

Prof. K. BAISCH.

старшій врачъ университетской женской клиники въ Мюнхенѣ.

РУКОВОДСТВО  
КЪ АКУШЕРСКОМУ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМУ  
ИЗСЛѢДОВАНІЮ.

Съ 82, частью крашенными рисунками.

Переводъ съ нѣмецкаго д-ра А. В. Залкинда.

Prof. Dr. K. Baisch. Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen  
Untersuchung.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание журнала „Медицинскій Современникъ“, Пантелеймоновская, 19.

1912

## Предисловіе.

При составленіи этой книги мною руководило желаніе дать студентамъ руководство, которое облегчило бы имъ усвоеніе теоретическихъ основъ акушерской и гинекологической діагностики и дало бы имъ возможность въ любой моментъ возстановить въ памяти всѣ разнообразныя приемы, обычно примѣняемые при изслѣдованіи беременныхъ и страдающихъ женскими болѣзнями. Въ этомъ отношеніи настоящее руководство должно дополнить практическое обученіе на живой женщинѣ, котораго оно, однако, не можетъ замѣнить, а только облегчить усвоеніе его.

Въ курсахъ по діагностикѣ теоретическая основа послѣдней, т. е. анатомія и физиологія беременности и гинекологическихъ заболѣваній излагается обыкновенно въ силу необходимости очень кратко, между тѣмъ какъ безъ достаточнаго знакомства съ нею непонятна цѣль задаваемыхъ нами при анамнезѣ вопросовъ, и трудно усваиваются способы объективнаго изслѣдованія. На этомъ основаніи я отступилъ отъ обычнаго порядка изложенія и главы объ анамнезѣ и порядкѣ изслѣдованія помѣстилъ въ концѣ, такъ какъ усвоеніе того и другого возможно лишь послѣ того, какъ будетъ основательно изучена ихъ анатомически-физиологическая основа.

Значительнымъ облегченіемъ для обученія и изученія я считаю снабженіе книги хорошими рисунками. Большинство

изъ нихъ въ этой книгѣ оригинальны; другіе скопированы съ рисунковъ извѣстныхъ учебниковъ. Авторамъ, давшимъ мнѣ разрѣшеніе пользоваться рисунками изъ ихъ собственныхъ сочиненій, я приношу здѣсь свою искреннюю благодарность.

Особенную признательность я выражаю своему глубокоуважаемому шефу, тайному совѣтнику проф. Döderlein'у за данные мнѣ совѣты и указанія.

**Baisch.**

Мюнхень, Апрель 1911.

# Оглавление.

## Акушерское изслѣдованіе.

|  | СТР.      |
|--|-----------|
| <b>Глава I. Распознаваніе беременности . . . . .</b>                             | <b>1</b>  |
| Признаки беременности . . . . .  | 2         |
| Вѣрные признаки беременности . . . . .   | 3         |
| 1. Тоны сердца плода . . . . .   | 3         |
| 2. Движенія плода . . . . .  | 4         |
| 3. Части тѣла плода . . . . .  | 5         |
| Вѣроятные признаки беременности . . . . .  | 6         |
| 1. Измѣненія въ вульвѣ и влагалищѣ . . . . .                                     | 6         |
| 2. Измѣненія въ маткѣ . . . . .  | 6         |
| 3. Аменоррея . . . . .   | 8         |
| 4. Измѣненія въ грудяхъ . . . . .  | 9         |
| Предположительные признаки беременности . . . . .                                | 10        |
| 1. Увеличеніе объема живота . . . . .  | 10        |
| 2. Отложеніе пигмента . . . . .  | 10        |
| 3. Разстройство органовъ пищеваренія . . . . .                                   | 11        |
| 4. Нервные разстройства . . . . .  | 11        |
| <b>Глава II. Распознаваніе срока беременности . . . . .</b>                      | <b>12</b> |
| 1. Опредѣленіе срока беременности по даннымъ объективнаго изслѣдованія . . . . . | 12        |
| 2. Опредѣленіе срока беременности по даннымъ самой беременной . . . . .          | 14        |
| <b>Глава III. Распознаваніе первой или повторной беременности . . . . .</b>      | <b>16</b> |
| Объективные признаки отличія первородящихъ отъ многорожавшихъ . . . . .          | 17        |
| <b>Глава IV. Положеніе ребенка . . . . .</b>                                     | <b>22</b> |
| Причины нормальныхъ и патологическихъ положеній ребенка.                         | 23        |
| <b>Глава V. Распознаваніе жизни плода . . . . .</b>                              | <b>25</b> |
| <b>Глава VI. А. Опредѣленіе размѣровъ плода . . . . .</b>                        | <b>26</b> |
| Б. Распознаваніе двойней и многоплодной беременности . . . . .                   | 27        |
| <b>Глава VII. Изслѣдованіе таза . . . . .</b>                                    | <b>28</b> |
| А. Нормальный тазъ . . . . .   | 28        |
| 1. Анатомическое строеніе . . . . .  | 28        |
| 2. Измѣреніе таза . . . . .  | 30        |
| а) Входъ таза . . . . .  | 30        |
| б) Выходъ таза . . . . .   | 34        |
| Б. Узкій тазъ . . . . .  | 36        |
| 1. Различныя виды суженія . . . . .  | 36        |
| 2. Степень суженія таза . . . . .  | 41        |

|  | СТР.      |
|--|-----------|
| <b>Глава VIII. Порядок изслѣдованія беременных и роениць . . . . .</b>                           | <b>42</b> |
| 1. Анамнезъ . . . . .  | 42        |
| 2. Наружное изслѣдованіе . . . . .   | 45        |
| а) Осмотръ живота . . . . .  | 45        |
| б) Менструація . . . . .   | 47        |
| в) Ощупываніе . . . . .  | 50        |
| г) Выслушиваніе . . . . .  | 50        |
| д) Измѣреніе таза . . . . .  | 50        |
| <b>Глава IX. Внутреннее изслѣдованіе . . . . .</b>   | <b>50</b> |
| 1. Подготовительныя манипуляціи, дезинфекція рукъ . . . . .                                      | 52        |
| 2. Порядокъ внутреннего изслѣдованія . . . . .   | 53        |
| <b>Глава X. Распознаваніе особенныхъ осложненій беременности . . . . .</b>                       | <b>54</b> |
| 1. Retroflexio uteri gravidi incarcerata . . . . .   | 55        |
| 2. Пузырный заносъ . . . . .   | 55        |
| 3. Внѣматочная беременность, трубный выкидышъ, haematocele retrouterina, разрывъ трубы . . . . . | 55        |

## Гинекологическое изслѣдованіе.

|   |            |
|---|------------|
| <b>Глава I. Общая симптоматологія гинекологическихъ заболѣваній . . . . .</b>             | <b>58</b>  |
| Менструація и ея расстройства . . . . .   | 58         |
| Связь гинекологическихъ заболѣваній съ возрастомъ . . . . .                               | 63         |
| Боли и другія страданія при гинекологическихъ болѣзняхъ . . . . .                         | 63         |
| <b>Глава II. Гинекологическій анамнезъ . . . . .</b>                                      | <b>68</b>  |
| <b>Глава III. Объективное изслѣдованіе . . . . .</b>                                      | <b>69</b>  |
| 1. Наружное изслѣдованіе . . . . .  | 69         |
| 2. Спеціальное изслѣдованіе половыхъ органовъ . . . . .                                   | 74         |
| а) Осмотръ наружныхъ половыхъ органовъ . . . . .  | 74         |
| б) Изслѣдованіе зеркалами . . . . .   | 75         |
| в) Комбинированное изслѣдованіе . . . . .   | 77         |
| г) Комбинированное изслѣдованіе чрезъ влагалище, прямую кишку и брюшные покровы . . . . . | 81         |
| д) Комбинированное изслѣдованіе чрезъ прямую кишку и брюшные покровы . . . . .            | 81         |
| <b>Глава IV. Диагностическія вспомогательныя операціи . . . . .</b>                       | <b>81</b>  |
| 1. Выскабливаніе . . . . .  | 83         |
| 2. Ощупываніе полости матки . . . . .   | 65         |
| 3. Пробная эксцизія . . . . .   | 87         |
| 4. Пробный проколь и пробная инцизія . . . . .  | 88         |
| 5. Прибавленіе: зондированіе матки . . . . .  | 89         |
| <b>Глава V. Бактеріологическое изслѣдованіе . . . . .</b>                                 | <b>91</b>  |
| <b>Глава VI. Изслѣдованіе мочевыхъ органовъ . . . . .</b>                                 | <b>95</b>  |
| 1. Симптомы заболѣваній мочевого аппарата . . . . .                                       | 95         |
| 2. Изслѣдованіе мочи . . . . .  | 95         |
| 3. Изслѣдованіе мочеиспускательнаго канала и пузыря . . . . .                             | 96         |
| 4. Изслѣдованіе мочеточниковъ и почечной лоханки . . . . .                                | 102        |
| Спеціальное распознаваніе мочевыхъ свищей . . . . .                                       | 104        |
| <b>Глава VII. Изслѣдованіе прямой кишки . . . . .</b>                                     | <b>105</b> |

Руководство къ акушерскому и  
гинекологическому изслѣдованію.

Въ знакъ дружбы посвящаю этотъ трудъ моему  
высокоуважаемому товарищу

**Rudolf'у von Krehl'ю**

въ Гейдельбергъ.

*Авторъ.*

# Оглавление.

|   | Стр.  |
|---|-------|
| Предисловіе . . . . .   | 1     |
| <b>Первая лекція.</b>   |       |
| Вступленіе. Дезинфекція, инструменты, наркозъ . . . . .   | 2— 7  |
| ПЕРВАЯ ЧАСТЬ.   |       |
| Родоразрѣшающія операціи практическаго акушерства . . . . .   | 8—62  |
| <b>Вторая лекція.</b>   |       |
| Акушерская помощь при положеніяхъ тазовымъ концомъ . . . . .  | 8—16  |
| <b>Третья лекція.</b>   |       |
| Поворотъ . . . . .  | 17—24 |
| <b>Четвертая лекція.</b>  |       |
| Примѣненіе щипцовъ . . . . .  | 24—36 |
| <b>Пятая лекція.</b>  |       |
| Операціи, уменьшающія объемъ плода. Перфорация, краниоклазія, кефалотрипсія . . . . .   | 36—47 |
| <b>Шестая лекція.</b>   |       |
| Искусственные преждевременные роды. Искусственный выкидышъ . . . . .  | 47—54 |
| <b>Седьмая лекція.</b>  |       |
| Веденіе самопроизвольнаго выкидыша . . . . .  | 54—58 |
| <b>Восьмая лекція.</b>  |       |
| Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ. Отдѣленіе приростаго послѣда . . . . .   | 58—62 |
| .   |       |
| ВТОРАЯ ЧАСТЬ.   |       |
| Вспомогательныя операціи практическаго акушерства . . . . .   | 63—83 |
| <b>Девятая лекція.</b>  |       |
| I. Выжиманіе головки. Способъ Kristeller'a. Выжиманіе послѣдующей головки. II. Превращеніе лобнаго и лицеваго положенія въ затылочное. III. Комбинированное наружное и внутреннее вращеніе плода по Fehling'u. IV. Вправленіе пуповины и мелкихъ частей . . . . . | 63—69 |



**Десятая лекція.**

Методы расширенія шейки . . . . . 69— 77

**Одиннадцатая лекція.**

Защита промежности, разрывъ промежности и промежностный шовъ . . . . . 77— 83

## ТРЕТЬЯ ЧАСТЬ.

Клинически-оперативное акушерство . . . . . 84—138

**Двадцатая лекція.**

Кесарское сѣченіе путемъ чревосѣченія 1. Консервативное классическое кесарское сѣченіе. 2. Кесарское сѣченіе по Рогго. Кесарское сѣченіе на мертвой . . . . . 84— 93

**Тринадцатая лекція.**

Влагалищное кесарское сѣченіе. Hysterotomia vaginalis anterior 93— 97

**Четырнадцатая лекція.**

Операция съ цѣлью расширенія таза: Симфизеотомія и пубитомія 97—105

**Пятнадцатая лекція.**

Осложненіе беременности и родовъ опухолями яичниковъ и матки.  
1. Опухоли яичниковъ во время беременности и родовъ.  
2. Міома матки во время беременности и родовъ . . . . . 105—112

**Шестнадцатая лекція.**

Осложненіе беременности и родовъ ракомъ шейки . . . . . 112—117

**Семнадцатая лекція.**

Леченіе внематочной беременности . . . . . 117—129

**Восемнадцатая лекція.**

Леченіе разрыва матки . . . . . 129—138

## П Р И Б А В Л Е Н І Е.

**Девятнадцатая лекція.**

Распознаваніе и теченіе родовъ при узкомъ тазѣ . . . . . 138—146

**Двадцатая лекція.**

Акушерская терапия при узкомъ тазѣ вообще и при особыхъ формахъ суженія въ частности . . . . . 147—159



# Акушерское изслѣдованіе.

## ГЛАВА I.

### Распознаніе беременности.

Беременность начинается послѣ соединенія сперматозоидовъ съ яйцомъ. Съ этого момента происходитъ по мѣрѣ роста яйца и плода цѣлый рядъ глубокихъ измѣненій въ организмѣ женщины. Въ этихъ измѣненіяхъ принимаютъ участіе прежде всего сами половые органы, а потомъ и болѣе отдаленные органы тѣла; врядь ли имѣется хоть одинъ изъ нихъ, на который беременность не оказывала бы вліянія. Опредѣленіе беременности происходитъ на основаніи обнаруженія обычными клиническими методами изслѣдованія характерныхъ для беременности измѣненій и обнаруженія самого плода. Послѣдній, однако, опредѣляется посредствомъ осмотра, ощупыванія и выслушиванія лишь спустя нѣсколько мѣсяцевъ, послѣ того, какъ онъ достигаетъ извѣстной величины.

Такимъ образомъ, опредѣленіе беременности тѣмъ труднѣе, чѣмъ меньше времени она существуетъ, такъ какъ отдѣльные признаки ея развиваются и появляются лишь постепенно. Нужно поэтому поставить себѣ за правило въ первой половинѣ беременности высказывать категорическое мнѣніе о наличности беременности лишь послѣ повторнаго изслѣдованія и болѣе или менѣе продолжительнаго наблюденія.

Во второй половинѣ беременности діагнозъ также иногда затрудняется наличностью нѣкоторыхъ болѣзненныхъ измѣненій, напр., пузырчатаго заноса, гидрамніона, внѣматочной беременности, опухоли, расположенной около беременной матки и т. д. Помимо этихъ патологическихъ измѣненій, опредѣленіе беременности нерѣдко осложняется и при обыкновенныхъ условіяхъ, напр., при сильномъ ожирѣніи женщины, при наличности двойней, мертваго плода и т. д.

Задачи діагностики беременности не ограничиваются, однако, отвѣтомъ на вопросъ о томъ, имѣется ли беременность или нѣтъ. Для полнаго діагноза беременности требуется еще отвѣтить на цѣлый рядъ другихъ вопросовъ, и только совокупность всѣхъ

этихъ отвѣтовъ даетъ возможность въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ съ точностью опредѣлить наличность беременности.

Опредѣленіе всѣхъ этихъ обстоятельствъ уже по тому одному важно, что даетъ возможность въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опредѣлить прогнозъ предстоящихъ родовъ.

Вопросы, подлежащіе разрѣшенію при изслѣдованіи беременности во второй ея половинѣ, суть:

1. Продолжительность беременности.
2. Первая или повторная беременность.
3. Положеніе ребенка.
4. Живъ ли ребенокъ.
5. Размѣры ребенка.
6. Размѣры и формы таза.

Для отвѣта на всѣ эти вопросы пользуются анамнезомъ, а также наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ беременной женщины.

### Признаки беременности.

Беременность представляетъ физиологическое явленіе, связанное съ опредѣленнымъ возрастомъ женщины, въ среднемъ отъ 14 до 46 лѣтъ. У женщины, яичники которой выдѣляютъ каждыя 4 недѣли зрѣлое, способное къ оплодотворенію яйцо, беременность столь легко возможна, что при самыхъ разнообразныхъ жалобахъ ея въ этомъ возрастѣ приходится всегда думать о беременности. Эта мысль должна быть господствующей у врача, и во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣются хотя бы отдаленныя указанія на возможность беременности (замужняя женщина, изнасилованная дѣвушка, увеличеніе матки, отсутствіе менструаціи и т. д.), діагноцирование какой либо болѣзни возможно лишь послѣ того, какъ исключена будетъ наличность беременности. Только такимъ образомъ можно оградить себя отъ неожиданности, чрезвычайно неприятной и для врача.

Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалась беременность и въ возрастѣ до 14 и послѣ 46 лѣтъ.

Большею частью, однако, беременность ограничивается среднимъ возрастомъ, т. е. тѣмъ періодомъ жизни, когда организмъ достигаетъ полнаго своего развитія, не обнаруживая еще старческихъ измѣненій; это обстоятельство служитъ достаточнымъ доказательствомъ того, что для беременности требуется наличность совершенно здороваго, находящагося въ полномъ своемъ развитіи организма. Въ процессѣ беременности и родовъ принимаютъ участіе не только половые органы, но и весь остальной организмъ женщины, легкія, сердце, кровеносные сосуды, органы пищеваженія, почки, нервная система, мускулатура и костная система, и предъявляемыя по всѣмъ этимъ органамъ требованія могутъ быть удовлетворены лишь здоровымъ, вполне созрѣвшимъ организмомъ. Среди явленій, вызываемыхъ беременностью, мы

встрѣчаемъ цѣлый рядъ симптомовъ, стоящихъ на границѣ физиологическихъ и патологическихъ явленій. Сюда относятся, напр., рвота у беременныхъ, расширение венъ, образованіе варикозныхъ узловъ, появленіе отековъ на ногахъ и т. д.

*Вѣрные признаки беременности.* Отдѣльные измѣненія, вызываемыя беременностью, имѣютъ различное значеніе для діагноза. Абсолютно вѣрными являются признаки, исходящіе отъ самого ребенка. Они не вызываются никакими другими физиологическими или патологическими процессами въ организмъ и появляются только при наличности плода. Ихъ называютъ поэтому *вѣрными признаками беременности.*

Къ нимъ относятся: сердечные тоны ребенка, движенія и прощупываніе частей его.

*Вѣроятные признаки беременности.* Меньшее значеніе для діагноза беременности имѣютъ явленія, вызываемыя измѣненіями въ организмъ матери; но и не всѣ они одинаковы цѣнны. Значеніе cadaго признака въ отдѣльности тѣмъ больше, чѣмъ рѣже онъ вызывается какой либо другой болѣзнью матери. Измѣненія, образующіяся въ половыхъ органахъ, имѣютъ большее значеніе, чѣмъ явленія, зависящія отъ другихъ органовъ тѣла, такъ какъ они рѣже наблюдаются при другихъ болѣзняхъ матери. Сюда относятся, напр., увеличеніе матки (оно можетъ, впрочемъ, вызываться и міомой), отсутствіе менструаціи, наблюдаемое, впрочемъ, хотя и рѣже, при другихъ физиологическихъ и патологическихъ процессахъ. На основаніи этихъ признаковъ, представляющихъ измѣненія *половыхъ органовъ*, мы можемъ, если не съ полной увѣренностью, то съ большой вѣроятностью діагносцировать беременность. Эти явленія называютъ поэтому *вѣроятными признаками беременности.*

*Предположительные признаки беременности.* Еще меньшее значеніе для діагноза беременности имѣютъ измѣненія, наблюдаемыя *не въ половыхъ органахъ* женщины. Они вызываются также и цѣлымъ рядомъ другихъ болѣзней матери. Сюда относится напр., рвота, наблюдаемая и при всевозможныхъ заболѣваніяхъ желудка. Эта группа явленій допускаетъ только возможность предположить наличность беременности, и они называются поэтому *предположительными признаками беременности.*

## Вѣрные признаки беременности.

Ихъ имѣется только три:

1. *Выслушиваніе тоновъ сердца плода или шума пуповины.*
2. *Ощущеніе на ошутъ движеній плода.*
3. *Прощупываніе частей тѣла плода.*

### 1. Тоны сердца плода.

Сердце плода, производящее ритмическія движенія уже въ первыя недѣли развитія его, сокращается, начиная съ пятаго мѣсяца, столь сильно, что біенія его можно ясно слышать чрезъ покрыва живота непосредственно ухомъ или стетоскопомъ.

Частота тоновъ сердца плода столь значительна, что ихъ трудно отличить отъ другихъ тоновъ и шумовъ, образующихся въ сосудистой системѣ матери. Частота тоновъ сердца плода составляетъ 120—150 двойныхъ ударовъ въ минуту, въ среднемъ—140. Только въ исключительныхъ случаяхъ, при наличности лихорадки у матери, послѣ значительной потери крови, при порокахъ сердца, послѣ нервнаго возбужденія и т. д. сокращенія сердца матери также учащаются, достигая того же числа, какъ у плода.

При особенно благоприятныхъ условіяхъ удается выслушивать бѣненіе сердца плода еще за нѣсколько недѣль до 5 мѣсяца (Sagwey). Для этого требуется терпѣливое, продолжительное и внимательное выслушиваніе при абсолютной тишинѣ въ комнатѣ, въ которой производится изслѣдованіе. Въ первые мѣсяцы беременности тоны сердца плода лучше всего выслушиваются на срединной линіи выше симфиза.

Такое же діагностическое значеніе имѣетъ и такъ называемый шумъ пуповины. Это дующій шумъ, образующійся, повидимому, въ сосудахъ пуповины (v. Winckes), особенно если кровообращеніе въ нихъ почему либо затруднено, напр., вслѣдствіе сдавленія пуповины, скручиванія или выпаденія ея. Шумъ, образующійся въ сосудахъ пуповины, т. е. въ сосудистой системѣ плода, равенъ по частотѣ тонамъ сердца плода (около 140 въ минуту) и этимъ легко отличается отъ единственнаго выслушиваемаго въ полости живота матери ритмическаго шума, такъ называемаго маточнаго шума; послѣдній образуется въ vena uterina, т. е. въ одномъ изъ сосудовъ матери и по частотѣ ровенъ пульсу матери (см. стр. 7).

Неритмическіе шумы, выслушиваемые черезъ неправильные промежутки времени, вызываются также движеніями плода у стѣнокъ матки. Эти тихіе, скребушіе шумы слышны уже въ 4 мѣсяцѣ беременности.

*Историческій обзоръ.* Слава открытія тоновъ сердца плода принадлежитъ двумъ авторамъ: жевевскому хирургу Maurogu и парижскому врачу Sejeun de Kergadek. Первенство принадлежитъ Maurogu, который впервые въ 1818 году выслушивалъ ихъ. Kergadek же сообщилъ въ 1821 году результаты выслушиванія медицинской академіи въ Парижѣ.

## 2. Движенія плода.

Приблизительно съ половины беременности мать начинаетъ чувствовать движенія плода въ маткѣ. Къ этимъ показаніямъ матери слѣдуетъ относиться съ осторожностью при распознаваніи беременности, ибо въ этихъ случаяхъ легко возможны и наблюдаются ошибки со стороны женщинъ, смѣшивающихъ эти движенія съ перистальтикой кишекъ.

Начиная съ 5 мѣсяца, а у многорожавшихъ съ тонкими покровами живота уже съ 4 мѣсяца, врачу удается видѣть движенія плода въ маткѣ. На любомъ мѣстѣ живота внезапно появляется выпячиваніе брюшной стѣнки, часто распространяющееся и дальше и также быстро исчезающее. Эти выпячиванія чрезвычайно характерны, и врачъ, однажды наблюдавшій ихъ, никогда не смѣшаетъ

ихъ съ чѣмъ либо другимъ. Больше всего похожи на нихъ видимыя перистальтическія движенія кишекъ, появляющіяся при механической непроходимости кишечника. Послѣднія, однако, болѣе вялы, медленны и равномерны. Въ общемъ же рѣдко приходится ставить дифференціальный діагнозъ между беременностью и механической непроходимостью кишекъ.

Если движенія плода не видны, то давленіемъ на животъ или одновременнымъ надавливаніемъ на ягодицы и голову удастся иногда вызвать болѣе интенсивныя движенія.

### 3. Части тѣла плода.

Различаютъ *крупныя* и *мелкія части тѣла*. Къ первымъ относятся головка, тазъ и спина, ко вторымъ четыре конечности.

Къ характернымъ особенностямъ *головки* при прощупываніи относятся шаровидная форма ея, гладкая, равномерная поверхность, плотная консистенція и значительная подвижность. Послѣдней она обязана суставному соединенію съ шейной частью позвоночника, позволяющему производить движенія по всѣмъ направленіямъ. Если плодовые воды еще не отошли, и головка не вошла еще въ малый тазъ, то прощупывающей рукъ она представляется въ видѣ большого шара, свободно двигающагося въ водѣ (ballottement).

*Тазъ*, вслѣдствіе менѣе подвижнаго сочлененія съ спинкой, производитъ значительно меньшія движенія и не даетъ поэтому опущенія ballottement. Его консистенція не одинакова, болѣе мягкія части чередуются съ болѣе плотными, поверхность неправильно шаровидна, объемъ его, вслѣдствіе прилегающихъ бедръ и спинки, кажется большимъ, чѣмъ таковой головки.

*Спинка* прощупывается въ видѣ равномерной, плотной и широкой резистентной массы, простирающейся отъ головки до таза. Она лучше всего распознается на основаніи ея отрицательныхъ свойствъ, а именно, отсутствія выпячиванія и бугровъ. Надъ спинкой, ближе къ головкѣ, чѣмъ къ тазу, выслушиваются обыкновенно тоны сердца плода.

*Мелкія части* прощупываются въ видѣ валикообразныхъ или болѣе или менѣе угловатыхъ и бугристыхъ образований; онѣ легко прощупываются черезъ брюшныя покровы и стѣнку матки, особенно если другой рукой фиксировать спинку ребенка. Онѣ очень подвижны и быстро мѣняютъ то мѣсто, въ которомъ онѣ лучше всего прощупываются. Несмотря на это, невозможно, да и нѣтъ надобности діагностировать опредѣленную конечность или опредѣленные части ея, плечо, кисть, стопу, пятку и т. д.

Во время родовъ при открытомъ маточномъ зѣвѣ и особенно при лопнувшемъ пузырьѣ яснѣе удается при внутреннемъ изслѣдованіи прощупать подлежащую часть, чѣмъ при наружномъ. Въ этихъ случаяхъ удается болѣею частью отличить затылокъ, переднюю часть головки, лицо, тазъ и плечики. Предлежащая или выпавшія мелкія части (руку, колѣно и т. д.) также удается въ этихъ случаяхъ распознать.

## Вѣроятные признаки беременности.

Всѣ они представляютъ измѣненія половыхъ органовъ, къ которымъ въ широкомъ смыслѣ слова относятся также и груди. Сюда относятся:

1. Измѣненія въ *вульвѣ* и *влагалищѣ*: опуханіе большихъ губъ, ціанозъ и разрыхленіе слизистой оболочки.

2. Измѣненія въ *маткѣ*: ціанозъ влагалищной части, продолжающееся увеличеніе тѣла матки, мягкая консистенція ея, измѣненія ея формы, сжимаемость нижняго сегмента матки (признакъ беременности Negar'a), измѣненіе консистенціи матки, различная консистенція шейки и тѣла матки, шумъ матки.

3. *Аменоррея*.

4. Измѣненія въ *грудяхъ*: увеличеніе ихъ, расширеніе и пигментация околососковаго кружка, железы Montgómery и colostrum.

### 1. Измѣненія въ вульвѣ и влагалищѣ.

Вслѣдствіе усиленія циркуляціи крови и лимфы большія губы превращаются въ толстыя, мягкія подушки. Вены этой области опухаютъ, особенно у многорожавшихъ, онѣ ясно видны и образуютъ варикозные узлы. Слизистая оболочка входа во влагалище представляется, вслѣдствіе венозной гипереміи и затрудненнаго, благодаря увеличенію матки, кровообращенія, синеватой, ціанотичной. Влагалище мягко, разрыхлено; выдѣленія болѣе обильны. Синеватое окрашиваніе и разрыхленіе появляются уже въ первые мѣсяцы беременности.

### 2. Измѣненія въ маткѣ.

Наиболѣе многочисленныя и важныя измѣненія происходятъ въ маткѣ. Она, какъ носительница яйца, обнаруживаетъ раньше всего признаки беременности, касающіеся величины, формы, консистенціи и положенія органа. Размеры матки постепенно увеличиваются, и это является наиболѣе цѣннымъ признакомъ беременности, ибо опухоли не могутъ увеличиваться ни такъ быстро, ни равномерно. Форма матки измѣняется: изъ грушевидной она становится шарообразной, а, начиная съ 7 мѣсяца, яйцевидной. Въ первые 3—4 мѣсяца обнаруживаются иногда при комбинированномъ изслѣдованіи своеобразныя выпячиванія матки (Piskaček), такъ что послѣдняя становится асимметричной, и конецъ трубы, въ которомъ находится яйцо, сильнѣе развивается, чѣмъ конецъ другой. Консистенція матки, плотная у небеременныхъ, становится мягкой и тѣстовидной и отличается отъ плотной консистенціи міомы и эластической кисты. Консистенція при этомъ мѣняется. Матка внезапно сокращается и становится плотной и твердой, а черезъ нѣсколько минутъ снова расслабляется и дѣлается мягкой. Консистенція шейки и тѣла матки неодинакова въ первые мѣсяцы беременности: послѣднее отличается значительно меньшей консистенціей, чѣмъ первая, такъ что тѣло можно принять за мягкую, кистовидную опухоль, а плотную шейку за небеременную матку. Только начи-

ная съ 5 мѣсяца шейка также принимаетъ участіе въ общемъ разрыхленіи.

На этой разницѣ въ консистенціи основанъ такъ называемый *Негаговскій признакъ беременности*. Тѣло матки до того мягко, что ткань его выше внутренняго маточнаго отверстия въ области нижняго сегмента легко сдавливается пальцами правой и лѣвой рукъ при комбинированномъ изслѣдованіи. Яйцо нѣсколько отодвигается при этомъ вверхъ въ полость матки, и получается



Рис. 1. Негаговскій признакъ беременности, сжимаемость нижняго сегмента матки (по Винту, учебн. акуш.).

впечатлѣніе, будто наружная рука отдѣляется отъ внутренней лишь покровами живота (рис. 1). Изслѣдованіе должно производиться весьма осторожно, такъ какъ въ противномъ случаѣ можно раздавить яйцо.

Положеніе матки также измѣняется, а именно, тѣло ея наклоняется нѣсколько впередъ.

Сильная гиперемія матки, необходимая для роста и питанія яйца, имѣетъ своимъ послѣдствіемъ расширеніе сосудовъ. Надъ этими сосудами, надъ art. и vena uterina выслушивается уже въ 4 мѣсяцѣ беременности своеобразный шумъ, похожій на шумъ монахини, выслушиваемый надъ крупными венами тѣла; этотъ шумъ называется *маточнымъ*. Такъ какъ послѣдній наблюдается



также при опухоляхъ, богатыхъ сосудами (міомъ, саркомъ), то онъ не является вѣрнымъ признакомъ беременности.

## 2. Аменоррея.

Отсутствіе менструаціи, которое публика считаетъ весьма важнымъ признакомъ беременности, должно быть оцѣниваемо чрезвычайно осторожно. Для правильной оцѣнки этого симптома необходимо всегда помнить, что отсутствіе менструаціи во время беременности обуславливается прекращеніемъ овуляціи; но послѣдняя можетъ прекратиться и вслѣдствіе другихъ причинъ, и съ другой стороны менструація можетъ отсутствовать и при наличности овуляціи. Отсюда слѣдуетъ, что при оцѣнкѣ имѣющейся и отсутствующей менструаціи надо имѣть въ виду слѣдующее:

а) *Беременность можетъ наступить и при отсутствіи менструаціи*, а именно, до наступленія половой зрѣлости, въ климактерическомъ періодѣ, въ послѣродовомъ періодѣ и во время кормленія грудью.

б) *Менструація можетъ 1—2 раза появиться и во время беременности*. Въ этихъ случаяхъ она обыкновенно менѣе обильна и менѣе продолжительна, чѣмъ обыкновенно.

в) *Аменоррея можетъ быть вызвана не только беременностью, но и другими причинами*, а именно, хроническими болѣзнями, хлорозомъ, чахоткой, нефритомъ, диабетомъ, слизистымъ отекомъ, болѣзнью Базедова; далѣе, острыми инфекціонными болѣзнями: скарлатиной, дифтеріей, инфлуенцой, тифомъ, пневмоніей, менингитомъ. Аменоррея наблюдается и въ періодѣ выздоравливанія отъ этихъ болѣзней. Далѣе, неврозы и психозы вызываютъ иногда продолжительную аменоррею; сюда относятся истерія, неврастенія, эпилепсія и меланхолія. Сильное психическое возбужденіе, аффекты, какъ страхъ и надежда, имѣютъ иногда послѣдствіемъ отсутствія менструаціи. Замужнія женщины, страстно желающія имѣть ребенка, незамужнія, опасющіяся послѣдствій своего увлеченія, перестаютъ менструировать, несмотря на отсутствіе беременности. Даже перемѣна жительства и занятій влечетъ за собой иногда прекращеніе менструаціи, какъ это, напр., наблюдается у деревенскихъ дѣвушекъ, пріѣзжающихъ въ городъ на службу, у ученицъ въ повивальныхъ школахъ и т. д.

Поводъ для ошибочнаго діагноза чаще всего даетъ хлорозъ, причемъ женщину, страдающую хлорозомъ, принимаютъ за беременную или беременную считаютъ больной хлорозомъ.

г) Поводы для ошибочнаго діагноза беременности даютъ также нѣкоторые пороки развитія, имѣющіе своимъ послѣдствіемъ аменоррею. При атрезіи влагалища и матки менструальная кровь не можетъ выдѣлиться. При этомъ кровь, скопляющаяся позади препятствія, вызываетъ увеличеніе матки.

Несмотря на возможность ошибки, слѣдуетъ въ общемъ все же признать, что у женщинъ въ періодѣ половой дѣятельности, у которыхъ менструація происходила все время правильно, и у которыхъ отсутствуютъ всѣ перечисленныя аномаліи, прекращеніе

менструаціи указываетъ съ большой вѣроятностью на беременность. Последнюю мы должны исключить лишь послѣ того, какъ объективно обнаружена будетъ другая причина аменореи, причемъ надо помнить, что возможна и комбинація этихъ двухъ состояній, напр., чахотки и беременности или хлѣроза и беременности.

#### 4. Измѣненія въ Грудяхъ.

Груди очень рано принимаютъ участіе въ измѣненіяхъ, вызываемыхъ беременностью; онѣ увеличиваются и становятся болѣе упругими; околососковый кружокъ сильнѣе пигментируется, и эта окраска распространяется и дальше за предѣлами его (*вторичная areola*). Едва замѣтныя обыкновенно на краяхъ околососкового кружка *железы Montgomery* увеличиваются до размѣра про-

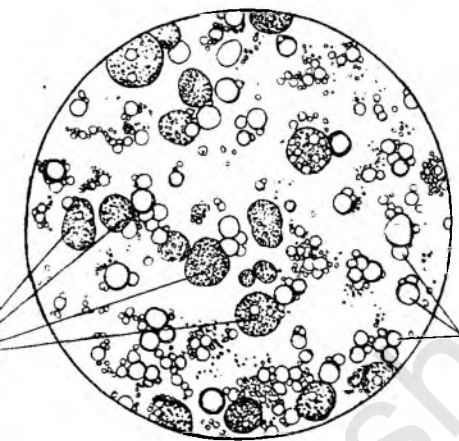


Рис. 2. Молозиво. 1—Молозивныя тѣльца. 2—Жировыя капли (Цейсса ок. 2, объект. с.).

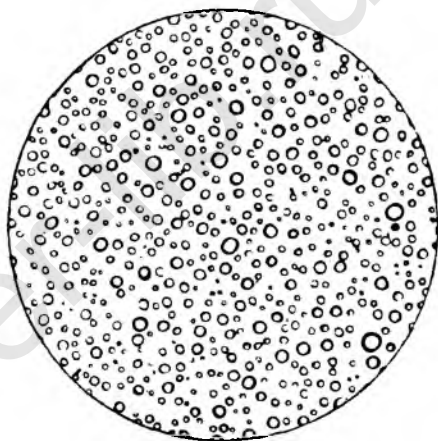


Рис. 3. Молоко родильницы на 5 день. Жировыя капли различной величины (то же увеличеніе, что въ рис. 2).

сяного зерна. Гладкая, циркулярно окружающая сосокъ кольцевая мускулатура гипертрофируется, и сократительность ея усиливается: самъ сосокъ увеличивается и больше выпячивается.

Наиболѣе важнымъ измѣненіемъ грудной железы является начало ея функціонированія. При давленіи легко выдѣляется изъ груди водянистый, мутный, желтовато окрашенный секретъ, *молозиво*. Последнее содержитъ жировыя шарики и такъ назыв. *молозивныя тѣльца*, круглыя массы протоплазмы различной величины и похожія на туловыя ягоды; послѣднія суть ни что иное, какъ лейкоциты, наполненные жировыми каплями. Этими тѣльцами молозиво отличается отъ молока, состоящаго изъ приблизительно одинаковыхъ по величинѣ жировыхъ капелъ (рис. 2 и 3).

Изъ вѣроятныхъ признаковъ беременности молозиво является наиболѣе раннимъ и цѣннымъ. Оно появляется иногда уже къ 2, почти всегда же въ 3 мѣсяцѣ; но и этотъ признакъ, можетъ, подобно аменорреѣ, повести къ ошибкамъ. Молозиво можетъ по-

явиться въ грудяхъ и при отсутствіи беременности; это чаще всего наблюдается у женщинъ, уже рожавшихъ и долгое время кормившихъ грудью. Нѣкоторыя опухоли, какъ міома, киста яичника и дермоидъ также вызываютъ, правда, въ рѣдкихъ случаяхъ образованіе молозива, и отличительное распознаваніе можетъ быть чрезвычайно труднымъ. У нерожавшихъ же появленіе молозива представляеть чрезвычайно важный для діагноза беременности симптомъ.

## Предположительные признаки беременности.

Измѣненія, вызываемыя беременностью не въ половыхъ органахъ, суть:

1. *Увеличеніе объема живота; striae.*
2. *Отложеніе пигмента въ кожѣ лица и околосососковаго кружка, въ бѣлой линіи и въ кожѣ наружныхъ половыхъ органовъ.*
3. *Разстройство аппарата пищеваренія, рвота, ненормальные вкусъ и желанія.*
4. *Нервныя разстройства, головная боль, невралгіи.*

### 1. Увеличеніе объема живота.

Вслѣдствіе увеличенія объема живота, вызываемаго увеличеніемъ матки, покровы живота до того растягиваются, что къ концу беременности происходятъ мѣстами подкожные разрывы ткани, причемъ эластическія волокна cutis раздвигаются. На этихъ утонченныхъ мѣстахъ просвѣчиваетъ богатое сосудами rete Malpighi. Образуются, такимъ образомъ, *striae*, короткія и узкія полоски синеватаго цвѣта, идущія въ косомъ направленіи и расположенныя концентрически вокругъ пупка, больше всего на нижней части живота. Послѣ родовъ они блѣднѣютъ, но остаются на всю жизнь въ видѣ бѣлыхъ, блестящихъ, какъ шелкъ, полосокъ, называемыхъ старыми *striae* или *рубцами беременности*. *Striae* появляются нерѣдко также на бедрахъ, ягодицахъ и на грудяхъ.

Такъ какъ *striae* могутъ образоваться всюду, гдѣ происходитъ сильное растяженіе кожи, слѣдовательно, въ случаяхъ быстро увеличивающихся опухолей, ожирѣнія, а также у мужчинъ, то онѣ не могутъ съ достовѣрностью указывать ни на прошедшую, ни на существующую беременность. Такъ какъ онѣ съ другой стороны отсутствуютъ только въ 10% первой и въ 2% второй беременности (Stedé, Нескер), то наличность старыхъ *striae* все же должны вызвать болѣе или менѣе вѣроятное предположеніе о бывшей беременности.

### 2. Отложеніе пигмента.

Нѣкоторыя части кожи обнаруживаютъ во время беременности предрасположеніе къ болѣе обильному отложенію пигмента. Сюда относится прежде всего лицо, гдѣ бурныя пятна различной величины появляются на лбу, носу, вискахъ и верхней губѣ уже

въ ранніе мѣсяцы беременности. По цвѣту они напоминаютъ веснушки, но значительно превосходятъ ихъ по своей величинѣ. Пятна наблюдаются преимущественно у брюнетокъ, чаще лѣтомъ, чѣмъ зимой. Эта пигментация называется лицевой маской или *chloasma uterium* (χλωμάω = быть окрашеннымъ въ зелено-желтый цвѣтъ).

Околососковые кружки также темнѣютъ и становятся иногда темно-коричневыми. Linea alba превращается въ linea fusca; въ пигментированіи принимаетъ участіе также пупокъ и окружающая его часть кожи; наружные половые органы, а именно, большія губы и промежность также окрашиваются въ болѣе темный цвѣтъ.

### 3. Разстройства органовъ пищеваренія.

Наиболѣе извѣстнымъ, признаваемымъ женщинами весьма цѣннымъ признакомъ беременности является *рвота*: vomitus или emesis gravidarum. У нѣкоторыхъ рвота появляется уже спустя нѣсколько дней послѣ имѣвшаго мѣсто зачатія. Въ общемъ это явленіе наблюдается въ первые 3 мѣсяца и потомъ совершенно исчезаетъ. Рвота происходитъ въ большинствѣ случаевъ по утрамъ, причемъ выделяются вода и слизь, но не пища. Индивидуальныя различія здѣсь, однако, довольно велики. У третняя рвота иногда усиливается до hyperemesis gravidarum, при чемъ извергаются пища и даже питье, а иногда же она становится неукротимой, неуступающей никакому леченію. Беременная жалуются часто также на ненормально обильное *слюнотеченіе*.

Другія разстройства органовъ пищеваренія выражаются отсутствіемъ аппетита, измѣнчивымъ характеромъ послѣдняго, волчьимъ голодомъ, стремленіемъ къ необыкновенной и неперевариваемой пищѣ. Запоры почти всегда сопутствуютъ беременности.

### 4. Нервные разстройства.

Наименьшее значеніе для діагноза беременности имѣютъ нервныя разстройства: головная боль, мигрень, головокруженіе, психическія явленія, измѣнчивое настроеніе. Сюда же относятся невралгіи, зубная боль и боль въ крестцѣ.

Хотя вѣроятные и предположительные признаки беременности не могутъ съ достовѣрностью указывать на наличность этого физиологическаго состоянія, а отсутствіе ихъ не исключаетъ возможности беременности, все же не слѣдуетъ игнорировать ихъ значеніе. Слѣдуетъ въ особенности имѣть въ виду, что въ случаяхъ, въ которыхъ имѣются многіе вѣроятные и предположительные признаки, напр., увеличеніе матки, аменоррея, молочно и синеватое окрашиваніе входа во влагалище, должна быть со значительной достовѣрностью признана наличность беременности.

## Распознаваніе срока беременности.

Для опредѣленія срока беременности принимаютъ не 9 календарныхъ мѣсяцевъ, а 10, изъ которыхъ каждый состоитъ изъ 4 недѣль или 28 дней.

Срокъ беременности опредѣляется отчасти посредствомъ *анамнеза*, на основаніи данныхъ самой беременной, отчасти посредствомъ *объективнаго изслѣдованія*. Для объективнаго распознаванія срока беременности принимается во вниманіе прежде всего величина матки, а также тѣ измѣненія, которыя появляются въ опредѣленное время беременности. При выкидышахъ и преждевременныхъ родахъ продолжительность беременности легко опредѣляется на основаніи длины плода, постоянной для отдѣльныхъ мѣсяцевъ \*).

### Опредѣленіе срока беременности по даннымъ объективнаго изслѣдованія

*Конецъ 1 мѣсяца:* матка нѣсколько увеличена. Такъ какъ, однако, этотъ органъ имѣетъ и у небеременныхъ различную величину, а съ другой стороны незначительное увеличеніе его не поддается опредѣленію, то этотъ признакъ не имѣетъ значенія для діагноза. Длина зародыша составляетъ  $7\frac{1}{2}$  миллим.

*Конецъ 2 мѣсяца:* матка, величиной съ гусиное яйцо, находится въ положеніи *anteflexio* и прилегаетъ своей передней поверхностью къ передней стѣнкѣ влагалища. Она имѣетъ мягкую консистенцію, а шейка еще плотна. Имѣется на лицо Негар'овскій признакъ беременности. Наружные половые органы гиперэмированы, слизистая оболочка входа во влагалище, самого влагалища и шейки окрашена въ синеватый цвѣтъ. Груды увеличены и содержатъ иногда уже молозиво. Бѣлая линия и околососковый кружокъ начинаютъ пигментироваться. Длина зародыша = 25—35 миллим.

*Конецъ 3 мѣсяца:* матка величиной въ дѣтскую головку и почти выполняетъ малый тазъ. Имѣются на лицо всѣ признаки беременности во 2 мѣсяцѣ: синее окрашиваніе входа во влагалище, гиперэмія влагалища, сжимаемость нижняго сегмента матки, изъ груди выдѣляется молозиво. Длина зародыша = 9 сант.

Если матка, находящаяся въ положеніи *retroflexio*, въ это время не выпрямляется, то она ущемляется въ маломъ тазу подъ *promontorium; retroflexio uteri gravidi incarcerata*. Это состояніе вызываетъ тяжелыя расстройства, главнымъ образомъ со стороны пузыря, а именно, задержку мочи и *ischuria paradoxa*.

*Конецъ 4 мѣсяца:* дно матки находится на 3 поперечныхъ

\*) Для болѣ легкаго запоминанія можно пользоваться слѣдующими правилами для опредѣленія длины плода: въ первые 5 мѣсяцевъ число мѣсяцевъ умножается само на себя, а въ послѣдніе 5 мѣсяцевъ на 5. Такимъ образомъ, длина плода въ 3 мѣсяца равна  $3 \times 3 = 9$  сант., въ 4 мѣс.  $4 \times 4 = 16$  сант., въ 5 мѣс.  $5 \times 5 = 25$  сант., въ 6 мѣс.  $6 \times 5 = 30$  сант. и т. д.

пальца выше симфиза и легко прощупывается снаружи. Иногда выслушиваются маточный шумъ и движенія плода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при достаточномъ количествѣ плодовыхъ водъ и вялыхъ брюшныхъ покровахъ прощупываются также части тѣла плода (головка). Длина плода равна 16 сант.

*Конецъ 5 мѣсяца:* дно матки находится на 3 поперечныхъ пальца ниже пупка. Нижняя половина живота выпячивается даже у первородящихъ.

Тоны сердца плода выслушиваются при внимательной аускультации въ видѣ тихихъ ударовъ; части тѣла плода прощупываются, движенія его видны. Многородящія чувствуютъ уже въ срединѣ 5 мѣсяца движенія ребенка, первородящія же на  $\frac{1}{2}$ —1 мѣсяць позже. Плодь имѣетъ въ длину 25 сант.

*Конецъ 6 мѣсяца:* дно находится на уровнѣ пупка. Появляются первыя striae. Шейка матки также мягка, какъ и влагалище; влагалищная часть укорочена. Плодь имѣетъ въ длину приблизительно 30 сант.

*Конецъ 7 мѣсяца:* дно матки находится на 3 поперечныхъ пальца выше пупка. Последній имѣетъ болѣе плоскую форму. Матка приобретаетъ яйцевидную форму. Ясно обнаруживается баллотированіе головки. Обильныя striae. Длина плода = 35 сант.

*Конецъ 8 мѣсяца:* дно матки находится на 3 поперечныхъ пальца ниже правой реберной дуги. Плодь имѣетъ въ длину 40 сант. и уже жизнеспособенъ.

У беременныхъ наступаютъ въ это время субъективныя явленія. Движенія затруднены вслѣдствіе необходимости для сохраненія равновѣсія наклонять верхнюю часть тѣла кзади. При восхожденіи по лѣстницѣ и тѣлесномъ напряженіи появляется одышка. На нижнихъ конечностяхъ появляются варикозные узлы и отеки.

*Конецъ 9 мѣсяца:* дно матки достигло своей наибольшей высоты и, наклоняясь вправо, соприкасается съ правой реберной дугой. У первородящихъ наружный маточный зѣвъ открытъ настолько, что кончикъ пальца входитъ въ каналъ шейки, а у многорожавшихъ онъ доходитъ даже до внутренняго зѣва. Portio

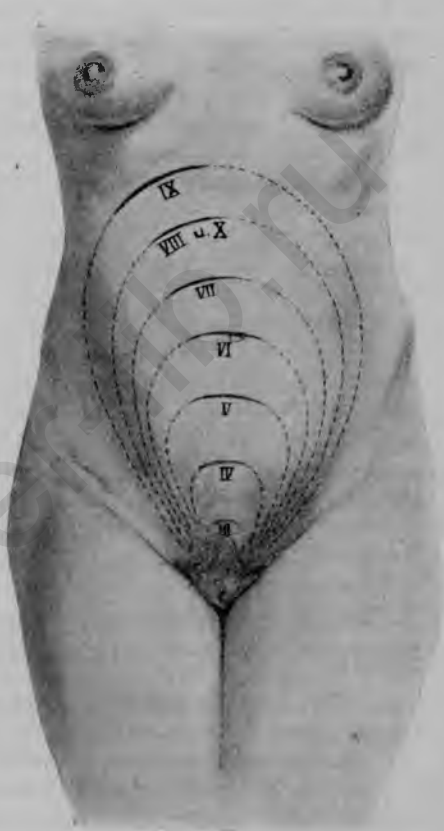


Рис. 4. Стояніе дна матки отъ 3 до 10 мѣсяца беременности.

vaginalis имѣеть въ длину только 1 сант., длина ребенка равна 45 сант.

*Конецъ 10 мѣсяца:* дно матки снова опустилось и находится на 3 поперечныхъ пальца ниже правой реберной дуги. Оно находится, слѣдовательно, на той же высотѣ, на которой оно было въ концѣ 8 мѣсяца.

Животъ же достигаетъ въ это время наибольшаго объема. Пупокъ исчезаетъ. Объемъ живота составляетъ около 100 сант., а у полныхъ женщинъ нѣсколько больше. *Длина души плода*, т. е. разстояніе между симфизомъ и дномъ матки составляетъ при измѣреніи мѣркой 37 сант., *длина оси плода*, то же разстояніе, измѣренное въ воздушной линіи посредствомъ циркуля, составляетъ 25 сант. Доношенный ребенокъ имѣеть въ длину 50 сант. и вѣсиль 3.100—3.300 грам.

*Между перво- и многоорожавшими наблюдаются въ это время характерныя различія.* У первородящихъ съ нормальнымъ тазомъ головка находится въ послѣднемъ, а потому неподвижна. Она выпячиваетъ передній влагалищный сводъ и легко здѣсь прощупывается. Вслѣдствіе этого шейка оттѣсняется кзади и кверху, по направленію къ promontorium.

У многоорожавшихъ же, а также у первородящихъ съ узкимъ тазомъ головка находится надъ входомъ въ тазъ и подвижна. При внутреннемъ изслѣдованіи удается достать ее пальцами; шейка же находится поэтому больше по срединной линіи таза.

Какъ показываетъ рис. 4, опредѣленіе срока беременности производится прежде всего на основаніи высоты стоянія матки, каковое явленіе можно считать постояннымъ въ каждомъ отдѣльномъ мѣсяцѣ.

## Опредѣленіе срока беременности по даннымъ самой беременной.

Для опредѣленія продолжительности беременности и времени родовъ можно пользоваться тройкими данными.

1. *Послѣдняя менструація.* Наблюденія показали, что роды наступаютъ въ среднемъ спустя 280 дней или 40 недѣль послѣ перваго дня послѣдней менструаціи. Роды наступаютъ часто также на 4 недѣли раньше и на 4 недѣли позже, въ остальное же время (на 37, 38, 39, 41, 42 и 43 недѣляхъ) беременность рѣже оканчивается (Döderlein). Существуетъ, такимъ образомъ, аналогично менструаціи, стремленіе матки опорожнить свое содержимое черезъ каждыя 4 недѣли. При менструаціи выдѣляется неоплодотворенное яйцо, при родахъ же оплодотворенное.

На практикѣ вычисленіе производится такимъ образомъ, что къ первому дню послѣдней менструаціи прибавляютъ 3 мѣсяца и отсчитываютъ 7 дней. Полученное число означаетъ время, когда можно ожидать наступленія родовъ ( $280 + 92 - 7 = 365$  дней).

2. Исходной точкой второго способа вычисленія является *день оплодотвореннаго совокупленія.* Роды наступаютъ спустя 270 дней. Этимъ способомъ вычисленія можно пользоваться въ тѣхъ слу-

чаяхъ, въ которыхъ имѣло мѣсто одно лишь совокупленіе, а также въ случаяхъ судебного разбирательства, когда нѣсколько мужчинъ имѣли половое сношеніе съ матерью ребенка, и врачъ долженъ дать свое заключеніе о томъ, кто является отцомъ даннаго ребенка.

3. Исходной точкой третьяго ненадежнаго способа вычисленія является тотъ день, когда беременная впервые почувствовала *движенія ребенка*. У многорожавшихъ это имѣетъ мѣсто въ срединѣ беременности, и къ этому дню прибавляютъ  $4\frac{1}{2}$  календарныхъ мѣсяца. Первородящія начинаютъ чувствовать движенія ребенка на 2—4. недѣли позже.

Всѣ эти вычисленія только приблизительно вѣрны. Рожденіе зрѣлаго ребенка можетъ происходить на 14 дней раньше или позже даже въ томъ случаѣ, если вычисленіе производится на основаніи дня зачатія или послѣдней менструаціи. Ненадежность этихъ вычисленій объясняется прежде всего тѣмъ, что продолжительность беременности у человѣка такъ-же, какъ у млекопитающихъ животныхъ, не всегда одна и та же. Къ этому слѣдуетъ еще прибавить, что невозможно точно опредѣлить день начала беременности. Можно вычислить, черезъ сколько времени послѣ оплодотвореннаго совокупленія или послѣдней менструаціи обыкновенно наступаютъ роды, но нельзя опредѣлить, чрезъ сколько именно времени послѣ дѣйствительнаго зачатія. Совокупленіе и зачатіе совпадаютъ, правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но далеко не всегда.

Непостоянно также отношеніе зачатія къ имѣвшей мѣсто послѣдней менструаціи или первой отсутствовавшей, ибо въ однихъ случаяхъ (чаще всего) оплодотворяется яйцо первой отсутствовавшей менструаціи, а въ другихъ яйцо, выдѣлившееся при послѣднихъ регулахъ. Кроме того, несомнѣнно, что и въ промежуткѣ между двумя менструаціями происходитъ овуляція, яйцо можетъ оплодотвориться.

Въ случаѣ чрезвычайно продолжительной беременности приходится считаться съ возможностью „*перенашивания*“ ребенка. Наблюдались случаи, въ которыхъ беременность со дня послѣдней менструаціи продолжалась 325—326 дней. Правда, такіе случаи, въ которыхъ беременность продолжается на 46 дней или  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца дольше, чѣмъ это полагается, наблюдаются чрезвычайно рѣдко, но опаздываніе родовъ на 2—4 недѣли довольно частое явленіе. Дѣти въ этихъ случаяхъ, соотвѣтственно болѣе продолжительной внутриматочной жизни, длиннѣе и вѣсятъ больше, чѣмъ обыкновенно.

Результаты объективнаго изслѣдованія, главнымъ образомъ, высота стоянія матки, а въ послѣдніе мѣсяцы также объемъ живота нерѣдко не совпадаютъ съ вычисленіемъ на основаніи анамнеза. Въ этихъ случаяхъ трудно бываетъ рѣшить, какія данныя болѣе вѣрны.

Въ общемъ болѣе важными слѣдуетъ считать результаты объективнаго изслѣдованія и по нимъ нужно опредѣлить срокъ беременности, такъ какъ въ показаніяхъ женщинъ о времени



послѣдней менструаціи и о совокупленіи нерѣдко играютъ роль забывчивость, ошибки и отчасти, также сознательный обманъ. Кромѣ того, отношеніе аменоррей къ беременности не всегда одинаково; менструація можетъ отсутствовать еще до наступленія беременности (вслѣдствіе кормленія грудью, послѣродового періода, хлороза, выздоровленія послѣ тяжелыхъ болѣзней и т. д.), или таковая можетъ наблюдаться 1—2 раза и во время беременности.

Къ такому объясненію противорѣчія между анамнезомъ и результатами объективнаго изслѣдованія прибѣгаютъ лишь въ томъ случаѣ, если это противорѣчіе не можетъ быть ничѣмъ другимъ объяснено, а данныя объективнаго изслѣдованія несомнѣнны.

Въ тѣхъ же случаяхъ, въ которыхъ причиной слишкомъ большого объема живота является пузырчатый заносъ, гидрамніонъ, двойни и ожирѣніе, а съ другой стороны слишкомъ малый объемъ обуславливается малымъ ребенкомъ, олигогидрамніей и общимъ исхуданіемъ, необходимо внести соотвѣтствующія поправки въ результаты объективнаго изслѣдованія. Въ этихъ случаяхъ можетъ оказаться правымъ анамнезъ и на основаніи его данныхъ рѣшается вопросъ.

### Г Л А В А III.

#### Распознаваніе первой или повторной беременности.

Для прогноза родовъ не безразлично, рождаетъ ли женщина въ первый разъ или нѣтъ. При первыхъ родахъ предъявляются къ женщинѣ большія требованія, чѣмъ при послѣдующихъ. Прежде всего значительныя трудности для прохожденія перваго ребенка представляютъ такъ называемые мягкіе родовые пути, т. е. внутренній зѣвъ, каналъ шейки, наружный маточный зѣвъ, влагалище и входъ въ него. Эти отверстія и каналы, едва пропускающіе до родовъ только зондъ, должны быть расширены настолько, чтобы пропустить головку ребенку, имѣющую около 34 сант. въ объемѣ. Если же такое растяженіе уже однажды имѣло мѣсто, то повтореніе его при послѣдующихъ родахъ представляетъ меньшія затрудненія. Этимъ объясняется, почему первые роды продолжаются въ среднемъ 20, а повторные только 10 часовъ.

Нѣкоторыя тяжелыя осложненія, какъ неукротимая рвота и главнымъ образомъ эклампсія также наблюдаются чаще у первородящихъ, чѣмъ у многорожавшихъ.

Этимъ недостаткамъ противопоставляются, однако, и нѣкоторыя преимущества. Эластичность брюшныхъ покрововъ и тонусъ мускулатуры до того значительны у первородящихъ, что, благодаря этому, головка опускается въ малый тазъ еще во время беременности, т. е. до наступленія схватокъ; у многорожавшихъ же головка опускается только во время родовъ, благодаря схваткамъ, т. е. сокращеніямъ матки.

Среди *первородящихся* различают *молодых*, *больше пожилых* или *старых рожениц*. Границу составляет приблизительно тридцатилетний возраст. Въ это время появляются первыя регрессивныя измѣненія въ тканяхъ. Мягкія части теряютъ свою мягкость, обиліе соковъ и растяжимость. Вслѣдствіе меньшей податливости мягкихъ путей, роды продолжаются дольше, они болѣе болѣзненны, и легче происходятъ разрывы, преимущественно промежности и влагалища. Роды могутъ продолжаться вмѣсто 20 часовъ 30 и больше. Вслѣдствіе большей продолжительности и болѣе интенсивной болѣзненности родовъ, женщина скорѣе истощается, чаще является необходимостью въ оперативномъ вмѣшателствѣ, что еще больше увеличиваетъ опасность первыхъ родовъ.

Среди *многоорожавшихъ* также различаютъ 2 группы, а именно, *родившихъ нѣсколько и много разъ*. Границу составляютъ пятыя роды.

Предсказаніе ухудшается послѣ пятихъ родовъ, что обусловливается слишкомъ частой работой брюшныхъ покрововъ и матки, отчего уменьшается ихъ эластичность и способность къ сокращенію. Эти неблагоприятные моменты обнаруживаются уже во время беременности. Животъ сильно растянутъ, и иногда образуется отвислый животъ. Такъ какъ матка и брюшные покровы не въ состояніи больше фиксировать ребенка въ нормальномъ затылочномъ положеніи, то образуются ненормальныя положенія; ягодичное и поперечное. Слабость мускулатуры матки обнаруживается въ періодѣ раскрытія, а въ періодѣ изгнанія плода перестаетъ работать брюшная пресса. Въ послѣдовомъ періодѣ появляется атонія матки съ опасными кровотечениями. Такимъ образомъ, у многоорожавшихъ приходится чаще прибѣгать къ оперативному вмѣшательству, чѣмъ у родившихъ только нѣсколько разъ.

У многоорожавшихъ часто наблюдаются и другія осложненія, главнымъ образомъ приростаніе послѣда и *placenta praevia*.

### Объективные признаки отличія первородящихъ отъ многоорожавшихъ.

Эти признаки находятся во всѣхъ частяхъ половыхъ органовъ, не исключая груди и живота. Самые характерные изъ нихъ обнаруживаются на *partio vaginalis* и на *двѣственной плевѣ*, т. е. тамъ, гдѣ прохожденіе ребенка оставляетъ стойкіе слѣды.

*Наружныя половыя органы.* У *I gravida vulva* закрыта, промежность цѣла и имѣетъ въ длину 4—5 сант. *Двѣственная плева* сохранена въ видѣ узкой каймы, окружающей входъ во влагалище; она не обнаруживаетъ никакой потери ткани, а только зазубрины, происшедшія во время совокупленія и доходящія до основанія (рис. 5). При наличности широкаго отверстія и растяжимой плевы эти зазубрины могутъ совершенно отсутствовать. Послѣ раскрытія губъ *влагалище* вовсе не видно, или въ отверстіи плевы виденъ валикъ величиной въ лѣсной орѣхъ, являющійся ничѣмъ инымъ, какъ нижней частью передней влагалищной стѣнки и называемый

carinae vaginae или *валикомъ мочеиспускательнаго канала*. Входъ во влагалище пропускаетъ обыкновенно только одинъ палецъ.

У *многорожавшей vulva* очень часто зияетъ при растопыренныхъ ногахъ. *Промежность*, вслѣдствіе поврежденій, имѣвшихъ мѣсто при предыдущихъ родахъ, низка, frenulum labiorum отсутствуетъ; входъ во влагалище пропускаетъ два пальца. Значительная часть передней и задней влагалищныхъ стѣнокъ видна чрезъ introitus vaginae.



Рис. 5. Наружные половые органы первородящей. Нупенъ справа посрединѣ и слѣва сзади надорванъ, на остальномъ протяженіи сохраненъ въ видѣ каймы.

Отъ *двѣственной плевы* остались лишь кусочки, похожіе на бородавки, такъ назыв. *carunculae myrtiformes*. Эти дефекты въ плевѣ образовались вслѣдствіе некроза разорвавшейся при первыхъ родахъ ткани плевы (рис. 6).

*Внутренніе половые органы*. При *внутреннемъ изслѣдованіи I gravis* влагалище представляется узкимъ, жесткимъ и покрытымъ складками. *Влагалищная часть* имѣетъ коническую форму и прощупывается въ задней половинѣ таза. *Маточный звѣз* образуетъ маленькое, круглое вдавленіе съ гладкими краями (рис. 7).

У *многорожавшихъ* влагалище широко и гладко, *влагалищная часть* имѣетъ цилиндрическую форму, она коротка и толста. *Ма-*



Рис. 6. Наружные половые органы многорожавшей. Отъ дѣвствъ: плевы остались только небольшіе куски, такъ назыв. sagittulae myrtiformes.

точный зѣвъ образуетъ поперечную щель, ограниченную передней и задней губами (рис. 8). Последнія обнаруживаютъ одну или



Рис. 7. Видъ въ зеркалъ влагалищной части при 1 беременности.



Рис. 8. Видъ въ зеркалъ влагалищной части у многорожавшей.

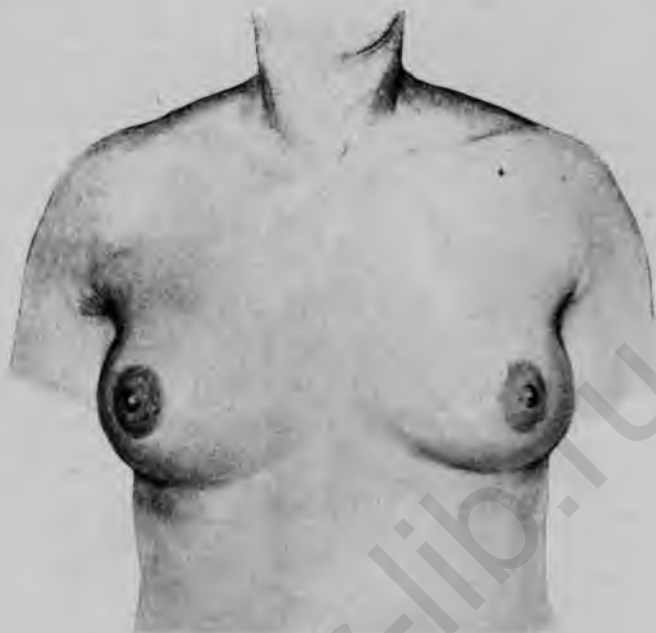


Рис. 9. Грудь при 1 беременности.

нѣсколько зазубринъ и рубцовъ, доходящихъ иногда до влагалищнаго свода: это такъ назыв. надрывы Emmet'a.



Рис. 10. Грудь у многорожавшей.

*Животъ и груди.* Наружное изслѣдованіе обнаруживаетъ слѣдующія различія: груди у I grávida упруги, имѣютъ форму полушарія и отстоятъ отъ грудной клѣтки. Вслѣдствіе напряженія m. m. recti животъ имѣетъ яйцевидную форму и въ продольномъ направленіи больше вздутъ, чѣмъ въ поперечномъ. Брюшные покровы напряжены и трудно приподымаются въ складку. На нихъ имѣются свѣжія, синевато-красныя *striae*.

У многорожавшихъ животъ равномерно вздутъ и имѣетъ форму шара. Брюшные покровы вялы и легко образуютъ складки. Рядомъ съ свѣжими синевато-красными *striae* имѣются старые, блестящія, какъ сухожиліе, поперечнополосатые рубцы беременности. Груды вялы и отвисаютъ.

*Предлежащая часть.* Большое различіе обнаруживается къ концу 10 мѣсяца при головныхъ положеніяхъ. У I grávidae головка находится въ это время въ маломъ тазу, она неподвижна; у многорожавшихъ же она находится еще надъ входомъ въ тазъ и баллотируется.

Въ слѣдующей таблицѣ эти различія наглядно представлены (по Sellheim'y):

### Различія между перво- и многорожавшими къ концу беременности.

|  | Первородящія.   | Многорожавшія.  |
|--|---|---|
| Vulva:<br>Промежность:<br>Нумен:                       | Закрѣта.<br>4—5 сант. высоты.<br><br>Безъ потери вещества.<br>Только съ однимъ или нѣсколькими надрывами.       | Не зияетъ.<br>Часто вязка, старые разрывы и рубцы.<br><i>Carunculae myrtiformes</i> .                                 |
| Introitus:<br>Влагалище:<br>Portio:<br>Маточный звѣзъ: | Узокъ.<br><br>Узко, образуетъ складки.<br>Коническая, мала.<br>Небольшое, круглое вдавненіе.                    | Широкъ, пропускаетъ 2 пальца.<br>Широко, гладко.<br>Велика, цилиндрична.<br>Поперечная щель, часто надорванная сбоку. |
| Животъ:<br>Брюшные покровы:<br>Груды:                  | Яйцевиденъ.<br>Упруги; свѣжія синеватая <i>striae</i> .<br>Упруги, полушаровидны, отстоящія отъ грудной клѣтки. | Шарообразенъ.<br>Вялы: старыя, блестящія, какъ сухожиліе, <i>striae</i> .<br>Отвѣсныя, вялыя.                         |
| Предлежащая часть:                                     | Находится въ тазу, неподвижна.  | Подвижна надъ входомъ въ тазъ, баллотируется.   |

## ГЛАВА IV.

## Положеніе ребенка.

Для болѣе точнаго опредѣленія положенія ребенка въ полости матки употребляютъ слѣдующія названія: *членорасположеніе*, *положеніе* и *позиція* плода.

1. *Членорасположеніемъ* ребенка называется отношеніе другъ къ другу отдѣльныхъ частей плода. Нормальнымъ или физиологическимъ считается *членорасположеніе*, при которомъ, вслѣдствіе С-образнаго искривленія спины, головка и тазъ приближены другъ къ другу, причемъ подбородокъ наклоненъ къ груди, а ноги сильно согнуты въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ;



Рис. 11. Внутриматочное членорасположеніе ребенка (по Schultze).

въ промежуткѣ между головкой и колѣнями лежатъ скрещенныя на груди верхнія конечности и пуповина (рис. 11). Въ такомъ положеніи ребенокъ занимаетъ возможно меньшее мѣсто. Разстояніе отъ затылка къ ягодицамъ, называемое осью плода, составляетъ половину всей длины тѣла.

2. Подъ *положеніемъ* ребенка понимаютъ отношеніе его продольной оси къ таковой матки. Если обѣ оси совпадаютъ, то говорятъ о *продольномъ* или *прямомъ* положеніи; если онѣ пересѣкаются подъ угломъ, то образуются *косое* и *поперечное* положеніе.

3. *Позиціей* ребенка называется отношеніе его спинки къ стѣнкѣ матки. Если при продольныхъ положеніяхъ спинка ребенка расположена влѣво, то говорятъ о первой позиціи, если она направлена вправо, то получается вторая позиція. При поперечномъ положеніи спинка можетъ быть направлена впередъ или назадъ;

различают поэтому поперечное положение dorsoanterior и dorso-posterior.

Помощью этих трех названий определяют всевозможные положения ребенка, причем рѣшающей для названія является наиболѣе глубоко расположенная, предлежащая во время родовъ часть ребенка.

При продольномъ или прямомъ положеніи можетъ предлежать головка или тазовый конецъ, *головное положеніе, тазовое положеніе*. При поперечномъ положеніи предлежатъ плечики, почему такое положеніе называется также *плечевымъ*. Подраздѣленія при продольныхъ положеніяхъ получаются вслѣдствіе неодинаково сильнаго сгибанія или разгибанія предлежащей части. Если головка отклоняется отъ груди, то образуются *передне-головное, лобное и лицевое положенія*. Если при тазовомъ положеніи бедра и голени расположены нормально (см. рис. 11), то говорятъ о *модично-ножномъ* или *двойномъ ягодичномъ положеніи*. Это положеніе, при которомъ обѣ ножки прилегаютъ къ ягодицамъ, можетъ, вслѣдствіе разгибанія въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, постепенно превратиться въ *простое ягодичное, колѣнное и ножное положеніе*.

Въ зависимости отъ того, согнуты или разогнуты обѣ ножки или только одна, различаютъ совершенное или несовершенное ягодично-ножное положеніе, совершенное или несовершенное колѣнное и совершенное или несовершенное ножное положеніе.

Ниже приводится схематическій обзоръ всѣхъ положеній ребенка.

### Причины нормальныхъ и патологическихъ положеній ребенка.

*Физиологическимъ, наиболѣе благоприятнымъ положеніемъ ребенка является затылочное*; оно является и наиболѣе частымъ, такъ какъ 96% всѣхъ дѣтей рождаются въ этомъ положеніи. Причиной этого является то обстоятельство, что въ этомъ положеніи и при такомъ членорасположеніи ребенокъ занимаетъ меньше всего мѣста въ маткѣ и лучше всего приспособляется къ формѣ послѣдней. Объемистый тазовый конецъ съ ягодицами и нижними конечностями лучше всего укладывается въ широкомъ днѣ матки, головка же въ болѣе узкомъ нижнемъ отдѣлѣ ея (см. рис. 11). Во время беременности матка, стремящаяся сохранить свою грушевидную или яйцевидную форму, давитъ на пассивно-подвижную головку до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не приспособится къ формѣ полости матки. Послѣ того, какъ головка опустилась въ большой тазъ, подвздошная кость, а въ случаѣ болѣе глубокаго опусканія головки, и *linea innominata* препятствуютъ выступленію ея изъ таза.

Знакомство съ причиной столь большой частоты затылочнаго положенія легче всего объясняетъ происхожденіе патологическихъ положеній. Потеря эластичности брюшныхъ стѣнокъ и исчезновеніе тонуса мускулатуры матки даютъ возможность



## Продольныя или прямыя положенія.

| Головныя положенія         |  |    |    | Тазовыя положенія                                    |                              |    |    |  |
|----------------------------|--|----|----|--|------------------------------|----|----|--|
| Согнутое членорасположеніе | Разогнутое членорасположеніе             |    |    | Согнутое членорасположеніе                           | Разогнутое членорасположеніе |    |    |  |
| Затылочное полож.          | Передне-головное, лобное, лицевое полож. |    |    | Ягодично-ножное полож.<br>(Двойное ягодичное полож.) | Ягодичное, колѣнное, ножное  |    |    |  |
| Спинка слѣва: I            | I  | I  | I  | I  | I                            | I  | I  |  |
| „ справа: II               | II                                       | II | II | II   | II                           | II | II |  |

## Косыя или поперечныя положенія, плечевое положеніе.

| Головка слѣва:         |                | Головка справа:        |                |
|------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| Спинка спереди: I      | dorsoanterior  | II                     | dorsoanterior  |
| „ справа: I            | dorsoposterior | II                     | dorsoposterior |
| } поперечное положеніе |                | } поперечное положеніе |                |

ребенку занимать любое положеніе. Вслѣдствіе этого у *многOROЖавшихъ* съ вялой и слабой маткой образуются поперечное, косо и ягодичное положенія. Эти положенія наблюдаются также въ случаяхъ патологическаго скопленія плодовыхъ водъ, при *hydramnion*, когда матка лишена возможности дѣйствовать на ребенка, при *двойняхъ* и *уродливомъ* *плодѣ*, при которыхъ матка также оказываетъ недостаточное дѣйствіе. Наконецъ, и *узкій тазъ* препятствуетъ головкѣ нижнимъ сегментомъ опуститься въ тазъ или онъ не въ состояніи фиксировать ее въ этомъ положеніи. Въ случаяхъ неправильныхъ положеній слѣдуетъ поэтому всегда искать причины въ узкомъ тазѣ. При ненормальномъ положеніи у первородящихъ всегда имѣется узкій тазъ, если только исключена возможность двойней и *hydramnion*. Никогда не слѣдуетъ удовлетвориться діагнозомъ ненормальнаго положенія, а слѣдуетъ всегда искать причины его.

## ГЛАВА V.

### Распознаваніе жизни плода.

Раньше, чѣмъ удастся выслушивать тоны сердца плода, т. е. въ первой половинѣ беременности, можно яйцо и плодъ считать живымъ и здоровымъ до тѣхъ поръ, пока матка равномерно увеличивается и отсутствуют признаки смерти плода. Если яйцо или плодъ по какой либо причинѣ (привычный выкидышъ, эндометритъ, инфекціонныя болѣзни матери, травма, нефритъ, сифилисъ) умираютъ, то мертвое содержимое, являющееся постороннимъ тѣломъ, недолго остается въ полости матки. Происходятъ сокращенія матки, болѣзненные схватки и кровотеченія. Выдѣленіе крови изъ матки въ первые мѣсяцы беременности является наиболѣе вѣрнымъ признакомъ угрожающей или послѣдовавшей уже смерти плода.

Во второй половинѣ беременности жизнь плода опредѣляется на основаніи движеній его и выслушиванія тоновъ его сердца. Чѣмъ больше продолжается беременность, тѣмъ легче удастся распознать жизнь плода. Если при изслѣдованіи тоны сердца не выслушиваются, то не слѣдуетъ изъ этого еще заключить о смерти плода. Послѣдняя діагностируется лишь въ томъ случаѣ, если при тщательной и повторной аускультации со стороны опытнаго врача тоны сердца не выслушиваются и ничѣмъ другимъ это обстоятельство не можетъ быть объяснено (сильное ожирѣніе, *hydramnion*, поперечное положеніе со спинкой кзади), и если одновременно съ этимъ не видны и не ощущаются матерью движенія плода. Смерть плода распознается также въ томъ случаѣ, если на какомъ либо опредѣленномъ мѣстѣ сначала выслушивались тоны сердца, а потомъ они исчезли, а плодъ сохранилъ свою первоначальную длину.

На *смерть плода* указываютъ также нѣкоторыя болѣзни матери, ведущія, какъ наблюденія показали, къ умиранію плода.

Сюда относится прежде всего сифились. Послѣдній вызываетъ въ большинствѣ случаевъ смерть плода въ послѣднихъ мѣсяцахъ беременности. Сифилитическое заболѣваніе матери лучше всего распознается посредствомъ реакціи Wassermann'a. Цефритъ, тяжелыя инфекціонныя болѣзни, а въ рѣдкихъ случаяхъ тяжелая травма также имѣютъ своимъ послѣдствіемъ смерть плода.

Съ другой стороны, во всѣхъ случаяхъ преждевременной смерти плода необходимо искать вышеуказанныхъ болѣзней у матери.

Особенно важно распознаваніе жизни ребенка *во время родовъ*, ибо отъ этого зависитъ во многихъ случаяхъ способъ окончанія родовъ. Посредствомъ аускультации удается опредѣлить не только жизнь плода, но и состояніе его здоровья. Если число ударовъ сердца превышаетъ среднюю частоту въ 120—150, или меньше этой средней нормы, то это указываетъ на грозящую ребенку опасность. Если число ударовъ ниже 100 или выше 180, то ребенку угрожаетъ непосредственная опасность. Частота ударовъ сердца мѣняется при каждой схваткѣ, и выслушивать тоны сердца нужно поэтому въ промежуткѣ между двумя схватками.

Во время родовъ необходимо непрерывно контролировать тоны сердца. Если послѣдніе выслушивались въ какомъ либо опредѣленномъ мѣстѣ, а потомъ исчезли, причемъ ребенокъ не измѣнилъ своего положенія, то это указываетъ на смерть плода, особенно если до этого частота ударовъ сердца значительно измѣнилась.

*Внутреннее изслѣдованіе* даетъ и другія точки опоры для сужденія о жизни и смерти плода.

Если со времени смерти плода прошло уже болѣе или меньше продолжительное время, то головная опухоль не образуется; черепныя кости болтаются, а роднички вялы; меконій отходить даже при головныхъ положеніяхъ. Тамъ, гдѣ удается прощупать пуговину, она оказывается непальсирующей.

## ГЛАВА VI.

### А. Опредѣленіе размѣровъ плода.

О величинѣ плода можно судить лишь предположительно: но къ концу беременности и во время родовъ чрезвычайно важно знать хоть приблизительно его величину, такъ какъ трудность родовъ зависитъ столько же отъ величины ребенка, сколько отъ размѣровъ таза. При узкомъ тазѣ небольшой ребенокъ можетъ самостоятельно родиться, большой же дѣлаетъ необходимымъ оперативное вмѣшательство, перфوراцію или кесарево сѣченіе.

Для опредѣленія величины плода служатъ:

1. *Объемъ живота.* Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ исключается другая причина большого живота (ожирѣніе, hydramnion, двойни, опухоли), объемъ, превышающій къ концу беременности

100 сант., а также относительно большой объемъ въ болѣе ранній періодъ говорятъ за наличность большого плода.

2. *Ось плода.* При черепныхъ положеніяхъ разстояніе отъ верхняго края симфиза до наиболѣе высокой точки на днѣ матки, определенное тазомѣромъ, составляетъ 25 сант., т. е. половину величины ребенка. Большее или меньшее число указываетъ на болѣе или менѣе крупнаго ребенка.

3. *Прощупываніе головки.* Этотъ признакъ является наиболѣе важнымъ при отличительномъ распознаваніи, ибо при двойняхъ объемъ живота и ось плода также могутъ превышать норму. При двойняхъ, однако, каждая головка сравнительно мала, а болѣе крупный ребенокъ обладаетъ и болѣе крупнымъ черепомъ.

## **В. Распознаваніе двойней и многоплодной беременности.**

Распознаваніе двойней можетъ быть только предположительнымъ. Только въ рѣдкихъ случаяхъ признаки столь ясны, что даютъ возможность точно діагносцировать двойни. Все же послѣднія встрѣчаются столь часто (1 на 89 родовъ), что необходимо нерѣдко считаться съ этимъ осложненіемъ.

За беременность двойнями говорятъ:

1. *Необычайно большой объемъ живота,* а именно свыше 100 сант. къ концу беременности или соответствующій большой объемъ въ болѣе ранніе мѣсяцы. Само собою понятно, что прежде всего слѣдуетъ исключить наличность ожирѣнія, гидрамнион, очень крупнаго ребенка, опухолей въ животѣ, метеоризма или асцита. При наличности гидрамнион не слѣдуетъ еще отказываться отъ діагноза двойней, ибо при однояйцевыхъ двойняхъ очень часто наблюдается также обиліе околоплодной жидкости.

2. *Необычайно большая длина оси плода,* а именно свыше 30 сант. (Ahlfeld).

3. *Несовмѣстимость различныхъ данныхъ:* большой объемъ живота и малая головка, много мелкихъ частей, наличность мелкихъ частей на обѣихъ сторонахъ живота. Необходимо подозрѣвать наличность двойней и въ томъ случаѣ, если у многорожавшихъ съ очень большимъ объемомъ живота значительная часть плода опустилась уже во время беременности въ тазъ. Если тазъ пустой, или головка стоитъ еще высоко, то наличность двойней исключается (Strassmann).

4. *Анамнезъ* также можетъ вызвать подозрѣніе на двойни или подкрѣпить діагнозъ, поставленный на основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія, ибо склонность къ многоплодной беременности передается по наслѣдству, и въ одной и той же семьѣ часто наблюдаются двойни у матери и дочери или у сестеръ. Отецъ также можетъ передать сыновьямъ склонность къ воспроизведенію двойней (v. Winkel).

### **Достоверно распознаются двойни:**

1. Если *два* головки прощупываются въ разныхъ мѣстахъ живота. Наоборотъ, наличность трехъ большихъ шаровидныхъ ча-

стей не является признакомъ двойней, ибо здѣсь легко возможны ошибки.

2. Если *сердечные тоны различной частоты* выслушиваются въ 2 разныхъ мѣстахъ живота. Для достовѣрнаго доказательства требуется, однако, чтобы двое съ часами въ рукахъ одновременно выслушивали въ 2 разныхъ мѣстахъ живота, или чтобы одно и то же лицо выслушивало подрядъ въ 2 разныхъ мѣстахъ сердечные тоны ребенка, причемъ полученныя числа должны разниться, по меньшей мѣрѣ, на 10 въ минуту (A hlfeld).

3. Распознаваніе двойней удается иногда помощью *рентгено-фотографіи*. Особенно облегчаетъ діагнозъ обнаруженіе двухъ позвоночниковъ.

*Во время родовъ* распознаваніе двойней легче, такъ какъ внутренне изслѣдованіе при открытомъ зѣвѣ даетъ возможность пользоваться и другими признаками.

Иногда удается прощупать два плодовыхъ пузыря и отдѣляющую ихъ бороздку; ясно прощупывается также глубоко сидящая головка, а другая свободно подвижна въ полости живота. Если одинъ пузырь лопнулъ, то удается иногда обнаружить въ маткѣ зыбленіе. Вѣрнымъ доказательствомъ наличности двойней является выпаденіе непупьсирующей пуповины, въ то время какъ сердечные тоны продолжаютъ еще выслушиваться, далѣе, выпаденіе двухъ правыхъ ручекъ, двухъ лѣвыхъ ножекъ и т. д. Вѣрнымъ признакомъ является также обнаруженіе рядомъ съ цѣлымъ пузыремъ выпавшей конечности или пуповины.

*Беременность тройнями* рѣдко удается діагносцировать раньше, чѣмъ не родится одинъ ребенокъ. Такъ какъ тройни наблюдаются очень рѣдко (1 на 8000 родовъ), то распознаваніе не имѣетъ большого практическаго значенія.

## ГЛАВА VII.

### Изслѣдованіе таза.

#### А. Нормальный тазъ.

##### Анатомическое строеніе.

Различаютъ большой и малый тазы. Границу составляетъ плоскость (F g o g i e r'a), ограниченная *linea terminalis*. Употребляемое въ акушерствѣ слово „тазъ“ означаетъ всегда малый тазъ.

Костный тазъ представляетъ неправильный полый цилиндръ съ длинной задней стѣнкой, образуемой крестцовой костью и копчикомъ, и передней короткой стѣнкой, образуемой симфизомъ. Въ то время, какъ входъ таза представляетъ закрытое, неподвижное костное кольцо, выходъ его ограниченъ немногими костными точками, преимущественно же мягкими частями; такъ какъ копчикъ подвиженъ въ прямой діаметрѣ, то выходъ таза способенъ расширяться.

Для того, чтобы пространственные отношенія таза сдѣлать болѣе наглядными и легче опредѣлить путь, прокладываемый головкой во время родовъ, различаютъ нѣкоторыя *тазовыя плоскости*. Въ каждой изъ нихъ различаютъ прямой, поперечный и два косыхъ размѣра.

1. *Плоскость входа таза*, образуемая безымянной или терминальной линіей. Она пересѣкаетъ спереди верхній край симфиза, сзади promontorium. Наибольшимъ размѣромъ является поперечный, составляющій 13½ сант. Наболѣе важнымъ же размѣромъ является прямая линія, соединяющая promontorium съ верхнимъ краемъ симфиза, conjugata.

Различаютъ:

а) *Conjugata anatomica*, разстояніе между promontorium и наболѣе высокой точкой симфиза.

б) Болѣе важна въ акушерствѣ *conjugata obstetrica*, составляющая наболѣе короткое соединеніе между promontorium и симфизомъ; передняя конечная точка ея находится ниже верхняго края симфиза. *Conjugata obstetrica s. vera* равняется въ нормальномъ женскомъ тазѣ 11 сант.

в) *Conjugata diagonalis*. Она соединяетъ нижній край симфиза съ promontorium и не относится поэтому къ плоскости входа таза. Она скорѣе представляетъ вспомогательную линію, служащую для вычисленія conjugata vera.

2. *Широкая часть таза* или параллельная тазовая плоскость *Hodge* расположена параллельно къ плоскости входа таза и образуется нижнимъ краемъ лоннаго сочлененія. Она пересѣкаетъ сзади крестцовую кость въ мѣстѣ ея наибольшей вогнутости, приблизительно на границѣ между 2 и 3 поясничными позвонками.

Вслѣдствіе выпуклости крестца кзади, это мѣсто является наболѣе вмѣстительнымъ.

3. *Узкая часть таза* или *спинальная плоскость*. Она расположена непараллельно двумъ первымъ и образуется нижнимъ краемъ лоннаго сочлененія, пересѣкаетъ сзади конецъ крестцовой кости на мѣстѣ соединенія послѣдней съ копчикомъ, а сбоку spinae ossis ischii.

Благодаря spinae ischiadae, тазъ въ этомъ мѣстѣ сильно суживается съ обѣихъ сторонъ, откуда и названіе этой плоскости. Эта плоскость легче всего опредѣляется при изслѣдованіи, такъ какъ легко прощупываются главныя ея точки, а именно, нижній край симфиза, верхушка крестцовой кости и главнымъ образомъ spinae ischii. Поэтому поперечный размѣръ этой плоскости, спинальная линія является наболѣе удобной для ориентированія при акушерскихъ и гинекологическихъ изслѣдованіяхъ. Помощью этой линіи лучше всего опредѣляется мѣсто стоянія головки, влагалищной части, словомъ, всѣхъ подвижныхъ частей таза, если только эти части не расположены ближе къ какой либо другой костной точкѣ (симфизу, promontorium).

Узкая часть таза имѣетъ огромное значеніе и для механизма родовъ: здѣсь измѣняется отношеніе поперечныхъ размѣровъ къ прямымъ. Во входѣ

въ тазъ поперечный размѣръ больше прямого, здѣсь же наоборотъ: прямой размѣръ длиннѣе поперечнаго, и головка ребенка должна своимъ длиннымъ прямымъ діаметромъ сдѣлать поворотъ въ прямой діаметръ узкой части таза.

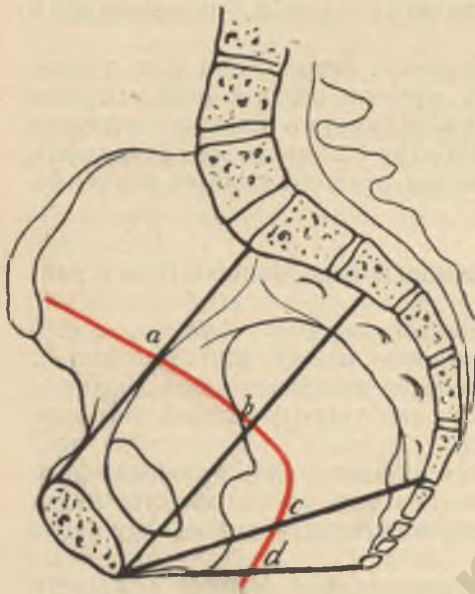


Рис. 12. Прямые размѣры четырехъ плоскостей таза: а) входа въ тазъ, б) параллельной широкой части таза, с) узкой части таза, д) выхода таза. Линія, соединяющая среднія точки 4 прямыхъ размѣровъ, представляетъ тазовую ось или проводную линію. Между б и с она образуетъ сгибъ.

#### 4. Плоскость выхода таза.

Эта плоскость также пересѣкаетъ спереди нижній край симфиза, сзади верхушку крестца, справа и слѣва tubera ischii. Съ строго физической точки зрѣнія она не является плоскостью. При сильной выкружности крестца сзади прямой діаметръ становится больше поперечнаго; головка ребенка должна поэтому установиться прямо своимъ наибольшимъ размѣромъ, и только такимъ образомъ она можетъ выйти изъ полости таза.

Соединивъ среднія точки прямыхъ размѣровъ четырехъ плоскостей таза, получаютъ *тазовую ось* или *проводную линію* (рис. 12). Это та идеальная линія, по которой наиболѣе низкая точка подлежащей части ребенка подвигается при родахъ впередъ. Приблизительно въ срединѣ таза эта линія образуетъ сильный сгибъ впередъ, „колѣно родового канала“ (Sellheim).

#### Измѣреніе таза.

##### *Входъ таза.*

Для прохожденія головки черезъ тазъ имѣютъ значеніе лишь пространственныя отношенія въ маломъ тазу, но измѣренія послѣдняго на живой женщинѣ не удаются. Поэтому намѣчаютъ точки измѣренія на большомъ тазѣ и на основаніи ихъ выводятъ заключеніе о размѣрахъ малаго таза. Это разрѣшается на томъ основаніи, что при нормальномъ тазѣ у взрослой женщины имѣются совершенно опредѣленныя правильныя отношенія между размѣрами большого и малаго таза.

Въ нормальномъ состояніи составляютъ:

|                                   |    |       |
|-----------------------------------|----|-------|
| 1) Distantia spinarum ossium ilei | 25 | сант. |
| 2) „ cristarum „ „                | 28 | „     |
| 3) „ trochanterum femorum         | 31 | „     |

Каждое послѣдующее измѣреніе больше предшествующаго на 3 сант.

Эти измѣренія производятся помощью тазомѣра Martin'a (рис. 13).

Измѣренія производятъ такимъ образомъ, что, захвативъ пуговицы тазомѣра большимъ и указательнымъ пальцами, накладываютъ ихъ на *spinae ant. sup.* и отмѣчаютъ на тазомѣрѣ разстоянiе между ними. При измѣренiи *distantiae cristarum* отыскиваютъ наиболѣе отдаленныя другъ отъ друга точки; необходимо, слѣдовательно, подвигаться спереди кзади и измѣряютъ разстоянiя между различными точками. Пуговицы тазомѣра ставятъ на среднiй гребешокъ кости. При измѣренiи *distantia trochanterum* пуговицы тазомѣра должны глубоко вдавливаться.

Всѣ названныя размѣры—поперечныя. Для опредѣленiя *прямыхъ размѣровъ*, прежде всего наиболѣе важнаго изъ нихъ, а именно, прямого размѣра входа въ тазъ, т. е. *conjugata vera*, служатъ слѣдующiя измѣренiя:

1. *Опредѣленiе conjugata externa* или *diameter Baudelocquii*.

Подъ этимъ понимаютъ разстоянiе между верхушкой *processus spinosus* послѣдняго поясничнаго позвонка и верхнимъ краемъ симфиза. При нормальномъ тазѣ оно составляетъ 20—22 сант. *Baudelocque* (французскiй акушеръ, жившiй въ Парижѣ въ 1781 г.) полагалъ, что для опредѣленiя *conjugata vera* было бы достаточно отсчитать отъ

цифры, обозначающей величину *conjugata externa*, 8—9 сант. Къ сожалѣнiю, это не вѣрно: цифра, которую необходимо вычесть, не постоянна и колеблется въ зависимости отъ толщины позвоночника, направленiя остистаго отростка, наклоненiя таза, толщины мускулатуры и жирового слоя. Можно только сказать, что *conjugata externa* меньше 18 сант. съ вѣроятностью, а меньше 17 сант. съ достовѣрностью указываетъ на узкiй тазъ. Съ другой стороны при *conjugata ext.* въ 22 сант. можетъ въ исключительныхъ случаяхъ быть узкiй тазъ (рис. 16).

2. *Опредѣленiе conjugata diagonalis*. Послѣднимъ названiемъ

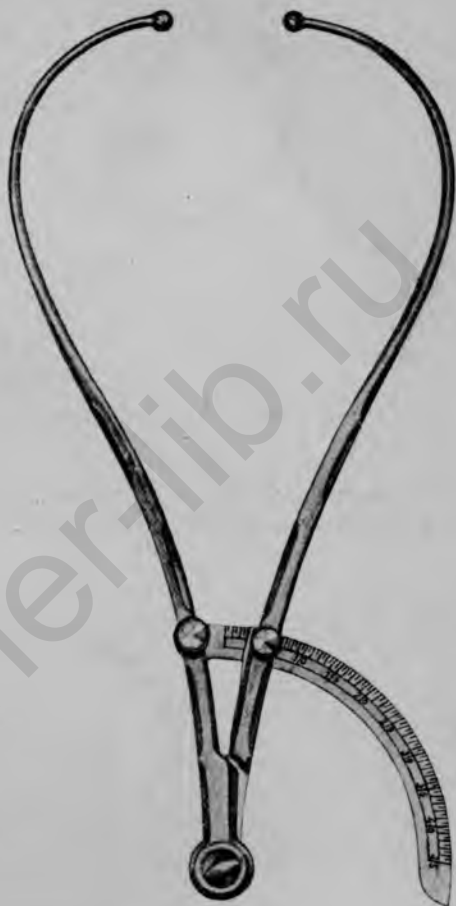


Рис. 13. Тазомѣра по Martin'y.



обозначаютъ разстояніе между промонторіемъ и нижнимъ краемъ симфиза. Въ нормальномъ таѣ оно составляетъ 13 сант., такъ

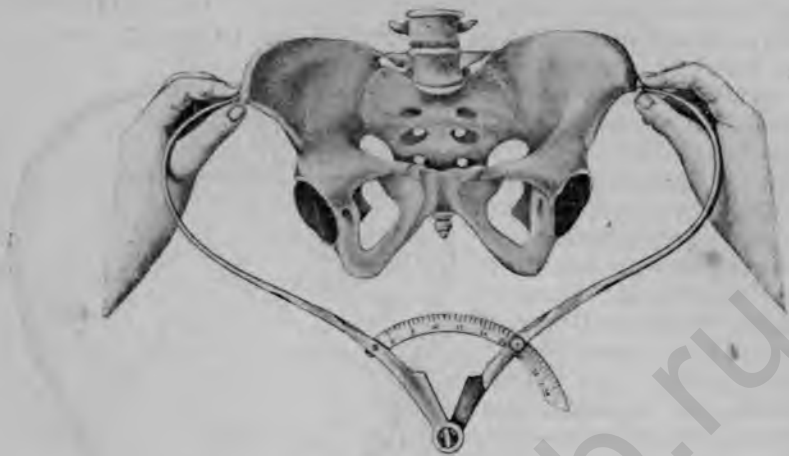


Рис. 14. Измѣреніе *dist. spinarum* (по Winternitz'y, изслѣдованіе беременности).

что разница между *conjugata vera* и *diagonalis* составляетъ въ среднемъ 2 сант. Величина этой разницы колеблется, однако, въ

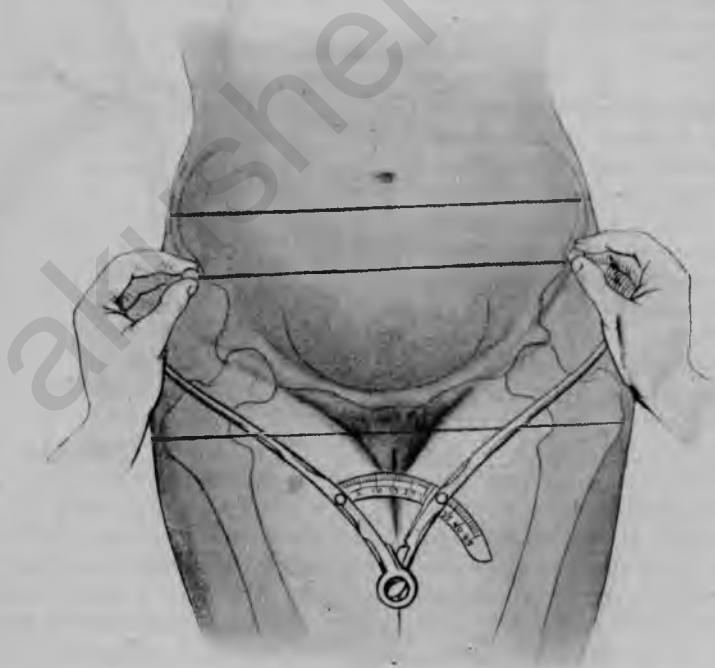


Рис. 15. Измѣреніе *dist. spinarum, cristarum, trochanterum* (по В u m м'у, акушерство).

зависимости отъ наклоненія таза, высоты симфиза и угла, образуемаго симфизомъ съ горизонтальной линіей. Какъ рис. 17 показываетъ, *conjugata vera*, *diagonalis* и симфизъ составляютъ неравносторонній треугольникъ. Длина *diagonalis* и *vera* можетъ быть приблизительно одинаковой, если промонторій находится очень низко (или, что то же, симфизъ очень высоко) или симфизъ очень низко и косо (рис. 17, 1). Наоборотъ, разница въ длинѣ *vera* и *diagonalis* можетъ быть очень большой (до 3 сант.), если

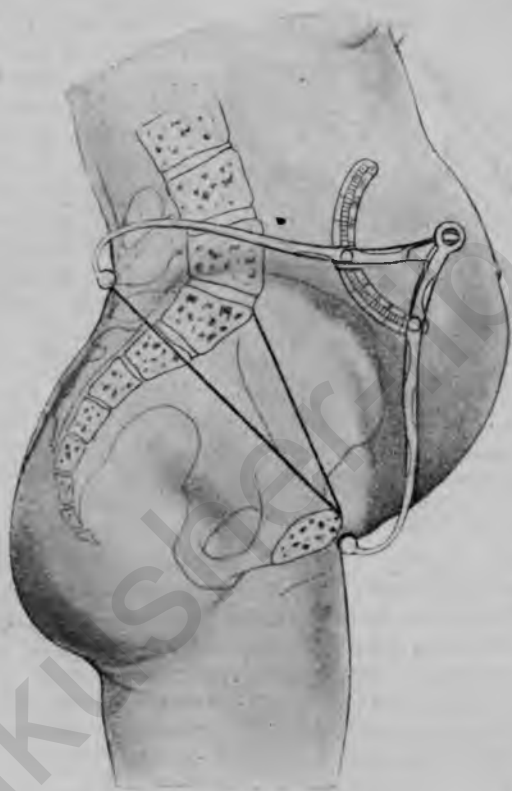


Рис. 16. Измѣреніе *conjugata externa*. Ея отношеніе къ *conjugata vera*.

симфизъ находится очень низко, если онъ очень вертикаленъ и при этомъ очень высокъ (рис. 17, 3).

Эти крайніе случаи наблюдаются, конечно, не очень часто, и на практикѣ было бы въ общемъ правильно высчитывать изъ числа, обозначающаго *conjugata diagonalis*, 2 сант.

*Conjugata diagonalis* опредѣляется такимъ образомъ (рис. 18), что одинъ или два пальца вводятъ во влагалище и, отодвигая постепенно увеличиваемымъ давленіемъ промежность вверхъ, стараются указательнымъ или среднимъ пальцемъ достигнуть промонторія. Руку оставляютъ лежать неподвижно, а ногтемъ указательнаго пальца другой руки отмѣчаютъ мѣсто, въ кото-

ромъ нижній край симфиза соприкасается съ изслѣдующимъ пальцемъ; вынувъ палецъ, опредѣляютъ измѣрительной лентой, градуированнымъ зондомъ или тазомѣромъ разстояніе между кончикомъ пальца и знакомъ указательнаго пальца.

3. *Непосредственное опредѣленіе conjugata vera помощью инструментовъ.* Для этой цѣли изобрѣли цѣлый рядъ инструментовъ.

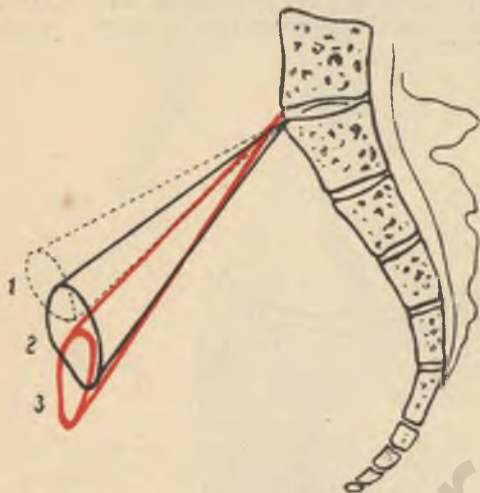


Рис. 17. Отношеніе conjugata vera къ conjugata diagonalis. Въ зависимости отъ стоянія и высоты симфиза, разница въ длинѣ колеблется между 0 и 3 сант.

Рис. 19 изображаетъ инструментъ Zweifel'я. Всѣ измѣрители conjugatae verae основаны на томъ, что согнутый подъ угломъ и подвижный пруть вводится со стороны влагалища между заднимъ, верхнимъ краемъ симфиза и промонторіемъ. При достаточномъ упражненіи удается этими инструментами получить приблизительно вѣрное измѣреніе истинной конъюгаты. Для общей же практики эти инструменты не пригодны. Наилбѣе надежнымъ способомъ считается до сихъ поръ вычисленіе на основаніи ручного измѣренія diagonalis.

Въ основѣ предлагаемыхъ все новыхъ и новыхъ модификацій измѣрителей conjugatae verae лежитъ переоцѣнка значенія этой конъюгаты для прогноза родовъ. Абсолютно точнѣе измѣреніе этого размѣра до миллиметра излишне уже по тому одному, что прогнозъ родовъ и возможность прохожденія ребенка черезъ тазъ зависитъ отъ цѣлага ряда другихъ факторовъ, прежде всего отъ величины головки, которая не поддается измѣренію, отъ интенсивности схватокъ, отъ твердости и конфигураціи черепа.

### Выходъ таза.

Хотя форма и размѣры входа таза имѣютъ наибольшее значеніе для теченія родовъ и по нимъ заключаютъ о размѣрахъ середины и выхода таза, наблюдаются, однако, случаи, въ которыхъ желательнѣе имѣть болѣе подробныя данныя о размѣрахъ выхода таза. Для этого служатъ:

1. *Опредѣленіе тазомѣромъ разстоянія между tubera ischii.* Для этой цѣли пользуются циркулемъ Collin'a или Oslander'a съ скрещенными ножками. Въ нормальномъ состояніи разстояніе между tubera ischii составляетъ 10.5 сант. Къ числу, полученному посредствомъ тазомѣра, слѣдуетъ прибавить 2 сант. съ цѣлью выравнить укороченіе разстоянія, вызванное мышечнымъ слоемъ.

2. *Определение высоты и ширины лонной дуги.* Можно получить ясное представление о пространственных отношеніях лонной дуги, если прижать, по Негару, сильно отведенные большіе

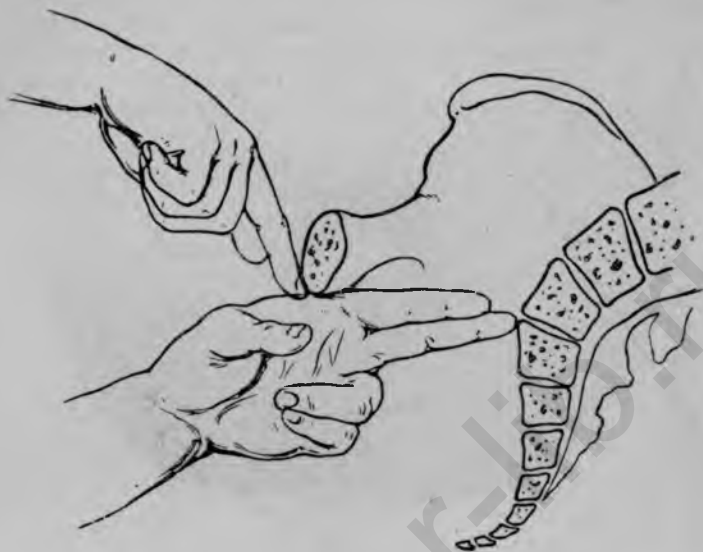


Рис. 18. Измѣреніе conjugata diagonalis пальцами.

пальцы ихъ ладонной поверхностью къ нисходящимъ вѣтвямъ лонной кости такъ, чтобы верхушки ихъ соприкасались подъ ligamentum arcuatum. Рис. 22 даетъ наглядное представленіе объ



Рис. 19. Инструментъ для непосредственнаго измѣренія conjugata vera по Zweifel'ю. Конѣцъ *a* проводятъ къ промонторію, а *b* къ заднему верхнему краю симфиза, и разстояніе между *a* и *b*, т. е. длину conjugata verae, определяютъ при *c*.

этомъ способѣ изслѣдованія. Беременная находится при этомъ въ спинно-ягодичномъ положеніи съ сильно согнутыми бедрами.

## Б. Узкій тазъ.

При распознаваніи узкаго таза слѣдуетъ различать:

- 1) форму и характеръ суженія,
- 2) степень суженія.



Рис. 20. Измѣреніе разстоянія между tubera ischii помощью циркуля Collin'a (по В и т т'у).

### 1. Различные виды суженія.

Узкіе тазы различаютъ по діаметру, въ которомъ преимущественно имѣетъ мѣсто суженіе.

Различаютъ:

#### I. Равномѣрно - обще - суженный тазъ.

Всѣ размѣры таза, прямые, поперечные и косые равномѣрно сужены: *pelvis aequabiliter justo minor*. Сюда относится тазъ настоящихъ карликовъ, кретиновъ и главнымъ образомъ дѣтскій тазъ.

*II. Тазы, суженные въ прямо́мъ размѣрѣ, или плоскій тазъ:*

- 1) Рахитически плоскій тазъ.
- 2) Просто плоскій тазъ.
- 3) Обще-суженный плоскій тазъ.
- 4) Спондилолистетическій тазъ.
- 5) Плоскій тазъ при двустороннемъ вывихѣ тазобедреннаго сочлененія.
- 6) Пояснично-лордотическій тазъ.

*III. Тазы, суженные преимущественно въ поперечномъ размѣрѣ:*

- 1) Остеомалатическій тазъ.
- 2) Анкилотически-поперечно-суженный или Robert'овскій тазъ.
- 3) Кифотически- поперечно- суженный тазъ.

*IV. Косо-суженные тазы:*

- 1) Анкилотически-косо-суженный тазъ.
- 2) Косо-суженный вслѣдствіе коксальгіи тазъ.
- 3) Сколиотически-косо-суженный тазъ.

*V. Неправильно суженные тазы:*

Къ нимъ относятся тазы съ костными опухолями, экзостозами и плохо излеченными переломами.

Наичаще встрѣчающіеся и наиболѣе важные виды узкаго таза суть:

- 1) Обще-суженный тазъ.
- 2) Рахитически-плоскій тазъ.
- 3) Остеомалатическій тазъ.



Рис. 21. Циркуль Collin'a для измѣренія выхода таза.

**1. Обще - суженный тазъ.**

Какъ названіе показываетъ, всѣ размѣры этого таза уменьшены, но сохранилась его форма (рис. 24). Онъ наблюдается прежде всего у карликовъ, кретиновъ, но также у женщинъ высокаго и средне-высокаго роста съ дѣтскимъ тазомъ. Въ этихъ случаяхъ обнаруживаются и другіе признаки инфантилизма. Анамнезъ указываетъ, что эти больныя вступили въ возрастъ половой зрѣлости слишкомъ поздно, 17 лѣтъ. Въ исключительныхъ случаяхъ обще-суженный тазъ вызывается также рахитомъ. Диагнозъ ставится на основаніи измѣреній. Если всѣ размѣры уменьшены въ сравненіи съ нормальнымъ тазомъ, но отношенія между отдѣльными размѣрами остались нормальными, то мы имѣемъ предъ собою обще-равномѣрно-суженный тазъ. Размѣры изображеннаго на рис. 24 таза суть:

|                          |     |       |
|--------------------------|-----|-------|
| Dist. spin. . . . .      | 21  | сант. |
| „ crist. . . . .         | 24  | „     |
| „ trochant. . . . .      | 29  | „     |
| „ conjugata vera . . . . | 8,5 | „     |

Въ общемъ, измѣненія таза, вызванныя общимъ суженіемъ, бываютъ легкой и средней степени. Значительныя суженія вызываются почти всегда другими причинами.



Рис. 22. Опредѣленіе формы лонной дуги (по Sellheim'у).

## 2. Рахитически - плоскій тазъ.

Въ этомъ тазѣ, въ чистомъ его видѣ уменьшенъ только прямой размѣръ, остальные же нормальны или увеличены. Особенно расширеннымъ бываетъ обыкновенно выходъ таза. Вслѣдствіе укороченія прямого діаметра, тазъ кажется сдавленнымъ отъ симфиза къ промонторію, уплощеннымъ. Это уплощеніе вызывается давленіемъ, которое испытываетъ при ходьбѣ и стояніи сверху и снизу тазъ, вставленный между спиной и нижними конечностями. Мягкая, бѣдная известью, рахитическая кость поддается этому давленію; промонторій приближается къ симфизу, и такимъ путемъ могутъ образоваться чрезвычайно сильныя суженія.

Анамнезъ показываетъ, что обладательница этого таза страдала англійской болѣзью и стала впервые ходить только на второмъ году жизни. Особенно сильное суженіе образуется, если ребенокъ, начавъ ходить, потомъ снова перестаетъ. Объективно обнаруживаются и въ остальномъ скелетѣ слѣды перенесеннаго рахита: малые размѣры всего тѣла, нарушеніе нормальной пропор-

ціональності скелета, короткіе діафізы, особливо бедренныхъ костей, измѣненія черепныхъ костей, искривленіе грудной кости, опуханіе грудинныхъ концовъ реберъ, утолщеніе епіфізовъ въ суставахъ кисти и стопы, рахитическіе зубы и т. д.



Рис. 23. Нормальный женскій тазъ.

На самомъ тазѣ прежде всего характерны измѣненія нормальныхъ соотношеній: разница между *dist. spinar.* и *cristarum* составляетъ не 3 сант., какъ это бываетъ въ нормальномъ состоя-



Рис. 24. Обще-равномѣрно-суженный тазъ.  
Изъ коллекціи тазовъ женской клиники въ Мюнхенѣ.

ніи, а меньше; она можетъ понизиться до 0, а иногда *spinae* отстоятъ другъ отъ друга даже дальше, чѣмъ *cristae*. При этомъ *dist. spinarum* можетъ остаться нормальной. Размѣры изображеннаго на рис. 25 таза суть: *sp.* 24, *cr.* 25, *tr.* 32, *vera* 8 сант.



Крестецъ обнаруживаетъ болѣе сильную вогнутость, нижній конецъ его образуетъ перегибъ впередъ. На задней поверхности симфиза замѣчается часто сильное выступленіе хряща его.

Особенно тяжелую форму суженія образуютъ тазы, въ которыхъ имѣется соединеніе общаго суженія и рахитическаго уплощенія, обще-суженные, рахитически-плоскіе тазы.

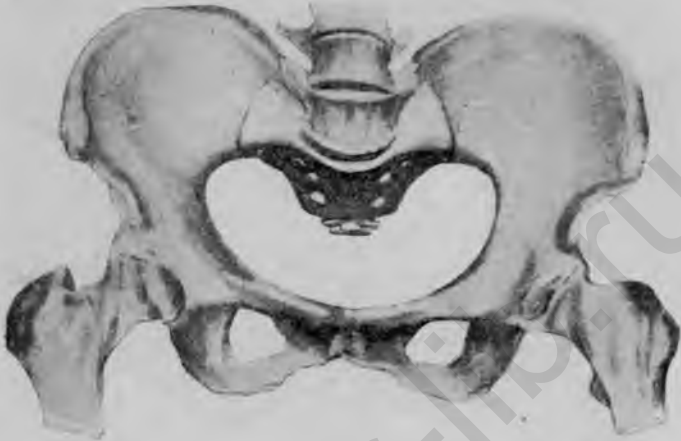


Рис. 25. Рахитически-плоскій тазъ.  
Изъ коллекціи тазовъ женской клиники въ Мюнхенѣ.

### 3. Остеомалатическій тазъ.

Остеомалация, размягченіе костей, обусловливаемая ненормальнымъ всасываніемъ солей кости, распределѣна въ географическомъ отношеніи неравномерно; въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ (въ нижней части Рейна и въ плоскости, орошаемой Майномъ) она чаще встрѣчается, въ другихъ же она почти неизвѣстна. Спорадическіе случаи попадаются всюду. Остеомалация вызываетъ тяжелыя формы суженія таза.

Подъ давленіемъ тяжести туловища промонторій вдавливается въ тазъ. Вслѣдствіе противодавленія бедренныхъ костей боковыя стѣнки таза вдавливаются внутрь; симфизъ выдается на подобіе клюва впередъ. Большинство этихъ тазовъ асимметричны (рис. 26).

Распознаваніе въ началѣ болѣзни трудно. Больныя жалуются на боли въ крестцѣ и спинѣ, затрудненіе при ходьбѣ и т. д., что принимается обыкновенно за ревматизмъ. Въ болѣе тяжелыхъ же случаяхъ болѣзнь распознается при внутреннемъ изслѣдованіи таза, причемъ обращаютъ вниманіе на узкую лонную дугу и клювовидное выступленіе симфиза.

Анамнезъ показываетъ, что болѣзнь началась во время беременности, послѣ родовъ улучшилась, а при слѣдующей беременности снова ухудшилась. Больныя часто указываютъ на уменьшеніе своего роста, что бросается также въ глаза окружающимъ.

## 2. Степень суженія таза.

Для прогноза родовъ имѣть главнымъ образомъ значеніе степень суженія таза, опредѣляемая исключительно только измѣреніемъ *conjugata vera* или *diagonalis*, укороченіе же поперечныхъ размѣровъ не можетъ быть использовано для этой цѣли. Не всякое укороченіе истинной конъюгаты, имѣющей обыкновенно 4 сант. въ длину, затрудняетъ теченіе родовъ; послѣдніе становятся трудными только въ томъ случаѣ, если длина *conjugata vera* не превышаетъ 9 сант.

При истинной конъюгатѣ ниже 5 сант. совершенно исключается возможность рожденія *per vias naturales* даже раздробленнаго ребенка. Тазъ съ такой конъюгатой является абсолютнo суженнымъ.



Рис. 26. Остеомалатическій тазъ.

Изъ коллекціи тазовъ женской клиники въ Мюнхенѣ.

При конъюгатѣ же ниже 7 сант., а при нѣсколько болѣе крупномъ плодѣ и ниже 7,5 сант. доношенный ребенокъ не въ состояніи пройти черезъ тазовый каналъ въ живомъ и нераздробленномъ видѣ; тазы съ *conjugata vera* между 5 и 7 сант. составляютъ поэтому особую группу. Женщина съ такимъ тазомъ можетъ родить только въ случаѣ перфорациі ребенка, кесарева сѣченія или расширенія таза.

7—9 сант. имѣютъ узкіе тазы, при которыхъ самопроизвольное рожденіе живого ребенка возможно, но съ трудностями, и требуетъ иногда врачебнаго вмѣшательства. Чѣмъ длина конъюгаты больше приближается къ 7 сант., тѣмъ труднѣе протекаютъ роды.

Различаютъ слѣдующія степени суженія таза:

- |   |   |
|---|---|
| 1 | степень: умеренное суженіе, <i>conjug. ver.</i> 9—8 сант. |
| 2 | „ сильное „ „ „ 8—7 „                                     |
| 3 | „ чрезвычайно сильное суженіе, <i>conjug. ver.</i> 7—5 „  |
| 4 | „ абсолютное суженіе „ „ 5 сант. и ниже.                  |

## ГЛАВА VIII.

**Порядокъ изслѣдованія беременныхъ и роженицъ.**

Изслѣдованіе беременныхъ и роженицъ должно касаться всѣхъ перечисленныхъ въ предыдущихъ главахъ обстоятельствъ. Дабы не пропустить ничего существеннаго и не потратить много времени на повторенія, рекомендуется придерживаться опредѣленнаго порядка.

**Анамнезъ.**

## Общіе личные вопросы.

1. *Возрастъ.* Опредѣленіе возраста особенно важно у первородящихъ; молодыя и пожилыя первородящія даютъ различный прогнозъ.

2. *Которая беременность?* Отличіе первородящихъ отъ родившихъ нѣсколько и много разъ.

3. *Наслѣдственность.* Изъ наслѣдственныхъ болѣзней особенно важны нервныя страданія и туберкулезъ. Интересны бывають иногда также бывшіе у родственницъ роды двойнями.

## Грудной и дѣтскій возрастъ.

1. *Рахитъ,* англійская болѣзнь. Дѣти, страдающія рахитомъ, имѣють очень часто рахитически-плоскій, т. е. узкій тазъ. Изъ анамнеза узнають, что данная женщина начала ходить не на границѣ между первымъ и вторымъ годами жизни, а позже. Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣти начинаютъ ходить, а потомъ снова разучиваются. Родители обыкновенно хорошо запоминають, если дѣти начинаютъ поздно ходить, и охотно рассказываютъ объ этомъ своимъ дѣтямъ. Если на вопросъ о томъ, когда больная стала впервые ходить, она отвѣчаетъ незнаніемъ, то это служитъ доказательствомъ того, что она начала ходить во время. Анамнестическія данныя получаются иногда также и о позднемъ появленіи зубовъ.

2. *Инфекціонныя болѣзни.* Корь, скарлатина, коклюшь и дифтерія оставляють иногда слѣды въ видѣ пороковъ сердца или хроническаго нефрита, каковыя болѣзни ухудшаютъ обыкновенно прогнозъ беременности и родовъ.

## Возрастъ половой зрѣлости.

Особенно важно опредѣленіе времени *наступленія половой зрѣлости.* Въ среднемъ дѣвушки начинаютъ менструировать въ 13—16 лѣтъ. Болѣе позднее наступленіе регуль вызывается хроническими болѣзнями, главнымъ образомъ хлорозомъ и чахоткой или неправильнымъ развитіемъ половыхъ органовъ, инфантилизмомъ.

Послѣдній обусловливаетъ часто недостаточное развитіе таза, и въ этихъ случаяхъ образуется обще-суженный тазъ.

Изъ заболѣваній въ болѣе позднемъ возрастѣ имѣютъ значеніе сочленовный ревматизмъ, тифъ, пнеймонія и туберкулезъ.

У многорожавшихъ имѣетъ чрезвычайно большое значеніе *теченіе предыдущихъ родовъ*. Послѣдніе даютъ намъ чрезвычайно важныя точки опоры для прогноза предстоящихъ родовъ, такъ какъ данная женщина своими прежними родами доказала уже свою способность рожать.

Разспрашиваютъ прежде всего о томъ:

а) Протекали ли роды правильно, или требовалось оперативное вмѣшательство, и какое именно.

б) Сколько времени продолжались роды. Первые роды продолжаются въ среднемъ 20, послѣдующіе 10 часовъ. Значительно большая продолжительность родовъ указываетъ всегда на суженіе родового канала.

в) Рождались-ли дѣти живыми или мертвыми. Нужно узнать также, были ли выкидыши и преждевременные роды. Привычные преждевременные роды гнилымъ плодомъ указываютъ на сифилисъ матери.

Только послѣ этого собираютъ *анамнестическія данныя о настоящей беременности*.

### Настоящая беременность.

Разспрашиваютъ:

1. О времени *послѣдней менструаціи*, ея интенсивности и продолжительности, особенно въ сравненіи съ предшествовавшими регулами. Родовъ слѣдуетъ ожидать спустя 280 дней (вычисленіе см. стр. 14).

2. О времени *появленія первыхъ движеній ребенка*. Роды наступаютъ обыкновенно черезъ 4½, а у первородящихъ черезъ 5 календарныхъ мѣсяцевъ. Показаніе матери, будто появившіяся движенія ребенка потомъ снова исчезли, важно для распознаванія смерти плода.

3. О *самочувствіи во время беременности*: рвота, тошнота, опуханіе груди.

У роженицъ узнаютъ о началѣ схватокъ, продолжительности и интенсивности ихъ, о продолжительности промежутковъ между схватками, о разрывѣ пузыря.

### Наружное изслѣдованіе.

Важно прежде всего установить *общій видъ*, такъ какъ послѣдній даетъ возможность судить о состояніи здоровья женщины и до нѣкоторой степени о прогнозѣ.

Принимаются во вниманіе:

1. *Ростъ*. Небольшой ростъ обусловливается въ большинствѣ случаевъ перенесеннымъ рахитомъ, что даетъ основаніе предположить валичность узкаго таза.

2. *Скелетъ*. Обращаютъ вниманіе на искривленіе позвоночника, на кифозъ, сколіозъ, лордозъ, на длину діафизовъ длинныхъ костей, на характеръ эпифизовъ, особенно на утолщеніе концовъ предплечія, голеней и реберъ.

3. *Мышечатура и жировой слой*, дающіе точку опоры для сужденія о мышечной работоспособности и питаніи беременной.

4. *Кожа и слизистыя оболочки*. Прежде всего важна ихъ окраска. Цианозъ указываетъ на разстройство кровообращенія вслѣдствіе болѣзней сердца и легкихъ, блѣдность — на хлорозъ и анемію. Далѣе, обращаютъ вниманіе на сыпи, отеки, варикозные узлы, особенно на нижнихъ конечностяхъ.

Необходимо во всѣхъ случаяхъ изслѣдовать мочу на содержаніе бѣлка.



Рис. 27. Здоровый сосокъ беременной. Железы Montgomery.

#### Голова, шея и грудная клѣтка.

1. На *головѣ* слѣдуетъ обращать вниманіе на строеніе костей (грубое при рахитѣ, tête carrée). На лицѣ имѣется, особенно лѣтомъ, chloasma uterinum. Наличие отека лица важна, такъ какъ указываетъ на возможность нефрита. Зубы обнаруживаютъ иногда слѣды рахита, наслѣдственнаго сифилиса или инфантилизма (неправильное расположеніе).

2. На *шеѣ* слѣдуетъ обращать вниманіе на гипертрофію щитовидной железы.

3. Въ *грудной клѣткѣ* нужно изслѣдовать ширину, глубину и выпуклость ея, а также симметричность обѣихъ ея половинъ. На грудной кости обнаруживаются рахитическія измѣненія въ формѣ куриной или воронкообразной груди. Грудинные концы

эпифизовъ реберъ бываютъ иногда утолщены и представляются крючковатыми утолщеніями.

4. *Грудь*. Обращаютъ вниманіе на форму (отстоятъ у I gravidae, отвисаютъ у многорожавшихъ), величину, распредѣленіе железистаго вещества и жира, на наличность молозива. Что касается *околососковаго кружка*, то изслѣдуются величина его, пигментация, железы Montgoméry, а также способность его гладкой кольцевой мускулатуры къ сокращенію. Въ *сосокъ* обращаютъ вниманіе на величину, объемъ, выпячиваніе. Патологическимъ слѣдуетъ считать плоскій и полый сосокъ (рис. 27 и 28). Небольшой сосокъ удаётся иногда механическимъ раздраженіемъ околососковаго кружка увеличить.

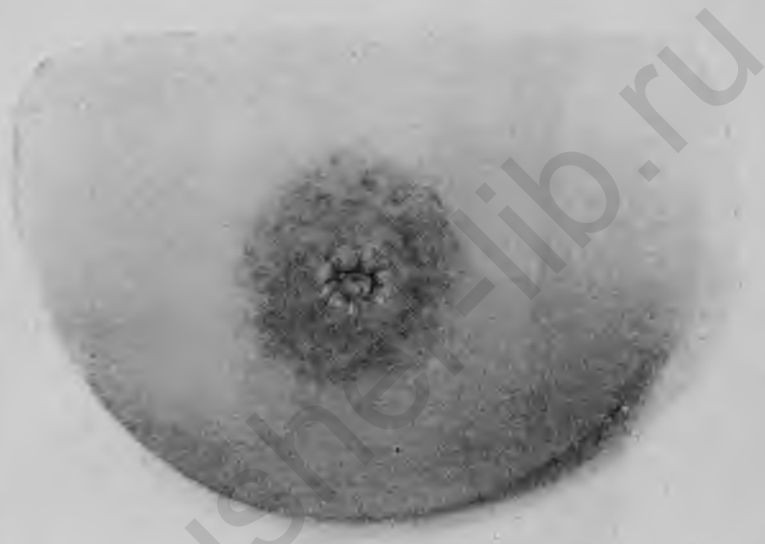


Рис. 28. Плохой втянутый сосокъ.

*Способность женщины къ кормленію грудью* зависитъ отъ характера соска и богатства грудей железистыми веществами. Одно безъ другого недостаточно для кормленія.

### Ж и в о т ь.

Изслѣдованіе живота состоитъ въ осмотрѣ, измѣреніи, ощупываніи и выслушиваніи его.

#### 1. Осмотръ живота.

Важны величина живота и форма его. У первородящихъ онъ имѣетъ продолговато-овальную форму, у многорожавшихъ шаровидную, а при поперечныхъ положеніяхъ поперечно-овальную форму. Нѣкоторыя женщины имѣютъ остроконечный или отвислый животъ. Послѣднія двѣ аномаліи наблюдаются почти исключительно при узкомъ тазѣ, причемъ остроконечный животъ

бываетъ у первородящихъ, а отвислый у многорожавшихъ. Далѣе, слѣдуетъ обращать вниманіе на *движенія*, замѣтныя подѣ кожей живота. Въ большинствѣ случаевъ это движеніе плода, отъ которыхъ легко отличить дыхательныя движенія матери. На кожѣ живота обращаютъ вниманіе на *striae*, свѣжія и старыя, на пигментацию бѣлой линіи и пупка, также на отеки и варикозныя узлы. По мѣрѣ того, какъ беременность продолжается, пупокъ становится болѣе плоскимъ и въ концѣ концовъ находится на уровнѣ окружающей кожи.



Рис. 29. Отвисшій животъ у многорожавшей съ узкимъ тазомъ (собств. наблюденіе).

Надъ симфизомъ наблюдается нерѣдко у беременныхъ особая выпуклость, отдѣляющаяся отъ вышележащаго вздутія живота поперечной бороздкой. Эта часть прощупывается въ видѣ подушки, наполненной водой; это наполненный мочевою пузырь.

У роженицъ животъ мѣняетъ свою форму черезъ правильныя промежутки времени: вздутіе распространяется въ длину, матка выпрямляется, становится твердой, а черезъ нѣсколько минутъ снова расслабляется и принимаетъ прежнюю форму. Это

игра схватокъ и промежутковъ между ними. Выпуклость надъ симфизомъ у рожениць имѣеть другое происхожденіе, чѣмъ у беременныхъ. Въ однихъ случаяхъ это мочевоі пузырь, въ другихъ же это головка ребенка, которая при узкомъ тазѣ не можетъ глубже опуститься. Въ этихъ случаяхъ выпуклость тверда и выдается болѣе или менѣе сильно надъ симфизомъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ рѣшается помощью катетера.

При долго продолжающихся родахъ и постепенно образующемся растяженіи нижняго отдѣла матки также появляется поперечная или косая борозда между пупкомъ и симфизомъ, ограничивающаяся сверху нѣсколько выдающимся валикомъ. Последній есть ничто иное, какъ *контракціонное кольцо* матки; часть, находящаяся ниже, по направленію къ симфизу, не мягка и не тверда, а чрезвычайно напряжена и болѣзненна при соприкосновеніи и давленіи.

## 2. Измѣренія.

Измѣряютъ:

а) Объемъ живота на его наибольшей окружности (100 сант. въ концѣ беременности).

б) Разстояніе между дномъ матки и симфизомъ.

Это измѣреніе производится лентой (37 сант. въ концѣ беременности) или тазомѣромъ (25 сант. въ концѣ беременности).

## 3. Ощупываніе.

Прежде всего убѣждаются въ толщинѣ и содержаніи жира, въ напряженіи, эластичности или вялости брюшныхъ покрововъ, для каковой цѣли ихъ приподымаютъ въ складку. При *hugatum* удается ясно доказать зыбленіе.

Дальнѣйшая задача ощупыванія состоитъ:

а) въ опредѣленіи срока беременности;

б) въ опредѣленіи положенія ребенка.

Для *установленія срока беременности* опредѣляютъ положеніе дна матки по нѣкоторымъ неподвижнымъ точкамъ живота (симфизъ, пупокъ, реберная дуга или мечевидный отростокъ). Къ концу беременности, когда дно матки находится между пупкомъ и реберной дугой, лучше всего пользуются слѣдующимъ ручнымъ приемомъ: положивъ ладонную поверхность на матку, вкладываютъ край кисти между маткой и краемъ реберъ и опредѣляютъ такимъ образомъ въ поперечныхъ пальцахъ разстояніе между дномъ матки и реберной дугой (рис. 30).

Такъ какъ при положеніи женщины на спинѣ матка въ послѣдніе мѣсяцы беременности, вслѣдствіе своей тяжести и направленія, въ которомъ она вначалѣ увеличивалась, отклоняется вправо, то для опредѣленія стоянія матки лучше всего пользоваться правой реберной дугой.

Для *опредѣленія положенія ребенка* издавна прибѣгаютъ къ опредѣленнымъ ручнымъ приемамъ.



Такъ какъ прежде всего необходимо опредѣлить, имѣется ли продольное или поперечное положеніе, то примѣняютъ

1) *Ручной приемъ для опредѣленія подлежащей части.* Обѣ руки кладутъ ладонями и обращенными другъ къ другу кончиками пальцевъ съ обѣихъ сторонъ нижней части живота. Кончики пальцевъ отстоятъ другъ отъ друга на разстояніи ладони. Кончиками пальцевъ проникаютъ постепенно въ глубину, причемъ ихъ передвигаютъ перпендикулярно книзу и меньше кпереди (рис. 31). Если положить кончики пальцевъ близко другъ къ другу, или если передвигать ихъ впередъ, а не перпендикулярно внизъ, то они проходятъ мимо подлежащей части, т. е. мимо головки.



Рис. 30. Ручной приемъ для опредѣленія стоянія дна матки.

Въ случаѣ подвижности головки надъ тазомъ, т. е. у первородящихъ до 10 мѣсяца, а у многорожавшихъ и у первородящихъ съ узкимъ тазомъ до конца беременности, примѣняютъ

2) *Ручной приемъ для баллотирования головки.* Разставивъ пальцы на подобіе когтей, захватываютъ ими обнаруженную уже первымъ приемомъ головку (рис. 32). Если сдѣлать рукой сотрясеніе, то ясно чувствуется баллотированіе головки. Этотъ приемъ примѣняется всюду, гдѣ удается прощупать головку, слѣдовательно, не только въ случаяхъ стоянія головки надъ входомъ таза, но также при ягодичномъ и поперечномъ положеніяхъ, при которыхъ головка находится въ области дна матки или въ одной изъ боковыхъ частей живота.

3) *Ручной приемъ для опредѣленія положенія спинки.* Ставъ у ножнаго конца кровати съ лицомъ, обращеннымъ противъ головы роженицы, кладутъ ладони съ обѣихъ сторонъ живота (рис. 33)..

Въ то время, какъ одна рука (поочередно то правая, то лѣвая) удерживаетъ въ покойномъ положеніи матку, другой ищуть мелкихъ частей и спинки.



Рис. 31. Ручной приемъ для опредѣленія подлежащей части.

Кромѣ того, выслушиваютъ иногда *маточный шумъ*, изохроничный съ пульсомъ матери, *шумъ пуповины*, изохроничный съ тонами сердца ребенка, *проведенные тоны сердца матери*, *кишечные шумы* и скребуцій, *неправильный шумъ движеній ребенка*.



Рис. 32. Ручной приемъ для опредѣленія баллотирования дѣтской головки.

#### 4. Выслушивание.

Аускультация имѣетъ цѣлью прежде всего опредѣлить *тонны сердца плода*. Они выслушиваются лучше всего надъ спинкой плода въ боковыхъ нижнихъ частяхъ живота, слѣдовательно, при первомъ черепномъ положеніи слѣва, при второмъ справа внизу.



Рис. 33. Ручной приемъ для опредѣленія положенія спинки и мелкихъ частей.

#### 5. Наружное измѣреніе таза.

Тазомѣромъ опредѣляютъ *distantia spinarum, cristarum, trochanterum* и *conjugata externa* (см. стр. 30).

### Г Л А В А IX.

#### Внутреннее изслѣдованіе.

##### 1. Подготовительныя манипуляціи; дезинфекція рукъ.

Внутреннее изслѣдованіе беременныхъ и роженицъ сопряжено съ большой опасностью для изслѣдуемой женщины, если оно производится нечистыми и недезинфицированными руками. На рукахъ имѣются всегда стафилококки, часто также *bacill coli* и стрептококки, особенно если врачу приходится имѣть дѣло съ больными, страдающими гнойными процессами, фурункулами, эмпиемой, ангиной, абсцессами, скарлатиной, дифтеріей, рожей, а также если врачу приходится возиться съ трупнымъ матеріаломъ. Переносъ этихъ чрезвычайно упорно сохраняющихся на рукахъ

зародышей, особенно стрептококковъ на половые органы беременныхъ и роженицъ вызываетъ пуэрперальное заболѣваніе (Semmelweis, Pasteur).

Для устранения этой опасности и уменьшенія отвѣтственности врача служатъ слѣдующія мѣры:

1. *Noninfectio*. Акушеръ долженъ избѣгать соприкосновенія и загрязненія пальцевъ и рукъ септическимъ матеріаломъ (гноемъ, частями трупа, влагалищными выдѣленіями здоровыхъ, особенно же лихорадочныхъ родильницъ и т. д.).

2. *Воздержаніе*. Въ случаѣ септического загрязненія рукъ необходимо въ теченіе 2—3 дней воздержаться отъ всякаго внутренняго изслѣдованія беременныхъ и роженицъ.

3. *Дезинфекція рукъ*:

а) Прежде всего слѣдуетъ тщательно щеткой обмыть руки теплой водой съ мыломъ; для этой цѣли употребляютъ лучше всего текучую воду. Въ случаѣ невозможности достать такую, вода должна, по крайней мѣрѣ, нѣсколько разъ обновляться. При мытьѣ тщательно очищаютъ пространство подъ ногтями, причемъ послѣдніе должны быть коротко острижены.

б) Послѣ этого щеткой вытираютъ руки 96% спиртомъ. Послѣдній обладаетъ чрезвычайной большой дезинфицирующей силой и долженъ примѣняться при всякомъ способѣ дезинфекціи. Руки моются спиртомъ въ теченіе 4—5 минутъ.

в) Послѣ этого обмываютъ руки сильно дезинфицирующими водными растворами. Совершенно неважно, какое именно дезинфицирующее средство для этого берется. Чаще всего употребляютъ 1‰ растворъ сулемы, 1‰ растворъ сублמיны, 1‰ растворъ лизоформа и т. д.

Подробныя и кропотливыя изслѣдованія Paul'a и Saweg'a, Fütth'a и друг. съ несомнѣнностью доказали, что даже послѣ самой тщательной дезинфекціи, руки остаются нестерильными. Въ виду чрезвычайной воспримчивости половых органовъ роженицы къ зараженію пуэрперальной лихорадкой, настоятельно необходимо для дальнѣйшей защиты беременныхъ и роженицъ примѣнять

г) резиновыя перчатки Döderlein'a въ упакованномъ стерилизованномъ видѣ, въ какомъ онѣ имѣются въ настоящее время въ продажѣ. Употребляя эти перчатки, можно быть увѣреннымъ въ томъ, что работаешь чистыми руками. Перчатки употребляютъ въ сухомъ или влажномъ видѣ. Въ первомъ случаѣ они присыпаются стерилизованнымъ талькомъ и одѣваются на руку, насыпанную тѣмъ же порошкомъ. Въ продажѣ имѣются также болѣе дешевыя перчатки съ двумя пальцами.

Въ случаяхъ, въ которыхъ настоятельно необходимо соприкасаться съ септическимъ матеріаломъ, нужно также для защиты рукъ отъ инфекціи пользоваться резиновыми перчатками.

Въ общемъ слѣдуетъ по возможности рѣже прибѣгать къ внутреннему изслѣдованію и примѣнять его только въ случаѣ крайней необходимости; оно можетъ, если не всецѣло, то въ значительной степени быть замѣнено тщательнымъ наружнымъ изслѣ-

дованіемъ. Изслѣдованіе per rectum рукой съ надѣтой перчаткой также даетъ надежные результаты и можетъ во многихъ случаяхъ замѣнить внутреннее изслѣдованіе.

## 2. Порядокъ внутренняго изслѣдованія.

### а) Осмотръ наружныхъ половыхъ органовъ.

Осмотръ имѣетъ въ виду установить, закрыта ли вульва или зияетъ, и опредѣлить свойства кожи вульвы и окружающихъ частей (пигментация, варикозные узлы, intertrigo, болѣзни кожи, острия кондиломы, широкія кондиломы, папулы и т. д.), особенно большихъ губъ (опуханіе, отеки, варикозные узлы), равно какъ высоту и цѣлость промежности (разрывъ, рубцы).

Раздвинувъ двумя пальцами малыя губы, осматриваютъ introitus vaginae, обращая вниманіе на окраску слизистой оболочки, характеръ дѣвственной плевы (цѣлость ея, надрывы, carunculae myrtiformes), узкій или широкій входъ, валикъ мочеиспускательнаго канала, выпаденіе влагалища, количество и характеръ влагалищныхъ выдѣленій.

### б) Изслѣдованіе пальцами.

Держа одной рукой раскрытыми малыя губы и, слѣдовательно, introitus, вводятъ указательный, а у многорожавшихъ также и средній палецъ другой руки во влагалище (рис. 34). Если не захватить при этомъ кожи или волосъ, то введеніе пальца, а также дальнѣйшее изслѣдованіе безболѣзненны. Послѣ того, какъ палецъ введенъ во влагалище, кладутъ другую руку на животъ, не производя при этомъ никакого давленія.

Изслѣдуются:

1. *Влагалище*. Обращаютъ вниманіе на слѣдующее: узки ли или широки introitus и влагалище, коротко или длинно послѣднее, имѣетъ ли оно гладкія или шероховатыя стѣнки, какова консистенція послѣднихъ.

2. *Portio vaginalis*: длина въ сантиметрахъ, форма (коническая или цилиндрическая), консистенція, положеніе ея по отношенію къ межспинальной линіи, форма маточнаго зѣва (крутая или поперечно-овальная), величина отверстія, характеръ краевъ зѣва (надрывы, зазубрины или рубцы).

3. *Предлежащая часть*. Она прощупывается обыкновенно со стороны передняго влагалищнаго свода, а у роженицъ въ самомъ зѣвѣ. Опредѣляютъ ея форму, консистенцію, характеръ поверхности, положеніе ея наиболѣе низкой точки по отношенію къ плоскостямъ таза, главнымъ образомъ къ межспинальной плоскости, ея подвижность. За этимъ слѣдуетъ

4. *Измѣреніе conjugata diagonalis* (см. стр. 35) и ощупываніе таза, насколько это возможно: симфиза, высоты его и наклоненія, хряща симфиза, горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей, крестца, его вогнутости и ширины.

У роженицъ опредѣляютъ, кромѣ этого, еще ширину маточ-

наго изъѣва, характеръ плоднаго пузыря (цѣль ли послѣдній или уже лопнулъ, вѣтъ ли онъ или выпячивается во время схватокъ), отношеніе швовъ и родничковъ при черепныхъ положеніяхъ, частей лица при лицевыхъ положеніяхъ, крестца при ягодичныхъ положеніяхъ къ отдѣльнымъ частямъ костнаго таза матери (къ плоскости таза, симфизу, промонторію).



Рис. 34. Внутреннее послѣдованіе беременной рукой, одѣтой въ перчатку.

## ГЛАВА X.

### Разпознаваніе особенныхъ осложненій беременности.

Во время беременности появляются нерѣдко характерныя осложненія, вызываемыя заболѣваніемъ яйца, плодоваго мѣшка или другихъ органовъ тѣла матери. Разпознаваніе беременности въ этихъ случаяхъ значительно затрудняется, такъ какъ характерныя признаки беременности при этомъ ступшевываются или измѣняются.

Уже смерть плода, разпознаваніе которой выше разсмотрѣно,

(см. стр. 25), является такимъ именно осложненіемъ. Смерть плода можетъ наступить въ любой моментъ беременности. Другія осложненія могутъ появиться въ опредѣленные періоды беременности. Я рассмотрю здѣсь только самыя важныя изъ нихъ.

### 1. Retroflexio uteri gravidi incarcerata.

Если беременность наступаетъ въ маткѣ, находящейся въ положеніи retroflexio, и если матка самопроизвольно или помощью



Рис. 35. Retroflexio uteri gravidi incarcerata (по Hofmeier'y, tabulae gynaecologicae).

врачебнаго вмѣшательства не выпрямляется не позже 3 мѣсяца, то она въ 4-омъ мѣсяцѣ настолько велика, что не можетъ помѣститься въ маломъ тазу и обязательно ущемляется въ немъ. Вслѣдствіе этого наступаютъ тяжелыя явленія. Вслѣдствіе смѣщенія влагалищной части кпереди и кверху надъ симфизомъ, такъ что ее трудно достать пальцами, измѣняется также нормальное положеніе уретры и шейки пузыря, образующихъ перегибъ. Большая не въ состояніи самопроизвольно выпускать мочу; пузырь наполняется ad maximum и доходитъ до пупка. Подъ влияніемъ чрезмѣрнаго давленія въ пузырь моча выдѣ-

ляется каплями, *ischuria paradoxa*. При отсутствіи своевременной врачебной помощи пузырь лопается или омертвѣваетъ.

*Распознаваніе* не трудно, если думаютъ о возможности этого осложнения. Признаки бываютъ вначалѣ неясными, ибо вздутіе живота доходить до пупка и выше, между тѣмъ какъ менструація отсутствовала только 2—3 раза. Вызванное переполненіемъ пузыря вздутіе живота легко принимается за беременную матку. Врачъ, придерживающійся золотого правила при всякихъ разстройствахъ мочеотдѣленія у женщинъ катетеризировать пузырь, легко распознаетъ эту болѣзнь. Катетеромъ выдѣляютъ нѣсколько литровъ мочи, часто уже разложившейся, мутной и гнойной или обнаруживающей щелочной запахъ. Послѣ опорожненія пузыря опухоль исчезаетъ, и при изслѣдованіи находятъ малый тазъ выполненнымъ пластической, мягкой, величиной въ дѣтскую головку резистентностью, т. е. беременной маткой, влагалищная часть которой находится высоко надъ симфизомъ, а дно низко въ вогнутости крестца въ положеніи *retroflexio*.

## 2. Пузырный заносъ.

Особый видъ мертваго яйца представляетъ такъ называемый пузырный заносъ, т. е. перерожденіе ворсинокъ при одновременномъ разрошеніи эпителія послѣднихъ. Плодъ умираетъ и разсасывается. Все яйцо состоитъ въ концѣ концовъ только изъ безчисленнаго множества пузырьковъ, величиной въ горошину или лѣсной орѣхъ. Больные обращаются обыкновенно къ врачу лишь послѣ того, какъ появляются кровотечения; послѣднія не обильны, но ежедневны. Въ большинствѣ случаевъ кровь не свѣтлая, а темная. Болѣзнь появляется обыкновенно въ срединѣ беременности, а именно, въ 3—6 мѣсяцахъ. Вслѣдствіе чрезвычайнаго разрошенія ворсинокъ матка больше растянута, чѣмъ это соотвѣтствуетъ сроку беременности, а именно, въ 4 мѣсяца дно матки находится уже на уровнѣ пупка. Несоотвѣтствіе между объективными данными и анамнезомъ, отсутствіе тоновъ сердца и продолжающееся кровотеченіе облегчаютъ распознаваніе, которое становится несомнѣннымъ, послѣ того какъ съ кровью отходятъ отдѣльные пузыри.

## 3. Внѣматочная беременность, трубный выкидышъ, *haematocoele retrouterina*, разрывъ трубы.

Яйцо оплодотворяется обыкновенно немедленно послѣ его выдѣленія изъ яичника и попадаетъ въ матку, гдѣ оно продолжаетъ развиваться. Иногда оно остается висѣть на пути къ маткѣ въ яичникѣ, въ бахромкахъ, въ дистальной, срединной или маточной части трубы. Яичниковая, абдоминальная, трубная или интерстиціальная локализациі яичка суть виды внѣматочной беременности. До тѣхъ поръ, пока яйцо остается въ живыхъ и развивается, особенно въ первые мѣсяцы, распознаваніе внѣматочной беременности почти никогда не удается. Больныя не испытываютъ никакой боли и не обращаются поэтому къ врачу. Такъ



какъ съ одной стороны матка увеличивается, а съ другой стороны беременная труба представляетъ небольшую, чрезвычайно мягкую, едва прощупываемую опухоль, то распознаваніе почти невозможно. Только по мѣрѣ дальнѣйшаго своего развитія діагностируется внѣматочная беременность. Данная женщина обнаруживаетъ всѣ признаки беременности, только матка не увеличивается, а сохраняетъ свою первоначальную величину отъ куриного до гусиного яйца.

Случаи, въ которыхъ внѣматочное яйцо остается въ живыхъ свыше 3 мѣсяцевъ, чрезвычайно рѣдки. Въ большинствѣ случаевъ смерть плода наступаетъ въ 1—2 или 3 мѣсяцѣ.

Дальнѣйшее теченіе зависитъ отъ интенсивности кровотечения, наступающаго одновременно со смертью яйца. При медленномъ и постепенномъ кровоточеніи (внутреннее вскрытіе плоднаго мѣшка) образуется болѣе или менѣе значительная опухоль трубы, *трубная гѣматома*. Если въ стѣнкѣ трубы образуется отверстие (наружное вскрытіе плоднаго мѣшка), и кровоточеніе умеренно, то также образуется, вслѣдствіе скопленія свернувшейся крови, опухоль, *перитубарная гѣматома*. Часть крови стекаетъ въ наиболѣе низкое мѣсто брюшной полости, а именно, въ Дугласово пространство, инкапсулируется здѣсь и образуетъ *haematocele retrouterina*. Если же при наружномъ вскрытіи плоднаго мѣшка кровоточеніе, вслѣдствіе вскрытія артеріальнаго сосуда, сильно, то въ теченіе нѣсколькихъ часовъ происходитъ большое *кровоизліяніе въ свободную брюшную полость*. Въ этихъ случаяхъ говорятъ о разрывѣ трубы.

Въ зависимости отъ различныхъ исходовъ различны также результаты изслѣдованія и распознаванія. Общія всѣмъ этимъ видамъ явленія суть: кровоточеніе изъ влагалища, сравнительно небольшой размѣръ матки и ясно выраженные субъективные и объективные признаки беременности. Результаты же прощупыванія различны: при внутри- и околотрубной гѣматомѣ прощупывается около матки опухоль величиной въ дѣтскую головку и мало подвижная; при *haematocele retrouterina* обнаруживается мягкая, гѣстовидная, становящаяся все болѣе и болѣе твердой резистентность, находящаяся позади матки, нерѣзко ограничивающаяся кверху и сильно отодвигающая задній влагалищный сводъ кзади; при кровоизліяніи въ свободную брюшную полость наступаютъ явленія усиливающейся анеміи, коллапса, частый и малый пульсъ, притупленіе въ отвисающихъ боковыхъ частяхъ живота. При пробномъ проколѣ или пробномъ разрывѣ Дугласова пространства со стороны задняго влагалищнаго свода появляется жидкая кровь.

*Внѣматочная беременность съ сохранившимся въ живыхъ плодомъ* распознается въ болѣе поздніе мѣсяцы на основаніи наличности различныхъ признаковъ беременности при маленькой, небеременной маткѣ, находящейся рядомъ съ большой опухолью.

При *отличительномъ распознаваніи* нужно имѣть въ виду внутриматочный выкидышъ и *retroflexio uteri gravidi*. Вопросъ рѣшается на основаніи результата ощупыванія, причѣмъ при маточной бе-

ременности имѣется опухоль справа или слѣва матки, при внутриматочномъ же выкидышѣ она отсутствуетъ.

Отличие *retroflexio uteri gravidi* отъ *haematocoele retrouterina* можетъ иногда представлять большія трудности. Въ сомнительныхъ случаяхъ цѣль лучше всего достигается изслѣдованіемъ подъ наркозомъ: въ случаѣ *retroflexio* можно выпрямить матку, при *haematocoele* же малый тазъ вплоть до костныхъ его стѣнокъ выполнить мягкой, неподвижной массой. Подъ наркозомъ удастся также прощупать матку впереди *haematocoele* въ видѣ органа, прижатого къ симфизу.

---

акusher-lib.ru

# Гинекологическое изслѣдованіе.

## ГЛАВА I.

### Общая симптоматологія гинекологическихъ заболѣваній.

Разстройства здоровья и самочувствія, вызываемыя заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ, отличаются во многихъ отношеніяхъ отъ симптомовъ, сопутствующихъ заболѣваніямъ другихъ органовъ тѣла. Въ то время, какъ при болѣзняхъ другихъ органовъ боль является первымъ признакомъ наступившей болѣзни, при гинекологическихъ страданіяхъ она отстываетъ на задній планъ. Только небольшая часть болѣзней полости живота сопровождается значительной болѣзненностью; большинство же заболѣваній вовсе не вызываетъ боли или только незначительную. Этимъ объясняются единодушныя жалобы врачей на то, что женщины, страдающія болѣзнями полости живота, обращаются за врачебной помощью очень поздно, когда болѣзнь уже сильно развилась. Было бы по природѣ вещей несправедливо упрекать въ этомъ женщинъ.

Симптомомъ, имѣющимъ большее значеніе, чѣмъ боль, является *разстройство нормальныхъ функций* половыхъ органовъ, главнымъ образомъ разстройство менструацій. Большое число гинекологическихъ заболѣваній ведетъ къ разстройству менструацій, а именно, къ ея прекращенію, ослабленію или усиленію, къ неправильностямъ въ ея періодичности или къ увеличенію ея продолжительности. Въ другихъ случаяхъ происходятъ продолжительныя кровотеченія изъ матки, не стоящія ни въ какой зависимости отъ овуляціи и менструаціи. Такъ какъ эти патологическія уклоненія отъ нормальной менструаціи чрезвычайно характерны для многихъ гинекологическихъ заболѣваній, а для нѣкоторыхъ они даже патогномоничны, то необходимо всегда спрашивать больную о характерѣ и интенсивности мѣсячныхъ.

#### 1. Менструація и ея разстройство.

Въ нормальномъ состояніи всякая молодая дѣвушка въ возрастѣ 13—16 лѣтъ вступаетъ въ періодъ половой зрѣлости. Поло-

вые органы достигают къ этому времени своего полного анатомическаго и физиологическаго развитія: въ яичникахъ созрѣваютъ Граафовы фолликулы, и въ опредѣленные промежутки времени выдѣляются оттуда яйца; наступаетъ первая менструація. Болѣе раннее или позднее наступленіе менструаціи въ промежуткѣ времени отъ 13 до 16 лѣтъ обусловливается отчасти врожденной жизненной энергіей всего организма и половыхъ органовъ, отчасти вліяніями, имѣющими мѣсто уже во вѣтробной жизни, а именно питаніемъ и физической работой. Этимъ объясняется, почему деревенскія дѣвушки начинаютъ менструировать позже, чѣмъ городскія, а дѣвушки богатыхъ классовъ раньше, чѣмъ таковыя бѣдныхъ слоевъ населенія. Если менструація наступаетъ раньше 13 лѣтняго возраста, то говорятъ о *menstruatio praecox*.

Отсутствие менструаціи называется *амеорреей* (a privativum,  $\mu\eta\sigma$ —мѣсяць,  $\rho\acute{\epsilon}\omega$ —теку, отсутствіе мѣсячнаго истеченія); до наступленія половой зрѣлости оно называется *дѣтской амеорреей*.

Менструація повторяется каждыя 4, рѣже 3 недѣли; она продолжается каждый разъ 3—4 дня, сопровождается умѣренной потерей крови приблизительно въ 40 грам. и не вызываетъ никакихъ страданій или весьма незначительныя въ видѣ легкихъ тянущихъ болей въ крестцѣ, иррадирующихъ въ бедра.

Примѣняя схему, предложенную Kaltenbach'омъ, можно нормальную менструацію графически изобразить слѣдующимъ образомъ:

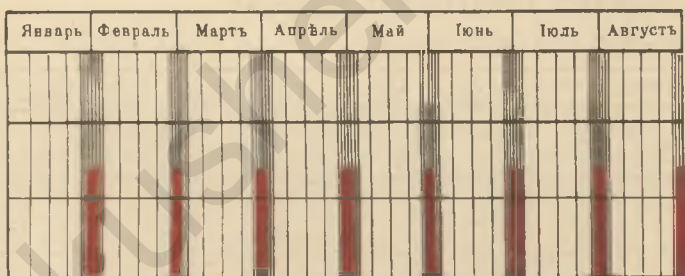


Рис. 36. Правильная менструація средней интенсивности, появляющаяся черезъ каждыя 4 недѣли и продолжающаяся 3 дня. (Высота краснаго столбика указываетъ на интенсивность потери крови, ширина его — на ея продолжительность).

Этотъ циклъ прерывается беременностью, во время которой менструація отсутствуетъ, прекращается также овуляція, которой она вызывается; такое состояніе называютъ *амеорреей беременности*. Приблизительно черезъ 6 недѣль послѣ родовъ менструація снова наступаетъ и продолжается съ прежней правильностью. Отсутствіе менструаціи въ теченіе этихъ 6 недѣль называется *послѣ-родовой амеорреей*. Нѣкоторыя женщины не менструируютъ во время кормленія грудью — *амеоррея вслѣдствіе кормленія*.

Въ возрастѣ 42—50 лѣтъ овуляція и менструація окончательно прекращаются; женщина вступаетъ въ климактерическій періодъ. Болѣе позднее наступленіе климактеріи, какъ и половой зрѣлости, зависитъ отъ хорошаго питанія и отсутствія физическаго

труда. Переходъ совершается обыкновенно такимъ образомъ, что постепенно устанавливаются болѣе продолжительныя промежутки, причемъ каждый разъ менструація сопровождается меньшей потерей крови и, наконецъ, совершенно прекращается. Такое состояніе называется *климактерической аменорреей*.

Физиологической слѣдуетъ считать только аменоррею въ дѣтствѣ, во время беременности, въ послѣродовомъ періодѣ, во время кормленія грудью и въ старости.

Нормальный физиологическій типъ менструаціи представляетъ слѣдующія *патологическія отклоненія*:

1. *Аменоррея*. Патологической слѣдуетъ считать аменоррею у женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости, т. е. между 16—47 годами, если только она не обуславливается беременностью. Патологическимъ слѣдуетъ также считать прекращеніе регулъ значительно раньше 42-лѣтняго возраста, *klimakterium praesox*.

2. *Олигоменоррея*. Такъ называется менструація, наступающая рѣже, чѣмъ черезъ 4 недѣли, мало продолжительная и сопровождающаяся небольшими потерями крови.

3. *Меноррагія* (*μην*—мѣсяць, *ρήγνσι*—разрываю). Подъ этимъ понимаютъ менструацію, наступающую черезъ 3 или 4 недѣли, т. е. черезъ правильныя промежутки, но сопровождающуюся значительно увеличенной потерей крови, причемъ увеличена также и продолжительность ея. Къ меноррагіямъ относятся также кровотеченія съ двухнедѣльными промежутками. Меноррагію можно графически изобразить слѣдующимъ образомъ:

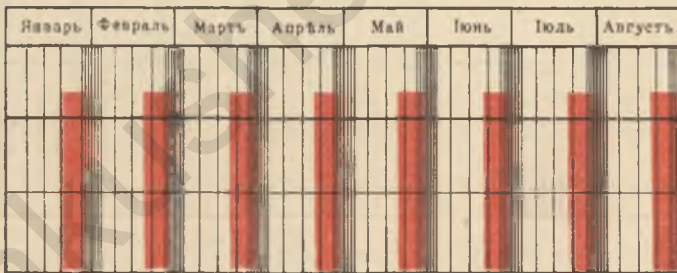


Рис. 37. Меноррагія. Черезъ 4 недѣли появляются обильныя 7 дневныя мѣсячныя.

4. *Метроррагія* (*μητρα*—матка, *ρήγνσι*—разрываю). Этимъ названіемъ обозначаютъ кровотеченія изъ половыхъ органовъ, не имѣющія правильнаго типа или безъ постоянныхъ промежутковъ, появляющіяся ежедневно или черезъ неправильныя промежутки времени; они могутъ быть при этомъ различной интенсивности. Не количество теряемой крови, а неправильность повторенія и отсутствіе типичныхъ промежутковъ характеризуютъ метроррагію. Въ то время, какъ меноррагія зависитъ отъ овуляціи и представляетъ только количественно болѣе сильную менструацію, кровотеченія при метроррагіи совершенно не зависятъ отъ овуляціи; они по существу своему совершенно отличны отъ менстру-

ації и вызываються совершенно другими причинами. Графически метроррагію изображаютъ слѣдующимъ образомъ:

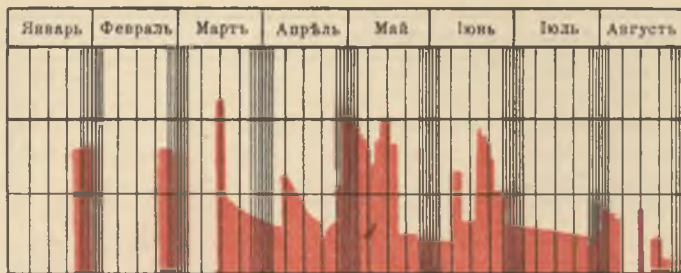


Рис. 38. Метроррагія послѣ правильныхъ и нормальныхъ въ началѣ мѣсячныхъ. Начиная отъ середины марта, ежедневно кровоточенія различной интенсивности. Больная 43 лѣтъ. Carcinoma uteri.

5. *Дистеноррея* (дос—болѣзненный). Этимъ названіемъ обозначаютъ менструацію, сопровождающуюся болями, судорогами и болѣзненностью крестца.

Всѣ эти расстройства, т. е. патологическая аменоррея, олигоменоррея, меноррагія, метроррагія и дисменоррея не являются самостоятельными болѣзнями, а симптомами различныхъ страданій. Онѣ имѣютъ, однако, чрезвычайно большое значеніе для діагноза, такъ какъ большинство гинекологическихъ болѣзней вліяетъ на менструацію.

Расстройства менструаціи наблюдаются при слѣдующихъ болѣзняхъ:

*Аменоррея послѣ наступленія половой зрѣлости:*

при уродствахъ, неправильномъ развитіи, uterus foetalis, infantilis, при атрезіи, hyperinvolutio uteri и атрофіи матки;

при хлорозѣ, чахоткѣ, диабетѣ, нефритѣ и другихъ тяжелыхъ общихъ болѣзняхъ;

при неврозахъ и психозахъ.

*Олигоменоррея:*

при неправильномъ развитіи, инфантилазмѣ, hyperinvolutio uteri;

при неврозахъ и психическихъ болѣзняхъ.

*Меноррагія:*

при эндометритѣ, болѣзняхъ придатковъ, метритѣ, міомѣ, функциональныхъ расстройствахъ, порокахъ сердца, хлорозѣ и при неврозахъ.

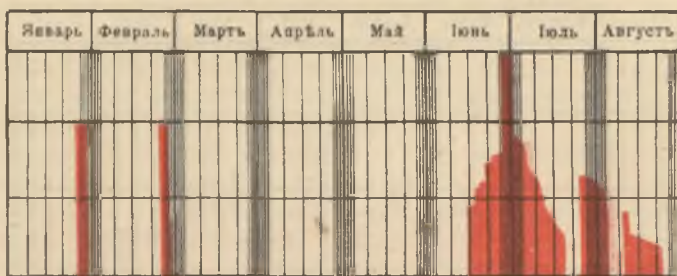
*Метроррагія:*

при полипахъ, внутриматочномъ выкидышѣ, трубномъ выкидышѣ, при міомахъ и вторичномъ перерожденіи, ракѣ и саркомѣ матки и влагалища, при placenta praevia.

Особенное значеніе въ діагностическомъ отношеніи имѣетъ метроррагія послѣ предшествовавшей аменорреи. Здѣсь возможны два случая:

1. *Больше или меньше продолжительная аменоррея при беременности съ послѣдующей метроррагіей.* Эта комбинація имѣетъ мѣсто при

выкидышахъ какъ внутриматочныхъ, такъ и трубныхъ. Примѣромъ можетъ служить слѣдующая схема:

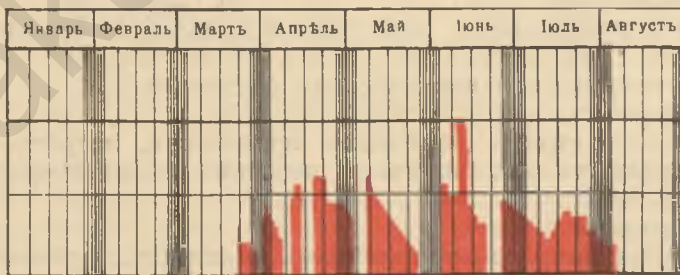


Graviditas.

Рис. 39. Метроррагія послѣ  $3\frac{1}{2}$  мѣсячной аменорреи. Отъ начала марта до середины іюня имѣлась аменоррея беременности; отъ середины іюня ежедневно наблюдались кровоточенія различной интенснвности. Больная 27 лѣтъ. Трубный выкидышъ.

2. *Климактерическая аменоррея съ послѣдующей метроррагіей.* Этотъ видъ кровоточенія имѣетъ огромное діагностическое значеніе, онъ почти съ несомнѣнностью указываетъ на ракъ матки. Объ этой болѣзни приходится думать особенно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ послѣ продолжительной менопаузы появились кровоточенія, не могущія вслѣдствіе своей неправильности быть принятыми за менструацію. Вѣроятность рака въ такихъ случаяхъ настолько велика, что къ какому-либо другому заключенію можно прибѣгнуть лишь послѣ того, какъ всѣми способами (пробной эксцизіей, пробнымъ соскабливаніемъ) удалось съ достовѣрностью исключить ракъ.

Примѣромъ для этого рода кровоточенія можетъ служить слѣдующая схема:



Klimakterium.

Рис. 40. Метроррагія послѣ климактерической аменорреи. 50 лѣтняя женщина. Климактерическій періодъ продолжается уже 7 лѣтъ. Въ теченіе послѣднихъ 4 мѣсяцевъ почти ежедневно наблюдаются болѣею частью слабыя кровоточенія. Объективное изслѣдованіе и пробное соскабливаніе обнаружили ракъ тѣла матки.

## 2. Связь гинекологических заболеваний с возрастомъ.

Огромное большинство гинекологических заболеваний связано съ опредѣленными періодами жизни женщины, такъ что болѣзни, наблюдаемая въ опредѣленномъ возрастѣ, чрезвычайно рѣдко поражаютъ женщинъ въ другомъ возрастѣ. Знакомство съ зависимостью гинекологическихъ болѣзней отъ возраста женщины можетъ въ значительной степени облегчить распознаваніе болѣзней женской половой сферы. У женщинъ, возрастъ которой намъ извѣстенъ, это знакомство даетъ, по меньшей мѣрѣ, возможность съ самаго начала значительно ограничить число заболеваний, о которыхъ можетъ идти рѣчь, и при отличительномъ распознаваніи принимаются во вниманіе только немногія болѣзни.

*Связь между возрастомъ и гинекологическими болѣзнями не носитъ, конечно, случайнаго характера, а обуславливается тѣми физиологическими превращеніями, которыя анатомическое строеніе и физиологическія функціи женскихъ половыхъ органовъ претерпѣваютъ въ жизни. Такимъ образомъ, использование возраста для діагноза, не исключаящее, конечно, необходимости объективнаго изслѣдованія, исполнѣе обосновано.*

1. *Грудной возрастъ.* Онъ обнимаетъ первый годъ жизни. Число гинекологическихъ заболеванийъ въ этомъ возрастѣ чрезвычайно мало. Наблюдались врожденныя уродства наружныхъ половыхъ органовъ (гермафродитизмъ), *menstruatio praesox*, а въ рѣдкихъ случаяхъ злокачественныя опухоли, главнымъ образомъ, саркома матки. Изъ воспалительныхъ болѣзней наблюдались иногда гонорройный и негонорройный вульвовагинитъ.

2. *Дѣтскій возрастъ* продолжается отъ начала 2 года жизни до наступленія половой зрѣлости, т. е. въ среднемъ до 13—16 лѣтъ. Такъ какъ въ этомъ возрастѣ функціи половыхъ органовъ еще не пробудились, то и возможность заболевания еще не велика. Наблюдаются въ этомъ возрастѣ тѣ же заболевания, что и въ грудномъ возрастѣ, т. е., уродства, *menstruatio praesox*, саркома матки. Изъ опухолей прибавляется еще *киста яичника*, которая можетъ развиваться въ любомъ возрастѣ, а изъ воспалительныхъ заболеванийъ, кромѣ вульвовагинита, также *туберкулезъ брюшины*.

3. *Возрастъ половой зрѣлости*, отъ 14 до 45 лѣтъ. Съ наступленіемъ половой зрѣлости начинается функционированіе половыхъ органовъ: овуляція, менструація, совокупленіе, зачатіе, беременность и роды. Сразу появляется цѣлый рядъ этиологическихъ факторовъ, и число гинекологическихъ болѣзней сразу значительно увеличивается.

Къ овуляціи и менструаціи присоединяются функциональныя разстройства этихъ процессовъ. Органы съ энергичными обменомъ веществъ, подвергающіеся многимъ инсультамъ, проявляютъ наклонность къ образованію *опухоли*. Возможность зараженія при совокупленіи и родахъ вызываетъ развитіе инфекціонныхъ болѣзней половыхъ органовъ. Измѣняющаяся величина матки обуславливается беременностью и родами, и имѣющія при



этомъ мѣсто поврежденія и ослабленіе аппарата, поддерживающаго матку, ведутъ къ измѣненію положенія послѣдней.

Въ теченіе этого періода половой зрѣлости, составляющаго по отношенію къ этиологіи гинекологическихъ заболѣваній совершенно особую эпоху, отдѣльныя болѣзни распределяются неравномѣрно: нѣкоторыя болѣзни развиваются только въ опредѣленное время, хотя они и могутъ появиться въ теченіи всего этого періода.

а) *Первые годы послѣ наступленія половой зрѣлости* отличаются тѣмъ, что вновь появившіяся функціи овуляціи и менструаціи не протекаютъ еще правильно, а измѣненія, вызываемыя секретіей яичниковъ, могутъ вызвать расстройства организма, независимо отъ того, имѣются ли въ яичникѣ или маткѣ видимыя или прощупываемыя измѣненія.

Въ эти годы замѣчается поэтому наклонность къ *функциональнымъ расстройствамъ*; наблюдаются аменоррея, олигоменоррея, менорагія, дисменоррея. Эти расстройства менструаціи часто сопровождаются хлорозомъ или нервными заболѣваніями, главнымъ образомъ общими невротами, на примѣръ неврастеніей и истеріей. Хлорозъ и нѣкоторые невроты также появляются часто въ первые годы половой зрѣлости.

Далѣе, врожденные *дефекты развитія* обнаруживаются въ эти годы ослабленіемъ нормальныхъ функцій и, несмотря на то, что они существуютъ отъ рожденія, становятся замѣтными только теперь. Сюда относится *аменоррея* при недостаточномъ развитіи матки и яичниковъ, при аплазіи матки, при рудиментарной, фетальной и дѣтской маткѣ, при атрезіи половыхъ органовъ, при uterus duplex съ закрытіемъ одной половины. Это закрытіе ведетъ, въ зависимости отъ его локализаціи, къ образованію *haematokolpos*, *haematometra* и *haematosalpinx* (скопленіе крови въ влагалищѣ, маткѣ и трубѣ). Далѣе, *atresia hymenalis* и *vaginalis* дѣлаетъ невозможнымъ совокупленіе. Въ этомъ возрастѣ обращается также впервые вниманіе на затрудненное совокупленіе при *вагинизмѣ*, наконецъ, на *невозможность забеременеть* вслѣдствіе уродства или недостаточнаго развитія половыхъ органовъ.

б) Въ среднемъ періодѣ *половой зрѣлости*, иногда также въ болѣе пожилomъ возрастѣ появляются *инфекціонныя болѣзни* половыхъ органовъ. Сюда относятся: туберкулезъ, гоноррея, септические процессы; всѣ они протекаютъ подъ видомъ интерстиціальнаго эндометрита, сальпингита и піосальпинкса.

*Туберкулезное заболѣваніе половыхъ органовъ*, спускающійся или гематогенный процессъ, поражаетъ, какъ и туберкулезъ легкихъ и костей, дѣвушкае преимущественно въ теченіи перваго десятилѣтія послѣ наступленія половой зрѣлости.

*Гоноррея*, появляющаяся вслѣдствіе половыхъ сношеній въ формѣ уретрита, бартолионита, цервицита, endometritis interstitialis, salpingitis, pyosalpinx и перитонита, наблюдается главнымъ образомъ въ теченіи первыхъ 20 лѣтъ послѣ наступленія половой зрѣлости.

*Септическая инфекція*, появляющаяся послѣ родовъ и выки-

дыша, наблюдается, конечно, въ теченіе всего періода половой зрѣлости. Такъ какъ послѣдствія ея, хроническій параметритъ, *pelviperitonitis adhaesiva* и периметритъ, только постепенно развиваются, то поражаются ими обыкновенно женщины въ болѣе поздніе годы половой зрѣлости.

Въ срединѣ періода половой зрѣлости наблюдаются преимущественно *разстройства беременности*, а именно, выкидышъ и трубный выкидышъ со всѣми ихъ послѣдствіями. Они также наблюдаются въ теченіе всего періода половой зрѣлости, но чаще всего, конечно, въ виду ихъ этиологіи, въ средніе и болѣе поздніе годы.

Къ этому періоду относятся также обусловливаемые половыми сношеніями и родами гиперпластическій эндометритъ, цервицитъ съ бѣлями и *retroflexia uteri*.

Въ эти годы чаще всего наблюдаются также *измѣненія положенія матки, простое выпаденіе влагалища*, постепенно развивающіяся преимущественно у женщинъ рабочихъ классовъ, какъ послѣдствія родовъ. Соотвѣтственно этой этиологіи эти болѣзни рѣже встрѣчаются въ первомъ десятилѣтіи половой жизни, преимущественно же въ возрастѣ 35—45 лѣтъ, а также и позже.

в) *Къ концу періода половой зрѣлости*, въ годы, предшествующіе климактерическому періоду наблюдаются болѣзни, являющіяся слѣдствіемъ чрезмѣрнаго функціонированія половыхъ органовъ, а также перерожденія ихъ.

Сюда относится прежде всего метро-эндометритъ, соединительнотканное перерожденіе мускулатуры матки, являющееся слѣдствіемъ предшествовавшихъ многочисленныхъ родовъ.

Ко времени наступленія климактерія снова появляются, какъ и въ началѣ половой жизни, *функциональныя разстройства*, зависящія отъ прекращенія овуляціи, отъ внутренней секреціи яичниковъ и обусловливаемыхъ этимъ измѣненій обмѣна веществъ во всемъ организмѣ. Снова наблюдаются меноррагіи и функциональныя разстройства въ формѣ климактерическихъ страданій и такъ назыв. явленій выпаденія. *Pruritus vulvae* также является болѣзью климактерическаго періода.

4) *Климактерій, постепенно переходящій въ старость*. Половые органы перестали функціонировать; овуляція, менструація и зачатіе прекратились, половые органы быстро подвергаются старческой атрофіи. Матка сморщивается до величины лѣснаго или даже волошкаго орѣха, сморщиваются также яичники, превращающіеся въ плотныя, плоскія образованія безъ фолликуловъ. Влагалищная часть коротка и плоска, влагалищные своды уплощаются и исчезаютъ, вагина, особенно задняя ея треть становится настолько узкой, что здѣсь образуется какъ бы стенозъ.

Болѣзни половыхъ органовъ въ этомъ возрастѣ являются слѣдствіемъ перенесенныхъ раньше поврежденій. Сюда относится прежде всего выпаденіе. Такъ какъ въ старческомъ возрастѣ исчезаютъ жиръ и мускулатура, т. е. часть аппаратовъ, поддерживающихъ матку, то у женщинъ, многорожавшихъ и занимавшихся тяжелымъ трудомъ, появляется *полное выпаденіе*. Наиболь-

шей частоты эти болѣзни достигаютъ въ возрастѣ 45—60 лѣтъ. Ко второй группѣ относятся болѣзни, вообще, свойственныя старости: злокачественныя опухоли и главнымъ образомъ ракъ. Carcinoma vaginae, vulvae, uteri и ovarii чаще всего наблюдаются въ этомъ возрастѣ.

Связь перечисленныхъ болѣзней съ возрастомъ объясняется хорошо извѣстной намъ этиологіей ихъ, зависящей отъ физиологическихъ функцій даннаго возраста. Этимъ объясняется, почему этой связью пользуются для болѣе правильнаго распознаванія данныхъ болѣзней. Иначе обстоитъ дѣло съ *опухолями*. Ихъ этиологія неизвѣстна, но и онѣ, за исключеніемъ кисты яичника, наблюдаемой въ любомъ возрастѣ, тѣсно связаны съ опредѣленными періодами жизни. Что касается раковой опухоли, то происхождение ея находится, вѣроятно, въ зависимости отъ регрессивныхъ измѣненій ткани, начинающихся въ тридцатыхъ годахъ жизни и постепенно увеличивающихся. О происхожденіи міомы имѣются, лишь гипотезы.

Но и развитіе *міомы* связано съ опредѣленнымъ возрастомъ, а именно, съ 35—55 годами. Правда, міомы наблюдаются и въ болѣе раннемъ возрастѣ, но чрезвычайно рѣдко. Не менѣе рѣдко наблюдаются міомы и въ возрастѣ свыше 55 лѣтъ, ибо онѣ къ этому времени уже удалены или же онѣ не вызываютъ уже никакихъ явленій.

Также характерна связь *рака* съ возрастомъ. Раковая опухоль шейки матки рѣдко наблюдается до 30 или послѣ 65 лѣтъ. Наоборотъ, ракъ тѣла матки чаще всего появляется въ болѣе позднемъ возрастѣ; онъ начинается обыкновенно послѣ 40 лѣтъ и достигаетъ наибольшей частоты между 50 и 60 годами, послѣ 65 лѣтъ онъ снова наблюдается только въ рѣдкихъ случаяхъ. Ракъ вульвы и влагалища также развивается въ болѣе позднемъ возрастѣ.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что между возрастомъ и болѣзнями половыхъ органовъ существуетъ очень тѣсная связь, знакомство съ которой чрезвычайно облегчаетъ распознаваніе этихъ болѣзней, ибо, зная возрастъ больной, мы съ самаго начала можемъ имѣть въ виду опредѣленную, совершенно ограниченную группу болѣзненныхъ процессовъ. Особенно облегчаетъ діагнозъ *связь между кровотеченіемъ и возрастомъ больной*.

Слѣдующія кривыя показываютъ графически частоту туберкулеза половыхъ органовъ, трубнаго выкидыша, міомъ, раковыхъ опухолей шейки и яичниковъ въ разные годы жизни. Эти кривыя даютъ % распредѣленіе по пятилѣтіямъ 90 случаевъ туберкулеза половыхъ органовъ, 100 случаевъ трубнаго выкидыша, 500 міомъ, 350 случаевъ рака шейки и 50 рака яичника; они ясно показываютъ, что, напр., туберкулезъ половыхъ органовъ является болѣзью молодого возраста, достигающей наибольшей частоты между 20 и 25 годами и снова затѣмъ уменьшающейся. Пирамидообразная кривая трубной беременности, начавшись вскорѣ послѣ наступленія половой зрѣлости, круто подымается вверхъ и достигаетъ своей наивысшей точки между

30 и 35 годами жизни, а потомъ быстро падаетъ. Такую же круто поднимающуюся и также круто понижающуюся кривую даетъ миома, достигающая, однако, наивысшей точки лишь между 45 и 50 годами. Болѣе плоской является кривая частоты рака шейки, достигающая наивысшей точки между 35 и 55 годами жизни. Ракъ яичниковъ представляетъ ясно выраженную болѣзнь болѣе пожилого возраста; его наибольшая частота падаетъ на 50—55 лѣтъ, послѣ чего она до 65-лѣтняго возраста быстро понижается.

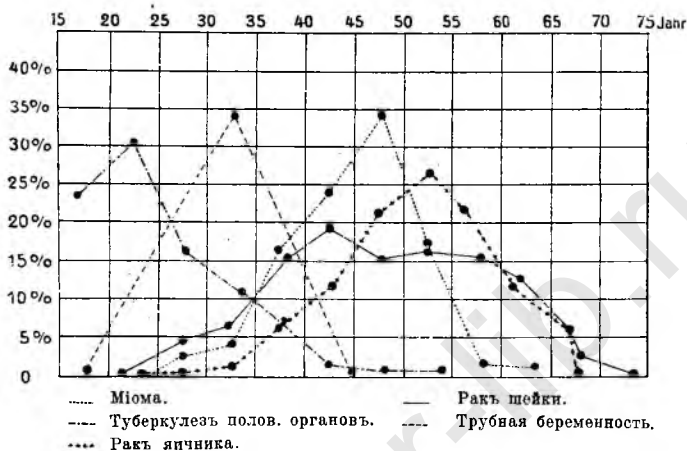


Рис. 41. Кривая частоты нѣкоторыхъ гинекологическихъ заболѣваній въ различномъ возрастѣ.

### 3. Боли и другія страданія при гинекологическихъ болѣзняхъ.

Гораздо меньшее значеніе для діагноза имѣютъ жалобы больныхъ на боли и другія страданія. Очень многія гинекологическія болѣзни и даже наиболѣе тяжелыя изъ нихъ не вызываютъ никакихъ болей. Такъ, напр., ракъ матки протекаетъ въ теченіе продолжительнаго времени совершенно безболѣзненно. Съ другой стороны многія больныя жалуются иногда на цѣлый рядъ самыхъ разнообразныхъ субъективныхъ ощущеній въ животѣ, при изслѣдованіи же не находятъ никакихъ измѣненій или только незначительныя. Это наблюдаемое у большинства гинекологическихъ больныхъ несоотвѣтствіе между субъективными ощущеніями и объективными данными заставляеть насъ не придавать большого діагностическаго значенія болямъ.

Если пациентки жалуются на боль, то онѣ локализируютъ ее обыкновенно въ крестцѣ, животѣ, въ бокахъ, спинѣ и т. д. Отдѣльнымъ болѣзнямъ, за нѣкоторыми исключеніями, несвойственна какая-либо опредѣленная боль. Это обстоятельство такъ умаляеть, конечно, діагностическое значеніе субъективныхъ явленій.

*Болью*, иногда чрезвычайно интенсивной, сопровождаются обыкновенно болѣзни, при которыхъ въ большей или меньшей степени поражена брюшина. Сюда относятся прежде всего инфек-

ціонныя заболѣванія матки и трубъ, сопровождающіяся острымъ и подострымъ воспаленіемъ покрывающей эти органы брюшины. Сальпингитъ, pyosalpinx, перитонитъ, особенно же гонорройныя и септические заболѣванія трубъ и тазовой брюшины характеризуются иногда въ остромъ стадіи значительной болѣзненностью. На этомъ же основаніи чрезвычайно болѣзненно перекручиваніе ножки кисты; симптомы могутъ быть такими же, какъ и при перитонитѣ.

Другую группу болѣзненныхъ страданій образуютъ большія опухоли, вызывающія своими размѣрами и сдавливаніемъ сосѣднихъ органовъ боли и другія явленія (одышку и сердцебіеніе). Но и здѣсь бываютъ исключенія, и наблюдаются случаи, въ которыхъ большія опухоли, вызывающія вздутіе живота, какъ въ концѣ беременности, протекаютъ при очень незначительной боли. Вслѣдствіе постепеннаго увеличенія опухоли органы полости живота приноровились къ суженію пространства.

Особенную группу составляютъ *боль и другія явленія со стороны мочевого пузыря*, на которыя больныя часто жалуются. Къ жалобамъ на пузырь мы должны всегда относиться съ особеннымъ вниманіемъ. Разстройства функціи пузыря вызываются то болѣзнями сосѣднихъ органовъ (міомы, опухоли яичниковъ, pelveoperitonitis acuta, retroflexio uteri gravidi incarcerala, carcinoma cervicis), то заболѣваніемъ самого пузыря, мочеточниковъ или почекъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ необходимо тщательное мѣстное изслѣдованіе всей мочеполовой системы и сосѣднихъ органовъ.

Меньшее діагностическое значеніе имѣютъ *разстройства стула*. Запоръ представляетъ наиболѣе частое явленіе и наблюдается при всевозможныхъ гинекологическихъ заболѣваніяхъ. Абсолютная же задержка стула, ileus, всегда указываетъ на серьезное заболѣваніе. Ileus наблюдается прежде всего при остромъ перитонитѣ, сращеніяхъ и перегибахъ кишекъ послѣ гинекологическихъ операцій, при перекручиваніи ножки опухоли, при новообразованіяхъ кишекъ и т. д. Учащенные позывы на низъ, tenesmus alvi, также имѣютъ всегда серьезное значеніе. Они наблюдаются, кромѣ болѣзней прямой кишки (проктиты, перипроктиты, гоноррея прямой кишки, опухоли), также передъ вскрытіемъ гнойныхъ абсцессовъ (pyosalpinx, параметритъ и др.).

## ГЛАВА II.

### Гинекологическій анамнезъ.

Разсмотрѣнные нами въ предыдущихъ главахъ общіе симптомы гинекологическихъ страданій заставляють насъ при анамнезѣ обращать особенное вниманіе на нѣкоторые вопросы, а именно, о возрастѣ больной, о менструаціи и о субъективныхъ ея страданіяхъ. При этомъ здѣсь, какъ и вообще въ медицинѣ, имѣетъ значеніе общее развитіе больной съ ранняго дѣтства и образъ ея жизни. Особенно необходимо тщательно изслѣдовать

начало болѣзни, дабы, узнавъ ея этиологію, можно было назначить правильное причинное лечение. При снятіи анамнеза рекомендуется такъ же, какъ и въ акушерствѣ, для экономіи времени задавать вопросы въ извѣстномъ порядкѣ.

*Порядокъ анамнеза.* Разспросивъ у больной лично, о ея возрастѣ, о томъ, замужемъ ли она, собирають данныя о наслѣдственности. Особенно интересуютъ насъ туберкулезъ и психическія болѣзни предковъ, братьевъ и сестеръ.

*Дѣтство и возрастъ половой зрѣлости.* До наступленія половой зрѣлости встрѣчаются дѣтскія инфекціонныя болѣзни: корь, скарлатина, дифтерія, коклюшъ. Особенно необходимо разспросить о наступленіи половой зрѣлости.

*Изъ болѣзней, поражающихъ женщину въ первые годы послѣ наступленія половой зрѣлости,* важны хлорозъ и чахотка.

У замужнихъ узнають о *прежнихъ беременностяхъ*, выкидышахъ, родахъ и послѣродовыхъ періодахъ; для дальнѣйшихъ заболѣваній особенно важно знать, сопровождался ли послѣродовой періодъ лихорадкой или нѣтъ. У незамужнихъ вопросъ о предыдущихъ родахъ ставится лишь послѣ того, какъ произведено объективное изслѣдованіе.

*Жалобы въ настоящее время.* Разспрашиваютъ о страданіяхъ, заставившихъ больную обратиться за врачебной помощью, о времени ихъ начала, о локализации и другихъ особенностяхъ. Послѣ этого разспрашиваютъ *подробно о характеръ менструаціи*, а именно, о продолжительности промежутка между одной менструаціей и другой, о продолжительности и интенсивности кровотеченія, о болѣзненности и аномаліяхъ въ формѣ мено- и метроррагій.

Никогда не слѣдуетъ пропустить вопросъ о послѣдней менструаціи, о времени ея наступленія и о теченіи. Узнають также о *блѣдахъ*, ихъ количествѣ, характерѣ, цвѣтѣ и запахѣ.

Наконецъ, разспрашиваютъ объ общемъ состояніи, аппетитѣ, снѣ, мочеотдѣленіи и стулѣ.

## ГЛАВА III.

### Объективное изслѣдованіе.

#### 1. Наружное изслѣдованіе.

*Общее состояніе.* Обращаютъ вниманіе на ростъ, состояніе мускулатуры и жирового слоя, цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ (блѣдность, ціанозъ), также на вѣсъ тѣла. Такимъ путемъ получаютъ цѣнныя данныя объ общемъ состояніи здоровья пациентки; особенно важна необычная блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, указывающая на предшествовавшую потерю крови. Въ случаяхъ, въ которыхъ предполагается обдѣнненіе крови красными шариками и красящимъ веществомъ крови, нужно опредѣлить количественное содержаніе гѣмоглобина въ крови. Для этого пользуются гѣмометромъ Sahli.

Посредствомъ укола кончика пальца добываютъ тонкой капиллярной пипеткой 20 куб. сант. крови, которую впускаютъ въ стеклянную трубочку и разводятъ нѣсколькими каплями  $\frac{1}{10}$  нормальнаго раствора соляной кислоты. Вслѣдствіе образованія гематина кровь становится бурой. Послѣ этого прибавляютъ каплями воды, пока цвѣтъ смѣси не будетъ одинаковымъ со смѣсью раствора, содержащаго опредѣленное количество гематина. Трубочка для воспріянія крови градуирована и даетъ возможность очень легко опредѣлить  $\%$  содержанія гемоглобина.

*Шея и грудная клѣтка.* Слѣдуетъ обращать вниманіе на наличность зоба. При изслѣдованіи грудей обращаютъ вниманіе на ихъ величину, форму и главнымъ образомъ на выдѣленіе молозива или молока.

Въ случаѣ надобности изслѣдуютъ сердце и легкіе.

*Животъ.* Изслѣдованіе живота представляетъ наиболѣе важную часть наружнаго изслѣдованія, особенно въ случаяхъ, въ которыхъ имѣются опухоли или воспалительныя заболѣванія. Оно имѣетъ также цѣлью опредѣлить, относятся ли замѣченныя опухоли къ половымъ или другимъ органамъ.

Начинаютъ съ

а) *Осмотръ:* принимаются во вниманіе по порядку вздутіе или впалость живота, содержаніе жира въ брюшныхъ покровахъ, наличность вздутій и ихъ локализація (выше или ниже пупка, справа или слѣва, симметрично или несимметрично), движенія въ животѣ, отеки, варикозныя узлы, striae и пигментація кожи.

б) *Измѣреніе:* въ случаѣ значительнаго вздутія опредѣляютъ измѣрительной лентой наибольшій объемъ живота и разстояніе между наивысшей точкой вздутія и симфизомъ.

в) *Ощупываніе:* при правильной техникѣ и тщательномъ выполненіи, что, къ сожалѣнію, не всегда имѣетъ мѣсто, оно даетъ весьма цѣнные результаты. Этимъ способомъ удастся также отличить болѣзни половой системы отъ таковыхъ другихъ органовъ (желудка, печени, сердца, почекъ, сальника, кишекъ, чревообразнаго отростка слѣпой кишки).

*Техника:* для ощупыванія живота и его органовъ можно придать больной двоякое положеніе. Цѣлесообразнѣе всего положить больную со слегка поднятой головой и притянутыми къ животу ногами на не слишкомъ низкій гинекологическій столъ или на диванъ. Вслѣдствіе приподнятія грудной клѣтки и сгибанія ногъ мускулатура живота расслабляется, что весьма важно для пальпаціи. Расслабленіе получается еще болѣе, если положить больную на гинекологическое кресло, причемъ ноги еще сильнѣе согнуты въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ. Это положеніе больной имѣетъ, однако, то неудобство въ сравненіи съ предыдущимъ, что приближеніе бедръ къ брюшной стѣнкѣ затрудняетъ пальпацію нижнихъ частей живота.

Ощупываніе производится теплыми, сухими руками, ногти должны быть коротко острижены, такъ какъ въ противномъ случаѣ происходятъ рефлекторныя сокращенія брюшной мускулатуры, дѣлающія невозможной пальпацію. Всю кисть ладонной поверхностью кладутъ на животъ, а не только кончики пальцевъ, такъ какъ распределеніе давленія руки на болѣшую по-

верхность живота дѣйствуетъ успокаивающимъ образомъ на мускулатуру его. Обнаруживъ въ какомъ нибудь мѣстѣ ненормальное, изслѣдуютъ для сравненія и соответствующее симметрическое мѣсто. Пальпація должна быть чрезвычайно мягкой, слѣдуетъ избѣгать всякаго сильнаго давленія, а въ глубину нужно проникать постепенно и равномерно. Ощупываніе болѣе глубокихъ частей живота и постепенное проникновеніе кончиковъ пальцевъ въ глубину значительно облегчается, если заставляютъ больную спокойно и равномерно дышать слегка открытымъ ртомъ.

Для сбереженія времени и труда весьма цѣлесообразно придерживаться при изслѣдованіи извѣстнаго порядка:

1. *Руками, положенными ладьями справа и слева срединной линіи*, причемъ кончики пальцевъ направлены въ сторону головы больной, ощупываютъ всю область между нижней апертурой грудной клѣтки и входомъ таза. Обращаютъ вниманіе на упругость или вялость брюшныхъ покрововъ, на тонусъ ихъ мускулатуры и на ненормальную резистентность. У многорожавшихъ женщинъ ясно прощупываются въ срединной линіи сверху книзу края *m. recti*, причемъ нерѣдко удается проникнуть рукой въ глубину. Въ этихъ случаяхъ имѣется расхожденіе этихъ мышцъ. Если этихъ женщинъ заставить изъ горизонтальнаго положенія безъ помощи рукъ перейти въ вертикальное, то содержимое полости живота обнаруживается между прямыми мышцами въ видѣ длиннаго, болѣе или менѣе широкаго валика—грыжа бѣлой линіи. Пока женщина лежитъ, удается въ этихъ случаяхъ проникнуть между *m. recti* въ глубину брюшной полости и прощупать позвоночникъ, аорту, мѣсто ея бифуркаціи и промонторій.

2. *Посль этого кладутъ правую руку на животъ такъ, чтобы большой палецъ и мизинецъ лежали на симфизѣ, а верхушки пальцевъ были направлены къ пупку* (рис. 42). Медленно и постепенно проникаютъ кончиками пальцевъ въ глубину, пока не достигнуть промонторія (*v. Winskel*). Такимъ способомъ ощупываютъ рукой входъ таза и опредѣляютъ, не выдается ли въ брюшную полость со стороны малаго таза резистентность или опухоль, и не переходитъ ли припухлость на малый тазъ. Этотъ приемъ чрезвычайно важенъ, такъ какъ помощью его удается во многихъ случаяхъ простѣйшимъ способомъ опредѣлить, исходитъ ли прощупываемая въ животѣ резистентность изъ органовъ малаго таза или же изъ брюшной полости.

3. *Посль этого ощупываютъ справа и слева боковыя, нижнія части живота выше lig. Pouparti*. Для этой цѣли кладутъ обѣ руки на животъ со стороны подвздошныхъ костей съ обращенными къ пупку кончиками пальцевъ, медленно проникаютъ послѣдними въ глубину и осторожно оттѣсняють попадающіяся подъ руки образованія къ боковой стѣнкѣ таза. Этимъ приемомъ удается прежде всего распознать заболѣванія червеобразнаго отростка, *colon descendens* или *flexura sigmoidea*. Въ нормальномъ состояніи прощупываютъ этимъ способомъ въ глубинѣ малаго таза рядомъ съ промонторіемъ *m. ileoceas*, валикообразную или плоскую



и плотную резистентность, которая не должна быть принята за патологическую припухлость.

Здоровымъ и ненервнымъ женщинамъ болѣе глубокое вдавливаніе кончиковъ пальцевъ, если только оно производится постепенно и осторожно, не причиняетъ обыкновенно никакой боли. Къ жалобамъ пациентокъ на испытываемую боль нужно относиться крайне осторожно. Страдающія воспалительными болѣзнями слѣпой кишки, червеобразнаго отростка или придатковъ матки (трубъ и яичниковъ), параметрія или брюшины испыты-



Рис. 42. Приемъ при пальпации живота съ цѣлю отграничить малый тазъ отъ остальной брюшной полости.

ваютъ очень интенсивную боль и оказываютъ при изслѣдованіи сопротивленіе. Интенсивная болѣзненность можетъ, однако, наблюдаться также при простой гиперѣстезіи кожи на почвѣ истеріи и неврастеніи, а также оваріи у истеричекъ. Вопросъ рѣшается только на основаніи данныхъ внутренняго, комбинированнаго изслѣдованія.

4. Если вышеприведенными способами установлена была въ полости живота ненормальная резистентность, то опредѣляютъ:

*Границы ея*, особенно сверху, съ боковъ и со стороны малаго таза.

*Характеръ поверхности опухоли* (гладкая или бугристая).

*Отношеніе къ брюшнымъ покровамъ*, особенно подвижность послѣднихъ надъ опухолью или срощеніе ихъ съ нею.

*Степень подвижности опухоли*.

*Консистенцію* (твердая, какъ кость, плотная, мягкая, туго-

эластическая). При этомъ изслѣдуютъ также *волнистость* и *зыбленіе*, для каковой цѣли кладутъ одну руку на одну сторону живота, а среднимъ пальцемъ другой руки производятъ короткіе удары кожи живота на разныхъ разстояніяхъ отъ первой руки. Въ случаѣ присутствія свободной жидкости въ брюшной полости ясно ощущается плоско лежащей рукой волна. Такую же волнистость обнаруживаютъ также кисты съ вальными стѣнками.

У очень полныхъ женщинъ съ толстыми брюшными покровами, у которыхъ салъникъ и брыжейка также обросли жиромъ, бываетъ часто очень трудно опредѣлить, является ли припухлость живота слѣдствіемъ опухоли или только ожирѣнія. Для рѣшенія этого вопроса v. W i n s k e l рекомендуетъ слѣдующій чрезвычайно цѣлесообразный приемъ: ставъ сбоку находящейся въ горизонтальномъ положеніи женщины, обхватываютъ обѣими руками брюшные покровы такъ, что они приподымаются въ видѣ толстой продольной складки. Послѣ этого захватываютъ послѣднюю лѣвой рукой въ срединѣ надъ пупкомъ, продолжая фиксировать ее правой, освобождаютъ правую руку и ощупываютъ ею со стороны поясничной области то одну, то другую сторону живота около складки, для чего послѣднюю отодвигаютъ то въ одну, то въ другую сторону. Этотъ приемъ значительно облегчаетъ трудное рѣшеніе вопроса о томъ, имѣется ли въ полости живота опухоль или нѣтъ.



Рис. 43. Отличіе линіи притупленія при опухляхъ и свободномъ асцитѣ. При опухляхъ линія притупленія выпукла кверху, при асцитѣ — вогнута кверху.

г) *Перкуссия* особенно необходима для опредѣленія границъ опухоли при толстыхъ и упругихъ брюшныхъ покровахъ, а также для отличительнаго распознаванія свободно движущейся жидкости въ брюшной полости (асцитъ, гной, кровь) и осумкованной жидкости (киста, осумкованный гной или асцитъ). При наличности свободной жидкости граница притупленія идетъ въ видѣ вогнутой кверху линіи, а при кистахъ въ видѣ выпуклой (рис. 43). Далѣе, при асцитѣ притупленіе обнаруживается въ боковыхъ отвисающихъ частяхъ

живота, при кистахъ же получается, по крайней мѣрѣ на одной сторонѣ, тимпаническій звукъ.

Цѣнные результаты даетъ намъ также перкуссия при *различныхъ положеніяхъ тѣла*, а именно, при положеніи на спинѣ и на боку. При наличности свободной жидкости въ брюшной полости боковыя, отвѣсающія части живота, обнаруживавшія вначалѣ при положеніи на спинѣ тупой звукъ, даютъ при положеніи больной на боку тимпаническій звукъ, такъ что притупленный поясъ отодвигается кверху. Свободная жидкость скопляется, конечно, въ отвѣсающихъ частяхъ живота, и плавающая на ней кишки даютъ тимпаническій звукъ. Большая же опухоль, наоборотъ, мѣняетъ свое положеніе лишь въ незначительной степени, и перкуторный звукъ не измѣняется, несмотря на перемѣну положенія больной.

д) *Аускультация*. Въ общемъ выслушиваніе не имѣетъ большого значенія въ гинекологіи и примѣняется обыкновенно только въ случаяхъ, въ которыхъ приходится доказать наличность беременности или исключить послѣднюю, т. е. для выслушиванія тоновъ сердца во второй половинѣ беременности. При отличительномъ распознаваніи между опухолью яичника и міомой матки выслушивающійся маточный шумъ говоритъ за міому и противъ опухоли яичника.

Наконецъ, для полнаго изслѣдованія требуется еще производство *анализа мочи* на содержаніе бѣлка и сахара.

## 2. Спеціальное изслѣдованіе половыхъ органовъ.

### а) Осмотръ наружныхъ половыхъ частей.

Осмотромъ наружныхъ половыхъ частей часто, къ сожалѣнію, пренебрегаютъ. Не только при страданіяхъ наружныхъ половыхъ органовъ и при выпаденіяхъ, но во всѣхъ случаяхъ внутреннему изслѣдованію долженъ предшествовать осмотръ, дающій нерѣдко чрезвычайно важныя для діагноза данныя.

Обращаютъ вниманіе по порядку: на зіяніе или закрытіе *вульвы*, степень волосистости (*infantilismus*), форму и величину большихъ и малыхъ губъ; на *окружность вульвы*: на пигментацию, красноту, воспаленіе, *intertrigo*, болѣзни кожи (папулы, кондиломы); на характеръ и количество *выделеній*.

Раскрывъ малыя губы, обращаютъ вниманіе: на высоту и форму промежности (низкая ладьеобразная промежность при инфантилизмѣ), на старые разрывы, рубцы; на *дѣйственную плеву* (цѣлость, надрывы, *sagunculae myrtiformes*), ширину входа, далѣе, на *мочепускательный каналъ* и окружающія его ткани, на отверстія выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ железъ (*mascula gonorrhoeica*).

При *выпаденіяхъ* опредѣляютъ размѣръ послѣднихъ и органы, участвующіе въ нихъ (передняя и задняя стѣнки влагалища, влагалищная часть, матка, пузырь, прямая кишка).

### б) Изслѣдованіе зеркалами.

Этимъ способомъ пользуются для осмотра влагалищныхъ стѣнокъ, *portio vaginalis* и маточнаго зѣва.

Число имѣющихся и ежедневно предлагаемыхъ зеркаль для гинекологическаго изслѣдованія очень велико. Практически наиболѣе пригодными оказались три формы:

1. Зеркало изъ молочнаго стекла по К. Mayer'у.
2. Желобоватя зеркала по Sims'у и Simon'у.
3. Створчатое зеркало по Cusco или Trélat.



Рис. 44. Зеркала изъ молочнаго стекла (по Mayer'у) различнаго діаметра.

Эти 3 формы совершенно достаточны для гинекологическаго изслѣдованія.

1. *Зеркало изъ молочнаго стекла* (рис. 44) смазывается сначала стерилизованнымъ жиромъ или масломъ и сръзаннымъ концомъ приставляется къ задней спайкѣ, послѣ чего подъ легкимъ давленіемъ, медленно, вращательными движеніями продвигается по задней стѣнкѣ влагалища (рис. 45). Если избѣгать соприкосновенія съ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала, то введеніе зеркала безболѣзненно. Нужно только избрать зеркало, соотвѣтствующее по величинѣ ширинѣ входа и влагалища; для этого необходимо имѣть коллекцію изъ 4 зеркаль различной величины. Зеркало вставляютъ настолько глубоко, чтобы *portio* усталилась въ просвѣтѣ его, что достигается обыкновенно вращательными движеніями.

2. *Желобоватое зеркало* (рис. 46). Употребляют задній широкій и передній узкій желобъ. Сначала вставляют задній желобъ и притягивают этимъ заднюю влагалищную стѣнку къ



Рис. 45. Введеніе зеркала изъ молочнаго стекла.

промежности. Послѣ этого вводятъ передній желобъ, поддерживаемый рукой ассистента. Обѣ части зеркала нужно сильно оттягивать въ противоположныя стороны и крѣпко держать, такъ какъ въ противномъ случаѣ между ними ущемляется слизистая оболочка, что причиняетъ сильную боль. Помощью этихъ желобоватыхъ зеркалъ легко удастся осмотрѣть всѣ части влагалища и *portio vaginalis*.

3. *Зеркала Cusco и Trélat* (рис. 47). Эти зеркала имѣютъ то преимущество, что они сами держатся, или ихъ могутъ держать

сами больныя. Они годятся поэтому прежде всего въ случаяхъ, въ которыхъ приходится дѣлать небольшія манипуляціи (прижиганіе и т. д.) на зѣвѣ или въ каналѣ шейки. Зеркало вводится въ закрытомъ видѣ, потомъ поворачивается такъ, чтобы болѣе длинная ложка была направлена къзади, а другая къпереди, и раскрывается помощью винта. Благодаря тому, что это зеркало раскрывается только во влагалищѣ, оно примѣнимо также при узкомъ introitus, такъ какъ не причиняетъ боли.

При изслѣдованіи зеркаломъ обращаютъ вниманіе:

Во *влагалищѣ*: на цвѣтъ, складки и характеръ слизистой оболочки.

Во *влагалищной части*: на форму ея (коническую, цилиндрическую), на длину, ширину и глубину ея, на цвѣтъ (синеватый у беременныхъ).

Во *маточномъ зѣвѣ*: на форму (небольшая круглая ямка, поперечная щель), надрывы, рубцы, разрывы Emmet'a, на выдѣленія изъ зѣва (водянистыя, слизистыя, кровянистыя и гнойныя), на ненормальныя образованія въ зѣвѣ (остатки яйцевыхъ оболочекъ, части плаценты, полипы).

На *губахъ маточнаго зѣва*: на слизистую оболочку, эрозіи, язвы, дефекты, разрощенія. Главнымъ образомъ нужно тщательно обращать вниманіе на разрощенія и всякаго рода дефекты въ виду возможности рака.

Рис. 46. Желобоватое зеркало.

### в) Комбинированное изслѣдованіе.

Эта болѣе важная часть гинекологическаго изслѣдованія, на которой основана наша современная чрезвычайно разработанная діагностика, введена была въ 1869 году В. S. Schultze.

*Приготовленіе*: больная лежитъ, какъ при изслѣдованіи зеркаломъ, съ слегка приподнятой верхней частью тѣла и согнутыми въ колѣняхъ ногами и со скрещенными на груди руками на гинекологическомъ креслѣ. Пузырь долженъ быть опорожненъ. Тщательная дезинфекція рукъ изслѣдователя не обязательна; достаточно бываетъ, кромѣ случаевъ выкидыша, мытье ихъ. Во всѣхъ случаяхъ, особенно же инфекціонныхъ, гнойныхъ или гонорройныхъ нужно производить изслѣдованіе въ резиновыхъ перчаткахъ или такихъ же пальцахъ. Пальцы тщательно смазываютъ стерилизованнымъ вазелиномъ, масломъ или биролиномъ.

*Техника*: указательный палець, а у многорожавшихъ съ широкими introitus также и средній палець вводятъ въ влагалище. Большой палець разгибается, а послѣдніе 2—3 пальца сильно сгибаются. Совершенно безразлично изслѣдовать правой

или лѣвой рукой; въ большинствѣ случаевъ вводятъ лѣвую руку, такъ какъ правой рукой производятъ болѣе затруднительное ощупываніе со стороны брюшныхъ покрововъ. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ необходимо изслѣдовать боковыя части таза, вводятъ въ влагалище для изслѣдованія правой части указательный палецъ правой руки, а для лѣвой части палецъ лѣвой руки. Кончикъ



Рис. 47. Зеркало Trélat.

пальца вводятъ до влагалищной части, ощупываютъ передній и задній влагалищные своды и постепенно и осторожно придавливаютъ наружной рукой половые органы по направленію къ внутреннему пальцу. Ощупываютъ, такимъ образомъ, по порядку матку, яичники, трубы и параметрій (рис. 48).

#### Порядокъ внутренняго и комбинированнаго изслѣдованія.

*Влагалище:* при введеніи пальца обращаютъ вниманіе на ширину и длину влагалища, гладки ли или шероховаты его стѣнки и образуютъ ли онѣ много складокъ.

*Portio:* изслѣдуютъ длину, ширину и форму влагалищной части. Кромѣ того, весьма важно точно опредѣлить отношеніе къ тазу. Обыкновенно опредѣляютъ отношеніе portio къ межспинальной линіи, т. е., къ линіи, соединяющей обѣ spinae ischiadicae, и указываютъ, насколько сантиметровъ или поперечныхъ пальцевъ

она находится сверху, снизу, впереди или позади этой линии. Въ нормальномъ состояніи portio находится нѣсколько кверху и кзади отъ I. interspinalis.

*Кровотеченіе*, появляющееся при ощупываніи влагалищной части и зѣва должно возбудить наше серьезное вниманіе, ибо такія кровотеченія являются наиболѣе важными и ранними симптомами рака матки.

*Маточный зѣвъ*: обращаютъ вниманіе, круглый ли онъ или образуетъ поперечную щель; послѣдняя форма указываетъ на

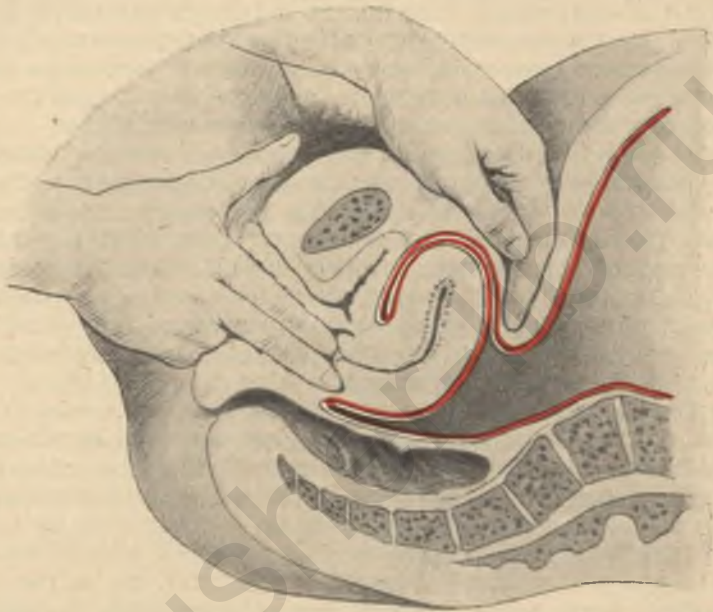


Рис. 48. Положеніе рукъ при комбинированномъ изслѣдованіи.

предшествовавшіе роды. Послѣ этого устанавливаютъ направленіе канала шейки, опредѣляя направленіе зѣва. Въ нормальномъ состояніи ось канала шейки матки, находящейся въ положеніи *anteflexio*, направлена кзади, и маточный зѣвъ направленъ къ крестцу. Если же онъ смотритъ въ другую сторону, къ симфизу или *introitus*, то это даетъ цѣнныя указанія на положеніе тѣла матки. При *retroflexio* маточный зѣвъ направленъ къ симфизу, при *retroversio* къ *introitus*.

*Corpus uteri*: пальпацией, производимой обѣими руками, опредѣляютъ величину и форму, положеніе, консистенцію и подвижность матки. Въ нормальномъ состояніи матка имѣетъ величину куриного яйца, она грушевидной формы, плотна, находится въ положеніи *anteflexio* и умѣренно подвижна во всѣхъ направленіяхъ. Шейка составляетъ приблизительно  $\frac{1}{3}$  всей матки, валикообразна, гладка, плотна и при переходѣ въ тѣло матки образуетъ перегибъ.

*Яичники и трубы*: сначала отыскиваютъ яичники, представляю-



ще плоскія, плотныя и подвижныя образования съ гладкой или слегка бугристой поверхностью; они находятся на боковой стѣнкѣ таза и легко проскальзываютъ между ошупывающими пальцами. Послѣ этого направляютъ палецъ къ срединѣ, отыскиваютъ углы дна матки, откуда отходятъ кнаружи трубы въ видѣ тонкихъ кругло-извилистыхъ тяжей.

### Изслѣдованіе въ патологическихъ условіяхъ.

Въ патологическихъ условіяхъ, при опухоляхъ, эксудатахъ *ruosalpinx* и т. д. ошупываніе отдѣльныхъ органовъ часто затрудняется. Съ цѣлью лучше оріентироваться поступаютъ такимъ образомъ:

1. Сначала ошупываютъ матку, определяя ея величину и границы, а потомъ изслѣдуютъ отношеніе опухоли или припухлости къ самой маткѣ. При этомъ возможно двоякое положеніе:

а) *Опухоль или припухлость принадлежитъ маткѣ* (беременность, міома, уродство матки, интерстиціальная беременность). Въ этомъ случаѣ удается установить, что *portio* постепенно переходитъ въ опухоль, и что впереди или позади опухоли не прощупывается никакое другое образование, которое можно было бы принять за матку. Если опухоль выдается въ полость живота и подвижна, то удается обыкновенно установить, что движенія опухоли, производимыя наружной рукой со стороны брюшныхъ покрововъ, передаются также влагалищной части.

б) *Опухоль или припухлость не принадлежитъ маткѣ* (опухоль яичника, опуханіе трубы, внѣматочная беременность, осумкованный *ruosalpinx*, параметритъ, *haematocele retrouterina*). Въ этомъ случаѣ матка прощупывается рядомъ съ опухолью, и при благоприятныхъ условіяхъ (небольшія подвижныя опухоли яичниковъ, небольшой, несросшійся *ruosalpinx*, трубная беременность или трубный выкидышъ) удается ее отграничить. Въ другихъ же случаяхъ это не удается, такъ какъ опухоль или припухлость широко прилегла къ маткѣ (параметритъ, межсвязочная киста, *haematocele retrouterina*, сросшійся со всѣхъ сторонъ *ruosalpinx*, сросшіяся гѣматомы трубъ). Однако, удается все-таки ставить діагнозъ путемъ исключенія. Болѣе точное распознаваніе возможно посредствомъ другихъ методовъ изслѣдованія и опредѣленія характера опухоли.

Связь между маткой и опухолью удается иногда установить такимъ образомъ, что, по предложенію Нег а г а, захватываютъ Мюзеевскими щипцами губы маточнаго зѣва и тянутъ матку книзу. Вслѣдствіе этого матка оттягивается отъ опухоли, и ее удается прощупать отдѣльно. Этотъ способъ слѣдуетъ, однако, примѣнять очень осторожно; онъ противопоказанъ при воспалительныхъ заболѣваніяхъ (*ruosalpinx*) и при возможности разрывовъ, могущихъ вызвать кровоизліяніе (трубный выкидышъ) или вскрытіе гнояника въ полость живота.

2. *Установивъ связь съ маткой, определяютъ возможно точнѣе свойства опухоли или припухлости.* При этомъ важно установить величину и форму опухоли, консистенцію (тѣстовидна или мягка, тверда, плотна, эластична, флюктуирующая), характеръ ея поверх-

ности (гладка, шероховата, слегка или очень бугриста, узловата) и подвижность.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ, а также свойствъ кровотока удается въ большинствѣ случаевъ точно распознать болѣзнь. Въ особенно тяжелыхъ случаяхъ разрѣшается примѣнять наркозъ, особенно если дѣло идетъ о нерожавшихъ женщинахъ съ упругими брюшными покровами или о чрезмѣрно чувствительныхъ больныхъ.

г) Комбинированное изслѣдованіе черезъ влагалище, прямую кишку и брюшные покровы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ способъ, рекомендованный Негаромъ и Sellheim'омъ, имѣетъ несомнѣнное преимущество. Большой палецъ вводятъ въ влагалище и кончикъ его кладутъ на *portio vaginalis*. Одѣтый въ резиновую перчатку, хорошо намащенный указательный палецъ вводятъ въ прямую кишку, причемъ для облегченія изслѣдованія больная должна натужиться, какъ при опорожненіи кишечника (Sellheim). Продвигая кончикъ указательнаго пальца вверхъ надъ *lig. sacrouterinum*, ошупываютъ заднюю поверхность матки, мѣсто отхожденія *lig. sacrouterina* и всѣ органы, находящіяся въ Дугласовомъ пространствѣ. Это ректо-вагинальное изслѣдованіе годится поэтому прежде всего при изслѣдованіи *haematocoele*, небольшихъ находящихся въ Дугласовомъ пространствѣ опухолей яичниковъ, для распознаванія пара- и периметритовъ, а также опухолей, находящихся между связками или за брюшиной.

Изслѣдованіе облегчается, если, по предложенію Негар'а, предварительно вливаютъ въ *ampulla recti*  $\frac{1}{4}$  литра теплой воды.

д) Комбинированное изслѣдованіе черезъ прямую кишку и брюшные покровы.

При отсутствіи влагалища или закрытіи его (*atresia hymenalis, aplasia vaginae*), а также у дѣвственницъ съ узкимъ отверстіемъ въ дѣвственной плевѣ и при желаніи сохранить послѣднюю производятъ изслѣдованіе такимъ образомъ, что указательный палецъ, одѣтый въ перчатку, вводится не въ влагалище, а въ прямую кишку, наружной же рукой надавливаютъ со стороны брюшныхъ покрововъ по направленію къ рукѣ, находящейся въ прямой кишкѣ. Въ общемъ техника та же, что и при комбинированномъ изслѣдованіи черезъ влагалище и брюшные покровы, но болѣе трудная.

## ГЛАВА IV.

### Диагностическія вспомогательныя операціи.

**Выскабливаніе, ошупываніе полости матки, пробная эксцизія, пробный проколь, пробная инцизія.**

Иногда точное распознаваніе болѣзни не удается даже при самомъ тщательномъ внутреннемъ изслѣдованіи. Заболѣванія

эндометрія, не вызывающія увеличенія матки, различныя формы эндометрита, полипы слизистой оболочки, оставшіяся послѣ выкидышей или родовъ части яйца или плаценты, небольшія и подслизистыя міомы, преимущественно же ракъ и саркома тѣла матки и эпителиома хоріона не распознаются ни зеркалами, ни посредствомъ комбинаваннаго изслѣдованія. Общимъ для всѣхъ

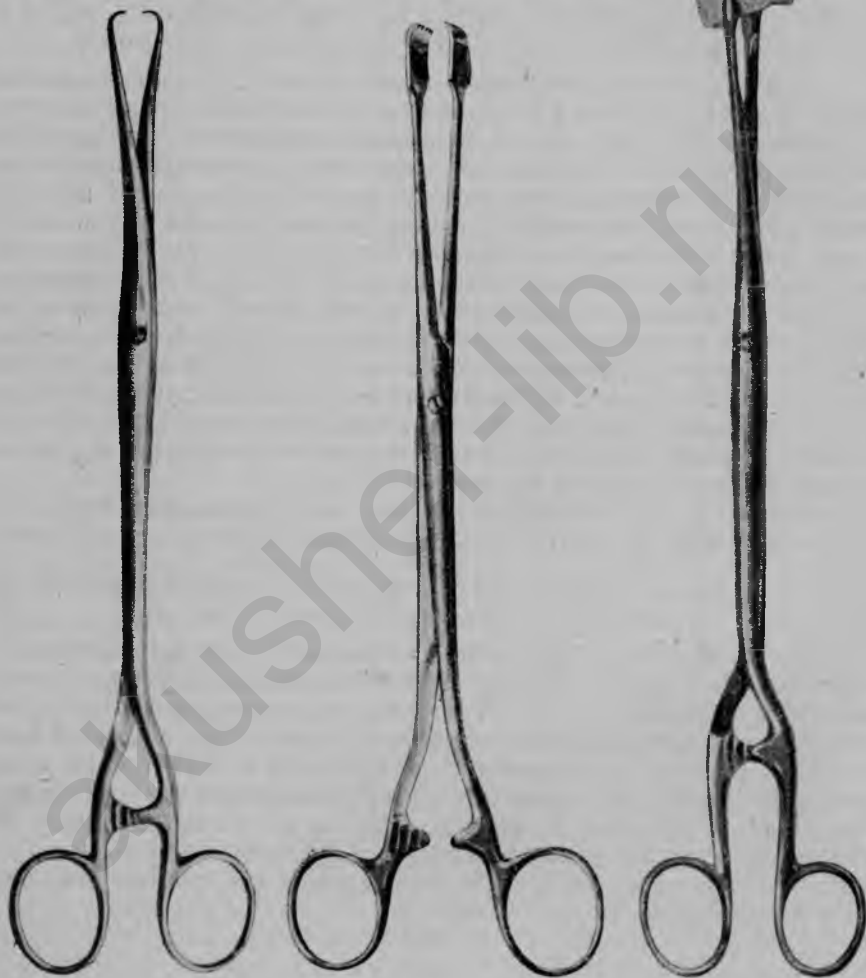


Рис. 49. Пулевые щипцы для захватыванія portio.

Рис. 50. Музейскіе щипцы для захватыванія portio.

Рис. 51. Тампоно-держатель (Корнцангъ съ тампономъ).

этихъ заболѣваній является совершенно нормальный результатъ ощупыванія, а клинически они протекаютъ одинаково, вызывая кровотеченія въ формѣ то мено-, то метроррагій.

При кровотеченіяхъ брюшной полости, для которыхъ ощупываніе не даетъ достаточнаго объясненія, должно поставить себѣ за правило испробовать всѣ средства для опредѣленія характера полости матки и эндометрія. Для этого служатъ *выскабливаніе слизистой оболочки и ощупываніе полости матки.*



Рис. 52. Маточные расширители Landau различной толщины.



Рис. 53. Кюретка по Récamier.

а) Выскабливаніе, *abrasio*.

*Инструменты:* для этой операціи нужны два желобоватыхъ зеркала Sim's'a, Мюзеевскіе или пулевые щипцы, одинъ или два тампонодержателя, наборъ расширителей, кюретка, маточный катетеръ и инструментъ для введенія марли въ матку (рис. 49—56).

*Техника:* После того, как наружные половые части дезинфицированы, волосы в этих местах коротко острижены, и влагалище промыто 1% раствором лизоформа, вставляют вла-



Рис. 54. Катетеръ Fritsch-Bozemann'a.



Рис. 55. Катетеръ для промыванія матки по Dolérisy.



Рис. 56. Инструментъ для тампонируванія матки по Freund'y.

галищную часть въ желобоватое зеркало Sims'a, а переднюю губу маточнаго зѣва захватываютъ Мюзеевскими или пулевыми щипцами и оттягиваютъ внизъ.

Portio vaginalis вытирають стерилизованнымъ тампономъ и расширяють каналъ шейки расширителями. Все болѣе и болѣе толстые расширители Landau или другіе осторожно и медленно вводятъ до тѣхъ поръ, пока внутренней маточный зѣвъ не будетъ проходимъ для № 32 (диаметра 10 миллим.). Послѣднимъ расширителемъ измѣряють также длину полости матки отъ *osificium externum* до дна (осторожно, во избѣжаніе прободенія матки!). Это разстояніе составляетъ для небеременной матки взростлой женщины 7 сант.

Послѣ этого вводятъ кюретку Récamier (рис. 53) съ вогнутостью, направленной кпереди, и кончикъ ея проводятъ до дна матки. Начавъ съ середины передней поверхности матки соскабливаютъ слизистую оболочку. Послѣ каждого скобленія кюретку удаляютъ изъ полости матки и полученный кусокъ откладываютъ въ сторону. Равномѣрно и систематически соскабливается вся стѣнка матки, а къ концу обращаютъ еще особенное вниманіе на дно матки и концы трубъ. При выскабливаніи нельзя опасаться прободенія матки, исключая случаевъ, въ которыхъ она измѣнена новообразованиемъ; перфорация возможна при введеніи и передвиганіи инструмента. Вслѣдствіе этого нужно осторожно вводить его, но энергически выскабливать. Послѣ этого промываютъ полость матки 1‰ растворомъ сулемы или 1‰ лизоформа помощью маточнаго катетера. Раціональны катетеры Fritsch-Vozemann'a (рис. 54) и Doléris'a (рис. 55). Преимущество ихъ заключается въ томъ, что обезпечиваютъ оттокъ жидкости черезъ каналъ шейки. Если дезинфицирующая жидкость не вытекаетъ сейчасъ же обратно, то она можетъ проникнуть черезъ трубы въ брюшную полость, гдѣ вызываетъ, вслѣдствіе инфекции и интоксикаціи, тяжелыя, опасныя для жизни явленія.

Весь матеріалъ, добытый выскабливаніемъ, изслѣдуется микроскопически, а потомъ кладется въ 70% алкоголь или 4% растворъ формалина для дальнѣйшаго гистологическаго изслѣдованія. Если врачъ не въ состояніи самъ изслѣдовать, онъ посылаетъ этотъ матеріалъ въ одной изъ упомянутыхъ жидкостей въ ближайшую женскую клинику или въ патологическій институтъ.

#### б) Ощупываніе полости матки.

При осторожномъ мягкомъ веденіи кюретки удастся опредѣлить характеръ внутренней поверхности матки и обнаружить небольшія подслизистыя міомы. Мягкіе же, снабженные ножкой полипы слизистой оболочки, рѣже также небольшіе остатки не захватываются кюреткой; она скользитъ мимо нихъ, и если случайно не обрывается ножка полипа, то послѣдній остается въ полости матки и послѣ выскабливанія.

Въ этихъ случаяхъ, въ которыхъ, несмотря на тщательно произведенное выскабливаніе и несмотря также на то, что микроскопическимъ изслѣдованіемъ обнаружено отсутствіе злокачественныхъ измѣненій, слизистая оболочка продолжаетъ кровоточить, какъ и раньше, приходится думать о присутствіи полиповъ сли-

зистой оболочки или плаценты. Въ этихъ, правда, рѣдкихъ случаяхъ можетъ оказаться необходимымъ ощупываніе полости матки пальцемъ. Этотъ способъ примѣняется также и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ есть основаніе думать, что въ *полость матки попалъ посторонній предметъ*.

Чтобы проникнуть указательнымъ или среднимъ пальцемъ въ полость матки, необходимо значительно расширить каналъ шейки. Небеременная и непугерпальная матка оказываетъ большее сопротивленіе попыткѣ расширить каналъ; дилататорами не удается расширить настолько, чтобъ могъ пройти указательный палець.

Необходимо поэтому примѣнять другіе способы:

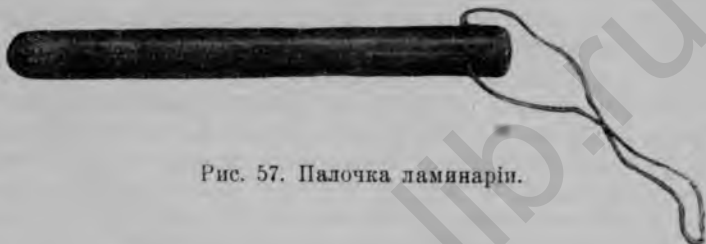


Рис. 57. Палочка ламинаріи.

1. *Безкровный способъ расширенія*. Въ каналъ шейки вводятъ палочку ламинаріи, которая, вслѣдствіе своей способности разбухать, вызываетъ расширеніе. Ламинарія есть засушенный стебель морской водоросли *laminaria digitata*. Палочка должна быть соответственнымъ образомъ приготовлена и стерилизована, что удается лучше всего посредствомъ сохраненія ея въ абсолютномъ алкогольѣ.

Желобоватымъ зеркаломъ устанавливають влагалищную часть, захватываютъ переднюю губу маточнаго зѣва и помощью корнцанга осторожно вводятъ въ каналъ палочку, пока верхушка ея не проникнетъ черезъ зѣвъ въ полость матки. Рекомендуются передъ этимъ расширить каналъ дилататорами до толщины палочки ламинаріи. Съ цѣлью предупредить выпаденіе палочки изъ матки вводятъ во влагалище полоску іодоформенной марли. Палочка остается лежать 12—24 часа, а потомъ замѣняется болѣе толстой или тампономъ изъ іодоформенной марли. Спустя 24 часа каналъ бываетъ обыкновенно настолько расширенъ, что подъ наркозомъ удается ввести палець и ощупать полость матки.

2. *Расширеніе посредствомъ разрыва, hysterotomia anterior*. Преимущество этого способа заключается въ его быстротѣ. Кромѣ того, непосредственно послѣ изслѣдованія можно примѣнить и леченіе, такъ что распознаваніе и терапія производятся въ одинъ приемъ. Захвативъ переднюю губу зѣва справа и слѣва двумя пулевыми щипцами, разрѣзають крѣпкими ножницами переднюю стѣнку шейки по срединной линіи. Энергично вытягивая внизъ влагалищную часть и отпрепаровывая пузырь, срощійся съ передней стѣнкой шейки посредствомъ рыхлой клѣтчатки, избѣгаютъ поврежденія пузыря. Разрѣзъ долженъ идти до внутренняго зѣва; тогда удается пройти указательнымъ пальцемъ въ полость матки.

Рана немедленно потомъ зашивается непрерывнымъ нѣттутовымъ швомъ. Вслѣдствіе трудной техники и необходимости соблюдать асептику, этотъ способъ не годится въ частной практикѣ.

### в) Пробная эксцизія.

Этотъ способъ изслѣдованія примѣняется въ случаяхъ, въ которыхъ имѣются подозрительныя эрозіи, язвы или разрощенія на влагалищной части, на наружномъ зѣвѣ или во влагалищѣ, и осмотромъ и пальпацией не удается съ достовѣрностью рѣшить, имѣется ли добро- или злокачественный процессъ. Особенно трудно, иногда невозможно отличительное распознаваніе между простыми невинными эрозіями и злокачественными процессами (саркомой, ракомъ или туберкулезомъ) на влагалищной части. Примѣнявшееся раньше распознаваніе *ex juvantibus*, посредствомъ продолжительнаго наблюденія и леченія, должно въ настоящее время считаться недопустимымъ и неправильнымъ, такъ какъ напрасно при этомъ теряется время, и оперируемый ракъ становится неоперируемымъ или вызываетъ образованіе метастазовъ. Диагнозъ ставится, наоборотъ, очень легко посредствомъ гистологическаго изслѣдованія небольшого кусочка подозрительной ткани. Необходимые для микроскопическаго изслѣдованія кусочки ткани получаютъ двоякимъ способомъ:

1. *Острой ложечкой* различной величины (рис. 58) соскабливается кусокъ подозрительной ткани. Уже то обстоятельство, что острой ложечкой удастся удалить кусочекъ ткани, чрезвычайно подозрительно для злокачественнаго процесса, ибо отъ здоровой *portio vaginalis* и доброкачественныхъ эрозій никогда не удастся соскоблить ткань.

2. *Ножомъ вырѣзываютъ* клинообразный кусокъ губы зѣва по возможности на границѣ между большой и здоровой тканями, такъ что этотъ кусокъ содержитъ ту и другую. Если рана сильно кровоточитъ, то ее зашиваютъ однимъ или нѣсколькими швами. Незначительное паренхиматозное кровотеченіе прекращается тампонаціей влагалища іодоформенной марлей. Вырѣзанный кусокъ опускаютъ въ 70% алкоголь или 4% формалинъ и подвергаютъ дальнѣйшему гистологическому изслѣдованію.

### г) Пробный проколъ и пробная инцизія.

Брюшная полость легко доступна со стороны задняго влагалищнаго свода, такъ какъ Дугласово пространство отдѣляется отъ влагалища только тонкой стѣнкой его (рис. 48). Въ Дугласово пространство, какъ въ самое низкое мѣсто брюшной полости, опускается уже въ силу физическаго закона свободная жидкость, скопившаяся въ брюшной полости, отчего задній влагалищный сводъ становится плоскимъ, а въ случаѣ скопленія большого



Рис. 58.  
Острая ложечка.



количества жидкости выпячивается даже въ влагалище. Такимъ образомъ, это мѣсто чрезвычайно удобно для того, чтобы посредствомъ прокола или инцизии изслѣдовать имѣющійся тамъ въ брюшинѣ выпоть (сыворотку, гной и кровь). Въ Дугласово пространство опускаются также осумкованные гнойники, образовавшіеся въ другихъ органахъ таза, напр., *pyosalpinx* и абсцессы въ яичникахъ. Параметрическіе гнойники также становятся иногда доступными со стороны бокового влагалищнаго свода.

Этими благопріятными анатомическими условиями пользуются часто для терапевтическихъ цѣлей; съ діагностической цѣлью, наоборотъ, рѣже приходится вскрывать въ этомъ мѣстѣ брюшную полость, ибо объективное, особенно же комбинированное изслѣдованіе чрезъ влагалище и брюшные покровы даетъ обыкновенно достаточно точныя данныя. Все же имѣются случаи, въ которыхъ этотъ методъ изслѣдованія можетъ быть очень полезнымъ. Сюда относится рѣшеніе вопроса о присутствіи свѣжей крови въ брюшной полости при предполагаемомъ разрывѣ трубы. Анамнезъ и субъективныя явленія даютъ намъ основаніе подозрѣвать происшедшій разрывъ, но ни они, ни ощупываніе не даютъ намъ возможности съ увѣренностью распознать таковой. Въ этихъ случаяхъ вопросъ рѣшается послѣ пробной инцизии. Если, дѣйствительно, имѣется разрывъ трубы, то немедленно послѣ вскрытія задняго влагалищнаго свода кровь вытекаетъ изъ брюшной полости.

### 1. Пробный проколъ.

Помощью желобоватаго зеркала устанавливаютъ задній влагалищный сводъ, захватываютъ заднюю губу маточнаго зѣва Мюезевскими щипцами и вытягиваютъ ее къ симфизу. Благодаря этому, напрягается задній влагалищный сводъ. Послѣ этого вкалываютъ въ задній сводъ обыкновенный шприцъ, снабженный длинной, толстой иглой, и аспирируютъ содержимое Дугласова пространства. Такимъ же способомъ проникаютъ со стороны бокового влагалищнаго свода, если предполагается наличность параметрита.

### 2. Пробная инцизия.

Устанавливаютъ задній влагалищный сводъ, захватываютъ заднюю губу маточнаго зѣва щипцами, защищаютъ боковыя стѣнки влагалища и медленно вскрываютъ задній сводъ термолитомъ или электрокаутеромъ (рис. 59). Въ случаяхъ, если продольный разрѣзъ недостаточно, прибавляютъ поперечный, такъ что получается крестообразный разрѣзъ.

Послѣ вскрытія свода и брюшины вытекаетъ жидкость, находившаяся въ Дугласовомъ пространствѣ (сыворотка, гной, кровь). Въ случаѣ отсутствія ненормальнаго содержимаго видна гладкая блестящая, влажная брюшина.

Этотъ способъ имѣетъ то преимущество предъ проколомъ, что исключаетъ возможность ошибки относительно содержимаго брюшной полости и позволяетъ осмотрѣть ее. Помощью небольшой электрической лампочки, прикрѣпленной къ концу зеркала (рис. 60), можно освѣтить малый тазъ и тщательно его осмотрѣть.

У больной, находящейся под наркозомъ, можно также по удаленіи зеркала войти пальцами въ брюшную полость и ощупать тазовые органы, матку, трубы и яичники.

Этотъ способъ имѣетъ большое значеніе въ сомнительныхъ случаяхъ, въ которыхъ предполагаются сращения, трубный выкидышъ, разрывъ трубы, легкій сальпингитъ, небольшія кисты яичниковъ и т. д. Во многихъ случаяхъ, въ которыхъ больныя присылаются въ клинику для немедленной операциі съ неправильнымъ диагнозомъ разрыва трубы, сращеній, воспаления трубы и т. д., этимъ способомъ болѣзнь правильно распознается, и больныя избавляются отъ ненужной операциі.



Рис. 59. Вскрытіе Дугласова пространства термокаутеромъ со стороны задняго влагалищнаго свода. Въ отверстіи видна задняя стѣнка матки.

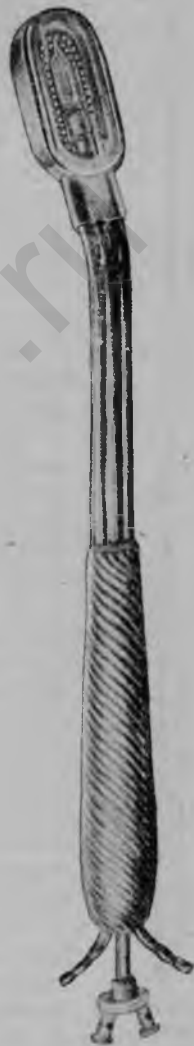


Рис. 60. Зеркало для брюшной полости по D'öderlein'y.

#### Прибавленіе: зондированіе матки.

Этотъ, часто примѣнявшійся раньше способъ изслѣдованія, въ настоящее время благодаря развитію техники комбинирован-

наго изслѣдованія, правильно отступилъ на задній планъ. Опасность, сопряженная съ зондированіемъ, возможныя инфекция и поврежденія, особенно же прободеніе матки приносятъ больше вреда, чѣмъ пользу. Цѣль, для которой предложено было зондированіе, а именно, распознаваніе положенія, величины и подвижности матки, достигается въ настоящее время болѣе безопаснымъ способомъ, а именно комбинированнымъ изслѣдованіемъ черезъ влагалище и брюшныя покровы. Мнѣніе, будто зондомъ можно ощупать шероховатость и неровность эндометрія, оказалось невѣрнымъ. Ощущеніе, передаваемое пуговкой зонда рукѣ, весьма ненадежно. Кромѣ того, зондъ скользитъ мимо полиповъ, остатковъ послѣ выкидыша и т. д. Наконецъ, въ случаяхъ, въ которыхъ имѣется заболѣваніе эндометрія, показано выскабливаніе, и кюреткой удастся не хуже, чѣмъ зондомъ, ощупать внутреннюю поверхность матки.

*Абсолютно противопоказано* примѣненіе зонда во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣются хоть самыя отдаленныя указанія на беременность. Необходимо поэтому поставить себѣ за правило передъ введеніемъ зонда еще разъ разспросить о времени послѣдней менструаціи. Далѣе, примѣненіе зонда противопоказано при свѣжихъ воспалительныхъ процессахъ въ окружности матки и при трубномъ выкидышѣ, ибо вслѣдствіе неизбѣжныхъ при этомъ движеній матки могутъ лопнуть гнойники или образоваться свѣжія кровотеченія. Противопоказаніемъ являются также хроническіе катарры шейки, такъ какъ при этомъ можетъ произойти заносъ инфекціонныхъ зародышей въ полость матки и вслѣдствіе этого распространеніе локализованнаго процесса.

Случаи, въ которыхъ прибѣгаютъ къ зонду, очень рѣдки. Употребленіе его, пожалуй, можетъ быть показано въ случаяхъ, въ которыхъ желательно опредѣлить положеніе матки рядомъ съ большой кистой или отличить міому отъ кисты, если другіе способы оказались безрезультатными.

Зондъ (рис. 61) представляетъ тонкую приготовленную изъ гибкой мѣди палочку, снабженную отъ верхушки сантиметровыми дѣленіями. Большая часть зондовъ снабжена на разстояніи 7 сант. небольшимъ выступомъ.

Рис. 61.  
Маточный зондъ.

Для зондированія матки влагалищная часть устанавливается зеркаломъ, маточный зѣвъ вытирается дезинфицирующей жидкостью, передняя губа зѣва захватывается пулевыми щипцами и нѣсколько вытягивается внизъ. Послѣ этого вводятъ осторожно зондъ. У внутренняго зѣва встрѣчается болѣе или менѣе значительное сопротивленіе, преодолѣть которое нужно очень осторожно. Миновавъ внутренній зѣвъ, вводятъ зондъ настолько глубоко, чтобы кончикъ его достигъ дна матки, опредѣ-

ляют длину маточнаго канала, положеніе матки, ширину полости ея и подвижность.

Если во время зондированія или выскабливанія произошло прободеніе матки, что обнаруживается внезапнымъ безпрепятственнымъ прохождемъ зонда до самой его рукоятки въ глубину, то необходимо его немедленно удалить, а больную уложить въ кровать. На животъ кладутъ пузырь со льдомъ, а внутрь назначаютъ 3 раза въ день по 10 капель настойки опія. Всякія дальнѣйшія манипуляціи въ маткѣ, промываніе и т. д. должны быть оставлены.

## Г Л А В А V.

### Бактеріологическое изслѣдованіе.

При инфекціонныхъ заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ и сосѣдняго съ ними мочевого аппарата задача врача состоитъ не только въ опредѣленіи характера и степени распространенія инфекціи, но также въ обнаруженіи вызвавшихъ ее бактерій.

Число зародышей, вызывающихъ инфекцію женскихъ половыхъ органовъ, или для которыхъ эти органы служатъ входными воротами, очень велико.

Это: гонококки, стрепто- и стафилококки, *bacterium coli*, туберкулезные бациллы, *spirochaeta pallida*.

Рѣже обнаруживаются тифозные бациллы, пневмококки, дифтерійныя палочки и грибки актиномикоза.

Обнаруженіе *гонококковъ* даетъ возможность вѣрно распознать гоноррею при *fluor albus*, катаррѣ шейки, бартолинитѣ, уретритѣ, *bleporrhoea neonatorum* и вульвовагинитѣ у дѣтей. При заболѣваніи придатковъ и перитонитѣ распознаваніе возможно лишь въ томъ случаѣ, если въ гнойныхъ мѣшечкахъ или брюшинномъ экссудатѣ имѣются еще выдѣленія, содержація зародыши. Обнаруженіе гонококковъ при вульвовагинитѣ у дѣтей и въ гнойныхъ выдѣленіяхъ изъ влагалища изнасилованныхъ можетъ имѣть большое судебное-медицинское значеніе.

Только у маленькихъ дѣтей гоноррея поражаетъ вульву и влагалище; у взрослыхъ же гонококки переходятъ въ уретру, Бартолиновыя железы и каналъ шейки, откуда они при благоприятныхъ условіяхъ проникаютъ въ матку, трубы и полость

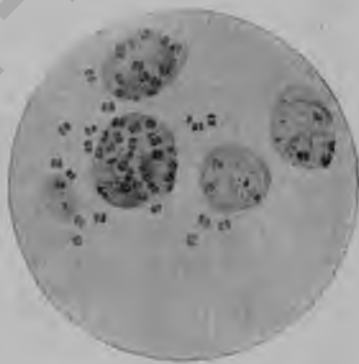


Рис. 62. Гонококки изъ абсцесса Бартолиновыхъ железъ, расположенные большей частью внутри клѣтокъ.

брюшины (восходящая гоноррея). Поэтому для обнаруженія гонококковъ берутъ выдѣленія изъ мочеиспускательнаго канала, выводныхъ протоковъ Бартолиновыхъ железъ и канала шейки. Для этого служитъ длинная, толстая, не слишкомъ сгибающаяся платиновая игла (рис. 63). Полученный секретъ намазывается тонкимъ слоемъ на предметномъ стеклышкѣ, высушивается на пламени и окрашивается въ теченіе 3 минутъ Лефлеровской метиленовой синькой. Обезцвѣчиваютъ 1% растворомъ уксусной кислоты, которымъ поливаютъ препаратъ. Послѣ тщательнаго промыванія водой и высушиванія надъ лампой гонококки обнаруживаютъ при осмотрѣ масляной иммерсіей въ видѣ небольшихъ пучекъ кокковъ, расположенныхъ обыкновенно по два въ формѣ бисквита. Характерно расположеніе ихъ внутри гнойныхъ клѣтокъ (рис. 62). Въ сомнительныхъ случаяхъ окрашиваютъ по Gram'у (5 минутъ въ генцианавіолетѣ, потомъ опускаютъ въ растворъ іода и іодистый калий, обезцвѣчиваютъ алко-големъ), причемъ гонококки теряютъ свою окраску, а стафилококки и стрептококки ихъ сохраняютъ.

2. Настоящія гноеродныя бактеріи, *стрепто-* и *стафилококки* (рис. 64, 65) находятся при пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ въ маточныхъ выдѣленіяхъ и параметрическихъ абсцессахъ, въ мѣшкѣ *pyosalpinx'a*, при перитонитѣ и маститѣ. Они наблюдаются также при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ послѣ какой-либо операціи на половыхъ органахъ. Наконецъ, они встрѣчаются при свѣжемъ, рѣже при хроническомъ циститѣ.

Обнаруженіе ихъ не трудно. Для полученія маточныхъ выдѣленій у лихорадящихъ родильницъ пользуются трубочкой *Döderlein'a* для лохий (рис. 66). Устанавливаютъ влагалищную часть въ зеркаль *Cusco*, вытираютъ наружный зѣвъ стерилизованнымъ тампономъ и вводятъ стеклянную трубочку въ полость матки. Выдѣленія сами вытекаютъ въ капиллярную трубочку. Мазокъ, окрашенный метиленовой синькой, обнаруживаетъ иногда характеръ бактерій; въ случаѣ сомнѣній дѣлаютъ посѣвъ на бульонѣ и на смѣси агара съ винограднымъ сахаромъ на пластинкахъ и въ косыхъ пробиркахъ. Спустя 48 часовъ приготавливаютъ изъ колоній препараты и окрашиваютъ метиленовой синькой.

3. *Bacterium coli* находится преимущественно въ мочѣ при циститѣ, уретритѣ, піелитѣ и піелонефритѣ, далѣе, въ беременной маткѣ при инфекціи сапрофитами, при *pyosalpinx* и перитонитѣ. Гной или матеріалъ, полученный изъ мочи посредствомъ центрифугированія, намазывается тонкимъ слоемъ и окрашивается метиленовой синькой. При окрашиваніи по Gram'у эта бактерія теряетъ свою окраску. Очень характеренъ видъ неокрашенной *bacterium coli* въ висячей каплѣ, гдѣ ее легко узнать по оживленнымъ движеніямъ. Для



Рис. 63.  
Платиновая игла, прикрѣпленная къ стеклянному палочкѣ.

посѣвовъ годятся, кромѣ пластинокъ, также анаэробныя разводки, такъ какъ дальнѣйшую характерную особенность этихъ бактерій



Рис. 64. Стрептококки изъ влагалышнихъ выдѣлений лихорадящей родильницы.

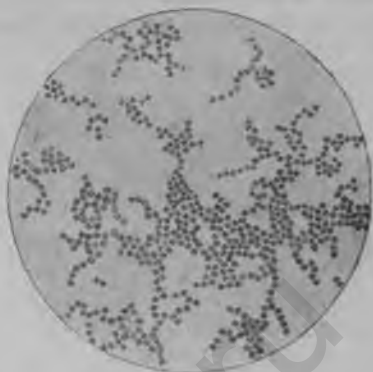


Рис. 65. Стафилококки съ наружныхъ половыхъ органовъ беременной.

составляетъ способность образовывать газы. Одно ушко подлежащаго изслѣдованію матеріала переносятъ въ пробирку, на половину наполненную жидкимъ агаромъ; послѣ того, какъ послѣдній застылъ, прибавляютъ жидкій агаръ. Пробирку съ совершенно застывшимъ агаромъ ставятъ въ термостатъ. Черезъ 12—24 часа образуются пузыри газа.

4. *Туберкулезъ* играетъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ половыхъ органовъ большую роль, такъ какъ всѣ эти органы могутъ быть имъ поражены, а грубы, подобно легкимъ, являются даже излюбленнымъ мѣстомъ для туберкулеза. Болѣзнь распознается обыкновенно на основаніи клиническихъ явленій, результатовъ ощупыванія и гистологическаго изслѣдованія заболѣвшей ткани, въ которой легко обнаруживаются характерные туберкулезные узелки. Окрашиваніе же туберкулезныхъ бациллъ въ ткани трудно. Въ случаѣ отрицательнаго результата окраски, возможность туберкулеза еще не исключается.

Чаще всего приходится искать туберкулезныхъ бациллъ въ осадкѣ мочи при предполагаемомъ туберкулезномъ циститѣ и піелонефритѣ. Для этого центрифугируютъ полученную изъ пузыря или мочеоточника мочу и окрашиваютъ осадокъ по извѣстному способу. Тонкимъ слоємъ его наносятъ на предметное стекло, высушиваютъ надъ пламенемъ и обливаютъ Ziehl'евскимъ карболовымъ фуксиномъ (смѣсь 1 гр. фуксина, 10 гр. абсолютнаго алкоголя и 100 гр. 5% раствора карболовой кислоты). Предметное стекло съ нанесенной на него каплей этого рас-



Рис. 66. Трубочка Böderlein а для лохий.

твора нагрѣваютъ надъ лампой до тѣхъ поръ, пока не появятся пары; послѣ этого обезцвѣчиваютъ 10% растворомъ сѣрной кислоты и основательно обмываютъ водой. Высушенный препаратъ разсматриваютъ масляной иммерсией.

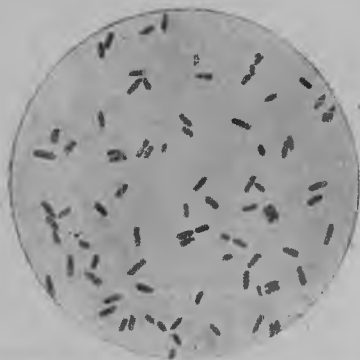


Рис. 67. *Bacterium coli* изъ осадка мочи при циститѣ.



Рис. 68. Туберкулезныя бациллы при туберкулезномъ пиелонефритѣ. Изъ центрифугированной мочи, полученной отъ больной почки посредствомъ катетеризаціи мочеточника.

Въ случаѣ отрицательнаго результата можно сдѣлать прививку. Морской свинкѣ вводятъ въ полость брюшины немного осадка мочи. Эти очень чувствительныя къ туберкулезу животныя погибаютъ спустя 4—8 недѣль и обнаруживаютъ характерныя измѣненія во внутреннихъ органахъ.



Рис. 69. *Spirochaeta pallida*. Мазокъ съ поверхности мокнущей папулы.

*Spirochaeta pallida* находится при первичномъ склерозѣ introitus, влагища и portio, въ мокнущихъ папулахъ на наружныхъ половыхъ органахъ и въ пузырькахъ пемфигуса у новорожденныхъ. Особенно слѣдуетъ искать блѣдной спирохеты въ подозрительныхъ эрозіяхъ, непохожихъ по виду на другія известныя намъ эрозіи (erosio simplex, туберкулезная или раковая язва). Намазываютъ на предметное стекло немного выдѣленийъ изъ папулы или язвы, высушиваютъ, уплотняютъ въ теченіе одной минуты въ 10%

растворѣ формалина, тщательно высушиваютъ и окрашиваютъ въ теченіе 5—10 минутъ свѣжеприготовленной смѣсью карболовой воды съ генціановіолетомъ. Блѣдныя, по ясно видныя спирохеты узнаются по характернымъ спиралямъ, похожимъ на пробочникъ (рис. 69).

## ГЛАВА VI.

## Изслѣдованіе мочевыхъ органовъ.

Органы мочеиспусканія отъ почекъ до уретры принимаютъ, вслѣдствіе своего топографическаго положенія, чрезвычайно часто участіе въ заболѣваніяхъ половыхъ органовъ. При цѣломъ рядѣ болѣзней вообще не удается отдѣлить мочевые органы отъ половыхъ, напр., при гонорреѣ и мочеполовыхъ свищахъ. Въ другихъ случаяхъ болѣзни женскихъ половыхъ органовъ постепенно переходятъ на органы мочеиспусканія, напр., ракъ шейки матки. Нѣкоторыя болѣзни половыхъ органовъ выражаются вначалѣ только явленіями со стороны мочевыхъ органовъ, напр., retroflexio uteri gravidi incarcerala и миома шейки матки. Въ этиологіи болѣзней пузыря и почекъ акушерскія и гинекологическія операціи играютъ большую роль. Такъ, циститъ, уретритъ, піелонефритъ и свищи наблюдаются вскорѣ послѣ родовъ и гинекологическихъ операцій. Далѣе, во время беременности значительно ухудшаются болѣзни мочевого аппарата.

Вслѣдствіе этого гинекологъ обязанъ непременно знать фізіологію и патологію женскаго мочевого аппарата и быть знакомымъ со всѣми методами изслѣдованія его.

## 1. Признаки заболѣванія мочевого аппарата.

Жалобы женщинъ, страдающихъ болѣзнями органовъ мочеиспусканія, могутъ быть весьма разнообразны:

*Incontinentia urinae* = невозможность удерживать мочу.

*Ischuria* = невозможность выпускать мочу.

*Dysuria, stranguria* = боли при мочеиспусканіи.

*Tenesmus vesicae* = болѣзненные позывы на мочу.

*Anuria* = отсутствіе мочи.

*Oliguria* = уменьшеніе мочеотдѣленія.

*Polyuria* = выдѣленіе большого количества мочи.

*Pollakuria* = ненормально частое мочеиспусканіе.

*Haematuria* = примѣсъ крови къ мочѣ.

*Pyuria* = примѣсъ гноя къ мочѣ.

Нужно поставить себя за правило при всѣхъ жалобахъ женщинъ на расстройство мочеиспусканія тщательно изслѣдовать мочу и мочевые органы. Никогда не слѣдуетъ довольствоваться предположеніями и на основаніи ихъ давать совѣты.

## а) Изслѣдованіе мочи.

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ предполагается заболѣваніе мочевыхъ органовъ, необходимо изслѣдовать мочу:

1. На содержаніе ненормальныхъ *химическихъ* составныхъ частей, бѣлка и сахара.

2. На содержаніе ненормальныхъ *клеточныхъ* составныхъ частей, цилиндровъ, гноя, крови и бактерій.



Нужно поставить себѣ за правило для изслѣдованія у женщины мочи брать послѣднюю катетеромъ изъ пузыря; особенно это важно при мутной и содержащей бѣлокъ мочѣ, дабы можно было убѣдиться, что моча выдѣляется мутной и содержащей бѣлокъ уже изъ пузыря. У женщины къ выдѣляющейся мочѣ легко примѣшиваются выдѣленія изъ влагалища и introitus vaginae, дающія муть, похожую на бѣлокъ. Отъ такихъ, иногда роковыхъ ошибокъ предохраняетъ примѣненіе катетера.

*Техника катетеризаціи.* Больная лежитъ какъ при операціи камней пузыря; раскрывъ губы, отчего обнажается отверстие мочеиспускательнаго канала, очищаютъ послѣднее сулемовымъ тампономъ, съ цѣлью предохранить отъ проникновенія въ пузырь зародышей изъ вульвы и влагалища. Держа одной рукой раскрытыя губы, другой рукой вводятъ вываренный и сохраняемый въ растворѣ сулемы стеклянный катетеръ до тѣхъ поръ, пока не начнетъ вытекать моча. Стеклянный катетеръ имѣетъ то преимущество предъ металлическимъ и Нелатоновскимъ, что онъ хорошо стерилизуется и сохраняется во всякомъ дезинфицирующемъ растворѣ; кромѣ того, онъ даетъ возможность опредѣлить, выдѣляется ли свѣтлая или мутная моча. При этомъ не слѣдуетъ забывать, что при циститѣ и пиелонефритѣ первыя порціи мочи совершенно чисты, къ концу же выдѣляется мутная моча. Послѣдняя образуетъ осадокъ въ пузырь, сначала вытекаетъ чистый верхній слой, а потомъ уже мутная моча. Если, слѣдовательно, катетеромъ выдѣляется не вся моча до послѣдней капли, то можетъ оказаться необнаруженной даже значительная примѣсь гноя.

Моча собирается по возможности двумя порціями, первой болѣе прозрачной и послѣдней мутной. Изслѣдованіе на присутствіе бѣлка, сахара и цилиндровъ производится по извѣстнымъ способамъ. Качественное содержаніе бѣлка опредѣляется кипяченіемъ съ прибавленіемъ 10% азотной кислоты или желѣзо-ціанистымъ калиемъ и уксусной кислотой (10% раствора), количественное же содержаніе опредѣляется посредствомъ извѣстнаго аппарата Essbach'a.

Если моча мутна, то необходимо выявить причину этого; почти всегда мутность обусловливается присутствіемъ бактерій. Нанесенный на предметное стекло тонкимъ слоемъ осадокъ высушивается надъ пламенемъ и окрашивается метиленовой синькой. Далѣе, изъ мочи, собранной въ стерилизованномъ стаканѣ, нѣсколько капель наносятъ на агаръ и дѣлаютъ посѣвъ. Черезъ 2 дня разводки изслѣдуются макро- и микроскопически. Чаще всего инфекция вызывается bacterium coli, стрепто- и стафилококками. Въ случаѣ отрицательнаго результата бактериологическаго изслѣдованія, изслѣдуютъ на присутствіе туберкулезныхъ бациллъ.

## б) Изслѣдованіе мочевыхъ органовъ.

### *Мочеиспускательный каналъ.*

Послѣ осмотра наружнаго отверстия мочеиспускательнаго канала, при которомъ обращаютъ вниманіе на патологическія измѣ-

ненія, на красноту, припуханіе, выпаденіе слизистой оболочки, полипы, язвы и опухоли, изслѣдуютъ ненормальныя выдѣленія изъ уретры. Легкимъ нажатіемъ со стороны влагалища на



Рис. 70. Стекланный катетеръ съ двумя вѣтвями.



Рис. 71. Нелатовскій катетеръ изъ мягкой резины.



Рис. 72. Мужскій, твердый металлическій катетеръ.

нижнюю поверхность уретры, содержимое послѣдней выдавливаютъ сзади впередъ, выдѣленія наносятся тонкимъ слоємъ на предметное стекло и окрашиваются метиленовой синькой.

Введеніемъ стекляннаго или металлическаго катетера удастся обнаружить ненормальныя сообщенія между уретрой и влагалищемъ—уретро-вагинальные свищи—и постороннія тѣла.

Для непосредственнаго осмотра слизистой оболочки уретры изготовлены спеціальныя зеркала, которыя рѣдко примѣняются.

*Мочевой пузырь.*

Для изслѣдованія пузыря служитъ *цистоскопъ*. Изобрѣтенный Nitze и значительно измѣненный цистоскопъ необходимъ гинекологу и урологу такъ же, какъ глазное зеркало офтальмологу.



Рис. 73. Цистоскопъ Nitze для изслѣдованія.



Рис. 74. Мочеточничковый цистоскопъ по Nitze. Катетеръ для мочеточничковъ введенъ.

Для изслѣдованія одного только пузыря употребляютъ простой цистоскопъ Nitze или Winter'a (рис. 73). Такъ какъ, однако, одновременно съ пузыремъ часто приходится изслѣдовать и мочеточники, для чего нуженъ мочеточниковый цистоскопъ, то цѣлесообразно пользоваться во всѣхъ случаяхъ однимъ и тѣмъ же приборомъ; благодаря этому, врачъ скорѣе научается имъ пользоваться, и имъ можно изслѣдовать пузырь не менѣе основательно, чѣмъ специально пузырьнымъ цистоскопомъ. Мочеточниковые цистоскопы предложены Nitze, Casper'омъ, Al-

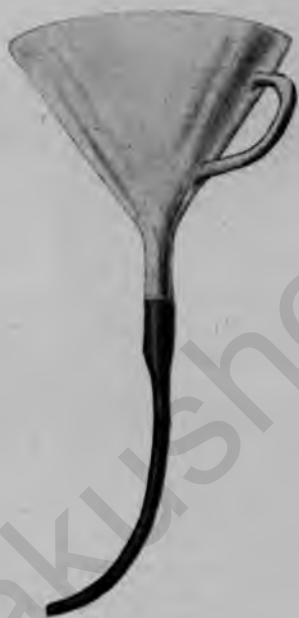


Рис. 75. Стеклянная воронка Негар'а для наполненія пузыря.



Рис. 76. Приводящій къ цистоскопу зажимъ.

bargan'омъ, Krönig'омъ и другими. Я охотнѣе примѣняю цистоскопъ Nitze (рис. 74).

Цистоскопъ состоитъ изъ окуляра (а), стержня (b), содержащаго систему линзъ для увеличенія изображенія, и клюва (с), къ верхушкѣ котораго прикрѣплена лампочка Эдиссона (d). Въ вогнутой части угла между стержнемъ и клювомъ помѣщается подъ прямымъ угломъ призма (e), гипотенуза которой находится въ продолженіи клюва; она отражаетъ получаемое изображеніе изъ пузыря въ направленіи продольной оси стержня.

*Подготовительныя процедуры:* пузырь наполняютъ стерилизованной водой или 4% растворомъ борной кислоты. Если моча мутна, то пузырь промывается посредствомъ стекляннаго катетера съ двумя вѣтвями (рис. 70) растворомъ борной кислоты до тѣхъ поръ, пока вода не будетъ совершенно чистой. Въ случаяхъ тяжелаго гнойнаго и гнилостнаго цистита, а также при кровотеченіяхъ изъ пузыря полученіе чистой жидкости иногда не удается, несмотря на повторныя промыванія. Въ этихъ случаяхъ необходимо прежде всего излечить циститъ. Можно употреблять также цистоскопъ съ ирригаціей, чрезъ который вода непрерывно течетъ.

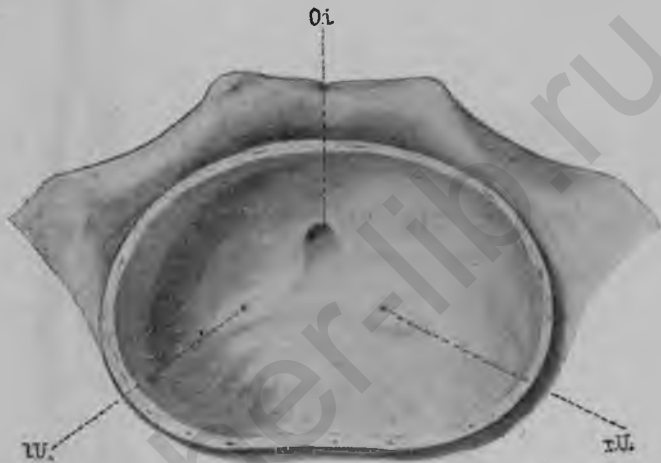


Рис. 77. Видъ нормальнаго два пузыря съ отверстіемъ моченспускательнаго канала (Oi) и отверстиями обоихъ мочеточниковъ (по Stöckel'ю). Вверху симфизъ.

Для наполненія пузыря требуются 200—250 куб. сант. жидкости, лучше всего теплаго, стерилизованнаго физиологическаго раствора поваренной соли, которые вводятъ посредствомъ стеклянной воронки Негар'а (рис. 75). Чувствительнымъ больнымъ неприятно введеніе даже 200 куб. сант. При туберкулезномъ циститѣ пузырь очень чувствителенъ къ наполненію. Приходится поэтому иногда отказаться отъ болѣе значительнаго наполненія, если впрыскиваніемъ 20 куб. сант. 2% раствора кокаина не удастся устранить болѣзненность пузыря.

Цистоскопъ, соединенный съ какимъ-либо источникомъ электричества (сухой батареей, электрическими центральными проводами), благодаря включенію особаго зажима (рис. 76), такъ сильно накаляется, что тонкая угольная нить электрической лампы перестаетъ быть замѣтной. Послѣ этого токъ выключается, и цистоскопъ вводится въ неосвѣщенномъ видѣ; вогнутость клюва направляютъ при этомъ вверхъ. Послѣ того, какъ клювъ пройдетъ чрезъ сфинктеръ пузыря, лампочка снова накаляется, и пузырь осматривается. Видна блѣднорозовая слизистая оболочка пузыря,

а вверху мочевого пузыря попавшіе при введеніи цистоскопа блестящіе пузырьки воздуха. Повернувъ цистоскопъ на  $180^{\circ}$  такъ,



Рис. 78. Цистоскопическій видъ нормальнаго отверстія мочеточника, сидящаго на слегка возвышенномъ сосочкѣ.

что вогнутая часть клюва направлена къзади, можно видѣть надъ краемъ сфинктера, проходящимъ въ видѣ черной тѣни, дно пузыря и *trigonum Lieutaudii*. Справа и слѣва можно легко замѣтить косыя щели отверстій мочеточниковъ, сидящія на небольшомъ возвышеніи слизистой оболочки, на мочеточниковомъ со-



Рис. 79. Цистоскопическій видъ катетера, введеннаго въ мочеточникъ.

сочкѣ; къ нимъ идутъ болѣе крупныя сосуды (рис. 78). Отъ времени до времени косая щель отверстія мочеточника мѣняетъ свою форму и становится болѣе крупной. Появляется струя мочи.

Въ случаѣ ненахожденія отверстія мочеточника, что, по мѣрѣ дальнѣйшихъ упражненій, имѣетъ мѣсто все рѣже и рѣже, можно сдѣлать его болѣе замѣтнымъ посредствомъ *окрашиванія мочи*.

Непосредственно предъ цистоскопированіемъ впрыскиваютъ въ ягодицы 20 куб. сант. раствора индиго-кармина (0.4 gramin. saccul. въ 100 куб. сант. физиологическаго раствора поваренной соли). Жидкость предъ этимъ кипятится въ водяной банѣ и впрыски-

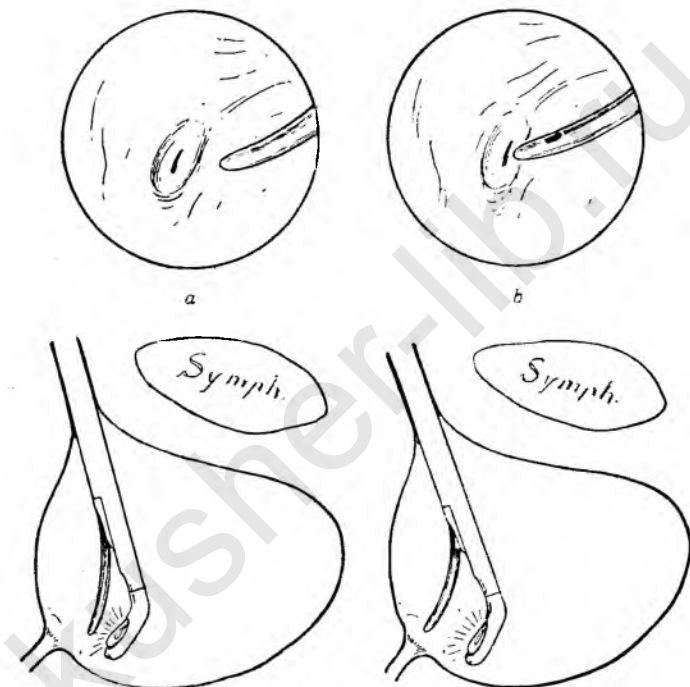


Рис. 80. Техника зондирования мочеточниковъ (по Döderlein-Krönig'y, оперативная гинекологія). а) Конецъ мочеточниковаго катетера находится противъ отверстія мочеточника. б) Поднятіемъ рычага конецъ катетера еще больше приближается къ отверстию мочеточника.

вается въ тепломъ видѣ. Больная не должна предъ этимъ пить большое количество жидкости, такъ какъ въ противномъ случаѣ получается слишкомъ сильное разведеніе. Спустя приблизительно 10 минутъ моча окрашивается и вытекаетъ темнокоричневой облачной струей изъ отверстій мочеточниковъ. Это красивое явленіе наблюдается  $\frac{1}{4}$  часа и больше.

#### в) Изслѣдованіе мочеточниковъ и почечной лоханки.

Уже осмотръ отверстій мочеточниковъ и замѣтная или отсутствующая дѣятельность послѣднихъ даютъ основаніе судить

о состояніи этого органа и относящейся къ нему почки. Для опредѣленія функции почки также чрезвычайно важно выдѣленіе индиго-кармина. Рѣшается, однако, вопросъ на основаніи зондирования мочеточника катетеромъ и полученія мочи изъ каждаго мочеточника въ отдѣльности.

*Техника.* Въ цистоскопъ Nitze, введенный въ пузырь, вставляется мочеточниковый катетеръ, а клювъ инструмента приближаютъ по возможности къ мочеточниковому сосочку. Послѣ этого катетеръ медленно выдвигается до тѣхъ поръ, пока кончикъ его не будетъ видѣнъ; потомъ винтомъ, прикрѣпленнымъ къ стержню,

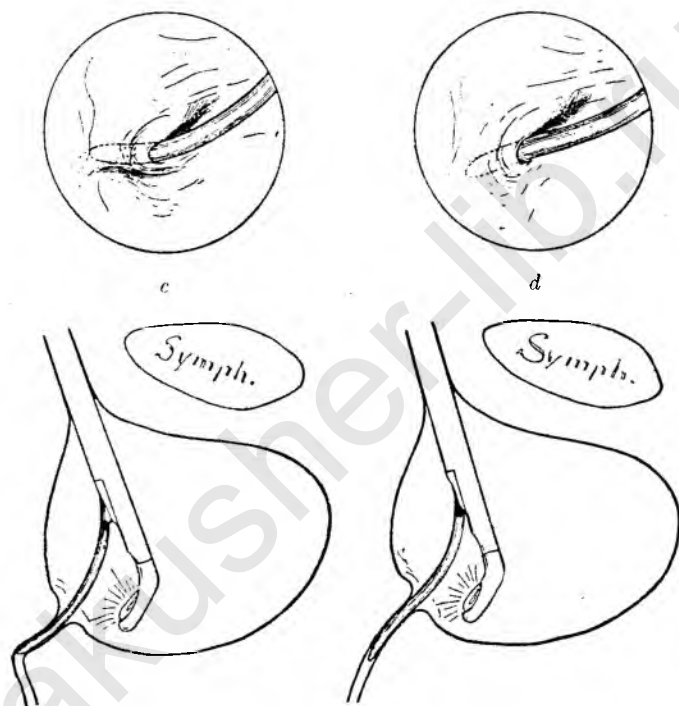


Рис. 80. Техника зондирования мочеточниковъ (по Döderlein-Krönig'y, оперативная гинекологія). с) Катетеръ введенъ въ мочеточникъ. d) При дальнѣйшемъ его введеніи рычагъ приводится въ первоначальное положеніе.

кончикъ катетера выпрямляется такъ, что онъ находится насупротивъ отверстія мочеточника, и вставляется въ него, подобно тому, какъ нитка всовывается въ игольное ушко. Послѣ того, какъ катетеръ введенъ на нѣсколько сант., рычагъ приводится снова въ прежнее положеніе (рис. 80).

Давъ вытечь первымъ каплямъ мочи, собираютъ остальную въ стерилизованную пробирку. Въ нормальномъ состояніи моча вытекаетъ черезъ опредѣленные промежутки времени; при каждомъ сокращеніи мочеточника выдѣляется все больше и больше капель мочи.



Обращаютъ вниманіе: на *правильность и интенсивность выдѣленія мочи, на примѣсь мочы или крови, на одинаковое или различное выдѣленіе изъ обѣихъ почекъ*. Для опредѣленія послѣдняго вставляютъ катетеръ въ другой мочеточникъ, послѣ того какъ изъ перваго получено достаточное количество мочи.

Мочу изъ cadaго мочеточника изслѣдуютъ на содержаніе бѣлка, осадка, органическихъ и неорганическихъ веществъ (цилиндровъ, солей), также и бактерій (стрептококковъ, стафилококковъ, *bacterium coli*, туберкулезныхъ бациллъ).

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ требуется точное опредѣленіе дѣеспособности каждой почки, особенно, если одна изъ нихъ удалена, необходимо также *изслѣдованіе функциональной способности этого органа*. Съ этой цѣлью опредѣляютъ удѣльный вѣсъ, точку замерзанія мочи, содержаніе мочевины и поваренной соли, количественное выдѣленіе сахара послѣ подкожнаго впрыскиванія флоридзина и количественное выдѣленіе кармина послѣ внутримышечнаго впрыскиванія индиго-кармина.

### Спеціальное распознаваніе мочевыхъ свищей.

Подъ мочевыми свищами понимаютъ ненормальныя сообщенія между половыми органами и мочевымъ аппаратомъ.

Различаютъ:

1. *Свищи мочеиспускательнаго канала*. Здѣсь дѣло идетъ всегда объ уретро-вагинальныхъ свищахъ.

2. *Свищи мочевого пузыря*:

а) Пузырно-влагалищныя свищи.

б) Пузырно-маточныя свищи.

3. *Свищи мочеточниковъ*:

а) Мочеточничко-маточныя свищи.

б) Мочеточничко-влагалищныя свищи.

*Симптоматологія*. Признакомъ всѣхъ свищей является недержаніе мочи; больныя не въ состояніи самопроизвольно удерживать мочу, а наружныя половыя части и бедра всегда мокры отъ нея.

Отдѣльныя формы свищей распознаются слѣдующимъ образомъ:

а) *Уретро-вагинальныя свищи* легко обнаруживаются при зондированіи или катетеризаціи мочеиспускательнаго канала: конецъ катетера проникаетъ черезъ ненормальное отверстіе въ влагалище.

б) *Пузырно-влагалищныя свищи* распознаются:

1. При *катетеризаціи*: пузырь не содержитъ мочи.

2. При *попыткѣ наполнить пузырь*: вводимая жидкость выливается обратно черезъ влагалище. Если одновременно съ этимъ раскрыты влагалище зеркалами, то можно замѣтить и мѣсто расположенія свища, т. е. отверстіе, изъ котораго вытекаетъ жидкость. При *пузырно-маточныхъ свищахъ* жидкость вытекаетъ изъ наружнаго маточнаго зѣва. При очень узкихъ, такъ называемыхъ капиллярныхъ свищахъ жидкость вытекаетъ только спустя нѣкоторое время или при особомъ положеніи тѣла больной. Чтобы

убѣдиться въ существованіи таковыхъ, окрашиваютъ жидкость, которой наполняютъ пузырь, растворомъ метиленовой синьки, кладутъ нѣсколько тампоновъ въ предварительно хорошо высушенное влагалище и удаляютъ ихъ спустя  $\frac{1}{2}$  часа. При наличности пузырьно-влагалищнаго или пузырьно-маточнаго свища тампоны окрашиваются въ синій цвѣтъ.

в) *Свищи мочеточниковъ* распознаются:

1. *Введеніемъ въ пузырь постоянного катетера.* Моча вытекаетъ изъ него (рис. 81) въ подставленный сосудъ. При небольшихъ и среднихъ пузырьныхъ свищахъ большая съ постояннымъ катетеромъ остается сухой, при свищахъ же мочеточниковъ она лежитъ мокрой, какъ и раньше.

2. *Наполненіемъ пузыря водой.* При свищѣ мочеточника пузырь удается наполнить, и вода не вытекаетъ изъ влагалища. Больная остается мокрой. Если къ жидкости прибавлена была метиленовая синька, то при свищѣ мочеточника положенные въ влагалище тампоны мокры, но не окрашены.

3. *Зондированіемъ мочеточниковъ.* Этимъ способомъ пользуются также для опредѣленія, какой изъ обоихъ мочеточниковъ больной. На той сторонѣ, на которой находится свищъ, катетеръ не удается провести далеко, и моча не выдѣляется изъ него, на другой же сторонѣ условія совершенно нормальны.

4. *Впрыскиваніемъ индиго-кармина.* Только одинъ изъ мочеточниковъ, а именно здоровый, выдѣляетъ синюю мочу; другой не обнаруживаетъ никакихъ измѣненій и ничего не выдѣляетъ; положенные во влагалище тампоны окрашиваются въ синій цвѣтъ.

Для распознаванія мочевыхъ свищей очень важенъ анамнезъ, на основаніи котораго можно опредѣлить этиологию. Мочевые свищи образуются послѣ тяжелыхъ родовъ (самопроизвольныхъ или законченныхъ оперативнымъ путемъ), послѣ гинекологическихъ операций съ поврежденіемъ или вторичнымъ некрозомъ стѣнки пузыря или мочеточника, при ракъ шейки, вскрывающемся въ пузырь или въ мочеточникъ, далѣе, вслѣдствіе давленія долгое время лежавшихъ нераціональныхъ пессаріевъ и, наконецъ, вслѣдствіе поврежденій при мастурбации или въ истерическомъ припадкѣ.



Рис. 81.  
Постоянный  
катетеръ  
изъ  
мягкой  
резины.

## ГЛАВА VII.

### Изслѣдованіе прямой кишки.

Кишечникъ, особенно же прямая кишка и flexura sigmoidea, вслѣдствіе близкаго сосѣдства съ половыми органами, также принимаютъ участіе въ ихъ заболѣваніи. Поврежденія задняго про-

хода съ разрывомъ sphincteris ani externi послѣ акушерскихъ операцій, а также послѣ самопроизвольныхъ родовъ извѣстны подъ названіемъ полныхъ разрывовъ промежности или *разрывовъ третьей степени*. Злокачественныя новообразованія, ракъ вульвы, влагалища и шейки переходятъ на septum recto-vaginale и на прямую кишку, также туберкулезные и сифилитическіе процессы. Гонор-



Рис. 82. Ректоскопъ Strauss'a: а—соединяется съ баллономъ для раздуванія кишечника, б—электрической проводъ къ лампочкѣ Эдиссона с.

рея также можетъ распространиться на прямую кишку. Гнойники въ параметрии, трубахъ и въ Дугласовомъ пространствѣ также нерѣдко вскрываются въ кишку. Съ другой стороны болѣзни, особенно опухоли прямой кишки и flexurae sigmoideae нерѣдко принимаются за болѣзни половыхъ органовъ. Гинекологу приходится

поэтому часто производить точное изслѣдованіе прямой кишки, и онъ долженъ быть знакомымъ съ примѣняемыми методами.

И здѣсь начинаютъ съ *осмотра*. Обращаютъ вниманіе на форму задняго прохода, воспаленіе въ окружности, сыпь (мокнущія папулы, острия кандиломы и т. д.), варикозные и гѣморроидальные узлы. Послѣ раскрытія ягодицъ обнаруживаются трещины задняго прохода.

*Изслѣдованіе прямой кишки пальцемъ* разсмотрѣно нами выше (стр. 81), когда говорили о комбинированномъ изслѣдованіи чрезъ прямую кишку и влагалище. Обращаютъ главнымъ образомъ вниманіе на ширину и растяжимость задняго прохода, мягкость и образованіе складокъ на кишечной стѣнкѣ, на имѣющіяся суженія и стриктуры (при двустороннемъ параметритѣ, ракъ, сифилисъ, туберкулезъ и т. д.), далѣе, на инфильтраты, язвы, полипы, опухоли. При наличности послѣднихъ опредѣляютъ степень ихъ распространенія, связь съ кишечной стѣнкой (сидитъ на широкомъ основаніи, на ножкѣ), консистенцію и подвижность.

Для *осмотра слизистой оболочки прямой кишки* употребляютъ желобоватыя зеркала Sims'а. Ими удается, однако, видѣть только нижніе отрѣзки прямой кишки, расположенные непосредственно надъ заднимъ проходомъ.

Болѣе основательный и тщательный осмотръ слизистой оболочки до flexura sigmoidea возможенъ посредствомъ ректоскопа Strauss'a (рис. 82).

Это металлическая трубка длиною въ 40 сант., снабженная внутри, ближе къ переднему концу небольшой лампочкой Эдиссона. Послѣ введенія трубки, хорошо смазанной жиромъ, раздуваютъ баллономъ кишку и медленно проталкиваютъ инструментъ. Сквозь стеклянную пластинку, находящуюся на дистальномъ концѣ и препятствующую выходу введеннаго воздуха, можно, медленно передвигая инструментъ, видѣть стѣнку кишки и изслѣдовать ея цвѣтъ, образованіе складокъ, язвы, опухоли, свищи и т. д.



HERMANN FEHLING,

проф. акушерства и гинекологіи и директоръ императорской  
университетской женской клиники въ Страсбургѣ.

---

# ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

ВЪ

## ЧАСТНОЙ ПРАКТИКѢ И КЛИНИКѢ.

Двадцать лекцій.

съ 77 рисунками.

Переводъ съ нѣмецкаго врача П. И. Лурье-Гиберманъ.

Prof. Hermann Fehling. Die Operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание журнала „Медицинскій Современникъ“. Пантелеймоновская, 19

1911.

## Предисловіе.

Предлагаемыя здѣсь 20 лекцій предназначаются для практикующихъ врачей-акушеровъ. Сфера родовспоможения за послѣдніе десять лѣтъ сильно измѣнилась. Къ столь простымъ до сихъ поръ приемамъ, какъ щипцы, поворотъ, извлеченіе за ягодицы, отдѣленіе плаценты и пр., новѣйшее хирургическое направленіе акушерства прибавило еще цѣлую весьма цѣнную область. Кромѣ неизбѣжныхъ вспомогательныхъ операцій, механическаго и кроваваго расширенія шейки, расширенія таза, введены еще новыя разрѣшающія операціи—лапаротоміи во время беременности, родовъ и послѣродового періода, такъ что акушеръ, стоящій на высотѣ своего призванія, не бываетъ уже такъ часто вынужденъ жертвовать жизнью ребенка, чтобы спасти жизнь матери, какъ это было до сихъ поръ.

Но врачу-практику трудно, даже почти невозможно, собрать разсѣянный въ литературѣ, часто противорѣчивый матеріалъ, и выбрать изъ него то, что можетъ оказаться годнымъ. Цѣль этихъ лекцій—пополнить этотъ пробѣлъ и предложить въ сжатой формѣ самое важное и твердо установленное, что даетъ наша современная наука.

До сихъ поръ существовало только *одно* родовспоможеніе: помощь врача-практика ничѣмъ не отличалась отъ клинической. Теперь же—я бы сказалъ, къ сожалѣнію—наряду съ нимъ еще развилось клинически-хирургическое акушерство.

Моя задача въ нижеслѣдующихъ лекціяхъ показать вольно-практикующему врачу, какъ далеко онъ можетъ и долженъ идти самъ, и что можетъ дать—тамъ, гдѣ его искусство уже бессильно—клиническое акушерство.

Интересы роженницы пока требуютъ правильнаго разграниченія этихъ двухъ областей. Задача будущаго должна заключаться въ томъ, чтобы подготовить нашихъ учениковъ и дать имъ возможность снова овладѣть всей областью акушерства въ цѣломъ.

Невозможно, конечно, въ этихъ краткихъ клиническихъ лекціяхъ всецѣло исчерпать обширную область современнаго акушерства; онѣ предлагають только врачу-практику, на основаніи опыта, совѣтъ, какъ онъ долженъ поступать въ томъ или другомъ случаѣ.

Чтобы сдѣлать сказанное болѣе нагляднымъ, я привожу, насколько это необходимо, рисунки. За оказанное мнѣ при ихъ составленіи содѣйствіе, я выражаю здѣсь свою благодарность старшему врачу моей клиники, приватъ-доценту д-ру Schickele, а также прикомандированному къ клиникѣ д-ру Karsten'y.

Если лекціи мои окажутся хорошимъ совѣтчикомъ акушеру-практику, цѣль моя будетъ достигнута.

*Fehling.*

Сильсъ Марія (Энгадинъ), августъ, 1907 г.

## ПЕРВАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Вступленіе.

#### Дезинфекція, инструменты, наркозъ.

М. Г. Оперативное акушерство находится въ періодъ превращенія. До недавняго времени достояніе всѣхъ практикующихъ врачей, оно вслѣдствіе новаго, хирургическаго направленія, находится наканунѣ раздѣленія на акушерскую помощь вольнопрактикующаго врача, которую—какъ и до сихъ поръ—долженъ быть въ состояніи оказать во всякое время всякій врачъ, и на хирургическую акушерскую помощь, которую способенъ оказать только стоящій на высотѣ своей профессіи гинекологъ. Ниже я постараюсь разграничить эти двѣ сферы и, насколько это возможно, заполнить образовавшуюся между ними пропасть.

Клинически-оперативное акушерство требуетъ прежде всего для выполненія своихъ операцій специально приспособленныхъ больничныхъ заведеній съ опытнымъ персоналомъ для ухода за больными. Тѣмъ не менѣе желательно, чтобы нѣкоторые изъ этихъ операцій—кесарское сѣченіе, лапаротомія при лопнувшей трубѣ во время внѣматочной беременности и др.—какъ спасающія жизнь, могъ производить всякій врачъ. Во всякой болѣе или менѣе значительной клиникѣ молодой врачъ еще въ годы своего ученія имѣетъ достаточно случаевъ, чтобы, присматриваясь и помогая при этихъ операціяхъ, приобрѣсти необходимыя техническія знанія для ихъ производства.

Общей основой для обѣихъ областей остаются: основательное изученіе топографической анатоміи; детальное знакомство съ физиологическими родовыми процессами, которое приобрѣтается только усидчивымъ наблюденіемъ у постели роженицы; надежное техническое усвоеніе антисептики и асептики, которое всего легче приобрѣсти студенту въ родильной комнатѣ.

На почвѣ ученій Semmelweis'a и Lister'a развились родильная антисептика, которая съ теченіемъ времени потерпѣла, однако, различныя превращенія. Отъ очень сложныхъ мѣропріятій она снова вернулась къ возможной простотѣ. Дальнѣйшее упрощеніе ея даютъ правила асептики, которая представляетъ собственно ничто иное, какъ основанную на физическихкихъ средствахъ антисептику.

Прежде чѣмъ приступить къ родоразрѣшенію, акушеръ долженъ снять свой обычный костюмъ, который могъ загрязниться отъ соприкосновенія съ какимъ-нибудь инфицирующимъ матеріаломъ. Лучше всего ему надѣть свѣже выстиранный полотняный сюртукъ, на который во время операціи можно еще надѣть чисто обмытый резиновый фартукъ.

Для дезинфекціи кистей и рукъ—которая *передъ каждымъ изслѣдованіемъ въ отдѣльности* должна быть столь же продолжительна и основательна, какъ *передъ операціей*—существуютъ различныя методы. На основаніи многолѣтняго клиническаго опыта, я предпочитаю дезинфекціи Ahlfeld'a горячей водой и алкоголемъ способъ Fürbringer'a, а именно:

1) Энергичное обмываніе кистей и рукъ щеткой и мыломъ въ теплой водѣ въ теченіе 3-хъ минутъ.

2) Энергичное стираніе размягченнаго такимъ образомъ эпидермиса сухимъ полотенцемъ.

3) Чистка ногтевого загиба и пространства подъ ногтями, стрижка ногтей.

4) Снова обмываніе кистей и рукъ въ теплой мыльной водѣ въ теченіе 3-хъ минутъ.

5) За этимъ слѣдуетъ—и съ этого момента уже нельзя прикасаться ни къ чему нечистому—механическое обтираніе рукъ, ногтей и пр. разведеннымъ 70% алкоголемъ (посредствомъ марлевой тряпочки) въ теченіе 2-хъ минутъ.

6) Повторное обмываніе кистей и рукъ щеткой въ 2%-номъ тепломъ растворѣ лизола въ теченіе 2-хъ минутъ.

При такомъ способѣ дезинфекціи, испытанномъ мной клинически въ теченіе 15 лѣтъ, можно избѣжать употребленія вазелина, борной мази и т. п., которые едва-ли, конечно, бываютъ стерильны. Между тѣмъ какъ при способѣ дезинфекціи горячей водой и алкоголемъ или при замѣнѣ лизола 1%-нымъ растворомъ сулемы или сублима, примѣненіе стерильнаго вазелина желательнo.

Очищенная такимъ образомъ рука должна быть введена, подъ контролемъ глаза, въ раскрытую половую щель и влагалище, чтобы не занести оттуда зародышей внутрь въ половые органы.

Профилактическое содержаніе рукъ въ чистотѣ не менѣе важно, чѣмъ антисептика ихъ. Ни одинъ акушеръ не долженъ былъ бы прикасаться къ гною, гнилостному распаду, карциномѣ, не защитивъ своихъ рукъ резиновыми перчатками. Все еще говорятъ о неудобствахъ и дороговизнѣ этихъ защитительныхъ мѣръ. А между тѣмъ профилактическая асептика при помощи резиновыхъ перчатокъ должна въ такой же степени сдѣлаться общимъ достояніемъ акушеровъ, какъ и антисептика.

При надлежащемъ обращеніи съ ними резиновыя перчатки сохраняются очень долго. Ихъ употребляютъ въ сухомъ видѣ, припудренными изнутри порошкомъ талька и надѣваютъ ихъ стерилизованными паромъ, или сухими, не стерилизованными, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ ихъ подвергаютъ непродолжительной дезинфекціи (3—5 минутъ) теплой водой, мыломъ и растворомъ лизола; или же ихъ вывариваютъ въ 1%-номъ водномъ растворѣ лизола непосредственно передъ тѣмъ, какъ надѣвать. Чувствительныя руки, впрочемъ, не долго переносятъ мокрыя перчатки.

При простомъ внутреннемъ изслѣдованіи во время родовъ всегда можно безъ вреда воспользоваться резиновыми перчатками, дезинфицированными однимъ изъ указанныхъ способовъ. Я уже много лѣтъ примѣняю ихъ въ родильной комнатѣ въ интересахъ экономіи во времени. Нужно только всегда предварительно убѣдиться, нѣтъ ли дырочки въ какомъ-нибудь изъ пальцевъ перчатки.



Если же предстоит акушерская операция, то необходимо еще раньше продезинфицировать руки, какъ передъ всякой болѣе значительной операцией. Вообще говоря, я не рекомендую вамъ употребленіе резиновыхъ перчатокъ при акушерскихъ операцияхъ, потому что при употребленіи инструментовъ (шпильцовъ, перфоратора и т. д.) онѣ легко рвутся и тогда скорѣе могутъ представлять опасность. Другое дѣло, однако, если вы должны быстро произвести акушерскую операцию, а вамъ извѣстно, что вы незадолго передъ тѣмъ прикасались къ инфицированному матеріалу. Напротивъ, я прямо рекомендую примѣненіе резиновыхъ перчатокъ при наложеніи швовъ на промежность, при тампонадѣ и при отдѣленіи послѣда.

Болѣе обширное и систематическое примѣненіе акушерками и врачами резиновыхъ перчатокъ въ будущемъ несомнѣнно приведетъ къ уменьшенію все еще слишкомъ большого процента смертности отъ родильной горячки въ частной практикѣ.

Затѣмъ не надо также пренебрегать *дезинфекціей роженицы*. Нѣтъ сомнѣнія, что *наружныя половыя части*, промежность, сосѣдняя часть бедра и ягодицы должны быть подвергнуты дезинфекціи. Здѣсь могутъ находиться бактеріи кишечнаго канала, прежде всего *bacterium coli*, стафилококки, а иногда также стрептококки. Акушерка должна, слѣдовательно, основательно обмыть эти части теплой мыльной водой, затѣмъ оберечь мягкой полотняной тряпочкой или ватой (но не щетками) и продезинфицировать  $\frac{1}{2}\%$ -нымъ растворомъ лизола,  $1\%$ -нымъ—лизоформа или 1:1000 сулемы.

Обмываніе это производится надъ подкладнымъ судномъ при обильномъ споласкиваніи жидкостью, а затѣмъ роженица, если возможно, должна принять ванну. Описанная процедура въ значительной степени предупреждаетъ возможность попаденія бактерій вульвы во влагалище вмѣстѣ съ водой ванны. Для меня не подлежитъ сомнѣнію, что съ тѣхъ поръ, какъ систематически проводится наружная дезинфекція роженицы, число лихорадящихъ въ послѣродовомъ періодѣ уменьшилось.

Болѣе спорнымъ является вопросъ, нужно ли *передъ* каждымъ самопроизвольнымъ родами или передъ каждымъ простымъ изслѣдованіемъ дезинфицировать влагалище. По изслѣдованіямъ В и т т а, влагалище содержитъ въ  $74\%$  случаевъ аэробно растущіе стрептококки. Если бы они всегда были вирулентны, дезинфекція влагалища естественно должна была бы производиться передъ каждымъ родами. Но многочисленныя наблюденія, въ томъ числѣ цѣлый рядъ опытовъ въ моей клиникѣ (въ Базелѣ и Галле) показали, что роды съ профилактическимъ промываніемъ влагалища дали болѣе процентъ лихорадящихъ, чѣмъ роды безъ такихъ промываній. Только очень немногія клиники достигли при помощи этихъ промываній такихъ блестящихъ условий смертности, какъ Hofmeister. Этотъ пунктъ требуетъ еще дальнѣйшихъ разслѣдованій. Вирулентны ли эти стрептококки? Или же они погибаютъ подъ влияніемъ бактерицидной силы влагалища и его бактерій? Фактъ тотъ, что въ нормальныхъ случаяхъ безъ внутренней дезинфекціи достигаются хорошіе результаты, и что химическое и въ особенности механическое поврежденіе слизистой оболочки приноситъ больше вреда, чѣмъ пользы.

*Иначе въ патологическихъ случаяхъ.* Здѣсь я совѣтую вамъ, м. г., никогда не опускать дезинфекціи влагалища. При всякомъ гнойномъ, въ

особенности гонорройномъ истеченіи изъ влагалища, при зловонныхъ влагалищныхъ отдѣленіяхъ, при лихорадкѣ во время родовъ всегда нужно произвести промываніе влагалища ( $\frac{1}{2}\%$ -нымъ растворомъ лизола или  $\frac{1}{4}\%$ -нымъ 1000 судемы), повторяемое по мѣрѣ надобности. Точно также я рекомендую производить профилактическія промыванія влагалища при оперативныхъ родоразрѣшеніяхъ, которыя обыкновенно уже долго длятся до операціи, слѣдовательно, при наложеніи щипцовъ, поворотѣ, извлеченіи за ягодицы. При отдѣленіи послѣда еще необходимо, кромѣ того, сдѣлать промываніе матки.

Во время операціи нижнія конечности и брюшныя покровы обертываются въ стерильныя куски матеріи, на случай, если бы акушеръ случайно прикоснулся къ нимъ. Если бы такихъ кусковъ не оказалось подъ рукой въ достаточномъ количествѣ, то можно воспользоваться чистыми полотенцами, предварительно погруженными въ растворъ лизола (1%-ный) или судемы (1:1000).

При всѣхъ акушерскихъ операціяхъ необходимо покрыть чѣмъ-нибудь задній проходъ, чтобы вводимая въ половыя органы рука не внесла оттуда bacillum coli. Всего цѣлесообразнѣе привозить съ собой для этого куски стерильной матеріи или сложенную въ нѣсколько слоевъ марлю, покрытую съ изнанки мозегигомъ; она прикрѣпляется къ ягодицамъ посредствомъ небольшихъ щипчиковъ, а при наркозѣ пришивается пгдой. Если нужно спѣшить, или если наркозъ не примѣняется, то сложенный въ нѣсколько слоевъ кусокъ стерильной матеріи натягивается отъ одной ягодицы къ другой, такъ чтобы онъ покрылъ задній проходъ, а помощники, придерживающіе ноги, удерживаютъ его на мѣстѣ. При болѣе продолжительной операціи такой способъ не представляетъ, однако, надежной защиты.

На дезинфекцію помѣщенія, въ которомъ происходятъ роды, акушеръ въ большинствѣ случаевъ имѣетъ мало вліянія. Но если бы передъ тѣмъ была въ домѣ скарлатина, дифтеритъ, или оспа, то необходимо произвести дезинфекцію формальдегидомъ.

Согласно нѣкоторымъ достовѣрнымъ наблюденіямъ, опасными могутъ быть также испаренія изъ отхожихъ мѣстъ. Въ такихъ случаяхъ рекомендуется повторно вливать туда передъ родами растворъ (5%-ный) неочищенной карболовой кислоты.

Дезинфекція инструментовъ всего проще производится кипяченіемъ ихъ въ теченіе 10 минутъ въ 1%-номъ растворѣ соды или буры. Акушеру всего лучше имѣть съ собой въ своемъ наборѣ сосудъ, въ которомъ онъ стерилизуетъ свои инструменты кипяченіемъ и оставляетъ ихъ тамъ готовыми для употребленія. Иные, стерилизуя инструменты дома, берутъ ихъ съ собой, завернувъ предварительно въ стерилизованную тряпку. Я это считаю менѣе надежнымъ.

Въ очень спѣшныхъ случаяхъ, когда грозитъ опасность жизни матери, или ребенка, я совѣтую вамъ въ видѣ исключенія просто обмыть щеткой щипцы въ 2%-номъ растворѣ лизола.—Акушеру цѣлесообразно имѣть при себѣ болѣе значительный акушерскій наборъ и меньшій наборъ для выкидыша.

Акушерскій наборъ долженъ содержать:

1 щипцы (иногда наряду съ щипцами Nägele еще щипцы Tarnier).

- 1 краниокласть.
- 1 кефалотрипторъ,
- или комбинацію } кефалокраниокласть Zweifel'a
- изъ обоихъ } кефалотриптелькторъ Fehling'a.
- 1 ножницеобразный перфраторъ.
- 1 ключевидный крючекъ и ножницы для декапитациі.
- 1 тупой крючекъ.
- 2 музейскихъ щипцовъ.
- 1 переднее и 1 заднее желобоватое зеркало.
- 1 маточный катетеръ (à double courbant, по Bischoff'y).
- 1 длинный корнцангъ.
- 1 длинный и 1 короткій металлическій катетеръ, наряду съ эластическими катетерами.
- Нѣсколько метрейринтеровъ.
- Петли для поворота, влагалищныя трубчатые зеркала.

Затѣмъ все необходимое для наложенія швовъ: ножницы, крючкова-  
тый пинцетъ, иглы, пинцеты съ зажимами, стерильный шелкъ и кѣгутъ.

Аппаратъ для наркоза (Esmarch'овская маска и хлороформъ).

Изъ лекарствъ:

- 1 бутылка lysol. pur.
- Пастильки сулемы (по Angerer'y).
- Растворъ морфія (1:20).
- Растворъ камфоры (1:5).
- Стерильныя трубочки съ эрготиномъ (по Bombelony).
- Шприць для впрыскиванія морфія и камфоры.

Въ особомъ мѣшкѣ можно повести съ собой стерильный скрутокъ,  
резиновый фартукъ, вату для повязокъ, стерильную іодоформенную марлю,  
щетку и резиновыя перчатки.

*Наборъ для вышиванія* долженъ содержать:

- 1 переднее и 1 заднее желобоватое зеркало.
- 2 музейскихъ щипцовъ.
- 1 маточный зондъ и 1 зондъ для тампонированія.
- 2 ложечки.
- 1 маточный и 1 металлическій катетеръ.
- Стерильную марлю.
- Карболовый спиртъ (50%-ный).

Сдѣлавши всѣ эти необходимыя приготовленія, вы можете спокойно  
направиться къ постели роженицы, если вы только тщательно прослѣдили  
раньше достаточное количество нормальныхъ и патологическихъ родовъ.

Нигдѣ опытъ не играетъ такой большой роли, какъ въ практическомъ  
акушерствѣ, которое невозможно изучить по однимъ только книгамъ.

Я обхожу вопросъ объ акушерской помощи при нормальномъ родо-  
разрѣшеніи и прямо перехожу къ акушерской помощи при патологиче-  
скихъ родахъ.

### Акушерскій наркозъ.

Такъ какъ здѣсь рѣчь идетъ лишь объ *акушерскихъ операціяхъ*, то  
я ограничусь только указавіемъ, что морфіино-скополаминный наркозъ

заслуживаетъ дальнѣйшаго примѣненія при болѣе продолжительныхъ и въ особенности при болѣзненныхъ родахъ, чтобы вызвать полудремотный сонъ. Напротивъ, спинномозговой наркозъ стовальномъ кажется мнѣ опаснымъ (*bedenklich*) въ акушерской практикѣ.

Не будьте слишкомъ экономны и боязливы, примѣняя наркозъ въ акушерскихъ случаяхъ: вы тѣмъ самымъ облегчите операцію и себѣ и роженницѣ и избѣгнете много тяжелаго поврежденія.

Главнымъ средствомъ для наркоза въ частной практикѣ остается *хлороформъ*. У очень чувствительныхъ женщинъ и при узкихъ половыхъ частяхъ даже при легкихъ щипцахъ или извлеченіи за ягодицы рекомендуется непродолжительный наркозъ. Но онъ во всякомъ случаѣ неизбѣженъ при всѣхъ поворотахъ, трудныхъ щипцахъ, перфорации и т. д. Лучше всего производить наркозъ при помощи *Es m a r c h* овской маски и по капельной методѣ. Просто поразительно, какъ хорошо переносятъ роженницы такой наркозъ. Я не знаю при этомъ изъ моей практики не только ни одного смертнаго случая, но даже почти не знаю случая, который внушалъ бы какое нибудь опасеніе. Быть можетъ причина въ томъ, что въ большинствѣ случаевъ намъ вѣдь приходится имѣть дѣло съ молодыми и крѣпкими женщинами, сердечная дѣятельность которыхъ во время беременности къ тому еще повышена. Во всякомъ городѣ вамъ, конечно, всегда легко будетъ найти ассистента для наркоза, но въ сельской практикѣ это не всегда возможно. Здѣсь вы можете научить этому акушерку: начать наркозъ самому въ перчаткахъ, а передъ операціей снять ихъ. При щипцахъ иногда бываетъ достаточно приступить къ наркозу уже *послѣ* наложенія ихъ, только на время извлеченія.

Насколько наркозъ сѣрнислымъ эфиромъ полезенъ при хирургическихъ операціяхъ, настолько же онъ мало пригоденъ для большинства родоразрѣшеній. Въ виду того, что сѣрнислый эфиръ раздражаетъ дыхательные пути, я неохотно поручаю такой наркозъ малоопытнымъ лицамъ. Напротивъ, при продолжительныхъ и трудныхъ операціяхъ, при которыхъ неизбѣжно пригласить второго помощника, эфирный наркозъ имѣетъ несомнѣнныя преимущества въ интересахъ сердца. Для выведенія головки изъ вульвы можно также примѣнить такъ называемое эфирное омяненіе.

Къ сожалѣнію, аппаратъ *V g a n n a*, позволяющій въ каждый данный моментъ перейти отъ хлороформа къ эфиру и обратно, а также примѣнять любую смѣсь изъ обоихъ средствъ, невозможно употреблять безъ опытнаго ассистента.

Въ частной практикѣ, м. г., вашимъ ассистентомъ, въ большинствѣ случаевъ является только акушерка. А потому вы въ своихъ собственныхъ интересахъ должны сдѣлать изъ нея надежную помощницу при наложеніи щипцовъ, хлороформированіи, вычисткѣ послѣ аборта и т. д.

Если приходится иной разъ пригласить еще для держанія ногтъ, сестру, мужа и т. д., то слѣдуетъ предварительно убѣдиться, что съ ними во время операціи не сдѣлается дурно, и что не придется изъза нихъ прервать операцію.

Помощь ассистента-врача, напротивъ, безусловно необходима при тяжелыхъ длительныхъ прободеніяхъ, при эклампсіи, разрывѣ матки и хирургически-акушерскихъ операціяхъ.

## ПЕРВАЯ ЧАСТЬ.

### Родоразрѣшающія операци практическаго акушерства.

#### ВТОРАЯ ЛЕКЦІЯ.

##### Акушерская помощь при положеніяхъ тазовымъ концомъ.

М. Г. Глава о ручной и инструментальной акушерской помощи при тазовыхъ положеніяхъ имѣетъ чрезвычайно важное значеніе, но изъ этого, однако, не слѣдуетъ, что всякое положеніе тазовымъ концомъ само по себѣ требуетъ помощи искусства. Напротивъ. И здѣсь также вы должны стараться по возможности предоставить дѣйствовать силамъ природы. Тазовыя положенія, какъ и черенныя, могутъ окончиться самопроизвольно, если только нѣтъ для этого препятствій со стороны твердыхъ и мягкихъ родовыхъ путей. Правда, всѣ существующія въ Германіи правила для акушеровъ предписываютъ имъ при тазовыхъ положеніяхъ, обращаться за помощью къ врачу, но изъ этого не слѣдуетъ, что врачъ во всѣхъ случаяхъ долженъ вмѣшиваться въ теченіе родовъ. Причина существующаго законодательства заключается, какъ извѣстно, въ томъ, что послѣ рожденія ягодиць плоду грозитъ опасность отъ прижатія пуповины. Акушерка не всегда въ состояніи оказать необходимую помощь, и въ такомъ случаѣ долженъ вмѣшаться врачъ.

При широкомъ тазѣ, уступчивыхъ мягкихъ частяхъ и не слишкомъ большомъ плодѣ роды пройдутъ самопроизвольно. Выхожденіе послѣдующей головки безъ особыхъ поврежденій часто облегчается благодаря тому, что головка здѣсь чрезвычайно часто принадлежитъ къ брахицефаламъ. Является ли это послѣдствіемъ, или причиной тазового положенія, пока еще вопросъ спорный. Я склоненъ допустить послѣднее предположеніе, несмотря на опыты *Walcher'a*, который показалъ, что тѣмъ или инымъ положеніемъ ребенка можно, по желанію, сдѣлать на короткое время его головку брахио- или долихоцефалической.

Въ всѣхъ случаяхъ даже *самопроизвольныхъ родовъ* при тазовыхъ положеніяхъ вы хорошо сдѣлаете, м. г., если положите роженицу на поперечную кровать. Въ такомъ положеніи обыкновенно легче осмотрѣть промежность и лучше можно оказать, въ случаѣ надобности, необходимую помощь при освобожденіи ручекъ и головки.

*Показанія для помощи искусства* при тазовыхъ положеніяхъ — обычныя, какъ со стороны матери, такъ и со стороны ребенка; таковы

слишкомъ продолжительный періодъ изгнанія, истощеніе роженицы, лихорадка выше  $38^{\circ}$  въ теченіе нѣсколькихъ часовъ (измѣреніе въ подмышечной ямкѣ), кровотеченіе, замедленіе и неправильность сердцебіенія плода. Отхожденіе меконія я бы не назвалъ безусловно безразличнымъ: пока ребенокъ мало пострадалъ, сфинктеръ дѣйствуетъ хорошо и меконій не отходитъ. Постоянное отхожденіе меконія даже и въ промежутки между родовыми болями всегда является нѣсколько сомнительнымъ для предсказанія.

Само собой разумѣется, что буде это возможно, всегда нужно дожидаться періода пзганія и только въ видѣ исключенія приступаютъ къ извлеченію раньше; но тогда приходится иной разъ произвести боковой разрѣзъ нижней влагалищной части шейки.

Помощь искусства будетъ различна, смотря по тому, вкочлены ли уже плотно ягодицы въ тазъ, достигли ли онѣ приблизительно только входа въ тазъ, или же онѣ еще подвижны надъ тазомъ или выше. Въ первомъ случаѣ возможно извлеченіе рукой, петлей или тупымъ крючкомъ.

Извлеченіе рукой пригодно лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ ягодицы уже видны въ наружныхъ половыхъ органахъ или же непосредственно прилегаютъ къ нимъ, потому что 1—2 пальцами нельзя развить большой силы. Вы кладете при этомъ роженицу на поперечную кровать въ спинно-ягодичномъ положеніи такъ, чтобы ноги поддерживали два помощника.

Если предвидится легкое извлеченіе, въ наркозѣ нѣтъ надобности. У боязливыхъ особъ примѣняютъ во время прорѣзыванія плода эфирное опьяненіе. Если предвидится тяжелое извлеченіе, показанъ хлороформный наркозъ.

Для извлеченія выбираютъ вообще ту руку, ладонная поверхность которой обращена къ брюшной поверхности плода, т. е. при первомъ тазовомъ положеніи—лѣвую руку.

Вы сгибаєте крючкомъ указательный или указательный и средний пальцы, вводите ихъ въ передній бедренный сгибъ плода и по возможности вслѣдъ за этимъ вводите указательный палецъ другой руки, обхватывая бедро навстрѣчу первой рукѣ. Тракціи—если не надо спѣшить—производятся только во время погугъ. Какъ только переднее бедро уже достаточно видно въ половой щели, его оттягиваютъ подъ лонной дугой вверхъ, чтобы задняя ягодица прорѣзалась надъ промежностью. При этомъ позвоночникъ плода описываетъ дугу приблизительно въ  $120^{\circ}$ .

Послѣ рожденія ягодицъ спинка плода большей частью сама поворачивается нѣсколько впередъ, а плечики своимъ широкимъ размѣромъ устанавливаются въ томъ же діаметрѣ, въ которомъ раньше прошли черезъ тазъ своимъ широкимъ размѣромъ бедра.

Пуповину я принципиально не расслабляю: если петля слабая, тогда въ этомъ нѣтъ надобности, если же она натянута, то всякое потягиваніе за нее вредно.

Теперь тазъ ребенка обхватываютъ обѣими руками—въ виду скользкости кожи это всего лучше сдѣлать при помощи стерильнаго полотенца—и, производя умѣренные покачиванія изъ стороны въ сторону, тянутъ его внизъ до тѣхъ поръ, пока не покажется уголокъ лопатки. Незадолго передъ тѣмъ, какъ только грудная кѣтка представляетъ доста-

точную поверхность, которую можно обхватить руками, плечики поворачиваютъ широкимъ размѣромъ въ переднезадній діаметръ выхода.

Въ легкихъ случаяхъ обѣ ручки выступаютъ сами, сложенные накрестъ на груди и сильно согнутыя въ локтевыхъ суставахъ. Способъ, рекомендуемый Müller'омъ, принципиально не освобождаетъ ручекъ, а способствуетъ ихъ выходу во время извлеченія туловища попеременно сильнымъ потягиваніемъ его внизъ и приподыманіемъ, пригоденъ лишь при широкомъ тазѣ и тамъ, гдѣ ручки еще находятся въ нормальномъ согнутомъ положеніи.

Но въ большей части случаевъ, когда при ягодичныхъ положеніяхъ требуется ручная помощь со стороны врача, это уже невозможно, и тогда приходится освобождать ручки.



Рис. 1. Извлеченіе за ягодицы.

Основное правило заключается въ томъ, чтобы сначала освобождать заднюю ручку, лежащую въ крестцовой впадинѣ, и чтобы акушеръ правую ручку освобождалъ своей правой, а лѣвую—своей лѣвой рукой. Для этой цѣли при второмъ ягодичномъ положеніи захватываютъ ягодицы ребенка вилкой, образуемой раздвинутыми большимъ и указательнымъ пальцами правой руки, сильно отводятъ туловище влево, идутъ лѣвой рукой по затылку и задней поверхности плеча ребенка до кистевого сустава или, по крайней мѣрѣ, до середины предплечья плода и, сгибая ручку въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ, передвигаютъ ее между головкой и задней стѣнкой таза внизъ, пока она не покажется въ половой щели. Тогда немедленно захватываютъ плодъ вилкой лѣвой руки, а правая рука пытается освободить по грудной поверхности правую ручку, причемъ примѣняется тотъ же способъ сгибанія. Простое потягиваніе конечностей внизъ непозволительно и ведетъ къ перелому ключицы или плеча.

Если освобожденіе передней ручки по грудной поверхности не удастся, потому что она слишкомъ ущемлена между головкой и задней поверхностью лоннаго соединенія, то вводятъ 4 пальца той же руки (при 2-мъ тазовомъ положеніи—правой) въ уголъ между затылкомъ и плечомъ вверхъ, и въ то время какъ вторая рука, при помощи ягодицъ, вращаетъ туловище вокругъ продольной оси, первая, слѣдуя по лицу, передвигаетъ ручку къ крестцовой впадинѣ, а затѣмъ внизъ, какъ при извлеченіи первой ручки.

Только въ очень простыхъ случаяхъ можно освобождать, по Negau, обѣ ручки по грудной поверхности, но и здѣсь раньше освобождается задняя ручка; при первомъ ягодичномъ положеніи—лѣвой, при второмъ—правой рукой.

Уже при освобожденіи первой ручки вы можете встрѣтить за-

труднения, если имѣете дѣло съ узкимъ тазомъ, а ручка слишкомъ плотно прилегаеть къ нижней части затылка.

Въ такихъ случаяхъ не надо терять слишкомъ много времени и освобождаютъ сначала описаннымъ способомъ переднюю ручку (вращая плодъ вокругъ продольной оси), а затѣмъ ручку, расположенную сзади.

Только въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ совершенно невозможно извести ручки. Тогда нужно попытаться извлечь ихъ вмѣстѣ съ головкой.

Для извлечения послѣдующей головки лучшей способъ несомнѣнно представляетъ такъ называемый ручной приемъ Veit-Smellie. Сейчас же послѣ освобождения второй ручки рука оператора, передняя поверхность которой обращена къ брюшной поверхности ребенка (если вторая ручка освобождена была по грудной поверхности, то это та же рука, которая освобождала ручку, послѣ вращения плода—другая рука), проходитъ вверхъ выше подбородка (въ большинствѣ случаевъ, обращеннаго еще въ сторону) въ ротъ; указательный и средний пальцы ложатся у основанія ротовой полости на челюсть, большой и безымянный пальцы, обхватывая челюсть, поддерживаютъ шею; вторая рука захватываетъ шейно-затылочную часть плода между среднимъ и указательными пальцами, большой палецъ вводится въ подкрыльцовую ямку на одной, безымянный палецъ и мизинецъ — на другой сторонѣ. Средний и указательный пальцы, дѣйствующіе со стороны затылка, должны упираться подъ ключицу, иначе можно, вслѣдствіе давленія, повредить *plexus brachialis* въ точкѣ Эрба. Пальцы, находящіеся во рту, не должны

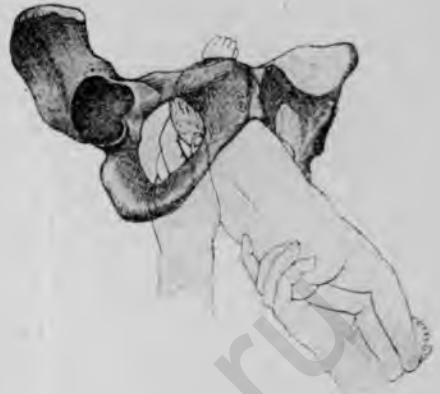


Рис. 2. Освобождение задней ручки по спинкѣ.



Рис. 3. Освобождение ручки по грудной поверхности.

повредить основаніе полости рта. Когда обѣ руки охватили такимъ образомъ головку, причѣмъ туловище плода лежитъ на предплечіи оператора, головка въ положеніи сильнаго сгибанія сначала сильно оттягивается внизъ, пока она не вступитъ въ полость таза; затѣмъ нужно произвести вращеніе головки въ косомъ и прямомъ размѣрахъ таза. Какъ только головка достигла дна таза, нужно работать очень осторожно, чтобы не повредить

промежности. Затылокъ съ силой оттяснять въ уголъ лонной дуги и выводить лобъ и лицо по промежности. Здѣсь очень легко происходитъ



разрывъ промежности, который часто превращается въ полный. Поэтому я рекомендую вамъ, если вы при извлеченіи ягодичъ чувствуете, что половая щель очень узка—въ особенности, слѣдовательно, у первородящихъ—уже тогда сдѣлать профилактически боковую инцизію; позже уже нѣтъ для этого времени. Если этотъ боковой разрывъ даже порвется дальше, то это все же менѣе невыгодно, чѣмъ полный разрывъ промежности.



Рис. 4. Ручной приемъ по Veit-Smellie.

Если извлеченіе головки при плоскомъ тазѣ представляетъ болѣе значительныя затрудненія, то вы должны усилить влеченіе снизу давленіемъ сверху. Вталкиваніе головки всего лучше производить одной рукой (какъ выжиманіе послѣда). Полезно уже заранѣе дать соответственныя указанія на этотъ счетъ акушеркѣ.

Если и такимъ путемъ не удастся ввести головку въ тазъ, то иногда помогаетъ, если быстро привести роженицу въ висячее положеніе по Walcher'y. Обѣ помощницы, которыя держатъ ноги при спинно-ягодичномъ положеніи роженицы, внезапно опускаютъ ноги внизъ; одна рука поддерживаетъ голень, другая сильно оттягиваетъ за бедро тазъ назадъ, чтобы онъ не скользилъ.

Если же, несмотря на всѣ эти вспомогательныя средства, головку не удастся ввести въ тазъ, то ребенокъ погибаетъ самое позднее черезъ 5 минутъ.

Вы хорошо сдѣлаете, если теперь отдохнете 5—10 мин., затѣмъ

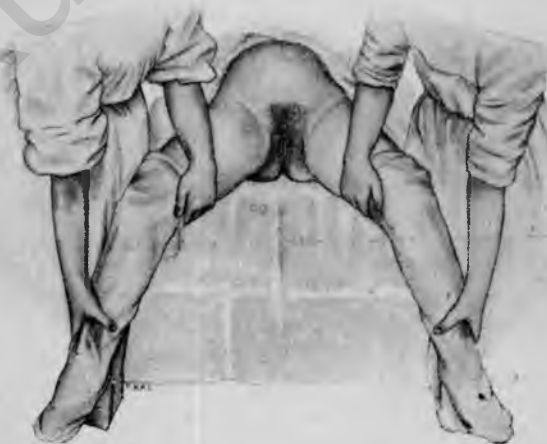


Рис. 5. Висячее положеніе по Walcher'y.

повторите свою попытку. Иногда при этомъ все же удается провести головку съ поразительной легкостью. Если же нѣтъ—то нужно перейти къ прободенію (см. ниже).

Только въ исключительныхъ случаяхъ имѣетъ смыслъ при мертвомъ плодѣ накладывать на послѣдующую головку щипцы; это можно рекомендовать лишь тамъ, гдѣ ригидная маточная шейка мѣшаетъ провести руки достаточно высоко (см. щипцы).

Въ большинствѣ случаевъ вамъ можно будетъ обойтись описанными способами, такъ что вамъ лишь изрѣдка придется прибѣгать къ другимъ, многочисленнымъ ручнымъ приемамъ. Приведу изъ нихъ слѣдующіе:

Если подбородокъ стоитъ подъ лоннымъ соединеніемъ, а обхваченная обѣими руками головка не поддается вращенію, то, чтобы не терять дорогого времени, приемъ Veit-Smellie производятъ въ обратномъ порядкѣ: головку тянуть внизъ до тѣхъ поръ, пока подъ лонной дугой не покажется лобъ и, пользуясь имъ какъ точкой вращенія, медленно выводить затылокъ по промежности.

Вмѣстѣ съ славой Пражской школы исчезъ также Пражскій способъ. При этомъ способѣ одна рука съ раздвинутыми пальцами захватываетъ шею и затылокъ, какъ у Veit-Smellie, а другая—ножки у лодыжекъ. Обѣ руки тянутъ плодъ внизъ, пока головка, сдѣлавъ явное движеніе, не войдетъ въ тазъ. Какъ только личико начинаетъ давить на промежность, приподыманіемъ туловища плода осторожно извлекаютъ его черезъ половую щель по промежности вверхъ.

Этотъ способъ ошибочно пренебрегаетъ сгибательнымъ положеніемъ головки. Не трудно, однако, понять, что въ рѣдкихъ случаяхъ, когда личико остается обращеннымъ впередъ, а ротъ стоитъ выше лоннаго соединенія, можетъ привести къ цѣли обратный Пражскій приемъ, но промежности при этомъ грозитъ большая опасность.

Не могу также признать особыхъ преимуществъ, по сравненію съ способомъ Veit-Smellie, за способомъ Wigand'a (A. Martin, v. Winkel). Одна рука входитъ здѣсь въ ротъ и тянетъ за подбородокъ, какъ у Veit-Smellie, производя въ то же время обычныя вращенія головки, а другая рука снаружи толкаетъ затылокъ по направлению къ тазу.

Я считаю важнымъ недостаткомъ этого способа одновременное оперированіе снаружи и внутри. Если этотъ способъ не приведетъ къ цѣли, то наружная рука вѣдь снова должна будетъ работать внутри, и тогда она легко можетъ явиться носительницей заразы.

Когда ребенокъ такъ или иначе уже извлеченъ, то не забудьте изслѣдовать верхнія конечности (ключицу, плечо), а при трудномъ извлеченіи за ягодицы—и нижнія, нѣтъ ли перелома, чтобы въ случаѣ надобности сейчасъ же наложить неподвижную повязку.

### **Дальнѣйшіе способы извлеченія при глубоко стоящихъ ягодицахъ.**

Если сила пальца при извлеченіи ослабѣваетъ, то я рекомендую вамъ прежде всего примѣненіе петли. Употребленіе ея извѣстно уже въ теченіе вѣковъ и во второй половинѣ прошлаго столѣтія снова горячо рекомендовано было Нескего́мъ.

Для этого употребляютъ бѣлую шелковую, предварительно вываренную петлю для поворота, которую обводятъ вокругъ передняго, рѣже

вокруг задняго пахового сгиба, и которая очень облегчает тракциі за ягодичный конецъ. При этомъ нужна поперечная кровать и спинно-ягодичное положеніе; наркозъ не обязателенъ. Оперируетъ рука, ладонная поверхность которой обращена къ животу плода, при 1-мъ ягодичномъ положеніи, слѣдовательно, лѣвая. Петлю складываютъ и проталкиваютъ среднимъ и указательнымъ пальцемъ позади лона вверхъ, до передней поверхности бедра. Затѣмъ пальцы протискиваютъ петлю въ щель между обоими бедрами внизъ, пока пальцы той же руки, или же, если достаточно мѣста, другой руки, согнутые крючкомъ, не захватятъ петли, чтобы протянуть ее.



Рис. 6. Петлеводъ Bunge.

Иные совѣтуютъ придѣлать на другомъ концѣ петли пуговицу изъ слоновой кости, или кольцо, но проведеніе петли этимъ затрудняется. Теперь оба конца уравниваютъ по длинѣ, петлю обматываютъ вокругъ руки и извлекаютъ, пока не родятся ягодичцы. Въ трудныхъ случаяхъ вспомогательное дѣйствіе можетъ оказать сложенный крючкомъ палецъ, введенный въ задній паховой сгибъ. Болѣе тонкія петли, напр. изъ перевязочной тесьмы для лупка, я пересталъ употреблять, потому что онѣ могутъ вызвать тяжелыя поврежденія нѣжной кожи бедра. Я никогда не видалъ, чтобы проведеніе петли вокругъ задняго бедра было легче, чѣмъ проведеніе ея вокругъ передняго.

Въ видѣ исключенія петлю можно обвести вокругъ бедра при помощи одного изъ многочисленныхъ изогнутыхъ инструментовъ, устроенныхъ на подобіе трубки Belloscue'a. Какъ въ клиникѣ, такъ и въ поликлиникѣ, наиболѣе пригоднымъ оказался, на мой взглядъ, петлеводъ Bunge. Примѣненіе этихъ инструментовъ видно изъ прилагаемаго рисунка. Введеніе и употребленіе петлевода такое же, какъ и тупого крючка.

Еще дѣйствительнѣе извлеченіе тупымъ крючкомъ <sup>1)</sup> Smellie, примѣненіе котораго большинство акушеровъ разрѣшаетъ только при мертвомъ плодѣ. Я употреблялъ его въ теченіе многихъ лѣтъ и на животѣ, въ поликлиникѣ и клиникѣ, но долженъ согласиться, что переломы бедра при этомъ возникаютъ чаще, чѣмъ при употребленіи петли. Оперирующая рука та же, что и при петлѣ, слѣдовательно, при первомъ ягодичномъ положеніи — лѣвая. Поперечная кровать, спинно-ягодичное положеніе, безъ наркоза. Указательный палецъ руки проводятъ подъ лоннымъ соединеніемъ до пахового сгиба плода, затѣмъ вводятъ по пе-

<sup>1)</sup> Инструменты изображены въ  $\frac{1}{3}$  натуральной величины.

редней поверхности пальца вверх тупой конец крючка, кривизной параллельно симфизу, такъ что онъ не занимает лишняго мѣста.

Когда конецъ крючка достигъ бедра, крючекъ поворачиваютъ такъ, что кривизна его стоитъ сагитально; указательнымъ пальцемъ проходятъ сзади, между обоими бедрами, и прикрываютъ имъ крючекъ, чтобы защитить мягкія части матери и плода во время извлеченія. Последнее производится частью простыми тракціями, частью колебательными, маятникообразными. Когда ягодицы уже въ достаточной степени врѣзываются, я снимаю крючекъ.

Наложеніе головныхъ щипцовъ на предлежащія ягодицы заслуживаетъ лишь историческаго упоминанія. Рекомендовавшіеся прежде ягодичные щипцы совершенно оставлены. По своей кривизнѣ, по устройству и т. д., головные щипцы совершенно не соответствуютъ ягодицамъ ребенка. Но утверждая, что съ ягодичнымъ положеніемъ можно справиться и безъ щипцовъ, я долженъ, однако, прибавить, что въ видѣ исключенія щипцы съ успѣхомъ накладывались на ягодицы. Въ такихъ случаяхъ щипцы стараются наложить ихъ поперечнымъ діаметромъ въ направленіи линіи соединенія обоихъ трохантеровъ.



Рис. 7. Тупой крючекъ.

Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ нужно бываетъ наложить на предлежащія ягодицы краниокласть—само собой разумѣется, только на мертвомъ плодѣ. Внутренняя ложка вводится высоко въ задній проходъ послѣ инцизии его, а наружная подъ руководствомъ руки накладывается на крестецъ плода. Примѣняемая при извлеченіи сила здѣсь, конечно, очень значительна. Краниокласть въ особенности пригоденъ при большихъ гніющихъ мертвыхъ плодахъ.

Все названные до сихъ поръ способы непримѣнимы, если ягодицы еще стоятъ высоко, и если онѣ еще подвижны. Если мы имѣемъ передъ собой ягодично-ножное предлежаніе, то просто захватываютъ ножку въ области лодыжекъ и тянутъ ее внизъ. Но въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о ненормальномъ разгибаніи нижнихъ конечностей въ колѣнномъ суставѣ; тогда единственно правильнымъ приѣмомъ будетъ превращеніе ягодичнаго положенія въ ножное путемъ низведенія передней ножки. Для этого требуются поперечная кровать, спинно-ягодичное положеніе, наркозъ. Для операции избирается *рука*, ладонная поверхность которой обращена къ брюшной поверхности плода. При легкомъ встрѣчномъ давленіи второй руки снаружи, оперирующая рука проходитъ сбоку или со стороны *symphysis sacro-iliaca* со сложенными вмѣстѣ пальцами до колѣнной ямки плода. Если просто захватить тогда и тянуть бедро внизъ, то оно должно описать кругъ, центромъ котораго является тазобедренный суставъ, а

радіусомъ нижняя конечность, а между тѣмъ для этого нѣтъ мѣста; нужно, чтобы радіусомъ служила голень, а центромъ—колѣно. Для этого большой палець оставляетъ 4 остальныхъ и входитъ въ подколенную ямку, а остальные обхватываютъ спереди голень; затѣмъ медленно, не дѣлая насилія, вытягиваютъ ножку. Когда бедро достигаетъ половой щели, пѣль достигнута, и затѣмъ можно ждать. Дальнѣйшее извлечение производится такъ же, какъ при ножномъ предлежаніи (см. ниже).



Рис. 8. Низведение ножки.

Я не могу посоветовать, какъ это предлагалъ раньше Ahlfeld, профилактически низводить ножку у первородящихъ, а всегда придерживаюсь и въ этомъ отношеніи извѣстныхъ показаній, требующихъ немедленнаго извлечения.

Если есть хоть какая нибудь возможность, нужно разумѣется выждать полного раскрытія зѣва. Въ исключительныхъ случаяхъ—какъ эклампсія, выпаденіе пуповины—нужно сдѣлать боковой разрѣзъ шейки, чтобы имѣть мѣсто для введенія руки.

### Врачебное вмѣшательство при ножныхъ предлежаніяхъ.

Статистика учитъ, что въ общемъ смертность дѣтей при ножныхъ предлежаніяхъ больше, чѣмъ при ягодичныхъ. Это зависитъ, вѣроятно, частью отъ того, что при первыхъ чаще наблюдается выпаденіе пуповины, а частью и отъ того, что здѣсь больше искушеніе слишкомъ рано извлекать за предлежащую ножку. А потому вы строго придерживайтесь принципа, что вмѣшательство врача какъ при полныхъ, такъ и неполныхъ ножныхъ предлежаніяхъ требуетъ строгихъ показаній со стороны матери или плода. Обыкновенно вмѣшательство, слѣдовательно, необходимо только послѣ рожденія ягодицъ.

При неполныхъ ножныхъ предлежаніяхъ нужно удовольствоваться одной ножкой. Даже, если предлежитъ задняя ножка, низведение передней необходимо только въ исключительныхъ случаяхъ (см. поворотъ). И здѣсь также для извлечения требуется поперечная кровать и спинно-ягодичное положеніе. Безъ наркоза большей частью можно обойтись.

Обѣими руками захватываютъ предлежащую ножку сначала за икры, причемъ оба большихъ пальца лежатъ параллельно на задней поверхности ихъ, затѣмъ за бедро, при посредствѣ стерильнаго полотенца. Чѣмъ глубже опускается бедро, тѣмъ болѣе широкой размѣръ ягодицъ вставляютъ въ передне-задній размѣръ таза. Сильно прижимая переднее тазобедренное сочлененіе къ углу лоннаго соединенія, медленно выкачиваютъ заднюю часть по промежности. Собственно поддержка промежности здѣсь совсѣмъ не нужна; зато при большомъ свуженіи и теперь уже нужна боковая инцизія. Затѣмъ спинка опять поворачивается впередъ. Дальнѣйшее извлечение производится, согласно указаннымъ выше правиламъ.

## ТРЕТЬЯ ЛЕКЦИЯ.

### П о в о р о т ь .

М. Г. Подъ поворотомъ разумѣютъ поворачиваніе плода изъ одного положенія въ другое.

Мы должны различать:

*Поворотъ, производимый при помощи наружныхъ приемовъ, и поворотъ при помощи внутреннихъ и наружныхъ приемовъ;* внутреннего поворота безъ содѣйствія наружной руки не существуетъ.

*Наружный поворотъ* теперь заброшенъ больше, чѣмъ онъ того заслуживаетъ. Если въ послѣднія шесть недѣль беременности вы находите поперечное положеніе, то вы хорошо сдѣлаете, если, приведете ребенка въ головное, или ягодичное положеніе—если возможно, въ первое—постараетесь фиксировать его въ продольномъ положеніи при посредствѣ бинтовъ, или компрессовъ, которые укрѣпляются по обѣимъ сторонамъ головки, геср. ягодичъ. Наружный поворотъ можно произвести съ большой пользой еще въ началѣ родовъ, а иногда даже черезъ непродолжительное время послѣ того, какъ лопнулъ пузырь. При этомъ цѣлесообразно положить роженицу на тотъ бокъ, къ которому обращена спинка плода. Наружный поворотъ, слѣдовательно, преимущественно показанъ при поперечныхъ положеніяхъ у первородящихъ, обусловленныхъ неправильностями таза, при двойняхъ и т. д., но онъ противопоказанъ при выпаденіи пуповины, мелкихъ частей и пр.

Главная область примѣненія принадлежитъ *внутреннему повороту*, который никогда, однако, не долженъ быть операцией, производимой исключительно посредствомъ внутреннихъ ручныхъ приемовъ, а всегда долженъ представлять комбинацію внутреннихъ и наружныхъ ручныхъ приемовъ. Поэтому нельзя не считать ошибкой, что комбинированный поворотъ (Braxton-Nicks'a) все еще противопоставляютъ обыкновенному акушерскому повороту. Различіе обоихъ методовъ зависитъ отъ періода родовъ и отъ степени раскрытія зѣва, при которомъ производится операція. Поэтому я различаю:

а) ранній поворотъ и

б) поворотъ при совершенномъ раскрытіи шейки матки.

1. *Ранній поворотъ по Braxton-Nicks'y* можно назвать комбинированнымъ лишь въ томъ смыслѣ, что онъ гораздо больше обыкновеннаго поворота нуждается въ точной поддержкѣ путемъ наружныхъ ручныхъ приемовъ.

Принципъ этой операціи заключается въ томъ, что она производится при раскрытіи зѣва лишь въ 1—2 пальца.

Показанія къ этой операціи въ настоящее время значительно сужены, вслѣдствіе болѣе частаго примѣненія метрейринтера.

1) Главнымъ показаніемъ служитъ кровотеченіе при предлежаніи послѣда, такъ какъ мы знаемъ, что послѣ сокращенія нижняго отрѣзка матки, вызваннаго поворотомъ плода, кровотеченіе обыкновенно прекращается.

*Производство операціи:* наркозъ, поперечная кровать, спинно-ягодичное положеніе, во всякомъ случаѣ высокое положеніе таза. Операція

производится лѣвой рукой при 1-мъ черепномъ положеніи (правой—при 2-мъ). Указательный, а иногда и средній палецъ оперирующей руки проникаетъ черезъ шейку до головки. Средній палецъ—а если была введена вся рука, то остальные пальцы—остаются во влагалищѣ. Оперирующая рука толкаетъ головку въ сторону спинки, въ то время какъ наружная рука толкаетъ ягодицы внизъ. Затѣмъ плечико, которому наружная рука оказываетъ встрѣчное давленіе, отталкиваютъ такимъ же образомъ въ сторону головки, потомъ то же продвигаютъ съ грудью и животомъ ребенка. Когда оперирующій палецъ достигнетъ пахового сгиба, онъ скользитъ отсюда по бедру до подколѣнной ямки. Такъ какъ наружная рука въ это время сильно отодвигаетъ внизъ ягодицы, то внутренней въ большинствѣ случаевъ уже не трудно достигнуть колѣна и низ-



Рис. 9. Поворотъ по Braxton-Hicks'у. 1-ый актъ.

вести ножку, проведеніе которой черезъ узкую шейку иногда еще представляетъ, однако, нѣкоторыя трудности. Послѣ того указательный и средній палецъ обхватываютъ область лодыжекъ и медленно проводятъ ножку черезъ влагалище къ половой щели, въ то время какъ наружная рука оттѣсняетъ головку ко дну матки. Когда бедро находится въ половой щели, поворотъ оконченъ. Если только не произошло болѣе или менѣе значительныхъ разрывовъ, то кровотеченіе при предлежаніи послѣда теперь останавливается.

Нужно пытаться достигнуть передней ножки, но если это не удастся, то можно довольствоваться и задней. Въ общемъ я не совѣтую проходить при этомъ прямо черезъ плаценту, въ большинствѣ случаевъ нетрудно бываетъ найти яйцевыя оболочки на одной сторонѣ. Нужно стараться, насколько возможно, произвести поворотъ при цѣлости пузыря, но когда уже захва-

чена предлежащая часть, нужно прорвать его. Давно пора оставить въ этомъ случаѣ представленіе о тампонирующемъ дѣйствіи бедра или ягодицъ ребенка. Кровотеченіе скорѣе останавливается вслѣдствіе сокращенія нижняго отръзка матки и шейки. Достаточно разсмотрѣть различные относящіяся сюда рисунки (Schrüder, Leopold), чтобы понять ошибочность этого представленія. Къ тому же всякому специалисту извѣстно, какая тщательная тампонада—которой не можете дать вообще ножка—нужна для остановки кровотеченія при предлежащемъ послѣдѣ. Когда ножка родилась, применяютъ длительную тракцію (1—2 килогр.) и только въ видѣ исключенія роды оканчиваютъ при placenta praevia немедленно путемъ извлеченія.

2) При черепномъ положеніи съ выпаденіемъ пуповины при мало раскрытомъ зѣвѣ полное производство поворота по Braxton-Hicks'у даетъ вообще довольно плохіе результаты. Я вамъ совѣтую въ такихъ

случаяхъ производить только поворотъ изъ черепнаго въ поперечное положеніе, затѣмъ по возможности отодвинуть пуповину въ сторону и вложить метрейринтеръ, пока полное раскрытіе зѣва не позволитъ произвести поворотъ на ножки и извлеченіе. Хотя вы и при такомъ образѣ дѣйствія потеряете иной разъ ребенка, но все же достигнете лучшихъ результатовъ, чѣмъ при полномъ производствѣ операции Braxton-Nicks'a.

II. *Поворотъ при полномъ раскрытіи маточной шейки.* Здѣсь нужно различать поворотъ на головку и поворотъ на ножки. Внутренній поворотъ на ягодицы справедливо оставленъ, потому что поворотъ на ножки заслуживаетъ предпочтенія.

а) *Поворотъ на головку.*



Рис. 10. Поворотъ по Braxton-Nicks'y. 2-ой актъ.

Производившійся раньше слишкомъ часто, онъ въ послѣдніи десятилѣтія, напротивъ, примѣнялся слишкомъ рѣдко и



Рис. 11. Поворотъ по Braxton-Nicks'y. 3-ій актъ.

заслуживаетъ того, чтобы имъ снова стали пользоваться. Показаніе для этой операціи дано при косомъ положеніи, которое невозможно исправить одними только наружными приѣмами, слѣдовательно, при умѣренно плоскомъ тазѣ, при внѣсрединномъ вставленіи головки, при косомъ положеніи второго близнеца. Разумѣется, что и я не рекомендую болѣе непрямой поворотъ на головку путемъ отодвиганія подлежащаго плеча внутренней рукой, а совѣтую прямо захватить головку всей рукой (если головка влѣво—правая рука и наоборотъ), помогая себѣ сильнымъ нажиманіемъ наружной руки на головку и ягодицы. Цѣлый еще пузырь разрываютъ въ моментъ захватыванія головки.

Послѣ совершенія поворота роженицу нужно положить на тотъ бокъ, въ сторону котораго отклонена была головка.

Поворотъ на головку противопоказанъ при какихъ бы то ни было осложненіяхъ, какъ выпаденіе пуповины, мелкихъ частей и т. п.

б) *Поворотъ на ножки.*



Онъ производится:

- 1) при поперечныхъ положеніяхъ, какъ исправленіе положенія;
- 2) при головныхъ положеніяхъ, какъ приготовленіе къ извлеченію.

По первому пункту поворотъ на ножки производится при всѣхъ поперечныхъ положеніяхъ, исключая таковыхъ въ первую половину беременности и при мертвомъ и гниломъ плодѣ до 7-го мѣсяца, такъ какъ здѣсь возможны самопроизвольные роды *conduplicato corpore*. По пункту второму показаніями служатъ кровотеченія при нормальномъ и при низкомъ прикрѣпленіи послѣда, выпаденіе пуповины, въ особенности если оно комбинируется съ выпаденіемъ мелкихъ частей. Нѣкоторые акушеры рекомендуютъ поворотъ на ножки также для облегченія родовъ при плоскомъ тазѣ у многорожавшихъ (ошибочно названъ профилактическимъ поворотомъ); во всѣхъ этихъ случаяхъ *только* при живомъ плодѣ (см. ниже узкій тазъ). Условія: подвижность подлежащей части надъ входомъ или во входѣ въ тазъ, полное раскрытіе зѣва, цѣлость пузыря, или по крайней мѣрѣ, наличность плодовыхъ водъ, и, наконецъ, точное опредѣленіе положенія плода, такъ какъ отъ него зависитъ выборъ руки оператора и ножки, которую нужно низвести.

Остерегайтесь, м. г., въ періодѣ раскрытія слишкомъ рано ставить точный діагнозъ поперечнаго положенія при помощи внутреннего изслѣдованія; здѣсь достаточно общее опредѣленіе поперечнаго положенія и бережное отношеніе къ пузырю. Когда же маточный зѣвъ уже подготовленъ для поворота, а положеніе плода еще неясно, то предварительно производятъ внутреннее изслѣдованіе полу- или всей рукой. Для распознаванія подлежащей ручки поверните ее вверхъ ладонью и тогда—если пальчики направлены впередъ—большой палецъ укажетъ вамъ на однуименную сторону. Употребительное прежде такъ называемое пожатіе часто подаетъ поводъ къ ошибкамъ. При плечевыхъ положеніяхъ указаніемъ для отысканія головки можетъ служить направленіе подкрыльцовой впадины. Исходя отсюда, легко достигнуть ключицы или лопатки, а тѣмъ самымъ разрѣшается и вопросъ, имѣемъ ли мы передъ собой поперечное положеніе съ спянкой, направленной впередъ, или назадъ. При поперечныхъ положеніяхъ выбирайте для поворота *ту* руку, которая при изслѣдованіи въ сидячемъ положеніи (лицомъ къ лицу роженицы) легла на ягодицы, при продольномъ положеніи—ту, ладонная поверхность которой обращена къ брюшной поверхности плода. Правой рукой всегда захватываютъ лѣвую ножку, а лѣвой—правую ножку. Совѣтъ выбирать первую попавшуюся ножку неправиленъ, потому что неправильный выборъ ножки ведетъ къ неправильнымъ вращеніямъ и къ запрокидыванію ручекъ. При заднемъ видѣ поперечнаго положенія старайтесь всегда достигнуть верхней ножки, иногда обѣихъ ножекъ; бываютъ, однако, случаи такого труднаго поворота, что въ концѣ концовъ приходится быть довольнымъ, если вы вообще нашли хоть какую-нибудь ножку.

Поперечная кровать, спинно-ягодичное положеніе, защита промежности и задняго прохода, наркозъ. Безъ послѣдняго можно обойтись, если при поперечномъ положеніи въ маточномъ зѣвѣ подлежатъ ножки, такъ что достаточно ихъ захватить, чтобы потягиваніемъ произвести поворотъ. Тщательная наружная и внутренняя дезинфекція вульвы и влагалища.

Въ поворотъ при поперечныхъ положеніяхъ слѣдуетъ тщательно разграничивать 2 акта:

1-й актъ: отысканіе и захватываніе одной или обѣихъ ножекъ;

2-ой актъ: поворотъ плода, установленіе ножного предлежанія.

Если выпала ручка, то на нее накладываютъ петлю и, не придерживая петли, вправляютъ ее во влагалище.

Животъ роженицы покрываютъ стерильнымъ полотенцемъ, которое булавками прикрѣпляется къ стерильнымъ полотенцамъ, окутывающимъ ноги, такъ что операторъ, даже при обширномъ примѣненіи наружной руки, увѣренъ, что онъ продолжаетъ быть стерильнымъ. Если пузырь еще цѣлъ, то производство поворота въ общемъ легко. Въ то время какъ наружная рука хорошенько раздвигаетъ наружныя части, кеглеобразно сложенная другая рука вращательными движеніями медленно проходитъ черезъ влагалище до нижняго полюса пузыря. Пузырь разрыва-



Рис. 12. Поворотъ на ножки. 1-ый актъ. Рис. 13. Поворотъ на ножки. 2-ой актъ.

ютъ пальцами, и рука быстро проникаетъ вверхъ, чтобы предплечіемъ воспрелютствовать истеченію плодовыхъ водъ. Начинаящій часто дѣлаетъ по ошибкѣ противное и быстро, съ испугомъ извлекаетъ свою руку. Если положеніе и позиція плода тщательно опредѣлены ранѣе, то вы идите послѣ разрыва пузыря прямо къ тому мѣсту, гдѣ должны быть мелкія части, причѣмъ наружная рука должна энергично надавливать на нихъ. Неопытные врачи часто дѣлаютъ ту ошибку, что входятъ недостаточно высоко.

Далѣе не надо смѣшать ручку съ ножкой. Послѣдняя распознается по пяткѣ и ножнымъ пальцамъ, первая — по большому пальцу руки, который можно отвести. Если ножка найдена, то захватите ее между указательнымъ и среднимъ пальцами и ориентируйтесь, та ли это ножка, которая вамъ нужна. Если приподнять ножку подошвой вверхъ и паль-

цами впередъ, то большой палецъ указываетъ на соответственную сторону; если же ножка можетъ быть обращена впередъ только пяткой, а большой палецъ, при направленной вверхъ подошвѣ, смотритъ назадъ, то большой палецъ указываетъ на противоположную сторону.

Затѣмъ слѣдуетъ выполнение второго акта поворота, наиболее опаснаго, потому что при недостаточной осторожности здѣсь можетъ наступить разрывъ матки. Наружная рука, до сихъ поръ производившая встрѣчное давленіе на мелкія части, при этомъ актѣ должна передвигать плечики и головку. Вы видите, слѣдовательно, что эта операція точно такъ же требуетъ комбинированнаго дѣйствія обѣихъ рукъ, какъ и операція Braxton-Nicks'a. Ножка по возможности медленно выводится по боковой или задней стѣнкѣ таза; отсюда только не спѣшить! Когда бедро покажется въ вульвѣ, поворотъ оконченъ.



Рис. 14. Поворотъ на ножки при черепномъ положеніи. 1-ый актъ.

Если вы производите поворотъ изъ черепнаго положенія, то вы хорошо сдѣлаете, если будете различать 3 акта:

1-й актъ: превращеніе черепнаго положенія въ поперечное;

2-й актъ: отыскиваніе ножекъ;

3-й актъ: поворотъ. При этомъ было бы ошибкой стремиться достигнуть ножекъ, не отодвигая головы.

Установленіе поперечнаго положенія производится здѣсь при помощи внутреннихъ и наружныхъ ручныхъ приемовъ такимъ образомъ, что головка отодвигается п внутренней и наружной рукой въ ту сторону, гдѣ находится спинка плода, пока она не достигнетъ сбоку крыла подвздошной кости. Иногда ножки въ этотъ моментъ уже сами падаютъ во входъ въ тазъ, и тогда приступаютъ къ 2-му и 3-му акту, какъ они описаны выше.

Если рукѣ, совершающей поворотъ, попадется по пути пуповина, то ее стараются по возможности отодвинуть въ сторону и избѣгаютъ всякаго давленія на нее.

Не всегда, однако, 1-ый актъ при поворотѣ на ножки изъ черепнаго положенія, гср. второй актъ (отыскиваніе ножекъ) совершаются такъ легко, какъ это описано выше, въ особенности если воды уже давно отошли, и опорожненная отъ водъ матка плотно сократилась вокругъ плода. Въ такомъ случаѣ оперируемой рукѣ лучше, пройдя черезъ внутренній зѣвъ, по предлежащему плечу и по груди подняться къ тазу, а отсюда къ бедру. При сильномъ искривленіи плода ножки иногда лежатъ паразитально близко къ головкѣ. Время и терпѣніе почти всегда даютъ въ концѣ концовъ возможность достигнуть какой-нибудь ножки. Если это не та, которая нужна, причѣмъ невозможно достать другую, то поворотъ совершается при помощи найденной ножки. Иногда большія, почти непреодолимая препятствія представляетъ самъ поворотъ. Остерегайтесь, однако, примѣненія слишкомъ большого насилія. Иногда повороту мѣшаетъ судорожное сокращеніе опустошенной отъ водъ матки; въ такомъ случаѣ

нужно выждать полного расслабления матки под глубоким наркозом и тогда только произвести поворот. Если захвачена не та ножка, которая нужна, то иногда другая ножка или бедро ее упирается в лоно и мѣшает совершенію поворота и низведенію ягодицъ. Въ такомъ случаѣ нужно наложить петлю на захваченную ножку и захватить вторую, послѣ чего поворотъ удастся поразительно легко.

Съ тѣхъ поръ, какъ приобрѣлъ право гражданства наркозъ, знаменитый прежде двойной ручнѣй для поворота, рекомендованный г-жей Siegemundin, имѣетъ только историческій интерес. Само собой понятно, что безъ наркоза тетанически сокращенная вокругъ плода матка допускала иной разъ поворотъ лишь послѣ того, какъ на захваченную ножку накладывалась петля и освободившаяся благодаря этому внутренняя рука энергично отодвигала плечо, въ то время какъ наружная производила тракцію за ножную петлю. Въ настоящее время эта модификація поворота производится еще только въ нѣкоторыхъ клиникахъ на фантомѣ съ учебными цѣлями.

Но бываютъ, однако, случаи, когда невозможно вообще низвести захваченную ножку и невозможно произвести поворотъ. Здѣсь остается сказать: руки прочь! Въ особенности если наружные признаки указываютъ на угрожающій разрывъ матки. Послѣ короткой паузы нужно перейти въ такихъ случаяхъ къ декапитациі или эмбриотоміи. Такое рѣшеніе облегчается большей частью тѣмъ, что ребенокъ, благодаря попыткамъ совершить трудный поворотъ, уже мертвъ.

При сильно отвисломъ животѣ, если мелкія части въ то же время обращены впередъ, поворотъ можетъ сдѣлаться труднымъ даже при максимальной гиперэкстензиі руки.

Въ такихъ рѣдкихъ случаяхъ болѣе подходящимъ является излюбленное внѣ Германіи положеніе на боку.

Роженицу кладутъ при этомъ на тотъ бокъ, который соотвѣтствуетъ ягодицамъ (при поперечномъ положеніи) или брюшной поверхности плода (продольное положеніе), а операторъ становится позади ея. Выборъ руки и ножки остается тотъ же.

По окончаніи поворота, задача акушера создать продольное положеніе окончена, и дальнѣйшее теченіе родовъ можно предоставить силамъ природы.

Понятно, что большинство акушеровъ желаютъ использовать при этомъ наркозъ и приступаютъ къ извлеченію плода, но это неправильно.

Въ общемъ я совѣтую вамъ *отдѣлать извлеченіе отъ поворота.*



Рис. 15. Поворотъ на ножки при неправильно захваченной ножкѣ.

На практикѣ это невозможно лишь въ томъ случаѣ, когда выпавшая раньше пуповина прижата ягодицами, и замедленіе сердцебіеній плода вынуждаетъ спѣшить съ извлеченіемъ. Во всякомъ случаѣ я вамъ совѣтую, по окончаніи поворота, сдѣлать перерывъ хоть на 5 минутъ, хотя бы въ интересахъ вашей уставшей руки; кромѣ того, за это время ослабляется шейка матки, иногда тетанически сокращенная подъ вліяніемъ манипулирующей руки; и во всѣхъ случаяхъ за это время успѣтъ опривиться сердцебіеніе плода, а это имѣетъ значеніе для послѣдующаго извлеченія.

Но вы все же должны оставаться дезинфицированными, чтобы имѣть возможность вмѣшаться сейчасъ же, если бы сердцебіеніе или пульсъ пуповины стали меньше 100. Если родовыя боли до того были хороши, то съ слѣдующей потугой, когда роженица просыпается отъ наркоза, ягодицы очень часто вгоняются въ половую щель, и тогда приступаютъ къ обычной помощи при ягодичномъ положеніи.

Если же родовая дѣятельность до того была плохая, и шейка матки была еще не совсѣмъ проходима, то я считаю болѣе правильнымъ—если только вѣтъ какихъ-нибудь особыхъ показаній—выжидать. Но вы примѣните въ этомъ случаѣ длительную тракцію (1—2 килогр.), чтобы давленіемъ ягодицъ на шейку рефлекторно вызвать лучшую родовую дѣятельность.

Само собой понятно, что между поворотомъ и извлеченіемъ не ждуть часами или полдня. Если длительная тракція остается безрезультатной, то при совершенно открытомъ зѣвѣ черезъ 1—2 часа послѣ поворота медленно приступаютъ къ извлеченію. Черезчуръ же послѣднее пвлеченіе всегда мститъ за себя и матери, и ребенку. Нерѣдко дурнымъ послѣдствіемъ его является сильное атоническое кровотеченіе, а также кровотеченіе отъ разрывовъ.

## ЧЕТВЕРТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Примѣненіе щипцовъ.

Какъ для хирурга ножъ, такъ для акушера щипцы считаются эмблемой его искусства. И они, дѣйствительно, представляютъ его специфическій инструментъ; тѣмъ не менѣе одностороннимъ техникомъ былъ бы тотъ, кто захотѣлъ бы видѣть все спасеніе во время родовъ только въ щипцахъ. Всегда нужно твердо помнить, что какъ ни благотѣльны послѣдствія правильнаго примѣненія щипцовъ для роженицы, примѣненіе ихъ безъ достаточныхъ показаній можетъ быть настолько же вредно.

Я могу здѣсь опустить схематическое описаніе щипцовъ, какъ это нужно для начинающихъ. Въ Германіи въ настоящее время все еще наиболѣе распространены, вѣроятно, щипцы *Naegle*, которые, несмотря на различныя видоизмѣненія, по существу остались тѣми же. Наряду съ ними цѣлесообразно пользоваться также щипцами *Tarnier* (послѣдней моделью). Я нахожу, что послѣдній инструментъ дополняетъ первый. Но если вы хотите ограничиться *одними* щипцами, то я безусловно рекомендую вамъ щипцы *Naegle*. Хорошіе щипцы должны быть цѣли-

комъ сдѣланы изъ металла, въ то время какъ раньше рукоятку приготавливали изъ дерева. Никелировка должна быть превосходная, чтобы инструментъ могъ вынести частое вывариваніе въ растворѣ соды или буры. Средніе щипцы должны имѣть 40—44 см. въ длину; тазовое искривленіе не должно быть слишкомъ мало—оно измѣняется разстояніемъ между верхушкой ложки и плоскостью, на которой лежатъ щипцы, и должно равняться 9,5—11 см. Головная кривизна также не должна быть слишкомъ мала; максимальное разстояніе ложекъ (ширина щипцовъ) должно быть не болѣе 7—8 см. При слишкомъ незначительной головной кривизнѣ головка плода страдаетъ отъ слишкомъ большого давленія щипцовъ; при слишкомъ большой—инструментъ соскальзываетъ. Верхушки ложекъ не должны находиться слишкомъ близко другъ отъ друга и должны отстоять по крайней мѣрѣ на 1 см. Хорошій инструментъ не долженъ также быть слишкомъ упругимъ. Если вы попробуете, однако, бросить одну ложку на полъ верхушкой впередъ, то она должна эластически подскочить.

Имѣть при себѣ двое щипцовъ, одни безъ, другіе съ тазовой кривизной—излишне. Если же вы хотите имѣть еще второй инструментъ, то возьмите щипцы Tarnier.

Дѣйствіе щипцовъ зависитъ прежде всего отъ тракціи, но послѣдняя не можетъ быть произведена безъ извѣстнаго давленія на головку. Искусство опытнаго акушера сказывается именно въ томъ, чтобы производить это давленіе не слишкомъ сильно, не слишкомъ слабо. Schrüder совѣтовалъ ослаблять давленіе, закладывая полотенце между рукоятками. Кромѣ того щипцы дѣйствуютъ еще на головку, какъ двуплечій рычагъ, точка опоры котораго находится въ замкѣ. Именно потому, что сила нашихъ рукъ прилагается къ болѣе короткому плечу рычага, къ рукояткѣ, мы должны остерегаться, чтобы, развивая слишкомъ большую силу, не вызвать вреднаго давленія на мозгъ.

Главный недостатокъ щипцовъ Tarnier заключается, по моему, именно въ томъ, что давленіе это не регулируется, не прекращается во время паузы, а напротивъ—такъ какъ мы вѣдь никогда не знаемъ точно поперечный размѣръ головки—до извѣстной степени произвольно опредѣляется посредствомъ винта. Для тракціи щипцы Tarnier представляютъ нѣкоторыя преимущества, благодаря особому валуку, который позволяетъ дѣйствовать обѣими руками. То обстоятельство, что рукоятка въ каждый данный моментъ указываетъ необходимое направленіе тракціи, я не ставлю такъ высоко, потому что опытный операторъ и при щипцахъ Naegle по положенію рукоятокъ видитъ, въ какомъ направленіи онъ долженъ производить тракціи. Въ рѣдкихъ случаяхъ примѣненія атипичски-высокихъ щипцовъ, въ особенности при щипцахъ Tarnier, они

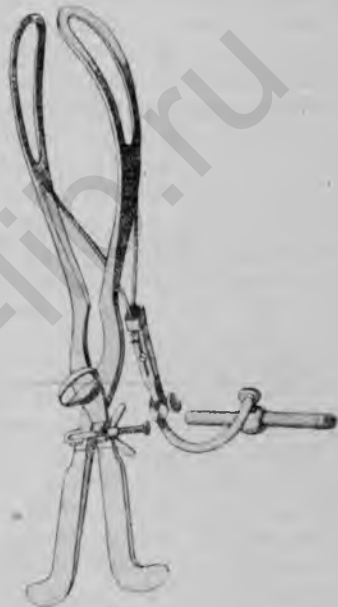


Рис. 16. Щипцы Tarnier.

являются по отношенію къ головкѣ одноплечимъ рычагомъ; а такъ какъ точка опоры—все время разумѣется перемѣщаясь—лежитъ здѣсь въ тазу, то вы должны остерегаться, чтобы слишкомъ грубымъ примѣненіемъ силы не вызвать поврежденій мягкихъ частей и таза.

Главное—при всякомъ употребленіи щипцовъ не примѣнять слишкомъ большого насилія; если же препятствія со стороны твердыхъ родовыхъ путей оказываются неожиданно большими, то лучше снять инструментъ, выждать, или, если нужно, прибѣгнуть къ какой-нибудь другой операциі. Большимъ недостаткомъ для молодыхъ врачей является то обстоятельство, что и лучшіе фантомы не могутъ замѣнить упражненій на живой женщинѣ. А потому я считаю теперь, какъ и прежде, задачей клиническаго преподавателя по возможности предоставить учащимся случай наложить первые щипцы на живой подъ его руководствомъ. Это несомнѣнно принесетъ гораздо меньше вреда, чѣмъ когда молодой врачъ накладываетъ первые свои щипцы въ частной практикѣ одинъ, причѣмъ можетъ случайно натолкнуться на тяжелый случай.

### Показанія для щипцовъ при подлежащей головкѣ.

(*Чрепныя, лицевыя, лобныя положенія*). Въ общемъ показаніемъ служить опасность для матери, или плода, требующая немедленнаго окончанія родовъ. Въ частности дѣло обыкновенно складывается такъ, что наиболѣе частымъ показаніемъ является ненормально продолжительный періодъ изгнанія, въ особенности у первородящихъ, все равно. будемъ ли мы называть это показаніе истощеніемъ или слабостью потугъ. Обыкновенно головка при этомъ слишкомъ велика или недостаточно совершила вращеніе, мягкія части неподатливы, или слишкомъ узки, а потуги недостаточны для окончанія родовъ. Опасность для роженицы заключается въ чрезмѣрномъ и слишкомъ долго продолжающемся растяженіи мягкихъ частей, что сказывается въ начинающейся резорпціонной лихорадкѣ. Это только игра словъ, когда говорятъ, что при слабости потугъ нельзя накладывать щипцы, потому что она продолжается тогда въ періодѣ отдѣленія послѣда, но что при истощеніи это, напротивъ, дозволено. Слабость потугъ ведетъ къ истощенію, и если въ періодѣ изгнанія ждать слишкомъ долго, то тонусъ уже переутомленной маточной мышцы послѣ не улучшается. Правильно примѣненные щипцы отнюдь не представляютъ кроваваго инструмента, какъ называлъ ихъ M ü n c h n e u e r. Кровавыми они становятся лишь въ томъ случаѣ, когда, вслѣдствіе неправильнаго употребленія ихъ, наступаютъ болѣе или менѣе значительные разрывы влагалища и шейки, или потому, что иногда—не всегда—за примѣненіемъ щипцовъ слѣдуетъ атоническое кровотеченіе, обусловленное продолжающейся слабостью потугъ, вынудившей прибѣгнуть къ щипцамъ.

Въ общемъ я противъ того, чтобы установить извѣстную продолжительность періода изгнанія, по истеченіи котораго показано примѣненіе щипцовъ. Въ большинствѣ случаевъ достаточно 3-5 часовъ періода изгнанія, чтобы истощить роженицу; изрѣдка нужно ждать 4-6 часовъ. Затѣмъ показаніями для щипцовъ служатъ кровотеченія во время родовъ, опасныя для матери и плода, эклампсія, болѣзни сердца, легкихъ и почекъ.

Противопоказаны шипцы при узком тазѣ; противъ этого положенія грѣшатъ всего чаще (см. ниже).

Показаніями со стороны ребенка всего чаще бываетъ замедленіе, а потомъ учащеніе сердцебіенія, вообще неправильность его, сопровождающаяся часто отхожденіемъ меконія, которое само по себѣ не является еще показаніемъ.

Вліяніе на сердечную дѣятельность плода обыкновенно центральное вслѣдствіе раздраженія, а потомъ паралича центра блуждающаго нерва, обусловленнаго недостаткомъ кислорода. Всего чаще опасность эта возникаетъ, когда головка долго продолжаетъ стоять въ половой щели. Въ другихъ случаяхъ на замедленіе пульса непосредственно дѣйствуетъ мозговое давленіе, напр., при вступленіи головки въ узкій тазъ. Затѣмъ поводъ для наложенія шипцовъ подають еще прижатіе выпавшей пуговины, преждевременное отдѣленіе послѣда, отравленіе плода при эклампсїи, подъ влияніемъ морфія, хлороформа и пр.

Никогда не упускайте, однако, изъ виду, м. г., что при всякомъ несомнѣнномъ, повидимому, показаніи для шипцовъ необходимо еще тщательно изслѣдовать, имѣются ли также необходимыя для этого предпосылки.

1) Условіе, что предварительно долженъ лопнуть пузырь, понятно само собой. Въ большинствѣ случаевъ это имѣетъ мѣсто уже гораздо раньше. Рѣже (кровотеченіе, эклампсія) приходится прорвать пузырь, чтобы имѣть возможность наложить шипцы.

2) Важнѣе 2-ое условіе, что головка должна стоять плотно въ тазу, если возможно—на днѣ таза. Во всякомъ случаѣ она должна установиться въ тазу по крайней мѣрѣ  $\frac{2}{3}$  своей окружности такъ, чтобы проводная точка достигла линіи соединенія остей. Всего труднѣе распознать, осуществлено ли именно это условіе. При узкомъ тазѣ легко сдѣлать ошибку въ особенности, если сильная головная опухоль симулируетъ глубокое стояніе головки.

3) Вращеніе головки должно быть уже совершено, т. е. при черепномъ положеніи стрѣловидный шовъ долженъ уже стоять въ прямомъ (или по крайней мѣрѣ въ косомъ) размѣрѣ таза; при лицевыхъ положеніяхъ въ прямомъ размѣрѣ таза должна стоять лицевая линія. Если стрѣловидный шовъ (лицевая линія) стоитъ еще въ поперечномъ размѣрѣ таза, то вы можете приступить къ наложенію шипцовъ только при не терпящей отлагательства опасности для жизни матери или плода. Цѣлесообразнѣе въ такихъ случаяхъ предварительно сдѣлать попытку вращенія туловища и головы по моему способу (см. ниже). Къ этому условію вы должны относиться въ высшей степени серьезно, потому что шипцы хорошо лежать на головкѣ только въ томъ случаѣ, когда ихъ поперечный размѣръ соответствуетъ биаріетальному размѣру головки.

4) Маточный зѣвъ долженъ быть совершенно открытъ, край его долженъ сгладиться, поднявшись сзади за головку. И отъ этого правила также можно отступать только въ томъ случаѣ, когда грозитъ опасность для жизни. Или же—если оставшійся край невеликъ—растяните маточный зѣвъ оперирующей рукой или сдѣлайте боковые иногда множественные разрѣзы маточной шейки въ  $\frac{1}{2}$ —1 см. глубины длинными Соорег'овскими ножницами или метротомомъ. Если же шейка еще настолько мало сглажена, что простого разрѣза нижней влагалищной части недостаточно,



to hysterotomia anterior заслуживает предпочтенія передъ такъ называемыми глубокими инцизиями Dührssen'a (см. главу „Hysterotomia vaginalis anterior“).

### Производство операці наложенія щипцовъ.

Дезинфекція наружныхъ половыхъ частей и влагалища, какъ указано въ первой лекціи, защита задняго прохода стерильнымъ полотенцемъ на резиновой подкладкѣ, которое иглами или тонкими крючечками прикрѣпляется къ кожѣ. Дезинфекція вашихъ рукъ и инструментовъ по указаному выше способу. Я совѣтую вамъ накладывать щипцы и извлекать при спинно-ягодичномъ положеніи роженицы на поперечной постели, и если есть хоть какая-нибудь возможность, примѣнять наркозъ, но крайней мѣрѣ, во время извлечения. Положеніе на боку, которое рекомендовали прежде и которое примѣняется съ цѣлью шадить роженицу, въ особенности въ Англіи, положительно не имѣетъ никакихъ преимуществъ. Принимая во вниманіе устройство щипцовъ, всегда нужно вводить раньше лѣвую ложку. Я не видалъ ни одного случая, въ которомъ введеніе раньше правой ложки имѣло бы какія-нибудь преимущества; неизбѣжное при этомъ перекрещиваніе ложекъ во всякомъ случаѣ скорѣе невыгодно. А потому остается правиломъ: сначала вводить лѣвую ложку лѣвой рукой, потомъ правую — правой рукой; вогнутость щипцовъ всегда должна быть при этомъ обращена къ лону.

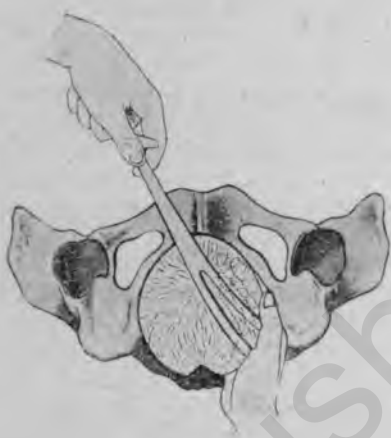


Рис. 17. Введеніе лѣвой ложки.

При глубоко стоящей головкѣ опытный акушеръ можетъ рискнуть ввести ложку безъ проводной руки. Но всегда лучше воспользоваться другой рукой, какъ проводной, всего лучше — четырьмя пальцами; при совсѣмъ низко стоящей головкѣ и узкомъ половомъ проходѣ — двумя; при атипическихъ шипцахъ въ видѣ исключенія примѣняютъ съ этой цѣлью всю руку.

Разсмотримъ сначала простѣйшій случай, когда головка хорошо ротируется и стоитъ глубоко. Лѣвой рукой вы какъ можно больше раздвигаете половую щель, а правой медленно входите во влагалище и, плотно прилегая рукой къ головкѣ, подымаетесь, какъ можно выше, такъ, чтобы еще пясть руки наполовину вошла во влагалище. Обыкновенно дѣлаютъ ту ошибку, что недостаточно высоко вводятъ проводную руку. Главная задача послѣдней въ томъ, чтобы помочь не задѣвать складокъ кожи на головкѣ, стѣнокъ влагалища маточнаго зѣва и пуповины. Рукоятку я совѣтую вамъ захватить такъ, какъ учили Wigan-d-Credé, т. е. сверху такъ, чтобы указательный палецъ лежалъ на крючкѣ щипцовъ, большой палецъ — снизу, а три остальныхъ — сверху на рукояткѣ. Мнѣніе, будто при этомъ легче развить грубую силу, не вѣрно. При такомъ способѣ рукоятку держишь въ рукѣ гораздо увѣреннѣе, чѣмъ когда захватываешь ее, какъ писчее перо. Замѣйте себѣ, что при введеніи

ложекъ какъ головную, такъ и тазовую кривизну щипцовъ нужно преодолѣть при помощи верхушки ихъ—сначала больше первую, а къ концу послѣднюю—и что чѣмъ лучше вы сумѣете соединить обѣ эти кривизны въ одну кривую линію, тѣмъ изящнѣе будетъ введеніе щипцовъ. Для этой цѣли вы въ моментъ введенія держите ложку вертикально къ вульвѣ, а по мѣрѣ того, какъ верхушка ложки охватываетъ головку, вы ее медленно опускайте. Когда верхушка ложки достигла верхушки пальцевъ, рукоятка снаружи стоитъ уже горизонтально. Вслѣдъ за этимъ—нѣсколько быстрое опусканіе ложки и приближеніе къ средней линіи, и только когда ложка лежитъ уже хорошо, можно вывести проводную руку. Послѣ того погружаютъ руки въ растворъ лизола и, перемѣнивъ руки, вводятъ правую ложку. Проводная рука не должна слишкомъ сильно давить на рукоятку. Введеніе облегчается вращеніемъ туловища къ лѣвой сторонѣ роженицы. Когда обѣ ложки наложены, каждая рука беретъ свою рукоятку щипцовъ, большимъ пальцемъ поверхъ, слегка нажимаетъ на рукоятки внизъ и приближаетъ выемку правой части замка къ втулкѣ лѣвой, пока одна не ляжетъ плотно въ другую. Тогда щипцы замкнуты.

Затѣмъ слѣдуетъ *пробный осмотръ*. Одна рука, растопыривъ пальцы, захватываетъ область замка, чтобы щипцы не подскакивали, а другая провѣряетъ, ровно ли прилегаютъ края къ головкѣ, выполнены ли отверстія ложекъ, и не захвачены ли щипцами мягкія части. Въ то же время можно попробовать сдѣлать одной рукой легкое влеченіе, но не для того, чтобы убѣдиться, слѣдуетъ ли за нимъ головка, а чтобы знать, держатся ли на головкѣ щипцы. Примѣняемая иными акушерами такъ называемая пробная тракція не даетъ вообще возможности судить, послѣдуетъ ли головка за тракціями или нѣтъ.

Для извлеченія одна рука остается съ растопыренными пальцами на замкѣ, а другая захватываетъ рукоятки сверху, предварительно обернувъ ихъ и заложивъ между ними стерильное полотенце. Очень легкіе случаи могутъ быть закончены простой тракціей, и дѣйствіе заключается здѣсь въ простомъ выведеніи головки изъ половой щели.

Въ болѣе трудныхъ случаяхъ неизбѣжны такъ называемыя качательныя или маятникообразныя движенія. Если малый родничекъ обращенъ впередъ и влѣво, то движенія эти производятся слѣва (отъ матери) направо; если малый родничекъ обращенъ впередъ и вправо, движенія производятся въ обратномъ направленіи. Помните только всегда, что чрезмѣрное качаніе причиняетъ сильныя ушибы мягкихъ частей, и что при сильныхъ маятникообразныхъ движеніяхъ вы теряете въ силѣ влеченія.

Чѣмъ болѣе подвигается впередъ головка съ щипцами и чѣмъ



Рис. 18. Замыканіе щипцовъ.

больше давить на промежность, тѣмъ больше вы должны постепенно приподымать рукоятки и осторожно направлять головку вверхъ. Если головка вставляется болѣе значительнымъ размѣромъ, требуется еще большая осторожность. Снять въ этотъ моментъ щипцы и выводить головку одними ручными приемами я считаю большой ошибкой; щипцы именно представляютъ превосходное средство для выведенія головки по правильному уклону, для того, чтобы въ достаточной степени протолкнуть затылокъ подъ лоно. Ребра щипцовъ почти не занимаютъ мѣста рядомъ съ головкой, они, слѣдовательно, не вызываютъ замѣтнаго увеличенія размѣра головки. Если при наложеніи щипцовъ легче обыкновеннаго происходитъ разрывъ промежности, то это объясняется большей частью тѣмъ, что головка извлекается слишкомъ быстро, и огъ этого вы просто должны отучиться. Именно, съ щипцами въ рукахъ вы должны удерживать головку, если она выступаетъ слишкомъ быстро. Кромѣ того, легкими боковыми движеніями рукоятокъ вправо и влѣво можно придать головкѣ такое положеніе, чтобы она прорѣзывалась меньшей окружностью, чѣмъ *suboccipito-frontalis*.

При этомъ я охотно прибѣгаю къ ручному промежностному приему— не къ способу *Ritgen* воздѣйствія черезъ прямую кишку, не отвѣчающему нашему теперешнему асептическому методу, а къ выжиманію лба, верхней и нижней челюсти четырьмя пальцами со стороны задней части промежности.

Когда головка родилась, щипцы осторожно снимаютъ, ожидаютъ новой потуги и тогда извлекаютъ туловище.

Не всегда введеніе щипцовъ совершается такъ гладко. При введеніи второй вѣтви часто встрѣчаются затрудненія, потому что оператору не всегда удается привести вторую рукоятку въ одну плоскость съ первой. Иной разъ при этомъ помогаетъ, если сильно оттянуть рукоятки внизъ и нѣсколько опустить вторую ложку.

Въ общемъ положеніе второй ложки должно, конечно, сообразоваться съ положеніемъ первой. Если замыканіе щипцовъ не удастся, потому что вторая ложка слишкомъ подскочила, то ее нужно ввести вторично.

Второе неприятное осложненіе бываетъ, если щипцы недостаточно охватили головку, т. е. не по самой большой его окружности. Тогда они во время тракціи постепенно соскальзываютъ съ головки то просто внизъ, то болѣе впередъ, или назадъ. Вы замѣчаете это по тому, что при тракціи слѣдуютъ щипцы, но не головка, и что ошутимая часть окошка ложекъ все увеличивается. Какъ только вы замѣтите, что грозитъ соскальзываніе щипцовъ, вы должны ихъ снять и наложить лучше.

Если соскальзываніе своевременно не замѣчено, то соскочившая ложка щипцовъ можетъ причинить тяжелые разрывы влагалища и промежности.

### Щипцы при затылочныхъ положеніяхъ.

Простѣйшій случай тотъ, когда головка стоитъ на днѣ таза, а стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ его. Тогда щипцы накладываются, какъ описано выше, въ поперечномъ размѣрѣ таза, потому что прямой размѣръ головки и поперечный размѣръ щипцовъ всегда должны быть другъ къ другу перпендикулярны.

Но мы часто бываемъ вынуждены, въ особенности у первородящихъ, примѣнять щипцы, когда стрѣловидный шовъ еще стоитъ въ косомъ размѣрѣ таза. Тогда я совѣтую вамъ накладывать щипцы въ размѣрѣ таза, противоположномъ направленію стрѣловиднаго шва. т. е. во второмъ косомъ размѣрѣ, когда стрѣловидный шовъ находится въ первомъ. Проводная рука для лѣвой ложки (правая) входитъ тогда во влагалище позади головки, подымаясь вверхъ впереди крестцово-подвздошнаго соединенія, а лѣвая ложка продвигается сзади вверхъ. Но лѣвая рука, какъ проводная, можетъ быть введена съ удобствомъ только соответственно поперечному размѣру таза, и правая ложка щипцовъ до тѣхъ поръ вводится въ поперечномъ размѣрѣ, пока верхушка ея не достигнетъ верхушекъ пальцевъ. Тогда вы, нажимая на крючекъ щипцовъ, передвиньте рукоятку въ косой размѣрѣ, толкая въ то же время ложку впередъ и сильно опуская рукоятку (перемѣшеніе второй ложки). Когда обѣ рукоятки, наконецъ, параллельны, вы можете замкнуть щипцы. При такомъ введеніи вѣтвей въ косомъ размѣрѣ, головка—если она не выполняетъ всего таза—легко можетъ сдвинуться, такъ что стрѣловидный шовъ изъ косога перемѣщается въ поперечный, или даже во второй косой размѣрѣ. Можетъ, слѣдовательно, случиться, что вы будете думать, что оперируете въ затылочномъ положеніи, а въ дѣйствительности уже имѣется положеніе темянное. Поэтому вы должны поставить себѣ за правило, каждый разъ послѣ наложенія щипцовъ провѣрять положеніе швовъ и родничковъ.

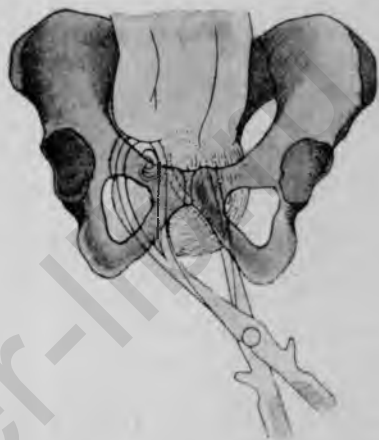


Рис. 19. Щипцы при косомъ положеніи стрѣловиднаго шва.

### Глубокое поперечное стояніе головки.

Когда стрѣловидный шовъ стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, щипцы собственно слѣдовало бы наложить въ прямомъ его размѣрѣ. Но эта невозможно въ силу механическихъ причинъ; щипцы должны быть здѣсь наложены въ косомъ размѣрѣ. У начинающихъ мнѣ часто приходилось при этомъ наталкиваться на сомнѣнія: какъ накладывать щипцы. Они разсуждаютъ просто: при первомъ видѣ затылочнаго положенія стрѣловидный шовъ потомъ будетъ стоять въ первомъ косомъ размѣрѣ, а потому щипцы нужно накладывать во второмъ косомъ, и наоборотъ—при второмъ черепномъ положеніи. Но щипцы при поперечномъ стояніи головки очень плохо захватываютъ головку, легче причиняютъ поврежденія и легче соскальзываютъ. Въ особенности къ этому послѣднему осложненію вы всегда должны быть готовы. Если головка слѣдуетъ за щипцами, то вы послѣ нѣсколькихъ тракцій расслабляете щипцы, и тогда часто оказывается, что она совершила правильный поворотъ, установившись стрѣловиднымъ швомъ въ надлежащій косой размѣрѣ.

Но я убѣдился, что практичнѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда стрѣловидный шовъ стоитъ въ поперечномъ или, по крайней мѣрѣ, въ косомъ размѣрѣ, прежде попытаться произвести по моему способу ручное вращеніе туловища и головки плода, а потомъ уже только приступить къ наложенію щипцовъ. Какъ наложеніе щипцовъ, такъ и извлеченіе совершаются тогда гораздо легче.

При высокомъ стояніи головки стрѣловидный шовъ почти всегда еще стоитъ поперечно. Выше я изложилъ вамъ, при какихъ обстоятельствахъ вы можете отступить отъ условій типичныхъ щипцовъ и рискнуть на атипическіе щипцы. Никогда не забывайте, однако, что это только попытка и что если она не удастся, то щипцы могутъ быть замѣнены другими мѣрами. И здѣсь также можетъ оказаться целесообразнымъ совершить поворотъ головки по крайней мѣрѣ въ косой размѣрѣ и снаружи или изнутри фиксировать ее въ такомъ положеніи до наложенія щипцовъ.

При высокомъ стояніи головки во многихъ случаяхъ заслуживаютъ предпочтенія щипцы Tarnier.

### Щипцы при темянномъ положеніи.

Темянное положеніе представляетъ затрудненіе уже и при обыкновенныхъ родахъ, потому что головка тогда вставляется на 2—3 см. бѣльшимъ лобно-темяннымъ сегментомъ; кромѣ того, головка выкатывается тогда

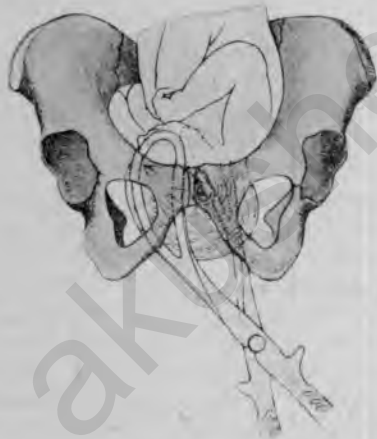


Рис. 20. Щипцы при поперечномъ стояніи головки.

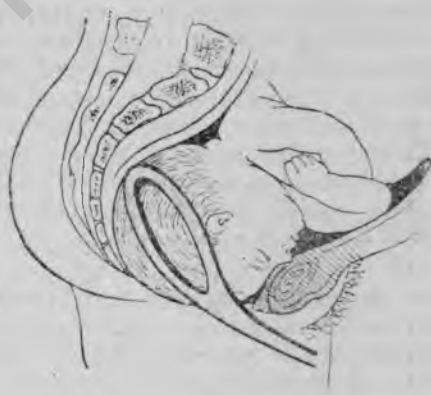


Рис. 21. Щипцы при темянномъ положеніи.

по задней стѣнкѣ влагалища и промежности болѣе значительнымъ бипаритетальнымъ діаметромъ и—въ противоположность тому, что бываетъ при затылочныхъ положеніяхъ—подвигается впередъ и прорѣзывается не въ состояніи сгибанія, а разгибанія, и при сильно согнутомъ положеніи плода. Уже при обыкновенныхъ родахъ это затрудняетъ дѣло, и легче наступаютъ разрывы промежности; совершенно то же самое бываетъ и при щипцахъ. Щипцы при темянномъ положеніи у первородящихъ

на практикѣ большей частью ведутъ къ разрыву промежности, верѣе даже къ полному. Вы можете этого избѣжать, м. г., если при темянномъ положеніи будете по возможности дольше выжидать и накладывать щипцы только при вѣтрящихъ отлагательства обстоятельствахъ.

Затѣмъ я во всѣхъ случаяхъ дѣлаю предварительно попытку ручнымъ способомъ превратить темянное положеніе въ затылочное, чтобы наложить щипцы при болѣе благоприятныхъ условіяхъ. Если это не удастся, то накладывайте при 1-мъ темянномъ положеніи (стрѣловидный шовъ во 2-мъ косомъ размѣрѣ) въ 1-мъ косомъ размѣрѣ таза, а при второмъ—наоборотъ. Если же стрѣловидный шовъ стоитъ уже въ прямомъ размѣрѣ, тогда щипцы накладываются, конечно, въ поперечномъ.

Первая половина извлеченія всегда представляетъ трудности, пока лобъ стоитъ подъ лонной дугой; здѣсь нужно внимательно слѣдить и своевременно, но медленно выводить затылокъ по промежности вверхъ. Если вы этого не сдѣлаете, то запирающая мышца часто разрывается раньше, чѣмъ вы вообще успѣете подумать о приподнятій щипцовъ.

### Щипцы при лицевомъ и лобномъ положеніяхъ.

При лицевыхъ положеніяхъ я не очень сочувствую ручному превращенію ихъ въ затылочные. Если личико еще стоитъ высоко и подвижно и легко допускаетъ превращеніе, то и головка обыкновенно легко проходитъ въ лицевомъ положеніи. Въ большинствѣ случаевъ роды совершаются при лицевыхъ положеніяхъ силами природы, а потому предписаніе новаго прусскаго учебника для акушерокъ обязательно приглашать при каждомъ лицевомъ положеніи врача, абсолютно излишне; это только возбуждаетъ операционный зудъ. Если же головка стоитъ въ лицевомъ положеніи глубоко въ тазу, то вращеніе часто не удается.

Такъ какъ головка при лицевыхъ положеніяхъ можетъ родиться только въ томъ случаѣ, если подбородокъ обращенъ впередъ или въ сторону, то оперировать слѣдуетъ только при такихъ положеніяхъ. И здѣсь также нужно по возможности выжидать и оперировать только при строгомъ показаніи. Если длинникъ лица стоитъ въ прямомъ размѣрѣ, то накладывайте щипцы въ поперечномъ; если въ косомъ—то щипцы накладываются въ противоположномъ косомъ размѣрѣ. Здѣсь приложимо сказанное о темянныхъ положеніяхъ. Функционирующій здѣсь сегментъ—*planum submentoparietale*—даже еще больше, а выступающій по промежности затылокъ угрожаетъ ея цѣлости еще въ большей степени. Если подбородокъ продолжаетъ быть обращеннымъ назадъ, то вмѣсто того, чтобы два раза накладывать щипцы, какъ совѣтуетъ Scanzoni, я предпочитаю сначала произвести вращеніе туловища и головки рукой



Рис. 22. Щипцы при лицевомъ положеніи.

пока подбородокъ не повернется впередъ, а потомъ уже накладывать щипцы.

При лобныхъ положеніяхъ слѣдуетъ по возможности избѣгать щипцовъ, такъ какъ они плохо прилаживаются къ черепу, вставляющемуся въ лобномъ положеніи, и легко соскальзываютъ. Я всегда раньше пробую произвести ручнымъ способомъ превращеніе въ затылочное положеніе или лицевое, что легче удается.

Въ общемъ щипцы здѣсь накладываются, какъ при темянныхъ положеніяхъ. Въ одномъ случаѣ такого рода я недавно извелъ подбородокъ; но такъ какъ онъ все снова ускользалъ вверхъ, то я пальцемъ, введеннымъ въ ротъ, фиксировалъ челюсть, пока были наложены щипцы, и можно было приступить къ извлеченію.

### Наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку.

Еще 30 лѣтъ тому назадъ щипцы на послѣдующую головку были въ такомъ большомъ употребленіи, что молодой врачъ совершалъ при первомъ испытаніи большую ошибку, если онъ при ягодичномъ положеніи и поворотѣ на ножки не приготовлялъ предусмотрительно щипцовъ. Благодаря тому, что G. v. Veit снова ввелъ пріемъ Mauriceau-Smellie, наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку было вытѣснено и, быть можетъ, не совсѣмъ справедливо.

Выше я уже указалъ, что, какъ рѣдкое показаніе для этой операціи, я могу допустить ригидность шейки, если она такъ плотно охватываетъ головку, что пальцы не могутъ проникнуть достаточно высоко. Вы поручаете родившееся туловище ассистенту или акушеркѣ, чтобы они держали его почти вертикально къ животу роженицы такимъ образомъ, чтобы верхнія и нижнія конечности плода не мѣшали вамъ. Стрѣловидный шовъ всегда, пожалуй, долженъ считаться стоящимъ въ косомъ размѣрѣ, и тогда вы накладываете щипцы въ противоположномъ косомъ; если же онъ стоитъ въ прямомъ размѣрѣ, тогда щипцы накладываются въ поперечномъ. Слѣдите только хорошенько при тракціи внизъ. Какъ только головка прошла костныя препятствія или препятствія со стороны мягкихъ частей, она съ силой опускается на дно таза, и если вы тогда не подымете своевременно затылка вверхъ, то вы и здѣсь причините разрывъ промежности. Если попытка наложить щипцы не удастся, а ребенокъ уже умеръ, то перейдите къ перфораци.

### Примѣненіе щипцовъ Tarnier.

Если разсмотрѣть направленіе тракціи при обыкновенныхъ Nägele'sкихъ щипцахъ (рис. 23), то сейчасъ же становится ясно, что мы тянемъ этими щипцами не по направленію оси таза (AA), по которой должна быть передвинута впередъ головка, а что направленіе тракціи значительно отклоняется впередъ. Такимъ образомъ, значительная часть силы тракціи пропадаетъ даромъ, переходя въ давленіе на переднюю и заднюю стѣнки таза. Изъ прилагаемаго рисунка видно, что намъ слѣдовало бы направлять головку по линіи AA, въ дѣйствительности же, благодаря давленію на переднюю и заднюю стѣнки таза, извѣстная часть силы тракціи теряется, и мы тянемъ по закону параллелограмма силу по напра-

влению *Z. Tarnier* правильно понял этот недостаток и старался исправить его своими щипцами, влекущими по оси таза. Нельзя не согласиться с теоретическими положениями *Tarnier* и с его практическими выводами из них, но это еще не значитъ признать всѣ его утверждения относительно его щипцовъ. Рис. 16 показываетъ послѣднюю модель щипцовъ *Tarnier*. Это большіе, длинныя, французскаго типа щипцы *Levret* съ особымъ винтомъ ниже шейки для сжатія головки и еще съ другимъ винтомъ для удерживанія вмѣстѣ рукоятокъ. Но существенное въ этихъ щипцахъ—особый аппаратъ для тракціи, который придѣланъ на шарнирахъ къ выпуклому нижнему краю окошекъ. Онъ состоитъ изъ двухъ ножекъ для тракціи, которые могутъ быть ввинчены въ нарѣзку, связанную съ особой рукояткой, снабженной промежуточной кривизной. Наложеніе щипцовъ совершается обычнымъ образомъ. Послѣ замыканія ихъ, ложки фиксируются на головкѣ при помощи винта. Но это именно и есть подозрительный пунктъ въ инструментѣ, такъ какъ совершенно невозможно съ увѣренностью хоть сколько нибудь измѣрить силу производимаго давленія. Послѣ наложенія щипцовъ ножки для тракціи вывинчиваются изъ рукоятокъ щипцовъ и за нихъ тянутъ посредствомъ особой поперечной рукоятки.

Что при помощи щипцовъ *Tarnier* скорѣе можно производить тракцію по направленію оси таза, вполне можно допустить. Но если *Tarnier* утверждаетъ, что обыкновенныя щипцы лишаютъ головку ея подвижности, то этотъ недостатокъ скорѣе можетъ быть вѣнненъ въ вину именно его щипцамъ, потому что головка вѣдь у него плотно завинчивается въ щипцахъ.

Не могу я также согласиться и съ тѣмъ, что въ щипцахъ *Nägele* остается неизвѣстнымъ направленіе тракціи—я говорю объ опытномъ акушерѣ. Если во время паузы между потугами оставить рукоятки, то онѣ всегда указываютъ направленіе, въ которомъ должна производиться тракція. Но при щипцахъ *Tarnier*, конечно, легче опредѣлить направленіе тракціи, въ особенности начинающему, если придерживаться правила, что ножки для тракціи всегда должны отстоять отъ рукоятокъ на разстояніи 1-го стм.

На основаніи богатаго опыта я долженъ признать за щипцами *Tarnier* то преимущество, что ими работаешь съ меньшей потерей силы, потому что можно больше слѣдовать оси таза, и что при этомъ безъ вреда можно развить большую силу, такъ какъ можно пользоваться для тракціи обѣими руками: сжимающій винтъ исполняетъ здѣсь ту работу, которую обыкновенно дѣлаетъ рука, сжимающая рукоятки. Тѣмъ не менѣе я никогда не получалъ такого впечатлѣнія, что невозможно достигнуть того же при помощи щипцовъ *Nägele*. Кромѣ того, всегда

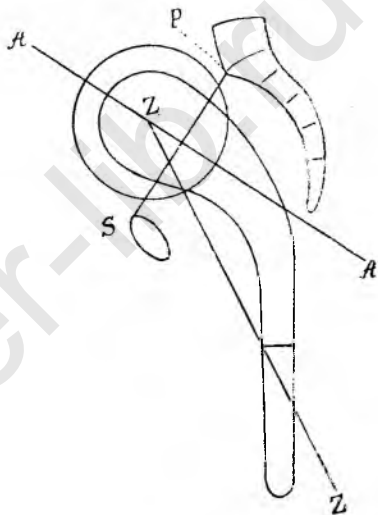


Рис. 23. Схема направленія тракціи.



нужно имѣть въ виду, что при употребленіи щипцовъ Tarnier грозитъ тѣ же опасности, что и при щипцахъ Nägele, именно: соскальзываніе щипцовъ въ вертикальномъ и горизонтальномъ направленіяхъ, разрывы шейки, влагалища и промежности. Предложеніе, во избѣжаніе этихъ разрывовъ, снимать щипцы, когда головка достигла дна таза, и выводить ее при помощи ручного приѣма выжиманіемъ черезъ заднюю промежность или наложенными вновь щипцами Nägele я совѣтую отвергнуть; нужно только установить ножки для тракціи и вывести головку ручными приѣмами.

Отсюда слѣдуетъ, что я ставлю для наложенія щипцовъ Tarnier тѣ же показанія, какъ и для щипцовъ Nägele. И они точно также всегда должны быть наложены въ размѣръ таза, перпендикулярномъ тому, въ которомъ стоитъ стрѣловидный шовъ. Если головка опустилась глубже, то и здѣсь также нужно разжать замокъ, а иногда также наново наложить ложки щипцовъ.

Наложеніе совершается такимъ образомъ, что ножки для тракціи въ это время привинчены къ соответственной ложкѣ щипцовъ. Когда ложки лежатъ правильно, ножки вывинчиваются и соединяются съ аппаратомъ для тракціи. Если головка стоитъ глубоко въ тазу, и нужно вывести ее черезъ половую щель, то лучше отказаться отъ тракціи при помощи аппарата и вывести головку при помощи ручныхъ приѣмовъ.

Если наложеніе щипцовъ не удастся, потому что они повторно соскальзываютъ, то нужно отказаться отъ нихъ—какъ и при употребленіи инструмента Nägele—и перейти къ перфорациі.

## ПЯТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Операціи, уменьшающія объемъ плода.

#### *Перфорация, краниокластия, кефалотрипсиа.*

М. г. Операціи, имѣющія цѣлью уменьшеніе головки плода, весьма древняго происхожденія. Въ то время, когда щипцы еще были неизвѣстны, а поворотъ на ножки былъ въ теченіе вѣковъ забытъ, во всѣхъ случаяхъ затянувшихся родовъ, когда ихъ нужно было окончить въ интересахъ матери, не было другого средства, какъ прободеніе головки и извлеченіе послѣ уменьшенія ея. Соответственно сказанному, инструменты для прободенія головки, ножницы, ножи и т. п. очень стары и многочисленны. Прежде послѣ уменьшенія головки приходилось ждать окончанія родовъ, или же головку извлекали пальцами, костными щипцами и т. п. Но вопросъ объ окончаніи родовъ послѣ прободенія вступилъ въ новый фазисъ, когда Baudelocque въ 1829 г. предложилъ свой инструментъ для раздробленія головки, который послѣ достиженія этой цѣли могъ служить также и для извлеченія.

Впослѣдствіи сюда прибавился еще краниокласть Simpson'a, улучшенный С. Braun'омъ, за которымъ послѣдовали еще болѣе сложные инструменты Anvard'a, Zweifel'я, мой и др.

Въ настоящее время акушеръ, слѣдовательно, не можетъ довольствоваться однимъ прободеніемъ, а всегда сейчасъ же производитъ тѣмъ или инымъ инструментомъ и извлечение.

### І. Перфорация.

Перфорация имѣетъ цѣлью пробуриваніе дѣтскаго черепа, чтобы удаленіемъ мозга и крови въ достаточной степени уменьшить его.

*Показаніе для перфорации* ясно, когда ребенокъ мертвъ, интересы матери требуютъ окончанія родовъ, въ то же время головка еще не стоитъ стрѣловиднымъ швомъ въ прямомъ размѣрѣ таза, т. е. не подготовлена для щипцовъ (*zangenrecht*), а произвести поворотъ уже поздно.

Гораздо труднѣе установить показаніе въ томъ случаѣ, если интересы матери требуютъ окончанія родовъ при живомъ еще плодѣ, а щипцы и поворотъ противопоказаны. Считаясь съ существующимъ показаніемъ, прежде легко приносили жизнь ребенка въ жертву матери и приступали къ прободенію. Противъ этого показанія возникла, однако, начатая *Pinnard*омъ очень сильная оппозиція, къ которой въ Германіи присоединились и юристы.

Въ настоящее время акушеръ имѣетъ средство избѣжать этой дилеммы, а именно, симфизеотомію и пубіотомію. Я долженъ, однако, подчеркнуть, м. г., что на практикѣ вамъ пока невозможно будетъ обойтись безъ прободенія на живомъ или умирающемъ плодѣ. Это признаетъ и *Krönig*, который интересы матери ставить гораздо выше, чѣмъ многіе другіе акушеры, а профилактической поворотъ и искусственные преждевременные роды отрицаетъ, какъ не улучшающіе шансовъ плода.

Во всякомъ случаѣ не имѣетъ смысла при всѣхъ обстоятельствахъ во вредъ матери принципиально выжидать, пока плодъ будетъ мертвъ. Большею частью дѣло идетъ о пространственномъ несоотвѣтствіи, вызванномъ суженіемъ таза, рѣже объ эклампси, угрожающемъ разрывѣ матки, лихорадкѣ *in partu*. Если роды невозможно окончить въ такомъ случаѣ атипическими щипцами, а состояніе матери настоятельно требуетъ ихъ окончанія, то вамъ придется на практикѣ перфорировать, и вы не имѣете права дожидаться, пока замретъ сердцебіеніе плода. Даже и клиницистъ — если существуетъ вѣроятность зараженія полости матки — не станетъ производить ни расширяющихъ тазъ операций, ни относительнаго кесарскаго сѣченія.

Предварительныя условія для прободенія гораздо проще, чѣмъ при щипцахъ. Предлежащая головка должна быть достижима со стороны таза, а маточный зѣвъ долженъ быть проходимъ, по крайней мѣрѣ, для одного пальца. При такомъ узкомъ зѣвѣ вы, конечно, не будете немедленно за прободеніемъ извлекать. Удобнѣе, разумѣется, производить операцію, когда маточный зѣвъ достигъ величины пятифранковой монеты или небольшой ладони. Пузырь обязательно долженъ лопнуть. Вы кладете женщину на поперечную кровать. При этой несимпатичной для роженицы операціи желателенъ, конечно, наркозъ и, если только возможно, опытный ассистентъ-врачъ.

Какъ инструментъ для прободенія, я рекомендую большей частью нѣсколько удлиненныя, слегка искривленныя по поверхности ножницы *Leugé*t. Они всегда даютъ возможность найти какой-нибудь шовъ.

Въ случаѣ надобности, ножницы эти прободаютъ и кость. При помощи ножницъ Levret'a, рѣжущихъ, какъ угодно далеко наружу, гораздо легче сдѣлать достаточной величины отверстіе, чѣмъ ножницами Nägele, приспособленными только для отверстія определенной величины.

Среди трепановъ наиболѣе извѣстны: Kiwisch-Leissnig'a, Martin'a (рис. 25), рѣжущій трепанъ Guyon'a и, наконецъ, снабженный тазовой кривизной трепанъ С. Braun'a. Трепаны имѣютъ тотъ недостатокъ, что при сильной головной опухоли трудно проникнуть ими въ толщу, и потому они обнаруживаютъ извѣстную наклонность къ соскальзыванію. Эти инструменты также гораздо дороже, и ихъ труднѣе содержать асептически, чѣмъ ножницы. Въ теченіе 30-лѣтней практики я всегда обходился ножницами, какъ инструментомъ для прободенія.



Рис. 24. Ножницы Levret'a для прободенія.



Рис. 25. Трепанъ по Martin'y.

*Производство операціи.* Роженица подъ наркозомъ лежитъ на оперечной кровати въ положеніи, какъ для камнеотсѣченія. Вульва, влагалище и т. д. дезинфицированы, задній проходъ защищенъ. Ассистентъ съ силой толкаетъ головку къ входу въ тазъ. Для прободенія предпочтительно выбираютъ стрѣловидный, иногда также какой-нибудь другой шовъ. При лицевыхъ положеніяхъ—лобный родничекъ, лобный шовъ, рѣже глазницу. Всего менѣе можно рекомендовать перфوراцію черезъ твердое небо.

Ножницы сильнымъ движеніемъ вталкиваются до мѣста ихъ наибольшей ширины, затѣмъ рукоятки—въ то время какъ проводная рука лежитъ на головкѣ—широко раскрываются; при этомъ долженъ оказывать цѣлесообразную помощь ассистентъ. Затѣмъ ножницы повертываютъ внутри черепа на уголъ въ  $90^\circ$  и снова широко раскрываютъ ихъ. Въ моментъ выниманія ножницъ въ отверстіе входитъ палець, чтобы установить, достаточно ли оно велико. Послѣ того мозгъ въ достаточной степени разрушается зондомъ или корнцангомъ, гдѣ возможно—также область мозжечка и продолговатаго мозга, и разрушенный мозгъ удаляется промываніемъ водой. Если нѣтъ увѣренности, что ребенокъ мертвъ, то между разрушеніемъ мозга и извлеченіемъ выжидаютъ, если возможно, 5—10 минутъ, чтобы ребенокъ навѣрное умеръ. Затѣмъ слѣдуетъ извлеченіе.

Если пространственное несоотвѣтствіе было не очень велико, то

можно извлечь спавшуюся головку даже просто пальцемъ. Нужно только остерегаться, чтобы не поранить пальцы объ осколки костей. Прежде употребляли для извлечения такъ называемые *tire-têtes*. Захватить перфорационное отверстіе костными щипцами Воёга, или корнцангомъ и отламывать куски костей — нецѣлесообразно. Такимъ путемъ слишкомъ легко получаютъ поврежденія влагалища и пузыря. По той же причинѣ теперь не въ употребленіи больше костные щипцы Mesnard-Stein'a. Еще больше я предостерегаю васъ, м. г., отъ употребленія остраго крючка для извлеченія перфорированнаго черепа — инструмента, вродѣ



Рис. 26. Производство перфорации.

изготовленныхъ Levet'омъ Guyon'омъ и др. Отъ вырванія остраго крючка возникали тяжелыя поврежденія влагалища, пузыря, мочеиспускательнаго канала; поэтому, несмотря на то, что его раньше горячо рекомендовалъ Gusseryow, употребленіе остраго крючка оставлено.

Въ рѣдкихъ случаяхъ я рекомендую вамъ примѣнять пробочникъ Segond'a, именно для маленькихъ плодовъ на 4—6-мъ мѣсяцѣ, для которыхъ краниокласть слишкомъ великъ. Имъ пробуравливаютъ основаніе черепа — послѣ предварительной перфорации или безъ нея — и затѣмъ извлекаютъ черепъ.

Я назвалъ бы краниокласть инструментомъ не для уменьшенія объема, а для извлеченія головки. Предложенный первоначально I. Simpson'омъ, какъ инструментъ для выламыванія костей, этотъ инструментъ такъ цѣлесообразно измѣненъ былъ С. Браун'омъ, что онъ дѣйствуетъ

скорѣе, какъ краниотракторъ, а не какъ краниокласть. Выламываніе же костей представляетъ только непріятное осложненіе, котораго нужно по возможности избѣгать.

Изъ прилагаемаго рисунка (рис. 27) вы видите, что краниокласть состоитъ изъ двухъ перекрещивающихся въ замкѣ частей. Со стороны замка обѣ онѣ имѣютъ параллельное умѣренное искривленіе, ниже его каждая вѣтвь имѣетъ довольно длинную шейку и рукоятку. Обѣ рукоятки удерживаются вмѣстѣ при помощи сильно дѣйствующаго винта съ крылатой головкой. Внутренняя вѣтвь съ верхней выпуклой и неровной частью предназначается для введенія внутрь черепа. Veit снабдилъ эту



Рис. 27. Краниокласть по С. Вагнеру.



Рис. 28. Наложеніе наружной вѣтви краниокласта.

часть остриемъ, чтобы она служила въ то же время и прободникомъ. Но я считаю такое соединеніе прободающаго и извлекающаго инструмента не очень удачнымъ. Внутренняя вѣтвь вводится черезъ просверленное отверстіе въ черепную ямку, гдѣ возможно—въ заднюю. Наружная вѣтвь должна захватить не только кости свода черепа, но и лицевыя или основаніе черепа, чтобы щипцы не соскальзывали. Такимъ образомъ, при черепныхъ положеніяхъ нужно провести инструментъ вверхъ надъ лицомъ, при лицевыхъ положеніяхъ и безъ того показано наложеніе ложки на лицо. Обыкновенный краниокласть С. Вагнера имѣетъ тотъ недостатокъ, что въ немъ нѣтъ тазовой кривизны, поэтому нужно слѣдить, чтобы разстояніе между замкомъ и верхушкой было достаточно длинно; кромѣ того,

во время замыканія нужно сильно нажать инструментомъ на промежность. Такъ какъ наружная, рѣшетчатая вѣтвь ложится хорошо только на лицо и лучше застрѣваетъ въ его мягкихъ частяхъ, чѣмъ въ костяхъ крышки черепа, то вы только при первомъ черепномъ положеніи можете ввести инструментъ такъ, чтобы раньше наложить внутреннюю, а потомъ наружную вѣтвь, причемъ для обѣихъ проводной рукой можетъ служить въ этомъ случаѣ лѣвая. При 2-мъ черепномъ положеніи инструментъ нужно повернуть такъ, чтобы замокъ обращенъ былъ внизъ, затѣмъ подъ руководствомъ правой руки вводится сначала наружная, а потомъ внутренняя вѣтвь.

Чтобы устранить эти неудобства, я такъ устроилъ свой краниокласть, что въ немъ прежде всего есть умѣренная тазовая кривизна, чѣмъ облегчается наложеніе щипцовъ, и что онъ можетъ служить равно для правой и для лѣвой половины таза (1 и 2 черепное положеніе). Достаточную тазовую кривизну имѣетъ также краниокласть W. A. Freund'a; она позволяетъ, однако, употреблять его только такимъ образомъ, что наружная вѣтвь всегда должна находиться въ правой половинѣ таза.

*Производство* извлеченія головки краниокластомъ. Если головка стоитъ низко, вы вводите два пальца, а при высокомъ стояніи головки всю руку въ перфорационное отверстіе и проводите вращательными движеніями внутреннюю вѣтвь по возможности выше, къ основанію черепа, такимъ образомъ, чтобы выпуклая сторона вѣтви въ концѣ концовъ была обращена въ сторону личика плода. Той же проводной рукой вы приходите затѣмъ какъ можно выше надъ личикомъ, а другая рука вводитъ и проталкиваетъ впередъ, подъ руководствомъ внутренней руки, наружную вѣтвь, какъ при щипцахъ. Но здѣсь это сдѣлать труднѣе, чѣмъ при щипцахъ, потому что инструментъ не имѣетъ тазовой кривизны, или же она незначительна, и потому что верхушка его имѣетъ почти 1 см. въ ширину. Теперь каждая рука захватываетъ свою вѣтвь, рукоятки сильно нажимаютъ внизъ и замыкаютъ инструментъ. Затѣмъ нѣсколькими поворотами укрѣпляютъ винтъ, и въ то время какъ одна рука легко потягиваетъ инструментъ, другая ощупываетъ, находится ли внутренняя вѣтвь всецѣло внутри черепа, и лежитъ ли наружная гладко, не какъ-нибудь криво на черепѣ и лицѣ.



Рис. 29. Краниокласть (Fehling) при первомъ черепномъ положеніи.



Рис. 30. Краниокласть (Fehling) при второмъ черепномъ положеніи.

При слѣдующемъ затѣмъ извлеченіи нѣтъ надобности производить сжатіе рукой, такъ какъ это достигается винтомъ. Одна рука, поперечно лежащая на рукояткѣ, производитъ тракціи, а другая, лежащая на черепѣ, слѣдитъ за тѣмъ, насколько онъ опускается. Послѣ каждой тракціи винтъ снова нѣсколько разъ поворачивается. Такъ какъ отъ сжатія головка увеличивается въ размѣрѣ, перпендикулярномъ къ направлению сжимающей силы, то сейчасъ же послѣ первой тракціи нужно совершить вращеніе затылка впередъ; пока головка находится въ тазу, вращеніе это можно довести до  $90^\circ$ . При прохожденіи черезъ вульву происходитъ иногда опять обратное вращеніе. Дѣйствіе краниокласта нужно приписать главнымъ образомъ не раздробленію, а удлиненію черепа, такъ что онъ проходитъ черезъ тазъ малымъ размѣромъ и косо поставленнымъ основаніемъ черепа. Насколько возможно, избѣгайте отрыванія черепныхъ костей, которое легко происходитъ, если наружная вѣтвь не захватила головки достаточно высоко. Если внутренняя, контролирующая рука замѣтитъ, что инструментъ съ захваченной частью черепа опускается, а остальная часть не слѣдуетъ за нимъ, то нужно немедленно приостановить тракцію и наново наложить наружную вѣтвь.



Рис. 31. Извлеченіе краниокластомъ.

Выведеніе черезъ вульву нужно производить медленно; разрыва промежности послѣ перфорациі не должно быть. Послѣ рожденія головки снимаютъ инструментъ и извлекаютъ туловище.

Средѣ справедливо совѣтовалъ имѣть на готовѣ ведро съ водой и сейчасъ же опустить въ него ребенка, чтобы скрыть отъ окружающихъ существующія еще проявленія жизни. Такимъ образомъ можно избѣгать отвратительнаго зрѣлища, когда перфорированный ребенокъ еще продолжаетъ жить въ теченіе нѣсколькихъ часовъ или дней,

возбуждая въ публикѣ увѣренность, что перфорациа была излишняя.

*Кефалотрипторъ* Baudelocque'a первоначально предложенъ былъ, какъ инструментъ для уменьшенія объема ребенка, а потомъ уже только какъ инструментъ для извлеченія. Первый инструментъ Baudelocque'a былъ устроенъ по типу щипцовъ и представлялъ массивный, тяжелый инструментъ, подобно щипцамъ же видоизмѣненный большинствомъ акушеровъ. Лучшіе инструменты—Busch'a (со времени Средѣ употребляется въ лейпцигской клиникѣ) и болѣе короткій, но очень удобный инструментъ Breisky'аго. Примѣненію этого инструмента всегда должна предшествовать перфорациа и основательное опорожненіе мозга. Инструментъ вводится и накладывается совершенно такъ, какъ щипцы, и притомъ всегда въ поперечномъ размѣрѣ таза. Для руководства я совѣтую вамъ ввести всю руку. Послѣ замыканія винтъ нѣсколько разъ заворачивается, затѣмъ производится тщательный пробный

осмотръ. Нужно избѣгать захватыванія губъ маточнаго зѣва и пуповины. Извлеченіе, какъ при краниокластѣ: одна рука лежитъ на черепѣ и контролируетъ его постулательное движеніе. Такъ какъ кефалотрипторъ производитъ заодно и разможеніе основанія черепа, то захваченная голова должна растягиваться въ вертикальномъ направленіи. Отсюда правило, съ первой же тракціей произвести вращеніе, пока головка стоитъ въ тазу, а по выходѣ опять совершить обратное вращеніе. Разъ головка захвачена хорошо, то инструментъ сорвется не легко.

Недостатки по сравненію съ краниокластомъ заключаются: 1) въ большемъ объемѣ; ложки здѣсь массивнѣе, чѣмъ въ щипцахъ, между тѣмъ какъ въ краниокластѣ онѣ почти не занимаютъ мѣста, такъ какъ наружная вѣтвь его погружается въ мягкія части; 2) въ опасности, какъ бы акушеръ не произвелъ тяжелымъ инструментомъ большія поврежденія мягкихъ частей.

Такъ какъ нельзя совѣтовать практическому врачу имѣть съ собой либо краниокластъ, либо кефалотрипторъ, потому что ему нужны оба инструмента, то дѣлались различныя попытки комбинировать ихъ.

Наиболѣе извѣстный инструментъ такого рода принадлежитъ *Auvar'dy*, но онъ слишкомъ коротокъ и совершенно не имѣетъ тазовой кривизны. Существенный шагъ впередъ представляетъ состоящій изъ трехъ вѣтвей кефалокраниокластъ *Zweifel's*. Внутренняя вѣтвь этого инструмента служитъ одновременно

и для перфорации, а наружныя вѣтви соотвѣтствуютъ окончатимъ щипцамъ на подобіе наружной вѣтви краниокласта *Wagn'a*. Такъ какъ внутренняя вѣтвь плотно ввинчивается въ основаніе черепа, то разможеніе этой послѣдней, конечно, должно быть очень дѣйствительнымъ. На другомъ нѣсколько принципѣ построенъ устроенный мной кефалотриптелькторъ. Какъ уже сказано выше, каждая наружная вѣтвь вмѣстѣ съ соотвѣтствующей внутренней служитъ краниотракторомъ, смотря по надобности, для 1-го и 2-го черепныхъ положеній. Если же инструментъ не удовлетворяетъ цѣли, если онъ повторно готовъ соскользнуть, то обѣ вѣтви инструмента, введенныя въ качествѣ краниокласта, плотно устанавливаются помощью маленькаго винта, расположеннаго подъ крючкомъ для тракцій, а наружная вѣтвь второго краниокласта вводится во вторую половину таза, такъ что головка сжимается между



Рис. 32.  
Кефалотрипторъ  
Breisky'ago.



Рис. 33.  
Кефалотриптелькторъ  
по Fehling'y.



объими наружными вѣтвями и внутренней и, такимъ образомъ, раздавливается. Извлечение производится затѣмъ обычнымъ способомъ. Преимущество этого инструмента передъ инструментами Auvarda и Zweifel'a заключается въ томъ, что онъ длиннѣе и имѣетъ тазовую кривизну, такъ что его легче накладывать.

### Перфорация послѣдующей головки.

Перфорация послѣдующей головки производится на практикѣ рѣдко, быть можетъ, слишкомъ рѣдко. Она показана въ тѣхъ случаяхъ, когда при извлеченіи за тазовой конецъ извлечение послѣдующей головки представляетъ трудности, и ребенокъ вслѣдствіе этого несомнѣнно умеръ. Такъ какъ съ момента извлечения туловища живой до того ребенокъ сохраняетъ жизнеспособность не болѣе 5 минутъ, то время несомнѣнной смерти младенца на практикѣ легко установить. Во всякомъ случаѣ, перфорация послѣдующей головки гораздо предпочтительнѣе тяжелой экстракціи, могущей вызвать разрывы мягкихъ частей и таза или трудныхъ щипцовъ.

Для перфорации всего лучше выбрать sutura squamosa, передній или задній боковой родничекъ или большое затылочное отверстіе верхняго края атланта. Менѣе цѣлесообразной я считаю перфорацию черезъ полость рта или глазницу. Ассистентъ долженъ туловище ребенка вмѣстѣ съ ручками завернуть въ полотенце и сильно оттянуть его внизъ, или—если нижняя сторона кажется болѣе достижимой—къ лону. Операторъ входитъ во влагалище одной рукой, отыскиваетъ шовъ или родничокъ и вводитъ ножницы подъ прикрытіемъ руки. Сильнымъ движеніемъ ножницы вталкиваются, отверстіе расширяется въ обѣ стороны, какъ при подлежащей головкѣ, затѣмъ мозгъ разрушается коридангомъ и удаляется промываніемъ.

Послѣ этого извлечение послѣдующей головки совершается обыкновенно очень легко. Поэтому я не могу считать цѣлесообразнымъ, когда раньше отрѣзываютъ туловище, а потомъ только перфорируютъ голову. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ приходится прибѣгнуть къ краниокласту. Для этой цѣли внутренняя вѣтвь вводится въ перфорационное отверстіе, а затѣмъ наружная накладывается на подходящее мѣсто черепной крышки.

Если бы сопротивление при обще-суженномъ тазѣ все еще оказалось велико, то можетъ еще потребоваться послѣдующее наложеніе кефалотристора.

### Эмбриотомія.

Эмбриотомія, размельченіе плода, можетъ быть произведена въ любомъ мѣстѣ дѣтскаго тѣла. Всего чаще оно производится въ области шеи, а затѣмъ уже въ какомъ нибудь мѣстѣ туловища.

1. *Разсѣченіе плода въ шейной части позвоночника* (декапитация) умѣстно при запущенномъ поперечномъ положеніи, если отысканіе или захватываніе ножекъ невозможно, или же если ножка захвачена, но совершенно поворота противостоятъ большія трудности. Дѣло врачебнаго такта и опыта—рѣшить, какъ далеко можно идти въ примѣненіи силы при поворотѣ. Опытный акушеръ еще произведетъ иной разъ поворотъ тамъ,

гдѣ онъ не удастся менѣе опытному, или гдѣ врачъ, прилагающій слишкомъ большую силу, вызываетъ разрывъ матки. Рѣшеніе произвести декапитацію облегчается, если есть доказательства смерти плода. Пока ребенокъ еще живъ, нужно попробовать сдѣлать поворотъ, а при несоотвѣтствіи размѣровъ таза и плода — пубіотомію или относительное кесарское сѣченіе.

Но и при мертвомъ плодѣ есть извѣстная низшая граница — *conjuncta vera* въ 5,5 см.,—ниже которой нельзя идти. Необходимое условіе при декапитаціи — проходимость маточной шейки для руки и достижимость дѣтской шейки. Выпавшая и при продолжительныхъ родахъ распухшая ручка можетъ послужить нѣкоторымъ препятствіемъ, хотя она и представляетъ то преимущество, что помогаетъ низвести туловище для декапитаціи и служить, по окончаніи операціи, для извлеченія туловища. Бываетъ, однако, что акушеру приходится раньше отдѣлать ручку, чтобы имѣть возможность добраться до шейки.

Для декапитаціи употребляются ключевидный крючокъ Braun'a, трахеллоректоръ Zweifel'я, и полипныя ножницы Siebold'a.

### Ключевидный крючокъ С. Браун'a.

Ключевидный крючокъ получилъ свое названіе, вѣроятно, отъ сходства съ тупымъ крючкомъ Smellie, а прилагательное „ключевидный“ произошло отъ того, что инструментъ этотъ дѣйствуетъ путемъ произ-



Рис. 34. Ключевидный крючокъ С. Браун'a.

водства вывиха, какъ зубные щипцы, носящія по нѣмецки названіе „Zahnschlüssel“. Подвергавшійся сильнымъ нападкамъ крючокъ имѣетъ, однако, за себя большой опытъ вѣнской школы. Я нѣсколько разъ употреблялъ его съ большимъ успѣхомъ и только одинъ разъ видѣлъ отъ него вредъ.

Слѣдуетъ употреблять крѣпкій инструментъ, имѣющій на другомъ концѣ не острый крючокъ, а крѣпкую поперечную рукоятку.

Цѣлесообразно видоизмѣненіе Zweifel'я, по которому область луговки изогнута вверху не вогнутостью наружу, а выпуклостью къ стержню.

Поперечная кровать, спинно-ягодичное положеніе, наркозъ. Асистентъ (акушерка) долженъ сильно оттягивать выпавшую ручку внизъ, въ сторону, противоположную той, гдѣ находится головка. При первомъ поперечномъ положеніи правая, а при второмъ лѣвая рука входитъ затѣмъ во влагалище и обхватываетъ шейку такимъ образомъ, что большой палецъ кладется спереди, позади лона, а остальные — на задней сторонѣ

шейки. Ключевидный крючок вводится позади симфиза, пуговка скользит при этом по большому пальцу. Когда инструмент пройдет выше лона, его поворачивают назад таким образом, чтобы дуга крючка охватила шею. Когда это сделано — контролировать должвы лежащие сзади пальцы. — крючок сильно оттягивают вниз, а потягивание за ручку можно тогда прекратить. Затем крючок вращают по направлению к головке. Во время вращения ассистент должен слегка поддерживать обими руками матку и защищать ее от слишком больших экскурсий крючка. Под влиянием постоянного вращения в одном направлении, шейная часть позвоночника отделяется от головки, а прикрепляющиеся к нему мягкие части разрываются. У рожениц все это обыкновенно совершается в высшей степени легко и быстро, между тем как на фантомах (сохраняющихся в спирте дѣтях) операция эта представляется трудную работу. Если контролирующая рука чувствует, что оставшийся мостик из мягких частей уже очень тонок, то нужно производить потягивание крючка очень осторожно, чтобы он, оставшись внезапно без сопротивления, не сорвался сразу вниз и не причинил бы повреждений. Если сразу не удастся произвести отделение шейной части позвоночника на всем его протяжении, то нужно ввести крючок второй, а иногда и третий раз. Как только контролирующая рука почувствует, что все отдѣлено, крючок удаляется, а туловище вытягивают за выпавшую ручку.

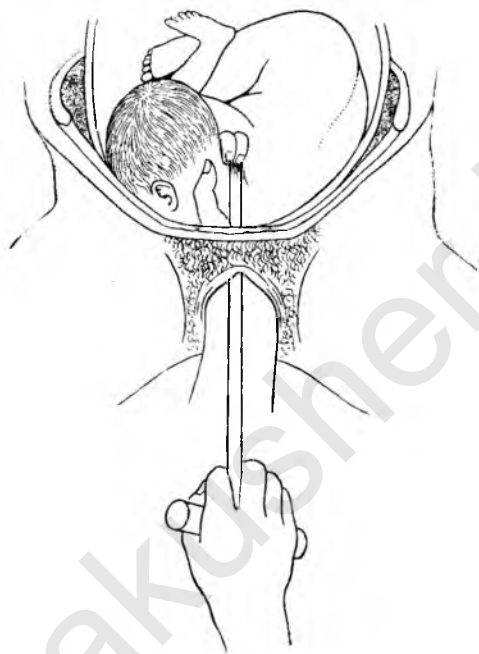


Рис. 35. Наложение ключевидаго крючка.

и потягиванием за подбородок вытащить головку. Мнѣ случалось также захватить фиксированную головку щипцами и извлечь ее.

Ирѣдка только бываетъ еще необходимо перфорировать отдѣленную головку и извлечь ее краниокластомъ.

Zweifel изобрѣлъ двойной ключевидаый крючокъ (Trachellorhactor), имѣющій цѣлю предотвратить опасность, которою при вращеніи грозитъ крючокъ мягкимъ частямъ матери. Его инструментъ замыкается, вводится какъ ключевидаый крючокъ, затѣмъ раскрывается раздвижениемъ рукоятокъ и расчленяетъ позвоночникъ между обоими концами крючковъ.

Оставшіяся мостикъ изъ мягкихъ частей снова захватываютъ и отдѣляютъ. Извлечение совершается описаннымъ способомъ.

Если ключевидный крючокъ не приводитъ къ цѣли, то примѣните для отдѣленія шейки крѣпкія полипныя ножницы Siebold'a. Приготовленіе къ операціи такое же. Шейка и здѣсь охватывается всей рукой и подъ ея руководствомъ разрѣзывается спереди назадъ. Все сводится къ тому, чтобы легко найти промежутокъ между позвонками. На основаніи моего опыта при работѣ на фантомѣ, я долженъ предостеречь отъ употребленія серповиднаго ножа Schultze, какъ опаснаго для мягкихъ частей матери и пальца оператора.

Рекомендуемые нѣкоторыми экразеры и проволочныя пилы кажутся мнѣ излишними: можно обойтись безъ нихъ.

## *II. Эмбриотомія или дѣйствительное размельченіе плода.*

Если шейка недоступна, то эмбриотомія при поперечныхъ положеніяхъ или уродствахъ, не допускающихъ производства поворота (спросшіея близнецы, кистовидно перерожденныя почки, асцитъ и т. п.) — можетъ быть произведена на любомъ мѣстѣ тѣла плода. Ножницами Levret'a вы перфорируете ближайшее мѣсто грудной клѣтки, а затѣмъ пальцемъ или иногда при помощи корнцанга опоражниваете ее отъ содержимаго. Черезъ грудную клѣтку перфорируютъ брюшину, чтобы опорожнить вслѣдъ затѣмъ брюшную полость, удаливъ прежде всего печень, селезенку и кишки. Если это удобнѣе, начните съ эвисцерациі брюшной полости. Въ отдѣльныхъ случаяхъ тогда легко удастся достигнуть шеи, оттянуть ее внизъ и произвести декапитацию по описанному выше способу.

Иной разъ, наоборотъ, лучше захватить ножки, совершить поворотъ и тогда пзвлечь плодъ.

Если можно низвести ягодицы, то иногда очень практично ввести внутреннюю ложку краниокласта въ полость малаго таза, а наружную наложить на крестецъ. Такимъ образомъ пріобрѣтается точка опоры для экстракціи.

Но въ большинствѣ случаевъ эвисцерациі предшествуетъ раздвоеніе плода на ближайшемъ мѣстѣ позвоночника. И для этой цѣли также очень практично употреблять ключевидный крючокъ или крѣпкія полипныя ножницы Siebold'a. Рѣже для этого необходимо прибѣгнуть къ экразеру или къ цѣпочной пилѣ Gigli.

Когда эмбриотомія туловища окончена, одна часть его извлекается за другой; иногда потягиваніемъ за нижній конецъ туловища или плеча вызывается самоизворотъ или самопроизвольное рожденіе.

## ШЕСТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Искусственные преждевременные роды.

Искусственные преждевременные роды съ теченіемъ времени претерпѣли различныя превращенія. Казалось бы, что совсѣмъ не трудно было до нихъ додуматься, когда сѣуженный тазъ у матери заставлялъ предвидѣть очень тяжелые, или даже опасные для жизни роды, между тѣмъ какъ случайные преждевременные роды та же мать переносила чрезвычайно легко.

И все же нужны были многія столбтія и практической геній De ртапа и другихъ англійскихъ акушеровъ, чтобы ввести ихъ въ практику около 150 лѣтъ тому назадъ.

Но даже и тогда эта операція наткнулась на сопротивленіе со стороны такихъ знаменитыхъ акушеровъ, какъ Beau delo que, и ей лишь постепенно удалось завоевать себѣ право гражданства, опираясь главнымъ образомъ на сравнительныя акушерскія наблюденія такого акушера, какъ Dohrn.

Новѣйшія нападки на эту операцію Zweifel'a, Döderlein'a, Krönig'a и др., утверждавшихъ, что она не въ состояніи улучшить предсказаніе для жизни ребенка, и что къ концу перваго года „едва ли живеть хоть одно изъ дѣтей, родившихся отъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ“, опровергнуты большинствомъ нѣмецкихъ акушеровъ на основаніи убѣдительной статистики. Совершенствуясь въ рукахъ практическихъ акушеровъ, операція эта будетъ давать все лучшіе и лучшіе результаты для матери и ребенка.

Подъ искусственными преждевременными родами разумѣютъ искусственное возбужденіе родовъ съ момента жизнеспособности ребенка, т. е. съ 29-ой недѣли и до конца беременности. Но такъ какъ черезчуръ уже рано родившіяся дѣти почти безъ исключенія погибаютъ отъ недостаточной жизнеспособности, то на практикѣ искусственные преждевременные роды при узкомъ тазѣ лучше ограничить опредѣленнымъ временемъ, между 35 и 38 недѣлей. Даже и на 35-ой недѣлѣ я почти не производжу больше преждевременныхъ родовъ, а производство ихъ въ половинѣ 10-го мѣсяца, строго говоря, уже не принадлежитъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ.

Иначе, конечно, при болѣзняхъ матери. Какъ только опасность, грозящая жизни матери, покажетъ операцію, производство ея можетъ потребоваться въ теченіе любой недѣли беременности.

Самое трудное здѣсь—точно опредѣлить возрастъ плода, чтобы на этомъ основаніи установить время для операціи.

Указанія женщины относительно послѣдней менструаціи, движенія ребенка и т. д. часто бываютъ недостаточны. Рѣдко удается считать со дня coitus'a. Величина матки и высота стоянія дна ея бываютъ обманчивы, въ особенности у многородящихъ съ узкимъ тазомъ. Самое важное—величина ребенка, въ особенности головки, о которой опытный акушеръ можетъ до извѣстной степени судить. Повторное изслѣдованіе при опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ даетъ точку опоры для сужденія о лобно-затылочномъ діаметрѣ, а тѣмъ самымъ и обо всей головкѣ. Лишь изрѣдка при широко раскрытой шейкѣ можно также принять къ свѣдѣнію разстояніе между швами, размѣръ лобнаго родничка, разстояніе между затылочнымъ и лобнымъ родничками. Отношеніе лобно-затылочнаго діаметра къ поперечнымъ діаметрамъ головки видно изъ слѣдующихъ чиселъ:

| Число произведенныхъ измѣреній. | Недѣля. | Diam. bitemp. | Diam. bipariet. | Diam. front. occip. |
|---------------------------------|---------|---------------|-----------------|---------------------|
| 40                              | 34      | 6,15          | 7,73            | 9,84                |
| 50                              | 36      | 6,55          | 8,4             | 10,31               |
| 50                              | 38      | 6,96          | 8,69            | 11,11               |
| —                               | 40      | 8,0           | 9,25            | 11,5                |

Разстояніе между обоими родничками составляетъ:

|     |              |     |
|-----|--------------|-----|
| при | 51 см. длины | 9,4 |
| „   | 47—49 „ „    | 9,1 |
| „   | 41—46,5 „ „  | 8,5 |

Правильно оцѣнивая всѣ измѣренія, можно приблизительно представить себѣ степень зрѣлости плода.

Цѣлесообразно, кромѣ того, согласно предложенію Peter Müller'a попытаться произвести вдавленіе головки въ тазъ. Для этого беременную кладутъ горизонтально и съ притянутыми колѣнами, опоражниваютъ предварительно пузырь и кишечникъ и затѣмъ обѣими руками вдавливаютъ головку въ тазъ (4 приемъ изслѣдованія беременной). Наркозъ я считаю излишнимъ. Пока переднюю часть темени удастся еще втолкнуть въ тазъ по крайней мѣрѣ на 2 — 3 см., до тѣхъ поръ головка еще не слишкомъ велика, и можно еще ждать. Но какъ только головка представляетъ затрудненія для введенія въ тазъ, моментъ для возбужденія родовъ наступилъ. Если врачъ одинъ, то онъ рукой, плашмя положенной на лонное сочлененіе, вталкиваетъ головку, а другой рукой контролируетъ изнутри.

Иногда вы во время вталкиванія головки въ тазъ, въ особенности при 4 приемѣ, находите сильное замедленіе сердцебіенія плода, возникающее не столько отъ давленія на мозгъ, сколько отъ прижатія пуповины.

Ahlfeld'овскій способъ внутриматочнаго измѣренія длины тѣла плода отъ головки до ягодиць при помощи тазомѣра, кажется мнѣ менѣе надежнымъ. Въ общемъ въ изогнутомъ положеніи длина эта соотвѣтствуетъ, какъ извѣстно, половинѣ длины всего тѣла, но такъ какъ, благодаря напряженію брюшныхъ покрововъ и обильному отложенію въ нихъ жира, легко возникаютъ неточности при измѣреніи, ошибочность которыхъ при вычисленіи еще удваивается, то я не полагаюсь на этотъ методъ. Сопоставляя всѣ находящіяся въ вашемъ распоряженіи вспомогательныя средства, вы постепенно придете къ надлежащему опредѣленію времени.

Поводомъ для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ чаще всего служить узкій тазъ самъ по себѣ, изрѣдка — суженіе таза, вызванное костными опухолями.

Чаще всего показаніе для операціи даютъ, конечно, просто плоскіе и рахитическіе тазы, общесуженный тазъ (также тазъ Michaelis'a), рѣже — другія формы, воронкообразный, косо-суженный, спондилолистической тазъ.

По возможности съ такой же точностью, какъ величину черепа плода, нужно опредѣлить форму таза вообще и отдѣльныхъ его полостей въ частности (Измѣреніе таза см. 19-ую лекцію).

Слѣдуетъ установить низшую границу размѣровъ таза, ниже которой не должно возбуждать искусственные преждевременные роды. По моимъ теперешнимъ взглядамъ, при плоскомъ тазѣ такимъ низшимъ размѣромъ является conjug. vera въ  $7\frac{1}{2}$  см., а при общесуженномъ тазѣ — въ 8 см., причемъ нужно принять во вниманіе, что въ случаѣ надобности эта конъюгата можетъ быть увеличена при помощи Walcher'овскаго висячаго положенія на  $\frac{1}{2}$ —1 см. Ниже этой границы лучше выжидать

и сдѣлать затѣмъ пубіотомію. Остерегайтесь, однако, односторонности, опредѣляя одну только эту конъюгату; требуется также опредѣленіе поперечнаго и косога діаметровъ, установленіе возможныхъ экзостозовъ и костныхъ выступовъ. У многорожавшихъ значеніе имѣютъ теченіе прежнихъ родовъ и знакомство съ размѣрами головки прежнихъ плодовъ. Къ сожалѣнію, утвержденіе F as b e n d e r'a, что головка плода составляетъ слѣпокъ съ головы матери, невѣрно, а то сравненіе послѣдней съ даннымъ тазомъ могло бы принести большую пользу.

Въ рѣдкихъ случаяхъ чрезмѣрнаго развитія плода при нормальномъ тазѣ выясненіе отношенія головки къ тазу совершенно такое же, какъ вообще при узкомъ тазѣ.

Что касается болѣзней матери, какъ показанія для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, то случаи привычнаго умиранія плода, въ которыхъ причина лежить не въ сифилисѣ или хроническомъ нефритѣ, должны быть исключены.

На основаніи моего опыта, въ этихъ невыясненныхъ случаяхъ привычное умираніе плода наступаетъ нерегулярно, такъ какъ иной разъ, повидимому, безъ всякой причины, женщина донашиваетъ до конца. Напротивъ, если болѣзнь стала опасной для жизни матери, то она сохраняетъ свою силу, какъ показаніе для операціи. Удовлетворить этому показанію гораздо легче, чѣмъ другимъ, такъ какъ моментъ данъ въ степени заболѣванія матери, и опредѣленіе степени зрѣлости плода здѣсь отпадаетъ. Сюда относятся: острый гидрамніонъ, хроническій нефритъ, недостаточно компенсированный порокъ сердца съ его послѣдствительными явленіями, остро развившійся піело-нефритъ беременныхъ.

Напротивъ, я не совѣтую возбуждать преждевременные роды при *острыхъ* заболѣваніяхъ дыхательныхъ органовъ, при тифѣ и т. д. Въ серьезныхъ случаяхъ роды наступаютъ сами собой, а въ менѣе серьезныхъ производствѣ операціи могло бы только ухудшить дѣло.

Очень осторожнымъ я совѣтую вамъ быть, М. Г., при показаніи со стороны хроническаго туберкулеза. Каждый случай долженъ здѣсь рѣшаться индивидуально. Вопросъ нѣсколько выясняется, если въ послѣдніе мѣсяцы беременности вѣсъ беременной уменьшается вмѣсто того, чтобы возрастать, если существуетъ лихорадка, и если можно опасаться, что беременная не переживетъ конца беременности—гдѣ, слѣдовательно, пришлось бы произвести кесарское сѣченіе на мертвой, которое едва ли позволяетъ надѣяться на полученіе живого ребенка. Взглядъ, будто въ случаяхъ, въ которыхъ время для искусственнаго выкидыша у чахоточныхъ прошло, нужно ждать до конца, я считаю, напротивъ, неправильнымъ. Преждевременные роды здѣсь могутъ быть показаны не только въ интересахъ ребенка, но и въ интересахъ матери, если это можетъ оказать благопріятное дѣйствіе на ухудшившуюся во второй половинѣ беременности болѣзнь матери.

Издавна по возможности избѣгали возбужденія преждевременныхъ родовъ у первородящихъ. Во-первыхъ потому, что вѣдь только бывшіе прежде роды показываютъ, дѣйствительно ли головка не можетъ пройти черезъ тазъ; а во-вторыхъ, подготовленіе и раскрытіе мягкихъ частей всегда связано здѣсь съ большими трудностями. Періодъ раскрытія длится большей частью долго, а необходимыя мѣропріятія легко вызываютъ лихорадку, грозящую затѣмъ плоду.

Теперь, когда мы обладаемъ такимъ средствомъ для расширенія въ любой моментъ таза, какъ *hebesteotomia*, я не совѣтую вообще производить у первородящихъ искусственные преждевременные роды вслѣдствіе узкаго таза.

### Производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Число надежныхъ и употребительныхъ методовъ довольно ограничено. Для подготовленія я назначаю въ теченіе нѣсколькихъ дней ванны и тепловатыя влагалищныя спринцованія (36—38° С.) въ 10—12 литровъ. Одного этого средства, однако, недостаточно (восходящія маточныя души *Kiwisch'a*) для возбужденія преждевременныхъ родовъ.

Наиболѣе простой способъ—*проколъ пузыря*. Методически введенный въ практику *Scheel'емъ*, онъ въ рукахъ такого мастера, какъ *Carl v. Braun*, дѣйствительно давалъ хорошіе результаты. Въ недавнее время его снова рекомендовалъ *v. Herff*.

Производство прокола пузыря очень просто и безопасно, но имѣть тотъ недостатокъ, что если роды очень затягиваются, то ребенокъ легко подвергается опасности со стороны сильно сокращенной матки. Въ несчастномъ случаѣ возможно также выпаденіе пуповины при незначительномъ раскрытіи зѣва. А потому я совѣтую вамъ воспользоваться этимъ способомъ только при очень хорошо подготовленныхъ мягкихъ частяхъ, при не слишкомъ сильномъ суженіи таза, иногда для возбужденія запоздалыхъ родовъ (перенашиваніе). Проколъ производится безъ зеркала лучше всего при посредствѣ остраго зонда. Нужно сдѣлать въ яйцевыхъ оболочкахъ лишь небольшое отверстіе, чтобы воды стекали медленно. Послѣ отхожденія плодовыхъ водъ роженица должна спокойно лежать.

Болѣе цѣлесообразно введеніе бужа между стѣнкой матки и яйцевыми оболочками (методъ *Kause*). Прежде пользовались для этой цѣли толстымъ англійскимъ бужомъ по меньшей мѣрѣ въ 6 мм. въ діаметрѣ, который дезинфицируютъ, кладя его на болѣе продолжительное время въ 1:1000 растворъ сулемы, такъ какъ онъ не переноситъ вывариванія. Согласно теперешнимъ понятіямъ о стерилизаціи, весьма эластичный, состоящій изъ колець металлическій бужъ *Knapp'a*, который стерилизуется кипяченіемъ, заслуживаетъ предпочтенія. Введеніе производится слѣдующимъ образомъ: обнаженіе шейки желобоватымъ зеркаломъ, захватываніе передней губы щипцами послѣ дезинфекціи шейки до внутренняго зѣва. Такъ какъ опасность заключается въ томъ, чтобы не попасть въ послѣдъ, то опредѣлите раньше положеніе его по схожденію или расхожденію круглыхъ связокъ и соотвѣтственно этому изберите путь для введенія по передней или задней стѣнкѣ матки. Бужъ нужно вводить бережно; какъ только обнаружится сопротивленіе, нужно стараться придать ему другое направленіе. Недостатокъ способа въ томъ, что нерѣдко ненамѣренно совершаютъ прободеніе пузыря. Если это случается высоко надъ маточнымъ зѣвомъ, такъ что воды стекаютъ медленно, то бѣда еще не такъ велика. Хуже, если бужъ попадетъ въ плаценту и изъ разорванной краевой вены вдругъ хлынетъ потокъ крови. Въ большинствѣ случаевъ здѣсь ничто другое не помогаетъ, а необходимо вытащить обратно бужъ и на 24 часа затампонировать шейку іодоформенной марлей.



Въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ я употребляю для возбужденія преждевременныхъ родовъ почти исключительно метрейринтеръ—способъ самъ по себѣ почти безопасный и въ то же время дающій такіе же хорошіе результаты, какъ бужированіе.

Я уже много лѣтъ тому назадъ видоизмѣнилъ для этой цѣли каучуковый баллонъ Barnes'a и употребляю четыре различныхъ его размѣра. Но я не ввожу его до половины въ полость матки и на половину въ шейку, какъ раньше и какъ это еще недавно описалъ Sarwey подъ именемъ моего метода (см. Handb. f. Geburtshilfe v. Winkel, т. III), а ввожу весь баллонъ выше внутренняго зѣва, въ растяжимую нижнюю часть тѣла матки. Способъ слѣдующій (см. ниже): обнаженіе шейки зеркаломъ, захватываніе передней губы щипцами, дезинфекція влагалищной части и шейки. Затѣмъ сложенный въ складки баллонъ коряцангомъ проталкивается выше внутренняго зѣва, тамъ фиксируется пальцемъ и наполняется заранее опредѣленнымъ количествомъ теплаго раствора лизола. Выскальзыванію его нужно помѣшать тампонированіемъ шейки и сводовъ іодоформенной марлей. Тампонъ остается лежать 24—36 часовъ, затѣмъ, смотря по надобности, его замѣняютъ бѣльшимъ. Черезъ 12 часовъ, но только въ томъ случаѣ, если начались хорошія потуги, вы можете еще прибавить сюда длительную тракцію въ 1—2 килогр. Слишкомъ сильную тракцію эти метрейринтеры не выдерживаютъ, для этого пригодны баллоны Müller'a (Мюнхенъ) и Champétier de Ribes, снабженные металлической трубкой, къ которой можетъ быть привѣшенъ грузъ. Въ видѣ исключенія вы можете также тампонировать іодоформенной марлей нижній сегментъ матки и одну только полость шейки, какъ это рекомендовалъ Hofmeier. Но при жизнеспособномъ ребенкѣ это умѣстно только при очень хорошо подготовленныхъ мягкихъ частяхъ или въ случаяхъ, не требующихъ большой снѣжности, въ особенности на 6—7-мъ мѣсяцѣ, когда показаніемъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ послужили кровотеченія. Отъ всѣхъ остальныхъ, рекомендованныхъ раньше и примѣнявшихся способовъ, я совѣтую вамъ отказаться. Специально предостерегаю васъ отъ горячихъ (50° С.) влагалищныхъ спринцованій, высккиванія глицерина или какой-нибудь другой антисептической жидкости между стѣнкой матки и яйцевыми оболочками, а также отъ вкладыванія одного только влагалищнаго кольпейринтера.

Реакція маточной мышцы на введенное постороннее тѣло весьма различна. Рѣдко родовыя боли возникаютъ уже черезъ нѣсколько часовъ, большей частью черезъ 12, даже 24 часа. Въ благоприятныхъ случаяхъ роды въ 24 часа закончены. Въ среднемъ я считаю продолжительность ихъ равной тремъ днямъ.

Если установились правильныя родовыя боли, то бужъ и метрейринтеръ удаляются, и въ дальнѣйшемъ роды ведутся по существующимъ общимъ правиламъ. Раньше (Zentralbl. f. Gyn. 1886 г.) я рекомендовалъ въ виду частаго отсутствія болей производить послѣ возбужденія искусственныхъ родовъ ранній поворотъ (по Braxton—Nicks'y), не присоединяя къ нему немедленно извлеченія. Но несмотря на благоприятные результаты, я теперь отъ этого отказался. Этотъ способъ пригоденъ только для очень опытныхъ акушеровъ. Практикующій врачъ лучше сдѣлаеть, если при черепномъ положеніи будетъ спокойно выжи-

дать теченія родовъ, тѣмъ болѣе, что профилактической поворотъ при узкомъ тазѣ не даетъ вообще благоприятныхъ результатовъ.

Главное—не теряйте терпѣнія. При средней продолжительности въ три дня, искусственные роды могутъ иногда растянуться и на 5—6 дней, такъ какъ боли часто наступаютъ очень медленно. Вмѣшаться нужно только въ томъ случаѣ, если ребенокъ страдаетъ при прохожденіи черезъ тазъ.

Если головка до нѣкоторой степени позволяетъ наложить щипцы (*Zangengerecht*), то примѣните эту операцію. Несмотря на осужденіе *Baisch'a*, я въ клиникѣ еще послѣдовательно производилъ пубіотомію, когда головка не хотѣла вступить въ тазъ. Если ребенокъ мертвый, или если при лихорадкѣ матери вамъ не удаются щипцы, то вы должны перфорировать. Цѣль операціи въ этомъ случаѣ, конечно, не достигнута.

Если вы, м. г., будете придерживаться на практикѣ изложенныхъ выше принциповъ, то вы достигнете хорошихъ результатовъ. Искусственные преждевременные роды не клиническая операція, а именно операція для практическаго врача.

Шансы для дѣтей не дурные. Въ страсбургской клиникѣ на 110 искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, живыхъ дѣтей родилось 80%, изъ нихъ выписано живыми 61,3%. Изъ этихъ послѣднихъ къ концу перваго года жили еще 82% противъ 63,3% выписанныхъ живыми дѣтей послѣ кесарскаго сѣченія.

По статистикѣ, собранной *Sarwey*, смертность матерей на 2200 случаевъ составляла 1,4%; изъ нихъ отъ послѣродовой инфекціи умерли 0,59%. Смертность отъ *hebesteotomia*, напротивъ, пока равняется 4,2—10%.

### Искусственный выкидышъ.

Возбужденіе родовъ въ первыя 28 недѣль беременности, слѣдовательно, въ такое время, когда ребенокъ еще не жизнеспособенъ, представляетъ не санкціонированное закономъ дѣяніе. Тѣмъ не менѣе врачъ, строго принципиальный, вполне сознающій свою отвѣтственность и серьезность своего поступка, безъ сомнѣнія, до сихъ поръ никогда еще не вступалъ въ конфликтъ съ прокуратурой изъ-за нарушенія статьи 218.

Такъ какъ при искусственномъ выкидышѣ плодъ погибаетъ, то его можно произвести только въ томъ случаѣ, когда грозитъ опасность жизни матери, или когда ей предстоитъ какое-нибудь постоянное поврежденіе, напр. слѣпота отъ беременности. Опасность эта рѣдко имѣется непосредственно на лицо. Большой частью дѣло касается случаевъ, въ которыхъ врачъ только предвидитъ и съ увѣренностью долженъ допустить, что мать не доживетъ до конца беременности, что погибнуть, слѣдовательно, она и мать и ребенокъ; или же гдѣ матери грозитъ опасность такого рода, что она безусловно не пережила бы долго своихъ родовъ. Тѣмъ самымъ сомнѣнія врача относительно статьи 218 исчезаютъ (но не сомнѣнія католической церкви, къ сожалѣнію). Неопредѣленное показаніе, что беременность можетъ принести вредъ, что беременная боится за свою жизнь, или что беременность ей тягостна и т. д. не должно имѣть мѣста.

Я настойчиво совѣтую вамъ предпринимать искусственный выкидышъ только послѣ консиліума съ опытнымъ товарищемъ, лучше всего

съ специалистомъ; тогда всѣ возраженія отпадаютъ. Къ показаніямъ принадлежатъ: легочная чахотка, только въ совершенно опредѣленныхъ, подлежащихъ индивидуализаціи случаяхъ; я во всякомъ случаѣ исключая отсюда какъ легкіе, такъ и очень тяжелые, безъ того безнадежные случаи. Затѣмъ еще—болѣзни сердца, въ которыхъ компенсація внезапно разстроилась во время беременности, и болѣзни почекъ (почка беременныхъ и хроническій нефритъ in graviditate), въ которыхъ постельнаго покоя и молочной діеты недостаточно, чтобы вызвать такое улучшение болѣзни, которое не грозило бы жизни беременной.

Трудно рѣшеніе при неукротимой рвотѣ беременныхъ. Въ большей части случаевъ я съ успѣхомъ отклонялъ операцію, прежде всего—у нервныхъ женщинъ вообще и при истеріи въ частности; здѣсь нужно вмѣшаться только, если грозитъ непосредственная опасность жизни матери (постоянное уменьшеніе вѣса тѣла, лихорадка). Еще труднѣе рѣшить вопросъ при психозахъ (маниакально-депрессивное помѣшательство Kraepelin'a), хорей, лейкѣми, злокачественной анеміи и диабетѣ.

Гораздо легче будетъ вамъ рѣшиться на эту операцію при остромъ гидрамніонѣ въ ранніе мѣсяцы беременности и при ущемленіи беременной матки въ остеомалатическомъ тазу.

Исключаются, какъ показанія для искусственнаго выкидыша, всѣ острые лихорадочныя болѣзни, узкій тазъ, ракъ матки, міома и опухоли яичниковъ при беременности.

Производство искусственнаго выкидыша очень просто. Въ ранніе мѣсяцы беременности, когда онъ производится всего чаще, я рекомендую вамъ, послѣ расширенія моими Negat'овскими расширителями, вложить самый толстый номеръ ламинарія, вываренный въ теченіе 5 минутъ въ 5%-ной карболовой водѣ. Черезъ 24 часа палочка удаляется, и подъ наркозомъ производится вычистка матки. Если при этомъ сильно кровоточитъ, то нужно сдѣлать горячее промываніе матки и затампонировать ее іодоформенной марлей.

Если бы понадобилось произвести выкидышъ на 5 и 6 мѣсяцѣ беременности, то произведите расширеніе палочкой ламинарія, затѣмъ вложите метрейринтеръ съ длительной тракціей; а когда роды будутъ въ надеждащемъ ходу, вы проведете ихъ, какъ самопроизвольный выкидышъ тѣхъ же мѣсяцевъ.

## СЕДЬМАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Леченіе самопроизвольнаго выкидыша.

М. Г. Чрезвычайно часто вамъ придется подавать помощь при выкидышахъ. Если и вообще считаютъ, что 1 выкидышъ приходится на 8 своевременныхъ родоразрѣшеній, то въ большихъ городахъ отношеніе это еще значительно возрастаетъ. Въ страсбургской клиникѣ и поликлиникѣ было, напр., въ 1904 и 1905 г. на 2682 родовъ 398 выкидышей и неполныхъ выкидышей, т. е. выкидыши составляли 14,8% всѣхъ случаевъ родовъ. Изъ 180 выкидышей въ клиникѣ 35% (!) дали незамужнія женщины, а на 218 выкидышей поликлиники, напротивъ, незамужнія дали только 2,3%. Поразительно далѣе, какъ часто у незамужнихъ

кончаются абортomъ именно 1-ая и 2-ая беременность, и что въ 12,8% случаевъ онѣ поступаютъ въ клинику уже лихорадящими. Это заставляетъ задуматься и указываетъ на то, что въ большихъ городахъ въ немаломъ числѣ случаевъ причина выкидыша должна быть преступная.

Нельзя, однако, отрицать, что и помимо того существуетъ цѣлый рядъ другихъ поводовъ для выкидыша, знакомство съ которыми важно для насъ въ смыслѣ профилактики.

Главную причину большинства выкидышей составляетъ эндометритъ, либо свѣжій, возникшій во время беременности, либо существовавшій уже часто въ хроническомъ состояніи и усилившійся при наступленіи беременности. Острый эндометритъ очень часто гонорройнаго происхожденія, причѣмъ зараженіе могло произойти вмѣстѣ съ оплодотворяющимъ соитіемъ или вскорѣ послѣ него. Рѣже причиной выкидыша бываетъ острое гнилостное или гнойное зараженіе, ненамѣренно вызванное изслѣдованіемъ врача, или же вызванное преступными дѣйствіями. Часто причиной выкидыша бываетъ также сифилисъ отца или матери. Измѣненія положенія матки, прежде всего *retroflexio*, рѣже выпаденіе ея, вызываютъ хроническій эндометритъ и тѣмъ самымъ даютъ поводъ къ выкидышамъ.

Ближайшее мѣсто вслѣдъ за эндометритомъ занимаютъ кровоизліянія въ эндометрій или въ подслизистую ткань, которыя, превращая яйцо въ постороннее тѣло, подготавливаютъ такимъ образомъ выталкиваніе его. Такія кровоизліянія могутъ быть вызваны травмой, паденіемъ, сотрясеніемъ, поѣздками въ экипажѣ или по желѣзной дорогѣ, испугомъ, застоємъ крови при натуживаніи, чрезмѣрнымъ приливомъ крови вслѣдствие частыхъ или бурныхъ половыхъ сношеній и т. д. Иногда достаточно одного кровоизліянія для отслойки яйца, въ другой разъ она бываетъ послѣдствіемъ цѣлага ряда повторныхъ кровотеченій.

По сравненію съ перечисленными причинами, всѣ другія, какъ лихорадочныя болѣзни, отравленія (фосфоромъ, спорыньей и т. д.), имѣютъ по частотѣ второстепенное значеніе.

Теченіе выкидыша очень различно. Въ первые три мѣсяца оно всегда болѣе или менѣе типично, между тѣмъ какъ, начиная съ 4-го мѣсяца, съ болынимъ развитіемъ плода и образованіемъ послѣда абортъ протекаетъ аналогично своевременнымъ родамъ. Въ виду этого мы на практикѣ различаемъ выкидышъ въ первые три мѣсяца отъ позднѣйшаго выкидыша, протекающаго до истеченія 28-ой недѣли.

Рѣдко наблюдается такое теченіе, когда безъ всякихъ предвѣстниковъ появляются боли, и дѣло доходитъ до выталкиванія яйца при умѣренномъ кровотеченіи. Такъ бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ сразу устанавливается очень хорошая родовая дѣятельность, или же когда яйцо уже давно умерло, не связано болѣе съ кругомъ кровообращенія и выталкивается теперь, благодаря пробудившейся родовой дѣятельности. Въ большинствѣ же случаевъ яйцо вначалѣ отдѣлено лишь частью, а затѣмъ появляется кровотеченіе, усиливающееся съ начинающимися болями. Кровотеченія эти могутъ сдѣлаться угрожающими по силѣ, но я не помню за послѣдніе 20 лѣтъ ни одного смертнаго случая отъ истеченія кровью при выкидышѣ ни въ клиникѣ, ни въ поликлиникѣ; въ большинствѣ случаевъ потеря крови ослабляетъ скорѣе своей продолжительностью.

Кровотеченіе сильно до тѣхъ поръ, пока яйцо не вполне отдѣлено,

но оно сейчас же останавливается, даже когда яйцо еще не изгнано, если только оно лежитъ въ маткѣ уже вполне отдѣлившимся.

Пока шейка не вполне проходима, можно надѣяться сохранить беременность и—если только нѣтъ жизненнаго показанія для вмѣшательства—нужно соответственно дѣйствовать. Но если внутренний зѣвъ проходимъ, то, какъ показалъ мой опытъ, остановить выкидышъ не удастся.

Гораздо чаще, чѣмъ при своевременныхъ родахъ, выталкиваніе яйца при выкидышахъ бываетъ неполное. Остающіеся въ маткѣ остатки (хоріонъ, или decidua) подають затѣмъ поводъ къ продолжительнымъ кровотечениямъ, а иногда, съ проникновеніемъ зародышей, и къ лихорадочнымъ процессамъ.

*Диагнозъ* выкидыша вамъ, слѣдовательно, въ большинствѣ случаевъ поставить будетъ не трудно, какъ только послѣ задержки мѣсячныхъ, при появленіи болей и болѣе или менѣе сильнаго кровотечения, раскроется шейка, и вы найдете, соответственно сроку беременности, большое и мягкое тѣло матки. Труднѣе рѣшить, если абортъ уже совершился, былъ ли онъ полнымъ или неполнымъ. Если извергнутое яйцо имѣется въ распоряженіи врача для изслѣдованія, то при извѣстной опытности поставить диагнозъ легко. Вы не должны только забывать, что во 2-мъ и 3-мъ мѣсяцѣ отпадающая оболочка имѣетъ до 5 милим. въ толщину, и что, только начиная съ 4-го мѣсяца, нужно считаться съ развитой плацентой. Но большей частью яйцо недоступно осмотру, его нѣтъ, а вамъ только говорятъ, что отошли большіе сгустки крови, смѣшанные съ кусками ткани.

Диагнозъ о законченности или неполнотѣ выкидыша долженъ опираться на тотъ фактъ, что матка уменьшилась и стала плотной, а также на то, что послѣ отхода яйца внутренний зѣвъ закрывается. Гораздо труднѣе установить, имѣются ли въ маткѣ остатки аборта или нѣтъ. Въ большинствѣ случаевъ, послѣ полного изверженія яйца, кровотеченіе прекращается въ нѣсколько дней. Если же оно продолжается съ перемѣнной силой, то увеличиваясь, то уменьшаясь безъ всякой видимой причины; если при этомъ шейка въ нижней своей части еще зияетъ, то подозрѣніе относительно остатковъ аборта въ маткѣ имѣетъ свои основанія, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда выкидышъ прошелъ безъ врачебной помощи и былъ предоставленъ самому себѣ.

Предсказаніе при выкидышѣ вы должны ставить вообще благопріятное. При правильномъ образѣ дѣйствій и своевременномъ приглашеніи врача, смертельнаго кровотечения не бываетъ. Хуже предсказаніе при тяжкомъ выкидышѣ, въ особенности, если при существующихъ еще въ маткѣ остаткахъ туда иммигрируютъ болѣзнетворные зародыши. Въ клиникѣ, напр., многія женщины погибають у насъ отъ септического зараженія вслѣдствіе преступнаго выкидыша.

Въ леченіи, какъ видно изъ сказаннаго, обширное поле принадлежитъ профикамикѣ. Домашніе врачи должны стремиться послѣ бывшаго аборта устранить всѣ его дурныя послѣдствія, прежде всего—существующій эндометритъ, всего лучше при посредствѣ своевременнаго выскабливанія. Если пациентка повторно забеременѣетъ, вы потребуете отъ нея осторожности, посоветуете отказаться отъ ѣзды въ экипажъ или по желѣзной дорогѣ, уложите ее на нѣсколько дней въ постель на время, когда должны были бы наступить регулы. При малѣйшихъ признакахъ угрожающаго выкидыша—постельный покой и опій. Если имѣло мѣсто крово-

теченіе, хотя бы и незначительное, я оставляю больную въ постели по крайней мѣрѣ 8 дней. Если у больной уже было два выкидыша, то я предписываю строгій постельный покой, какъ только съ вѣроятностью можно допустить беременность, и притомъ на 14 дней, пока не пройдетъ опасное время; въ случаѣ надобности—даже вплоть до того времени, когда беременная почувствуетъ движенія ребенка. Если существуетъ конституціональная причина выкидыша, то дальнѣйшее лежаніе въ постели безцѣльно.

Спринцованія, тампонаду и т. д. не надо примѣнять, пока есть надежда сохранить беременность. Но если абортъ, сопровождаемый болями и кровоточеніемъ, уже въ ходу, то вы можете ждать лишь до тѣхъ поръ, пока кровоточеніе не слишкомъ сильно. Если же оно достигнетъ значительной степени, то затампонируйте матку черезъ шейку іодоформенной марлей, вы остановите этимъ кровоточеніе и усилите родовую дѣятельность. Если не наступитъ повышенія температуры, марля можетъ остаться въ маткѣ 24 часа. Часто яйцо находятъ затѣмъ отдѣлившимся на тампонѣ, или же оно выталкивается вмѣстѣ съ послѣднимъ во влагалище.

Если шейка достаточно раскрыта, но яйцо еще не совсемъ отдѣлилось, то я совѣтую удалить его при соблюденіи строгой асептики. Если же шейка, несмотря на тампонаду, еще недостаточно проходима, тогда цѣлесообразнѣе вторично тампонировать на 24 часа. Нѣтъ ничего труднѣе, какъ удалить черезъ цѣлую шейку на 3-мъ или 4-мъ мѣсяцѣ яйцо, или зародышъ, въ особенности, если онъ рвется на части.

Наркозъ чрезвычайно облегчаетъ выскабливаніе матки безъ осложненийъ.

Если яйцо выдѣлилось цѣликомъ, то не нужно входить въ матку. Только если отсутствуетъ весь децидуальный мѣшокъ, я стою за то, чтобы между 2-мъ и 4-мъ мѣсяцемъ удалить его, такъ какъ въ противномъ случаѣ онъ легко ведетъ къ недостаточной инволюціи или къ продолжительнымъ послѣдовательнымъ кровоточеніямъ. Удаленіе производится рукой или ложечкой.

На второмъ и третьемъ мѣсяцахъ послѣ отхожденія яйца рѣдко бываютъ болѣе сильныя кровоточенія; всего чаще они бываютъ на 4-мъ и 5-мъ мѣсяцахъ. Но если бы они всетаки появились, не откладывайте тампонады полости, такъ какъ матка въ это время не поддается массажу.

Въ такихъ случаяхъ сначала опорожняютъ матку рукой или ложечкой, затѣмъ производятъ горячее (въ 50°) промываніе, наконецъ, тампонаду іодоформенной марлей матки и сводовъ—все подъ контролемъ глаза, при помощи желобоватаго зеркала.

Если дѣло идетъ только объ остаткахъ яйца или о подозрѣніи, что они существуютъ, то нужно прежде всего попытаться остановить кровоточеніе путемъ покоя въ постели, горячихъ спринцованій, эрготина внутрь. Если это не удается, а зіяющій зѣвъ и отхожденіе обрывковъ ткани или большихъ сгустковъ указываютъ на остатки выкидыша въ маткѣ, тогда вы сберегаете время и прекращаете потерю крови выскабливаніемъ матки (curettagе).

Наркозъ необходимъ при этомъ только для очень боязливыхъ особъ; обнаженіе шейки зеркаломъ, расширеніе моими металлическими Неггеровскими расширителями, затѣмъ выскабливаніе ложечкой. На 2000 выкидышей, леченныхъ мной въ послѣдніе 12 лѣтъ въ клиникѣ и поликлиникѣ,

я лишь два раза пережил прободеніе матки; возможно, впрочемъ, что оно уже совершено было раньше зондомъ. Если ассистентъ (или акушерка), который держитъ зеркало, контролируетъ матку лѣвой рукой, то несчастіе сейчасъ же будетъ замѣчено, и можно предупредить дальнѣйшее зло, какъ это было въ нашихъ двухъ случаяхъ. Я не понимаю, почему нѣкоторые такъ настойчиво предостерегаютъ отъ употребленія ложечки при леченіи аборта. Я чрезвычайно доволенъ ея примѣненіемъ и съ своей стороны скорѣе предостерегаю отъ употребленія корнцанга, при посредствѣ котораго несомнѣнно гораздо чаще производились прободенія матки, чѣмъ ложечкой.

Послѣ выскабливанія полость вытирается какой-нибудь антисептической жидкостью (карболовый спиртъ 50%, іодная настойка 10—20%). Больная остается 6—8 дней въ постели. Затѣмъ она можетъ встать, но во время первой менструаціи снова должна лечь въ постель.

## ВОСЬМАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ.

#### Отдѣленіе приростаго послѣда.

Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ при преждевременныхъ или срочныхъ родахъ въ большинствѣ случаевъ атоническаго происхожденія. Поэтому вы ихъ встрѣчаете прежде всего тамъ, гдѣ въ теченіе всего періода родовъ была вялая родовая дѣятельность, слѣдовательно, у слабыхъ первородящихъ, при чрезмѣрномъ растяженіи матки, при слишкомъ быстромъ самопроизвольномъ, или искусственномъ опорожненіи ея.

Непосредственно послѣ родовъ поводъ къ кровотеченіямъ подають: неполное отдѣленіе послѣда, задержка какой-нибудь дольки его или остатки оторвавшагося у края яйцеваго мѣшка. Что атоническія кровотечения бывають такъ часто послѣ наложенія пинцовъ, нужно ставить въ вину не быстрому опорожненію матки, благодаря щипцамъ, а той слабости потугъ, которая до того заставила насъ наложить щипцы.

Моментъ наступленія атоніи весьма различенъ. Иногда она наступаетъ при быстромъ опорожненіи матки, немедленно послѣ рожденія ребенка, такъ что ее нерѣдко трудно бываетъ дифференцировать отъ кровотечения вслѣдствіе разрывовъ. Но въ большинствѣ случаевъ кровотеченіе начинается лишь черезъ 10—15 минутъ, если плацента или оболочки не вполне отдѣлимы, или если матка не въ состояніи ихъ изгнать.

Кровотеченія появляются тогда съ перерывами, значительно усиливаясь во время потуги, причѣмъ кровь иногда продолжаетъ еще сочиться и во время паузы между потугами. Матка рѣдко становится при этомъ твердой, да и то лишь на короткое время. Главнѣйшій признакъ заключается въ томъ, что матка равномерно увеличивается и расширяется, растягиваясь на всемъ протяженіи, между тѣмъ какъ обыкновенно опорожненная матка въ видѣ маленькаго твердаго шара подымается вверхъ, наклонная чаще вправо, рѣже влѣво.

Симптомы потери крови, которая быстро может достигнуть при послѣдвыхъ кровотеченіяхъ смертельной высоты, вамъ извѣстны, м. г., а потому я не буду останавливаться на нихъ. Наиболье вѣрный способъ для остановки атоническаго кровотеченія представляетъ сильное масси- рованіе матки. Но его нужно изучить, а потому въ клиникѣ нужно на- учиться не только выжидательному методу, но и способу Сгедѣ. Силь- ное растираніе матки, производимое не слишкомъ поспѣшно, съ переры- вами во время болей, большей частью сейчасъ же останавливаетъ атони- ческое кровотеченіе. Одновременно вы заставьте роженицу сжать бедра и тампонируйте *только снаружи*, плотно прижимая вату, въ особенности по направленію къзади, чтобы кровь не могла стекать незамѣченной на подстилку. Подкожное впрыскиваніе эрготина (1 стерильная трубочка эрготина *Вомбелон* или *Вѣшераз*) поддерживаетъ дѣйствіе мас- сажа, но нельзя ограничиваться только имъ однимъ. Не и недавно реко- мендовалъ въ отчаянныхъ случаяхъ атоническихъ послѣдвыхъ кровоте- ченій подкожное впрыскиваніе супрарена въ мышцу матки. Отъ раствора 1:10000 берутъ 3 дѣленія шприца. Опыты надъ животными пока- зали, что матка при этомъ очень твердѣетъ и становится совершенно бѣлой.

Если кровотеченіе не останавливается, вы не должны ждать, пока оно приметъ угрожающіе размѣры, вы поручаете на короткое время аку- шеркѣ, чтобы она слѣдила за маткой и кровотеченіемъ, а сами осматри- ваете послѣдъ и оболочки, чтобы убѣдиться, все ли вышло.

Если время позволяетъ, лучше произвести полную дезинфекцію рукъ, если же нѣтъ, то ихъ нужно просто вымыть и надѣть вываренныя перчатки. Роженицу кладутъ на поперечную кровать, наружныя половыя части и влагалище дезинфицируютъ, на задній проходъ накладываютъ повязку, полость матки промываютъ теплой водой, а затѣмъ, помогая себѣ снаружи встрѣчной рукой, нащупываютъ, нѣтъ ли гдѣ остатковъ послѣда, удаляютъ всѣ кровяные сгустки, и маточнымъ катетромъ а double-courant (модель *Bischoffa*) промываютъ полость матки  $\frac{1}{2}\%$ - нымъ растворомъ лизола въ  $50^{\circ}$  С.; для этого достаточно 1—2 литровъ.

За ничтожными исключеніями послѣ всѣхъ этихъ мѣръ почти вся- кое атоническое кровотеченіе при преждевременныхъ и своевременныхъ родахъ останавливается.

Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ мы бываемъ вынуждены еще послѣдовательно тампонировать полость матки іодоформенной марлей. Для этой цѣли употребляютъ 5 метр. марли для матки и столько же для влагалища (см. ниже).

Чтобы кровотеченіе и послѣ этого не остановилось, такъ что была бы необходимость полной влагалищной экстирпации матки, я никогда не видалъ и даже сомнѣваюсь, имѣло ли такое рѣшеніе въ соответствен- ныхъ случаяхъ свое оправданіе.

Послѣ промыванія и тампонады матка нѣкоторое время все еще требуетъ, однако, наблюденія, а затѣмъ только кладутъ, какъ тяжесть, пузырь со льдомъ или мѣшокъ съ пескомъ.

На общемъ леченіи послѣ сильной потери крови мнѣ везачѣмъ здѣсь останавливаться, потому что оно вамъ извѣстно. Я напомню вамъ только, что подкожное впрыскиваніе 500 граммовъ фізіологическаго раствора поваренной соли не слѣдуетъ слишкомъ откладывать. Всего лучше при-



возить всегда съ собой небольшой стерильный ирригаторъ и 1 литръ стерильнаго раствора поваренной соли.

Гораздо рѣже причиной кровотеченій въ послѣдовомъ періодѣ бываютъ *разрывы*. Изолированные разрывы влагалища встрѣчаются не такъ уже рѣдко, въ особенности послѣ щипцовъ, но кровотечения изъ нихъ едва ли достигаютъ болѣе значительной степени. При изслѣдованіи родильницъ часто находятъ большіе разрывы, хотя они и не дали раньше кровотеченій. Сильнѣе уже кровоточатъ надрывы на губахъ, въ особенности въ области клитора тѣмъ болѣе, если разрывается *corpus* или *scrua clitoridis*.

Кровотеченія эти всегда начинаются сейчасъ же послѣ рожденія ребенка и бываютъ такъ сильны, что акушерка и врачъ должны немедленно отыскать причину кровотеченія и остановить его. Разрывы промежности лишь изрѣдка даютъ болѣе сильныя кровотеченія, въ большинствѣ же случаевъ причиной ихъ являются сопутствующіе имъ разрывы влагалища. Всего больше нужно бояться, и съ полнымъ правомъ, разрывовъ шейки. Въ клиникѣ они встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Мы уже много лѣтъ не имѣли надобности зашивать разрывъ шейки. Пока существовалъ обычай при каждомъ послѣдовомъ кровотеченіи обнажать шейку и стягивать ее внизъ, естественно часто бывали кровотечения изъ растянутыхъ венъ боковыхъ разрывовъ шейки и потому довольно часто требовалось наложеніе вообще ненужнаго шва на шейку. При самопроизвольныхъ родахъ разрывы шейки наступаютъ лишь тогда, если сильная родовая дѣятельность слишкомъ быстро изгоняетъ плодъ при ригидной шейкѣ. Гораздо чаще они бываютъ при насильственныхъ высокиихъ щипцахъ, всего больше при поворотахъ или извлеченіяхъ за ягодицы, такъ что врачъ въ такихъ случаяхъ всегда уже на лицо, и едва ли акушерка можетъ очутиться здѣсь у постели роженицы въ не-пріятномъ положеніи одной.

Симптомы обыкновенно ясны: несмотря на хорошо сокращенную матку, сильное равномерное кровотеченіе, начавшееся сейчасъ же послѣ родовъ, почти всегда венозное, рѣже артеріальное. Осмотръ вульвы показываетъ, происходитъ ли кровотеченіе отсюда или нѣтъ. При раздвиганіи губъ кровь течетъ при разрывахъ шейки извнутри. Быстро произведенное при помощи каучуковыхъ перчатокъ изслѣдованіе покажетъ вамъ, разорвано ли влагалище, или шейка.

При кровотеченіи изъ наружныхъ половыхъ частей, въ частности изъ клитора, единственно правильный способъ представляетъ обкалываніе, но для этого нужно выбирать не слишкомъ большія иглы. Нерѣдко продолжаютъ еще кровоточить уколы, такъ что послѣ наложенія шва необходима кромѣ того тампонада разрыва и прижатіе къ лонному соединенію.

При кровотеченіи изъ влагалищно-промежностныхъ разрывовъ самое правильное, разумѣется, немедленное наложеніе швовъ; при болѣе сильномъ кровотеченіи они могутъ быть наложены еще до изгнанія послѣда (см. ниже). Какъ ни правильно въ теоріи положеніе, что всякій кровоточащій разрывъ шейки долженъ быть зашитъ, исполненіе его на практикѣ часто сопровождается большими трудностями. Въ частной практикѣ, при ассистированіи одной только акушерки и скудномъ часто освѣщеніи, почти невозможно наложить такой шовъ по правиламъ искусства.

Въ такихъ случаяхъ я совѣтую вамъ, м. г., въ частной практикѣ лучше производить правильную тампонаду матки, для которой вы должны всегда имѣть все необходимое при каждомъ случаѣ родовъ. Вы обнажаете шейку, умѣренно тампонируете полость матки, затѣмъ сейчасъ же по всѣмъ правиламъ тампонируете полость шейки и влагалищные своды. Обыкновенно кровотеченіе послѣ этого прекращается и уже не возобновляется болѣе, когда вы черезъ 24 часа удаляете тампонъ. Но если бы оно продолжалось, то вы выгадываете пока время, чтобы послать родильницу въ какую нибудь клинику, или чтобы самому застѣчь швами и надлежащими ассистентами.

Наложеніе шва на шейку совершается слѣдующимъ образомъ: обнаженіе шейки, оттягиваніе ея внизъ мюезевскими щипцами, раздвиганіе губъ. Иногда брызжущее мѣсто захватывается длиннымъ зажимомъ, чтобы имѣть возможность, несмотря на кровотеченіе, наложить шовъ. Верхніе швы шейки вы накладываете не слишкомъ большими, круглыми иглами черезъ слизистую и подслизистую ткань изнутри, со стороны полости шейки. Не дѣлайте только слишкомъ глубокихъ уколовъ въ параметрій, въ виду опасности захватить также мочеточникъ. Когда разрывъ шейки зашитъ уже до влагалищной части, накладываются глубокіе швы, захватывающіе всю толщину разрыва со стороны слизистой влагалища къ слизистой шейки и обратно, какъ при E m e t t'овскомъ швѣ. Я употребляю для такого шва катгутъ. Если швы наложены правильно съ обѣихъ сторонъ, то кровотеченіе останавливается. Рѣдко бываетъ еще необходимо послѣдовательно затампонировать влагалище.

### Отдѣленіе приросшаго послѣда.

Эта операція производится на практикѣ слишкомъ часто. Показаніемъ къ ней служитъ агоническое кровотеченіе въ послѣдовомъ періодѣ, при полномъ или частичномъ приращеніи послѣда, если его иначе не удается остановить. Если не удастся выжать плаценту, а кровотеченіе продолжается, то вы должны приготовиться къ отдѣленію. По окончаніи дезинфекціи и наркоза слѣдуетъ предварительно еще разъ попытаться сдѣлать выжиманіе: въ цѣломъ рядѣ случаевъ это удается, и отдѣленіе не нужно болѣе.

Отдѣленіе плаценты не трудно, если, входя въ матку, держаться пушовины и такимъ образомъ отыскивать себѣ путь. Вамъ удастся тогда избѣжать дурныхъ результатовъ, полученныхъ акушерами, которые прокладывали себѣ путь, производя насиліе, отыскивали ложный путь, черезъ разрывы, проникали въ подсерозную оболочку, а отсюда въ брюшную полость и вырывали матку или кишки. (Я видалъ и то, и другое).

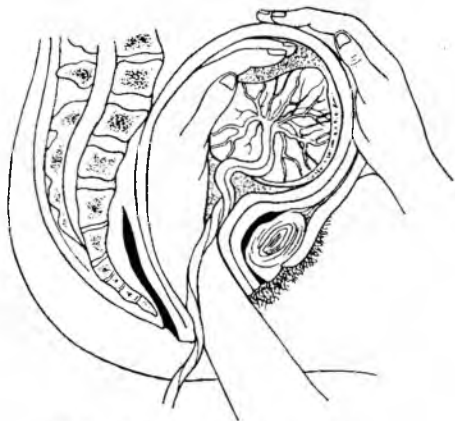


Рис. 36. Отдѣленіе послѣда.

Опасность отдѣленія послѣда заключается въ возможности зараженія черезъ рану маточной стѣнки бактеріями полового тракта, такъ какъ ихъ не всегда можно всецѣло устранить тщательной дезинфекціей. Sachs показалъ (диссертация, Страсбургъ, 1902 г.), что изъ 100 родильницъ, умершихъ отъ родильной горячки, у 68 было произведено отдѣленіе плаценты.

Все, что можно сдѣлать, м. г., чтобы этого избѣжать, заключается въ слѣдующемъ: прежде всего—тщательная дезинфекція вашихъ рукъ, затѣмъ опорожненіе пузыря роженицы, положеніе ея на поперечной постели, животъ и бедра, покрытые стерильными полотенцами, дезинфекція вульвы и сбриваніе волосъ на лонномъ соединеніи, бедрахъ и ягодицахъ. Вслѣдъ затѣмъ слегка вытираютъ шейку и влагалище ватой или пальцемъ, при антисептической ирригаціи  $\frac{1}{2}\%$  растворомъ лизола, или сольвеола) и дѣлаютъ тепловатое промываніе полости матки. Вы надѣваете вываренныя каучуковыя перчатки. При легкомъ наркозѣ и натягиваніи пуповины удается попасть въ полость матки. Наружная рука тогда захватываетъ матку и сильно надавливаетъ на нее, на встрѣчу внутренней рукѣ. Теперь внутренняя рука начинаетъ отдѣлять послѣдъ, при частичномъ сращеніи—съ отдѣлившейся доли, при полномъ—съ верхняго края. Пальцы стараются вылушить плаценту изъ стѣнки матки пилообразными движеніями, причемъ нужно строго избѣгать поврежденія стѣнки. Какъ только плацента становится подвижной, захватите ее полной рукой и извлеките ее вращательными движеніями. Посуда для послѣда должна быть приготовлена заранее. Затѣмъ снова дезинфекція руки, снова войдите въ матку и осмотрите, нѣтъ ли остатковъ, въ особенности у отверстія трубъ; теперь сдѣлать это уже гораздо легче.

Послѣ того, во всѣхъ случаяхъ горячее (50°) промываніе матки, а тампонада только тогда, если кровотеченіе не остановилось.

Затѣмъ слѣдитъ за маткой, положить пузырь со льдомъ или мѣшокъ съ несомъ и цѣлесообразно сдѣлать подкожное впрыскиваніе эрготина.

Первые дни родильница должна лежать очень спокойно. Въ дальѣйшемъ теченіи послѣродового періода нужно стараться предупредить возможный тромбозъ и флебитъ при помощи эрготина, умѣренными движеніями ногъ, высокимъ положеніемъ ихъ.

Къ несчастью, нѣтъ сомнѣнія, что отдѣленіе послѣда составляетъ самую опасную изъ нашихъ акушерскихъ операцій и что, несмотря на всѣ мѣры предосторожности, отъ времени до времени все же можетъ развиться, какъ послѣдствіе ея, пuerперальная піемія.

## ВТОРАЯ ЧАСТЬ.

### Вспомогательныя операціи практическаго акушерства.

#### ДЕВЯТАЯ ЛЕКЦІЯ.

##### I. Выжиманіе головки. Способъ Kristeller'a.

При узкомъ тазѣ, когда матка уже опорожнила часть своего содержимаго—головку, а можетъ быть и плечики—въ нижній сегментъ матки и въ шейку, а костный входъ оказываетъ сопротивление, Hofmeister, предложилъ помочь недостаточной силѣ матки, пытаясь втолкнуть головку въ суженный входъ въ тазъ. Необходимое для этого условіе—чтобы препятствіемъ для опусканія головки было не сопротивление наружнаго зѣва, а только сопротивление со стороны входа въ тазъ.

Hofmeister производитъ это вталкиваніе такимъ образомъ: подѣ наркомомъ, настолько глубокимъ, что исключается дѣйствіе брюшнаго пресса, стоя сбоку подѣ роженицы, онъ снаружи захватываетъ головку, кладя большой палецъ на затылокъ, а четыре остальныхъ на подбородокъ или лобъ, и загѣмъ сильнымъ давленіемъ вталкиваетъ головку въ тазъ во время паузы между потугами. Этотъ приемъ, слѣдовательно, соответствуетъ 3-му ручному приему наружнаго изслѣдованія. Я съ успѣхомъ примѣнялъ также вмѣсто него 4-ый приемъ наружнаго вдавливанія. Цѣлесообразно одновременно примѣнять Walshеговское висячее положеніе. Скорѣе всего можно имѣть успѣхъ при такомъ давленіи головки при плоскомъ и умѣренно общесуженномъ тазѣ.

Уже послѣ нѣсколькихъ попытокъ вдавленія, которыя долженъ контролировать изслѣдующій ассистентъ, замѣтно, можно ли надѣяться на успѣхъ, но ихъ во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ продолжать слишкомъ долго и слишкомъ энергично. Въ клиникѣ я видѣлъ въ одномъ случаѣ разрывъ матки, какъ послѣдствіе слишкомъ энергичнаго примѣненія выжиманія головки. Такъ какъ ручной приемъ этотъ главнымъ образомъ показанъ при сильномъ растяженіи шейки и угрожающемъ разрывѣ, то въ случаяхъ, гдѣ онъ не ведетъ къ цѣли, нужно своевременно перейти къ пубіотоміи. Если же она для васъ, м. г., не выполнима, то вы должны, во избѣжаніе разрыва матки, произвести прободеніе головки.

Совсѣмъ другую цѣль преслѣдуетъ способъ выжиманія по Kristeller'у. Въ свое время Kristeller поставилъ для примѣненія своего способа слишкомъ широкія показанія. Онъ хотѣлъ примѣнять выжима-

ніе не только въ періодѣ изгнаія, но и въ періодѣ раскрытія при недостаточности потугъ и при недостаточномъ раскрытіи и суженіи зѣва. Противъ такого широкаго примѣненія даннаго способа нельзя не возражать. Выжиманіе по Kristellerу умѣстно *только* въ періодѣ изгнаіа и замѣняетъ отсутствующія потуги и недостаточную работу брюшнаго пресса. Сопротивленіе со стороны таза и слишкомъ большая головка служатъ противопоказаніями для операціи; она можетъ преодолѣть въ крайнемъ случаѣ развѣ только умѣренное сопротивленіе со стороны мягкихъ частей, т. е. вульвы и промежности.

Операція производится слѣдующимъ образомъ: нужно стать сбоку кровати спиной къ лицу роженицы, захватить матку обѣими руками такимъ образомъ, что ладони кладутся на дно матки, мизинцы у бокового края, а большіе пальцы на переднюю поверхность. Матку сильно сдавливаютъ и толкаютъ внизъ только во время болей.

Чтобы исключить возможное сопротивленіе со стороны брюшныхъ покрововъ, можно примѣнить наркозъ, но въ этомъ случаѣ, если операція не удастся, нужно немедленно наложить щипцы. Поэтому я производжу выжиманіе безъ наркоза. Если послѣ нѣсколькихъ нажиманій нѣтъ замѣтнаго опусканія головки, то лучше отказаться отъ дальнѣйшихъ попытокъ. Приѣмъ этотъ не безопасенъ въ томъ смыслѣ, что, благодаря слишкомъ сильному сдавливанію мѣста прикрѣпленія плаценты или пуповины, увеличивается асфиксія ребенка. Я видѣлъ, что дѣти погибли отъ слишкомъ продолжительнаго выжиманія по Kristellerу.

Я думаю, что этотъ способъ особенно полезенъ въ періодѣ изгнаія, тамъ, гдѣ головка, при переходѣ изъ положенія флексіи въ состояніе разгибанія, останавливается въ своемъ поступательномъ движеніи. Здѣсь можно при помощи способа Kristeller'a настолько низвести подбородочное плечо рычага, чтобы потомъ уже можно было помочь давленіемъ на заднюю часть промежности.

Въ случаѣ нужды вдавливаніе головки можетъ произвести и акушерка, если матери и ребенку грозитъ опасность, а ожидать помощи врача слишкомъ долго.

### Выжиманіе послѣдующей головки.

Эта операція относится къ леченію ягодичныхъ положеній, и я привожу ее здѣсь только ради полноты.

Wigan d рекомендовалъ, какъ извѣстно, при извлеченіи послѣдующей головки войти одной рукой въ ротъ плода, а другой, широко захвативъ головку снаружи, втолкнуть ее въ тазъ.

Выше я уже объяснилъ, почему я не могу рекомендовать этотъ приѣмъ. За то при извлеченіи послѣдующей головки можно посоветовать, чтобы акушерка, или ассистентъ усиливали тракцію снизу давленіемъ сверху. Для этого можно захватить матку, какъ при выжиманіи послѣда, т. е. большой палецъ на передней, остальные четыре пальца на задней поверхности матки. Или же захватываютъ головку, какъ при 4-мъ приѣмѣ. Я предпочитаю первый способъ, потому что при этомъ бипаріетальный размѣръ дѣтской головки уменьшаютъ соотвѣтственно конъюгатъ, что именно и требуется. И этотъ приѣмъ также усиливаютъ примѣненіемъ висячаго положенія.

## II. Превращеніе лобнаго и лицевого положеній въ затылочное.

По предложенію Schatz'a и Thorn'a, превращеніе лицевыхъ положеній въ затылочныя было одно время въ большемъ употребленіи.

Съ тѣхъ поръ статистика показала, что операція эта вовсе не безобидна, что она грозитъ опасностью матери и ребенку, и что терпѣливое выжиданіе даетъ лучшее предсказаніе, чѣмъ такое ручное превращеніе.

Трудность постановки показаній заключается въ томъ, что невозможно знать заранѣе, не произойдутъ ли безъ всякаго ущерба самопроизвольные роды даже въ томъ случаѣ, когда подбородокъ вначалѣ обращенъ назадъ, такъ что вмѣшательство могло бы оказаться излишнимъ. Если же ждать съ операціей превращенія, пока головка не будетъ вкочленена въ тазъ, то ее очень трудно провести, и она можетъ скорѣе привести вредъ.

Поэтому я теперь не могу рекомендовать вамъ превращеніе лицевыхъ положеній въ затылочное въ общей формѣ, какъ это дѣлали Schatz и Thorn. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ такое превращеніе легко удастся, оно, вѣроятно, большей частью излишне, а тамъ, гдѣ оно было бы желательно, оно обыкновенно не удается. Въ виду сказаннаго я не могу поставить опредѣленное показаніе, а совѣтую вамъ сдѣлать попытку произвести превращеніе только въ очень специальныхъ случаяхъ, напр., при умѣренномъ суженіи таза или при очень слабой родовой дѣятельности.

Schatz справедливо требуетъ, чтобы здѣсь лордотическое положеніе разгибанія головки превратить въ нормальное кифотическое положеніе сгибанія. Но такое превращеніе возможно лишь до тѣхъ поръ, пока головка подвижна, воды еще не отошли, или отошли недавно, и періодъ изгнанія еще не начался.

Производство операціи при 2-мъ видѣ лицевого положенія слѣдующее: правой рукой отталкиваютъ переднее плечо и передвигаютъ его въ сторону спинки плода; тѣмъ самымъ личико приподымается изъ таза. Лѣвая рука въ то же время толкаетъ ягодицы ребенка вправо и внизъ, къ животу плода. Если превращеніе удалось, то обѣ руки еще удерживаютъ тѣло ребенка въ новомъ положеніи въ теченіе нѣсколькихъ дней.

Еще цѣлесообразнѣе комбинація изъ наружныхъ и внутреннихъ приѣмовъ, какъ предложилъ Thorn. При этомъ способѣ необходимъ наркозъ, а также извѣстная подвижность головки и цѣлостность пузыря. Внутренняя рука — при первомъ лицевомъ положеніи, слѣдовательно правая — старается повернуть головку вокругъ ея поперечной оси, причѣмъ пальцы сначала отталкиваютъ вверхъ темянные бугры, затѣмъ за-



Рис. 37. Превращеніе лицевого положенія въ затылочное по Schatz'у.

цѣпляя большой родникъ и вѣчные швы, стараются постепенно достать снизу затылокъ, пока не удастся аналогично, какъ при способѣ В u s c h'a, захватить его и извести. Въ то же время наружная рука старается отодвинуть грудь въ противоположную сторону и нѣсколько вверхъ и, какъ только удастся приподнять тѣло ребенка, рука оставляетъ грудь и давить на ягодицы по направлению къ брюшной поверхности плода. И этотъ приемъ также удастся не сразу, но спокойная и бережная работа ведетъ къ цѣли. Насилія во всякомъ случаѣ нужно избѣгать. Когда вращеніе головки совершилось, роженицу кладутъ на бокъ, соотвѣтствующій спинкѣ плода. Затѣмъ нужно тщательно слѣдить за сердцебиеніемъ плода, чтобы въ случаѣ прижатія пуповины ускорить окончаніе родовъ. О вращеніи головки при неблагоприятномъ вставленіи ея подбородкомъ назадъ см. ниже (стр. 67).

Но насколько сомнительно вообще показаніе для превращенія лицевого положенія въ затылочное, настолько же оно несомѣнно для превращенія лобнаго положенія въ затылочное, потому что лобное положеніе при всѣхъ обстоятельствахъ въ высшей степени неблагоприятно: это положеніе, которое всегда грозитъ жизни плода и часто — жизни матери.

По статистикѣ, результаты поворота и щипцовъ при лобныхъ положеніяхъ не особенно благоприятны, лучше результаты превращенія въ лицевое положеніе, всего лучше — въ затылочное. Производить ли первое или второе превращеніе зависитъ воиолнѣ отъ особенностей случая. Въ общемъ предпочтительнѣе, конечно, превращеніе въ затылочное положеніе. Это послѣднее тоже всего лучше произвести по способу T h o r n'a. Если легче достигнуть лица, то можно попытаться зацѣпить ротъ и, въ случаѣ если головка не остается въ лицевомъ положеніи, до тѣхъ поръ нажимать отсюда на подбородокъ внизъ, пока не будутъ наложены щипцы.

### III. Комбинированное наружное и внутреннее вращеніе плода по Fehling'sy.

Даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при глубоко стоящей головкѣ показано примѣненіе щипцовъ, головка, подъ влияніемъ введенной руки, чрезвычайно легко сама противъ воли оператора измѣняетъ свое положеніе. Это наблюденіе подало мнѣ поводъ для выработки систематическаго способа вращенія головки при помощи наружныхъ и внутреннихъ приемовъ.

Вращеніе это показано: а) для затылочныхъ положеній при глубоко поперечномъ и косомъ стояніи стрѣловиднаго шва; б) для темянныхъ положеній; въ обоихъ случаяхъ—какъ съ цѣлью вызвать поступательное движеніе родовъ, такъ и съ цѣлью выиграть благоприятное черепное положеніе на случай возможнаго наложенія щипцовъ.

Наркозъ большей частью не нуженъ. Его можно рекомендовать только у очень боязливыхъ и чувствительныхъ женщинъ и тогда, если въ случаѣ неудачи вращенія показано сейчасъ же наложить щипцы. Вы, слѣдовательно, входите въ матку при первомъ черепномъ положеніи правой рукой, 2-мя пальцами крючкообразно зацѣпляете область боль-

шого родника, а если это не удастся, то стрѣловидный шовъ, и стараетесь передвинуть лобъ назадъ. Если вращеніе настолько удалось, что легко можно достигнуть малаго родника, то зацѣпляя его крючкообразно двумя пальцами, продолжаютъ вращеніе. Существенную помощь вращенію оказываетъ отодвиганіе передняго плеча въ противоположную сторону. При глубокомъ поперечномъ стояніи головки въ черепномъ положеніи или при первомъ темянномъ предлежаніи переднее плечо должно быть отодвинуто къ срединной линіи, а отсюда вправо. При первомъ черепномъ положеніи, слѣдовательно, лѣвая рука одновременно широко захватываетъ плечо, толкаетъ его къ серединѣ, а отсюда вправо. Значительную поддержку операціи оказываетъ положеніе роженицы на боку, соотвѣтствующемъ животу плода, т. е. при 1-мъ черепномъ положеніи на правомъ боку.

Не всегда операція удается сразу; часто вращеніе приходится повторять нѣсколько разъ. Когда наступаетъ боль, ей помогаютъ нажиманіемъ, чтобы съ этимъ вторымъ вращеніемъ головки соединилось поступательное движеніе ея. Но вы должны знать, что вращеніе иногда не удается, въ особенности при темянныхъ положеніяхъ. Интересно было бы выяснить, принадлежатъ ли головки, не допускающія вращенія, главнымъ образомъ къ брахицефалическимъ.

с) Вращеніе подбородка впередъ при лицевыхъ положеніяхъ.

Такъ какъ лицо при положеніи его подбородкомъ назадъ не можетъ родиться, причемъ невозможно также окончить роды инструментальнымъ путемъ, то я совѣтую вамъ не медлить съ этимъ вращеніемъ. При первомъ лицевомъ положеніи вы входите лѣвой рукой, захватываете подбородокъ или зацѣпляете крючкообразно пальцемъ ротъ, и медленно вращаете подбородокъ впередъ, между тѣмъ какъ правая рука отталкиваетъ переднее плечо со стороны животика плода, т. е. справа на лѣво.

Операція помогаетъ положеніе роженицы на лѣвомъ боку.



Рис. 38. Комбинированное наружное и внутреннее вращеніе плода по Fehling'sy.

#### IV. Вправление пуповины и мелкихъ частей.

Выпаденіе *пуповины* всегда грозитъ величайшей опасностью для жизни плода. Во всѣхъ случаяхъ черепного положенія вы должны поэтому прежде всего попытаться произвести вправление. При ягодичныхъ и поперечныхъ положеніяхъ въ этомъ нѣтъ надобности, такъ какъ либо пуповина здѣсь не сдавливается, либо все равно должно быть произведено извлеченіе плода. При мертвомъ плодѣ разумѣется никогда не производятъ вправления, тѣмъ не менѣе не мѣшаетъ помнить, что иногда—



въ очень рѣдкихъ, конечно, случаяхъ—при отсутствіи пульсаціи пуповины все еще можетъ, однако, существовать слабое сердцебіеніе.

При зѣвѣ недостаточно раскрытомъ произвести вправленіе трудно, или даже невозможно. Вы можете попытаться захватить пуповину двумя пальцами и отодвинуть ее за подлежащую часть или же захватить, какъ совѣтовалъ С. V. W a u n, петлей, прикрѣпить ее къ мандрину катетера и такимъ образомъ вести ее обратно. Въ большинствѣ случаевъ это вамъ, однако, не удастся, и она сейчасъ же снова выпадаетъ. Поворотъ на ножку, вслѣдствіе недостаточнаго раскрытія маточнаго зѣва, здѣсь для ребенка бесполезенъ, а для матери опасенъ въ виду возможныхъ разрывовъ шейки. А потому, если при мало раскрытомъ зѣвѣ произойдетъ выпаденіе пуповины, причемъ не удастся легко и прочно вправить ее, вы приведите плодъ при помощи наружныхъ и внутреннихъ пріемовъ въ поперечное положеніе, отодвиньте пуповину вверхъ за внутренней зѣвъ и введите метрейринтеръ, пока раскрытіе зѣва не будетъ настолько совершенное, чтобы можно было произвести поворотъ и извлеченіе. Такимъ путемъ всего легче удастся спасти ребенка отъ грозящей ему опасности, не причиняя въ то же время вреда матери.

При достаточномъ раскрытіи зѣва нужно поступать иначе. Какъ показываетъ, повидимому, статистика, поворотъ болѣе благоприятенъ для ребенка, чѣмъ вправленіе пуповины. Это происходитъ отъ того, что послѣднее производится тамъ, гдѣ пуповина уже тяжело пострадала, т. е. въ случаяхъ уже совершенно неподходящихъ. Несмотря на это, я бы не совѣтовалъ совсѣмъ отказаться отъ вправленія пуповины, а рекомендовать только производить его, если выпаденіе послѣдовало незадолго передъ тѣмъ, если предлежитъ лишь небольшая петля и если нѣтъ вообще какихъ либо другихъ осложнений. Но и въ этихъ случаяхъ можно сдѣлать лишь одну-двѣ попытки вправленія. Быть можетъ, здѣсь заслуживаетъ также вниманія предложеніе Н e n n e (Шаффгаузенъ) производить вправленіе не рукой, а четырехугольнымъ кускомъ стерильной марли.

Если же пуповина уже пульсируетъ очень медленно, если одновременно выпала также ручка, или существуетъ съжугленіе таза, тогда—такъ какъ головка обыкновенно стоитъ еще высоко—предпочтенія заслуживаетъ поворотъ. Иногда во время приготовленій къ операціи головка успѣваетъ опуститься такъ глубоко въ тазъ, что можно наложить щипцы.

Для вправленія пуповины наркозъ не является безусловно необходимымъ. Рука выбирается та же, что и для поворота, т. е. та, ладонная поверхность которой обращена къ животу ребенка. Я предпочитаю спинно-ягодичное положеніе роженицы, которое и въ частномъ домѣ во всякое время можетъ быть превращено въ высокое положеніе таза. Положеніе на боку менѣе цѣлесообразно въ интересахъ антисептики, а колыбно-локтевое—въ виду наркоза.

Если нужно провести вверхъ, черезъ максимальную окружность головки, лишь небольшую петлю, то для этого достаточно двухъ пальцевъ. Большею частью необходимо, однако, введеніе всей руки выше головки до груди плода. Прежде, чѣмъ вынуть руку, попытайтесь укрѣпить пуповину къ какому нибудь выступу дѣтскаго тѣла и не вынимайте руки, пока треніемъ другой руки не будетъ вызвана родовая боль.

Если вправленіе не удастся, вы должны сейчасъ же приступить къ повороту или къ извлеченію щипцами.

## Вправление мелких частей.

Если вы при цѣломъ пузырьѣ прощупываете вмѣстѣ съ предлагающей головкой палецъ или ручку, то достаточно положить роженицу на бокъ, соответствующій спинкѣ плода.

Но если ручка опустилась рядомъ съ головкой глубже, то я не сторонникъ выжиданія, пока ручка, благодаря припуханію, не создастъ препятствія для родовъ, а совѣтую обязательно сейчасъ же вправить ее. Даже если головка уже вступила въ тазъ, въ большинствѣ случаевъ удается двумя или четырьмя пальцами, какъ при введеніи щипцовъ, вправить мелкую часть плода. При абсолютномъ ущемленіи ручки вы должны отказаться отъ вправленія. Если роды при этомъ невозможны, то головку извлекаютъ щипцами.

Если ручка выпала ниже еще стоящей высоко головки, то вправление всегда должно быть возможно. Производить въ такихъ случаяхъ поворотъ было бы ошибкой. Ручкой, ладонная поверхность которой соответствуетъ брюшной поверхности плода, вы и здѣсь также должны произвести вправление въ спинномъ положеніи роженицы, а затѣмъ ее класть на тотъ бокъ, въ сторону котораго обращенъ загилокъ.

Выпаденіе ножекъ рядомъ съ головкой рѣдко подаетъ поводъ къ вправленію. Способъ аналогиченъ вправленію ручки. При выпаденіи рядомъ съ головкой ручки и ножки вправление большей частью не удается, и тогда заслуживаетъ предпочтенія поворотъ.

## ДЕСЯТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Методы расширенія шейки.

#### **А. Расширеніе шейки тупымъ орудіемъ.**

(Безкровные способы).

Расширеніе шейки тупымъ путемъ представляетъ наиболѣе распространенный въ акушерствѣ способъ, пользующійся въ особенности въ послѣдніе годы большой любовью.

Расширеніе показано:

I. Для производства искусственнаго выкидыша и искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

II. Для растяженія ригидной, неуступчивой въ періодѣ изгнанія шейки и

III. Чтобы дать возможность быстро окончить роды въ случаѣ опасности для матери и плода.

Существующіе для этого методы различны. Каждый изъ нихъ въ отдѣльности тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія, чѣмъ онъ больше походитъ на физиологическій родовой процессъ, при которомъ выпячивающійся плодовой пузырь бережно растягиваетъ шейку сверху.

1. *Растяжение шейки пальцами* представляет, впрочем, самый старый способ. Онъ описанъ уже у Celsus'a. Эмпирическимъ путемъ дошли, впрочем, до того, что ввели сначала одинъ указательный палецъ, а потомъ и средний. Расширяя оба пальца, можно постепенно настолько растянуть шейку, чтобы потомъ ввести 3—4 пальца и даже всю руку, захватить подлежащую часть (ножку) и произвести, если нужно, поворотъ. Такой способъ расширения пригоденъ только при очень мягкой, уступчивой шейкѣ; ему помогаютъ еще также примѣненіемъ наркоза. При тщательной дезинфекціи рукъ (перчатки) и, если избѣгать насилія, нечего опасаться вреда отъ этого метода; тѣмъ не менѣе онъ распространяется очень мало.



Рис. 39. Металлическіе расширители по Fehling'u.

Менѣ заслуживаетъ рекомендаціи быстрое расширение по Bonnaire'у. Последній совѣтуетъ сразу войти обоими указательными пальцами, сложенными ладонными или тыльными поверхностями другъ къ другу, и затѣмъ, раздвигая ихъ, вызвать растяжение шейки. Постепенно вводятъ еще по 2—3 пальца каждой руки. Этотъ нѣсколько насильственный способъ, вытѣсненный другими лучшими, сталъ теперь излишнимъ.

2. *Растяжение металлическими расширителями* (Расширители по Hegar'у). Этотъ способъ расширения развился, впрочем, изъ ручного и превосходитъ его тѣмъ, что здѣсь можно начинать расширение при большомъ суженіи шейки, и что онъ абсолютно асептиченъ. Онъ имѣетъ, однако, тотъ недостатокъ, что расширение ригидной шейки можно производить лишь до известной границы, иначе происходятъ разрывы. Растяжение шейки при помощи расширителей я рекомендую вамъ, м. г., въ акушерствѣ только, какъ подготовительную операцію для введенія ламинарии, іодоформенной марли и метрейринтера.

Производство операціи слѣдующее:

Вывариваніе расширителей, зеркалъ, музейскихъ щипцовъ; стерильные шарики и т. д. Обнаженіе влагалищной части переднимъ и заднимъ желобоватыми зеркалами, захватываніе передней губы музейскими щипцами, вытираніе влагалищной части и промываніе шейки растворомъ сольвеола или лизола, введеніе расширителей до желательнаго расширения, контролируемаго пальцемъ, но избѣгая разрыва пузыря.

3. *Расширеніе при помощи ламинарии*. Расширеніе шейки при помощи палочки, приготовленной изъ *laminaria digitata*, совершенно вытѣснило изъ употребленія, какъ не асептично приготовляемыя прессованныя губки, такъ и менѣе набухающія палочки тупелло. Показаніе для примѣненія ламинарии въ акушерствѣ дано почти исключительно при искусственномъ абортѣ. Прежде я употреблялъ ее также, чтобы приготовить шейку къ введенію метрейринтера при преждевременныхъ родахъ

или при эклампси. Строгими противопоказаниями для вкладывания палочки ламинарии служат лихорадка и гнойные отдѣленія изъ матки.

Я употребляю только самый толстый номеръ пробуравленныхъ палочекъ ламинарии въ 7 см. длины, нижній конецъ которыхъ снабженъ ниткой. Слишкомъ большая длина палочки можетъ помѣшать введенію ея. Она дезинфицируется кипяченіемъ въ теченіе 5 минутъ въ 5%-номъ карболовомъ или 2%-номъ лизоловомъ растворѣ. Нѣкоторые сохраняютъ ее въ 10%-номъ растворѣ іодоформа въ эфирѣ, а передъ употребленіемъ еще вывариваютъ. При сгибаніи палочки — обыкновенно соответственно антефлексіи — ее берутъ послѣ вывариванія резиновыми перчатками. Цѣлесообразно вводить палочку выше наружнаго зѣва лишь настолько, чтобы нижній конецъ при выниманіи былъ доступенъ пальцу и глазу. Палочка укрѣпляется при помощи тампона изъ іодоформенной марли. Я оставляю ее подъ контролемъ термометра на 24 часа. Послѣ того всякая шейка становится проходимою, въ особенности если еще присоединить сюда подъ наркозомъ небольшія инцизии. Удаленіе набухшей палочки представляетъ иногда затрудненія, если, вслѣдствіе неподатливости внутренняго зѣва, лежащая здѣсь часть набухла мало, а расположенная выше — набухла сильнѣе. Въ такомъ случаѣ нужно захватить палочку крѣпкимъ корнцангомъ и удалить ее при помощи вращательныхъ движеній; иногда нужно также отбѣснить влагалишную часть, если она оттягивается вмѣстѣ съ палочкой.

4. *Расширеніе шейки іодоформенной марлей.* Этотъ способъ W y d e r рекомендуетъ для производства искусственнаго выкидыша, а N o f t m e i e r — для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Я, однако, отказался отъ него въ этихъ случаяхъ, потому что онъ дѣйствуетъ слишкомъ медленно. Зато я очень рекомендую вамъ тампонаду іодоформенной марлей шейки вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки при выкидышахъ до конца 7-го мѣсяца, въ которыхъ роды послѣ отхожденія водъ медленно подвигаются впередъ, и въ особенности при кровотеченияхъ въ ранніе мѣсяцы беременности. Здѣсь она служитъ двойной цѣли: остановкѣ кровотечения и возбужденію болей. Вы берете стерильную іодоформенную марлю полосками въ 6—8 см. ширины и 5 метр. длины, либо прямо изъ D ü h r s s e n 'овскаго ящика, либо кладете ихъ въ резиновыхъ перчаткахъ на стерильную тарелку (выжиганіе спиртомъ). Приготовленіе больной, какъ при вкладываніи ламинарии. Цѣлесообразно предварительно опредѣлить осторожнымъ зондированіемъ (только не проколоть пузыря!) направленіе полости матки, затѣмъ зондомъ вводятъ въ нее сколько возможно іодоформенной марли, тампонируютъ шейку и, наконецъ, остаткомъ или новой полоской марли выполняютъ своды влагалища. Все это оставляютъ на 24 часа, а затѣмъ, смотря по состоянію больной, смѣняютъ тампонъ, вводятъ метрейринтеръ или заканчиваютъ роды.

5. *Расширеніе шейки посредствомъ метрейринтера.* Каучуковый пузырь введенъ былъ въ акушерство въ качествѣ кольпейринтера С. v. В r a u n 'омъ. Затѣмъ В a g n e s предложилъ для расширенія шейки и нижняго сегмента матки каучуковый пузырь, который я въ 80-ые годы видоизмѣнилъ (отсутствіе кармана, измѣненіе формы, растяжимый матеріалъ). На ряду съ эластическимъ C h a m p e t i e r d e R i b e s предложилъ еще неэластическій баллонъ, который для большей части

случаевъ, однако, слишкомъ великъ. Полезное видоизмѣненіе инструмента, которымъ и я также пользуюсь въ клиникѣ, ввелъ Müller (Мюнхень). Въ то время какъ прежде оставляли вложенный метрейринтеръ, пока онъ не выталкивался самопроизвольно, или пока не являлась необходимость смѣнить его, Meusergü принадлежитъ заслуга введенія длительной тракціи, которую къ эластическому метрейринтеру примѣняютъ, однако, труднѣе (рвется), чѣмъ къ метрейринтеру Müller'a.

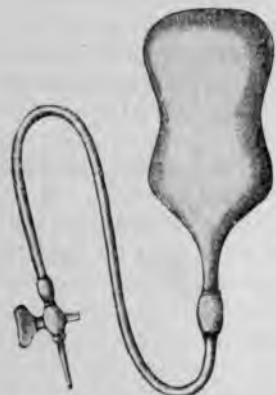


Рис. 40. Метрейринтеръ по Fehlingu.

При помощи этого инструмента расширение шейки и нижняго сегмента матки вызывается наиболѣе совершеннымъ путемъ, всего болѣе соответствующимъ естественнымъ условіямъ. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія нижней части тѣла матки, продольныя волокна матки и шейки стягиваются, а наружный зѣвъ, слѣдовательно, больше открывается. Благодаря общему давленію содержимаго матки и пробуждающейся родовой дѣятельности, баллонъ изгоняется по направленію къ внутреннему зѣву, расширяетъ его и вызываетъ путемъ растяженія шейки раздраженіе нервныхъ узловъ стѣнки шейки, а давленіемъ и растяженіемъ влагалищныхъ сводовъ — раздраженіе первикальнаго ганглія (gangl. cervic. Frankenhäuser), тѣмъ самымъ

усиливая родовую дѣятельность.

Я вамъ рекомендовалъ уже этотъ способъ для производства искусственнаго выкидыша и преждевременныхъ родовъ въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности. Затѣмъ онъ долженъ былъ бы найти себѣ большее примѣненіе для усиленія родовой дѣятельности при поперечномъ положеніи; онъ безусловно долженъ быть примѣненъ здѣсь, если пузырь лопнулъ до полнаго раскрытія зѣва. Наконецъ, онъ показанъ еще для усиленія недостаточной родовой дѣятельности при высоко и подвижно стоящей головкѣ. Опытъ нѣкоторыхъ акушеровъ указываетъ также на пользу его примѣненія при подлежащемъ послѣдѣ, чтобы подготовить поворотъ. Въ то же время статистика учитъ, что если вкладывать метрейринтеръ при *цѣломъ* пузырьѣ, то смертность матерей и дѣтей меньше, чѣмъ если предварительно разрывать его. До введенія влагалищнаго кесарскаго сѣченія я употреблялъ также метрейринтеръ для ускоренія родовъ при эклампсіи и думаю, что это и для васъ окажется цѣлесообразнымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ на практикѣ.

Метрейринтеръ можно стерилизовать кипяченіемъ, а если затѣмъ наполнить его стерильнымъ 1%-нымъ растворомъ лизола, то нѣтъ никакой опасности и въ томъ случаѣ, если онъ лопнетъ. Недостатокъ его примѣненія заключается въ томъ, что не всегда можно устранить переносъ бактерій вверхъ изъ шейки въ полость матки. Второе зло то, что при суженіяхъ таза легко вызывается при этомъ измѣненіе положенія плода. головка отклоняется и можетъ произойти выпаденіе пуповины. Этого можно до извѣстной степени избѣгать, если при первомъ черепномъ положеніи вложить метрейринтеръ влѣво въ нижній сегментъ матки такимъ образомъ, чтобы головка тѣмъ самымъ отгѣснена была вправо, а спинка

плода обращена была бы назадъ. Послѣ удаленія метрейринтера головка, конечно, опять возвращается на свое мѣсто, а потому отодвиганіе приносить вредъ лишь въ томъ случаѣ, если въ это время успѣла выпастъ пуповина. Поврежденія шейки, которыя приписывались введенію метрейринтера, должны быть отнесены не на его счетъ, а на счетъ послѣдующей операціи—поворота, щипцовъ, извлеченія за ягодицы.

Изъ сказаннаго видно, что метрейринтеръ по справедливости долженъ считаться цѣннымъ обогащеніемъ нашихъ родовспомогательныхъ средствъ, польза котораго признана была на конгрессѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ Килѣ (1905 г.) всѣми клинпцистами-акушерами. Желательно, м. г., чтобы вы привыкли его для своей практики и все больше распространяли его. Примѣненіе метрейринтера предполагаетъ проходимость зѣва для пальца или, по крайней мѣрѣ, для металлическаго расширителя приблизительно въ 10 милим. толщины. Если это условіе еще не осуществилось, то введенію метрейринтера должно предшествовать расширение при помощи палочки.

Приготовленія слѣдующія: положеніе роженицы, какъ для камнешченія, на поперечной кровати, обнаруженіе влагалищной части желобоватымъ зеркаломъ, захватываніе передней губы мюзеевскими щипцами, обычная дезинфекція. Если вы имѣете въ своемъ распоряженіи достаточное количество ассистентовъ, то у многородящихъ слѣдуетъ оттягивать складчатые боковыя стѣнки влагалища боковыми зеркалами. Сложенный продольными складками каучуковый пузырь вводится черезъ шейку въ матку выше внутренняго зѣва посредствомъ особыхъ щипцовъ (большогокорнцанга), конецъ которыхъ не долженъ выдаваться за баллонъ. Затѣмъ щипцы удаляются и нижній конецъ баллона вталкивается выше внутренняго зѣва пальцемъ. Послѣ того слѣдуетъ наполненіе баллона 300—600 куб. см. теплаго раствора лизола (предварительно провѣрить!) и фиксация нижняго конца его путемъ плотнаго выполненія шейки и сводовъ іодоформной марлей.

Вопреки утвержденію Sarwey (Handb. v. Winekel), я давно пересталъ вводить баллонъ лишь на половину выше внутренняго зѣва и на половину въ шейку, такъ какъ онъ въ такомъ случаѣ иногда слишкомъ быстро выскальзываетъ.

Контролируя температуру, можно оставить метрейринтеръ на 24 часа и даже больше; иногда достаточно одного, если же нѣтъ, то замѣните его большимъ номеромъ. Въ виду опасности занесенія бактерій, я теперь мѣняю метрейринтеръ гораздо рѣже прежняго. Я считаю цѣлесообразнымъ сильнѣе наполнять метрейринтеръ лишь черезъ 12 часовъ послѣ того, какъ онъ вложенъ. Напротивъ, предложеніе Pаре, послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго лежанія метрейринтера выпустить



Рис. 41. Корнцангъ для введенія метрейринтера.

200—300 куб. см. для возбужденія родовой дѣятельности, кажется мнѣ не выгоднымъ.

Длительную тракцію я также примѣняю не съ самаго начала, а только когда пробудится хорошая родовая дѣятельность. Если вы хотите усилить ее, то достаточно привѣсить  $\frac{1}{2}$  — 1 кг. къ эластическому баллону, трубка котораго у нижняго конца кровати спускается по ролику (на практикѣ обыкновенно—широкая часть графина).

Если же вы хотите достигнуть быстрой проходимости шейки, чтобы войти вслѣдъ затѣмъ всей рукой—какъ, напр., при поперечныхъ положеніяхъ, предлежаніи послѣда—то примѣните метрейринтеръ Müller'a и длительную тракцію въ 2 килогр.



Рис. 42. Расширитель по Bossi.



Рис. 43. Расширитель по Bossi, раскрытый.

Наблюденія у постели роженицы показываютъ, что родовая дѣятельность послѣ удаленія метрейринтера можетъ снова прекратиться, если за этимъ не послѣдуетъ введенія большихъ номеровъ его, разрывъ пузыря или вообще какихъ нибудь мѣръ для дальнѣйшаго поступательнаго движенія родовъ.

6. *Расширеніе шейки посредствомъ инструмента Bossi.* Вѣроятно въ подражаніе другимъ инструментамъ, употреблявшимся раньше для растяженія шейки и прежде всего инструменту Busch'a съ тремя вѣтвями, Bossi предложилъ свой инструментъ, имѣющій на верхнемъ концѣ 4 вѣтви, къ концамъ которыхъ придѣланы 4 снимающіяся шапочки; при помощи острого винтового механизма эти послѣднія можно удалить

другъ отъ друга на разстояніи 10—12 сантим. При помощи этого инструмента въ теченіи 15—30 минутъ можно настолько растянуть закрытую до того шейку, что могутъ совершиться роды.

О силѣ растяженія можно судить по указателю, но одновременно ее должно контролировать пальцемъ. Этотъ инструментъ подвергся неоднократно измѣненію и у насъ въ Германіи; наиболѣе пригоднымъ кажется мнѣ послѣдній инструментъ Bossi (1907 г., рис. 42 и 43).

Не нужно, однако, забывать, что расширителемъ Bossi вызывается не физиологическое, а неравномѣрное растяженіе шейки въ 4-хъ (по другимъ въ 8-ми) направленіяхъ, причемъ на мѣстахъ, гдѣ находятся вѣтви, давленіе, а тѣмъ самымъ иногда и послѣдовательное омертвѣніе всего сильнѣе; расположенная между вѣтвями ткань растягивается до тѣхъ поръ, пока она не уступитъ или не порвется. Этимъ объясняются сильныя, подающія иногда поводъ къ инфекціи ушибленныя раны, тяжелыя кровотеченія и т. д., наблюдавшіяся послѣ употребленія описываемаго инструмента.

За исключеніемъ Olshausen'a, Leopolda и нѣкоторыхъ другихъ расширитель Bossi не приобрѣлъ въ Германіи много друзей. Мы обходились до сихъ поръ безъ такого инструмента; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ показано быстрое расширеніе шейки, мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи другіе, безопасныя и хорошія способы, прежде всего—метрейризы, а въ клиникѣ—влагалищное кесарское сѣченіе.

Примѣненіе расширителя Bossi показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при узкой шейкѣ необходимо быстро окончить роды, слѣдовательно: при предлежаніи послѣда, преждевременномъ отдѣленіи нормально прикрѣпленнаго послѣда, эклампси, при опасности удушенія роженицы, при болѣзняхъ сердца и легкихъ и тяжелыхъ кровотеченіяхъ, при гѣмофилии. Напротивъ, я совѣтую не прибѣгать къ этому инструменту при медленно протекающихъ родахъ, какъ, напр., при узкомъ тазѣ и т. д.

Вслѣдствіе строгой постановки показаній съ моей стороны, у меня нѣтъ большого опыта касательно инструмента Bossi. Я употреблялъ его главнымъ образомъ только при ригидной шейкѣ и разлагающемся содержимомъ полости матки съ лихорадкой (выкидышъ).

Введеніе вывареннаго предварительно инструмента всего лучше производить подъ контролемъ пальца. Расширеніе его при помощи винта должно совершаться очень медленно, наркозъ въ этомъ случаѣ нецѣлесообразенъ. Смотри по показанію, къ расширенію немедленно же присоединяется родоразрѣшеніе.

v. Bardeleben изъ клиники Витм'а доказалъ, что кромѣ сейчасъ же возникающихъ разрывовъ, которые легко опредѣляются въ случаяхъ родоразрѣшенія, въ которыхъ примѣнялся инструментъ Bossi, впоследствии находятъ у женщинъ рубцы отъ тяжелыхъ разрывовъ въ шейкѣ и параметріи, обусловленныя ими измѣненія положенія матки, катарры. Все это должно быть отнесено на счетъ инструмента. Поэтому я бы рекомендовалъ вамъ, м. г., по возможности воздерживаться отъ его употребленія; въ этомъ отношеніи необходимо еще собрать дальнѣйшій клинически-практический матеріалъ. А пока этотъ инструментъ можно рекомендовать, по моему, вольнопрактикующимъ врачамъ только тамъ, гдѣ, шая мать и ребенка, необходимо быстро произвести родоразрѣшеніе.



какъ, напр., при эклампси, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мы въ клиникѣ дѣлаемъ влагалищное кесарское сѣченіе.

### В. Кровавое расширеніе шейки.

Разрѣзъ шейки несомнѣнно производился уже давно. Сама природа вѣдъ наталкиваетъ на этотъ способъ, такъ какъ при каждомъ родѣ происходятъ надрывы шейки съ обѣихъ сторонъ. Почему же было искусству родоразрѣшенія не производить того же, что мы часто дѣлаемъ на гораздо болѣе широкой вульвѣ?

Показаніемъ служатъ прежде всего ригидность нижней части шейки, встрѣчающаяся у всѣхъ первородящихъ, рубцы, вызванные предыдущими родами или прижиганіями, скленваніе наружнаго зѣва, затвердѣніе шейки вслѣдствіе гонорреи—состоянія, которыя прежде нерѣдко разсматривались, какъ спастическая стриктура шейки.

Поводъ къ инцизии подають также рубцы послѣ бывшей ампутаціи влагалищной части.

Прежде кровавое расширеніе производилось также при раковой инфильтраціи шейки. Теперь мы нашли для этихъ случаевъ лучшее средство въ влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи.

При ненодатливости нижней части шейки родовыя боли обыкновенно чрезвычайно болѣзненны; несмотря на хорошую родовую дѣятельность, раскрытіе не подвигается впередъ, маточный зѣвъ во время боли въ дѣйствительности даже суживается, вслѣдствіе набуханія окружающей ткани подъ вліяніемъ давящей сверху головки.

Если тепловатыя промыванія влагалища не оказали въ такомъ случаѣ надлежащаго дѣйствія, вы не ждите съ инцизій слишкомъ долго. Я рекомендую вамъ для ея производства мой метротомъ, кривой пуговчатый ножъ въ 28 см. длины, въ которомъ острый рѣжущій край находится на вогнутой сторонѣ ниже пуговки на протяженіи только 2 см. Инцизии производятся не только по бокамъ, но и множественныя кругомъ, глубиной въ  $\frac{1}{2}$  и не больше 1 см.; спереди необходима осторожность, чтобы не поранить пузыря.

Рис. 44.  
Метротомъ.

Чтобы сдѣлать разрѣзъ съ правой стороны, введите правый указательный палецъ (перчатка) въ шейку, оттяните край маточнаго зѣва кнаружи, введите по пальцу ножъ къ ригидному мѣсту и прорѣжьте изнутри наружу. Затѣмъ мѣняйте руку и вводите лѣвый указательный палецъ влѣво. Вмѣсто ножа вы можете также примѣнять нѣсколько удлиненныя Соорег'овскія или изогнутыя подъ угломъ ножницы.

При правильно поставленномъ показаніи зѣвъ матки послѣ этого большей частью поразительно быстро раскрывается.

Предварительное условіе, необходимое для этой операціи, заключается въ сглаживаніи верхней части шейки, чтобы, слѣдовательно, расщепить *только влагалищную часть* шейки. Тогда не происходитъ также и сколько нибудь сильныхъ кровотеченій. Лишь въ исключительныхъ

случаяхъ послѣ разрѣза приходится прибѣгнуть къ тампонированію іодоформенной марлей.

Dührssen прежде предлагалъ производить глубокіе боковые разрѣзы шейки, т. е. при цѣлой еще шейкѣ разрѣзать ее всю отъ внутренняго зѣва до визу. При этомъ сосуды шейки, а иногда и параметрія, въ особенности вены, разрѣзаются по длинѣ, что часто подаютъ поводъ къ опаснымъ кровотечениямъ. А потому способъ этотъ справедливо не укоренился на практикѣ, и я настойчиво предостерегаю васъ, м. г., отъ примѣненія его.

Описанныя же мною выше инцизии, какъ показываетъ мой опытъ, должны были бы примѣняться на практикѣ гораздо чаще, какъ безопасныя и способствующія родоразрѣшенію.

Если же вся шейка неподатлива, верхняя часть ея не сглажена, а показано скорое окончаніе родовъ, то производится *hysterotomia anterior in partu* (см. влагалищное кесарево сѣченіе).

## ОДИННАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Защита промежности, разрѣзъ промежности и промежностный шовъ.

М. Г.! При родахъ, веденіе которыхъ поручено вамъ, вы должны сами защищать промежность, а не поручать это акушеркѣ. Въ однихъ случаяхъ это очень легко и не требуетъ почти никакихъ особыхъ знаній; въ другихъ, напротивъ, это представляетъ большія техническія трудности. Защита промежности начинается съ того момента, какъ врѣзывающаяся головка начинаетъ сильно растягивать ее въ длину и въ ширину. Кожа промежности отъ венознаго застоя становится при этомъ сначала синеватой, въ особенности у уздечки, затѣмъ отъ анэміи—своеобразно блестяще-блѣдной, пока она не начинаетъ вдругъ лопаться. Обыкновенно при этомъ уже раньше успѣваютъ порваться слизистая влагалища, *constrictor cunni, musc. transvers. perinei superficialis*. Изрѣдка только, напр., при центральномъ разрывѣ, раньше разрывается кожа.

Въ тотъ моментъ, когда начинается защита промежности, головка при обыкновенныхъ затылочныхъ положеніяхъ начинаетъ производить разгибаніе. Если оно совершается нормально, то прорѣзываніе можетъ произойти безъ всякой опасности для промежности. Если же механизмъ родовъ нарушенъ, или если поступательное движеніе головки совершается слишкомъ быстро, то промежность должна разорваться. Естественно, что опасность для промежности представляютъ слишкомъ большія головки, или же если головка, вслѣдствіе ненормальнаго механизма (темянное, лобное, лицевое положеніе), вставляется окружностью, которая на 2—4 см. больше лобно-затылочной, которой она вставляется при обыкновенныхъ затылочныхъ положеніяхъ. Извѣстную роль, не поддающуюся учету, играетъ также съ самаго начала растяжимость промежности (кожи, фасции и мускулатуры).

Вообще говоря, первородящія и въ особенности молодія роженицы должны имѣть эластическую, растяжимую промежность, немолодыя же—наоборотъ. Бываютъ, однако, случаи, въ которыхъ мы видимъ обратное явленіе. Старые рубцы отъ прежнихъ разрывовъ промежности и коль-

поперинеорафій, а также острия и широкія кондиломы уменьшаютъ растяжимость промежности.

Фактъ тотъ, что при защитѣ промежности опытнымъ лицомъ бываетъ гораздо меньше разрывовъ, чѣмъ при недостаточной опытности и умѣньѣ.

Къ защитѣ промежности нужно приступить еще до того, какъ головка всталилась своимъ максимальнымъ размѣромъ. Для этого роженницу прежде всего кладутъ на бокъ.



Рис. 45. Защита промежности въ боковомъ положеніи.

Въ такомъ положеніи гораздо легче осмотрѣть отверстіе половой щели, чѣмъ въ положеніи на спинѣ, даже если въ послѣднемъ случаѣ подложить подушку подъ крестецъ. Кромѣ того, въ такомъ положеніи роженница не можетъ такъ сильно напрягать свой брюшной прессъ, какъ въ положеніи на спинѣ. То обстоятельство, что въ боковомъ положеніи промежность менѣе вытягивается, чѣмъ въ положеніи на спинѣ, повидимому, не имѣетъ значенія. При первомъ затылочномъ положеніи вы положите роженницу на лѣвый бокъ, при второмъ—на правый. Ягодницы должны лежать у края постели или же нѣсколько выдаваться за край ея; между колѣнями положите подушку, чтобы вы могли удобно провести между ними руку, а вы сами стоите при первомъ затылочномъ положеніи съ правой стороны кровати лицомъ къ спинѣ роженницы.

Боязливые врачи начинаютъ защищать промежность очень рано и вызываютъ слишкомъ раннимъ противодѣйствіемъ головкѣ слишкомъ медленное прорѣзываніе ея. Дѣло врачебнаго опыта рѣшить, когда нужно начать защиту промежности. Врѣзываніе и прорѣзываніе можетъ иногда совершиться послѣ двухъ болей, а иногда для этого нужны 10—15 потугъ.

Когда прорѣзывающійся сегментъ головки приближается къ выходу, а растягиваемая имъ промежность начинаетъ лосниться и блѣднѣть, тогда вы должны приступить къ дѣлу. Рукой, лежащей между бедеръ, вы должны задерживать головку только въ томъ случаѣ, если она подъ вліяніемъ бурной потуги слишкомъ быстро подвигается впередъ. Примѣняемая для этого сила должна быть иной разъ довольно велика, что часто представляетъ затрудненіе для начинающаго, такъ какъ онъ не можетъ считать необходимой мѣры. Задерживанію головки способствуютъ также,

если внезапно приказать роженицѣ быстро производить одно за другимъ глубокія вдыханія. Всего лучше, вы ей покажите, какъ она должна дышать. Но главную работу должна произвести *рука, занятая промежностью*.

Защита промежности заключается не въ томъ, что рука лежитъ на промежности и прижимаетъ ее къ головкѣ, какъ это часто дѣлають акушерки. Задача руки, лежащей на промежности, заключается въ предупрежденіи того, чтобы головка при недостаточномъ разгибаніи не раздавила промежность слишкомъ сильно назадъ, по направленію къ заднему проходу. Прежде этому старались воспрепятствовать тѣмъ, что всей рукой прижимали растянутую промежность вмѣстѣ съ головкой къ лонной дугѣ.

Но обѣ эти дѣли гораздо лучше достигаются посредствомъ приема Ritgen'a выжиманія головки черезъ заднюю промежность, который былъ совершенно позабытъ, и примѣненіе котораго я снова рекомендовалъ въ 1887 г. Три или четыре пальца лежащей на промежности руки вы кладете такъ, что кончики ихъ достигаютъ позади *растянутого* и открытаго задняго прохода лба, верхней челюсти или всего *лучше* подбородка, прощупывая ихъ черезъ истонченную въ томъ мѣстѣ кожу.

Если стрѣловидный шовъ еще не совсѣмъ установился въ прямомъ размѣрѣ таза, то пальцы должны быть положены нѣсколько сбоку отъ гарне. Во время паузы между болями вы прикладываете къ головкѣ кончики пальцевъ и мѣшаете ей уходить назадъ; тѣмъ самымъ промежность и вульва удерживаются во время паузы въ растянутомъ состояніи, и раньше вызывается слѣдующая потуга. Чѣмъ сильнѣе растянута промежность, тѣмъ больше рекомендуется во время паузы медленно выводить головку, чтобы придать ей такимъ образомъ надлежащую степень разгибанія. При слабой родовой дѣятельности, при опасности для ребенка, такимъ ручнымъ приемомъ нерѣдко можно замѣнить щипцы. Нѣкоторые совѣтуютъ другой рукой отодвигать затылокъ дальше внизъ подъ лонную дугу для того, чтобы потомъ могло начаться разгибаніе головки. Иногда это дѣйствительно желателно, но именно тогда оно трудно или совсѣмъ невыполнимо. Отодвиганіе затылка внизъ есть уже проявленіе поступательнаго движенія, и его лучше вызвать при помощи брюшного пресса или помощью способа Kristeller'a.

Въ тотъ моментъ, когда прорѣжется сегментъ, которымъ шла головка, промежность расслабляется и сокращается по направленію къ заднему проходу. Теперь достаточно отянуть промежность назадъ и, положивъ другую руку на большой родничокъ, направить головку къ лону. Предложенный тѣмъ же Ritgen'омъ способъ выжиманія головки черезъ прямую кишку, который Olshausen'омъ рекомендуется еще и теперь, не мирится съ нашими современными асептическими приемами, а такъ какъ выжиманіе черезъ заднюю промежность даетъ тѣ же результаты, то вы можете отъ него отказаться.

Бываютъ, однако, случаи, въ которыхъ ригидное кольцо *constrictoris cunni* не позволяетъ головкѣ двигаться впередъ, пли въ которыхъ, несмотря на задерживаніе головки, кожа промежности, начиная съ уздечки, вдругъ начинаетъ рваться. Въ такихъ случаяхъ вы хорошо сдѣлаете, если къ поддерживанію промежности присоедините профилактическую инцизию ея. Въ то время какъ Ritgen рекомендовалъ множественныя насѣчки „влагалищнаго зѣва“ (вульвы), а Scanzoni,

Credé и др. применяли двѣ боковыя инцизии, въ настоящее время производятъ, согласно первоначальному предложению Michaelis'a, только одну боковую инцизию, такъ какъ при производствѣ двухъ разрывовъ образовавшійся между ними доскутъ сморщивается и дурно заживаетъ. Боковая инцизия имѣетъ цѣлю предупредить дальнѣйшій разрывъ промежности по спайкѣ до задняго прохода, иначе было бы безразлично, зашивать ли послѣ разрыва, или разрывъ. Разрывъ нужно дѣлать на мѣстѣ наибольшаго напряженія, большей частью на 1—2 см. сбоку отъ середины, не вполнѣ по направленію къ сѣдалищному бугру. Всего лучше пользоваться для этого прямыми тупыми ножницами, сдѣлать сначала умѣренный надрѣзъ кожи, а когда послѣдняя сократится, сдѣлать разрывъ глубже, въ обнажившейся ослѣпительно бѣлой фасціи съ волокнами *constrictoris cunni* и *musc. transversus perinei*. Нужно, однако, по возможности избѣгать выводнаго протока *Бартолиниевой* железы. Перерѣзать при этомъ волокна *levatoris ani* немислимо. Если разрывъ промежности уже начался, то вы съ успѣхомъ можете продолжать разрывъ въ сторону съ этого же мѣста. Въ другихъ случаяхъ дѣло не доходить до боковой инцизии, потому что, несмотря на вашу помощь, разрывъ уже совершился, и вамъ остается только подумать о томъ, чтобы по возможности скорѣе зашить его.

Если при родахъ примененъ былъ наркозъ, то всего лучше использовать его и для наложения швовъ, причемъ вы рискуете, однако, тѣмъ, что какая нибудь ненормальность въ послѣдовомъ періодѣ можетъ потребовать отдѣленія послѣда, и тогда вамъ придется снова растянуть зашитый участокъ. Если же роженица не находится подъ наркозомъ, то наложите швы сейчасъ же послѣ выхода послѣда. Дольше ждать не годится, потому что рана уже черезъ короткое время усѣяна микробами, и тогда заживленіе становится спорнымъ. При тяжелыхъ, въ особенности полныхъ разрывахъ промежности, когда желательна помощь товарища, его нужно пригласить сейчасъ же. Зашиваніе промежности нельзя откладывать до другого дня.

Всѣма различны въ смыслѣ значенія и леченія полные и неполные разрывы. При неполныхъ разрывахъ вы должны прежде всего установить, насколько участвуетъ въ разрывѣ влагалище. Влагалищный разрывъ никогда при этомъ не отсутствуетъ; онъ почти всегда проходитъ сбоку отъ *columna rugarum*, подымаясь на различную высоту, а внизу у промежности онъ снова болѣе приближается къ срединной линіи. Иногда разрывъ продолжается также наружу, въ малую и большую губу или же незамѣтно переходитъ въ большую ушибленную рану вульвы. Еще хуже обстоитъ дѣло, если и съ другой стороны возникаетъ разрывъ влагалища, обхватывающій *columna rugarum* вилообразно, причемъ одно колѣно, однако, въ большинствѣ случаевъ короче другого.

Если вмѣстѣ съ промежностью разорванъ и сфинктеръ задняго прохода, то сейчасъ же получается другая картина. Чѣмъ выше проходитъ разрывъ въ кишечно-влагалищную стѣнку, тѣмъ больше волокна сфинктера, сокращаясь по направленію къ верхушкѣ копчика, расходятся между собой; одновременно дѣйствуетъ въ томъ же направленіи *musculus transversus perinei superficialis*.

При тяжелыхъ поврежденіяхъ, въ особенности если по нимъ струится кровь, часто не легко бываетъ составить себѣ о нихъ правильное пред-

ставленіе. А потому вы хорошо сдѣлаете, если раньше по возможности остановите кровотеченіе при помощи обливанія холодной струей или прижатіемъ влажной ваты.

Отъ крови, стекающей сверху, вы можете избавиться, положивъ во влагалище небольшой тампонъ, который не надо только забыть потомъ удалить.

Начнемъ съ *наложенія швовъ при неполномъ разрывѣ промежности.*

Въ клиникѣ я употребляю для этой цѣли исключительно кѣгутъ (средней толщины № 3), имѣющій то преимущество, что его не нужно потомъ удалять. Полученные нами хорошіе результаты доказываютъ пригодность этого матерьяла. Другіе рекомендуютъ шелкъ. Не заслуживаетъ рекомендаціи серебряная проволока. Если разрывъ идетъ далеко



Рис. 46. Швы при неполномъ разрывѣ промежности.



Рис. 47. Промежностные швы. Влагалищные швы уже завязаны.

вверхъ, то вы заставьте кого нибудь оттягивать вамъ переднюю влагалищную стѣнку желобоватымъ зеркаломъ. Важно правильно наложить первый шовъ у верхушки разрыва. Постарайтесь непременно наложить его правильно и аккуратно. Послѣ того ассистентъ или акушерка держатъ (резиновыми перчатками) первую нитку, слегка натягивая ее, и наложеніе дальнѣйшихъ швовъ вамъ уже будетъ несравненно легче. Края раны вы захватываете крючковатымъ пинцетомъ, а не пальцами. Подравниванія краевъ нужно по возможности избѣгать, такъ какъ зазубренные края разрыва хорошо приживаютъ другъ къ другу. Въ промежуткахъ между глубокими накладывайте поверхностные кѣгутутовые швы. Какъ только послѣдующій шовъ завязанъ въ узелъ, нитки предыдущаго срѣзываются. Если возникъ двойной разрывъ влагалища, то сначала зашиваютъ большій, а потомъ меньшій изъ нихъ. Послѣдній влагалищный шовъ долженъ привести въ соприкосновеніе разрозненные концы уздечки. Затѣмъ слѣдуютъ промежностные швы, которые послѣ зашиванія

разрыва влагалища уже наложить гораздо легче. Я накладываю сначала всё глубокие швы, а затѣмъ уже только завязываю ихъ узломъ и накладываю между ними еще нѣсколько поверхностныхъ.

Гораздо больше трудностей представляетъ *наложеніе швовъ на полный разрывъ промежности*. Но я и здѣсь являюсь представителемъ того взгляда, что нужно зашивать немедленно, а не дать сначала ранѣ покрыться грануляціями и только по окончаніи послѣродового періода совершить операцію зашиванія, оживляя края раны, какъ учила школа Негар'а. Родильница теряетъ при этомъ вдвое больше времени и денегъ. Всякій врачъ *обязанъ* научиться въ клиникѣ наложенію швовъ при полномъ разрывѣ промежности. Начинать нужно со шва на прямую кишку. Но здѣсь я уже не полагаюсь на кѣгуты. У роженицъ прямая кишка часто недостаточно очищена, такъ что на второй или третій день возможно отхождение твердыхъ фекальныхъ массъ, и зашитая только кѣгуту рана можетъ лопнуть. Поэтому я накладываю на прямую кишку глубокие швы изъ шелка и между ними поверхностные изъ кѣггута. Это обуславливаетъ, конечно, болѣе сложное зашиваніе, такъ какъ узлы отъ шелковыхъ швовъ должны быть наложены въ прямой кишкѣ. И при этой операціи также главнѣйшимъ швомъ является верхній. Вы дѣлаете вколъ тонкой иглой съ шелковой ниткой средней толщины непосредственно подъ верхушкой разрыва съ правой стороны, отъ слизистой къ подслизистой ткани прямой кишки; затѣмъ снова вкалываете иглу слѣва, наоборотъ, отъ подслизистой къ слизистой прямой кишки, и сейчасъ же завязываете хирургическимъ узломъ. Между ними также накладываются, по мѣрѣ надобности, кѣгутутовые швы. Чѣмъ аккуратнѣе и правильнѣе наложены швы, тѣмъ скорѣе вы будете имѣть успѣхъ. Брызжущіе сосуды слизистой оболочки прямой кишки и сильнѣе кровотокающія вены перевязываются отдѣльно.



Рис. 48. Швы прямой кишки при полномъ разрывѣ промежности.

Послѣдній шовъ широко захватываетъ оба конца разорваннаго сфинктера, которые легко распознаются по мышечнымъ пучкамъ, и соединяетъ ихъ. Затѣмъ слѣдуетъ наложеніе швовъ на разрывъ влагалища и промежности, какъ это описано выше.

Тщательное наложеніе швовъ на полный разрывъ промежности требуетъ, конечно, наркоза. Иногда для этого достаточно и наркоза скополаминъ-морфіемъ.

*Послѣдовательное леченіе* неполнаго разрыва промежности простое. Основное правило здѣсь—*nil posse*; слѣдовательно, осматривать и исследовать отнюдь *не ежедневно*. На вульву накладываютъ кусокъ іодоформенной марли, послѣ мочеиспусканія обмываютъ промежность растворомъ борной кислоты, на третій или четвертый день даютъ слабительное. Клизтировъ нужно по возможности избѣгать, или же ставятъ ихъ только

въ положеніи родильницы на боку. Лишь на 8-ой день вы смотрите, зажилъ ли разрывъ, если возможно—и путемъ внутренняго изслѣдованія.

Послѣдовательное леченіе полнаго разрыва промежности также должно быть по возможности выжидательное. Опій дается только при позывахъ на низъ, и я предостерегаю васъ противъ принципиальнаго назначенія его. И здѣсь также послѣ мочеиспусканія промежность обмывается. Первое слабительное (касторовое масло) вы даете на 6-ой день, а если этого недостаточно, то нужно еще прибавить горькую воду, или *pilul. aloët. ferratae*. Клистиры въ теченіе первыхъ 14 дней абсолютно противопоказаны. На 10-ый день осматриваютъ промежность. Если она зашита катгутомъ, то нѣтъ надобности снимать швы. Шелковыя нити швовъ прямой кишки постепенно удаляются, лишь начиная съ 14-го дня, если онѣ не отходятъ сами.

Промыванія влагалища при обоюго рода разрывахъ производятся только въ случаѣ лихорадки или зловонныхъ отдѣленій.

Если появилась лихорадка, отнюдь нѣтъ необходимости сейчасъ же снять всѣ влагалищныя или промежностныя швы; въдѣ лихорадка можетъ быть вызвана присоединившимся эндо- или параметритомъ. Только если промежность сильно распухла, покраснѣла и напряжена, или если бы швы были сильно инфильтрированы, они должны быть сняты съ промежности.

Совершенно неправильно было бы въ такомъ случаѣ снова зашивать немедленно, или же на другой день. То же самое нужно сказать и о полномъ разрывѣ, если калъ на 6-ой день выдѣляется черезъ влагалище. Вторично наложенные въ такихъ случаяхъ швы почти всѣ не заживаютъ.

Если полный разрывъ не весь зажилъ первичнымъ натяженіемъ, то я совѣтую ждать и только производить промыванія влагалища послѣ удаленія швовъ. Тогда влагалищная или промежностная фистула заживаетъ иногда сама собой. При полной неудачѣ должна быть произведена послѣдовательная операція, но не раньше, чѣмъ черезъ 6 недѣль. Иначе при неполномъ разрывѣ. Если не произошло заживленія первичнымъ натяженіемъ вслѣдствіе зараженія раны и лихорадки, то вы удалите всѣ швы, а черезъ 10—12 дней, когда лихорадка исчезла, соскоблите гранулирующую рану, сгладьте края ножомъ и попытайтесь еще разъ сблизить края раны. Для этихъ случаевъ я рекомендую вамъ шелкъ или проволоку.

Если вы будете придерживаться указанныхъ правилъ, то незаживленіе разрывовъ промежности будетъ представлять въ вашей практикѣ лишь рѣдкое явленіе.



## ТРЕТЬЯ ЧАСТЬ.

### Клинически-оперативное акушерство.

#### ДВѢНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

#### Кесарное сѣченіе путемъ чревосѣченія.

#### I. Консервативное классическое кесарное сѣченіе.

М. Г. Хотя я и рассматриваю кесарское сѣченіе въ главѣ о клинически-хирургическомъ акушерствѣ, тѣмъ не менѣе я конечно знаю, что абдоминальное кесарское сѣченіе не составляетъ привилегіи специалистовъ хирурговъ. Напротивъ, всякій вольно-практикующій врачъ можетъ оказаться вынужденнымъ произвести эту операцію для спасенія жизни, на подобіе трахеотоміи, грыжесѣченія и т. д. Доказательство же, что она можетъ быть произведена и въ частной практикѣ, далъ еще въ доантисептическое время L. Winkel (отецъ), который удачно провелъ въ Гуммербахѣ 8 кесарскихъ сѣченій изъ 16.

Подъ кесарскимъ сѣченіемъ мы разумѣемъ удаление плода путемъ разрѣза стѣнокъ живота и матки. Если матка сейчасъ же снова зашивается и вводится обратно въ брюшную полость, то вы произвели старое, такъ называемое классическое, или вѣриѣ, консервативное сѣченіе. Ему противопоставляютъ способъ Рогго (1876 г.), при которомъ матка съ ея придатками удаляется.

Поразительны тѣ колебанія, которымъ подвергались показанія и еще болѣе — способъ производства консервативнаго кесарскаго сѣченія. Кто интересуется этимъ вопросомъ, пусть прочтетъ исторію акушерства Oslander'a и продолженіе ея Dohrn'a, или III-ій т. руководства къ акушерству Winkel'я.

Фактъ тотъ, что результаты кесарскаго сѣченія, въ частности также и въ родильныхъ домахъ, до середины послѣдняго столѣтія были очень жалки. Въ этомъ было виновато не одно только отсутствіе антисептики, но въ такой же степени и непонятное для насъ теперь возрѣніе, что рану матки не нужно зашивать, вслѣдствіе чего родильницы погибали частью отъ кровотеченія, частью же отъ сообщенія наполненной лохіями полости матки съ полостью брюшины. А потому это было настоящимъ спасеніемъ, когда Рогго предложилъ въ 1876 г. предупреждать эти опасности удаленіемъ матки. Хотя нераздѣльное господство способа Рогго вскорѣ нарушено было, благодаря реабилитациі консервативнаго кесарскаго сѣченія, для котораго Sänger изобрѣлъ точный и надежный методъ наложенія швовъ, тѣмъ не менѣе операція Рогго и теперь еще имѣетъ свою область примѣненія.

Если вы спросите себя, когда нужно произвести кесарское сѣченіе, то на этотъ вопросъ отвѣтить легко, если имѣть въ виду *абсолютное показаніе*, т. е. тѣ случаи, когда безусловно невозможенъ никакой другой способъ освободить женщину отъ ребенка. Строго говоря, и здѣсь также не имѣетъ смысла указывать точныя цифры, такъ какъ многое зависитъ отъ размѣровъ ребенка. Большинство акушеровъ принимаетъ, однако, что при живомъ плодѣ размѣръ *conjugata vera*, ниже котораго безусловно необходимо кесарское сѣченіе, равенъ 6—6,5 стм., при мертвомъ же плодѣ эти цифры можно понизить до 5½ и даже 5 стм.

Всего чаще вы показаніе для кесарскаго сѣченія встрѣтите при равномѣрно и неравномѣрно общесъуженномъ тазѣ, при общесъуженномъ рахитическомъ тазѣ; рѣже — при плоскомъ тазѣ; относительно рѣдко — при общесъуженномъ тазѣ вслѣдствіе опухоли костей (остеомъ, саркомъ, карциномъ тазовыхъ костей).

Объ остеомалягическомъ тазѣ здѣсь нѣтъ рѣчи; при немъ вы должны предпочесть операцію Р о г г о.

Гораздо труднѣе будетъ вамъ принять рѣшеніе при *относительномъ показаніи*, т. е. тамъ, гдѣ кесарское сѣченіе не является безусловной необходимостью, гдѣ съ нимъ могутъ конкурировать еще другіе способы, какъ то: выжиданіе, прободеніе головки, пуби- и симфизеотомія, а во время беременности — искусственные преждевременные роды. Сразу же нужно замѣтить, что живой ребенокъ является необходимымъ предварительнымъ условіемъ кесарскаго сѣченія съ относительнымъ показаніемъ.

Относительное показаніе даютъ тѣ же общесъуженныя тазы, о которыхъ мы говорили выше, но прежде всего — плоскій тазъ (простой и рахитическій) съ размѣрами *conjugata vera* въ 6½—8½ стм., иногда даже въ 9 стм. Не нужно, однако, исключительно придерживатся одного какого нибудь опредѣленнаго размѣра, такъ какъ прежде всего здѣсь имѣютъ значеніе трудно поддающийся опредѣленію поперечный размѣръ таза и величина и твердость головки ребенка. Далѣе, относительное показаніе къ кесарскому сѣченію даютъ мѣшающія маткѣ образованія, рубцы, суженія шейки и влагалища, ненормально фиксированное положеніе матки послѣ вагינוфиссаціи, изрѣдка — параметрической эксудатъ.

Безусловно исключаются отсюда фиброміомы: въ случаяхъ, въ которыхъ они даютъ поводъ къ кесарскому сѣченію, я совѣтую сейчасъ же произвести операцію Р о г г о. Сюда не относятся также опухоли яичниковъ, матки или другія опухоли брюшной полости, какъ почечныя опухоли и т. п.

При послѣднихъ нужно придерживатся въ настоящее время принципа удалять опухоли уже во время беременности, что менѣе опасно, чѣмъ лапаротомія во время родовъ.

Въ случаяхъ, когда вамъ уже до родовъ извѣстно, что дѣло можетъ дойти до кесарскаго сѣченія, старайтесь сохранить половой каналъ въ асептическомъ состояніи, запрещая производить изслѣдованія и промыванія влагалища. При появленіи первыхъ же болей или сейчасъ по отхожденіи водъ эти женщины должны обратиться къ врачу.

Само собой разумѣется, что предпочтительно произвести операцію въ благоустроенной клиникѣ; не мало существуетъ, однако, примѣровъ,

доказывающих, что она можетъ быть произведена и въ частномъ домѣ, даже при самой бѣдной обстановкѣ.

Если позволяетъ время, роженицу нужно приготовить къ операциѣ, назначивъ ей промывательное, ванну и влагалищное спринцованіе. Операционнымъ столомъ въ частномъ домѣ можетъ служить въ случаѣ надобности всякій обыкновенный столъ, который превращается въ операционный, если положить на него матрацъ.

Въ клиникѣ или частной лечебницѣ, имѣется, конечно, достаточное количество ассистентовъ. Въ частномъ же домѣ вы должны имѣть по крайней мѣрѣ главнаго ассистента, если возможно—ассистента для втягиванія нитокъ въ иголки и подачи инструментовъ (его можно замѣнить иногда сестрой милосердія, или акушеркой) и одного ассистента для наркоза.

Дезинфекція брюшныхъ покрововъ такая же, какъ при лапаротоміи. Я всегда ~~находилъ~~ находилъ, что слишкомъ продолжительное треніе и скобленіе живота ~~щетками~~ щетками ведетъ часто къ болямъ, влекущимъ за собой опасность асфиксії ~~ребенка~~ ребенка, а потому я отказываюсь отъ продолжительнаго тренія щетками и ограничиваюсь обмываніемъ мыломъ и растворомъ сулемы или алкогольно-эфирной дезинфекціей брюшныхъ покрововъ. У женщинъ, у которыхъ уже давно начались роды и которымъ уже неоднократно произведено было внутреннее изслѣдованіе, цѣлесообразно сдѣлать влагалищное промываніе. Наркозъ—эфирно-хлороформенный, по возможности слѣдуетъ сейчасъ же перейти къ чисто эфирному наркозу. У большинства непритомленныхъ больныхъ наркозъ во время кесарскаго сѣченія всегда непріятенъ и легко ведетъ къ нежелательнымъ осложнениямъ. Кожный разрѣзъ производится по срединной линіи, сначала отъ пупка до симфиза, а потомъ отъ пупка, обходя послѣдній, вверхъ по мѣрѣ надобности. Кожа часто такъ тонка, что нужно остерегаться, чтобы не поранить лежащей подъ ней стѣнки матки; въ перевязкѣ сосудовъ почти нѣтъ надобности.

Относительно мѣста разрѣза на маткѣ мнѣнія расходятся. Въ то время какъ прежде разрѣзъ производился то по срединной линіи, то параллельно ему, то косо или даже поперечно, теперь единодушно признано всѣми, что продольный разрѣзъ долженъ быть срединнымъ. Большинство предпочитаетъ сагитальный шовъ, начинающійся ниже дна матки и кончающійся надъ внутреннимъ зѣвомъ.

Въ половинѣ случаевъ послѣдъ сидитъ на передней стѣнкѣ. O l s h a u s e n предпочитаетъ въ такихъ случаяхъ проводить сагитальный продольный разрѣзъ отъ дна матки по задней стѣнкѣ. Указанія относительно того, нужно ли искать послѣдъ на передней или задней стѣнкѣ, даетъ обыкновенно направленіе круглыхъ связокъ. Если онѣ проходятъ параллельно или расходятся, то послѣдъ сидитъ на передней стѣнкѣ, если же онѣ сходятся, то на задней. Кромѣ того, примѣняется еще также предложенный F r i t s c h e m поперечный разрѣзъ черезъ дно матки, который даетъ будто бы возможность хорошо ориентироваться и меньшее кровотечение. По моему мнѣнію, какъ и многихъ другихъ операторовъ, послѣднее не соответствуетъ дѣйствительности. Поэтому, если только нѣтъ какихъ нибудь особыхъ противопоказаній, я предпочитаю производить разрѣзъ на передней стѣнкѣ. Онъ имѣетъ то преимущество, что, въ случаѣ частичнаго зіянія зашитой раны матки, послѣдняя, прилегая къ

передней брюшной стѣнкѣ, можетъ спаяться съ ней, соотвѣтственно практиковавшемуся прежде иногда шву париетальной брюшины съ маткой. Р. Müller затѣмъ предложилъ вскрывать матку не *in situ*, а раньше выкатить ее, чтобы содержимое матки не попало въ брюшную полость. Предложеніе это вполне цѣлесообразно, если содержимое матки разложилось; въ чистыхъ же случаяхъ попаданіе крови или плодовыхъ водъ въ брюшную полость не имѣетъ никакого значенія, а между тѣмъ выкатываніе нескрытой матки представляетъ то неудобство, что производится соотвѣтственно большій разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, и что легко выпадаютъ кишки. Маточный разрѣзъ вы ведете отъ дна матки внизъ, и какъ только полость матки, изъ которой выпячивается пузырь или послѣдъ, вскрыта, ассистентъ крючкообразно захватываетъ указательнымъ пальцемъ верхній уголъ раны, мѣшая такимъ образомъ обратному погруженію матки, и затѣмъ постепенно вытягиваетъ послѣднюю соотвѣтственно ея опорожненію. Разрѣза послѣда, если бы онъ сидѣлъ на передней стѣнкѣ, нечего особенно опасаться. Вы быстро прорѣзываете тогда стѣнку матки, отдѣляете затѣмъ плаценту рукой, захватываете ребенка и, наложивъ два зажима, сейчасъ же перерѣзываете пуповину. Если только послѣдовательно не наступаетъ атонія, то самое большое кровотеченіе наступаетъ обыкновенно прежде всего вслѣдствіе отдѣленія плаценты, вызваннаго сокращеніемъ матки. Увидѣть плаценту еще *in situ* едва ли удастся даже и при поперечномъ разрѣзѣ дна,



Рис. 49. Глубокіе швы при кесарскомъ сѣченіи.

о чемъ въ интересахъ науки нужно пожалѣть. Теперь отдѣляютъ плаценту съ яичевыми оболочками, въ матку кладутъ тампонъ, и вы переходите къ наложенію швовъ.

Чтобы избѣжать кровотеченія во время разрѣза и послѣ удаленія ребенка, мы вначалѣ Süngeг'овской реакціи примѣняли эластическую перевязку матки, которая была въ ходу со времени введенія операциі Рогго. Вскорѣ узнали, однако, что послѣ удаленія жгута атоническія кровотеченія изъ матки бываютъ сильнѣе, такъ что, вообще говоря, теперь обходятся безъ стягиванія жгутомъ. Я бы совѣтовалъ прибѣгать къ нему только неопытному въ кесарскомъ сѣченіи оператору, при недостаточной ассистентской помощи. Я никогда не находилъ также цѣлесообразнымъ ручное сдавленіе шейки рукой ассистента. Послѣдній слегка сжимаетъ только вены, артеріи же иной разъ избѣгаютъ давленія, такъ что кровотеченіе только усиливается. Наиболѣе цѣлесообразнымъ я считаю слѣдующій приемъ: какъ только матка опорожнена, ассистентъ, ана-

логично какъ при ручномъ приемѣ *Credè*, захватываетъ матку всей рукой и слегка толкаетъ ее въ тазъ. Не заслуживаетъ рекомендаціи, я нахожу, и растираніе матки. Для наложенія швовъ все должно быть заготовлено уже заранѣе, до производства разрѣза. Превосходнымъ матерьяломъ для швовъ является шелкъ, кѣтгутъ, проволока. Я думаю каждому всего лучше брать тотъ именно матерьялъ, къ которому онъ привыкъ; главное, чтобы онъ былъ хорошо стерилизованъ. *Olshause*n при помощи шелка. Главное, накладывать швы тщательно и очень густо. Въ спорѣ о томъ, захватывать ли въ швы и децидуальную оболочку, или нѣтъ, я становлюсь на сторону тѣхъ, которые захватываютъ ее, потому что иначе легко могутъ происходить новыя послѣдовательныя кровотеченія изъ болѣе крупныхъ, пробѣгающихъ въ *decidua* сосудовъ.

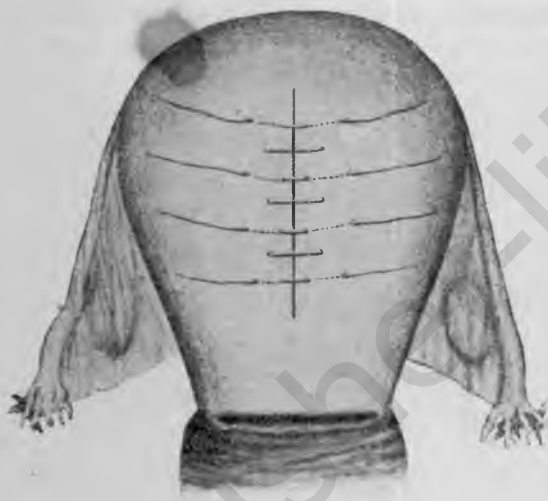


Рис. 50. Поверхностные (серо-серозные) швы при кесарскомъ сѣченіи.

Прежде всего я обыкновенно накладываю по одному глубокому шву у верхняго и нижняго края разрѣза, завязываю ихъ узломъ, чтобы имѣть возможность нѣсколько приподнять матку, а затѣмъ по возможности быстро накладываю всѣ глубокіе швы (серозно-мышечные и децидуальные, рис. 49), на разстояніи  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  стм. другъ отъ друга; затѣмъ удаляю находившійся въ маткѣ тампонъ и завязываю швы. Контролирующая рука ассистента и теперь еще продолжаетъ лежать на маткѣ. Затѣмъ, начиная съ верхняго угла, накла-

дываютъ непрерывный иногда шовъ на серозную оболочку, который, на подобіе кишечнаго шва *Lembert'a*, вкалывается и выкалывается на каждой сторонѣ и вызываетъ быстро спаивающуюся складку брюшины надъ срединной линіей шва. Если возможно, то ею стараются покрыть и узлы глубокихъ швовъ. Когда шовъ этотъ уже законченъ до нижняго угла, кровотеченіе обыкновенно останавливается; если же кровь продолжаетъ сочиться, то можно еще произвести обкалываніе.

Теперь очищается брюшная полость, накладывается непрерывный шовъ на брюшину и отдѣльные пуговчатые швы на фасціи кѣтгуттомъ, а затѣмъ брюшная рана совсѣмъ закрывается глубокими и поверхностными швами. За этимъ слѣдуютъ наложеніе давящей повязки, которая, благодаря толстому ватному пальстеру, препятствуетъ маткѣ подняться изъ малаго таза, и подкожное впрыскиваніе эрготина (0,3), если оно не было произведено незадолго до начала операціи.

Послѣдовательное леченіе такое же, какъ при лапаротоміи. Мы улы-

баемся теперь, читая утверждение такого человека, как Kilian, что „сhief-d'oeuvre акушера“ представляет послѣдовательный уходъ послѣ кесарскаго сѣченія. Мы знаемъ, что заживленіе всегда протекаетъ гладко, если только не произошло зараженія. Если же оно наступило, то и самый лучшій уходъ не принесетъ никакой пользы.

Брюшные швы удаляются не ранѣе, чѣмъ начиная съ 8-го дня, но края раны удерживаются еще липкимъ пластыремъ. Встать можно на 14-ый день. Родильница по возможности должна сама кормить.

## 2. Кесарское сѣчение по Porro. *Amputatio utero-ovarica.*

Историческій ходъ вещей, приведшій Porro къ идеѣ объ его операциі, я уже изложилъ вамъ выше. Porro желаетъ пожертвовать маткой и ея придатками, чтобы исключить опасности, исходящія изъ матки и ея инволюціи. Если мы въ настоящее время и не можемъ этого привѣтствовать, какъ общее правило, то бывають все же случаи, въ которыхъ это желательно и теперь, а потому кесарское сѣченіе по Porro сохранять за собой постоянную сферу примѣненія.

Прежде всего оно показано при разложеніи содержимаго матки въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуетъ абсолютное показаніе для кесарскаго сѣченія. При относительномъ показаніи вы лучше сдѣлаете въ такихъ случаяхъ, если будете перфорировать, даже при живомъ плодѣ. Дальнѣйшее показаніе имѣется при врожденномъ или приобретенномъ абсолютномъ суженіи влагалища и шейки, когда съ увѣренностью приходится допустить, что прохожденіе плода причинило бы самые тяжелые разрывы, и что лохіи не будутъ имѣть возможности стекать изъ матки. Въ рѣдкихъ случаяхъ являлась также необходимость удалить тѣло матки по Porro уже послѣ консервативнаго кесарскаго сѣченія, вслѣдствіе атоническаго кровотеченія, которое нельзя было остановить никакими средствами. Просматривая эти случаи, я прихожу къ заключенію, что съ тѣхъ поръ, какъ перестали примѣнять перевязку эластической трубкой, они стали чрезвычайно рѣдки.

Зато я безусловно придерживаюсь операциі Porro, когда кесарское сѣченіе производится на остеомалятическомъ тазѣ. Несомнѣнно установлено, что прекращеніе овуляціи въ большинствѣ случаевъ излечиваетъ остеомаляцію, хотя химическое вещество, которое подъ вліяніемъ ненормальной дѣятельности яичниковъ ведетъ къ растворенію костныхъ известковыхъ солей, намъ пока еще неизвѣстно.

Къ тому же раневыя условія при операциі Porro проще и въ прогностическомъ отношеніи благоприятнѣе, чѣмъ когда вы оставляете въ брюшной полости рану матки и два мѣста со швами придатковъ. Кромѣ того, я считаю операцию Porro самымъ надежнымъ способомъ при неоперауемомъ рагѣ матки во время родовъ.

Можно ли причислить къ операциі Porro удаленіе разорванной матки и ампутацію беременной миоматозной—вопросъ спорный.

Изъ этого вы видите, м. г., что операция Porro сохраняетъ за собой цѣлую очень важную область, ориентироваться въ которой на практикѣ иной разъ труднѣе, чѣмъ въ рамкахъ консервативнаго кесарскаго сѣченія. Само собой разумѣется, что вы хорошо сдѣлаете, если предупредите

дите роженицу и ея окружающих о необходимости произвести эту уродующую операцію.

Приготовленія къ операціи и производство ея вначалѣ такія же, какъ и при консервативномъ кесарскомъ сѣченіи. Операція облегчается, если для предупрежденія потери крови наложить эластическій жгутъ.

Первоначально Roggo вшивалъ оставшуюся послѣ удаленія ножку матки въ нижній уголъ раны, совершенно такъ, какъ Sp. Wells вшивалъ овариальную ножку. Впослѣдствіи я сталъ примѣнять къ шейчной ножкѣ въбрюшинный способъ Negar'a, примѣняемый имъ для обшиванія ножки міомы, и достигъ такимъ путемъ очень хорошихъ результатовъ.

Въ общемъ, въ настоящее время, конечно, лучше при операціи Roggo поступать съ остаткомъ шейки, какъ при міомотоміяхъ, т. е. обра-

батывать культю субперитонеально, или же экстирпировать вмѣстѣ съ маткой шейку цѣликомъ.

Въбрюшинный же способъ остается безспорнымъ при зараженіи матки (здѣсь полная экстирпація слишкомъ опасна, чтобы не загрязнить брюшной полости) и при неоперируемой крациномѣ.

Приготовленіе, наркозъ, ассистенція совершенно какъ при консервативномъ кесарскомъ сѣченіи. Неопытный операторъ можетъ облегчить себѣ производство операціи,

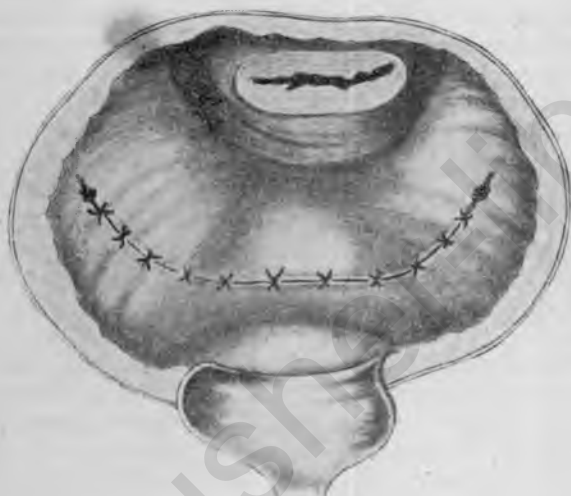


Рис. 51. Непрерывный шовъ на серозную оболочку при операціи Roggo.

если онъ послѣ вскрытія брюшной полости временно перевяжетъ матку. Затѣмъ—продольный разрѣзъ по срединной линіи матки, или поперечный разрѣзъ по дну, извлеченіе ребенка, отдѣленіе послѣда, въ большинствѣ случаевъ уже отдѣляющагося самопроизвольно. Теперь захватываніе въ зажимъ обѣихъ круглыхъ и широкой связокъ и перерѣзываніе зашпеленныхъ частей. Послѣ того отдѣльно захватываютъ маточную артерію и перерѣзываютъ ее. Теперь брюшина пузыря поперечно разрѣзается спереди и пузырь отдѣляется тупымъ способомъ; если при этомъ кровоточитъ болѣе значительный венозный стволъ, то его перевязываютъ. Затѣмъ разрѣзъ брюшины Дугласова пространства на высотѣ внутренняго зѣва и отсепарованіе ножемъ плашмя. Теперь матка удаляется ножемъ по возможности въ области шейки, брызжущіе сосуды захватываются и перевязываются; слизистая шейка вытягивается въ воронку, и обѣ стѣнки шейки плотно зашиваются. Вслѣдъ за этимъ обкалываніе всѣхъ сосудовъ и изъ предосторожности изолированная перевязка ихъ.

Затѣмъ брюшина пузыря сшивается 3—4 швами съ брюшиной Дугласова пространства, причемъ захватывается также задняя мускулатура шейки. Вслѣдъ затѣмъ непрерывный шовъ на брюшину отъ одной *art. spermatica* къ другой; если возможно, культя обѣихъ артерій вшиваются въ широкую связку. Потомъ слѣдуютъ непрерывный шовъ на брюшину, изолированные фасціальныя швы и глубокіе и поверхностные швы на брюшную стѣнку. Только этотъ послѣдній шовъ я накладываю шелкомъ, а всѣ остальные кѣгутумъ.

Послѣдовательное леченіе обыкновенное.

Если мы имѣемъ дѣло съ септически разложившимся содержимымъ матки или съ неопераемымъ ракомъ шейки, то операція съ самаго начала направляется къ вѣбрюшинному уходу за культей. Ваше вниманіе должно быть направлено на то, чтобы содержимое матки не стекало въ брюшную полость. Брюшной разрѣзъ долженъ быть нѣсколько больше, чтобы можно было выкатить матку, не вскрывая ее. Затѣмъ наложеніе нѣсколькихъ временныхъ швовъ черезъ верхнюю часть брюшныхъ покрововъ; зашита кишекъ, области пузыря и кожи достаточно большими компрессами; вскрытіе матки, удаленіе ребенка и плаценты, удаленіе матки поперечнымъ разрѣзомъ и дезинфекція слизистой оболочки оставшейся части 50%-мъ карболовымъ спиртомъ или іодной настойкой. Затѣмъ смѣна загрязненныхъ компрессовъ. Если связки захвачены безъ слишкомъ большого напряженія, то достаточно эластической трубки; въ противномъ случаѣ можно указаннымъ выше способомъ захватить сосуды связокъ и перевязать ихъ, эластическую лигатуру снять, а затѣмъ наложить ее только на остающуюся шейку.

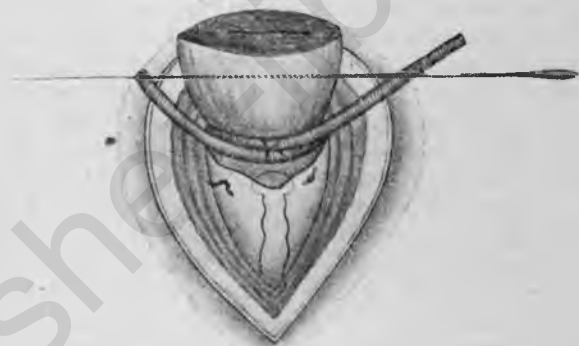


Рис. 52. Вѣбрюшинный уходъ за культей Рогго.

Вѣбрюшинный уходъ за маточной культей производится слѣдующимъ образомъ:

Прежде всего культя шейки, перетянутая лигатурой, притягиваются по возможности ближе къ нижнему углу раны; у нижняго же угла раны дѣлается вколъ слѣва въ паріетальную брюшину, кѣгутумовый шовъ проводится черезъ брюшину культи поперечно подъ эластической лигатурой и, наконецъ, захватываетъ край паріетальной брюшины справа. Шовъ сейчасть же завязывается узломъ. Точно также паріетальная брюшина соединяется съ брюшиной культи справа и слѣва ниже эластической лигатуры и, наконецъ, она пришивается 1—2 швами къ задней стѣнкѣ культи, такъ что послѣдняя обхватывается по возможности узкимъ кольцомъ. Обратному соскальзыванію культи препятствуетъ поперечно проведенная сѣдельная игла, оба конца которой покрываются тонкими дренаж-



ными трубками. Затѣмъ непрерывный брюшинный шовъ, пуговчатые швы на фасциі, шелковые швы на брюшной разрѣзѣ. Культия кругомъ слегка обугливается до сухости Пакаленомъ, и образовавшаяся между ножкой и паріетальной брюшиной воронка выполняется тампономъ изъ іодоформенной марли.

Если доказано, что плодъ вначалѣ операции уже мертвъ, то можно раньше произвести внѣбрюшинное обшиваніе и закрыть брюшную рану, аналогично тому, какъ это дѣлается при разложившейся міомѣ, а затѣмъ уже вскрыть матку такъ, что ни одна капля содержимаго ея не попадетъ въ брюшную полость.

### Кесарское сѣченіе на мертвой.

Если беременная, плодовместилище которой заключаетъ въ себѣ жизнеспособнаго ребенка, умираетъ не разрѣшившись, то является вопросъ: что нужно сдѣлать, чтобы спасти ребенка? Опытами на животныхъ Kunge показали, что при медленномъ умираиіи матери, плоды ея не переживаютъ ее (въ особенности при скопленіи теплоты въ тѣлѣ); при внезапной же смерти матери плоды могутъ ее пережить. Наблюденія показываютъ, что то же самое замѣчается и у человѣка. При медленномъ умираиіи матери отъ болѣзней легкихъ, сердца, отъ тифа и т. д., плодъ всегда погибаетъ еще раньше матери. Иначе при внезапной смерти матери отъ несчастнаго случая, апоплексіи, паралича сердца и т. д. Здѣсь плодъ можетъ пережить мать на 10—20 минутъ, какъ я это самъ наблюдалъ разъ черезъ 15 минутъ послѣ смерти матери.

Въ нѣкоторыхъ государствахъ (Вюртембергъ, Баварія, Саксонія) законодательство идетъ на встрѣчу врачу, облегчая ему рѣшимость дѣйствовать, такъ какъ *lex regia* предписываетъ произвести кесарское сѣченіе послѣ смерти матери, если ребенокъ жизнеспособенъ. Въ другихъ, напр., въ Пруссіи, рѣшеніе предоставлено усмотрѣнію врача, чѣмъ оно часто затрудняется, потому что желаніе произвести кесарское сѣченіе на мертвой всегда натывается на противодѣйствіе со стороны близкихъ.

Необходимое условіе для производства операціи, чтобы родовые пути еще не были настолько открыты, чтобы можно было быстро извлечь ребенка атипическими щипцами или поворотомъ съ извлеченіемъ. Кесарское сѣченіе даетъ здѣсь иногда надежду получить живого ребенка, даже если тоны сердца не слышны болѣе. Операція производится въ высшей степени просто, такъ какъ нѣтъ надобности производить хлопотливыя антисептическія приготовленія. Въ случаѣ необходимости достаточно простого бистури и нѣсколькихъ иглъ. Послѣ разрѣза живота матка сейчасъ же вскрывается *in situ* и къ извлеченному ребенку примѣняются всѣ необходимыя мѣры оживленія. Затѣмъ слѣдуетъ отдѣлить и извлечь послѣдъ, чтобы онъ не былъ изгнанъ еще послѣ смерти. Зашиваютъ матку нѣсколькими швами и, наконецъ, приступаютъ къ тщательному зашиванію брюшнаго разрѣза. Результаты разумѣется не блестящи: въ Баденѣ на 61 такую операцію (1870—1888 г.) получился только одинъ живой ребенокъ.

Если бы въ видѣ исключенія необходимо было произвести операцію

на умирающей, то должно быть безусловно доказано, что ребенок еще живъ. Операция производится тогда под наркозомъ и при соблюденіи необходимыхъ антисептическихъ предосторожностей.

## ТРИНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Влагалищное кесарское сѣченіе. *Hysterotomia vaginalis anterior.*

Старое акушерство въ случаяхъ настоятельной необходимости быстрого родоразрѣшенія пользовалось *accouchement forcé*; затѣмъ стали примѣнять глубокія инцизии шейки, которыя *D ü h r s s e n* возвелъ въ систему и рекомендовалъ для быстрого родоразрѣшенія въ особенности при эклампсіи. Впослѣдствіи французы первые показали въ гинекологической практикѣ, насколько облегчаетъ доступъ къ маткѣ, для удаленія опухолей, разрѣзъ передней маточно-шейной стѣнки. На основаніи сказаннаго *D ü h r s s e n* создалъ операцию *hysterotomia vaginalis anterior* для извлеченія живого ребенка, и я, не колеблясь всецѣло признаю его заслуги въ этомъ отношеніи. Названіе „влагалищное кесарское сѣченіе“ я нахожу вполне выразительнымъ и очень удачнымъ. Основной принципъ при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи тотъ же, что и при абдоминальномъ, а именно: приобрести возможность во всякое время извлечь ребенка при помощи разрѣза маточной мышцы. При абдоминальномъ кесарскомъ сѣченіи пользуются доступомъ со стороны брюшной полости, при влагалищномъ—со стороны влагалища.

Такимъ образомъ, подъ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ (*D ü h r s s e n*) или *hysterotomia vaginalis anterior* (*B u m m*) мы разумѣемъ расщепленіе передней, а иногда также задней стѣнки шейки до тѣла матки, чтобы потомъ немедленно извлечь плодъ щипцами, или путемъ поворота.

Далѣе, *D ü h r s s e n* развилъ эту операцию въ томъ смыслѣ, что срединное расщепленіе органа — аналогично тому, какъ много лѣтъ до того предложилъ дѣлать въ гинекологіи *P. Müller*—послѣ извлеченія ребенка еще увеличиваютъ, чтобы присоединить сюда при карциномѣ шейки или миомахъ полное удаленіе всего органа. Употреблять ли при этомъ обозначеніе *D ü h r s s e n*'а „радикальное влагалищное кесарское сѣченіе“ или „влагалищное кесарское сѣченіе съ послѣдующей экстирпаціей“ совершенно безразлично.

Что касается показаній для влагалищнаго кесарскаго сѣченія, то они могутъ быть даны какъ матерью, такъ и плодомъ.

1. Влагалищное кесарское сѣченіе показано при невозможности рожденія вслѣдствіе оперируемаго еще рака шейки и миомы ея, врожденнаго или приобретеннаго стеноза, напимѣръ, послѣ предшествовавшей операциі, вслѣдствіе выпячиванія нижняго отдѣла матки и неподвижно-ущемленной *retroflexio uteri gravidi* въ позднѣйшихъ мѣсяцахъ беременности.

2. При опасномъ для жизни состояніи беременной или роженицы (эклампсія, заболѣванія сердца, легкихъ, почекъ, септическое зараженіе содержимаго матки при живомъ или недавно-умершемъ ребенкѣ, при

преждевременномъ отдѣленіи нормально сидящей плаценты), если каналъ шейки еще не раскрытъ, а единственная надежда на спасеніе матери заключается въ немедленномъ родоразрѣшеніи, то послѣднее можетъ быть достигнуто только влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ.

Нужно ли отнести сюда и центральнo прикрѣпленный предлежащій послѣдъ — вопросъ, требующій еще дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій.

3. Гораздо труднѣе поставить показаніе при опасности, угрожающей жизни ребенка, и недостаточномъ въ то время раскрытіи шейки, напримеръ, при выпаденіи пуповины и едва проходимомъ маточномъ зѣвѣ съ замедленіемъ сердцебіенія плода. Представители направленія: „не только мать, но и ребенокъ“, рѣшались на операцію при такомъ показаніи скорѣе, чѣмъ представители стараго направленія, по которому нужно принимать во вниманіе „сперва мать, а потомъ только ребенка“. При такомъ показаніи во всякомъ случаѣ можно рекомендовать названную операцію только въ клиникѣ. Въ частной же практикѣ такое вмѣшательство, на мой взглядъ, было бы слишкомъ рискованно.

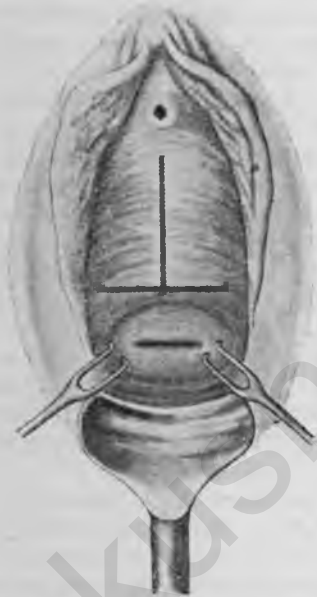


Рис. 53. Веденіе разрѣза при влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи.

Заслуживаетъ ли предпочтенія влагалищное кесарское сѣченіе передъ абдоминальнымъ на умирающей, еще вопросъ спорный. При немъ избѣгаешь, конечно, вскрытія брюшной полости, которое всегда очень непріятно поражаетъ публику, если производится на умирающей, но для того, чтобы произвести его чисто, гладко и быстро въ частномъ домѣ, необходимо большое число хорошихъ ассистентовъ. На мертвой я безусловно предпочитаю абдоминальное кесарское сѣченіе.

Необходимымъ условіемъ для производства операціи является въ большинствѣ случаевъ живой ребенокъ. Только при оперируемой карциномѣ шейки оперируютъ такъ же точно и при мертвомъ плодѣ, между тѣмъ какъ при другихъ препятствіяхъ, уменьшающихъ емкость родовыхъ путей, нужно попытаться сдѣлать перфорацию и извлеченіе.

Операцію эту нужно производить въ тѣхъ случаяхъ, когда ничего или почти ничего нельзя сдѣлать при помощи метрейринтера или инструмента Bossi, слѣдовательно, при совершенно несглаженной или мало сглаженной шейкѣ, когда метрейринтеръ потребовалъ бы слишкомъ много времени или когда онъ не въ состояніи вызвать достаточное раскрытіе, необходимое для быстрого окончанія родовъ. Но если у первородящей при эклампсін глубоко стоящая головка совершенно сгладила шейку, и только наружный зѣвъ еще не сглаженъ, то на практикѣ вамъ достаточно будетъ сдѣлать нѣсколько надрѣзовъ этого послѣдняго, чтобы достигнуть расширенія достаточнаго для наложенія щипцовъ.

Влагалищное кесарское сѣченіе требуетъ хорошей техники и надежныхъ помощниковъ для того, чтобы роженица не теряла излишней крови. До сихъ поръ оно, за немногими исключеніями, производилось только въ клиникѣ.

Кромѣ врача, наркотизирующаго роженицу, необходимо еще два ассистента. Желательно также имѣть еще одного ассистента для вытирания операционнаго поля ватой и сестру милосердія для приготовленія иголь и т. п.

Роженицу обычнымъ образомъ брѣютъ, дезинфицируютъ, укладываютъ въ спинно-ягодичномъ положеніи; а все операционное поле обкладываютъ стерильными компрессами. Нужно ли произвести вначалѣ операциі глубокой влагалищно-промежностный разрѣзъ, это зависитъ отъ податливости вульвы, ширины влагалища и величины ожидаемаго ребенка. Вообще говоря, слѣдовательно, у первородящихъ при зрѣломъ плодѣ будетъ произведенъ такой профилактической разрѣзъ. Я нахожу также, что Dührssen совершенно правъ, предлагая произвести его, какъ и необходимую остановку кровотечения, вначалѣ операциі. Шейка послѣ того гораздо болѣе доступна; кромѣ того при этомъ избѣгаютъ также опасности тяжелыхъ разрывовъ при наложеніи щипцовъ или при выхожденіи послѣдующей головки.

Затѣмъ слѣдуетъ обнаженіе влагалищной части широкими плоскими зеркалами, которыми оттягиваютъ переднюю и заднюю влагалищную стѣнку. Съ боковъ шейки захватываютъ Мюзеревскими щипцами, которые какъ можно сильнѣе оттягиваются внизъ.

Dührssen прежде всего расщепляетъ сагитально заднюю губу до влагалищнаго прикрѣвленія и, удлинняя нѣсколько разрѣзъ, заднюю влагалищную стѣнку приблизительно на 4 см.; послѣ того ваткой, тупымъ путемъ, отодвигаютъ брюшину Дугласова пространства вверхъ. Затѣмъ слѣдуетъ расщепленіе передней губы и передняго влагалищнаго свода. Я предпочитаю раньше произвести поперечный разрѣзъ на границѣ влагалищной части и передняго влагалищнаго свода, какъ при полной экстирпациі, а затѣмъ уже продольный разрѣзъ влагалища. Я отсепаарываю влагалищные доскуты отъ пузыря, затѣмъ пузырь тупымъ путемъ отодвигается вверхъ, что у роженицы удается чрезвычайно легко. Затѣмъ передняя губа и влагалищная стѣнка расщепляются вплоть до тѣла матки такъ, чтобы тонко сложенная рука могла проникнуть въ послѣднюю. Если головку удастся теперь снаружи отдавить внизъ, то разрываютъ пузырь, накладываютъ щипцы и извлекаютъ головку. Dührssen предпочитаетъ поворотъ и извлеченіе плода. Витт, въ противоположность обычному расщепленію передней и задней стѣнки влагалища, расщепляетъ только переднюю. До сихъ поръ я тоже придерживался этого способа, но послѣ того, какъ нѣсколько разъ оказались при этомъ трудности для маложенія щипцовъ, которыхъ можно было бы, быть можетъ, избѣжать при разрѣзѣ задней стѣнки, я отказался отъ него.

Когда наступаетъ такимъ образомъ послѣдородовой періодъ, я поручаю одному изъ ассистентовъ массировать матку и немедленно же приступаю къ наложенію швовъ на шейку и тѣла матки, начиная съ верхняго угла раны. Я употребляю для этого поочередно шелковые и катгуттовые швы, проходящіе отъ наружной стѣнки шейки черезъ слизи-

стю оболочку. Когда шейка уже зашита до наружного зѣва, зашиваютъ срединный разрѣзъ влагалища, которое снова пришиваютъ поверхъ влагалищной части. По срединѣ оставляютъ небольшое отверстіе для дренажа субсерознаго пространства. Затѣмъ слѣдуетъ зашиваніе влагалищно-промежностнаго разрѣза частью непрерывнымъ швомъ, частью пуговчатыми катгутowymi швами.

Если послѣдъ за это время не вышелъ самъ, то его теперь выжимаютъ въ концѣ наркоза. Если сильное атоническое кровотеченіе вынуждаетъ къ болѣе раннему виѣшателъству, то планцету отдѣляютъ, а при продолжающейся атоніи тампонируютъ матку іодоформенной марлей, причемъ цѣлесообразно, если швовъ наложено еще не слишкомъ много, обнажить полость матки, по *Dührssen*'у, введеніемъ зеркала. Тампонъ этотъ удаляется черезъ 12—24 часа, а субсерозный—черезъ 24—48 часовъ. Послѣдующій уходъ обыкновенный. Разрѣшившіяся такимъ путемъ родильницы обыкновенно продѣлываютъ такой же гладкій послѣдородовой періодъ, какъ и всѣ другія. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ лежалъ субсерозный дренажъ, долго остается маленькое вдавленіе и иногда передняя губа посрединѣ не совсѣмъ срастается.

Если послѣ извлеченія ребенка необходимо еще въ заключеніе произвести полную экстирпацію матки, какъ, на примѣръ, при ракѣ, то я первымъ актомъ операциі назначаю основательную вычистку карциномы ложкой и прижигаю всю раневую поверхность Пакеленомъ или 20%-нымъ растворомъ формалина.

Затѣмъ слѣдуетъ операциа, какъ описано выше. Немедленно послѣ рожденія ребенка плаценту выжимаютъ или отдѣляютъ, вскрываютъ Дугласово пространство и соединяютъ брюшину съ задней влагалищной стѣнкой. При ракѣ за этимъ слѣдуетъ, если возможно, полная экстирпація матки безъ расщепленія по срединной линіи. Только при слишкомъ объемистомъ органѣ производится, какъ при способѣ *Müller*'а, срединное расщепленіе матки отъ передней стѣвки ко дну матки, а отсюда на заднюю стѣнку, и послѣ сближенія обѣихъ половинъ параметрій и придатки захватываются зажимами. За этимъ слѣдуютъ тщательная перевязка параметрія и придатковъ, зашиваніе брюшины, виѣбрюшинный уходъ за культей и тампонада влагалищнаго свода іодоформенной марлей.

Предсказаніе при этой операциі нельзя назвать неблагопріятнымъ. *Dührssen* собралъ для руководства *Winkel*'я 47 случаевъ радикальнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія съ смертностью въ 10% и 100 случаевъ консервативнаго влагалищнаго кесарскаго сѣченія со смертностью въ 13,9%. Но если просмотрѣть смертные случаи послѣдней категоріи, то оказывается, что многія роженицы умерли отъ эклампсіи, порока сердца, чахотки, септического зараженія, предшествовавшаго операциі, такъ что дѣйствительная смертность въ чистыхъ случаяхъ составляетъ только около 1%. Для однихъ только случаевъ эклампсіи *Dührssen* нашелъ на 112 больныхъ смертность въ 15%. Статистика кесарскаго сѣченія при эклампсіи, въ которой на 33 случая приходится 1 летальный исходъ (*Veit*), должна быть, конечно, призвана исключительной. Теченіе эклампсіи послѣ операциі не поддается учету. При немедленной операциі я выдалъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ эклампсіи, то выздоровленіе, то смертельный исходъ.

Тѣмъ не менѣе, это послѣднее обстоятельство не должно насъ удерживать отъ признанія самой операціи, и вамъ придется, м. г., на практикѣ діагностировать, есть ли необходимость во влагалищномъ кесарскомъ сѣченіи при эклампсіи или рактъ шейки, чтобы больную еще своевременно можно было отправить въ ближайшую клинику. Производить же эту операцію въ частной практикѣ для начала можно было бы совѣтовать только очень опытнымъ хирургамъ.

Свѣдѣнія о томъ, какъ протекають послѣдующіе роды у женщинъ, подвергнувшихся названной операціи, очень скудны.

## ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Операціи съ цѣлью расширенія таза.

#### *Симфизеотомія и пубитомія.*

М. Г. Не смотря на то, что въ прежнія времена несомнѣнно чаще, чѣмъ теперь, происходили разрывы лоннаго соединенія вслѣдствіе тяжелыхъ родовъ, высказать мысль о возможности производства симфизеотоміи и совершить первую операцію выпало на долю Sigault (1777 г.).

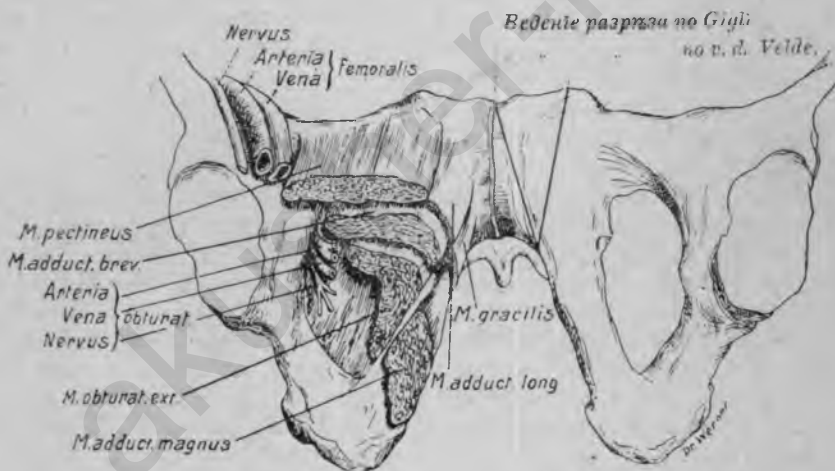


Рис. 54. Анатомическія условія при пубитоміи (по Döderleinу).

Операція его возбудила такую сенсацію, что въ честь ея отчеканена была медаль, разумѣется съ изображеніемъ тогдашняго декана парижскаго факультета — не такъ какъ у Рогго, которому къ 25-лѣтнему юбилею первой его операціи акушеры всего міра посвятили золотую медаль съ его изображеніемъ.

Послѣ краткаго періода расцвѣта симфизеотомія вскорѣ почти совершенно исчезла во мракѣ забвенія, потому что всеильный въ то время въ французскомъ акушерствѣ *Vau de losque* осудилъ ее. *Morisanі* (Неаполь) принадлежитъ заслуга, что онъ стойко придерживался этой

операции. После него ее культивировали Pinard и Zweifel, между тем как большинство остальных акушеров через короткое время снова отказались от нее. Пубитомия \*) изобретена была уже в 1844 г. Stolz'емъ (Страсбургъ) и испробована на мертвой; къ сожалѣнью, на живой она не была испробована. Лишь въ 1894 г. Gigli снова воскресилъ идею этой операции, которую впервые произвелъ Bonardi (Лугано, 1897 г.). Döderlein'у принадлежитъ заслуга теоретическаго и практическаго ознакомленія нѣмецкихъ акушеровъ съ новой операциею и усовершенствованія ея.

Въ то время какъ при симфизеотоміи производится раздѣленіе таза въ мѣстѣ лоннаго сращенія, при пубитоміи рѣчь идетъ о распиливаніи таза по близости отъ срединной линіи.

Спрашивается: какаѣ же изъ двухъ операций даетъ больше на практикѣ и которая изъ нихъ менѣе опасна?

Прежде всего симфизеотомія по своимъ послѣдствіямъ гораздо лучше изучена, чѣмъ пубитомія. Въ общемъ установлено, что отъ зіянія лонныхъ костей на 6 см. conjugata vera увеличивается на 1,25—1,5 см. Но такъ какъ тазовыя кости въ то же время, благодаря подвижности въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи, опускаются внизъ, какъ при Walcher'овскомъ висячемъ положеніи, а для интересующаго насъ здѣсь поперечнаго діаметра головки (Diameter biparietalis) зіяющій промежутокъ между лонными костями имѣетъ значеніе для входа и прохожденія головки черезъ тазъ, то конъюгата можетъ считаться въ среднемъ увеличенной на 2 см. Такъ именно нужно понимать указанія Pinard'a, что при конъюгатѣ таза:

|          |                      |          |
|----------|----------------------|----------|
| въ 6 см. | она увеличивается до | 8,4 см.  |
| " 8 "    | " "                  | " 9,8 "  |
| " 10,8 " | " "                  | " 12,4 " |

Между тѣмъ какъ большинство авторовъ находили сравнительно небольшое увеличеніе поперечнаго діаметра таза, Н. Burskhardt (Базель) опытами на трупахъ доказалъ, что при зіяніи лонныхъ костей на 6 см. поперечный размѣръ входа въ тазъ увеличивается на 3 см., а мѣсто суженія таза—на 4 см.

На основаніи данныхъ анатомическаго изслѣдованія таза нижней границей для симфизеотоміи считается conjugata vera въ 6,5 см. для плоскаго и въ 7,0 см. для общессуженнаго таза. Верхнюю границу устанавливать не годится, такъ какъ она опредѣляется отношеніемъ дѣтской головки къ тазу.

Аналогичны также данныя, касающіяся пубитоміи. Распиливаніе лонной кости между горизонтальной и нисходящей вѣтвью вызываетъ большей частью зіяніе лишь въ 4—4½ см., такъ какъ находящіяся на передней и задней стѣнкѣ лонной кости мягкія части препятствуютъ слишкомъ сильному расхожденію костей. И здѣсь также можно рассчитывать на увеличеніе конъюгаты на 1,5 и не больше, чѣмъ на 2 см.

Но Sellheim доказалъ, что увеличеніе емкости таза при пубитоміи, однако, такое же, какъ при симфизеотоміи.

Въ то время какъ Neugebauer еще насчитываетъ на 78 сим-

\*) Это названіе я предпочитаю геботоміи и гебостеотоміи, потому что послѣднее названіе требуетъ для многихъ объясненія.

физиотоміи, произведенныхъ имъ съ 1887 г., смертность въ 11,1%, въ клиникахъ Morisani, Pinard'a и Zweifel'я она составляетъ всего на 150 случаевъ 4,6% для матерей и 8% для дѣтей.

Еще благоприятнѣе результаты для матерей и дѣтей при клинически произведенной пубитоміи, хотя это въ значительной степени нужно приписать развившейся съ тѣхъ поръ асептикѣ. Общая статистика даетъ на 64 случая, оперированныхъ по способу Gigli. 10% смертности для матерей, а на 189 подкожныхъ пубитоміи (по Döderlein-Bumm'у) 4,2% смертности; смертность дѣтей составляла въ этихъ послѣднихъ случаяхъ 4,3%.

Самое главное, м. г., для всякой операціи въ особенности для операціи новой, это выработка по возможности ясныхъ показаній.

Показаніе для пубитоміи въ общемъ гласитъ, что она должна производиться въ тѣхъ случаяхъ, когда при живомъ ребенкѣ существуетъ пространственное несоотвѣтствіе между размѣрами головки и таза, непреодолимое для родовыхъ болей, а дальнѣйшее выжиданіе грозило бы большой опасностью для матери. Живой ребенокъ—необходимое условіе для оперативнаго расширенія таза. Показаніе, слѣдовательно, дано главнымъ образомъ при простомъ плоскомъ и рахитически-плоскомъ тазѣ. При послѣднемъ размѣръ истинной конъюгаты никогда не опускается ниже 7, слѣдовательно, здѣсь нѣтъ противопоказаній для операціи. Согласно моимъ наблюденіямъ, осторожнѣе нужно ставить показаніе при общесъуженномъ тазѣ, при равномѣрно и неравномѣрно общесъуженномъ тазѣ и въ особенности при рахитически-общесъуженномъ плоскомъ тазѣ. Здѣсь я считаю низшей границей для истинной конъюгаты при большомъ ребенкѣ 7 см. вмѣсто 6,5. Когда я однажды просмотрѣлъ въ такомъ случаѣ ненормально большой размѣръ ребенка, мнѣ въ послѣдствіи пришлось, несмотря на пубитомію, сдѣлать еще перфорацию. Вопросъ о производствѣ пубитоміи можетъ также возникнуть при воронкообразномъ тазѣ. Напротивъ, при остеомалятическомъ, кифотическомъ, косо-суженномъ и спондилолистетическомъ тазѣ нельзя приступать къ расширенію таза.

Уже во время беременности вы можете наметить себѣ для пубитоміи такіе случаи, въ которыхъ раньше производились искусственные преждевременные роды или кесарское сѣченіе съ относительнымъ показаніемъ.

Во время родовъ расширеніе таза производится въ тѣхъ случаяхъ, когда при живомъ ребенкѣ показано быстрое окончаніе родовъ, высокіе щипцы еще невозможны, а для поворота уже время упущено. Здѣсь расширеніе таза является въ клиническомъ родовспомогательномъ искусствѣ спасительнымъ нововведеніемъ. Оно дѣйствительно дало намъ возможность во многихъ случаяхъ избѣгать прободенія головки на живомъ плодѣ. Въ ближайшемъ будущемъ вы, м. г., въ частной практикѣ еще не будете въ такомъ счастливомъ положеніи, чтобы имѣть возможность производить пубитомію. Въ частной практикѣ эта операція возбуждаетъ очень значительныя опасенія, и вы не можете избѣгать тѣхъ случаевъ, когда при черепномъ положеніи вы слишкомъ долго выжидали, наложеніе щипцовъ не удастся, и въ интересахъ матери необходимо перфорировать умирающаго ребенка. Расширеніе таза показано также при извлеченіи послѣдующей головки. Въ большинствѣ случаевъ, однако, уже поздно дѣлать пубитомію, когда головка застряла въ тазу. Поэтому предложеніе



Döderlein'a наложить пилу до начала извлеченія не лишено основанія, въ особенности при подкожномъ способѣ. Мы однажды сдѣлали такъ въ клиникѣ и распилъ не понадобился; то же самое было въ одномъ случаѣ черепного положенія передъ наложеніемъ высокихъ шипцовъ.

Со стороны ребенка можетъ быть показаніе къ расширенію таза, если при очень большой головѣ даже и приблизительно нормального таза недостаточно для вступленія и прохожденія головки. Операция притовопоказана во всѣхъ случаяхъ, если большой размѣръ головки обусловли-



Рис. 55. Веденіе разръза по Döderlein'y.

вается водянкой головы. Я отклонилъ также однажды операцию въ одномъ случаѣ громадныхъ варикозныхъ узловъ пахового сгиба и половыхъ губъ, въ виду бывшаго въ другомъ случаѣ при аналогичныхъ условіяхъ смертельнаго кровотеченія.

Необходимое условіе для вмѣшательства во всѣхъ случаяхъ — асептическое состояніе полового канала и отсутствіе лихорадки у роженицы. Можно ли все таки

рѣшиться на операцию, несмотря на небольшую лихорадку роженицы до  $38,5^{\circ}$ , нужно рѣшить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ въ зависимости отъ обстоятельствъ.

Операция производится слѣдующимъ образомъ: сбриваніе волосъ въ области лобка, вульвы и влагалища, дезинфекція внутренней поверхности бедеръ. Я опишу вамъ пубитомію по способу Döderlein'a и Bumm-Walcheга. Отъ предложеннаго первоначально Gigli и van der Velden'омъ способа обнаженія операционнаго поля глубокими разръзами мягкихъ частей я совѣтую вамъ совершенно отказаться.

1. По Döderlein'y вы дѣлаете поперечный разръзъ въ 2 см. длины какъ разъ надъ *tuberculum pubicum*, не слишкомъ далеко кнаружи, чтобы не подойти слишкомъ близко къ крупнымъ сосудамъ; онъ проходитъ черезъ кожу, подкожную фасцію, жировой слой, затѣмъ черезъ фасцію прямой мышцы живота. Когда послѣдняя уже разръзана, прокладываютъ себѣ дорогу тупымъ путемъ, пальцемъ (перчатка) позади лонной кости внизъ, пока не нащупается нижній край нисходящей вѣтви, причемъ по возможности отодвигаютъ пузырь къ срединѣ. Удобства ради обыкновенно выбираютъ лѣвую сторону. Подъ руководствомъ лѣваго указательнаго пальца вводится вплотную позади лобковой кости похожіи на пилу *Déchamps'a* предложенный Döderlein'омъ проводникъ пилы, его ведутъ внизъ, а верхушку его прижимаютъ какъ разъ къ нижнему краю лобковой кости по направленію къ кожѣ большой губы, стараясь по возможности избѣ-

жать *crus clitoridis*. Небольшого разрѣза противъ верхушки инструмента достаточно, чтобы пропустить его. Послѣ того въ крючокъ продевается петля проволочной пилы Gigli и протягивается самая пила. Теперь на концы пилы надѣваются рукоятки и при умѣренномъ напряженіи силы, распиливаютъ кость. Какъ только она распилена, сейчасъ же останавливаются, чтобы не подвергнуть слишкомъ большой травмѣ мягкія части. Одинъ изъ ассистентовъ въ то же время контролируетъ со стороны влагалища, достаточно ли расходятся кости. Затѣмъ пилу вынимаютъ, рану тампонируютъ или—при дальнѣйшемъ выжидательномъ веденіи родовъ—сейчасъ же зашиваютъ и прижимаютъ кожу сверху и снизу къ кости, чтобы избѣжать образованія гематомы.

2. *Подкожную* пубитомію я произвожу слѣдующимъ образомъ: послѣ основательнаго опорожненія пузыря подъ руководствомъ лѣваго указательнаго пальца со стороны влагалища я правой рукой вкалываю иглу у нижняго края лобковой кости между *crus clitoridis* и костью, чтобы вывести ее какъ разъ у задняго края лобковой кости, пока она не будетъ прощупываться непосредственно надъ горизонтальной вѣтвью лобковой кости кнутри отъ *tuberculum pubicum*. Тогда прокалываютъ кожу и ведутъ пилу сверху внизъ, вставляя рукоятки и распиливаютъ кость, какъ сказано выше. Не всегда



Рис. 56. Проводникъ пилы Döderlein'a.



Рис. 57. Рукоятка къ пилѣ Döderlein'a.

легко избѣжать прокола во влагалище и, съ другой стороны, не застрять на надкостницѣ. При этомъ могутъ происходить поврежденія пузыря, которыя обнаруживаются потомъ кровавой мочей и прониканіемъ мочи въ каналъ раны.

Какъ правило, кровотеченіе при пубитоміи не такъ сильно, какъ при симфизеотоміи. Въ большинствѣ случаевъ для остановки его достаточно немедленнаго закрытія раны глубокими швами. Въ видѣ исключенія при пораженіи *crura clitoridis* или *plexus pubovesicalis* кровотеченіе можетъ сдѣлаться опаснымъ для жизни и заставить произвести тампонаду. Въ одной клиникѣ былъ даже смертный случай отъ такого кровотеченія.

Для симфизеотоміи также рекомендованы были разрѣзы черезъ кожу различнаго направленія; то вертикальный, параллельный симфизу, до кости, то поперечный. Я всегда предпочиталъ поперечный разрѣзь, непосредственно надъ симфизомъ, причемъ нѣтъ необходимости, чтобы онъ непременно достигалъ отъ одного *tuberculum pubicum* до другого. Послѣ расщепленія фасціи прямой мышцы живота указательный палецъ ту-нымъ путемъ пролагаетъ себѣ дорогу по задней стѣнкѣ симфиза внизъ и отбѣсняетъ пузырь и мочеиспускательный каналъ до *ligamentum arcuatum*.

Загѣмъ лонное сращеніе вскрывается пуговчатымъ ножомъ сверху внизъ. При этомъ не нужно упускать изъ виду, что на основаніи анатомическихъ изслѣдованій, вслѣдствіе большого отягощенія правой стороны, лонная щель большей частью отбѣснена нѣсколько влево и проходитъ косо (справа и сверху влево и внизъ). Случаи, въ которыхъ будто было откостенѣніе лонной щели, объясняются, вѣроятно, тѣмъ, что послѣдняя не была найдена. Уже во время разрѣза ассистенты раздвигаютъ бедра; *ligamentum arcuatum* также разрѣзается, но поврежденіе клитора нужно по воз-



Рис. 58. Проводникъ шилы  
В и т т'а.

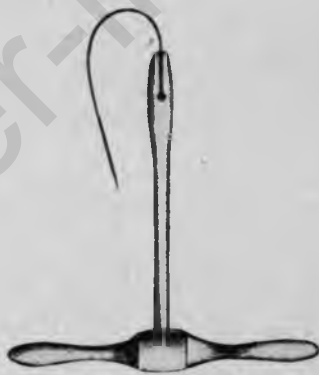


Рис. 59. Рукотка къ ней.

можности избѣгать. Вскорѣ тазъ съ трескомъ раздвигается, причемъ кровотеченіе большей частью бываетъ сильнѣе, чѣмъ при рубитоміи, такъ какъ почти невозможно избѣгать пораненія клитора. Кровотеченіе можетъ быть иногда и очень сильно, но оно почти всегда останавливается, когда бедра прижимаются другъ къ другу, такъ что щель снова замыкается. Если можно выжидать съ окончаніемъ родовъ, то находящуюся позади симфиза раневую поверхность тампонируютъ іодоформенной марлей, начиная сверху. Послѣ произведеннаго родоразрѣшенія, снимаютъ кожу, захватывая при этомъ и надкостницу. Въ чистомъ случаѣ и при умѣренномъ кровотеченіи можно закрыть обѣ раны; при образованіи же большой гематомы и при лихорадкѣ лучше оставить рану открытой и тампонировать.

Весьма важенъ вопросъ: нужно ли сейчасъ окончить роды, когда

достигнуто расщепленіе таза или же лучше выжидать? Опытъ показалъ, что лучше выжидать и предоставить изгнаніе плода силамъ природы.

Дѣйствительно, если при высоко стоящей головкѣ немедленно послѣ расширенія таза произвести поворотъ, или если на опустившуюся пока въ тазъ головку наложить щипцы, то при этомъ легко возникаютъ тяжелые разрывы влагалища (въ особенности у первородящихъ), сообщеніе которыхъ съ тазовой раной представляетъ для послѣдней большую опасность.

Въ началѣ я придерживался того мнѣнія, что нужно кончить роды немедленно. Опытъ научилъ меня, однако, другому, и я могу васъ увѣрить, м. г., что выжидательный методъ, рекомендованный *Zweifel* емъ съ самаго начала, даетъ возможность провести роды съ гораздо меньшими поврежденіями. Иначе обстоитъ дѣло, если расширеніе таза предпринято было въ виду опасности, грозящей ребенку, или если во время операциі—напр. подъ вліяніемъ наркоза—появились признаки слабости со стороны плода; здѣсь нужно, несмотря на неудобства для матери, немедленно окончить роды. Если не удастся провести головку и черезъ расширенный тазъ, то приходится даже перейти къ прободенію. Въ такомъ случаѣ тазъ, какъ обще-суженный, не подлежалъ вообще расширенію, или сдѣлана была ошибка въ опредѣленіи величины головки. Чѣмъ больше увеличивается нашъ опытъ, тѣмъ вѣрнѣе можно выдѣлить случаи, подходящіе собственно для кесарскаго сѣченія. При выжидательномъ методѣ послѣ расширенія таза естественно всегда существуетъ опасность, что иная операциа можетъ оказаться излишней, т. е. что роды, быть можетъ, произошли бы и самопроизвольно. Здѣсь все зависитъ отъ опытности врача: опытный акушеръ при разумномъ выжиданіи часто достигаетъ самопроизвольныхъ родовъ при общесуженномъ тазѣ еще тамъ, гдѣ нетерпѣливый врачъ уже приступаетъ къ пубитоміи.

Если сравнить преимущества и недостатки симфизеотоміи и пубитоміи, то чашка вѣсовъ склоняется въ пользу послѣдней. Это не простая минутная мода, что большинство нѣмецкихъ акушеровъ примѣняетъ почти исключительно пубитомію. При симфизеотоміи опасность пораненія пузыря и уретры гораздо больше; такъ, въ первомъ оперированномъ *Sigault* случаѣ осталось неизлѣчимое поврежденіе пузыря. Затѣмъ кровотеченіе при симфизеотоміи больше, чѣмъ при распиливаніи. Дѣло въ томъ, именно, что здѣсь всегда разрываются *corpus clitoridis* съ *ligamentum arcuatum*. На основаніи моихъ личныхъ наблюденій, кровотеченіе до тѣхъ поръ всегда бывало сильнѣе, пока не устранялось съ окончаніемъ родовъ растяженіе таза. При пубитоміи же легко можно избѣгать разрыва *crus clitoridis*; но если бы это даже и не удалось, то кровотеченіе все же не такъ легко становится опаснымъ для жизни. Не могу, однако, умолчать, что и при пубитоміи также бывали смертельныя кровотеченія.

Заживаетъ ли распиленная костная рана легче, чѣмъ хрящевая, должны выяснитъ дальнѣйшія наблюденія. Рентгеновскія снимки показываютъ, что и при пубитоміи не всегда образуется мозоль, но тазовой поясъ все же остается крѣпче, устойчивѣе, чѣмъ при недостаточномъ заживленіи въ лонномъ сочлененіи, когда образуется болтающійся суставъ. Опасность, что при тяжелыхъ поврежденіяхъ мягкихъ частей

тазовая рана может инфицироваться послѣ родовыми отдѣленіями, вѣроятно, одинакова для обѣихъ операций.

Лучше ли производить при пубитоміи маленькій кожный разрѣзъ (Döderlein), или же производить его только подкожно, по способу Bumm-Walcher'a, въ настоящее время невозможно еще рѣшить окончательно. Подозрительно при послѣднемъ способѣ слишкомъ большое число поврежденій пузыря—17,6% на 85 случаевъ противъ 2,4% на 81 операцию по способу Döderlein'a. Не будь этого обстоятельства, или же если бы можно было устранить эту опасность, то можно было бы надѣяться, что подкожная пубитомія приобрѣтетъ права гражданства и въ частной практикѣ.

Въ то время какъ Neugebauer собралъ за послѣднее время 78 симфизеотомій различныхъ операторовъ съ смертностью въ 11,1%, въ клиникахъ Morisani, Pinarda и Zweifel'a на 150 симфизеотомій смертность была для матерей только 4,6%, а для дѣтей 8%. Пока цифра смертности при пубитоміи также не меньше. Но если вы вспомните, м. г., что это новая операция, то вы поймете, что она еще требуетъ усовершенствованій, и мы можемъ надѣяться, что прогнозъ ея будетъ становиться все лучше и лучше.

Что касается послѣдовательнаго леченія, то прежде всего долженъ быть рѣшенъ вопросъ, нужно ли при симфизеотоміи зашивать кость серебряной проволокой. Это оказалось ненужнымъ. Напротивъ, вполне цѣлесообразно зашивать надкостницу и фасцію кэтгутомъ. Затѣмъ еще вопросъ: нужно ли дренировать или нѣтъ? Для симфизеотоміи всѣми, кажется, признано, что промежутокъ позади симфиза нужно дренировать, и притомъ либо вверхъ при посредствѣ проведенной позади симфиза полосы іодоформенной марли или дренажной трубки, либо внизъ. Для послѣдняго случая Zweifel сдѣлалъ цѣлесообразное предложеніе проводить дренажъ (стеклянную дренажную трубку съ іодоформеннымъ фитилемъ) черезъ одну изъ малыхъ губъ, въ большинствѣ случаевъ лѣвую. Тогда можно поперечную рану кожи у верхняго края симфиза закрыть швами. Такимъ путемъ возможно защитить лонную щель отъ соприкосновенія съ отдѣленіями раны. Если имѣли мѣсто сильные разрывы мягкихъ частей, то ихъ нужно, конечно, частью защитить, частью же воспользоваться для дренированія. При пубитоміи я вначалѣ дренировалъ послѣ Döderlein'овской операциі іодоформенной марлей позади лонной кости вверхъ. При позднѣйшихъ операціяхъ я непосредственно по окончаніи родовъ соединялъ верхнюю рану и рану отъ выкола кэтгутowymi швами черезъ срамную губу.

Чтобы предупредить образование гѣматомы, въ первые сутки хорошо положить во влагалище и снаружи для прижатія раны губы сильно давящую повязку.

Если гѣматома губъ уже образовалась, то вначалѣ можно еще попробовать прибѣгнуть къ прижатію. Но если она продолжаетъ значительно возрастать, то нужно разрѣзать и произвести обкалываніе кровоточащаго сосуда.

Въ дальнѣйшемъ уходъ долженъ быть направленъ на то, чтобы по возможности фиксировать тазъ. Вначалѣ я употреблялъ для этого широкую резиновую ленту, а теперь я примѣняю еще только широкія полосы лейкопласта.

Собственно послѣродовой уходъ въ частномъ домѣ, въ особенности вначалѣ, очень затрудненъ, потому что для приподыманія больной и для того, чтобы сдѣлать постель, нужны 2—3 человека. Я заставляю больныхъ лежать 2—3 недѣли и тогда только позволяю имъ осторожно вставать. Хотя многочисленные рентгеновскіе снимки доказали, что мозоль имѣется не всегда, тѣмъ не менѣе ни одна изъ моихъ больныхъ не испытывала затрудненій при ходьбѣ.

Наконецъ, интересенъ еще также вопросъ, какъ протекаютъ у женщинъ, перенесшихъ операцію расширенія таза, послѣдующіе роды. Долгое время господствовало мнѣніе, раздѣляемое еще и теперь Zweifel'emъ, что расширеніе таза послѣ симфизеотоміи остается постояннымъ.

Въ весьма цѣнной работѣ, охватывающей 132 родоразрѣшенія 100 подвергшихся симфизеотоміи женщинъ, Baisch доказалъ, что о дѣйствительномъ постоянномъ расширеніи не можетъ быть и рѣчи, что только въ небольшомъ числѣ случаевъ (9) болѣе крупныя дѣти послѣ симфизеотоміи рождались самопроизвольно и что въ 8 изъ нихъ наблюдалось ослабленіе сустава, вслѣдствіе затянутаго заживленія, сопровождавшагося нагноеніемъ. Относительно теченія родовъ послѣ пубитоміи наблюденія еще гораздо болѣе скудны. До сихъ поръ послѣ пубитоміи наблюдались одни только самопроизвольные роды при небольшомъ ребячкѣ, при равномъ же или большемъ вѣсѣ дѣтей приходилось повторять пубитомію.

Изъ оперированныхъ мною случаевъ одна только женщина родила вторично. Ребенокъ былъ значительно больше, чѣмъ первый. Головка прошла, однако, на этотъ разъ черезъ тазъ самопроизвольно въ черепномъ положеніи, между тѣмъ какъ при первыхъ родахъ головка, проходя черезъ узкій тазъ въ лобно-лицевомъ положеніи, представляла большія затрудненія для родовъ.

Вы должны поэтому, м. г., считать за правило, что расширяющія тазъ операціи не даютъ постоянного расширенія, которое могло послужить на пользу послѣдующимъ родамъ.

А потому, если женщина не желаетъ вторично подвергнуться пубитоміи, то нужно своевременно произвести—въ особенности если суженая конъюгата меньше 8,5—искусственные преждевременные роды.

## ПЯТНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Осложненія беременности и родовъ опухолями яичниковъ и матки.

#### I. Опухоли яичниковъ во время беременности и родовъ.

Нерѣдкое осложненіе составляетъ беременность при опухоляхъ яичниковъ. Что болѣе значительныя опухоли яичниковъ, въ особенности имѣющія срощенія въ тазу или сидящія интралигаментарно, могутъ помѣшать наступленію беременности, понятно само собой. То же самое нужно сказать и о вліяніи большихъ, въ особенности двустороннихъ опухолей. Но къ небольшимъ подвижнымъ опухолямъ яичниковъ это безусловно не относится. Этимъ и объясняется относительно частое совпаденіе беременности и кистъ яичниковъ; болѣе частое совпаденіе въ

последнее время отчасти, быть может, зависит также от улучшения диагностики.

Дать вамъ въ этомъ отношеніи точную статистику, м. г., невозможно. Не даютъ также точной картины и цифры о предпринятыхъ при названномъ осложненіи операціяхъ. Рѣдко, или даже никогда беременность не даетъ толчка къ развитію опухоли яичника; обыкновенно опухоль уже существуетъ еще до начала беременности. Растетъ ли опухоль во время беременности быстрѣе, чѣмъ обыкновенно, вопросъ, относительно котораго мнѣнія расходятся. Рѣшить его съ увѣренностью, вѣроятно, нельзя будетъ никогда, потому что нѣтъ двухъ одинаковыхъ опухолей для сравненія, изъ которыхъ ростъ одной можно было бы наблюдать во время беременности, а другой—при отсутствіи послѣдней.

У меня лично такое впечатлѣніе, что какъ для міомъ и карциномъ матки, такъ и для опухолей яичниковъ нужно допустить болѣе быстрый ростъ ихъ во время беременности. Это легко понять, если вспомнить, какъ богаты въ такихъ случаяхъ кровью ножки опухолей. Утверждаютъ же хирурги, что даже ракъ желудка растетъ быстрѣе во время беременности. Наклонности же къ превращенію въ злокачественныя у этихъ опухолей навѣрное не существуетъ. *Разстройство* во время беременности яичниковая опухоль вызываетъ лишь тогда, когда она сросена, ущемлена, занимаетъ интралигаментарное положеніе и потому мѣшаетъ нормальному подъему матки вверхъ; или же когда она своей величиной ведетъ къ недостаточности свободнаго пространства въ брюшной полости. Первое можетъ случиться уже и въ начальные мѣсяцы беременности. Ненормальныя боли, давленіе на кишки, разстройства со стороны дѣятельности пузыря и т. д. заставятъ беременную обратиться къ вамъ за совѣтомъ. Усиленіе болей наступаетъ скорѣе въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Я видалъ случаи, въ которыхъ трудно было распознать оба состоянія. Чтобы скручиваніе ножки составляло особенное частое явленіе именно во время беременности, я не замѣтилъ. Ростъ матки самъ по себѣ не можетъ способствовать скручиванію ножки. При очень длинной ножкѣ скручиваніе скорѣе обуславливается внезапнымъ движеніемъ женщины, всего чаще—врачебнымъ изслѣдованіемъ. На 38 случаевъ скручиванія ножки, которые я видалъ за послѣдніе 5 лѣтъ, только 3 имѣли мѣсто у беременныхъ. Распознать это, конечно, не трудно.

Въ то время какъ опухоли яичниковъ, сидяція высоко въ брюшной полости, не оказываютъ вліянія на роды, опухоль, сидящая интралигаментарно или ущемленная въ маломъ тазу, вызываетъ гораздо болѣе серьезныя явленія.

Прежде всего она нарушаетъ родовую дѣятельность, которая становится неправильной и болѣзненной. Главная опасность лежитъ, однако, въ давленіи лежащей части на опухоль въ періодѣ раскрытія и въ особенности въ періодѣ изгнанія. Опухоль отъ этого измѣняется въ формѣ, уплощается, питаніе ея вслѣдствіе венознаго застоя ухудшается и при извѣстныхъ условіяхъ она можетъ даже лопнуть.

Если бы это случилось при простой кистѣ, то это имѣло бы при извѣстныхъ условіяхъ благоприятное значеніе. Иначе обстоитъ дѣло, если лопнетъ дермоидъ и въ брюшной полости плаваютъ жиръ и волоса. Въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ подъ вліяніемъ болей отъ давленія лопалась

задняя влагалищная или передняя стѣнка прямой кишки, и опухоль выпала черезъ разрывъ наружу раньше ребенка.

Въ нераспознанныхъ случаяхъ возможенъ даже разрывъ матки. Напротивъ, относительно опасностей, которыми грозитъ опухоль яичниковъ въ послѣродовомъ періодѣ, я думаю, что ихъ изображаютъ слишкомъ мрачными красками. An und für sich здѣсь нѣтъ собственно причины для перекручиванія ножки или нагноенія. Первое можетъ произойти подъ вліяніемъ родовъ и, если оно не распознано, повести разумѣется къ некрозу. Только если своевременно не были приняты необходимыя мѣры, изъ сросшихся кишекъ могутъ перекечевать *bacteria coli* или гноеродныя бактеріи. При тяжелой послѣродовой инфекціи нагноеніе яичниковой опухоли можетъ послѣдовать и прямо.

*Диагнозъ* при небольшихъ опухоляхъ и въ первой половинѣ беременности не труденъ. Затрудненія можетъ представить только дифференціальная діагностика съ трубной беременностью или съ послѣдней наряду съ внутриматочной беременностью, тѣмъ болѣе, что при послѣдней не всегда позволительно добиваться доказательства существованія яичника. Никогда не нужно забывать, что беременная матка, благодаря тренію, можетъ достигнуть такой твердости, которая отличаетъ ее отъ овариальной опухоли. Напротивъ, осложненіе овариальной кистой въ послѣдніе мѣсяцы беременности при гидрамніонѣ и близнецахъ и большая мягкая однополостная киста наряду съ беременностью дѣйствительно въ высшей степени затруднили мнѣ постановку діагноза, который мнѣ удалось съ увѣренностью поставить только, благодаря пункціи и химическому анализу, показавшему, что мы имѣемъ дѣло съ редуцирующей жидкостью (псевдомуцинъ). Извѣстны также случаи, когда беременность была распознана лишь во время лапаротоміи, предпринятой въ виду предполагавшейся кисты яичника. Для увѣренности въ діагнозѣ всегда нужно также оттянуть матку внизъ, чтобы изслѣдованіемъ черезъ прямую кишку убѣдиться, не удастся ли прощупать ножку.

Во время родовъ распознаваніе можетъ быть затруднительно въ особенности въ томъ случаѣ, если изслѣдованіе болѣзненно вслѣдствіе частыхъ родовыхъ болей, или если характеръ ущемленной опухоли подъ вліяніемъ родовъ какъ будто измѣнился. Можно сомнѣваться, имѣется ли ущемленная міома или овариальная опухоль. Для терапіи это, впрочемъ, вообще говоря, безразлично. Но если діагнозъ представляетъ затрудненія, вы должны произвести изслѣдованіе полурукой или всей рукой подъ наркозомъ, потому что ложный діагнозъ естественно ведетъ къ ложной терапіи.

*Принципы леченія* въ теченіе послѣдняго десятилѣтія значительно измѣнились. Оперативное удаленіе подвижной кисты яичника, разумѣется, легкое дѣло. Операция при длинной большей частью ножкѣ и высококомъ стояннн опухоли скорѣе даже легче, чѣмъ обыкновенно. И предсказаніе при простой овариотоміи во время беременности, какъ извѣстно, такъ же благоприятно, какъ и вообще при овариотоміи. Я вычислилъ, что смертность равняется 5,45, а Graefe позже меня—2,5%. А потому, если я въ свое время высказался противъ оперированія во время беременности *всякой* опухоли яичника *безъ различія*, то это относилось не къ предсказанію при операциі, какъ таковой, а къ предсказанію для ребенка. Изъ всѣхъ статистическихъ данныхъ видно, что въ 20—25% случаевъ за операцией



слѣдуетъ выкидышь или преждевременные роды. Если еще прибавить сюда  $2\frac{1}{2}\%$  смертныхъ случаевъ при операциі, то окажется, что отъ оваріотоміи во время беременности погибаетъ  $\frac{1}{4}$  часть всѣхъ дѣтей, и вы должны объ этомъ подумать, м. г., прежде, чѣмъ посоветовать операцию. Я знаю, конечно, что часть этихъ дѣтей можетъ погибнуть также и во время родовъ, но въ отдѣльныхъ случаяхъ, въ которыхъ опухоль мала и подвижна и въ которыхъ жизнь ребенка особенно цѣнна, я совѣтую спокойно ждать.

Замѣчательно, что произведенная во время беременности двусторонняя оваріотомія также дала не больше 25% преждевременнаго прекращенія беременности—обстоятельство, которое не можетъ служить поддержкой столь пріемлемой вообще теоріи Frankel'я о значеніи желтаго тѣла для развитія яйца.

Если опухоль во время родовъ лежитъ высоко въ брюшной полости, то лучше отказаться отъ вмѣшательства, такъ какъ свѣже перевязанная ножка можетъ пострадать во время самихъ родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ. Напротивъ, вы безусловно должны вмѣшаться, если опухоль представляеть препятствіе для родовъ, и тогда—чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше. Если опухоль лежитъ сбоку въ тазу или если она ущемлена позади влагалищной части въ Дугласовомъ пространствѣ, то удаленіе ея безусловно необходимо, чтобы сдѣлать возможнымъ прохожденіе головки.

Акушерская помощь, примѣнявшаяся въ такихъ случаяхъ раньше, теперь справедливо оставлена. Извлеченіе ребенка подлѣ вколоченной опухоли щипцами или за ножки послѣ произведеннаго поворота совершенно оставлено, какъ опасное (разрывъ матки!). Точно также я не совѣтую вамъ производить изъ-за ущемленной опухоли яичника преждевременные роды. Скорѣе уже можно было бы при мертвомъ плодѣ произвести прободеніе и присоединить сюда оваріотомію въ послѣродовомъ періодѣ.

Единственно цѣлесообразная терапія во время родовъ—удаленіе опухоли съ пути.

Прежде очень любили производить репозицію опухоли со стороны влагалища, разумѣется подъ наркозомъ въ колѣбно-локтевомъ положеніи или съ высоко приподнятымъ тазомъ. Но она удается лишь въ рѣдкихъ случаяхъ.

Въ одномъ оперированномъ мною внослѣдствіи случаѣ, въ которомъ была и съ моей стороны и со стороны другого товарища попытка вправленія, я нашелъ ножку надорванной, а въ брюшной полости кровотеченіе. Итакъ, допустима только очень бережная попытка вправленія съ высоко приподнятымъ тазомъ и подъ наркозомъ, но безъ примѣненія какого бы то ни было насилія.

Если же эта попытка не удается, то я считаю въ нѣкоторыхъ случаяхъ позволительной пункцию черезъ влагалище (но не со стороны брюшной полости). Она бываетъ, однако, успѣшна только тогда, если мы имѣемъ дѣло съ болѣе значительной простой кистой. При дермоидной же кистѣ проколъ могъ бы принести прямой вредъ. За то я серьезно предостерегаю васъ отъ влагалищнаго разрѣза опухоли съ послѣдующимъ вшиваніемъ или безъ него: радикальная операциа тогда все равно еще предстоитъ въ будущемъ, а между тѣмъ опасность зараженія раны отъ разрѣза лохиями чрезвычайно велика. Дѣйствительно, при такомъ образѣ дѣйствій получи-

лось 18% смертности для матерей. А потому я совѣтую вамъ, м. г., если легкое вправленіе не удастся, а проколъ оказывается непригоднымъ, произвести абдоминальное удаленіе опухоли и отправить для этой цѣли роженицу въ ближайшую больницу.

Послѣ вскрытія брюшной полости не всегда, однако, легко добраться до опухоли и ея ножки. Если это возможно, то нужно, конечно, быстро удалить опухоль и послѣ особенно тщательной обработки ножки (съ перевязкой *отдельныхъ* сосудовъ) предоставить роды самимъ себѣ или сейчасъ же окончить ихъ, извлеки ребенка щипцами или за ножки.

Бываютъ, однако, случаи, о которыхъ говоритъ и Pfannenstiel, когда невозможно достать опухоль, такъ что приходится раньше путемъ кесарскаго сѣченія опорожнить матку, чтобы спасти плодъ, а затѣмъ только достаютъ ножку. Дѣло въ томъ, что выкатываніе матки въ концѣ беременности, чтобы проложить себѣ путь къ ножкѣ, можетъ серьезно угрожать жизни плода. А потому нельзя предписывать одинъ и тотъ же образъ дѣйствій для *всѣхъ* случаевъ, а нужно поступать сообразно существующимъ условіямъ; разумѣется, что всегда желательно обойтись *безъ* кесарскаго сѣченія. Влагалищную оваріотомію я считаю неумѣстной какъ во время беременности, такъ и во время родовъ. Въ первомъ случаѣ могутъ принести вредъ тяжелыя часто поврежденія матки, производимыя мюзеевскими щипцами. Во второмъ—небезопасно зараженіе влагалищной раны послѣродовыми отдѣленіями. Если опухоль не была распознана во время беременности или при родахъ, или же намѣренно было отложено ея удаленіе, то я совѣтую приступить къ нему черезъ 8—10 дней послѣ родовъ.

Кормленіе также не составляетъ въ этомъ случаѣ противопоказанія. Его можно продолжать сейчасъ же послѣ операціи. Если операція производится вначалѣ второй недѣли, то родильница выигрываетъ во времени, такъ какъ ей вѣдъ все равно приходится лежать. Если произошло скручиваніе ножки, или если появились признаки воспаления, то внимательство становится, разумѣется, безусловно необходимымъ.

При встрѣчающихся изрѣдка нагноеніяхъ опухоли, ее во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ вшивать, какъ это дѣлали прежде, а удаляютъ *in toto*, такъ какъ опытъ показалъ, что попаданіе нагноившагося содержимаго кисты въ брюшную полость рѣдко бываетъ опасно.

Исполненіе операціи и послѣдующій уходъ такіе же, какъ обыкновенно. Черезъ 24 часа послѣ операціи можно продолжать кормленіе.

## 2. Міома матки во время беременности и родовъ.

М. Г. При существующей частотѣ міомъ матки въ періодѣ дѣторожденія насъ не должно удивлять, что мы на практикѣ часто встрѣчаемся съ этимъ осложненіемъ. Дать точныя цифры относительно частоты міомъ во время беременности невозможно; клиническія цифры ничего не доказываютъ, потому что многіе такіе случаи присылаются въ клинику *ad hoc*.

Если Pinard, наприм., сообщаетъ изъ клиники Beaude-losque'a, что на 16000 (приблизительно) родовъ 84 осложнены были міомами, то я считаю, что это скорѣе слишкомъ большая цифра, такъ

какъ Stratz сообщаетъ изъ клиники Schröder'a, что на 18000 родовъ тамъ было только 33 случая, осложненныхъ міомой.

Относительно спора, является ли міома причиной безплодія или же она наоборотъ, какъ утверждаетъ Hofmeyer, облегчаетъ наступленіе беременности, мнѣ не хотѣлось бы здѣсь распространяться.

Изъ своего матеріала я вынесъ скорѣе впечатлѣніе, что если немолодыя дѣвушки выходятъ замужъ, имѣя міому, то послѣдняя часто бываетъ причиной безплодія, но намѣренное факультативное безплодіе въ бракъ въ свою очередь можетъ привести къ развитію міомы.

Вліяніе беременности на міому вызываетъ въ общемъ усиленный ростъ послѣдней; въ частности это будетъ, разумѣется, различно, смотря по мѣсту міомы. Міомы шейки, быть можетъ, еще больше міомъ тѣла матки затрудняютъ наступленіе беременности, но онѣ измѣняются при ней медленно, соотвѣтственно болѣе позднему разрыхленію шейки.

При міомахъ тѣла, сидящихъ уже подъ слизистой, относительно рѣдко наступаетъ беременность, а если наступаетъ, то понятно, что легко происходить выкидышъ. Бывали, однако, также случаи самопроизвольнаго выдѣленія подслизистой міомы съ сохраненіемъ беременности. Интерстиціальныя міомы тѣла относительно всего чаще осложняются беременностью. Вслѣдствіе гораздо болѣе медленнаго разрыхленія міоматозной стѣнки, онѣ вначалѣ могутъ значительно затруднять діагнозъ беременности. Въ зависимости отъ мѣста, занимаемаго міомой, наблюдалось также перекручиваніе беременной матки, застой крови и обусловленные этимъ опасныя явленія. При отсутствіи же беременности міоматозныя узлы могутъ симулировать дѣтскія части, въ особенности—середины беременности.

Субсерозныя міомы принимаютъ въ общемъ не такъ скоро и меньшее участіе въ разрыхленіи отъ беременности, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда онѣ сидятъ въ задней стѣнкѣ шейки, гдѣ онѣ вслѣдствіе ущемленія и обусловленнаго этимъ застоя растутъ быстрѣе, но и омертвѣваютъ скорѣе. Разстройства беременности возникаютъ, слѣдовательно, въ томъ случаѣ, если сидящая подъ слизистой оболочкой матки, подъ плоднымъ мѣшкомъ міома вызываетъ кровотеченія и раскрываетъ шейку, или же при явленіяхъ ущемленія со стороны упомянутыхъ выше ретроцервикальныхъ міомъ. Не забывайте, однако, м. г., что при міомахъ во время беременности кровотеченія могутъ также обусловливаться и предлежаніемъ послѣда. При большихъ множественныхъ опухоляхъ матки быстрый ростъ ихъ и сильное растяженіе матки могутъ вызвать такую массу разстройствъ, что необходимо раннее оперативное вмѣшательство. Относительно рѣдко неравномѣрное растяженіе міоматозной матки ведетъ къ раннимъ сокращеніямъ и къ выкидышу.

Такъ какъ теперь менѣе, чѣмъ прежде, рѣшаются на преждевременное вмѣшательство—о чемъ мы еще поговоримъ ниже—то въ часто будете имѣть случай наблюдать міомы при родахъ. При міомахъ шейки большія трудности представляетъ, конечно, періодъ раскрытія, когда возможно лишь умѣренное раскрытіе шейки, а потому уже рано приходится подумать объ удаленіи этихъ опухолей. Но и міомы тѣла часто обуславливаютъ замедленное раскрытіе вслѣдствіе неравномѣрнаго сокращенія органа и потому еще, что дѣло и безъ того большей частью касается немолодыхъ особъ.

Эту слабость родовых болей въ периодѣ раскрытія нужно лечить по обыкновеннымъ правиламъ. Разъ шейка уже расширена, то изгнаніе плода можетъ послѣдовать самопроизвольно, а иной разъ могутъ оказать помощь щипцы. Наиболѣе опасенъ, по моимъ наблюденіямъ, послѣдовѣй періодъ. Атоническія кровотеченія составляютъ почти правило при пролизанномъ міомахъ тѣла матки; во-первыхъ, потому, что опухоли препятствуютъ равномерному сокращенію матки; во-вторыхъ, надъ выпячивающимися въ полость матки опухолями эндометритическіе процессы часто ведутъ къ болѣзненному измѣненію децидуальной оболочки, а тѣмъ самымъ къ ненормальному срощенію послѣда и яйцевыхъ оболочекъ. Мнѣ приходилось пережить въ такихъ случаяхъ продолжавшіяся часами, неопреоборимыя атоніи, ведущія на край могилы.

Отсюда ясно, что предсказаніе при осложненіи міомъ беременностью и родами, во всякомъ случаѣ, всегда сомнительно. Правда, обстоятельства теперь все же не такъ плохи, какъ объ этомъ говорятъ прежняя статистика, въ которой отмѣчено 50% смертности матерей и около 60% смертности дѣтей. Невозможно выразить смертность *одной* общей цифрой для разныхъ случаевъ; она мѣняется въ зависимости отъ локализациіи и отъ характера необходимаго для родоразрѣшенія вмѣшательства.

*Терапія во время беременности* должна быть гораздо болѣе консервативной, чѣмъ она была раньше. Осложненіе міомы беременностью само по себѣ еще никогда не служитъ показаніемъ для ранняго прерыванія беременности. Такого рода вмѣшательство во время беременности можетъ сдѣлаться для нея очень опаснымъ, если міома затрудняетъ доступъ къ полости матки. Но разъ преждевременные роды уже начались, то они должны быть доведены до конца по общимъ правиламъ.

Въ общемъ, вы, слѣдовательно, должны придерживаться, м. г., принципа, что и при міомахъ въ интересахъ дѣтей нужно, насколько это возможно, выждать, но если вмѣшательство необходимо, то операція должна быть произведена, совершенно не считаясь съ тѣмъ, что мы имѣемъ передъ собой беременную матку.

Исходя изъ этого правила, вы рѣшитесь на операцію только при міомахъ, очень быстро вызывающихъ симптомы давленія, въ особенности при ретроцервикальныхъ міомахъ. Въ общемъ же совершенно правильно все болѣе и болѣе придерживаются консервативнаго способа.

Во время родовъ нужно рано приступать къ вылуценію міомъ шейки, либо престо вылуцивая ихъ изъ цервикальной стѣнки, или же отслоивъ предварительно пузырь при міомахъ передней стѣнки, какъ при *hysterotomia anterior*.

Напротивъ, необходимо крайне остерегаться вылуциванія интралигаментарныхъ міомъ снизу. Послѣдствіемъ могутъ быть здѣсь смертельныя кровотеченія.

При міомѣ тѣла, если она не вызываетъ пространственныхъ затрудненій, нужно вообще по возможности выждать, а при такихъ осложненіяхъ, какъ слабость потугъ, выпаденіе мелкихъ частей или пуповины, нужно вести роды по общимъ правиламъ. Но если при множественныхъ міомахъ тѣла существуютъ еще, кромѣ того, болѣе значительныя пристѣночныя міомы въ нижнемъ отрѣзкѣ матки или ретроцервикальная міома, то никогда не нужно дѣлать попытки извлечь плодъ черезъ ограниченное пространство мимо опухоли обычнымъ путемъ при помощи по-

ворота или щипцовъ. Если опухоль сидитъ въ маломъ тазу, вы попытайтесь осторожно, подъ наркозомъ, при положеніи роженицы съ высокоприподнятымъ тазомъ, вытолкнуть ее изъ малаго таза, чтобы дать возможность вступитъ туда подлежащей части—только безъ насилія, чтобы не произошло разрывовъ и кровоизліяній въ брюшину! Если вправленіе невозможно, то нужно своевременно произвести кесарское сѣченіе и въ рѣдкихъ случаяхъ, если этого достаточно, сюда присоединяють еще вылушеніе опухоли. Я не разъ бывалъ пораженъ, какъ легко удавалось послѣ кесарскаго сѣченія извлечь сверху міому, которую я напрасно старался отодвинуть вверхъ черезъ влагалище. При множественныхъ міомахъ производять во время родовъ міотомію, т. е. операцію Рогго. Произвести ли надвлагалищную ампутацію или полную экстирпацию беременной матки—это зависитъ отъ объективнаго состоянія.

Въ своей диссертациі, написанной подъ моимъ руководствомъ, Kirchheimer (Галле, 1895 г.) вычислилъ, что на 20 простыхъ кесарскихъ сѣченій смертность составляла 60%, при надвлагалищной же ампутаціи матки онъ нашель на 33 случая 39% смертности; позже Thümin нашель на 49 случаевъ даже только 12% смертности; для полной экстирпациі міоматозной матки Bougrier нашель на 19 случаевъ 15,8%. Въ настоящее время шансы операціи должны быть еще благоприятѣе.

Выше я уже говорилъ объ опасностяхъ послѣдоваго періода. Способъ Credé часто не даетъ результата. Чаще обыкновеннаго приходится прибѣгать къ ручному отдѣленію послѣда, но и тогда еще кровотеченіе останавливается далеко не всегда. Нужно заблаговременно примѣнять горячія сприндованія, тампонаду матки, а при все возвращающейся атоніи матки и неукротимомъ кровотеченіи возвикалъ даже иной разъ вопросъ объ экстирпациі матки.

Въ послѣродовомъ періодѣ нужно стремиться достигнуть обратнаго развитія міоматозной матки, прежде всего при помощи эрготина внутрь или подъ кожу. При появленіи симптомовъ начинающагося выдѣленія опухоли или начинающагося разложенія, нужно своевременно способствовать выдѣленію ея. Если шейка достаточно раскрыта, а опухоль не слишкомъ велика, то послѣднюю пробуравливають пробочникомъ, вылушиваютъ и удаляють.

Въ затруднительныхъ случаяхъ лучше выбрать при міомахъ обычную hysterotomia anterior съ отодвиганіемъ пузыря. Вѣрнѣе можно избѣжать инфекціи полости брюшины при полной экстирпациі сверху съ удаленіемъ и верхней части влагалища, которое затѣмъ замыкается при помощи зажимовъ Wertheim'a.

## ШЕСТНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Осложненіе беременности и родовъ ракомъ шейки.

М. г. Если сравнить большое число ежегодныхъ родовъ и такъ часто встрѣчающийся повсюду у женщинъ ракъ шейки матки, то слѣдовало-бы собственно ожидать, что это осложненіе встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ оно имѣетъ мѣсто въ дѣйствительности. Мы располагаемъ довольно точными свѣдѣніями объ имѣющихся случаяхъ, такъ какъ въ

настоящее время они всѣ почти попадаютъ въ клинику, и тѣмъ не менѣе указанное Sarwey отношеніе 1:2000 слишкомъ велико.

Трудно объяснить причину этого явленія. Одного того факта, что ракъ появляется въ то десятилѣтіе жизни, когда, согласно опыту, плодovitость женщины уже ослабѣваетъ, недостаточно для объясненія. Я придерживаюсь того мнѣнія, что встрѣчающійся намъ ракъ шейки почти всегда существовалъ уже до беременности, что, слѣдовательно, механическія или химическія причины мѣшаютъ здѣсь проникновенію сперматозоидовъ въ каналъ шейки. Такъ же объясняется, вѣроятно, и тотъ фактъ, что во время беременности преобладающее по частотѣ мѣсто занимаетъ ракъ влагалищной части. Что ракъ растетъ чрезвычайно быстро, когда присоединяется беременность, не подлежитъ никакому сомнѣнію. Напротивъ, я рѣшительно не могу подтвердить всеобщее мнѣніе, что въ 30—40% случаевъ здѣсь наступаетъ преждевременное прерываніе беременности. Въ моихъ клиникахъ въ Галле и Страсбургѣ на 2000 выкидышей не было *ни одного рака*.

Къ симптомамъ, обусловливаемымъ ракомъ во время беременности, въ первую голову принадлежатъ, конечно, кровотечения, какъ при грозящемъ выкидышѣ. Уже въ раннемъ стадіи беременности во время половыхъ сношеній или же помимо ихъ, вслѣдствіе распада новообразованія, появляются неправильныя кровотечения, которыя публика или акушерка до консультаціи врача слишкомъ охотно принимаютъ за симптомъ грозящаго выкидыша.

Въ болѣе поздніе мѣсяцы кровотечения часто приписываются предлежаюму послѣду. Вскорѣ появляются кровянисто-водянистыя истеченія, которыя всегда должны были бы наугадъ беременную или акушерку. Боли при этомъ имѣются не всегда; иногда онѣ появляются въ послѣдніе мѣсяцы беременности, когда инфильтрированная шейка оказываетъ сопротивленіе раскрытію, или когда инфильтрація рано переходитъ съ шейки на параметрій.

Болѣе серьезный уже характеръ явленія принимаютъ во время родовъ. Если новообразование раньше не было распознано, то инфильтрація шейки большей частью имѣется уже на всемъ ея протяженіи, а иногда и въ параметріи. Раскрытіе шейки совершается тогда чрезвычайно медленно и сопровождается очень сильными болями; головка остается высоко и не можетъ раскрыть шейки сверху. Если пузырь преждевременно лопнетъ самъ собой или отъ изслѣдующаго пальца акушерки, то бактеріи изъ разложившагося содержимаго шейки проникаютъ въ полость матки и вызываютъ лихорадку во время родовъ со всѣми ея послѣдствіями для матери и ребенка.

Если діагнозъ не поставленъ, если соотвѣтственно не оказана необходимая помощь, то при абсолютно твердой инфильтраціи шейки сопротивленіе можетъ оказаться такимъ же непреодолимымъ, какъ при узкомъ гѣзѣ, такъ что грозитъ или даже дѣйствительно наступаетъ разрывъ матки. Роженица, слѣдовательно, подвергается при этомъ ужасномъ осложненіи величайшей опасности. У нея можетъ развиваться тяжелая гнилостная или септическая инфекция, она можетъ погибнуть отъ разрыва матки, а плодъ, конечно, погибаетъ вмѣстѣ съ ней. Не меньшей опасности подвергалась въ такихъ случаяхъ роженица и при употребительныхъ прежде методахъ леченія, за которые она и платилась нерѣдко жизнью.

Такимъ образомъ предсказаніе при этомъ осложненіи для матери и плода весьма неблагоприятное, и только возможно ранній діагнозъ можетъ его сдѣлать болѣе благоприятнымъ.

Главное правило, м. г., заключается въ томъ, чтобы при жалобахъ роженицы на кровотеченія *немедленно* произвести внутреннее изслѣдованіе, не теряя времени на симптоматическое лечение. Излюбленное нѣкоторыми преподавателями новшество преподноситъ своимъ ученицамъ-акушеркамъ и нѣкоторыя гинекологическія свѣдѣнія принесетъ здѣсь скорѣе вредъ, чѣмъ пользу. Для опытнаго человѣка діагнозъ обыкновенно нетруденъ. При опухоли влагалищной части, похожей на цвѣтную капусту, или при канкроидѣ діагнозъ подтверждаетъ бугристость и твердость, составляющія такой контрастъ съ мягкой шейкой при беременности, а въ развитыхъ случаяхъ — ломкость ткани. Я никогда не испытывалъ надобности при беременности, осложненной ракомъ шейки, производить пробную эксцизію для постановки діагноза. Я помню одинъ только случай изъ клиники въ Галле, гдѣ Kaltenbach наблюдалъ случай канкроида въ такомъ раннемъ стадіи, что съ успѣхомъ произведена была пробная эксцизія съ послѣдовавшей затѣмъ, согласно возрѣніямъ того времени, частичной эксцизіей опухоли. Во всякомъ случаѣ діагнозъ долженъ выяснитъ и то, захвачена ли также карциномой и тазовая клѣтчатка и прощупывается ли инфильтратъ въ железахъ подчревной и подвздошной области. Такъ какъ необходимое для этой цѣли изслѣдованіе черезъ прямую кишку довольно болѣзненно, то оно лучше производится подъ наркозомъ.

*Леченіе.* Врядъ ли еще въ другой какой нибудь области совершился такой переворотъ въ акушерскомъ леченіи, какъ именно здѣсь. Разсмотрите, м. г., соответственныя главы въ учебникахъ за 10—20 лѣтъ тому назадъ и вамъ бросится въ глаза эта перемѣна.

До недавняго еще времени акушерская терепія знала только: искусственный выкидышъ или преждевременные роды, щипцы, поворотъ, прободеніе головки. Къ кесарскому сѣченію прибѣгали только, какъ къ *ultimum refugium*. Въ настоящее время осложненіе, о которомъ идетъ рѣчь, требуетъ не акушерской, а хирургической помощи.

Вы должны различать леченіе во время беременности и во время родовъ.

Прежде всего нужно считать за правило, что если діагнозъ былъ поставленъ во время беременности, то всегда необходимо немедленное вмѣшательство, чтобы спасти, если возможно, мать. Въ этомъ отношеніи мы придерживаемся противоположной точки зрѣнія, чѣмъ французскіе акушеры, которые, какъ Pinard и Tarnier, и при оперируемомъ ракѣ находятъ нужнымъ ждать, пока ребенокъ не станетъ жизнеспособнымъ.

1) При *оперируемой карциномѣ* и беременности всегда необходимо *немедленное* вмѣшательство, безразлично, жизнеспособенъ ли уже ребенокъ, или нѣтъ.

Я рекомендую примѣнять здѣсь влагалищный способъ, такъ какъ операція эта во время беременности, благодаря мягкости тканей, еще легче, чѣмъ обыкновенно. До 4-го мѣсяца беременная матка экстирпируется цѣликомъ. Какъ только величина ея уже является для этого препятствіемъ, разрываютъ плодный пузырь. А если и этого недостаточно

для уменьшения объема матки, то произведите *hysterotomia anterior*; отслоивши предварительно мочево́й пузырь, удалите яйцо или плодъ, отдѣлите послѣдъ и удалите матку по общимъ правиламъ тотальной экстирпации.

Кто принципиально предпочитаетъ абдоминальный способъ, тотъ и здѣсь удалитъ матку путемъ лапаротоміи. На основаніи моихъ наблюденій, я не могу признать, что рецидивы, составляющіе вообще 75%, во время беременности наблюдаются чаще обыкновеннаго. Три оперированныя мной въ послѣдніе годы женщины находятся еще въ живыхъ, и одна изъ нихъ уже болѣе трехъ лѣтъ свободна отъ рецидива. Пока вопросъ еще не рѣшенъ, слѣдуетъ ли въ будущемъ удалять ракообразно перерожденную матку исключительно только абдоминальнымъ путемъ. Но когда указываютъ на необходимость именно этого способа ради удаленія железы, то мнѣ хочется напомнить, что F r a n z на 18 случаевъ оперированныхъ рецидивовъ послѣ экстирпации матки всегда находилъ этотъ рецидивъ въ тазовой клѣтчаткѣ.

Искусственный выкидышъ, который рекомендовали прежде, чтобы послѣ произвести полную экстирпацию, или искусственные преждевременные роды при жизнеспособномъ ребенкѣ должны быть совершенно отвергнуты. Оба способа могутъ ухудшить предсказаніе при послѣдующей операциі, благодаря зараженію при этомъ полости матки.

2) Иначе вы будете дѣйствовать при *неоперируемой карциномѣ во время беременности*. Въ этомъ случаѣ, когда мать можно считать погибшей, нужно поставить на первый планъ интересы ребенка. Вы должны, слѣдовательно, отказаться отъ всякой операциі, которая могла бы привести къ преждевременному родоразрѣшенію.

Выскабливаніе, соскабливаніе, удаленіе отдѣльныхъ частей ножомъ или ножницами должны быть оставлены, потому что это легко вызываетъ преждевременное прекращеніе беременности, или мать ослабѣваетъ отъ неизбежной потери крови. Напротивъ, можно посоветовать промываніе легкими дезинфицирующими, прежде всего марганцово-кислымъ калиемъ или перекисью водорода; иногда въ подходящихъ случаяхъ полезно сухое леченіе порошками дерматолъ или айрола въ смѣси съ животнымъ углемъ, таниномъ и т. д., которые удерживаются марлевымъ тампономъ. Что при этомъ нужно обращать должное вниманіе и на общее состояніе, понятно само собой. Если наступаютъ преждевременные роды, что бываетъ относительно чаще выкидыша, то леченіе такое же, какъ при родахъ (см. ниже).

*Леченіе во время родовъ* различно, смотря по тому, имѣемъ ли мы дѣло съ оперируемой или неоперируемой карциномой.

Если *карцинома* на основаніи общихъ хирургическихъ правилъ *оперируема*, то было бы ошибкой терять время въ надеждѣ, что шейка станетъ настолько податливой, что роды возможны будутъ *per vias naturales*. Они имѣютъ къ тому же столько дурныхъ сторонъ для матери, что отъ нихъ во всякомъ случаѣ нужно отказаться.

Если роды уже начались, то нужно извлечь ребенка путемъ кесарскаго сѣченія и въ заключеніе произвести тотальную экстирпацию раково-перерожденной матки.

Если нѣтъ особыхъ противопоказаній, какъ узкій тазъ, ненормально большой ребенокъ и т. п., то предпочтенія заслуживаетъ, по моему,



предложенный Dührssen'омъ путь, именно влагалищное кесарское сѣченіе. Выполненіе операціи описано выше (стр. 95).

Операціи вы предпошлите соскабливаніе карциноматознаго распада, какъ носителя бактерій, и затѣмъ смажьте кровоточащія мѣста 10%-нымъ растворомъ формалина.

Такъ какъ здѣсь приходится считаться съ ригидной шейкой, то я совѣтую вамъ, по Dührssen'у, сейчасъ же вначалѣ операціи расщепить и заднюю стѣнку шейки до влагалищнаго свода. Затѣмъ, послѣ отслойки пузыря, расщепленіе по срединной линіи и передней стѣнки до полости. Теперь извлекаютъ ребенка. Повернувъ головку рукой по указанному мной способу (стр. 67) такъ, чтобы стрѣловидный шовъ сталъ въ прямой или косой размѣръ, пытаются оттѣснить головку внизъ и извлечь ее щипцами. Если головка стоитъ высоко и она подвижна, то дѣлаютъ поворотъ, при ягодичномъ положеніи извлекаютъ за ножку. Послѣ того я сейчасъ же произвожу ручное отдѣленіе послѣда, чтобы уменьшить матку, которая затѣмъ немедленно экстирпируется по обычнымъ правиламъ. Если матка слишкомъ велика, то производятъ разрѣзь по медианной линіи. Я удалилъ черезъ влагалище матку въ 1500 граммъ вѣса, не прибѣгая къ такому разрѣзу.

Кто предпочитаетъ брюшинный путь, тотъ дѣлаетъ сначала кесарское сѣченіе и затѣмъ удаляетъ всю матку по способу Freund'a или Wertheim'a.

Прежде рекомендовали также прежде всего удалить черезъ брюшной разрѣзь ребенка, затѣмъ удалить матку по Roggo, а перевязанную резиновой трубкой шейку — черезъ влагалище. Какъ Zweifel и др., я съ успѣхомъ производилъ эту операцію и предпочелъ бы ее еще и теперь въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ обнаруживаетъ признаки слабости уже въ началѣ операціи. Но обыкновенно я считаю лучшимъ способомъ— влагалищное кесарское сѣченіе съ послѣдующей тотальной экстирпаціей.

2. Совсѣмъ иначе нужно дѣйствовать при *неоперируемой карциномѣ во время родовъ*, когда тазовая клѣтчатка уже широко инфильтрирована. Здѣсь нужно предостеречь отъ всякой травмы шейки и параметрія путемъ оперирования. Рекомендованная прежде перфорациа даже живого плода не имѣетъ себѣ, конечно, оправданія въ виду того, что мать все равно погибла. Единственно правильный образъ дѣйствій здѣсь—кесарское сѣченіе по Roggo.

По вскрытіи брюшной полости матку вскрываютъ на мѣстѣ и извлекаютъ ребенка. Если уже существуетъ зловонное разложеніе содержимаго матки, то лучше выкатить не вскрытую еще матку, чтобы избѣжать изліянія содержимаго въ брюшную полость. Затѣмъ отдѣляютъ плаценту, матку сильно вытягиваютъ вверхъ и по возможности глубоко подъ придатками, но такъ, чтобы не захватить мочевого пузыря, накладываютъ эластическую лигатуру.

Я считаю неправильнымъ погружать зашитую культю, какъ это рекомендуетъ Olshausen. Если во время родовъ даже и не произошло зараженія отъ содержимаго матки, то оно легко можетъ распространиться вверхъ отъ распадающейся шейки въ послѣродовомъ періодѣ. Я считаю безусловно болѣе правильнымъ поступать въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ согласно первоначальному методу Negat'a, т. е. примѣняя внѣбрюшинное обшиваніе шейки брюшиной и внѣбрюшинное укрѣпленіе культи и

достигалъ такимъ путемъ хорошихъ результатовъ. Кюльта на второй или третьей недѣлѣ отпадаетъ или можетъ быть удалена въ это время послѣ снятія лигатуры. Въ большинствѣ случаевъ здѣсь приходится, конечно, отказаться отъ закрытія брюшной фистулы, котораго прежде при операціи Рогго вслѣдствіе узкаго таза легко было достигнуть.

Въ послѣродовомъ періодѣ нужно прилежно производить промыванія влагалища съ цѣлью дезинфекціи. Когда родильница поправится, черезъ 2—3 недѣли, можно еще произвести соскабливаніе новообразованія на шейкѣ со стороны влагалища.

Описанныя выше акушерскія операціи вы должны произвести, м. г., во всякомъ случаѣ, живъ ли ребенокъ или мертвъ. При оперируемой карциномѣ послѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія можно быстрѣе и болѣе бережно закончить роды, если удалить плодъ при помощи щипцовъ или поворота, чѣмъ если прибѣгнуть къ перфораци. А при неоперируемой карциномѣ особенно слѣдуетъ предостеречь отъ перфораци и труднаго извлеченія черезъ ригидную шейку, такъ какъ это можетъ повести къ тяжелому разрыву съ смертельнымъ кровотеченіемъ или къ послѣдующей инфекціи. Къ тому же при неоперируемомъ ракѣ такая относительно безобидная операція, какъ удаленіе матки съ яичниками, до извѣстной степени задержать дальнѣйшее развитіе опухоли.

Въ то время какъ при прежнихъ акушерскихъ операціяхъ при осложненіи беременности и родовъ ракомъ шейки погибала почти половина матерей, а предсказаніе для дѣтей тоже было довольно неблагопріятно, съ введеніемъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія смертность матерей понизилась, но все еще составляетъ 22%—число все еще слишкомъ большое, которое мы должны стремиться понизить.

## СЕМНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Леченіе вѣматочной беременности.

М. Г. Къ области хирургически-оперативнаго акушерства относится также леченіе вѣматочной беременности. Я тѣмъ менѣе могу обойти здѣсь этотъ вопросъ, что случалъ, требующіе немедленнаго вмѣшательства, встрѣчаются всякому практикующему врачу. Я не ставлю себѣ задачей дать исчерпывающую картину ученія о вѣматочной беременности. Кто этимъ интересуется, того я отсылаю къ превосходной и исчерпывающей статьѣ Werth'a во второмъ томѣ руководства v. Winkel'я. Здѣсь же достаточно, м. г., напомнить вамъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ оплодотворенное яйцо укрѣпляется въ трубѣ либо въ болѣе узкой части, сосѣдней съ маткой, въ *isthmus (graviditas tub. isthmica)* или въ наружномъ, болѣе просторномъ концѣ, въ ампулѣ (*graviditas tub. ampullaris*). Объемъ этимъ главнымъ формамъ соотвѣтствуютъ также и извѣстныя различія въ клиническомъ теченіи. Наряду съ ними, *graviditas tub. interstitialis* (развитіе яйца въ части трубы, проходящей черезъ стѣнку матки) и *gravid. infundibularis* (у края *ostium tubae abdominalis*) отходятъ далеко на задній планъ, такъ же, какъ и *graviditas tubo-ovarialis* и очень рѣдко встрѣчающаяся *graviditas ovarica*. Въ числѣ моихъ многочисленныхъ операцій я видѣлъ только двѣ первич-

няя беременности яичниковъ. Существуетъ ли вообще первичная беременность брюшной полости, въ этомъ позволительно усумниться; я лично видѣлъ только одинъ такой, не вполне удостовѣренный случай. Описанные раньше случаи представляютъ, вѣроятно, дальнѣйшее развитіе плода послѣ того, какъ въ уломянутыхъ рѣдкихъ формахъ плодовой мѣшокъ лопнулъ. Можно спорить, представляетъ ли теперь внѣматочная беременность дѣйствительно болѣе частое заболѣваніе, или же это только явленіе кажущееся, въ зависимости отъ усовершенствованія діагностики. Я не склоненъ все сваливать на послѣднее обстоятельство и думаю, что здѣсь играютъ также роль болѣе частые катарры матки и трубъ. Зато не подлежитъ во всякомъ случаѣ сомнѣнію, что въ этомъ не виноваты ни инфантилизмъ трубъ, ни вообще инфантилизмъ половыхъ органовъ, потому что у первородящихъ внѣматочная беременность наблюдается довольно рѣдко, она, напротивъ, скорѣе поражаетъ женщинъ, которыя уже рожали одинъ или нѣсколько разъ, и которыя затѣмъ, вслѣдствіе катарровъ и другихъ болѣзней половыхъ органовъ, были нѣкоторое время безплодными. Отнюдь нельзя утверждать, что всякой внѣматочной беременности предшествуетъ гоноррея трубъ. Но несомнѣнно, что въ большомъ числѣ случаевъ во время операціи находятъ поврежденіе и второй трубы; по Dührssen'у—въ 68% случаевъ, по статистикѣ моей клиники въ Галле—въ 80<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% случаевъ, и притомъ въ формѣ заросненія трубы, или эндосальпингита, интерстиціального салпингита, сросненій, перегибовъ и т. д. чѣмъ и объясняется также не столь уже рѣдкое повторное появленіе внѣматочной беременности у одной и той же женщины. Изъ сказаннаго вы видите, м. г., что *этиология* еще не совсемъ выяснена; вѣроятно, здѣсь играетъ роль не одинъ какой нибудь моментъ, а укрѣпленію яйца внѣ плодомѣстителя способствуютъ многія причины. Всего легче, конечно, объяснить тѣ случаи, въ которыхъ существуютъ механическія препятствія, какъ маленькіе полипы въ isthmus трубы, перегибы трубы, удлинненіе пути, напр., при очень длинной трубѣ (какъ при міомахъ), придаточныя трубы; по моимъ наблюденіямъ, эти причины принадлежатъ, однако, къ болѣе рѣдкимъ. Больше значенія имѣеть, вѣроятно, недостаточность силъ, движущихъ яйцо по направленію къ маткѣ. Играетъ ли здѣсь вообще роль мускулатура трубы? Сомнительно, такъ какъ мы не знаемъ, не передвигается ли содержимое трубы во время дѣятельности ея мышечной трубки по направленію къ болѣе широкому концу, къ ампулѣ. Описанныя нѣкоторыми авторами, напр., Kaltenbach'омъ, болевья сокращенія трубъ въ нѣкоторыхъ патологическихъ случаяхъ объясняются со всемъ иначе и зависятъ, вѣроятно, отъ смѣшенія съ сокращеніями кишекъ. Остается, слѣдовательно, только ослабленіе или уничтоженіе серьезнаго выдѣленія, вслѣдствіе поврежденія мерцательнаго эпителия. Но если бы даже и было доказано при трубной беременности, что въ соудныхъ частяхъ трубы еще былъ мерцательный эпителий, это все же еще не означаетъ, что онъ, не смотря на катарры, остался интактнымъ на всемъ протяженіи слизистой оболочки трубы и въ частности въ томъ мѣстѣ, въ которомъ укрѣпилось яйцо. Мы должны, слѣдовательно, прежде всего подумать о томъ, что причиной внѣматочной имплантаци служатъ аномалии оплодотвореннаго яйца. Мы вѣдь еще не знаемъ, каковы тѣ хемотактическія силы, которыя заставляютъ яйцо, прободая слизистую оболочку—какъ это впервые видѣлъ графъ Spre

у морской свинки, а потомъ, благодаря Peters'y, стало вѣроятнымъ и для человѣка—поселиться въ субъэпителиальномъ слоѣ. Можно было бы думать, что при нормальной слизистой оболочкѣ нѣтъ повода для погруженія яйца, что, слѣдовательно, подъ вліяніемъ предшествовавшихъ катарровъ трубы и матки химизмъ слизистой оболочки трубы сталъ аналогичнымъ химизму слизистой оболочки матки, такъ что оплодотворенное яйцо проявляетъ активный процессъ укрѣпленія уже по отношенію къ слизистой оболочкѣ трубы.

Если взгляды эти вѣрны, то изъ нихъ слѣдуетъ, что правильно направленной профидактикой въ послѣродовомъ періодѣ можно кой чего достигнуть, такъ же, какъ и осторожной внутриматочной терапіей, которая не должна вредить трубѣ.—Пока нѣтъ основанія допустить, что здѣсь имѣютъ значеніе и болѣзнетворныя вліянія сперматозоидовъ.

Въ виду практическихъ цѣлей, которыя преслѣдуютъ мои лекціи, нужно сказать, что я слишкомъ долго остановился на разсмотрѣніи *этиологии*, но я думаю, что хорошія единичныя наблюденія изъ вашей частной практики могли бы, быть можетъ, освѣтить эту темную еще область.

Соотвѣтственно громаднымъ анатомическимъ различіямъ между слизистой оболочкой матки и слизистой оболочкой трубы, теченіе вѣнчаточной беременности должно быть отлично отъ беременности внутриматочной. Яйцо не находитъ здѣсь, какъ въ слизистой оболочкѣ матки, толстаго разросшагося пласта, одного слоя котораго уже достаточно, чтобы обезпечить ему достаточно мѣста для укрѣпленія и для перваго развитія. Эпителий трубы мѣстами—напр. вѣ складокъ—прямо граничитъ съ продольными мышцами ея слизистой оболочки, а въ другихъ мѣстахъ между эпителиемъ и мышечнымъ слоемъ имѣется только тонкій, богатый клѣтками соединительнотканый слой.

Если яйцо укрѣпляется въ *isthmus*, то развитіе и вѣдреніе ворсинокъ должно произойти между мышечными пластинками. Вытѣсная и узуррируя мышечные слои, яйцо вскорѣ можетъ достигнуть до серозной оболочки. Благодаря узости канала, просвѣтъ трубы со стороны бугорка, на которомъ укрѣпилось яйцо, совершенно выполняется. Необходимые для дальнѣйшаго развитія яйца и идущіе отъ наружнаго питательнаго листка сосуды происходятъ изъ мышечной и даже изъ серозной оболочки. Если затѣмъ ворсинки, при разрушеніи стѣнокъ, достигнутъ вплотную серозной оболочки, то достаточно небольшого колебанія давленія при прониканіи ворсинокъ въ материнскіе сосуды или какого нибудь вѣшняго механическаго момента, чтобы вызвать разрывъ вмѣщающей плодъ капсулы наружу. Яйцо вытѣсняется черезъ образовавшееся отверстіе въ брюшную полость или же застрѣваетъ въ мѣстѣ разрыва, а въ брюшную полость происходитъ сильное кровозліяніе жидкой крови изъ надорвавшихся болѣе значительныхъ артерій и венъ. Часто задавали вопросъ: почему изъ такихъ маленькихъ сосудовъ можетъ послѣдовать смертельное кровотеченіе? Schikele пытался дать на него отвѣтъ. Онъ объясняетъ силу кровотечения большимъ количествомъ надорванныхъ артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ и сообщеніемъ ихъ съ межворсинчатыми промежутками. Главная причина заключается, однако, по его мнѣнію, въ недостаточномъ сокращеніи стѣнокъ, инфильтрированныхъ ворсинками плода.

Иначе бываетъ, когда оплодотворенное яйцо съ самаго начала укрѣпляется въ широкой части трубы, въ ампулѣ. Еще чаще, вѣроятно, чѣмъ при insertio intercolumnaris, здѣсь наблюдается укрѣпленіе яйца въ складкахъ слизистой оболочки. Яйцо развивается здѣсь большей частью такъ, что одна часть яйцевой капсулы граничитъ съ открытымъ просвѣтомъ трубы. Соотвѣтственно этому, ворсинки, вслѣдствіе незначительнаго напряженія стѣнокъ, не такъ рано ведутъ къ разрушенію материнскихъ тканей; яйцо можетъ дольше развиваться, не встрѣчая какихъ бы то ни было нарушеній своего роста. Тѣмъ не менѣе въ большомъ числѣ случаевъ наступаютъ—можно было бы сказать, къ счастью—кровоотеченія внутри яйца. Но здѣсь преобладаютъ кровоизліянія внутрь плоднаго мѣшка; вслѣдствіе образующейся гематомы капсулы, яйцо можетъ быть совершенно разрушено; но оно можетъ также только остановиться въ ростѣ вслѣдствіе прекращенія въ немъ кровообращенія, и тогда плодъ умираетъ. Раньше или позже, наступаютъ послѣ этого процессы изверженія яйца, которые W e r t h мѣтко назвалъ трубнымъ выкидышемъ.

Несомнѣнно, что graviditas tubaria isthmica и interstitialis въ большинствѣ случаевъ ведетъ къ разрыву, а graviditas tubaria ampullaris такъ же, какъ и приведенныя выше болѣе рѣдкія формы—къ трубному выкидышу съ присоединяющейся къ нему haematocoele. Дальнѣйшій ростъ яичка при внѣматочной имплантациі его, переходъ во вторую половину беременности наблюдается при всѣхъ формахъ—въ частности и при яичниковой беременности и послѣ частичнаго разрыва плоднаго мѣшка.

Для васъ, м. г., важно усвоить *клиническіе симптомы*, присущіе различнымъ исходамъ *внѣматочной беременности*.

*Разрывъ* беременной трубы происходитъ большей частью безъ всякихъ предвѣстниковъ, или же она очень незначительны: боли въ желудкѣ или колющія боли въ нижней части живота съ той или другой стороны.

Въ большинствѣ случаевъ наступаетъ внезапный коллапсъ съ острыми коликами въ нижней части живота. Больная блѣднѣетъ, ей дурно, черты обостряются, лицо и конечности холодны, пульсъ малъ и все учащается, температура нормальна или субнормальна.

Если свободно излившейся крови еще немного, около  $\frac{1}{2}$  литра, то наличность кровоизліянія трудно доказать; если же ея въ брюшной полости около литра и больше, то доказать ея присутствіе при помощи перемѣны положенія и даже безъ него не трудно. При внутреннемъ изслѣдованіи матка не всегда прощупывается увеличенной и размягченной, и иногда только сопротивленіе, находимое сбоку отъ матки, позволяетъ уже заранѣе опредѣлить мѣсто лопнувшей трубы. Диагнозъ обыкновенно не труденъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ приходится имѣть дѣло съ женщинами въ періодѣ дѣторожденія, почти всегда уже рожавшими, которыя указываютъ на отсутствіе менструацій или на ихъ опозданіе. Такая тяжелая острая анемія во время беременности бываетъ еще только при внутреннемъ кровотеченіи вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія нормально прикрѣпленной плаценты. Но въ этомъ случаѣ, наблюдающемся всегда во второй половинѣ беременности, матка въ короткое время становится большой, твердой. дѣтскія части больше не прощупываются, сердцебиеніе плода не слышно, такъ что первое же изслѣдованіе живота легко

ведеть къ постановкѣ діагноза. Болѣе труднымъ можетъ быть дифференціальный діагнозъ между разрывомъ трубы и остро развившимся перитонитомъ, въ особенности при сопутствующей беременноти или осложняющихъ болѣзняхъ трубъ. Въ послѣднемъ случаѣ симптомокомплексъ можетъ быть аналогиченъ до обманчивости, такъ же какъ и авамнезъ, въ особенности если при существующей беременноти предшествовали преступныя мѣры для прерыванія ея. Если есть время для изслѣдованія, то значеніе для діагноза можетъ имѣть также опредѣленіе числа лейкоцитовъ.

Обыкновенно при разрывѣ дѣло не ограничивается *однимъ* кровоизліяемъ; когда поднимается сердечная дѣятельность за первымъ слѣдуютъ еще нѣсколько повторныхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ и послѣ разрыва дѣло доходитъ до образованія капсулы и haematocеле, причемъ кишка или брыжейка прилегаютъ къ мѣсту разрыва, что вызываетъ временную остановку кровотока. Къ счастью, кровотеченіе рѣдко бываетъ такимъ молниеноснымъ, чтобы больная въ теченіе получаса истекла кровью до того, какъ ей успѣютъ оказать необходимую помощь.

Иначе и благопріятнѣе протекаетъ *трубный выкидышъ*, представляющій въ противоположность разрыву—*sit venia verbo*—своего рода излеченіе силами природы. При внутреннемъ изліяніи въ плодный мѣшокъ и сопровождающемъ его образованіи гѣматомы правило составляютъ боли припадками, которыя должны считаться не столько выраженіемъ сокращенія трубы, сколько болью отъ натяженія вслѣдствіе напряженія стѣнки или начинающагося образованія капсулы послѣ полного или частичнаго изгнанія яйца. И здѣсь бывають коллапсы, но не такіе сильныя. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ дѣло касается рабочихъ женщинъ, то больная не сейчасъ ложится въ постель и не обращается къ врачу, а потому рѣдко удается видѣть начало образованія haematocеле. Въ настоящее время уже не подлежитъ сомнѣнію, что описанная впервые Nelaton'омъ и мастерски изображенная имъ картина haematocеле retrouterina возникаетъ оттого, что жидкая или свернувшаяся кровь, выступающая изъ трубы въ брюшную полость, вызываетъ слипчивое воспаленіе, въ которомъ принимаютъ участіе всѣ сосѣднія части: сама больная труба, яичникъ, широкая связка, матка, flexura sigmoidea, брыжейка, тонкія кишки. Кровоизліяніе происходитъ, слѣдовательно, не въ готовый уже заранѣе мѣшокъ, а послѣдній возникаетъ лишь впоследствии, подъ влияніемъ своеобразнаго химическаго раздраженія, производимаго яйцомъ или излившейся кровью. Какъ только произошло образованіе капсулы, тѣмъ самымъ дано до извѣстной степени излеченіе силами природы.

Но и здѣсь также легко могутъ возникать новыя послѣдовательныя кровотеченія, напр., послѣ изслѣдованія, послѣ того, какъ больная стала садиться, или благодаря наступленію менструацій. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ не столько самопроизвольно, сколько скорѣе отъ внѣшнихъ причинъ, еще послѣдовательно можетъ дойти дѣло до *разрыва мѣшка haematocеле*.

Рѣдко мѣшокъ сидитъ какъ разъ позади матки (haematocеле retrouterina); большей частью онъ сидитъ сбоку, соотвѣтственно беременной трубѣ (haematocеле paratubaria); но мѣшокъ можетъ также главной своей частью распространиться и на сторону, противоположную той, на

которой находится беременная труба. Въ отдѣльныхъ, довольно рѣдкихъ случаяхъ кровоизліаніе имѣетъ мѣсто впереди матки, въ пространство между маткой и пузыремъ, доходя до брюшной стѣнки (haematocele anteuterina).

Status, находимый при операціяхъ, показываетъ, что яйцо сидитъ иногда какъ разъ въ отверстіи ампулы въ другихъ случаяхъ оно закрыто въ кровяныхъ сгусткахъ. Нерѣдко оно цѣликомъ, или своей частью сидитъ еще въ стѣнцѣ трубы: неполный абортъ.

Чѣмъ свѣжѣе кровоизліаніе, тѣмъ мягче на ощупь мѣшокъ, онъ почти флюктуируетъ. Чѣмъ оно старше, тѣмъ мѣшокъ тверже. Съ каждымъ новымъ кровоизліаніемъ онъ становится плотнѣе.

При этомъ благодаря смѣщенію матки впередъ и вверхъ, возникаютъ большей частью расстройства со стороны пузыря: чаще позывы,

рѣже — невозможность мочиться.

Со смертью яйца начинается сначала болѣе сильное, а затѣмъ постепенно ослабѣвающее кровотеченіе, которое можетъ патогномически продолжаться въ теченіе 6—8 недѣль. Кровь вначалѣ нормально-краснаго цвѣта, затѣмъ коричневатаго, зеленоватаго. Часто съ непріятнымъ запахомъ. Она происходитъ не изъ трубы, а представляетъ выдѣленія матки,



Рис. 60. Кривая кровоизліанія при трубномъ выкидышѣ.

обусловленныя распадомъ deciduae uterinae, которая при трубномъ выкидышѣ лишь изрѣдка выдѣляется въ видѣ цѣлой перепонки.

На практикѣ нужно также считаться съ возможностью встрѣтить внѣматочную беременность и во второй половинѣ беременности. Плодъ и здѣсь также можетъ развиваться въ совершенно замкнутомъ, образованномъ одной только трубой мѣшкѣ, пока онъ не лопнетъ. Или же плодный мѣшокъ уже лопнулъ при болѣе или менѣ бурныхъ явленіяхъ и содержитъ еще только послѣдъ, прикрѣпленный частью только къ нему одному, частью же къ другимъ органамъ, а плодъ лежитъ свободно въ брюшной полости. Плодный мѣшокъ можетъ имѣть развитую ножку, но въ большинствѣ случаевъ онъ сидитъ на широкомъ основаніи на широкой связкѣ или же вросаетъ въ широкую связку со стороны нижней стѣнки трубы.

Изрѣдка только такіа больныя доживаютъ до второй половины беременности безъ всякихъ симптомовъ. Обыкновенно же, напротивъ, первая половина такой беременности сопровождается тяжелыми симптомами, безъ

различно, развивается ли плод съ самаго начала на одномъ и томъ же мѣстѣ, или же стѣнки мѣшка лопаются, и плодъ потомъ развивается свободно въ брюшной полости. Обыкновенные признаки беременности существуютъ уже съ самаго начала, а затѣмъ къ нимъ присоединяются еще повторные симптомы перитонитическаго раздраженія и даже тяжелый перитонитъ съ задержкой газовъ, рвотой, лихорадкой и т. д. Кровотеченія могутъ то бывать, то отсутствовать. Если такіе подозрительные въ смыслѣ внѣматочной беременности случаи попадаютъ къ врачу въ теченіе первой половины беременности, то большей частью своевременно приступаютъ къ операціи. Но мы здѣсь говоримъ сейчасъ о случаяхъ, достигшихъ *второй* половины беременности, когда уже легче поставить діагнозъ, въ особенности если ребенокъ еще живъ. Трудно бываетъ иногда установить положеніе матки, которая прощупывается то впереди, то позади мѣшка, то прилегаетъ къ нему сбоку; тогда, въ особенности въ послѣднее время беременности, она дѣйствительно можетъ симулировать маточную беременность, какъ только каналъ шейки становится проходимымъ.

Но картина, разумѣется, значительно затемняется, если плодъ уже въ теченіе многихъ мѣсяцевъ или даже лѣтъ умеръ, а внѣматочный плодный мѣшокъ причиняетъ тѣ или иные расстройства. Со времени знаменитаго окаменѣвшаго плода *Leinzell'a* (тюрингенская клиника) мы знаемъ, что умершій во время внѣматочной беременности плодъ можетъ сморщиться, не вызывая дальнѣйшихъ симптомовъ, что послѣ этого даже можетъ возникнуть, на ряду съ нимъ, новая нормальная беременность и роды. Такъ бываетъ, если плодъ мумифицируется, если оявъ самъ, его яйцевыя оболочки или оба они обзвествляются (*lithopaedion*, *lithoselyphorädion*). Гораздо худшій исходъ тотъ, когда вскорѣ послѣ смерти плода, а иногда лишь черезъ нѣсколько лѣтъ самопроизвольно или, благодаря неосторожному изслѣдованію, въ мѣшокъ попадаютъ возбудители воспаления и наступаетъ разложеніе и гніеніе плода. Дѣло можетъ дойти тогда до нагноенія мѣшка и его содержимаго и до постепеннаго выдѣленію костей плода прямо черезъ брюшныя стѣнки, черезъ мочевоу пузырь, влагалище, кишечникъ.

*Діагнозъ внѣматочной беременности* можетъ быть и очень простъ и представлять величайшія трудности. Лишь изрѣдка вы можете оказаться, м. г., въ такомъ положеніи, чтобы діагностировать внѣматочную беременность въ первыя недѣли послѣ зачатія, такъ какъ такіе случаи едва ли попадаютъ къ врачу. И здѣсь такъ же, какъ и въ другихъ вообще случаяхъ, не нужно слишкомъ много строить на анамнезѣ. Само собой разумѣется, что если мѣсячныя 1—2 раза не явились, а затѣмъ появились, сопровождаясь извѣстными расстройствами и продолжаясь долго и неправильно, то это имѣетъ извѣстное значеніе. Но съ другой стороны наблюдаются случаи, въ которыхъ не было пропуска мѣсячныхъ или въ которыхъ ненормальныя явленія наступаютъ раньше пропуска послѣдующей менструаціи. Толкованіе такихъ симптомовъ должно быть тѣмъ осторожнѣе, что аналогичныя явленія встрѣчаются и при другихъ заболѣваніяхъ трубъ. При разрывѣ анамнезъ даетъ въ этомъ отношеніи немного; при трубномъ выкидышѣ извѣстное, но безусловное значеніе имѣетъ составляемая по предложенію *Kaltenbach'a* кривая кровотеченій. Еще меньше значенія имѣютъ указанія относительно субъективныхъ раз-





послѣ разрыва и почти всегда—при haematocoele, потому что слизистая оболочка здѣсь распадается и выдѣляется частичками.

Пользоваться для изслѣдованія зондомъ бесполезно, онъ можетъ даже подать поводъ къ ошибкамъ. Съ полнымъ правомъ оставлено также теперь пробное выскабливаніе матки, противъ котораго слѣдуетъ даже настойчиво предостерегать, потому что изъ-за него можетъ лопнуть пузырь и потому еще, что результаты его могутъ привести къ ошибкамъ. Для такихъ случаевъ самымъ важнымъ критеріемъ остается сосчитываніе лейкоцитовъ. Производимое безупречнымъ способомъ—въ одинъ и тотъ же часъ, нѣсколько дней подрядъ—оно тогда говоритъ въ пользу зачаточной опухоли, когда полученныя цифры значительно ниже 10000, между тѣмъ какъ цифры въ 20000 и болѣе, въ особенности если преобладаютъ многоядерныя клѣтки, служатъ большей частью признакомъ воспалительнаго лейкоцитоза.

Слишкомъ мало вниманія обратили, на мой взглядъ, на значеніе, которое имѣетъ въ сомнительныхъ случаяхъ произведенная со всѣми предосторожностями пункція черезъ влагалище. Но я совѣтую производить ее лишь въ томъ случаѣ, когда для рѣшенія необходимаго оперативнаго вмѣшательства важно знать, нужно ли рассчитывать на кровь или на гной. Само собой разумѣется, что пункція должна быть произведена не простой иглой Landau, а при помощи аппарата Dieulofo у и довольно толстой иглы. Иначе какой-нибудь кровяной сгустокъ можетъ сдѣлать всю пункцію призрачной. Съ результатами пункціи сообразуется и планъ леченія. Никогда нельзя смотрѣть на одну только пункцію, какъ на лечебное средство.

Труднымъ можетъ сдѣлаться дифференціальный діагнозъ между haematocoele и retroflexio uteri gravidi, въ особенности если длинная шейка симулируетъ небольшую матку. Въ послѣднемъ случаѣ сомнѣніе должно возбудить то обстоятельство, что отъ предполагаемаго тѣла матки не отходятъ придатки; въ первомъ—при изслѣдованіи черезъ прямую кишку, въ особенности при осторожномъ потягиваніи, высокое прикрѣпленіе lig. sacrotuterina говоритъ за haematocoele. Зондированіе разумѣется невозволнительно. Попытка репозиціи матки допустима лишь въ томъ случаѣ, когда діагнозъ retroflexio беременной матки установленъ твердо. Простая яичниковая опухоль или въ особенности дермоидъ легче дифференцируется отъ внѣматочной беременности.

Для дифференціальной діагностики между внѣматочной и внутриматочной беременностью могутъ возникнуть затрудненія въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ аномаліи положенія матки, когда матка сама по себѣ развита неравномѣрно, какъ при миомахъ; или когда вслѣдствіе эксцентрической локализациі яйца получается неравное растяженіе тѣла, какъ при укрѣпленіи плаценты въ углу трубы. Съ другой стороны, плодный мѣшокъ можетъ такъ тѣсно прилежать къ ненормально расположенной маткѣ, что трудно опредѣлить границу между ними.

Наконецъ, вы должны еще имѣть въ виду при постановкѣ діагноза тѣ рѣдкіе случаи, когда въ каждой трубѣ развивается отдѣльное яйцо, или когда наряду съ внѣматочной существуетъ и доходитъ до конца внутриматочная беременность, между тѣмъ какъ первый плодъ умираетъ. Кромѣ того, не нужно забывать, что яйцо при внѣматочной беременности можетъ переродиться въ пузырьный заносъ.

Выше я подчеркнул уже, что во второй половинѣ беременности діагнозъ постепенно становится болѣе легкимъ, въ особенности если плодъ живъ, но что онъ снова дѣлается болѣе труднымъ, если плодъ умираетъ. Не всегда легко также діагносцировать отношеніе плоднаго мѣшка къ маткѣ.

*Прогнозъ* при вѣматочной беременности, слѣдовательно, всегда очень серьезень. Во всѣхъ стадіяхъ ея матери грозятъ истечение кровью, вслѣдствие разрыва плоднаго мѣшка, рѣже вслѣдствіе образованія мѣшка haematocoele. Во второй половинѣ беременности нужно опасаться нагноенія этого послѣдняго, или всего вообще плоднаго мѣшка. Но предсказаніе дурно и для дѣтей. Какъ доказаль недавно v. Winkel, 50% дѣтей, достигшихъ жизнеспособности, обнаруживаютъ уродства, искривленія и т. д. Лишь самая незначительная часть дѣтей имѣетъ шансы родиться живыми.

Въ виду описанныхъ условий, нужно считать правильнымъ, что за исключеніемъ единичныхъ французскихъ акушеровъ, здѣсь жертвуютъ жизнью плода въ интересахъ матери даже *вся тѣ нѣмецкіе акушеры*, которые вообще считаютъ ее равноцѣнной.

*Леченіе.* Руководящимъ началомъ здѣсь и теперь еще нужно прежде всего считать выраженіе Werth'a, „что вѣматочную беременность нужно разсматривать и лечить съ точки зрѣнія злокачественнаго новообразованія“. Пока плодъ живъ, безразлично въ какомъ мѣсяцѣ беременности, обязательно оперировать. Если яйцо, или плодъ, уже умерло, то рѣшеніе индивидуализируется, смотря по случаю.

М. Г. На практикѣ вамъ сравнительно рѣдко придется экстирпировать не лопнувшую беременную трубу или яичникъ въ первые мѣсяцы беременности. Если плодный мѣшокъ цѣликомъ сидитъ въ трубѣ или яичникѣ, и опухоль имѣетъ хорошо сформированную ножку, то операція разумѣется такъ же проста, какъ удаленіе всякой вообще небольшой опухоли трубы или яичника. При трубной беременности можно большей частью сохранить яичникъ соотвѣтственной стороны. При этомъ рекомендуется очень тщательная остановка кровотеченія, которая требуетъ, кромѣ 1—2 общихъ лигатуръ, еще перевязку отдѣльныхъ сосудовъ.

Гораздо тяжелѣе положеніе, когда уже достигнута середина беременности или наступила вторая половина ея. Здѣсь отношенія плоднаго мѣшка чрезвычайно сложны, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ не лежитъ болѣе въ мѣшкѣ, а находится свободно въ брюшной полости. Анатомическія отношенія плаценты здѣсь большей частью очень трудно поддаются осмотру. Но это именно тѣ случаи, которые не требуютъ—даже когда они попадутъ къ вольнопрактикующему врачу—чтобы ихъ немедленно разрѣшали оперативнымъ путемъ; тутъ, слѣдовательно, всегда еще есть время, чтобы обезпечить себѣ надлежащую помощь со стороны специалиста.

А потому мнѣ достаточно привести вамъ здѣсь лишь нѣсколько основныхъ правилъ. При той опасности, которой во всякое время подвергается женщина съ далеко ушедшей впередъ трубной беременностью и при той относительно большой смертности и высокой цифрѣ уродствъ и т. п., которыхъ нужно ждать для плода, я стою на той точкѣ зрѣнія, что какъ только въ болѣе поздніе мѣсяцы поставленъ діагнозъ вѣматочной беременности, нужно оперировать, совершенно не считаясь съ ретенкомомъ.

Во время лапаротоміи нужно стараться отдѣлить плодный мѣшокъ отъ окружающихъ частей ножомъ и тупымъ путемъ, по возможности не вскрывая его. Если же онъ преждевременно лопнулъ, что бываетъ сравнительно часто, то нужно прежде всего извлечь ребенка, перевязать пуповину и затѣмъ, согласно совѣту Olshausen'a перевязать art. uterina и spermatica.

Къ сожалѣнію, ни одинъ, даже изъ наиболѣ занятыхъ хирурговъ не имѣетъ цѣлаго ряда, а располагаетъ только единичными случаями такого рода. А потому, чтобы опереться на опытъ, приходится руководиться сопоставленіемъ большого числа собранныхъ случаевъ; наиболѣ цѣннымъ является обзоръ Sittner'a (Archiv f. Gyn. B. 64). Въ дальнѣйшемъ теченіи операціи нужно стараться, на сколько это возможно, отдѣлить мѣшокъ отъ его подстилки цѣликомъ. Части его, сидящія на кишкахъ, печени и т. д., должны быть оставлены, послѣ предварительнаго захватыванія зажимомъ и обкалыванія шелковой лигатурой.

Нужно ли оставлять плаценту и тогда просто выполнить мѣшокъ марлей и дать ему запусътъ? Вопросъ этотъ рѣшается теперь въ томъ смыслѣ, что во избѣжаніе тяжелыхъ послѣдовательныхъ кровотеченій и септического зараженія гораздо правильнѣе удалить плодный мѣшокъ вмѣстѣ съ плацентой. Въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ это удается сдѣлать настолько совершенно, что можно закрыть брюшную полость. Большой частью же остается часть мѣшка, рѣже—весь мѣшокъ, которые и вшиваются въ брюшную рану. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ полость мѣшка дренируется затѣмъ наружу при помощи резиновыхъ дренажныхъ трубокъ и марли.

Если ребенокъ во второй половинѣ беременностіи несомнѣнно умеръ, то нѣтъ необходимости оперировать немедленно. Здѣсь нужно руководиться состояніемъ беременной, а при вполнѣ хорошемъ самочувствіи ея—ея собственнымъ желаніемъ. Все же и здѣсь рационально—не ждать слишкомъ долго съ операціей, такъ какъ женщинѣ грозятъ извѣстныя опасности и въ болѣе позднее время беременности. Статистика показала, однако, что послѣ болѣе продолжительнаго выжиданія область плацентарнаго кровообращенія запусътвываетъ, а послѣдующая операція тѣмъ самымъ становится болѣе безкровной.

Совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло, м. г., когда вы имѣете передъ собой случай *разрыва беременной трубы* съ острымъ *кровоизліаніемъ* и переполненіемъ брюшной полости кровью.

Здѣсь обязательно оперировать и немедленно. Эту простую операцію долженъ умѣть сдѣлать всякій практикующій врачъ даже и въ деревнѣ, все равно какъ грыжесѣченіе или трахеотомію. Не всегда есть время, чтобы пригласить специалиста, еще мевѣ—чтобы перевезти больную въ какую-нибудь клинику. Операція проста. При вскрытіи брюшной полости на встрѣчу вамъ польется масса крови. Если пройти сбоку со стороны матки къ трубамъ, то изслѣдующій палецъ легко находитъ лопнувшую трубу, которую часто можно захватить зажимомъ безъ соотвѣтственнаго личника, а затѣмъ слѣдуетъ наложеніе отдѣльныхъ и общихъ лигатуръ. Если это позволяетъ состояніе матери, не упустите случая, чтобы, осмотрѣвъ состояніе остальныхъ придатковъ, отдѣлить существующія сросшенія, иногда также—сдѣлать проходимой закрытую трубу. Послѣ вѣхъ моихъ сальпинготомій я, впрочемъ, одинъ только разъ видаль

наступленіе беременности. которая къ тому же кончилась выкидышемъ. Послѣ кровоизліянія на первомъ и второмъ мѣсяцѣ беременности, никогда не надо отчаяваться, какимъ бы плохимъ ни казалось состояніе больной. При помощи впрыскиваній солеваго раствора и камфоры вы можете настолько улучшить состояніе больной, чтобы она перенесла операцию.

Предсказаніе въ этомъ случаѣ очень благоприятно. На 25 такихъ операций я потерялъ только одну больную. Она поступила въ клинику съ лихорадкой и на пятый день умерла отъ острой желтой атрофіи печени. Разрывъ же мѣшка на третьемъ и въ особенности на четвертомъ мѣсяцѣ можетъ, конечно, вызвать такое быстрое кровоизліяніе, что всякая помощь явится слишкомъ поздно!

Въ то время какъ кровоизліяніе въ брюшную полость представляетъ именно настоящую сферу дѣйствія акушера, гдѣ онъ долженъ безъ замедленія приступить къ операциі, положеніе совершенно мѣняется, когда изслѣдованіе трубнаго выкидыша показываетъ, что мы имѣемъ передъ собой начавшуюся или уже образовавшуюся заматочную кровяную опухоль. Здѣсь вмѣшательство не спѣшно и врачъ имѣетъ время пригласить для консультаціи гинеколога, чтобы вмѣстѣ рѣшить, какъ дѣйствовать дальше. Отсылаю васъ, м. г., для такихъ случаевъ къ моему руководству по женскимъ болѣзнямъ (3-е нѣмецкое изданіе).

Здѣсь же еще только нѣсколько руководящихъ замѣчаній: haematocele представляетъ начало излеченія силами природы, которое всегда медленно, но вѣрно подвигается впередъ, если нѣтъ какихъ-нибудь несчастныхъ случайностей или неразумнаго вмѣшательства. Къ такимъ несчастнымъ случаямъ относятся сильныя послѣдовательныя кровотеченія изъ трубы, встрѣчающееся въ видѣ исключенія вскрытіе мѣшка кровяной опухоли въ брюшную полость, ранняя и обильная менструація; насильственное изслѣдованіе, слишкомъ раннее физическое напряженіе. Излеченіе требуетъ по меньшей мѣрѣ 2—3 мѣсяцевъ. Но и тогда больная еще не можетъ считаться вполне здоровой и подвержена возвратамъ болѣзни, такъ какъ труба обыкновенно еще скрываетъ въ себѣ ненормальное содержимое. При выжидательномъ образѣ дѣйствій смертность почти равна нулю. Здѣсь нужно, слѣдовательно, прибѣгнуть ко всему арсеналу средствъ, употребляемыхъ при хроническомъ воспаленіи.

Въ то время какъ состоятельныя больныя имѣютъ время и средства, чтобы вполне поправиться, о женщинахъ рабочаго класса этого сказать нельзя. А потому я имъ принципиально всегда совѣтую произвести операцию, развѣ только если кровоизліяніе очень мало и должно быстро всосаться.

Необходимая операция всегда—запаротомія. При ея помощи, во-первыхъ, всегда съ увѣренностью можно удалить больную трубу вмѣстѣ съ ея содержимымъ, отдѣлить безъ вреда срощенія съ кишками и т. д.; есть возможность осмотрѣть остальные придатки, пораженные почти въ 80% случаевъ, и—смотря по желанію больной—стерилизовать ихъ или путемъ отдѣленія срощеній, образованія новаго устья трубы создать нормальныя условія. Предсказаніе при этой операциі очень благоприятно. На 150 операций я потерялъ только 3-хъ больныхъ. Напротивъ, я не совѣтую вамъ, м. г., производить въ такихъ случаяхъ только простую инцизію черезъ задній сводъ влагалища, все равно, поперечную или сагитальную. Такимъ путемъ удаляются только кровяные сгустки, а больная труба

остаётся. Если же попытаться это сблать или удалить кровянистый заносъ, то это значитъ блуждать въ потемкахъ. Фактически время излеченія отъ этого не укорачивается, а иногда даже удлиняется. Теченіе подвержено колебаніямъ, причёмъ, благодаря наплыву влагалишныхъ бактерій, можетъ появиться лихорадка. Послѣ этого иной разъ требуются послѣдовательныя операціи, новыя инцизии, и въ результатѣ женщина все же не вполне излечена.

Исключительно *влагалищную инцизию* я рекомендую лишь тогда, когда появилась лихорадка, или нужно допустить нагноеніе мѣшка haematocoele—рѣдкое, конечно, явленіе, которое часто можетъ, однако, возникнуть по винѣ врача, благодаря изслѣдованію, зондированію, выскабливанію. Если произвести здѣсь лапаротомію, то возникаетъ опасность, что при оставленіи слѣпыхъ мѣшковъ, проникшія бактеріи могутъ вызвать перитонитъ. Послѣ поперечной инцизии вкладываютъ т-образный дренажъ и вправо, и влѣво отъ него полоски іодоформенной марли, которыя въ послѣдующіе дни постепенно удаляются. Берегитесь только прополаскивать полость слишкомъ рано или подъ слишкомъ высокимъ давленіемъ. Часто требуется здѣсь довольно много времени прежде, чѣмъ окончательно закрыть мѣшокъ.

Если вы будете поступать, м. г., согласно указаннымъ правиламъ, то вы будете имѣть удовольствіе видѣть иной разъ выздоровленіе женщины послѣ такой внѣматочной беременности, отъ которой раньше не было спасенія.

## ВОСЕМНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Леченіе разрыва матки.

Тяжелое по своимъ послѣдствіямъ осложненіе, котораго и теперь еще не всегда можно избѣжать, представляетъ разрывъ матки во время родовъ, по сравненію съ которымъ самопроизвольный разрывъ ея во время беременности въ значительной степени отходитъ на задній планъ.

Чтобы понять механизмъ разрыва, достаточно, м. г., вкратцѣ напомнить вамъ строеніе матки. Крѣпкому и физиологически гипертрофированному во время беременности тѣлу матки, противостоитъ тонкая шейка, мышечныя волокна которой во время беременности, правда, тоже гипертрофируются, но далеко не въ такой степени, чтобы подъ вліяніемъ поллой мышцы этотъ нижній отдѣлъ, стягиваясь по длинѣ и ширинѣ, не превратился бы въ проходную трубку для пропуска плода. Въ то время какъ знаменитый Braun'овскій разрывъ матки въ періодѣ изгнанія укрѣпиль всѣхъ во мнѣніи, что matka дѣлится только на тѣло и шейку, Schröder, опираясь частью на анатомическія, частью на клиническія данныя прибавилъ еще сюда понятіе о „нижнемъ сегментѣ матки“, т. е. объ относящейся къ тѣлу, но гораздо болѣе тонкостѣнной части, не поддающейся опредѣленію на вебеременномъ органѣ, но ясно различаемой въ послѣдніе мѣсяцы беременности и въ особенности во время родовъ. Нижнюю границу этого сегмента составляетъ внутренній зѣвъ, верхнюю—умѣренно выдающійся мышечный валикъ стѣнки тѣла матки, который Schröder назвалъ контракціоннымъ кольцомъ.

Уже *Kaltenbach*, а въ недавнее время *Витт*, на основаніи новаго разрѣза замороженной матки, оспаривали это ученіе. По ихъ мнѣнію, контракціонное кольцо, для котораго я уже раньше предложилъ болѣе цѣлесообразное названіе „пограничнаго“, и которое *Витт* называетъ „ретракціоннымъ“, представляетъ ничто иное, какъ область внутренняго зѣва. Это контракціонное кольцо во всякомъ случаѣ нельзя видѣть, тѣмъ менѣе снаружи, какъ это читаешь иногда; въ крайнемъ

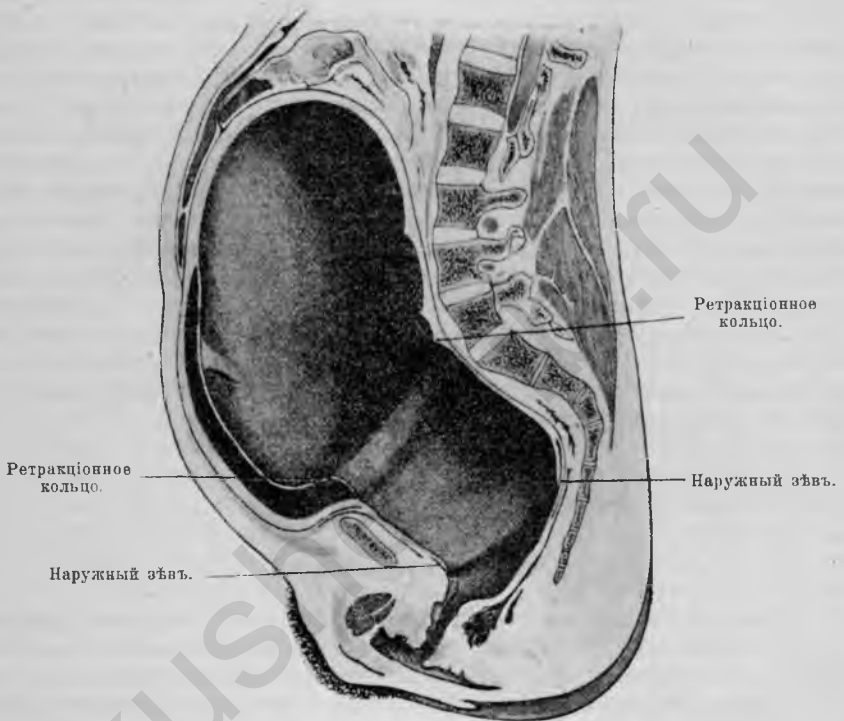


Рис. 62. Разрѣзъ матки во время родовъ по *Витт*у.

случаѣ его можно только иной разъ прощупать, при входѣ рукой въ сильно сокращенную матку, въ формѣ выдающагося валика. На большей части взятыхъ отъ роженицъ замороженныхъ отрѣзкахъ такой контракціонный валикъ совершенно отсутствуетъ. Тѣмъ не менѣе можно себя представить, что переходъ отъ активно работающаго тѣла къ пассивно растянутой шейкѣ не всегда такой рѣзкій, а что, напротивъ, то болѣшая, то меньшая часть тѣла имѣетъ болѣе тонкія стѣнки и принимаетъ участіе въ растяженіи шейки. Область этого сегмента спереди нужно искать въ томъ мѣстѣ, гдѣ брюшина, ниже плотнаго прикрѣпленія къ тѣлу, становится болѣе рыхлой и переходитъ на мочевой пузырь; сзади же она, напротивъ, остается выше мѣста перехода брюшины на Дугласово пространство, въ области внутренняго зѣва.

Чтобы понять послѣдующія разсужденія, для васъ достаточно, м. г., запомнить, что активному, толстостѣнному тѣлу матки противостоятъ про-

пускающая плод тонкостѣнная трубка, образуемая большей частью лишь во время родовъ, частью изъ стѣнки шейки, а меньшей своей частью изъ стѣнки тѣла матки.

При нормальныхъ отношеніяхъ мускулатуры, таза, положенія и формы плода, образование разрыва немислимо. Разрывъ совершается лишь тогда, когда возникаетъ механическое несоотвѣтствіе между ребенкомъ и тазомъ, или гдѣ присоединяются патологическія условія со стороны мягкихъ частей. Первично разрывъ всегда поражаетъ проходную трубку шейки и уже вторично только распространяется отсюда на тѣло матки.

Поэтому мы всего чаще встрѣчаемъ разрывъ при узкомъ тазѣ. Уже старый учитель Michaelis указалъ, что къ разрыву предрасполагаютъ общесъуженный тазъ, рѣже—плоскій, въ единичныхъ случаяхъ—опухли во входѣ въ тазъ. Совершенно такъ же, какъ при узкомъ тазѣ нормальный ребенокъ, дѣйствуетъ при нормальномъ тазѣ ненормально большой ребенокъ, въ особенности гидроцефаль, далѣе—двойные уроды, неблагопріятное вставленіе, прежде всего неисправленное поперечное и косое положеніе плода. Съ меньшей достовѣрностью изслѣдовано значеніе болѣзненного измѣненія мягкихъ частей, слѣдовательно, прежде всего шейки, нижняго сегмента и иногда также другихъ мѣстъ маточной стѣнки, напр. старые рубцы послѣ кесарскаго сѣченія. Отъ времени до времени, когда не видно другой причины для происшедшаго разрыва, приходится говорить о предрасположеніи данной стѣнки къ разрыву.

Отсюда понятно, что разрывы матки бываютъ чаще у многородящихъ, чѣмъ у первородящихъ (у послѣднихъ только въ 6—12% случаевъ), потому что дѣти у нихъ больше и часто, въ особенности при узкомъ тазѣ, находятся въ ненормальномъ положеніи, а кромѣ того у нихъ матка могла пострадать при предыдущихъ родахъ.

Говоря о механизмѣ разрывовъ матки, мы прежде всего должны вспомнить имя Van D'я, образцовая обработка которымъ этого ученія оказала плодотворное вліяніе и на дальнѣйшія изслѣдованія.

При нормальныхъ родахъ растяженіе шейки совершается въ маломъ тазу. Но если головка до самыхъ родовъ стояла надъ входомъ, и если шейка растягивается при медленномъ вступленіи ея въ тазъ, то въ большинствѣ случаевъ вся шейка, а иногда одна только губа, въ такомъ случаѣ въ особенности передняя, ущемляется между головкой и тазомъ. Часть ткани матки, расположенная ниже мѣста ущемленія, не можетъ быть использована для растяженія, она опухаетъ, становится отечно утолщенной.

Когда тѣло матки все болѣе и болѣе стремится теперь—въ особенности послѣ того, какъ лопнулъ пузырь—изгнать свое содержимое въ проходную трубку, то эта послѣдняя ненормально растягивается; верхняя граница ея, обыкновенно лишь немного выступающая надъ тазовымъ входомъ, подымается теперь на пѣлую ладонь надъ нимъ, или даже доходить до пупка, отчего сокращающееся тѣло матки отталкивается вверхъ и большей частью въ сторону. Выраженіе: „тѣло матки растягивается вверхъ“ вытекаетъ изъ совершенно ложнаго представленія. Круглыя связки противятся слишкомъ большому подъему матки вверхъ; онѣ напрягаются, при правостороннемъ положеніи плодовмѣстилица выступаетъ особенно



лѣвая связка. Мочевой пузырь вмѣстѣ съ лежащей позади его шейкой рѣзко отдѣляется отъ напряженнаго тѣла матки бороздкой, проходящей большей частью косо; головка прощупывается въ видѣ выступа надъ лобкомъ. Боли, благодаря ненормальному сопротивленію, рефлекторно сильно возбуждаются и, если не будетъ оказана своевременная помощь, то растянутая трубка въ наиболѣе тонкомъ своемъ мѣстѣ—большей частью въ области внутренняго зѣва или непосредственно надъ нимъ—лопается. Образуется то поперечный, то косой разрывъ, часто захватывающій также часть нижней стѣнки тѣла, т. е. нижній сегментъ матки. При этомъ могутъ происходить и разрывы пузыря, но это чаще бываетъ при насильственныхъ разрывахъ. Иногда сюда присоединяются еще продольные разрывы мускулатуры тѣла, которые тянутся отъ мѣста разрыва круглой связки вверхъ, большей частью сбоку, но также и въ передней или задней стѣнкѣ. Нерѣдко сюда присоединяется еще большой разрывъ широкой связки и ея сосудовъ.

Въ другихъ случаяхъ маточный зѣвъ рано переходитъ за головку, а влагалище ненормально растягивается. При этомъ въ особенности разрывается и оттягивается вверхъ задній сводъ, прижатый головкой къ промоторію.

Стѣнка эта вообще тоньше и снабжена менѣе резистентной подстилкой, чѣмъ передній сводъ. Если головка не вступаетъ въ тазъ, и если въ лежащую надъ тазомъ растянутую трубку вдавливается все большая и большая часть плода, то задній сводъ разрывается поперекъ, непосредственно подъ задней губой—*colparotrhexis*. Въ большинствѣ случаевъ вмѣстѣ разрывается и брюшина, такъ что получается прободающій разрывъ. При существующемъ уже чрезмѣрномъ растяженіи, метрейринтеръ можетъ ускорить наступленіе разрыва, какъ на это справедливо указалъ Franquè. Что сильно обвислый животъ благоприятствуетъ при данныхъ условіяхъ разрыву, понятно само собой.

Аналогичны условія при поперечныхъ положеніяхъ: если пузырь лопнулъ, родовыя боли сильныя, а положеніе плода не исправлено, то ручка, плечевой поясъ и грудь, т. е. болѣе значительная часть плода рождается въ проходную трубку. Опорожненное тѣло матки отодвигается надъ ней вверхъ. И здѣсь также, если наружный зѣвъ не былъ сглаженъ, дѣло доходитъ до истонченія одного мѣста стѣнки шейки между плодомъ и кольцомъ таза. Если же зѣвъ уже отодвинутъ за головку, то и здѣсь нужно ждать образованія *colparotrhexis*. Невѣрно, однако, утвержденіе Н. W. Freund'a, что при поперечныхъ положеніяхъ, если нѣтъ врачебнаго вмѣшательства, *всегда* рвется влагалищный сводъ, а не матка.

Рѣдки, но несомнѣнно доказаны тѣ же разрывы проходной трубки при нормальномъ положеніи плода, безъ узкаго таза, уже во время беременности. Возникновеніе ихъ объясняется такъ же, какъ и при родахъ. Мы вынуждены допустить, что какое нибудь поврежденное мѣсто въ стѣнкѣ шейки не можетъ слѣдовать за фізіологическимъ растяженіемъ нижняго сегмента тѣла и за сглаживаніемъ шейки и потому рвется. Чрезвычайно трудно, конечно, объяснить эти условія для первородящихъ. Приходится остановиться на недостаточной растяжимости, на дефектѣ въ строеніи, рѣже—на опухоляхъ стѣнки. У многородящихъ предрасполагающимъ моментомъ могутъ служить рубцы отъ прежнихъ родовъ, чрезмѣрное растяженіе и исчезаніе мускулатуры.

Еще менѣ ясны пути для объясненія разрывовъ тѣла матки во время беременности. Частью здѣсь можно предположить вредное дѣйствіе яйца на стѣнку тѣла матки, какъ при узурѣ трубъ подѣ влияніемъ имплантациі яйца и злокачественной хоріоэпителіомѣ; иногда повodomъ служить болѣзненное истонченіе стѣнки въ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда послѣ повторныхъ ручныхъ отдѣленій его (какъ въ случаѣ изъ моей клиники въ Галле, описанномъ Jellinghaus'омъ). Какъ и при ушибахъ кишечника, иногда достаточно толчка, паденія, чтобы вызвать разрывъ истонченнаго мѣста.

При описанныхъ выше типичныхъ V andl'евскихъ разрывахъ въ большинствѣ случаевъ вмѣстѣ рвется и брюшина. Между брюшной полостью и родовымъ каналомъ существуетъ тогда сообщеніе—полный разрывъ матки. Иной разъ брюшина сохраняется въ цѣлости, а рвется только слизистая оболочка и мышечная ткань вплоть до самой брюшины—неполный разрывъ—явленіе, въ смыслѣ прогностическомъ, если не считать довольно сильнаго иногда кровотеченія, гораздо болѣе, конечно, благоприятное.

До сихъ поръ я описывалъ вамъ самопроизвольное происхожденіе разрывовъ матки, теперь же я долженъ вспомнить и о разрывахъ насильственныхъ, легко возникающихъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда при существующемъ уже растяженіи родовой трубки акушеръ вынужденъ произвести рукой или при помощи инструментовъ поворотъ и т. п. Это особенно опасно, когда при поперечномъ положеніи, при раннемъ отхожденіи водъ, matka тетанически сокращена, охватывая ребенка; когда плечико родилось въ растянутый нижній сегментъ, и акушеръ старается провести черезъ него вверхъ свою руку, чтобы захватить ножки. Здѣсь дѣло должно кончиться разрывомъ. Насильственные разрывы играютъ, конечно, большую роль въ судебно-медицинскомъ отношеніи и могутъ сдѣлаться зловѣщими для врача, такъ какъ допущеніе, что ему пришлось имѣть дѣло съ болѣзненно измѣненной уже раньше тканью, въ такихъ случаяхъ рѣдко удается доказать.

Теперь, м. г., когда вы уже знаете причины, отъ которыхъ можетъ произойти разрывъ матки, вамъ важно своевременно ознакомиться съ клиническими *симптомами*, указывающими на *грозящій разрывъ матки*.

Прежде всего опасность эта грозитъ всегда при узкомъ тазѣ, рѣже при плоскомъ, чаще при обще-суженномъ, когда головка, несмотря на родовыя боли, не вступаетъ въ тазъ.

Вообще говоря, при цѣлости пузыря не легко можетъ произойти разрывъ. Поэтому вы хорошо сдѣлаете, если будете стараться при узкомъ тазѣ по возможности дольше сохранить его. Тѣмъ не менѣ бываютъ случаи, когда необходимо порвать плотный пузырь, если слабыя родовыя боли не могутъ вызвать его разрыва, необходимаго, чтобы сдѣлать вообще возможнымъ вступленіе головки въ тазъ. Поэтому я не могу идти такъ далеко, какъ нѣкоторые другіе акушеры, которые считаютъ вообще разрывъ пузыря при узкомъ тазѣ ошибкой.

Если боли наступаютъ одна за другой, обнаруживая потужный характеръ, а головка ничуть не опускается ниже, между тѣмъ какъ головная опухоль и припухлость ущемленной губы увеличиваются; если головка, съ другой стороны, выпячиваетъ мягкія части надъ симфизомъ, причѣмъ онѣ самопроизвольно или при давленіи болѣзненны; далѣе, если при со-

вершено опорожненномъ пузырь образуетъ рѣзкое втягиваніе (борозда) между сокращеннымъ тѣломъ матки и родовой трубкой, проходящее въ косомъ направленіи на уровнѣ пупка или нѣсколько ниже его; если круглыя связки все время сильно напряжены, и верхняя точка ихъ прикрѣпленія доходитъ вмѣстѣ съ дномъ матки до края грудной кѣтки, тогда вы должны считаться съ *произвольнымъ разрывомъ матки*, безразлично какъ при продольномъ, такъ и при поперечномъ положеніи плода. При послѣднемъ положеніи, какъ показали опыты, самопроизвольные разрывы происходятъ рѣже при сильно суженномъ тазѣ, такъ какъ плечо здѣсь не вставляется; скорѣе они наступаютъ при нормальномъ или умѣренно суженномъ тазѣ. Температура въ то же время нѣсколько подымается, до 38,0—38,5°, пульсъ учащенъ, 100—120, малъ. Но что роженицы уже въ это время обнаруживаютъ блѣдное лицо съ выраженіемъ страха, быть можетъ, и бываетъ, но это во всякомъ случаѣ не является необходимымъ симптомомъ въ картинѣ разрыва матки.

Какъ ни справедливо мнѣніе Michaelis'a, что при узкомъ тазѣ нужно до извѣстной степени способствовать развитію потугъ, чтобы тѣло матки при помощи брюшного пресса могло вогнать ребенка въ родовую трубку, и чтобы растянутая чрезмѣрно шейка не отодвинула опорожненное тѣло матки вверхъ, то съ другой стороны, однако, возможно, если стѣнка сильно растянута, что хорошая потуга будетъ способствовать наступленію разрыва, такъ же какъ и неосторожное изслѣдованіе руками всей рукой и вхожденіе рукой для поворота.

Рѣдко стѣнка медленно утончается; въ этомъ случаѣ остается сохраннымъ брюшинный покровъ. Въ большинствѣ же случаевъ разрывъ наступаетъ внезапно, при сильной боли у роженицы, которая часто чувствуетъ, что у нея въ тѣлѣ что-то порвалось. Клиническая картина сейчасъ же мѣняется: прежде бурная родовая дѣятельность, теперь покой и тишина; matka сдѣлала свое дѣло, ребенокъ вывалился черезъ разрывъ въ брюшную полость. Вслѣдствіе уменьшенія матки отдѣляется плацента, которая большей частью слѣдуетъ за ребенкомъ въ брюшную полость, рѣже остается въ маткѣ. Женщина коллабируетъ, даже и при небольшой потерѣ крови, вслѣдствіе перитонеального шока. У нея страдальческій видъ, малый пульсъ, затрудненное дыханіе, изъ влагалища отдѣляется большей частью мало крови, рѣдко въ угрожающемъ количествѣ, наступаетъ рвота, роженица холодѣетъ и покрывается липкимъ потомъ.

Если изслѣдовать снаружи, то ребенокъ прощупывается въ другомъ положеніи, чѣмъ раньше, непосредственно подъ брюшными покровами, головка обыкновенно сбоку, на подвздошной кости, сердцебиеніе быстро исчезаетъ. Подлѣ ребенка прощупывается матка въ видѣ шара, величинной съ два кулака. Внутреннее изслѣдованіе показываетъ, что прощупывавшаяся раньше головка совершенно исчезла или же во всякомъ случаѣ стоитъ выше и стала болѣе подвижной.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда разрывъ образовался при головкѣ, стоящей уже въ тазу, головка остается фиксированной, но туловище плода проходитъ черезъ разрывъ въ брюшную полость, а за нимъ слѣдуетъ плацента.

Существуютъ, однако, отклоненія отъ этой классической картины наступившаго разрыва; тотъ или иной симптомъ бываетъ выраженъ то болѣе, то менѣе, но чтобы симптомы при разрывѣ были настолько не-

рѣзки, чтобы его можно было просмотрѣть, бываетъ въ высшей степени рѣдко.

Итакъ — ребенокъ сейчасъ же умираетъ. Если женщина не разрѣшится, то она погибаетъ не столько отъ прямой потери крови, сколько отъ общей острой инфекціи, отъ перитонита. Не прониканіе крови, меконія, плодныхъ водъ въ брюшную полость причиняетъ перитонитъ, такъ какъ здоровая брюшина можетъ многое вынести. Перитонитъ обуславливается тѣмъ, что къ загрязненію присоединяются пѣогенныя зародыши, кишечныя бактеріи и т. д., всегда находящіяся въ половыхъ путяхъ при продолжительныхъ родахъ.

Предсказаніе для роженицы во всѣхъ случаяхъ неблагоприятно, даже если разрывъ произошелъ въ самой клиникѣ. Такъ, Scheffer (диссертация, Страсбургъ, 1890—1900) указываетъ для клиническихъ случаевъ смертность въ 45%, для неклиническихъ—40%; Koblanck— для насильственныхъ разрывовъ 78%, для самопроизвольныхъ 68%. При чтеніи исторій операций и болѣзней изъ Страсбурга (F u n c k e), Галле (подъ моимъ управленіемъ, F. Müller) и Бреслава (K ü s t n e r) получается печальное впечатлѣніе, что болѣе или менѣе безразлично, какой терапіи ни придерживаться послѣ наступленія разрыва. Рѣшающее значеніе имѣетъ здѣсь инфекція. Если ея нѣтъ—почти всякая терапія ведетъ къ цѣли; если же она налицо, то и самая радикальная помощь оказывается запоздавшей.

Поэтому въ *леченіи* для васъ, какъ для практическихъ врачей, главная задача должна заключаться въ профилактикѣ.

Сюда я отношу также правильное распознаніе положенія вещей, согласно описанной выше клинической картинѣ. Какъ только вы признаете возможность образованія разрыва, вы не должны больше оставлять роженицу. Трудно опредѣлить тотъ моментъ, съ котораго содѣйствіе потужной дѣятельности становится опаснымъ. Иногда все же еще удается достигнуть вступленія головки въ тазъ при помощи выпрямленія матки, подвязыванія ея при отвисломъ животѣ и сочетанія съ Walcher'овскимъ всячимъ положеніемъ. Съ вдавливаніемъ головки въ тазъ, по Hofmeier'у, вы будьте осторожны въ этомъ стадіи; я имѣлъ въ клиникѣ одинъ такой случай, въ которомъ слишкомъ сильное вдавливаніе головки имѣло послѣдствіемъ грозящій разрывъ матки.

Иногда удается еще освободить ущемленный маточный зѣвъ; осторожными насѣчками ослабляютъ гиперемію. Послѣ дезинфицирующаго промыванія въ промежуткѣ между болями отодвиньте рукой въ перчаткѣ маточныя губы назадъ въ особенности позади симфиза, а въ началѣ боли отдавите ихъ вверхъ.

Если всѣхъ этихъ мѣръ недостаточно, то разрывъ можетъ предупредить только быстрое окончаніе родовъ. При хорошемъ еще общемъ состояніи и хорошихъ сердечныхъ тонахъ я произвожу при узкомъ тазѣ и продольномъ положеніи плода пубіотомію, за которой и здѣсь также, если головка успѣла между тѣмъ вступить въ тазъ—не во всѣхъ случаяхъ должно слѣдовать окончаніе родовъ при помощи щипцовъ, но ужъ во всякомъ случаѣ отнюдь не позволителенъ поворотъ.

Если вы въ частной практикѣ находитесь у постели больной только одни, то я не совѣтую вамъ производить пубіотомію. Но и щипцы также неумѣстны здѣсь для ускоренія окончанія родовъ. Гораздо правильнѣе

въ этихъ случаяхъ произвести, въ случаѣ надобности, на мертвомъ или умирающемъ ребенкѣ прободеніе головки, а послѣ основательнаго опорожненія мозга—медленное и бережное извлеченіе краниокластомъ. Это очень легкая и неопасная операція.

При поперечныхъ положеніяхъ я самымъ энергичнѣйшимъ образомъ предостерегаю васъ при грозящемъ разрывѣ отъ попытки сдѣлать поворотъ. Ребенокъ въ большинствѣ случаевъ и безъ того погибъ, къ чему же производить поворотъ. При предлежаніи плеча, если шейка легко достижима, произведите декапитацію, въ противномъ случаѣ—эмбриотомію, а затѣмъ низведеніе нижняго конца туловища или декапитацію. Хотя я вообще большой сторонникъ производства декапитаціи ключевиднымъ крючкомъ или трахелорректоромъ, но я думаю все же, что при плотномъ обхватываніи плода этотъ способъ опасенъ, вслѣдствіе неизбежныхъ экскурсій головки въ растянутой родовой трубкѣ, и совѣтую примѣнять въ этомъ случаѣ ножницы Siebold'a.

Въ отдѣльныхъ рѣдкихъ случаяхъ можетъ еще возникнуть вопросъ объ абдоминальномъ кесарскомъ сѣченіи; но я думаю, что большей частью лучше сдѣлать пубіотомію. Влагалищное кесарское сѣченіе здѣсь отнюдь не показано.

Но если несчастье уже произошло, если разрывъ матки наступилъ, то женщину можетъ спасти только самое быстрое окончаніе родовъ.

Прежде всего нужно удалить ребенка. Если головка осталась фиксированной въ тазу, или если ее легко опять втолкнуть въ тазъ, то произведите прободеніе и извлеченіе, затѣмъ удаленіе плаценты легкимъ потягиваніемъ за пуповину. Если ребенокъ частью вывалился черезъ разрывъ въ брюшную полость, но ножки еще достижимы, какъ это бываетъ при разрывахъ при поперечномъ положеніи, то большинство акушеровъ и здѣсь также рекомендуютъ осторожно удалить какъ ребенка, такъ и послѣдъ черезъ разрывъ. Иногда это удается поразительно легко, и это лучший для васъ, м. г., приемъ въ частной практикѣ. Затѣмъ производится осторожное ощупываніе, чтобы опредѣлить мѣсто, величину и протяженіе разрыва.

Что касается послѣдующаго леченія самого разрыва, то въ частной практикѣ наиболѣе умѣстенъ выжидательный образъ дѣйствій: избѣгать всякихъ промываній, чтобы не занести въ брюшную полость бактерій изъ шейки и влагалища. На основаніи статистики, всего лучше дренировать (Т—образнымъ дренажемъ) или тампонировать: дренажъ для выведенія неизбежныхъ послѣ разрыва отдѣленій брюшной полости, а рядомъ съ нимъ справа или слѣва легкая тампонада іодоформной марлей, чтобы моментально остановить кровотеченіе. Введеніе дренажа и тампона лучше всего производить, обнаживъ мѣсто разрыва. Затѣмъ—сильно-давящая повязка на животъ, въ особенности на мѣстѣ, соответствующемъ разрыву.

Такая терапия даетъ на практикѣ, по Klien'у, Kolaczek'у, Scipiadès'у, лучшие результаты, чѣмъ лапаротомія: 39% случаевъ излеченія противъ 25%.

Но если кровотеченіе не останавливается, если оно грозитъ жизни больной, то я совѣтую вамъ предварительно тампонировать и послать за опытнымъ товарищемъ, при помощи котораго вы могли бы затѣмъ тутъ же *на мѣстѣ* произвести лапаротомію. Въ крайнемъ случаѣ можно

больную направить въ *ближайшую* клинику. Къ такому же выводу приходится и Tauffer на основаніи богатаго матеріала въ 97 клиническихъ наблюденіяхъ: слѣдуетъ избѣгать перевозки, сначала тампонировать, затѣмъ дренировать стекляннымъ или каучуковымъ дренажомъ.

Остановка крови при помощи зашиванія со стороны влагалища не надежна и недостаточна, и потому лучше отъ нея отказаться.

Если ошущиваніе указало на неполный разрывъ, то послѣ извлеченія или прободенія плода дренированіе тампонами является, конечно, единственно правильнымъ образомъ дѣйствій.

Если же плодъ весь выпалъ въ брюшную полость, то нужно немедленно произвести лапаротомію, чтобы удалить его. Перевозка роженицы на далекое разстояніе (лошадами или по желѣзной дорогѣ) всегда имѣетъ дурныя послѣдствія, чѣмъ и объясняются плохіе клиническіе результаты (Küstner [Бреславль] потерялъ 5 изъ 7 больныхъ, я [Галле] 10 изъ 12).

Только въ большихъ городахъ, гдѣ роженица можетъ быть перевезена осторожно, въ каретѣ для больныхъ, я совѣтую вамъ отправить ее въ клинику; въ противномъ случаѣ лучше произвести операцію въ частномъ домѣ.

Удаленіе ребенка и плаценты при посредствѣ лапаротоміи очень просто. Тщательное вытираніе ватой и туалетъ брюшной полости, какъ это предлагаетъ Küstner, я совѣтую не дѣлать. Если вмѣстѣ съ кровью и дѣтскимъ меконіемъ туда попали бактеріи, то никакой туалетъ уже не поможетъ. Прополаскивать затѣмъ еще опаснѣе. Если же бактерій нѣтъ, то и загрязненіе безвредно.

Когда ребенокъ уже удаленъ, то приступаютъ къ зашиванію разрыва матки, иногда раньше разрыва пузыря, если таковой имѣется. Сначала накладываются швы на мускулатуру въ одинъ или въ два этажа, затѣмъ непрерывный тщательный шовъ на брюшину.

Если разрывъ матки такъ великъ, что оставшаяся часть меньше мѣста разрыва, то проще произвести абдоминальную полную экстирпацію или надвлагалищную ампутацію, хотя и этотъ методъ не можетъ похвастать успѣхомъ. Если шовъ удался, то затѣмъ слѣдуетъ тампонада, по Mikulicz'u, когорая, въ качествѣ отводящаго клапана при возможномъ наступленіи перитонита, можетъ оказаться спасительной для жизни. Если во время родовъ и операціи не произошло зараженіе, она излишня, и отъ нея можно было бы отказаться, но никто не можетъ предвидѣть этого заранѣе.

Если разрывъ не простирается слишкомъ глубоко внизъ, то вмѣсто абдоминальной полной экстирпаціи можно произвести, какъ болѣе простую, операцію Roggo.

Влагалищная полная экстирпація, на мой взглядъ, еще менѣе умѣстна и даетъ еще худшіе результаты. Разъ для удаленія ребенка пришлось вскрыть брюшную полость, то влагалищный путь вообще не имѣетъ больше никакого смысла. Если же ребенокъ былъ удаленъ черезъ влагалище, то гораздо проще дренировать тампонами.

Рѣдкіе случаи разрыва тѣла матки во время беременности требуютъ, конечно, леченія только путемъ лапаротоміи. Удаляютъ выступившее яйцо или плодъ; лишь въ рѣдкихъ случаяхъ можно сохранить матку

послѣ наложенія швовъ; большей же частью цѣлесообразнѣ ампутація органа или абдоминальная тотальная экстирпація.

Труденъ и недостаточно выясненъ вопросъ, какъ нужно поступать, если послѣ бывшаго разрыва наступаетъ новая беременность. Роды вѣдь могутъ, конечно, также произойти и силами природы и окончиться безъ вреда для матери. Искусственные преждевременные роды кажутся мнѣ неумѣстными, потому что растяженіе рубца отъ разрыва будетъ недостаточное. Лучше выждать и при грозящей опасности сдѣлать кесарское сѣченіе.

## Прибавленіе.

### ДЕВЯТНАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

#### Распознаваніе и теченіе родовъ при узкомъ тазѣ.

Веденіе родовъ при узкомъ тазѣ играетъ въ практической дѣятельности акушера чрезвычайно важную роль, потому что мы пока очень еще далеки отъ того идеала, чтобы всякая женщина съ сильно суженымъ тазомъ отправлялась для родовъ, какъ для операціи, въ клинику.

А потому для васъ важно, м. г., пріобрѣсти основательныя знанія, какъ для распознаванія узкаго таза и степени суженія, такъ и для знакомства съ теченіемъ родовъ при этой аномаліи. Частота узкихъ тазовъ крайне различна въ различныхъ мѣстностяхъ Германіи. Одна часть этихъ формъ, врожденная какъ обще-равномѣрно и неравномѣрно-суженный тазъ, плоскій, косо-суженный, воронкообразный тазъ и др. Другая часть пріобрѣтена, напр., вслѣдствіе рахита, остеомалациі, кифоза и т. д.

Врожденныя формы узкихъ тазовъ мѣняются, смотря по мѣсту. Мы знаемъ, напр., благодаря Schröderу, что тазы женщинъ изъ Прирейнскихъ провинцій стройнѣе тазовъ баварскихъ женщинъ. Повидимому, тамъ полосами встрѣчается также и обще-неравномѣрно суженный тазъ.

Рахитъ наблюдается преимущественно въ центрахъ фабричной индустріи, слѣдовательно, въ Саксоніи, въ нижней части Рейна. Остеомалациа несомнѣнно эндемическая болѣзнь. Она встрѣчается въ бассейнѣ Рейна и нѣкоторыхъ притоковъ его, рѣки По, Дуная и пр., такъ что всякій врачъ долженъ изучить господствующія въ его мѣстѣ жительства формы, чтобы знать, на какія измѣненія таза онъ всего больше долженъ разсчитывать. Числа относительно частоты чрезвычайно измѣнчивы. Клиническія данныя колеблются между 8 и 24%. Къ тому же мы не можемъ полученныя клиниками цифры перенести на дѣйствительно существующія въ той или иной мѣстности отношенія.

Но даже тамъ, гдѣ ваше вниманіе сразу не привлекаютъ какія-нибудь особенныя обстоятельства, какъ хромота, сильныя боли въ костяхъ и уменьшеніе ихъ, опытный взглядъ сейчасъ же покажетъ вамъ, гдѣ вы можете ожидать узкаго таза.

Для нѣкоторыхъ случаевъ имѣть извѣстное значеніе *анамнезъ*, напр., относительно перенесеннаго рахита, воспаленія костей и суставовъ, травмъ, появленія болей въ костяхъ во время беременности или въ послѣродовомъ періодѣ. Для женщинъ, уже рожавшихъ, имѣютъ также значеніе свѣдѣнія о томъ, происходили ли роды силами природы, или нужна была операція, о продолжительности родовъ, былъ ли живой или мертвый плодъ, послѣдствія послѣродового періода и т. д. Не забывайте также, что въ общемъ, по закону Нескега, съ каждымъ послѣдующими родами нужно ожидать прибавки въ вѣсѣ ребенка на 150—200 гр.—впрочемъ, только до 6—8-го ребенка.

Это увеличеніе въ вѣсѣ можетъ быть и значительно больше, если за родившейся дѣвочкой слѣдуетъ мальчикъ, или, наоборотъ, меньше или даже отсутствовать, если за мальчикомъ слѣдуетъ дѣвочка. Кромѣ того, маленькія женщины съ узкимъ тазомъ имѣютъ также въ среднемъ небольшихъ дѣтей. Мыѣне Pinard'a, что женщины съ узкимъ тазомъ рожаютъ въ среднемъ болѣе крупныхъ дѣтей, неправильно, какъ это доказалъ Wilke на основаніи матеріала изъ клиники въ Галле. Наконецъ, здѣсь оказываютъ еще также вліяніе случайности, какъ перенесенныя болѣзни, беременность двойнями, и т. д. Затѣмъ не забывайте, что первые роды часто оканчиваются щипцами вслѣдствіе неподатливости мягкихъ частей, что для послѣдующихъ родовъ отпадаетъ.

Не пропускайте никогда производить *измѣренія таза*. Вы не должны, конечно, ожидать, что получите математически точныя цифры, но иной разъ они могутъ все же дать вамъ цѣнныя указанія.

Для *наружнаго измѣренія таза* и теперь еще справедливо считается излюбленнымъ инструментомъ тазомѣръ Martin'a, вполне удовлетворяющій цѣли. Необходимыя обыкновенно измѣренія слѣдующія: разстоянія между spinae ilei sup. ant. (24—25 см.), cristae oss. il. (28—29 см.) и трохантерами (31—32 см.) и наружная конъюгата (діаметръ Beauclouque'a) 19—20 см.

Чтобы получить до извѣстной степени пригодныя указанія, нужно выбирать всегда совершенно одинаковыя костныя точки и брать среднюю величину отъ трехъ измѣреній. Величины разстоянія между остями и гребешками подвздошныхъ костей имѣютъ значеніе только въ своемъ взаимоотношеніи. Полученный результатъ представляетъ величину поперечныхъ размѣровъ большого таза. Но отсюда можно уже сдѣлать выводъ относительно поперечнаго размѣра малаго таза. Простымъ вычитаніемъ не получается, однако, какъ это думали прежде, поперечный діаметръ тазового выхода. При приблизительно нормальномъ размѣрѣ и нормальной разницѣ въ 4—5 см. между обоими размѣрами, можно во всякомъ случаѣ ожидать нормальнаго поперечнаго размѣра. При равномерномъ уменьшеніи обоихъ размѣровъ на 2—3 см. нужно вообще заподозрить общесуженный тазъ, такъ какъ уменьшеніе поперечнаго размѣра всегда почти сопровождается уменьшеніемъ и прямого діаметра. Поперечно-суженные тазы представляютъ вѣдь величайшую рѣдкость. Тѣмъ не менѣе я считаю, что Krönig и Waisch заходятъ уже слишкомъ далеко, когда при укороченіи поперечнаго размѣра на 1 см. они уже допускаютъ наличность общесуженнаго таза; многое вѣдь зависитъ также отъ толщины кожи, подкожнаго слоя, жировой клѣтчатки и отъ толщины самихъ костей. Только при равномерномъ уменьшеніи поперечныхъ размѣровъ на 2 см.



и одновременномъ укороченіи конъюгаты мы имѣемъ передъ собой общесъуженный тазъ. Бываетъ также и сильное увеличеніе обоихъ диаметровъ. Если вмѣстѣ съ тѣмъ существуетъ и увеличеніе конъюгаты, то мы называемъ такой тазъ обще-увеличеннымъ; если же увеличенія конъюгаты нѣтъ, то мы имѣемъ передъ собой чрезмѣрно женственный тазъ.

Если разница между обоими измѣреніями уменьшается и составляетъ только 2 см. или еще меньше, то полученныя величины являются характерными для рахитического таза.

Я не упускаю также измѣренія разстоянія трохантеровъ. При его помощи можно достигнуть все же опорной точки для сужденія о поперечныхъ размѣрахъ большого таза (Beckenweite) и выхода таза. Укороченіе этого размѣра имѣетъ мѣсто при воронкообразномъ, кифотическомъ и, само собой разумѣется, также при остеомалятическомъ тазѣ. Такъ называемую наружную конъюгату вы измѣряйте отъ ямки ниже остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка до передняго верхняго края лонной дуги. Несмотря на существующія на этотъ счетъ разногласія, мнѣ бы не хотѣлось отказаться отъ измѣренія этой конъюгаты, хотя невозможно, конечно, получить изъ нея простымъ вычитаніемъ истинную конъюгату, какъ думалъ Beau-delosque. Укороченіе до 18 см. и ниже позволяетъ ожидать суженія таза въ прямомъ размѣрѣ. Къ указаннымъ измѣреніямъ вы присоедините также измѣреніе ромба Michaelis'a, который, впрочемъ, рѣдко встрѣчается въ совершенномъ видѣ; даже и въ нормальныхъ вообще тазахъ верхній уголъ ромба нерѣдко тупѣе остальныхъ, что обусловливается глубокимъ стояніемъ остистаго отростка 5-го поясничнаго позвонка, верхней точки для измѣренія. Болѣе или менѣе значительное углубленіе верхняго угла служитъ признакомъ узкаго (ger. плоскаго) таза.

*Внутреннее изслѣдованіе* таза составляетъ одну изъ труднѣйшихъ главъ акушерства. Возможность точнаго измѣренія каждаго диаметра, чтобы мы могли себѣ такимъ образомъ представить ясную картину строенія малаго таза, составляетъ, конечно, идеаль, но мы еще очень далеки отъ его достиженія. Предложенные прежде инструментами Skutsch'a и Küstner'a для измѣренія таза и методъ Bauer'a, несмотря на точность, которую они общали, не примѣнимы на практикѣ. Очень простые инструменты для измѣренія истинной конъюгаты предложили недавно Gauss и Ahlfeld. Послѣдній инструментъ, исходной точкой для котораго служитъ задняя стѣнка симфиза, повидимому, очень простъ и удобенъ. Если онъ оправдаетъ возлагаемыя на него надежды, то его можно будетъ рекомендовать вамъ, м. г., для вашей практической дѣятельности.

Диаметръ, распознаваніе котораго наиболѣе цѣнно въ акушерствѣ — истинная конъюгата — лишь чрезвычайно рѣдко удается опредѣлить прямо снаружи. Для этого необходимы очень расслабленные брюшныя покровы, позволяющіе произвести прижатіе рукой или измѣрительнымъ инструментомъ непосредственно надъ симфизомъ, что возможно, разумѣется, только у небеременныхъ и всего легче у роженицъ.

Поэтому намъ приходится опредѣлять или вычислять истинную конъюгату по діагональной. Діагональная же конъюгата измѣряется разстояніемъ нижняго края лонной дуги (lig. arcuatum) отъ выдающагося

края промоторія, а точка на указательномъ пальцѣ по возможности точно фиксируется указательнымъ пальцемъ другой руки, сначала въ положеніи супинаціи, а затѣмъ въ положеніи пронаціи.

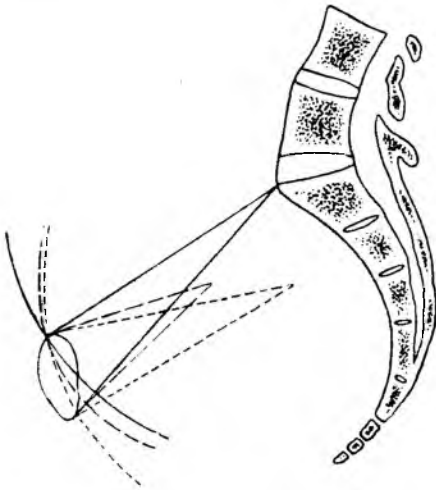


Рис. 63. Различіе въ вычитаеваемой величинѣ изъ діагональной конъюгаты, въ зависимости отъ положенія промоторія.

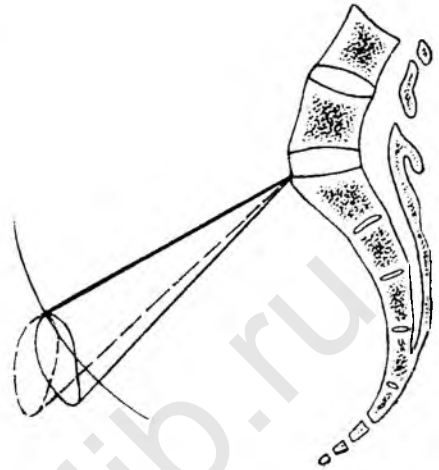


Рис. 64. Вліяніе высоты симфиза.

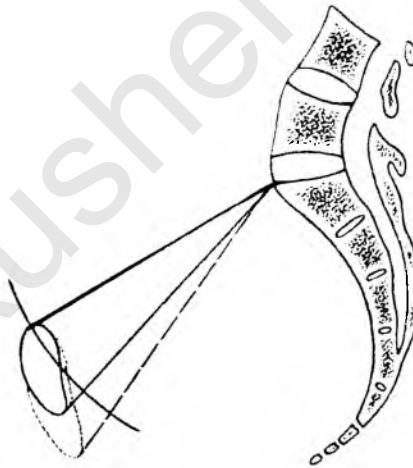


Рис. 65. Вліяніе угла между конъюгатой и симфизомъ.

Въ среднемъ истинная конъюгата меньше діагональной на 1,75 см. Поэтому предложеніе Вaisch'a вычитывать всегда 2 см., неправильно; оно дало бы въ результатъ большее число узкихъ тазовъ, чѣмъ имѣется въ дѣйствительности. Напротивъ, въ большинствѣ случаевъ даже достаточно вычесть изъ діагональной конъюгаты только 1,5 см., соотвѣтственно болѣе глубокому обыкновенно при узкомъ тазѣ стоянію промоторія и болѣе низкому большей частью симфизу. Гораздо труднѣе поддающіеся

опредѣленію уголъ между симфизомъ и истинной конъюгатой, равный въ среднемъ  $100^\circ$ , требуетъ, напротивъ, если онъ увеличенъ, большаго вычета, что обуславливается большимъ выпячиваніемъ хряща на задней поверхности симфиза. Къ сожалѣнію, не смотря на тщательныя работы Sellheim'a и на предложенный имъ фантомъ для измѣренія, о точномъ измѣреніи этого угла пока еще не можетъ быть и рѣчи. Все это еще только приблизительная оцѣнка. Если вы достигли внутренней рукой до промонторія, то понытайтесь отсюда прощупать всю безымянную линію и не забудьте, что сдѣлать это гораздо легче подъ наркозомъ, чѣмъ безъ наркоза. При нормальномъ тазѣ вамъ удастся провести рукой по переднему полукольцу таза только до вертлужной впадины. Затѣмъ ощупайте заднюю стѣнку крестца. Если впадина въ ней отсутствуетъ, если гѣла позвонковъ вытянуты или выпячиваются впереди поперечныхъ отростковъ, то существуетъ рахитъ. Проводя указательнымъ пальцемъ отъ одной конечной точки поперечнаго діаметра до другой, вы можете себѣ составить приблизительное представленіе о размѣрѣ его.

Легче опредѣлить отношенія между измѣреніями выхода таза. Войдя только пальцемъ, вы уже видите, нормальной ли ширины лонная дуга, отстоятъ ли другъ отъ друга на нормальномъ разстояніи сѣдалищные бугры (11 см.), а также каково разстояніе между сѣдалищными остями (10,5).

По Hegar'у цѣлесообразно опредѣлять протяженіе лонной дуги при помощи приложенныхъ къ ней снаружи рукъ. Производится это такимъ образомъ, что оба большихъ пальца прикладываютъ къ вѣтвямъ лонныхъ костей, затѣмъ они сходятся у верхушки, а закругленіе между большимъ и указательнымъ пальцемъ приходится на сѣдалищный бугоръ. Наконецъ, вы можете и прямо измѣрить разстояніе между буграми либо тазомѣромъ Mich aelis'a, либо нажимая большими или средними пальцами на внутреннюю поверхность бугровъ, а помощникъ въ это время измѣряетъ разстояніе между пальцами при помощи сантиметровой тесьмы. Принимая во вниманіе толщину мягкихъ частей, къ полученнымъ цифрамъ нужно прибавить 1—1,5 см. Также легко измѣрить прямой размѣръ выхода, причѣмъ нужно, однако, принять во вниманіе, что, благодаря уклоненію копчика, онъ можетъ увеличиться на 2—3 см.

При подозрѣніи, что существуетъ сѣженіе косыхъ размѣровъ, вы должны также измѣрить наружные косые размѣры (Spin. il. ant. sup. dextr. do spinae sup. post., sin.), равные въ среднемъ 21—22 см. Только разница по меньшей мѣрѣ въ 1,4 см. позволяетъ ожидать разницу и въ косомъ размѣрѣ входа.

Если вы имѣете возможность изслѣдовать женщину еще во время беременности, то произведите всѣ эти измѣренія не одинъ, а нѣсколько разъ. Въ особенности важно для полученія надлежащей величины истинной конъюгаты повторно измѣрить діагональную конъюгату въ различные дни и сравнить полученные величины.

Въ общемъ вы должны, однако, ясно представить себѣ, что всѣ полученные вами данныя не представляютъ еще точныхъ математическихъ измѣреній, а лишь приблизительное опредѣленіе величины таза, и что опредѣленіе второго фактора родовъ, дѣтскаго черепа, еще труднѣе. Необходимыя въ этомъ отношеніи указанія я привелъ уже выше (6-ая лекція, стр. 48).

Вліяніе узкого таза сказывается для женщинъ уже во время *беременности*. Плоскій тазъ можетъ иногда помѣшать самопроизвольному выпрямленію и подъему беременной матки на 3-мъ и 4-мъ мѣсяцахъ. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ бываетъ, что беременная матка въ это время такъ ущемляется въ остеомалятическомъ тазу въ положеніи *retroflexio*, что репозиція ея невозможна. *Olsahusen'y* пришлося однажды въ такомъ случаѣ удалить матку черезъ влагалище, произведя тотальную экстирпацію.

Другія разстройства возникаютъ обыкновенно лишь въ болѣе поздніе мѣсяцы. Матка стоитъ здѣсь ненормально высоко, причемъ головка не вдавливаетъ нижняго сегмента матки и растянутой шейки въ тазъ, какъ обыкновенно: вслѣдствіе этого образуется остроконечный и отвислый животъ, который нужно своевременно подвязать бинтомъ. Образуются отклоненія отъ нормы въ положеніи и позиціи плода, остающіяся болѣею частью неизмѣненными до родовъ. Смотря по формѣ тазоваго входа, головка отклоняется въ сторону, возникаютъ косыя и поперечныя положенія и, такъ какъ подлежащая часть не вполне выполняетъ входъ въ тазъ, то дѣло доходитъ до предлежанія, а потомъ и до выпаденія мелкихъ частей и пуповины. Этимъ объясняется, почему при узкомъ тазѣ ненормальныя положенія наблюдаются вчетверо чаще обыкновеннаго, а частота черепныхъ предлежаній уменьшается на 10—29%. Но невѣрно, чтобы при узкомъ тазѣ замедлялось наступленіе родовъ, какъ утверждаетъ *Pinard*. За то, повидимому, справедливо, что женщины съ узкими тазами нѣсколько чаще обыкновеннаго беременны мальчиками.

Весьма велико вліяніе узкого таза на роды. Они начинаются обыкновенно очень медленно, причемъ головка остается высоко, шейка недостаточно раскрывается. Если яйцевыя оболочки плотны, то пузырь не наливается; если же онѣ тонки и слабы, то впереди головки прогоняется больше водъ, чѣмъ обыкновенно, и плодный пузырь, во вредъ роженію и плоду, можетъ лопнуть слишкомъ рано.

Уже *Michaelis* и *Litzmann* указывали, что узкій тазъ влечетъ за собой извѣстныя вставленія черепа, приобретающія, конечно, характерное развитіе лишь послѣ вскрытія пузыря.

Равномѣрно суженный тазъ обуславливаетъ уже съ самаго начала глубокое стояніе малаго родника, причемъ препятствія, являющіяся вообще въ дальнѣйшемъ теченіи для болѣе глубокаго опусканія головки, суммируются, такъ что по низкому стоянію малаго родника при высоко стоящей головкѣ вы можете заключить о наличности общесуженнаго таза. Обратное явленіе вызываютъ плоскій и неравномѣрно общесуженный тазъ. Здѣсь бипаріетальной діаметръ черепа не можетъ вставиться въ область истинной конъюгаты. Давленіе плода по оси приводитъ послѣ отхожденія водъ къ вращенію головки вокругъ своей поперечной оси такъ, что лобный родникъ опускается ниже и въ битемпоральномъ діаметрѣ вставляется прямой размѣръ таза. Въ такомъ положеніи черепъ остается болѣею частью долго, часто до прохожденія середины таза, пока не будетъ преодолѣно препятствіе; тогда только опускается малый родникъ и наступаетъ второе главное вращеніе вокругъ продольной оси плода. Неблагопріятно, напротивъ, передне-темянное вставленіе черепа (стрѣловидный шовъ стоитъ поперечно, близко къ промонторію) и еще

болѣе—заднетемянное вставленіе (стрѣловидный шовъ позади симфиза). Въ послѣднемъ случаѣ уже наружно большей частью прощупывается глубокая борозда между головкой и плечикомъ. Разумѣется, что и эти ненормальныя вставленія ясны выражены послѣ отхожденія воды.

Наконецъ—въѣсрединное стояніе черепа, обусловленное сильнымъ выступомъ промоторія или хряща симфиза, бисквитовидной формой входа въ тазъ или ясно выраженной асимметрией входа, которая въ дальнѣйшемъ теченіи можетъ привести къ косому положенію. Вслѣдствіе неравномѣрнаго прилеганія нижняго сегмента къ подлежащей части, здѣсь чаще обыкновеннаго встрѣчаются выпаденіе пуповины и мелкихъ частей.

Изнѣдка только головка еще при стоячемъ пузырьѣ уже фиксирована въ суженномъ входѣ въ тазъ; въ большинствѣ случаевъ это возможно только послѣ того, какъ пузырь уже лопнулъ. Продолжительность родовъ, соотвѣтственно трудности вступленія въ тазъ, увеличивается. Приводить здѣсь среднія цифры не имѣетъ смысла, такъ какъ все зависитъ отъ силы болей. Послѣднія вначалѣ всегда слабы и усиливаются лишь постепенно; послѣ вступленія головки въ тазъ и особенно послѣ вскрытія пузыря онѣ рефлекторно чрезвычайно усиливаются. Именно при узкомъ тазѣ часто развивается громадная родовая дѣятельность, пока препятствіе не будетъ преодолено. Я не могу, однако, на основаніи моего опыта подтвердить указаніе Mich aelis'a, что при равномѣрно-суженномъ тазѣ родовая дѣятельность слабѣе, чѣмъ при неравномѣрно-суженномъ и плоскомъ.

Въ продолжительности родовъ и прижатіи мягкихъ вещей родовой трубки между головкой и тазомъ заключается опасность родовъ при узкомъ тазѣ для роженицы. При всякихъ родахъ мягкимъ частямъ приходится вынести извѣстное давленіе, прижатіе, легкіе надрывы. Но при узкомъ тазѣ всѣ эти неблагоприятныя вліянія усиливаются вмѣстѣ съ продолжительностью родовъ. Если сюда присоединяется еще вредное дѣйствіе бывшихъ уже раньше въ родовыхъ путяхъ бактерій или внесенная извнѣ инфекция, то опасность тѣмъ самымъ естественно еще увеличивается. Въ общемъ удивительно, какъ много могутъ вынести мягкія части, если только препятствіе для родовъ не чрезмѣрно велико.

Если давленіе на мягкія части слишкомъ односторонне, какъ это бываетъ въ особенности при плоскомъ тазѣ, экзостозахъ, и т. д.—ости во входѣ въ тазъ, какъ сильно выдающіяся опухоли хряща нижняго края симфиза или промоторія, играютъ здѣсь менѣе важную роль—то оно можетъ привести къ узурамъ, а вслѣдствіе постепеннаго прекращенія кровообращенія на мѣстѣ наибольшаго давленія—къ омертвѣнію ткани. Омертвѣвшіе участки выталкиваются въ послѣродовомъ періодѣ. Такимъ путемъ появляется глубокая потеря вещества въ шейкѣ и влагалищѣ съ послѣдовательнымъ образованіемъ тяжелыхъ рубцовъ.

Если потеря вещества переходитъ черезъ шейку и влагалищный сводъ на пузырь, то возникаетъ мочеваѣ фистула. Наиболѣе частыя фистулы — пузырно-влагалищныя; рѣже наблюдаются фистулы между пузыремъ и шейкой. Фистулы между влагалищемъ и уретрой или мочеточниками возникаютъ большей частью отъ употребленія инструментовъ. На задней стѣнкѣ давленіе головки можетъ привести къ узурѣ стѣнки шейки до самой брюшины. Если предварительно еще не образовалось

слипчиваго воспаления брюшины, то отдѣленія шейки могутъ, благодаря этому, попасть въ брюшную полость и, смотря по содержанію въ нихъ зародышей, послужить причиной общаго перитонита.

Въ другихъ случаяхъ дѣло не доходитъ до омертвѣнія, но готовится разрывъ. Всѣ эти обстоятельства, всѣ симптомы грозящаго и наступившаго разрыва я подробно изложилъ вамъ въ предыдущей лекціи.

Чрезвычайно рѣдко наблюдаются въ настоящее время самопроизвольные разрывы лоннаго сочлененія или *synchondrosis sacro-iliaca* или оба разрыва одновременно. Быть можетъ, необходимо извѣстное ослабленіе этихъ полусуставовъ отъ предыдущихъ родовъ, чтобы такіе разрывы стали вообще возможными, или же имъ должны, быть можетъ, предшествовать воспалительные процессы. Во всякомъ случаѣ, они отнюдь не должны быть послѣдствіями вашей терапіи (насильственные щипцы). Несмотря на самое лучшее асептическое веденіе родовъ, разрывы влагалища уже съ самаго начала могутъ послужить исходной точкой для инфекціи такихъ суставныхъ ранъ и для переноса бактерій.

Такъ называемые послѣродовые параличи, возникшіе вслѣдствіе продолжительнаго давленія головки или щипцовъ на *plexus ischiadicus*, описанные въ литературѣ преимущественно въ формѣ параличей *p. peronei*, я никогда не видалъ; напротивъ, невралгіи того же нервного ствола, вызванныя тѣми же причинами, остаются довольно часто. *Neuritis puerperalis* etc. встрѣчающійся въ локализованной или генерализированной формѣ и имѣющій, быть можетъ, токсическое происхожденіе, не имѣетъ ничего общаго съ этими пораженіями.

Если роды при узкомъ тазѣ продолжаются слишкомъ долго, то и при наилучшемъ антисептическомъ веденіи родовъ наступаетъ лихорадка. Въ рѣдкихъ случаяхъ лихорадку могутъ вызвать токсины изъ омертвѣвшихъ частей ткани. Но гораздо чаще, въ особенности, если пузырь давно уже лопнулъ, въ полость матки проникаютъ имѣющіяся всегда на лицо влагалищныя бактеріи, кишечные бациллы, сапрофиты, между ними иногда *bacillus emphysematis*, которые и обуславливаютъ тамъ разложеніе плодныхъ водъ. Это сейчасъ же сказывается то въ дурномъ запахѣ послѣднихъ и въ появленіи легкой лихорадки, *febris in partu*, то въ сильномъ развитіи газовъ. Последнее представляетъ небезопасный симптомъ, такъ какъ лихорадка въ такомъ случаѣ не просто падаетъ послѣ родовъ, а послѣдствіемъ ея могутъ быть даже и въ послѣродовомъ еще періодѣ тяжелыя интоксикаціи. Умѣренная лихорадка во время родовъ въ общемъ не можетъ, однако, быть названа неблагоприятной; повидимому, она дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на центры родовыхъ болей, такъ что роды съ появленіемъ лихорадки протекаютъ большей частью быстрѣе.

Въ общемъ приблизительно въ половинѣ такихъ случаевъ легкія повышенія температуры наблюдаются еще и въ послѣродовомъ періодѣ. Если же сюда присоединится прямая инфекція, то прониканіе стрептококковъ въ сосуды матки и въ кровь при продолжительныхъ родахъ совершается гораздо быстрѣе. Смертные случаи, вслѣдствіе интоксинаціи во время родовъ, въ прежнее время наблюдались чаще, чѣмъ теперь.

Аналогичныя тяжелыя послѣдствія имѣютъ также роды при узкомъ тазѣ для ребенка. Плодъ страдаетъ отъ продолжительности родовъ, въ особенности послѣ отхожденія водъ. Чѣмъ сильнѣе сокращается матка,

тѣмъ больше страдаетъ плацентарное кровообращеніе. Если сюда присоединится еще бурная родовая дѣятельность, то ребенокъ легко погибаетъ. Если длительные роды вынуждаютъ прибѣгнуть къ морфію, хлороформу, эфиру, то отъ комбинаціи этихъ вредныхъ веществъ съ разстройствомъ газоваго обмѣна дѣти умираютъ еще легче. Въ моментъ, когда сильно сдавленная головка приспособляется для вступленія въ суженный входъ таза, вы нерѣдко можете замѣтить поразительное замедленіе сердцебіенія плода, какъ симптомъ непосредственнаго давленія на мозгъ, причѣмъ замедленіе это иной разъ опять быстро исчезаетъ, какъ только прекратится препятствіе на пути головки. Иногда же, если надвиганіе костей черепа другъ на друга остается постояннымъ, благодаря чему вытѣсняется цереброспинальная жидкость, то остается постояннымъ и давленіе на мозгъ, которое въ концѣ концовъ ведетъ къ смерти ребенка.

Поврежденія кожи головы, выступающія обыкновенно въ формѣ отпечатковъ отъ давленія, черточекъ, красныхъ полосъ, тянущихся наискось отъ темянаго бугра къ нижнему концу вѣчнаго шва, даютъ большей частью хорошее предсказаніе. Въ прежнее время у ребенка даже и послѣ рожденія дѣло доходило еще иногда до инфекціи омертвѣвшихъ отъ давленія тканей вплоть до кости. Гораздо серьезнѣе поврежденія черепа, трещины, фиссуры, желобоватыя или ложкообразныя вдавленія, потому что при этомъ большей частью возникаютъ разрывы болѣе значительныхъ сосудовъ мягкой мозговой оболочки съ кровоизліаніями на поверхности или на основаніи мозга. Безусловно смертельны разрывы черепныхъ швовъ, въ особенности чешуйчатаго и лямбдовиднаго съ откалываніемъ *pars intercondyloidea* затылочной кости и разрывами различныхъ мозговыхъ синусовъ.

Иные врожденные, повидимому, психическіе дефекты объясняются вѣроятно, тяжелыми травмами во время родовъ.

Но и безъ такихъ грубыхъ травмъ ребенку можетъ быть причиненъ еще въ утробѣ матери неизлечимый вредъ, если инфекція перейдетъ отъ матери къ ребенку. Уже давно извѣстно, что, проглатывая разложившіяся плодныя воды, ребенокъ аспирируетъ вещества, которыя послѣ родовъ служатъ причиной смертельныхъ пнеймоній. Опытами на животныхъ *Hellendall* въ послѣднее время доказалъ еще различные дальнѣйшіе способы перехода инфекціонныхъ зародышей отъ матери къ плоду даже черезъ неповрежденные яйцевыя оболочки. Я самъ недавно описалъ два безупречныхъ случая, въ которыхъ кишечныя бациллы, перекочевавшіе изъ полости матки въ полость яичника, проглочены были плодомъ.

Что дѣтямъ при узкомъ тазѣ—вслѣдствіе болѣе частыхъ ненормальныхъ положеній, ягодичныхъ, поперечныхъ, выпаденія пуповины и т. д.—грозитъ ббольшая опасность, понятно само собой. Значительно худшее предсказаніе при ненормальныхъ положеніяхъ для ребенка обусловливается главнымъ образомъ необходимой при узкомъ тазѣ терапіей.

Изъ всего этого вы видите, м. г., какъ серьезно можетъ быть предсказаніе при узкомъ тазѣ для матери и ребенка, а статистика несомнѣнно доказала, что чѣмъ уже тазъ, тѣмъ больше эта опасность для обоихъ.

## ДВАДЦАТАЯ ЛЕКЦІЯ.

### Акушерская терапия при узкомъ тазѣ вообще и при особыхъ формахъ суженія его въ частности.

Правильное веденіе родовъ при узкомъ тазѣ доступно, м. г., лишь тому, кто видѣлъ много нормальныхъ родовъ и соединяетъ въ себѣ главные достоинства хорошаго акушера, терпѣніе и строгую асептику.

Профилактика во время родовъ уже безсильна; она должна дѣлать свое дѣло въ ранней юности: нужно лечить рахитъ, въ зараженныхъ мѣстностяхъ—лечить остеомаляцию; при переломахъ таза, по возможности, предупреждать смѣщенія.

На вопросъ, который часто ставятъ акушеру, можетъ ли дѣвушка, у которой предполагается узкій тазъ, вступить въ бракъ, въ настоящее время еще менѣе прежняго обязателенъ отрицательный отвѣтъ: въ кесарскомъ сѣченіи и пуботоміи мы имѣемъ въ нашемъ распоряженіи средства, дающія возможность преодолѣть всякое суженіе.

Среди средствъ, предупреждающихъ трудность родовъ при узкомъ тазѣ, полезно было бы въ большей мѣрѣ испытать недостаточно использованную до сихъ поръ и рекомендованную Prochownikомъ обезжиривающую діету. Старшій врачъ моей клиники, д-ръ Reeb, опытами на животныхъ далъ научное обоснованіе для этой діеты, и именно практика призвана теперь установить на основаніи точныхъ наблюденій, всегда ли получаютъ такіе хорошіе результаты, или въ какомъ процентѣ случаевъ этотъ способъ неэффектителенъ. Соотвѣтственно развитію плода, достаточно, если строгое проведеніе діеты (исключить жидкость изъ пищи, избѣгать углеводовъ и сахара) начать лишь въ послѣдніи 6—8 недѣль беременности.

Къ профилактикѣ при узкомъ тазѣ я отношу также заботу о достиженіи черепнаго положенія. Статистически доказано, что роды въ черепномъ положеніи при узкомъ тазѣ даютъ все же лучшее предсказаніе. Въ послѣдніи недѣли беременности нужно, слѣдовательно, попытаться произвести поворотъ на головку и фиксировать ее бинтомъ и положенными сбоку ватными подушками. То же самое нужно повторить и въ началѣ родовъ.

Къ профилактикѣ же родовъ при узкомъ тазѣ я продолжаю относить и искусственные преждевременные роды, несмотря на уничтожающую, повидимому, критику Zweifel'я и его учениковъ. Сказкѣ, будто изъ 70—80% родившихся живыми дѣтей значительная часть умираетъ въ первые же дни, а что къ концу перваго года едва ли остается въ живыхъ еще хоть одинъ ребенокъ,—сказкѣ этой долженъ быть положенъ конецъ, благодаря работамъ Hunziker'a (изъ клиники Herffa) и Schneider'a (изъ Страсбургской клиники).

Что касается *веденія родовъ при узкомъ тазѣ*, то Baisch'у принадлежитъ большая заслуга въ томъ отношеніи, что въ своей работѣ „Reformen in der Therapie des engen Beckens“ онъ снова энергично настаиваетъ на старомъ принципѣ, что лучшіе результаты и теперь еще даетъ по возможности выжидательная терапия.

Въ клиникѣ Döderlein'a выжидательнымъ способомъ проведены 80%, въ клиникѣ Säxingera—81,4% случаевъ. Если цифры эти



выше и тѣмъ самымъ благопріятнѣе, чѣмъ въ другихъ клиникахъ, то это только кажущееся явленіе. Дѣло въ томъ, что Vaisch, при своихъ вычисленіяхъ (см. выше), отнесъ къ узкимъ тазы, которые у другихъ, вѣроятно, не фигурируютъ подъ этой рубрикой.

Итакъ, м. г., первое правило—по возможности выждать. Затѣмъ—рѣдко изслѣдовать, а если изслѣдованіе неизбежно, то производить его при помощи прокипяченной перчатки послѣ предварительнаго промыванія влагалища, чтобы не перенести зародышей изъ влагалища въ шейку и полость матки.

Именно при узкомъ тазѣ примѣненіе наружнаго ручнаго изслѣдованія для опредѣленія, на сколько головка вступила въ тазъ, имѣетъ громадную цѣнность. Приемы наружнаго изслѣдованія должны быть изучены, разумѣется, изслѣдованіемъ беременныхъ. Четвертый приемъ всего лучше показываетъ, какая часть головки еще стоитъ надъ входомъ въ тазъ. Для контроля можно примѣнить еще также пятый приемъ Müller'a.

Согласно сказанному уже нами въ предыдущей лекціи, пузырь нужно сохранять по возможности дольше; тѣмъ не менѣе не нужно также упускать надлежащаго момента, чтобы прорвать его своевременно. Если при сильныхъ и частыхъ, почти непрерывныхъ боляхъ пузырь не лопається самъ, вслѣдствіе слишкомъ большой плотности оболочекъ, то лучший моментъ можетъ быть упущенъ, боли пропадаютъ безрезультатно, роженица напрасно истощается; головка можетъ вѣдь приспособиться къ тазовому входу только послѣ того, какъ отошли воды. Но едва ли есть что нибудь болѣе трудное, чѣмъ правильное опредѣленіе момента, когда нужно вскрыть пузырь. Во всякомъ случаѣ я рекомендую, какъ правило: лучше слишкомъ поздно, чѣмъ слишкомъ рано.

Далѣе, къ веденію родовъ относится правильное положеніе роженицы. Прежде учили, что роженицу нужно класть на *тотъ* бокъ, гдѣ находится часть плода, которая должна опуститься, слѣдовательно, при первомъ затылочномъ положеніи, напр., на лѣвой бокъ. Поэтому при плоскомъ тазѣ цѣлесообразно въ началѣ родовъ способствовать передне-темянному вставленію, кладя роженицу на тотъ бокъ, со стороны котораго находится животикъ плода. Въ другихъ случаяхъ matka лежитъ настолько внѣсрединно, сбоку, что давленіе плода по оси можетъ быть достигнуто лишь тогда, когда роженица лежитъ на противоположной сторонѣ.

Къ исправляющимъ положеніе плода относится также Walscher'овское висячее положеніе, чтобы облегчить головкѣ вступленіе въ тазъ послѣ отхожденія водъ, въ особенности при плоскомъ тазѣ. Я кладу съ этой цѣлью роженицу на край стола, крестецъ и ягодицы должны имѣть хорошую опору, а ноги должны лежать на колѣняхъ сидящей передъ ней сидѣлки. Послѣдняя въ началѣ каждой боли должна опускать ихъ, слѣдя только за тѣмъ, чтобы не опустились и бедра, чтобы роженица не соскользнула со стола. Къ сожалѣнію, продолжительное лежаніе въ такомъ положеніи утомительно, а потому я въ клиникѣ употребляю изображенное здѣсь на рисункѣ приспособленіе Sellheim'a, которое трудно, конечно, имѣть въ частномъ домѣ.

Превосходное средство при продолжительныхъ и болѣзненныхъ родахъ представляетъ подкожное вырыскиваніе морфія (0,01—0,015).

Оно даетъ роженицѣ покой, часто сонъ, а между тѣмъ роды и родовая дѣятельность продолжаютъ своимъ чередомъ. Тѣмъ не менѣе, въ виду того, что впоследствии придется, быть можетъ, дать хлороформъ, не нужно назначать ни слишкомъ большихъ, ни слишкомъ частыхъ дозъ морфія.

То же самое нужно сказать и о продолжительномъ снѣ подъ вліяніемъ скополаминъ-морфія, по Krönig. Было бы идеаломъ, если бы роженица могла такимъ образомъ избавиться отъ своихъ страданій. Но относящіяся сюда сообщенія изъ нѣкоторыхъ клиникъ (Витт—Берлинъ) не очень благоприятны, и мы сами также видали вредное дѣйствіе отъ него на плодъ, такъ что примѣненіе скополамина именно при узкомъ тазѣ допустимо съ величайшей осторожностью. Мы даемъ для первой дозы 0,0003 скополамина вмѣстѣ съ 0,01 морфія; въ

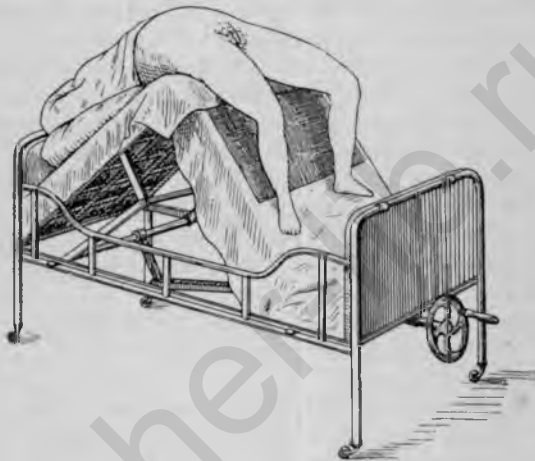


Рис. 66. Приспособленіе для лежащаго положенія по Walcher'y.

случаѣ надобности, черезъ нѣсколько часовъ дается повторно половинная доза скополамина (0,00015). Весьма важно предостеречь отъ назначенія при узкомъ тазѣ къ концу родовъ вдыханія хлороформа небольшими дозами—хотя бы и *solaminis causa*, потому что отъ этого постепенно ослабѣваютъ боли, и это вредитъ дѣтскому кровообращенію.

Единственное дѣйствительно специфическое леченіе родовъ при узкомъ тазѣ представляетъ *расширеніе таза*. Выше я уже объяснялъ, что наряду съ симфизиотоміей теперь можетъ быть еще только рѣчь о пубіотоміи, и точно формулировалъ также показанія для этой операціи. Послѣ предварительнаго примѣненія выжидательнаго способа пубіотомія должна быть произведена въ клиникѣ въ томъ случаѣ, когда головка, несмотря на сильныя родовыя боли, не можетъ вступить въ тазъ, а дальнѣйшее выжиданіе грозитъ опасностью. Далѣе, она показана, если существуетъ небольшая лихорадка, или грозитъ разрывъ, если сердечные тоны ребенка стали медленными или неправильными, словомъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ до сихъ поръ пробовали примѣнять высокіе щипцы, а если это не удавалось, то за ними слѣдовала перфорация, или въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ немедленно приступали къ перфорации на мертвомъ или живомъ плодѣ. Пубіотомія, слѣдовательно, заняла мѣсто кесарскаго сѣченія съ

относительнымъ показаніемъ высокихъ щипцовъ и прежде всего— перфораци на живомъ плодѣ, что составляетъ, конечно, громадное обогащеніе акушерства.

Въ настоящее время еще трудно сказать, слѣдуетъ ли производить пубіотомію въ частной практикѣ. Я безусловно противъ того, чтобы ее производилъ всякій практикующій врачъ. Но если вы имѣете по близости образованнаго специалиста, то операція можетъ быть произведена и въ частномъ домѣ, въ особенности по подкожному методу *Burnha и Wallchera*.

Въ меньшей степени можно назвать специфическимъ леченіемъ при узкомъ тазѣ *кесарское сѣченіе*. Оно безусловно должно быть произведено при всѣхъ служеніяхъ таза, въ которыхъ истинная конъюгата ниже 6,5, если ребенокъ живъ. Всякій врачъ, занимающийся акушерствомъ въ деревнѣ, можетъ оказаться вынужденнымъ произвести эту операцію, въ особенности на первородящихъ. Лучшее время для вмѣшательства представляетъ конецъ періода раскрытія (производство операціи см. выше). Кесарское сѣченіе съ относительнымъ показаніемъ въ моей клиникѣ въ значительной степени ограничено съ тѣхъ поръ, какъ мы дѣлаемъ пубіотомію; и сама роженица также легче рѣшается на послѣднюю операцію, чѣмъ на кесарское сѣченіе. Какую смертность обнаружатъ сравнительныя цифры обѣихъ операцій для матери и ребенка, еще покажетъ будущее.

Перейдемъ теперь къ вопросу о нехирургической *акушерской терапіи* при узкомъ тазѣ.

Прежде всего снова приходится выдвинуть положеніе, что щипцы, какъ вспомогательное средство, чтобы преодолѣть трудности родовъ при узкомъ тазѣ, противопоказаны.

А между тѣмъ въ частной практикѣ противъ этого положенія все еще страшно грѣшатъ. Изслѣдованія *Baisch'a* вполне выяснили, что и отъ высокихъ щипцовъ нельзя ждать ничего хорошаго, такъ что ихъ нужно вычеркнуть изъ употребленія и замѣнить въ клиникѣ пубіотоміей; въ частной же практикѣ врачу трудно совѣмъ обходиться безъ нихъ. Полученные отдѣльные результаты, касающіеся высокихъ щипцовъ, трудно объединить для общаго вывода, потому что понятіе о высокихъ щипцахъ въ различныхъ клиникахъ очень различно. Нѣкоторые разумѣютъ подъ высокими щипцами щипцы на подвижную головку, стоящую *надъ* тазовымъ входомъ. На основаніи вышеизложенныхъ принциповъ, это опредѣленіе должно быть окончательно вычеркнуто. Высокими или атипическими щипцами я называю такіе, которые накладываются на головку, *не стоящую еще въ тазу своимъ максимальнымъ діаметромъ*. Но она должна стоять на столько крѣпко, чтобы не отходить при попыткѣ наложить щипцы, и должна достигать своей опухолью приблизительно спинальной линіи.

Послѣ возможно продолжительнаго выжиданія, если существуетъ показаніе для вмѣшательства, сдѣлайте попытку наложить щипцы въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мы произвели бы пубіотомію. Если она не удастся, а между тѣмъ, вслѣдствіе грозящаго разрыва или лихорадки, необходимо ускорить родоразрѣшеніе, то вы немедленно перейдите къ перфораци, даже на живомъ плодѣ.

Щипцы, которые приходится наложить, вслѣдствіе истощенія женщины или плохого сердцебіенія плода на вполнѣ вставившуюся уже въ тазъ головку, не имѣютъ ничего общаго съ узкимъ тазомъ, какъ таковымъ.

Аналогично съ щипцами, дѣло обстоитъ также съ поворотомъ на ножки въ виду узкаго таза, или съ такъ называемымъ профилактическимъ поворотомъ. Выше я уже показаль вамъ, что показанія для него существуютъ очень рѣдко, только у многорожавшихъ съ плоскимъ (не общеслуженнымъ) тазомъ и при дѣлности пузыря.

Вaisc'h'u принадлежитъ заслуга, что онъ показаль, что профилактической поворотъ и въ клиникахъ также, гдѣ много примѣняли его, не далъ хорошихъ результатовъ для ребенка, и что выжиданіе съ послѣдующимъ хирургическимъ родоразрѣшеніемъ дало лучшіе результаты. Въ послѣдніе годы я уже почти не производилъ профилактическаго поворота, и потому я склоненъ ограничить примѣненіе его при узкомъ тазѣ до крайней степени.

Иначе обстоитъ, конечно, дѣло, если вы должны лечить при узкомъ тазѣ поперечное положеніе. Тогда нужно произвести поворотъ ребенка на ножки и извлечь его. Напомню вамъ, что въ такомъ случаѣ полезно всякое положеніе *Walcher'a*, чтобы облегчить послѣдующей головкѣ. прохожденіе черезъ тазъ. Даетъ ли въ такихъ случаяхъ въ клиникахъ лучшіе результаты пубіотомія, покажетъ будущее. Поворотъ на ножки при узкомъ тазѣ въ виду выпаденія пуповины также представляетъ вполне подходящий для васъ приемъ, если вправленіе не удастся; но онъ даетъ, къ сожалѣнію, плохіе результаты. Выше я уже показаль вамъ, что при узкомъ еще зѣвѣ немедленному повороту нужно предпочесть возстановленіе начальнаго поперечнаго положенія при помощи метрейринтера.

Извлеченіе ребенка за ягодицы или за ножки производится и при узкомъ тазѣ по общимъ правиламъ. Не извлекайте только слишкомъ рано, только если есть настоящее показаніе! Значительная часть дѣтей погибаетъ въ частной практикѣ только потому, что слишкомъ рано приступаютъ къ извлеченію. Остальные вспомогательныя средства тѣ же, какъ и вообще при извлеченіи послѣ поворота.

Наконецъ, перфорация и краниоклазія. Въ противоположность пубіотоміи, специфической операціи при узкомъ тазѣ и живомъ ребенкѣ, она представляетъ при узкомъ тазѣ специфическую операцію для извлеченія мертваго плода. Тамъ — расширеніе таза, здѣсь — уменьшеніе объекта родовъ. Если мы стремимся вообще, чтобы перфорация на живомъ плодѣ совершенно исчезла изъ клиники и чтобы ограничить ее до минимума въ частной практикѣ, то при мертвомъ плодѣ ее, наоборотъ, слѣдовало бы примѣнять въ большемъ объемѣ, чѣмъ это имѣло мѣсто до сихъ поръ.

Замѣтьте, м. г.: высокіе щипцы на мертвомъ плодѣ—прегрѣшеніе противъ искусства. Въмѣсто нихъ безусловно должна быть произведена перфорация. Такая же ошибка—насильственное извлеченіе послѣдующей головки, если ребенокъ успѣлъ между тѣмъ умереть; и здѣсь также показана перфорация. Такъ какъ она уменьшаетъ объемъ дѣтскаго черепа, то онъ не вредитъ больше материнскимъ тканямъ, и вы всегда можете оставить себѣ достаточно времени для производства перфорации и краниоклазіи. При поперечномъ положеніи и мертвомъ плодѣ вы также откажитесь лучше отъ тяжелаго поворота, Напротивъ, само собой понятно, что простой акушерскій поворотъ и при мертвомъ плодѣ заслуживаетъ предпочтенія передъ эмбриотоміей.

Въ заключеніе я хочу еще вкратцѣ рассмотретьъ отдѣльныя формы таза, но считаю нужнымъ подчеркнуть при этомъ, что невозможно для каждой спеціальной формы таза построить особую схему веденія родовъ. Съ научными цѣлями можно, конечно, рассмотретьъ укороченіе конъюгаты различныхъ тазовъ. Но практически это безцѣльно, такъ какъ извѣстно, какъ легко возможны на живой роженицѣ ошибки въ  $\frac{1}{2}$  см. при измѣреніи истинной конъюгаты. А потому я твердо придерживаюсь установленнаго Michaelis-Litzmann'омъ подраздѣленія, которое признаетъ три степени суженія таза:

1. Абсолютно узкіе тазы съ истинной конъюгатой, начиная съ 6,5 см. и менѣе, тазы для кесарскаго сѣченія.



Рис. 67. Простой плоскій тазъ. Ист. конъюг. 8,0, поперечный діам. 13,5.

2. Тазы съ истинной конъюг. въ 6,5—9 см. при плоскомъ и въ 9,5 при общесуженномъ тазѣ, которые на практикѣ всего чаще являются причиной затрудненій при родахъ.

3. Наконецъ, тазы съ истинной конъюг. выше 9 или 9,5 см., при которыхъ роды протекаютъ въ общемъ нормально, и которые требуютъ вмѣшательства акушера только случайно при большомъ ребенкѣ, неблагоприятномъ вставленіи, неправильныхъ боляхъ.

Если вы спросите меня, какія формы встрѣчаются на практикѣ всего чаще, то вотъ вамъ отвѣтъ: это зависитъ отъ мѣста вашей дѣятельности. Какъ мы уже указывали выше, въ большихъ промышленныхъ округахъ господствуетъ рахитъ, въ другихъ мѣстахъ—общесуженный и плоскій тазы.

Съ точки зрѣнія акушерства нѣтъ, разумѣется, большой разницы между относительно рѣдкимъ просто плоскимъ и рахитически плоскимъ

*Примѣчаніе.* Фотографическіе снимки изображенныхъ здѣсь и далѣе тазовъ я своевременно приготовилъ по превосходной коллекціи тазовъ въ Галле и публикую ихъ здѣсь съ разрѣшенія нынѣшняго директора женской клиники въ Галле, коллеги Veit'a.

тазомъ. Въ послѣднемъ преобладаютъ, конечно, симптомы рахита. Первый, встречающийся даже у хорошо сложенныхъ вообще женщинъ, иногда



Рис. 68. Рахитически-плоскій тазъ. Истинн. конъюг. 7,8; попер. діам. 13,0.

распознается только во время родовъ, благодаря низкому стоянію большаго родничка. При обѣихъ формахъ всего лучше результаты даетъ



Рис. 69. Общеравномерно суженный тазъ. Ист. конъюг. 8,7; попер. діам. 11,5.

выжидательный способ; если же онъ оказывается недостаточнымъ, то дѣлають пубіотомію или въ частной практикѣ — попытку наложить щипцы, иногда съ послѣдующей перфораціей; при своевременномъ распознаваніи во время беременности производять искусственные преждевременные роды.

Отличіе общеравномѣрно суженнаго отъ общенеравномѣрно суженнаго таза (Michaelis) представляетъ иногда довольно значительныя затрудненія, между тѣмъ какъ распознаваніе общесуженнаго рахитически-плоскаго таза въ большинствѣ случаевъ легко уже потому, что и скелетъ въ этихъ случаяхъ представляетъ большія измѣненія.

Здѣсь все зависитъ, конечно, главнымъ образомъ отъ величины дѣтскаго черепа, отъ его вставленія, отъ родовой дѣятельности, каковыми



Рис. 70. Общеравномѣрно суженный тазъ (Michaelis). Ист. конъюг. 8,0; попер. діам. 12,7.

моментами и опредѣляется рѣшеніе, насколько возможно проводить роды выжидательнымъ способомъ. При наиболѣе высокихъ степеняхъ развитія данныхъ формъ, въ особенности при рахитическомъ тазѣ, при зрѣломъ и живомъ плодѣ уже съ самаго начала нужно ожидать кесарскаго сѣченія.

При равномѣрно и неравномѣрно суженномъ тазѣ средней степени возможны всѣ способы родоразрѣшенія: силы природы, пубіотомія, кесарское сѣченіе, перфорація. Здѣсь иногда трудно опредѣлить заранѣе, достаточно ли увеличить пубіотомію размѣръ таза, чтобы сдѣлать возможнымъ прохожденіе большой головки.

Будьте осторожны при выборѣ этихъ случаевъ для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. То же нужно сказать и о мужскомъ или воронкообразномъ тазѣ, который неоднократно распознается лишь тогда, когда головка встрѣчаетъ при выходѣ величайшія затрудненія.

Изъ рѣдкихъ формъ таза вы относительно чаще все таки встрѣтите остеомалатическій. Спорадическіе случаи вначалѣ часто не распознаются, существующія боли принимаются за ревматическія. Но какъ только вамъ пришла на мысль возможность остеомалации, вы сейчасъ же откроете существующую или еще только начинающуюся деформацию. Развитыя же формы, напротивъ, распознаются чрезвычайно легко.

Псевдо-osteomalатическій тазъ по своей формѣ совершенно подобенъ истинному. Рѣшаетъ вопросъ анамнезъ, такъ какъ при псевдомалации дѣло всегда идетъ объ особаго рода остеопорозѣ, болѣзни, совершенно различной отъ рахита, деформирующаго тазъ въ раннемъ дѣтствѣ. Что касается веденія родовъ, то не забывайте при легкихъ степеняхъ истин-



Рис. 71. Рахитически-общесузженный плоскій тазъ. Ист. конъюг. 6,0; попер. діам. 8,0.

ной остеомалации, что въ такихъ случаяхъ можно ожидать извѣстной податливости костей (*osteomalacia cerea*), такъ что головка часто проходитъ еще послѣ того, какъ уже принято рѣшеніе произвести кесарское сѣченіе. При высокихъ степеняхъ остеомалатического таза кесарское сѣченіе представляетъ единственно возможный способъ проведенія родовъ, а въ интересахъ излеченія женщины, и чтобы избѣжать повторныхъ тяжелыхъ родовъ, умѣстна именно операція кесарскаго сѣченія по Рогго. Отъ производства искусственнаго выкидыша въ ранніе мѣсяцы беременности здѣсь нужно совершенно отказаться.

Косо-суженный тазъ также распознать нетрудно. Въ частности, такъ называемый *Naegeler'skij*, анкилотически-косо-суженный и коксальгическій. Въ послѣднемъ суженная половина таза соотвѣтствуетъ то больной, то здоровой сторонѣ. Относительно теченія родовъ нельзя высказать никакихъ общихъ правилъ. Если вставленіе черепа соотвѣт-



ствуеѣтѣ формѣ тазового входа, то могутѣ послѣдовать даже самопроизвольные роды. Результаты акушерской помощи при косо-сѣуженномѣ



Рис. 72. Остеомалатическій тазъ.

тазѣ въ прежніе годы, въ теченіе десятковѣ лѣтъ, были неблагопріятны. Такѣ какѣ пубіотомія во вниманіе къ анкилозу здѣсь отпадаетѣ, то вы должны по возможности дольше придерживатьсѣ выжидательнаго способа. Если бы роды *per vias naturales* оказались невозможными, то при живомѣ ребенкѣ нужно сдѣлать кесарское сѣченіе, а на мертвомѣ плодѣ—перфорацию.



Рис. 73. Анкилотически-косо-сѣуженный тазъ (Nägele).

Спондилолистетическій, кифотическій тазъ, тазы съ двусторонними вывихами, съ расщепленіемѣ симфиза, съ опухолями костей и хрящей въ встрѣтите въ вашей практикѣ гораздо рѣже.

Распознавание первых двух форм не трудно. При спондилолистетическом тазѣ должно броситься въ глаза сильное сгибаніе туловища впередъ, которое выравнивается, благодаря меньшему наклоненію таза, такъ что кажется, будто туловище погружено въ тазъ. Внутри обыкновенно нетрудно констатировать соскальзываніе послѣдняго поясничнаго позвонка и достигнуть надъ нимъ мѣста раздѣленія аорты. Еще легче распознать кифотическій тазъ, если дѣло идетъ о глубоко сидящемъ кифозѣ позвоночника. Характерны для него: удлиненіе истинной конъюгаты и возрастающее къ выходу укороченіе въ особенности поперечнаго діаметра. При этой формѣ еще легче, чѣмъ при спондилолистетической, могутъ



Рис. 74. Рахитически-сколіотически-косо-суженный тазъ.

послѣдовать самопроизвольные роды, и притомъ, благодаря прилеганію матки въ концѣ беременности къ вытянутой назадъ пояснично-крестцовой части позвоночника, поразительно часто наблюдается переднее темянное положеніе. Я видалъ также самопроизвольные роды и при спондилолистетическомъ тазѣ, иногда же приходилось прибѣгать къ кесарскому сѣченію или перфорациі.

Всѣ старыя статистики, касающіяся смертности при этихъ рѣдкихъ формахъ таза, не имѣютъ теперь никакой цѣнности, такъ какъ онѣ въ большинствѣ случаевъ относятся къ доантисептическимъ временамъ. И здѣсь также вы можете сдѣлать многое выжиданіемъ и строго антисептическимъ веденіемъ родовъ, но вы не должны также упускать удобный моментъ для вмѣшательства, которое заключается большей частью въ кесарскомъ сѣченіи. Наконецъ, при измѣненныхъ опухолями тазахъ вамъ уже сразу будетъ ясно, что только кесарское сѣченіе можетъ спасти мать и ребенка.

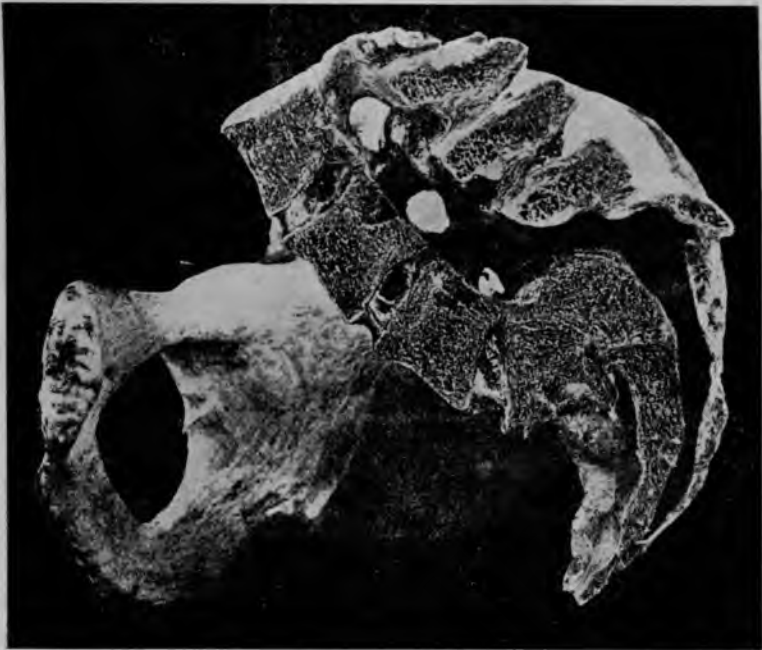


Рис. 75. Спондилолистетический тазъ.



Рис. 76. Кифотический тазъ. Ист. конъюг. 12,5; ист. діам. 12,5.

Если вы теперь въ заключение бросите, м. г., ретроспективный взглядъ на всю область оперативнаго акушерства, то вы съ чувствомъ удовлетворенія признаете, что и акушерство не остановилось въ своемъ развитіи, что и ему также принадлежитъ извѣстная доля честнаго труда и участія въ успѣхахъ, достигнутыхъ въ оперативной техникѣ, благодаря системѣ Lister'a. Характеръ его съ тѣхъ поръ совершенно измѣнился. Къ акушерству старыхъ мастеровъ присоединилась широкая хирургическая область. Последняя предъявляетъ къ современному акушеру гораздо большія требованія въ смыслѣ знанія и умѣнья, чѣмъ прежде. Но вы испытываете за то удовлетвореніе, когда вамъ не приходится, какъ прежде



Рис. 77. Остеосаркома крестцовой кости.

пассивно ждать гибели матери и плода, или когда вы можете спасти, по крайней мѣрѣ, мать. При правильномъ же распознаваніи и образѣ дѣйствія вы во всѣхъ случаяхъ—если только не присоединится какое нибудь несчастное стеченіе обстоятельствъ—оставите постель роженицы съ чувствомъ удовлетворенія, что вы спасли и *мать* и *ребенка*: высшая цѣль для насъ, акушеровъ!

А тѣмъ, что вы не должны болѣе опасаться дальнѣйшаго теченія послѣродоваго періода, вы обязаны побѣдителю родильной лихорадки, имя котораго

**Ignaz Semmelweis.**

