткѣ. Какъ бы часто ни была эта причина, все таки она не единственная. Ибо выворотъ часто случается тамъ, гдѣ не было ни малѣйшаго влеченія за пуповину, или гдѣ роды были вполне предоставлены природѣ безъ всякаго посторонняго вмѣшательства. Если матка рыхла, то кишки, сдавливаемая дѣйствіемъ брюшныхъ мышцъ книзу, могутъ вдавить часть дна, которая будетъ опускаться еще больше дѣйствіемъ собственной тяжести и усиленнымъ давленіемъ сверху. Третья, конечно не *совсѣмъ рѣдкая причина* — *неправильныя сокращенія матки*; именно если дно энергически сокращается, а нижняя часть гѣла, вособенности шейка находятся въ расслабленномъ состояніи, то дно будетъ внѣдряться въ нихъ. Слѣд. матка выворачивается собственной дѣятельностью совершенно также, какъ и кишка при *intussusceptio*.

Поэтому выворотъ матки не всегда можно приписывать грубому обращенію или невнимательности врача или бабки, какъ это обыкновенно дѣлается.

§ 513. *Припадки, исходы и распознаваніе.* Два главнѣйшихъ припадка быстро образующагося выворота суть кровотеченіе и сильное потрясеніе нервной системы. Кровотеченіе бываетъ слѣдствіемъ недостаточныхъ сокращеній матки при отдѣленіи послѣда только мѣстами; потрясеніе нервной системы составляетъ слѣдствіе внезапнаго смѣщенія матки и кровотеченія. Его нельзя приписать только послѣднему, потому что оно часто бываетъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе незначительно, упадокъ силъ выражается сильной тоской, искаженіемъ лица, дрожжаніемъ, рвотой; холодомъ конечностей, малымъ пульсомъ; при высшей степени обморокомъ и судоргами, которые могутъ быстро произвести смерть.

Кровотеченіе бываетъ не всегда, но крайней мѣрѣ не

всегда въ значительной степени. Только тамъ оно бываетъ всегда, гдѣ послѣдъ еще прикрѣпленъ мѣстами въ маткѣ или мѣстами отдѣленъ отъ ея стѣнокъ и самыя стѣнки повреждены (Radford).

§ 514. Если выворотъ происходитъ постепенно и только мало-по-малу доходить до высокой степени, то явленій упадка силъ обыкновенно не бываетъ и въ такомъ случаѣ имѣютъ дѣло только съ припадками послѣдовательнаго кровотечения, воспаления, а также съ явлениями ущемленія кишечъ и сальника, которые помѣщаются въ заворотившейся части.

Воспаленіе матки также бываетъ всегда при высшихъ степеняхъ выворота, если кровотеченіе и истощеніе не повлекли за собой быстро смерти. Воспаленіе воспаляется та часть матки, которая выдается изъ маточнаго рыльца во влагалище и сжимается шейкой. Это воспаленіе производитъ поверхностное или глубокое, гангренозное разрушеніе, распространяется на брюшину и сосѣднія части и такимъ образомъ часто быстро ведетъ къ смерти. Иногда, если воспаленіе слабѣе, это состояніе долго не измѣняется, или же дѣлается хроническимъ, происходитъ нагноеніе, упорныя, часто возвращающіяся кровотечения, которыя и въ послѣдствіи могутъ еще обусловливать несчастный исходъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это смѣщеніе вообще переносится совершенно хорошо; матка остается во влагалищѣ или въ наружныхъ половыхъ частяхъ, постепенно уменьшается, поверхность ея дѣлается гладкой, плотной и, въ слѣдствіе вышнихъ раздраженій, представляетъ изъязвленія и ссадины. Даже спустя нѣсколько лѣтъ можетъ образоваться атрофія матки.

§ 515. Поэтому *предсказаніе* очень неблагоприятно, такъ какъ послѣдовательныя состоянія столь опасны и леченіе трудно, если оно не удается вскорѣ по происхожденіи этого состоянія.

*Распознаваніе* не можетъ быть трудно. Кровотеченіе, признаки нервнаго истощенія; отсутствіе тѣла матки надъ лобкомъ, доказываемое прощупываніемъ и постукиваніемъ, ощущеніе эластической, кровоточащей опухоли во влагалищѣ, на которой иногда еще находится послѣдъ и надъ которой ощущаютъ шейку, при чемъ никакимъ образомъ нельзя проникнуть въ полость — всѣ эти признаки рѣшительно не допускаютъ ошибки. Тѣмъ не менѣе это бываетъ не рѣдко. Выворачивающуюся матку принимали за головку другаго младенца и ее изводили, или за послѣдъ и поступали точно

также. Въ свѣжихъ случаяхъ особенно легко смѣшать съ маточнымъ полипомъ. Присутствіе маточнаго рыльца, также то обстоятельство, что по полипу зондъ проникаетъ въ маточную полость, а по выворотившейся маткѣ не можетъ пройти вверхъ — предохраняютъ отъ ошибки.

§ 516. *Леченіе.* Леченіе застарѣлаго, хроническаго вытвора относится въ область гинекологіи. Въ свѣжемъ случаѣ первая задача состоитъ въ томъ чтобы, какъ можно, скорѣе привести матку въ прежнее положеніе, вправить ее. Если послѣдъ еще прикрѣпленъ къ ней, то нѣкоторые совѣтуютъ сперва отдѣлить его, другіе — оставить на мѣстѣ и съ нимъ вправить. Въ отдѣльномъ случаѣ наши дѣйствія будутъ зависѣть отъ того, легко ли отдѣлить послѣдъ, не затруднить ли, или не воспрепятствуетъ ли вправленію, не значительно ли кровотеченіе, а слѣд. неужно ли поторопиться. Вообще лучше удалять послѣдъ до вправленія, такъ какъ отъ этого кровотеченіе сильнѣе быть не можетъ, потомучто послѣ отлученія его наступаютъ сокращенія матки, замирающія разверстыя сосуды. Отлученіемъ же послѣда значительно облегчается вправленіе. — Если матка не плотно сокращена, а слаба, то вправленіе производятъ такимъ образомъ: на самой глубокой части опухоли пальцами дѣлаютъ ямку, въ которую помѣщаютъ сложенные пальцы и такимъ образомъ органъ поднимаютъ вверхъ. Иногда онъ поднимается самъ собой съ нѣкоторой эластичностью. Если же матка плотнѣе, то ее обхватываютъ обѣими руками, сжимаютъ и вправляютъ сперва тѣ части, которыя выпали и выворотились послѣ, слѣд. верхнія части опухоли, за ними слѣдуютъ нижнія. Слѣд. вправляютъ также, какъ и грыжу. Также можно захватить органъ обѣими руками и, сдвигая его, большимъ пальцемъ сдѣлать на самомъ глубокомъ мѣстѣ ямку, послѣднюю увеличивать до тѣхъ поръ, пока органъ будетъ вправленъ по выше описанному способу. Если это остается безъ утѣха, то можно вправить еще посредствомъ постояннаго давленія, производимаго помощію палочки, губки и постоянно плотнѣе и плотнѣе стягиваемаго суспензорія. (О другихъ способахъ леченія хроническихъ заворотовъ см. въ Руководствѣ къ Гинекологіи).

§ 517. Если перетягиваніе (*Einschnürung*) шейки препятствуетъ вправленію, а самое вправленіе очень болѣзненно и насильственно, то нужно подвергнуть большую полному вліянію хлороформа. Рѣдко бывають необходимы насѣчки для того, чтобы устранить перетягиваніе шейки. — По окончаніи

вправления сжатая рука остается въ маткѣ до тѣхъ поръ, пока она достаточно сократится, чему можно содѣйствовать треніемъ, давленіемъ, холодными выпрыскиваніями во влагалище, внутреннимъ употребленіемъ спорыньги. Иногда, въ предупрежденіе вторичнаго выворота, хорошо оставлять на нѣкоторое время въ полости матки эластическую маточную трубку.

Леченіе кровотеченія, упадка силъ, истощенія и послѣдовательныхъ воспаленій производится по извѣстнымъ правиламъ.

**Д) МАТОЧНЫЯ КРОВОТЕЧЕНІЯ ВО ВРЕМЯ И ВСКОРѢ ПОСЛѢ РОДОВЪ.**

§ 518. *Обиція замлъчанія.* Кровотеченія изъ половыхъ частей, появляющіяся въ теченіи родовъ, происходятъ или изъ влагалища и наружныхъ половыхъ частей, или изъ матки. Первые обусловливаются разрывами отдѣльныхъ сосудовъ или всей стѣнки влагалища; объ нихъ уже было говорено. *Маточныя кровотеченія суть слѣдствія разрывовъ маточной ткани или отдѣленія послѣда отъ стѣнокъ матки и недостаточнаго заширанія разорванныхъ сосудовъ.* Кровотеченія вслѣдствіе разрывовъ матки уже описаны, также и тѣ, которыя происходятъ вслѣдствіе отдѣленія неправильно прикрѣпленнаго послѣда, *placenta praevia*. За тѣмъ остается сказать только о кровотеченіяхъ вслѣдствіе отдѣленія правильно прикрѣпленнаго послѣда <sup>1)</sup>.

§ 519. Въ періодъ выдѣленія плода послѣдъ отдѣляется отъ матки собственными ея сокращеніями. Если по рожденіи младенца это отдѣленіе не кончилось совершенно, то оно довершается потомъ. Но это отдѣленіе можетъ случиться слишкомъ рано т. е. въ разверзательномъ періодѣ. Такъ какъ матка, вслѣдствіе выполненія ея полости, не можетъ достаточно сократиться для того, чтобы запереть зіяющіе просвѣты сосудовъ, то происходитъ кровотеченіе. Тоже происходитъ, если въ періодъ выдѣленія плода наступитъ расслабленіе матки, сокращенія ея сдѣлаются недостаточными. *Слѣд. эти кровотеченія зависятъ отъ слишкомъ ранняго отдѣленія послѣда и недостаточнаго сокращенія матки.*

По рожденіи младенца задача маточной дѣятельности,

<sup>1)</sup> Кровотеченія, происходящія отъ разрыва сосудовъ пуговины, будутъ еще упомянуты ниже.

какъ уже сказано, состоитъ въ томъ, чтобы отдѣлить послѣдъ. Но тотъ же органъ долженъ вывести его и сильно сократиться, чтобы запереть зіяющіе сосуды. Если этого сокращенія нѣтъ, или оно недостаточно, то происходитъ сильное кровотеченіе. При недостаткѣ сокращеній послѣдъ остается въ маткѣ, но это задержаніе можетъ произойти и отъ другихъ причинъ, кромѣ бездѣтельности матки, какъ напр. вслѣдствіе приростанія послѣда, чрезмѣрной величины его, суженія матки. Оно всегда составляетъ причину того, что матка не можетъ достаточно сильно сократиться.

§ 520. И такъ кровотеченія въ періодѣ выведенія послѣда съ кровотеченіями въ оба первые періода имѣетъ то общаго, что *въ основаніи тѣхъ и другихъ лежитъ мѣстное или общее отлущеніе послѣда при недостаточномъ сокращеніи матки*. При кровотеченіяхъ до рожденія младенца это отдѣленіе совершается *слишкомъ рано*. При кровотеченіяхъ въ періодѣ выведенія послѣда или отдѣленіе его происходитъ *слишкомъ поздно*, или выведеніе. Эти кровотеченія или сопровождаются, или вызываются задержаніемъ послѣда (*retentio placentae*), почему на такое неправильное состояніе при случаѣ и должно обратить вниманіе.

Само собой разумѣется, что и по удаленіи послѣда можетъ произойти кровотеченіе, если сокращенія матки будутъ слабы. Эти кровотеченія, относительно ихъ припадковъ и пособій, которыя они требуютъ, естественно сходны съ кровотеченіями, происходящими вслѣдствіе той же причины, когда послѣдъ еще въ маткѣ, хотя при нихъ и не бываетъ препятствія къ надлежащему сокращенію матки, задержанія послѣда.

Вмѣстѣ съ этимъ видно, что кровотеченія до и послѣ рожденія младенца происходятъ изъ одного и того же источника, одинаковымъ образомъ, но относительно опасности, вызываемой ими, и требуемаго ими леченія получаютъ совершенно различное значеніе.

§ 521. Жестокость кровотеченія зависитъ отъ пространства, на которомъ отдѣленъ послѣдъ, и степени энергіи матки. Кровь или изливается свободно на ружу — *наружное кровотеченіе*, или внутрь въ полость матки — *внутреннее кровотеченіе*. Наружное кровотеченіе состоитъ въ постоянномъ истеченіи крови по каплямъ или въ внезапномъ и непродолжительномъ изліаніи ея. Къ этому вскорѣ присоединяются общія явленія кровоизліаній, вызываемыя вліяніемъ потери крови на организмъ. Дѣятельность сердца въ началѣ уско-



ряется, пульсъ частъ и малъ; онъ становится все слабѣе и слабѣе, пока наконецъ незначительная волна крови не въ состоянїи уже вызвать біеніе лучевой артерїи. Лице блѣднѣетъ, губы синѣютъ, дыханіе ускоряется и дѣлается труднымъ. Къ этому присоединяется чувство самаго глубокаго истощенія; холодный потъ покрываетъ лобъ и грудь, кожа становится холодной, на конечностяхъ часто какъ ледъ; чувство тоски подъ ложечкой дѣлается невыносимымъ, дыханіе все болѣе и болѣе затрудняется. Звонъ въ ухахъ, искровиднѣіе и потемнѣніе въ глазахъ, помраченіе мыслей, сильное метаніе и безпокойство суть предвѣстники обморока и судорогъ. Среди ихъ жизнь погасаетъ внезапно или же она исчезаетъ постепенно при явленіяхъ самаго глубокаго изнуренія.

Если кровь не можетъ вытекать наружу, потомучто маточное рыльце заперто свертками крови, послѣдомъ, лежащей частью младенца или тампономъ, то она собирается между плодомъ и стѣнкой матки, а если плодъ удаленъ, выполняетъ всю ея полость (внутреннїе кровотеченіе). Въ такомъ случаѣ матка растягивается, стѣнки ея становятся мягкими, рыхлыми, трудно обозначить рукой ея очертаніе; иногда она достигаетъ того объема, который имѣетъ въ концѣ беременности. Эти признаки, въ соединенїи съ вышеописанными припадками потери крови, дѣлаютъ распознаваніе внутренняго кровотеченія вѣрнымъ. При этихъ обстоятельствахъ конечно бываетъ и то, что матка выводитъ массу свертковъ и жидкой крови, а потомъ снова наполняется ими и тѣмъ самымъ только усиливается опасность.

§ 522. Относительно *леченія* описываемыхъ кровотеченій надобно замѣтить вообще, что не одна масса излившейся крови опредѣляетъ важность и опасность кровотеченія и должна быть взимаема въ расчетъ при назначенїи леченія, но преимущественно произведенное имъ вліяніе на организмъ; потомучто одна женщина и сильную потерю крови переноситъ вполне, посредствомъ, тогда какъ другая значительно поражается и при гораздо слабѣйшемъ. Впрочемъ не должно оставаться и обязаннымъ зрителемъ до тѣхъ поръ, пока дѣйствительно будетъ страдать весь организмъ, но какъ только появится кровотеченіе, нужно тотчасъ принять мѣры не для одного только предотвращенія дальнѣйшей потери, потомучто въ началѣ можно помочь и вособенности вызвать маточныя сокращенія самыми простыми и легкими средствами, тогда какъ впослѣдствїи, послѣ сильной потери крови, это удается только при гораздо сильнѣйшихъ, энергическихъ мѣрахъ.

Общее діететическое леченіе кровотеченій должно имѣть мѣсто и при кровотеченіяхъ во время родовъ. *Спеціальное леченіе состоитъ здѣсь просто въ томъ, чтобы вызвать достаточныя сокращенія.* При этомъ слѣдуютъ тому же способу, который употребляетъ и природа для остановки этихъ кровотеченій. Кровотеченія изъ другихъ тканей останавливаются сокращеніемъ самыхъ стѣнокъ, сосудовъ, когда они и произвольно прекращаются. Въ пуерперальномъ состояніи этого не бываетъ. Кровотеченія изъ сосудовъ останавливаются сокращеніемъ окружающей ихъ мышечной ткани, такъ какъ преимущественно они происходятъ изъ венъ (которые большей частью суть громадно расширенныя волосныя сосуды), одаренныхъ малой сократительной способностью. Даже незначительныхъ сокращеній стѣнокъ матки достаточно для того, чтобы остановить кровотеченіе. Поэтому не всегда бываетъ кровотеченіе, когда матка находится въ разслабленномъ состояніи, потому что даже незначительныя сокращенія могутъ на столько сжать вены, чтобы теченіе въ нихъ остановилось. Въ такомъ случаѣ для происхожденія кровотеченій отдѣленіе послѣда составляетъ первое условіе, и оно не всегда сопровождается разслабленнымъ состояніемъ матки. То обстоятельство, что и при совершенно сократившейся маткѣ иногда бываетъ кровотеченіе, нисколько не опровергаетъ факта, что причину его при отдѣленіи послѣда составляетъ недостатокъ сокращеній; это доказываетъ только то, что оно можетъ произойти и вслѣдствіе другихъ причинъ, между прочими поврежденіями и отъ полипозныхъ новообразованій.

Поэтому леченіе кровотеченій во время и послѣ рожденія младенца имѣетъ цѣлью выполнить главную задачу — вызвать достаточныя сокращенія матки. Какъ это слѣдуетъ, объ этомъ будетъ сказано ниже. Но прежде всего должно устранить всѣ препятствія надлежащимъ сокращеніямъ т. е. удалить младенца, если онъ еще въ маткѣ, по выведеніи же его поступить точно также и съ послѣдомъ. *Но дѣлать это должно только въ томъ случаѣ, когда дѣйствительно младенецъ или послѣдъ препятствуютъ надлежащимъ сокращеніямъ.*

#### 1) Кровотеченія до полного выведенія младенца.

§ 523. Преждевременное отдѣленіе послѣда отъ матки составляетъ причину этихъ кровотеченій въ разверзательномъ періодѣ, а отсутствіе надлежащихъ сокращеній — въ періодѣ выведенія плода.

Преждевременное отдѣленіе послѣда есть слѣдствіе сильныхъ сотрясеній тѣла; отдиранія его неуступчивыми яйцовыми оболочками, которыя далеко опустились изъ маточнаго рыльца совершенно цѣлыми; сильныхъ, бурныхъ потугъ, за которыми слѣдуетъ расслабленіе матки, и неправильныхъ сокращеній. Такъ какъ матка не можетъ достаточно сокращаться, потомучто яйцо находится вполне въ ней, то должно произойти кровотеченіе. Если послѣдъ отдѣлился съ края, то кровь стекаетъ внизъ и, когда маточное рыльце не заперто, наружу. Если же онъ на краю прикрѣпленъ, то кровь опускается и такимъ образомъ постепенно отдѣляетъ послѣдъ на краю, гдѣ и можетъ стекать. Но послѣдъ можетъ также быть прикрѣпленъ по окружности и въ такомъ случаѣ можетъ образоваться значительное кровоизліяніе въ мѣшокъ, образуемый послѣдомъ и противоположной стѣнкой матки.

Кровотеченія въ періодѣ выведенія плода бываютъ въ томъ случаѣ, когда матка не сокращается пропорціонально тому отдѣленію послѣда, которое отчасти уже состоялось и продолжается далѣе, что можетъ случиться тогда, когда послѣ сильныхъ, бурныхъ потугъ наступаетъ расслабленіе матки, или когда полость ея вдругъ освобождается отъ части своего содержимаго (какъ это бываетъ послѣ внезапнаго стока большого количества околоплодной жидкости, послѣ быстраго выведенія одного изъ двоенъ), и въ этомъ случаѣ стѣнки матки не въ состояніи такъ быстро сократиться, чтобы плотно обхватить остальное свое содержимое.

§ 524. И такъ кровотеченіе можетъ быть внутреннее и наружное. Въ началѣ оно обыкновенно происходитъ по каплямъ, во время потугъ останавливается (потомучто при этомъ зіяющіе сосуды запираются), въ промежуткахъ между ними усиливается. Спустя нѣкоторое время появляется довольно сильный токъ, за которымъ во время ближайшей потуги слѣдуютъ многочисленныя свертки. Вскорѣ самыя потуги становятся слабѣе и такимъ образомъ исчезаетъ естественное средство къ остановкѣ кровотеченія. Кровотеченіе повторяется или наступаетъ формальное капанье (*stillicidium*). Конечно при этомъ бываютъ и общія явленія. При внутреннемъ кровотеченіи онѣ первыя обращаютъ наше вниманіе на это состояніе. — *Предсказаніе* соотвѣтствуетъ степени кровотеченія, времени, въ которое оно наступило. Чѣмъ больше времени остается или должно пройти до полнаго освобожденія матки, чѣмъ труднѣе искусственное родоразрѣшеніе, тѣмъ

предсказаніе хуже. Особенно надобно опасаться слабости потугъ, потому что она легко переходитъ въ послѣдній періодъ родовъ. Внутреннее кровотеченіе опаснѣе наружнаго, потому что его труднѣе узнать и часто узнается уже тогда, когда произошло очень обильное кровоизлияніе, а также и потому, что указываетъ на сильную вялость и слабую сократительность матки.

*Распознаваніе* этого вида кровотеченій легко. Его мы въ правѣ принять, когда нѣтъ ни подлежащаго послѣда, ни разрыва матки. Отъ кровотеченія при подлежащемъ послѣдѣ отличается еще тѣмъ, что во время потугъ оно стихаетъ, тогда какъ то усиливается.

§ 525. *Леченіе* кровотеченія въ разверзательномъ періодѣ почти тоже, какъ и при кровотеченіяхъ, происходящихъ отъ той же причины въ послѣдніе мѣсяцы беременности, о чемъ сказано въ § 371. Кромѣ назначенія извѣстныхъ діететическихъ правилъ, надобно заботиться о надлежащемъ сокращеніи матки. Холодныя примочки на животъ, покапываніе на него эфиромъ, растиранія дна матки черезъ брюшныя покровы представляютъ средства, приличныя для легкихъ случаевъ. Если же кровотеченіе сдѣлалось сильнѣе, то *нужно или тампонировать влагалище, или вскрыть пузырь. Тампонированіе* можно совѣтовать только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ бояться вскрытія пузыря по недостаточному расширенію маточнаго рыльца; потому что если и за вскрытіемъ оболочекъ кровотеченіе не останавливается, то уже нельзя болѣе употреблять тампонированіе и послѣднимъ средствомъ остается произвести роды, что при мало разверстомъ маточномъ рылцѣ составляетъ насильственное родоразрѣшеніе — *accouchement forcé*. И такъ пока маточное рыльце мало расширено, пузырь еще цѣлъ, нужно затампонировать влагалище; но при этомъ нужно всегда имѣть въ виду возможность внутренняго кровотеченія и постоянно наблюдать за дномъ матки посредствомъ руки. *По стокъ нельзя уже болѣе употреблять тампона*, потому что, если кровотеченіе продолжается и кровь не можетъ выходить книзу, находя въ тампонѣ препятствіе, то она станетъ собираться въ полости матки и легко растянетъ ее до прежняго объема.

§ 526. Если же маточное рыльце раскрылось почти совсѣмъ, или по крайней мѣрѣ на столько, что нельзя уже болѣе ждать полнаго расширенія, хотя бы воды и стекли, то *должно вскрыть пузырь*. При этомъ матка сильно сокращается, стѣнки ея прилегаютъ къ младенцу и такимъ об-

разомъ останавливаетъ кровотеченіе. Съ вскрытіемъ оболочекъ можно соединить и внутреннее употребленіе *спорыньи* для того, чтобы предотвратить вторичное расслабленіе матки. Если и не смотря на то, кровотеченіе продолжается, то нужно совершенно освободить матку, что дѣлается *поворотомъ на ножки съ послѣдующимъ извлеченіемъ*, исполненіе котораго теперь уже не трудно. Если головка имѣетъ положеніе, приличное для накладыванія *щипцовъ*, то показуется употребленіе этого инструмента.—Въ неблагопріятныхъ случаяхъ, когда при незначительномъ разверзаніи маточнаго рыльца кровотеченіе продолжается въ сильной степени, не смотря на тампонъ или вскрытіе пузыря, или когда при тампонированіи наступаетъ внутреннее кровотеченіе, то должно дѣлать *accouchement forcé*, но довольно заблаговременно, пока роженица не потеряла еще слишкомъ много крови. Если же это обстоятельство оставляютъ безъ вниманія, насильственное родоразрѣшеніе дѣлаютъ на совершенно изнуренной, то этой операцией только лишаютъ ее всякой надежды на спасеніе.

Если въ періодѣ выведенія младенца кровотеченіе не останавливается и послѣ средствъ, возбуждающихъ сокращенія (тренья дна матки, спорыньи), то нужно разрѣшить роженицу, что при преобладающихъ здѣсь обстоятельствахъ не трудно. Однако еще разъ надобно предостеречь отъ употребленія тампона по стокѣ водѣ.

§ 527. Иногда преждевременно и вполнѣ отдѣлившійся послѣдъ опускается по внутренней поверхности матки внизъ и выводится раньше младенца—явленіе, которое называютъ *выпаденіемъ послѣда*, *prolapsus placentae*. Естественно, что для того, чтобы послѣдъ съ принадлежностями младенца вышелъ прежде его, пузырь необходимо долженъ лопнуть, младенецъ выступить изъ полости яйца, но оставаться въ маткѣ. Если послѣдъ уже вышелъ изъ маточнаго рыльца, то распознаваніе легко. Оно трудноѣ, если послѣдъ однимъ краемъ опустился до маточнаго рыльца, такъ какъ это состояніе легко принять за предлежащій послѣдъ. На леченіе это не имѣетъ никакого вліянія, потому что оно зависитъ только отъ жестокости существующаго кровотеченія и лечить его при выпаденіи послѣда должно точно также, какъ и при предъидущемъ послѣдѣ.

Для младенца выпаденіе послѣда конечно всегда смертельно. Въ случаяхъ, которые наблюдали, большей частью имѣли дѣло также и съ ранними родами, почему шансовъ

для спасенія младенца было еще меньше. Существующее кровотеченіе съ удаленіемъ послѣда обыкновенно останавливается, если матка сокращается удовлетворительнымъ образомъ, потому для матери предсказаніе лучше.

Леченіе, какъ уже замѣчено, соотвѣтствуетъ жестокости кровотеченія. Не должно ничего дѣлать для младенца, что могло бы привести въ опасность мать. Если кровотеченіе происходитъ изъ матки, то надобно поступать точно также, какъ въ подобныхъ обстоятельствахъ при предлежащемъ послѣдѣ. Если кровотеченія нѣтъ, то предоставляютъ выведеніе младенца природѣ; это можно сдѣлать и помощію искусства въ томъ случаѣ, когда младенецъ еще оказываетъ признаки жизни и требуемое пособіе для матери мало насильственно.

II) *Кровотеченія въ періодѣ выведенія послѣда и вскорь по удаленіи его.*

§ 528. Причины этихъ кровотеченій, ихъ припадки и леченіе вообще изложены въ § 519 — 522, тамъ же было сказано, что задержаніе послѣда или соединяется съ ними и составляетъ дальнѣйшую причину кровотеченія, или само по себѣ вызываетъ ихъ. Ближайшей же произволящей причиною ихъ бываетъ всегда недостаточное сокращеніе матки; почему кровотеченіе можетъ продолжаться и появляться и по удаленіи послѣда.

Очень часто описываемыя кровотеченія суть слѣдствія дурнаго содержанія въ періодѣ выведенія послѣда. Если соблюдать выше изложенныя правила, вособенности если не давать ребенку выходить очень быстро, наложеніемъ руки заботиться о надлежащихъ сокращеніяхъ дна, избѣгать грубыхъ мѣръ, выводить послѣдъ тотчасъ за младенцемъ, то рѣдко придется жаловаться на кровотеченіе въ послѣднемъ періодѣ родовъ. Но и самый лучший уходъ не всегда можетъ предотвратить это явленіе, потому что причины ихъ состоятъ не всегда въ дурномъ леченіи но въ индивидуальныхъ особенностяхъ.

Они суть, или *слабость маточныхъ сокращеній (atonia uteri)*, или *нравномѣрность ихъ (stricturae)*, или наконецъ препятствіе сокращеніямъ матки посредствомъ задержанія послѣда вслѣдствіе *судорогъ (stricturae)*, или *неправильнаго прикрѣпленія его къ маткѣ.*

§ 529. 1) Причины *атонии матки* тѣже, что и слабости потугъ вообще (см. § 391). Къ этому вособенности располагають долго продолжающіяся, чрезмѣрные напряженія матки въ обоихъ первыхъ періодахъ; слишкомъ быстрое опорожненіе матки по предварительномъ чрезмѣрномъ растяженіи водяной овечьей оболочки (*hydramnios*), двойнями; вялость стѣнокъ ея вслѣдствіе очень быстро другъ за другомъ слѣдовавшихъ родовъ. Очень часто слабость потугъ въ первыхъ періодахъ переходитъ въ послѣдній.

Атонія характеризуется слѣдующими явленіями: матка не имѣетъ той плотной консистенціи, какая должна быть по выведеніи младенца, но на оцупь представляется мягкой, тѣстообразной и трудно представить ея очертаніе рукой, положенной на животъ; при этомъ она больше обыкновеннаго. Если ее потирать и мять, то иногда она нѣсколько сокращается, но чрезъ нѣсколько минутъ снова ослабѣваетъ и ее уже не возможно бываетъ прощупать такъ, какъ прежде. Кровотеченіе начинается обыкновенно незначительнымъ изліяніемъ во влагалище; но вскорѣ оно усиливается и кровь течетъ настоящею струей, довольно сильной, въ короткое время совершенно пропитывающей постель. Послѣдъ уже бываетъ удаленъ, или остается отдѣленнымъ или неотдѣленнымъ. Если маточное рыльце заперто послѣдомъ или свертками, то кровь собирается въ полости матки, сильно растягиваетъ ее и только уже общія явленія возвѣщаютъ объ угрожающей опасности.

§ 530. Послѣднія не медлятъ своимъ появленіемъ. Анемія образуется быстро и полный упадокъ силъ можетъ наступить спустя нѣсколько минутъ. Рѣдко случается, что при довольно значительномъ кровотеченіи наступаютъ сокращенія, которыя мгновенно его останавливаютъ; большей частью кровь течетъ постоянно, или извергается въ большомъ количествѣ толстою струей. Это самые опасные случаи, которые въ состояніи въ нѣсколько минутъ вызвать смерть отъ истеченія кровью.

§ 531. *Леченіе* должно имѣть въ виду три обстоятельства: вызвать надлежащія сокращенія матки, удалить послѣдъ, если онъ еще въ полости ея, и предотвратить вторичное расслабленіе ея.

Въ болѣе легкихъ случаяхъ иногда уже бываетъ достаточно *трения или разминанія дна матки пальцами* для того, чтобы возбудить сокращенія. Если матка расширяется,

дѣлается очень влоюй, то ее обхватываютъ полной рукой, стараясь локтевой ея край подвести за матку, и такимъ образомъ отгѣсняютъ ее внизъ. Между тѣмъ даютъ сильный приемъ *спорыньи*, которая, хотя и не дѣйствуетъ тотчасъ, тѣмъ не менѣе представляетъ ручательство за нихъ впоследствии. Если и не смотря на то кровотеченіе продолжается, то теперь вводить въ матку всю руку и *вынимаютъ послѣдъ*, отдѣливши его, въ случаѣ надобности, предварительно; должно также удалить изъ матки всѣ кровяные свертки. Вслѣдствіе раздраженія, произведеннаго при этомъ рукой, происходятъ большей частью сильныя сокращенія, и кровотеченіе останавливается.

§ 532. Если же этого не бываетъ, кровь течетъ еще и по удаленіи послѣда, то надобно приступить къ энергическимъ средствамъ, чтобы привести органъ въ сильную дѣятельность. *Холодъ* въ видѣ примочекъ и впрыскиваній доставляетъ здѣсь великолѣпную пользу. Большую салфетку, полотенце смачиваютъ въ холодной водѣ со льдомъ, накладываютъ на весь животъ, и это возобновляютъ, какъ только салфетка или полотенце начнутъ согрѣваться. Еще сильнѣе дѣйствуютъ *впрыскиванія холодной воды* во влагалище или въ самую полость матки. Такъ какъ дѣлать ихъ очень легко, дѣйствуютъ они энергично, съ другой стороны не влекутъ за собой никакихъ вредныхъ послѣдствій, то ихъ по преимуществу должно совѣтывать; и даже гораздо лучше раньше обратиться къ нимъ, чѣмъ тратить попустому время съ примочками, растираніями дна. Въ матку вводятъ эластическую толстую трубку со многими на концѣ отверстиями по сторонамъ и однимъ въ срединѣ; удерживая ее одной рукой, дѣлаютъ посредствомъ хорошо примыкающаго, умѣренной величины и легко приставляемаго шприца 5—6 сильныхъ впрыскиваній.

Если нельзя употребить достаточно холодной воды, то замѣняютъ ее влжущими средствами какъ уксусомъ, квасцами, іодной настойкой и пр. Изъ нихъ тамъ, гдѣ холодная вода дѣйствуетъ недостаточно скоро, всего лучше помогаетъ *соленокислое желѣзо*, которое употребляютъ въ растворѣ около  $\frac{3}{\beta}$  на фунтъ воды.

§ 533. Описанный способъ рѣдко остается безуспѣшнымъ и рѣдко будетъ необходимо прибѣгнуть къ *тренильямъ и разминаніямъ внутренней стѣнки матки* посредствомъ введенной руки, хотя бы это дѣлали и при удаленіи послѣда.



Въ очень опасныхъ случаяхъ можно попробовать еще и *прижатіе aortae abdominalis*, которое дѣлается или чрезъ брюшные покровы (Vauclousque), или чрезъ заднюю стѣнку матки посредствомъ руки, введенной въ ея полость (Poussquet). Прижатіе надобно дѣлать очень высоко для того, чтобы уничтожить притокъ крови къ маткѣ, потомучто въ противномъ случаѣ прижатіе не распространится на *a. spermatica*. Если это удалось, органъ сокращается, но по прекращеніи прижатія обыкновенно снова расширяется. Кромѣ того трудно совершенно сжать *aortam* на подлежащемъ позвоночномъ столбѣ; если это и удастся, то вълѣдствіе одновременно существующаго сжатія *venae cavae infer.*, результатъ прижатія *aortae* уничтожается, потомучто при этомъ воспаляется возвратъ крови изъ матки. — Поэтому можно попробовать прижатіе *aortae* уже потому, что сопряженное съ нимъ разнобразное и сильное прикосновеніе къ маткѣ имѣетъ благоприятное дѣйствіе. Но никогда не должно на него полагаться и тратить бесполезно время.

*Переливаніе крови (transfusio)* остается послѣднимъ средствомъ, которое можно пробовать въ сомнительныхъ случаяхъ съ цѣлію спасти роженицу, готовую умереть отъ истеченія кровью.

§ 534. Предложенные еще нѣкоторые другіе способы по дѣйствию уступаютъ описанному или показуются для того, чтобы упрочить начавшееся сокращеніе. Такъ *холодныя промывательныя, впрыскиванія холодной воды въ пупочную вену*, когда послѣдъ еще въ маткѣ (Majon), *вкладываніе въ матку облупленныхъ лимоновъ* (Eugrat), *сосаніе грудей*, наложеніе на животъ *мышка съ пескомъ*, *впрыскиванія въ матку эрготина* (Bonjean), все это не такъ дѣйствительно какъ треніе дна, раздраженія внутренней поверхности матки рукой и какъ впрыскиванія холодной воды или соленокислаго желѣза. Раздраженіе атонической матки *электричествомъ* конечно очень полезно, но его трудно примѣнять къ дѣлу, вособенности когда необходима поспѣшность. Напротивъ того *тампонированіе влагалища*, которое безразсудно совѣтывали, должно быть оставлено, потомучто этимъ не только не останавливается кровотеченіе, но и наружное измѣняется во внутреннее. Также должно отвергать *тампонацію полости матки* корпией или надуваемымъ пузыремъ (Legoux, Diday), потомучто отъ того сокращенія матки конечно рѣшительно невозможны. Испытать это было бы умѣстно только при расширеніи сосудовъ.

§ 535. Если удалось вызвать сокращенія матки и остановить кровотеченіе, то *надобно еще предотвратить вторичное ея расслабленіе.*

Кромѣ прохладнаго и покойнаго содержанія, внутренняго употребленія кислотъ и вособенности спорыньи, въ этомъ отношеніи ничто такъ не дѣйствительно, какъ *постоянное давленіе на животъ выше матки.* Плотнo сложивъ нѣсколько платковъ или салфетокъ, кладутъ ихъ позади дна матки, стараясь надавить ихъ внизъ по позвоночному столбу, и въ этомъ положеніи удерживаютъ плотно стягиваемой повязкой, которая конечно должна лежать такъ, чтобы не препятствовала движенію реберъ и грудобрюшной преграды. При этомъ матка не можетъ болѣе расширяться и подниматься вверхъ; въ тоже время давленіе снаружки составляетъ постоянное раздраженіе къ сокращеніямъ. Если и не смотря на то изъ влагалища появляется нѣсколько крови, то это обыкновенно обусловливается задержаніемъ нѣсколько свертковъ въ шейкѣ и нижней части полости матки; если ихъ удалить и выпрыснуть въ шѣйку холодной воды, то кровотеченіе исчезнетъ. Помощію платка, смоченнаго въ холодной водѣ и положеннаго передъ половыми частями, можно каждую минуту убѣдиться, отдѣляется ли еще кровь и въ какомъ количествѣ.

§ 536. При употребленіи сказанныхъ средствъ надобно позаботиться и о *сохраненіи силъ больной.* Умываніе лица уксусомъ или теплой водой съ виномъ, употребленіе внутрь чашки чая или небольшого количества бульона — вотъ все, что можно тутъ слѣлать. Если кровотеченіе остановилось, то надобно оставаться въ комнатѣ роженицы, по крайней мѣрѣ, еще столько же времени, пока убѣдимся, что оно остановилось прочно. Больная въ первые два часа вовсе не должна спать; если же это необходимо, то по крайней мѣрѣ при ней должна находиться постоянно сидѣлка, должно съ величайшимъ вниманіемъ слѣдить за пульсомъ, температурой тѣла, и отъ времени до времени чаще посматривать, не замараны ли подстилки свѣжей кровью.

Большой осторожности требуетъ *леченіе анеміи отъ кровотечения.* Сильная слабость, отсутствіе пульса, холодъ конечностей, по видимому, требуютъ обширнаго употребленія раздражающихъ средствъ; но подобное леченіе самое превратное, такимъ путемъ можно вызвать волненіе, котораго ослабленная больная не выдержитъ. Въ крайнемъ случаѣ позво-

лительно нѣсколько вина или водки съ водой, чая или крѣп-каго мяснаго бульона.

Надобно совѣтовать окутываніе поверхностныхъ частей тѣла въ теплыя покрывала, бинтованіе конечностей отъ периферіи къ центру (чтобы оттѣснить туда кровь). *Самое предпочтительное при этомъ состояніи средство составляетъ опиѣ.* Удивительно, какъ быстро онъ возстановляетъ силы, или по крайней мѣрѣ устраняетъ безпокойство, раздражительность желудка и кишекъ. Только его надобно давать въ довольно большихъ приѣмахъ, настойки капель 20—30, сначала 2—3 разъ черезъ полчаса, а потомъ по столько же каждые 3—4 часа. Нечего бояться въ первые два дня давать до *3jj laudanii*; при этихъ обстоятельствахъ наркотическое его дѣйствіе обнаруживается послѣ очень большихъ приѣмовъ. По окончаніи этого времени онъ болѣе не нуженъ. — Если первый день прошел благополучно, надобно давать въ достаточномъ количествѣ легкую пищу, какъ напр. мясные бульоны, чай, молоко, лійцы, супы; но каждый разъ по немного, лучше чаще. Противъ *головной боли*, которая всегда бываетъ послѣ кровотеченій, не зачѣмъ дѣлать кровопусканій и давать сильныхъ отводящихъ, потомучто, по мѣрѣ увеличенія силъ, она исчезаетъ сама собой. Если ребенокъ живъ и состояніе матери позволяеть, надобно настаивать на томъ, чтобы она кормила его сама.

Въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ атонія матки не бываетъ общей, а ограничивается мѣстомъ прикрѣпленія послѣда. Этотъ *параличъ мѣста прикрѣпленія послѣда* (описанный впервые *Рокитанскимъ*) часто узнается уже и по наружной формѣ матки, потомучто это мѣсто втягивается въ полость окружающей ее и правильно сокращающейся тканью, вдаётся въ нее и слѣд. представляеть снаружи углубленіе (переходъ въ выворотъ). Кровотеченіе при этомъ бываетъ конечно очень значительное и потому такое состояніе очень опасно, особенности же трудно бываетъ заставить парализованную часть сокращаться. Сжатіе матки, впрыскиванія воды со льдомъ, *muria. ferri* или *tinct. jodi*, раздраженіе электричествомъ — вотъ средства, которыя должно употреблять со всей энергіей. Здѣсь можно даже употреблять и тампонированіе маточной полости корпіей, смоченной въ влажущихъ средствахъ.

§ 537. 2) При *неравномерномъ сокращеніи*, такъ называемой *стриктуры*, матка не вяла, а болѣе или менѣе плотно сокращена, но не имѣетъ правильной, шаровидной формы. Ес-

ли стриктура находится въ верхней части, въ сторонѣ той или другой фаллопиевой трубы, то матка отъ этого кажется какъ бы раздѣленной на 2 части, на меньшую верхнюю и на большую нижнюю (*hourglass contraction* англичанъ, *стриктура похожая на песочные часы*); если стриктура въ нижнемъ отдѣлѣ, въ такъ назыв. *isthmus*, то матка большей частью стоитъ очень высоко, стянута по длинѣ и походитъ на бутылку. Это суженіе часто можно снаружи прощупать рукой. Послѣдъ по большей части бываетъ еще въ маткѣ и задерживается стриктурой; онъ лежитъ или надъ ней, или отдѣлившимся лоскутомъ опускается черезъ нее (*incarceratio placentae*).

Причины этихъ неправильныхъ сокращеній и ихъ явленія уже изложены въ §§ 403 и 404. Рѣдко не бываетъ кровотеченія, потомучто во кругъ сильно сократившагося мѣста ткань вяла, обыкновенно послѣдъ бываетъ отдѣленъ мѣстами, а потому зияющія отверстія сосудовъ не могутъ быть заперты. Кровотеченіе можетъ быть очень значительное, продолжаться и по удаленіи послѣда, если не исчезнетъ неравнобѣрное сокращеніе. Неосторожное притяженіе за пуповину, грубыя и преждевременныя манипуляціи къ удаленію послѣда представляютъ главныя причины стриктуръ. — Узнать ихъ не трудно. Часто уже внѣшняя форма матки наводитъ на это, а при внутреннемъ изслѣдованіи рука легко проникаетъ по пуповинѣ черезъ вялую шейку и часто можно непосредственно прощупывать тѣсно суженное мѣсто.

§ 538. Что надобно дѣлать при стриктурѣ, ясно само собой. Надобно устранить ее, удалить послѣдъ, если онъ еще въ маткѣ, и потомъ позаботиться о постоянномъ сокращеніи послѣдней. Къ устраненію стриктуры служатъ наружныя и внутреннія средства: теплыя припарки, растиранія матки ладонью, достаточный пріемъ опія и, если онъ скоро не помогаетъ, *вдыханія хлороформа*. Впрочемъ послѣднее допускается только въ томъ случаѣ, когда кровотеченіе не сильно, вообще же надобно отъ этого удерживаться, потомучто можно принять признаки истеченія кровью за признаки наркотизаціи и усилить ихъ вдыханіями. Впрочемъ незначительныя кровотеченія не должны удерживать насъ отъ употребленія хлороформа, вособенности потому, что наркотизація всего быстрѣе устраняетъ стриктуры и съ тѣмъ вмѣстѣ удаляетъ самую причинну болѣзни. — Если же сказанныя средства остаются безъ дѣйствія или противопоказуются настоятельностью припадковъ, то должно приступитъ

непосредственно къ удаленію послѣда и рукой преодолѣть стриктуру. По слабо натянутой пуповинѣ проводятъ во влагалище и черезъ маточное рыльце руку и черезъ сѣуженное мѣсто продвигаютъ сперва одинъ палецъ, потомъ другой, наконецъ половину или всю руку и такимъ образомъ вынимаютъ послѣдъ. При этомъ необходимы большое терпѣніе и осторожность; хлороформированіе роженицы, если оно дозвоительно, значительно облегчаетъ операцию.

Леченіе по удаленіи послѣда, если стриктура уничтожена, сходно съ тѣмъ, которое показано противъ кротеченія влѣдствіе атоніи.

§ 539. 3) Одна изъ самыхъ частыхъ причинъ задержанія послѣда и кровотеченія состоитъ въ *ненормальномъ срастаніи его съ стѣнкой матки, въ неправильномъ прикрѣпленіи*. Последнее есть слѣдствіе воспалительнаго выпотѣнія въ беременности или кровоизліянія съ послѣдующимъ образованіемъ фибрина; оно часто повторяется и въ слѣдующихъ беременностяхъ. Оно распространяется или на всю поверхность послѣда или, какъ обыкновенно бываетъ, на болѣе или менѣе значительную его долю. Сокращенія матки не въ силахъ отдѣлить эти срастанія и только въ томъ случаѣ, когда они очень сильны, это иногда удается имъ въ теченіе большаго промежутка времени, нежели черезъ часъ. Если прикрѣпленъ весь послѣдъ, то кровотеченіе не происходитъ, но такъ какъ въ большинствѣ случаевъ этого не бываетъ, то одна часть отдѣляется сокращеніями матки, другая нѣтъ. Это обстоятельство препятствуетъ сокращеніямъ запереть сосѣдніе зіяющіе сосуды. Все мѣсто прикрѣпленія послѣда не можетъ сокращаться подобно сосѣднимъ частямъ, представляется влѣпымъ и мягкимъ, тогда какъ послѣднія плотны. При этомъ конечно бываетъ сильное кровотеченіе. Отъ растяженія на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, происходяшаго влѣдствіе сокращеній, матка въ этомъ мѣстѣ раздражается, образуется вокругъ него стриктура (*Стриктура отъ раздраженія*).

Если не устранить тотчасъ причины кровотеченія, то или очень быстро наступаетъ опасность отъ истеченія кровью, или образуется атоническое состояніе матки, которое не менѣе опасно послѣ столь сильной потери крови.

§ 540. Неправильное прикрѣпленіе послѣда узнать легко. Послѣдъ не выходитъ, хотя матка сокращена и со стороны маточнаго рыльца и влагалища нѣтъ никакихъ препятствій. Если тянуть за пуповину, то онъ нѣсколько подаетъ

ся, а за нимъ слѣдуетъ и матка, по прекращеніи же влеченія оба уходятъ назадъ. При этомъ больная чувствуетъ постоянную боль на опредѣленномъ мѣстѣ. Не рѣдко эта послѣдняя была уже и въ беременности, и такимъ образомъ анамнезъ можетъ облегчать распознаваніе. Самое вѣрное заключеніе даетъ конечно введеніе руки въ полость матки, что при сильномъ кровотеченіи всегда необходимо.

Если послѣднее неостанавливается и тогда, когда матка сокращается надлежащимъ образомъ и употреблены обыкновенныя діатетическія средства и снаружи холодъ, то нужно удалить послѣдъ, предварительно отдѣливъ его отъ маточной стѣнки и устранивъ существующую стриктуру. После этого кровотеченіе обыкновенно останавливается. Если оно и при всемъ томъ продолжается, то, смотря по состоянию матки, идетъ въ дѣло леченіе стриктуры или атоніи.

§ 541. 4) *Задержаніе послѣда безъ кровотеченія.* Въ случаѣ, когда послѣдъ не можетъ быть выведенъ природой безъ того, чтобы не произошло сколько-нибудь значительнаго кровотеченія, спрашивается, надобно удалить его посредствомъ операціи, или нѣтъ. Гдѣ появляется кровотеченіе или другія непріятныя явленія, тамъ этого нельзя и спрашивать; но гдѣ этого нѣтъ, нѣкоторые совѣтуютъ предоставлять дѣло природѣ (*пассивный способъ*), потомучто послѣдъ, спустя болѣе или менѣе короткое время выходитъ самъ собой или выводится разложившимся, или даже совершенно всасывается. Впрочемъ всѣ хорошіе акушеры не въ пользу этого, и совершенно справедливо, потомучто до тѣхъ поръ можетъ появиться кровотеченіе, пока послѣдъ въ маткѣ; и если это случится тогда, когда полость матки уменьшилась, шейка болѣе или менѣе сократилась, то удаленіе послѣда бываетъ очень трудно, даже большей частью невозможно. Если же и не наступаетъ кровотеченія, то послѣдъ разлагается и это разложеніе соединяется съ большой опасностью для матери, потомучто отъ него легко образуется гнойное зараженіе. О такъ называемомъ всасываніи послѣда нечего и думать; случаи, которые считали за всасываніе, по всей вѣроятности были тѣ, въ которыхъ послѣдъ вышелъ маленькими кусками съ послѣродовымъ очищеніемъ прежде, нежели онъ пришелъ въ гніеніе и могъ вызвать общіе припадки. — Поэтому если при задержаніи послѣда и не являются опасныя припадки и если употребили бесполезно всѣ болѣе легкія средства, способствующія сокращеніямъ матки и слѣд. выденію послѣда, то надобно удалить его рукой, введенной

въ матку, и самый поздній срокъ для этого 2 — 3 часа спустя по рожденіи младенца (*активный способъ*).

§ 542 5) *Отлушение и удаление послѣда*. Акушеръ садится съ боку роженицы, лежащей на спинѣ и дѣлаетъ операцію рукой, одноимянной съ той стороной, съ которой онъ помѣстился. Если можно дѣлать выборъ, то онъ садится такъ, чтобы дѣйствовала правая рука, если послѣдъ прикрѣпленъ вправо, и лѣвая, если онъ прикрѣпленъ въ лѣвой сторонѣ матки, при чемъ ладонь должна быть обращена къ послѣду. Свободной рукой умѣренно натягиваютъ пуповину, чтобы она служила проводникомъ оперирующей рукѣ. Это конечно излишне, если пуповина оторвана. Такимъ образомъ конически сложенная рука и обращенная тыльной поверхностью кзади проводится при вращательныхъ движеніяхъ въ маточное рыльце; но въ этотъ моментъ свободная рука оставляетъ пуповину, помѣщается снаружи на матку и укрѣпляетъ ее, чтобы предотвратить растяженіе и отрывъ влагалища и производить противудавленіе другой рукѣ. Последней отыскиваютъ свободный отдѣлившійся край дѣтскаго мѣста, локтевую сторону концевъ пальцевъ продвигаютъ между нимъ и стѣнкой матки и пилообразными движеніями начинаютъ дальнѣйшее его отдѣленіе. При этомъ соблюдается правило, чтобы тыльная часть руки была всегда обращена къ маткѣ, концы пальцевъ къ послѣду, дабы не повредить внутренняго мышечнаго слоя матки, столь важнаго при запираніи разорванныхъ сосудовъ, и въ заключеніи, чтобы не рыться пальцами въ послѣдъ, потому что отъ этого онъ разрывается на части и пропадаетъ вся вѣрность осязанія. Такъ дѣлаютъ отлушеніе, безъ торопливости и грубости, но спокойно, не придавая кровотеченію важности больше того, сколько нужно для ускоренія операціи.

§ 543. *Если нѣкоторыя мѣста приросли очень плотно*, то не нужно употреблять для отлушенія послѣда насилія, но или оставить въ маткѣ, или производить отлушеніе въ самой ткани, оставляя неприкосновеннымъ слой, тѣсно сросшійся съ маткой. Часто идутъ отъ послѣда къ маткѣ *фиброзные пучки*, толщиной въ стволъ пера, препятствующіе отлушенію. Всего лучше перешипнуть ихъ концами пальцевъ, а гдѣ это не удастся, отлущаютъ или отдѣляютъ отъ нихъ ткань послѣда полосками. Подобныя маленькіе остатки выдѣляются съ послѣдородовымъ очищеніемъ, но лучше ихъ оставить въ покоѣ, чѣмъ повредить внутреннюю поверхность матки.

Далѣе нужно быть очень осторожнымъ въ тѣхъ случаяхъ, *гдѣ маточная стѣнка очень тонка*. Тутъ надобно свободной рукой поддерживать то мѣсто, гдѣ производится отлущеніе и лучше оставить не большіе кусочки послѣда, если подвергать себя опасности разрыва матки.

*Если послѣдъ по краямъ вовсе еще не отделился*, то отлущеніе начинаютъ съ самаго толстаго его мѣста. А иногда край бываетъ вездѣ очень тонокъ, и мѣсто, гдѣ онъ переходитъ въ маточную стѣнку едва можно отличить. Въ какомъ случаѣ бываетъ необходимо начать отлущеніе съ середины, при чемъ воззаютъ въ послѣдъ 1 или 2 пальца и производятъ отлущеніе по направленію къ окружности. Иногда въ такихъ случаяхъ съ пользой можно употребить *Мойновскія* впрыскиванія (теплой воды) въ пупочную вену, такъ какъ отъ этого послѣдъ и его край набухаютъ и такимъ образомъ отдѣленіе послѣднаго облегчается (Hohl).

*Если послѣдъ находится на передней стѣнкѣ матки*, то больной даютъ боковое положеніе и помѣщаются сзади ея.

Очень непріятное осложненіе операціи составляютъ *стриктура и ущемленіе послѣда*. Если въ такомъ случаѣ средства, употребляемыя противъ ущемленія дѣйствуютъ очень медленно, или оказываются бесполезными, или противопоказуются кровотеченіемъ, то надобно устранить стриктуру рукой. Посредствомъ проведенія одного пальца, за которымъ слѣдуютъ другіе и наконецъ вся рука, большей частью сдѣлать это удастся, хотя часто послѣ долгихъ усилій; для этого необходимо много терпѣнія, хладнокровія, неутомимости, рука иногда бываетъ въ настоящихъ мученіяхъ Тантала. Къ счастью очень мало случаевъ, которые при подобныхъ обстоятельствахъ совершенно запрещаютъ употребленіе хлороформа.

§ 544. Если послѣдъ отлущенъ, то выведеніе его легко, потому что когда отлущающіе пальцы заходятъ поверхъ его, онъ соскальзываетъ по рукѣ. Если этого не бываетъ, то ладонью, обращенной внизъ, надавливаютъ его, загибаютъ съ одного края, свертываютъ въ трубку, и концами пальцевъ низводятъ черезъ маточное рыльце во влагалище, откуда его удаляютъ по извѣстному способу. Загибаніе и свертываніе послѣда въ трубку имѣетъ то преимущество, что вмѣстѣ съ нимъ заворачиваются и выходятъ яйцовыя оболочки. Послѣднему должно содѣйствовать медленнымъ извлеченіемъ.



*Послѣдовательное леченіе* зависитъ отъ степени предшествовавшаго кровотеченія и состоянія матки. Надобно всегда заботиться о постоянномъ ея сокращеніи.

Если остались куски послѣда, то должно въ первые дни родильнаго состоянія содѣйствовать немедленному выведенію посредствомъ теплыхъ впрыскиваній во влагалище и въ матку. Если появляется ихорозное истеченіе, то впрыскиваютъ хлорную воду, отваръ ромашки, при кровотеченияхъ и наклонности къ нему полезны впрыскиванія въ матку растворовъ вяжущихъ средствъ, вособенности *muriat. ferri*. Нѣсколько приѣмовъ спорыньи въ первые дни родильнаго состоянія ускоряютъ выведеніе остатковъ послѣда и возвращеніе матки въ прежнее состояніе.

§ 545. *Маточныя кровотечения, появляющіяся въ родильномъ состояніи*, съ перваго взгляда не такъ опасны, какъ кровотечения во время родовъ и вскорѣ послѣ нихъ, но ихъ не должно запускать, потомучто они легко дѣлаются хроническими, переходятъ *in blennorrhoeam uteri* и такимъ образомъ своей противоположностью и послѣдовательными болѣзнями очень изнуряютъ родильницу. Въ первыя 4 недѣли послѣродоваго состоянія, въ теченіи которыхъ родильница была совершенно здорова, рѣдко появляются кровотечения внешне и въ сильной степени, угрожающей опасностью жизни.

Причинами ихъ бываютъ задержаніе остатковъ послѣда и яйцовыхъ оболочекъ и воспрепятствованный возвратъ матки въ первобытное состояніе (*involutio*). Объ удаленіи ихъ рукой или посредствомъ инструментовъ, при стуженіи маточной шейки и значительномъ уменьшеніи и регресѣ, не можетъ быть и рѣчи. Поэтому конечно приходится указать на впрыскиванія въ полость матки и на средства, способствующія ея сокращенію, на употребленіе холодной воды и тампона. Надобно дѣйствовать такъ, какъ сказано въ концѣ предъидущаго §, стараясь въ тоже время и вособенности должно обращать вниманіе на общее состояніе роженицы, стараться ее укрѣпить и возстановить. Не должно также пренебрегать тщательнымъ изслѣдованіемъ матки чрезъ влагалище, чтобы можно было заблаговременно удалить составныя части яйца, доступныя рукѣ.

**Е. ОСЛОЖНЕНІЯ СО СТОРОПЫ ПУПОВИНЫ.**

**І. РАЗРЫВЪ ПУПОВИНЫ И ЕЯ СОСУДОВЪ.**

§ 546. Пуповина можетъ разорваться во всей своей толщѣ при выхожденіи младенца, когда она коротка сама по себѣ, или вслѣдствіе перевиваній. Это вособенности легко, если роды происходятъ въ стоячемъ положеніи, въ отхожихъ мѣстахъ, слѣд. когда вѣсъ падающаго младенца дѣйствуютъ на пуповину всей своей массой. Если выведение плода происходитъ постепенно, то разрыву пуповины не легко случиться, хотя бы она была и коротка, потому что дно матки, слѣд. и послѣдъ, по мѣрѣ уменьшенія ея, слѣдуютъ въ той же степени за продвигающимся младенцемъ. Еще невѣроятнѣе, чтобы пуповины или нѣкоторые изъ сосудовъ, распространяющихся по оболочкамъ, могли разорваться до разрыва пузыря (каковыя случаи рассказываютъ французскіе авторы). Разрыву пуповины при паденіи младенца съ известной высоты, также при поспѣшномъ и неосторожномъ извлеченіи за нижнія конечности благопріятствуетъ варикозность, извивистость и петлистость пуповинныхъ сосудовъ, потому что въ такомъ случаѣ отдѣльныя части пуповины не принимаютъ равномѣрнаго участія въ существующемъ растяженіи. Разрывъ происходитъ обыкновенно въ разстояніи нѣсколькихъ дюймовъ отъ пупка младенца, рѣже вблизи послѣда или пупочнаго кольца. Если не будетъ подана немедленная помощь, то младенецъ истечетъ кровью. Послѣдняя состоитъ въ немедленной перевязкѣ пуповины. Когда разрывъ образовался въ пупочномъ кольцѣ, то обыкновенно остановить кровотеченіе трудно, потому что сократившіеся сосуды уходятъ въ брюшную полость и потому требуютъ обкалыванія, что не всегда легко и вполнѣ удается.

§ 457. Если пуповинныя сосуды на яйцовыхъ оболочкахъ раздѣлены и такимъ образомъ идутъ къ послѣду (*insertio velamentosa*), то можетъ случаться, что, когда произойдетъ на томъ мѣстѣ разрывъ оболочекъ, то онъ распространится на одинъ или многіе сосуды и такимъ образомъ произойдетъ кровотеченіе въ матку или наружу, отъ котораго младенецъ быстро умретъ. Другая опасность такого прикрѣпленія послѣда заключается въ возможности *прижатія сосудовъ* и происходящей отъ того смерти младенца, даже до разрыва яйцовыхъ оболочекъ.

Узнать *insertionem velamentosam* трудно, если сосуды не проходят по той части яйцевыхъ оболочекъ, которая лежитъ надъ маточнымъ рыльцемъ, и изслѣдующій палецъ не ощущаетъ ихъ бѣшенія. Если это удалось, то слѣдуетъ вскрыть пузырь на наименѣе опасномъ мѣстѣ и скорѣе кончить роды. Если состоялся разрывъ одного или многихъ сосудовъ, то ничего не остается дѣлать въ пользу младенца, потому что распознать это едва ли можно, а если даже и возможно, то ускоренное окончаніе родовъ не въ состояніи предотвратить быстро наступающаго истеченія кровью.

## II. выпаденіе пуповины.

§ 548. Если во время родовъ появилась пуповина подлѣ или впереди подлежащей части въ маточномъ рыльцѣ или во влагалищѣ, то это называютъ выпаденіемъ пуповины. Различаютъ *предлежаніе* ея и *выпаденіе*, разумѣя подъ первымъ положеніе пуповины въ нижнемъ отдѣлѣ матки и между подлежащей частью и пузыремъ, а подъ послѣднимъ опущеніе ея по стокѣ водъ. Пуповина опускается обыкновенно по боковой части таза и впереди *synch. sacro-il.*, рѣже по передней стѣнкѣ. Выпавшая петля бываетъ различной длины; она или только немного выставляется изъ маточнаго рыльца, или выпадаетъ во входъ влагалища, даже до половыхъ частей. Выпаденіе ея образуется изъ предлежанія, или пуповина появляется уже по стокѣ водъ подлѣ или впереди подлежащей части.

§ 549. *Происхожденіе* выпаденія пуповины будетъ ясно, если сообразить, какимъ образомъ его обыкновенно предотвращаютъ.

Матка, въ беременности находящаяся высоко и не выполняющая тазоваго выхода, подъ конецъ беременности опускается въ послѣдній, вслѣдствіе чего подлежащая головка также опускается и не только приходитъ въ соприкосновеніе съ стѣнками таза, но также и плотнѣе прилегаетъ къ самымъ нижнимъ частямъ маточныхъ стѣнокъ.

Какъ только начинается разверзаніе маточнаго рыльца, головка опускается еще глубже и занимаетъ свое надлежащее положеніе въ верхней части таза. Теперь, какъ только воды стекутъ, въ тотъ же моментъ головка оттѣсняется потугами внизъ, приходитъ въ соприкосновеніе съ губками маточнаго рыльца и запираетъ отверстіе. Запираніе это бываетъ на столько совершенное, что задерживаетъ часть околоплодной жидкости. Тотъ же самый процессъ удержи-

еть отъ выпаденія во влагалище и плавающія въ околоплодной жидкости небольшія, подвижныя части, конечности и пуповину.

Изъ этого слѣдуетъ, что если подлежащая часть младенца не выполняетъ совершенно тазоваго входа и не прилежитъ плотно со всѣхъ сторонъ къ самому нижнему сегменту матки, если слѣд. пуповина не будетъ поддерживаема, то она опускается книзу въ околоплодной жидкости, которая специфически легче ея, и исходитъ вмѣстѣ съ подлежащей частью. Этому естественно способствуетъ то обстоятельство, если разрывъ пузыря воспослѣдуетъ на ходу, въ стоячемъ или сидячемъ положеніи роженицы. Къ выпаденію пуповины предрасполагаютъ чрезмѣрная длина пуповины, также прикрѣпленіе ея вблизи маточнаго рыльца при глубокомъ положеніи послѣда (когда слѣд. пуповина находится тотчасъ надъ маточнымъ рыльцемъ).

*И такъ все состоянія, при которыхъ подлежащая часть младенца не прилежитъ плотно къ нижнему сегменту матки и не выполняетъ тазоваго входа, составляютъ причины выпаденія пуповины.* Поэтому сюда относятся поперечныя, задничныя положенія, косыя постановки головки, выпаденіе подлѣ нея конечностей; служеніе таза, вособенности не симметричный тазъ; подлежащей послѣдъ; косость и косое положеніе матки.

§ 550. *Распознаваніе* при выпаденіи легче, чѣмъ при предлежаніи. Въ первомъ случаѣ можно прощупать болѣе или менѣе длинную петлю, иногда даже осмотрѣть и ее можно узнать, если даже нѣтъ біенія. Если пуповина предлежитъ въ пузырьѣ, то мы прощупываемъ ее подлѣ подлежащихъ частей въ видѣ мясной, уступчивой, подвижной, извиистой массы, явственно пульсирующей. Такъ какъ это біеніе не совпадаетъ съ біеніемъ въ ислѣдующемъ пальцѣ, то мы и не можемъ ихъ смѣшать. Иногда можно пуповинный сосудъ, лежащій въ яйцовыхъ оболочкахъ, принять за самую пуповину, только это случается рѣдко и при томъ здѣсь нельзя указать на подвижныя, плавающія петли. Относительно распознаванія жизни или смерти плода не должно опускать изъ вниманія, что во время потугъ біеніе въ пуповинѣ иногда совершенно прекращается и немедленно появляется снова, какъ только онѣ отпустятъ.

§ 551. Выпаденіе пуповины представляетъ одно изъ самыхъ опасныхъ приключеній съ младенцемъ во время родовъ. Само по себѣ оно оказываетъ немаловажное вліяніе

на механическое и динамическое теченіе ихъ и, хотя тазъ, мягкія части, потуги, все нормально, тѣмъ не менѣе младенецъ не возвратно погибаетъ, какъ только пуповина пробыла хотя короткое время подъ давленіемъ между подлежащей частью и родовыми путями. Это происходитъ правильно, если не подоспѣютъ во время на помощь, да и въ этомъ случаѣ оказанное пособіе не всегда спасаетъ плодъ отъ гибели. Конечно пока пуповина только подлежитъ, опасность бываетъ незначительная или просто нуль; она начинается тогда, когда пуповина *вытала* и раздавлена между маточнымъ рыльцемъ или тазомъ и лежащими частями младенца. Въ такомъ случаѣ, отъ остановки кровообращенія въ младенцѣ, смерть наступаетъ въ короткое время такъ вѣрно, какъ будто младенцу по рожденіи не дали дышать. Вскрытіе представляетъ признаки апоплексіи, переполненія кровью; только очень рѣдко находятъ анемическое состояніе.

Въ этомъ случаѣ давленіе не можетъ дѣйствовать равномерно на сосуды пуповины, но на вены больше, чѣмъ на артеріи, такъ что послѣднія могутъ нести кровь отъ младенца къ послѣду, вены же не въ состояніи дать ему ничего въ замѣнъ.

§ 552. Впрочемъ опасность не во всѣхъ случаяхъ одинаково велика и видоизмѣняется различными обстоятельствами. Не говоря уже о томъ, что время, въ теченіи котораго пуповина находилась подъ давленіемъ, періодъ родовъ, въ который происходитъ выпаденіе и оказанныя пособія вліяютъ на предсказаніе, послѣднее зависитъ преимущественно отъ мѣста, на которомъ лежитъ пуповина, отъ состоянія маточнаго рыльца и положенія младенца.

Выпаденіе по передней стѣнкѣ хуже, нежели по боковой и задней, потому что главное давленіе лежащей части младенца всегда падаетъ впередъ. Выпаденіе при преждевременномъ стокѣ водъ, слѣд. при незначительномъ разрываніи матки, подвергаетъ пуповину сильному давленію прежде, нежели она придетъ въ соприкосновеніе съ стѣнками таза, затрудняетъ погобія искусства и даже дѣлаетъ ихъ совершенно невозможными. — При поперечныхъ положеніяхъ выпаденіе пуповины есть явленіе довольно безопасное, потому что пуповины не прижимаетъ и положеніе уже само по себѣ требуетъ операціи. Также ножныя и задничныя положенія допускаютъ довольно хорошее предсказаніе, потому что лежащая часть младенца менѣе тверда и объемиста и при

этихъ положеніяхъ пуповина всегда лежитъ подлѣ нисходящей части, какъ только животъ младенца вступитъ въ маточное рыльце. Оно опаснѣе только въ томъ случаѣ, если выпаденіе случится при задничномъ положеніи, когда маточное рыльце мало разверсто. Оно конечно всего хуже при головныхъ положеніяхъ и вособенности тогда, когда выпаденіе есть слѣдствіе неблагопріятной постановки головки и суженія таза. Въ послѣднихъ случаяхъ оно тѣмъ опаснѣе для младенца, что причины неустраняемы и попеченіе о матери не позволяетъ употребить для спасенія младенца ничего, что могло бы причинить ей опасность, тѣмъ болѣе, что при сказанныхъ обстоятельствахъ ничто не спасетъ младенца.

Если прикрѣпленіе пуповины къ послѣду находится близъ маточнаго отверстія, то предсказаніе потому неблагопріятно, что пуповина снова выпадаетъ, будетъ ли она вправлена, или дадутъ младенцу другое положеніе.

Относительно матери выпаденіе пуповины не имѣетъ никакого вліянія и вредно развѣ только вслѣдствіе тѣхъ операций, которыя предпринимаются противъ него.

§ 553. *Леченіе.* Леченіе возможно только тогда, когда пуповина бьется; въ противномъ случаѣ все излишне и надобно дѣйствовать такъ, какъ будто роды не были осложнены выпаденіемъ.

Если еще черезъ оболочки прошупываютъ подлежащую пуповину, то должно удержаться отъ всякихъ дѣйствій и стараться сохранять ихъ въ цѣлости, какъ можно, дальше, не для того, чтобы выжидать произвольнаго отхожденія петли назадъ, что бываетъ чрезвычайно рѣдко, но чтобы выждать достаточнаго расширенія маточнаго рыльца, которое допускаетъ вполнѣ шадящія мѣры. Поэтому, какъ только это состояніе узно, роженица должна лечь въ постель и постоянно лежать, удерживаться отъ всякаго жиденья и метанія, и акушеръ долженъ изслѣдовать въ высшей степени осторожно. Если при стоящихъ водахъ маточное рыльце совершенно расширено, а оболочки слабы, то можно концами нѣсколькихъ пальцевъ въ промежуткѣ между потугами отодвинуть подлежащую петлю по головкѣ вверхъ, чтобы содѣйствовать ея отхожденію назадъ, пока наконецъ оболочки лопнутъ и головка установится глубоко въ тазѣ.

§ 554. Если теперь пузырь лопнетъ, то можно теченіе родовъ предоставить природѣ, если головка стоитъ уже глу-

боку въ тазовой полости, самая полость и выходъ широки и просторы, наружныя половыя части уступчивы и потуги сильны. Если и тогда рожденіе головки замедляется, то показуется наложеніе щипцовъ, которыми головка быстро выводится на свѣтъ и также быстро можетъ быть устранено давленіе на пуповину. Точно также должно поступать, если при глубокомъ опущеніи головки въ оболочкахъ, послѣднія лопнули.

Если же головка по разрывѣ пузыря стоитъ еще высоко, такъ что о скоромъ выхожденіи ея и думать нельзя, мягкія части и потуги такого свойства, что не позволяютъ ждать этого, то остается дѣлать выборъ между *вправленіемъ выпавшей петли, щипцами и поворотомъ на одну ножку.*— Должно всегда пробовать *вправить*, если петля мала, маточное рыльце довольно широко и тазъ допускаетъ это. Его вособенности совѣтуютъ тамъ, гдѣ головка стоитъ косо, слѣд. по ней можно свободно подняться вверхъ, потому что въ этихъ случаяхъ во время и послѣ вправленія можно установить и утвердить головку въ тазѣ такъ, чтобы предотвратить вторичное ея выпаденіе. Тоже самое и тогда, когда съ пуповиной вышла одна изъ конечностей. *Если вправить рукой не удастся*, потому ли, что нельзя достаточно высоко провести пуповину, или потому, что выпавшая петля слишкомъ длинна, то *надобно попробовать сдѣлать это при помощи инструментовъ.* Если наконецъ удалось, то не должно оставаться обязаннымъ зрителемъ, но чаще выслушивать животь матери, чтобы освѣдомляться о состояніи сердечныхъ тоновъ младенца. Ибо не всегда послѣ удачнаго вправленія прекращается и давленіе на пуповину; въ послѣднемъ случаѣ надобно не забывать того, что должно взять во вниманіе давленіе, предшествовавшее вправленію пуповины. Младенецъ и по вправленіи пуповины можетъ еще умереть вслѣдствіе прежняго нарушенія кровообращенія.

§ 555. Нечего терять много времени въ попыткахъ вправить, потому что тотчасъ видно, удастся оно или нѣтъ, и потому что нужныя для этого манипуляціи также могутъ производить очень вредное давленіе. Поэтому когда убѣдились при вправленіи или еще и раньше въ безуспѣшности его, гдѣ ослабѣвающее біеніе въ выпавшей петлѣ ясно показываетъ уже наступающую для младенца опасность, надобно позаботиться о другихъ пособіяхъ.

*Если можно наложить щипцы и есть впрямность быстро извлечь ими, то они заслуживаютъ предпочтеніе. Во всѣхъ*

другихъ случаяхъ остается еще только *поворотъ на ножку*, средство, по видимому, вѣрное и простое, все таки вѣнчающееся успѣхомъ! Операція уже сама по себѣ опасна для младенца, а къ этому въ подлежащемъ случаѣ присоединяется еще выпаденіе пуповины. Гдѣ сдѣлать ее легко и не остается другаго средства, тамъ надобно ее исполнить. Но это рѣдкіе случаи, и акушеръ дѣйствительно находится въ немаломъ затрудненіи, когда головка стоитъ надъ входомъ, или уже въ немъ, извлеченіе щипцами трудно или даже невозможно, вправлять бесполезно и поворотъ на ножки, когда младенецъ уже настрадался, остается послѣднимъ средствомъ къ его спасенію.

Здѣсь намъ основаніемъ должно служить правило—при слабыхъ надеждахъ на спасеніе младенца никогда не должно предпринимать ничего, что могло би причинить опасность матери, но лучше предоставлять дѣло природѣ. Поворотъ показуется только тогда, когда младенецъ еще не пострадалъ или очень мало и когда операція легка. Въ этихъ случаяхъ она будетъ собственно предуготовительной операціей и только тогда должно слѣдовать за ней извлеченіе, когда присоединятся другія обстоятельства.

§ 556. Самое дурное предсказаніе доставляютъ тѣ случаи, въ которыхъ пуповина выпадаетъ при незначительномъ разверзаніи маточнаго рыльца. Здѣсь можно попробовать вправление, иногда оно и удается. Но его должно дѣлать при помощи инструмента, потомучто узкое маточное рыльце не допускаетъ введенія руки. Впрочемъ если это не ведетъ къ желаемой цѣли, то мы ограничимся ничего не дѣланіемъ, потомучто нельзя дѣлать ни наложенія щипцовъ, ни поворота.

Тоже и при суженіи таза. И здѣсь можно попробовать вправить, только тутъ это еще труднѣе удастся, потомучто неустранима причина, именно не благопріятное и высокое состояніе головки, несимметричность тазоваго входа. Въ такомъ случаѣ прежній оперативный способъ слишкомъ опасенъ для матери, а потому и здѣсь нечего болѣе заботиться о младенцѣ.

Гдѣ устранить давленіе на выпавшую петлю или сократить роды невозможно, то надобно попробовать *боковое смѣщеніе* ея, такъ называемое *сглаживаніе*, временное пособіе.

Рукой, соотвѣтствующей сторонѣ головки, восходятъ до мѣста прижатія, а гдѣ можно, и выше и отводятъ петлю



кзади въ самый просторный уголъ таза, гдѣ бы она находилась подь самымъ слабымъ давленіемъ. Впрочемъ только при совершенно разверстомъ маточномъ рыльцѣ, слабости потугъ, и не симметричности таза петля можетъ нѣкоторое время находится въ этомъ углѣ безъ вреда; въ противоположныхъ случаяхъ она и тамъ претерпѣваетъ давленіе. — Желаніе защитить ее посредствомъ губки, введенной во влагалище, — это напрасное усиліе и потому все подобныя средства излишни.

§ 557. Если пуповина выпала *при заднихъ положеніяхъ* и страдаетъ отъ давленія, то извлеченіе составляетъ простое средство къ его устраненію, а если маточное рыльце мало разверсто, то это также невозможно. Въ такомъ случаѣ можно попытаться вправить помощію инструмента по обыкновенно безъ пользы и опять приходится указывать на «ничего недѣланіе».

При *поперечныхъ положеніяхъ* выпаденіе пуповины берется во вниманіе только смотря потому, на сколько оно требуетъ *поворота на головку*; при этомъ петлю можно вправить и дать головкѣ такую постановку, чтобы предотвратить вторичное ея выпаденіе. А гдѣ это не удастся, или по другимъ причинамъ нельзя повернуть на головку, тамъ конечно дѣлается поворотъ на одну ножку.

§ 558. *Производство операци.* Выше было сказано, гдѣ надобно предпочитать вправленіе ручное и гдѣ инструментальное.

Для *ручного вправленія*, при которомъ женщина лежитъ на спинѣ такъ, чтобы можно было достаточно опускать локоть, употребляютъ руку, соответствующую той сторонѣ, на которой произошло выпаденіе.

При боковомъ положеніи женщина должна лежать на томъ боку, на которомъ нѣтъ выпаденія, слѣд. при выпаденіи съ правой стороны она лежитъ на лѣвомъ.

Для операци выбираютъ руку такъ, чтобы тыльная ея поверхность была обращена къ крестцу, слѣд. при положеніи на лѣвомъ боку лѣвую руку, въ случаѣ, если бы это было неловко, другую. Впрочемъ боковое положеніе не имѣетъ при вправленіи преимущества. — По концамъ введенныхъ пальцевъ проводятъ петлю къ крестцово-подвздошному сочлененію и самую глубокую часть ея продвигаютъ между головкой и маточнымъ рыльцемъ вверхъ, потомъ проводятъ и остатокъ, пока изъ руки выйдетъ все. Но этимъ нельзя удовлетвориться; надобно еще удостовѣриться, что вправле-

ніе сдѣлано такъ, что пуповина избавлена отъ давленія. Для того, чтобы предотвратить вторичное выпаденіе, можно петлю провести въ сторону черезъ головку, хорошо, если можно, въ тоже время повѣсить ее на спинку младенца. Если это не удастся, то руку держать между краемъ маточнаго рыльца и головкой, пока послѣдняя опустится довольно глубоко для того, чтобы могла запереть пространство, въ которомъ случилось выпаденіе. При вкладываніи губки это рѣдко удается.

§ 559. Для инструментальнаго вправленія совѣтовали много снарядовъ (Michaëlis, Chailly, Rosshirt, Vargas, Schöller, Kiwisch, Hubert, Murphy, Braun). Инструментъ для вправленія пуповины Michaëlis'a есть представитель прочихъ, ихъ всѣ можно рекомендовать, самые же простые изъ нихъ и самые лучшіе это Braun'a и Murphy.

Инструментъ для вправленія пуповины (*repositorium*)

Ф. 60.



Инструментъ для вправленія пуповины Braun'a.

Braun'a (фиг. 60) состоитъ изъ круглой гуттаперчевой палочки, 16" дл., діаметръ которой на одномъ концѣ 7", на другомъ — верхнемъ 3". Послѣдній хорошо скругленъ и на концѣ, въ разстояніи отъ него на 9", находится отверстіе, въ которое продѣвается шелковая тесьма, 1½" шир., для образованія петли. Сложенная вдвое тесьма толжна быть въ немъ удобоподвижна и такъ длинна, чтобы можно было на нижнемъ концѣ ее укрѣпить. — Петлю продѣваютъ черезъ верхнее отверстіе, за тѣмъ палочку вводятъ по двумъ пальцамъ, которые въ тоже время своими концами удерживаютъ петлю, въ половья части тонкимъ концемъ впередъ такъ, чтобы она находилась нѣсколько выше петли пуповины. Послѣ того шелковая тесьма обходитъ пуповину, накидывается на ковецъ палочки, за нижній конецъ притягивается, но не такъ крѣпко, чтобы могла сдавить или нерерѣзать пуповину. Если такимъ образомъ петля на пуповину наложена то нижній конецъ тесьмы укрѣпляютъ на палочкѣ и пуповину при помощи ея поднимаютъ вверхъ такъ высоко, чтобы вся петля легла на головку. За тѣмъ для того, чтобы освободить петлю отъ пуповины, тесьмку на нижнемъ

концы палочки распускаютъ, поворачиваютъ ее нѣсколько разъ по оси въ ту и другую сторону и во время пугуги потихоньку вынимаютъ. (Braun). (Фиг. 61).

Инструментъ Murphy (рисунка котораго я не могъ приложить, потому что его у меня нѣтъ, но съ которымъ я знакомъ по моимъ наблюдениямъ и описанію автора въ «Lectures on the Principles and and Practice of Midwifery») состоитъ изъ катетера, въ которомъ находится металлическая, гибкая, тонкая палочка, на верхнемъ концѣ расходящаяся, и образующая съ каждой стороны полукругъ. Если эту палочку двигать впередъ то полукруги расходятся между собой и могутъ обхватить пуповину; при вдвиганіи ея внутрь катетера полукруги сходятся въ запертое кольцо, которое обхватываетъ пуповину. Въ такомъ видѣ катетеръ проводится черезъ маточное рыльце кверху, потомъ отъ двиганія палочки кольцо раскрывается, при чемъ пуповина выпадаетъ, и за тѣмъ инструментъ вынимаютъ изъ половыхъ частей. Этотъ снарядъ имѣетъ ту выгоду, что въ немъ пуповина избавлена отъ давленія, если только полукруги достаточно широки.

Ф. 61.



Онъ-же съ прикрѣпленной къ нему пуповиной (по Braun'у.)

**Е. Collapsus post partum. — СМЕРТЬ ВО ВРЕМЯ РОДОВЪ.**

§ 560. *Collapsus* послѣ родовъ, если онъ составлялъ слѣдствія кровотеченія, основывается на полномъ истощеніи центральной нервной системы предшествовавшими напряжениями при родахъ, будетъ ли теченіе нормально, или нѣтъ. Это истеченіе наблюдаютъ вособенности у нѣжныхъ, чувствительныхъ женщинъ, не привыкшихъ къ мышечнымъ напряжениямъ. Впрочемъ оно встрѣчается и у крѣпкихъ, сильныхъ особъ, даже послѣ незначительной продолжительности родовъ, если матка освобождается отъ своего содержимаго слишкомъ быстро и внезапно. Здѣсь оно обуславливается вѣроятно слишкомъ сильнымъ, внезапнымъ напоромъ крови къ подчревной области и обуславливаемой этимъ анеміи мозга.—

Эти случаи *collapsus* обыкновенно можно предотвратить, избавляя роженицу отъ чрезмѣрныхъ болѣе или слишкомъ быстрыхъ родовъ. Того и другаго можно достигнуть употребленіемъ хлороформа, а потому это средство благодѣтельно.

Леченіе *collapsus* совершенно такое же, какъ и высшей степени анеміи послѣ маточныхъ кровотеченій. Надобно остерегаться неосторожнаго и слишкомъ скорого употребленія раздражающихъ средствъ (ср. § 536).

§ 561. *Смерть роженицы* происходитъ, или вслѣдствіе обильнаго кровотечения, или обширнаго разрыва половыхъ частей, или въ przypadкѣ эклампсіи, или совершенно неожиданно, при чемъ ничто не возвѣщаетъ о случившемся. Въ такомъ случаѣ она бываетъ слѣдствіемъ высшаго истощенія и анеміи (см. предъид. §), или же внезапно записанія легочныхъ артерій.

Въ такомъ случаѣ, какъ и при смерти беременной наизносѣ, показуется кесарское сѣченіе (*lex regia*), если разрѣшеніе естественнымъ путемъ влечетъ большія опасности для младенца. Но предварительно тщательнымъ выслушиваніемъ сердца умершей должно убѣдиться въ дѣйствительности смерти. — Если маточное рыльце совершенно разверзето, головка еще подвижна, то можно сдѣлать также поворотъ и извлеченіе, вособенности когда не вполнѣ увѣрены въ смерти матери. Если головка стоитъ въ газу глубоко, то развиваютъ ее щипцами.

## ОТДѢЛЕНІЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

### АКУШЕРСКІЯ ОПЕРАЦІИ.

§ 562. Подъ именемъ «акушерскихъ операцій» разумѣются тѣ механическія пособія, употребляемыя при родахъ, которыя исключительно акушерскаго свойства и въ случаяхъ неакушерскихъ не употребляются. Онѣ составляютъ также и Общую Терапію Акушерства. Въ предъидущемъ отдѣленіи уже перечислены случаи, въ которыхъ онѣ показуются. Въ этомъ послѣднемъ отдѣленіи надобно установить показанія къ нимъ вообще и описать ихъ производство.

Въ § 387 уже указаны мѣры при неправильныхъ родахъ вообще, а въ § 388 перечислены и опредѣлены отдѣльныя операціи. Оставляя уже описанныя операціи вскрытія яйцовыхъ оболочекъ (разрыва пузыря), отлущенія и выдѣленія послѣда, здѣсь изложимъ:

#### А. ПРЕДЪУГОТОВИТЕЛЬНЫЯ ОПЕРАЦІИ.

##### I. Искусственное вскрытіе и расширеніе родового пути:

- 1) Маточнаго рыльца,
  - а) безкровное—ручное,
  - б) кровавое—инструментальное.
- 2) Срамной щели.

##### II. Искусственные преждевременные роды.

##### III. Искусственный выкидышъ.

##### IV. Поворотъ.

- 1) На головку,
- 2) На задницу,
- 3) На ножки.

**II. РОДОРАЗРЫШАЮЩИЯ ОПЕРАЦИИ.**

V. Извлечение за нижнія конечности.

VI. Извлечение за головку—наложеніе щипцовъ. (Рычагъ, Аэро-тракторъ).

VII. Уменьшеніе младенческаго тѣла

- 1) Прободеніе и черепокрушеніе.
- 2) Раздробленіе младенца (Embryotomia).
- 3) Отсѣченіе головки.
- 4) Выведеніе головки, оторванной отъ туловища.

VIII. Кесарское сѣченіе.

IX. Разсѣченіе живота. (Разсѣченіе влагалища.) (Разсѣченіе лоннаго соединенія).

X. Насильственное родоразрѣшеніе—*accouchement forcé*.

Весьма хорошо второй классъ операции раздѣлить слѣдующимъ образомъ:

A. Выведеніе младенца на свѣтъ естественнымъ путемъ безъ поврежденій его:

- 1) Извлечение за нижнія конечности.
- 2) Извлечение щипцами (Рычагъ. Аэроtractor).

B. Выведеніе младенца естественнымъ путемъ по предварительномъ уменьшеніи его:

- 1) Прободеніе и черепокрушеніе.
- 2) Раздробленіе младенца (Embryotomia).
- 3) Отсѣченіе головки.
- 4) Выведеніе головки, оторванной отъ туловища.

C. Выведеніе младенца искусственнымъ путемъ.

- 1) Кесарское сѣченіе.
- 2) Разсѣченіе живота. (Разсѣченіе влагалища.) (Разсѣченіе лоннаго соединенія).

D. Искусственное произведеніе всего акта родовъ — насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement forcé*).

§ 563. Не вдаваясь въ подробное изложеніе общихъ правилъ объ операціяхъ, я ссылаюсь въ этомъ отношеніи на сказанное въ § 387 и въ Діететикѣ родовъ. Я замѣчу только то, что при установленіи показаній надобно самымъ точнымъ изслѣдованіемъ убѣдиться въ особенностяхъ случая и выбирать для операцій самое удобное время, если только это зависитъ отъ насъ. Въ особенности не должно, скло-

няясь на просьбы роженицы и окружающихъ, приступать къ операціи преждевременно. Если можно, не должно оставлять роженицы нѣкоторое время до операціи, если убѣдился въ дѣйствительной, или даже въ вѣроятной необходимости ея. Этимъ доставляется возможность придти къ такимъ заключеніямъ, которыя могутъ измѣнить задуманную операцію и во всякомъ случаѣ представить полезныя данныя для самой операціи.—Въ комнатѣ должно остаться столько особъ, сколько необходимо для услугъ. Если можно, надобно заблаговременно позаботиться о помощникѣ, а при очень важныхъ операціяхъ всегда хорошо пригласить еще другаго свѣдущаго акушера, или по крайней мѣрѣ врача (особенности если онъ хирургъ).

§ 564. Самая употребительная при операціяхъ постель — *поперечная*. На ней роженицу помѣщаютъ такъ, чтобы половыя части были удободоступны, чтобы можно было достаточно глубоко опускать руку. Конечно она должна быть довольно высока для того, чтобы можно было тянуть не стѣняясь, не сгибая тѣла, не становясь на колѣни и не садясь на полъ. Нижнія конечности роженицы должны упираться на 2 стула и одинъ, или два помощника должны ихъ держать. Сама роженица должна лежать покойно, чтобы не падала назадъ, т. е. въ полу-лежащемъ, полу-сидящемъ положеніи. Въ сосудъ, поставленный на полъ подъ половыя части, собираютъ влаги. Вообще постель готовится такъ, какъ сказано въ § 219, операторъ стоитъ или сидитъ между бедрами роженицы, какъ ему удобнѣе. — Эту постель во многихъ случаяхъ, для большей удобности и облегченія роженицы, можно, видоизмѣнять, такъ, чтобы она тазовой областью лежала косвенно на краю обыкновенной кровати, упираясь одной ногой въ край ея, другой на поставленный стулъ, помощникъ удерживаетъ женщину, а акушеръ, стоя между ея ногами, дѣлаетъ операцію, какъ и на поперечной постели.

Поперечная постель во многихъ случаяхъ съ удобствомъ замѣняется болѣе покойнымъ для роженицы боковымъ положеніемъ. Въ легкихъ случаяхъ можно дѣлать операцію и на обыкновенной постели, при чемъ женщина лежитъ на спинѣ.

§ 565. Кромѣ *инструментовъ*, упомянутыхъ въ § 215, акушеръ долженъ взять съ собой весь наборъ, особенно когда роженица живетъ отъ него далеко и неизвѣстны особенности случая.

Въ послѣднемъ должны находиться: *двои щипцы*, одни болѣе длинныя и прочныя, другіе по меньше, нѣсколько *петель* разныхъ цвѣтовъ и *инструментъ для наложенія петли* (всего лучше Брауновскій); два *черепосверлителя*, одинъ похожій на ножницы, другой на трепанъ; *острый крючекъ*, также и *черепокрушитель*, у кого онъ есть и предполагають что онъ понадобится. За неимѣніемъ его необходимы острый крючекъ и *костные щипцы*. Хорошо брать съ собой *пузыреобразный тампонъ*. Заблаговременно надобно позаботиться о томъ, чтобы были въ порядкѣ шпиритцъ, катетеръ, спорынья, перевязочный снарядъ. Изъ лекарствъ, кромѣ упомянутыхъ въ вышеприведенномъ §, не нужно никакихъ.

Какъ инструменты, такъ и руку передъ введеніемъ въ половыя части надобно согрѣвать и, если нужно, намазывать масломъ. Никогда не должно вводить инструменты въ половыя части не по пальцамъ, вособенности же инструменты острые не вводить выше того, какъ доходятъ пальцы.

Передъ операцией надобно опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку. Если обстоятельства позволяютъ, должно беременную хлороформировать.

## ГЛАВА I.

### ИСКУССТВЕННОЕ РАЗВЕРЗАНИЕ И РАСШИРЕНИЕ РОДОВЫХЪ ПУТЕЙ.

#### 1) ИСКУССТВЕННОЕ РАСШИРЕНИЕ МАТОЧНАГО РЫЛЬЦА.

§ 566. Разверзаніе и расширеніе маточнаго рыльца показуется въ тѣхъ случаяхъ, когда 1) до естественнаго разверзанія или при мало разверстомъ маточномъ рыльцѣ наступаютъ явленія, требующія скорого окончанія родовъ, слѣд. когда нельзя ждать произвольнаго расширенія; или же 2) когда послѣднее не можетъ состояться вслѣдствіе болѣзненнаго состоянія шейки и краевъ маточнаго рыльца. Въ обоихъ случаяхъ эта операциа только предуготовительная, въ первомъ случаѣ къ извлеченію младенца, во второмъ къ тому, чтобы сдѣлать возможнымъ выведеніе младенца потугами. при чемъ впрочемъ нерѣдко необходимо бываетъ вмѣшательство искусства.

Отсюда сами собой слѣдуютъ отдѣльныя показанія къ *искусственному расширенію*. Сюда относятся прежде всего всѣ тѣ случаи, которые требуютъ скорого опорожненія матки



уже при началѣ родовъ, какъ судороги, обморокъ, угрожающіе переходомъ въ смерть, кровотеченіе вслѣдствіе предлежаща послѣда. Далѣе болѣзненное состояніе маточной шейки и рыльца, именно: сращения, неуступчивость вслѣдствіе инфильтрацій въ ея ткань (затвердѣніе съ гипертрофіей, ракъ), образованія рубцовъ, вслѣдствіе судорожнаго состоянія, неустраимаго никакими другими средствами. Расширеніе можетъ быть полезно и даже настоятельно требуется въ тѣхъ случаяхъ, когда маточное рыльце значительно отклонилось назадъ, а передняя часть нижняго отдѣла матки ущемлена и чрезвычайно растянута; когда маточное рыльце не расширяется, такъ какъ направленіе, по которому дѣйствуютъ потуги, не проходитъ черезъ него, вслѣдствіе чего угрожаетъ разрывъ.

§ 567. Разумѣется, что искусственное расширеніе маточнаго рыльца должно предпринимать только тогда, когда дѣйствительно требуютъ того обстоятельства, и что гдѣ можно, надобно ему предпослать другія, болѣе легкія средства, ведущія къ той же цѣли. Вообще же опасность, вызываемая этой операціей, слишкомъ преувеличена. Это основывается на томъ, что прежде операцію почти всегда производили рукой, что естественно имѣетъ большое вліяніе на потуги. На это нечего обращать вниманіе, когда операція предпринимается по такимъ обстоятельствамъ, которыя каждую минуту могутъ прекратить жизнь, если не поспѣшить разрѣшеніемъ; напротивъ надобно обращать большое вниманіе, если обстоятельства не такъ важны, когда желаютъ послѣ искусственнаго расширенія предоставить роды природѣ, потому что нѣтъ причинъ, которыя требовали бы скорого разрѣшенія, когда слѣд. хотитъ только устранить препятствіе, находящееся въ маточномъ рыльцѣ. Въ такомъ случаѣ расширеніе рукой трудно, продолжительно, причиняетъ роженицѣ сильныя боли и обыкновенно совершенно прекращаетъ дѣятельность потугъ. Совсѣмъ другое дѣло, когда расширеніе дѣлается посредствомъ ножа или вожницъ. Исполненіе этого маневра легко, большей частью безболѣзненно, не останавливаетъ потугъ, почти безъ послѣдствій, исключая небольшіе разрывы на рыльцѣ, столь часто происходящіе и при совершенно правильныхъ родахъ. Если же и бываютъ вредныя послѣдствія, то ихъ должно приписать не операціи, а болѣзненному состоянію маточной шейки (раку, затвердѣнію), которое требовало операціи.

§ 568. Поэтому изъ обоихъ методовъ—*ручнаго* (безкровнаго) и *инструментальнаго* (кроваваго), предпочтенія заслужи-

ваеъ исключительно послѣдній. Первый должно употреблять тамъ, гдѣ маточное рыльце разверсто до значительной ширины, края его мягки и уступчивы, и гдѣ при надрѣзываніи его опасаются сильнаго кровотоchenія (при *placenta praevia*). Далѣе безкровное расширение показуется въ случаѣ, упомянутомъ въ концѣ предъидущаго §, слѣд. при неправильномъ направленіи маточнаго рыльца и при опасеніи разрыва на передней стѣнкѣ нижняго отдѣла матки; но въ такомъ случаѣ оно состоитъ въ томъ, что маточное рыльце подвигаютъ кпереди къ срединѣ таза. Во всѣхъ прочихъ случаяхъ должно употреблять инструменты. (Безкровное расширение тупыми инструментами—*dilatatores-Oslander'a Scaru. Busch'a, Mattei*—должно быть совершенно оставлено).

§ 569. Для произведенія ручнаго расширения не нужно ни особенныхъ приготовленій, ни особаго положенія роженицы. Это зависитъ отъ операціи, которую собственно имѣютъ въ виду и въ которой расширение маточнаго рыльца составляетъ только первый актъ. Руку, смазанную масломъ и сложенную конически, вводятъ во влагалище при вращательныхъ движеніяхъ всю или только до половины такъ, чтобы по введеніи тыльная ея поверхность была обращена къ крестцу. Потомъ, положивъ свободную руку снаружи на дно матки, чтобы препятствовать удаленію матки отъ оперирующей руки и восхожденію ея вверхъ, вводятъ въ маточное рыльце, смотря по ширинѣ его, одинъ или два пальца. Безъ особеннаго насилія описываютъ ими, при постоянныхъ вращательныхъ движеніяхъ, кругъ, стараясь такимъ образомъ, а также осторожнымъ и взаимно-противоположнымъ давленіемъ снаружи и во всѣхъ направленіяхъ, увеличивать его расширение. При этихъ движеніяхъ конечно отъ времени до времени дѣлаютъ паузы и совершенно останавливаются съ наступленіемъ потугъ. Увеличивъ такимъ путемъ пространство, вводятъ третій и четвертый пальцы, а наковецъ и большой. Это требуетъ нѣрѣдко много труда и усилій, потому что пальцы, такъ сильно ограничиваемые въ своихъ движеніяхъ, легко устаютъ. Когда большой палецъ уже введенъ, то посредствомъ его, втораго и третьяго пальцевъ можно сдѣлать значительное растяженіе. Теперь главныя затрудненія побѣждены. Какъ только маточное рыльце на столько расширено, что уже пропускаетъ самую широкую часть руки, то операція кончена и за тѣмъ переходятъ къ слѣдующей. — Надобно еще замѣтить, что, при растягиваніи краевъ маточнаго рыльца, пальцы всегда должны наблюдать

за ихъ напряженіемъ, чтобы заблаговременно знать объ угрожающемъ разрывѣ и устремить насиліе на другія мѣста. Если воды еще цѣлы, то надобно, если можно, избѣгать поврежденія яйцевыхъ оболочекъ, чтобы такимъ образомъ не увеличить еще болѣе трудности операціи. Если въ подлежащемъ случаѣ *placenta praevia*, то нужно быть сесторожнымъ, чтобы введенный палецъ отдѣлилъ послѣдъ, по возможности, на маломъ пространствѣ, и тотчасъ надобно искать мѣсто, гдѣ прикрѣпленъ самый малый его лоскутъ.

§ 570. *Кровавое расширение* всего удобнѣе производить на поперечной кровати, потому что при этомъ приходится вводить обѣ руки. Длинный, пуговчатый бистурей, хорошая спринцовка и корпія, вотъ все, что нужно для операціи. Она такъ мало болѣзненна и такъ мало нужно для нея насилія, что употребленіе хлороформа совершенно излишне.

Если маточное рыльце совершенно закрыто, то берутъ остроковечный, брюшистый бистурей, завернутый въ липкій пластырь такъ, что непокрытымъ остается только 1" отъ конца, вводятъ его по двумъ пальцамъ до ямки, обозначающей маточное отверстіе, или до конца влагалищной части и дѣлаютъ разрѣзъ,  $\frac{1}{2}$ " шир., на столько глубоко (постоянно подъ прикрытіемъ пальца), чтобы концомъ пальца можно было прощупывать въ маткѣ. Сдѣланное такимъ образомъ маленькое отверстіе расширяютъ крестообразнымъ, а если нужно, и нѣсколькими боковыми разрѣзами. Введеннымъ пальцемъ расширяютъ отверстіе еще больше и, смотря по обстоятельствамъ, предоставляютъ роды потугамъ, или же переходятъ къ дальнѣйшему пособіямъ.

§ 571. При несовершенно запертомъ маточномъ рыльцѣ, но неуступчивомъ въ слѣдствіе судорожнаго сокращенія, инфильтраціи, рубцовъ или въ случаяхъ, гдѣ, по безотлагательнымъ обстоятельствамъ, должны быть сдѣланы надрѣзы на здоровыхъ краяхъ, вводятъ также по крайней мѣрѣ, по двумъ пальцамъ, пуговчатый бистурей (который нѣтъ надобности непременно обертывать липкимъ пластыремъ) въ отверстіе маточнаго рыльца и разрѣзываютъ его губки въ разныхъ направленіяхъ. Глубина разрѣзовъ зависитъ отъ обстоятельствъ. При судорожномъ сокращеніи разрѣзъ долженъ быть только въ 1" глуб., при измѣненіяхъ же ткани иногда даже 1" и болѣе. Гораздо лучше вдавливать остріе ножа проводящимъ пальцемъ въ края маточнаго рыльца, нежели разрѣзывать ихъ повторными влеченіями (какъ при пиленіи) всей руки взадъ и впередъ. Изогнутыми крѣпкими

ножницами, съ тупыми концами, большей частью гораздо легче дѣлать операцію, нежели ножемъ. Потомъ впрыскиваютъ нѣсколько холодной воды, а если кровотечение усиливается (что рѣдко бываетъ) — холодной воды съ уксусомъ. Обыкновенно оно скоро останавливается по введеніи губки или маленькаго тампона изъ корпіа. Дальнѣйшее теченіе родовъ зависитъ отъ обстоятельствъ. Кровотеченія изъ поверхности разрывовъ послѣ родовъ лечатся точно также, какъ и тѣ, которые происходятъ при произвольномъ разрывѣ шейки (§ 500), или послѣ *placenta praevia*.

## II. КрОвавое расшИрненіе наружныхъ половыхъ частей.

### Episiotomia..

§ 572. Въ отношеніи важности и достоинства этой операціи при угрожающемъ разрывѣ промежности, я ссылаюсь на § 506. Она производится по четыремъ способамъ:

1) Способъ Michaelis'a, на промежности вдоль *raphe*, начиная отъ уздечки, дѣлается разрывъ, длина котораго различна, смотря по обстоятельствамъ.

2) Способъ Eichelberg'a. На промежности дѣлается разрывъ, начиная отъ заднихъ концовъ обѣихъ большихъ губъ, въ направленіи къ сѣдалищнымъ буграмъ, такъ, чтобы съ *raphe* образовались острые углы. При этомъ пуговчатый бистурей вводятъ плоско между головкой и большой губой, потомъ остріе обращаютъ къ послѣдней; напиральная во время потуги головка вдавливаетъ его въ промежность и такимъ образомъ получается длина разрыва, соответствующая съ потребностями даннаго случая.

3) Способъ Scaroni. Разрывы дѣлаются пуговчатымъ бистуреемъ въ томъ же направленіи и положеніи, какъ и въ предыдущемъ способѣ, только длина ихъ не представляется случаю, а оравнивается  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{2}$ ".

4) Способъ Ritgen'a. Онъ состоитъ въ насѣчкахъ на входѣ во влагалище, при чемъ дѣлаютъ 6—10—14 мелкихъ надрывовъ на краяхъ губъ, оставляя уздечку въ цѣлости.

§ 573. Изъ этихъ методовъ вообще самый худшій Michaelis'a, потомучто разрывъ увеличивается всего легче, между тѣмъ какъ пространный выигрывается всего меньше. При случаѣ и его можно дѣлать съ пользой. Способъ Ritgen'a допускается при узкомъ срамномъ отверстіи и очень туго натянутыхъ краяхъ. Въ большинствѣ случаевъ предпочтенія

заслуживаетъ способъ Scanzoni. Смотри по надобности дѣлаютъ одинъ или два надрѣза туговчатымъ бистуреємъ, или скругленными на концахъ ножницами. Послѣдовательное кровотечение очень мало и рана заживаетъ въ родильномъ состояннн очень быстро.

## ГЛАВА II.

### ПРОИЗВЕДЕНИЕ РОДОВЪ ДО ЕСТЕСТВЕННАГО ПРЕДѢЛА БЕРЕМЕННОСТИ.

#### I. ИСКУССТВЕННЫЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.

§ 574. *Подъ именемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, разумется возбужденіе родовыхъ потугъ до естественнаго предѣла беременности, и именно въ тотъ ея періодъ, когда младенецъ способенъ къ жизни, т. е. когда не только живетъ, но и можетъ продолжать свою жизнь внѣ матерней утробы.*

*Цѣль операціи состоитъ въ томъ, чтобы спасти мать или младенца, или обоихъ вмѣстѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда при продолженнн беременности и при своевременномъ наступленнн родовъ угрожаетъ имъ крайняя опасность.*

Искусственные преждевременные роды основываются на слѣдующихъ эмпирическихъ ученняхъ:

1) Младенецъ тѣмъ легче проходитъ тазъ, тѣмъ болѣе суженный, чѣмъ онъ меньше и особенно чѣмъ меньше и гибче его головка. 2) Головка младенца, рожденнаго въ 8 мѣсяцѣ и еще попозже, меньше, мягче, гибче, потому удобна для сильнѣйшаго сжатія, чѣмъ выведеннаго на свѣтъ въ правильный срокъ беременности. 3) Младенецъ, рожденный послѣ 28 недѣли, при внимательномъ уходѣ, можетъ очень хорошо сохранять свою жизнь. 4) Женщины, которыя произвольно разрѣшились преждевременно около сказаннаго періода беременности, рождали даже при суженномъ тазѣ дѣтей, которыя не только оставались въ живыхъ, но и достигали глубокой старости. 5) Тяжкія, по видимому, неизлечимыя болѣзни матери, обусловливаемыя или усиливаемыя беременностью, часто исчезаютъ, если матка произвольно выведетъ свое содержимое. 6) Матери отъ такихъ преждевременныхъ родовъ не подвергаются ни значительнымъ опасностямъ во время родовъ, ни благопрнатымъ обстоятельствамъ въ родильномъ состояннн.

§ 575. Такимъ образомъ искусственные преждевременные роды представляютъ одну изъ самыхъ благодѣтельныхъ операций и составляютъ украшеніе акушерства, потому что выполняютъ цѣль, которую акушерство должно имѣть всегда предъ глазами; она спасаетъ мать и младенца тамъ, гдѣ безъ нея обыкновенно долженъ бы былъ погибнуть одинъ изъ двойхъ, если не оба.

Что эта операция относительно еще такъ молода (впервые ее сдѣлалъ Масаиле у въ 1756 г.), не должно удивлять никого, кому извѣстно, что научное акушерство родилось въ началѣ прошлаго столѣтія. И дѣлаетъ не малую честь акушерскимъ ученіямъ Англичанъ, что они первые не только ввели эту операцію, но и всѣхъ больше содѣйствовали ея распространенію; ибо на континентѣ она принята только въ текущемъ столѣтіи, а заслуженное право гражданства въ наукѣ приобрѣла уже въ послѣднія десятилѣтія. Нѣмцамъ принадлежитъ та заслуга, что они усовершенствовали технику операціи, установили показанія къ ней и тѣмъ возвысили ея достоинство.

§ 576. Но для того, чтобы операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ дѣйствительно выполнила свою цѣль, необходимы слѣдующія условія:

1) *Младенецъ долженъ быть способенъ къ жизни.* Способность продолжать жизнь плодъ приобретаетъ только мало-по-малу; она конечно начинается съ 29-й недѣли беременности, но въ позднѣйшее время гораздо сильнѣе. Поэтому роды должно начинать не раньше того, какъ это будетъ необходимо. Чтобы опредѣлить это, надобно точно знать періодъ беременности, когда приступить къ операціи.

2) *Должно имѣть убѣжденіе въ жизни плода.* Только тамъ можно не соблюсти этого условія, гдѣ причиной возбужденія родовъ бываетъ опасность, которая угрожаетъ жизни матери и которую по всей вѣроятности можно будетъ устранить освобожденіемъ матки.

3) *Обстоятельства не должны быть таковы, чтобы требовать быстрое разрѣшеніе,* потому что въ такомъ случаѣ показуется *accouchement forcé.*

4) *Здоровье матери.* На сколько оно составляетъ условіе для счастливаго и правильнаго теченія своевременно наступающихъ родовъ, на столько же и для хорошаго исхода преждевременно возбужденныхъ. Гдѣ операцію предпринимаютъ по болѣзни матери, тамъ это условіе превращается въ такое, что операція не должна по крайней мѣрѣ ухудшить состояніе матери.

§ 577. Показаніями къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ будутъ все состоянія, которыя угрожаютъ опасностью жизни матери, или младенца, или обоихъ вмѣстѣ, если беременность продлится, или достигнетъ естественнаго своего предѣла. Въ такомъ случаѣ эта операція бываетъ или средствомъ профилактическимъ, или быстро спасающимъ. Профилактическимъ, предохранительнымъ средствомъ она бываетъ при суженіи таза, привычномъ умираніи младенца въ утробѣ матери, также въ нѣкоторыхъ болѣзняхъ послѣдней, когда младенецъ необходимо долженъ умереть вмѣстѣ съ ней; быстро спасающимъ средствомъ эта операція бываетъ при тѣхъ болѣзненныхъ состояніяхъ, которыя основываясь на беременности или усиливаясь ею до значительной степени, съ прекращеніемъ ея подають надежду на выздоровленіе или по крайней мѣрѣ на улучшеніе.

§ 578. 1) Самое важное показаніе есть суженіе таза первой и второй степени, слѣд. самый короткій діаметръ  $3\frac{1}{4}$ " —  $2\frac{1}{2}$ ". При родахъ въ нормальный конецъ беременности въ этихъ случаяхъ потуги не достаточны для того, чтобы провести головку. Конечно въ рѣдкихъ случаяхъ это удается, но при очень благопріятныхъ обстоятельствахъ. Черепъ не долженъ быть очень великъ и неглубокъ, потуги должны быть очень сильны и постоянны, постановка головки очень благопріятная. При этомъ однако младенецъ претерпѣваетъ большей частью смертельныя поврежденія, а продолжительное, сильное давленіе на родовые пути производитъ на нихъ наминки и тяжкія, часто смертельныя пуерперальныя страданія. Обыкновенно бываетъ необходимо пособіе искусства, состоящее, или въ наложеніи щипцовъ, или въ прободеніи головки и даже въ Кесарскомъ сѣченіи. Щипцы могутъ быть полезны только при высшихъ степеняхъ суженія таза, и тутъ результатъ для младенца вовсе не благопріятенъ, да и для матери далеко хуже того, который бываетъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. То же, конечно еще въ высшей степени, относится и къ обѣимъ другимъ упомянутымъ операціямъ. Слѣд. въ этихъ случаяхъ преждевременные роды есть благодѣяніе для обѣихъ сторонъ, избавляя отъ тѣхъ затрудненій, а потому и иногда показуются.

§ 579. На 28-й недѣли младенецъ дѣлается способнымъ къ жизни, наименьшій размѣръ его черепа, поперечный, равенъ почти  $2\frac{1}{2}$ ". Но раньше этого времени не должно возбуждать родовъ, а потому суженіе до  $2\frac{1}{2}$ " состав-

леть крайній предѣлъ для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. При суженіяхъ въ  $2\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ " затрудненіе родовъ при всѣхъ обстоятельствахъ такъ опасно, что при нихъ существуетъ безусловное показаніе къ операціи.

Но по мѣрѣ восхожденія опредѣленіе этого становится непостояннѣе. Роды могутъ быть очень трудными, но протекаютъ благополучно и даже относительно легко. Въ этомъ отношеніи все зависитъ отъ остальныхъ участвующихъ тутъ дѣятелей, потугъ, величины, постановки и степени сжимаемости головки. Но при оцѣнкѣ этихъ моментовъ до родовъ у насъ нѣтъ точекъ опоры, намъ можетъ ихъ доставить только знакомство съ прежними родами. Опредѣлить развитіе плода во время беременности почти невозможно, измѣреніе таза обманчиво. Поэтому суженія отъ  $3\frac{1}{4}$ — $3\frac{3}{4}$ " могутъ быть показаніемъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ только тогда, когда исходъ прежнихъ родовъ заставляетъ ожидать и въ предстоящихъ новыхъ опасностей для матери и младенца. Слѣд. при этихъ суженіяхъ таза операція показывается только условно; условіе заключается въ предшествовавшемъ трудномъ теченіи родовъ. У первобеременныхъ опредѣленіе, умѣстна ли операція, зависитъ отъ самаго точнаго измѣренія акушера; только тогда онъ долженъ приступить къ ней, когда все заставляетъ предполагать трудные роды. Но при  $3\frac{1}{2}$ " въ кратчайшемъ размѣрѣ обыкновенно бываютъ такія обстоятельства, а потому и у первобеременныхъ при этой степени суженія дозволяется возбуждать роды; и нѣтъ основанія, почему должно въ подобномъ случаѣ всегда подвергать мать и младенца опасностямъ, сопряженнымъ съ своевременными родами. (Naegele).

Совѣтуютъ также при суженіи ниже  $2\frac{1}{2}$ " дѣлать эту операцію для того, чтобы избѣжать послѣ прободенія или Кесарскаго сѣченія (Scanzoni); но тутъ уже не искусственные преждевременные роды, а искусственный выкидышъ—*abortus*.

Сказанное выше о слабыхъ степеняхъ суженія таза относится и къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ при приблизительно нормальномъ тазѣ женщины раньше имѣли трудные роды вслѣдствіе *непомѣрнаго развитія младенческой головки*. Такъ какъ это развитіе младенца охотно повторяется въ слѣдующія беременности, потому оно и составляетъ также показаніе къ операціи.

§ 580. 2) *Надежда спасти младенца при привычномъ умيرانіи его въ маткѣ тѣмъ, что возбуждаютъ роды прежде извѣстнаго срока, въ который это происходило, заставила*



многихъ акушеровъ дѣлать операцію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Показаніе ложное. Ибо что намъ доказываетъ, при незнакомствѣ съ причиной умиранія, что младенецъ не родился бы живымъ и безъ операціи? — Конечно на это можно возразить то, что онъ, вѣроятно, подобно первымъ, умеръ бы и что нельзя доказать противнаго. Хотя бы показаніе было и невѣрно, все таки возбужденіе родовъ не столько причиняетъ опасности, чтобы не одобрять его тамъ, гдѣ хотятъ сдѣлать это послѣ нѣсколькихъ беременностей, прошедшихъ неблагополучно.

§ 581. 3) Прочія состоянія, требующія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, суть всѣ тѣ *болѣзни матери*, описанныя въ предвѣдущемъ отдѣлѣ, *которыя, упорно противустоя вѣсь терапевтическимъ средствамъ, въ высшей степени угрожаютъ опасностью жизни матери, а также и ея плоду*. Впрочемъ опредѣлить необходимость операціи въ этихъ случаяхъ очень трудно и выборъ зависитъ отъ такта. При сказанныхъ обстоятельствахъ никогда не должно дѣлать операціи безъ совѣщанія съ другимъ врачомъ. Ее не должно дѣлать при эклампсіи и маточныхъ кровоточеніяхъ, потому что здѣсь сама собой наступаетъ родовая дѣятельность, когда эти состоянія угрожаютъ опасностью; а если и бываетъ нужна помощь, то возбужденіе потугъ дѣйствуетъ слишкомъ медленно и здѣсь умѣстно бываетъ только насильственное родоразрѣшеніе.

Искусственные преждевременные роды *противопоказуются* въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ условій, выше изложенныхъ вообще и въ частности при отдѣльныхъ показаніяхъ.

§ 582. *Время для производства операціи* точно опредѣлено только при болѣзняхъ матери, привычномъ умираніи младенца; при суженіи же таза болѣе или менѣе представляется выбору акушера. Самый ранній срокъ—29 недѣля беременности, самый поздній—37-я, потому что младенецъ, рожденный послѣ этого времени, бываетъ развитъ почти также, какъ и совершенно зрѣлый. Производство операціи должно падать въ промежуточные недѣли, и точное назначеніе времени зависитъ отъ отношенія размѣровъ таза къ размѣрамъ младенческой головки въ разные періоды беременности. Конечно надобно выжидать столько, сколько возможно, потому что способность младенца къ жизни съ каждой недѣлей увеличивается; не должно также забывать и того, что вмѣстѣ съ ней растутъ и опасности какъ для него, такъ и для матери. Поэтому не должно дѣлать операціи ни слишкомъ рано, ни слишкомъ поздно. При болѣе значительныхъ степеняхъ суженія таза (2 $\frac{1}{2}$ —3 $\frac{1}{2}$ ) выбираютъ

недѣли, ближайшія къ тому времени, когда младенецъ дѣлается способнымъ жить (22—39); при меньшихъ степеняхъ ( $3-3\frac{1}{4}$ "); позднѣйшія недѣли (33—36). Опредѣлить, какъ далеко можно и должно отложить операцию, есть важная задача врача, при чемъ руководить имъ должно изслѣдованіе таза, опредѣленіе развитости младенца и разсмотрѣніе теченія прежнихъ родовъ.

§ 583. *Предсказаніе* при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ для матери очень благопріятно, таково оно и должно быть соотвѣтственно цѣли операціи. Мать страдаетъ тѣмъ меньше, чѣмъ скорѣе матка повинуется раздраженіямъ и выводитъ свое содержимое, чѣмъ лучше было общее ея состояніе во время беременности.

Относительно младенца надежда на спасеніе слабѣе, потому что очень легко наступаютъ неблагопріятныя для него осложненія, которыя, какъ косоое положеніе, неправильное членорасположеніе и постановка, требуютъ дальнѣйшаго вмѣшательства искусства, а также и потому, что необходимо величайшее попеченіе, чтобы сохранить его по рожденіи. Очень многое зависитъ отъ способа, по которому дѣлается операция, отъ времени, въ которое она дѣлается и отъ продолжительности родовъ.

§ 584. Особенныхъ приготовленій къ операціи не нужно, вособенности при лучшихъ способахъ, введенныхъ въ новѣйшее время. Впрочемъ, если есть время, можно нѣсколько возбудить матку общими теплыми ваннами, сидячими, отъ времени до времени повторяемыми впрыскиваніями во влагалище. Растиранія ея дна излишни, кровопусканія вредны. Хорошо за нѣсколько дней до операціи установить правильную діету и позаботиться объ обильныхъ испраженіяхъ на низъ. Если можно, начать операцию около того времени, въ которое въ небеременномъ состояніи появились бы регулы.

Способы, по которымъ преждевременно возбуждаютъ потуги, очень разнообразны. Изъ этихъ *методовъ* одни стремятся достигнуть цѣли посредствомъ *вскрытія полости яйца* — проколъ яйцовыхъ оболочекъ; другіе посредствомъ *отдѣленія яйца отъ стѣнокъ матки* — впрыскиваніями во влагалище, или введеніемъ на нѣкоторое время между маткой и пузыремъ катетера, или отлученіемъ оболочекъ отъ нижняго сегмента матки; третій рядъ методовъ возбуждаетъ матку черезъ шейку или влагалище посредствомъ расширенія шейки *per spongias ceratas*, или раздраженіемъ матки и влагалища теплыми *маточными душами*, или *тампонаціей влага-*

*лица.* Эти методы вызываютъ механическое раздраженіе, тогда какъ другіе дѣйствуютъ путемъ динамическимъ, непосредственнымъ или рефлекторнымъ; сюда относятся дѣйствія *гальванизма, спорыньи, введеніе во влагаллице углекислоты, раздраженіе нервовъ грудныхъ желѣзъ.*

Изъ этихъ способовъ только 5 заслуживаютъ вниманія, хотя и они не имѣютъ одинакаго достоинства. Поэтому достаточно упомянуть коротко въ заключеніи.

Эти 5 методовъ суть: 1) проколъ оболочекъ, 2) расширение маточнаго рыльца восчанками; 3) тампонированіе влагаллица; 4) восходящія теплыя маточныя души и 5) впрыскиванія въ полость матки.

§ 585. 1) *Проколъ оболочекъ* — методъ самый древній, однако впервые его описалъ и употреблялъ Scheel въ Копенгагенѣ (1779). Для этой, обыкновенно очень простой операціи изобрѣли множество инструментовъ, но всегда можно дѣлать ее или маточнымъ зондомъ, вмѣсто котораго можно употреблять и мужской катетеръ, или изогнутой трубкой со стилетомъ внутри. По предварительномъ, гдѣ можно, подготовленіи половыхъ частей въ теченіи нѣсколькихъ дней, операцію дѣлаютъ очень просто, — по двумъ или нѣсколькимъ пальцамъ, укрѣпляющимъ шейку, какъ по проводникамъ, вводятъ инструментъ до тѣхъ поръ, пока онъ упрется въ яйцовыя оболочки, за тѣмъ вращательными и прободающими движеніями прокалываютъ ихъ. Гдѣ это не удастся легко, можно употребить трубку со стилетомъ, который, по введеніи послѣдней, осторожно выдвигаютъ. Истеченіе воды, обыкновенно окрашенной кровавымъ цвѣтомъ, есть признакъ того, что операція удалась. Если укрѣпленіе шейки очень трудно, то можно этому содѣйствовать давленіемъ, производимымъ на матку снаружи помощникомъ.

§ 586. Вскрытіе яйцовой полости, спустя неодинаково долгое время, вызываетъ потуги и потому это *надежный методъ.* Но оно имѣетъ ту вредную сторону, что чрезвычайно опасно для младенца, отнимая у него защищающую влагу. Вслѣдствіе того неправильныя постановки и членорасположенія въ началѣ родовъ не могутъ быть уже болѣе исправлены и младенецъ большей частью умираетъ вслѣдствіе сильнаго, продолжительнаго сжатія, вслѣдствіе нарушеній кровообращенія въ послѣдѣ и въ пуповинѣ. Относительно матери этотъ способъ вреденъ тѣмъ, что роды обыкновенно длятся очень долго и болѣзненны, что часто образуются судорожныя потуги и труднѣе оказывать необходи-

мыя пособія. При этомъ не легко вскрыть оболочки, когда шейка совершенно заперта, длинна или имѣетъ неблагопріятное направление. По этимъ причинамъ описываемый способъ не дастъ благопріятныхъ результатовъ; потому его нельзя употреблять, когда дѣлаютъ операцію для спасенія младенца, но по вѣрности послѣдствій она показывается только тогда, когда желаютъ быстро освободить, гдѣ слѣд. отъ промедленія зависить опасность для матери. Далѣе она показывается тамъ, гдѣ другіе, слабѣйшіе методы подготовили уже нижній сегментъ матки, маточное рыльце разверсто, не остается только потугъ для того, чтобы кончить роды.

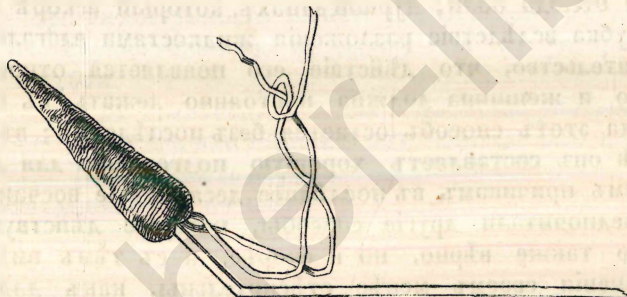
§ 587. Для того, чтобы сохранить пузырь и выпустить только такое количество околоплодной жидкости, какое необходимо для возбужденія потугъ, Meissner (1826), по примѣру Норкіа предложилъ *вскрывать оболочки на мьсть, лежащемъ выше*. Съ этой цѣлью онъ употребляетъ дугообразно изогнутую серебрянную трубку, дл. 12", 1—2" толщ., въ которой находятся 2 проволоки, изъ которыхъ одна, вверху скругленная, 2" длиннѣе трубочки, другая, заостренная, 5". Этотъ инструментъ съ тупой проволокой вводятъ по извѣстнымъ правиламъ въ шейку, за тѣмъ зондируя проводятъ вверхъ по задней стѣнкѣ матки виѣ яйцевыхъ оболочекъ (дюймовъ на 10 выше шейки), пока колечко, находящееся на наружномъ концѣ трубочки, будетъ касаться половыхъ частей матери. Убѣдившись, что передъ концами трубочки нѣтъ младенческихъ частей, проволоку вынимаютъ и, вмѣсто нея, вставляютъ острую, вдавливаютъ въ полость яйца, на нее надвигаютъ трубочку. По удаленіи проволоки выпускаютъ съ половину чайной чашки околоплодной жидкости, а за тѣмъ вынимаютъ и трубочку. При постоянномъ истеченіи жидкости по каплямъ появляются потуги (женщина можетъ при этомъ ходить) и наступаютъ роды.

Преимущества этого способа предъ обыкновеннымъ проколомъ оболочекъ ясны. Впрочемъ тутъ предполагается легко доступная открытая маточная шейка и слабое соединеніе оболочекъ съ маткой. Гдѣ этого нѣтъ, оболочки вскрываютъ въ самомъ рыльцѣ или надъ нимъ. При этомъ надобно опасаться поврежденія послѣда, если инструментъ встрѣтитъ его на своемъ пути, и младенца. Такъ какъ другіе способы несравненно лучше, то этотъ методъ забыть.

§ 588. 2) *Расширеніе и раздраженіе шейки и рыльца матки воспаной губкой*. Этотъ способъ впервые предложенъ

Brünnighausen'омъ (1820), исполненъ El. v. Siebold'омъ и усовершенствованъ Kluge. Губку готовятъ такъ: мелкую губку опускаютъ въ насыщенный растворъ аравійской камеди, потомъ крѣпко привязываютъ ниткой на проволочку и сжимаютъ. Когда она высохнетъ и сдѣлается жесткой, обвиваютъ ниткой, какъ угодно, обрѣзываютъ и заостряютъ губку и покрываютъ ее воскомъ. Въ отверстіе, остающееся послѣ проволоки, вставляютъ длинную металлическую палочку, въ 2'' отъ конца изогнутую подъ угломъ, посредствомъ которой вводятъ губку въ половыя части. Черезъ основаніе послѣдней проводятъ нитку, за которую можно бы было потомъ ее вынуть (фиг. 62). Губку вводятъ по 2

Фиг. 62.



пальцамъ, укрѣпляющимъ шейку, на полочкѣ, напр. на маточномъ зондѣ, введеніе ея нетрудно. За тѣмъ металлическую палочку вынимаютъ и вводятъ во влагалище маленькую губку, чтобы упрочить положеніе восчаной губки. Женщина конечно все время, пока лежитъ эта губка, должна находиться въ покойномъ положеніи. Первая губка должна быть въ 1—2'' дл. и толщиною въ палецъ. Она тотчасъ пропитывается влагами, отдѣляемыми изъ половыхъ частей, причемъ находящаяся въ ней камедь растворяется какъ влагами, такъ и теплотой тѣла. Отъ этого она расширяется, расширяетъ шейку и рыльце матки. Этому расширенію можно способствовать по временамъ повторяемыми впрыскиваніями теплой воды во влагалище. Если за тѣмъ губка болѣе не дѣйствуетъ, потомучто она мало способна къ расширенію или разверзанію шейки слишкомъ значительно, то за палочку,

прикрѣпленную къ губкѣ, послѣднюю вынимаютъ и замѣняютъ ее болѣе длинной и толстой.

§ 589. Вслѣдствіе механическаго расширенія шейки и рыльца матки и вызываемаго этимъ раздраженія вскорѣ начинаютъ обнаруживаться сокращенія матки. Маточное рыльце часто бываетъ расширено до значительной степени прежде, нежели потуги будутъ явственно замѣтны. Если же онѣ разъ появились, что обыкновенно бываетъ спустя 6—8 часовъ, то роды въ полномъ ходу; введеніемъ болѣе объемистыхъ губокъ можно усиливать потуги.

Этотъ способъ имѣетъ ту болыиую выгоду, что послѣдствій его вѣрны и сохраняется пузырь; поэтому роды протекаютъ подобно тѣмъ, которые наступаютъ самостоятельно. Невыгода его заключается въ томъ, что часто бываетъ слишкомъ сильное раздраженіе маточной шейки и происходящія отсюда боли; дурной запахъ, который вскорѣ получаетъ губка вслѣдствіе разложенія жидкостями влагалища; то обстоятельство, что дѣйствіе его появляется относительно поздно и женщина должна постоянно лежать въ постели. Иногда этотъ способъ остается безъ послѣдствій; въ такомъ случаѣ онъ составляетъ хорошую подготовку для другаго. Поэтимъ причинамъ въ послѣднее десятилѣтіе восчаной губкѣ предпочитали другіе способы, которые дѣйствуютъ не только также вѣрно, но и скорѣе, а съ тѣмъ вмѣстѣ въ примѣненіи своемъ менѣе стѣснительны, какъ для врача, такъ для беременной.

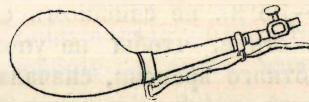
§ 590. 3) *Тампонированіе влагалища*, какъ способъ вызывать роды былъ предложенъ Schöller'омъ (1842). Для этого онъ употреблялъ тампонъ изъ корпии, плотно наполнялъ ей сводъ влагалища и дальнѣйшее предоставлялъ природѣ. Позднѣe Hüter предложилъ съ этой цѣлью вводить во влагалище телячій пузырь, который должно расширять, впрыскивая воду. Дальнѣйшее усовершенствованіе этого способа заключается въ употребленіи, въ видѣ тампона, каучуковаго пузыря, *colpeurynter Braun's*, который уже былъ раньше упомянутъ нѣсколько разъ.

Дѣйствіе этого тампона, введенію котораго предпосылается предуготовительное леченіе, тотчасъ выражается оплотнѣніемъ, слѣд. слабыми сокращеніями матки, которыя, если тампонъ возобновить или ввести сильнѣйшій, вскорѣ усиливаются и раскрываютъ маточное рыльце. Растиранія дна матки, спорынья могутъ усилить его дѣйствіе. Преимущество тампона состоитъ въ болѣе легкомъ примѣненіи его

сравнительно съ восчаными губками, а предъ проколомъ оболочекъ преимущество ихъ обоихъ то, что сохраняются оболочки. За то тѣмъ многочисленнѣе дурныя стороны. Сюда по преимуществу относится недостаточная его длина, почему успѣхъ чрезвычайно невѣренъ, а если и бываетъ, для этого нужно очень много времени, въ теченіи котораго беременная должна постоянно лежать въ постели. Нѣкоторыя вовсе непереносятъ тампона, или только въ теченіи непродолжительнаго времени, потомучто отъ растяженія стѣнокъ влагалища происходитъ сильная боль, а отъ давленія невыносимый позывъ къ мочеиспусканію и испражненію. Кромѣ того сильное раздраженіе можетъ вызвать, что и дѣйствительно бываетъ, воспаленіе влагалища и пуерперальное изъязвленіе. По всѣмъ этимъ причинамъ передъ тампономъ заслуживаетъ предпочтенія восчаная губка, а еще болѣе 4 и 5 методы. Много, если тампонируваніе влагалища можетъ служить при недоступности шейки подготовкой къ проколу оболочекъ, впрыскиваніямъ въ матку или къ употребленію восчаной губки.

§ 591. Уже замѣчено, что для тампонаціи употребляютъ *colpeurynter* Вгаи'а, или тампонъ изъ полотна или корпіи.—

*Colpeurynter* (фиг. 63) есть каучуковый пузырь, 2—4" въ діам., который переходитъ въ трубку изъ того же вещества, 4" дл.,  $\frac{1}{2}$ " толщ., выложенную внутри твердой трубкой. На концѣ твердой трубки находится мѣдная трубочка съ крапомъ и кольцо для вдѣванія широкой тесьмы. При употребленіи пустой пузырь, нагрѣтый, намазанный масломъ и сложенный въ нѣсколько разъ, вводится во влагалище, постепенно растягивается водою, впрыскиваемой посредствомъ шприца или клизономпа, и такимъ образомъ удерживается въ растяженіи, соотвѣтственно обстоятельствамъ. Посредствомъ тесемки, проходящей черезъ кольцо, аппаратъ прикрѣпляется къ одному или къ обоимъ бедрамъ, чтобы предотвратить его выпаденіе. Выпуская воду, можно уменьшить растяженіе, отъ дальнѣйшихъ впрыскиваній оно увеличивается, также легко и перемѣнять воду.



Фиг. 63.

Корпіей или полотномъ тампонируютъ влагалище, по совѣту *Scanzoni*, всего лучше слѣдующимъ образомъ: »полотняный цилиндръ, похожій на кондомъ, 6" длин. и 2" въ

діам., на одномъ концѣ запертый на подобіе мѣшка, на наружной поверхности смазывается масломъ, надѣвается на 4-хъ или 2-хъ створчатое зеркало и такимъ образомъ вводится во влагалище, какъ только можно, глубоко. За тѣмъ маточное зеркало раскрывается и полость его туго выполняется посредствомъ деревянной палочки плотно скатанными корпійными шариками, смоченными въ холодной водѣ, уксуcѣ или растворѣ квасцовъ. Въ тоже время зеркало мало по малу оттягивается кнаружи и наложенная корпья остается въ полотняномъ мѣшечкѣ, надѣтомъ на маточное зеркало. «Вмѣсто корпій можно также употреблять маленькіе полотняные лоскутки, смоченные въ холодной водѣ и сложенные въ компрессы.

§ 592. 4) *Восходящія теплыя маточныя души* впервые были предложены Kiwisch'e мѣ и совершенно оправдали ожиданія, которыя этотъ великій акушеръ питалъ въ себѣ относительно ихъ, какъ способа вызывать роды. Постоянная, теплая и сильная струя воды дѣйствуетъ какъ растяженіемъ влагалищнаго свода, такъ и теплотой и непосредственнымъ раздраженіемъ матки; часть дѣйствія подобно также приписать прониканію небольшого количества воды въ полость матки и происходящему такимъ образомъ отдѣленію яйцовыхъ оболочекъ.

Важныя условія для успѣха суть: температура воды въ 34—36°R., не слишкомъ слабая, вособенности же постоянная струя, чтобы не употребляли душъ въ теченіи очень короткаго времени, сначала ежедневно два раза, потомъ 3—6 разъ въ день и каждый разъ  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа. — Для этого употребляютъ клизопомпъ—и это самый простой снарядъ, или резервуаръ въ нѣсколько ведеръ, который виситъ на стѣнѣ у потолка, на высотѣ 9—10'. Отъ дна его спускается внизъ трубка, которой конецъ, вставляемый во влагалище, долженъ быть гибокъ и имѣть наставную трубку съ однимъ только широкимъ отверстіемъ. Беременная садится передъ аппаратомъ, трубку котораго можно запирать посредствомъ крана, или, если она эластическая, *особеннымъ снарядомъ*. Если его отпереть, то вода будетъ бить во влагалище и на нижній сегментъ матки. Она можетъ стекать въ подставленный сосудъ.

Струя воды подготавливаетъ нижній сегментъ матки самымъ щадящимъ образомъ и возбуждаетъ къ родамъ, почему всѣ другія предуготовительныя леченія излишни. Для употребленія этого способа каждый разъ нужно немного



времени, женщина при этомъ можетъ исполнять свои обязанности по дому и нечего бояться поврежденія половыхъ частей. Такъ какъ способъ этотъ можно усиливать, то дѣйствіе его почти всегда вѣрное, что подтверждаютъ и опыты. Если иной разъ онъ не обнаруживаетъ дѣйствія, то это не вредитъ ему, потому что и при другихъ способахъ бывають такія исключенія. За то въ этихъ случаяхъ онъ хорошо подготавливаетъ половыя части къ проколу оболочекъ.

*Поэтому методъ Kiwisch'a, послѣ впръскиваній въ матку, всѣхъ полезнее, и только тамъ онъ уступаетъ проколу оболочекъ, гдѣ нужна крайняя осторожность.*

§ 593. 5) *Впръскиванія въ полость матки*, впервые предложенныя Schweighäuser'омъ (1825), Cohen'омъ (1846) доведены до дѣствительнаго метода. Для этого употребляютъ цинковую или эластическую трубочку, 4" дл., въ верхней половинѣ  $1\frac{1}{2}$ —2" толщ., внизу увеличивающуюся въ діаметрѣ на 9"; на тонкомъ концѣ она оканчивается на подобіе зонда и снабжена тутъ четырьмя продолговатыми боковыми отверстиями. Къ нижнему ея концу привинчивается палочка, 6" дл., посредствомъ которой ее осторожно вводятъ, какъ можно, выше между оболочками яйца и стѣнкой матки. За тѣмъ палочка отвинчивается и вмѣсто нея прикрѣпляется гибкая, сообщающаяся съ клизопомпомъ трубка. Плотно придавливая трубочку къ маточному рыльцу, медленно и постоянно впръскиваютъ теплую воду до тѣхъ поръ, пока женщина почувствуетъ растяженіе во всемъ животѣ, или когда, не смотря на прижатіе трубочки, жидкость стекаетъ назадъ.—За этимъ вскорѣ появляются потуги, усиливаемые дальнѣйшими впръскиваніями, въ теченіи отъ  $\frac{1}{4}$ —2 часовъ.

Опыты, сдѣланныя до сихъ поръ, уничтожаютъ всякое сомнѣніе въ превосходствѣ и дѣствительности этого метода. Раздраженіе отъ механическаго расширенія маточныхъ стѣнокъ, раздраженіе, вызываемое отдѣленіемъ яйцовыхъ оболочекъ и впръскиваніемъ воды, вскорѣ возбуждаютъ потуги и въ короткое время роды бывають въ полномъ ходу. Въ такомъ случаѣ они протекають подобно наступающимъ самостоятельно. Самое дѣствительное въ этомъ способѣ, конечно отлушеніе яйцовыхъ оболочекъ водой, задержанной въ маткѣ, пачавшимися сокращеніями передвигаемой по разнымъ направленіямъ, и такимъ образомъ все болѣе и болѣе увеличивающей отдѣленіе. Поэтому гдѣ за первымъ или вто-

рымъ впрыскиваніемъ невытекаетъ тотчасъ большая часть жидкости, тамъ можно рассчитывать на успѣхъ.

*Велдствіе такой надежности, легкости, безвредности, безболзненности въ примъненіи и быстротъ дѣйствія, методъ впрыскиванія въ полость матки заслуживаетъ предпочтеніе передъ прочими, даже передъ маточными душами и проколамъ оболочекъ.*

§ 594. Другіе методы, кромѣ описанныхъ, которые далеко уступаютъ послѣднимъ въ практическихъ достоинствахъ и потому не могли и не могутъ пріобрѣсти себѣ права гражданственности въ акушерствѣ, суть:

1) Отлущеніе яйцовыхъ оболочекъ отъ нижняго сегмента матки пальцемъ, по Hamitton'у (1836), катетеромъ по Rieseke.

2) Глубокое введеніе въ полость матки бука съ немедленнымъ его удаленіемъ, по Lehmann'у.

3) Введеніе на нѣкоторое время эластическаго катетера, по Krause.

Эти способы представляютъ только видоизмѣненія впрыскиваній въ матку, но далеко не такъ дѣйствуютъ, какъ послѣднія.

4) Впрыскиванія во влагалище изъ обыкновеннаго шприца, по Harting'у, въ маточное рыльце, по Simpson'у.

5) Общія ванны, по Gardien'у (1807).

6) Методическое расширеніе дна матки черезъ брюшныя покровы, по Ulsamer'у и d'Outrepoint'у (1822).

7) Раздраженіе матки гальванизмомъ, по Schreiber'у (1843).

8) Употребленіе внутрь спорыньи, по Bongiovanni и Ramsbotham'у.

9) Раздраженіе матки рефлекторнымъ образомъ черезъ груди, по Friederichs'у (1839) и Scanzoni (1853).

10) Впрыскиваніе во влагалище углекислоты, по Scanzoni (1856).

Относительно этого новѣйшаго метода я замѣчу, что, еслибы углекислота и дѣйствительно приводила гладкія мышечныя волокна въ сокращеніе (что еще очень сомнительно), то это относится только къ обращающейся вмѣстѣ съ кровью въ капиллярахъ, но никакъ нельзя думать тоже объ углекислотѣ, впрыснутой во влагалище, которая впрочемъ легко можетъ вызвать сильное его воспаленіе.

§ 595. Леченіе дѣйствительно наступающихъ раннихъ родовъ ничѣмъ не отличается отъ самостоятельныхъ. Впро-

чемъ надобно особенно позаботиться о младенцѣ, чтобы сохранить его въ живыхъ, потомучто искусственные преждевременные роды, только по видимому, болѣе спасительная операція, чѣмъ искусственный выкидышъ—по видимому потому, что конечно младенецъ рождается живымъ, но онъ также вѣрно умираетъ при недостаточномъ попеченіи, какъ будто его погубили еще въ маткѣ.

## II. Искусственный выкидышъ.

§ 596. Этимъ именемъ обозначаютъ произведеніе родовъ въ такой періодъ беременности, когда младенецъ еще неспособенъ къ жизни, слѣд. до 28 недѣли.

*Цель операціи спасти мать, когда она при продолженіи беременности неминуемо должна умереть.*

Отсюда слѣдуютъ и показанія.—Произведеніе выкидыша вособенности не допускается въ тѣхъ случаяхъ, когда еще есть надежда спасти жизнь обоихъ существъ. *Одна опасность, угрожающая матери, еще не можетъ служить показаніемъ, но только убѣжденіе, что безъ этой операціи она должна погибнуть.* Поэтому искусственный выкидышъ показуется 1) при абсолютномъ суженіи таза и 2) при страданіяхъ матери, вслѣдствіе которыхъ жизнь ея и младенца угрожаетъ опасностью, но освобожденіе матки можетъ по всей вѣроятности спасти ее, тогда какъ жизнь младенца шадить нечего, потомучто онъ долженъ погибнуть и безъ операціи, уже вслѣдствіе ея болѣзни.

§ 597. На произведеніе выкидыша даетъ намъ право только абсолютное суженіе таза, слѣд такое, при которомъ и раздробленный младенецъ не можетъ пройти черезъ тазъ; потомучто, еслибы было возможно прободеніе головки, то можно предоставить беременность самой себѣ, такъ какъ къ послѣдней операціи можно приступить и при своевременныхъ родахъ. *Слѣд. мы не имѣемъ права отнимать вообще у младенца надежды къ спасенію, потомучто во время родовъ обстоятельства могутъ устроиться совершенно въ его пользу.* Если этого не случится и приходится дѣлать прободеніе живаго младенца, все таки эту операцію нельзя сопоставить, какъ это дѣлается, съ искусственнымъ выкидышемъ, потомучто обращаются къ ней, уже убѣдившись, что это послѣднее средство къ спасенію матери, чего нельзя знать во время беременности.

При абсолютномъ суженіи таза, искусственный выкидышъ составляетъ средство къ тому, чтобы избѣжать Кесарскаго сѣченія, и онъ оправдывается тѣми неблагоприятными послѣдствіями, которыя влечетъ за собой послѣднее. Такимъ образомъ эту операцію нельзя совѣтовать, какъ это иногда дѣлается, вмѣсто *Кесарскаго сѣченія*, и къ ней можно приступить только въ томъ случаѣ, когда беременная рѣшительно объявитъ свое несогласіе на Кесарское сѣченіе и если обстоятельства позволяютъ предвидѣть, что она не перенесетъ его.

§ 598. Всего чаще искусственный выкидышъ бываетъ при болѣзняхъ, угрожающихъ уже въ беремености опасностью жизни матери и плода; но непременно должно быть послѣднее условіе и надобно знать, что операція не ухудшитъ состоянія матери, а устранить или облегчитъ. Поэтому, кажется, мы не вправѣ дѣлать искусственный выкидышъ въ большей части болѣзненныхъ состояній, гдѣ его совѣтовали въ прежнее время писатели, какъ при фибродѣ, ракѣ матки, при опухолахъ яичниковъ, грыжахъ и пр.; вособенности не могутъ ему служить показаніемъ кровотеченія или судороги, которыя рѣдко бываютъ такъ сильны въ первой половинѣ беремености, а если это и бываетъ, то выкидышъ наступаетъ самостоятельно. Всего скорѣе требуютъ опорожненія матки неизлечимое ущемленіе, вслѣдствіе заворота матки назадъ, также извѣстные случаи упорной рвоты, угрожающей переходомъ въ смерть.

Надобно быть очень осторожнымъ и помнить, что послѣдствія искусственнаго выкидыша обыкновенно гораздо важнѣе, нежели произвольнаго, и что пuerперальныя воспаленія брюшины и матки легко могутъ ухудшить состояніе. Поэтому никогда не должно приступать къ искусственному выкидышу, не посоветовавшись объ этомъ съ однимъ или нѣсколькими опытными товарищами. Едва ли нужно и упоминать о томъ, что согласіе матерей на операцію есть необходимое условіе.

§ 599. Гдѣ операція предпринимается вслѣдствіе страданія матери, тамъ не выбираютъ *времени*, а опредѣляется это настоятельностью припадковъ. Но при суженіи таза выборъ вполнѣ зависитъ отъ насъ. Самое благоприятное время—4 или 5 мѣсяць беремености, потому что тогда можно убѣдиться въ дѣйствительномъ присутствіи беремености, самая операція легче, выкидышъ болѣе приближается къ своему временному родамъ и не такъ опасно кровотеченіе.

Средства къ произведенію выкидыша тѣже, какъ и при естественныхъ преждевременныхъ родахъ. Когда есть время, половыя части готовятъ ваннами, теплыми впрыскиваніями во влагалище и за тѣмъ дѣлаютъ проколъ оболочекъ маточнымъ зондомъ. Если шейный каналъ недоступенъ, то его сперва расширяютъ восчаной губкой. При искривленіи беременной матки назадъ необходимо проникать въ заднюю стѣнку матки и вскрывать пузырь посредствомъ троакара. Отъ внутреннихъ средствъ мало пользы, они здѣсь положительно вредны.

### ГЛАВА III.

#### П О В О Р О Т Ъ .

§ 600. *Поворотомъ называется искусственное измѣненіе положенія младенца и онъ состоитъ въ томъ, что подлежащую часть удаляютъ отъ тазоваго входа и, вмѣсто нея, проводятъ другую, всегда конечную точку вдольной оси.*

Поворотъ предпринимаютъ съ цѣлью 1) измѣнить неправильныя положенія и членорасположенія плода въ правильныя, такъ чтобы выведение его было возможно силами природы; 2) чтобы существующее нормальное положеніе (головное) измѣнить въ другое, болѣе благоприятное для особенной цѣли, т. е. чтобы дать искусству возможность достигнуть своей цѣли.

Поэтому въ обоихъ случаяхъ поворотъ только предуготовительная операція, улучшающая положеніе младенца. Въ первомъ случаѣ абсолютно улучшающая, потомучто устраняетъ неправильное положеніе и дѣлаетъ его правильнымъ; во второмъ — относительно улучшающая, т. е. она само-по-себѣ совершенно нормальное вдольное (головное) положеніе превращаетъ въ другое нормальное (ножное), потомучто послѣднее для необходимыхъ пособій въ подлежащемъ случаѣ болѣе благоприятно. Слѣд. въ этомъ случаѣ поворотъ составляетъ только первый актъ другой операціи извлечения.

Этимъ обозначается и предѣлъ поворота, потомучто задача его бываетъ кончена, какъ только рожденіе младенца сдѣлается возможнымъ силами природы или помощію искусства.

Смотря потому, проводятъ ли въ тазовый входъ верхній, или нижній конецъ вдольной оси младенца, различаютъ три вида поворотовъ: поворотъ на головку, на задницу и на ножки. Поворотъ на головку есть самый древній видъ (из-

вѣстный уже въ самыя древнія времена), поворотъ на ножки принадлежитъ позднѣйшему времени (хотя его совѣтовалъ Celsus, тѣмъ не менѣе онъ получилъ свои права, благодаря Ambroise Paré, (въ 1550 г.).

### I. Поворотъ на головку.

§ 601. Проведеніе головки въ тазовый входъ *показуется только при тѣхъ поперечныхъ, еще болѣе при косыхъ положеніяхъ, когда надъ маточнымъ рыльцемъ находится верхняя часть туловища*, слѣд. головка лежитъ ближе къ тазовому входу, нежели задница, а потому тутъ бываетъ не столько поворотъ, сколько установка и исправленіе постановки младенческой головы, уклонившейся въ сторону отъ таза. Никогда не должно поворачивать на головку при тазовыхъ положеніяхъ, потому что они нормальныя, а также и потому, что если по проведеніи головки, вслѣдствіе какихъ нибудь обстоятельствъ, потребуется ея извлеченіе прежде, чѣмъ она установилась въ тазъ, то надобно будетъ снова дѣлать поворотъ на нижнія конечности. Поэтому поворотъ на головку показуется только при поперечныхъ положеніяхъ, къ тому же при слѣдующихъ *условіяхъ*:

- 1) Головка должна находиться близъ тазоваго входа.
- 2) Не должно быть обстоятельствъ, требующихъ извлеченія.
- 3) Младенецъ долженъ быть удобоподвиженъ въ маткѣ, слѣд. околоплодная жидкость должна быть въ цѣлости, или стокъ ея долженъ произойти незадолго; хорошо, если матка и брюшныя стѣнки благопріятствуютъ этому.
- 4) Тазъ не долженъ быть суженъ.
- 5) Необходимо, чтобы можно было рассчитывать на хорошую дѣятельность потугъ для укрѣпленія низведенной головки, и имѣть возможность дать ей хорошую постановку.
- 6) Младенецъ долженъ быть живъ, потому что для него только дѣлается и самая операція.

§ 602. Поворотъ на головку, когда это возможно, заслуживаетъ предпочтеніе предъ поворотомъ на задницу или на ножки, по простой причинѣ, потому что головное положеніе даетъ самое благопріятное предсказаніе, вособенности для младенца. Если сообразить большое число требуемыхъ условій и вспомнить, какъ рѣдко онѣ соединяются въ одномъ случаѣ, то будетъ понятно, почему такъ рѣдко прибѣгаютъ къ этому виду поворота. Поворотъ этотъ должно

дѣлать *заблаговременно*, и въ этомъ заключается главнымъ образомъ причина, почему въ практикѣ такъ рѣдко употребляютъ его; съ одной стороны потому что трудно съ точностью опредѣлить въ началѣ родовъ положеніе вообще и отдѣльныхъ частей вособенности, а съ другой, потому что рѣдко приходится видѣть роженицу такъ рано, приглашаемые же раньше бабки рѣдко узнаютъ положеніе до стока водъ. Но во всякомъ случаѣ поворотъ на головку есть важное пособіе искусства и, гдѣ можно, его должно по крайней мѣрѣ попробовать.

Операцию можно сдѣлать двоякимъ образомъ: *наружными или внутренними приемами.*

§ 603. 1) *Поворотъ на головку наружными приемами.*

При этомъ способѣ, названномъ, по имени главнаго его распространителя, Вигандовскимъ, вособенности нужны вышеупомянутыя условія. Онъ употребляется въ концѣ развѣрзательнаго періода и никогда не должно оставлять его неиспробованнымъ, если вообще есть время и обстоятельства говорятъ въ пользу удачи, потому что это самый шадящій способъ и въ случаѣ неудачи всегда можно сдѣлать поворотъ внутренними приемами. Операция дѣлается слѣдующимъ образомъ: опорожнивъ пузырь и прямую кишку и убѣдившись самымъ точнымъ образомъ въ положеніи младенца, роженицу кладутъ на тотъ бокъ, въ сторонѣ котораго находится головка. За тѣмъ нагрѣтой рукой отодвигаютъ и надавливаютъ головку въ промежуткѣ между потугами къ тазовому входу, тогда какъ другой оттѣсняютъ туловище и задницу вверхъ. Это должно начинать тотчасъ съ прекращеніемъ потугъ и продолжать одинакое время и постоянно до появленія новыхъ сокращеній. Во время послѣднихъ должно равномерно поддерживать матку съ обѣихъ сторонъ и стараться удержать младенца въ данномъ положеніи. За тѣмъ, если головка опустилась надъ маточнымъ рыльцемъ, то при достаточномъ расширеніи послѣдняго разрываютъ пузырь, чтобы она глубже опустилась и установилась въ тазовомъ входѣ. Если маточное рыльце для разрыва пузыря раскрылось еще очень мало, то роженица должна находиться въ данномъ ей положеніи до тѣхъ поръ, пока оно будетъ достаточно широко, при чемъ посредствомъ повязокъ и подушекъ должно поддерживать животъ съ обѣихъ сторонъ и укрѣплять матку, вособенности же необходимо плотно прижать къ тазовому входу головку, подкладывая подушки и компрессы, чтобы она не отошла и могла установиться

въ тазѣ, какъ только будетъ возможно выпущеніе околоплодной жидкости.

§ 604. 2) *Поворотъ на головку внутренними приѣмами.*

Онъ дѣлается по 3-мъ разнымъ способамъ: а) прямымъ, б) посредственнымъ низведеніемъ головки и с) соединяя внутренніе и наружныя приѣмы.

а) *Прямой или непосредственный поворотъ на головку. Методъ Busch'a.* Роженица лежитъ на поперечной или обыкновенной кровати, съ приподнятымъ тазомъ. Сложивъ коническую руку, соответствующую той сторонѣ матки, въ которой лежитъ головка, и намазавши ее масломъ, въ промежуткѣ между потугами провотятъ осторожно при вращательныхъ движеніяхъ во влагалище и такъ восходятъ вверхъ до тѣхъ поръ, пока самая широкая часть руки пройдетъ маточное рыльце. Если пузырь еще цѣлъ, то руку продвигаютъ дальше, пока концами пальцевъ коснутся спинки младенца, разрываютъ его по возможности ближе къ головкѣ, 4 пальцами обхватываютъ затылокъ и низводятъ, какъ можно, глубже въ тазовый входъ, тогда какъ большой палецъ остается свободнымъ, чтобы можно было вправлять выпадающія части.

§ 605. б) *Посредственный поворотъ на головку. Методъ d'Outrepoint'a.* Рукой, неодновременной съ той стороною матки, въ которой лежитъ головка (для того, чтобы немедленно можно было сдѣлать поворотъ на ножки, еслибы поворотъ на головку не удался), проникаютъ, какъ сказано ниже, въ маточное рыльце, вскрываютъ оболочки и виллообразно разведенными большимъ и прочими пальцами захватываютъ лежащее плечико, при чемъ большой палецъ бываетъ обращенъ къ лонному соединенію, остальные къ задней стѣнкѣ таза. За тѣмъ осторожно отодвигаютъ туловище кверху и въ ту сторону, въ которой находится задница. Дѣйствуя такимъ образомъ на всю вдольную ось младенца, приводятъ ее въ соответственную ось матки, спускаютъ головку надъ тазовый входъ, гдѣ при извлеченіи руки стараются дать ей хорошую постановку и въ ней укрѣпить.

Методъ Busch'a представляетъ менѣе насилія и легче для исполненія, за то способъ d'Outrepoint'a можно употребить при незначительномъ количествѣ околоплодной жидкости и даже по стокъ ея. Онъ также дѣйствуетъ вѣрнѣе, потомучто уничтожаетъ зло въ самомъ концѣ, т. е. возстановленіемъ вдольной оси низводятъ головку непосредствен-



но, тогда какъ при способѣ Busch'a головка очень легко можетъ опуститься, за то также легко и опять уклоняется, если не вывести туловища изъ косаго положенія, что не всегда возможно.

§ 606. с) *Поворотъ на головку внутренними и наружными ручными приемами — сложный методъ* (Hohl, Braun, Späth). Роженица лежитъ въ обыкновенной постели на спинѣ или на боку, акушеръ вводитъ руку, соответствующую той сторонѣ, въ которой находится головка. Когда она проникнетъ до маточнаго рыльца, то свободная рука надавливаетъ головку черезъ стѣйки живота и матки къ тазовому входу, тогда какъ помощникъ направляетъ дно матки въ сторону головки. Пальцами, находящимися въ маточномъ рыльцѣ, воспринимаютъ пузырь, отодвигаютъ лежащую часть младенца въ сторону матки, противоположную головкѣ, какъ только отъ давленія снаружи дѣйствующей руки часть ея сдѣлается доступной, захватываютъ головку, проводятъ въ тазовый входъ и уже здѣсь разрываютъ пузырь. Если головка установилась, то руку вынимаютъ. — Этотъ способъ часто съ пользою употребляется и по разрывѣ пузыря, если имѣть очень сильныхъ и частыхъ потугъ.

Сдѣлавъ по тому или другому способу поворотъ на головку, оставляютъ на ней въ тазовомъ входѣ два пальца еще нѣкоторое время, чтобы убѣдиться, не уклонится ли она снова и продолжаются ли роды. Расширеніями дна матки стараются усилить потуги и тѣмъ самымъ, какъ и постояннымъ положеніемъ на боку упрочить постановку введенной головки.

### II. Поворотъ на задницу.

§ 607. Когда поворотъ дѣлается только съ цѣлью улучшить неправильное положеніе и задница находится близъ тазоваго входа, въ такомъ случаѣ полезно бываетъ проводить ее вмѣсто ножекъ. Только при этомъ необходимы всѣ условія, изложенныя для удачнаго исполненія поворота на головку. Также съ пользою можно поворачивать только на задницу, когда назначенъ поворотъ на ножки, если захватываніе ножекъ и поворотъ на нихъ съ трудомъ или вовсе не удается.

Но прежде, нежели рѣшиться сдѣлать поворотъ на задницу, надобно вспомнить, что если, по низведеніи ея въ тазъ, потуги не будутъ въ силахъ проводить ее дальше и явится

показаніе къ скорому окончанію родовъ, то удовлетвореніе послѣдняго возможно не безъ вреда для младенца.

§ 608. Механизмъ его тотъ же, какъ и поворотъ на на головку. Операцию можно дѣлать *наружными и внутренними ручными приемами*; по одни первые большей частью не ведутъ къ цѣли, потомучто трудно снаружи дѣйствовать на мало объемистую и мягкую задницу. Поэтому тамъ, гдѣ желаютъ только установить задницу и дать ей хорошую постановку положеніемъ и пр., всѣхъ лучше методъ *сложный* изъ наружныхъ и внутреннихъ приемовъ. При *внутреннемъ* поворотѣ вводятъ руку по извѣстнымъ правиламъ въ половья части, проникаютъ при стоячемъ пузырьѣ съ боку предлежащей части до задницы, разрываютъ пузырь, помѣщаютъ указательный и средний палецъ надъ закинутымъ кверху бедромъ и такимъ образомъ низводятъ задницу, содѣйствуя въ тоже время этому маневру снаружи. Два пальца оставляютъ нѣкоторое время на низведенной части, чтобы убѣдиться, не уклоняется ли она снова и продолжаютъ ли роды. Когда думаютъ, что роды могутъ затянуться, то, по низведеніи задницы, рукой, находящейся еще въ маткѣ, сводятъ близъ лежащую ножку и проводятъ ее въ тазъ.

### III. Поворотъ на ножки.

§ 609. Эта операція состоитъ въ томъ, что когда предлежитъ не нижній конецъ туловища, рукой, введенной въ матку, удаляютъ предлежащую часть младенца отъ тазоваго входа, захватываютъ одну или обѣ ножки и за нихъ поворачиваютъ младенца такъ, что положеніе его превращается въ пожное.

Онъ предпринимается 1) при *поперечныхъ положеніяхъ*, когда поворотъ на голову неумѣстенъ или не удается; 2) при *неправильной постановкѣ и членорасположеніи младенца*, когда другія средства оказались бесполезными (ср. во 2 отдѣлѣ предъид. отдѣленія § 464—66 и 468 до 70); 3) въ извѣстныхъ случаяхъ *суженій таза*, предполагая, что предлежащими ножками родится скорѣе, нежели головкой; 4) при *всѣхъ осложненіяхъ родовъ*, зависящихъ отъ матери, младенца или его принадлежностей, *требующихъ извлеченія*, когда *послѣднее не возможно за голову*.

§ 610. Въ трехъ первыхъ случаяхъ, поворотъ дѣйствительно представляетъ операцію, улучшающую положеніе; задача его исполнена, какъ только образовалось ножное поло-

женіе. Отъ другихъ уже обстоятельствъ будетъ зависѣть, должно ли за нимъ слѣдовать извлеченіе. На противъ того въ послѣднемъ случаѣ показывается вовсе не поворотъ, а извлеченіе; но такъ какъ поворотъ невозможенъ ни за плечики, ни за головку, когда нѣтъ условій для наложенія щипцовъ, то необходимо свести ножки, чтобы за нихъ извлечь младенца. И такъ поворотъ въ одномъ случаѣ улучшаетъ положеніе, здѣсь же не составляетъ самостоятельной операціи, а только приготовленіе, первый актъ извлеченія.

Относительно 3) показанія надобно замѣтить, что случаи стуженія таза, требующіе поворота при предлежащей головкѣ, немногочисленны. Къ нему должно прибѣгать въ томъ случаѣ, когда предлежащая головка вовсе не устанавливается въ тазъ, и надобно предполагать, что вслѣдствіе значительной продолжительности родовъ погибнетъ младенецъ и сильно пострадаютъ мягкія части матери. Прохождение головки будетъ также легко, если еще не легче, когда младенецъ пойдетъ впередъ болѣе узкимъ, нижнимъ концомъ своимъ, нежели широкимъ сводомъ черепа. Вособенности это относится къ косымъ и не симметричнымъ тазамъ, потому что иногда удается посредствомъ поворота придать головкѣ такую постановку, что длиннѣйшій ея діаметръ вступитъ въ длиннѣйшій діаметръ таза. Во всякомъ случаѣ при предлежащихъ ножкахъ предсказіе для матери благоприятно, нежели въ противоположномъ случаѣ, потому что этимъ сокращается продолжительность родовъ и за быстрымъ выходеніемъ туловища должно очень скоро развити головку, если не желаютъ совершенно потерять младенца.

Въ этомъ послѣднемъ случаѣ сначала не бываетъ никакого повода спѣшить съ окончаніемъ родовъ; но какъ вредна для матери чрезмѣрная продолжительность родовъ, за которой подъ конецъ все-таки должна слѣдовать насильственная операція, объ этомъ легко судить по извѣстнымъ уже основаніямъ, (Ср. § 436).

§ 611. Условія для исполненія поворота суть:

- 1) Тазъ не долженъ быть слишкомъ стуженъ, т. е. долженъ имѣть не менѣе 3" въ кратчайшемъ діаметрѣ.
- 2) Беременность должна дойти по крайней мѣрѣ до начала 8 мѣсяца, потому что раньше этого срока младенцы проходятъ тазъ во всякомъ положеніи.
- 3) Предлежащая часть младенца должна быть подвижна, а стѣнки матки уступчивы, по крайней мѣрѣ первая не должна быть такъ ущемлена, чтобы удаленіе ея отъ тазо-

ваго входа было невозможно безъ опасности для матери.

4) Маточное рыльце должно быть по крайней мѣрѣ такъ широко и его края на столько уступчивы, чтобы безопасно было введеніе руки и выхожденіе младенца. (Если дѣлать операцию раньше, то будетъ не поворотъ, а *accouch. forcé*).

Отсюда слѣдуютъ и противопоказанія повороту; онъ не допускается въ томъ случаѣ, когда не достаетъ котораго нибудь изъ тѣхъ условій.

§ 612. *Предсказаніе* при операциі различно для матери и младенца, вособенности по времени, въ которое ее дѣлаютъ и по состоянію матки. Она никогда не бываетъ совершенно безопасна и можетъ имѣть очень дурной исходъ даже въ томъ случаѣ, когда предпринимается, по видимому, при самыхъ благоприятныхъ обстоятельствахъ. Впрочемъ это не всегда можно приписать повороту, но большей частью зависитъ отъ показующихъ состояній. *Матери* угрожаетъ опасность отъ введенія руки въ полость матки, раздраженія ея и поврежденія внутренней ея поверхности, даже полнаго разрыва ея стѣнокъ. Операциа обыкновенно нарушаетъ потуги и потому часто необходимо бываетъ послѣдующее извлечение, которое только ухудшаетъ предсказаніе. Надобно также замѣтить, что у нѣкоторыхъ особъ операциа наноситъ сильный ударъ нервной системѣ и легко происходятъ переперальные страданія.

Хуже предсказаніе для *младенца*. Не говоря уже о томъ, что роды ножками не даютъ благоприятнаго предсказанія, надобно еще имѣть въ виду опасность вслѣдствіе труднаго иногда поворачиванія его тѣла, отъ чего могутъ происходить поврежденія и смертельное сжатіе, а также и вслѣдствіе извлечения, которое часто бываетъ необходимо при тѣхъ обстоятельствахъ, которыя требуютъ операциі, и нарушеніи дѣятельности потугъ. Потому-то такъ и важно — послѣ поворота, гдѣ можно, предоставлять роды природѣ; при этомъ послѣдствія для дѣтей бываютъ далеко благоприятнѣе.

§ 613. Выборъ *времени для операциі* въ нашихъ рукахъ, когда идетъ рѣчь о возстановленіи нормальнаго положенія и постановки и мы довольно заблаговременно призваны къ роженіи. Въ такомъ случаѣ выжидаютъ конца разверзательнаго періода, когда маточное рыльце будетъ почти совершенно разверсто, вдалише надлежащимъ образомъ разрыхлено и влажно, пузырь готовъ лопнуть. Но не должно дожидаться стока водъ, но дѣлать поворотъ прежде, нежели онъ случится, потому что тогда матка очень часто, скоро и плотно сокращается вокругъ младенца. — Но также часто,

если еще и не чаще, приходится дѣлать поворотъ въ другое время, при обстоятельствахъ, не допускающихъ выбора, по назначающихъ моментъ операціи категорически. Такъ напр. до конца разверзательнаго періода при мало разверстомъ и неуступчивомъ рыльцѣ; чаще спустя долгое время *посль* него, потомучто бабка узнала положеніе по стокъ водъ, а положеніе существовало уже давно, или потомучто другіе акушеры потратили время въ превратныхъ и бесполезныхъ манипуляціяхъ.

§ 614. Убѣдившись положительно въ необходимости поворота, въ положеніи и постановкѣ младенца, предваряютъ роженицу и окружающихъ о предстоящей операціи и, по испражненіи мочеваго пузыря и прямой кишки, готовятъ покойную и удобную постель. Только въ легкихъ случаяхъ можно дѣлать операцію на обыкновенной кровати при положеніи женщины на спинѣ съ приподнятымъ крестцомъ; но лучше выбирать поперечную кровать или положеніе боковое. Послѣднее представляетъ тѣже выгоды, какъ и поперечная кровать, кромѣ этого оно удобнѣе для роженицы и менѣе пугаетъ ее.

Роженица ложится на тотъ бокъ, въ которомъ находятся ножки, операторъ становится сзади ея и дѣйствуетъ рукой, одноименной съ бедромъ женщины, обращеннымъ къверху (слѣд. правой при положеніи на лѣвомъ боку). Если операція дѣлается на поперечномъ ложѣ, то становится или садятся естественно между бедрами роженицы. — О приготовленіи холодной и теплой воды и нѣсколькихъ полотенецъ надобно позаботиться еще до операціи; тутъ должны быть также оживляющія средства, которыя могутъ понадобиться для младенца. Изъ инструментовъ необходимы только двѣ *петли*, окрашенныя разными красками, *инструментъ для наложенія петли* и *щипцы* на тотъ случай, чтобы ихъ можно было наложить тотчасъ, еслибы за поворотомъ потребовалось извлеченіе. Гдѣ нѣтъ особенныхъ обстоятельствъ, составляющихъ противопоказаніе къ употребленію *хлороформа*, тамъ надобно предъ операціей подвергнуть роженицу хлороформированію.

§ 615. *Нужно ли дѣлать поворотъ на одну, или на обѣ ножки?* Если можно, то на одну, и именно на слѣдующихъ основаніяхъ: отыскивать и захватить обѣ ножки труднѣе, нежели одну; младенца также хорошо можно поверотить за одну, какъ и за обѣ ножки; если бы потребовалось извлеченіе, то его можно также хорошо сдѣлать за одну ножку, какъ и за обѣ, а влеченіемъ за одну ножку скорѣе про-

водятъ младенца въ косой размѣръ таза, нежели въ томъ случаѣ, когда подвздошныя кости низводятся прямо внизъ и въ той же плоскости, что бываетъ при одновременномъ влеченія за обѣ конечности. Главная же причина заключается въ томъ, что неполное ножное положеніе доставляетъ младенцу болѣе благопріятное предсказаніе, нежели полное, потому что въ первомъ случаѣ быстрѣе прогоняется головка. Только въ томъ случаѣ, когда вслѣдствіе плотнаго прилеганія маточныхъ стѣнокъ къ младенцу поворотъ его труденъ, или онъ потерялъ обычное свое членорасположеніе и конечности закинуты за спину или переплетены между собой, лучше или разомъ захватить обѣ попки, или низвести одну за другой. Захватываніе обѣихъ конечней выгодно и тогда, когда поворотъ дѣлается по случаю разрыва матки. — Въ отдѣльныхъ случаяхъ можно съ пользой захватывать и проводить въ тазъ, *вмѣсто попки, коленно.*

Если извѣстно, въ которой сторонѣ матки лежатъ ножки, то для операціи выбираютъ руку, соотвѣтствующую этой сторонѣ; въ противномъ случаѣ лѣвую руку, потому что какъ при головныхъ, такъ и при поперечныхъ положеніяхъ ножки обыкновенно находятся вправо. Впрочемъ вообще выборъ руки довольно произволенъ и всего лучше дѣйствовать той рукой, которую болѣе всего упражняли.

*1. Поворотъ на ножки въ концѣ разверзательнаго періода и при стоящихъ водахъ.*

§ 616. Занявъ приличное положеніе, намазавъ руку и предплечье масломъ, операторъ вводитъ въ промежуткѣ между потугами указательный и средній пальцы въ половыя части, за ними постепенно остальные и большой, пока вся рука будетъ находиться во влагалищѣ. Введеніи руки часто составляетъ самую болѣзненную часть операціи, а потому должно быть производимо съ большой осторожностью, особенности у первородящихъ и при воспаленныхъ половыхъ частяхъ. Положивъ свободную руку на дно матки, чтобы воспрепятствовать восхожденію ея вверхъ и укрѣпить ее, конически сложенную руку проводятъ вращательными движеніями въ направленіи тазовой оси до маточнаго рыльца; когда пальцы достигнутъ его, нужно локоть сильно наклонить къзади и книзу. Въ промежутокъ между потугами проводятъ руку въ маточное рыльце, по возможности оберегая яйцовыя оболочки, до тѣхъ поръ, пока въ послѣднемъ будетъ находиться самая широкая ея часть и за тѣмъ осторожно проникаютъ между оболочками и заднебоковой стѣн-

кой матки на столько высоко, чтобы сочленение кисти выполняло отверстие матки. Если известно, гдѣ находятся ножки, то къ нимъ и проводятъ пальцы, держась постоянно ближе къ маточной стѣнкѣ и осторожно отдѣляя оболочки (по способу Deleurye). Если на этомъ пути встрѣтятся мѣсто прикрѣпленія послѣда, то надобно стараться обойти его передвиженіемъ руки въ сторону; впрочемъ лучше непосредственно, ниже его вскрыть оболочки и проникнуть въ полость яйца. Если же удалось подойти внѣ оболочекъ къ самымъ ножкамъ, то какъ только пальцы явственно распознаютъ ихъ, вскрываютъ пузырь, быстро проникаютъ въ полость яйца, чтобы удержать рукой стечение водъ, и захватываютъ ножку указательнымъ и среднимъ пальцами.

§ 617. Если положеніе ножекъ въ точности не известно, то пузырь разрываютъ по проведеніи всей руки черезъ маточное рыльце, не раньше, потомучто тотчасъ вытечетъ вся околоплодная жидкость, тогда какъ въ противномъ случаѣ предилечіе, запирая маточное рыльце, удержитъ значительное ея количество. До вскрытія оболочекъ надобно убѣдиться въ промежуткѣ между потугами въ положеніи и постановкѣ младенца, потомучто точное знаніе ихъ опредѣляетъ и облегчаетъ дальнѣйшія дѣйствія. Также въ промежутокъ между потугами разрываютъ пузырь, сбоку надъ маточнымъ рыльцемъ, быстро проникаютъ въ полость яйца, чтобы дойти до ножекъ, пока еще цѣла большая часть околоплодной жидкости. Укрѣпляя матку надлежащимъ образомъ свободной рукой снаружи и противодействуя ей оперирующей, послѣднюю кладутъ съ сдвинутыми пальцами ладонью на подлежащую часть младенца и осторожно пробираются вверхъ по передней поверхности или съ боку младенца, пока концы пальцевъ не дойдутъ до ножекъ или, по крайней мѣрѣ, до тазовыхъ костей младенца. Этимъ оканчивается *первый актъ* операціи.

§ 618. *Второй*—заключаетъ въ себѣ захватываніе ножекъ, низведеніе ихъ и собственно поворотъ.—Почувствовавъ ножки, двумя пальцами захватываютъ ближайшую, все равно, будетъ ли это нижняя, или верхняя, а большой помещаютъ на стопѣ. Если желаютъ разомъ низвести обѣ ножки, то средній палецъ кладутъ между внутренними косточками, тогда какъ остальные располагаютъ по наружнымъ сторонамъ бедра. Но когда ножки не сталкиваются съ рукой, не попадаютъ въ нее, въ такомъ случаѣ достаточно дойти только до тазовыхъ костей младенца, послѣ чего легкимъ притяженіемъ пальцами отдѣляютъ ближайшее бедро отъ другаго, по нему спускаются до подколѣнной ямки,

вводятъ въ нее конецъ средняго пальца или обоихъ вмѣстѣ и такимъ образомъ стараются разогнуть. Если это удалось, что обыкновенно бываетъ, то соответствующее берцо легко падаетъ между пальцевъ, которыми оно захватывается и удерживается. Захваченная ножка низводится книзу въ маточное рыльце и влагалище въ томъ же направленіи, въ которомъ вводили руку. При этомъ совершается поворотъ младенца, который должно дѣлать очень медленно и осторожно; задержанная и теперь стекающая околоплодная жидкость облегчаетъ его. Если при этомъ встрѣчается препятствіе, подлежащая часть младенца не удаляется отъ нижняго сегмента матки, то большимъ пальцемъ туловище отодвигается вверхъ, прочіе же притягиваютъ ножку. Низведеніемъ тазовыхъ костей въ тазовый входъ поворотъ оканчивается, но не раньше, потому что только теперь младенецъ имѣетъ вдовольное положеніе. Отъ обстоятельствъ зависить, предоставить ли за симъ роды природѣ, или должно слѣдовать извлеченіе.

Въ очень благопріятныхъ случаяхъ, особенно, при незначительномъ напряженіи яйцевыхъ оболочекъ, можно и внѣ ихъ проникнуть къ ножкамъ, въ промежутокъ между потугами низвести ихъ пальцами черезъ оболочки въ тазовый входъ и уже тогда разорвать пузырь, когда ножки будутъ въ тазѣ — *поворотъ при стоячемъ пузырь (Hüter)*.

Роженица во время отысканія ножекъ и низведенія ихъ, вособенности же во время поворота младенца должна соблюдать величайшій покой; вособенности она не должна жилиться. Если наступаетъ потуга, то операторъ удерживаетъ руку въ полномъ покоѣ; вособенности не должно во время ея дѣлать поворота. Препятствія операціи, проистекающія отъ беспокойства роженицы и потугъ, всего лучше устраняются употребленіемъ хлороформа.

II) *Поворотъ на ножки по стоку водъ и при особенныхъ затрудненіяхъ.*

§ 619. Если пузырь лопнетъ при достаточно разверстомъ маточномъ рыльцѣ, когда постокъ водъ прошло еще не очень много времени, матка еще не сократилась плотно около младенца, подлежащая часть стоитъ высоко, то операція обыкновенно бываетъ не труднѣе, нежели до стока водъ. Впрочемъ она требуетъ болѣе осторожности и это особенно относится къ отысканію ножекъ и собственно повороту. Если принять за правило при движеніяхъ руки держаться всегда живота или бока младенца, какъ путеводной нити, то безъ труда можно дойти до ножекъ.



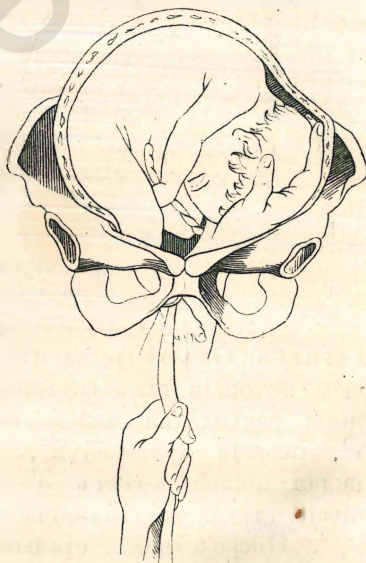
Въ этихъ случаяхъ обыкновенно *выпадаетъ наиболѣе лежащая ручка младенца* — явленіе вполне естественное, потому что одно плечико находится надъ маточнымъ рыльцемъ. Плечико не препятствуетъ ни повороту, ни родамъ, совершающимся въ ножномъ положеніи и потому очень хорошо дѣлають, не обращая на нее вовсе вниманія; въ крайнемъ случаѣ можно наложить на нее петлю, чтобы обезопасить себя съ этой стороны. Попытки выправить ее были бы бесполезны и вредны. Выпаденіе ручки часто бываетъ выгодно, потому что впоследствии, еслибы понадобилось, можно влеченіемъ за нее содѣйствовать экстракціи, и потому что она не закидывается вверхъ, слѣдов. не нужно освобождать ее до рожденія головки. Надобно замѣтить, что она не закидывается вверхъ, если и не наложена петля.

§ 620. Если матка такъ сильно сократилась около младенца, что поворотъ за одну ножку не удастся, или если эта неудача составляетъ слѣдствіе неправильной постановки и членорасположенія младенца (какъ это случается, когда дѣлають поворотъ при головныхъ положеніяхъ), то хорошо *низводить и другую ножку*. На первую накладываютъ петлю

Фиг. 64.

и восходятъ по ней къ оставшейся ножкѣ, которую и проводятъ внизъ во влагалище по извѣстному способу. Если и при этомъ поворотъ младенца не удастся, предлежащая часть не сходитъ съ мѣста, то употребляютъ *двойной ручной приемъ*, т. е. на одну или на обѣ ножки накладываютъ петлю и, притягивая ее къ себѣ, другой рукой осторожно и медленно отодвигаютъ предлежащую часть вверхъ (фиг. 64). Во время этого маневра ассистентъ тщательно поддерживаетъ матку снаружи.

§ 621. Если петлю ввести рукой нельзя, потому что ножка захвачена высоко въ маткѣ и низвести ее достаточно глубоко невозможно, а выпустить также нельзя, то

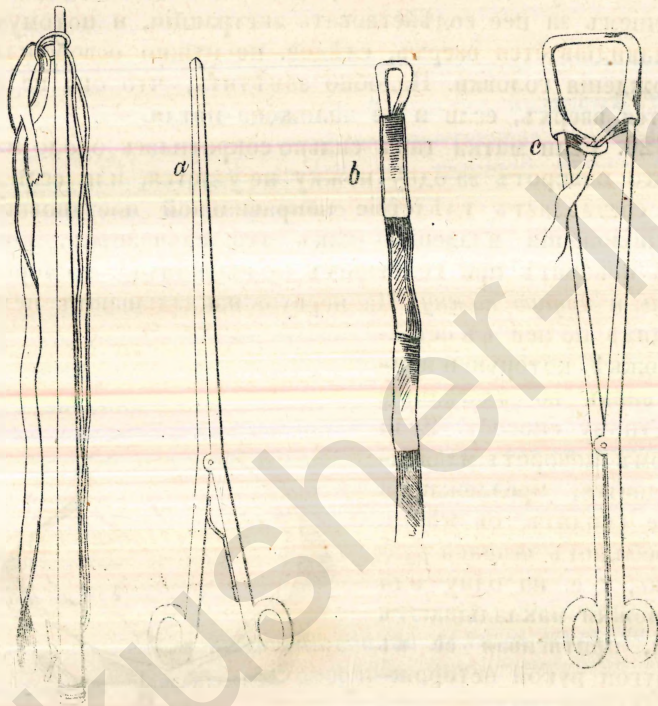


Двойной ручной приемъ.

ее держать и петлю проводить свободной рукой посредством особаго инструмента (инструментъ для наложенія петли, Schlingeträger) къ рукѣ, находящейся въ маткѣ, и стараются укрѣпить ее на ножкѣ. Съ этой цѣлью употребляется или инструментъ Браунъ для вправленія пуповины, которымъ петлю вводятъ точно также, какъ при вправленіи выпавшей пуповины (фиг. 65); или инструментъ

Фиг. 65.

Фиг. 66.



Трегурта. Онъ дѣлается изъ стали, состоитъ изъ 2-хъ ножекъ, которыя такъ соединены, что при сжатіи рукоятокъ концы расходятся между собой (фиг. 66 а); длина его 14<sup>п</sup>, тазовая кривизна 2<sup>п</sup>, длина рукоятокъ 5<sup>п</sup>; въ замкѣ каждая ножка имѣетъ 3<sup>л</sup> въ толщ., къ концу дѣлается тоньше, такъ что толщина тупаго конца равняется только 1½<sup>л</sup>. Посредствомъ стальной упругой пластинки, находящейся между ножками, концы инструмента бываютъ постоянно сомкнуты. На петлѣ (фиг. 66 б) находятся кармашки

2—3" дл., между ними промежутокъ въ 2", концы ихъ, направленные въ одну сторону, глухіе. По образованіи петли каждая ножка инструмента вкладывается въ кармашекъ; съ прекращеніемъ давленія на рукоятки инструментъ замыкается и въ этомъ видѣ вводится свободной рукой въ родовыя части къ ножкамъ. Дойдя до нихъ, сжиманіемъ рукоятокъ (фиг. 66 с) раскрываютъ петлю, проводятъ черезъ нее ножку, инструментъ вынимаютъ и находящимся въ маткѣ большимъ пальцемъ затягиваютъ петлю <sup>1)</sup>).

§ 622. Если животикъ младенца обращенъ впередъ и, подобно плотному прилежанію матки къ младенцу, затрудняетъ захватываніе и изведеніе ножки, то иногда достигаютъ цѣли тѣмъ, что при горизонтальномъ положеніи роженицы на спинкѣ, вводятъ руку за лонное соединеніе, обративъ ее тыльной поверхностью къ нему, а ладонной къ младенцу. Только при этомъ должно сильно отводить локоть книзу, чтобы имѣть возможность подняться достаточно высоко и помогать операциі содѣйствіемъ руки, наложенной снаружи. Обыкновенно и этотъ маневръ бываетъ неудаченъ и гораздо скорѣе достигаютъ цѣли, если даютъ роженицѣ боковое положеніе и вводятъ руку, одноимянную съ той стороной, въ которой находятся ножки, обращая ее тыльной поверхностью къ лонному соединенію.

Въ этихъ часто трудныхъ случаяхъ поворота иногда бываетъ полезенъ способъ Lewret-Deutsch'a. Онъ состоитъ въ томъ, что животикъ младенца, обращенный впередъ, поворачиваютъ назадъ. При этомъ грудь младенца захватываютъ вилкообразно, помѣщая большой палецъ спереди, четыре остальныхъ сзади, туловище нѣсколько приподнимаютъ вверхъ, чтобы сдѣлать его удобоподвижнѣе; за тѣмъ низводя по тѣлу четыре пальца и въ тоже время проводя кверху большой поворачиваютъ туловище такъ, что ножки съ передней стѣнки матки черезъ дно переходятъ къ задней. Это маневръ очень труденъ и излишній вслѣдствіе употребленія хлорорма, тѣмъ болѣе, что безъ него при сильныхъ сокращеніяхъ очень часто оказывается бесполезнымъ.

<sup>1)</sup> Для этой же цѣли van Nieuwel предложилъ очень остроумный, но сложный инструментъ. Я видѣлъ его въ Брюсселѣ, въ Maternité, но, не имѣя его подъ руками, не могу предствити ни описанія его, ни рисунка. Подробности о немъ можно найти въ *Huernaux* »Manuel pratique de l'art des accouchements.«

§ 623. Въ запоздалыхъ и запущенныхъ случаяхъ поворота бываетъ, что *нижнія конечности различнымъ образомъ переплетаются съ верхними и между собою (confusion des membres)*, или совершенно переплетаются на спинкѣ, отъ чего съ одной стороны затрудняется распознаваніе, съ другой захватываніе и низведеніе ножекъ. Въ такомъ случаѣ всего лучше по боку младенца провести руку до его таза и, введи два пальца въ бедренный сгибъ, производить легкое давленіе, при этомъ бедро будетъ приближаться къ животу. За тѣмъ захватываютъ колѣно или ножку, низводятъ ножку и, наложивъ въ случаѣ надобности на нее петлю, сводятъ такимъ же образомъ внизъ другую.

§ 624. Самыя большія затрудненія представляютъ случаи, въ которыхъ, долгое время спустя по стокѣ водъ, плечики бываютъ глубоко втиснуты въ тазъ и матка тетанически сокращается вокругъ младенца (ср. § 401—402). Насильственное прониканіе въ полость матки повело бы къ ея разрыву, а потому первое показаніе состоитъ въ расслабленіи ея. Если этого достигли, то можно дѣлать поворотъ; если же не удастся, жизни матери угрожаетъ опасность, то остается послѣднее средство къ спасенію—эмбриотомія, тѣмъ болѣе, что въ подобныхъ случаяхъ плодъ можно всегда считать мертвымъ.

§ 625. Относительно *стриктуръ* и другихъ аномалій потугъ, могущихъ затруднить поворотъ, я ссылаюсь на сказанное выше при разсмотрѣніи судорожныхъ потугъ.—Повороту при мало разверстомъ маточномъ рыльцѣ должно предшествовать искусственное его расширеніе.

Этихъ общихъ, изложенныхъ здѣсь правилъ достаточно, для того, чтобы при производствѣ поворота на ножки руководить начинающаго акушера въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Отъ положенія и постановки младенца, отъ особенностей частнаго случая будетъ зависѣть, какія ему сдѣлать измѣненія въ общихъ правилахъ. Если онъ приступаетъ къ дѣлу съ осторожностью, терпѣніемъ и твердостью, съ толкомъ употребляетъ всѣ діететическія и динамическія средства къ устраненію встрѣчающихся препятствій, умѣетъ разумно употреблять хлороформъ, то онъ достигаетъ цѣли и будетъ въ состояніи избѣгать прибавленія къ существующимъ уже опасностямъ для матери и младенца еще новыхъ, обуславливаемыхъ самой операціей.

## ГЛАВА IV.

### ИЗВЛЕЧЕНИЕ МЛАДЕНЦА ЗА НИЖНІЯ КОНЕЧНОСТИ.

Эта операція производится руками. Извлеченіе можно сдѣлать за ножки и за задницу.

#### I. Извлеченіе за ножки.

§ 626. *Сущность и цель* извлеченія видны изъ самаго слова. Оно показуется: 1) Если при подлежащихъ ножкахъ потуги недостаточны для того, чтобы вывести младенца. 2) Если въ теченіи родовъ наступаютъ явленія, угрожающія опасностью матери или младенцу, или обоимъ вмѣстѣ, которыя могутъ быть устранены только быстрымъ окончаніемъ родовъ, разрѣшеніе же щипцами невозможно. (Слѣдов. при ножныхъ положеніяхъ, также при головныхъ; въ послѣднемъ случаѣ предшествуетъ поворотъ на одну ножку въ видѣ подготовленія).

§ 627. *Условія* для производства операціи и счастливаго ея исхода суть: 1) полное разверзаніе или по крайней мѣрѣ уступчивость маточнаго рыльца. 2) Тазь не долженъ быть слишкомъ узокъ, не долженъ переходить за вторую степенъ. 3) Матка своими сокращеніями должна содѣйствовать влеченію.

*Предсказаніе* для матери нельзя назвать неблагопріятнымъ; она рѣдко страдаетъ отъ операціи. Если же и случалось, то это зависитъ болѣе отъ показаній къ операціи, чѣмъ отъ самаго извлеченія. Чѣмъ быстрее и сильнее подрываютъ здоровье причины, требующія его, чѣмъ раньше приходится вмѣшаться въ родовую дѣятельность, тѣмъ печальнѣе могутъ быть послѣдствія для матери.—Между тѣмъ для младенца и при обыкновенныхъ обстоятельствахъ извлеченіе оканчивается съ большимъ вредомъ, и именно тѣмъ больше, чѣмъ менѣе дѣятельность природы помогаетъ акушеру. Выше, при разборѣ опасностей, происходящихъ для младенца отъ его положенія, уже было сказано, что ножныя положенія тѣмъ менѣе благопріятны для него, чѣмъ больше бываетъ влеченія за подлежащія части, потому что это измѣняетъ нормальное членорасположеніе плода, неблагопріятно устанавливаетъ плечики его и головку. Все это легко случается при извлеченіи и младенецъ становится жертвой многихъ опасностей. Впрочемъ чѣмъ шире тазь, чѣмъ болѣе сколькоки

родовые пути, чѣмъ слабѣе давленіе на пуповину, чѣмъ сильнѣе содѣйствующія потуги, чѣмъ правильнѣе совершаются нормальныя вращенія младенца, чѣмъ слабѣе и менѣе значительны обстоятельства, показующія этотъ видъ родоразрѣшенія, тѣмъ вѣроятнѣе, что младенецъ родится живымъ и безъ поврежденій.

§ 628. *Приготовленія* къ извлеченію тѣже, какъ и при поворотѣ. Впрочемъ при положеніи на боку неудобно извлекать младенца, а потому употребляютъ поперечную кровать, или же дѣлаютъ операцію на обыкновенной постелѣ, причѣмъ женщина должна лежать на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ. Надобно позаботиться объ холодной и теплой водѣ, оживляющихъ средствахъ, нагрѣтыхъ пеленкахъ; щипцы также должны быть подъ рукой. Наркотизація хлороформомъ здѣсь не такъ полезна, какъ при поворотѣ, и даже вовсе не нужна, потомучто операція не причиняетъ боли, или только слабую и потомучто желательно, чтобы роженица сильно вырабатывала потуги и жиленьемъ содѣйствовала влеченію.

§ 629. *Общія правила, которыя должно соблюдать при каждомъ извлеченіи*, состоятъ въ слѣдующемъ:

1) Должно избѣгать всякой бурной поспѣшности, потомучто соблюденіе этого правила полезно для матери и младенца; этимъ мы предотвращаемъ вредныя послѣдствія для матери отъ слишкомъ быстраго опорожненія матки и содѣйствуемъ благопріятному помѣщенію плечекъ и установленію головки.

2) Извлекаемая часть младенца должно захватывать, по возможности, ближе къ родовымъ частямъ матери. Поэтому надобно подниматься рукой выше, какъ только нѣкоторая часть младенца появится на свѣтъ.

3) Рождающіяся части должно завертывать въ нагрѣтыя пеленки, потомучто вслѣдствіе скользкости онѣ не могутъ служить рукѣ опорой и легко выскользаютъ; этимъ предотвращается также поврежденіе кожи и слишкомъ сильное ея охлажденіе.

4) Если потуги въ достаточной степени и нѣтъ надобности торопиться, то влеченіе дѣлается только во время самыхъ потугъ. При этомъ роженица должна жидиться. Въ противномъ случаѣ надобно, по крайней мѣрѣ, время отъ времени пріостанавливать влеченіе, чтобы подражать потугамъ.

5) Пока еще часть младенческаго тѣла находится надъ

тазовымъ входомъ, до тѣхъ поръ влеченіе совершается по направленію оси этой части таза, слѣд. сильно книзу и въ прямолинейномъ направленіи. Только если извлеченію предостоятъ трудности, въ такомъ случаѣ допускаются рычагообразныя движенія сверху внизъ. Вращательныя движенія бесполезны, допускаются только тамъ, гдѣ желаютъ содѣйствовать повороту младенца спинкой впередъ.

6) Надобно однако остерегаться, чтобы не поворачивать младенца въ направленіи, противоположномъ тому, по которому произошло бы нормальное вращеніе. Слѣдов. на послѣднее должно тщательно обращать вниманіе и слѣдить за нимъ.

*При влеченіи за одну ножку, именно за лежащую ближе къ передней стѣнкѣ таза, всего впрямь производятъ естественное вращеніе. Ибо, притягивая младенческой тазъ въ косвенномъ направленіи и устанавливая глубже впереди лежащую подвздошную кость, подражаютъ естественному ходу родовъ при лежащихъ ножкахъ. Поэтому всего лучше производить влеченіе за ножку, обращенную впередъ, или по крайней мѣрѣ попеременно съ другой, но ни въ какомъ случаѣ не за обѣ разомъ.*

§ 630. Операция распадается на 3 акта: на развитіе тазовища до плечекъ, на развитіе плечекъ и въ 3-хъ на развитіе головки.

Если во влагалищѣ лежатъ обѣ ножки, то вводятъ половину руки и прежде всего смотрятъ, не перекрещены ли онѣ; въ этомъ случаѣ ихъ разводятъ одну по другой. За тѣмъ ихъ захватываютъ такъ, чтобы средній палецъ находился въ срединѣ между ними, а оба сосѣдніе помѣщались бы на наружной сторонѣ бедра надъ таранной костью. Если предлежитъ только одна ножка, то ее помѣщаютъ между указательнымъ и среднимъ пальцами. Если конечности выведены въ наружныя половыя части, то указательный палецъ каждой руки кладутъ на пятку, средній на тыльную поверхность стопы, а большой на подошву и сильно притягиваютъ внизъ и къзади, пока покажутся икры. Теперь операторъ долженъ обратить особенное вниманіе на то, куда младенецъ поворачивается передней своей поверхностью и ускорить его однократнымъ притяженіемъ соответственной ножки. При дальнѣйшемъ извлеченіи ножка захватывается всей рукой, при чемъ большой палецъ кладется на заднюю поверхность, четыре другихъ на переднюю. Если можно захватить младенческой тазъ, то большой палецъ накладываютъ

параллельно на крестецъ, прочіе пальцы на переднюю стѣнку таза и бедра.

При извлеченіи за одну только ножку, вводятъ указательный палецъ одной руки крючкообразно въ сгибъ закинутой вверхъ ножки, большой помѣщается на крестцѣ, остальные же складываются на ладони. Не должно употреблять тупаго крючка съ цѣлью ускорить извлечение. Еще вреднѣе и опаснѣе низводить закинутую вверхъ ножку, когда подвздошныя кости уже прочно установились въ тазъ; при этомъ ее только переломили бы. Если она имѣетъ неблагоприятную постановку, то надобно свести ее заблаговременно, пока еще есть тамъ мѣсто для ея сгибанія.

§ 631. Извлечение за тазъ продолжается до тѣхъ поръ, пока можно будетъ захватить руками грудь; никогда не должно тянуть за животикъ, чтобы не произвести наминокъ пуповины и печени. Какъ надобно поступать, когда пуповина сильно натянута, или когда младенецъ сидитъ на ней верхомъ, это подробно изложено въ § 228 втораго отдѣленія. Какъ только можно будетъ захватить грудь, тотчасъ ее берутъ обѣими руками и рычагообразными движеніями притягиваютъ ее до тѣхъ поръ, пока плечики вступятъ въ полость таза. Когда это состоялось, нѣсколько приподнимаютъ туловище и стараются довершить боковое вращеніе, если оно еще не въ достаточномъ размѣрѣ; за тѣмъ продолжается влеченіе до тѣхъ поръ пока въ тазовомъ выходѣ покажутся лопатки.

§ 632. Теперь необходимо освободить изъ таза ручки. Прежде всего введеніемъ нѣсколькихъ пальцевъ подъ приподнятое кверху туловище изслѣдуютъ, закинута ли она на головку, или нѣтъ. Если на промежности ощущаютъ ручку, то ее притягиваютъ и этимъ освобождаютъ ручку, имѣющую въ этомъ случаѣ даже правильное положеніе, безъ опасности повредить промежность. Если же конечности закинута, то нужно ихъ освободить. Освобожденіе начинаютъ съ той ручки, которую легче достать, обыкновенно съ обращенной къзади, потому что она не такъ сильно задерживается крестцомъ, какъ передняя лонными костями, и потому что у задней стѣнкѣ оперирующей рукѣ легче и удобнѣе дѣйствовать. Удерживая свободной рукой туловище и нѣсколько отводя его въ противоположную сторону, вводя два пальца или половину руки надъ лопаткой и по плечевой кости до локтеваго сочленія и проводя его къ лицу и груди младенца, сближаютъ предплечіе съ плечевой костью и по передней



поверхности младенца выводятъ конечность изъ половыхъ частей по направленію въ противоположную сторону.—Освобожденіе другой руки, обращенной впередъ, дѣлается также точно другой рукой, тогда какъ прежде оперировавшая теперь поддерживаетъ туловище. При этомъ освобожденіи никогда не должно производить давленіе на одну только плечевую кость, потомучто она переломится; всегда должно концы пальцевъ проводить до локтеваго сгиба.

§ 633. Иногда освобожденіе обращенной впередъ ручки бываетъ очень трудно. Въ такомъ случаѣ можно попытаться подвинуть это плечо дальше въ сторону и назадъ, по поворачивая вмѣстѣ и головку младенца, потомучто въ противномъ случаѣ легко можетъ образоваться вывихъ шейныхъ позвонковъ. Съ этой цѣлью туловище обхватываютъ обѣими ладонями, концы пальцевъ одной руки упираютъ въ нижнюю челюсть, другой въ затылокъ и такимъ образомъ поворачиваютъ разомъ головку и туловище. *Если животъ младенца обращенъ впередъ*, то рука, освобождающая обращенную къзади ручку, идетъ по промежности и пальцами, которыми ладонная поверхность направлена впередъ, восходитъ до высоты плеча; за тѣмъ пальцы, нислаивая нѣсколько плечо, опускаются по плечевой кости до локтеваго сгиба и, при сильномъ склоненіи туловища, выводятъ ручку по лицу и груди младенца, при чемъ рука такъ поворачивается около вдольнаго своего діаметра, что ладонь обращается болѣе къзади. Такимъ же образомъ извлекается и другая ручка.

Очень неприятное явленіе представляетъ то обстоятельство *когда ручки перекрещены на спинкѣ*, или когда хоть одна изъ нихъ имѣетъ это положеніе. Это почти всегда бываетъ слѣдствіемъ неосторожнаго влеченія, вособенности же безразсуднаго вращенія туловища. Въ такомъ случаѣ иногда можно высвободить ручки легкимъ отодвиганіемъ головки или поворотомъ ея; если же это не удастся, то накладываютъ щипцы и стараются дѣйствіемъ ихъ поворотить головку и придать плечу лучшую постановку для извлеченія.

§ 634. Послѣдній актъ обыкновенно бываетъ самымъ труднымъ, въ то же время и самымъ важнымъ во всей операциіи. Давленіе, производимое головкой на пуповину, проходящую подлѣ нея къ послѣду, вынуждаетъ оператора вывести ее изъ половыхъ частей, какъ можно, скорѣе. Хорошо, если въ тоже время есть и потуги, потомучто онѣ не только содѣйствуютъ выведенію головки, но и придаютъ ей хорошую постановку, при которой личико бываетъ обращено къ крестцу и подбородокъ склоняется на грудь. Въ этомъ слу-

чаѣ иногда удается провести подъ туловищемъ два пальца къ лицу, помѣстить ихъ съ обѣихъ сторонъ носа и притяженіемъ къ передней стѣнкѣ таза вывести головку изъ половыхъ частей. Но обыкновенно этого бываетъ недостаточно и приходится обращаться къ другому маневру, къ такъ называемому *Прагскому ручному приему*, который надобно дѣлать тотчасъ по освобожденіи ручекъ.

§ 635. *Прагскій способъ состоитъ изъ 2-хъ актовъ—низведенія затылка и поворота младенческаго туловища около поперечной его оси къ животу матери.* Съ этой цѣлью, завернувъ туловище въ пеленку, указательный и средній пальцы одной руки кладутъ вилкообразно на плечики и составленный такимъ образомъ уголъ плотно прижимаютъ къ спинкѣ, при чемъ туловище сильно опускается и удерживается за ножки другой рукой. Такимъ образомъ производятъ постоянное и мало-по-малу усиливающееся влеченіе вилкой, составленной изъ пальцевъ, за затылокъ, безъ содѣйствія другой руки, и стараются провести затылокъ къ задней поверхности лоннаго соединенія и подъ лобковую дугу. Сдѣлавъ это, другой рукой поднимаютъ туловище и приближаютъ его къ животу матери, постоянно нажимая на головку рукой, лежащей на спинкѣ (фиг. 68). Этимъ способомъ только под-

Фиг. 68.



Прагскій способъ: актъ II (по Scanzoni).

ражаютъ естественному процессу выведенія головки, заставляя затылокъ упираться въ нижній край лоннаго соединенія, а личико скользить по промежности. Нажиманіемъ на плечики пальцевъ, лежащихъ на спинкѣ и нисдавленіемъ головки увеличиваютъ точки опоры, необходимыя для ея выхожденія.

§ 636. Иногда удается также развить головку одновременнымъ низведеніемъ одной рукой личика и другой затылка, по описанному способу (*видоизмѣненный ручной приемъ Smellie*), или же пальцами, введенными до самаго лица, сильно наклоняютъ его къ груди; потомъ, стоя съ одной стороны роженицы, кладутъ руку, неоднорянную съ этой стороны, на плечки младенца такъ, чтобы большій палецъ находился на одномъ плечикѣ, остальные же четыре на другомъ, чрезъ что рука образуетъ родъ вилки. Такимъ образомъ низводятъ затылокъ кзади и кверху, свободной же рукой поворачиваютъ за ножки туловище младенца къ животу матери. Этотъ способъ не представляетъ существеннаго измѣненія Прагскаго и имѣетъ только то преимущество, что можетъ быть производимъ на обыкновенной кровати (его часто употребляетъ Вѣнская школа). При извлеченіи за лицо надобно избѣгать введенія пальца въ ротъ и влеченія за нижнюю челюсть, потому что при малѣйшемъ насиліи не только можно переломить челюсть, но очень легко даже продавить полость рта и надорвать углы его. Поэтому Прагскій способъ, дѣйствующій скорѣе какъ въ легкихъ, такъ и въ тяжелыхъ случаяхъ, должно предпочесть всеѣмъ другимъ. Впрочемъ въ случаяхъ, гдѣ послѣ нѣсколькихъ попытокъ свести головку руками, мы не видимъ ни какого успѣха, должно приступить немедленно къ наложенію шипцовъ, какъ къ послѣднему средству спасти жизнь младенца.

§ 637. Если головка стоитъ въ поперечномъ диаметрѣ тазоваго выхода съ лицомъ, обращеннымъ въ сторону, то нужно давленіемъ двухъ пальцевъ на подлежащую щеку направить его кзади, что легче удается, когда пальцы одной руки кладутъ на одну височную область, другой на другой и, приподнимая головку нѣсколько вверхъ, поворачиваютъ ее затылкомъ кпереди.

Извлеченіе бываетъ еще труднѣе, если лицо обращено впередъ, и почти никогда не удается въ томъ случаѣ, когда подбородокъ удаленъ отъ груди и остановился на какомъ нибудь мѣстѣ передней или боковой стѣнки таза. Въ такомъ случаѣ должно оставить всякую искусственную попытку къ

повороту и тотчас приступить къ наложенію шипцовъ, которое показуется даже и тогда, если одна или обѣ ручки закинута въверхъ. Нѣсколькихъ поворотовъ инструмента уже достаточно для того, чтобы сдвинуть подбородокъ съ мѣста прикрѣпленія и развить головку быстрой и безопасной, не жели въ томъ случаѣ, когда бы напрасно теряли время въ попыткахъ извлечь ее руками.

Наконецъ послѣднее совершенно неопозволительно въ случаяхъ, гдѣ угрожаетъ опасность, что шейка младенца разорвется и головка останется одна. Здѣсь должно производить влеченіе только непосредственно за головку.

Впрочемъ до тѣхъ только поръ можно стараться развить головку рукой или шипцами, пока еще существуетъ вѣроятность получить живаго младенца, или, если онъ уже мертвъ, пока это не вредитъ матери. Въ противномъ случаѣ нужно отказаться отъ подобныхъ попытокъ и обратиться къ раздробленію младенца, какъ къ средству, менѣе опасному для матери.

## II. Извлеченіе за задницу.

§ 638. *Показанія и условія для извлеченія младенца за подлежащую задницу совершенно тѣ же, какъ и при извлеченія за ножки.* Къ этому еще можно бы прибавить трудность прохожденія задницы при служеніи таза, не смотря на правильныя, сильныя потуги.

Можно дѣлать извлеченіе или *при высокомъ и подвижномъ положеніи задницы въ тазовомъ входѣ, или когда она уже прочно установилась въ полости таза.* Въ первомъ случаѣ задничное положеніе превращаютъ въ неполное ножное, въ послѣднемъ дѣйствительно производится извлеченіе за задницу.

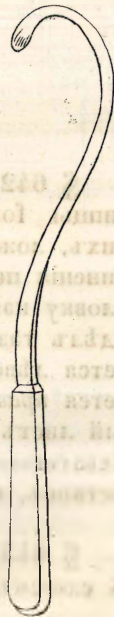
§ 639. *Для низведенія ножки* вводятъ въ одинъ изъ промежутковъ между потугами руку, соответствующую животу младенца, до подвижной задницы и осторожно отодвигаютъ ее нѣсколько въ сторону, стараясь въ тоже время повернуть спину къпереди, если она не имѣетъ еще этого положенія. За тѣмъ концами перстовъ восходятъ по бедру до подколенной ямки, прижимаютъ ее къ животу младенца, сильно сгибаютъ сочлененіе, вслѣдствіе чего ножка попадаетъ въ руку; ее низводятъ во влагалище до наружныхъ половыхъ частей. Если одна ножка или обѣ прилежатъ къ задницѣ, то, отодвинувъ послѣднюю, захватываютъ ихъ въверхъ стопы и такимъ образомъ низводятъ. Остальное производится также, какъ и при подлежащихъ ножкахъ.

§ 640. Для извлеченія за самую задницу достаточно обыкновенно руки. Указательный палец, согнутый крючкомъ, вводится въ бедренный сгибъ.

Гдѣ можно ввести оба указательные пальца, тамъ рас-предѣляютъ ихъ по одному въ каждое бедренное сочлененіе; въ противномъ случаѣ дѣйствуютъ только на то, которое обращено впередъ. Гдѣ можно одновременно притянуть оба бедренные сгиба, тамъ это и дѣлается, только по переменно, стараясь подвздошную кость, обращенную впередъ, помѣстить, какъ можно, глубже и въ то же время установить ихъ діаметры въ прямой діаметръ выхода. Если пространство позволяетъ ввести только одну руку, тамъ указательные пальцы смѣняются, при чемъ притягивается то та, то дру-гая подвздошная кость. Если младенческой тазъ находится уже виѣ половыхъ частей, то большіе пальцы обѣихъ рукъ, помѣщаются на крестцѣ одинъ полѣ другаго, указательные остаются въ бедренныхъ сгибахъ и извлеченіе производится какъ при пожномъ положеніи. Закинутыя вверхъ бедра никогда не должно расправлять.

§ 641. Въ трудныхъ случаяхъ конечно можно употреб-лять тупой крючекъ Smellie (Фиг. 69). Только дѣйствовать имъ нужно осторожно и деликатно, такъ какъ легко ранить мать, а еще легче самаго младенца. Чрезвычайно рѣдко является неиз-бѣжная необходимость наложенія крючка. На-лагать его можно только подъ прикрытіемъ руки, при извлеченіи должно прикрывать его пальцами, слѣд. при его употребленіи необхо-димо введеніе пальцевъ, а это уже дѣлаетъ самый инструментъ излишнимъ. Наложеніе этого инструмента дозволяется только при очень высокомъ стояніи задницы и узкомъ родовомъ пути, гдѣ для извлеченія недоста-точно силы пальцевъ, да и самый этотъ ма-невръ слишкомъ утомителенъ, но какъ только младенецъ поступилъ глубже и сдѣлался дос-тупнѣе для пальцевъ, должно тотчасъ уда-лить инструментъ и замѣнить его послѣдними. Крючекъ вводится по пальцу свободной руки въ половыя части и подъ прикрытіемъ его проводится въ бедренный сгибъ съ наружной стороны бедра, остерегаясь при этомъ повре-дить половыя части, что особенно легко у

Ф. 69.



мальчиковъ. Притяженіе крючка къ себѣ должно начинать только тогда, когда его верхушка ощущается свободно между бедръ. Гдѣ требуется употребленіе крючка, инструментъ всегда вводятъ въ паховой сгибъ, обращенный кпереди, и извлекаютъ въ направленіи, указываемомъ природой при правильныхъ родахъ, при чемъ влеченію крючкомъ стараются способствовать пальцемъ, крючкообразно вложеннымъ въ другой бедренный сгибъ.

Другіе инструменты для извлеченія, такъ называемые *задничныя щипцы* (два крючка, перекрещивающіеся между собой и въ мѣстѣ пересѣченія скрѣпленные замкомъ), *петли*, вводимыя въ бедренный сгибъ, *головныя щипцы* излишни и безусловно вредны. Вредъ, наносимый послѣдними, понятенъ самъ собой изъ того, что они своими концами могутъ раздробить стѣнки младенческаго таза и разлавить органы подчревной области, если задница вступитъ въ головную кривизну.

## ГЛАВА V.

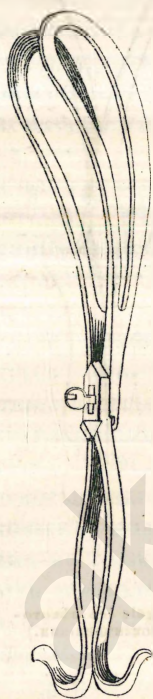
### ИЗВЛЧЕНІЕ МЛАДЕНЦА ЩИПЦАМИ.

§ 642. *Щипцы* (безвредныя головныя щипцы, акушерскіе щипцы *forceps obstetricia*) состоятъ изъ двухъ металлическихъ, ложкообразныхъ половинокъ или листовъ, въ мѣстѣ соединенія перекрещивающихся между собой и обхватывающихъ головку какъ бы двумя руками. Листъ, вводимый въ лѣвый отдѣлъ таза, называется *лѣвымъ* или *мужескимъ* и накладывается лѣвой рукой; вводимый же въ правый отдѣлъ называется *правымъ* или *женскимъ*; его вводитъ правая рука. Каждый листъ состоитъ изъ *ложки, рукоятки и замка*; первая обхватываетъ головку, послѣдній назначенъ для соединенія листковъ, при чемъ правый накладывается на лѣвый.

§ 643. Изобрѣтеніе щипцовъ безспорно принадлежитъ къ самымъ благодѣтельнымъ явленіямъ оперативной меди-

щины, его относятъ къ концу XVII в. и приписываютъ Англичанину Hugh Chamberlen. Онъ съ своей фамиліей сдѣлалъ изъ этого секретъ, который окрывалъ за деньги. Впервые этотъ инструментъ былъ обнародованъ Гентскимъ Профессоромъ Хирургіи Iohann'омъ Palfin'омъ, (1723 г.) разумѣется, въ грубомъ видѣ, очень мало похожемъ на настоящій. Французъ Levret и Англичанинъ Smellie сдѣлали въ немъ значительныя улучшения, болѣе точно опредѣлили показанія и способъ употребленія. Щипцы, предложенные

Ф. 70.



Щипцы Levret'a.

этими акушерами, (Фиг. 70 и 71) сдѣлались образцами для всѣхъ позднѣйшихъ французскихъ и англійскихъ щипцовъ; они также самымъ лучшимъ образомъ характеризуютъ акушерскія начала обихъ странъ. Впрочемъ самое высшее развитіе получили щипцы въ Германіи и преимущественно въ Страсбургской школѣ (Stein старшій, Voëg, Jörg, El. v. Siebold и Naegele). Нѣмецкіе щипцы составлены изъ соединенія лучшихъ качествъ французскихъ и англійскихъ. Со временемъ ихъ возвели на ту степень совершенства, которая ясно и достаточно указываетъ на превосходство нѣмецкаго Акушерства надъ Акушерствомъ сосѣднихъ странъ. (Фиг. 72 представляетъ щипцы Nagele съ нѣкоторыми измѣненіями замка и окошекъ, какіе употреблялъ здѣсь покойный Профессоръ Trefurt).

Ф. 71.



Щипцы Smellie

§ 644. Для того, чтобы щипцы были годны къ употребленію, т. е. чтобы они могли хорошо захватить головку младенца въ каждомъ отдѣлѣ таза и вывести на свѣтъ безъ вреда для него и для матери, они должны обладать слѣдующими свойствами:

1) Они должны быть сдѣланы изъ хорошей, упругой стали, которая не должна быть ни слишкомъ хрупка, ни слишкомъ уступчива, чтобы они могли съ одной стороны уступить, съ другой, при употребленіи большой силы, не слишкомъ сильно уступали, но и не ломались. Они должны быть вездѣ хорошо полированы, чтобы избѣжать малѣйшей возможности нанести рану или дать доступъ въ существующія углубленія заразительнымъ веществамъ.

2) Щипцы должны имѣть надлежащую длину, они не должны быть ни слишкомъ коротки, ни слишкомъ длинны; самый лучшій размѣръ 14—16". Болѣе длинные щипцы неудобны и бесполезны, такъ какъ уже и при 15" длины они могутъ захватить головку въ тазовомъ входѣ. Очень короткіе щипцы въ послѣднемъ случаѣ не годятся, потому что они не могутъ захватить головку при высокомъ ея стояніи такъ, чтобы самая большая ея окружность находилась въ самой большей выгнутости ложекъ. При сказанной же длинѣ щипцовъ можно одинаково хорошо дѣйствовать какъ при высокомъ, такъ и при низкомъ стояніи головки и, при нѣкоторомъ управленіи, въ послѣднемъ случаѣ не будетъ надобности въ особенныхъ короткихъ щипцахъ.

3) Рукоятки должны быть короче ложекъ, замокъ слѣд. долженъ быть ниже середины инструмента. Ибо если рукоятки и ложки будутъ одинаковой длины, то неизбежно слишкомъ сильное давленіе на дѣтскую головку, такъ какъ съ удлинненіемъ плеча рычага увеличивается разви-

Ф. 72.



Щипцы Nägele (съ нѣкоторыми видоизмѣненіями.)



ваемая имъ сила. Вообще рукоятки должны быть на 2" короче ложекъ.

§ 645. 4) Ложки должны имѣть двѣ кривизны — головную и тазовую. Головная кривизна происходитъ отъ того, что ложки расходятся, начиная отъ замка, къ концу же снова сближаются между собой, хотя и не приходятъ въ соприкосновение; здѣсь разстояніе между концами должно быть 4—5". Наибольшая ширина головной кривизны простирается до 2½" или нѣсколько больше; разстояніе ея отъ конца инструмента 2½—2¾". Если разстояніе больше, то сильнѣе бываетъ и давленіе щипцовъ, потому что при извлеченіи головка скользитъ къ концу инструмента и ложки прилежатъ къ ней плоско, слѣд. должны сильно нажимать на головку, чтобы не могли соскользнуть. Чѣмъ больше головка умѣщается въ головной кривизнѣ, тѣмъ лучше ей дѣлать свои правильныя повороты въ инструментѣ. — Тазовая кривизна состоитъ въ постепенномъ восхожденіи ложекъ, начиная отъ замка. Она должна соответствовать оси таза. При положеніи щипцовъ на плоскости, разстояніе отъ послѣдней до самой верхней ихъ точки должно быть 3½". (Таковой кривизны, какъ видно на инструментѣ Smellie (Фиг. 71), на старыхъ английскихъ щипцахъ нѣтъ и она находится уже на позднѣйшихъ; у французскихъ щипцовъ напротивъ она слишкомъ велика. Впервые она введена Levret'омъ и Smellie, особенно же первымъ, который ее называетъ «la nouvelle courbure».)

5) Наибольшая ширина ложекъ, 1" 6—7", должна находиться отъ конца инструмента въ разстояніи около 1⅓". Самыя лезвия снабжены окошками, въ 3—4" дл., на концахъ скругленными. Они начинаются въ разстояніи ¾" отъ верхушки. Вслѣдствіе этого инструментъ пріобрѣтаетъ большую легкость и плотнѣе прилежитъ къ головкѣ. Рамки или ребра окошекъ должны имѣть болший размѣръ въ ширину 3" чѣмъ въ толщину (2") и внутренняя ихъ поверхность должна быть нѣсколько выпукла такъ, чтобы въ срединѣ онѣ были толще, нежели по краямъ. Послѣдніе должны быть слегка округлены.

§ 646. 6) Рукоятки должны быть удобны для захватыванія и держанія. Лучше всего, если онѣ снаружки обложены деревомъ, гладки, около 1½" шир. и ⅝" толщ., на 2" ниже замка представляютъ отростки, (Фиг. 72) которыми ложки приводятся въ параллельное направленіе и за которыя производится влеченіе. Возвышенія или отростки на нижнемъ концѣ менѣе удобны и легко даютъ поводъ къ развитію

слишкомъ сильнаго давленія на ложки. Вырѣзка на концѣ рукоятки служитъ для того, чтобы доставить рукѣ вѣрную точку опоры.

7) Замокъ долженъ легко запирается и отпираться и при томъ долженъ быть достаточно проченъ и надеженъ. Этимъ требованіямъ лучше всего удовлетворяетъ нѣмецкій замокъ, составленный изъ англійскаго и французскаго; самый лучший замокъ Nägele—Brünninghausen'a, Busch'a (Ф. 72) и др. Во французскомъ замкѣ, называемомъ левретовскимъ, (Фиг. 70) листы лежатъ другъ на другѣ и соединяются посредствомъ штифта, находящагося на лѣвой ложкѣ и входящаго въ вырѣзку на правомъ. Замокъ этотъ проченъ, но слишкомъ сложенъ и неудобенъ, потому что его трудно запереть и отпереть. Замокъ Smellie (Фиг. 71), въ которомъ ложки просто лежатъ одна на другой и нѣсколькими наклонными плоскостями входятъ другъ въ друга, удобныя для запиранія и отпиранія, но у нихъ не достаеетъ прочности соединенія. За тѣмъ нѣмецкій замокъ представляетъ англійскій, къ которому на лѣвомъ листѣ придѣланъ штифтъ, входящій въ вырѣзку праваго. Этотъ замокъ съ легкостью отпиранія и запиранія соединяетъ и прочность связи между обѣими ложками.

Изъ сказанныхъ требованій видно, что всѣ новѣйшіе нѣмецкіе щипцы, къ которымъ причисляются и многіе англійскіе (Iörg. Voër, Busch, Kilian, Nägele, Siebold, Simpson, Kamsbotham), хороши и годны для употребленія. Кто опытенъ, тотъ можетъ дѣйствовать любыми. Впрочемъ щипцы Nägele, съ большими или меньшими видоизмѣненіями, употребляются всего чаще, по тѣмъ удобствамъ, которыя изложены въ предъидущихъ §§.

§ 647. *Дѣйствіе щипцовъ* главнѣйшимъ образомъ *механическое*, на *динамическое* мало обращается вниманія.

1) Механическое дѣйствіе тройко: влеченіемъ, давленіемъ и на подобіе рычага.

На *влеченіе* сводятся главныя дѣйствія и это такъ ясно и рѣзко бросается въ глаза, что распространяться объ этомъ значитъ терять по-пусту слова.

*Сжимающее дѣйствіе* щипцовъ должно быть только незначительное и никогда не должно быть сильнѣе того, какое нужно для удержанія щипцовъ. Поэтому производимое давленіе будетъ увеличиваться съ трудностью извлеченія, потому что ясно, что тѣмъ сильнѣе нужно сжать рукоятки, тѣмъ большая требуется сила при влеченіи. Такимъ обра-

зомъ конечно головка будетъ нѣсколько сдавлена. Дѣйстви-тельно инструментъ дѣйствуетъ болѣе давленіемъ, потому что, проводя головку въ полость таза и чрезъ нее, онъ подвер-гаетъ ее давленію со стороны стѣнокъ таза. Но это давленіе дѣйствуетъ совершенно иначе, чѣмъ то, которое производятъ щипцы. Кто главнаго дѣйствія ждетъ отъ давленія, тому лучше употреблять головокрушитель. Иногда въ самомъ дѣлѣ кажется, какъ будто вслѣдствіе давленія со стороны инстру-мента головка погружается глубже, такъ какъ рукоятки, прежде, при высокомъ ея стояніи, далеко отстоявшія другъ отъ друга, при погруженіи сближаются между собой. Но это происходитъ просто оттого, что при глубокомъ поло-женіи головки щипцы лежатъ на меньшемъ ея діаметрѣ (на поперечномъ), чѣмъ при высокомъ, ибо головка и въ самыхъ щипцахъ продолжаетъ свои вращательныя движенія, если только не употребляютъ чрезмѣрной силы и влеченіе не производится въ неправильномъ направленіи.

*Рычагообразное дѣйствіе инструмента* главнѣйшимъ обра-зомъ состоитъ въ томъ, что имъ можно улучшить постановку головки. Это дѣйствіе во всякомъ случаѣ проистекаетъ изъ употребленія щипцовъ, ибо, проводя головку и слѣдуя при извлеченіи оси таза, дѣйствуютъ на нее одновременно и влеченіемъ и рычагообразнымъ приподниманіемъ. Это вполнѣ видно при поворачиваніи щипцами неправильно постановлен-ной головки и при проведеніи ея чрезъ промежность, при чемъ здѣсь безъ всякаго влеченія отдалаютъ лицо отъ груди простымъ полнятіемъ рукоятокъ и такимъ образомъ вы-водятъ всю головку, вращая ее около поперечнаго ея ді-аметра.

§ 648. *Динамическое дѣйствіе* щипцовъ состоитъ въ раздраженіи мышечныхъ волоконъ матки при наложеніи инструмента и влеченія. При полномъ отсутствіи раздражимо-сти матки это дѣйствіе часто было бы очень пріятно; но обыкновенно отъ этого не много оказывается пользы, а гораздо чаще случалось наблюдать вредное ихъ дѣйствіе на хорошія и правильныя потуги, чѣмъ усиленіе недо-статочныхъ.

§ 649. *Условія*, при которыхъ допускается наложеніе щипцовъ, слѣдующія:

1) *Маточное рыльце* должно быть совершенно разверсто или, если этого нѣтъ, хоть на столько уступчиво, что нельзя опасаться чрезмѣрнаго растяженія или разрыва его краевъ ни при введеніи инструмента, ни при извлеченіи.

2) *Околоплодная жидкость* должна уже стечь и оболочки должны сократиться за головку младенца. Нужно быть осторожнымъ, чтобы при плотномъ ихъ прилежаніи къ головкѣ не захватить вмѣстѣ съ ней и оболочекъ, такъ какъ отъ этого легко можетъ воспослѣдовать отлущеніе послѣда.

3) Головка должна занимать *положеніе, удобное для наложенія щипцовъ* (der Kopf muss zangengerecht sein), т. е. головка должна не только установиться въ тазовомъ входѣ, но и уже пройти чрезъ него самой большей своей окружностью. Никогда не должно налагать щипцовъ, пока не выстоитъ въ тазу, по крайней мѣрѣ, треть свода головки. (Методъ французскихъ Акушеровъ налагать инструментъ на головку, подвижно стоящую надъ тазовымъ входомъ, долженъ быть совершенно выкинутъ).

4) Самый короткій діаметръ таза долженъ быть не менѣе 3" (Сравни. въ слѣд. §§).

§ 650. При такихъ условіяхъ наложеніе щипцовъ показуется:

1) Если существуютъ опасныя осложненія, зависяція отъ матери, или младенца, или его придатковъ, при чемъ можно надѣяться ускореннымъ разрѣшеніемъ устранить или, по крайней мѣрѣ, уменьшить угрожающую опасность.

2) Если приведеніе родовъ силами природы трудно или даже невозможно, будетъ ли это зависѣть отъ недостатка извергающей силы, или отъ чрезмѣрнаго сопротивленія. Сюда относятся слабость потугъ, узкій тазъ и огромная головка при правильномъ тазѣ.

При какихъ условіяхъ слабость потугъ требуетъ наложенія щипцовъ, мы подробно разсматривали въ § 393 и слѣд. Здѣсь только нужно еще разъ замѣтить, что обыкновенно оперативному пособию предпосылаютъ діететическія и фармацевтическія средства. Въ случаяхъ же, гдѣ имѣемъ дѣло съ истощеніемъ родовой дѣятельности вслѣдствіе непо- мѣрнаго сопротивленія и истощенія роженицы, должно немедленно приступать къ операціи.

Уже раньше было сказано, что суженіе таза въ 3" составляетъ крайній предѣлъ для наложенія щипцовъ. Это вообще справедливо и понятно, такъ какъ изъ кратчайшихъ размѣровъ головки темянной равняется  $3\frac{1}{2}$ " , а височный 3" и такъ какъ послѣдній нельзя уменьшить безъ величайшей опасности для жизни младенца. Поэтому наложеніе щипцовъ при стѣсненіи пространствъ ниже 3" совершенно невозможно даже и въ томъ случаѣ, когда младенецъ невыношенъ,

тѣмъ болѣе, что и головной размѣръ инструмента бываетъ около  $2\frac{3}{4}$ ". Кто налагаетъ щипцы и при такомъ суженіи, тотъ перестаетъ считать этотъ инструментъ безвреднымъ для матери и младенца. Опредѣлить предѣлы наложенія щипцовъ при суженіи таза вообще, какъ и при всякой другой операци, чрезвычайно трудно, такъ какъ при этомъ необходимо принять во вниманіе размѣры головки, состояніе матери и потуги (ср. § 435—36). Поэтому нужно принять за правило налагать щипцы и здѣсь, если желаютъ провести младенца чрезъ тазъ самымъ безвреднымъ образомъ, но должно тотчасъ же инструментъ удалить, какъ только убѣдились въ опасности такого рода попытокъ.

§ 651. Предсказаніе при наложеніи щипцовъ вообще благопріятно. Въ самомъ дѣлѣ нѣтъ другаго инструмента, который бы имѣлъ такое благодѣтельное дѣйствіе. Сколько людей обязаны его открытію сохраненіемъ своей жизни, сколько оно отразило несчастій! Случаи, въ которыхъ прежде роды оканчивались только съ потерей жизни младенца, теперь протекаютъ большей частью благопріятно какъ для него, такъ и для матери. Но не въ этомъ только заключается огромная его польза: возможность безвреднаго сокращенія продолжительности родовъ составляетъ лучшее доказательство болѣе благопріятныхъ результатовъ новѣйшаго акушерства. Не смотря на то, операція эта не совершенно безопасна: инструментъ, котораго назначеніе оказать помощь матери и младенцу, при неправильномъ употребленіи, при злоупотребленіи, можетъ сдѣлаться однимъ изъ самыхъ опасныхъ.

Вообще предсказаніе различно, смотря по показаніямъ къ операци, по состоянію родового пути, потуговъ и по времени, которое протекало въ родовыхъ усиліяхъ до операци. Самыми благопріятными случаями, въ которыхъ эта операція вѣнчается полнѣйшимъ успѣхомъ, будутъ тѣ, когда она предпринимается, при хорошемъ тазѣ и глубокомъ положеніи головки, влѣдствіе недостаточной родовой дѣятельности или съ цѣлью ускорить роды. Но гдѣ операція показуется неправильнымъ состояніемъ пространствъ, гдѣ приходится накладывать щипцы на головку, стоящую высоко въ тазовомъ входѣ, гдѣ слѣд. при извлеченіи потребуется значительное насиліе, во всѣхъ этихъ случаяхъ инструментъ этотъ можетъ быть очень опасенъ. Тоже должно сказать, если инструментъ находится въ неискусныхъ рукахъ, хотя бы обстоятельства и благопріятствовали его употребленію.

Разрывы свода влагалища, ссадины или разрывы въ нижнемъ отдѣлѣ матки, или ея шейки, разрывъ влагалища и сосѣднихъ съ нимъ каналовъ, прямой кишки, мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала, разрывъ промежности, разрушеніе родовыхъ частей антоновымъ огнемъ въ послѣродовомъ состояніи—вотъ опасности, угрожающія матери при сказанныхъ обстоятельствахъ; ссадины мягкихъ частей черепа, надламыванія и переломы его костей, поврежденіе глазъ и лица, параличъ личныхъ нервовъ составляютъ явленія, угрожающія младенцу. Такимъ образомъ щипцы могутъ не только не достигнуть цѣли, но даже привести къ противоположнымъ результатамъ.

§ 652. При опредѣленіи момента операціи мы руководствуемся ученіемъ, по которому должно стараться, гдѣ можно, сохранить здоровье матери и младенца и не торопиться съ производствомъ операціи. Наложеніе щипцовъ позволено только тогда, когда головка приняла надлежащее для того (*zangengerecht*) положеніе (§ 649); но полагаясь на природу до тѣхъ поръ, пока истощатся всѣ силы роженицы, мы на столько же погрѣшимъ, какъ если бы приступили къ операціи прежде времени и необдуманно. Состояніе роженицы и бѣнія младенческаго сердца должны служить намъ указателями, когда приступитъ къ операціи. Самый удобный моментъ можно опредѣлить только по тщательномъ соображеніи всѣхъ существующихъ обстоятельствъ.

§ 653. Прежде, нежели приступитъ къ операціи, сообщаютъ роженицѣ и ее окружающимъ о необходимости ея и значеніи. Необходимо заблаговременно позаботиться о приличномъ ложѣ. Удобнѣе всего дѣлать операцію на поперечномъ ложѣ (кровати), или въ преждеописанномъ полусидячемъ положеніи роженицы на краю кровати; при обыкновенномъ положеніи на спинѣ накладываютъ щипцы только въ очень легкихъ случаяхъ, гдѣ головка находится на промежности и гдѣ инструментъ не надобно опускать. Тоже относится и къ положенію на боку—оно прилично также только въ легкихъ случаяхъ.—При операціи необходимо имѣть, по крайней мѣрѣ, двоихъ помощниковъ, изъ которыхъ одинъ прислуживаетъ оператору, другой роженицѣ; хорошо имѣть больше помощниковъ для удержанія послѣдней на постели. Далѣе никогда не должно забывать *передъ операціей опорожнить прямую кишку и мочевой пузырь*, послѣдній съ помощію катетера. При извлеченіи это не всегда удается, потому что тогда очень часто головка сжимаетъ мочеиспускательный

каналъ; извлеченіе же младенца при наполненномъ мочевомъ пузырьѣ очень легко можетъ подать поводъ къ его разрыву.

Нужно имѣть подъ рукой *оживляющія средства для младенца и возбуждающія для матери*. Самые шипцы предъ наложеніемъ должны быть опущены въ теплую, но не очень горячую воду.

Предъ операцией нужно произвести самое точное изслѣдованіе положенія и установки младенческой головки, и изслѣдовать состояніе родового пути, чтобы имѣть возможность наложить ложки инструмента на самыя удобныя мѣста и, по возможности, слѣдовать естественному механизму.

Всегда должно употреблять *хлороформъ*, если только этому не будутъ препятствовать какія нибудь особенныя обстоятельства. Этимъ не только избавляемъ роженицу отъ тоски и безпокойства, съ которыми она смотритъ на предстоящую операцию, но даже облегчаемъ и себѣ самую трудную часть операциі наложеніе и замыканіе инструмента, всѣ наши движенія становятся быстрѣе и вѣрнѣе, потомучто нѣтъ препятствій со стороны безпокойства роженицы.

§ 654. Операциа состоитъ изъ двухъ существенно различныхъ моментовъ—изъ введенія и смыканія листковъ и извлеченія. *Общія правила производства ея* слѣдующія:

1) Такъ какъ тазовая кривизна шипцовъ должна совпадать съ осью таза, то *листки должны лежать въ поперечномъ его діаметрѣ*. Только при поперечномъ или косомъ стояніи головки дозволяется налагать инструментъ въ косомъ діаметрѣ, при чемъ одинъ листъ находится въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія, другой въ сторонѣ противоположной вертлюжной ямки. При дальнѣйшемъ же прохожденіи головки и обращеніи ея въ прямой діаметръ таза, половины инструмента должны лежать въ поперечномъ его діаметрѣ, съ концами обращенными вверхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень неблагоприятнаго положенія головки, при отсутствіи симметріи въ тазѣ, уже самый случай опредѣляетъ, въ какомъ направленіи инструментъ можетъ удобнѣе захватить головку. Но ложки ни когда не должны находиться въ прямомъ діаметрѣ, потомучто такимъ образомъ можно очень легко произвести наминки и перетираніе прямой кишки, мочевыхъ органовъ и краевъ маточнаго рыльца, да и діаметръ этотъ въ суженномъ тазѣ обыкновенно бываетъ короче всѣхъ.

2) Соответственно этому щипцы должны захватывать головку въ поперечномъ ея диаметръ, слѣд. должны лежать на вискахъ. Въ этомъ направленіи давленіе меньше всего вредитъ. Только при поперечной и косои постановкѣ головки одинъ листъ можетъ лежать на лбу, другой на противоположной поверхности затылка, слѣд. за ушами. При обращеніи же головки потомъ въ болѣе благоприятное направленіе, ложки инструмента должно наложить на болѣе удобныя мѣста.

§ 655. 3) Лѣвый листъ вводится лѣвой рукой, а другой правой. *Лѣвый листъ налагается первымъ*, такъ какъ правый всегда вводится поверхъ его и тѣмъ избѣгаютъ *перекрещиванія рукоятокъ*. Только при неблагоприятныхъ постановкахъ головки отступаютъ отъ этого правила и вводятъ прежде тотъ листъ, который труднѣе наложить. *Правый листъ вводится прежде лѣваго преимущественно въ слѣдующихъ случаяхъ*: а) если головка такъ прилежитъ къ правой стѣнкѣ таза, что наложеніе праваго листа послѣ лѣваго возможно только съ величайшимъ трудомъ; б) если лицо очень плотно прилежитъ къ правой сторонѣ; в) если въ правой сторонѣ подлѣ головки выпали малыя части. Перекрещиваніе ручекъ дѣлается такъ, что лѣвый листъ ведутъ сперва поверхъ праваго влѣво относительно матери, потомъ уже подъ нимъ вправо. Только при очень глубокомъ стояніи головки можно, по введеніи праваго листа, *подъ нимъ* проводить лѣвый, при чемъ рукоятка праваго сильно отводится помощникомъ вверхъ. *Слѣд. такимъ образомъ избѣгаютъ перекрещиванія.*

4) *Ручку листа берутъ по возможности ближе къ замку, или между большимъ, указательнымъ и среднимъ пальцами (на подобіе писчаго пера), или полной рукой, при чемъ большой палецъ помѣщается съ внутренней его стороны, остальные же съ наружной. Послѣдній способъ лучше, такъ какъ съ легкостью исполненія и свободнымъ движеніемъ руки по всевозможнымъ направленіямъ онъ соединяетъ большую вѣрность.*

§ 656. 5) *Два или четыре пальца не оперирующей руки вводятся предварительно между головкой и стѣнкой таза, если можно, до самаго устья матки. Они служатъ проводниками инструмента, препятствуютъ его уклоненіямъ кпереди или кзади, предохраняютъ отъ захватыванія мягкихъ частей матери и содѣйствуютъ правильному наложенію ложекъ. Если нельзя ввести пальцы такъ высоко, какъ это необходимо, то конецъ листа проводится по головкѣ, слегка зондируя, и не долженъ ни въ какомъ случаѣ отъ нея уклониться.*



Должно избѣгать всякаго насильственнаго проталкиванія инструмента и, при болѣе значительномъ препятствіи, лучше вынуть листъ и наложить на другомъ мѣстѣ.

6) При введеніи ложки должно слѣдовать одновременно двумъ направленіямъ—тазовой и головной кривизнѣ. Поэтому ее должно въ одно и тоже время вести сверху внизъ и снаружи кнутри. т. е. съ одной стороны къ другой, слѣд. инструментъ при этомъ слѣдуетъ по диагонали сказанныхъ направленій. Если же этаго не дѣлають, то инструментъ не скользитъ по головкѣ, но его верхушка упирается въ нее на какомъ нибудь мѣстѣ и давить своими краями. Поэтому, напр., лѣвый листъ проводятъ подъ платьемъ роженицы перпендикулярно во влагалище, такъ что вогнутая поверхность листа укладывается на головкѣ. По мѣрѣ того какъ листъ одводитъ головку, рукоятка опускается внизъ по бедру и, прійдя въ горизонтальное положеніе, находится уже въ срединѣ между бедръ. За тѣмъ рукоятка болѣе или менѣе опускается, смотря по болѣе или менѣе высокому стоянію головки. Большой палецъ руки, введенной частию во влагалище, прикладывается теперь къ нижнему краю ложки, чтобы воспрепятствовать соскальзыванію ея кзади. При введеніи втораго листа, помощникъ, стоящій съ боку, держитъ рукоятку перваго листа рукой, подведенной подъ бедро роженицы.

§ 657. 7) Если по введеніи обоихъ листовъ убѣдятся, что они лежатъ хорошо, инструментъ запирають, т. е. обѣ повинки его соединяють въ замкѣ, при чемъ рукоятки нѣсколько опускаются. Если внутреннія поверхности рукоятокъ между собой непараллельны, захватываютъ каждую изъ нихъ полной рукой, большой палецъ прикладываютъ къ отросткамъ, находящимся ниже замка, и легкимъ давленіемъ на нихъ сверху внизъ приводятъ рукоятки въ направленіи параллельное. Если это не удастся, то нужно снять одинъ листъ или даже оба и ввести снова. При смыканіи инструмента нужно быть осторожною, чтобы не захватить волосъ или складокъ наружныхъ половыхъ частей. Если листы соединены какъ должно, то пробнымъ влеченіемъ убѣждаются въ правильномъ положеніи и установкѣ инструмента. Съ этой цѣлью кладутъ два пальца одной руки на крючкообразныя отростки рукоятокъ и производятъ медленное и осторожное влеченіе, при чемъ двумя пальцами другой, находящимися въ половыхъ частяхъ надъ или подъ или подъ инструментомъ, изслѣдуютъ, не скользитъ ли при влеченіи по головкѣ.

§ 658. 8) При извлеченіи два или нѣсколько пальцевъ правой руки кладутъ на отростки рукоятокъ ниже замка, лѣвой же рукой, помѣщающейся въ вырѣзкахъ на нижнемъ ихъ концѣ, сжимаютъ рукоятки. Давленіе не должно быть сильнѣе того, какое нужно, чтобы воспрепятствовать соскальзыванію щипцовъ. Извлеченіе совершается въ отдѣльныхъ *тракціяхъ*, разумѣнъ подѣ этимъ словомъ извѣстное число постоянно усиливающихся влеченій. Тракціи производятъ, по возможности, во время потугъ и усиливаютъ по мѣрѣ возрастанія послѣднихъ. Гдѣ нѣтъ потугъ, тамъ стараются по меньшей мѣрѣ имъ подражать, устанавливая между тракціями промежутки (паузы). Чѣмъ менѣе надобности торопиться съ окончаніемъ родовъ, тѣмъ послѣдніе могутъ быть продолжительнѣе.

9) Влеченіе должно быть постоянное, т. е. въ направленіи оси того отдѣла таза, въ которомъ находится головка, притягиваютъ рукоятки прямо къ себѣ. *Вращательныя* (ротационныя) движенія въ обыкновенныхъ случаяхъ бесполезны, даже могутъ быть вредны, потомучто такимъ образомъ производится треніе стѣнокъ влагалища объ инструментъ. Напротивъ при трудномъ извлеченіи допускаются *колебательныя* (маятникообразныя) движенія съ одной стороны въ другую. Они лучше всего выводятъ головку изъ узкихъ пространствъ и менѣе вредны, потомучто давленіе, производимое широкой наружной поверхностью ложекъ, распространяется только на боковыя стѣнки таза. Колебательныя движенія сверху совершенно отвергаются, потомучто съ одной стороны легко продавить заднюю стѣнку влагалища и прямой кишки, съ другой—верхушкой инструмента можно прорвать переднюю стѣнку влагалища и мочевыхъ органовъ.

§ 659. 10) *Направленіе влеченія должно всегда совпадать съ осью таза.* Поэтому при высокомъ стояніи головки влеченіе производятъ книзу и даже кзади и книзу; если головка вступила въ полость таза, книзу и кпереди, въ тазовомъ выходѣ прямо кпереди. Когда головка скользитъ по промежности, рукоятку должно постоянно и постепенно поднимать вверхъ такъ, чтобы при выхожденіи головки онѣ стояли перпендикулярно, или даже почти лежали на животѣ роженицы. Если головка медлитъ выхожденіемъ изъ подѣ лонной дуги, этому можно помочь осторожнымъ опущеніемъ рукоятокъ. Чѣмъ глубже поступаетъ головка, тѣмъ осторожнѣе должны быть тракціи. Какъ только головка начинаетъ врѣзываться, рука, находящаяся на концѣ рукоятокъ,

отнимается и помѣщается на промежности для поддерживанія ея. Теперь щипцы нужно приподнимать очень осторожно и не столько извлекать головку, сколько прсводить по промежности, какъ бы слегка приподнимая рычагомъ. Снимать инструментъ для сохраненія цѣлости промежности тотчасъ, какъ только замѣтили, что головка растягиваетъ ее шарообразно, совершенно бесполезно; такъ какъ съ одной стороны, при нѣкоторой осторожности, щипцами можно предохранить промежность отъ разрыва, съ другой стороны было бы очень неприятно, если бы потуги были недостаточны для выведенія головки и пришлось наложить инструментъ снова.

§ 660. 11) Если головка родилась, то правая рука, державшая рукоятки, опускается по нимъ до замка, обхватываетъ его большимъ и указательнымъ пальцами; потомъ указательный палецъ и мизинецъ помѣщаютъ на наружныхъ поверхностяхъ ложекъ, средней и безымянный вводятъ между ними и, разъединя пальцы, отпираютъ инструментъ и снимаютъ его прочь.

12) Если щипцы снимаютъ до окончательнаго рожденія головки, то сперва отпираютъ замокъ, потомъ правый листъ захватываютъ правой рукой и выводятъ изъ половыхъ частей въ томъ же направленіи, въ какомъ онъ былъ введенъ, тогда какъ лѣвой рукой поддерживаютъ промежность, если это необходимо. Также точно лѣвый листъ вынимаютъ лѣвой рукой, а промежность поддерживаютъ правой.

§ 661. Эти правила соблюдаются при всякомъ наложеніи щипцовъ. Въ обыкновенныхъ случаяхъ, гдѣ головка находится въ полости или въ выходѣ таза, и нѣтъ значительныхъ неправильностей, эти правила остаются неизмѣнными. Въ другихъ же случаяхъ, о которыхъ сей часъ будетъ рѣчь, они видоизмѣняются.

#### *Наложеніе щипцовъ въ особенныхъ случаяхъ.*

§ 662. 1) *При очень высокомъ стояніи головки.* Въ этомъ случаѣ производство операціи очень трудно и даже опасно какъ для матери, такъ и для младенца, особенно если при этомъ будетъ суженный тазъ. Такъ какъ самый длинный діаметръ головки, т. е. стрѣльчатый шовъ находится въ поперечномъ діаметрѣ входа, то почти невозможно приложить листы инструмента къ боковымъ стѣнкамъ таза. Такое

положеніе щипцовъ было бы опасно и для самаго младенца, такъ какъ при этомъ одна изъ ложекъ должна по необходимости обхватить лицо.

Поэтому лучше всего налагать ложки въ косвенномъ направленіи—одну, именно заднюю на затылокъ, другую—переднюю на боковую поверхность лба и виска. Что это положеніе самое благопріятное, это видно изъ того, что въ случаѣ, гдѣ принуждены были наложить инструментъ въ поперечномъ діаметрѣ, ложки сами собою потомъ при смыканіи и извлеченіи укладывались косвенно.

Инструментъ проводится по крайней мѣрѣ по четыремъ пальцамъ; если послѣдніе не достаютъ достаточно высоко, то щипцы проводятся безъ всякаго насилія, слегка зондируя концами по головкѣ, и, при существующихъ препятствіяхъ, они извлекаются вонъ и вводятся по другому направленію. Если листъ наложенъ, то его можно безпрепятственно продвигать впередъ и это составляетъ признакъ того, что его верхушка въ маткѣ; въ противномъ случаѣ, когда существуетъ препятствіе, онъ находится еще во влагалищномъ сводѣ. При притяженіи необходимо чувствовать, что головка задерживаетъ листъ. При этихъ признакахъ листъ наложенъ хорошо и прочно.

§ 663. При запираніи рукоятки значительно наклоняются внизъ къ промежности. Соединеніе листовъ, при существующей непараллельности рукоятокъ, часто очень трудно. Поэтому принуждены бываютъ нѣсколько разъ снимать и накладывать одинъ и тотъ же листъ; приходится даже вынимать и тотъ, который лежитъ хорошо, съ тѣмъ, чтобы сперва ввести другой, представлявшій препятствіе. Тракціи до тѣхъ поръ производятся по направленію прямо внизъ и даже къзади, пока головка не выпадетъ изъ тазоваго входа. Здѣсь особенно бесполезны и даже вредны вращательныя движенія, тогда какъ маятникообразныя вполне умѣстны. »Стоячія тракціи« (Osiander), т. е. давленіе на замокъ, производимое въ стоячемъ положеніи, при одновременномъ приподниманіи рукоятокъ должны быть совершенно выкинуты изъ употребленія.

Никогда не должно тянуть изъ всѣхъ силъ. Рука въ плечевомъ составѣ должна быть укрѣплена, среднее плечо должно плотно прилежать къ туловищу, чтобы можно было остановить влеченіе во всякое время. Конечно при этомъ развивается меньше силы, является скоро усталость; за то, особенно изслѣдуя, отъ времени до времени, пальцемъ свобод-

ной руки положеніе шипцовъ, мы не рискуемъ тѣмъ, что инструментъ вдругъ выскочитъ изъ половыхъ частей, не извлеки головки, разорветъ наружныя половыя части, а сами упадемъ на-земь!

§ 664. Такое неприятое происшествіе называется *соскальзываніемъ шипцовъ*. Оно можетъ происходить по двумъ направленіямъ—или *по горизонтальному*, т. е. въ стороны или впередъ или взадъ; или же въ *перпендикулярномъ направленіи*—внизъ по головкѣ, такъ что самый инструментъ выпадаетъ изъ половыхъ частей. Это опасное соскальзываніе замѣчаютъ по движенію шипцовъ впередъ, за которымъ однако головка не слѣдуетъ, по расхожденію рукоятокъ и по ощущенію какъ бы значительной эластичности въ листкахъ, далѣе по особенному треску и внезапному толчку (Wigand). Какъ только замѣтили, что инструментъ спускается по головкѣ, должно немедленно раскрыть замокъ, продвинуть каждый листъ въ надлежащемъ направленіи далѣе, или даже вовсе снять и наложить снова. Послѣднее приходится дѣлать и въ томъ случаѣ, когда, по низведеніи головки въ нижній отдѣлъ тазовой полости, шипцы перемѣняютъ свое положеніе; тутъ надобно ихъ накладывать на головку снова.

§ 665 2) *При черепныхъ положеніяхъ, съ затылкомъ обращеннымъ кзади (3 и 4 положенія)*. Пока есть надежда на произвольное обращеніе черепа затылкомъ впередъ и пока нѣтъ надобности въ ускоренномъ окончаніи родовъ, операцію можно откладывать. Но если приходится дѣлать извлеченіе въ 3 и 4 положеніи, то всѣ попытки подвернуть лобъ кзади должно оставить, такъ какъ исполненіе этого трудно, мѣшкотно и часто даже невозможно, и такъ какъ головка еще можетъ повернуться, но туловище при этомъ не приметъ ни какого участія и такимъ образомъ произойдетъ вывихъ, или переломъ позвоночнаго столба.—Если инструментъ накладываютъ на головку, обращенную лбомъ впередъ, то рукоятки опускаются сильнѣе обыкновеннаго, чтобы листы шипцовъ захватили головку за боковыя поверхности, и тракціи, производимыя въ томъ же направленіи, провели подъ лонную дугу самую широкую переднюю часть черепа. Сдѣлавъ это, рукоятки поднимаютъ и проводятъ осторожно по промежности затылокъ, чтобы предохранить ее отъ разрыва. Потомъ рукоятки опускаются снова, чтобы (какъ при правильномъ механизмѣ) провести лицо подъ передней стѣнкой таза.

§ 666. 3) *При лицевых положеніяхъ.* Щипцы накладываются здѣсь, какъ обыкновенно, только рукоятки направляютъ прямо впередъ, чтобы ложки приходились на виски и затылокъ. Въ томъ же направленіи притягиваютъ инструментъ къ себѣ, чтобы подбородокъ проскользнулъ подъ лобковую дугу. Какъ только подбородокъ проскользнулъ, рукоятки нѣсколько опускаютъ, но съ осторожностью, потому что при этомъ не малая опасность угрожаетъ промежности. По развитіи подбородка подъ передней стѣнкой таза, постепеннымъ приподниманіемъ рукоятокъ проводятъ лобъ и затылокъ черезъ промежность, которую поддерживаютъ съ долѣйшимъ вниманіемъ.

§ 667. 4) *При глубокомъ поперечномъ стояніи черепа или лица.* При такой постановкѣ извлеченіе почти никогда не удается, или только при маленькой и уступчивой головкѣ, такъ какъ здѣсь длиннѣйшій діаметръ подлежащей поверхности находится въ самомъ короткомъ діаметрѣ тазоваго выхода (ср. §§ 186 и 192). Поэтому еще до извлеченія необходимо перевести головку въ прямой діаметръ, слѣд. такъ исправить неправильную постановку, чтобы затылокъ или подбородокъ отвести отъ боковой стѣнки таза къ лонной дугѣ. Съ этой цѣлью ложки накладываютъ по сторонамъ головки, или на боковыя поверхности лба и затылка, слѣд. въ косомъ діаметрѣ таза, такъ что одинъ листъ инструмента лежитъ въ передней боковой части таза, другой въ противоположной задней его части, слѣд. впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія. Такъ какъ листъ, который долженъ лежать впереди, ввести труднѣе, то его накладываютъ первымъ. При улучшеніи постановки главное правило состоитъ въ наложеніи щипцовъ такъ, чтобы по смыканіи замка верхушка ихъ была обращена къ той части, которая должна быть проведена впередъ къ лонной дугѣ. Поэтому необходимо точное знаніе постановки младенческой головы. Поворачиваніе головки начинаютъ только тогда, когда убѣдились, что оно само собой не произойдетъ. Поэтому оно противопоказуется до тѣхъ поръ, пока головка не вступитъ въ нижній отдѣлъ таза, такъ какъ выше его оно всегда можетъ произойти само собой. Понятно, что въ случаѣ, гдѣ причина поперечнаго стоянія заключается въ неправильной формѣ таза, нечего и заботиться объ улучшеніи постановки; ибо если поперечный діаметръ выхода самый длинный, то поперечное стояніе головки составляетъ очень благоприятное явленіе.

По наложеніи и замыканіи инструмента его поворачиваютъ около своей оси такъ, чтобы обращенная въ сторону верхняя его поверхность постепенно направлялась къпереди и кверху; при этомъ затылокъ или подбородокъ приводятъ къ лонному соединенію. Слѣдующее за тѣмъ извлеченіе производится по прежнимъ правиламъ.

§ 668. Лучше всего представить производство улучшения постановки на примѣрѣ. — Еслибы черепъ, находящійся въ исходной части таза, малымъ родничкомъ былъ обращенъ къ лѣвому сѣдалищному бугру (1 положеніе), въ такомъ случаѣ правый листъ пришлось бы вводить впереди праваго овальнаго отверстія, а лѣвый впереди лѣваго крестцовоподздошнаго сочлененія. Первый листъ при этомъ помѣстится на правой лобной и височной костяхъ, послѣдній позади уха на лѣвой сторонѣ затылка. Верхушки шипцовъ будутъ обращены къ лѣвой стѣнкѣ таза, слѣд. къ затылку. Поворачивая инструментъ, по замыканіи ложекъ, постепенно слѣва вправо, отводятъ затылокъ отъ лѣвой стѣнки таза къ лонному соединенію и устанавливаютъ такимъ образомъ головку въ 1 правильномъ черепномъ положеніи. Теперь ложки инструмента прилежатъ къ боковымъ стѣнкамъ таза, ихъ верхушки направлены впередъ, и такимъ образомъ можно скоро и легко кончить извлеченіе.

§ 669. 5) При положеніи головки въ исходной части и остановкѣ ея во время прохожденія чрезъ промежность. Часто приходится видѣть при сильныхъ потугахъ и благопріятной постановкѣ головки, что, хотя послѣдняя съ каждой потугой и подвигается къ трещинѣ половыхъ частей, но совершенно не выходитъ. Такимъ образомъ можетъ произойти замедленіе родовъ, на сколько опасное для младенца, на столько же тягостное для матери. Сопротивленіемъ промежности головка сильно сгибается, подбородокъ значительно приближается къ груди. Потуги дѣйствуютъ чрезъ позвоночный столбъ только на затылокъ, отгнѣсняютъ его болѣе и болѣе книзу, вслѣдствіе чего изгибаніе головки дѣлается только еще сильнѣе, а слѣд. и выхожденіе ея еще болѣе замедляется. — Въ этихъ случаяхъ щипцы должно накладывать такъ, чтобы рукоятки обращены были нѣсколько вверхъ. Дальнѣйшимъ осторожнымъ приподниманіемъ рукоятокъ удаляютъ подбородокъ отъ груди, такимъ образомъ устраняютъ причину замедленія родовъ и простымъ приближеніемъ рукоятокъ къ животу матери развиваютъ головку съ изумительной легкостью.

§ 670. 6) *При слѣдованіи головки за туловищемъ.* Наложение листовъ инструмента въ этомъ случаѣ возможно поверхъ уже родившагося туловища, или подъ нимъ. Въ первомъ случаѣ листъ тотчасъ подводится подъ туловище, такъ какъ половинки инструмента сводятся всегда подъ нимъ. Еслибы вздумали извлечь младенца, когда инструментъ наложенъ поверхъ туловища, то нельзя бы было опустить рукоятки, не рискуя нанести вредъ младенцу. Поэтому лучше всего налагать листы щипцовъ подъ туловищемъ.

Наложение инструмента вообще производится также, какъ и при предлежаніи головки. При введеніи ложки помощникъ приподнимаетъ рожденное уже туловище вверхъ, отводя его нѣсколько въ сторону. Нужно остерегаться, чтобы не захватить вмѣстѣ съ головкой пуповину или плечико. Направление, которому слѣдуютъ при влеченіи, зависитъ отъ стоянія головки. При неблагоприятной, поперечной или косою постановкѣ ее можно легко привести въ лучшее положеніе нѣсколькими вращательными движеніями. — Операцию должно производить быстро, если младенецъ рождается живымъ. Только при влеченіи не должно быть слишкомъ усерднымъ, потому что иногда головка легко выскользаетъ изъ половыхъ частей вдругъ, отъ чего могутъ произойти значительныя поврежденія.

§ 671. Въ заключеніе надобно еще замѣтить, что должно отказаться отъ извлечения, если довольно долгое время производили сильныя влеченія и если видятъ, что они бесполезны или даже опасны для матери, особенно если при этомъ младенецъ уже мертвъ, или считается уже мертвымъ. Въ такомъ случаѣ необходимо посрѣшно приступить къ раздробленію младенца. Не число произведенныхъ тракцій можетъ служить намъ руководителемъ при рѣшеніи на эту операцию и опредѣлять наши дѣйствія, а убѣжденіе, что провести неповрежденнаго младенца безъ вреда для матери невозможно, и что слѣд. щипцы уже перестаютъ быть инструментомъ безвреднымъ.

*Рычагъ.* Рычагъ есть ничто иное, какъ одна половинка щипцовъ. Онъ бываетъ или изогнутъ по плоскости на обоихъ концахъ, или на нижнемъ прямой, какъ и ложка щипцовъ. Вѣроятно онъ уже былъ извѣстенъ Chamberlen'у, впервые же былъ употребленъ Roophuysen'омъ (1693) и въ теченіи почти 50 лѣтъ игралъ роль секретнаго средства.



Теперь онъ совершенно оставленъ и имѣетъ только историческое значеніе. Вообще различаютъ *рычагъ для влеченія* (*Zughebel*), котормъ сильно изогнутъ и *рычагъ для давленія* (*Druckhebel*), имѣющій малую кривизну. Рычагъ — инструментъ *лишній*, потомучто все, чего требуютъ отъ него, вообще гораздо лучше достигается помощью щипцовъ, *вредный* 1), потомучто отъ давленія на мягкія части матери всегда происходятъ нѣкоторыя наминки, а иногда и очень значительныя; 2) потомучто давленіе на головку неравномѣрно, на нѣкоторыхъ мѣстахъ даже очень значительное и 3) потомучто этимъ инструментомъ очень удобно повреждается промежность.

*Аеротракторъ* (*Aërotractor*). Въ 1849 году Simpson, профессоръ въ Эдинбургѣ, обнародовалъ инструментъ, который долженъ бы былъ замѣнить собой щипцы. Этотъ инструментъ, названный имъ *Airtractor*, состоитъ изъ каучуковаго полушарія, соединеннаго съ насосомъ поршнемъ и клапаномъ. Полушаріе прикладывается къ подлежащей поверхности головки и посредствомъ поршня вытягивается изъ него воздухъ, вслѣдствіе чего полушаріе плотно пристаетъ къ головкѣ и послѣднюю такимъ образомъ можно извлечь.—Но аеротракторъ не имѣетъ ни какихъ преимуществъ передъ щипцами, напротивъ даже много невыгодъ. Онъ годенъ только для болѣ легкихъ случаевъ, въ которыхъ и щипцы на столько же годны и безвредны. Его употребленіе очень трудно и хлопотливо, и такъ какъ онъ пристаетъ только къ кожѣ на головѣ, то по необходимости при притяженіи (даже при самомъ высасываніи воздуха) оттягиваетъ ее отъ кости, вслѣдствіе чего являются подтеки и другія поврежденія. Впрочемъ, если онъ хорошо сдѣланъ, держится довольно прочно, въ чемъ я убѣдился на опытѣ (только не на живыхъ младенцахъ).

## ГЛАВА VI.

### УМЕНЬШЕНІЕ МЛАДЕНЧЕСКАГО ТѢЛА.

§ 672. Эта операція состоитъ въ вскрытіи полостей тѣла и удаленіи ихъ содержимаго, съ цѣлью уменьшить объ-

емъ младенческаго тѣла и сдѣлать такимъ образомъ возможнымъ проведение его силами потугъ, или помощію искусства чрезъ абсолютно или относительно суженный тазъ.

Обыкновенно уменьшаютъ головку, при чемъ вскрываютъ черепъ и содержимое его удаляютъ—*прободеніе* (*perforatio, excerebratio*). Обыкновенно за этой операціей по необходимости, слѣдуетъ дальнѣйшее уменьшеніе и раздробленіе черепа, отчасти съ цѣлью содѣйствовать выведенію, отчасти же какъ самостоятельная операція — *череподробленіе, черепокрушеніе* (*cephalothrypsia*). Въ очень рѣдкихъ случаяхъ приходится вскрывать грудную и брюшную полости, или отдѣлять головку отъ туловища — собственно *раздробленіе младенца* (*embryotomia et decapitatio*).

§ 673. Уменьшеніе младенца есть одна изъ самыхъ древнихъ акушерскихъ операцій. Въ глубокой древности и въ средніе вѣка, до возстановленія поворота на ножки и извлеченія за нихъ, она составляла единственное пособіе при трудныхъ родахъ, потому, что же оставалось дѣлать при незнакомствѣ съ этими операціями и щипцами, если не хотѣли быть обязаннымъ зрителемъ? Поэтому все искусство древнихъ состояло въ уничтоженіи младенца, отсюда и названіе *embryulcia* выведеніе младенца. — Эта операція съ вышеупомянутыми тождественно еще и теперь раздробленіе младенца называется *embryulcia*. Всѣ инструменты древнихъ были или обыкновенные и двулезвейные ножи для вскрытія полостей и отсѣченія членовъ, или острые и тупые крючки для извлеченія изуродованнаго младенца. Благодаря введенію поворота и щипцовъ, новыя лучшія ученія заняли мѣсто и эта кровавая операція ограничена самыми рѣдкими случаями. Пытались даже совершенно исключить ее изъ рода акушерскихъ операцій, но никогда не могли сдѣлать ее лишней и тѣ, которые держались этого мнѣнія. Они снова обратились къ пей. Необходимость щадить роженицу въ случаяхъ, когда младенецъ умеръ и тазъ довольно широкъ для того, чтобы провести его по уменьшенію, или когда разрѣшеніе искусственнымъ путемъ не дозволяется, вынуждаетъ насъ не ограничиваться упорно другими бесполезными попытками къ разрѣшенію, и не коснѣть въ бездѣйствіи, но употребить мѣры, которыми могли бы сократить страданія матери, сохранить ея здоровье и жизнь, хотя бы это дѣлалось и противъ воли cadaго.

## I. Perforatio et cephalothrypsia.

§ 674. Прободение головки и черепокрушение не суть различныя операциі, а только различныя акты одной и той же. Если черепъ вскрытъ посредствомъ первой и освобожденъ отъ своего содержимаго, то отъ обстоятельствъ будетъ зависѣть, можно ли предоставить роды природѣ. Если гибкости головки, произведенной прободеніемъ, недостаточно для того, чтобы сдѣлать возможнымъ ея выведение, то надобно вызвать это искусственно и извлечь ее. Достигнуть этого всего лучше помощію черепокрушителя, которымъ можно до извлечения раздробить головку надлежащимъ образомъ.

§ 675. Уменьшеніе головки *покажется*:

1) *Въ случаѣ смерти младенца* и неправильности таза въ такой степени, что или роды силами природы невозможны, или могутъ кончиться помощію искусства только съ опасностью для матери. Самый крайній предѣлъ для операциі начинается съ того, когда и уменьшенный младенецъ не можетъ пройти чрезъ тазъ, слѣд. при абсолютномъ суженіи. Выше и ниже этого невозможно такъ положительно провести границу, потому что какъ при третьей, такъ и при второй степени суженія таза, прободеніе можетъ имѣть мѣсто. Вполнѣ же она всегда бываетъ умѣстной въ тѣхъ случаяхъ, когда другія способы родоразрѣшенія опаснѣе для матери и младенецъ мертвъ.

2) *При жизни младенца* уменьшеніе показывается: а) когда жизнь его сомнительна; б) когда отъ кесарскаго сѣченія отказываются и это послѣднее по всей вѣроятности погубило бы мать; в) когда наложеніе шипцовъ невозможно, или когда извлеченіе угрожаетъ опасностью жизни матери.

Поэтому прободеніе показывается при неправильностяхъ 3-й степени и болѣе значительныхъ формахъ второй. Крайнимъ предѣломъ ея служитъ абсолютное суженіе, слѣд. 2'' въ кратчайшемъ діаметрѣ таза. Послѣднее условіе къ производству ея состоитъ въ разверзаніи маточнаго рыльца на столько, чтобы операциа могла быть сдѣлана безъ поврежденія его.

§ 676. Въ § 673 уже было сказано, что прободенія не могли исключить изъ Тераніи Акушерства, какъ оно ни неприятно. Молва объ этой операциі хуже, нежели она заслуживаетъ. Прободеніе, совершаемое во время и приличными

инструментами, представляетъ операцию безопасную для матери и вездѣ умѣстна тамъ, гдѣ другіе способы родо-разрѣшенія угрожаютъ ей опасностью и младенецъ мертвъ, или гдѣ жизнь матери находится въ связи съ жизнью младенца.

Прободеніе головки можетъ быть конечно въ высшей степени вреднымъ для матери, если къ нему приступаютъ при абсолютномъ суженіи таза, исполняютъ его дурными и опасными инструментами, изнузивъ силы матери слишкомъ долгимъ выжиданіемъ, форсированнымъ употребленіемъ щипцовъ и вызвавъ воспаленіе родовыхъ частей.

§ 677. Въ случаяхъ, когда употребленіе щипцовъ становится невозможнымъ, потомучто они перестаютъ быть безвреднымъ инструментомъ, съ другой стороны отъ кесарскаго сѣченія или отказываются или оно, по видимому, должно умертвить мать, въ этихъ случаяхъ ученіе, по которому нельзя дѣлать прободеніе головки живаго младенца, представляетъ самую трудную задачу. Приверженцы этого ученія совѣтуютъ въ подобномъ случаѣ выжидать, пока младенецъ умретъ самъ собой, или пытаются вывести его щипцами и, когда вслѣдствіе этого онъ умретъ, тогда уже приступать къ раздробленію. Какая же это непослѣдовательность! Акушеръ является съ цѣлью подать помощь; онъ находитъ, что уничтоженіе жизни младенца есть единственное пособіе, и ограничивается бездѣйствіемъ, потомучто совѣсть не позволяетъ пожертвовать нѣсколькими часами раньше младенцемъ, который неизбѣжно долженъ погибнуть, и тѣмъ губить оба существа разомъ! Какая польза погибающему младенцу отъ того, что онъ умретъ нѣсколькими часами раньше или позже! Но за то какія невыразимыя муки и боли причиняютъ матери, какой опасности подвергаютъ ее, когда ея силы будутъ изнурены продолжительной и трудной родовой дѣятельностью, мягкія части изуродованы, и теперь наконецъ приступать къ операциі при самыхъ дурныхъ обстоятельствахъ, которая могла быть сдѣлана раньше при обстоятельствахъ, для нея благопріятныхъ! Моментъ смерти младенца точно опредѣлить никогда нельзя, потомучто онъ можетъ жить, не смотря на то, что сердечныхъ тоновъ уже нѣсколько минутъ болѣе не слышно. Только ясныя признаки гніенія могутъ служить здѣсь доказательствомъ, но если бы кому вздумалось ихъ ожидать, тотъ вскорѣ замѣтилъ бы тѣ же явленія и въ тѣлѣ матери, сдѣлавшейся жертвой смерти.

*И такъ если вслѣдствіе дурныхъ отношеній отъ стеченія разныхъ обстоятельствъ младенецъ долженъ погибнуть, то съ полнымъ правомъ можно дѣлать прободеніе головки и на живомъ младенцѣ, имѣя въ виду спасти, по крайней мѣрѣ, мать. Придерживаясь же противоположнаго ученія, не только не спасаютъ младенца, но еще и ведутъ обыкновенно къ вѣрной гибели и мать.*

§ 678. Такъ какъ кесарское сѣченіе не всегда возможно, о щипцахъ уже не можетъ быть и рѣчи, когда идетъ вопросъ о прободеніи, искусственный выкидышъ допускается только въ рѣдкихъ случаяхъ абсолютнаго сѣуженія и не всѣ беременныя поступаютъ въ леченіе на столько заблаговременно, чтобы можно было вызывать искусственно преждевременные роды при 3-й и 2-й степени сѣуженія таза, *то нѣтъ средства, которое бы могло вполне вытѣснить прободеніе* и во многихъ случаяхъ оно остается единственнымъ средствомъ, по крайней мѣрѣ, для спасенія матери.

Уменьшеніе младенческаго черепа, дѣлаемое надлежащимъ образомъ, во время и при не слишкомъ сѣуженномъ тазѣ, представляетъ *операцию для матери совершенно безопасную*. Но не всегда бываютъ эти условія и не во всѣхъ случаяхъ результатъ бываетъ такъ благопріятенъ. Если родовыя части пострадали уже до операции, тазъ сравнительно очень узокъ, младенческая головка велика и уступчива, поэтому извлеченіе трудно, то жизни и здоровью роженицы можетъ угрожать опасность въ высшей степени. Неловкое приложеніе инструментовъ, осколки черепныхъ костей или выдающіяся острые ихъ края легко могутъ поранить мягкія части матери и она будетъ на краю гроба вслѣдствіе послѣдовательнаго кровотеченія, воспаленія и ихъ исходовъ. Въ другихъ случаяхъ, когда такого неблагопріятнаго исхода не бываетъ, женщина можетъ остаться при фистулахъ мочеваго пузыря и прямой кишки вслѣдствіе неудачныхъ пособій, могутъ образоваться разрывы промежности и выпаденія, и въ такомъ состояніи она будетъ довершать свое жалкое существованіе.

§ 679. Инструменты, употребляемые при прободеніи, имѣютъ форму 1) *кижжала и ножа*, 2) *ножницъ*, рѣжущихъ *внутри* или *кнаружи*, 3) *трепана*. Первые имѣютъ только историческое значеніе, такъ какъ они болѣе не употребляются; то же относится и къ ножницамъ рѣжущимъ *внутри*. Упо-

требляются еще только острые на наружномъ краѣ и трепаны. Сомкнутыя ножницы походятъ на кинжалъ; въ этомъ видѣ ихъ вводятъ и вонзаютъ въ черепъ, за тѣмъ разведеніемъ рукоятокъ расширяютъ рану. Больше всѣхъ употребляется *perforatorium Smellie* (Фиг. 73); но не выгода его

Ф. 73.



*Perforatorium Smellie.*

заключается въ томъ, что для раскрытія его надобно дѣйствовать обѣими руками, слѣд. или вынимать руку, находящуюся въ половыхъ частяхъ, или, когда это невозможно, поручить раскрытіе инструмента другому. Поэтому охотнѣе употребляютъ инструментъ Nägele (Фиг. 74). У этого инструмента обѣ половинки идутъ параллельно и находящаяся на нижнемъ концѣ накладка препятствуетъ несвоевременному раскрытію его. По снятіи его достаточно бываетъ одной руки, чтобы сжатіемъ рукоятокъ развести рѣзущія половинки.

Ф. 74.



*Perforatorium Nägele.*

§ 680. Трепанообразныхъ прободниковъ (*perforatorium*) въ Акушерствѣ довольно много, но всѣ они принадлежатъ къ новѣйшему времени. Самые употребительные инструменты Iörg'a, Riecke, Ritgen'a Mende, Kilian'a, Haun'a, Wilde, Niemeuer'a, Leisnig-Kiwisch'a и Braun'a. Послѣдній, а также инструментъ Niemeuer'a выгнуты

соотвѣтственно кривизнѣ таковой оси. Съ большими или меньшими видоизмѣненіями они состоятъ изъ палочки, снабженной на верхнемъ ея концѣ вѣщичкомъ трепана и оканчивается острой пирамидкой. Нижний конецъ переходитъ въ винтовой снарядъ, который посредствомъ рукоятки движется по гайкѣ; все это закрыто трубкой, которая въ сторонѣ винта укрѣплена. (Фиг. 75.)

Хотя ножницами можно лучше раздробить черепъ, нежели трепанами, *тѣмъ не менѣе они заслуживаютъ предпочтеніе и въ настоящее время употребляются почти исключительно*, потому что раздробленіе черепа дѣлается посредствомъ черепокрушителя, а поэтому ножницы можно предпочесть только въ томъ случаѣ, когда нѣтъ подъ рукой послѣдняго инструмента. Трепанъ относительно матери несравненно безвреднѣе ножницъ, потому что имъ не такъ легко поранить ее. Онъ вѣрно и быстро проникаетъ въ полость черепа, сдѣланная имъ рана гладка, края ея не остры, не могутъ повредить мягкихъ частей матери и для мозга при этомъ довольно свободный стокъ.

Кромѣ перфоратора, надобно имѣть еще черепокрушитель, длинную маточную трубку и одинъ острый крючокъ. У кого перваго инструмента нѣтъ, тотъ долженъ имѣть подъ рукой крючокъ, костный пинцетъ и костные щипцы.

§ 681. *Время операциіи* опредѣляется обстоятельствами. Маточное рыльце должно быть совершенно, или почти совершенно развернуто, околоплодная жидкость должна уже стечь. Рѣшившись уже разъ на прободеніе, то надобно немедленно приступить къ ней, потому что продолжительное ожиданіе бесполезно и вредно. Вособенности надобно остерегаться, по окончательномъ рѣшеніи, новыхъ попытокъ со щипцами.

*Приготовленія* состоятъ въ томъ, чтобы еще разъ точно изслѣдовать состояніе младенца, его положеніе, постановку и пространства таза; умѣрить дурныя послѣдствія предшествовавшихъ оперативныхъ способовъ, также позаботиться объ испражненіи мочи и каала. Положеніе роженицы на поперечной кровати, помѣщеніе акушера между ея бедрами, распределеніе ассистентовъ остаются тѣ же, какія признаны полезными и необходимыми при наложеніи щипцовъ. Должно приготовить всѣ принадлежности, которыя необходимы при всякой значительной операциіи, куда вособенности относятся мягкія губки и теплая вода для обмыванія половыхъ частей и инструментовъ, запачканныхъ въ мозгъ и въ крови.

Ф. 75.



Черепосвертитель Менде.

Наркотизация хлороформомъ не особенно необходима, потомучто операция немучительна для матери; но всегда можно совѣтывать ее, потомучто этимъ устрашается неприятное и тяжелое впечатлѣніе, производимое операцией на роженицу.

*Иногда прободеніемъ операція и оканчивается*, потомучто потугамъ удается провести черезъ тазъ черепъ, сдѣлавшійся уступчивымъ; обыкновенно же за нимъ слѣдуетъ извлеченіе, почему объ операциі разсматриваются какъ два акта одной и той же операциі.

§ 682. 1) *Вскрытіе и спорожненіе черепа:*

а) *Посредствомъ ножницъ.* Операторъ проводитъ лѣвую руку во влагалище и къ головкѣ младенца. Здѣсь онъ отыскиваетъ ближайшій шовъ или родничекъ и подводитъ его, если можно, къ срединѣ маточнаго рыльца. Окруживъ его нѣсколькими пальцами, вводятъ замкнутый инструментъ по лѣвой рукѣ въ половыя части и къ головкѣ, прикрывая конецъ его пальцами правой руки. Остріе инструмента при- ставляется къ тому мѣсту, гдѣ надобно сдѣлать вскрытіе, и въ перпендикулярномъ направленіи вонзается достаточно глубоко въ черепъ, пока выстоящіе края будутъ касаться его. За тѣмъ разводятъ половинки, тщательно прикрывая пальцами острия и, расширивъ такимъ образомъ сдѣланное отверстіе, опять смыкаютъ инструментъ, поворачиваютъ во- кругъ вдоль оси, такъ что послѣ нѣсколькихъ раскрытій происходитъ крестообразный разрѣзъ, и снова сомкнутыя половинки проводятъ въ полость черепа до его основанія и вращаютъ ихъ кругомъ, чтобы разрушить мозгъ съ его соединеніями и дать ему выходъ. По удаленіи инструмента вводятъ трубку и теплыми впрыскиваніями въ полость че- репъ удаляютъ мозгъ.

§ 683. *Если головка еще не установилась прочно*, когда приступаютъ къ вскрытію ея, то нужно укрѣпить ее дав- леніемъ, которое производитъ бабка снаружи на лонное со- единеніе и на дно матки. По крайней мѣрѣ это легче и деликатнѣе, нежели накладывать съ той же цѣлью щипцы и заставлять кого нибудь удерживать ее посредствомъ нихъ.

*При предлежаніи личика* надобно вонзаетъ ножницы въ мозговую полость черезъ большой родничекъ, или лобный шовъ, или черезъ глазницу, но рожденіи же туловища въ боковой (*fonticulus lateralis*) или малый родничекъ.

§ 684. б) *Посредствомъ трепана.* Его вводятъ въ поло- выя части, подобно ножницамъ. правой рукой подъ при- крытіемъ лѣвой, съ скрытымъ вѣнчикомъ, до самой головки. Мѣсто, подлежащее вскрытію, находящееся при черепныхъ



положеніяхъ на темянной кости, при лицевыхъ на лобной, обставляется нѣсколькими пальцами лѣвой руки и край от-верстія трепана приставляется къ ней перпендикулярно, такъ чтобы вездѣ прилежалъ, какъ можно, плотнѣе. Въ этомъ положеніи инструментъ удерживается правой рукой и плотно прижимается къ головкѣ. Помощникъ вращеніемъ рукоятки слѣва вправо приводитъ вѣнчикъ въ движеніе, вслѣдствіе чего прободникъ вонзается въ кость и укрѣпляетъ вѣнчикъ. При этомъ послѣдній прободаетъ мягкіе и твердые мозговые покровы и, по отсутствію всякаго сопротивленія, заключаютъ, что инструментъ проникъ въ полость черепа. За тѣмъ ин-струментъ, вмѣстѣ съ прикрѣпленной на пирамидѣ выпилен-ной частью кости, осторожно вынимаютъ. Пальцемъ, вве-деннымъ въ рану, убѣждаются, выходитъ ли часть кости, вполне ли удалось выпиливаніе и въ то же время отдѣляютъ оболочки. Потомъ по рукѣ, находящейся въ половыхъ час-тяхъ, вводятъ въ полость черепа маточную трубку, посредст-вомъ которой отдѣляютъ прикрѣпленія мозга и за тѣмъ впрыскиваютъ туда теплую воду, отъ чего мозгъ выходитъ вонъ и собирается въ сосудъ, поставленный подъ половыя части.

Если головка слѣдуетъ за туловищемъ, то туловище сильно оттягиваютъ отъ подбородка, по совѣту Kilian'a, перерѣзываютъ скальпеллемъ мягкія части шеи до основанія черепа на значительномъ пространствѣ, потомъ черезъ эту рану проводятъ къ этой поверхности трепанъ и уже здѣсь прободаютъ и освобождаютъ полость черепа описаннымъ образомъ.

§ 685. Если освобожденіе мозга предпринимается безъ предварительнаго примѣненія щипцовъ, операція дѣлается въ такое время, когда роженица еще мало пострадала отъ родовыхъ напряженій, потуги сильны, то можно представить роды дѣятельности природы. Потуги сдавливаютъ уступчивую головку, черепныя кости заходятъ одна на другую и такимъ образомъ иногда удается выведение головки. Но если уже были сдѣланы попытки къ родоразрѣшенію, роженица много претерпѣла, потуги не таковы, чтобы общали скорые роды, или ускореніе ихъ не позволительно по другимъ причинамъ, то за опорожненіемъ мозга должно слѣдовать извлеченіе плода. Во всякомъ случаѣ полезно нѣсколько подождать, если можно, хотя  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа, съ одной стороны для того, чтобы дать матери время отдохнуть и собраться съ силами, съ другой потому что вскорѣ соединенія костей сдѣлаются уступчивѣе и тогда легче ихъ сжатіе.

Извлеченіе должно дѣлать черепокрушителемъ и только за неимѣніемъ его можно обращаться къ другимъ инструментамъ.

§ 686. *Черепокрушение*. Черепокрушитель есть ничто иное, какъ длинныя, крѣпкія щипцы съ незначительной головной и тазовой кривизной, которые, по наложеніи на головку, сжимаются посредствомъ особаго аппарата и въ такой стѣнени сдвигаютъ ее, что извлеченіе ея дѣлается весьма легко.

Инструментъ впервые ввелъ въ акушерскую практику Beaudelocque'омъ (племянниковъ, 1829) и вскорѣ нашелъ себѣ какъ друзей, такъ и противниковъ. Онъ претерпѣлъ множество улучшеній и такимъ образомъ число инструментовъ значительно увеличилось. Лучшіе инструменты Busch'a, Pitgen'a, Schöller'a, Langheinrich'a, Kilian'a, Hüter'a, Trefurt'a, Kiwisch'a, Scanzoni и Braun'a, изъ которыхъ черепокрушитель Scanzoni, представляющій соединеніе ложекъ Kiwisch'a съ сжимающимъ аппаратомъ Hüter'a, безспорно самый лучший (Фиг. 76).

Ф. 76. а.



Черепокрушитель Scanzoni.

Ф. 76. б.

§ 687. »Онъ состоитъ изъ крѣпкихъ, мало искривленныхъ щипцовъ, 17'' дл., изъ которыхъ на длину ложекъ приходится  $9\frac{1}{2}$ '' и 8'' на рукоятки. Ложки. 11''' шир. и  $\frac{3}{8}$ ''' толщ., усиливаются вдольными бороздками на внутренней поверхности. Тазовая ихъ кривизна 2'' 10''', головная 1'' 11'''; концы ложекъ при замкнутомъ инструментѣ соприкасаются на пространствѣ 11'''. Замокъ Nagele—Brunneringhausen'a съ крѣпкой, широкой пуговкой на лѣвомъ листѣ. Концы крючкообразныхъ отростковъ при совершенно замкнутыхъ щипцахъ отстоятъ одинъ отъ другаго на  $2\frac{1}{4}$ '''. На нижнемъ концѣ лѣвой половины находится четырехугольный штифтъ  $\frac{3}{4}$ '' дл., къ ко-



Аппаратъ для сжатія инструмента.

торому прикрѣпляется сжимающій аппаратъ. Послѣдній состоитъ изъ винта, 1" дл., съ широкими ходами, изъ накладки, обхватывающей рукоятки, и рычага, 5½" дл., который служитъ для движенія винта и который можно вынимать. По наложеніи на рукоятки металлической накладки, аппаратъ этотъ надѣвается посредствомъ металлической пластинки съ четырехугольнымъ отверстіемъ, вправо удлиненной, на четырехугольный штифтъ и укрѣпляется винтомъ. Въ удлиненіи пластинки находится отверстіе безъ винтовыхъ ходовъ, пропускающее сквозь себя винтъ, котораго конецъ входитъ въ винтовой нарѣзъ накладки. Винтъ, приводимый въ движеніе рычагомъ, приближаетъ накладку, находившуюся равнѣе близъ отстоятъ рукоятокъ, къ концамъ ихъ, вслѣдствіе чего рукоятки, а съ ними и концы ложекъ все больше сближаются между собой. («Scanzoni»). Цѣлый инструментъ вѣсиль 2 фунта.

§ 688. Наложенію черепокрушителя должно всегда предшествовать прободеніе черепа трепаномъ и опорожненіе его содержимаго, потому что головку нельзя достаточно уменьшить, если мозгъ не вытечетъ наружу, но проникнетъ подъ мягкіе покровы черепа, и потому что при этомъ инструментъ имѣетъ болѣе вѣрную опору и не легко соскальзываетъ при извлеченіи. При медленномъ сжиманіи края кости на мѣстѣ прободенія рѣдко заворачиваются наружу, а если бы это и случилось, то они будутъ покрыты ложками инструмента. Слѣд. въ этомъ отношеніи прободеніе, само по себѣ легкое, не причиняетъ никакого вреда. Только при головкѣ, слѣдующей за туловищемъ, когда прободеніе часто бываетъ труднѣе, можно отъ него отказаться.

§ 689. Преимущества черепокрушенія передъ другими способами уменьшенія и извлеченія заключаются въ слѣдующемъ:

1) Головка уменьшается съ возможной вѣрностью, особенности же раздробляется основаніе черепа, представляющее наибольшее сопротивленіе.

2) Уменьшеніе совершается очень скоро.

3) Не бываетъ костныхъ осколковъ, а если бы и случилось, то они прикрываются инструментомъ. Слѣд. мать защищена отъ пораненій ими.

4) Уменьшенная головка извлекается черепокрушителемъ въ высшей степени скоро, самымъ вѣрнымъ и щадящимъ образомъ. Такъ какъ не бываетъ надобности въ снятіи черепныхъ костей, ни въ употребленіи острыхъ крючковъ, то

этимъ предотвращается разрывъ и прободеніе половыхъ частей; и акушеръ избавляется отъ поврежденій своихъ рукъ, могущихъ быть при употребленіи сказаанныхъ инструментовъ.

§ 690. Самая операція состоитъ изъ 3-хъ актовъ— *наложенія инструмента, сжатія и раздробленія черепа и извлечения.*—Наложеніе дѣлается также, какъ и наложеніе щипцовъ, только надобно при этомъ быть очень осторожнымъ по причинѣ большихъ размѣровъ черепокрушителя, а также и потому, что наложеніе дѣлается обыкновенно при дурныхъ отношеніяхъ и высокою стоянціи головки. Если можно, стараются захватить въ ложки и основаніе черепа. Наложеніе инструмента въ косомъ діаметрѣ таза выгоднѣе, нежели въ поперечномъ, потому что тогда сжатіе головки будетъ болѣе въ направленіи прямаго, слѣд. обыкновенно служеннаго діаметра, тогда какъ въ противномъ случаѣ головка въ этомъ направленіи будетъ длиннѣе. Листы сводятся по тѣмъ же правиламъ, какъ и при наложеніи щипцовъ. За тѣмъ въ то время, какъ помощникъ держитъ инструментъ въ данномъ положеніи, прикрѣпляется сжимающій аппаратъ по способу, описанному въ § 687, вишь приводится въ движеніе рычагомъ и такимъ образомъ посредствомъ низведенія накладки ложки сблизаются между собой. Но это надобно дѣлать бережно и осторожно, чтобы раздробленныя кости не прошли вдругъ черезъ мягкія покровы черепа и не повредили половыхъ частей. Если раздробленіе въ одномъ направленіи недостаточно, то инструментомъ нѣсколько поворачиваютъ головку, снимаютъ его и снова накладываютъ въ противоположномъ направленіи, чтобы такимъ образомъ раздробить черепъ съ разныхъ сторонъ.

§ 691. По снятіи рычага, извлекаютъ по правиламъ, изложеннымъ при операціи щипцами. Промежность требуетъ большой внимательности, если желаютъ предотвратить ея разрывъ. Легко случается, что вслѣдствіе незначительной головной кривизны ложекъ и уступчивости черепа инструментъ *соскальзываетъ.* Это вособенности угрожаетъ въ томъ случаѣ, когда не было предварительно сдѣлано прободенія, потому что на эластической головкѣ ложки не находятъ себѣ точки опоры и послѣдняя своей объемистостью оказываетъ сильнѣйшее сопротивленіе. Поэтому—то, какъ уже сказано, такъ и необходимо предварительное вскрытіе черепа. Но если, не смотря на это и на новое, болѣе удобное наложеніе инструмента, послѣдній снова соскальзываетъ, то ничего не

остаётся дѣлать, какъ только или предоставить выведение столь уступчивой головки потугамъ, или сдѣлать это посредствомъ крючка.—Черенокрушитель снимаютъ, отодвигая внизъ на столько, чтобы онъ поступилъ на то мѣсто, гдѣ накладка не прилежитъ уже болѣе такъ плотно къ рукояткамъ, за тѣмъ металлическая пластинка отвинчивается отъ лѣваго листа и разомъ снимается весь инструментъ. Снятие ложекъ дѣлается также, какъ и при операціи шипцами.

§ 692. Если по какой нибудь причинѣ нельзя или не желаютъ дѣлать черенокрушенія, то надобно вывести головку другимъ образомъ. Извлечение можно дѣлать по слѣдующимъ методамъ:

а) *Посредствомъ поворота на ножки съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ* (Kilian). Для этого необходимо, чтобы головка стояла не плотно, матка не сокращалась бы плотно около младенца и вособенности не была бы слишкомъ раздражена. Въ ранѣ, происшедшей послѣ прободенія, не должно быть костныхъ осколковъ, потомучто въ противномъ случаѣ при уклоненіи головки въ дно матки можетъ быть повреждена внутренняя ея поверхность. Поэтому поворотъ вособенности имѣетъ мѣсто послѣ прободенія головки трепаномъ.

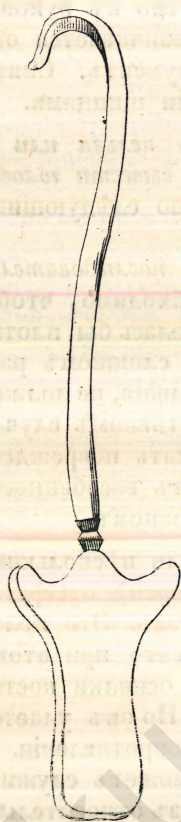
§ 693. б) *Посредствомъ руки*. Однимъ или нѣсколькими пальцами, введенными въ сдѣланное въ черепѣ отверстіе, притягиваютъ головку и проводятъ черезъ тазъ. Это положительно самый шадящій способъ, потомучто при этомъ она получаетъ благоприятную постановку и осколки костей не имѣютъ соприкосновенія съ влагалищемъ. Но онъ удаётся только при сильныхъ потугахъ и слабомъ сопротивленіи.

в) *Помощію щипцовъ*. Способъ этотъ можетъ служить пособіемъ только въ такихъ случаяхъ, когда тазъ относительно головки только мало стѣсненъ, почему нужно только слабое сжатіе головки и незначительное влеченіе, потомучто въ противномъ случаѣ они соскальзываютъ.

г) *Посредствомъ тупаго крючка (tire-tête)*, какъ напр. *extractorium leissnig—Kiwisch'a*. Этотъ инструментъ вводятъ въ рану послѣ прободенія, пальцами защищаютъ отъ разрыва и за тѣмъ дѣлается осторожно притягиваніе въ направленіи тазовой оси. Этого бываетъ достаточно только въ легкихъ случаяхъ, потомучто при нѣсколько большемъ сопротивленіи онъ разрываетъ и разламываетъ черепъ.

§ 694. е) Когда руки бываетъ недостаточно, надобно прибѣгнуть къ *острому*, лучше *тупоконечному крючку*

Ф. 77.



Тупой крючок (Naegele.)

(Фиг. 77). Инструментъ не долженъ быть такъ остръ, какъ это иногда случается, чтобы легко разрывалъ и равилъ матъ, или руку оператора. Всего приличнѣе тупоконечный крючокъ Smellie съ рукояткой Levret'a, введенный Naegel'емъ.— Крючокъ надобно прикладывать къ тому мѣсту, гдѣ ему представляется достаточно опоры; такъ напр. на *основаніе черепа*, на *пирамиду височной кости*, или къ *глазницѣ*, также въ ушное отверстіе, или въ соединеніе затылочной кости съ первымъ позвонкомъ. Никогда не должно выбирать для этой цѣли нижнюю челюсть, скуловую кость или даже головной шовъ. Употребленіе этого инструмента должно быть съ величайшей осторожностью, части матери должно постоянно защищать пальцами при введеніи и наложеніи. Весьма полезно накладывать его на часть, обращенную впередъ, потомучто тогда легче удается извлеченіе. Влеченіе дѣлается по оси таза, при слабыхъ вращательныхъ и рычагообразныхъ движеніяхъ, съ умѣренной, только постепенно, медленно возрастающей силой, при чемъ пальцы введенной руки постоянно защищаютъ ту часть, гдѣ находится острый конецъ крючка, чтобы можно было заблаговременно замѣтить разрыхленіе и угрожающій разрывъ и защитить матъ, если бы послѣдній состоялся. Если головка подается, то инструментъ тотчасъ отнимается, какъ только будетъ возможность обойтись безъ него; если же этого нѣтъ, то надобно продолжать влеченіе очень осторожно и медленно.

потомучто она можетъ развиться вдругъ, что для матери опасно по причинѣ выстоящихъ острыхъ краевъ.

§ 695. f) Если чрезъ прободеніе и опорожненіе мозга головка не уменьшилась достаточно для того, чтобы пройти сквозь суженный тазъ, то необходимо и должно отдѣлывать костными щипцами постепенно и осторожно отдѣльные кусочки костей и вынуть ихъ подъ тщательнымъ прикрытіемъ

пальцами. Всего лучше употреблять для этого пинцетъ (*Excerebrationspincette*) Воёг'а съ незначительной кривизной и неодинаково длинными листками, или *костные щипцы Chiari* (Фиг. 78), отличающіеся отъ предъидущаго только большей своей массивностью. Одну ложку инструмента вводятъ въ рану на черепъ, другую кладутъ снаружи на головку подъ прикрытіемъ пальца. Сильно поворачивая нѣсколько разъ замкнутые щипцы въ обѣ стороны и въ незначительной степени около вдольной оси, отламываютъ мало по-малу кусочекъ кости и посредствомъ инструмента выводятъ наружу. Такимъ образомъ можно достаточно уменьшать головку или сдѣлать ее, по крайней мѣрѣ, довольно уступчивой. Для извлеченія костные щипцы употреблять нельзя, потому что они легко срываются вмѣстѣ съ захваченной костью и тѣмъ можно повредить половыя части, а также потому, что они достигаютъ цѣли при незначительной степени неправильностей.

§ 696. Если головка выведена тѣмъ и другимъ способомъ, то туловище выводится или потугами, или слѣдуетъ умѣренному влеченію. Если же этого нѣтъ и

разрушенная головка не представляетъ для рукъ вѣрной опоры, тогда можно извлечь, введя указательный палецъ или тупой крючокъ въ подкрыльцевую ямку; если и при этомъ не удастся, то необходимо обратиться къ острому крючку.

Леченіе матери требуетъ послѣ столь насильственнаго разрѣшенія большаго вниманія; впрочемъ оно направляется соотвѣтственно общимъ правиламъ и діететикѣ родильнаго состоянія.

Ф. 78.



Костные щипцы Chiari.

Еще остаются нѣкоторые другіе инструменты, которые должны бы были замѣнить прободеніе и черепосверленіе. Впрочемъ они до сихъ поръ не приобрѣли себѣ права гражданственности и конечно никогда не приобрѣтутъ. Сюда принадлежитъ *Forceps—scie van Huewel*'я, щипцы, между ложками которыхъ посредствомъ очень умнаго механизма дѣйствуетъ на головку цѣпная пила, раздѣляя ее на двѣ половины, изъ которыхъ одна удаляется костными щипцами, за ней вмѣстѣ съ туловищемъ легко проходитъ осталая часть. Опыты говорятъ въ пользу этого сложнаго инструмента (ср. *van Huewel* »*Memoir etc. Bruxelles* 1842; Нугепауха *Manuel pratique de l'art des accouch.* » *Bruxelles.* 1857, и Scanzoni въ его *Beiträgen zur Gebursh. etc.* 1853 а). Нельзя сказать того же о *Diatrypteur Didot*'а (ср. *Presse medicale*, 22, 1854.) Также точно не заслужили до сихъ поръ всеобщаго признанія »*Schneidezange (Labilom)*» *Ritgen*'а и »*perforatorische Cephalotribo*» *Cohen*'а.

## II. РАЗДРОБЛЕНІЕ МЛАДЕНЦА,—*embryotomia*.

§ 697. Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ не разрѣзываніе плода на нѣсколько кусковъ, а вскрытіе грудной и брюшной его полости съ опорожненіемъ ихъ содержимаго, или отдѣленіе головки отъ туловища.

Эта операція показывается:

1) При запущенномъ поперечномъ положеніи, ущемленіи плечекъ, тетаническомъ сжатіи младенца маткой въ такой степени, что введеніе въ полость ея руки для поворота рѣшительно невозможно, или соединено съ опасностью для жизни матери.

2) При диспропорціи между тѣломъ младенца и родовымъ каналомъ въ такой степени, что перваго не иначе можно провести, какъ по предварительномъ уменьшеніи. Это можетъ случиться какъ при предлежаніи головки, такъ и тазоваго конца; въ первомъ случаѣ прободеніе должно предшествовать собственно раздробленію младенца, въ послѣднемъ слѣдовать за нимъ.

3) При неправильныхъ родахъ, не допускающихъ другаго способа родоразрѣшенія, вслѣдствіе образованія двоенъ или непомѣрныхъ увеличеній отдѣльныхъ частей тѣла, при чемъ младенецъ считается неспособнымъ продолжать жизнь.

§ 698. Условія для производства раздробленія суть:

1) Младенецъ долженъ быть мертвымъ. Только при 2 и 3 показаніяхъ и особенныхъ обстоятельствахъ допускаются отступленія отъ этого условія.



2) Тазъ долженъ быть на столько просторенъ чтобы позволять проведеніе и движеніе руки, легкое и вѣрное приспособленіе острыхъ инструментовъ. Поэтому самый крайній предѣлъ для раздробленія младенца суженіе въ 2 дюйма.

3) Состояніе роженицы должно быть таково, чтобы она могла вынести операцію безъ смертельнаго изнуренія.

По роду показующихъ обстоятельствъ, времени, въ которое обыкновенно дѣлается операція, важному и продолжительному механизму, котораго она требуетъ, *предсказаніе* для матери не такъ благопріятно, какъ при прободеніи головки. — Приготовленія тѣже. Употребленіе хлороформа необходимо.

Различаютъ вскрытіе грудной и брюшной полостей (*exenteratio, embryotomia, embryulcia*) отъ отдѣленія шейки (*decapitatio, decollatio, detruncatio*). Если можно сдѣлать послѣднее, то ему отдають предпочтеніе.

§ 699. 1) *Decapitatio*. Эта операція состоитъ въ отсѣченіи головки отъ туловища съ цѣлью извлечь ее отдѣльно. Она показуется только при запущенномъ поперечномъ положеніи, когда шейка легко доступна. Предъ утомительнымъ вскрытіемъ полостей (*exenteratio*) она имѣетъ то преимущество, что ее легче и скорѣе исполнить, меньшія поврежденія угрожаютъ матери и послѣ нея не бываетъ надобности въ поворотѣ на нижнія конечности.

§ 700. *Операцію можно сдѣлать разными образомъ:*

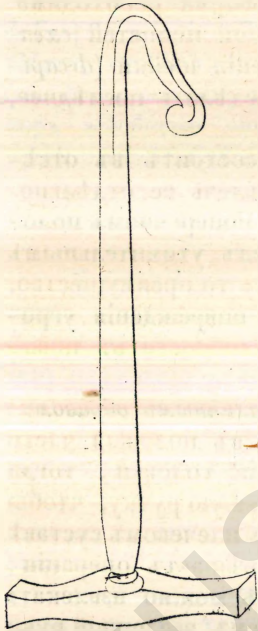
а) Если шейка легко доступна, то въ половинѣ части вводятъ руку, соотвѣтствующую положенію головки, тогда какъ свободной рукой притягиваютъ выпавшую ручку, чтобы сдѣлать шейку доступнѣе. Отнимать ее въ плечевомъ суставѣ совершенно излишне, потому что она не мѣшаетъ операциі; напротивъ того вредно, потому что потомъ можно извлекать за нее туловище. — Указательнымъ пальцемъ введенной руки глубже притягиваютъ шейку; другой рукой вводятъ по ней длинную, крѣпкую, нѣсколько по плоскости изогнутыя ножницы и осторожно стараются отдѣлить шейку повторными, небольшими разрѣзами, при чемъ введенные пальцы прикрываютъ лезвие. Если пальцевъ недостаточно для низведенія шейки, то можно съ этой цѣлью употребить тупой крючокъ, накладываемый на шейку. Во время самой операціи помощникъ долженъ постоянно оттягивать рукоятку книзу.

§ 701. б) По введенной рукѣ, какъ по проводнику, накладываютъ на шейку крючокъ съ тупымъ концомъ, снабженный острымъ лезвиемъ, находящимся внутри кривизны

(фиг. 79). Притяженіемъ инструмента при нилообразныхъ и рычагообразныхъ движеніяхъ перерѣзываютъ шейку, что однако надобно дѣлать очень осторожно и медленно, чтобы крючокъ не вырвался вдругъ и не поранилъ половыхъ частей матери, руки акушера.

Ф. 79.

§ 702. с) Весьма удобно дѣлать операцию, даже безъ помощи рѣзущихъ инструментовъ, посредствомъ *ключеобразнаго*



Игловидный ключеобразный крючокъ Браунъ.

*пуговчатого* крючка (или ключа) Браунъ, (фиг. 80) крѣпкого крючка, дл. 1", на верхнемъ концѣ плоскаго и оканчивающагося пуговкой, съ узкой кривизной. Обхвативъ шейку большимъ и двумя другими пальцами и приблизивъ ее къ передней стѣнкѣ таза, накладываютъ крючокъ на шейную часть позвоночнаго столба, сильнымъ влеченіемъ книзу плотно прижимаютъ его, подъ прикрытіемъ руки, находящейся въ половыхъ частяхъ, поворачиваютъ инструментъ нѣсколько разъ въ одномъ и томъ же направленіи (5—10 разъ) при постоянномъ притяженіи, и такимъ образомъ переламываютъ позвоночный столбъ; еслибы еще оставались мягкія части то ихъ крючкомъ притягиваютъ внизъ и перерѣзываютъ ножницами (Braun).



Крючокъ Levret'a для отсѣченія головки.

Впрочемъ этотъ способъ удается только при глубокомъ положеніи шейки и когда при томъ довольно пространства для вѣрнаго наложенія крючка. Также трудно совершенно отдѣлать кости, хотя и легко ихъ вывихнуть; въ такомъ случаѣ надобно еще употребить ножницы. По крайней мѣрѣ я испыталъ въ одномъ случаѣ запущеннаго поперечнаго положенія, къ которому меня пригласилъ въ деревню другой врачъ и въ которомъ всѣ средства къ устраненію *tetanus uteri* остались безуспѣшными. Другое неудобство Браунов-

скаго инструмента, которое я также испыталъ при этомъ случаѣ, состоитъ въ томъ, что при малой кривизнѣ его трудно, а при сильно развитой шейкѣ,—даже невозможно вложить ее въ кривизну и вполне захватить крючкомъ.

По отдѣленіи шейки, безъ труда извлекаютъ изъ половыхъ частей туловище за лежащую ручку при медленныхъ движеніяхъ; выведение головки, если она не выходитъ сама, дѣлается ниже описаннымъ образомъ.

§ 703. 2) *Excenteratio*. Вскрытіе полостей туловища показуется тамъ, гдѣ отнятіе головки невозможно, также при 2) и 3) обстоятельствахъ, изложенныхъ въ § 697. Механизмъ ея очень различенъ, смотря по преобладающимъ обстоятельствамъ, и нѣтъ возможности дать приличнаго способа въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Отнятіе въ поперечныхъ положеніяхъ лежащей ручки и здѣсь не нужно; оно допускается только при тазовыхъ положеніяхъ и такимъ смѣщеніи ручки, которое затрудняетъ дальнѣйшее извлечение. — По рукѣ, какъ по проводнику, вводятъ ножницеобразный прободникъ или крѣпкіе ножницы съ длинными рукоятками и острыми концами, изогнутыя нѣсколько по плоскости, инструментъ вонзаютъ въ часть, подлежащую вскрытію, и дѣлаютъ разрѣзъ, шириной въ нѣсколько дюймовъ, чрезъ которое можно бы было удалить внутренности. Когда такимъ образомъ обѣ полости будутъ опорожнены, сжимаютъ по возможности ихъ стѣнки, чтобы уменьшить туловище и сдѣлать его удобнымъ къ выведенію, или положить по нимъ себѣ путь къ ножкамъ. Если послѣднее не удается, то иногда бываетъ возможно провести въ тазъ нижній конецъ туловища посредствомъ приложенія тупаго или тупоконечнаго крючка къ задницѣ, или къ поясничной части позвоночнаго столба. Дальнѣйшее выведение младенца, смотря по обстоятельствамъ, предоставляется природѣ, или доканчивается помощію искусства. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ для уменьшенія и извлечения туловища можно съ пользой употреблять и черепокрушитель.

Во время раздробленія младенца и послѣ него состояніе матери заслуживаетъ полнаго вниманія, потому что эта операція для нея слишкомъ насильственна и сильно потрясаетъ ее, тѣмъ болѣе, что ей приходится еще и раньше не мало пострадать.

### III. Извлеченіе головки, оторванной отъ туловища.

§ 704. Эта операція имѣетъ мѣсто въ томъ случаѣ, когда отсѣкли головку; во всѣхъ же другихъ она есть

слѣдствіе грубыхъ или, по крайней мѣрѣ, безразсудныхъ пособій. Послѣднее случается тогда, когда извлекаемый за ножки младенецъ подвергся гніенію и вымачиванію. Въ подобномъ случаѣ не должно извлекать за туловище изъ опасенія оторвать головку; но если бы это и случилось, все таки извиняется состояніемъ плода. Совсѣмъ другое дѣло, когда онъ не подвергался вымачиванію, тутъ это составляетъ погрѣшность передъ искусствомъ, потомучто должно было употребить другія средства къ устраниенію, безъ сомнѣнія, сильнаго сопротивленія.

Если головка осталась въ половыхъ частяхъ, тазъ не узокъ или не слишкомъ узокъ и потуги не въ силахъ вывести ее, въ такомъ случаѣ часто удается ее удалить помощію пальцевъ, введенныхъ въ большую затылочную дыру. Иногда для достиженія этой цѣли полезно положить нѣсколько пальцевъ на лицо или въ ротъ, а большой на оставшуюся часть шеи. Если такимъ образомъ не достигаютъ цѣли, то, смотря по сопротивленію, употребляютъ щипцы или черепокрушитель. Если головка очень подвижна, то ее утверждаютъ давленіемъ снаружи. Прежде употреблявшееся прободеніе, тупые и острые крючки, экстракторы, тиртеты и крючкообразные щипцы древнихъ излишни и опасны.

§ 705. Послѣ родовъ, обезглавленнаго и лишеннаго внутренностей младенца должно обмыть, послѣднія вложить на свое мѣсто, поврежденныя и отдѣленныя мѣста наружныхъ покрововъ соединить швомъ, какъ это дѣлается при трупоразъятіяхъ. Это скроетъ отъ глазъ окружающихъ многое, что могло бы вызвать въ нихъ отвращеніе и ужасъ, и акушеръ въ подобныхъ сомнительныхъ случаяхъ все таки является помощникомъ въ крайности. Но въ такомъ случаѣ не должно показывать младенца матери; если бы явилась необходимость уступить неотступному ея требованію, то показать обезображеннаго младенца можно не иначе, какъ одѣтымъ и покрывъ разрушенныя мѣста.

## ГЛАВА VII.

### ИСКУССТВЕННОЕ ПРОЛОЖЕНІЕ НОВАГО РОДОВАГО ПУТИ.

#### I. Кесарское съченіе—*sectio caesarea*.

§ 706. *Кесарское съченіе (Laparo-hysterotomia)* состоитъ въ кровавомъ вскрытіи брюшной полости и матки, предпринимаемомъ съ цѣлью удалить черезъ рану младенца съ его принадлежностями.

*Цѣль* операции заключается въ томъ, чтобы спасти мать и младенца, гдѣ это возможно, если послѣдній не можетъ

родиться естественнымъ путемъ (*Кесарское съчненіе на живыхъ*), или доставить ему выходъ по смерти матери и дать такимъ образомъ средство къ сохраненію жизни (*Кесарское съчненіе на мертвыхъ*).

§ 707. *Исторія* Кесарскаго съчненія исходитъ до временъ мифическихъ. Она показываетъ, что прежде его дѣлали съ цѣлю спасти младенца въ случаѣ смерти матери. Нума Помпилій (?) издалъ законъ, запрещающій погребать умершихъ на исходѣ беременности или въ теченіи родовъ прежде, нежели будетъ вынуть изъ матки плодъ (*Lex regia*). Многие изъ замѣчательныхъ мужей римскихъ обязаны своей жизнью этому закону.—Названіе операциі (по Плинію) происходитъ отъ *caesareo matris utero*, откуда и самое слово Кесарское или Цесарское съчненіе. Этотъ законъ вполнѣ удержала Церковь, уже ради крещенія, и въ новѣйшее время онъ вошелъ въ составъ почти всѣхъ законодательствъ.—На живой женщинѣ эту операцию впервые сдѣлалъ Jakob Nuffer (на собственной своей женѣ) въ началѣ XVI столѣтія, хотя случай этотъ, какъ и многіе другіе, описанные Francois Rousset въ его статьѣ объ *Hysterotomie* не заслуживаютъ полнаго довѣрія и вѣроятно были только *разсчненія живота (Bauchschnitte)*. Первый достовѣрный случай Кесарскаго съчненія относится къ Iegem. Trautmann'у (въ Германіи), 1610. Съ сего времени Акушеры много занимались этой операцией и вособенности интересовались ей Французы и Нѣмцы, тогда какъ англійскіе акушеры совершенно отвергали ее, или по крайней мѣрѣ, допускали какъ крайнюю мѣру къ спасенію матери. Такое ученіе и до сихъ норъ господствуетъ въ Великобританіи, между тѣмъ какъ акушеры на континентѣ не считаютъ ее столь опасной и дѣлаютъ часто въ тѣхъ случаяхъ, когда жизни младенца угрожаетъ опасность.

§ 708. *Опасность при Кесарскомъ съчненіи* уже a priori слѣдуетъ изъ физиологическихъ данныхъ и самый опытъ достаточно подтверждаетъ это. Результаты многочисленныхъ наблюденій все таки въ ея пользу, потому что болѣе обнародовано случаевъ, кончившихъ благополучно, нежели на оборотъ. И если по нимъ смертность матерей равняется отношенію 2: 3, то можно съ точностью сказать, что изъ оперированныхъ умираетъ 70 — 80%.

Эта опасность, существующая даже и тамъ, гдѣ операциа дѣлается съ величайшей осторожностью, основывается на поврежденіи столь важныхъ органовъ, какъ вообще матка и брюшная полость, при томъ въ такое время, когда она вы-

полняетъ одну изъ величайшихъ задачъ. Въ частности она зависитъ отъ слѣдующихъ обстоятельствъ :

§ 709. 1) Отъ *кровотеченія* изъ перерѣзанныхъ сосудовъ матки, источника, который такъ сильно отличается отъ тѣхъ, изъ коихъ течетъ кровь при другихъ операціяхъ; потому-то и нельзя преодолѣть его обычными гемостатическими средствами и остановка его зависитъ исключительно отъ дѣятельности матки.

2) Отъ *потрясающаго сильнаго впечатлѣнія*, претерпѣваемаго *первой системой* при вскрытіи брюшной полости, поврежденіи изобилующей нервами матки и нарушеніи ея дѣятельности и важнѣйшаго процесса, происходящаго въ тѣлѣ въ такое короткое время.

3) Отъ послѣдствій, почти неразлучныхъ съ поврежденіемъ брюшины, хотя бы она была совершенно здорова и неприкосновенна и не была бы уже измѣнена другими состояніями; слѣд. отъ жестокаго *всеобщаго воспаленія брюшины*, появляющаго въ слѣдъ за операціей.

4) Отъ послѣдствій пораженія матки въ такое время, когда совершающійся въ ней процессъ состоитъ въ разрушеніи и удаленіи ея ткани, слѣд. представляетъ прямую противоположность съ тѣмъ, который нуженъ для заживленія раны. — Для заживленія раны необходимо воспаленіе, по крайней мѣрѣ, на незначительномъ пространствѣ; какъ легко можетъ оно усилиться до общаго воспаленія брюшины, какъ тѣсны предѣлы, которые отдѣляютъ цѣлебный процессъ отъ уничтожающаго! Ясно съ какимъ трудомъ можетъ совершиться заживленіе краевъ раны въ маткѣ, потому что для этого необходимо вышотѣніе и новообразование, тогда какъ процессъ существующій въ маткѣ послѣ родовъ, есть атрофія ея стѣнокъ (*Westa* въ *Medico-Chirurg. Transactions. Vol. XXXIV. 1851*).

§ 710. Изъ этого довольно ясно видна опасность, угрожающая каждой роженицѣ при Кесарскомъ сѣченіи. Въ частномъ случаѣ большая или меньшая напряженность ея, *предсказаніе*, зависитъ главнѣйшимъ образомъ отъ слѣдующихъ обстоятельствъ: отъ тѣлосложенія роженицы, отъ вліянія, которое произвела болѣзнь, требующая операціи, на общее состояніе; отъ душевнаго состоянія, съ которымъ она смотритъ на операцію; отъ времени, въ которое послѣдняя дѣлается; отъ того, что уже было сдѣлано до нея; отъ метода самой операціи; отъ того, какъ она сдѣлана, отъ послѣдовательнаго леченія и отъ состоянія матки послѣ по-

врежденія. Чѣмъ благопріятнѣе эти обстоятельства, чѣмъ лучше, способнѣе и благоразумнѣе мать смотритъ на операцию, чѣмъ раньше и скорѣе она дѣлается, чѣмъ меньше предшествовали другіе способы разрѣшенія, чѣмъ приличнѣе послѣдовательное леченіе и уходъ, чѣмъ энергичнѣе сокращается матка послѣ операциі, тѣмъ сильнѣе надежда и тѣмъ меньше опасность; тогда какъ при обратныхъ условіяхъ можно предсказать смертельный исходъ еще до операциі.

§ 711. Для младенца *предсказаніе* лучше, потому что отъ Кесарскаго сѣченія онъ вовсе не страдаетъ. Оно тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ менѣе онъ пострадалъ раньше, слѣд. чѣмъ меньше былъ сжатъ маточными сокращеніями, чѣмъ менѣе было сдѣлано на немъ попытокъ къ родоразрѣшенію и чѣмъ легче удастся извлеченіе черезъ рану. Поэтому надежды на спасеніе младенца всего больше въ томъ случаѣ, когда Кесарское сѣченіе дѣлается по стокѣ водъ. Но такъ какъ это не всегда возможно, такъ какъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ операция дѣлается и при мертвомъ младенцѣ, то нечего удивляться, если изъ младенцевъ, выведенныхъ на свѣтъ этой операцией, около 30 % и болѣе бываютъ мертвыми, или умираютъ вскорѣ послѣ родовъ. Конечно это печальный результатъ при операциі, предпринимаемой собственно для спасенія младенца, которому, мать почти всегда приносится въ жертву.

§ 712. *Кесарское сѣченіе показуется:*

1) *Безусловно* при суженіи таза въ такой степени, которая не позволяетъ ни уменьшенія плода, ни извлеченія младенца послѣ нея искусственнымъ путемъ, слѣд. при суженіи таза ниже 2", при *абсолютномъ, безусловномъ суженіи*. Здѣсь Кесарское сѣченіе дѣлается не съ той цѣлью, чтобы спасти двоихъ людей, но какъ послѣднее средство спасти или продлить жизнь роженицы. Слѣд. она дѣлается, не смотря на то, будетъ младенецъ живъ или нѣтъ. Впрочемъ въ послѣднемъ случаѣ не за чѣмъ напрасно трудиться и терять время, если будетъ возможность разрѣшить естественнымъ путемъ и спасти роженицу отъ опасности, вслѣдствіе операциі. И хотя вообще суженіе ниже 2" считается безусловнымъ показаніемъ къ Кесарскому сѣченію, тѣмъ не менѣе могутъ быть и такія обстоятельства, при которыхъ раздробленіе плода и въ подобномъ случаѣ будетъ возможно.

§ 713. 2) *Условно* Кесарское сѣченіе показуется при суженіи таза въ 3-й степени, а при извѣстныхъ обстоятельствахъ и въ болѣе сильныхъ формахъ 2-й. Условія при

этомъ суть : а) жизнь младенца ; в) убѣжденіе въ совершенной его способности къ жизни ; с) свободное согласіе матери на операцию ; d) такое состояніе, которое, по человѣческимъ предположеніямъ, допускаетъ возможность выздоровленія послѣ операциі. Если этихъ условій нѣтъ, то надобно отказаться отъ Кесарскаго сѣченія и приступить къ прободенію головки хотя бы и живаго младенца (ср. § 677).— Это показаніе одно изъ самыхъ невѣрныхъ въ акушерской практикѣ, выполненіе его большей частью зависитъ меньше отъ объективнаго пониманія дѣла, нежели отъ взглядовъ и знаній акушера. Въ самомъ дѣлѣ трудно сдѣлать выборъ изъ двухъ операций, изъ которыхъ одна конечно навѣрное убиваетъ младенца, но подаетъ наибольшую надежду на спасеніе матери, другая ставитъ послѣднюю въ сомнительное положеніе, даже ведетъ къ смерти, не представляя ручательства за спасеніе младенца. По теоріи совершенно справедливо, что жизнь младенца также драгоценна, какъ и матери, потомучто оба живыя существа. Въ практикѣ же совсѣмъ иное дѣло. Плодъ, находящійся еще въ маткѣ безпорно имѣетъ мало цѣны въ сравненіи съ матерью, привязанной къ жизни тысячами узъ. Его способность къ жизни не извѣстна, не извѣстно, останется ли онъ въ живыхъ, даже это въ высшей степени сомнительно, если вспомнить, какъ трудно воспитать младенца безъ груди матери, которой онъ непремѣнно лишится при обыкновенно несчастномъ для нея исходѣ операциі.

Въ самомъ дѣлѣ въ большинствѣ случаевъ вопросъ — нужно ли дѣлать Кесарское сѣченіе или нѣтъ при суженіи таза 2 — 3''? можно сравнить съ такимъ, кого принести въ жертву, мать или младенца? И сли взвѣсить всѣ опасности, угрожающія первой вслѣдствіе операциі, если сообразить, до какой степени счастливое преодолѣніе ихъ находятся внѣ области врачебнаго искусства, если знать, что большая ихъ часть необходима, слѣд. можетъ появиться въ каждомъ случаѣ, то будетъ ясно, почему всѣсклоняются не въ пользу Кесарскаго сѣченія и желаніе ограничить ее, по возможности, незначительнымъ числомъ, безусловными неправильностями основывается не на предразсудкѣ, а на убѣжденіи, почерпнутомъ изъ опыта и жизни.

§ 714. 3) *Закономъ требуется* Кесарское сѣченіе въ томъ случаѣ, когда женщина умерла въ теченіе родовъ или беременности, переступившей за 29 недѣлю, потомучто тогда младенецъ способенъ къ жизни и операция, быть можетъ,



спасетъ его. Только въ томъ случаѣ, когда разрѣшеніе естественнымъ путемъ легко и безвредно для младенца, можно приступить къ нему вмѣсто Кесарскаго сѣченія. Предсказаніе для младенца неблагопріятно, операція имѣетъ благополучный исходъ, когда мать умираетъ внезапно и тотчасъ дѣлается операція. Если младенецъ рождается мнимоумершимъ, то рѣдко удается возбудить снова слабыя искры жизни. — Надобно замѣтить, что операцію должно дѣлать совершенно по правиламъ искусства, которыя сейчасъ будутъ изложены, при чемъ надобно, какъ можно, болѣе щадить трупъ матери.

§ 715. *Условія* для производства операціи заключаются въ предъидущихъ §§, отсюда же видны и противопоказанія. Никогда не должно дѣлать ее, если силы роженицы такъ слабы, она до того изнурена, что нельзя ждать, чтобы она перенесла операцію. Во всѣхъ случаяхъ, когда она находится въ агоніи, надобно выждать ея смерти.

§ 716. Самое лучшее время для операціи есть конецъ разверзательнаго періода, когда маточное рыльце расширилось надлежащимъ образомъ и пузырь уже готовъ лопнуть. Тогда разовьются сильныя потуги и можно предполагать, что по выведеніи плода матка будетъ сокращаться надлежащимъ образомъ и рана закроется. Это время самое лучше также и потому, что роженицѣ придется мало страдать и младенецъ еще не былъ подъ сильнымъ давленіемъ со стороны матки. Ждать дальне, пока на подлежащей части младенца образуется опухоль (*Gräfe*) чрезвычайно неблаго-разумно и вредно, потому что матери и младенцу придется много страдать, душевное состояніе ея будетъ очень грустное и извлеченіе младенца изъ сильно сократившейся матки гораздо труднѣе и насильственнѣе, нежели при стоящихъ водахъ.

§ 717. *Приготовленія*. Передъ операціей должно сдѣлать испражненіе мочевого пузыря и кишечнаго канала, послѣднее надобно дѣлать также за нѣсколько дней; слабительныя должно давать легкія, а не проносныя, чтобы не было послѣ операціи послѣдовательнаго дѣйствія. Также хорошо за нѣсколько дней передъ операціей давать немного и легкой пици. Этимъ предотвращаютъ опасную рвоту, появляющуюся обыкновенно послѣ операціи, а если она и является, то бываетъ легко устранима. — Комната, въ которой дѣлаютъ операцію, должна быть свѣтлая и въ надлежащей степени теплая. Послѣднее есть очень важное обстоятельство; по крайней мѣрѣ изъ результатовъ, получен-

ныхъ въ послѣднее время *ex ovariotomia*, видно, что высокая температура операционной комнаты имѣетъ весьма благоприятное вліяніе на ходъ важныхъ операций на животѣ (*Stau*)— Ложке должно быть достаточно высоко и доступно со всѣхъ сторонъ; для этого всего удобнѣ длинный, узкій столъ, покрытый тюфякомъ. Платье должно быть легко и такъ устроено, чтобы можно было раскрыть животъ, не обнажая остальнаго тѣла.

§ 718. Помощниковъ надобно, по крайней мѣрѣ, четверо или пятеро; впрочемъ хорошо имѣть подъ рукой нѣсколько надежныхъ людей. При выборѣ ихъ надобно быть осторожнымъ, потому что успѣхъ зависитъ до извѣстной степени отъ ихъ толковитости. Такъ какъ столь важная операция никогда не дѣлается безъ предварительнаго совѣщанія съ однимъ или нѣсколькими болѣе опытными и искусными товарищами, вособенности хирургами, то главнѣйшія подробности довѣряются врачамъ. Два помощника должны производить ниже описанное давленіе на матку; одинъ—слѣдить за роженицей и хлороформировать ее; четвертый долженъ быть подъ рукой оператора. Если будетъ въ распоряженіи больше помощниковъ, то имъ поручается удержаніе роженицы, а потомъ попеченіе о новорожденномъ.

Необходимый наборъ содержитъ крѣпкія, брюшистый и прямой, пуговчатый бистурей, желобоватые зонды, крѣпкія и острые ножницы, артеріальный крючокъ и пинцетъ, достаточное количество навошенныхъ нитокъ, въ 1''' шир., вдѣтыхъ въ иглы съ острыми, обоюду острыми концами; далѣе длинныя полоски липкаго пластыря, 1'' шир., корпія, плюмассо, компрессы, большія и маленькія мягкія губки. Надобно приготовить достаточное число полотенцевъ, теплой и холодной воды, льда, масла, вина, оживляющихъ и освѣжающихъ средствъ. Также надобно имѣть въ готовности щипцы, которые могутъ понадобится для извлеченія головки изъ матки.

§ 719. Выше упомянутыя полоски липкаго пластыря раскладываютъ надлежащимъ образомъ на операционномъ столѣ прежде, нежели положить на него роженицу, и при томъ такъ, чтобы середина ихъ приходилась на поясничную и верхнюю часть крестцовой области. Тогда послѣ операции ихъ можно будетъ наложить на рану, не перекладывая роженицы.

Передъ началомъ Кесарскаго сѣченія надобно нахлороформировать роженицу, доводя накуртизацию до полной потери чувствительности и движенія. Вредъ, происходящій отъ

него, по существующимъ наблюденіямъ, ложный, или по крайней мѣрѣ незначителенъ, такъ что его можно избѣжать. За то выгоды велики. Потрясающее вліяніе на роженицу всей операціи, боль и тоска устраняются, а это уменьшаетъ упадокъ силъ послѣ нея. Спокойное положеніе, вызываемое наркотизаціей, предотвращаетъ выпаденіе кишекъ, дѣлаетъ возможнымъ болѣе скорое и покойное производство операціи, и такимъ образомъ содѣйствуетъ достиженію счастливаго результата.

§ 720. Относительно мѣста разрѣза были сдѣланы или, по крайней мѣрѣ, предложены слѣдующіе методы :

1) *Разрѣзъ по бѣлой линіи*, совѣтуемый вособенности Deleurye.

2) *Боковой разрѣзъ* (сбоку *lineae albae*, параллельно ей), самый древній способъ, совѣтуемый вособенности Leuret'омъ. Его дѣлаютъ на сторонѣ, соответствующей положенію дна матки. Millot совѣтовалъ дѣлать его на противоположной сторонѣ (?).

3) *Поперечный разрѣзъ* по Laucherjat'у, шир. 5 — 6", идущій поперечно по животу, между прямымъ мускуломъ и позвоночнымъ столбомъ, по той сторонѣ, въ которую складывается дно матки.

4) *Диагональный разрѣзъ* Stein'a мл., идущій отъ конца послѣдняго ложнаго ребра одной стороны къ концу вѣтви лонной кости другой; середина его должна падать на бѣлую линію живота.

5) *Влагалищно-брюшной разрѣзъ*, т. е. разрѣзъ чрезъ брюшные покровы и дно влагалища, при чемъ матка или вовсе не обнажается или только въ самой нижней ея части (Jögg). V. Ritgen исполняетъ этотъ методъ безъ поврежденія брюшины. Сходенъ съ этимъ способъ, предложенный Phusick'омъ и Beaudelocque'омъ (племянникомъ.)

6) Наконецъ для полноты надобно еще упомянуть способъ F. V. Osiander'a, рукой (?), введенной въ матку, прижимаютъ головку къ брюшнымъ покровамъ и на ней, какъ на опухоли, проводится разрѣзъ, дл. 4 — 5", и чрезъ нее проводятъ головку.

*Изъ всѣхъ этихъ методовъ разрѣзъ по бѣлой линіи представляетъ наибольшія выгоды и онъ вытѣснилъ прочіе. На бѣлой линіи, приходится ранить весьма не многіе сосуды, рана имѣетъ самую незначительную глубину, она всего лучше соответствуетъ ранѣ въ маткѣ, содѣйствуетъ истеченію изъ раны отдѣлений и при этомъ разрѣзѣ всего труднѣе проис-*

ходятъ выпаденія кишекъ. Только при сильно косвенномъ положеніи можно избирать боковой разрѣзъ.

§ 721. *Производство операціи.* Оно заключается въ себѣ 4 акта: вскрытіе брюшной полости, матки, удаленіе младенца съ его принадлежностями и наложеніе перевязки. Операторъ становится вправо отъ роженицы и назначаетъ мѣста помощникамъ. Изъ двоихъ болѣе искусныхъ, одного помѣщаетъ противъ себя, другаго съ правой стороны; постояннымъ разглаживаніемъ брюшныхъ покрововъ они отводятъ въ сторону кишечныя петли, находящіяся впереди дна матки, и, когда операторъ убѣдится въ успѣшности этихъ манипуляцій, кладутъ руки, съ обращенными другъ къ другу концами пальцевъ, на животъ по сторонамъ бѣлой линіи такъ, чтобы стѣнки его плотно прилегали къ маткѣ и препятствовали выпаденію кишечныхъ петель. Этотъ видъ давленія удобнѣе и безопаснѣе, нежели предложенный Gg äfe посредствомъ губокъ (*Kreisschwammdruck*). Третій помощникъ становится съ другой стороны оператора и подаетъ инструменты, четвертой хлороформируетъ, другіе держатъ роженицу. Когда все это приведено въ порядокъ, операторъ начинаетъ разрѣзъ.

§ 722. Натягивая лѣвой рукой кожу, дѣлаютъ за одинъ пріемъ длинный разрѣзъ, начинающійся подъ пупкомъ и оканчивающійся около  $1-1\frac{1}{2}$ " надъ лонными костями. Если пространство между пупкомъ и лонными костями слишкомъ мало, то можно расширить рану, продолжая ее кверху и влѣво отъ пупка. Кожу разрѣзываютъ за одинъ пріемъ посредствомъ брюшистаго бистуреа, мышцы и фасціи отдѣляются осторожно длинными сбченіями до тѣхъ поръ, пока откроется брюшина. Потеря крови бываетъ незначительна; если бы оно сдѣлалось сильнѣе, то его можно остановить скручиваніемъ кровотокащихъ артерій или перевязываніемъ, чтобы предотвратить изліаніе въ брюшную полость. За тѣмъ перерѣзывается брюшина въ верхнемъ углу раны, на пространствѣ 1", указательный палецъ лѣвой руки вводятъ въ отверстие и по нему доканчиваютъ разрѣзъ пуговчатымъ бистуреемъ. Указательный палецъ долженъ постоянно наблюдать за ножомъ, чтобы не поранить кишечныхъ петель и мочеваго пузыря. При вскрытіи брюшной полости, помощники должны вособенности плотно прижимать стѣнки ея къ маткѣ; если бы, не смотря и на это, выпала кишечная петля, то ее нужно тотчасъ вправить.

§ 723. Какъ только появится багровая матка, помощ-

ники и несколько пропускают ее въ рану, такъ чтобы она возвышалась надъ нея уровнемъ и брюшныя стѣнки плотно прилегали къ ней. Потомъ короткими сѣченіями разрѣзываютъ ея ткань, на пространствѣ 1", въ сторонѣ верхняго угла раны. Когда покажутся оболочки, то въ маленькую рану вводятъ указательный палецъ лѣвой руки и по нему продолжаютъ разрѣзъ пуговчатымъ бистуреемъ до 4 — 5". Чѣмъ меньше рана и чѣмъ болѣе она идетъ къ дну матки, тѣмъ лучше. Кровь, истекающую изъ поверхности разрѣза, тотчасъ очищаютъ губками; постоянное выступленіе матки въ рану на животѣ и прижатіе къ ней краевъ ея всего вѣрнѣе предотвращаетъ изліяніе въ брюшную полость. Если бы разрѣзъ въ маткѣ попалъ на мѣсто прикрѣпленія послѣда, что можно узнать по широкой поверхности разрѣза, губчатому его свойству, темнокрасному цвѣту и обильному кровозліянію, въ такомъ случаѣ надобно скорѣе кончить разрѣзъ, отдѣлить послѣдъ, на сколько можно и нужно, и послѣднить съ развитіемъ младенца.

§ 724. Вскрытіе яйцовыхъ оболочекъ, если онѣ не были повреждены еще до операциі или при разрѣзѣ матки, можно дѣлать *въ самой ранѣ или черезъ влагалище въ маточномъ рыльцѣ*. При обиліи околоплодной жидкости, послѣднее имѣетъ нѣкоторыя преимущества; въ другихъ случаяхъ лучше разорвать оболочки въ ранѣ, потомучто при разрывѣ пузыря чрезъ влагалище часто теряется слишкомъ много времени, потомучто при истеченіи воды изъ раны легко можно проникнуть въ матку и быстро извлечь младенца, наконецъ потомучто вредныя послѣдствія отъ кровозліянія въ брюшную полость, котораго такъ опасаются, можно предотвратить искуснымъ давленіемъ. Поэтому вскрываютъ пузырь въ срединѣ раны, быстро проникаютъ въ него, захватываютъ ножки и за нихъ медленно извлекаютъ младенца; сокращающіеся края матки не легко могутъ ущемить шейку. Только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ и при несоблюденіи главныхъ правилъ, при невнимательности можетъ случиться настоящая необходимость развить головку щипцами или даже расширить рану. Если головка непосредственно выдается въ рану, то можно начать извлеченіе съ нея, но никогда не должно извлекать за ручки или плечики. — За тѣмъ быстро перерѣзываютъ пуповину и передаютъ младенца третьему помощнику.

§ 725. При опорожненіи маточной полости, представляется большая опасность отъ вышаденія кишекъ и саль-

ника, такъ какъ при уменьшеніи матки кишечныя петли стремятся занять освобожденное ей пространство и такимъ образомъ легко появляются въ ранѣ. Постоянное, тщательное прижатіе брюшныхъ стѣнокъ къ маткѣ и выстояніе ея надъ уровеніемъ раны на нѣсколько дюймовъ, всего вѣрнѣе предотвращаютъ это обстоятельство; если же оно случилось, то надобно тотчасъ же вложить выпавшую петлю.

Оставивъ роженицу на нѣкоторое время (около 10 минутъ) въ покоѣ, удаляютъ послѣдъ черезъ рану, если видятъ, что самъ собой онъ не выйдетъ, при чемъ одной рукой придерживаютъ пуповину, близъ самаго послѣда, а другою вынимаютъ его. Но дѣлать это надобно медленно и осторожно; дѣйствительное отлушеніе послѣда допускается только въ томъ случаѣ, когда существуютъ приращенія его, или когда неблагоприятныя припадки требуютъ быстрого окончанія этой части операціи. Всѣ принадлежности младенца должно удалить со всей внимательностью, потомучто задержаніе ихъ нарушаетъ сокращенія матки, подаютъ поводъ къ послѣдовательному кровотеченію, или онѣ могутъ быть извергнуты въ брюшную полость. Нельзя принять совѣта, по которому надобно удалять послѣдъ черезъ маточное рыльце, потомучто эта операція труднѣе и не предоставляетъ никакихъ выгодъ. Но рѣшительно непонятно предложеніе, предоставлять послѣдъ самому себѣ!

726. По окончательномъ освобожденіи полости матки рану обмываютъ посредствомъ губокъ, смоченныхъ водою со льдомъ, и на нѣкоторое время оставляютъ въ покоѣ. Приходящія иногда изліянія въ брюшную полость крови и околоплодной жидкости удаляютъ осторожно губкой, смоченной теплою водою. Если матка сократилась довольно плотно и можно надѣяться на прочность сокращеній, то приступаютъ къ соединенію раны. Матку оставляютъ неприкосновенной, и совѣтъ, по которому надобно соединять ея рану (Lauverjat, Lebas) или сшивать вмѣстѣ края раны въ маткѣ и брюшныхъ стѣнкахъ (Pilloge), долженъ быть совершенно отвергнутъ, потомучто, при послѣдующемъ уменьшеніи матки, въ первомъ случаѣ швы должны ослабѣть, въ послѣднемъ разорваться. Поэтому соединяютъ только рану на брюшныхъ покровахъ, проводя нитку, 1''' шир., съ иглами на обоихъ концахъ, изнутри снаружи такъ, чтобы точка выхода иглы отстояла отъ края раны на  $\frac{1}{2}$ ". Отдѣльные швы отстоятъ одинъ отъ другаго на  $1-1\frac{1}{2}$ ", верхній лежитъ на  $\frac{1}{2}$ " ниже угла раны, внизу остается свободное пространство въ  $1\frac{1}{2}$ ".

По наложеніи всѣхъ швовъ, иглы вынимаютъ, еще разъ убѣждаются въ томъ, что въ ранѣ нѣтъ ни салника, ни кишечныхъ петель, за тѣмъ завязываютъ самый верхній шовъ, за нимъ остальные и при томъ такъ, чтобы концы находились съ боку раны. Верхніе швы стягиваютъ плотнѣе нижнихъ. Когда все это будетъ сдѣлано, въ нижній уголъ раны кладутъ плюмассо, съ боковъ раны и на нее компрессъ, потомъ накладываютъ заблаговременно подложенныя подъ роженицу полоски липкаго пластыря косвенно сверху внизъ, такъ чтобы концы ихъ перекрещивались между швами. Первая полоска накладывается поверхъ перваго шва, странство ниже послѣдняго шва остается свободнымъ. Между отдѣльными полосками долженъ оставаться небольшой свободный промежутокъ. Все покрывается корпией и мягкими компрессами, а въ заключеніе брюшной повязкой. За тѣмъ переносятъ оперированную съ величайшей осторожностью на согрѣтую кровать, приставленную къ операционному столу.

§ 727. Дальнѣйшее леченіе зависитъ отъ общаго состоянія больной и появляющихся иногда опасныхъ припадковъ. Леченіе самой раны идетъ по извѣстнымъ правиламъ Хирургіи. При этомъ надобно помнить, что имѣютъ дѣло съ тяжело раненой, и главное вниманіе обратить на успокоеніе возбужденной нервной системы и на правильность родильныхъ отправленій. Для этого полезно дать надлежащее количество опія, когда родильница нѣсколько отдохнетъ; чрезъ нѣсколько часовъ повторять его въ малыхъ приемахъ съ эфиромъ. На рану кладутъ пузырь со льдомъ. При склонности къ рвотѣ даютъ ледъ и внутрь. Лежачія примочки снимаются уже тогда, когда онѣ будутъ неприятны родильницѣ. Въ комнатѣ ея долженъ быть величайшій покой; пища должна быть по возможности скудная и простая. Надобно избѣгать всего, что раздражаетъ кишечный каналъ, и поэтому въ теченіе перваго дня надобно позаботиться объ испражненіи низомъ, чему способствуютъ простыми промывательными.—Перевязку въ первый день не возобновляютъ, въ крайнемъ случаѣ переменяютъ просочившуюся корпию и компрессы. Только, если полоски липкаго пластыря мѣшаютъ растяженію живота, происходящему всегда вслѣдствіе метеоризма, то ихъ надобно перерѣзать и замѣнить новыми. Спустя около 3 дней, кровавые швы снимаютъ, потому что тогда и сухаго шва бываетъ достаточно для удержанія соединенныхъ краевъ раны. Эта перевязка липкимъ пластыремъ продолжается еще нѣсколько недѣль, а брюшную повязку

носить еще дольше. Когда оперированная можетъ встать съ постели, это зависитъ отъ совокупности явленій и ея состоянія.

§ 728. Такое правильное и благоприятное теченіе можетъ быть нарушено множествомъ дурныхъ обстоятельствъ и, къ сожалѣнію, даже слишкомъ часто. Изъ нихъ самыя дурныя—кровотеченіе и ущемленіе кишекъ, потомучто они заставляютъ снова раскрывать рану и могутъ быстро убить вслѣдствіе истощенія и общаго воспаленія брюшины. Я не буду излагать здѣсь общихъ правилъ для леченія всѣхъ этихъ обстоятельствъ, какъ упадка силъ, воспаленія брюшины, а замѣчу только относительно послѣдняго, что нужно быть очень осторожнымъ и воздержнымъ касательно общихъ кровопусканій, тогда какъ мѣстныя, близъ самой раны, чрезвычайно полезны и вполне замѣняютъ его.

## II. Разсѣченіе живота — Gastrotomia (Laparotomia).

§ 729. Эта операція, состоящая въ вскрытіи брюшной полости, предпринимается съ цѣлью спасти находящагося въ ней младенца.

*Поэтому она показуется:*

1) Въ случаяхъ *разрыва матки*, когда младенецъ вышелъ совершенно или большей частью въ брюшную полость. Въ этомъ случаѣ, разрѣшеніе естественнымъ путемъ посредствомъ поворота, хотя вообще и возможно, но самое плохое средство, потомучто при этомъ младенецъ всегда погибаетъ, а разрывъ матки увеличивается. Предоставлять же дѣло самому себѣ конечно безразсудно, если младенецъ обнаруживаетъ признаки жизни, потомучто такимъ образомъ онъ дѣлается жертвой. И мать также можно считать погибшей, потомучто, хотя и есть случаи, въ которыхъ она оставалась въ живыхъ, тѣмъ не менѣе они чрезвычайно рѣдки и доказываютъ только то, что целебные источники природы неисчерпаемы. Но можно ли это предвидѣть? А между тѣмъ развѣ неизвѣстно, что не малое число женщинъ умерли потому, что ихъ лишили послѣдняго средства къ спасенію, немедленнаго удаленія младенца? Поэтому въ правѣ извлекать младенца помощію разрѣза и въ томъ случаѣ, когда мертвый младенецъ поступить въ брюшную полость; при живомъ же надобно дѣлать это уже и для его спасенія.

§ 730. 2) *При вильматовичной беременности*,—если а) младенецъ явственно живъ и зрѣлъ, или почти зрѣлъ; б) если отъ



присутствія яйца, хотя бы в мертвого, появились припадки, угрожающіе жизни матери, которые можно устранить, удаливъ его; с) когда природа усиливается удалить мертвый плодъ черезъ брюшныя стѣнки. Въ этомъ случаѣ надрѣзь предупреждаетъ эти усилія.

§ 731. Разсѣченіе представляетъ операцию, очень опасную для матери. Хотя она состоитъ и въ простомъ вскрытіи брюшной полости и, повидимому, должна бы давать болѣе благоприятное предсказаніе, нежели Кесарское сѣченіе, однако надобно припомнить и то, что въ одномъ случаѣ существуетъ разрывъ, слѣд. поврежденіе по всей вѣроятности страждущей матки, въ другомъ вскрывается плодовой мѣшокъ и частію остается, отлущается послѣдъ, прикрѣпленный на большомъ пространствѣ, слѣд. дѣлается маневръ, вызывающій совершенно столько же опасности, какъ и Кесарское сѣченіе, къ тому же разорванныхъ сосудовъ послѣда не могутъ запереть сокращенія матки. Вторичныя кровотеченія и воспаленія брюшины также часты послѣ разсѣченія живота, какъ и послѣ той операци. Тѣмъ не менѣе опытъ показываетъ, что уже нѣкоторыя матери и дѣти обязаны ей своимъ спасеніемъ.

§ 732. Аппаратъ, необходимый для операци, размѣщеніе помощниковъ, кровать, приготовленія совершенно тѣже, какъ и при Кесарскомъ сѣченіи. Тоже относится и къ производству операци, только направленіе и положеніе разрѣза зависитъ отъ направленія и положенія младенца, и онъ проводится тамъ, гдѣ послѣдній лежитъ наибольшей своей окружностью. Удаленіе послѣда, при вѣматочной беременностн, часто представляетъ затрудненія. Если невозможно отдѣлить его совершенно, то лучше вовсе оставить его, потому что мѣстное отлущеніе вызываетъ сильное кровотеченіе. Тоже относится и къ плодовому мѣшку. При отдѣленіи его надобно остерегаться, чтобы не повредить органовъ, съ которыми онъ такъ часто тѣсно срастается. Лучше оставить его и ждать постепеннаго удаленія черезъ рану.\*

§ 733. Если при вѣматочной беременностн зрѣлый плодъ опускается такъ глубоко въ сводъ влагалища, что его можно явственно осязать, и въ то же время тазь не представляетъ препятствій къ прохожденію его, то можно доставить ему свободный выходъ, произведя разрѣзь въ днѣ влагалища (Mothe, King). Эту операцию называютъ разсѣченіемъ влагалища — *elytrotomia, colpotosia*. Она дѣлается въ томъ слу-

чаѣ, когда при мертвомъ плодѣ, находящемся внѣ матки, угрожаетъ выдѣленіе его черезъ дно влагалища.

§ 734. Операция дѣлается такъ: по испражненіи мочевого пузыря и прямой кишки, вводятъ во влагалище руку и нѣсколькими пальцами окружаютъ то мѣсто, гдѣ всего явственнѣе прощупывается предлежащая часть младенца; по этой рукѣ вводятъ брюшистый бистурей, завернутый почти до конца липкимъ пластыремъ, и мелкими сѣченіями вскрываютъ сводъ влагалища, въ направленіи косаго или поперечнаго діаметра таза. Сдѣланное отверстіе расширяютъ въ обѣ стороны пуговчатымъ бистуреемъ, превращаютъ также въ крестообразное. Если пузырь цѣль, то его разрываютъ въ ранѣ. При этомъ плодъ опускается въ тазъ и долженъ быть извлекаемъ операторомъ за головку или за ножки. При косомъ положеніи необходимо его исправить. Спустя нѣкоторое время, удаляютъ послѣдъ, если это легко; въ противномъ случаѣ оставляютъ его совершенно.

Послѣдовательное леченіе состоитъ въ введеніи корпіи или нѣжныхъ губокъ во влагалище; или же тампонируютъ рану при кровотеченіи. Остальное дѣлается по правиламъ хирургіи.

Вмѣсто прободенія головки и Кесарскаго сѣченія Sigault (1768) предложилъ *разсѣченіе лобковаго соединенія*, чтобы такимъ образомъ достаточно расширить тазъ для прохожденія младенца—*symphysiotomia, synchondrotomia*. Это предложеніе, принятое Парижской Академіей безъ сочувствія, онъ примѣнилъ къ дѣлу вмѣстѣ съ Lego и подалъ этимъ примѣръ другимъ для подражанія. Слава Богу, что эта операция имѣетъ только историческое значеніе, потому что она совершенно не достигаетъ своей цѣли. Выигрышь пространства, особенно въ соединительномъ размѣрѣ, при узкомъ тазѣ чрезвычайно незначителенъ; крестцовоподвздошное соединеніе часто окостенѣваетъ, а чрезъ это операция дѣлается совершенно бесполезной; мочеиспускательный каналъ и мочевого пузыря подвергаются раненію и ущемляются, не смотря на всѣ предосторожности, а это мѣшаетъ нормальному исцѣленію; при извлеченіи младенца и растаженіи таза, междууставные хрящи и сосѣдніе съ ними сосуды могутъ лопнуть. Все это довольно основательныя причины для того, чтобы оправдать полное отверженіе этой операции, какъ и *pubiotomiae Stollz'a* (подкожнаго перепиливанія лонной кости вмѣстѣ съ лоннымъ сочлененіемъ).—Только съ сожалѣніемъ можно смотрѣть на предложеніе Aitken'a—перерѣзывать всю лонную кость до конца горизонтальной и нисходящей вѣтви

и потомъ снова залечить, — и съ отвращеніемъ на сдѣланное Galbati и Ippolit'омъ, которые дѣйствительно перерѣзали тазъ спереди на 5 мѣстахъ (1832 и 1841), конечно съ самыми несчастными послѣдствіями какъ для матери, такъ и для младенца.

**Прибавленіе: насильственное родоразрѣшеніе—association forcée.**

§ 735. Насильственнымъ родоразрѣшеніемъ, о которомъ уже много разъ упоминалось въ 3-мъ отдѣленіи, называется та операція, которая имѣетъ цѣлью скорое выведеніе младенца и послѣда изъ матки при закрытомъ, или же мало разверстомъ маточномъ рыльцѣ. Она состоитъ изъ цѣлаго ряда различныхъ операций, которыя уже описаны раньше: въ расширеніи маточнаго рыльца, вскрытіи яйцовыхъ оболочекъ, въ поворотѣ на ножки и въ извлеченіи за нихъ, наконецъ въ выведеніи послѣда. Эта операція, производившаяся въ прежнія времена по разнымъ способамъ, принадлежитъ къ самымъ опаснымъ акушерскимъ операціямъ. Отдѣльныя части ея уже сами по себѣ довольно опасны, а тутъ онѣ быстро слѣдуютъ одна за другой, къ тому же дѣлаются на особѣ, которой состояніе и безъ того уже безотраднo, если она подвергается такимъ мѣрамъ! Поэтому нечего удивляться, что при этой операціи такъ рѣдко спасаютъ мать и младенца.

§ 736. Изъ этого слѣдуетъ, что насильственное родоразрѣшеніе должно дѣлать только въ случаѣ необходимости, именно тамъ, гдѣ, вслѣдствіе какихъ нибудь случайностей, жизнь матери находится въ крайней опасности и быстрое родоразрѣшеніе составляетъ единственную, хотя и слабую надежду на спасеніе ея и младенца. Сюда относятся жестокія *кровотеченія при plac. praevia*, неуступающія никакому другому леченію; въ рѣдкихъ случаяхъ *эклампсія*, появляющаяся въ беремености и въ началѣ родовъ (о чемъ смот. выше). *Кажущаяся или дѣйствительная смерть матери*, нѣкоторыя также считаемая за показаніе къ насильственному родоразрѣшенію, сюда не относится, потому что въ случаѣ дѣйствительной смерти назначается только Кесарское сѣченіе, которое для младенца всего безопаснѣе, а при кажущейся насильственное родоразрѣшеніе только совершенно убило бы

мать, а съ ней и младенца. Въ такомъ случаѣ показываются оживляющія средства, при бесполезности же ихъ, когда смерть дѣйствительно наступила, Кесарское сѣченіе.

§ 737. Нѣтъ надобности излагать производства насильственного родоразрѣшенія, потому что отдѣльные акты уже описаны на своихъ мѣстахъ. Здѣсь надобно только замѣтить, что должно по возможности избѣгать бурной поспѣшности, обращать вниманіе на состояніе роженицы и пользоваться всякимъ намекомъ, подаваемымъ намъ природой.

К О Н Е Ц Ъ .

## ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
Введение § 1—3.....	1.

### ОТДѢЛЕНИЕ ПЕРВОЕ.

#### *Предготовительное учение.*

Первый отдѣлъ. Нижняя полость туловища, тазъ и половыя части § 4.....	3.
А. Нижняя полость туловища, такъ назыв. брюшная полость § 5—10.....	—
В. Тазъ § 11—22.....	7.
С. Половыя части и сосѣднія съ ними органы § 23—34.....	15.
Повторный обзоръ положенія и направленія частей въ тазѣ § 35—39.....	25.
Прибавленіе: Груды § 40.....	29.
Второй отдѣлъ. Акушерское изслѣдованіе § 41—45	31.
А. Наружное изслѣдованіе § 46—49.....	34.
В. Внутреннее изслѣдованіе § 50—55.....	36.
С. Измѣреніе таза § 56—63.....	40.

### ОТДѢЛЕНИЕ ВТОРОЕ.

*Физиологія и діететика беременности, родовъ и родильнаго состоянія.*

#### Первый отдѣлъ.

Физиологія и діететика беременности § 64—71... 48.	48.
Глава первая. Измѣненія въ организмѣ матери. 52.	52.
I. Измѣненія въ половыхъ частяхъ § 72—78.....	—
II. Измѣненія въ сосѣднихъ органахъ § 79—81..	58.
III. Измѣненія во всемъ организмѣ § 82—84.....	60.

	<i>Стр.</i>
ВТОРАЯ ГЛАВА. Развитие яйца до полного созрѣванія.....	63.
I. Развитие яйца до образованія втораго кровообращенія § 85—95.....	—
II. Яйцо въ разные мѣсяцы беременности § 96—104.....	71.
III. Зрѣлое яйцо.....	74.
A. Принадлежности младенца § 105—111.....	—
B. Плодъ § 112—121.....	80.
ПРИБАВЛЕНИЕ: Многоплодная беременность § 122—124.....	89.
ТРЕТЬЯ ГЛАВА. Распознаваніе беременности § 125—128.....	91.
I. Критическій обзоръ признаковъ беременности § 129—133.....	94.
II. Счисленіе продолжительности беременности; время счисленія беременности § 134—137.....	98.
III. Распознаваніе сложной беременности § 138.....	103.
IV. Распознаваніе первой и повторной беременности § 139—140.....	104.
V. Распознаваніе жизни и смерти плода § 141—144.....	106.
ЧЕТВЕРТАЯ ГЛАВА. Діететика беременности § 145—149.....	108.

#### ВТОРОЙ ОТДѢЛЪ.

Физиологія и Діететика родовъ § 150—154.....	112.
ПЕРВАЯ ГЛАВА. Изгоняющія силы.....	116.
I. Сокращенія матки, потуги § 155—162.....	—
II. Сокращенія влагалища § 163.....	120.
III. Дѣйствіе брюшныхъ мышцъ § 164.....	—
ВТОРАЯ ГЛАВА. Теченіе родовъ вообще § 165—166.....	121.
I. Періодъ разверзанія § 167.....	123.
II. Періодъ выведенія плода § 168—169.....	125.
III. Періодъ выведенія послѣда § 170.....	126.
Продолжительность родовъ. Различіе между первыми и повторными родами § 171—172.....	127.
ТРЕТЬЯ ГЛАВА. Механизмъ родовъ.....	129.
I. Положенія младенца и ихъ распознаваніе § 173—181.....	129.
II. Механизмъ родовъ при отдѣльныхъ положеніяхъ.....	134.
1. Черепныя положенія § 182—188.....	134.
2. Лицевыя положенія § 189—194.....	139.
3. Тазовыя положенія § 195—201.....	143.

Предсказаніе для матери и младенца при отдѣльныхъ положеніяхъ и постановкахъ § 202—205.....	148.
Теченіе родовъ при многоплодной беременноти § 206—209.....	151.
ЧЕТВЕРТАЯ ГЛАВА. Діететика родовъ § 210....	152.
I. Общія правила § 211—216.....	153.
II. Лечение отдѣльныхъ періодовъ родовъ § 217—226	157.
III. Видоизмѣненія описанныхъ дѣйствій при разныхъ положеніяхъ § 227—229.....	163.
Объ употребленіи хлороформа въ Акушерствѣ, особенно при правильныхъ родахъ § 230—234.....	166.

## ТРЕТІЙ ОТДѢЛЪ.

Физиологія и діететика родильнаго состоянія § 235... ..	172.
ПЕРВАЯ ГЛАВА. Измѣненія въ тѣлѣ матери.....	—
I. Во всемъ организмѣ § 236—238.....	—
II. Измѣненія въ половыхъ органахъ § 239—245	174.
III. Измѣненія въ грудяхъ § 246—250.....	179.
IV. Распознаваніе родильнаго состоянія § 251—254.	183.
ВТОРАЯ ГЛАВА. Измѣненія, происходящія въ новорожденномъ младенцѣ.....	185.
I. Дыханіе и кровообращеніе § 255—258... ..	—
II. Измѣненія въ питаніи и отдѣленіяхъ § 259... ..	187.
ТРЕТЬЯ ГЛАВА. Діететика родильнаго состоянія..	188.
I. Попеченіе о родильницѣ § 260—269.....	—
II. Попеченіе о новорожденномъ § 270—281.....	195
ПРИБАВЛЕНІЕ. Мнимая смерть новорожденныхъ § 282—287.....	202.

## ОТДѢЛЕНІЕ ТРЕТЬЕ.

*Патологія и Терапія беременности и родовъ.*

## ПЕРВЫЙ ОТДѢЛЪ.

Патологія и терапія беременности § 288.....	206.
ПЕРВАЯ ГЛАВА. Общія конституціональныя болѣзни беременныхъ § 289—314.....	—
ВТОРАЯ ГЛАВА. Разстройство въ беременности отъ чорковъ половыхъ органовъ § 315.....	224.

1. Выпаденіе беременной матки и влагалища § 316—319.....	225.
2. Отклоненіе беременной матки впередь § 320—321.....	227.
3. Отклоненіе беременной матки назадь § 322—326.....	228.
4. Hydroorrhoea § 327—328.....	232.
Третья глава. Болѣзни яйца § 329.....	234.
1. Hydramnios § 330—332.....	235.
2. Беременность заносомъ (mola) § 333—337.....	236.
3. Вѣматочная беременность § 338—351.....	239.
Четвертая глава. Маточныя кровотеченія у беременныхъ (остановка беременности прежде естественнаго ея окончанія) § 352—354.....	248.
1. Кровотеченія въ первые 7 мѣсяцевъ беременности—abortus § 355—367.....	249.
2. Кровотеченія въ послѣднія 3 мѣсяца беременности § 368.....	256.
a) При нормальномъ положеніи послѣда § 369—372.....	257.
b) При неправильномъ положеніи послѣда—plac. praevia § 373—385.....	259.

## Второй отдѣлъ.

Патологія и терапія родовъ § 386—388.....	268.
Первая глава. Неправильности родовъ отъ измѣненнаго отношенія силы къ сопротивленію.—Трудные роды.....	270.
А. Неправильности изгоняющей силы. Неправильности потугъ § 389.....	—
I. Слишкомъ слабыя потуги § 390—397.....	271.
II. Слишкомъ сильныя потуги § 398—402.....	277.
III. Неравнобѣрныя потуги—судорожныя § 403—406.....	280.
IV. Неправильности силъ, содѣйствующихъ потугамъ § 407—408.....	285.
В. Неправильности таза § 409.....	286.
I. Слишкомъ узкій тазъ § 410—437.....	287.
II. Слишкомъ широкій тазъ § 438—439.....	314.
С. Затрудненіе родовъ со стороны половыхъ частей. 316.	
I. Неправильности формы § 440—441.....	—
II. Неправильности положеній § 442—447.....	318.
III. Запираніе, суженіе и неуступчивость родового пути § 448—452.....	322.
IV. Новообразованія и опухоли § 453—457.....	326.



	<i>Стр.</i>
D. Неправильности родовъ со стороны младенца и его принадлежностей . . . . .	329.
I. Неправильности величины и формы § 458—463. —	—
II Неправильности постановки и членорасположенія § 464—470 . . . . .	334.
III. Неправильныя положенія — поперечныя положенія § 471—475. . . . .	340.
IV. Неправильности со стороны принадлежностей плода § 476—479. . . . .	345.
Вторая глава. Роды, осложненные внезапнымъ появленіемъ опасныхъ состояній § 480. . . . .	348.
A. Эклампсія беременныхъ, роженицъ и родильницъ § 481—489. . . . .	349.
B. Разрывы родового пути, <i>rupturae</i> . . . . .	357.
I. Разрывъ матки § 492—500. . . . .	—
II. Разрывъ влагалища § 501—502. . . . .	362.
III. Разрывъ промежности § 503—507. . . . .	364.
IV. Разрывъ глубокихъ сосудовъ влагалища и наружныхъ половыхъ частей — <i>thrombus, haematoma vaginae</i> § 508—510. . . . .	367.
C. Выворотъ матки — <i>inversio uteri</i> § 511—517. . . . .	369.
D. Маточныя кровотеченія во время и вскорѣ послѣ родовъ § 518—522. . . . .	373.
I. Кровотеченія до полного выведенія младенца § 523—527. . . . .	376.
II. Кровотеченіе въ періодѣ выведенія послѣда и вскорѣ по выходѣ его § 528—545 . . . . .	380.
E. Осложненія со стороны пуповины. . . . .	392.
I. Разрывъ пуповины и ея сосудовъ § 546—547. —	—
II. Выпаденіе пуповины § 548—559. . . . .	393.
F. Обморокъ послѣ родовъ. Смерть матери во время родовъ § 560—561. . . . .	401.

#### ОТДѢЛЕНІЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

##### *Акушерскія операціи.*

Введеніе. Раздѣленіе и общія правила § 562—565. 403.	403.
Первая глава. Искусственное разрезаніе и расширеніе родового пути . . . . .	406.

I. Искусственное расширение маточнаго рыльца § 566—571.....	406.
II. Кровавое расширение наружныхъ половых частей—episiotomia § 572—573.....	410.
ВТОРАЯ ГЛАВА. Произведеііе родовъ до естественнаго предѣла беременности.....	411.
I. Искусственные преждевременные роды § 574—595 —	
II. Искусственный выкидышъ § 596—599.....	425.
ТРЕТЬЯ ГЛАВА. Поворотъ § 600.....	427.
I. Поворотъ на голову § 601—606.....	428.
II. Поворотъ на задницу § 607—608.....	431.
III. Поворотъ на ножки § 609—615.....	432.
1. Поворотъ на ножки въ концѣ разверзательнаго періода и при стоящихъ водахъ § 616—618.....	436.
2. Поворотъ на ножки по стокѣ водъ и при особенныхъ затрудненіяхъ § 619—625.....	438.
ЧЕТВЕРТАЯ ГЛАВА. Извлеченіе младенца за нижнія конечности.....	443.
I. Извлеченіе за ножки § 626—637.....	—
II. Извлеченіе за задницу § 638—641.....	450.
ПЯТАЯ ГЛАВА. Извлеченіе младенца щипцами, § 642—661.....	452.
Наложеніе щипцовъ въ особенныхъ случаяхъ § 662—671.....	465.
Рычагъ. Аеротракторъ.....	470.
ШЕСТАЯ ГЛАВА. Уменьшеніе младенческаго тѣла § 672—673.....	471.
I. Прободеніе и черепдробленіе § 674—696.....	473.
II. Раздробленіе младенца, embryotomia § 697—703.	486.
III. Извлеченіе головки, оторванной отъ туловища § 704—705.....	489.
СЕДЬМАЯ ГЛАВА. Искусственное проложеніе новаго родоваго пути.....	490.
I. Кесарское сѣченіе,—sectio caesarea § 706—728. —	
II. Разсѣченіе живота—gastrotomia § 729—734 ....	502.
(Разсѣченіе лоннаго соединенія, symphyseotomia)... 504.	
ПРИБАВЛЕНІЕ: насильственное родоразрѣшеніе—accouchement forcé § 735—737.....	505.

## О П Е Ч А Т К И.

Стр.	Строка.	Напечатано	Должно читать :
9	14	полянчнаго	крестцоваго
10	9	4" — 6'''	— 4" 6'''
21	18	припадки	придатки
20	40	поцсовъ	покровъ
24	2	1'''	1''
57	40	отдѣльнымъ	отдѣльныхъ
83	31	бедру	животу
105	8	когда	кожа
113	2	оканчиваются	не оканчиваются
138	13	прямоу	поперечному
151	29	двои	двойные
153	31	таточная	маточная
158	32	сжиливаютъ	усиливаютъ
163	33	необыкновенныхъ	обыкновенныхъ
165	8	перевязываютъ	перерѣзываютъ
170	9	легче	труднѣе
172	2	родовъ	родильнаго состоянія
207	27	надобно :	надобно искать :
214	28	гастическихъ	гастрическихъ
239	33	subagam	tubagam
240	1	subagia	tubagia
248	6	влагаща	влагалища
255	29	наркоризація	наркотизація
271	14	жестокостью	жесткостью
272	35	запирають	не запирають
319	37	разъыва	разрыва
325	40	затянутыя	натянутыя
326	36	большей части слу- чаевъ	большей части случаевъ болѣе выгоды
336	16	плоско	плотно
353	35	протекло	осталось
378	12	тогда какъ	тогда какъ въ промежут- кахъ оно
393	5	наименіе	наименѣе
400	24	толжна	должна
410	29	Scazoni	Scanzoni
411	37	ни благопріятнымъ	неблагопріятнымъ
424	25	расширеніе	растираніе.