

Д. Д. Поповъ.

Профессоръ клиники акушерства и женскихъ болѣзней ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи.

ТЕРАПІЯ РОДОВЪ

ПРИ

УЗКОМЪ ТАЗЪ.

Съ 7 рис. въ текстѣ и 9 цвѣтными рис. на 6 табл.



*Тубокуратовскому
Соломону Михайловичу
отъ припадковъ
Н. С. 1912 г.
С. П. 20*

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издательство «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).
Ф. В. Эттингеръ.

Б. Сампсоньевскій просп., бг.
1912.

Оглавление.

	стр.
Введение.	
Хирургическое направление въ акушерствѣ	1
Самостоятельное родоразрѣшеніе при узкихъ тазахъ	13
Щипцы	18
Щипцы высокіе	22
Щипцы полостные и выходныя	33
Исходъ операціи наложенія щипцовъ	50
Преждевременныя роды	84
Поворотъ	98
Перфорация	112
Пубіотомія	130
Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе	144
Разрывы матки	157
Происхожденіе разрывовъ матки	159
Распознаваніе разрывовъ матки	167
Леченіе полныхъ разрывовъ матки	171
Неоперативное леченіе	171
Оперативное леченіе разрывовъ матки	189
Къ вопросу о транспортированіи рожениць съ угрожающими и происшедшими разрывами матки	201

ВВЕДЕНИЕ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ВЪ АКУШЕРСТВѢ.

- Baisch.*—Das enge Becken.—Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn.—K. Franz u. I. Yeit. Wiesbaden 1909.
- Онъ-же.*—Zentralbl. f. Gyn. 1907 № 10.
- Онъ-же.*—Reformen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig 1907.
- Bürger.*—Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. Bd. XII.
- Döderlein* по Baisch'y.—Reformen u. s. w.
- Fehling.*—Ueber die Anzeigen für die Zangenoperation.—Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. VII, Heft 3.
- Freund.*—v. Winckel's Handbuch d. Geburtsh. Bd. II, 3, S. 2190.
- Fritsch.*—Die Indicationstellung zur Symphyseotomie.—Beitr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III (1910).
- Hartog.*—Die klinische Bedeutung der Beweglichkeit der Beckengelenke für die Geburt.—Zentr. f. Gyn. 1904 № 49.
- Hegar* по Baisch'y.—Das enge Becken.
- Y. Herff.*—Anstaltsgeburtshülfe und Hausgeburtshülfe.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIV, Heft 6.
- Hofmeier.*—Ueber die Berechtigung einer activen Richtung in der geburtshilflichen Therapie.—Zeitschr. f. Gyb. u. Gyn. Bd. LIX.
- Kannegiesser, L.*—Ueber subcutane Hebotomie auf Grund von weiteren 30 Fällen und über die „Dauererfolge“ der Operation.—Arch. f. Gyn. Bd. 81, Hft 3.
- Krönig.*—Zentralbl. f. Gyn. 1904, №№ 11 и 20.
- Leopold.*—Beiträge zur Therapie beim engen Becken.—Berlin 1907.
- Magnu.*—Ein Beitrag zur Therapie des engen Beckens.—Diss. Königsberg 1902.
- Martin.*—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1909.
- Müller.*—Sammlung Klinisch. Vortr. N. F. № 264.
- Olshausen-Veit.*—Lehrbuch d. Geburtshülfe 1902.
- Perret.*—Céphalomètre.—Soc. d'Obstétrique de Paris T. I 1898.
- Pinard.*—Rapport de la sympl yséotomie. 11-e Congrès internat. des sciences médicales à Rome 1894.
- Онъ-же.* Clinique obstétricale. Paris 1899.
- Reifferscheid* (Fritsch)—Ueber Geburten bei engen Becken. Festschrift f. Fritsch Leipzig 1902.
- Онъ-же.*—Ueber die Berechtigung der Hebotomie. Zentr. f. Gyn. 1910, № 3.
- Runge.*—Lehrbuch d. Geburtshülfe. 1896.
- Schauta.*—Lehrbuch d. gesammten Gynäkologie. Leipzig—Wien 1896.
- Schläfli.*—700 Hebotomien.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 54.
- Scupiades.*—Zentr. f. Gyn. 1907, № 22.
- Sellheim.*—Zentr. f. Gyn. 1904, №№ 11 u. 20.
- Skutsch.*—Die Beckenmessung an der lebenden Frau.—Jena 1887.
- Walcher.*—Zentralbl. f. Gyn. 1889, S. 892;—1899, S. 1060;—1901, S. 845.
- Онъ-же.*—Bedenken gegen die Symphyseotomie.—Zentr. f. Gyn. 1893. № 25.
- Wilcke.*—Das Geburtsgewicht der Kinder beim engen Becken. Inaug. Diss. Halle 1902.
- Yamasaki* (Fritsch)—Ueber Geburten bei engem Becken.—Arch. f. Gyn. Bd. 91 Heft 2.
- Zweifel.*—Lehrbuch der Geburtshülfe. IV Aufl. Stuttgart 1895.

Въ практической акушерской дѣятельности врачу обычно приходится имѣть дѣло съ тѣми или другими отклоненіями въ теченіи родового акта, и наиболѣе частой причиной неправильныхъ родовъ служить узкій тазъ.

Если вообще практическая дѣятельность врача-акушера отвѣтственна и тяжела, то особенно это сказывается при веденіи случаевъ патологическихъ родовъ при узкомъ тазѣ, когда нерѣдко опасность угрожаетъ двумъ жизнямъ—жизни матери и жизни плода и когда нерѣдко возникаетъ вопросъ о необходимости принести въ жертву одну изъ жизней для спасенія другой, именно жизнь ребенка для спасенія жизни матери.

Для успѣшнаго рѣшенія вопроса относительно выбора наиболѣе подходящаго способа родоразрѣшенія врачъ-акушеръ долженъ быть основательно знакомъ не только теоретически, но и практически съ терапіей родовъ при узкомъ тазѣ—этимъ важнымъ отдѣломъ патологическаго акушерства.

Только постоянное личное наблюденіе и изученіе теченія родовъ при узкомъ тазѣ со всѣми разнообразными отклоненіями позволяетъ овладѣть основательно различными оперативными способами леченія и выработать акушерское мышленіе, отвѣчающее современнымъ научнымъ требованіямъ.

Для практическаго врача-акушера не только важно основательное знаніе своей спеціальности, но необходимы быстрая сообразительность, развитое логическое мышленіе и спеціальная техническая опытность, что является частью врожденными особенностями, частью приобрѣтается при постоянной ежедневной работѣ въ клиникахъ и родовспомогательныхъ учрежденіяхъ.

По характеру своей дѣятельности хирургъ также переживаетъ тяжелыя минуты, когда онъ долженъ быстро, увѣренно, вполне сознательно подавать помощь при опасныхъ обильныхъ кровотеченіяхъ, при угрожающихъ удушеніяхъ и при тяжелыхъ брюшныхъ поврежденіяхъ и т. п. Но вѣдь эти случаи встрѣчаются крайне рѣдко въ практической дѣятельности врача-хирурга.

Во всѣхъ другихъ отрасляхъ практической медицины спѣшное рѣшеніе вопроса не есть крайняя необходимость, невѣрный или сомнительный діагнозъ удается при повторномъ изслѣдованіи улучшить и дополнить, и соответствующее леченіе спокойно обдумать или безъ ущерба для больного измѣнить.

Акушеру въ практической его дѣятельности, наоборотъ, крайне часто приходится встрѣчать самые запутанные случаи, въ которыхъ онъ тотчасъ долженъ подавать помощь и при этомъ на размышленіе и обдумываніе въ распоряженіи его имѣется только нѣсколько минутъ—собственно, онъ располагаетъ только тѣмъ временемъ, которое необходимо для мытья рукъ передъ тѣмъ, какъ онъ намѣренъ приступить къ тому или другому оперативному вмѣшательству. Ошибка въ діагнозѣ и неправильный выборъ способа искусственнаго родоразрѣшенія влекутъ за собой не только тяжелыя поврежденія матери, требующія продолжительнаго выздоровленія, но часто приводятъ къ непоправимымъ результатамъ, имѣющимъ своимъ слѣдствіемъ смерть матери и плода.

Самымъ важнымъ подспорьемъ въ рѣшеніи акушерской

задачи о несоотвѣтствіяхъ между размѣрами таза и величиною дѣтской головки и лучшія средства для установки показаній къ оперативному вмѣшательству и выбору того или другого способа терапіи даетъ лишь внимательное наблюденіе за теченіемъ родового акта. Нужно однако сказать, что нерѣдко, даже при самомъ тщательномъ наблюденіи за родами, у акушера возникаютъ сомнѣнія: что же лучше—выжидать ли съ рискомъ потерять ребенка, или—профилактически оперировать и быть можетъ совершенно напрасно.

Такимъ образомъ врачъ-акушеръ, собственно говоря, во многихъ случаяхъ оперируетъ или слишкомъ поздно, или слишкомъ рано, но не тогда, когда въ дѣйствительности слѣдуетъ оперировать.

Мы въ своей акушерской дѣятельности принципиально придерживались выжидательнаго направленія при веденіи родовъ при узкомъ тазѣ, какъ дающаго наилучшіе результаты для матери и для ребенка. Въ дальнѣйшемъ мы и представимъ полученные нами результаты на матеріалѣ завѣдуемыхъ нами городскихъ пріютовъ (послѣдовательно—XIII-го, Нарвскаго и Литейнаго) съ лѣта 1900 года по январь 1910 года, гдѣ было проведено 10236 родовъ, среди которыхъ было 1729 случаевъ съ узкими тазами, на которыхъ мы и имѣемъ въ виду въ дальнѣйшемъ остановиваться при изложеніи нашихъ собственныхъ наблюденій. Мы позволимъ себѣ обратить вниманіе на характеръ нашего матеріала, нѣсколько отличающагося отъ матеріала клиническаго. Надо помнить, что матеріалъ городскихъ родильныхъ пріютовъ есть именно матеріалъ огромной массы практическихъ врачей, матеріалъ съ болѣе или менѣе часто встрѣчающимися его особенностями и патологическими отклоненіями, въ то время какъ матеріалъ клиническій — отборный, съ большимъ процентомъ патологическихъ явленій.

Вотъ почему намъ думается, что сводка полученныхъ нами данныхъ, разработка нашего матеріала, предпринятая нами въ отношеніи установки показаній, и опубликованіе результатовъ произведенныхъ нами оперативныхъ вмѣшательствъ, проведенныхъ подъ наблюденіемъ одного и того же лица, при одной и той же, приблизительно, обстановкѣ и съ помощниками и помощницами одной и той же категоріи, имѣетъ значительный интересъ для практическаго врача.

Указывая уже раньше на трудности, представляющіяся практическому врачу при выборѣ способовъ родоразрѣшенія, мы позволимъ себѣ прибавить здѣсь, что самое рѣшеніе вопроса въ смыслѣ предсказанія о благоприятномъ теченіи родовъ или необходимости того или другого оперативнаго вмѣшательства нерѣдко представляетъ собою трудности, равносильныя рѣшенію задачи со многими неизвѣстными.

Какъ извѣстно, теченіе родовъ обусловливается многими слагаемыми—отношеніемъ дѣтской головки къ размѣрамъ таза матери и энергіей изгоняющихъ силъ—работою мускулатуры матки и брюшнаго пресса.

Измѣреніе таза на живой женщинѣ несмотря на предложенные (Bylicki, Skutsch, Gauss и др.) улучшенные методы измѣренія ихъ размѣровъ, даетъ еще слишкомъ неточные

результаты и, прежде всего, опредѣленіе важнѣйшаго прямого размѣра входа таза связано со многими источниками ошибокъ.

Опредѣленіе величины прямого размѣра таза, какъ извѣстно, производится прямымъ измѣреніемъ *Conj. vera* или вычисленіемъ по *Conj. diag.* путемъ вычитанія нѣкоторой величины.

Въ виду неточности получаемыхъ результатовъ, даже въ клиникѣ нельзя рекомендовать практическому врачу обязательно производить непосредственно измѣренія сложными инструментами прямого размѣра таза, тѣмъ болѣе, что введеніе инструментовъ въ родовыя пути беременныхъ и роженицъ можетъ быть связано съ причиненіемъ боли и поврежденіемъ родового канала.

Равнымъ образомъ, на точность опредѣленія *Conj. vera* по *Conj. diag.* при помощи вычитанія извѣстной величины также нельзя полагаться, потому что вычитаемая величина эта значительно разнится въ зависимости отъ высоты и толщины симфиза и наклоненія таза. Насколько большой субъективизмъ вносится при опредѣленіи *Conj. vera* по *Conj. diag.*, это видно изъ того, что, напримѣръ, Zweifel, Döderlein, Krönig, Baisch какъ правило вычитаютъ изъ *Conj. diag.* 2 сантиметра, Runge же—1,8—2,0 сантиметра, а Magnus (Winter) 1,7—2,0 сантиметра.

Насколько *Conj. vera* не является постоянной величиной, а стоитъ въ зависимости отъ различной степени наклоненія таза, на это указываютъ изслѣдованія Walcher'a, предложившаго увеличивать прямой размѣръ таза съ помощью опусканія ногъ.

Hartog своими изслѣдованіями доказалъ, что величина *Conj. vera* можетъ рѣзко колебаться въ зависимости отъ положенія тѣла; по его изслѣдованіямъ, колебанія въ измѣненіи величины прямого размѣра могутъ доходить до 0,7 сантиметра.

Для упрощенія рѣшенія акушерской задачи Hegar и Baisch'у съ практической точки зрѣнія считаютъ достаточнымъ установить 2 группы узкихъ тазовъ. Границей между этими обѣими группами тазовъ Hegar принимаетъ тазы съ *Conj. vera*—8,0 сантиметра, а Baisch—съ *Conj. vera*—7,5 сант., потому что при *Conj. vera* ниже этого размѣра исключается обычно возможность произвольныхъ родовъ доношеннымъ младенцемъ.

При узкихъ тазахъ съ *Conj. vera* выше этой границы по Baisch'у и до 9,5 сант., какъ правило, наблюдаются произвольные роды, хотя иногда также можно ожидать нѣкоторыхъ затрудненій и необходимо бываетъ примѣненіе оперативнаго вмѣшательства. При тазахъ же ниже этой границы и до 5,5 сант. показуется производство кесарскаго сѣченія при относительныхъ показаніяхъ и перфорация, а при тазахъ съ *Conj. vera* ниже 5,5 сант. только кесарское сѣченіе.

Разница въ 1--2 миллиметра при измѣреніи прямого размѣра таза само собой не можетъ играть существенной роли, въ особенности, если принять во вниманіе почти невозможность установить другія данныя, участвующія въ родовомъ актѣ, какъ напримѣръ—величину, плотность, способность головки къ конфигураціи и силу сокращенія мускулатуры матки и работы брюшнаго пресса.

По нашему мнѣнію, практическаго врача скорѣе должна интересовать верхняя граница суженія таза, ниже которой тазъ уже нужно разсматривать, какъ суженный. Беременную или роженицу съ таковымъ тазомъ практической врачъ обязанъ направлять въ клинику или другое, соотвѣтствующимъ образомъ обставленное родильное учрежденіе.

Клиницистамъ же приходится считаться главнымъ образомъ съ нижней границей суженія таза, ниже которой они не могутъ разсчитывать, что родоразрѣшеніе совершится черезъ естественные родовые пути, и потому должны въ такихъ случаяхъ прибѣгать къ кесарскому сѣченію; такимъ размѣромъ нужно считать *Conj. vera* = 5 — 5,5 сант.

При современномъ состояніи терапіи при узкомъ тазѣ важно, чтобы беременная съ узкимъ тазомъ своевременно попала въ клинику или родильное учрежденіе, гдѣ бы можно было окружить ее соотвѣтствующимъ уходомъ, а въ случаѣ затрудненія при родовомъ актѣ—произвести то или другое оперативное вмѣшательство при условіяхъ асептики.

Здѣсь же мы позволимъ себѣ указать, что за послѣднее время произошло нѣкоторое измѣненіе во взглядахъ акушеровъ относительно частоты встрѣчающихся формъ узкихъ тазовъ; такъ, Sellheim доказываетъ, что простой плоскій тазъ, считавшійся прежде наиболѣе часто встрѣчаемой формой узкихъ тазовъ, въ дѣйствительности едва-ли существуетъ и что эти тазы нужно относить, собственно говоря, къ рахитическимъ.

Результатомъ новѣйшихъ изслѣдованій (Baisch, Scipia-des) явилось и измѣненіе взгляда на теченіе родовъ при общесуженныхъ тазахъ, при чемъ этими изслѣдованіями не подтверждается вообще распространенное ученіе, что прогнозъ при этой формѣ тазовъ наиболѣе неблагоприятный. Не форма таза, величина прямого размѣра его, главнымъ образомъ, важна для предсказанія и для возможности самопроизвольныхъ родовъ, а потому для практическихъ цѣлей акушеровъ величина этого размѣра должна прежде всего останавливать на себѣ ихъ вниманіе. Однако при одинаковомъ суженіи прямого размѣра входа таза роды при общесуженномъ тазѣ протекають гораздо благоприятнѣе, чѣмъ при рахитическомъ плоскомъ тазѣ. Наиболѣе же неблагоприятный прогнозъ даютъ тѣ тазы, когда общее суженіе ихъ осложняется, еще уплотненіемъ таза.

Значительная частота самопроизвольныхъ родовъ при общесуженныхъ тазахъ зависитъ частью отъ того, что женщины съ этими тазами рожаютъ относительно малыхъ дѣтей (Baisch, Wilcke).

Мы уже сказали, что теченіе родового акта стоитъ въ большой зависимости отъ величины головки плода, но не меньшее значеніе имѣетъ также способность ея конфигурироваться и вставляться во входъ таза. Однако, эти факторы родового акта на живой женщинѣ или совершенно не поддаются точному опредѣленію, или же ихъ удается оцѣнивать лишь до извѣстной степени.

Что касается величины дѣтской головки, то мы только до извѣстной степени можемъ составить себѣ общее представленіе о ней путемъ ощупыванія и измѣренія и то лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда она стоитъ надъ входомъ таза; что же касается опредѣ-

ленія поперечнаго размѣра головки, играющаго особенно важную роль въ родовомъ актѣ, то опредѣленіе его представляется совершенно невозможнымъ. Сдѣланное въ этомъ отношеніи Регрет предложеніе измѣренія головки посредствомъ его циркуля черезъ брюшныя стѣнки также далеко неоправдало возлагаемыхъ на него надеждъ.

Относительно опредѣленія возможности прохожденія головки черезъ входъ таза съ помощью Hofmeister'овскаго вдавливанія головки мнѣніе авторовъ значительно расходится.

Fritsch считаетъ, что этотъ приемъ Hofmeister'a помогаетъ болѣе опредѣленно высказаться о показаніяхъ къ симфизиотоміи. Если, по Fritsch'у, вдавленіе головки не достигается и въ Walcher'овскомъ положеніи, то уже нечего рассчитывать, что головка пройдетъ входъ таза при развитіи родовой дѣятельности. Основываясь на этихъ данныхъ, по Fritsch'у, избѣгаютъ наложенія высокихъ щипцовъ и связанныхъ съ ними поврежденій и, пользуясь этими данными, сокращаютъ время выжиданія при помощи искусственнаго родоразрѣшенія, уменьшая, такимъ образомъ, опасность, связанную съ продолжительнымъ давленіемъ головки на стѣнки родового канала.

Напротивъ, Müller придерживается того мнѣнія, что искусственное вдавливаніе головки по Hofmeister'у съ помощью пальцевъ въ продолженіе нѣсколькихъ минутъ ни коимъ образомъ нельзя сравнивать съ естественнымъ воздѣйствіемъ родovýchъ силъ въ продолженіе цѣлыхъ часовъ. При неудавшейся попыткѣ вставленія головки по Hofmeister'у еще не исключается, говоритъ Müller, прохожденіе ея черезъ входъ таза при развитіи дѣйствія родovýchъ силъ.

Olshausen и Veit совѣтуютъ этотъ способъ въ случаяхъ большой слабости болѣй и даже тогда, если шейка растянута, хотя въ этихъ случаяхъ, по ихъ мнѣнію, онъ далеко не безопасенъ.

Болѣе опредѣленно въ этомъ отношеніи высказывается Freund, который предостерегаетъ отъ примѣненія вдавливанія головки по Hofmeister'у при чрезмѣрномъ растяженіи шейки. Этотъ авторъ лично наблюдалъ при подобной попыткѣ вдавливанія головки происхожденіе разрыва матки, что должно внушать болѣшую осторожность при пользованіи этимъ методомъ.

Что касается до другихъ факторовъ, какъ напр. конфигураціи, особенности вставленія дѣтской головки въ тазъ и энергіи родovýchъ болѣй, то они впервые могутъ быть оцѣниваемы только въ теченіи самихъ родовъ.

Потому внимательное наблюденіе за теченіемъ родового акта является пока самымъ важнымъ подспорьемъ въ рѣшеніи вопроса о диспропорціяхъ между величиною дѣтской головки и размѣрами таза матери. Выясненію этого вопроса частью могутъ помогать и анамнестическія данныя, но таковыя имѣютъ цѣну лишь тогда, если они почерпнуты изъ точныхъ протоколовъ, составленныхъ относительно теченія предыдущихъ родовъ. Что же касается данныхъ, сообщаемыхъ самими роженицами, то на нихъ обычно нельзя обосновываться, ибо они весьма неточны и полны ложныхъ указаній, въ особенности при малой культурности большинства нашихъ роженицъ.

Мы въ своей акушерской дѣятельности, какъ сказано выше, придерживались принципиально выжидательнаго направленія при веденіи родовъ при узкихъ тазахъ, какъ дающаго наилучшіе результаты для матери и для ребенка.

Большинство акушеровъ придерживающихся, какъ и мы выжидательнаго направленія (Hofmeier, Leopold, Döderlein, Bürger) не потеряли при произвольныхъ родахъ ни одной матери, и смертность дѣтей у нихъ колеблется отъ 5% до 10%.

Само собою разумѣется, вслѣдствіе указанной смертности дѣтей, напрашивается невольно возраженіе этому выжидательному направленію, а именно, быть можетъ, примѣненіе болѣе частаго профилактическаго оперативнаго вмѣшательства—высокихъ щипцовъ, профилактическаго поворота и т. п., могло бы уменьшить эту смертность дѣтей. Однако строгое взвѣшивание результатовъ, получаемыхъ при выжидательномъ направленіи, съ таковыми же при болѣе частомъ примѣненіи профилактическихъ оперативныхъ вмѣшательствъ, предпринимаемыхъ въ интересахъ дѣтей, показываетъ, что болѣе активное направленіе при родоразрѣшеніяхъ ведетъ къ еще большей потерѣ дѣтей и вызываетъ большую потерю или болѣе частое заболѣваніе матерей.

Наиболѣе рациональнымъ вообще и, въ особенности, въ практическомъ акушерствѣ мы считаемъ въ цѣляхъ уменьшеніе смертности дѣтей—это болѣе частое своевременное примѣненіе типичныхъ полостныхъ или выходныхъ щипцовъ, какъ это также рекомендуется Hofmeier'омъ, Fehling'омъ, Herff'омъ.

Что же касается современнаго хирургическаго направленія въ акушерствѣ поддерживаемаго преимущественно Pinard'омъ, Zweifel'емъ и его школой (Döderlein, Krönig, Menge) и находящаго себѣ противниковъ въ лицѣ Hofmeier'a, Fehling'a, Martin'a, Herff'a и др., предостерегающихъ отъ увлеченія большими оперативными хирургическими вмѣшательствами, какими являются тазорасширяющія операціи и кесарское сѣченіе, то существующія въ этомъ отношеніи данныя еще пока недостаточны для правильнаго разрѣшенія вопроса, какой изъ этихъ взглядовъ представляется наиболѣе вѣрнымъ. Во всякомъ случаѣ даже противники хирургическаго направленія въ акушерствѣ, какъ Hofmeier, согласны съ сторонниками его въ томъ отношеніи, что благодаря примѣненію тазорасширяющихъ операцій и кесарскаго сѣченія при относительныхъ показаніяхъ удается спасти больше дѣтей; такъ при помощи 27 хирургическихъ вмѣшательствъ (21 кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ и 6 тазорасширяющихъ операцій) было получено 27 живыхъ дѣтей, изъ которыхъ 26 и выписаны изъ клиники живыми, въ то время какъ на 104 профилактическихъ операцій (21 высокихъ щипцовъ, 32 поворота, 51 искусственныхъ преждевременныхъ родовъ) въ 27 случаяхъ были получены мертвыя дѣти, что составляетъ 26%.

Столь блестящіе результаты, полученные при помощи примѣненія хирургическаго вмѣшательства для спасенія жизни дѣтей, однако, по Hofmeier'у, омрачаются связанной съ ними го-

раздо большей заболѣваемостью матерей = 56% и смертностью = 11%, въ то время какъ при примѣненіи профилактическихъ акушерскихъ операцій заболѣваемость эта равнялась 22,3%, при чемъ не было пожертвовано ни одной жизнью матери.

Быстрые успѣхи активнаго, т. н. хирургическаго направленія въ акушерской терапіи, полученные въ послѣднее время, даютъ, однако, полное основаніе надѣяться на достиженіе лучшихъ результатовъ въ отношеніи заболѣваемости и смертности матерей, но практическій врачъ, благодаря особымъ условіямъ своей дѣятельности, лишень возможности пользоваться, кромѣ исключительнымъ случаевъ, примѣненіемъ этихъ хирургическихъ вмѣшательствъ, представляющихъ извѣстное преимущество при разрѣшеніи сложныхъ вопросовъ терапіи при узкихъ тазахъ.

Новые методы искусственнаго хирургическаго родоразрѣшенія при помощи тазорасширяющихъ операцій и кесарскаго сѣченія съ различными ихъ модификаціями являются достояніемъ пока только клиникъ и родильныхъ учреждений, гдѣ имѣется соответствующая операціонная обстановка и постоянное врачебное наблюденіе, что позволяетъ выждать воздѣйствія естественныхъ силъ роженицы до крайнихъ предѣловъ и, въ случаѣ невозможности произвольнаго прохожденія головки черезъ тазъ по причинѣ его узкости, прибѣгнуть, смотря по величинѣ суженія къ расчлененію таза или къ кесарскому сѣченію.

Что выжидательный способъ веденія родовъ при современномъ хирургическомъ направленіи въ акушерствѣ имѣетъ свои прочныя неоспоримыя основанія, за это говоритъ сравнительная оцѣнка теперь полученныхъ результатовъ различныхъ клиникъ, въ которыхъ придерживались того или другаго направленія. Изъ данныхъ, приводимыхъ на этотъ счетъ Вaisch'емъ видно, что тамъ, гдѣ примѣняются крупныя хирургическія операціи, уменьшается смертность матерей (у Döderlein'a = 0, у Zweifel'я = 0) и смертность дѣтей (у Döderlein'a = 5%, у Zweifel'я = 8%, у Pinard'a = 6%), а также число перфорированныхъ живыхъ дѣтей. Въ то же время въ этихъ клиникахъ отмѣчается сравнительно малый процентъ профилактическихъ акушерскихъ операцій (Döderlein = 3,1%, Zweifel = 5%, Pinard = 0%). Кромѣ того считаемъ необходимымъ замѣтить, что въ этихъ клиникахъ увеличивается число произвольно родившихся дѣтей при узкихъ тазахъ (Döderlein = 80%, Zweifel = 78%, Pinard = 79%).

Съ другой стороны, данныя клиникъ, гдѣ часто практикуются профилактическія операціи (Fritsch = 14,8%, Chrobak = 10,8%, Braun = 28,6%), показываютъ, что тамъ возрастаетъ процентъ смертности матерей (Fritsch = 1,3%, Chrobak = 0,5%, Braun = 1,8%) и особенно повышается процентъ смертности дѣтей (Fritsch = 13,2%, Chrobak = 18,2%, Braun = 34,3%), а вмѣстѣ съ тѣмъ возрастаетъ число перфорированныхъ живыхъ дѣтей (Braun = 1,5%, Fritsch = 2,5%, Chrobak = 4,2%).

Большой интересъ также представляютъ данныя, собранныя Вaisch'емъ изъ нѣсколькихъ клиникъ, и итогированные имъ результаты, изъ которыхъ явствуетъ, что 1) въ клиникахъ (Fehling, Küstner) съ преобладающимъ примѣненіемъ высо-

кихъ щипцовъ, профилактическаго поворота и искусственныхъ преждевременныхъ родовъ надъ хирургическими способами родоразрѣшенія число самопроизвольныхъ родовъ при узкихъ тазахъ = 50%—60%, смертность матерей = свыше 1% и смертность дѣтей свыше 10%; 2) въ клиникахъ (Schauta, Leopold) съ одинаковой приблизительной частотой примѣненія профилактическихъ и хирургическихъ операций частота самопроизвольныхъ родовъ сравнительно увеличивается и = 70%—75%, а смертность матерей приблизительно = 0,5% и смертность дѣтей = 10%; 3) въ клиникахъ же (Zweifel, Döderlein, Wimm) съ преобладаніемъ хирургическихъ способовъ родоразрѣшенія (кесарское сѣченіе и тазорасширяющія операции) надъ профилактическими число самопроизвольныхъ родовъ = 80%, смертность матерей = 0% и смертность дѣтей ниже 10%. Отсюда ясно, что чѣмъ рѣже примѣняются искусственные преждевременные роды, профилактической поворотъ и высокіе щипцы, тѣмъ больше возрастаетъ % самопроизвольныхъ родовъ и тѣмъ больше уменьшается смертность матерей и дѣтей.

Надо надѣяться, что съ дальнѣйшими успѣхами развитія асептики и съ усовершенствованіемъ техники хирургическаго вмѣшательства, примѣняемаго для родоразрѣшенія, и, вмѣстѣ съ тѣмъ, съ разрѣшеніемъ спорныхъ вопросовъ въ отношеніи установки надлежащихъ показаній для каждой операции, несомнѣнно будутъ достигнуты еще лучшіе результаты, на что уже имѣются указанія въ современныхъ позднѣйшихъ литературныхъ данныхъ.

На сколько важно классифицировать оперативный матеріаль въ отношеніи асептическаго состоянія родового канала женщины, это доказываетъ тѣмъ, что съ тѣхъ поръ, какъ въ нѣкоторыхъ клиникахъ стали производить классическое кесарское сѣченіе только при безусловно чистыхъ случаяхъ, % смертности для матерей значительно понизился и вмѣсто средняго = 10% смертности, этотъ % смертности у Schauta палъ до 0,5%, а у Freund'a онъ = 0%.

Затѣмъ, благодаря стремленію къ усовершенствованію техники искусственнаго родоразрѣшенія черезъ брюшныя стѣнки, въ настоящее время выработался способъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, обогатившій нашу акушерскую оперативную терапію при узкихъ тазахъ и нашедшій себѣ горячихъ защитниковъ среди видныхъ акушеровъ всѣхъ странъ.

Равнымъ образомъ, усовершенствованіе техники и надлежащее примѣненіе другой хирургической родоразрѣшающей операции—пубіотоміи не замедлило уже выразиться полученіемъ значительно лучшихъ результатовъ. И если, по Schläfli, при этой операции раньше смертность матерей = 4,37%, а дѣтей = 9,17%, то гебестеотомія по послѣднимъ даннымъ Schauta (50 случ.), Leopold'a (51 случ.), Küstner'a дала смертность матерей = 0%, а у Döderlein'a (42 случ.) и Fritsch'a (36 случ.) отмѣчено по одному случаю смерти матери. Относительно дѣтей получились также весьма утѣшительные результаты; такъ Schauta имѣлъ 3 случая, Fritsch и Leopold только по 1 случаю смерти.

При хирургическомъ направленіи въ акушерствѣ выработался также не менѣ существенный, чѣмъ только что указан-

ныя операціи, способъ для искусственнаго родоразрѣшенія во время беременности и родовъ, а именно — влагалищное кесарское сѣченіе, дающее возможность быстро окончить роды съ сохраненіемъ жизни матери и плода въ случаяхъ эклампсіи, предлежанія дѣтскаго мѣста, при суженіяхъ наружнаго зѣва и т. д.

Пользуясь этимъ способомъ въ цѣляхъ искусственнаго родоразрѣшенія при недостаточномъ открытіи матки, акушеры уже въ настоящее время отмежевали себѣ широкую область его примѣненія, границы которой съ каждымъ годомъ все шире раздвигаются въ интересахъ спасенія жизни матери и плода.

Прокладываемый новый путь къ разрѣшенію акушерскихъ проблемъ съ помощью хирургическаго вмѣшательства ставить себѣ конечную цѣлью спасеніе обѣихъ жизней—жизни матери и жизни плода, въ то время какъ при профилактическихъ способахъ родоразрѣшенія, являющихся часто несостоятельными для спасенія обѣихъ жизней, приходится въ интересахъ болѣе дорогой жизни матери жертвовать жизнью ребенка. Но устанавливаемый хирургическимъ направленіемъ высокой акушерскій идеалъ спасенія жизни матери и жизни плода требуетъ для своего достиженія соотвѣтствующую высокую организацию акушерской помощи съ широкимъ развитіемъ стационарнаго ея характера, для чего требуется значительное увеличеніе числа родовспомогательныхъ учрежденій, что можетъ быть осуществлено только при содѣйствіи самого общества.

Такимъ образомъ, съ развитіемъ хирургическаго направленія въ акушерствѣ терапія родовъ при узкихъ тазахъ обогатилась методами искусственнаго родоразрѣшенія, которые даютъ возможность, имѣя въ запасѣ эти оперативные способы родоразрѣшенія, выжидать до крайнихъ степеней.

Прежде былъ только выборъ между выжиданіемъ съ рискомъ потерять ребенка и профилактическимъ вмѣшательствомъ, чтобы обойти этотъ рискъ. Извѣстно однако, что оперировать профилактически это значитъ нерѣдко оперировать тамъ, гдѣ въ этомъ нѣтъ необходимости.

При такой постановкѣ дѣла при выборѣ оперативныхъ способовъ оперировали или слишкомъ поздно, или слишкомъ рано, но въ дѣйствительности обычно не въ надлежащее для этого время.

Самое точное измѣреніе таза и освѣдомленность о предыдущихъ родахъ не могутъ служить прочнымъ основаніемъ для профилактическаго вмѣшательства. Наилучшимъ показателемъ для своевременнаго вмѣшательства является, какъ мы уже говорили, само теченіе родовъ, и только наблюденіемъ и выжиданіемъ можетъ быть рѣшенъ вопросъ о невозможности окончанія родовъ силами природы.

При современномъ направленіи въ акушерствѣ, выжидая до крайнихъ степеней, мы можемъ, когда это потребуетъ, приступить къ искусственному окончанію родовъ при помощи одной изъ вышеуказанныхъ хирургическихъ операцій.

Пользованіе большими хирургическими операціями (классическое кесарское сѣченіе, внѣбрюшинное кесарское сѣченіе, пубіотомія) дѣйствительно, какъ видно изъ предыдущаго, даетъ

возможность избѣгать производства многихъ напрасныхъ профилактическихъ акушерскихъ операцій.

Но защитники этого современнаго направленія (Baish, Krönig) въ своемъ увлеченіи этимъ направленіемъ заходятъ по нашему мнѣнію, слишкомъ далеко говоря, что оно совершенно должно вытѣснить не только профилактической поворотъ, но и преждевременные роды, перфوراцію на живомъ плодѣ и высокіе пробные щипцы.

Относясь критически къ современному хирургическому направленію въ акушерствѣ, мы прежде всего позволимъ себѣ сказать, что, представляя собою большія преимущества, оно однако, далеко не идеально рѣшаетъ задачи терапіи родовъ при узкомъ тазѣ, а только до извѣстной степени даетъ возможность приблизиться къ выбору настоящаго времени для оказанія оперативнаго пособия.

Вѣдь при крайнихъ степеняхъ выжиданія, мы также можемъ пропустить настоящее время для примѣненія современныхъ хирургическихъ операцій, будетъ ли это въ зависимости отъ внезапнаго паденія сердечной дѣятельности плода, или повышенія температуры матери, когда исключается возможность примѣненія кесарскаго сѣченія.

Раньше мы не знали, должны ли мы были выжидать и какъ долго нужно было выжидать, теперь мы смѣлѣе можемъ выжидать, но также не знаемъ, какъ долго можно выжидать. Определеніе же продолжительности выжиданія стоитъ въ тѣсной зависимости отъ субъективныхъ особенностей наблюдателя.

Въ виду того, однако, что для исхода хирургическаго вмѣшательства въ отношеніи матери и плода хуже оперировать позже, чѣмъ раньше, то вслѣдствіе этого съ введеніемъ хирургическаго направленія не исчезаетъ профилактической характеръ оперативнаго вмѣшательства, а только примѣненіе операцій смѣщается къ болѣе позднему періоду родовъ.

Акушерскія профилактическія операціи производятся обычно во время беременности или въ началѣ родоваго акта передъ яснымъ обнаруживаніемъ родовой дѣятельности, а хирургическія операціи—въ періодъ выраженной родовой дѣятельности или въ періодъ изгнанія плода.

Современное хирургическое направленіе въ акушерствѣ, давая возможность долѣе выжидать и тѣмъ самымъ достигать полученія гораздо большаго числа нормальныхъ родовъ при узкихъ тазахъ, чѣмъ раньше, является почти исключительно, какъ мы уже говорили выше, достояніемъ клиникъ и лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть примѣнено въ частной практикѣ (пубіотомія).

Что касается взглядовъ нѣкоторыхъ авторовъ о возможности помощью модныхъ хирургическихъ операцій вытѣснить примѣненіе старыхъ оперативныхъ акушерскихъ вмѣшательствъ, какими являются преждевременные роды, профилактической поворотъ и перфوراція на живомъ плодѣ, то это есть, какъ мы уже упомянули, крайнее увлеченіе современнымъ хирургическимъ направленіемъ въ акушерствѣ, которое поддерживается сравнительно значительнымъ меньшинствомъ представителей акушерскихъ кафедръ.

Ни въ клинической, ни тѣмъ болѣе въ частной дѣятельности практическаго врача профилактическаго акушерскаго вмѣшательства никоимъ образомъ не могутъ быть вытѣснены большими хирургическими операціями.

Долгъ врача и чувство гуманности требуютъ отъ него, прежде всего, предупреждать производство большихъ операцій, связанныхъ съ большими опасностями, путемъ вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ у беременныхъ и съ помощью производства профилактическаго поворота въ надеждѣ получить живого ребенка. Наиболѣе правильнымъ является взгляды, по возможности, избѣгать перфорации живого ребенка путемъ своевременнаго производства кесарскаго сѣченія или пубіотоміи. Къ сожалѣнію, даже въ клинической дѣятельности это является не всегда выполнимымъ въ виду отказа роженицы подвергнуться одной изъ большихъ хирургическихъ операцій или вслѣдствіе уже произошедшаго инфицированія роженицы.

Въ частной же практикѣ врача, гдѣ производство большихъ операцій невозможно по условіямъ обстановки, перфорация живого плода является единственнымъ средствомъ спасти жизнь матери, если при этомъ предварительная осторожная попытка наложенія высокихъ щипцовъ, допустимая только для опытнаго акушера, не увѣнчалась успѣхомъ.

Дальнѣйшая задача терапіи родовъ при узкомъ тазѣ должна заключаться не въ расширеніи показаній для хирургическаго вмѣшательства, а въ тщательномъ изученіи показаній къ акушерскимъ операціямъ, какими являются преждевременные роды, щипцы, поворотъ, перфорация; прогрессъ терапіи будетъ зависетьъ отъ выработки болѣе совершенной техники этихъ операцій и подробной критической оцѣнки получаемыхъ не только ближайшихъ, но и отдаленныхъ результатовъ по отношенію матери и плода, достигнутыхъ съ помощью той или другой операціи.

Потребность въ примѣненіи большихъ хирургическихъ операцій при болѣе правильной постановкѣ акушерскаго дѣла, т. е. когда женщины еще въ беременномъ состояніи будутъ чаще совѣтоваться съ акушерами, должна не только не расширяться, но значительно сѣзиться, ибо своевременное производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ съ современной точки зрѣнія даетъ прекрасные результаты для матери и плода, избавляя, такимъ образомъ, женщину отъ необходимости подвергнуться при срочныхъ родахъ одной изъ модныхъ большихъ хирургическихъ операцій.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи мы и будемъ разсматривать въ отдѣльныхъ главахъ различныя акушерскія операціи, преслѣдуя, главнымъ образомъ, вышеуказанныя современныя задачи терапіи родовъ при узкомъ тазѣ, при чемъ въ послѣднихъ главахъ остановимся также и на современныхъ большихъ хирургическихъ операціяхъ съ изложеніемъ техники производства ихъ, а также показаній и противопоказаній къ нимъ.

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ РОДОРАЗРѢШЕНІЕ ПРИ УЗКИХЪ ТАЗАХЪ.

- Waisch.* — Geburten nach früheren beckenweiternden Operationen.—Hegar's Beiträge Bd. XI.
Овъ-же.—Reformen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig, 1907.
Овъ-же.—Die Mortalität beim engen Becken einst und jetzt.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXII.
Овъ-же. — Die gegenwärtigen Wandlungen in der operativen Geburtshülfe.—Münch. med. Woch. LV. 1908.
Bürger.—Die Geburtsleitung bei engem Becken. Wien 1908.
Gans. — Früh- und Spätergebnisse der Zangenoperation für Mutter und Kind.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVII, 1908.
Копорка. — Beobachtungen üb. Geburten beim engen Becken.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIX, 1909.
Кривошеинъ, М. П.—О прирѣвнн рожениць.—Дисс. СПб. 1897.
Кривскій, Л. А.—Петербургскіе Городскіе родильные пріюты по даннымъ медицинскіхъ отчетовъ за 1899—1908 г.г.—СПб. 1910.
Krönig.—Die Therapie beim engen Becken. 1901.
Leopold.—Das klinische Jahr 1906 u. die Therapie beim engen Becken zur Rettung des kindlichen Lebens. Arch. f. Gyn. Bd. 81.
Mauser.—Die beckenweiternden Operationen.—Habilit. - Schrift. Tübingen 1908.
Новицкій, А. А.—Способы родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ.—Дисс. СПб. 1892.
Schläfli.—700 Nebosteotomien.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXIV.
Шустеръ, А. М.—Медицинскій отчетъ 12-го Городского родильнаго пріюта.—Дисс. СПб. 1906.

Вопросъ о родоразрѣшеніи, при которомъ можно было бы сохранить объ жизни—матери и плода, служить задачей, разрѣшить которую наилучшимъ образомъ пытаются многія поколѣнія акушеровъ. Если эта задача бываетъ иногда затруднительна при благопріятныхъ размѣрахъ таза матери, то въ случаѣхъ всякаго рода суженій она является особенно сложной.

Правда, огромные успѣхи хирургіи въ смыслѣ асептики и техники за послѣднія 2—3 десятилѣтія сдѣлали доступнымъ многое, что раньше казалось запретнымъ.

Естественно, что успѣхи эти были учтены акушерами. Кесарское сѣченіе въ широкихъ размѣрахъ, во всѣхъ его модификаціяхъ, пубіотомія, симфизиотомія стали теперь обыденными операціями. Въ исканіи лучшихъ путей разрѣшить вопросъ о спасеніи жизни матери и ребенка, во всѣхъ акушерскихъ клиникахъ стали производить большія и сложныя операціи.

Появился цѣлый рядъ работъ и статей, въ которыхъ каждый авторъ считалъ свои выводы наиболѣе близкими къ жизненнымъ интересамъ трактуемаго вопроса.

Такъ *Waisch* на основаніи 700 случаевъ пубіотомій, собранныхъ *Mauser*-омъ и *Schläfli*, очень рекомендуетъ эту операцію, такъ какъ, будучи еще новой, мало разработанной технически, она все же даетъ только 4% смертности для мате-

рей и 9⁰/₀ для дѣтей. Въ то же время Schläfli считаетъ эти результаты недостаточно удовлетворительными.

Часто вопросъ о способахъ родоразрѣшенія разсматривался не только съ медицинской точки зрѣнія. Выдвигались соображенія социальнаго и моральнаго характера. Такъ, на примѣръ, Krönig, оставляя чисто врачебную сторону вопроса, выдвигаетъ точку зрѣнія государственную. Онъ ссылается на пониженную рождаемость въ Германіи и, во имя этого, предлагаетъ придавать особенную цѣнность жизни плода; между тѣмъ Baisch считаетъ нужнымъ предпочитать интересы живущей матери интересамъ должествующаго народиться плода.

Но въ то время, какъ представители медицины, воодушеваемые любовью къ живущему и нарождающемуся, любовью къ наукѣ и прогрессу, пытаются разрѣшать тѣ или иные сложные вопросы, природа вступаетъ въ свои права, дѣлаетъ съ непреложной законѣрностью свое дѣло и тѣмъ самымъ, по удачному выраженію Baisch'a, „оберегаетъ акушера отъ ненужнаго, преждевременнаго, часто роковаго для матери и ребенка вмѣшательства“.

И дѣйствительно, статистика цѣлаго ряда клиникъ показываетъ, что самостоятельное родоразрѣшеніе при узкихъ тазахъ происходитъ въ среднемъ въ 80⁰/₀ случаевъ (Döderlein—80⁰/₀, Leopold—81⁰/₀, Bürger 78⁰/₀ и т. д.). Если же мы обратимся къ тому, что намъ приходится повседневно наблюдать, то убѣдимся, что, независимо отъ общихъ статистическихъ выводовъ, часто въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ приходится видѣть самостоятельное и благополучное родоразрѣшеніе тамъ, гдѣ, казалось бы предстояло самое серьезное оперативное вмѣшательство. И мы вполне присоединяемся къ мысли Baisch'a, который говоритъ, что „результаты научныхъ приобрѣтеній послѣднихъ лѣтъ должны еще показать намъ въ будущемъ, насколько мы близки къ идеалу акушерской помощи при узкихъ тазахъ въ спасеніи матери и ребенка, съ наименьшимъ рискомъ для обоихъ“.

Мы хотимъ воспользоваться въ настоящей работѣ нашимъ матеріаломъ съ цѣлью сравнить результаты болѣе широкаго примѣненія активнаго вмѣшательства съ умѣренно-консервативнымъ способомъ веденія родового акта, котораго мы придерживались за все почти десятилѣтіе завѣдыванія нами вышеупомянутыми городскими родильными приютами.

Мы хотимъ для этой цѣли использовать матеріаль, заключающійся въ 10.236 родахъ, изъ коихъ 1,729 случаевъ было съ узкими тазами, что составляетъ 16,8⁰/₀, превышая нѣсколько среднее процентное отношеніе во всѣхъ городскихъ приютахъ, равняющаяся 16⁰/₀ (15⁰/₀—17⁰/₀).

Для сравнительной оцѣнки результатовъ оперативнаго вмѣшательства, мы пользовались клиническими изслѣдованіями, главнымъ образомъ, позднѣйшаго времени (Krönig, Копорка, Baisch, Gans и др.) и принимали во вниманіе изслѣдованія прежнихъ лѣтъ постольку, поскольку это намъ казалось необходимымъ для болѣе яркаго освѣщенія вопроса.

При опредѣленіи характера и степени суженія мы брали тѣ же размѣры, которыми пользовался Krönig, Копорка и др.

Всѣ сѣуженные тазы мы дѣлили на плоскіе, обще-сѣуженные и обще-сѣуженно-плоскіе.

Тазы первой категоріи мы дѣлили на 3 степени и для опредѣленія *Conj. veg.* вычитывали изъ *Conj. diag.* 1,5 с. Къ первой степени мы относили всѣ случаи съ сѣуженіемъ отъ 9,5—8,5 с. *Conj. veга.* Къ 2-й степени относились тазы съ размѣромъ *Conj. veга.* 8,4—7,0 и къ 3-й степени тазы съ *Conj. veга.* 6,9—5,5 с.

Тазы 2-й категоріи также дѣлились на 3 степени, но вычитали для полученія *Conj. veга.* 2 с. Такимъ образомъ, мы имѣли обще-сѣуженные тазы, *Conj. veга.* которыхъ равнялась для 1-ой степени 10—9, для 2-й степени 8,9—7,5 и для 3-й степени съ *Conj. veга.* 7,4—5,5 с.

Изъ общаго количества 1.729 случаевъ съ узкими тазами безъ оперативнаго вмѣшательства прошло 1642 родоразрѣшеній, что составляетъ 94,7%. Прилагаемая таблица представляетъ этотъ матеріалъ.

ТАБЛИЦА 1-я.

	Первород.	Повторные	Дв.	Ягодичн.	Ножные.	Лицевые.	Послѣд. для матерей				Для дѣтей.		Асфиксія.		
							Смерть.	Лихор.	Разрыв.	Кровот.	Экл.			См.	Мад.
											До.	Послѣ.			
Плоскіе I	173	354	5	11	2	1	11)	18	16	—	—	1	5 ²⁾	3	4
„ II	35	70	1	2	—	—	—	4	4	—	—	—	1	—	2
„ III	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Обще-сѣужен. I— .4 рахитич.	234	442	5	12	2	2	2 ⁸⁾	18	21	3	2	1	8 ⁴⁾	7	12
Обще-сѣужен. II— 3 рахитич.	68	198	4	4	1	—	—	10	14	—	—	—	2 ⁵⁾	2	10
Обще-сѣуж. III— 1 рахитич.	5	12	—	1	1	1	—	—	1	—	—	1	2 ⁶⁾	—	—
Обще-сѣуж. плоскіе I	21	22	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—
Обще-сѣуж. плоскіе II	2	3	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—
	539	1103	16	31	6	4	3	50	58	4	3	4	20	12	28

1) Смерть отъ послѣродовой эклампсін.

2) Одинъ по поводу выпавшей, слабоульсирующей пуповины

3) Одна отъ *Spr.*, другая послѣродовой эклампсін.

4) Одна при выпавшей нецульсирующей пуповинѣ.

5) Одинъ—съ лицевымъ предлежаніемъ, другой—съ ягодичнымъ

6) Одинъ съ ягодичнымъ, одинъ съ лицевымъ.

Изъ этой таблицы мы видимъ, что умерли 3 матери, но смерть ихъ нельзя ставить въ связь съ узостью таза, такъ какъ двѣ умерли отъ послѣродовой эклампси, а одна отъ Sepsis. Этотъ печальный случай касался одной многородящей съ плоскимъ тазомъ 1-й степени, поступившей въ пріютъ съ высокой температурой послѣ ряда изслѣдованій на дому. Ребенокъ родился живымъ, а мать скончалась на 3-и сутки. Такимъ образомъ, у насъ, какъ и у другихъ авторовъ, самостоятельное родоразрѣшеніе для матерей даетъ смертность 0%.

Между тѣмъ % смертности дѣтей у насъ значительно меньше такового у другихъ авторовъ. Общій процентъ смертности 1,9, но если исключить 12 мацерированныхъ, то мы получимъ 20 дѣтскихъ смертей на 1.644 случая родовъ. Если же отъ этихъ 20 отнять два случая (1 случай выпавшей не пульсирующей пуповины и 1 случай выпавшей слабо пульсирующей пуповины), то мы получимъ 18 дѣтскихъ смертей, что составитъ 1,2% смертности въ то время, какъ многіе авторы (Döderlein, Leopold, Bürger и другіе) насчитываютъ около 5% на основаніи своего клиническаго матеріала.

На основаніи матеріала акушерско-гинекологической клиники И. В.-М. Академіи, А. Новицкій приводитъ слѣдующія цифровыя данныя: смертность матерей равна 0, смертность дѣтей—2,4%.

Изъ осложненій для матерей мы должны указать на 3% лихорадящихъ (въ Позенской клиникѣ 14,3%) и на 3,5% разрывовъ промежности (изъ нихъ одинъ центральный у первородящей съ обще-сѣуженнымъ тазомъ 1-й степени).

Въ городскихъ родильныхъ пріютахъ средней % такъ называемыхъ септическихъ заболѣваній, которыя мы можемъ сопоставить съ нашими лихорадящими,—2,2%; средней % разрывовъ промежности, влагалища и рукава—5,6%, колеблясь отъ 1,4% до 9,6%.

Наибольшій вѣсъ самостоятельно родившихся дѣтей: у многородящей, при обще-сѣуженномъ тазѣ 2-й степени, вѣсъ=5000,0, дл. 51, ок. г. 36; при обще-сѣуженномъ тазѣ 3-й степени у многородящей—вѣсъ 3770,0, дл. 50, ок. г. 34, и при обще-сѣуженномъ плоскомъ тазѣ у многородящей—Conj. vera=6—6¹/₂—вѣсъ 3.280,0, дл. 51, ок. г. 32¹/₂.

Переходя теперь къ случаямъ съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, мы прежде всего хотимъ отмѣтить незначительный % таковыхъ по сравненію съ общимъ количествомъ рожавшихъ съ узкими тазами,—всего 5,3%, тогда какъ у Kröpig'a, напр., онъ достигаетъ на клиническомъ матеріалѣ 22,4%, а въ Позенской клиникѣ (по Koporka)=50%—112 самостоятельныхъ родовъ, 111 съ оперативнымъ вмѣшательствомъ.

Сравнивая наши данныя съ таковыми другихъ родильныхъ пріютовъ, мы увидимъ, что въ Выборгскомъ родильномъ пріютѣ (по работѣ Кривошеина за 1897 г.) % вмѣшательствъ равнялся 29,8%, а въ Татьянинскомъ (по работѣ Шустера за 1906 г.) онъ равнялся 7,23%, не считая

извлеченій и швовъ промежности, какъ и при нашихъ вычисленіяхъ.

На нашемъ матеріалѣ примѣнены слѣдующія оперативныя вмѣшательства: 1) высокіе щипцы, 2) полостные и выходныя щипцы, 3) повороты и извлеченія, 4) перфорации, 5) преждевременные роды, 6) пубіотомія, 7) внѣбрюшинное кесарское сѣченіе и 8) операціи по поводу разрывовъ матки.

akusher-lib.ru

Щ И П Ц Ы.

- Ahlfeld.*—Ein Beitrag zur Therapie bei engem Becken. Arch. f. Gyn. Bd. VI. *Онь же.* Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig. 1894.
- Bar.* (Brindeau, Chambrelent).—La pratique de l'art des accouchements. Par'is 1909, p. 764.
- Блоруссовъ.* В. В.—Объ исходѣ операциі наложенія щипцовъ для матери и ребенка и т. д. Дисс. СПб. 1894.
- Bäskow.*—Die Zangenoperationen an der Marburger Frauenklinik von 1. I. 1885 bis 1. VII. 1897.—Inaug.-Diss. Marburg. 1897.
- Boër*—Natürliche Geburtshilfe u. s. w. 3 Auflage. Wien 1817.
- Braun v. Fernwald.*—Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe.—Wien 1895.
- Bürger.*—Die Geburtsleitung bei engem Becken. Wien 1908.
- Christel.*—Beobachtungen an Zangengeburten der Kgl. Universitäts—Frauenklinik und Poliklinik zu Berlin.—Inaug.-Diss. Berlin 1891.
- Дмитриевъ,* А. Г.—Материалы къ вопросу о высокихъ щипцахъ. Дисс. СПб. 1898.
- Dohr.*—Ueber Leistung in der geburtshilfs. Praxis. Samm. Kl. Vortr N. F. № 94.
- Dohrn* по Wyder'y.—Handbuch d. Geb. von v. Winckel Bd. III, 1, 1906.
- Eckart.*—Ueb. die Zangengeburten der Kgl. Universitäts—Frauenklinik während der Jahre 1890—1900.—In.-D:ss. Berlin 1900.
- Frankenstein.*—Die Häufigkeit der Indikationen und Resultate der Zangenentbindungen an der Leipziger Universitäts—Frauenklinik vom Jahre 1887—1899.—Inaug.—Diss. Leipzig 1901.
- Феноменовъ,* Н. Н.—Оперативное акушерство. Казань 1893.
- Федоровъ,* И. И.—Материалы къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ.—Дисс. Варшава. 1891.
- Фитнеръ,* С. X.—Къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ. Дисс. СПб. 1910.
- Fritsch.*—Klinik der geburtshilflichen Operationen. 5 Aufl. 1894.
- Gans* (Winter).—Früh- und Spätergebnisse der Zangenoperation für Mutter und Kind.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVII.
- Гинсбургъ.*—69 родовъ, оконченныхъ щипцами въ частной практикѣ.—Мед. Обзор. 1883, № 9.
- Gusserow* по Nagel'ю.—Arch. f. Gyn. Bd. 34, Hft. 1.
- Hecker* по Wyder'y.—Handbuch der Geb. von v. Winckel, Bd. III, 1, 1906.
- Hegar.*—Zur puerperalen Infection und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe. Samml. Klin. Vortr. № 351, 1889.
- Онь же.*—по Wyder'y, Handbuch der Geb. von v. Winckel, Bd. III, 1, 1906.
- v. Herff.*—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIV, Rft. 6.
- Hesemann.*—Statistik ueber die Zangengeburten an der Geburtshilflichen Klinik zu Bonn vom 1. IV. 1885 bis 1. I. 1895.—Inaug.—Diss. Bonn 1896.
- Jakobi.*—Geburtverlauf und Therapie beim engen Becken. Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. 12, Hft 1.
- Johnston.*—Some points relative to the use of the forceps and antiseptics in obstetrical practice. The Walcher position.—Amer. gynec. and obstetr. Journ. № 2 Aug 1895.
- Katzmann.*—Die Zangengeburten an der Freiburger Universitäts—Frauenklinik von 1. X. 1904 bis 1. X, 1906. Inaug.—Diss. Freiburg in Br. 1907.
- Kézsmársky.*—Klinische Mittheilungen Zangenoperation u. Craniotomie. Buda-Pest. 1884.
- Kilian.*—Die operative Geburtshilfe. Bonn 1894. Bd. I, S. 357.

- Kissing* (Döderlein).—Die gebursthülfliche Operationen der Universitäts—Frauenklinik zu Tübingen 1895—1900. Inaug.—Diss. Tübingen 1900.
- Klein*.—Ueb. die tieferen von Muttermunde ausgehenden Risse der. port. vaginalis in der ersten Wochenbettzeit. Prag. Med. Woch. 1878 № 24.
- Коморка*.—Всѣмочаженія уеб. Geburten bei engem Becken. Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIX.
- Красовскій*, проф. А. А.—Оперативное акушерство. СПб. 1889.
- Kronig*.—Die Therapie beim engen Becken. Leipzig. 1901.
- Kruckenberg*.—Erfahrungen mit der Garnier'schen Zange. Arch. f. Gyn. Bd. XXVIII.
- Küchel*.—Zur Prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen an der gebursthülflichen Klinik zu Giessen.—Inaug.—Diss. Giessen. 1896.
- Лазаревичъ*, И. П.—Курсъ акушерства. 1892.
- Leisewitz*.—Ueb. die Zange in der Therapie des engen Beckens zur Rettung des Kindes.—Arch. f. Gyn. Bd. 81.
- Leopold u. Wehle*.—Die Wiederherstellung des völlig zerrissenen Dammes und Afters. Proctoperineoplastik.—Arbeiten aus d. Kgl. Frauenklinik in Dresden. Bd. II. 1895.
- Lepage*.—Thèse pour le doctorat en médecine 1888.
- Litzman*.—Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884.
- Lichtenstein*.—Ueber die Beeinflussung der Indication zur Wendung u. Extraction durch die Hebotomie. Arch. f. Gyn. Bd. 81.
- Limbacher*.—Ueb. die hohe Zange.—Zentralbl. f. Gyn. 1909, № 48.
- Макъевъ*, Л. М.—Отчетъ Факультетской Клиники Императорскаго Московскаго Универс. за 1902—1904 г. г. Ж. Ак. и Жен. бол. 1906, № 10.
- Martin*.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1909.
- Menge*.—Zur Indicationsstellung bei der Hebotomie. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. XII.
- Metzler*.—Geburtsverlauf und Therapie beim engen Becken.—Arch. f. Gyn. Bd. 90, Hft. 3.
- Münchmeyer*.—Ueb. die Entbindungen mittelst der Zange an der Kgl. Frauenklinik in Dresden.—Arch. f. Gyn. Bd. 36.
- Nägele*.—Gebursthülfe. Mainz, 4 Ausg. 1855.
- Nieberding*.—Ueb. Ectropion u. Risse am Halse der schwangeren u. puerperalen Gebärmutter Würzburg. 1879.
- Новицкій*, А. А.—Способы родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ.—Дисс. СПб. 1892.
- Olshausen*.—Samml. Klinisch. Vorträge, № 44 1872.
- Olshausen*.—*Veit*.—Lehrbuch d. Geburtshülfe. 13 Aufl. 1899, s. 667.
- Ostlander*.—Zur Praxis des Geburtshülfe. Hannover. 1837.
- Полотебновъ*, С. М.—Журн. Акуш. и Жен. Бол. 1890. Протоколъ № 13.
- в. Парцзовски*.—Prognose der Zangenoperationen nach der Resultaten der Universitäts—Klinik zu Strassburg in der Jahren 1891—1900.—Inaug.—Diss. Strassburg 1902.
- Парышевъ*, Д. А.—Медиц. отчетъ акушерскаго отдѣленія Клинич. Больницы Баронета Виллие.—Дисс. СПб. 1887.
- Parrot et Troisier*.—по Bar'y—La pratique de l'art des accouchements. Paris 1909
- Peham*.—Das enge Becken. Wien 1908.
- Rübiger*.—Die Anwendung der Zange in der Kgl. Universitäts—Frauenklinik zu Greifswald in den Jahren 1887—1896.—Jnaug.—Diss. Greifswald 1898.
- Riemann*.—Erfolge bei hoher Zange.—Mon. f. Geb. u. Gyn. 1907.
- Ritter*.—Erfahrungen über Zangen Geburten der Halleschen Universitäts—Frauenklinik u. Poliklinik von 1894—1901.—Inaug.—Diss. Halle a. S. 1901.
- Sachs*.—Zangenoperationen an d. Klinik Chrobak in der letzten 10 Jahren (1890—1900).—Wien. Klin. Woch. 1903, №№ 25 и 26.
- Schauta*.—Lehrbuch d. gesammten Gynäkologie. 1896.
- Онъ же*.—Grundriss d. operat. Geburtshülfe. II Aufl. 1892.
- Scheffzek*.—Rückblick und Ausblick in der Therapie des engen Beckens.—Arch. f. Gyn. Bd. 88, Hft. 3.
- Schick*.—Die Zangenoperation während der Jahre 1891—1894 (Klinik von v. Rosthorn, Prag). Mon. f. Geq. u. Gyn. Bd. 1, Hft. 6.
- Schmid*.—Die Prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen in der gebursthülflichen Klinik zu Basel.—Arch. f. Gyn. Bd. 47.
- Шмидтъ*, А. Э.—Медиц. отчетъ Маринскаго Родовспомогат. Дома съ 30. IV. 1870 по 1. I. 1881. СПб. 1886.
- Schultze*, H.—Wendung oder hohe Zange?—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV.

Schulz.—Die Anwendung der Zange an der Kgl. Universitäts—Frauenklinik zu Würzburg in der Jahren 1889—1895.—Inaug.—Diss. Würzburg 1896.

Semon.—Ueb. die in dem Provinzial—Hebammen—Institut zu Danzig in den Jahren 1887—1897 ausgeführten Zangenentbindungen.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIX.

Siehler.—Die Zangengeburt der Halleschen Universitäts—Frauenklinik von 1. v. 1887 bis 1894.—Inaug. Diss. Halle a. S. 1896.

Sedler-Huguenin.—Beitrag zur Kenntniss der Geburtsverletzungen des Auges.—Korresp. f. Schweizer Aerzte Bd. 33 № 6.

Simpson.—Prov. ncial Medical and Surgical Journal. Dec. 1847, Jan., Febr., Apr. and. Oct. 1848.

Знаменский.—Медиц. отчетъ акушерскаго отдѣленія Академич. Ак.—Гинек. Клиники проф. А. И. Лебедева съ сент. 1886 по апр. 1892.—Дисс. СПб. 1893.

Spiegelberg.—Behandlung bei engem Becken.—Arch. f. Gyn. Bd. 6,

Онь же.—Ueb. Cervicalrisse, ihre Folgen und operative Beseitigung.—Breslauer Aerztliche Zeitschr. 1879, № 1.

Столытинский, В. А.—Медиц. отчетъ акушерскій клиники Казанскаго Университета съ 1876 по 1887.—Казань 1888.

Ступинъ В. В. и Воздвиженскій.—Медиц. отчетъ родовспомогательнаго отдѣленія Москов. Воспит. Дома за 1887 г.—Москва 1888.

Tissier по Bar'y.—La pratique de l'art des accouchements.

Tóth.—Ueber die Anwendung der hohen Zange mit besonderer Rücksicht auf das enge Becken.—Arch. f. Gyn. Bd. 55.

Wahl.—Ueber die Entbindungen mit der Zange an der Kgl. Frauenklinik zu Dresden in den Jahren 1889 bis 1. I. 1894.—Arch. f. Gyn. Bd. 50.

в. Walla.—Studien im Anschluss an 115 Zangenoperationen. — Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 5.

Wilson.—Mout. by Journ. of. Med. May 1848.

в. Winckel.—Ueber die Anzeigen für die Zangenoperation. Deutsche Klinik Bd. 79.

Онь же.—Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge.—Leipzig 1882.

Онь же.—Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1889.

Winternitz.—Ueber die Zangenentbindungen an der Tübinger Universitäts—Frauenklinik in den Jahren 1882—1896—Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 4 1896

Онь же.—Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen auf Grund des gynäkologischen und geburtshülfliehen Materials der Tübinger—Frauenklinik. Berlin, 1897.

Woerz.—Ueber die an der geburtshilfflichen Klinik Prof. Schauta's in Wien in den Jahren 1892 bis 1894 beobachteten Verletzungen des mütterlichen Dammes.—Mon. f. Geb. u. Gyn. 1895 Bd. II, Rft. 1.

Воробъ, П.—Медиц. отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. К. Ф. Славянскаго.—Дисс. СПб. 1891.

Wolff.—Ueber die Augenverletzungen des Kindes bei der Geburt.—Beitr. z. Augenheilk. Festschr. f. J. Kirschberg. 1905.

Wyder.—Die Zangenoperation.—Handbuch der Gehurtshilfe von v. Winckel, Bd. III, 1.

Zucci, G.—Lehrbuch der Geburtshilfe. 4 Aufl. 1895, S. 382.

Распредѣляя рожениць, у которыхъ было достигнуто родоразрѣшеніе при помощи наложенія щипцовъ на первородящихъ и многородящихъ, мы получимъ, что на 59 случ. наложенія щипцовъ первородящихъ было 38, что составляетъ 64,4⁰/₁₀₀, а повторнородящихъ, у которыхъ потребовалось родоразрѣшеніе щипцами 21, т. е. 35,6⁰/₁₀₀.

Преобладающее число первородящихъ при родахъ, оканчиваемыхъ щипцами, отмѣчается всѣми акушерами, что обуславливается большею ригидностью родового канала и вызываемымъ чрезъ это удлинениемъ второго періода родовъ, вслѣдствіе чего является болѣе частое возникновеніе опасности для жизни матери и плода.

Выведенное на нашемъ матеріалѣ процентное отношеніе первородящихъ къ повторнородящимъ ближе всего подходитъ

къ даннымъ, полученнымъ въ Tübingen'ской клиникѣ (у Döderlein'a=54,2⁰/₀: 45,8⁰/₀) и въ Hall'ской клиникѣ (у Veit'a=60,8⁰/₀: 39,2⁰/₀).

Сравнительно не столь большая разница въ числѣ между перво и повторнородящими, разрѣшенными при помощи щипцовъ, на нашемъ материалѣ и въ указанныхъ клиникахъ объясняется строго консервативнымъ направлениемъ, благодаря которому, дабы избѣжать разрывовъ и поврежденій мягкихъ частей родового канала, у первородящихъ по возможности избѣгается наложеніе щипцовъ и выжидаютъ до послѣдней крайности, пока не появятся опредѣленные показанія для искусственнаго родоразрѣшенія.

Въ другихъ же клиникахъ, гдѣ не выжидаютъ, пока наступятъ строгія показанія со стороны матери или плода или обоихъ вмѣстѣ для искусственнаго окончанія родовъ, а руководствуются извѣстной продолжительностью (2—6 часовъ) полного открытія маточнаго зѣва при отсутствіи поступательнаго движенія головки впередъ вслѣдствіе первичной или вторичной слабости боли, тамъ въ числовыхъ ⁰/₀/₀ выраженіяхъ между перво и повторнородящими со щипцами эта разница будетъ гораздо значительнѣе. Такъ въ Königsberg'ской клиникѣ (1896—1908) г. I-родящихъ=80,89⁰/₀, а II-родящихъ=19,11⁰/₀, въ Wien'ской клиникѣ (1890—1900 г.) I=73,56⁰/₀ и II=26,44⁰/₀, въ Berglin'ской клиникѣ (1888—1891 г.) I=84,6⁰/₀ и II=15,4⁰/₀.

По возрасту роженицы, у которыхъ были наложены щипцы распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Возрастъ.	Переводя-щія.	Многородящія.	Итого.
Отъ 15 до 20 л.	4	1	5
„ 20 „ 25 „	10	4	14
„ 25 „ 30 „	13	5	18
„ 30 „ 35 „	10	5	15
„ 35 „ 40 „	1	4	5
„ 40 „ 45 „	—	2	2
	38	21	59

Изъ этой таблицы видно, что вообще у первородящихъ намъ приходилось значительно чаще накладывать щипцы, чѣмъ у

многородящихъ и при томъ, что наибольшее число первородящихъ разрѣшенныхъ съ помощью щипцовъ относилось къ возрасту отъ 25 до 30 лѣтъ. Какъ извѣстно по статистическимъ даннымъ, большинство женщинъ рождаетъ въ первый разъ именно около 25 лѣтъ (Gans, Sachs, Semons), но въ сѣверномъ климатѣ, какъ у насъ, нужно считать, что этотъ возрастъ наиболѣе частаго родоразрѣшенія въ первый разъ является еще позже, чему соотвѣтствуетъ и нѣсколько большее число наложенія щипцовъ въ возрастѣ между 25 и 30 годами.

Сравнительно высокій $\%$ первородящихъ, у которыхъ были наложены щипцы, также относится къ тѣмъ изъ нихъ, возрастъ которыхъ превосходилъ 30 лѣтъ, т. е. у т. н. старыхъ первородящихъ. Это объясняется тѣмъ, что мягкія части родового канала у старыхъ первородящихъ съ возрастомъ сдѣлались менѣе податливыми и для родового акта представляютъ значительное противодѣйствіе. И какъ видно изъ таблицы, изъ 38 первородящихъ, разрѣшенныхъ щипцами, 11, т. е. 28,9 $\%$, было старше 30 лѣтъ.

По даннымъ другихъ авторовъ этотъ $\%$ старыхъ первородящихъ разрѣшенныхъ щипцами колеблется въ широкихъ границахъ, такъ если по Sichter'y и Parczewsky онъ = 8,77 $\%$ — 8,9 $\%$, а по Frankenstein'y = 12,6 $\%$, Katzmänn'y = 16,8 $\%$, Sachs'y = 18,3 $\%$, то по Gans'y 21,25 $\%$, а по Schmid'y даже до 30 $\%$. Столь значительная разница въ $\%$ выраженіяхъ, касающихся наложенія щипцовъ у старыхъ первородящихъ, какъ и вообще частота примѣненія щипцовъ, значительно колеблющаяся по даннымъ различныхъ учреждений (отъ 1,4 $\%$ по Walla въ Budapest'ской клиникѣ до 8,2 $\%$ по Parczewsky въ Strassburg'ской клиникѣ), зависитъ прежде всего отъ значительной разницы во взглядахъ относительно показаній къ окончанію родовъ при помощи наложенія щипцовъ.

Наши наблюденія за родовымъ актомъ указываютъ, что у многородящихъ, перешедшихъ 30 лѣтній возрастъ, также сравнительно чаще приходится прибѣгать къ наложенію щипцовъ, чѣмъ въ болѣе молодомъ возрастѣ. По даннымъ Frankenstein'a, у многородящихъ за 30 лѣтъ щипцы приходится накладывать въ 37 $\%$, по Parczewsky въ 40,7 $\%$, Gans'y въ 53,33 $\%$, а по Schulz'y въ 72,7 $\%$. Причины, приводящія къ наложенію щипцовъ у многородящихъ позже 30 лѣтняго возраста, являются болѣею частью какъ разъ противоположнаго характера, чѣмъ у старыхъ первородящихъ, а именно къ щипцамъ приходится прибѣгать вслѣдствіе слабости мускулатуры матки и растяженія брюшныхъ стѣнокъ при повторныхъ родахъ, благодаря чему родовыя боли дѣлаются недостаточными и работа брюшного пресса становится слабой или совсѣмъ прекращается.

Щипцы высоніе. Вопросъ о границахъ примѣненія акушерскихъ щипцовъ при высокостоящей головкѣ еще до послѣдняго времени не рѣшенъ съ положительностью. И если съ развитіемъ хирургическаго направленія въ клинической акушерской оперативной дѣятельности пользованіе высокими щипцами все болѣе и болѣе ограничивается на счетъ примѣненія крупныхъ хирургическихъ операцій, какими являются кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ и тазорасширяющія операціи, то въ

родильныхъ учрежденіяхъ типа родильныхъ пріютовъ и въ частной практикѣ, гдѣ акушеръ лишенъ возможности по условіямъ обстановки пользоваться данными выработанными современной наукой, примѣненіе высокихъ щипцовъ иногда является единственнымъ средствомъ, чтобы попытаться устранить опасность, угрожающую матери и плоду.

Совершенно неудивительной представляется оживленная борьба мнѣній относительно права гражданства высокихъ, т. н. атипичныхъ, щипцовъ, когда взгляды акушеровъ даже на счетъ примѣненія типичныхъ щипцовъ (полостныхъ и выходныхъ) еще до послѣдняго времени значительно расходились между собой.

Münchmeyer считаетъ щипцы вообще, какъ высокіе, такъ и полостные, самой кровавой изъ акушерскихъ операцій и вполне поддерживаетъ взглядъ Winkel'я, что щипцы далеко не безопасны даже въ рукахъ наиболѣе опытнаго оператора, а потому на основаніи этихъ соображеній онъ примѣненію ихъ отводитъ крайне узкія границы. За ограниченіе примѣненія высокихъ щипцовъ при узкихъ тазахъ высказываются также Veit, Olshausen, Zweifel. По мнѣнію противниковъ высокихъ щипцовъ, они являются при суженіяхъ таза грубымъ инструментомъ и никогда не могутъ замѣнить собою дѣйствіе хорошихъ родовыхъ болей. Необходимымъ условіемъ для ихъ наложенія должно быть полное или близкое къ нему изглаживаніе несоотвѣтствій между тазомъ и головкой, т. е. чтобы головка уже вступила своей большей периферіей во входъ малаго таза.

Однако, въ виду грозящей опасности для матери при высокостоящей головкѣ, если ея большій размѣръ всталъ въ входъ малаго таза, Zweifel считаетъ необоснованнымъ отказываться отъ наложенія высокихъ щипцовъ.

Равнымъ образомъ и Krogig, высказываясь принципиально противъ наложенія высокихъ щипцовъ на головку, коль скоро еще ея большій размѣръ не прошелъ суженное мѣсто таза, все-таки при угрожающей опасности для плода, выражающейся въ отхожденіи меконіума или въ паденіи сердечныхъ тоновъ плода, допускаетъ сдѣлать попытку наложенія высокихъ щипцовъ для извлеченія живого ребенка.

Кромѣ того, если существуютъ показанія къ извлеченію плода при эклампсіи, воспаленіи почекъ и повышеніе температуры матери, то при вполне открытомъ маточномъ зѣвѣ, несмотря на то, что головка стоитъ надъ входомъ таза, и при значительной диспропорціи между нею и тазомъ Krogig совѣтуетъ при помощи щипцовъ извлечь ребенка, но ограничиться только простой попыткой ихъ примѣненія и, если бы таковая не увѣнчалась успѣхомъ, то, не форсируя, тотчасъ же приступить къ краніотоміи на обмирающемъ плодѣ.

Въ Rosen'ской клиникѣ, по Копорка, примѣненіе щипцовъ рассматривается, какъ осторожная попытка для родоразрѣшенія, но они никоимъ образомъ не могутъ вступать въ конкуренцію съ другими профилактическими операціями. Въ этой клиникѣ принято, прежде чѣмъ перфорировать головку живого плода въ случаяхъ, гдѣ пубіотомія исключается вслѣдствіе инфекціи матери, обычно дѣлать осторожную попытку наложенія высокихъ щипцовъ, которые во многихъ случаяхъ давали успѣшные результаты

Въ Königsberg'ской клиникѣ Winter'a высокими щипцами принято считать таковыя, когда они накладываются на головку, стоящую надъ входомъ въ малый тазъ, т. е. не прошедшую своей наибольшей периферіей входа въ малый тазъ. Примѣненіе высокихъ щипцовъ въ этой клиникѣ дѣлается, какъ попытка къ извлеченію головки, передъ перфорацией живого плода, чтобы окончательно убѣдиться въ невозможности провести головку черезъ тазовое кольцо безъ уменьшенія ея размѣровъ.

Въ Budapest'ской клиникѣ Tauffer'a по Tóth'у операція высокихъ щипцовъ не считается ни для матери, ни для плода такой опасной, какъ это принимается другими; напротивъ, она здѣсь разсматривается какъ, наиболѣе бережный приемъ для обоихъ — матери и плода, и предпочитается внутреннему повороту. И въ тѣхъ случаяхъ, когда въ интересахъ матери при высокостоящей головкѣ требуется окончаніе родовъ, а также въ случаяхъ, гдѣ уже упущено время для поворота, прежде чѣмъ приступить къ перфорации живого плода, считается показаннымъ попытаться окончить роды съ помощью высокихъ щипцовъ.

Далѣе Tóth въ своихъ выводахъ выставляетъ положеніе, что при суженіи таза I и II степеней высокіе щипцы предпочтительнѣе профилактическаго поворота, такъ какъ при такомъ образѣ дѣйствій представляется извѣстная возможность при выжиданіи достигнуть самопроизвольнаго окончанія родовъ. Этимъ принципомъ руководствуются и при родахъ, при которыхъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго развитія плода наблюдаются также извѣстныя пространственныя несоотвѣтствія. Въ случаѣ неудачи высокихъ щипцовъ Tóth совѣтуетъ немедленно перейти къ перфорации, а при благопріятныхъ условіяхъ произвести симфизиотомію, къ повороту же на ножки онъ относится совершенно отрицательно.

Въ противоположность приведеннымъ выше взглядамъ (Zweifel, Krönig, Schmidt и др.) особенно горячимъ защитникомъ высокихъ щипцовъ является H. Schultze (Budapest); увлекшись своею ролью защитника высокихъ щипцовъ, онъ говоритъ, что лишь только тѣ могутъ высказываться противъ высокихъ щипцовъ, кто не считалъ нужнымъ произвести опыты въ этомъ отношеніи и потому будто бы и отрицаетъ ихъ безъ основанія. Будучи въ восторгѣ отъ прекрасныхъ результатовъ (на 11 случ. высокихъ щипцовъ ни одной смерти матери и 1 смерть ребенка), полученныхъ отъ высокихъ щипцовъ, Schultze находитъ, что поврежденія мягкихъ частей матери, случающіяся при высокихъ щипцахъ, онъ не считаетъ зависящими именно отъ нихъ, такъ какъ они возможны въ неменьшемъ числѣ и при поворотѣ; все дѣло въ тѣхъ препятствіяхъ со стороны мягкихъ частей, которыя приходится преодолѣвать и если препятствія велики, то разрывъ все равно будетъ какъ при томъ, такъ и при другомъ методѣ родоразрѣшенія. Но если, по Schultze, обратить вниманіе на разрывы матки, которыя сопутствуютъ повороту иногда даже при незначительномъ, повидимому, растяженіи нижняго отдѣла матки, то ясно, что этого надо опасаться больше, чѣмъ небольшого разрыва промежности или рукава при высокихъ щипцахъ, который всегда не трудно зашить, какъ слѣ-

дуетъ. Поврежденіе же черепа при высокихъ щипцахъ Schultze ставитъ въ вину не щипцамъ, а самому тазу, собственно его мысу.

Возставая противъ взгляда высказаннаго большинствомъ видныхъ акушеровъ, совѣтующихъ примѣненіе высокихъ щипцовъ въ видѣ бережной попытки передъ перфорацией, Schultze придерживается того крайняго взгляда, что такая попытка обычно ни къ чему не приводитъ и представляется только предлогомъ для лучшей отговорки отъ высокихъ щипцовъ, между тѣмъ какъ наоборотъ настоящіе высокіе щипцы должны сдѣлать границы примѣненія поворота.

Приведенные взгляды авторовъ за и противъ примѣненія высокихъ щипцовъ, отличаясь значительной крайностью, возбуждали въ свое время не только оживленную борьбу мнѣній въ печати между двумя лагерями противниковъ, но вносили менѣе всего желательную страстность въ преніяхъ вообще и въ особенности по такому вопросу, какъ затрагиваемый нами, гдѣ необходимо, при опасности грозящей двумъ жизнямъ — жизни матери и жизни плода — самое хладнокровное, объективное и тщательное взвѣшивание фактическаго матеріала.

Въ этомъ отношеніи русская школа акушеровъ въ лицѣ ея наиболѣе видныхъ представителей проф. А. Я. Красовскаго, А. И. Лебедева и Н. Н. Феноменова далека была отъ крайнихъ увлеченій въ ту или другую сторону.

Въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева придерживались при родахъ съ узкими тазами выжидательнаго способа, и какъ только наступали показанія со стороны матери или плода для окончанія родовъ, немедленно приступали къ осторожному наложенію пробныхъ высокихъ щипцовъ и, не форсируя, убѣдившись въ невозможности закончить ими роды, обращались къ производству кесарскаго сѣченія при относительныхъ показаніяхъ.

Въ свое время проф. А. Я. Красовскій, хотя и считалъ пробные щипцы не всегда выдерживающими строгую критику, но признавалъ за ними и хорошія стороны, ибо проба примѣненія высокихъ щипцовъ по существу основана на томъ, что ни въ одномъ случаѣ при неправильныхъ тазахъ нельзя абсолютно предвидѣть какой оборотъ приметъ родовой актъ подъ вліяніемъ однихъ силъ природы, а также въ совокупности съ даннымъ пособіемъ искусства.

Проф. Н. Н. Феноменовъ, принципиальный противникъ высокихъ щипцовъ, въ особенности при узкомъ тазѣ, считаетъ, что наложеніе щипцовъ можетъ быть вполне цѣлесообразно, какъ попытка окончить роды безъ помощи кровавыхъ пособій или же, чтобы доказать неосновательность этой надежды, но только въ тѣхъ случаяхъ, когда характерная конфигурація головки ясно выражена и если головка прошла или почти прошла за тазовой входъ. При отсутствіи же конфигураціи или ничтожной выраженности ея Н. Н. Феноменовъ въ интересахъ плода совершенно отвергаетъ попытку накладывать щипцы, совѣтуя дѣлать сразу симфизиотомію, особенно, если дѣло идетъ о многородящей, у которой затрудненіе родоваго акта доказано фактомъ рожденія мертвыхъ дѣтей при предшествовавшихъ родахъ.

Н. Н. Феноменовъ поясняетъ образъ дѣйствій при накладываніи этихъ пробныхъ щипцовъ, говоря, что, преслѣдуя главнымъ образомъ задачу рожденія живого ребенка, не нужно черезъ-чуръ долго настаивать на извлеченіи щипцами и если бы 2—3 тракціи обнаружили, что попытка окончить роды щипцами или не оправдывается обстоятельствами, или сопряжена съ значительнымъ рискомъ для плода, тамъ можно, не снимая щипцовъ, приступить къ симфизіотоміи.

Такимъ образомъ, несмотря на значительное различіе взглядовъ авторовъ на высокіе щипцы, большинство изъ нихъ однако таковыя допускаютъ въ видѣ попытки провести головку черезъ тазъ, но безъ форсирования, передъ тѣмъ какъ послѣ выжиданія, при показаніяхъ со стороны матери или плода или обоихъ вмѣстѣ, является необходимость прибѣгнуть къ перфорации головки живого плода или въ зависимости отъ обстоятельствъ произвести кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ, или одну изъ тазорасширяющихъ операцій.

Переходя къ изложенію собственныхъ наблюденій мы считаемъ нужнымъ указать что, высокими щипцами, мы называемъ таковыя, когда они накладывались на головку еще не прошедшую большей своей периферіей входа въ малый тазъ или же на головку стоящую надъ входомъ и подвижную. Въ большинствѣ случаевъ были наложены щипцы съ параллельными ручками Д-ра С. М. Полотебнова, а въ отдѣльныхъ случаяхъ щипцы Greus'a.

Высокіе щипцы были наложены 14 разъ (5 первородящихъ и 9 повторнородящихъ), изъ коихъ въ 2 случаяхъ явилась необходимость закончить роды перфорацией послѣ пробныхъ высокихъ щипцовъ и оба раза на плодахъ съ сомнительнымъ сердцембіеніемъ съ цѣлью болѣе быстро окончанія родовъ.

Устанавливая отношеніе высокихъ щипцовъ къ общему числу щипцовъ, мы будемъ имѣть 14 на 59, т. е. что высокіе щипцы были наложены въ 23,7%. Это выраженіе ближе всего подходитъ къ таковому же полученному въ Königsberg'ской клиникѣ Winter'a (по Gans'y), гдѣ % высокихъ щипцовъ = 21,2%, и является сравнительно ниже полученнаго Semon'омъ = 31,5% и особенно Frankenstein'омъ = 64,7%, хотя въ то же время значительно превосходитъ % выраженіе для высокихъ щипцовъ, полученное Schultze = 3,03% и вычисленное Д-ромъ А. Г. Дмитриевымъ = 11,29% и Д-ромъ С. Х. Фихтнеромъ = 3,5%.

Приведенный нами % высокихъ щипцовъ = 23,7%, представляющійся сравнительно высокимъ, частью объясняется тѣмъ, что мы принципиально придерживались выжидательнаго образа дѣйствій, избѣгая по возможности профилактическаго поворота.

Какъ видно изъ отношенія первородящихъ = 5 къ многородящимъ = 9 при высокихъ щипцахъ, число послѣднихъ было значительно больше и составляло 64,2%. Подобное явленіе отмечено и другими авторами, такъ по Д-ру Дмитриеву повторнородящихъ было 73,61%. Это объясняется тѣмъ, что у многородящихъ брюшная пресса большей частью слабо работаетъ и у нихъ не хватаетъ силы потугъ преодолѣть препятствіе, представляемое суженнымъ тазомъ, въ то время какъ у пер-

вородящихъ обыкновенно изгоняющія силы работаютъ съ большимъ успѣхомъ.

Что касается показаній къ наложенію высокихъ щипцовъ, то въ 7 случаяхъ примѣненіе ихъ потребовалось вслѣдствіе угрожающаго разрыва матки при ясно выраженномъ кольцѣ сокращенія, при чемъ во всѣхъ случаяхъ наблюдалась неправильная сердечная дѣятельность плода. Въ 2-хъ изъ этихъ случаевъ былъ поднятъ вопросъ о пубіотоміи, но наложеніе пробныхъ высокихъ щипцовъ увѣнчалось полнымъ успѣхомъ для матери и плода; въ 3 случаяхъ рѣшено было испробовать высокіе щипцы прежде чѣмъ приступить къ кесарскому сѣченію при относительныхъ показаніяхъ, причемъ также удалось извлечь живого ребенка.

Одинъ разъ высокіе щипцы (при двойнѣ) были наложены послѣ комбинированнаго поворота на головку второго плода.

Повышенная температура во время родовъ, частью побуждавшая также къ болѣе быстрому окончанію ихъ, наблюдалась 5 разъ.

Обращаясь въ настоящее время къ даннымъ другихъ авторовъ, устанавливающихъ показанія для наложенія высокихъ щипцовъ, мы видимъ, что, по Тóth'у, на 34 случая щипцовъ слабыя боли и опасность для плода отмѣчены въ 7 случ., истощеніе силы роженицы вслѣдствіе затянувшихся родовъ въ 7 случ., изъ которыхъ въ 6 отмѣчено была высокая температура, растяженіе шейки съ опасностью разрыва матки 17 случ. (50%), эклампсія 1 случ., выпаденіе пуповины 1 случ.

Что касается новѣйшихъ авторовъ, то у Gans'a на 33 случ. высокихъ щипцовъ наблюдались слѣдующія показанія: эклампсія = 11 случ., угрожающіе разрывы = 2 случ., лихорадка во время родовъ = 15 случ., угрожающая асфиксія плода = 5 случ.; между послѣдними въ 2 случ. было выпаденіе пуповины.

Копорка приводитъ 21 случ. наложенія высокихъ щипцовъ, при чемъ 4 раза сдѣланная попытка была безрезультатна и пришлось прибѣгнуть къ перфораци и краниоклазии. Изъ 17 остальныхъ случаевъ показаніями для высокихъ щипцовъ служили: угрожающіе разрывы матки въ 7 случ., асфиксія плода въ 3 случ., и въ одномъ случаѣ наложеніе высокихъ щипцовъ понадобилось при пубіотоміи.

Изъ этого сопоставленія показаній къ наложенію высокихъ щипцовъ, мы видимъ, что наиболѣе частой причиной служатъ угрожающіе разрывы матки (Тóth, Копорка, нашъ матеріалъ), затѣмъ эклампсія и повышеніе температуры у роженицъ (Копорка).

Переходя къ разсмотрѣнію послѣдствій наложенія высокихъ щипцовъ для матерей, мы должны указать, что мы имѣли въ 2 случаяхъ лихорадочное послѣродовое состояніе въ теченіе нѣсколькихъ дней, при чемъ въ 1 случаѣ отмѣчено, что роженица была изслѣдована на дому повитухой.

Въ 3 случаяхъ произошелъ разрывъ рукава до свода. Въ 1 случаѣ пришлось сдѣлать разсѣченіе промежности вслѣдствіе крайняго растяженія и истонченія ея, грозившихъ неминуемымъ ея разрывомъ.

Пребываніе въ пріютѣ оперированныхъ колебалось отъ 7

до 14 дней и только одна из них пробыла 1 мѣсяць; всѣ остальные выписались здоровыми.

Для сравнительной оцѣнки ближайшихъ послѣдствій высокихъ щипцовъ для матери, мы позволимъ себѣ привести данныя опубликованныя Тóth'омъ, по которому на 34 случая высокихъ щипцовъ разрывы промежности получились 4 раза, надрывъ маточнаго зѣва—4 раза, разможженіе шейки матки—1 разъ и значительный разрывъ стѣнки влагалища 1 разъ.

Gans (33 случ.) отмѣчаетъ, что наблюдались слѣдующія поврежденія при высокихъ щипцахъ: разрывы промежности II степени—4 раза, разрывы промежности III степени—1 разъ, разрывъ шейки—2 раза (при расширеніи по Bossi), въ 7 случаяхъ была произведена инцизія вслѣдствіе недостаточнаго раскрытія маточнаго зѣва и въ 7 случаяхъ была сдѣлана *episiotomia*.

Копорка касается вопроса о поврежденіяхъ матери при высокихъ щипцахъ лишь въ общихъ чертахъ, говоря, что большихъ поврежденій не наблюдалось.

Такимъ образомъ при высокихъ щипцахъ у приведенныхъ авторовъ сравнительно чаще, чѣмъ по нашимъ даннымъ, встрѣчались поврежденія шейки матки и промежности, что частью объясняется нѣсколько другимъ матеріаломъ и иными показаніями, устанавливаемыми ими для наложенія высокихъ щипцовъ, такъ напр. у Gans'a почти въ $\frac{1}{3}$ случаевъ они были наложены при недостаточномъ открытіи зѣва въ случаяхъ эклампси.

Кромѣ того одной изъ частыхъ причинъ большого числа поврежденій матери, по даннымъ Gans'a, являющихся въ формѣ разрывовъ промежности и шейки, служитъ, сравнительно съ матеріаломъ Тóth'a и нашимъ, значительно большее число у него первородящихъ; такъ на 33 случая, гдѣ были наложены высокіе щипцы 18 было первородящихъ, что составляетъ 54,5%, въ то время какъ у Тóth'a на 34 случая первородящихъ было всего 4 (13,3%), а у насъ на 14 случ. высокихъ щипцовъ первородящихъ было 5, что составляетъ 35,7%.

Что касается смертности матерей, то у Тóth'a на 34 случ. наблюдался 1 случ. смерти, вслѣдствіе перитонита при полномъ разрывѣ матки, что составляетъ 2,9%. Gans 3 случ. смерти относитъ на счетъ эклампси и не ставитъ въ связь съ наложеніемъ высокихъ щипцовъ. Копорка и мы не имѣли ни одного случая смерти.

Въ послѣродовомъ періодѣ повышение температуры, по Тóth'у, отмѣчено было изъ 33 родильницъ у 10, т. е. въ 26,5%, по Gans'у изъ 17 въ 3, т. е. въ 17,6%, мы же имѣли повышение температуры изъ 14 случаевъ въ 2, т. е. въ 14,2%.

Такимъ образомъ, послѣродовой періодъ въ нашихъ случаяхъ наложенія высокихъ щипцовъ протекалъ сравнительно глаже, чѣмъ по даннымъ приведенныхъ авторовъ, что объясняется сравнительно большимъ числомъ лихорадящихъ у Gans'a уже во время родовъ, а именно изъ 33 случ. повышение температуры было у 15, т. е. почти въ 50%, въ то время какъ у насъ изъ 14 повышение температуры во время родовъ имѣлось у 5, т. е. только у $\frac{1}{3}$ роженицъ.

Стараясь выяснитъ причину сравнительно высокаго % лихорадящихъ у Toth'a при сравнительно небольшомъ у него числѣ роженицъ съ повышенной температурой во время родовъ (5), мы единственно чѣмъ можемъ объяснить такое явленіе, это нѣкоторымъ недостаткомъ строгой асептики при веденіи родовъ въ прежніе годы, къ которымъ именно принадлежитъ часть случаевъ, опубликованныхъ этимъ авторомъ

Чтобы представить себѣ опасность примѣненія высокихъ щипцовъ для жизни матери, что выражается % смертности, которая колеблется отъ 0%, полученнаго Koporka, Gans'омъ и нами, до 2,9%, по даннымъ Toth'a, мы позволимъ себѣ для сравненія привести процентное отношеніе смертности наблюдаемой вообще при наложеніи щипцовъ, при чемъ этотъ % по Schmid'y (Basel у Herffa) = 1,28%, по Winckel'ю = 2,9%, по Toth'y (Budapest) = 4,7%, у v. Kezmarsky (1882—1895 г.) = 5,12%, по Wahl'ю = 5,17%, а общее число нѣмецкихъ клиникъ дало 3,4%.

Отсюда видно, что смертность при высокихъ щипцахъ, если мы даже возьмемъ для сравненія наибольшей % ея, полученный Toth'омъ и = 2,9%, то и тогда эта смертность будетъ равняться приблизительно средней смертности, получаемой вообще при родоразрѣшеніи щипцами.

Сравнивая теперь % лихорадящихъ послѣ высокихъ щипцовъ по Toth'y = 26,5%, Gans'y = 17,6% и у насъ = 14,2% съ таковымъ же, полученнымъ вообще при наложеніи щипцовъ, который Münchmeyer (Dresden) даетъ = 32%, Wahl (Dresden) = 19% и Schmid (Basel) = 23,4% мы видимъ, что въ отношеніи послѣродовой заболѣваемости высокіе щипцы во всякомъ случаѣ при умѣломъ пользованіи уже не такое опасное оперативное вмѣшательство.

Особенно важнымъ представляется рѣшеніе вопроса относительно смертности дѣтей при наложеніи высокихъ щипцовъ, такъ какъ вопросъ этотъ еще до самаго послѣдняго времени представляется недостаточно обследованнымъ, а въ то же время онъ является краеугольнымъ камнемъ, на который опираются акушеры при выборѣ того или другого оперативнаго вмѣшательства, задавая цѣлью спасти обѣ жизни—жизнь матери и жизнь плода.

Что касается нашихъ результатовъ въ отношеніи дѣтей при наложеніи высокихъ щипцовъ, то въ 2 случаяхъ мы имѣли легкую асфиксію, длившуюся одинъ разъ 10 минутъ, а другой разъ около 20 минутъ и всѣ дѣти выписались изъ пріюта здоровыми.

Въ 4 случаяхъ мы получили мертвыхъ дѣтей, изъ которыхъ въ двухъ случаяхъ сердцебіеніе плода уже не выслушивалось до операціи, а въ остальныхъ двухъ случаяхъ оно было сомнительнымъ во время родовъ.

Наибольшей вѣсъ ребенка, извлеченнаго при помощи высокихъ щипцовъ, при общесъуженномъ тазѣ былъ 4200 граммъ, окружность головки его = 37½ сант., а при плоскомъ тазѣ наибольшей вѣсъ ребенка = 3700 граммъ и окружность головки его = 36 сант.

Мы позволимъ себѣ здѣсь привести 3 исторіи болѣзней

случаевъ—(№ 84—1904 г., № 110—1905 г., № 802—1905 г.), гдѣ были всѣ показанія къ распилу тазовыхъ костей, каковое вмѣшательство и предлагалось другими акушерами роженицамъ, но роды были проведены консервативнымъ путемъ при помощи высокихъ щипцовъ съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода.

1. О. К., 23 л., первородящая, поступила въ пріютъ $\frac{31}{I}$ 1904 г. (№ 84).

Размѣры таза: между вертелами 30, остями 24, гребнями 27, наружная конъюгата 17, діагональная $9\frac{1}{2}$ сант. Плоскій тазъ. Плохая конфигурація головки при плотныхъ костяхъ ея. Рѣзко выраженная родовая дѣятельность при высокостоящемъ кольцѣ сокращенія и глухая, замедленная сердечная дѣятельность плода. Головка вколочена большимъ сегментомъ. Наложены высокіе щипцы. Извлеченъ живой ребенокъ въ 3700 граммъ вѣсомъ. Мать и ребенокъ оставили пріютъ здоровыми на 12-й день.

2. А. С., 35 л., поступила въ пріютъ $\frac{7}{II}$ 1905 г. (№ 110). Рожаетъ второй разъ; первые роды были мертвымъ плодомъ (по словамъ роженицы, было оказано какое-то оперативное пособіе). Размѣры таза: между вертелами 30, остями 23,5, гребнями 26,5, наружная конъюгата 18,5, діагональная 10,8. сн. Плоскій рахитическій тазъ. Вслѣдствіе рѣзко выраженнаго кольца сокращенія и замедленной неправильной сердечной дѣятельности плода, на головку, вколоченную во входъ таза, наложены высокіе щипцы черезъ 4 часа послѣ полного открытія матки. Извлеченъ живой ребенокъ въ 3200 граммъ вѣсомъ. Мать и ребенокъ оставили пріютъ здоровыми на 14-й день.

3. А. Л., 29 л., поступила въ пріютъ $\frac{21}{X}$ 1905 г. (№ 802). Рожаетъ второй разъ. Первые роды протекли правильно. Размѣры таза: между вертелами 28, остями 24, гребнями 26, наружная конъюгата 18, діагональная 10,2 сант. Тазъ обще-суженный. Послѣ 5 часовъ полного открытія матки на головку, большей своею частью находившеюся надъ входомъ таза, наложены высокіе щипцы. Показанія: слабое поступательное движеніе головки по родовому каналу при плохой дѣятельности сердца плода и температурѣ роженицы $38,2^{\circ}$. Вѣсъ ребенка 4200 граммъ. Мать и ребенокъ выписались изъ пріюта на 11-й день здоровыми. Въ послѣродовомъ періодѣ—явленія легкаго эндометрита.

Обращаясь теперь къ литературнымъ даннымъ о смертности дѣтей, мы находимъ, что Tóth на 34 случ. высокихъ щипцовъ въ 28 случ. (82,3%) получилъ живыхъ дѣтей и въ 6 случ. (17,7%) дѣти были извлечены еще съ различной сердечной дѣятельностью, но обмершими или въ асфиктическомъ состояніи и не оживлены; въ одномъ же случаѣ хотя уже за нѣсколько часовъ до окончанія родовъ сердечные тона плода не были прослушиваемы, однако въ сомнѣніе вводило то обстоятельство, что мать съ положительностью утверждала ощущаемое ею движеніе плода. Изъ 28 извлеченныхъ дѣтей 1 умеръ, отъ неустановленной причины черезъ нѣсколько дней въ самомъ учрежденіи. Слѣдовательно принимая во вниманіе этотъ случай смертность дѣтей у Tóth'a выражается 20,5%.

По Копорка, на 17 извлеченныхъ при помощи высокихъ щипцовъ дѣтей указано 2 случая смерти, что составляетъ 11,7%; одинъ ребенокъ извлеченъ мертвымъ, а другой полученъ въ сильной асфиксiи и, хотя былъ оживленъ, но умеръ на 3-й день, при чемъ на вскрытiи обнаружено внутречерепное кровоизліяніе. Въ этомъ случаѣ предполагалось сдѣлать пубіотомію, но въ виду угрожающаго замедленія сердечной дѣятельности потеряна была надежда на получение живого ребенка.

Однако, если % смертности дѣтей при высокихъ щипцахъ по Копорка=11%, у насъ=16,6% (на 12:2 при исключеніи 2 перфорированныхъ, какъ это дѣлаютъ и другіе авторы, напр. Копорка) и Tóth'a=20,5% и приблизительно таковъ же по И. Федорову (16,36%), Winternitz'у (16,6%); Kissing'у (16%), Frankenstein'у (17,8%), v. Parczewski (18,33%), то этотъ % смертности по другимъ авторамъ является значительно выше и какъ средній по А. Г. Дмитриеву=33,67%, Gans'у = 33,33%, Semon'у = 36,8%, Schmid'у = 38,7%; группу съ наиболѣе высокой процентной смертностью составляютъ данныя, представленныя Baskow'ымъ, Schulz'емъ, Ritter'омъ, Sichel'омъ по 50% и наконецъ Schick'омъ=56,1%.

Касаясь вопроса о вліяніи формы таза на смертность дѣтей при высокихъ щипцахъ, А. Г. Дмитриевъ сопоставляетъ результаты, полученные при плоскихъ тазахъ въ Варшавской, Wien'ской (С. Braun'a) и Dresden'ской (Leopold'a) клиникахъ, всего 70 случаевъ съ 14,28% смертности съ таковой же при тазахъ обще-сѣуженныхъ въ тѣхъ же клиникахъ, насчитывающихъ 63 случая, при которыхъ накладывались высокіе щипцы и получивъ въ этихъ случаяхъ % смертности=14,28%, этотъ авторъ приходитъ къ заключенію, что форма таза повидимому мало вліяетъ на смертность дѣтей при высокихъ щипцахъ.

Сравнивая теперь % выраженіе смертности дѣтей при высокихъ щипцахъ полученное нами (16,6%), Копорка (11,7%), Frankenstein'омъ (17,8%), v. Parczewski (18,33%) и т. д. съ таковымъ же, полученнымъ при щипцахъ вообще, которое въ Basel'ской клиникѣ (Schmid-Herff)=10,2%, въ München'ской клиникѣ (v. Winkel)=16% и Dresden'ской (Leopold-Wahl)=21,2%, мы приходимъ къ заключенію, что смертность дѣтей при неотложныхъ щипцахъ вообще никоимъ образомъ нельзя считать значительно меньшей.

Копорка объясняетъ столь благопріятные результаты при высокихъ щипцахъ тѣмъ, что они накладываются большей частью при показаніяхъ со стороны матери и при вполне живомъ плодѣ или при нѣскольکو лишь ослабленной его жизнедѣятельности, въ то время какъ при щипцахъ вообще показаніемъ часто служить значительно измѣненная сердечная дѣятельность плода въ зависимости отъ долго дліающагося сдавливанія головки его въ тазовой полости. Кромѣ того, по Копорка, трудное и сложное вмѣшательство наложенія высокихъ щипцовъ производится обычно опытными руками, въ то время какъ наложеніе полостныхъ и выходныхъ щипцовъ, будучи проще и легче, поручается не рѣдко мало опытнымъ врачамъ.

Высокимъ щипцамъ при узкихъ тазахъ въ свое время про-

титуоставляли профилактической поворотъ на ножки и этотъ взглядъ на возможную конкуренцію этого акушерскаго оперативнаго вмѣшательства и теперь еще не окончательно оставленъ.

Вопросъ о преимуществахъ профилактическаго поворота впервые былъ поднятъ Simpson'омъ, по наблюденіямъ котораго будто бы у женщинъ съ узкимъ тазомъ дѣти при тазовомъ предлежаніи благопріятнѣе рождаются въ то время, какъ при головныхъ предлежаніяхъ роды проходятъ не такъ гладко.

Профилактической поворотъ нашелъ себѣ сторонниковъ въ нѣмецкой школѣ, среди которыхъ былъ и Schroeder, благодаря авторитету котораго эта операція получила широкое распространеніе. Особенно горячимъ защитникомъ профилактическаго поворота считается Gusselow, который впалъ въ крайность, придерживаясь того мнѣнія, что поворотъ являлся показаннымъ какъ только распознано суженіе таза, не дожидаясь даже полнаго раскрытія зѣва.

Однако примѣненіе этой операціи въ послѣдніе годы стало ограничиваться весьма узкими рамками и у недавнихъ поборниковъ ея, какъ школа Leopold'a (Lichtenstein), установился теперь иной взглядъ, а именно, что значительное несоотвѣтствіе между головкой и тазомъ служить противупоказаніемъ къ профилактическому повороту.

Въ виду обманчивой надежды достигнуть болѣе благопріятныхъ условій прохожденія послѣдующей головки черезъ суженный тазъ, Negar, Krönig, Menge окончательно отвергаютъ профилактической поворотъ.

Для выясненія вопроса относительно смертности дѣтей въ случаяхъ поворота при узкихъ тазахъ, мы позволимъ себѣ привести существующія литературныя данныя и параллельно представить смертность дѣтей, полученную въ этихъ же учрежденіяхъ при примѣненіи щипцовъ. По v. Winkel'ю (München), смертность дѣтей послѣ щипцовъ при узкихъ тазахъ = 18,3%, а послѣ поворота и экстракціи при узкихъ тазахъ = 51,6%; по Weidling'у, (Halle) смертность послѣ щипцовъ 27,7%, а послѣ поворота 40,8%, по Göth'у щипцы дали 14,2% смертности дѣтей, а поворотъ 66,6% смертности. Въ клиникѣ Leopold'a послѣ поворота получена смертность дѣтей = 31%.

Принимая во вниманіе полученную нами при высокихъ щипцахъ смертность дѣтей = 16,6% и сравнивая только что представленные % выраженія смертности дѣтей послѣ щипцовъ и профилактическаго поворота съ экстракціей, мы ясно видимъ, что полученная смертность послѣ щипцовъ въ среднемъ почти вдвое меньше, чѣмъ послѣ поворота, отсюда, слѣдовательно, родоразрѣшеніе послѣ высокихъ щипцовъ по отношенію къ плоду является значительно менѣе опасной операціей, чѣмъ таковое же съ помощью поворота и послѣдующимъ извлеченіемъ плода.

На основаніи только что приведенныхъ литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій, мы позволимъ себѣ прийти къ заключенію, что наложеніе высокихъ щипцовъ никоимъ образомъ не является такой въ высокой степени опасной акушерской операціей для жизни матери и плода, какъ это при

нимается многими авторами. Скорѣе мы склоняемся къ тому мнѣнію изслѣдователей по этому вопросу, что съ помощью этой операціи успѣшнѣе устраняются возникающія опасности для матери и плода, чѣмъ это удается достигнуть при помощи поворота на ножки изъ черепного предлежанія. И мы вмѣстѣ съ другими авторами (Tóth, Herff, Martin, Fritsch, Rieman и др.) раздѣляемъ ту точку зрѣнія, что только при терпѣливомъ выжиданіи, тщательно наблюдая, мы можемъ при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ между головкой и тазомъ оцѣнить съ извѣстной вѣроятностью энергію естественныхъ изгоняющихъ силъ, развиваемыхъ для преодоленія трудности прохожденія головки плода черезъ родовой каналъ роженицы.

Если препятствія являются непреодолимыми для естественныхъ изгоняющихъ силъ, то въ интересахъ матери и плода, прежде чѣмъ рѣшиться на перфорацию, необходимо сдѣлать осторожную попытку наложенія высокихъ щипцовъ. Этотъ образъ дѣйствія врача-акушера считается безусловно правильнѣе того, когда онъ, не исчерпавши всего запаса родовыхъ силъ и не убѣдившись путемъ выжиданія въ конфигуративной способности головки и ея возможности пройти черезъ тазовое кольцо, прибѣгаетъ къ повороту на ножки или приносить въ жертву жизнь плода, рѣшаясь на перфорацию.

Нужно имѣть въ виду, что выгодныя стороны защищаемыхъ многими авторами высокихъ щипцовъ заключаются не столько въ сравнительно благопріятныхъ результатахъ искусственнаго родоразрѣшенія при помощи ихъ, сколько въ достиженіи большаго числа родовъ, оканчивающихся самопроизвольно, при которыхъ сторонники профилактическаго поворота стремились бы, вѣроятно, окончить роды при помощи его оперативнымъ путемъ.

Щипцы полостные и выходныя. Если вообще отъ врача-акушера при веденіи нормальныхъ родовъ требуется большая опытность и немалое искусство въ изслѣдваніи роженицы, чтобы правильно установить діагнозъ и всесторонне взвѣсить положеніе роженицы, то при патологическихъ родахъ, гдѣ представляется необходимость оцѣнивать цѣлый рядъ болѣе сложныхъ явленій и, въ особенности, когда рѣчь идетъ объ установкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству, отъ котораго зависитъ жизнь матери и плода, то здѣсь врачъ-акушеръ, являясь часто единственнымъ отвѣтственнымъ лицомъ за жизнь матери и ребенка, особенно долженъ быть остороженъ въ своихъ заключеніяхъ. Онъ ни на минуту не долженъ оставлять наблюденія за роженицей и внутриутробнымъ плодомъ.

Терпѣніе, спокойствіе и увѣренность въ своихъ дѣйствіяхъ — вотъ три главныя добродѣтели акушера. При отсутствіи этихъ качествъ акушеръ можетъ перейти къ активному вмѣшательству, то слишкомъ рано и безъ достаточной надобности, но съ извѣстнымъ рискомъ для здоровья роженицы, а то слишкомъ поздно. Не рѣшаясь долго прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, онъ, наконецъ, приходитъ къ заключенію о необходимости его, но колеблясь, не будучи увѣренъ въ себѣ и въ выбранномъ способѣ родоразрѣшенія, онъ, остановившись, въ концѣ концовъ, на томъ или другомъ запозда-

ломъ оперативномъ пособіи, не рѣдко жертвуетъ одной или даже обѣими жизнями.

Нужно отмѣтить, что положеніе практическаго врача не-соизмѣримо труднѣе, чѣмъ акушера въ клинической дѣятельности, такъ какъ побочныя обстоятельства часто нарушаютъ необходимое въ это время душевное равновѣсіе. Не рѣдко недостаточно дисциплинированныя роженицы своими криками, настойчивыми просьбами избавить ихъ отъ непривычныхъ болей при первыхъ родахъ, а также просьбы присутствующихъ родственниковъ заставляютъ акушера въ частной практикѣ иногда противъ убѣжденій преждевременно оканчивать роды оперативнымъ путемъ. И врачъ долженъ часто обладать большой силой воли, чтобы противустоять настойчивымъ требованіямъ окружающихъ и не уклониться отъ правильнаго пути, указываемаго ему научными соображеніями, наблюденіемъ за роженицей и собственнымъ его опытомъ.

Дальнѣйшее основаніе, почему многіе акушеры въ настоящее время въ своей практической дѣятельности быть можетъ скорѣе переходятъ къ оперативному вмѣшательству, особенно наложенію полостныхъ и выходныхъ щипцовъ, это—довѣріе къ асептикѣ и антисептикѣ.

Статистическія сопоставленія Негар'а и Доггн'а однако указали и доказали, что возрастающая частота оперативныхъ вмѣшательствъ и смертности разрѣшившихся не уменьшилась, но наоборотъ, несмотря на проведеніе антисептическихъ мѣропріятій, даже увеличилась.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ окончанію родовъ посредствомъ щипцовъ преждевременно переходятъ потому, что при выслушиваніи сердечныхъ тоновъ плода полагаютъ, что онъ находится въ опасности въ то время, какъ въ дѣйствительности этого нѣтъ. Къ этимъ ошибочнымъ выводамъ приходятъ иногда только потому, что выслушиваютъ сердечные тоны плода въ ненадлежащемъ мѣстѣ или выслушиваніе ихъ производится во время самихъ болей, а также до или тотчасъ послѣ нихъ, когда фізіологически происходитъ измѣненіе ихъ, что и оцѣнивается, какъ явленіе, угрожающее жизни плода, побуждающее къ ускоренію родоразрѣшенія щипцами.

Особенно часто въ отчетахъ показаніемъ для наложенія щипцовъ служитъ слабость родовыхъ болей. Но надо имѣть въ виду, что онѣ во многихъ случаяхъ могутъ быть результатомъ неумѣлаго веденія родовъ въ періодъ раскрытія маточнаго зѣва. Когда роды затянулись, уставшая акушерка не рѣдко для ускоренія хода ихъ заставляетъ роженицу не переставая тужиться еще при неполнѣ открытомъ маточномъ зѣвѣ, послѣдствіемъ чего является полное обезсиленіе роженицы; тогда неопытная акушерка, думая помочь дѣлу, преждевременно разрываетъ плодный пузырь и тѣмъ самымъ дѣлаетъ вторую ошибку. Когда же подходитъ время и необходимость тужиться, роженица, обезсиленная, утомленная, дѣлается неспособной развить достаточную работу брюшнаго пресса для окончательнаго поступательнаго движенія головки по родовому каналу, и она не доканчиваетъ послѣдняго поворота и останавливается въ поперечномъ размѣрѣ таза.

Предостерегая вообще отъ послѣднаго окончанія родовъ щипцами, мы особенно имѣемъ въ виду первородящихъ, у которыхъ чаще всего и производятъ эту операцію и не рѣдко безъ достаточно строгихъ на то основаній, забывая въ то же время, что она въ большинствѣ случаевъ у первородящихъ приводитъ къ поврежденію мягкихъ частей родового канала, входящихъ по статистическимъ даннымъ клиникъ и родильныхъ домовъ отъ 60% до 85%, и, надо замѣтить, это тамъ, гдѣ ее производятъ относительно опытными руками и при сравнительно благоприятныхъ условіяхъ.

Правъ былъ v. Winkel, говоря, что щипцы даже въ рукахъ опытныхъ акушеровъ никоимъ образомъ не безопасный инструментъ.

Потому при установкѣ показаній къ наложенію щипцовъ необходимо очень строго взвѣшивать эти показанія. Обычно показаніями для окончанія родовъ съ помощью типичныхъ щипцовъ, какъ и при высокихъ, служатъ чаще всего: а) опасность со стороны матери, б) со стороны плода и в) со стороны обоихъ вмѣстѣ.

Наиболѣе частыми показаніями для наложеній щипцовъ является слабость болѣе, а такъ какъ извѣстна ихъ слабость въ нѣкоторыхъ родильныхъ учрежденіяхъ уже считается достаточно основаніемъ для окончанія родовъ щипцами, то понятно, что при такой точкѣ зрѣнія на необходимость искусственнаго родоразрѣшенія въ этихъ учрежденіяхъ %, отношеніе родовъ, оконченныхъ щипцами, будетъ сравнительно больше, чѣмъ тамъ, гдѣ при обнаруженной слабости болѣе возможно выжидаютъ съ наложеніемъ щипцовъ, пока не наступаетъ настоятельная необходимость въ видѣ дѣйствительной опасности со стороны матери или ребенка.

Кромѣ того различная частота родовъ, оконченныхъ щипцами, въ разныхъ учрежденіяхъ зависитъ отъ того или другаго установившагося взгляда на необходимость окончанія родовъ въ зависимости то болѣе короткаго, то болѣе долгаго періода наблюденія за родами при слабыхъ боляхъ послѣ полнаго открытія маточнаго зѣва.

Чтобы яснѣе представить себѣ, какое различіе во взглядахъ существуетъ относительно того, когда надо прибѣгать къ окончанію родовъ посредствомъ щипцовъ, мы позволимъ привести себѣ на этотъ счетъ точки зрѣнія отдѣльныхъ клиникъ.

Въ Bonn'ской (Hesemann) и Greifswald'ской (Räbinger) клиникахъ не выжидаютъ пока наступитъ опасность для матери или плода, но накладываютъ щипцы при слабыхъ боляхъ, когда въ продолженіе извѣстнаго промежутка времени головка не обнаруживаетъ поступательнаго движенія впередъ.

При слабыхъ боляхъ въ періодъ изгнанія въ Base'ской (Schmid) клиникѣ выжидаютъ 2—3 часа, въ Halle (Ritter) 2½ часа, а въ Strassburg'ѣ (Parczewski) 3 часа.

Въ Königsberg'ской (Gans) клиникѣ слабыя боли считаютъ достаточнымъ основаніемъ для окончанія родовъ щипцами, прежде чѣмъ наступитъ опасность для матери и плода, и накладываютъ щипцы въ періодъ изгнанія приблизительно черезъ 6 часовъ, если въ теченіи этого времени вслѣдствіе слабости болѣе не замѣчается успѣшнаго теченія родовъ.

Наиболѣе консервативнаго направленія придерживаются въ Dresden'ской клиникѣ, по Münchmeyer'у, и въ Prag'ской, по Schick'у, въ которыхъ только тогда при слабыхъ боляхъ накладывать щипцы, если всѣ попытки достигнуть произвольнаго окончанія родовъ являются тщетными и обнаруживается опасность, угрожающая жизни матери и плода.

Въ Leipzig'ской клиникѣ, по Frankenstein'у, слабость болѣе не служить показаніемъ къ щипцамъ, ибо по Zweifel'ю наличность слабыхъ болѣе не должна внушать еще мысли объ опасности, по крайней мѣрѣ, пока плодъ еще въ маткѣ, а въ то же время при быстромъ родоразрѣшеніи роженицъ съ слабыми болями послѣ родовъ можетъ угрожать атоническое кровотеченіе даже со смертельнымъ исходомъ. Потому Zweifel рекомендуетъ возможное выжиданіе съ усиленной борьбой противъ слабой или совсѣмъ прекратившейся родовой болевой дѣятельности и только, когда будетъ исчерпаны всѣ средства нашей консервативной терапіи безъ результата и въ то же время явится опасность для матери и плода, то только тогда есть основаніе перейти къ окончанію родового акта съ помощью щипцовъ.

Въ нашей акушерской дѣятельности, мы придерживались умѣренно-консервативнаго направленія и проводили всегда тотъ взглядъ, что обнаруживаемая слабость болѣе еще не служить достаточнымъ показаніемъ къ наложенію щипцовъ, ибо такого характера боли сами по себѣ еще не приносятъ опасности для матери и плода. Въ то же время, мы всегда были противъ крайнихъ степеней выжиданія въ особенности, когда показанія для наложенія щипцовъ уже наступили въ видѣ опасности для жизни матери и плода. Чрезмѣрно длительное выжиданіе уже само по себѣ приноситъ во многихъ случаяхъ большой вредъ матери и очень неблагоприятно отзывается на жизнеспособности плода. Потому, не выжидая, пока наступятъ явленія угрожающія жизни матери и плода, мы оканчиваемъ роды щипцами при головкѣ стоящей въ полости таза или въ выходѣ его, когда послѣ полнаго открытія зѣва прошло въ общемъ отъ 4 до 8 часовъ, а вопросъ относительно продолжительности того или другого періода выжиданія рѣшается тщательнымъ наблюдениемъ и строгой индивидуализаціей случая. Основаніями для рѣшенія вопроса о длительности выжиданія могутъ служить данныя о предыдущихъ родахъ, точно отмѣченныя въ исторіяхъ болѣзни въ тѣхъ случаяхъ, когда роды уже повторно происходили въ родильныхъ учрежденіяхъ. Затѣмъ особенно важное существенное значеніе въ вопросѣ о продолжительности выжиданія имѣетъ то обстоятельство, имѣемъ ли мы дѣло съ роженицей первородящей или повторнородящей. У послѣднихъ, съ отхожденіемъ плодныхъ водъ при полномъ открытіи зѣва и головкѣ нормальной величины, стоящей въ полости или въ выходѣ таза, если вслѣдствіе слабостей болѣе роды не подвигаются впередъ, при широкомъ, растяжимомъ родовомъ каналѣ, мы меньше рискуемъ нанести поврежденіе роженицѣ и имѣемъ всѣ основанія недостающую силу естественныхъ изгоняющихъ родовыхъ болѣе и брюшнаго пресса дополнить приложеніемъ собственной силы при помощи наложенія щипцовъ.

Напротивъ у первородящихъ при тѣхъ же самыхъ условіяхъ въ отношеніи родовой дѣятельности со стороны роженицы, но въ виду меньшей подготовленности родowego канала и его узости, а въ особенности у старыхъ первородящихъ при малой эластичности мягкихъ родовыхъ частей требуется болѣе продолжительное, терпѣливое выжиданіе, такъ какъ всегда надо имѣть въ виду большую опасность вслѣдствіе частоты и тяжести наносимыхъ поврежденій мягкимъ частямъ родowego канала при оперативныхъ вмѣшательствахъ съ помощью щипцовъ.

Далѣе, противодѣйствіе родовымъ болямъ съ стороны плода въ видѣ ненормально большой величины головки или отклоненія отъ правильнаго механизма родовъ при ненормальномъ предлежаніи ея (передне—или задне-теменное, лобное и т. д.) также требуютъ отъ врача правильной, точной установки діагноза для выясненія дѣйствительной причины замедленія родовъ. Не рѣдко при терпѣливомъ выжиданіи неправильное вставленіе головки исправляется силами природы, но, къ сожалѣнію, часто этому мѣшаетъ шаблонный образъ дѣйствій кончать роды съ помощью щипцовъ, коль скоро роженица не разрѣшается въ извѣстный промежутокъ времени послѣ полнаго открытія зѣва матки.

Само собою разумѣется, совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло, когда возникаютъ явленія, угрожающія жизни матери (повышенная температура, кровотеченіе, эклампсія, болѣзни сердца, легкихъ и т. п.) или плода (нарушенная сердечная дѣятельность, выдѣленіе мѣконія и т. п.), то тутъ уже ясно не можетъ быть рѣчи о дальнѣйшемъ выжиданіи, и для устраненія опасности для жизни матери и плода необходимо приступить къ скорѣйшему окончанію родовъ съ помощью щипцовъ, если существуютъ условія, требуемыя этой операціей, а въ случаѣ недостаточнаго раскрытія зѣва, если на то есть показаніе, приходится создавать ихъ самому акушеру, прибѣгая къ влагалищному кесарскому сѣченію.

Благодаря большому различію во взглядахъ на показаніе къ наложенію щипцовъ, на чемъ мы только что останавливались, и частота примѣненія ихъ въ различныхъ учрежденіяхъ и по различнымъ авторамъ значительно колеблется:

А. Я. Красовскій	имѣлъ	1, 8%	
В. В. Сутугинъ	"	2,75%	(1888)
А. М. Макѣевъ	"	3, 7%	(1890)
Д. А. Парышевъ	"	4, 9%	(1874—86)
В. А. Столыпинскій	"	3, 5%	(1876—87)
И. Воффъ	"	5, 3%	(1891)
А. А. Новицкій	"	12, 4%	(1884—91)
С. X. Фихтнеръ	"	7, 5%	(1904—09)
Д. Д. Поповъ	"	2, 6%	(1900—1910)
Osiander.	(Göttingen).	40%	(1792—1822)
Boër.	(Wien).	0,37%	(1801—1822)
C. Braun.	(Wien).	4, 3%	
v. Winckel.	(Dresden).	3%	(1879—1883)
v. Winckel.	(München).	2, 6%	(1884—1890)

Olshausen. (Berlin).	4,96%
Schauta. (Innsbruck).	9,16% (1881—1887)
Schauta. (Wien).	2, 3% (1892—1894)
Schulze. (Jena).	11, 6% (1864—1888)
Ahlfeld. (Marburg).	3, 5% (1881—1888)
Ahlfeld. (Marburg).	2, 8%
v. Rosthorn. (Prag).	3,63% (1891—1894)
Fehling. (Strassburg).	6,43% (1891—1900)
Winter. (Königsberg).	3,38% (1898—1906)
Schauta. (Wien).	2, 4% (1895)
Wieder. (Zürich).	5,98% (1891—1909)

Полученная нами процентная величина, указывающая на частоту примѣненія полостныхъ и выходныхъ щипцовъ—2,6 % ближе всего стоитъ къ таковой же, полученной В. В. Сутугинымъ, а изъ иностранныхъ авторовъ Schauta, Winckel, Ahlfeld.

Приведенная таблица съ сопоставленіемъ ‰ цифровыхъ данныхъ относительно частоты примѣненія щипцовъ указываютъ, насколько эта частота колеблется въ широкихъ границахъ въ различныхъ учрежденіяхъ.

Въ то же время нельзя не отмѣтить тотъ фактъ, что, если въ прежнее время это колебаніе въ частотѣ наложенія щипцовъ было выражено особенно рѣзко, то въ позднѣйшіе годы, съ выработкой болѣе точныхъ показаній и съ объединеніемъ взглядовъ различныхъ операторовъ, эти ‰ величины, указывающія на частоту примѣненія щипцовъ уже значительно менѣе разнятся. Такъ, если клиническіе отчеты начала прошлаго столѣтія указываютъ, что Oslander примѣнялъ щипцы въ 40 %, а его современникъ Voëg только въ 0,37%, то за послѣдніе два десятилѣтія процентъ наложенія щипцовъ колеблется отъ 2,4 % (Schauta) до 6,43 % (Fehling).

Кромѣ того изъ таблицы видно, что въ послѣднее время вообще уменьшилась частота примѣненія щипцовъ, что стоитъ въ связи частью съ распространеніемъ и укорененіемъ среди акушеровъ взгляда на преимущества выжидательнаго направленія, частью же обусловливается развитіемъ въ акушерствѣ хирургическаго направленія, т. е. примѣненіемъ крупныхъ хирургическихъ операций — вѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, влагалищнаго кесарскаго сѣченія и тазорасширяющихъ операций.

Процентныя величины, указывающія на частоту наложенія щипцовъ, разнятся не только въ различныхъ учрежденіяхъ и у разныхъ операторовъ, но, какъ видимъ изъ таблицы, онѣ далеко не одинаковы у однихъ и тѣхъ же операторовъ въ различное время. Winckel на примѣръ въ Dresden'ѣ въ 1879-1883 годахъ накладывалъ щипцы въ 3 %, а въ München'ѣ въ 1884-1890 годахъ въ 2,6 %; Ahlfeld въ первые годы своей дѣятельности примѣнялъ щипцы въ 3,5 %, а въ послѣдующіе годы въ 2,8 %; Schauta въ Innsbruck'ѣ въ 1881-1887 годахъ пользовался щипцами въ 9,16%, а въ Wien'ѣ въ 1892—1894 годахъ въ 2,3%.

Указанная разница въ частотѣ наложенія щипцовъ въ раз-

ное время у однихъ и тѣхъ же акушеровъ стоитъ въ зависимости отъ измѣнявшихся съ теченіемъ времени взглядовъ на показанія къ наложенію щипцовъ подъ вліяніемъ новыхъ пріобрѣтеній въ наукѣ. Изъ приведенныхъ сопоставленій $\frac{0}{100}$ цифровыхъ данныхъ также видно, что упомянутые акушеры—Winkel, Schauta, Ahlfeld въ позднѣйшей своей дѣятельности стали прідерживаться болѣе выжидательнаго направленія въ отношеніи примѣненія щипцовъ.

Прежде чѣмъ остановиться на разборѣ отдѣльныхъ показаній для наложенія щипцовъ со стороны матери или плода, мы позволимъ себѣ указать на нашемъ матеріалѣ на отношеніе этихъ показаній вообще между собой.

Показанія для наложенія щипцовъ со стороны матери встрѣтились у насъ изъ 45 случаевъ въ 30, что составляетъ 66,6⁰/₁₀₀, только со стороны плода въ 2 случаяхъ, т. е. въ 4,4⁰/₁₀₀ и со стороны обоихъ вмѣстѣ въ 13 случаяхъ, т. е. въ 28,8⁰/₁₀₀. Эти отношенія стоятъ ближе всего въ таковомъ же указанномъ въ общемъ отчетѣ изъ С-Петербургскихъ родильныхъ учреждений, по которому основаніе для наложенія щипцовъ со стороны матери были въ 60,3⁰/₁₀₀, плода въ 8,6⁰/₁₀₀ и обоихъ вмѣстѣ въ 30,1⁰/₁₀₀. Наши данныя, какъ, равнымъ образомъ, и только что приведенныя, значительно разнятся отъ заграничныхъ клиникъ. Эта разница заключается въ особенно часто встрѣчающихся тамъ показаніяхъ для наложенія щипцовъ со стороны плода. Объясняется это, прежде всего, стремленіемъ доводить выжиданіе до крайнихъ предѣловъ, когда уже сравнительно чаще обнаруживаются явленія, угрожающія жизни плода, служащія показаніемъ къ наложенію щипцовъ; такъ на примѣрѣ въ Dresden'ской клиникѣ у Leopold'a, по Münchmeyer'u, показанія со стороны матери были въ 28⁰/₁₀₀, со стороны же плода въ 57,28⁰/₁₀₀ и обоихъ вмѣстѣ въ 29,9⁰/₁₀₀, а въ Bonn'ской клиникѣ Fritsch'a показанія для матери наблюдались въ 39,2⁰/₁₀₀, для плода въ 25,4⁰/₁₀₀ и для обоихъ вмѣстѣ въ 35,3⁰/₁₀₀.

Въ отдѣльныхъ клиникахъ возрастаніе % величины, указывающей на частоту наложенія щипцовъ, идетъ параллельно съ значительнымъ уменьшеніемъ таковой же, относящейся къ показаніямъ со стороны обоихъ, т. е. матери и плода; такъ, по v. Säxinger'u, показанія для матери возникли въ 42,4⁰/₁₀₀, для плода въ 35,4⁰/₁₀₀, а для обоихъ вмѣстѣ въ 10,1⁰/₁₀₀, по v. Rosthorn'u со стороны матери въ 41,5⁰/₁₀₀, со стороны плода уже въ 52,83⁰/₁₀₀, со стороны обоихъ вмѣстѣ только въ 6,6⁰/₁₀₀. Эти $\frac{0}{100}$ величины, указывающія на частоту показаній для наложенія щипцовъ со стороны обоихъ вмѣстѣ, т. е. матери и плода, по сравненію съ полученной нами $\frac{0}{100}$ величиной = 28,8⁰/₁₀₀, Leopold'a = 29,9⁰/₁₀₀ и, въ особенности, Fritsch'a = 35,3⁰/₁₀₀, являются крайне низкими.

Это находитъ себѣ объясненіе въ томъ, что въ нѣкоторыхъ клиникахъ съ малой % величиной для группы показаній совмѣстно со стороны матери и плода, установка показаній для наложенія щипцовъ въ интересахъ матери отличалась особенной строгостью и въ эту группу попадали только неотложные случаи наложенія щипцовъ съ ясно угрожающими явленіями жизни матери, а при возникновеніи относительныхъ показаній со сто-

роны матери и угрожающихъ явленій, служащихъ показаніями со стороны плода, эти послѣднія ставились на первый планъ и при отчетности такіе случаи заносились въ группу, которая состояла изъ показаній служащихъ основаніемъ для наложенія щипцовъ со стороны плода.

Въ Königsberg'ской клиникѣ, по Gans'у, показанія къ щипцамъ принципиально дѣлятся вообще не на 3 группы, какъ всѣ авторы, а только на 2:—I) опасность для матери, II) опасность для плода. При одновременно же обнаруживающейся опасности для матери и плода показанія для наложенія щипцовъ базируются на части болѣе страдающей и заносятся въ соответствующую группу; при одинаковой степени опасности считается, по Gans'у, что щипцы накладываются въ интересахъ матери. При тяжелыхъ случаяхъ эклампсіи съ опасностью для плода опять считается, что показанія къ наложенію щипцовъ исходятъ со стороны матери, а при совместно встрѣтившихся слабыхъ боляхъ и явленіяхъ, указывающихъ на асфиксію плода, наложеніе щипцовъ относилось на счетъ показаній со стороны плода.

Въ интересахъ болѣе правильной оцѣнки показаній, устанавливаемыхъ для наложенія щипцовъ, необходимо было бы выработать какой-либо одинъ опредѣленный планъ отчетности по родильнымъ учрежденіямъ и, быть можетъ, раздѣленіе показаній на двѣ группы—со стороны матери и со стороны плода, смотря по выраженности дѣйствительной опасности, какъ этого придерживаются въ Königsberg'ской клиникѣ Winter'a—представляется наиболѣе цѣлесообразнымъ, отличаясь простотой и болѣе опредѣленностью понятій.

Переходя теперь къ ближайшей оцѣнкѣ отдѣльныхъ показаній со стороны матери и плода или со стороны обоихъ вмѣстѣ, которыми мы руководствовались при наложеніи полостныхъ (35 случ.) и выходныхъ щипцовъ (10 случ.), мы позволимъ привести перечисленіе этихъ показаній въ нижеслѣдующей таблицѣ:

1) Показанія со стороны матери.

Слабыя боли	11
„ „ и повышеніе температуры	6
Высокая температура	7
Частыя боли и отсутствіе поступательнаго движенія головки	2
Эклампсія	4

2) Показанія со стороны плода.

Неправильная сердечная дѣятельность плода	1
Выпаденіе слабо пульсирующей пуповины	1

3) Показанія со стороны матери и плода.

Слабыя боли и признаки асфиксіи плода	11
Отеки матери и подлежащей части плода	2

Наиболѣе частымъ показаніемъ къ наложенію типичныхъ щипцовъ, какъ видно изъ таблицы, намъ служили слабыя боли

въ періодъ изгнанія. И хотя при этихъ слабыхъ боляхъ далеко не всегда обнаруживалась опасность для жизни матери и плода, однако эта слабость болѣе во многихъ случаяхъ служила полнымъ основаніемъ для окончанія родовъ при помощи щипцовъ, такъ какъ крайне продолжительное, чрезмѣрное выжиданіе могло бы въ высокой степени неблагоприятно отразиться какъ на самой матери, такъ и на ребенкѣ.

При строгой индивидуализаціи случаевъ,—ибо здѣсь меньше, чѣмъ при какомъ либо другомъ оперативномъ акушерскомъ вмѣшательствѣ позволителенъ схематическій образъ дѣйствій,—мы допускаемъ выжиданіе отъ 4 до 8 часовъ послѣ полного открытія зѣва съ примѣненіемъ въ то же время консервативной терапіи для поднятія силъ роженицы и возбужденія родовой дѣятельности.

Руководствуясь умѣренно-консервативнымъ взглядомъ и придерживаясь строгой оцѣнки слабыхъ болѣе при установкѣ показаній для искусственнаго родоразрѣшенія при помощи типичныхъ щипцовъ, эти послѣдніе мы примѣнили въ 24,4%.

Полученная нами % величина указывающая на частоту наложенія полостныхъ и выходныхъ щипцовъ при слабыхъ боляхъ стоитъ приблизительно въ срединѣ между %% величинами, при водимыми другими авторами, и ближе всего подходитъ къ таковой же, полученной въ клиникѣ Olshausen'a (Berlin) по Eckart'y = 24%.

Наложение щипцовъ при слабыхъ боляхъ примѣнялось сравнительно рѣже, чѣмъ у насъ въ Halle (Sichler)—10,8%, Tübingen'ѣ (Kissing)—12,9%, Danzig'ѣ (Semon)—17,1%, Würzburg'ѣ (Schulz)—22,6%, Strassburg'ѣ (v. Parczewski)—23,6%.

Наиболѣе же часто слабыя боли служили показаніемъ для наложенія щипцовъ въ слѣдующихъ клиникахъ: Königsberg'ской (Gans)—28,1%, Giessen'ской (Küchel)—30,4%, Bonn'ской (Hesemann)—33,1%, Halle'ской (Ritter) въ болѣе поздніе годы—33,3% и Basel'ской (Schmid)—44,9%.

Разсматривая теперь наложеніе щипцовъ по поводу слабыхъ болѣе у первородящихъ и повторнородящихъ при различныхъ степеняхъ суженія таза, мы получимъ слѣдующія данныя:

Тазы.	Всѣхъ случаевъ.	Слабыя боли.	
		Первородящихъ.	Повторнородящихъ.
Плоскіе тазы I степени	3	1	—
Обще-суженные тазы I степени	5	1	3
” ” II ”	34	2	4

Изъ этой таблицы видно, что наложеніе щипцовъ при слабыхъ боляхъ у первородящихъ было почти вдвое рѣже, чѣмъ у многородящихъ (4:7), причемъ это не случайное явленіе, но мы принципиально, насколько это было возможно безъ ущерба для матери и плода, ограничивали примѣненіе щипцовъ у первородящихъ для избѣжанія поврежденій узкаго родового канала матери.

Высказаться опредѣленно о частотѣ наблюдаемыхъ слабыхъ болей при той или другой формѣ и степени суженія таза, мы, за малочисленностью случаевъ при разнесеніи ихъ по отдѣльнымъ рубрикамъ, не считаемъ возможнымъ, но, повидимому, относительная слабость болей чаще встрѣчается при общесуженныхъ тазахъ, чѣмъ при плоскихъ.

Переходя теперь къ вопросу о показаніяхъ къ окончанію родовъ при помощи наложенія типичныхъ щипцовъ, когда основаніемъ для этого служить повышенная температура роженицы, мы прежде всего должны указать, что придерживались въ этомъ отношеніи того взгляда, что при существованіи необходимыхъ условій для ихъ наложенія, щипцы примѣнялись, когда температура поднималась до 38° и не выжидали болѣе значительнаго ея повышенія на примѣръ до 39,5°, какъ это предлагаетъ v. Winkel.

Наложение щипцовъ по поводу повышенія температуры на нашемъ матеріалѣ было въ 13 случаяхъ, что составляетъ 28,8%, при чемъ изъ 13 случаевъ въ 6 это повышеніе температуры было одновременно со слабостью болей, которыя, однако не служили прямымъ показаніемъ къ окончанію родовъ.

Для сравненія мы приведемъ данныя другихъ авторовъ, указывающія на частоту наложенія щипцовъ, показаніемъ для чего служило повышеніе температуры; такъ, по этой причинѣ, по Gans'у, были наложены щипцы въ 21,17%, по Копорка—въ 20%. Нѣсколько меньшій % наложенія щипцовъ при повышенной температурѣ у Gans'a сравнительно съ нашими данными (28,8%) объясняется тѣмъ, что въ клиникѣ Winter'a щипцы накладывались тогда, когда температура достигала не ниже 38,5°, въ то время какъ у насъ эта граница повышенія температуры принималась ниже, а именно 38°.

Изъ другихъ показаній, со стороны матери служившихъ основаніемъ для наложенія типичныхъ щипцовъ, были э к л а м п т и ч е с к і е п р и п а д к и, какъ это указано нами выше.

Съ помощью щипцовъ было разрѣшено 4 случ. эклампсін при узкихъ тазахъ, что составляетъ 8,8%. Въ 2 случаяхъ (№ 240—1901 г. и № 20 — 1908 г.) у первородящихъ по извлеченіи живыхъ плодовъ припадки прекратились, а у другихъ 2 (№ 561—1907 г. и № 1131—1907 г.) также первородящихъ, хотя роды и были закончены щипцами съ полученіемъ живыхъ дѣтей, но припадки еще продолжались и въ послѣродовомъ періодѣ (№ 561—3 припадка, № 1131 — 5 припадково). Одна изъ больныхъ (№ 20—1908 г.) страдала легочнымъ кровотеченіемъ и на 2-й день послѣ родовъ была переведена въ больницу въ тяжеломъ состояніи, гдѣ и умерла на 6-й день послѣ родовъ; на вскрытіи обнаружено—*tuberculosis pulmonum* и *vitium cordis*.

По даннымъ другихъ авторовъ частота примѣненія щипцовъ при эклампсін колеблется въ значительныхъ границахъ; такъ, если по Christel'ю (Berlin) при этой формѣ страданія щипцы были примѣнены въ 27,2%, то по Schmitt'ю (Stuttgart) только въ 0,2%; средній % приводится изъ клиники v. Winkel'я = 13,9% и Kaltenbach'a = 12%, нѣсколько ниже средняго онъ отмѣчается у А. А. Новицкаго = 7,1% (1 случай на 14) и у И. И. Федорова = 7,7% (7 случ. на 90), а у v. Rosthorn'a = 5%.

Что касается показаній для наложенія щипцовъ со стороны плода, то со времени открытія въ прошломъ столѣтіи, Major'омъ и Lejumeau de Kergaradec дѣтскихъ сердечныхъ тоновъ главнымъ образомъ или даже почти исключительно ими стали руководствоваться для опредѣленія опасности угрожающей жизни плода.

Уже Kilian говорилъ, что щипцы показываются со стороны плода, когда частота сердечныхъ тоновъ падаетъ ниже 100 въ минуту или же когда она возрастаетъ выше 180 въ минуту и при этомъ теряется ихъ ясность и съ опредѣленностью можно различать только одинъ тонъ.

Выслушивание сердечныхъ тоновъ плода, принося цѣнные данныя, указывающія на опасность, угрожающую жизни ребенка, требуетъ однако крайне осторожнаго наблюденія за сердцебиеніемъ плода и выслушивание его въ періодъ между родовыми болями, иначе можно впасть въ ошибку и истолковать измѣненіе сердечной дѣятельности плода въ неблагоприятную сторону, выслушивая ее во время сократительной дѣятельности матки и работы брюшнаго пресса. Эти ошибочныя данныя нерѣдко оцѣниваются какъ явленіе, угрожающее жизни ребенка, и заставляютъ преждевременно прибѣгнуть къ оперативному окончанію родовъ съ помощью щипцовъ.

Важнымъ показателемъ для немедленнаго окончанія родовъ щипцами служить также выдѣленіе мѣконія при всѣхъ положеніяхъ плода за исключеніемъ тазового; крайне рѣдко выдѣляется мѣконіи при головныхъ предлежаніяхъ безъ того, чтобы не было асфиксії плода; въ этихъ исключительныхъ случаяхъ точнымъ повторнымъ выслушиваніемъ сердечныхъ тоновъ плода удается разрѣшить вопросъ относительно угрожающей его жизни опасности.

Если же выслушивание сердечныхъ тоновъ затруднено или невозможно, то отхожденіе мѣконія должно внушать серьезное опасеніе относительно жизнеспособности плода, являясь полнымъ основаніемъ для активнаго вмѣшательства, ибо нельзя, основываясь только на исключительныхъ случаяхъ, и послѣ этого выжидать, не рискуя потерять ребенка.

Къ сожалѣнію, не всегда удается наблюдать выдѣленіе мѣконія наружу, если даже онъ и выдѣляется плодомъ, такъ какъ этому препятствуетъ низко и плотно стоящая въ тазу головка, и это узнается нерѣдко только по извлеченіи плода, покрытаго мѣконіемъ и по присутствію послѣдняго въ околоплодной жидкости.

При выпаденіи пуповины съ существующей еще или съ уже неразличимой пульсацией необходимо возможно быстрѣ наложить щипцы, такъ какъ въ отдѣльныхъ случаяхъ только при такомъ образѣ дѣйствій удастся еще спасти ребенка; при этомъ должно быть обращено особое вниманіе, чтобы вмѣстѣ съ тѣмъ не захватить въ щипцы пуповину, такъ какъ при влеченіи за нее является большая опасность преждевременнаго отдѣленія плаценты.

Конечно, при высокостоящей головкѣ надо сдѣлать попытку вправленія выпавшей пуповины и, если бы таковое не удалось, то акушеръ ни на минуту не долженъ оставлять роженицу, но тщательнымъ образомъ слѣдить за сердцебиеніемъ ре-

бенка и при наступающей опасности предпринять извлечение щипцами.

Быстро растущая и очень напряженная головная опухоль служила у насъ въ 2-хъ случаяхъ показаніемъ вмѣстѣ съ другими неблагоприятными явленіями (1 случай слабыхъ боли и 1 случай бѣлокъ въ мочѣ) къ наложенію щипцовъ. Присутствіе большой головной опухоли указываетъ нерѣдко на пониженную сердечную дѣятельность и разстройство кровообращенія плода вообще и особенно въ головномъ отдѣлѣ. Наличие этихъ явленій у старшихъ авторовъ до открытія дѣтскихъ тоновъ сердца служило существеннымъ основаніемъ для искусственнаго окончанія родовъ.

Не могу не коснуться того вопроса, что среди явленій указывающихъ на асфиксію плода надо отмѣтить усиленное его движеніе, на которое часто обращаютъ вниманіе сами женщины при обмираніи плода во время беременности.

Въ періодѣ родовъ по отхожденію водъ усиленная родовая дѣятельность значительно понижаетъ у роженицъ воспримчивость къ ощущенію конвульсивныхъ движеній плода при его обмираніи, что частью объясняется также ограниченностью пространственныхъ отношеній между плодомъ и стѣнками матки при родовыхъ боляхъ по излитіи плодныхъ водъ.

На основаніи только что приведенныхъ показаній, нами были наложены типичные щипцы въ интересахъ плода въ 2-хъ случаяхъ т. е. въ 4, 4%, (въ 1 случаѣ неправильная сердечная дѣятельность плода и во 2-мъ выпаденіе слабопульсирующей пуповины), а въ интересахъ обѣихъ сторонъ въ 13 случаяхъ, т. е. въ 28,8%, причемъ въ этой послѣдней группѣ случаевъ побудительными моментами къ окончанію родовъ щипцами служила асфиксія плода съ одновременной слабостью болей въ 11 случаяхъ, отеки подлежащей части—головки съ одновременно наблюдающимися отеками наружныхъ частей матери въ 2-хъ случаяхъ.

Соглашаясь вполнѣ со взглядомъ клиники Winter'a, что въ случаяхъ вмѣстѣ встрѣчающихся показаній со стороны матери въ формѣ слабыхъ болей и со стороны плода при асфиксии его, наложеніе щипцовъ нужно относить на счетъ показаній со стороны плода, мы также находимъ вполнѣ основательнымъ, что наложеніе щипцовъ въ 2-хъ вышеуказанныхъ случаяхъ—при сильно выраженной головной опухоли и отекахъ наружныхъ частей матери—нужно считать за показанія въ интересахъ плода.

Такимъ образомъ, наложеніе щипцовъ съ этой точки зрѣнія установки показаній въ интересахъ плода на нашемъ матеріалѣ было произведено собственно въ 15 случаяхъ т. е. въ 33,3% и эта % величина, выражающая частоту наложенія щипцовъ у насъ со стороны плода ближе всего подходитъ къ таковой, полученной Semon'омъ (Danzig) = 30,9% и Gans'омъ (Königsberg) = 36, 29%, и является приблизительно средней величиной. Наименьшая % величина въ этомъ отношеніи получена въ Greifswald'ской клиникѣ по Rabiger'y, гдѣ она = 9, 98%, а въ Wien'ской клиникѣ по, Sachs'y, давшей наибольшей %, она возрастаетъ до 66, 13% наложенія щипцовъ въ интересахъ плода.

Техника наложенія щипцовъ представляется въ настоящее время уже достаточно разработанной, и потому мы не будемъ на ней останавливаться, а позволимъ себѣ на основаніи личнаго опыта коснуться лишь отдѣльныхъ сторонъ этого вопроса, имѣющихъ, по нашему мнѣнію, существенное значеніе, но на которыя сравнительно мало обращалось вниманія въ современныхъ руководствахъ.

Накладывая щипцы по общеизвѣстнымъ правиламъ, при введеніи ложекъ ихъ въ промежутокъ между головкой плода и стѣнкой родового канала, нужно придерживаться того правила, чтобы это производилось возможно осторожноѣе, подобно введенію зонда въ полость матки, дабы не поранить мягкихъ частей родового канала матери. Если щипцы наложены правильно и ложки ихъ соотвѣтственнымъ образомъ расположены въ области *articulatio sacro-iliaca* той или другой стороны, обнимая головку, на что особенно надо обращать вниманіе при высокихъ щипцахъ, то замокъ легко затворяется, а головка не испытываетъ чрезмѣрнаго давленія отъ ложекъ.

По наложеніи щипцовъ и, въ особенности, при первыхъ пробныхъ тракціяхъ необходимъ постоянный контроль, какъ въ отношеніи мягкихъ частей родового канала, такъ и правильнаго наложенія щипцовъ и поступательнаго движенія головки съ помощью ихъ. Только тщательное контролированіе каждаго момента при этой операціи избавляетъ отъ грубыхъ поврежденій родового канала и головки плода.

При извлеченіи щипцами мы предпочитаемъ, вмѣсто расположенія пальцевъ влекущей руки (указательнаго и средняго) на боковыхъ крючкахъ ручекъ или помѣщенія ихъ крючкообразно въ углу между сомкнутыми ложками надъ замкомъ, захватывать ручки щипцовъ полной рукой, какъ это рекомендуетъ школа *Olshausen'a*, такимъ образомъ, что ладонная поверхность и четыре пальца приходятся сверху надъ замкомъ, а большой палецъ помѣщается подъ замкомъ; при этомъ локти должны быть опущены и прилежать къ животу, предплечья же располагаются по обѣимъ сторонамъ грудной клѣтки оператора. Вторая рука — лѣвая, если необходимо увеличить силу влеченія, обхватываетъ ручку такимъ же образомъ, какъ и правая, только съ другой стороны.

При высокостоящей головкѣ для удобства влеченія замокъ щипцовъ обхватывается снизу.

Такой способъ захватыванія щипцовъ даетъ возможность увѣреннѣе низводить головку и производить влеченіе по оси родового канала при помощи обычныхъ короткихъ щипцовъ (*Hohl, Simpson*), не нуждаясь въ специальныхъ щипцахъ (*Tarnier, Breus'a*), рекомендуемыхъ для осевыхъ тракцій при высокостоящей головкѣ.

Размыкая щипцы періодически во время паузъ, необходимо тщательно наблюдать за направлениемъ ручекъ щипцовъ, которыя при правильномъ наложеніи инструмента ясно указываютъ и подсказываютъ оператору направленіе, въ какомъ должно производиться влеченіе.

Особенно важно придерживаться этого образа дѣйствій при наложеніи щипцовъ на высокостоящую головку. Чтобы

опредѣлить направленіе тракцій Zweifel совѣтуетъ выждать ближайшія боли и уже тогда дѣлать извлеченіе, согласно указанію рукоятки щипцовъ. Если же не слѣдовать этому совѣту, то могутъ получиться дурныя послѣдствія—головка не будетъ подвигаться глубже, щипцы могутъ соскользнуть, а мягкія части матери и головка плода вслѣдствіе этого подвергаются меньшимъ или большимъ травматическимъ поврежденіямъ.

Соскальзываніе щипцовъ, особенно при высокостоящей головкѣ нерѣдкое явленіе; оно можетъ обусловливаться неправильнымъ направлениемъ влекущей силы или произойти при большомъ противодѣйствіи, или когда инструментомъ захвачена только малая часть головки. Это можетъ случиться и въ довольно опытныхъ рукахъ, но главное дѣло только въ томъ, чтобы это во время было опредѣлено, и тогда исправленіемъ положенія щипцовъ путемъ смѣщенія ихъ вверхъ или при новомъ ихъ наложеніи получается возможность избѣгнуть грубыхъ поврежденій и закончить благополучно для матери и плода актъ родоразрѣшенія съ помощью искусства.

Мы позволили себѣ остановиться на деталяхъ этого вопроса потому, что онѣ имѣютъ большое значеніе для ближайшихъ и отдаленныхъ результатовъ для матери и плода, какъ въ отношеніи заболѣваемости, такъ и смертности.

Чтобы избѣжать значительныхъ поврежденій при извлеченіи высокостоящей головки, мы только въ отдѣльныхъ случаяхъ пользовались щипцами Tarnier, чаще же примѣняли щипцы Вгеус'а, но особенно предпочитали щипцы д-ра С. М. Полотебнова, которые представляютъ собою измѣненіе щипцовъ проф. П. И. Лазаревича по типу щипцовъ Вгеус'а.

Въ щипцахъ Вгеус'а и С. М. Полотебнова (Рис. 1) посредствомъ плоскаго и крѣпкаго сочлененія, которое находится позади окошекъ ложекъ щипцовъ, допускается движеніе ложекъ въ сагиттальномъ направленіи, вслѣдствіе чего достигается измѣненіе угла, подъ которымъ ложками воспринимается сила влеченія.

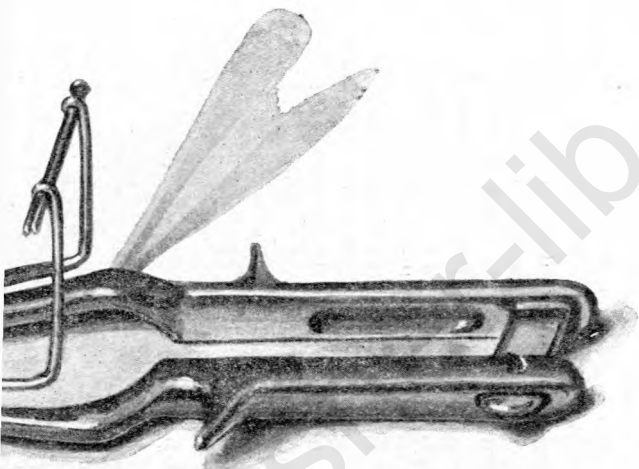
Фиксація ложекъ на головкѣ плода въ указанныхъ щипцахъ получается не путемъ сжатія винтомъ, какъ въ щипцахъ Tarnier, а при помощи соединенія рукоятокъ посредствомъ влекущей руки, при чемъ эти рукоятки, въ параллельныхъ щипцахъ С. М. Полотебнова, чтобы избѣгнуть ихъ смѣщенія въ вертикальномъ направленіи, соединены проходящей черезъ нихъ въ отверстія справа налѣво металлической пластинкой.

Самое главное достоинство щипцовъ С. М. Полотебнова сравнительно со щипцами Вгеус'а это то, что рукоятки ихъ не перекрещиваются, вслѣдствіе чего исключается возможность сдавливанія головки въ ложкахъ щипцовъ.

По мнѣнію изобрѣтателя щипцовъ съ параллельными рукоятками П. И. Лазаревича, несомнѣнное преимущество ихъ передъ классическими общеупотребительными щипцами заключается въ томъ, что 1) замыканіе совершается одинаково легко, какая бы ложка не была введена первой; 2) ложки щипцовъ удерживаются на головкѣ во время тракцій только дѣйствіемъ на нихъ мягкихъ частей родового канала матери и при захватываніи рукоятки совершенно устранивается насильственное излишнее сближеніе ложекъ руками, 3) при замыканіи не можетъ быть



Рис. 1. Щипцы д-ра С.



И. КОРОЛЕВЪ

М. Полотебнова.

ущемления волосъ или складокъ слизистой оболочки половой щели; 4) щипцы удобно накладывать при высокомъ и низкомъ стояннн головки.

Несомнѣнно выгодныя стороны щипцовъ Breus'a и С. М. Полотебнова заключаются въ томъ, что, благодаря подвижному сочлененію, головка имѣетъ извѣстную свободу движеній, независимо отъ направленія влекущей силы, почему головка можетъ лучше приспособляться къ данному отдѣлу родового канала.

Особенныя преимущества щипцовъ Breus'a v. Winckel видить въ томъ, что даже при высокостоящей головкѣ и въ поперечномъ размѣрѣ они удобно накладываются въ косомъ размѣрѣ. Во всякомъ случаѣ существенное достоинство этого типа щипцовъ, по сравненію съ щипцами Tarnier, заключается въ томъ, что въ нихъ устранено сжиманіе рукоятки съ помощью винта и, слѣдовательно, головкѣ предоставляется большая свобода вращенія въ самихъ щипцахъ, что важно для приспособленія ея при прохожденіи по родовому каналу.

Сами французы въ послѣднее время стали также сравнительно рѣже примѣнять щипцы Tarnier и теперь входятъ въ употребленіе щипцы съ параллельными рукоятками Demelin (Рис. 2, а и в).

Demelin, предложивъ свои щипцы, преслѣдовалъ ту мысль, чтобы ложки не производили большаго давленія на мягкія части родового канала, соприкасаясь съ ними своей выпуклой наружной поверхностью, и чтобы это давленіе не передавалось головкѣ плода. Demelin, на основаніи указанныхъ соображеній, придавъ ложкамъ своихъ щипцовъ головную кривизну съ большимъ радіусомъ, благодаря чему, область соприкосновенія съ головкой имѣетъ большее протяженіе; изобрѣтатель думалъ этимъ самымъ достигнуть уменьшенія опасности давленія на головку.

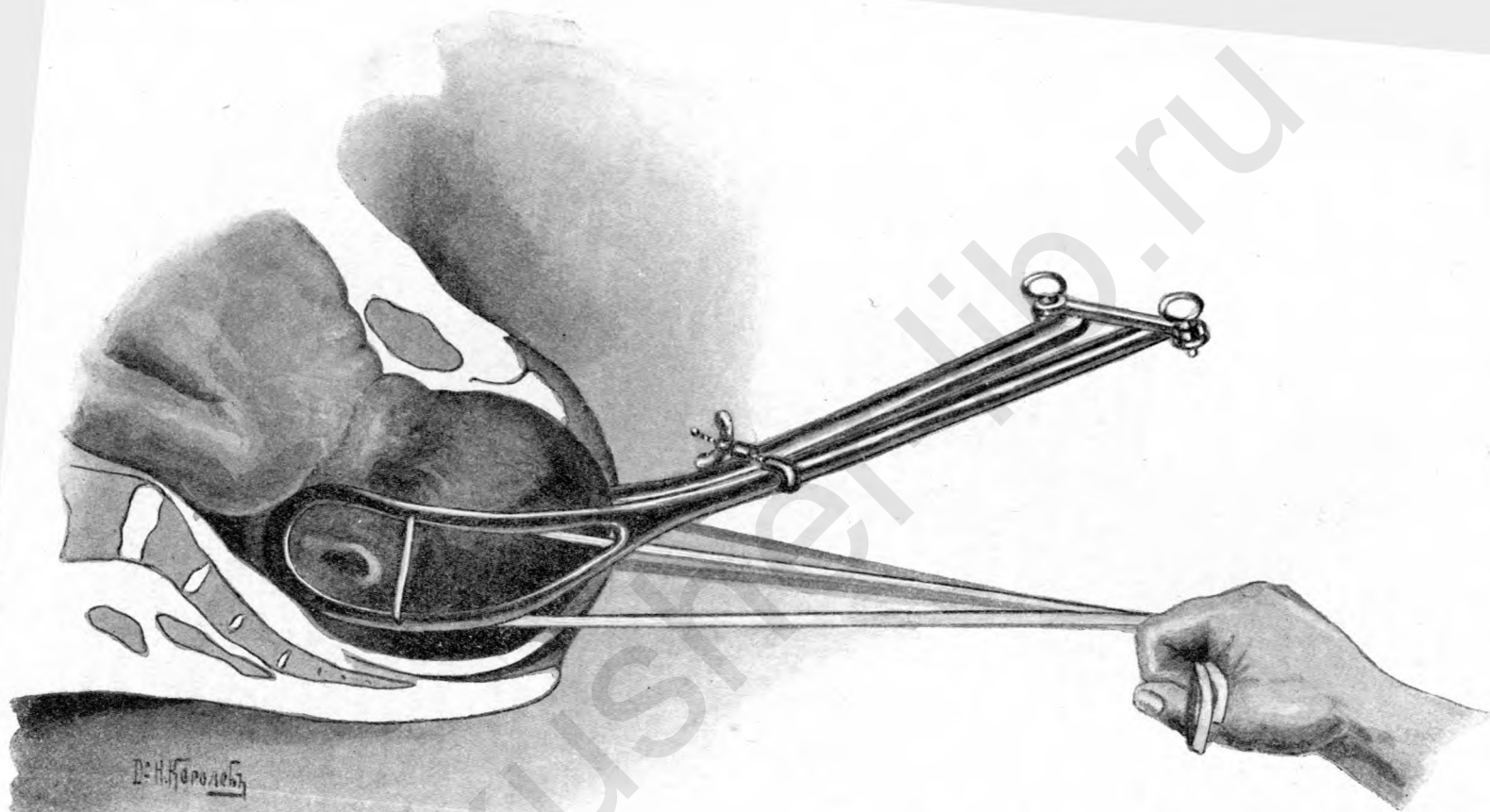
Такъ какъ ложки его щипцовъ, имѣющія параллельныя и даже нѣсколько расходящіяся ручки, могли-бы расходиться и расслабляться во время тракцій, то они имѣютъ на концахъ поперечное металлическое сочлененіе съ винтами для фиксаціи каждой ручки отдѣльно, причемъ длина этой перекладины больше наибольшаго діаметра дѣтской головки. Вслѣдствіе сходящагоса направленія ручекъ щипцовъ къ головкѣ уменьшается, по Demelin, рискъ соскальзыванія ложекъ щипцовъ.

Вторая металлическая перекладина съ винтомъ, какъ въ щипцахъ Tarnier, служитъ для опредѣленной фиксаціи ручекъ. (Рис. 3).

Чтобы сохранить головкѣ подвижность, Demelin предложилъ дѣлать извлеченіе посредствомъ тяжей (шнурка или ленты), проводимыхъ снаружи внутрь черезъ особыя отверстія, сдѣланныя въ ложкахъ.

Этотъ способъ влеченія за тяжи, проведенные снаружи внутрь, способствуетъ фиксаціи инструмента на головкѣ; наоборотъ, при проведеніи тяжей снутри кнаружи и влеченія за нихъ ложки щипцовъ расходились-бы и ослаблялось-бы удерживаніе ихъ на головкѣ.

Разсматривая значеніе той или другой модификаціи щипцовъ при наложеніи ихъ при узкихъ тазахъ по матеріаламъ



Д. Н. Федоров

Рис. 2а. Щипцы Demelin.

Віен'ской, Дрезден'ской и Варшавской клиникъ. Проф. И. И. Ѳедоровъ склоняется въ пользу прямыхъ параллельныхъ щипцовъ. Обыкновенные щипцы при частично суженомъ тазѣ дали 7,4% смертности дѣтей (2 на 27 случ.), при общесуженомъ тазѣ—20,8% (5 на 25 случ.); щипцы съ осевыми тракціями при частично суженомъ тазѣ дали 16% (4 на 25 случ.), а при общесуженомъ тазѣ 15% (3 на 20 случ.) мертвыхъ дѣтей; прямые же параллельные щипцы въ Варшавской клиникѣ, какъ при частично суженныхъ тазахъ (14 случ.), такъ и при общесуженныхъ (17 случ.) не дали ни одного смертнаго случая ребенка.

На основаніи сравнительной оцѣнки результатовъ, полученныхъ при примѣненіи различныхъ типовъ щипцовъ, И. И. Ѳедоровъ пришелъ къ заключенію что наиболѣе безвредными являются щипцы прямые параллельные, такъ какъ эти щипцы могутъ быть проводимы по направленію *Conj. vera* таза при поперечной установкѣ головки и правильно захватывать послѣднюю, не причиняя ей поврежденій.

На основаніи нашего личнаго опыта, мы считаемъ, что въ легкихъ случаяхъ, требующихъ извлеченія головки щипцами, одинаково съ хорошими результатами можно примѣнять тотъ или другой типъ щипцовъ. Въ трудныхъ же случаяхъ и въ особенности при высокостоящей головкѣ, когда часто скорѣе дѣлается только попытка къ извлеченію, мы, на основаніи приведенныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій, рекомендуемъ щипцы, приспособленные для осевыхъ тракцій и съ параллельными рукоятками—щипцы Д-ра С. М. Полотебнова и французскіе щипцы *Demelin*.

Исходъ операціи наложенія щипцовъ. Обращаясь теперь къ вопросу объ исходѣ операціи наложенія щипцовъ для матери и плода, мы, прежде всего имѣя въ виду мать, должны сказать, что этотъ исходъ будетъ зависѣть отъ многихъ причинъ, между которыми особенно выдающуюся роль играютъ болѣе или менѣе совершенно проведенная асептика и антисептика, строгое отношеніе къ установкѣ показаній для наложенія щипцовъ лишь при подходящихъ для того условіяхъ, далѣе— акушерскій опытъ врача и техническія его особенности, какъ оператора.

Въ то же время въ значительной степени предсказаніе будетъ разниться при родоразрѣшеніи щипцами первородящихъ и повторнородящихъ, а въ особенности различнаго рода поврежденія родового канала, часто встрѣчающіяся у старыхъ первородящихъ, которые нѣкоторыми авторами справедливо выдѣляются въ особую группу на основаніи соображеній, на которыхъ мы уже имѣли возможность останавливаться раньше.

Если для примѣра мы возьмемъ только разрывы промежности и рукава, то по В. В. Бѣлоруссову они встрѣчаются у первородящихъ въ 51,8%, а у повторнородящихъ въ 14,9%.

Далѣе, рассматривая вопросъ о послѣдствіяхъ, наблюдаемыхъ для матери и плода при оперативныхъ вмѣшательствахъ съ помощью щипцовъ, надо имѣть въ виду происхожденіе не только свѣжихъ поврежденій, какъ на примѣръ: разрывы промежности, рукава, шейки матки, тазовой діафрагмы, клѣтчатки

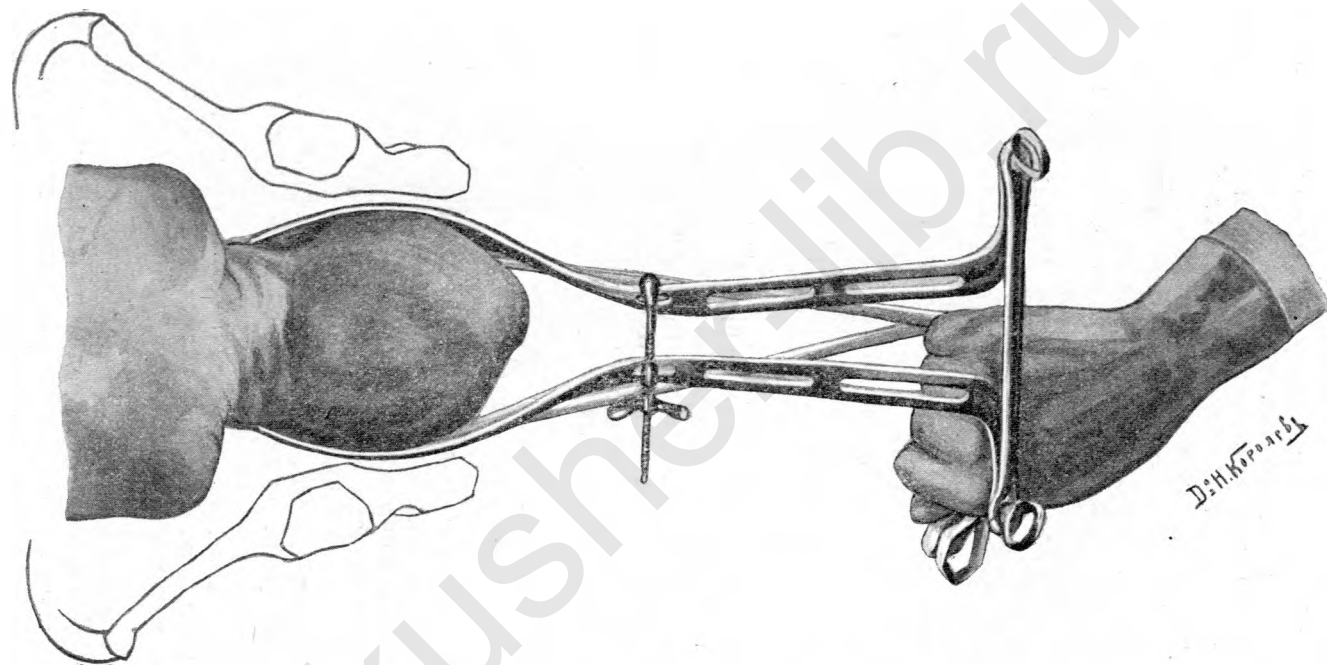


Рис. 26. Щипцы De Meijer, наложенные на головку въ поперечномъ размѣрѣ таза.

и брюшины, поврежденія пузыря съ образованіемъ свищей и т. д., но наше вниманіе не въ меньшей степени должно быть обращено также и на отдаленные результаты, вызываемые оперативными вмѣшательствами—щипцами.

Вслѣдствіе обычно короткаго наблюденія акушеровъ за оперированными больными, большею частью съ послѣдствіями этихъ оперативныхъ вмѣшательствъ при помощи щипцовъ приходится считаться гинекологамъ, которымъ часто приходится встрѣчать эти послѣдствія въ видѣ старыхъ разрывовъ промежности, опущеній и выпаденій матки, пузыря, прямой кишки, неправильныхъ положеній матки, рубцовыхъ образований въ клѣтчаткѣ, словомъ, въ формѣ самыхъ разнообразныхъ патологическихъ измѣненій въ области женскихъ половыхъ органовъ.

По Winternitz'у, поврежденія мягкихъ частей родового канала послѣ щипцовъ наблюдаются въ 60—80%. На основаніи своего гинекологическаго матеріала Winternitz приходитъ къ заключенію, что значительное число полныхъ разрывовъ промежности вызывается наложеніемъ щипцовъ при первыхъ родахъ; такъ на 331 случай щипцовъ въ 39 случаяхъ, т. е. въ 12%, наблюдались полные разрывы промежности.

Wehle собралъ 105 полныхъ разрывовъ промежности и на 85 случаевъ изъ нихъ съ точными анамнестическими данными въ 70 случаяхъ, т. е. въ 79% разрывъ былъ слѣдствіемъ наложенія щипцовъ, причемъ изъ 70 случаевъ въ 62 этотъ полный разрывъ произошелъ при первыхъ родахъ.

Наиболѣе часто поврежденія щипцами наносятся промежности, рукаву и шейкѣ матки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ избѣжать указанныхъ поврежденій трудно даже опытному акушеру вслѣдствіе малой растяжимости тканей и недостаточной ихъ подготовки при наличности въ то же время показаній къ окончанію родовъ.

Большей частью, однако, и при томъ самыя тяжелыя поврежденія являются результатомъ ошибочной установки показаній, при несоблюденіи необходимыхъ условій для наложенія щипцовъ и отсутствіи необходимой оперативной техники. Совершенно вѣрно считается, что частота и тяжесть производимыхъ щипцами поврежденій обратно пропорціональны опытности и талантливости оператора.

Поверхностныя нарушенія цѣлости стѣнокъ родового канала наблюдаются почти каждый разъ при наложеніи щипцовъ, но, при соблюденіи строгой асептики во время операціи, не имѣютъ большаго значенія. Напротивъ, глубокія поврежденія иногда влекутъ за собой сильное кровотеченіе, предрасполагаютъ къ послѣдовательнымъ тяжелымъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ и могутъ нарушать функцію важныхъ для жизни органовъ.

Помимо указанныхъ мною особенностей со стороны тканей родового канала моментомъ, предрасполагающимъ къ разрывамъ, служатъ быстрота родовъ при головномъ предлежаніи и особенности прорѣзыванія головки (лобное, лицевое, поперечное глубокое, переднетемянное); кромѣ того извѣстное вліяніе на происхожденіе разрывовъ промежности и нижняго отдѣла рукава имѣетъ положеніе входа въ рукавъ по отношенію къ сумрн.



Dr. H. H. H. H.

Рис. 3. Щипцы Tarnier.

ossium pubis, а именно смѣщеніе его больше впереди, ширина лонной дуги и развитие lig. arcuatum.

Обращаясь къ сравнительной оцѣнкѣ полученныхъ нами результатовъ въ отношеніи поврежденія промежности и нижнихъ отдѣловъ рукава, мы будемъ принимать во вниманіе только тѣ поврежденія, гдѣ приходилось производить послѣдовательныя зашиванія при помощи накладыванія хотя бы 1—2 швовъ.

На 45 случаевъ наложенія шипцовъ мы имѣли въ 16 случаяхъ разрывы промежности съ нарушеніемъ цѣлости нижняго отдѣла рукава, что составляетъ—35,5⁰/₀. Разрывы I степени получились въ 3 случаяхъ, II степени—въ 8 случаяхъ, III степени—въ 2 случаяхъ, и не была отмѣчена величина разрыва въ 3 случаяхъ.

Частота разрывовъ промежности по различнымъ авторамъ вообще значительно колеблется. На основаніи данныхъ русскихъ авторовъ мы позволимъ себѣ представить сравнительную частоту разрывовъ, выраженныхъ въ % , въ нижеслѣдующей таблицѣ:

по Д-ру Гинсбургу, наблюдались разрывы . . .	въ	20,2 ⁰ / ₀
” ” Знаменскому ” ” . . .	”	26,9 ⁰ / ₀
” ” Шмидту ” ” . . .	”	32,3 ⁰ / ₀
” ” Бѣлоруссову ” ” . . .	”	37,7 ⁰ / ₀
” ” Парышеву ” ” . . .	”	44,9 ⁰ / ₀
” ” Воффу ” ” . . .	”	45,0 ⁰ / ₀

Отчеты иностранныхъ авторовъ, главнымъ образомъ, вышедшіе изъ нѣмецкихъ клиникъ и родовспомогательныхъ учрежденій, указываютъ, что наименьшій % поврежденій получился въ клиникахъ Winter'a=17,8⁰/₀, Olshausen'a=22⁰/₀—31,1⁰/₀ и Winkel'я=29⁰/₀, въ которыхъ придерживались умѣренно-консервативнаго направленія, а наибольшій % дали клиники Leopold'a (Wahl)=81,4⁰/₀ Fehling'a (Schmid)=84,6⁰/₀; посрединѣ, приблизительно, стоятъ результаты, полученные Fritsch'emъ=53⁰/₀ и Säxinger'омъ (Winternitz)=45,8⁰/₀.

Данныя, имѣющіяся въ литературѣ относительно полныхъ разрывовъ промежности, довольно скудны. Что касается нашего собственнаго матеріала, то этого рода разрывы у насъ встрѣтились въ 4,4⁰/₀, а у д-ра Бѣлоруссова въ 0,6⁰/₀, по Christel (Berlin) на 50,63⁰/₀ вообще разрывовъ 8 разъ встрѣтился полный разрывъ.

Раньше мы уже упоминали, что у первородящихъ вообще значительно чаще встрѣчаются поврежденія родового канала и преимущественно промежности, чѣмъ у повторнородящихъ. Теперь же мы позволимъ себѣ привести болѣе точныя указанія на этотъ счетъ на основаніи собственнаго матеріала. Такъ изъ 16 случаевъ разрывовъ промежности и частью рукава, 14 случаевъ приходилось на первородящихъ, что составляетъ 87,5⁰/₀ и только 2 случая, т. е. 12,5⁰/₀ на повторнородящихъ.

По изслѣдованіямъ Бѣлоруссова, это отношеніе также приближается къ полученному нами: на первородящихъ приходится 86,2⁰/₀, на многородящихъ 13,8⁰/₀.

По Winternitz'у, изъ всего количества разрывовъ=135, на

первородящихъ приходилось 107, т. е. 79,2% и на повторнородящихъ 28, т. е. 20,8%.

Отсюда ясно видно, насколько сравнительно чаще встрѣчаются нарушенія цѣлости родового канала у первородящихъ, и эти данныя заставляютъ особенно тщательно взвѣшивать у нихъ веденіе родового акта и не прибѣгать къ окончанію родовъ щипцами безъ строгихъ показаній, а лишь въ случаяхъ неотложныхъ.

Разсматривая вопросъ о частотѣ поврежденій мягкихъ частей родового канала при наложеніи щипцовъ въ зависимости отъ степени суженія таза, мы приходимъ къ заключенію, что, несомнѣнно, при высшихъ степеняхъ суженія и при томъ при общесуженныхъ тазахъ гораздо чаще встрѣчаются нарушенія цѣлости промежности и рукава. Это стоитъ прежде всего въ связи съ тѣмъ, что обычно при этихъ формахъ суженія чаще примѣняются высокіе щипцы, извлеченіе является болѣе труднымъ, рукавъ и промежность менѣе подготовлены и, кромѣ того, какъ это нерѣдко указывается, вмѣстѣ съ недоразвитіемъ таза во многихъ случаяхъ наблюдается недоразвитіе внутреннихъ и наружныхъ половыхъ органовъ.

Если мы распредѣлимъ полученные разрывы при извлеченіи головки щипцами по степенямъ суженія таза, то получимъ слѣдующія данныя, представленныя въ таблицѣ, изъ которыхъ видно нѣкоторое соотношеніе величины таза съ частотой полученія разрывовъ:

Тазы съ conj. vera	10—9,5	сант.	дали	0	разр.
” ” ” ”	9,5—8,5	”	”	3	”
” ” ” ”	8,5—7,5	”	”	9	”
” ” ” ”	7,5—7,0	”	”	4	”

Данныя о поврежденіяхъ промежности, собранныя И. И. Федоровымъ на основаніи матеріала Варшавской клиники, и данныя другихъ авторовъ (Graun, Nagel, Münchmeier, Lerage, Krukenberg) также подтверждаютъ наши наблюденія—такъ тазы съ conj. vera=10,0—9,25 дали 7 случаевъ разрывовъ промежности, 9,0—8,25—17 сл., 8—7,5—5 сл., 7,0—1 сл.

Малое количество случаевъ поврежденій промежности, падающее на высокіе степени суженія, объясняется относительно рѣдкими случаями примѣненія щипцовъ при этихъ степеняхъ суженія.

Какъ мы уже указывали, положеніе головки при прорѣзываніи въ щипцахъ имѣетъ большое вліяніе на происхожденіе разрывовъ промежности, какъ на это также обращаетъ вниманіе Wyder и Winternitz.

У насъ на 16 случаевъ разрывовъ промежности и рукава только въ половинѣ случаевъ было переднетемянное положеніе, изъ остальныхъ 8 случаевъ въ 3 наблюдалось заднетемянное, въ 2 косое близкое къ поперечному, въ 2 лобное и въ 1 лицевое. Эти отступленія отъ правильнаго механизма прорѣзыванія головки сказывались въ чрезмѣрномъ растяженіи вульварнаго кольца и дали наиболѣе значительные разрывы II и III степени.

Далѣе исслѣдованія v. Woerz'a доказали, что частота раз-

рывовъ промежности при родахъ стоитъ въ прямой зависимости отъ вѣса рождаемыхъ дѣтей. Мы съ своей стороны можемъ прибавить, что, помимо указаннаго в. Woerg'емъ момента, особенно большое значеніе имѣетъ величина окружности дѣтской головки.

Если мы полученные у насъ при щипцахъ разрывы промежности распредѣлимъ по величинѣ окружности головки, то окажется, что для головки съ окружностью въ 34 сант. наблюдался только 1 разрывъ, съ окружностью 35-36 сант. 5 разрывовъ, а съ окружностью 37-38 сант. получилось 10 разрывовъ.

Къ сожалѣнію, при отсутствіи въ литературѣ данныхъ въ этомъ отношеніи, мы лишены возможности сдѣлать сравненіе съ результатами, полученными нами.

Что касается вліянія величины плода на происхождение разрыва, то въ этомъ отношеніи Winternitz'емъ были произведены изслѣдованія, по которымъ при вѣсѣ плодовъ между 1500 и 3000 грам. разрывы промежности встрѣчаются въ 3 раза рѣже, чѣмъ при вѣсѣ новорожденныхъ, превышающемъ указанную величину; далѣе имъ отмѣчается, что изъ 22 первородящихъ при вѣсѣ плодовъ 1500—3000 гр. у 13 получился разрывъ промежности, а изъ 23 многородящихъ при томъ же вѣсѣ новорожденныхъ ни у одной не было разрыва.

Результаты нашихъ изслѣдованій по этому вопросу являются еще болѣе доказательными; такъ, при новорожденныхъ съ вѣсомъ 1500—3000 гр. не было ни одного разрыва промежности, при 3000—3500 гр. въ 4 случаяхъ изъ 12, при 3000—4000 гр. въ 7 изъ 16, и при 4000 и больше въ 5 случаяхъ на 10, т. е. въ 50%, или въ половинѣ всѣхъ случаевъ.

Наблюдаемые разрывы промежности у насъ ни разу не давали серьезныхъ кровотеченій и тотчасъ же восстанавливались при помощи наложенія въ первые года дѣятельность почти исключительно шелковыхъ швовъ, а въ послѣдніе 4 года при исключительномъ пользованіи юдъ-кэтгутомъ, причемъ мы заботились о тщательномъ сшиваніи мышцъ промежности и тазоваго дна и слизистой оболочке рукава, а на кожу накладывались серфины Michel'я.

Полное восстановленіе промежности и нижняго отдѣла рукава у насъ получилось въ 93,8%. Только въ 1 случаѣ (№ 29) мы не получили сращенія при разрывѣ III степени у больной, лихорадившей послѣ родовъ, и эта неудача, вѣроятно, обусловливалась инфекціей родового канала.

По даннымъ Д-ра Бѣлорусова, полученнымъ на матеріалѣ Надеждинскаго Родовспомогательнаго Заведенія, полное сращеніе получилось въ 88,2%, по Winternitz'у въ Tübingen'ской клиникѣ сращеніе достигалось въ 86,2%, причемъ тѣ 10 случаевъ, гдѣ не получился хорошій результатъ, относились исключительно къ первородящимъ.

Менѣе утѣшительныя данныя намъ представляютъ изслѣванія Winternitz'а относительно восстановленія свѣжихъ полныхъ разрывовъ; изъ собранныхъ имъ 333 первородящихъ, у которыхъ роды были окончены щипцами, 39, т. е. 11,78%, имѣли полный разрывъ съ поврежденіемъ сфинктера и прямой кишки съ указаніями на то, что онѣ не могли удерживать ни газы, ни испражненій. Изъ 39 случаевъ полныхъ разрывовъ въ

20 были наложены швы, но безъ успѣха, 11 случаевъ были оставлены безъ швовъ и у 8 отсутствовали анамнестическія данныя.

Отсюда ясно видно, къ какимъ печальнымъ результатамъ приводитъ оперативное вмѣшательство съ помощью щипцовъ у первородящихъ при полученіи полныхъ разрывовъ промености.

Сравнительно уже рѣже, чѣмъ поврежденія промежности встрѣчаются разрывы верхняго отдѣла рукава. Эти поврежденія главнымъ образомъ, наблюдаются у первородящихъ. Даже при легкихъ щипцахъ, по Münchmeuergu, могутъ получаться значительные разрывы влагалища до сводовъ, приводящіе иногда къ значительнымъ патологическимъ измѣненіямъ, къ атрезіямъ рукава съ развитіемъ гематоколпоса и гематометры и т. д.

Эти поврежденія получаютъ, большей частью, отъ неправильнаго наложенія щипцовъ, которые вслѣдствіе этого могутъ легко соскользнуть, или же они являются слѣдствіемъ придавливанія ребрами щипцовъ стѣнокъ влагалища къ костямъ таза, отчего получается разможженіе тканей рукава. R. Braun принципиально совѣтуетъ при трудныхъ щипцахъ и узкомъ рукавѣ, по выдѣленіи плаценты, постоянно производить влагалищное изслѣдованіе, чтобы не просмотрѣть глубокіе разрывы стѣнокъ его. По нашему же мнѣнію это изслѣдованіе является необходимымъ лишь въ случаяхъ обильнаго кровотечения изъ рукава при подозрѣніи на разрывъ, всякое же излишнее изслѣдованіе, въ особенноти при работѣ въ частной практикѣ, скорѣе приноситъ вредъ, чѣмъ пользу, какъ въ отношеніи повышенія шансовъ на инфицированіе родильницы, такъ и въ виду возможности вызвать новое обильное кровотеченіе.

Для болѣе точнаго представленія относительно частоты разрывовъ рукава, мы позволимъ себѣ привести здѣсь результаты своихъ собственныхъ изслѣдованій и данныя другихъ авторовъ. По нашимъ изслѣдованіямъ, распространенные и проникающіе разрывы рукава встрѣчались въ 6,2%, по Бѣлорусову въ 4,6%, по Федорову при щипцахъ обыкновеннаго типа въ 60%, при щипцахъ осевыхъ въ 0% и при щипцахъ прямыхъ въ 11,7%, по даннымъ Gans'a въ 0,71%. Въ Wien'кой клиникѣ при обыкновенныхъ щипцахъ разрывы рукава наблюдались въ 4,7% и при осевыхъ щипцахъ въ 31,7%. По Nagel'ю, эти поврежденія наблюдались въ 10,6%, по Winternitz'у въ 5,7%, по Lepage'у въ 8%. Болѣе высокій % поврежденій, доходящій въ клиникѣ Braun'a до 31,7%, вѣроятно, объясняется тѣмъ, что сюда входятъ случаи высокаго стоянія головки, требующіе наложенія высокихъ щипцовъ, дающихъ значительно чаще поврежденія сводовъ рукава.

Поверхностныя нарушенія цѣлости слизистой оболочки влагалищной части матки нужно считать почти обычнымъ явленіемъ при наложеніи щипцовъ и они не ведутъ къ серьезнымъ послѣдствіямъ. Въ извѣстномъ же числѣ случаевъ наблюдаются болѣе или менѣе глубокіе разрывы шейки, которые могутъ распространяться въ параметральную клѣтчатку, вызывая впослѣдствіи образованіе плотныхъ болѣзненныхъ рубцовъ, фиксирующихъ матку по направленію къ той или другой стѣнкѣ таза, обуславливая самыя разнообразныя измѣненія въ женской половой сферѣ.

Въ другихъ случаяхъ при разрывахъ влагалищной части, когда эти разрывы проникаютъ глубоко въ клѣтчатку, нарушается цѣлость большихъ кровеносныхъ сосудовъ, что можетъ привести къ весьма обильнымъ кровотечениямъ, какъ это наблюдалось нами въ одномъ случаѣ (№ 29), гдѣ получился глубокой двухсторонній разрывъ послѣ труднаго извлеченія головки плода, стоящей въ полости таза, при полномъ открытіи маточнаго зѣва и вѣсъ плода = 4,140 граммъ; разрывъ слѣва заходилъ далеко въ клѣтчатку, причемъ пришлось возстановить цѣлость разорванной шейки и сводовъ наложеніемъ іодъ-кэтгутовыхъ швовъ.

Происхожденіе этихъ разрывовъ часто является слѣдствіемъ наложенія шипцовъ до полного раскрытія зѣва, но нерѣдко происходитъ отъ неумѣлаго производства самой операціи, а также причиной этого можетъ служить наложеніе шипцовъ на головку, хотя согнутую, но высоко стоящую, или на головку, находящуюся въ большей или меньшей степени разгибанія.

Узость родового канала у женщинъ, которыя имѣютъ сѣуженный тазъ, является одной изъ существенныхъ причинъ, обусловливающихъ происхожденіе этихъ разрывовъ и ихъ распространеніе на сосѣдніе органы.

Emmet, занимавшійся специально этимъ вопросомъ, и Wilson также считаютъ самой частой причиной образованія разрывовъ преждевременное примѣненіе шипцовъ, что особенно зачастую встрѣчается въ бѣдной практикѣ американскихъ врачей; они признаютъ въ то же время возможность происхожденія этихъ поврежденій и при быстро протекающихъ самопроизвольныхъ родахъ.

Эти наблюденія подтверждаются также Spiegelberg'омъ, Klein'омъ и Nieberding'омъ.

Klein, производя свои изслѣдованія относительно происхожденія разрывовъ въ зависимости отъ времени отхожденія околоплодныхъ водъ, нашелъ, что глубокіе разрывы шейки получаютъ при быстромъ вслѣдъ за вскрытіемъ плоднаго пузыря рожденіи младенца (въ среднемъ черезъ $3\frac{3}{8}$ часа), причемъ вѣсъ дѣтей въ такихъ случаяхъ отмѣченъ имъ на 217 граммъ больше, чѣмъ при родахъ безъ разрывовъ.

Nieberding, изслѣдовавшій съ этой цѣлью женщинъ передъ родами, вскорѣ послѣ родовъ и при выпискѣ ихъ изъ клиники, подтверждаетъ наблюденія Spiegelberg'a относительно вліянія недостаточно раскрытаго зѣва на частоту упомянутыхъ разрывовъ и вполне соглашается также съ выводами Klein'a.

Сравнивая частоту разрывовъ влагалищной части послѣ шипцовъ у различныхъ авторовъ, мы получимъ слѣдующія цифровыя процентныя отношенія, указывающія на частоту этихъ разрывовъ:

Д-ръ Поповъ	2,2 %
„ Федоровъ	9,1 „
„ Бѣлоруссовъ	16,4 „
„ Winkel	1,08 „
„ Gans	1,95 „

Д-ръ Nagel	5,3 %
„ Leopold	10,5 „
„ Lepage	12,0 „

Думается однако, что въ дѣйствительности % разрывовъ вѣроятно больше только что указаннаго, ибо многіе изъ нихъ остаются не всегда отмѣченными вслѣдствіе неизслѣдованія всѣхъ родильницъ при ихъ выпискѣ изъ родовспомогательныхъ учреждений.

Вопросъ о томъ, каковы получались окончательныя результаты послѣ возстановленія свѣжихъ разрывовъ, не смотря на большой научный и практической интересъ, представляется еще до настоящаго времени мало разработаннымъ.

Что касается искусственно производимыхъ насѣчекъ на влагалищныя части, которыя большей частью дѣлаются у первородящихъ, то, не входя специально въ разсмотрѣніе этого вопроса, позволимъ себѣ лишь указать, что, по Winternitz'у, онѣ наносятся въ 3,8%, а по Gans'у въ 5,65%.

Надрѣзы шейки обычно не кровоточатъ и ихъ большей частью не зашиваютъ. За то нерѣдко наблюдается, что при послѣдующемъ наложеніи щипцовъ надрѣвъ разрывается до параметрія, обуславливая сильное кровотеченіе, требующее остановки путемъ швовъ или тампонаціи матки и влагалища.

Особенно тяжелыми поврежденіями по своимъ послѣдствіямъ являются пузырно-влагалищныя фистулы, которыя гораздо чаще встрѣчаются у первородящихъ. Если въ однихъ случаяхъ причина ихъ лежитъ въ неправильномъ наложеніи щипцовъ и недостаткахъ ихъ конструкціи, вслѣдствіе чего происходитъ разможеніе, разрывы, и разсѣченія тканей, то въ другихъ случаяхъ причина омертвенія пузырно-влагалищной стѣнки съ послѣдовательнымъ образованіемъ фистулы лежитъ въ длительности родового акта, когда большая, плотная головка производитъ усиленное придавливаніе мягкихъ частей стѣнокъ родового канала къ костямъ таза. Можно съ полнымъ правомъ сказать, что фистулы чаще происходятъ вслѣдствіе того, что совсѣмъ не была сдѣлана операція или слишкомъ поздно, чѣмъ потому, что оперировали рано.

По Winternitz'у, наибольшее число фистулъ приходится на общеравномѣрно сѣуженные тазы; такъ изъ 10 имъ собранныхъ фистулъ въ 6 наблюдалось этого рода сѣуженіе таза.

Нашъ единственный случай пузырно-влагалищной фистулы (№ 30) произошелъ также при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ съ conj. vera = 8 сант. у первородящей при длительномъ, въ продолженіи 10 часовъ, выжиданіи, когда пришлось наложить щипцы вслѣдствіе слабости болѣе при отсутствіи поступательнаго движенія головки. Въ виду, однако, сравнительно небольшой величины плода = 3,100 граммъ и окружности головки = 34 сант., возможно предположить, что здѣсь происхожденіе фистулы относится не на счетъ нарушенія цѣлости стѣнки родового канала вслѣдствіе сдавливанія тканей головкой плода, а скорѣе причиной тому служитъ придавливаніе уже измѣненныхъ тканей щипцами.

Въ этомъ отношеніи очень поучительны наблюденія Feh-

ling'a, указывающія на значеніе величины плода и головки въ происхожденіи фистуль; по этому автору, значительная величина плода при большой величинѣ головки гораздо чаще обуславливаетъ происхожденіе фистулы даже и при нормальныхъ родахъ.

Существенно неблагоприятное значеніе, имѣютъ повторныя форсированныя попытки наложенія щипцовъ, приводящія, какъ на это указываютъ изслѣдованія Winternitz'a, къ образованию фистуль. Во всѣхъ 10 случаяхъ наблюдаемыхъ имъ пузырно-влагалищныхъ фистуль, было отмѣчено повторное наложеніе щипцовъ, причемъ въ 7 случаяхъ оно привело къ цѣли, плодъ былъ извлеченъ щипцами; въ 3 же случаяхъ, послѣ неоднократныхъ напрасныхъ попытокъ извлеченія щипцами, въ концѣ концовъ пришлось прибѣгнуть къ перфораци.

Въ отношеніи происхожденія высоколежащихъ фистуль и фистуль, встрѣчаемыхъ въ нижнихъ отдѣлахъ родового канала, имѣются наблюденія Zweifel'я, которыя учатъ, что первыя крайне рѣдко получаются отъ щипцовъ, но преимущественно образуются на счетъ некроза тканей отъ давленія головкой, напротивъ, вторыя имѣютъ своимъ источникомъ главнымъ образомъ размноженіе тканей щипцами.

Переходя теперь къ вопросу относительно того, какъ часто встрѣчаются пузырно-влагалищныя фистулы послѣ наложенія щипцовъ, нужно замѣтить, что въ то время, какъ по Winternitz'у они наблюдаются въ 3%, по Бѣлоруссову въ 3,6%, Lepage'у въ 4% и по Конопорка въ 10%, мы ихъ имѣли всего въ 2,2%.

Надо имѣть въ виду, что, если обычно фистулы обнаруживаются тотчасъ или сравнительно скоро послѣ родового акта, то въ отдѣльныхъ случаяхъ онѣ распознаются только послѣ болѣе или менѣе долгаго промежутка времени, когда отпадаетъ омертвѣлый участокъ ткани. Тщательныя наблюденія и осторожное изслѣдованіе лучше всего разрѣшаетъ вопросъ о мѣстѣ образованія фистулы; однако безъ нужды лучше не прибѣгать на первыхъ порахъ къ цистоскопії, ибо введеніемъ инструмента можно вызвать новыя поврежденія и нарушить возстановленіе измѣненныхъ стѣнокъ мочевого пузыря.

Къ неблагоприятнымъ послѣдствіямъ наложенія щипцовъ относятся также кровотеченія, которыя могутъ обуславливаться нанесенными поврежденіями мягкихъ частей родового канала или происходить вслѣдствіе атоніи матки и преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

Небольшія кровопотери вслѣдствіе атоніи матки послѣ щипцовъ отмѣчаются очень часто и обычно быстро прекращаются послѣ выдавливанія пляценты по Credé.

Не говоря уже объ исключительныхъ случаяхъ, даже въ общемъ потеря крови послѣ наложенія щипцовъ бываетъ болѣе значительная, чѣмъ при нормальныхъ родахъ. Такъ, по изслѣдованію Gans'a, на 135 случаевъ родоразрѣшенныхъ щипцами въ среднемъ количество выдѣлившейся крови = 548 граммамъ, въ то время какъ по Winkel'ю средняя потеря крови при нормальныхъ родахъ принимается въ 500 граммъ. По даннымъ же Alhfeld'a эта средняя потеря крови при щипцахъ на 110

ислѣдованныхъ имъ случаяхъ = 645 граммъ вмѣсто 424 гр. въ среднемъ при нормальныхъ родахъ (3000 родовъ).

Не указывая % легкихъ кровопотерь, а приводя только тяжелые случаи Gans имѣлъ ихъ въ 0,7%. По Winternitz'у легкіе случаи кровотеченій, зависящіе отъ атоніи матки наблюдаются въ 8,9%, а тяжелые въ 12,1% и, кромѣ того имъ отмѣчены случаи кровотеченій вслѣдствіе поврежденій мягкихъ частей родового канала, составляющіе 7,6%.

Schmidt, касаясь вопроса о кровоточеніяхъ во время родовъ, проведенныхъ со щипцами (156 случаевъ), имѣлъ потерю крови, какъ при нормальныхъ родахъ, въ 63,5%, нѣсколько большую, т. е. въ формѣ легкихъ кровотеченій, въ 25,5% и тяжелыя кровотеченія въ 10,9%.

Münchmeuer упоминаетъ о 13 случаяхъ кровотеченій, что по его матеріалу составляетъ 6,31%, изъ нихъ въ 5 случаяхъ щипцы были наложены вслѣдствіе слабости болей. Schick изъ 12 случаевъ встрѣтившихся кровоточеній вслѣдствіе атоніи матки, что составляетъ 11,3%, имѣлъ въ 3 случаяхъ среднюю потерю крови, а въ 9 случаяхъ крайне большую, потребовавшую тампонаціи матки и влагалища для остановки кровоточенія.

Въ 4 случаяхъ Gans'a, хотя всѣ они относились къ тяжелымъ кровоточеніямъ, ни разу не пришлось прибѣгнуть къ тампонаціи, а удалось ограничиться выдавливаніемъ плаценты, массажемъ, горячими спринцеваніями и впрыскиваніемъ подъ кожу эрготина.

На нашемъ матеріалѣ мы имѣли серьезное кровоточеніе въ 2 случаяхъ = 4,4%, причемъ въ 1 случаѣ это кровоточеніе появилось послѣ выдѣленія послѣда вслѣдствіе атоніи матки, а въ другомъ случаѣ источникомъ его были глубокіе разрывы рукава въ области праваго свода, причемъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ пришлось для остановки кровоточенія наложить швы, въ первомъ-же случаѣ было сдѣлано впрыскиваніе эрготина.

Указанныя нами неблагопріятныя послѣдствія наложенія щипцовъ встрѣчаются наиболѣе часто, что же касается другихъ, описываемыхъ авторами въ видѣ единичныхъ случаевъ, то на нихъ мы не будемъ подробно останавливаться, а ограничимся лишь упоминаніемъ, что наблюдались разрывы матки, фистулы мочеточниковъ, разрывы вышележащихъ отдѣловъ прямой кишки съ образованіемъ фистулъ, разрывы сочлененій (лоннаго и крестцовоподвздошнаго), переломы костей (os. pubis), вывихи копчиковой кости и поврежденія поясничныхъ корешковъ сѣдалищныхъ нервовъ съ послѣдовательнымъ развитіемъ невралгій и параличей нижнихъ конечностей и т. д.

Останавливаясь теперь на вопросѣ о заболѣваемости и о смертности матерей послѣ оперативнаго окончанія родовъ съ помощью щипцовъ, мы прежде всего должны отмѣтить, что существующія въ этомъ отношеніи данныя представляются далеко не удовлетворительными для всесторонняго его разрѣшенія.

Прежде всего, какъ видно изъ литературныхъ данныхъ, отсутствуетъ единство плана при составленіи отчетовъ по родильнымъ учрежденіямъ.

Указывая общій % заболѣваемости и смертности, къ сожа-

лѣнію, часто не отмѣчаютъ, произошли ли они на счетъ самого оперативнаго вмѣшательства или явились слѣдствіемъ моментовъ, осложнившихъ эту операцію (эклампсія, флебиты, общія инфекціонныя заболѣванія, кишечныя заболѣванія, повышеніе температуры до родовъ и т. д.). Конечно, часто довольно трудно опредѣлить истинную причину, вызвавшую заболѣваніе, а потому эти случаи для болѣе правильныхъ выводовъ справедливо было бы относить въ особую группу, къ случаямъ же заболѣваемости и смертности на счетъ оперативнаго вмѣшательства причислять только такіе, когда при операціи роженицу можно было считать вполне здоровой, при чемъ, конечно, важно отмѣчать, была ли роженица изслѣдована внѣ родильнаго учрежденія.

Главными моментами, благопріятствующими заболѣваемости и смертности родильницъ, у которыхъ роды были окончены щипцами, служатъ слѣдующіе: 1) повторное и частое изслѣдованіе роженицъ, 2) большая длительность родового акта, 3) введеніе инструментовъ (щвовъ и перевязочнаго матеріала).

Къ числу заболѣвшихъ мы относили такихъ родильницъ, когда температура въ подмышечной впадинѣ была выше 38° и родильницы жаловались на головную боль, общее недомоганіе и т. д.; кромѣ того, температура во многихъ случаяхъ подозрительныхъ, гдѣ на это было основаніе, измѣрялась и черезъ прямую, кишку и тѣ случаи, гдѣ она была выше 38,5°, относились въ группу заболѣваній.

На 45 случаевъ наложенія типичныхъ щипцовъ всего лихорадившихъ въ послѣродовомъ періодѣ у насъ было 6, что составляетъ 13,3%. Изъ этихъ 6 лихорадившихъ родильницъ 4 (№№ 9, 11, 26, 39) поступили уже съ повышеніемъ температуры, причѣмъ у одной изъ нихъ ясно опредѣленъ былъ туберкулезъ легкихъ и порокъ сердца, вслѣдствіе чего она и была переведена въ больницу, гдѣ потомъ скоро умерла, и на вскрытіи подтвердилось заболѣваніе указанныхъ органовъ.

Такимъ образомъ изъ 6 случаевъ только въ 2 (№№ 29, 30) заболѣваніе родильницъ мы можемъ отнести на счетъ родоразрѣшенія при помощи щипцовъ, что будетъ составлять 4,4%. Указанные 2 случая сравнительно тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній въ формѣ *endometritis putrida et parametritis exsudativa* (№ 29) и *paravaginitis et parametritis sin.* (№ 30) возникли на почвѣ поврежденія родового канала щипцами въ 1-мъ случаѣ шейки матки, а во 2-мъ случаѣ нарушенія цѣлости пузырно-влагалищной перегородки съ образованіемъ фистулы.

Результаты, полученные нами, мы считаемъ очень благопріятными, если принять во вниманіе, что, по Федорову, заболѣваемость послѣродовыми формами послѣ полостныхъ и выходныхъ щипцовъ наблюдалась въ 19,3%, по Бѣлоруссову, болѣвшихъ при низкихъ щипцахъ было 30,7%, и лихорадило 24%, а болѣвшихъ непослѣродовыми формами—3,8%, по Фихтнеру общая заболѣваемость отмѣчена въ 27%, а для послѣродовыхъ формъ она = 14,1%.

Въ тоже время, сравнивая наши результаты съ таковыми же, полученными въ нѣмецкихъ клиникахъ, мы приходимъ къ заключенію, что болѣе благопріятные результаты, чѣмъ у насъ

были получены Freund'омъ (Parczewski), имѣвшимъ при общемъ числѣ лихорадившихъ 21,88⁰/₀, послѣродовыя заболѣванія, падавшія на щипцы, въ 1,7⁰/₀, и Säxinge'омъ (Winternitz) который на 33,6⁰/₀ общаго числа лихорадившихъ получилъ 3,2⁰/₀ заболѣваний для щипцовъ и также Winter'омъ (Gans) на 37,57⁰/₀ всѣхъ лихорадившихъ, имѣвшимъ 3,82⁰/₀ заболѣваемости при щипцахъ.

Другіе авторы представили данныя, указанныя нами ниже въ таблицѣ, изъ которыхъ видно, что ⁰/₀ заболѣваемости у нихъ, относящійся исключительно на щипцы, былъ выше достигнутаго нами.

	Щипцы да- ли лихорад.	Общій ⁰ / ₀ ли- хорадивш.
Krönig (Katzmann)	5,2 ⁰ / ₀	24,00 ⁰ / ₀
Alhfeld (Baskow)	8,18 ⁰ / ₀	53,63 ⁰ / ₀
Olshausen (Christel)	8,97 ⁰ / ₀	23,07 ⁰ / ₀
Veit (Sichler)	11,97 ⁰ / ₀	38,2 ⁰ / ₀
Franz (Küchel)	12,74 ⁰ / ₀	19,61 ⁰ / ₀
Bumm-Herff (Schmidt)	19,5 ⁰ / ₀	23,4 ⁰ / ₀
Veit (Ritter)	20,8 ⁰ / ₀	26,00 ⁰ / ₀ .

Остановливаясь въ настоящее время на вопросѣ о смертности матерей, у которыхъ были наложены щипцы, мы должны отмѣтить, что главными обусловливающими ее причинами служатъ эклампсія и разрывы матки. Въ клиникѣ Winter'a на 14 умершихъ матерей у 11 причиной смертельнаго исхода была эклампсія и ея послѣдствія (pneumonia, bronchopneumonia, hemiplegia, lungenödem, lungengangrän), въ 2 случаяхъ рѣзко выраженный туберкулезъ и только въ 1 случаѣ родильница, у которой по причинѣ нефрита при сильныхъ отекахъ были наложены щипцы погибла на 9 день отъ легочнаго инфаркта. По даннымъ Winckel'я, изъ собранныхъ имъ 14 случаевъ въ 9 смертельный исходъ никоимъ образомъ нельзя было отнести на счетъ щипцовъ.

Мы въ завѣдываемомъ нами учрежденіи ни разу не наблюдали смертельнаго исхода матери послѣ наложенія щипцовъ и имѣемъ лишь свѣдѣнія объ одной родильницѣ, переведенной въ больницу вслѣдствіе рѣзко выраженаго туберкулеза легкихъ, осложненнаго порокомъ сердца, у которой были наложены щипцы вслѣдствіе экламптическихъ припадковъ и которая умерла въ больницѣ на 10 день послѣ родовъ вслѣдствіе заболѣванія внутреннихъ органовъ, о чемъ мы уже упоминали.

По даннымъ Надеждинскаго Родовспомогательнаго Заведенія, представленнымъ Б ѣ л о р у с с о в ы м ѣ, эта смертность для родильницъ отъ послѣродовыхъ заболѣваній = 1,9⁰/₀, и отъ послѣродовыхъ также = 1,9⁰/₀, по Ф и х т н е р у она = 0,94⁰/₀ и Н о в и ц к о м у = 0,0⁰/₀.

Обращаясь къ даннымъ, представленнымъ иностранными авторами относительно ⁰/₀-а смертности, относимой на счетъ

щипцовъ, и общаго % смертности, мы можемъ видѣть эти %-ныя отношенія изъ слѣдующей таблицы:

	Годъ наблюд.	Смертн., обусл. щипцами.	Общая смертн. при родоразр. щипцами.
Kissing . . .	1895—1900	0 ⁰ / ₀	1,61 ⁰ / ₀
Katzmann . . .	1904—1906	0 ⁰ / ₀	1,04 ⁰ / ₀
Küchel . . .	1889—1895	0 ⁰ / ₀	2,98 ⁰ / ₀
Ritter	1894—1901	0 ⁰ / ₀	2,00 ⁰ / ₀
Schulz	1889—1895	0 ⁰ / ₀	7,57 ⁰ / ₀
Schick	1891—1894	0 ⁰ / ₀	4,7 %
Winternitz . .	1882—1896	0 ⁰ / ₀	7,3 %
Gans	1898—1906	0,18 ⁰ / ₀	3,02 ⁰ / ₀
v. Parczewski.	1891—1900	0,21 ⁰ / ₀	1,84 ⁰ / ₀
Frankenstein .	1887—1899	0,33 ⁰ / ₀	6,25 ⁰ / ₀
Sachs	1890—1900	0,35 ⁰ / ₀	2,65 ⁰ / ₀
Semon	1887—1897	0,8 %	4,00 ⁰ / ₀
Sichler	1887—1894	0,98 ⁰ / ₀	5,88 ⁰ / ₀
Bäskow	1885—1897	0,98 ⁰ / ₀	3,63 ⁰ / ₀
Rübiger	1887—1896	0,99 ⁰ / ₀	1,98 ⁰ / ₀

Относительно французскихъ клиникъ у насъ имѣются слѣдующія свѣдѣнія: по Bar'у, въ клиникѣ Tarnier — на 213 случаевъ щипцовъ наблюдалось 4 случая смерти, а въ клиникѣ Baudelocque (Pinard) на 142 случая имѣлось 4 случая смерти.

Приведенныя нами въ таблицѣ данныя, какъ видно изъ указанныхъ годовъ, относятся уже къ антисептическому періоду и, если ихъ сравнить съ данными доантисептическаго періода или когда антисептика была еще недостаточно развита, то можно констатировать извѣстное улучшение результатовъ, хотя въ общемъ эта разница будетъ не столь значительна, какъ можно было бы предполагать по сравненію съ поразительными успѣхами, полученными въ другихъ отдѣлахъ хирургіи и оперативной гинекологіи.

Если по даннымъ Нескег'а, относящимся къ 1859—1879 г.г., эта смертность матерей была = 9,4%, а по Johnston'у (1873), она = 6,8%, то по отчетамъ Dohrn'а относящимся къ 1821—1866 г.г. эта смертность = 3%, по Hegar'у (1864—1866) = 2,2% и по Winkel'ю за 1875 г. = 3,8%.

Въ виду того, что въ старыхъ отчетахъ не выдѣляли случаевъ смертности, относящихся исключительно на счетъ щипцовъ, то приведенныя %-ныя отношенія нужно разсматривать, какъ выраженіе общей смертности, наблюдаемой при этомъ родѣ оперативнаго вмѣшательства.

Имѣющіяся свѣдѣнія относительно заболѣваемости въ періодъ еще недостаточнаго развитія антисептики, напримѣръ, по Münchmeyer'у за 1883—1888 г.г., получившему 31%, и по Schmidt'у за 1887 г., указавшему на 23,4%, только подтверждаютъ вышеприведенное сравненіе наше относительно результатовъ смертности при щипцахъ теперь и въ прежніе годы и

еще разъ указываютъ, что мы пока въ этомъ отношеніи недалеко опередили нашихъ предшественниковъ.

Это обстоятельство обусловливается многими причинами. Прежде всего позволимъ себѣ указать на то, что при современныхъ усовершенствованныхъ способахъ асептики и антисептики во власти акушера является пока только полное достиженіе субъективнаго обеззараживанія, что же касается вопроса о возможности достигнуть асептического состоянія родового канала у рожениць,—такъ называемаго объективнаго обеззараживанія,—то въ этомъ отношеніи пока не существуетъ полного согласія между авторами. Данныя изслѣдователей (Döderlein, Krönig, Menge, Leopold) указываютъ, что, наоборотъ, послѣродовой періодъ протекаетъ въ большинствѣ случаевъ болѣе гладко, если не употреблять никакихъ спринцеваній.

Однако главнымъ зломъ, ведущимъ къ значительному увеличенію числа лихорадящихъ больныхъ и къ развитію септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній, которыя омрачаютъ наши результаты, низводя ихъ почти на степень доантисептического періода, зломъ, не дающимъ намъ возможности вмѣстѣ съ хирургами праздновать полную побѣду, нужно признать изслѣдованіе беременныхъ и рожениць простыми повитухами, невѣжественными акушерками и врачами старой школы, къ которымъ съ трудомъ прививается современное бактериологическое ученіе, а также врачами, еще недостаточно усвоившими себѣ всю полноту мѣропріятій, необходимыхъ для обеззараживанія себя и рожениць, и, наконецъ, врачами, перегруженными работой въ амбулаторіяхъ, когда они, послѣ изслѣдованія разнообразныхъ больныхъ, являющихся нерѣдко источникомъ заразы, безъ достаточно тщательной подготовки и другихъ предосторожностей (перчатки) рѣшаются легкомысленно производить изслѣдованіе беременныхъ и рожениць.

Далѣе, въ виду того, что значительная заболѣваемость и смертность при щипцахъ падаетъ на экламптическихъ больныхъ, какъ на это мы указали выше, а способы предупрежденія развитія эклампсіи пока остаются совершенно для насъ неизвѣстными, предлагаемые же способы лѣченія носятъ чисто эмпирической характеръ, являясь далеко невѣрными, какъ и въ прежнее время, то, конечно, при такихъ условіяхъ достигаемые результаты не могутъ особенно отличаться отъ результатовъ, полученныхъ нашими предшественниками.

Причину сравнительно большой заболѣваемости и смертности еще въ настоящее время, несмотря на болѣе усовершенствованные способы обеззараживанія, нѣкоторые авторы (Winkel, Münchmeyer, Säxinger, Winternitz) видятъ въ болѣе частомъ оперированіи теперь, чѣмъ раньше, и потому они настаиваютъ на томъ, чтобы къ родоразрѣшенію щипцами прибѣгали только при ясно выраженной опасности для жизни матери и плода, когда всѣ консервативные способы родоразрѣшенія не привели къ желаннымъ результатамъ.

Въ то же время W u d e r, на основаніи собственныхъ наблюдений и всесторонняго изученія литературы этого вопроса, приходитъ къ другому заключенію, а именно, чѣмъ чаще при родахъ прибѣгать къ щипцамъ, тѣмъ получается меньшая смертность матерей.

Наоборотъ, если выжидаютъ, руководствуясь для наложенія щипцовъ угрожающими явленіями со стороны матери или плода, то, по Wyder'у, получаютъ большую заболѣваемость и смертность. Wyder допускаетъ въ виду указанныхъ соображеній профилактическое наложеніе щипцовъ, что такъ часто практикуется американскими врачами. Только что приведенное мнѣніе Wyder'a имѣетъ поддержку во взглядѣ Winter'a (Gans), который считаетъ, что щипцы нужно накладывать, не выжидая явленій, указывающихъ на опасность со стороны матери и плода, ибо чрезмѣрное выжиданіе опасно для обѣихъ жизней.

Защитники какъ того, такъ и другого взгляда, по нашему мнѣнію, находятся на ложномъ пути, ибо оба эти взгляда приводятъ къ крайнему образу дѣйствій, заключающему много неблагоприятныхъ моментовъ, служащихъ источниками послѣродовыхъ заболѣваній и смертельныхъ исходовъ.

Если при крайне консервативномъ направленіи возможно, правда, избѣгнуть въ извѣстныхъ случаяхъ наложенія щипцовъ и связанныхъ съ ними печальныхъ послѣдствій, особенно у первородящихъ, за то эти выгоды покупаются цѣною получающихся поврежденій мягкихъ частей родового канала матери и головки плода вслѣдствіе продолжительнаго сдавливанія, нося въ себѣ опасность для обѣихъ жизней.

Крайнѣ агрессивное направленіе представляетъ извѣстныя преимущества, заключающіяся въ возможности избѣгать указанные неблагоприятные моменты производя операцию при родовомъ каналѣ, стѣнки котораго не подверглись патологоанатомическимъ измѣненіямъ отъ продолжительнаго давленія, въ то же время оно не можетъ быть оправдываемо потому, что часто тамъ, гдѣ при терпѣливомъ выжиданіи роды могли бы окончиться силами природы, послѣшно прибѣгая къ наложенію щипцовъ, подвергаютъ роженицу напрасному оперативному пособію и всѣмъ связаннымъ съ нимъ опаснымъ послѣдствіямъ, на которыхъ мы уже подробно останавливались раньше.

Еще менѣе, на тѣхъ же основаніяхъ, можетъ быть поддерживаемо стремленіе пропагандировать наложеніе щипцовъ въ видѣ профилактическаго мѣропріятія, считая примѣненіе этого инструмента за невинную операцию, съ чѣмъ уже никоимъ образомъ нельзя согласиться.

Примѣнять щипцы нужно только въ тѣхъ случаяхъ, когда роженица дѣйствительно не можетъ разрѣшиться силами природы при возникновеніи препятствій для поступательнаго движенія головки и если на то имѣются показанія со стороны матери и плода при соблюденіи условій для наложенія щипцовъ. На этомъ вопросѣ мы уже имѣли возможность останавливаться раньше, разбирая показанія къ наложенію щипцовъ, и тамъ мы указали собственную точку зрѣнія на необходимость оперативнаго вмѣшательства. По нашему мнѣнію, идеаль акушера, къ которому онъ обязанъ стремиться, — это придерживаться правила оперировать не много и не мало, а когда слѣдуетъ. Для этого необходимо, помимо знанія и таланта, опытъ акушера и тщательное наблюденіе за роженицей.

Fagabeuf въ своей послѣдней рѣчи, обращенной къ Delbet по поводу празднованія 25-лѣтія ученой его дѣятель-

ности, сказалъ: „Знаніе безъ таланта уподобляется неоплодотворенному яйцу, а талантъ безъ знанія — это сперматозоидъ безъ яйца. Если талантъ является врожденной особенностью, то знаніе можно приобрести при существованіи любви къ своей специальности“.

Акушеры старой школы (Michaëlis, Litzmann, Naegeler и др.) съ увлеченіемъ отдавались изученію нормальной и патологической анатоміи женской половой сферы и старательно разрабатывали вопросы акушерской діагностики, новое же поколѣніе акушеровъ занято почти исключительно вопросами оперативнаго акушерства. Молодой врачъ-акушеръ обращается въ родильное учрежденіе прежде всего съ цѣлью выучиться оперировать и сравнительно мало интересуется тѣми явленіями, которыя протекаютъ до операціи, и еще меньше нормальными родами. Часто акушерки бываютъ единственными свидѣтельницами хода родовъ, а акушеръ является лишь для техническаго выполненія оперативнаго пособія.

При такомъ отношеніи къ роженицамъ врачъ-акушеръ будетъ не приближаться къ указанному нами идеалу въ разрѣшеніи акушерскихъ проблеммъ о своевременности оперативнаго акушерскаго вмѣшательства, а впадать въ крайности, создающія уродливое направленіе въ этой научной дисциплинѣ.

Подобное направленіе поддерживается частью самими представителями кафедръ, которые проявляютъ сравнительно меньшій интересъ къ клиническому акушерству, будучи преимущественно заняты разработкой вопросовъ по гинекологіи и, въ особенности, оперативнаго ея отдѣла.

Щипцы, инструментъ небезопасный для матери, является таковымъ же еще въ большей степени для плода. Продолжительное сдавливаніе дѣтской головки отъ входа до выхода при узкихъ тазахъ уже достаточно чтобы нарушить кровообращеніе ребенка, понизить его жизнеспособность, а наложеніемъ щипцовъ можно еще больше увеличить эту опасность и ребенокъ нерѣдко погибаетъ въ щипцахъ или спустя короткое время послѣ нихъ.

Потому слишкомъ опасна крайняя степень выжиданія признаковъ, указывающихъ на опасность со стороны плода (асфиксія), въ видѣ значительнаго паденія или ускоренія сердечныхъ тоновъ и быстро, ясно опредѣлимаго нарастанія головной опухоли.

Необходимо развивать въ себѣ способность къ тонкому наблюденію, чтобы подмѣчать самыя незначительныя отклоненія отъ нормы для предупрежденія возникновенія опасности — начальныя степени усиленія второго тона сердца, неясность и глуховатость перваго тона, неправильность въ числѣ ударовъ, а также незначительныя различія въ количествѣ самихъ сердечныхъ тоновъ.

Только при постоянномъ и тщательномъ наблюденіи за ребенкомъ можно избѣгать того, чтобы не пропустить время для своевременнаго наложенія щипцовъ, иначе, какъ довольно нерѣдко отмѣчается, технически операція наложенія щипцовъ бываетъ выполнена совершенно правильно, но результаты, что касается плода, получаютъ неудовлетворительными, ибо извлекаютъ ребенка мертваго или въ тяжелой степени асфиксії, въ

которой онъ находился уже до наложенія щипцовъ и которая .
своевременно не была распознана.

Поверхностное поврежденіа кожи лица и черепа, часто наносимыя щипцами при соскальзываніи ихъ или вслѣдствіе давленія краями и концами ложекъ, обыкновенно заживаютъ безслѣдно, хотя могутъ быть источниками серьезныхъ осложненій при инфицированіи раневой поверхности.

Болѣе же глубокія поврежденія получаемыя отъ тѣхъ же причинъ, требуютъ особеннаго вниманія при ихъ лѣченіи такъ какъ при негладкомъ заживленіи и некротизаціи тканей нерѣдко оставляютъ обезображивающіе рубцы на лицѣ въ области надбровныхъ дугъ и *processus zygomaticus*, а въ области волосистой части головы слѣдами ихъ являются типичныя алопеціи.

По Winter'у слѣды отъ наложенія щипцовъ наблюдаются въ 6,3%.

Давленіе ложками щипцовъ можетъ вызвать отслоеніе кожи съ образованіемъ долго длящихся гематомъ. На лицѣ онѣ большей частью встрѣчаются въ области нижней челюсти.

Gans на 562 случаевъ, извлеченія щипцами ребенка, помимо большаго числа легкихъ поврежденій, указываетъ наблюдавшіяся въ 2 случаяхъ большія гематомы на щекахъ, 1 разъ около уха въ области *foramen stylo-mastoideum* и въ 1 случаѣ большую гематому съ лѣвой стороны носа.

Отслоеніе кожи на черепѣ служитъ причиной развитія *cephalhämatom*, которыя могутъ быть осложнены разрывомъ швовъ и родничковъ, вдавленіями и трещинами костей черепа съ образованіемъ внутрочерепныхъ кровоизліяній. Этого рода травматическія поврежденія очень тяжелы по своимъ непосредственнымъ, вторичнымъ и отдаленнымъ послѣдствіямъ.

Внѣчерепныя кровоизліянія довольно часто всасываются и дѣло обходится безъ оперативнаго вмѣшательства. Въ отдѣльныхъ случаяхъ даже внутрочерепныя кровоизліянія и переломы (Küstner) даютъ выздоровленіе.

Обычно же нарушеніе цѣлости костей черепа и внутрочерепныя кровоизліянія, въ особенности при образованіи ихъ на основаніи черепа, непосредственно и быстро приводятъ, вслѣдствіе давленія на мозгъ и асфиксіи, къ смерти.

Если же дѣти не погибаютъ тотчасъ то несомнѣнно, что эти поврежденія костей и внутрочерепныя кровоизліянія главная причина развитія аномалій со стороны нервной системы, какими являются: умственная слабость, идиотизмъ, эпилепсія, параличи, врожденная глухота, слѣпота и т. д.

Тщательное специальное изученіе поврежденій глазъ у дѣтей во время родовъ было произведено Bruno Wolffомъ. Онъ доказалъ, что поврежденія глазъ почти ни разу не наблюдались у дѣтей, рождающихся съ выходомъ послѣдовательной головки, и рѣдко при головномъ предлежаніи у произвольно родившихся дѣтей, наоборотъ почти исключительно (на 108 случаевъ 93) при родоразрѣшеніи щипцами. Считаемо необходимымъ однако прибавить, что наибольшее число поврежденій было получено при накладываніи щипцовъ при узкихъ тазахъ и на высокостоящую головку.

Повреждения заключались въ переломахъ орбитальныхъ костей, нарушеніи цѣлости мягкихъ частей глазной впадины (41), кровоизліяніяхъ внутриглазныхъ вслѣдствіе разрыва *choroidei* (15), помутнѣній роговой оболочки (31 случ.).

Дѣйствіе щипцовъ можетъ причинить поврежденія непосредственно вслѣдствіе прямого давленія на глазное яблоко и окружающія его части или вызвать ихъ 1) черезъ посредство вдавленія и перелома костей и 2) подъ вліяніемъ внутричерепного и внутриорбитального кровоизліянія (Sidler-Huguenin).

Gans на 562 случая щипцовъ упоминаетъ о 2 случаяхъ внутричерепного кровоизліянія и 1 случаѣ множественнаго перелома черепа, но безъ поврежденія глазныхъ яблокъ. Winternitz вдавленіе ложками на черепъ отмѣчаетъ въ 1,2% при общемъ % поврежденій головки = 10,7%. На 45 случаевъ наложенія щипцовъ, мы наблюдали лишь въ одномъ случаѣ (№ 28) глубокое вдавленіе на головкѣ на границѣ темянной и лобной костей, но оно получило не отъ щипцовъ, а вслѣдствіе давленія *promontorium*, выступавшаго въ видѣ остраго шипа при общесъуженномъ—плоскомъ тазѣ съ *conj. vera* = 7,0 сантиметровъ.

Давленіе щипцами можетъ вызвать параличъ *n. facialis*, когда при косомъ наложеніи ихъ ложка, лежащая больше кзади, надавливаетъ на нервъ въ мѣстѣ выхода его изъ *foramen stylo-mastoideum*. Глубокой слѣдъ, оставляемый обыкновенно въ этой области ложкой при парезахъ или параличахъ, поддерживаетъ это мнѣніе. Главнымъ образомъ этотъ взглядъ обоснованъ на изслѣдованіяхъ Parrot и Troisier, которые въ случаяхъ, когда смерть произошла въ концѣ третьей недѣли до мѣсяца, находили развитія *n. facialis* ниже *foramen stylo-mastoideum* измѣненными макро—и микроскопически, въ то время какъ выше его нервный стволъ оставался не измѣненнымъ.

Однако Tissier несогласенъ съ только что приведеннымъ взглядомъ и считаетъ, что очень часто и почти всегда параличъ личнаго нерва имѣетъ центральное происхожденіе и обусловливается давленіемъ на нервныя центры ложкой щипцовъ, наложенной на сторону черепа противоположную парализованной.

Поврежденія черепа (переломы, кровоизліяніе внутричерепныя и т. д.) недостаточны чтобы вызвать эти параличи и если эти поврежденія наблюдаются при параличахъ *n. facialis*, то по Demelin и Guéniot къ чему склоняется и Bar, ихъ нужно разсматривать не какъ причину этихъ параличей, имѣющихъ будто центральное происхожденіе, а какъ независимыя другъ отъ друга одновременно совпавшія явленія.

Эти параличи *n. facialis*, при которыхъ часто глазъ остается открытымъ и вслѣдствіе этого конъюнктивальный мѣшокъ можетъ инфицироваться, обычно исчезаютъ сами собою въ теченіи 2—2½ недѣли.

Иногда они держатся не больше 2—3 сутокъ, и наблюдались случаи (Demelin, Guéniot), когда они исчезали въ ¼ часа на глазахъ у акушера.

Долгодлящіеся параличи происходятъ вслѣдствіе болѣе

значительнаго поврежденія нерва при короткости processus stylo-mastoideus и при переломахъ скалистой кости.

Wüder считаетъ, что параличи личного нерва встрѣчаются въ 10%. По даннымъ Gans'a, они получились въ 7,1%, при чемъ 25 разъ съ лѣвой стороны и 15 разъ съ правой. Winternitz получилъ ихъ въ 3,1%, а именно въ 4 случаяхъ съ правой стороны и въ 1 случаѣ на лѣвой сторонѣ.

Gans, разсматривая оперативный матеріалъ Winter'a въ отношеніи позицій головки, получилъ слѣдующія интересныя данныя, что изъ 5 случаевъ въ 2-хъ парализованный нервъ относился къ сторонѣ головки, обращенной къзади.

По Федорову, параличи лицевого нерва встрѣчаются въ 11,1%, а Бѣлоруссовъ отмѣчаетъ ихъ въ 1,1%, хотя этотъ послѣдній авторъ прибавляетъ, что эта цифра не совсѣмъ точная, ибо допускаетъ съ одной стороны ускользаніе изъ подънаблюденія многихъ случаевъ, а съ другой стороны ссылается на не совсѣмъ точную регистрацію встрѣтившихся параличей.

На нашемъ матеріалѣ мы не имѣли возможности ни разу наблюдать этого рода осложненія.

По другимъ авторамъ, параличи личного нерва встрѣчаются приблизительно въ предѣлахъ %о/о отношеній уже раньше нами указанныхъ, такъ у Fehling'a эти параличи встрѣтились въ 3,8%, v. Rosthorn'a въ 6,6%, Kaltenbach'a = 10%, Leopolda = 10,7%.

Въ происхожденіи указанныхъ поврежденій чаще всего отвѣтственъ операторъ. Считаемо нужнымъ однако отмѣтить, что самыя тяжелыя поврежденія могутъ случиться и неизбѣжны иногда у самыхъ опытныхъ и искуснѣйшихъ операторовъ безъ малѣйшей вины съ ихъ стороны, а въ особенности это можетъ случиться тогда, когда представляется единственная возможность спасти мать и ребенка цѣною оперативнаго вмѣшательства при помощи наложенія щипцовъ на высокостоящую голловку.

Высокій % смертности дѣтей при родоразрѣшеніи щипцами частью обусловливается только что указанными поврежденіями, частью же зависитъ отъ того, что нерѣдко щипцы приходится накладывать уже на плодахъ при явленіяхъ болѣе или менѣе выраженной асфиксіи и даже на плодахъ умершихъ и мацерированныхъ.

По даннымъ русскихъ авторовъ относительно смертности дѣтей мы имѣемъ слѣдующія указанія: Федоровъ насчитываетъ смертность дѣтей при полостныхъ щипцахъ = 23,4% (18 случ.), по Бѣлоруссову, общая смертность (безъ мацерированныхъ) при низкихъ щипцахъ = 15,3% и при подсчетѣ случаевъ смерти, падающихъ исключительно на щипцы этотъ % получается значительно ниже = 4,2%. Для сравненія мы приведемъ по Бѣлоруссову % отношеніе, указывающее на смертность дѣтей при высокихъ щипцахъ, которое будетъ = 43,8%, вообще же смертность при наложеніи щипцовъ при узкихъ тазахъ, по выдѣленіи сомнительныхъ случаевъ, когда смерть ребенка произошла не вслѣдствіе оперативнаго вмѣшательства съ помощью щипцовъ, этотъ % смертности = 18,3%.

По Федорову, общая потеря дѣтей при этой операціи =

25,6%, относительная = 16,1%. Общая смертность дѣтей по Фихтнеру = 18,8% и при щипцахъ, наложенныхъ на головку, прошедшую тазовой входъ наибольшимъ размѣромъ = 10,7%.

На 45 случаевъ наложенія полостныхъ и выходныхъ щипцовъ мы въ 4 случаяхъ (№№ 1, 21, 31, 38) извлекли мертвыхъ дѣтей и въ 3 случаяхъ (№№ 4, 13, 15) въ состояніи болѣе или менеъ выраженной асфиксіи, но въ послѣдствіи оживленныхъ.

Изъ 4 случаевъ мертвыхъ дѣтей въ 3 (№№ 1, 21, 31) уже до операціи наблюдалась неправильная работа сердца въ формѣ аритміи, учащенія ритма, слабости тоновъ, а въ 4-омъ случаѣ отмѣчено было выпаденіе слабо пульсирующей пуповины.

Такимъ образомъ едва ли безъ оговорокъ можно поставить летальный исходъ въ указанныхъ нами 4 случаяхъ непосредственно отъ производства операціи щипцами. Наложеніе щипцовъ быть можетъ являлось послѣднимъ неблагоприятнымъ моментомъ, приведшимъ къ смертельному исходу при рѣзко пониженной жизнеспособности плода.

По даннымъ нѣмецкихъ авторовъ, при полостныхъ и выходныхъ щипцахъ эта смертность будетъ по Burgery = 11,6%, Jacobi = 15%, Scheffzeky = 15%, Limbacherу = 17% и Rehamy = 17,2%.

Многіе иностранные авторы представляя свои цифровыя данныя, указывающія на смертность дѣтей, къ сожалѣнію, не выдѣляютъ группы высокихъ и низкихъ щипцовъ, а даютъ лишь общее % числовое выраженіе вмѣстѣ для того и другого рода щипцовъ, что едва ли справедливо для дѣйствительнаго освѣщенія вопроса.

Наименьшій % общей смертности при щипцахъ получили: Freund—Fehling (Parczewski) = 7,38, Martin (Rabiger) 6,93, Fritsch (Hesemann) = 8,8%. Общая смертность дѣтей при щипцахъ по Leisewitz въ клиникѣ Leopold'a достигаетъ 15,63%, а исключительно отнесенная на щипцы (переломы, сжатія и т. д.) = 4,73%; отъ асфиксіи во время родовъ и послѣ нихъ погибло 6,59%; смерть отъ вреденныхъ недостатковъ или позднѣйшихъ заболѣваній (lues, arteriitis umbilicalis, pneumonia, magendarmkatarrh и т. д.) отмѣчена въ 4,3%.

Кромѣ того мы позволимъ себѣ для полноты освѣщенія вопроса привести данныя опубликованныя другими авторами, составивъ нижеслѣдующую таблицу:

Schick	= 11,32%	Christel	= 19,25%
Katzmann	= 12,40%	Semon	= 19,50%
Gans	= 12,45%	Walla	= 20,00%
Metzler	= 16,60%	Baskow	= 20,35%
Sachs	= 17,00%	Wahl	= 21,20%
Ritter	= 17,20%	Schulz	= 27,70%
Franckenstein	= 18,00%		
Sichler	= 19,—%		

Въ клиникѣ Tarnier (Budin, Bar) на 216 случаевъ наложенія щипцовъ получена въ 19—смерть ребенка, а въ клиникѣ Baudelocque (Pinard) на 142 случая—въ 24.

Какъ это видно изъ представленныхъ данныхъ, смертность дѣтей при шипцахъ значительно колеблется въ различныхъ учрежденіяхъ, и, конечно, это зависитъ прежде всего отъ большей или меньшей строгости показаній, устанавливаемыхъ для наложенія шипцовъ.

Въ отношеніи значенія формы суженія таза на смертность дѣтей данныя Федорова указываютъ, что при общесуженныхъ тазахъ это смертность = 11,4, а при частично-суженныхъ = 9%. По Б ѣ л о р у с с о в у наоборотъ общесуженные тазы при низкомъ наложеніи шипцовъ дали смертность меньшую = 15%, чѣмъ тазы плоскіе = 15,9%. Это отношеніе удерживается по указанному автору и при высокомъ наложеніи шипцовъ, при чемъ при тазахъ общесуженныхъ смертность получилась въ 37,8%, а при плоскихъ въ 57,1%.

Изъ 4 смертныхъ случаевъ дѣтей у насъ—3 относилось на общесуженные тазы II-ой степени.

По даннымъ Федорова также получилось, что вмѣстѣ съ увеличеніемъ суженія таза увеличивается и % смертности дѣтей, при этомъ съ увеличеніемъ вѣса плода наростаніе смертности идетъ медленно.

Исслѣдованія Leisewitz на большомъ матеріалѣ указываютъ, что наивысшій % смертности дѣтей при полостныхъ шипцахъ получился при плоскихъ тазахъ = 18,6% и плоско-рахитическихъ = 16,21%, а потомъ слѣдуютъ общесуженные плоско-рахитическіе тазы съ 8,05% смертности дѣтей.

Это объясняется вѣроятно тѣмъ, что при первой изъ названныхъ группъ тазовъ, вслѣдствіе долгой остановки конфигурирующей головки во входѣ таза, продолжительное давленіе и приводитъ къ тяжелымъ формамъ асфиксіи плода. Хотя потомъ уже головка и вступаетъ въ болѣе обширную часть таза—его полость, однако жизнеспособность ребенка является настолько пониженной, что послѣдовательное даже нетрудное извлеченіе шипцами будетъ уже слишкомъ запоздалымъ, чтобы спасти ребенка.

Нерѣдко при этихъ формахъ суженія таза приходится наблюдать, какъ головка, послѣ продолжительной задержки во входѣ его, стремительно проходитъ остальные его плоскости и быстро наступаютъ роды.

Когда вслѣдствіе продолжительной родовой дѣятельности для прохожденія головки черезъ суженный входъ таза появляется слабость болей, то головка хотя и пройдетъ входъ таза, но останавливается въ полости его, асфиксія увеличивается и въ результатѣ получается обмираніе ребенка.

При общесуженныхъ плоско-рахитическихъ и общесуженныхъ тазахъ продолжительное давленіе на голову, которая продолжаетъ конфигурироваться и въ полости таза, также достаточно, чтобы привести къ асфиксіи плода, вслѣдствіе этого требуется точное насколько возможно взвѣшивание обстоятельствъ и тщательное наблюденіе за тѣмъ, когда именно наступитъ настоящее время наложить шипцы для спасенія жизни ребенка.

При первыхъ изъ этихъ формъ тазовъ чаще встрѣчаются смертельные случаи плодовъ потому, что полость ихъ сравнительно уже, чѣмъ у второго рода тазовъ.

Этимъ послѣднимъ анатомическимъ фактомъ т. е. узкостью полости таза общесъуженныхъ плоско-рахитическихъ тазовъ и общесъуженныхъ тазовъ объясняется высокій % дѣтской смертности, получаемый при этихъ тазахъ и въ случаяхъ высокаго наложенія щипцовъ, а именно при первыхъ онъ = 50%, а при вторыхъ = 33%.

Сравнительно-же болѣе болѣе % смертности при общесъуженныхъ плоско-рахитическихъ тазахъ получается особенно потому, что при этихъ формахъ таза головка начинаетъ испытывать большее давленіе при прохожденіи уже входа таза, шансы для асфиксіи увеличиваются, и проведеніе головки черезъ сравнительно узкую полость таза щипцами создаетъ кромѣ того новыя неблагоприятныя условія, приводящія къ смерти плода.

Въ заключеніи мы позволимъ себѣ высказаться въ томъ смыслѣ, что щипцы при сравнительно небольшомъ сѣуженіи таза являются прекраснымъ незамѣнимымъ инструментомъ при низкомъ ихъ наложеніи и на головку, стоящую въ полости таза, значительно-же менѣе удовлетворительные результаты достигаются ими при высокостоящей головкѣ, и опасность для матери и плода возрастаетъ при узкихъ тазахъ, когда стремятся силою влеченія преодолѣть препятствія, представляемыя тазомъ.

Щипцы нужно разсматривать, какъ далеко небезопасный инструментъ, и только при крайне точной установкѣ показаній и осторожномъ выполненіи оперативнаго вмѣшательства щипцы даютъ возможность спасти наибольшее количество жизней дѣтей и избѣгать тяжелыхъ поврежденій матерей.

Руководствуясь личнымъ опытомъ и наблюденіями другихъ изслѣдователей, мы должны признать наиболѣе выгоднымъ въ интересахъ ребенка скорѣе раннее накладываніе щипцовъ, чѣмъ запоздалое.

Въ интересахъ матери и плода должно быть стремленіе избѣгать наложенія высокихъ щипцовъ, примѣняя другія родо-разрѣшающія операциі—въ клиникахъ гебостеотомію и кесарское сѣченіе, а въ частной практикѣ въ интересахъ матери перфорацию головки, хотя-бы даже живого плода.

Таблица 2. В Ы С О

Г О Д Ъ и №	Размѣры таза.	Показанія	
		м а т е р и	
<i>П л о с к и е т а з ы</i>			
1901 — 283 повторн.	32 ¹ / ₂ . 25. 27. 18 ¹ / ₂ . 10. 8 ¹ / ₂ .	Полное открытіе 6 час. Водъ нѣтъ.	
1902 — 863 первор. наследов. дома акушеркой.	30. 22. 27. 18. 10. 8 ¹ / ₂ .	Кольцо сокращ. t ⁰ 380 Полное открытіе 4 ч.	
1905 — 110 повторн.	30. 23,5 26,5. 18. 5. 10,8 9.	Кольцо сокращения.	
<i>П л о с к и е т а з ы</i>			
1901 — 831 первор.	30. 25. 27. 17. 9. 7 ¹ / ₂ .	Кольцо сокращ. Полное открыт. 3 ч.	
1904 — 84 первор.	30. 24. 27. 17. 9. 7—7 ¹ / ₂ .	Контр. кольцо.	
1907 — 379 повторн.	32. 25. 28. 17. 9 ¹ / ₂ . 8.	Темп. 38,3.	
<i>О б щ е - с ъ у ж е н</i>			
1902 — 191 повторн.	28. 22. 24. 17. 9,5. 7,5.	Кольцо сокращ.	
1903 — 420 повторн.	29. 25. 28. 18. 9. 7.	Полное открытіе около 2 час.	
1905 — 802 первор.	28. 24. 26. 18. 10. 8.	Полное открыт. 5 ч., повыш. темп.	
1907 — 161 повторн.	27. 23. 25. 17 ¹ / ₂ . 10. 8.	Кольцо сокр. Полное откр.	
1907 — 179 повторн., двойни.	29. 23. 25. 18. 10. 8.	Повыш. темп. Первый плод. род.	

К І Е Щ И П Ц Ы.

с о с т о р о н ы	П о с л ѣ д с т в і я д л я	
	р е б е н к а.	м а т е р и.
<i>1-й с т е п е н и.</i>		
Головка надъ входомъ, подвижна, сердцеб. сомнительно.	Щипцы соскальзываютъ.	Перфорация.
Головка надъ входомъ.	Промежность истончена, episiotomia.	3000,0. 50. 34.
Неправ. дѣят. сердца.	—	3200,0. 49. 34.
<i>2-й с т е п е н и.</i>		
Головка надъ входомъ, подвижна.	—	3200,0. 52. 33.
Головка во входѣ, тоны сердца глухи, замедлены.	Разр. II-й ст.	3700,0. 51. 36.
Головка во входѣ.	—	2550,0. 47. 34 ^{1/2} .
<i>н ы е т а з ы.</i>		
Головка во входѣ; сердц. почти не слышно.	—	Мертвый. 3160,0. 51. 37.
Головка надъ входомъ; тоны сердца глухи, аритмичны.	Разр. пром. II-й ст.	3550,0. 50. 35.
Головка во входѣ малымъ разм. тоны сердца глухи, аритмичны.	—	4200,0. 52. 37 ^{1/2} .
Головка надъ входомъ; выпад. непульс. пупов.	—	Перфорация.
Поперечн. полож. 2-го плода. Выпаденіе непульсирующей пуповины. Поворотъ невозможенъ.	—	Мертвый. 1900,0. 49. 32. Удалось вставить головку и наложить щипцы.

Г О Д Ъ и №	Размѣры таза.	Показанія	
		м а т е р и	
<i>О б щ е - с ѳ у ж е н н ы е п л о</i>			
1901 — 666 повторя.	29. 21. 25. 17. 8 ³ / ₄ . 6 ³ / ₄ .	Кольцо сокращ. Полн. откр.	
1902 — 595 первор.	29. 23. 24. 17. 8 ¹ / ₂ . 6 ¹ / ₂ .	Т° 38,0. Полное открытіе.	
1906 — 673 повторя.	28 ¹ / ₂ . 23. 26. 17. 8 ¹ / ₂ . 6 ¹ / ₂ .	Т° 38,0. Зѣвъ 3 ¹ / ₂ пальца, растяжимъ.	

akusher-lib.ru

со стороны	Послѣдствія для	
ребенка.	матери	ребенка.

скіе I-й степени.

Naegele'вское наклоненіе, головка во входѣ.	—	3,100,0. 51. 32.
Головка во входѣ, подвижна.	Лихорадитъ нѣсколькочней.	3,200,0. 50. 32.
Головка во входѣ, аритмія.	Разрывъ рукава до свода. Пром.—II.	3,250,0. 50. 30.

акusher-lib.ru

Таблица 3. П О Л О С Т Н Ы Е И

№ по порядку.	ГОДЪ и №	Размѣры таза.	Показанія	
			матери.	
<i>П л о с к и е т а з ы</i>				
1	1901 — 387 первор.	30. 23. 27. 18 ¹ / ₂ . 10. 8 ¹ / ₂ .	Слабыя боли. Открытіе 6 ч.	
2	1907 — 515 повтор.	30. 22. 25. 17 ¹ / ₂ . 10. 8 ¹ / ₂ .	Слабыя боли. Повыш. темп. 37,9. (Щипцы Полотебнова).	
3	1909 — 306 повторн.	30. 24. 27. 18 ¹ / ₂ . 10. 8 ¹ / ₂ .	Отсутствіе потугъ.	
<i>П л о с к и е т а з ы.</i>				
4	1902 — 415 первор.	30. 24 ¹ / ₂ . 26 ¹ / ₂ . 17. 9 ¹ / ₂ . 8.	Повышен. темп. 38,3.	
5	1907 — 1035 первор.	31. 25. 28. 17 ¹ / ₂ . 9 ¹ / ₂ . 8.	Слабыя боли (вых. щипцы).	
6	1901 — 385 первор.	31. 26. 29. 18. 9 ¹ / ₂ . 8.	Полное откр. 5 час.	
<i>О б щ е - с ь у ж е н н ы е</i>				
7	1904 — 769 повторные.	29. 24. 28. 18 ¹ / ₂ . 11. 9.	Слаб. болн. Откр. 3 ¹ / ₂ часа.	
8	1908 — 1246 повторн.	29. 24. 25. 18. 11. 9.	Слабыя потуги (вых. щипцы).	
9	1908 — 20 первор.	27. 22 ¹ / ₂ . 25. 18. 11. 9.	Эклампсія. Лихорад.	
10	1909 — 285 первор.	29. 23. 26. 19. 11. 9.	Отс. потуть.	
11	1909 — 365 первор.	29. 23. 26. 19. 11. 9.	Слабыя потуги (вых. щипцы). Повыш. темп.	

ВЫХОДНЫЕ ЩИПЦЫ.

с о с т о р о н ы	П о с л ѣ д с т в і я д л я	
	р е б е н к а.	м а т е р и
<i>1-й с т е п е н и.</i>		
Аритмія.	Разрывъ 1 ст.	Мертвый. 4200,0. 53. 37 ¹ / ₂ .
—	—	3820,0. 52. 37.
Неправ. сердц.	Разрывъ III-й ст.	3650,0. 53. 39.
<i>2-й с т е п е н и.</i>		
Учащ. сердц.	—	4050,0. 52. 41. Асфиксія.
—	Разр. промеж.	3860,0. 52. 38.
Аритмія.	Разр I-й ст.	4200,0. 53. 37 ¹ / ₂ .
<i>1-й с т е п е н и.</i>		
Признаки асфиксіи плода.	—	4550,0. 54. 39.
—	Разр. I-й ст. Повыш. t	3500,0. 53. 37 ¹ / ₂ .
—	Легочное кровотечение. Послѣ родовъ переведена въ Об. больн. гдѣ умерла на 6-й день. Диагнозъ tbc. pulm. et vitium cor- dis.	3140,0. 54. 36.
Замедлен. сердц.	Разрывъ II-й ст.	4050,0. 58. 38.
—	Поступила съ пов. темп. Домалихорадила. Послѣр. періодъ протекалъ съ лих. сост., повидимому, инф- люэнца.	4230,0. 53. 38.

№№ по порядку.	Г О Д Ъ и №	Размѣры таза.	Показанія
			м а т е р и
<i>О б щ е - с в у ж е н н ы е</i>			
12	1901 — 40 первор.	28. 23. 25. 17. 9. 7.	Эклямпсія.
13	1901 — 862 первор.	29. 22. 26. 16. 9. 7.	Пов. темп. 37,8; слаб. пот., открытіе 5 ч.
14	1902 — 260 повторн.	27. 21. 25. 15. 10. 8.	Пов. темп. 37,9.
15	1902 — 287 первор.	28. 22. 25. 17. 10. 8.	Пов. темп. 37,9.
16	1902 — 603 повторн.	29. 25. 27. 18. 10. 8.	Слаб. пот. Продолжител. період. изгнанія (около 12 час.) (вых. щипцы).
17	1903 — 240 повторн.	29. 21. 24. 17 ^{1/2} . 10. 8.	Слаб. пот. (вых. щип.).
18	1904 — 696 повторн.	28. 23. 25. 16 ^{1/2} . 9 ^{1/2} . 7 ^{1/2} .	Слаб. пот. Открытіе 6 час. (вых. щип.).
19	1904 — 328 первор.	29. 20. 23. 18. 10. 8.	Слаб. потуги.
20	1905 — 456 повторн.	29. 22. 24. 18. 10. 8.	Слаб. пот. Повыш. темп. 38,2.
21	1906 — 821 повторн.	29. 23. 27. 18. 10. 8.	Слаб. пот. Повыш. темп. 38.
22	1900 — 97 первор.	29. 26. 25. 18. 10. 8.	Частыя боли.
Лѣвая ос ischii входила въ окно ложки			
23	1907 — 1131 первор.	27. 21. 23. 17. 10. 8.	Эклямпсія.
24	1907 — 299 первор.	28 ^{1/2} . 22. 25. 18 ^{1/2} . 9. 7.	Слаб. потуги 4 ^{1/2} ч.
25	1907 — 561 первор.	28. 25. 26. 18 ^{1/2} . 9. 7.	Эклямпсія.
26	1907 — 708 первор.	29. 23. 25. 18. 9 ^{1/2} . 7 ^{1/2} .	Слаб. боли; повыш. темп. 38,2.
27	1907 — 709 первор.	29. 24. 26. 18 ^{1/2} . 9. 8.	Отсут. потуг., повыш. темп. 38,4. Лихорадила дома.

с о с т о р о н ы		П о с л ѣ д с т в і я д л я	
р е б е н к а.	м а т е р и.	р е б е н к а.	
<i>т а з ы 2-й с т е п е н и.</i>			
—	—	3950,0. 51. 37.	
—	—	2860,0. 51. 33. Сл. асфиксія.	
—	—	2980,0. 49. 51.	
Сердцебиение глухо, 160 въ 1 мин.	—	3400,0. 54. 38. Асфиксія.	
—	—	4350,0. 50. 34.	
Аритмія.	Разр. II-й ст.	3300,0. 50. 36.	
—	—	3500,0. 50. 34.	
Асфиксія плода.	Разр. промежн. и влагал. съ правой стор до свода.	4000,0. 52. 35.	
—	Кровотечение.	3790,0. 52. 34.	
Сердцеб. еле слышно, кости черепа плотны.	—	Мертвый. 2500,0. 48. 34.	
Неподвижное стояніе головки.	Разр. II-й ст.	3800,0. 51. 36.	
<i>и отдавливала головку кверху.</i>			
—	—	2500,0. 47. 33.	
—	—	3710,0. 48. 37.	
—	Разр. II-й ст.	3350,0. 54. 36.	
—	Лихорадитъ въ послѣродо- вомъ періодѣ. Дома из- слѣдована и смазана дер- масломъ повитухой.	3550,0. 51. 38.	
—	Послѣ отдѣленія послѣда значительное кровотеч.	3400,0. 50. 37.	

№ по порядку.	ГОДЪ и №	Размѣры тазы.	Показанія	
			матерп.	
28	1907 — 995 повторн.	29, 23, 27. 17 ¹ / ₂ . 9. 7.	Отсут. пот. Мыс. выд. въ видѣ шиша. Откр. 6 ч.	
29	1907 — 1021 первор.	29. 23. 25. 18. 9. 7.	Отеки нижн. конеч., полов. част. и живота. Въ мочѣ бѣлокъ. Потугъ нѣтъ.	
30	1907 -- 1999 первор.	27. 23. 25. 18 ¹ / ₂ . 10. 8.	Слаб. пот. открыт. 10 час.	
31	1908 — 208 первор.	29. 21. 25. 18. 10 ¹ / ₂ . 8 ¹ / ₂ .	Повыш. темп.	
32	1908 — 1076 повторн.	26 ¹ / ₂ . 23. 23. 17 ¹ / ₂ . 9 ¹ / ₂ . 7 ¹ / ₂ .	Отсут. потугъ.	
33	1908 — 1216 повторн.	28. 23. 25 ¹ / ₂ . 18. 10. 8.	Слаб. род. дѣят. Звѣвъ открытъ на 3 ¹ / ₂ п, но растяжимъ.	
34	1908 -- 1246 первор.	29. 24. 25. 18. 11. 9.	Слаб. потуги. Полное открытіе 5 ч. 35 м.	
35	1909 — 48 первор.	28. 20. 23. 17 ¹ / ₂ . 10. 8.	Слаб. потуги (вых. щипцы).	
36	1909 — 188 первор.	28. 22. 24. 17. 9. 7.	Полное откр. 5 ¹ / ₃ ч. Отсут. пот. (Вых. щипцы).	
37	1909 — 354 первор.	28. 23. 26. 17 ¹ / ₂ . 9. 7.	Полное откр. около 4 час.	
38	1909 -- 360 первор.	27. 22. 25. 17 ¹ / ₂ . 9. 7.	Полное откр. Вод. вѣтъ.	
39	1909 — 365 первор.	29. 23. 26. 19. 11. 9.	Слаб. потуги. Полное откр. (Вых. щипцы). Лихор. дома.	
40	1909 — 383 первор.	29. 28. 26. 17. 9 ¹ / ₂ . 7 ¹ / ₂ .	Отс. пот. Повыш. темп. 38,6.	
41	1909 — 466 первор.	28. 24. 26. 19. 10 ¹ / ₂ . 8 ¹ / ₂ .	Т. 38,2. Отс. потугъ.	
42	1909 — 528 первор.	25. 23. 24. 18. 10. 8.	Частыя потуги.	
43	1909 — 1020 первор.	28. 22. 25. 17. 9. 7.	Повыш. темп. 38,2.	
44	1909 — 1218 первор.	29. 23. 26 ¹ / ₂ . 17 ¹ / ₂ . 9. 7 ¹ / ₂ .	Слаб. пот. Отек. нижн. конечн. и живота.	
45	1909 — 1329 первор.	28. 23. 25. 18. 10. 8.	Слаб. пот. 4 ¹ / ₂ ч. (Вых. щипцы).	

с о с т о р о н ы	П о с л ѣ д с т в і я д л я	
	р е б е н к а.	м а т е р и.
—	—	3220,0. 51. 36. На границѣ тем. и лобн. кости глубокое вдавл. отъ мыса.
Большой отекъ головки.	Разр. III-й ст. и разрыв. шейки. Лихорадитъ въ послѣд. періодѣ.	4140,0. 51. 37.
—	Разр. промеж. Лихорад. Влагалищно-пузырный свищъ.	3100,0. 50. 34.
Грязн. воды. Учащ. сердцебіеніе.	—	Мертвый. 3140,0. 53. 36.
—	—	3160,0. 52. 35.
Признаки асфиксіи плода.	—	3600,0. 52. 36.
—	Разр. II-й ст.	3500,0. 53. 37 ^{1/2} .
Замедл. дѣят. сердца 72 въ минуту.	—	3050,0. 52. 36.
Ослабл. дѣят. сердца.	Разр. II-й ст.	3500,0. 50. 38.
Слабая серд. дѣятельн.	Разр. II-й ст.	3600,0 51. 37.
Выпаденіе слабо пульсирующей пуповины.	—	2750,0. 48. 81. Мертвый.
—	Лихорадитъ.	4230,0. 53. 38.
—	—	3500,0. 51. 35.
Непр. дѣят. сердца.	Разр. II-й ст.	3030,0. 51. 35.
Головка не подвигается.	—	3330,0. 51. 36.
—	—	3550,0. 54. 37.
Замедл. сердечн. дѣят.	—	2050,0. 47. 34.
Учащенное сердцебіеніе.	—	3350,0. 50. 36.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.

- Ahlfeld.* — Die Zukunft der nach künstlicher Einleitung der Geburt geborenen Kinder.—Zentrbl. f. Gyn. 1901 № 21.
- Bar.*—Leçons de pathologie obstétricale. Paris 1900.
- Baudelocque.*—L'art des accouchements. Paris 1781.
- Belluzzi.* Intorno al parto prematuro artificiale. Bologna 1875.—Centuria di parti prematuri artificiali. 1883.
- Calderini.*—Congrès de Berlin 1890.
- Congrès d'Amsterdam.*—Comptes rendus du Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique 3-e Session.—Amsterdam. Août 1899.
- Congress in Berlin.*—Verhandl. d. X internat. medic. Kongresses zu Berlin 1890.
- Congrès de Rome.*—Annales de Gynécologie 1894, T. XLI.
- Döhrn.*—Ueber den Wert der künstlichen Frühgeburt. Arch. f. Gyn. Bd. VI.
- Онъ-же.* Ueber künstliche Frühgeburt bei engem Becken. Arch. f. Gyn. Bd. XII.
- Онъ-же.*—Ueber künstliche Frühgeburt bei engem Becken. Samml. Klinisch. Votr. № 94. 1875.
- Онъ-же.*—Künstliche Frühgeburt, ihre Indicationen und Methoden.—Verh. d. X internat. medic. Kongresses zu Berlin 1890. Bd. III.
- Онъ-же.*—Ueber künstliche Frühgeburt.—Med.-chirurg. Zentralblatt. Wien 1890, Bd. XXV.
- Dubois.*—Bulet de l'Académie Royale de Méd. 1840, T. V.
- Fehling.*—Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. Berlin. Klinische Woch. 1892, № 25.
- Hahl.*—Klinische Studie ueber die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge.—Arch. f. Gyn. 1903 Bd. 70, Hft. 3.
- v. Herff.*—Ueber künstliche Frühgeburt bei Beckenenge, insbesondere mit dem Blasenstich. Samml. Klinisch. Votr. N. F. № 386, 1905.
- Heymann.*—Ueber Methoden und Indicationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Erfahrungen aus 107 Fällen.—Arch. f. Gyn. Bd. 59 (1899).
- Hunziker.*—Ueber die unmittelbaren und späteren Resultate der künstlichen Frühgeburt, eingeleitet wegen Beckenenge. Hegar's Beiträge 1904, Bd. IX, Hft 1.
- Krause.*—Die künstliche Frühgeburt.—Breslau 1855.
- Krömer.*—Erfolge und Aussichten der künstlichen Frühgeburt.—Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XX, Hft. 4.
- Krönig.*—Ueber die Indicationstellung zu operativen Eingriffen beim engen Becken.—Zentralbl. f. Gyn. 1901, № 23.
- Онъ-же.*—Die Therapie bei engem Becken. Leipzig 1901.
- Küstner.*—Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. XII.
- Leopold.*—Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken. Stuttgart 1888; такъ-же—Arbeiten aus der Kgl. Frauenklinik in Dresden. Leipzig 1893, Bd. I.
- Онъ-же.* Zur schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittelst des Dilatorium von *Bossi*, namentlich bei Eclampsie. Zentralbl. f. Gyn. 1902, № 19.
- Онъ-же.* Congrès d'Amsterdam, Août 1899.
- Онъ-же и Konrad.*—Zur Berechtigungsfrage der künstlichen Frühgeburt. Arch. f. Gyn. Bd. 91, Hft. 2.
- Litzmann.*—Ueber den Wert der künstlich eingeleiteten Frühgeburt bei Beckenenge.—Arch. f. Gyn. Bd. II (1871).
- Lorey.*—Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt, mit besonderer Berücksichtigung des späteren Schicksales der Kinder.—Arch. f. Gyn. Bd. 71, Hft 2.

- Memmert.* — Ueber 61 Fälle künstlicher Frühgeburt bei engem Becken. Diss. Berlin 1903.
- Menge.* — Zur Indicationstellung bei der Hebesteotomie. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. XII.
- Müller.* — Ueber das Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostischen Zwecken. — Samml. Klin. Vortr. № 264, 1885.
- Osiander.* — Handbuch der Entbindungskunst. Bd. II, Abt. I.
- Pape.* — Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge; modificierte Technik der Metreuryse und ihre Erfolge. Hegar's Beiträge. Bd. VI, Hft. 1.
- Perret.* — Société d'Obstétrique de Paris. 1898. T. I.
- Pfannenstiel.* — Verh. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. XII.
- Pinard.* — Annales de Gynécologie, T. XXXV.
- Оль-же.* — Annales de Gynécologie, T. LII.
- de Reunier.* — Die Resultate von 50 Frühgeburtseileitungen mittels Eihautstich. — Hegar's Beitr. Bd. IX, H. I.
- Sarwey.* — v. Winckel's Handbuch d. Geburtshilfe, Bd. III, I.
- Оль-же.* — Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. 60 Fälle aus d. Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Tübingen. — Berlin 1896.
- Schauta.* — Die Einleitung der Geburt wegen inneren Erkrankungen. — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1902.
- Оль-же.* — Оперативное акушерство. Русск. изд. СПб. 1904.
- Schläfli.* — 700 Hebesteotomien. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LIX.
- Spiegelberg.* — Ueber den Wert der künstlichen Frühgeburt. — Mon. f. Geburtskunde u. Frauenkrank. Bd. XXXIV (1869).
- Оль-же.* Ueber den Wert der künstlichen Frühgeburt. Arch. f. Gyn. Bd. I (1870).
- Оль-же.* Zur Frage der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. — Arch. f. Gyn. Bd. XIII (1878).
- Tarnier et Budin.* — Traité de l'art des accouchements. Paris 1888.
- Taubert.* — Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt. — Inaug.-Diss. Berlin 1891.
- Walcher.* — Zentralbl. f. Gyn. 1899, № 35 и 1904, № 17.
- Walter.* — Om partus arte praematurus vid. bäckenvörtraingning. — Nordist. med. arkiv. Bd. XXVI, № 19.
- Wyder.* — Perforation, künstliche Frühgeburt und Sectio caesarea in ihrer Stellung zur Therapie beim engen Becken. — Arch. f. Gyn. Bd. 34, Hft. 1.

Операция преждевременных родов съ наступлением хирургической эры въ оперативномъ акушерствѣ служила послѣдній десятокъ лѣтъ въ литературѣ и на врачебныхъ съѣздахъ предметомъ самаго оживленнаго обмѣна мнѣній (Congrès Rome 1894, Congrès Amsterdam 1899, Congrès Berlin 1890).

Противниками этой операции въ послѣдніе годы выступили главнымъ образомъ, Zweifel и его школа, Krönig, Menge, поддерживаемые Pinard'омъ и Baisch'емъ.

Вѣрными этой операции остаются акушеры въ Англіи — родинѣ ея, гдѣ она была предложена и произведена впервые въ 1756 году (G. Macaulay) и получила затѣмъ дальнѣйшую разработку.

Противъ этой операции и раньше дѣлались выступления, главнымъ образомъ, Vaudelocque'омъ и Osiander'омъ, но эти выступления не нашли себѣ сторонниковъ, и примѣненіе этой операции не только не ограничивалось, а скорѣе приняло большее развитіе, найдя въ свое время такихъ авторитетныхъ защитниковъ, каковымъ были Paul Dubois, Krause, Froriep.

Когда же при общемъ увлеченіи операцией Spiegelberg, на основаніи статистическихъ данныхъ, высказался за ограниченіе ея примѣненія при узкихъ тазахъ, то встрѣтилъ серьезныя фактическія возраженія со стороны Dohrn'a, Litzmann'a.

Затѣмъ, когда, благодаря усовершенствованію оперативной техники классическаго кесарскаго сѣченія S ä n g e r'омъ, стали достигать болѣе благоприятныхъ результатовъ въ отношеніи спасенія жизни матери, снова поднимается вопросъ объ ограниченіи этой операціи при узкихъ тазахъ на счетъ кесарскаго сѣченія. Но тогда Leopold и Wyder на конгрессѣ въ Berlin'ѣ (1890 г.) выступаютъ горячими защитниками операціи преждевременныхъ родовъ, и она признается вполне полноправной и показанной при узкихъ тазахъ.

Наконецъ, съ возстановленіемъ операціи Symphyseotomi'у вопросъ о преждевременныхъ родахъ подвергается новой переоцѣнкѣ.

Въ настоящее время Zweifel, Döderlein, Pinard, Krönig, Menge принадлежатъ къ тому изъ борющихся лагерей, который считаетъ, что настало время, съ улучшеніемъ результатовъ для матери и плода при кесарскомъ сѣченіи и тазорасширяющихъ операціяхъ, значительно ограничить ими или даже совершенно сдать въ архивъ (Krönig) заслуженную операцію преждевременныхъ родовъ.

Однако, въ другомъ лагерѣ операція преждевременныхъ родовъ нашла себѣ многочисленныхъ горячихъ защитниковъ— Leopold, Fehling, Küstner, Herff, Bar, Sarvey и др., высказывающихся въ томъ смыслѣ, что эта операція никоимъ образомъ не устарѣла и должна быть сохранена среди другихъ акушерскихъ операцій, имѣя свои опредѣленные показанія.

Обращаясь теперь къ возраженіямъ противъ преждевременныхъ родовъ, приводимымъ ихъ противниками, мы находимъ, что самымъ существеннымъ является невозможность точнаго опредѣленія соотношеній между размѣрами дѣтской головки и тазомъ матери.

Дѣйствительно, существующіе различные способы опредѣленія величины дѣтской головки представляются далеко невѣрными. Одинъ изъ нихъ, опредѣленіе величины головки на основаніи срока беременности, уже потому не можетъ претендовать даже на относительную точность что самый срокъ беременности не всегда легко и просто опредѣляется. Анамнестическими данными также далеко не всегда и не безъ оговорокъ можно пользоваться, чтобы вывести заключеніе о существовавшей диспропорціи между тазомъ матери и головкой плода только потому, что родился мертвый плодъ или была сдѣлана перфорация плода при предыдущихъ родахъ. Полученіе мертваго плода и прободеніе головки могло быть произведено совершенно по другимъ причинамъ (неподатливость мягкихъ частей родового канала, неправильное предлежаніе головки, выпаденіе пуповины, предлежаніе дѣтскаго мѣста и т. д.), ничего общаго неимѣющими съ несоотвѣтствіемъ между тазомъ и головкой плода.

Опредѣленіе величины головки путемъ ручнаго наружнаго ощупыванія даетъ далеко не вѣрныя представленія о размѣрахъ головки. Толщина брюшной стѣнки и стѣнокъ самой матки препятствуетъ вѣрности опредѣленія. Часто вслѣдствіе указанныхъ причинъ источникъ ошибокъ лежитъ въ принятіи одного размѣра головки за другой.

Равнымъ образомъ, далеко невѣрной нужно считать для

опредѣленія соотношеній между тазомъ и головкой попытку проталкиванія головки въ тазъ (P. Müller). Нерѣдко наблюдается, что въ тѣхъ случаяхъ, когда головка не могла быть вдавлена во входъ таза съ помощью рукъ акушера, это достигалось подъ влияніемъ послѣдующей энергичной сократительной дѣятельности матки и брюшного пресса.

Методъ измѣренія головки черезъ наружныя брюшныя стѣнки, предложенный Perget, хотя очень восхваляется Ваг'омъ, но едва ли можетъ претендовать на большую точность по вышеприведеннымъ соображеніямъ, заключающимся въ препятствіяхъ для измѣренія, которыя представляются со стороны брюшной и маточной стѣнокъ.

Отсутствіе до сихъ поръ единенія мнѣній въ установкѣ формъ и степеней суженія таза, служащихъ показаніемъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, относится также къ тѣмъ сторонѣ разсматриваемой операціи.

Мы позволимъ себѣ здѣсь привести взгляды нѣкоторыхъ авторовъ, которыми они руководствуются при производствѣ преждевременныхъ родовъ, при тѣхъ или другихъ формахъ и степеняхъ суженія таза. Верхняя граница суженія, принимается Leopold'омъ для этой операціи = 8,5, нижнюю границу суженія онъ принимаетъ для общесуженныхъ тазовъ въ 8 сантиметровъ, для плоско-рахитическихъ и общесуженныхъ плоско-рахитическихъ въ 7,5 сантиметра. Schauta нижней границей считаетъ для плоскихъ тазовъ 7,5 сантиметра, а для общесуженныхъ 8—9 сантиметровъ.

По мнѣнію Walcher'a, при помощи его висячаго положенія, нижнюю границу для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ можно смѣстить до 7 сантиметровъ. Fehling въ общемъ не совѣтуетъ производить эту операцію при тазахъ съ *conj. vera* ниже 8 сантиметровъ. Вагъ еще строже разсматриваетъ показанія къ этой операціи и наиболѣе соответствующимъ узкимъ тазомъ для ней считаетъ имѣющей *conj. vera* не ниже 8,5 сантиметра, по крайней мѣрѣ, для общесуженныхъ тазовъ.

Olshausen и Veit предлагаютъ для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, какъ наиболѣе подходящий срокъ, 36-ю недѣлю беременности и допускаютъ производство этой операціи не раньше 34-ой недѣли; за нижнюю границу для плоскихъ тазовъ они принимаютъ *conj. vera* = 7 и $6\frac{3}{4}$ сантиметра.

Узкіе тазы съ *Conj. vera* = 8,5—7,5 сантиметра и особенно съ *conj. vera* = 8,0 и ниже, по Tarnier и Budin, наиболѣе подходятъ для этой операціи. При тазахъ 7,5—6,5 сантиметра, если является свободный выборъ операціи, то искусственные преждевременные роды также можно производить и если даже необходимо прибѣгать къ симфизиотоміи; при тазахъ же съ *conj. vera* = 6,5—5,5 по этимъ авторамъ допускаются искусственные преждевременные роды, но съ одновременнымъ производствомъ симфизиотоміи.

Въ виду весьма различныхъ точекъ зрѣнія на показанія для данной операціи и результаты получались крайне различныя и въ то же время возникало большое затрудненіе при сравнительной оцѣнкѣ этихъ результатовъ для правильныхъ выводовъ.

Основной доводъ, приводимый противъ операціи искусственнаго преждевременнаго родоразрѣшенія ея противниками—это сравнительно большая дѣтская смертность, получаемая вообще при этой операціи.

Въ виду важности этого вопроса, имѣющаго рѣшающее значеніе для операціи преждевременныхъ родовъ, въ смыслѣ дальнѣйшаго примѣненія или окончательнаго оставленія этой операціи, какъ на это смотрятъ ея противники, мы считаемъ необходимымъ остановиться на этомъ вопросѣ болѣе подробно и попытаться выяснитъ причины, ведущія къ смертельнымъ исходамъ и намѣтитъ способы устраненія ихъ для уменьшенія дѣтской смертности при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

Чтобы яснѣе было видно, насколько лучшіе результаты достигаются теперь при помощи операціи искусственнаго преждевременнаго родоразрѣшенія, по сравненію съ прежнимъ временемъ, мы позволимъ себѣ лишь указать, что даже не такъ давно и уже въ періодъ антисептической Dohrn имѣлъ смертность дѣтей = 59,9%, а Wyder = 45,4%.

Статистическія данныя относительно смертности дѣтей послѣ операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ почерпнуты нами преимущественно изъ позднѣйшихъ отчетовъ и работъ по этому вопросу и мы принимали во вниманіе, главнымъ образомъ, выводы авторовъ, полученные на большомъ и хорошо разработанномъ матеріалѣ. Мы считали нужнымъ представить для болѣе ясной освѣщенія вопроса результаты, получаемые какъ непосредственно послѣ операціи, т. е. ближайшіе результаты въ отношеніи смертности дѣтей, обозначая ихъ буквой Б, такъ и общіе результаты (ближайшіе и отдаленные), т. е. % всѣхъ умершихъ дѣтей ко дню выписки матерей изъ родильныхъ учрежденій, каковой % отмѣчаемъ буквой Д.

По даннымъ de Reunier изъ Basel'ской клиники (Herff) Б = 15% и Д = 24,5%, по Krömer'у изъ Giessen'ской клиники (Franz) Б = 10,9% и Д = 28,3%, по Memmert'у изъ Berlin'ской клиники (Olshausen) Б = 16,4% и Д = 31,2%, по Leopold'у и Konrad'у изъ Dresden'ской клиники Б = 15,47% и Д = 30,95% и, наконецъ, по изслѣдованіямъ Bar'a (клиника Tarnier) Б = 12,64% и Д = 23%.

Что касается нашего матеріала, то, къ сожалѣнію, онъ весьма ограниченъ и исчерпывается всего 2 случ. Это объясняется, конечно, тѣмъ обстоятельствомъ, что въ пріютахъ не существуетъ амбулаторныхъ пріемовъ для беременныхъ, и сюда являются женщины со спеціальной цѣлью родоразрѣшенія уже въ періодѣ родовъ.

Случаи, представившіеся нашему наблюденію для преждевременныхъ родовъ, слѣдующіе:

1) № 279—1902 года. Первые три плода мертворожденные, четвертый перфорированъ. Беременная явилась въ пріютъ, гдѣ ей было предложено вызвать преждевременные роды по достиженіи беременности 8 мѣсяцевъ, однако, она пришла только по истеченіи 8½ мѣсяцевъ. Рахитическій тазъ: 28½, 27½, 25, 16, 9½, 7½ (7). На вторыя сутки послѣ поступленія, благодаря введенной въ каналъ шейки матки полоски сулемовой (1: 4000)

марли, а затѣмъ кольпейринтеру, наступило полное раскрытіе зѣва (12 часовъ). Температура роженицы повысилась до 38,7. Сердцебіеніе плода аритмично. Наложены высокіе щипцы. Ребенокъ извлеченъ въ асфиксіи и скоро погибъ (5 часовъ). Младенецъ вѣсомъ 2400 граммъ, длина—45 сантиметровъ, окружность головки—33 сантиметра. Теченіе послѣродовое гладкое. Выписалась на 9-й день.

II) № 124—1906 года. Поступила 26 марта. Послѣднія мѣсячныя 15—18 іюля 1905 года. Предыдущіе 3-ое родовъ окончились тремя мертвыми плодами. Обратилась въ пріютъ, желая имѣть живого ребенка. Размѣры таза. 33, 26,5, 30,5, 18,5, 10. 8½. Марта 28 введены въ полость матки два безпложенныхъ металлическихъ бужа, а 30 марта послѣ повторнаго введенія бужей введенъ баллонъ *Champetier de-Ribes*. 31—при полномъ открытіи зѣва, въ виду отсутствія поступательныхъ движеній головки и повышенной температуры матери наложены высокіе щипцы. Извлеченъ живой ребенокъ мужского пола въ слабой асфиксіи. Вѣсъ младенца 3030 граммъ, длина 48 сантиметровъ, окружность головки 36 сантиметровъ. Перенесла послѣродовое заболѣваніе въ формѣ *endometritis putrida* и выписалась 28 апрѣля.

Выше мы уже привели результаты различныхъ клиникъ относительно дѣтской смертности, полученной при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. Сопоставляя данныя, относящіяся къ болѣе раннему времени и послѣднимъ годамъ, видимъ, что результаты послѣднихъ лѣтъ представляются значительно лучшими. Это стоитъ, прежде всего, въ связи съ выборомъ случаевъ болѣе подходящихъ для этой операціи въ смыслѣ соотношеній между тазомъ и головкой плода.

Хотя способы внутренняго измѣренія таза и опредѣленія величины дѣтской головки еще до настоящаго времени не лишены многихъ неточностей, однако, нужно признать, что въ этомъ отношеніи за послѣдніе годы сдѣланы большіе успѣхи, и это несомнѣно сказалось на болѣе правильномъ выборѣ времени для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Сама техника операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ вмѣстѣ съ усовершенствованіями въ области асептики и антисептики, въ свою очередь, также сказалась на достиженіи значительно лучшихъ результатовъ, чѣмъ раньше.

Однако, получаемые теперь сравнительно болѣе благоприятные результаты при операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ могутъ быть и еще значительно улучшены.

Если мы разсмотримъ результаты, полученные на наиболѣе разработанныхъ изслѣдованіяхъ этого вопроса, произведенныхъ Leopold'омъ и Var'омъ, то увидимъ, что наибольшая смертность дѣтей при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ падаетъ на суженные тазы съ *Conj. vera* ниже 8 сантиметровъ. Особенно большая смертность получается для группы тазовъ съ *Conj. vera* отъ 6,1 до 7 сантиметровъ. Эту группу у Var'a составляетъ 1 случ. съ *Conj. vera* 7 сантиметр., при чемъ поворотъ и извлеченіе были трудными, получилось вдавленіе на черепъ и ребенокъ погибъ на 3 сутки. Var для выясненія вопроса на большемъ матеріалѣ приводитъ для этой группы тазовъ случаи Pinaud'a (13 случ.), давшіе 87,5% дѣтской смертности, и случаи Belluzzi (5 случ.) со смертностью 80%.

При общемъ подсчетѣ случаевъ Pinard'a, Belluzzi и Bar'a для тазовъ съ *conj. vena* = 6,1—7 сантиметровъ получается громаднaя смертность для этой группы = 85,71%.

Разсматривая теперь результаты, полученные въ отношеніи дѣтской смертности для группы тазовъ съ *Conj. vena* = 7—8 сантиметровъ, мы будемъ имѣть слѣдующія данныя: по Bar'у на 14 случаевъ во время операціи умерло 4 ребенка и въ первые дни также 4, что составляетъ 53,33%, въ то время какъ для тазовъ съ *Conj. vena* въ 8 сантиметровъ и больше эта общая смертность у него = 15,3%.

Если мы съ этой точки зрѣнія рассмотримъ результаты изслѣдованія Leopold'a, то получимъ, что для узкихъ тазовъ съ *Conj. vena*, между 7—8 снт., дѣтская смертность для этой операціи = 32,3% и она значительно падаетъ для группы тазовъ съ *Conj. vena* въ 8 сантиметровъ и выше и = 15,3%.

Мы также потеряли 1 ребенка при тазѣ съ *Conj. vena* 7,5, вслѣдствіе, вѣроятно, оперативнаго вмѣшательства наложенія высокихъ щипцовъ на головку слабо развитаго плода.

Плохой прогнозъ для дѣтей при операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, производимой при узкихъ тазахъ съ *Conj. vena* ниже 8 сантиметровъ, объясняется многими причинами.

Прежде всего, конечно, чѣмъ менѣе развитъ преждевременно родившійся ребенокъ, тѣмъ онъ и менѣе способенъ переносить тѣ или другія воздѣйствія и травматическія поврежденія, въ особенности связанныя съ оперативными вмѣшательствами въ видѣ поворота, наложенія щипцовъ и т. п.

Нерѣдко нѣкоторыя затрудненія при выведеніи послѣдующей головки у слаборазвитыхъ плодовъ уже дѣлаются угрожающими для жизни и часто скоро приводятъ къ летальному исходу.

Очень неблагоприятнымъ моментомъ для жизнеспособности, особенно недоношеннаго, плода является замедленіе, а тѣмъ болѣе большая продолжительность искусственно вызываемаго родового акта. Дѣти, при такихъ условіяхъ, если и рождаются силами природы, то часто въ глубокой асфиксіи и скоро умираютъ.

Встрѣчаемая затрудненія при вызваніи искусственно преждевременныхъ родовъ чаще въ болѣе ранніе періоды беременности объясняются тѣмъ, что сократительная дѣятельность мускулатуры матки въ эти болѣе ранніе періоды менѣе энергична, и сила ея возрастаетъ съ приближеніемъ беременности къ физиологическому ея сроку.

Запаздываніе съ вызваніемъ преждевременныхъ родовъ является также одной изъ причинъ трудныхъ родовъ, что случается или какъ результатъ недостаточно точной оцѣнки соотношеній между величиной таза и головкой плода, или же происходитъ чаще всего по винѣ самихъ роженицъ, небрежно относящихся къ совѣтамъ акушера явиться своевременно въ указанный срокъ для искусственнаго родоразрѣшенія.

Мы уже имѣли возможность выяснитъ, что операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, произведенная при среднихъ степеняхъ суженія таза, даетъ почти вдвое лучшіе ре-

зультаты сравнительно съ тѣмъ, когда она производится при тазахъ болѣе суженныхъ—ниже 8 сантиметровъ.

Само собою разумѣется, что даже при тазахъ среднихъ степеней, напримѣръ, у беременныхъ съ сопj. vera = 8 сантиметровъ, могутъ встрѣтиться случаи, когда придется отказаться отъ этой операціи, а именно: если таазъ общесуженный и опредѣляется хорошо развитая головка съ плотными костями и имѣется дѣло съ первородящей,

Надо замѣтить, что противники этой операціи и тѣ согласны оставить ее для тазовъ среднихъ степеней суженія.

Вaisch, относясь скептически къ этой операціи, однако, говоритъ, что у многородящихъ съ общесуженными тазами средней степени искусственные преждевременные роды способствуютъ въ извѣстной незначительной степени понизить $\%$ дѣтской смертности и замѣнить кесарское сѣченіе и гебостеотомію.

Посмотримъ теперь, какъ великъ $\%$ дѣтской смертности, полученный у тѣхъ же женщинъ съ узкими тазами, когда онѣ не подвергались операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Оказывается, напримѣръ, по Leopold'у, что 84 женщины, которымъ были произведены искусственные преждевременные роды, давшіе 30,95 смертности дѣтей, въ общемъ до производства этихъ родовъ имѣли 212 родовъ съ 170 мертвыми дѣтьми, что составляетъ 62,5 $\%$ смертности. По Sa rwe у дѣтская смертность у женщинъ съ узкими тазами при срочныхъ родахъ=65,5 $\%$. По другимъ авторамъ, эта разница между $\%$ числовыми величинами, указывающими на число получаемыхъ дѣтей при срочныхъ и при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, у тѣхъ же самыхъ женщинъ еще значительнѣе: такъ, по Neuman'у, при срочныхъ родахъ было получено только 20 $\%$ живыхъ дѣтей, а при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ 64,3 $\%$, по Nahl'ю, срочные роды дали также 20 $\%$ живыхъ дѣтей, преждевременно же вызванные 75,3 $\%$, по Memmert'у, при срочныхъ родахъ получено 38,6 $\%$, а при преждевременныхъ 83 $\%$, по Loge у, при срочныхъ получился 21,9 $\%$ и при преждевременныхъ 74 $\%$ живыхъ дѣтей.

Слѣдовательно, при помощи операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ у тѣхъ же женщинъ удалось спасти вдвое больше дѣтей, даже если производство этой операціи не ограничивалось только тазами среднихъ степеней суженія.

Другое обстоятельство, играющее существенную роль въ предсказаніи для ребенка при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, это особенности техники производства самой операціи.

Мы уже имѣли возможность указать, что длительность родового акта имѣетъ большое значеніе, ухудшая прогнозъ для ребенка. Потому усовершенствованіе способовъ производства операціи искусственнаго преждевременнаго родоразрѣшенія въ цѣляхъ болѣе быстро окончанія родового акта несомнѣнно должно привести къ достиженію еще лучшихъ результатовъ въ отношеніи уменьшенія дѣтской смертности.

Многочисленность предлагаемыхъ способовъ уже указываетъ на извѣстное недовольство ими вслѣдствіе невѣрности получаемыхъ результатовъ. Нужно однако замѣтить, что въ послѣд-

ніе годы замѣчается объединеніе мнѣній относительно нѣкоторыхъ изъ способовъ. Leopold и Küstner особенно рекомендуютъ веденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ съ помощью метрейриза. Мы также почти исключительно придерживаемся этого способа, пользуясь преимущественно не эластическимъ баллономъ Champetier-de-Ribes, при чемъ, при тазахъ общесуженныхъ, когда сравнительно чаще наблюдается слабая сократительная дѣятельность матки, намъ, кромѣ того, приходится пользоваться металлическими эластическими бужами. Баллонъ, представляя собою введенное въ нижній сегментъ матки значительной величины инородное тѣло, вызываетъ рефлекторнымъ путемъ сильныя родовыя боли, которыя, продвигая баллонъ сверху внизъ, способствуютъ постепенному расширенію цервикальнаго канала. Послѣдніе годы Leopold, стремясь къ сокращенію времени для преждевременныхъ родовъ, примѣняетъ для расширенія шейки сначала дилаторъ Bossi, а потомъ большого калибра метрейринтеръ (600 куб. сантиметр. вмѣстимостью). Результаты, достигнутые Leopold'омъ, дѣйствительно указываютъ, что продолжительность родовъ въ среднемъ при пользованіи бужами = 18 час. 30 мин., при бужахъ и метрейризѣ = 24 часа 47 мин., при одномъ метрейризѣ = 12 час., а при расширеніи по Bossi и метрейризѣ въ среднемъ роды продолжались 11 часовъ 56 минутъ. Далѣе, интереснымъ представляется вычисленное въ клиникѣ Leopold'a среднее время наступленія родовыхъ болей при различныхъ способахъ, при чемъ обнаружилось, что въ то время, какъ при расширеніи по Bossi и метрейризѣ онѣ начались черезъ 32 минуты, а послѣ вставленія кольпейринтера черезъ 45 минутъ, этотъ средній срокъ наступленія болей при бужахъ = 2 часамъ 16 минутамъ.

Расширеніе по Bossi дѣлается не больше 2 сантиметровъ для введенія большого метрейринтера, къ которому приспособляется при помощи эластической трубки тяжесть для низведенія баллона книзу, и черезъ то получается болѣе быстрое расширеніе.

Изъ приведенныхъ сопоставленій изъ работы Leopold'a, мы видимъ, что примѣненіемъ метрейриза съ влекущей силой и съ предварительнымъ расширеніемъ по Bossi достигается болѣе быстрое наступленіе родовыхъ болей и сокращеніе продолжительности родового періода.

Rfannenstiel также часто пользовался для веденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ баллономъ, но примѣнялъ его преимущественно у многородящихъ съ плоскими тазами и при косыхъ, поперечныхъ и тазовыхъ предлежаніяхъ плода, а у первородящихъ и при общесуженныхъ тазахъ рекомендовалъ пользованіе бужами.

Строгая индивидуализація случаевъ при веденіи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ несомнѣнно имѣетъ большое значеніе для полученія тѣхъ или другихъ результатовъ.

Въ этомъ отношеніи и способъ Negff'a—вскрытіе плоднаго пузыря, отличающійся простотой и вѣрностью возбужденія правильной родовой дѣятельности, заслуживаетъ полнаго вниманія, къ чему также присоединяемся и мы, но пользованіе имъ должно быть избѣгаемо, когда предвидится оперативное вмѣшательство вслѣдствіе несоотношеній между тазомъ и головкой плода.

Такимъ образомъ, мы приходимъ къ выводу, что и теперь получаемая сравнительно небольшая въ опытныхъ рукахъ дѣтская смертность при операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, вычисленная, напримѣръ, Saigeу на громадномъ матеріалѣ и = 19,8%, можетъ быть еще значительно понижена во 1) на счетъ ограниченія этой операціи случаями съуженныхъ тазовъ среднихъ степеней не ниже 8 сантиметровъ для плоскихъ и 8,5 для общесуженныхъ тазовъ, и лишь въ исключительныхъ случаяхъ, при особенно благопріятныхъ соотношеніяхъ между тазомъ и головкой плода, эта операція допустима и при плоскихъ тазахъ съ *сopj. vera* отъ 8 до 7,5 сантиметра, но при условіяхъ полного вооруженія для немедленнаго производства гебостеотоміи послѣ поворота, во 2) при усовершенствованіи техники производства самой операціи и выборѣ наиболѣе подходящаго способа вызванія родовъ для даннаго случая.

Противники искусственныхъ преждевременныхъ родовъ при своемъ отрицательномъ отношеніи къ этой операціи основаніемъ для этого также выставляютъ и то, что полученныя недоношенныя дѣти, помимо большой потери ихъ въ первые дни, слѣдующіе за операціей, въ громадномъ большинствѣ случаевъ погибаютъ въ теченіе перваго года.

Этотъ доводъ противниковъ разсматриваемой операціи, имѣющей въ виду отдаленные результаты, касающіеся дѣтской смертности, является существеннымъ аргументомъ, если только онъ будетъ доказанъ. На этомъ основаніи мы считаемъ необходимымъ болѣе подробно остановиться на выясненіи этого вопроса.

Дѣйствительно, а priori нужно было бы предполагать съ большой вѣроятностью, что дѣти, полученныя путемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, оставшія родильныя учрежденія, гдѣ они находились въ лучшихъ условіяхъ обстановки и попавшія въ обычныя условія, погибаютъ въ гораздо большемъ числѣ, чѣмъ доношенныя дѣти, полученныя при нормальныхъ срочныхъ родахъ.

Въ свое время (1893 г.) Zweifel высказался больше теоретически въ томъ смыслѣ, что едва ли изъ сотни дѣтей, полученныхъ путемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, хотя бы одинъ остался живъ спустя одинъ годъ. Zweifel считалъ, что для выясненія этого вопроса необходимо самое тщательное изслѣдованіе. Появившіяся въ скоромъ времени изслѣдованія въ этомъ направленіи Neumann'a обнаружили однако, что дѣло съ преждевременно родившимися дѣтьми стоитъ уже не такъ плохо, какъ это можно было предполагать теоретически.

По изслѣдованіямъ Neumann'a изъ 21 ребенка, полученнаго при помощи операціи искусственнаго преждевременнаго родоразрѣшенія, умерло 5 въ теченіе перваго года, что составляетъ 28,8%. Если сравнить этотъ % смертности съ общимъ % дѣтской смертности, вычисленнымъ за первый годъ жизни, и который считается = 25%, въ Баваріи же колеблется между 21,7% и 23,1%, то оказывается, что % величина смертности для дѣтей, полученныхъ искусственно преждевременно, лишь немногимъ превышаетъ общую смертность для перваго года.

Однако König, особенно непримиримый противникъ этой

операции, сиюсь доказать ея несостоятельность, считаетъ, что этотъ относительно небольшой % умершихъ дѣтей, добытыхъ при помощи операции искусственнаго преждевременнаго родоразрѣшенія, получился у Нейманн'а лишь потому, что имѣлось дѣло съ очень малымъ количествомъ случаевъ, а этого рода статистическія данныя не позволяютъ дѣлать общихъ заключеній.

Однако, скоро многочисленныя изслѣдованія другихъ авторовъ (Taubert, Sarwey, Walter, Нейманн, Ahlfeld, Pape, Hunziker, Lorey и др.) и общая сумма случаевъ, достигшая по Sarwey въ 1906 году до 500, все-таки подтвердила первоначальные выводы Нейманн'а, и по Sarwey % дѣтской смертности въ теченіи перваго года = 18,8%.

Въ послѣднее время появились изслѣдованія Leopold'a и Konrad'a, которыми также доказывается (45 случ.), что въ этотъ періодъ времени дѣтская смертность не столь велика, какъ это думали раньше, и по даннымъ этого автора она = 24,4%. Въ то же время общая дѣтская смертность въ первый годъ жизни въ Саксоніи = 25% и, слѣдовательно, число погибшихъ дѣтей въ теченіе перваго года, полученныхъ при помощи операции искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, ни чуть не больше общей дѣтской смертности.

Только что приведенныя данныя, полученныя на большомъ матеріалѣ, съ положительностью опровергаютъ доводъ противниковъ этой операции относительно громадной смертности дѣтей, полученныхъ преждевременно съ помощью ея, по сравненію съ дѣтьми, родившимися срочно, а потому этотъ доводъ не можетъ служить основаніемъ для вычеркиванія этой операции.

Такъ какъ % погибающихъ въ теченіе перваго года доношенныхъ дѣтей, полученныхъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ приблизительно равенъ таковому же при доношенности ихъ, то можно предположить, что и смертность дѣтей срочныхъ, полученныхъ съ помощью родоразрѣшающихъ операций, какъ гебостеотомія и кесарское сѣченіе, также будетъ колебаться въ указанныхъ раньше предѣлахъ и въ этомъ отношеніи приблизительно будетъ равна смертности дѣтей при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. Но посмотримъ теперь какова будетъ разница въ отношеніи первичной смертности дѣтей при сравнительной оцѣнкѣ результатовъ, наблюдаемыхъ послѣ операции искусственныхъ преждевременныхъ родовъ съ противопоставляемой ей операцией гебостеотоміей, на что такъ особенно опираются противники искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, склонные даже къ совершенному исключенію ея изъ ряда другихъ акушерскихъ операций при узкихъ тазахъ.

Принимая во вниманіе, что, если при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ смертность дѣтей, высчитанная на 2200 случ. до выписки изъ учреждений = 19,8%, а при гебостеотоміи она = 9,6%, по Schläfli, на 664 случ., то разница эта уже не столь велика.

Еще менѣе будетъ эта разница, если сдѣлать сравненіе % дѣтской смертности при гебостеотоміи не съ % смертности, полученнымъ послѣ преждевременныхъ родовъ при большихъ степеняхъ суженія ($6\frac{3}{4}$ — $7\frac{3}{4}$), а лишь со смертностью, относящейся къ тазамъ со средними степенями суженія, которыми въ суц-

ности и должна быть ограничена эта операция: такъ, по Ваг'у, эта смертность для тазовъ съ *conj. vena* 8 сантиметровъ и выше = 15,4%, а по Леоролд'у она = 5,3%.

Столь небольшая разница, при сравнительной оцѣнкѣ дѣтской смертности послѣ операции искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и гебостеотоміи, никоимъ образомъ не можетъ служить вѣскимъ доводомъ въ пользу полного замѣщенія первой операции на счетъ второй, какъ къ этому стремятся сторонники исключительно хирургическаго направленія въ акушерствѣ. Это стремленіе еще тѣмъ менѣе будетъ обоснованнымъ, какъ это мы увидимъ сейчасъ, при разсматриваніи результатовъ относительно матерей, съ одной стороны, при искусственномъ преждевременномъ родоразрѣшеніи и, съ другой, послѣ гебостеотоміи.

Насколько крайнія (отрицательныя) мнѣнія высказываются противниками операции искусственнаго преждевременнаго родоразрѣшенія, можно видѣть изъ словъ Вайсх'а, по которому искусственные преждевременные роды, производимые въ цѣляхъ, чтобы, щадя жизнь матери, получить живого ребенка, не достигаютъ ни той, ни другой цѣли; напротивъ, эти операции приводятъ къ поврежденіямъ матери въ значительной степени безъ выгодъ для ребенка.

Что касается послѣдняго обстоятельства, т. е. вопроса, какую пользу приносятъ искусственные преждевременные роды въ отношеніи спасенія жизни дѣтей, то этотъ вопросъ уже достаточно подробно нами выясненъ и потому мы не считаемъ необходимымъ еще разъ на немъ останавливаться.

Что же касается того—какъ близко къ истинѣ приведенное мнѣніе Вайсх'а относительно судьбы матерей послѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ—можно судить по слѣдующимъ даннымъ. Смертность матерей, высчитанная Сагауеу'емъ на громадномъ матеріалѣ (2200 преждевр. род.), указываетъ, что общая смертность = 1,4%, а отъ инфекціонныхъ послѣродовыхъ заболѣваній погибло 0,59; въ то же самое время по даннымъ Шляфли смертность матерей при гебостеотоміи = 4,95%.

Относительно сравненія наносимыхъ поврежденій при той и другой операции не можетъ быть и рѣчи въ виду уже того, что, само производство операции гебостеотоміи требуетъ хирургическаго поврежденія костей таза и мягкихъ его частей, въ то время какъ при вызываніи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ избѣгается всякое поврежденіе.

Если и наблюдаются поврежденія и осложненія при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, то они большей частью относятся къ не очень тяжелымъ и ограничиваются небольшими поврежденіями шейки матки и кровотечениями. Леоролдъ на 84 случая преждевременныхъ родовъ имѣлъ небольшіе разрывы шейки въ 8 случаяхъ, изъ нихъ въ 3 понадобилось наложить по 1 шву, атоническія же кровотечения наблюдалъ въ 2 случаяхъ и въ 1 случаѣ кровотеченіе изъ *bulbus urethrae*.

Если мы для сравненія коснемся осложненій, встрѣчающихся при гебостеотоміи, то можемъ убѣдиться, что они встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ при преждевременныхъ родахъ, такъ, по Шляфли, кровотечения изъ операціонной раны получились въ 15,3%, долгодлящійся парезъ пузыря и полное недержаніе мочи наблюдалось въ 4,17%.

Такимъ образомъ, сравнивая результаты относительно смертности матерей и наблюдаемыхъ у нихъ поврежденій при операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и гебостеотоміи, можно убѣдиться, что эти результаты, получаемые въ отношеніи матери, при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ несравненно значительно лучше, чѣмъ при гебостеотоміи, потому и этотъ рядъ доказательствъ со стороны противниковъ искусственнаго преждевременнаго родоразрѣшенія при узкихъ тазахъ не выдерживаетъ строгой критики.

Въ числѣ доводовъ, высказываемыхъ противъ операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, между прочимъ, приводится и то соображеніе, что операція эта должна быть замѣнена другой, т. е. гебостеотоміей, потому, что она нелюбима врачами въ частной практикѣ, для которой она главнымъ образомъ предназначена.

Veit думаетъ, что причина такого отношенія къ этой операціи заключается въ длительности родовъ, необходимости быть постоянно готовымъ, и въ большихъ шансахъ для инфицированія матери.

Причина этого по Leopold'у лежитъ въ томъ, что нерѣдко приходится при искусственномъ родоразрѣшеніи оканчивать роды оперативно, для чего требуется большой опытъ, личныя способности, прекрасный наркозъ и хорошая помощь, что съ трудомъ можно имѣть въ частной практикѣ. Тѣмъ не менѣе и Leopold рекомендуетъ эту операцію именно для практическаго врача.

Уклоненіе отъ этой операціи вслѣдствіе часто встрѣчающихся затрудненій не можетъ быть оправдываемо разъ дѣло идетъ объ интересахъ матери и ребенка, и никоимъ образомъ не можетъ служить мотивомъ для замѣны другой операціей, которая, съ положительностью можно сказать, не имѣетъ основаній получить распространенія въ частной практикѣ.

Указываемая возможность обойтись въ частной практикѣ безъ операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, а именно выжидать наступленія родового акта и затѣмъ при обнаруживаніи затрудненій со стороны таза направлять въ родильныя учрежденія для производства большихъ хирургическихъ операцій (гебостеотоміи и кесарскаго сѣченія)--эта мысль далеко не новая и едва-ли можетъ привиться, и этотъ образъ дѣйствій не можетъ получить широкаго осуществленія въ особенности у насъ въ Россіи, гдѣ подача стационарной акушерской помощи крайне слабо развита, а, напримѣръ, въ Остзейскомъ краѣ совершенно отсутствуетъ.

На основаніи своей многолѣтней громадной опытности Fritsch считаетъ, что операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не только имѣетъ право на существованіе, но какъ для матери, такъ и для плода является благодѣтельной и предназначена главнымъ образомъ служить для цѣлей практическаго врача. Этотъ взглядъ Fritsch'a раздѣляется не малымъ количествомъ современныхъ акушеровъ (Bumm, Runge, Fehling, v. Herff, Schauta, Bar и др.

Въ заключеніе, на основаніи всего вышесказаннаго, мы позволимъ себѣ высказать относительно операціи искусственныхъ

преждевременных родов слѣдующій нашъ взглядъ: во 1) операція эта можетъ быть производима съ успѣхомъ у многорожавшей женщины при тазахъ со средними степенями сѣуженія (при общесѣуженныхъ не ниже 8 сантиметровъ и при плоскихъ не ниже $7\frac{1}{2}$ — $7\frac{3}{4}$ сантиметровъ) на 36 недѣль беременности; 2) первородящія совсѣмъ не подходятъ для преждевременныхъ родовъ, потому что, въ виду менѣе крупнаго размѣра плодовъ у нихъ и болѣе энергичной дѣятельности мускулатуры матки и брюшнаго пресса, чѣмъ у повторнородящихъ, несмотря даже на значительное сѣуженіе таза—можетъ наступить произвольное родоразрѣшеніе, и лишь въ исключительныхъ случаяхъ, при опредѣленныхъ указаніяхъ на среднюю степень сѣуженія таза и при свободномъ выборѣ времени для этой операціи въ періодъ беременности, можно прибѣгнуть и у нихъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ; 3) операція эта при тазахъ выше среднихъ степеней сѣуженія должна быть ограничена гебостеотоміей или кесарскимъ сѣченіемъ—операціями, имѣющими мѣсто только въ клиникахъ и соотвѣтственно устроенныхъ родильныхъ учрежденіяхъ, но не въ частной практической дѣятельности врача.

Такимъ образомъ, операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ какъ съ чисто акушерской точки зрѣнія, такъ и изъ-за сочувствія къ женщинамъ, которыхъ несчастная судьба наградила узкими порочными тазами, является однимъ изъ вполне научно и практически обоснованныхъ акушерскихъ вмѣшательствъ, одной изъ благодѣтельнѣйшихъ операцій, забракваніе которой означало бы шагъ назадъ въ терапіи при узкихъ тазахъ.

П О В О Р О Т Ъ.

- Baisch.*—Reformen in der Therapie des engen Becken. Leipzig 1907.
Bar.—Leçons de pathologie obstétricale. Paris 1900.
Онъ-же.—La pratique de l'art des accouchements. Paris 1909.
Borinsky.—Zur Lehre von der Wendung auf die Füße bei engem Becken.—Arch. f. Gyn. Bd. IV.
Braun. C.—Der Kaiserschnitt u. seine Stellung zur künstl. Frühgeburt, Wendung atypischen Zangenoperationen, Craniotomie u. zu den spontanen Geburten bei engem Becken. Wien 1888.
Bröse.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 51, Hft. 3.
Bürger.—Die Geburtsleitung bei engem Becken. Wien 1908.
Celsus по Lindfors'y.—Die Wendungsoperationen.—Handb. d. Geburtsh. von v Winckel, 1906.
Фухтнеръ, С. X.—Къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ.—Дѣсс. СШБ. 1910.
Fehling.—Ueber die Anzeige für die Zangenoperation. Hegar's Beitr. Bd. VII, Hft. 3.
Glöckner.—Beiträge zur Lehre vom engem Becken, III Theil. Geburtsverlauf und Therapie beim engem Becken.—Leipzig 1908.
Hannes.—Die Therapie bei engem Becken und ihre Wandlungen.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 63.
Herrgott.—Nouveau dictionnair etc. Art. „Version“. 1886.
Jakobi.—Geburtsverlauf und Therapie beim engem Becken.—Hegar's Beitr. Bd. 12, Hft. 1.
Kohn.—Die Geburten beim engem Becken in den Jahren 1903/4 bis 1907/8.—Inaug.—Diss. Breslau 1908.
Копорка.—Beobachtungen üb. Geburten bei engem Becken. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29.
Kraus.—Ueber die prophylaktische Wendung. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 56.
Kristeller.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31.
Krull.—Ueber die Wendung mit sich anschliessender Extraction beim engem Becken auf Grund von 320 Fällen. Arch. f. Gyn. Bd. 67.
Ladner.—Zur Kasuistik der Wendung. Diss. Bonn 1907.
Leopold.—Das klinische Jahr 1906 und die Therapie beim engem Becken zur Rettung des kindlichen Lebens. Arch. f. Gyn. Bd. 81.
Онъ-же.—Beiträge zur Sectio caesarea auf Grund von 229 Fällen.—Arch. f. Gyn. Bd. 81.
Lichtenstein.—Ueber die Beeinflussung der Indication zur Wendung und Extraction durch die Hebotomie. Arch. f. Gyn. Bd. 81.
Lohmann.—Ueber die Wendung u. Extraction bei engem Becken. Der Kaiserschnitt. 1888.
Макъевъ, А. М.—Отчетъ акуш. факультетской клиники Императорскаго Москов. Унив. за 1874—1888 г. Москва 1889.
Martin, E.—Von. d. Wendung auf die Füße.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 26.
Metzler.—Geburtsverlauf u. Therapie beim engem Becken 1891—1909.—Arch. f. Gyn. Bd. 90.
Münchmeyer.—Ueber die Entbindung mittelst Zange an der Kgl. Frauenklinik in Dresden. Arch. f. Gyn. Bd. 134.
Nagel.—Die Wendung beim engem Becken.—Arch. f. Gyn. Bd. 34.

Paré, Ambroise.—Oeuvres complètes. Ed. Malgaigne. Paris 1840.

Онъ-же. Briève collection de l'administration anatomique; avec la manière de conjoindre les os; et d'extraire des enfants tant morts que vivants du ventre de la mère lorsque nature de soy ne peut venir à son effect. Paris 1549.

Peham.—Das enge Becken. —Wien 1908.

Pfannenstiel. — Die Indicationsstellung zur Behandlung der Geburt bei Beckenenge. — Deutsche med. Woch. 1906 № 41.

Scanzoni. — Festschrift z. Feier d. 300 Jahr. u. s. w. — 192 Fälle von Beckenenge. — Leipzig 1882.

Scheffzek. — Rückblick u. Ausblick in d. Therapie des engen Becken. — Arch. f. Gyn. Bd. 88.

Simpson. — On turning. — Prov. Med. and Surg. Journ. 1847.

Онъ-же. — Turning as a substit. fon Craniotomy. The obstetr. Mem. Edinbourg 1885, Vol. I.

Soranus Ephesios. — Gynækologia. II Buch in Uebersetzung von Lüneburg. 1894
Столыпинскій, В. А. — Медиц. отчетъ по Императорскому С.-Петербургскому Родовспомогат. Заведенію за 1904—1906 г. СПб. 1907.

Черневскій, Э. Ф. — О поворотѣ на ножки и извлеченіи плода при узкомъ тазѣ и объ извлеченіи послѣдующей головки вообще. — Врачъ 1895, №№ 18 и 19.

Weidling. — Die Prognose d. Geburt bei engem Becken nach statistischen Ergebn. d. Hallensichen Klinik u. Poliklinik. — Inaug.-Diss. Halle 1882.

Wolff. — Beiträge zur Lehre von der Wendung u. Extraction beim engen Becken. — Arch. f. Gyn. Bd. 62.

Поворотъ, согласно историческимъ изслѣдованіямъ, ведетъ свое начало изъ глубокой древности (Celsus, Soranus, Her-gott и др.) и широко практиковался въ средніе вѣка (Ambroise Paré, N. Lambert и др.), являясь единственной операцией, которая позволяла избѣгать примѣненія смертноносныхъ крючковъ, такъ какъ щипцы еще не были извѣстны, а вопросъ о кесарскомъ сѣченіи былъ еще технически не разработанъ.

Со времени появленія щипцовъ наступаетъ періодъ ограниченія пользования поворотомъ, по крайней мѣрѣ, при предлежащей головкѣ, къ чему главнымъ образомъ стремилась французская школа. Напротивъ, нѣмецкіе акушеры (E. Martin, Kristeller, Schatz) и въ особенности англійскіе, подъ влияніемъ научныхъ трудовъ Simpson'a, остаются вѣрными прежнимъ взглядамъ, и операція внутренняго поворота считается предпочтительной передъ щипцами.

Кромѣ того, со времени Simpson'a начинается болѣе широкое примѣненіе внутренняго поворота и при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ между размѣрами таза и головкой плода. По мнѣнію Simpson'a, при послѣдующей головкѣ будто бы создаются болѣе благоприятныя условія для прохожденія ея черезъ суженный входъ таза, ибо послѣдующая головка представляется собою какъ бы сводомъ, контрофорсы котораго конвергируютъ книзу, и дугообразные упоры легче могутъ быть сдавливаемы снизу и вслѣдствіе этого послѣдующая головка является болѣе острымъ клиномъ, чѣмъ предлежащая.

Приложеніе теоріи дѣйствія клина для объясненія болѣе легкаго прохожденія послѣдующей головки, сравнительно съ предыдущей, говоритъ Проф. Н. Н. Феноменовъ, совершенно неосновательно и идетъ прямо въ разрѣзъ съ основными положеніями, принятыми въ механикѣ. Что сила дѣйствія клина находится въ извѣстномъ опредѣленномъ отношеніи съ большимъ или меньшимъ угломъ его верхушки—это, конечно, безспорно, но при этомъ почему бы забывать, что въ механикѣ

клинь разсматривается, какъ тѣло, которое не измѣняетъ своей формы и только, какъ таковое, подчиняется въ своемъ дѣйстви тѣмъ или другимъ законамъ и ихъ выраженіямъ—формуламъ. Потому Н. Н. Феноменовъ считаетъ прямо ошибочнымъ перенести понятія о дѣйстви клина въ ученіе о способѣ прохожденія головки. Головка, которую хотя въ извѣстномъ смыслѣ разсматривать, какъ клинь, не только не обладаетъ свойствами клина (неизмѣняемость по формѣ), но, наоборотъ, на этой-то способности головки къ измѣненію формы, въ противоположность клину, и основывается единственная возможность ея прохожденія черезъ постоянно неизмѣняемое препятствіе—черезъ тазъ. Не форма головки, представляющая ту или другую геометрическую фигуру, имѣетъ существенное значеніе для объясненія различныхъ способовъ прохожденія подлежащей и послѣдующей головки, а способность ея къ конфигураціи—во-первыхъ,—и сила, дѣйствующая на головку, во-вторыхъ. Требуется, прибавляетъ Н. Н. Феноменовъ, доказать поэтому, что способность конфигураціи подлежащей и послѣдующей головки, во-первыхъ, неодинакова, а во-вторыхъ, что она наиболѣе выгодна для послѣдующей, чѣмъ для подлежащей головки. Мыслимо поэтому, что при вступленіи головки во входъ въ тазъ основаніемъ, черепной сводъ будетъ конфигурироваться хуже, чѣмъ при обратныхъ условіяхъ (различная толщина костей, способность заходить одна за другую и проч.). Далѣе, по Н. Н. Феноменову, условія прохожденія подлежащей и послѣдующей головки, со стороны изгоняющей силы, неодинаковы. Въ одномъ случаѣ головка подчиняется дѣйствию *vis a tergo*, въ другомъ она увлекается руками акушера. А развѣ кто нибудь и когда нибудь доказалъ, что эти двѣ силы одинаковы. Кромѣ этихъ двухъ неизвѣстныхъ, здѣсь есть еще и третья, а именно—время или продолжительность прохожденія черезъ узкое мѣсто. Въ одномъ случаѣ оно измѣряется часами, въ другомъ—минутами, но зато въ одномъ случаѣ силы дѣйствуютъ періодически (схватки), въ другомъ—постоянно. Какое вліяніе оказываетъ разница въ этихъ факторахъ,—остается точно также невыясненнымъ. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, по Н. Н. Феноменову, что вышеприведенная попытка объяснить выгодныя стороны прохожденія послѣдующей головки въ сравненіи съ подлежащей, при узкомъ тазѣ, неудовлетворительна.

Противъ мнѣнія Simpson'a, основаннаго главнымъ образомъ на теоретическихъ соображеніяхъ за отсутствіемъ большого клиническаго матеріала, выступилъ въ свое время Edward Martin, указывая на то обстоятельство, что подлежащая головка проходитъ входъ таза большей частью не поперечнымъ размѣромъ, но довольно часто, напр. при среднетемномъ ея вставленіи, вращаясь около симфиза.

Однако, распространенію среди акушеровъ поворота при узкихъ тазахъ, т. н. профилактическаго поворота, не мало также способствовалъ Schroeder, который преимущественно поворота видѣлъ въ томъ, что давленіе послѣдующей головки на мягкія части родового канала матери кратковременно и остается будто бы безъ послѣдствій, въ то время какъ долгодлящее давленіе подлежащей головки можетъ вызывать гибельныя послѣдствія.

Профилактический поворот по Schroeder'у может улучшить прогноз для матери, что же касается спасения ребенка, то и он считал значение его для этой цѣли, выдвигаемое на первый планъ Simpson'омъ, весьма сомнительнымъ.

Профилактический поворотъ, получивъ права гражданства, сталъ практиковаться въ широкихъ границахъ и часто въ тѣхъ случаяхъ, когда роды могли бы окончиться силами природы и при предлежащей головкѣ. Насколько часто примѣнялся въ прежнее время профилактический поворотъ, указываютъ намъ слѣдующія литературныя данныя: такъ по Weindling'у, въ Halle на 575 случаевъ узкихъ тазовъ этотъ поворотъ былъ произведенъ въ 121 случаѣ, т. е. въ 21%, по Stamer'у (Bern) въ 9,7%, у Braun'a въ 11,8%. Для сравненія мы позволимъ себѣ привести новѣйшія данныя, указывающія на частоту пользования профилактическимъ поворотомъ: такъ, по Столыпинскому, онъ примѣнялся въ 0,5%, Baisch'у = 0,6%, Burger'у = 1,7%.

Leopold одинъ изъ первыхъ высказался въ томъ смыслѣ, что профилактический поворотъ позволителенъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда длительное наблюдение устанавливаетъ отсутствие возможности вступленія головки или эта возможность исключается при предвратительномъ тщательномъ измѣреніи размѣровъ таза и при всесторонней оцѣнкѣ величины головки.

Теоретическія обоснованія рѣшенія вопроса о выгодахъ профилактическаго поворота съ теченіемъ времени при накопленіи достаточнаго матеріала уступили мѣсто клиническимъ фактамъ, указывающимъ, что во 1) надежда на болѣе благоприятныя условія прохожденія черезъ суженный входъ таза послѣдующей головки крайне обманчива и во 2) что прогнозъ для матери въ отношеніи избѣжанія поврежденій мягкихъ частей родового канала далеко не оправдался.

Поворотъ съ послѣдующей экстракціей ребенка, произведенный въ подходящихъ случаяхъ, напр., у женщинъ многорожавшихъ, когда тазъ суженъ, но еще достаточно широко, чтобы провести послѣдующую головку безъ усиленнаго влеченія, является операцией, дающей вполне благоприятныя предсказанія для матери и плода. Наоборотъ, когда отсутствуютъ подходящія условія—поворотъ, въ особенности съ послѣдующей экстракціей плода, приводитъ къ тяжелымъ послѣдствіямъ, угрожающимъ обѣимъ жизнямъ—жизни матери и жизни плода.

Изъ болѣе часто встрѣчающихся поврежденій родового канала матери описаны сложныя разрывы промежности, распространенные разрывы рукава въ различныхъ его отдѣлахъ, разрывы шейки и тѣла матки. По Федорову, поврежденія мягкихъ частей родового канала матери при этой операциіи встрѣтилось въ 17,4%. По Krull'ю изъ Dresden'ской клиники, разрывы промежности и влагалища наблюдались въ 18% и разрывы шейки въ 20%.

Нерѣдко отмѣчалось (Leopold) обильное кровотеченіе при глубокихъ разрывахъ рукава и шейки матки.

Всѣ эти поврежденія большей частью удается избѣгать при предлежащей головкѣ въ затылочномъ положеніи, такъ какъ нѣтъ необходимости въ быстромъ выведеніи ея че-

резь еще мало подготовленные родовые пути матери, какъ это обычно бываетъ при экстракціи послѣдующей головки.

Что касается самаго давленія на мягкія части родового канала матери еще не вставившейся во входъ таза головкой, то это давленіе, будучи значительнымъ во время схватокъ, въ паузахъ между ними ослабляется, вслѣдствіе чего получается возможность возстановленія правильнаго кровообращенія въ придавленныхъ участкахъ тканей.

Въ зависимости отъ частоты встрѣчающихся поврежденій и внутриматочныхъ манипуляцій, связанныхъ съ производствомъ внутренняго поворота, само собою разумѣется, получается рядъ неблагоприятныхъ моментовъ, способствующихъ развитію послѣродовыхъ заболѣваній. По Федорову, на 47 поворотовъ съ экстракціей, заболѣвшихъ септическими формами (8) и имѣвшихъ лихорадочное состояніе (11) было 40,4%, по Фихтнеру = 24%, у Burger'a при показанномъ поворотѣ = 9% и при профилактическомъ = 11,5%. На 13 оперированныхъ случаевъ, мы въ одномъ имѣли сравнительно легкое послѣродовое заболѣваніе, что составляетъ 7,61%; въ 3 случаяхъ наблюдался разрывъ промежности второй степени.

Что касается смертности матерей, то она довольно значительна, такъ, у Федорова она получилась = 2,2%, по Burger'у = 1,05%, по Wolffу = 2,9%, Glöckner'у = 1,9%, Metzler'у = 2,19%.

По Schönberg'у внутренній поворотъ изъ головнаго положенія на ножки при осложненіяхъ и быстрой экстракціи даетъ смертность, возрастающую до 15,6%.

У насъ на 13 случаевъ поворота наблюдался одинъ смертельный случай матери, который надо отнести не на счетъ самой операци, а на осложненіе центральнымъ предлежаніемъ плаценты; больная была доставлена уже съ нитевиднымъ пульсомъ и умерла черезъ 13 часовъ послѣ операци, будучи совершенно обезкровленной.

Предсказаніе для ребенка при поворотѣ и извлеченіи, вслѣдствіе часто наносимыхъ поврежденій ему, является крайне неблагоприятнымъ.

Эти поврежденія касаются, главнымъ образомъ, костей, и чаще всего встрѣчаются переломы бедренной, плечевой кости и ключицы и сравнительно рѣже упоминаются переломы, трещины, вдавленія костей черепа и ихъ смѣщенія, а также поврежденія шейныхъ позвонковъ и ихъ связочнаго аппарата. Кромѣ того, описывались случаи поврежденія нервно-мышечнаго аппарата и внутреннихъ органовъ. Вслѣдствіе разрыва мягкихъ частей получаютъ кровоизліянія въ различныхъ областяхъ—мышцахъ, печени, селезенки и внутричерепныя кровоизліянія и, какъ результатъ этихъ поврежденій, наблюдались парезы и параличи верхнихъ конечностей. По Федорову, на 81 случай поворота съ извлеченіемъ—поврежденія наблюдались въ 8 случаяхъ, что составляетъ 9,8% (переломъ бедра—1 случ., переломъ ключицы—1 сл., переломъ позвонка въ шейной части—2 случ., внутричерепное кровоизліяніе—4 случ.).

По Nagel'ю въ клиникѣ Gussow'a на 59 случаевъ—поврежденія наблюдались въ 15 случаяхъ, т. е. въ 25% (переломъ

плечевой кости—2, переломъ ключицы—1, переломъ черепной кости—3, вдавление черепныхъ костей—9).

Въ клиникѣ Leopold'a на 83 случая различныя поврежденія наблюдались въ 49, т. е. въ 56,6% (переломъ плечевой кости—11, переломъ бедренной—3, переломъ ключицы—13, переломъ костей черепа—2, вдавление костей черепа—10, вывихъ стопы, переломъ реберъ, переломъ позвонка—по 1, поврежденія внутреннихъ органовъ (печень, сердце)—по 2, поврежденія въ полости рта—2, paresis n. facialis и plex. brachialis—3).

Позднѣйшія данныя изъ клиники Leopold'a, опубликованныя Lichtenstein'омъ за 1901—1905 года, указываютъ, что поврежденія при поворотѣ и извлеченіяхъ при узкихъ тазахъ сдѣлались значительно рѣже и встрѣчаются въ общемъ въ 5,7%. Однако для тазовъ общесъуженныхъ плоскорахитическихъ эти поврежденія и по новѣйшимъ даннымъ Lichtenstein'a еще наблюдаются довольно часто, такъ на 49 случ. въ 5, т. е. въ 10,2%, получились тяжелыя поврежденія, состоящія въ переломахъ затылочной кости (5), осложненныя кровоизліяніемъ въ спинной мозгъ.

По счастливой случайности мы ни разу не наблюдали поврежденій ребенка и это надо приписать тому, что мы всегда избѣгали примѣнять большую силу при его извлеченіи.

Что касается смертности дѣтей послѣ профилактическаго поворота и извлеченія, то она представляется очень большой и колеблется отъ 40 до 70%, спускаясь до 25—30% въ тѣхъ клиникахъ (Leopold'a), гдѣ принимаются во вниманіе только чистые случаи профилактическаго поворота, производимые при сравнительно небольшихъ степеняхъ суженія таза.

Прежнія статистическія данныя намъ указываютъ на сравнительно очень большой % смертности, получаемой при поворотѣ съ извлеченіемъ; такъ, по Wigand u Stanesco (Charpentier), эта смертность колебалась отъ 60,6% до 80, по Scanzoni=69%, Leopold'у u Münchmeyer'у=36%, Проф. А. М. Макъеву=35,4%, С. v. Braun'у=26,7%.

По позднѣйшимъ изслѣдованіямъ, эта смертность сдѣлалась значительно ниже, но все-же представляется довольно высокой по сравненію съ другими родоразрѣшающими операціями, напр., кесарскимъ сѣченіемъ, дающимъ 4%—5%, симфизиотоміей и гебостеотоміей—5%—6% и искусственными преждевременными родами—15%—20%.

Въ клиникѣ Leopold'a, гдѣ эта смертность раньше была=36%, какъ мы это раньше указали, по даннымъ Lichtenstein'a за 1901—1905 года, она спустилась до 26,62%. По Metzler'у въ Zürich'ской клиникѣ Wyder'a, эта смертность дѣтей=33,57%, а по Glöckner'у она=34%. Въ Clinique Vauzelosque на 23 поворота наблюдалось 6 смертныхъ случаевъ дѣтей, что составляетъ 21,7%, а въ Clinique Tarnier на 64 поворота было 22 смертныхъ случая дѣтей, т. е. 34,3%. По Копорка (Lange), при показанномъ поворотѣ смертность дѣтей=33,3%, а при профилактическомъ=30,76%.

Смертность дѣтей при показанномъ поворотѣ по другимъ авторамъ выражается такъ:

По Фихтнеру	= 38,7%
„ Burger'y	= 28,6%
„ Kohn'y	= 29,0%
„ Jakobi	= 33,0%
„ Hannes	= 34,5%
„ Scheffzek'y	= 56,6%
„ Peham'y	= 60,0%

При профилактическомъ поворотѣ были получены слѣдующія %% выраженія, указывающія на смертность дѣтей:

Фихтнеръ	= 57,1%
Черневскій	= 56,52%
Wolff	= 18,8%
Burger	= 21,0%
Ladner	= 24,0%
Kraus	= 26,6%.

На 13 поворотовъ съ излеченіемъ при узкомъ тазѣ, произведенныхъ вслѣдствіе поперечнаго или косога положенія въ 10 случаяхъ и вслѣдствіе выпаденія пуповины въ 2 случ. (№ 4, № 7), а также съ профилактическою цѣлью въ 1 случаѣ, мы имѣли 9 мертвыхъ дѣтей, что составляетъ 69,2%. Изъ этихъ 9 случаевъ, въ которыхъ получены мертвыя дѣти, поворотъ произведенъ былъ въ 3 случаяхъ (№№ 9, 10, 11) при косомъ (2 случ.) и поперечномъ положеніи (1 случ.) при отсутствіи сердцебіенія плода, въ 1 случ. (№ 1) при выпаденіи уже не пульсирующей пуповины, въ 1 случ. (№ 2) при едва различимыхъ сердечныхъ тонахъ плода, въ 1 случаѣ (№ 6) при выпаденіи слабо пульсирующей пуповины и только въ 2 случаяхъ (№№ 5, 7) не замѣчалось измѣненій со стороны сердечной дѣятельности плода до операціи при выпаденіи пуповины. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (№ 9), гдѣ поворотъ былъ произведенъ вслѣдствіе косога положенія съ выпаденіемъ ручки при отсутствіи сердцебіенія плода, пришлось, вслѣдствіе невозможности извлечь послѣдующую головку, прибѣгнуть къ перфорациі головки на мертвомъ плодѣ. Что касается послѣдняго случая (№ 13), гдѣ послѣ бесплодной попытки одного изъ моихъ помощниковъ наложить щипцы на головку, стоящую высоко надъ входомъ таза, рѣшено было прибѣгнуть къ внутреннему повороту, то въ этомъ случаѣ уже до наложенія щипцовъ наблюдалось глухое сердцебіеніе плода, и онъ извлеченъ въ глубокой асфиксїи и не могъ быть оживленъ.

Если мы выключимъ изъ 13 случаевъ поворота тѣ изъ нихъ, въ которыхъ отсутствовало сердцебіеніе плода, когда, слѣдовательно, операція была произведена на мертвомъ плодѣ, но примемъ во вниманіе случаи даже съ сомнительной жизнеспособностью плода, то будемъ имѣть на 9 случаевъ поворота съ извлеченіемъ 5 смертей, что составляетъ 55% дѣтской смертности. Выключивъ же случаи и сомнительные, будемъ имѣть

6 случаевъ, въ которыхъ не замѣчалось отклоненій со стороны сердечной дѣятельности плода, и тогда на эти случаи будемъ имѣть 2 смертельныхъ исхода, что составляетъ 33,3%.

Смертность дѣтей стоитъ въ прямой зависимости отъ трудности извлеченія головки, причиной чего служитъ прежде всего несоотвѣтствіе между размѣрами таза и самой головки. Помимо величины размѣровъ таза большое значеніе имѣетъ и самая форма его суженія.

Fehling говоритъ, что операція эта, производимая только у многорожавшихъ при цѣломъ пузырьѣ и плоскомъ тазѣ, можетъ избавить отъ горькихъ послѣдствій.

Также и Pfannenstiel рекомендуетъ ее исключительно при плоскомъ тазѣ у многорожавшихъ, но только не при большихъ несоотвѣтствіяхъ между головкой и тазомъ и прибавляетъ, что эта операція должна совершаться только опытными акушерами.

Насколько еще до настоящаго времени отсутствуетъ единеніе взглядовъ акушеровъ на значеніе формы таза на исходъ операціи для плода, то въ то время какъ, мы уже указали, Fehling и Pfannenstiel считаютъ ее показанной только при плоскомъ тазѣ, Lichtenstein изъ клиники Leopold'a придерживается того мнѣнія, что совершенно безразлично будетъ ли это плоскій или общесуженный тазъ и даже будто-бы общесуженные тазы даютъ лучшіе результаты.

Если мы для рѣшенія этого вопроса обратимся къ изслѣдованіямъ въ этомъ направленіи прежнихъ авторовъ, то результаты этихъ изслѣдованій положительно указываютъ на меньшую смертность дѣтей при поворотахъ и извлеченіяхъ при плоскихъ тазахъ. По Федорову, при частично-суженныхъ тазахъ (плоскіе тазы) смертность при поворотѣ = 27,2%, а при общесуженныхъ = 55,5%. С. в. Braun имѣлъ при плоскомъ тазѣ смертность = 10,9%, а при общесуженномъ = 63,7%. Vorinsku при плоскихъ тазахъ получилъ смертность дѣтей = 48,5% и при общесуженныхъ плоскихъ = 50%. По прежнимъ даннымъ Leopold'a плоскіе тазы дали смертность дѣтскую = 13,8%, а общесуженные плоскіе и общеравнобѣрносуженные тазы = 52,4%.

Такимъ образомъ, изъ только что приведенныхъ указанной авторовъ опредѣленно видно, что при плоскосуженныхъ тазахъ поворотъ давалъ лучшіе результаты относительно смертности дѣтей, чѣмъ при общеравнобѣрносуженныхъ и общесуженныхъ плоскихъ тазахъ.

Данныя авторовъ болѣе поздняго періода времени и новѣйшія изслѣдованія болѣе частью также подтверждаютъ вышеприведенные результаты прежнихъ изслѣдованій. По Kull'ю смертность дѣтей при плоскихъ тазахъ = 30,3%, при общесуженныхъ = 32,8%, по Lohmann'у при 1-хъ = 13,8%, при 2-хъ = 66,4%, по Фихтнеру при 1-хъ = 36,6%, при 2-хъ = 60%.

Изъ новѣйшихъ изслѣдованій Metzler'a, главнымъ образомъ, видно, что смертность дѣтей при плоскихъ тазахъ значительно меньше и = 28,2%, а при общесуженныхъ она возрастаетъ до 38,4%. Однако эти цифровыя %% отношенія нами вычислены только для плоскихъ (46) и общесуженныхъ (26) та-

зовъ 1-й степени, которые составляли большинство тѣхъ случаевъ, гдѣ, по Metzler'у, въ клиникѣ Wuder'a примѣнялся внутренней поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода. Что же касается тазовъ плоскихъ, общесъуженныхъ и общесъуженныхъ рахитическихъ плоскихъ 2-й степени, то они встрѣчались, по Metzler'у, въ маломъ количествѣ, ибо при нихъ прибѣгали къ повороту крайне рѣдко и при очень строгихъ показаніяхъ. Устанавливать % отношенія дѣтской смертности для этой группы тазовъ съ значительными степенями суженія при ихъ малочисленности мы не будемъ во избѣжаніе ложныхъ выводовъ. Однако позволимъ себѣ замѣтить, что полученные результаты крайнѣ неблагоприятны и приблизительно одинаковы какъ для плоскихъ, такъ и для общесъуженныхъ тазовъ.

Кромѣ того, изъ этой же работы Metzler'a видно, что помимо формы таза и степени его суженія, большое значеніе на смертность дѣтей при поворотѣ и извлеченіи оказываетъ то обстоятельство—будетъ ли эта перво-или повторнородящая. Смертность дѣтей, по Metzler'у, у первородящихъ = 47,6%, у повторнородящихъ = 32,14% и у многородящихъ = 30,63%.

Это же вліяніе неподготовленности родовыхъ путей предыдущими родами на увеличеніе дѣтской смертности еще раньше было установлено Glöckner'омъ по которому первородящія давали 59,4%, второродящія 38% и многородящія 31,9% дѣтской смертности.

Здѣсь считаемъ нужнымъ указать, что при поворотѣ и извлеченіи, по изслѣдованіямъ Glöckner'a и Metzler'a, смертность мальчиковъ значительно больше, чѣмъ дѣвочекъ. Эта смертность для мальчиковъ = 38,4% по Metzler'у и 41% по Glöckner'у, а для дѣвочекъ 24,5% по Metzler'у и 28% по Glöckner'у. Столь значительная разница въ приведенныхъ %% отношеніяхъ смертности для мальчиковъ и дѣвочекъ обуславливается большими трудностями извлеченія головки у плодовъ мужского пола, отличающихся сравнительно большимъ вѣсомъ.

Еще опредѣленнѣе на основаніи собственныхъ изслѣдованій высказываетъ свой взглядъ Lichtenstein о значеніи несоотвѣтствій между тазомъ матери и головкой плода въ отношеніи дѣтской смертности. По Lichtenstein'у, ни степень суженія таза, ни величина ребенка не имѣютъ значенія на исходъ операціи, но единственно—это отношеніе между ними обоими. Какъ при тазахъ плоскихъ и плоскорахитическихъ, такъ и при тазахъ общесъуженныхъ и общесъуженныхъ—плоскорахитическихъ съ Conjugata выше 8 сантиметровъ у Lichtenstein'a получилось почти одинаковое число смертей.

Интересными представляются изслѣдованія Lichtenstein'a, касающіяся поворота и извлеченія въ отношеніи выясненія того пути, какимъ можно прийти къ уменьшенію дѣтской смертности.

Группируя смертные случаи, которыхъ насчитывалось 41 на 154 операціи поворота, Lichtenstein считаетъ, что въ 11 случаяхъ ребенка не спасла-бы никакая операція, а въ 6 случаяхъ смерть произошла вслѣдствіе техническихъ ошибокъ, и вмѣстѣ эти 17 смертей составляютъ 11,04 смертности, или 41,46% всѣхъ мертвыхъ дѣтей. Въ остальныхъ 24 случаяхъ смерть

произошла вслѣдствіе большихъ несоотвѣтствій между тазомъ и головкой, и они составляютъ 15,58% всѣхъ дѣтей и 58,54% мертвыхъ дѣтей, и эти 58,54% могли быть бы спасены по Lichtenstein'у—гебостеотоміей, и общая смертность вмѣсто 26,62% понизилась бы до 11,04%.

Отсюда ясно, что школа Leopold'a, изъ которой вышла работа Lichtenstein'a, такъ энергично раньше отстаивавшая показанный и профилактический поворотъ, въ концѣ концовъ пришла къ заключенію, что показанія къ нему, при тазахъ значительныхъ степеней суженія, должны быть ограничены на счетъ примѣненія гебостеотоміи.

Наши случаи поворотовъ также указываютъ, что наиболѣе существенную роль въ смыслѣ предсказанія для плода играетъ не столько само суженіе таза, сколько соотношенія между нимъ и головкой плода. Изъ 5 общесуженныхъ тазовъ 2-ой степени у насъ только 2 (№№ 9 и 13) имѣли *Conj. vera* = 8 сантиметровъ, остальные 3 таза были съ *Conj. vera* ниже указанной—въ 1 случаѣ она = $7\frac{1}{2}$ сантиметра и въ 2-хъ другихъ была = 7 сантиметрамъ. Изъ 3 родившихся живыхъ дѣтей при этихъ тазахъ 2 какъ разъ приходились на тазы съ *Conj. vera* = 7 сантиметрамъ, при чемъ нужно отмѣтить, что 1 ребенокъ, родившійся живымъ, правда, былъ недоношенный, а другой вполне развитой и доношенный. 2 случая смерти дѣтей получились—1-ый при тазѣ съ *Conj. vera* = 8 сантиметрамъ, а 2-ой съ *Conj. vera* = 7,5 сант. и ни въ одномъ изъ этихъ послѣднихъ случаевъ не пришлось прибѣгнуть къ перфорации, что понадобилось-бы при значительномъ несоотвѣтствіи между тазомъ и головкой. Смертельный исходъ дѣтей нельзя было въ этихъ случаяхъ отнести на счетъ поврежденія во время операціи, такъ какъ уже до ея производства сердцебиеніе отсутствовало. Въ случаѣ (№ 7) съ плоскимъ тазомъ 2-й степени при *Conj. vera* = 7,5 сантиметра при извлеченіи послѣдующей головки не встрѣтилось затрудненія, и причину смерти плода надо отнести на счетъ придавливанія выпавшей пуповины. Только въ 1 случаѣ при плоскомъ рахитическомъ тазѣ III-ей степени съ *Conj. vera* = 6,5 сантиметра у женщины, у которой и раньше была сдѣлана четыре раза перфорация, пришлось вслѣдствіе затрудненій при извлеченіи послѣдующей головки плода перфорировать ее.

По даннымъ Копорка, на 13 профилактическихъ поворотовъ умерло 4 ребенка, изъ нихъ въ 2 случаяхъ необходимо было сдѣлать перфорацию.

На основаніи приведенныхъ наблюденій мы можемъ прийти также къ выводу, что если дѣйствительно для предсказанія прежде всего надо имѣть въ виду соотношенія между тазомъ матери и головкой плода, то полученные размѣры таза, указывающіе на значительную степень суженія его, могутъ служить основаніемъ отказаться отъ поворота съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода.

Большая разница дѣтской смертности при поворотѣ и извлеченіи въ прежнее время и теперь объясняется главнымъ образомъ тѣмъ, что прежде гораздо чаще производили поворотъ и извлеченіе при значительныхъ степеняхъ суженія таза, при

которыхъ теперь гораздо чаще прибѣгаютъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, тазорасширяющимъ операціямъ и кесарскому сѣченію при относительныхъ показаніяхъ.

Такимъ образомъ, основываясь на позднѣйшихъ изслѣдованіяхъ можно придти къ заключенію, что теперь примѣненіе поворота и извлеченія стремятся ограничить малыми степенями сѣуженія таза и только у повторнородящихъ.

Хотя послѣднее время Вгöse сдѣлалъ предложеніе при узкости и неподатливости родовыхъ путей производить боковые надрѣзы влагалища, но едва-ли это предложеніе найдетъ себѣ много сторонниковъ, такъ какъ нарушеніе стѣнокъ родового канала представляется нежелательнымъ, ибо можетъ повлечь за собою разнообразныя осложненія.

Lindfors, представившій обобщеніе современнаго ученія о поворотѣ, приходитъ къ выводу, что внутренній поворотъ даетъ хорошіе результаты для плода и матери при плоскихъ тазахъ съ $\text{Conj. vera} = 8-9,5$ сантиметра, а также при косыхъ тазахъ съ умѣреннымъ сѣуженіемъ входа можно, по автору, сдѣлать попытку поворота и извлеченія послѣдующей головки черезъ болѣе широкую половину таза.

Вар допускаетъ производство поворота только при плоскихъ рахитическихъ тазахъ, при чемъ при тазахъ съ Conj. vera ниже 8,5 сантиметра и при доношенныхъ средней величины плодахъ поворотъ долженъ встрѣчать рѣдко свое примѣненіе.

Мы принципиальные противники профилактическаго поворота, такъ какъ предсказаніе при немъ для матери и плода гораздо хуже, чѣмъ при родахъ при головномъ предлежаніи. Въ этомъ отношеніи мы вполнѣ присоединяемся къ взглядамъ Hegar'a, Fehling'a, Krönig'a, Baisch'a, что настало время совершенно отказаться отъ этой операціи, по крайней мѣрѣ, въ клинической дѣятельности.

Какъ правило, при узкомъ тазѣ необходимо наблюденіе и ожиданіе произвольнаго окончанія родовъ, а затѣмъ, въ случаѣ надобности, нужно прибѣгать къ той или другой изъ родоразрѣшающихъ операцій—щипцамъ, гебостеотоміи, кесарскому сѣченію.

Внутренній поворотъ при узкихъ тазахъ нужно считать показаннымъ только при тѣхъ нарушеніяхъ теченія родового акта, при которыхъ эта операція производится и при нормальныхъ тазахъ, а именно поводомъ къ ней могутъ служить выпаденіе пуповины, поперечныя и косыя положенія, а также и головныя предлежанія, когда имѣется заднетеменное вставленіе, лобное или лицевое и, кромѣ того, при предлежаніяхъ пляценты и т. д.

Внутренній поворотъ съ извлеченіемъ можетъ быть показаннымъ и при головныхъ предлежаніяхъ, но только у много-родящихъ со слабыми степенями сѣуженія таза, когда длительнымъ наблюденіемъ выяснено, что причина невставленія головки лежитъ не въ несоотвѣтствіяхъ между тазомъ и головкой плода, а имѣетъ своимъ источникомъ слабыя родовыя боли матери. Впрочемъ, эти случаи крайне рѣдки, какъ это учитъ акушерскій опытъ, ибо при плоскихъ и общесѣуженныхъ тазахъ гораздо чаще наблюдаются усиленныя родовыя боли.

Условіями, способствующими успѣшному внутреннему повороту съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ головки является производство этой операціи при вполнѣ расширенномъ маточ-

номъ зѣвъ и при сохранившемся или не задолго лопнувшемъ плодномъ пузырьѣ; въ то-же время, чтобы избѣжать затрудненій при этой операціи акушеръ долженъ всегда помнить какой рукой производить внутренней поворотъ и какая ножка плода должна быть выбрана для правильнаго выполненія этой операціи.

При обнаруживаніи несоотвѣтствій между тазомъ и головкой плода во время самой операціи при извлеченіи послѣдующей головки или въ случаѣ распознаванія этихъ несоотвѣтствій еще до производства операціи—въ послѣднее время настойчиво рекомендуется гебостеотомія.

Полученные результаты съ помощью гебостеотоміи довольно утѣшительны: такъ, Копорка приводитъ 30 случаевъ поворота съ полученіемъ 20 живыхъ дѣтей, изъ которыхъ 4, т. е. 20%, были извлечены живыми только благодаря пубіотоміи. Ваг'у съ помощью поворота и симфизиотоміи, произведенной въ 9 случаяхъ при несоотвѣтствіи между головкой и тазомъ, удалось спасти всѣхъ дѣтей, хотя въ 5 случаяхъ Соп. j. veга была ниже 7,8 сантиметра и въ 4 случаяхъ Соп. j. veга была = 8 сантиметровъ и выше.

Какъ видно изъ приведенныхъ данныхъ, тазорасширяющія операціи даютъ возможность значительно улучшить результаты, получаемые при поворотѣ, въ случаяхъ обнаруживанія несоотвѣтствій между тазомъ и головкой плода. Въ то же время эти тазорасширяющія операціи, примѣненные въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раньше пользовались т. н. профилактическимъ поворотомъ, вслѣдствіе выраженныхъ значительныхъ несоотвѣтствій между тазомъ и головкой, даютъ возможность получать гораздо большее число живыхъ дѣтей, чѣмъ это достигалось раньше при суженныхъ тазахъ.

Признавая безусловно выгодными тазорасширяющія операціи въ отношеніи улучшенія предсказаній для дѣтей при поворотахъ и извлеченіяхъ въ случаяхъ узкихъ тазовъ, мы считаемъ необходимымъ ограничить примѣненіе этой операціи только клиниками и родильными учрежденіями, обставленными соотвѣтствующимъ образомъ.

Необходимо однако имѣть въ виду, что если имѣется выдѣленіе мѣконія, неправильность и слабость сердечныхъ тоновъ плода, указывающихъ на его асфиксію, то лучше отказаться отъ тазорасширяющей операціи, а тѣмъ болѣе отъ операціи кесарскаго сѣченія. Въ этихъ случаяхъ, а также когда есть основаніе предполагать, что мать инфицирована, показана перфорация или эмбриотомія, даже если ребенокъ еще не погибъ.

Горячіе защитники гебостеотоміи, рекомендуя эту операцію также и для практическаго акушера, едва-ли стоятъ на правильномъ пути, ибо въ дѣйствительности крайне рѣдко встрѣчаются подходящія условія для выполненія съ успѣхомъ этой операціи. Въ акушерской практикѣ, когда врачу приходится рѣшить вопросъ, какъ поступить при невозможности вслѣдъ за поворотомъ извлечь послѣдующую головку, ему при отсутствіи возможности спасти обѣ жизни—жизнь матери и жизнь плода, остается только въ интересахъ матери прибѣгнуть къ перфорации головки мертваго или даже живого плода.

Таблица № 4. П О В О Р О Т Ы

№ по порядку.	Г О Д Ъ и №	Размѣры газа.	Показанія.	
			м а т е р и.	
<i>П л о с к и е т а з ы</i>				
1	1901 — 402 повторн.	30. 25. 27. 17. 10. 8 ¹ / ₂ .	—	
2	1901 — 211 повторн.	30. 26. 28. 18 ¹ / ₂ . 10. 8 ¹ / ₂ .	—	
3	1902 — 558 повторн.	31. 24. 27. 18. 10. 8 ¹ / ₂ .	—	
4	1909 — 1076 повторн.	30. 25. 27. 17 ¹ / ₂ . 10. 8 ¹ / ₂ .	Откр. 4 п. Поворот. по Braxton-Niks.	
5	1902 — 707 первор.	31. 28. 30. 18. 10. 8 ¹ / ₂ .	Откр. 3 пальца. Braxton-Niks.	
6	1904 — 486 повторн.	31. 25. 28. 17 ¹ / ₂ . 10. 8 ¹ / ₂ .	—	
<i>П л о с к и е т а з ы</i>				
7	1902 — 701 первор.	31. 26 ¹ / ₂ . 27. 16 ¹ / ₂ . 9. 7 ¹ / ₂ .	—	
И з с л ѣ д о в а н а д о м а. И з в л е ч е н и е т р у д				
<i>П л о с к и е т а з ы</i>				
8	1905 — 554 повтор. Рахитическій тазъ.	30. 23 ¹ / ₂ . 25. 17. 8. 6 ¹ / ₂ . 4 раза перфорация, 4 раза искусств. прежд. ро- ды, 3 недоноска.	Нижн. сегм. матки растянутъ.	
<i>О б щ е с ъ у ж е н ы е</i>				
19	1901 — 362 повтор.	29. 24. 27. 18. 10. 8. Дома изслѣдована по- витухой.	Центральное предлежаніе пла- центы, пульсъ нитевидный.	
10	1902 — 830 повтор.	28. 22. 24. 17 ¹ / ₂ . 9 ¹ / ₂ . 7 ¹ / ₂ .	Открытие 4 п. Braxton-Niks.	
11	1907 — 497 первор.	27. 20. 23. 17. 9. 7.	—	
12	1908 — 334 повтор. двойни.	28. 22. 25. 17 ³ / ₄ . 9. 7.	—	
13	1907 — 206 повтор.	29. 24. 27. 17. 10. 8.	Открытие полное.	

и ИЗВЛЕЧЕНІЯ.

со стороны.	Послѣдствія для	
	ребенка.	матери.
<i>1-й степени.</i>		
Косое положеніе плода, выпаденіе непульт. пуповины.	—	Мертвый. 3680,0. 52. 36.
Попереч. пол., тоны сердца едва слышны.	—	Мертвый 4025,0. 51. 35.
Попереч. положеніе, выпаденіе пуповины.	—	Живой въ асфиксіи 3300,0. 45. 34.
Выпаденіе пуп., головка вставлялась меньшимъ размѣромъ.	Разрывъ промеж. II степени.	Живой 3500,0. 51. 36.
Поперечн. пол., выпаденіе ручки и пуповины.	—	Мертвый 3300,0. 45. 34.
Косое положеніе, выпаденіе слабопульт. пуповины.	—	Мертвый 3000,0. 50. 35.
<i>2-й степени.</i>		
Выпаденіе пуповины.	Разрывъ промеж., лихорадитъ нѣск. дней.	Мертвый 3150,0. 50. 35.
ное, запрокидываніе ручекъ и головки.		
<i>3-й степени.</i>		
Косое положеніе. Выпаденіе ручки, отсутств. сердцебіенія.	—	Поворотъ законченъ перфор. послѣд. головки.
<i>тазы 2-й степени.</i>		
Косое положеніе. Открытіе 4 пальца, отсут. сердцебіенія.	Могъ черезъ 13 час. послѣ извлеченія	Мертвый 3050,0. 49. 32.
Поперечн. полож., выпаденіе ручки, отсутств. сердцебіенія.	—	Мертвый 3700,0. 52. 37.
Поперечное положеніе.	Разрывъ промежности 2-й степени.	Живой 3600,0. 51. 36.
Поперечн. полож. 2-го плода.	—	Живой 1950,0. 46. 27.
Головка не вставилась. Попытка наложить щипцы безъ результата. Сердцебіеніе глухо.	—	Живой въ глубокой асфиксіи, не оживленъ. 3800. 52. 36.

ПЕРФОРАЦІЯ.

- Агафоновъ*, С. Н. — Медіц. отчетъ акуш. клиники проф. К. Ф. Славянскаго съ 8 сент. 1877 г. по 1 янв. 1884.—СПБ. 1885.
- Ahlfeld.*—Lehrbuch d. Geburtshilfe. 1898.
- Baisch.*—Reformen in d. Therapie d. engen Becken. Leipzig 1907.
- Barnes.*—Indications for Caesarian Section as compared with those for Symphysiotomy, Craniotomy and premature Induction of Labour. — Internat. Kongress für Geb. u. Gyn. Amsterdam 1899.
- Blum.*—Ueber Perforation u. Cephalotripsie in ihren Beziehungen zum Kaiserschnitt. Berlin 1873.
- Bretschneider.*—Ueber 132 Fälle von Perforation und Extraction mit dem Zweifel'schen Kranio-Cephaloklast. Arch. f. Gyn. Bd. 63.
- Dolder.*—Samml. Klin. Vorträge, N. F., № 39. 1894.
- Fehling.*—Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. Berlin. Klin. Woch. 1892, № 25.
- Федоровъ*, И.—Материалы къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ.—Дисс. Варшава.
- Фиктнеръ*, С. X. Къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ.—Дисс. СПБ. 1910.
- Фойницкій*, И. Я.—Курсъ Уголовнаго Права. СПБ. 1907.
- Hannes.*—Die Therapie bei engem Becken u. ihre Wandlungen.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 62.
- Heimberger.*—Ueber die Straflosigkeit der Perforation Inaug. Diss. München 1899.
- Hofmeier.*—Ueber d. Berechtigung d. Perforation des lebenden Kindes.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 48.
- Холмогоровъ.*—Терапія при узкомъ тазѣ. Ж. Ак. и Ж. Б. 1908, №№ 3 и 4.
- Japouli* по Krönig'y.—Handb. d. Geburtshilfe v. von Winckel Bd. III. 1906 Wiesbaden.
- Kehrer.*—Lehrbuch d. operat. Geburtshilfe. 1891.
- Кистерь*, П. Э.—О краниотоміи живыхъ дѣтей.—Труды IV-го съѣзда русск. врачей въ память Н. И. Пирогова въ Москвѣ 1892.
- Конаржевскій*, П. Г.—Материалы къ статистикѣ перфораций, произведенныхъ въ С.-Петербургскомъ Родовспомог. Заведеніи съ 1884 по 1894 г.г. включительно. Дисс. СПБ. 1897.
- Копорка.*—Veobachtungen üb. Geburten bei engem Becken. Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 24.
- Кривскій*, Л. А. Петербургскіе городскіе родильныя пріюты по даннымъ медіц. отчетовъ за 1899—1908 г.г. СПБ. 1910.
- Leopold.*—Arbeiten aus d. Kgl. Frauenklinik in Dresden. Bd. I, 1893.
- Онъ-же.*—Ibid. Bd. II. 1895.
- Онъ-же.*—Internat. Kongress f. Geb. u. Gyn. in Amsterdam 8—2 Aug. 1899.
- Meisser.*—Arch. f. Gyn. Bd. 81.
- Merkel.*—Ueber 100 Fälle von Craniotomie nebst Bemerkungen zur Stellung u. Technik dieser Operation. Arch. f. Gyn. Bd. 21.
- Мизайловъ*, В.—Средніе русскіе акуш. итоги за 50 лѣтъ. Дисс. СПБ. 1895.
- Olshausen.*—Kommentar zum Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich.—V Aufl. Bd. II. 1897.
- Peham.*—as Denge Becken.—Wien 1908.

- Pinard*.—Congrès d'Amsterdam 8—12 Août 1899.
Sänger по Krönig'y.—Handb. d. Geb. von v.-Winckel. 1906.
Sippel.—Ueber die Berechtigung d. Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung d. Mutter vom geburtsbüßlich—gerichtl.-medizinischen und ethischen Standpunkte. Tübingen 1902.
Знаменскій, С. В.—Медиц. отчетъ Акуш. отдѣленія Академич. Ак.-Гинек. Клиники проф. А. И. Лебедева съ 1886 по 1892 г.—Дисс. СПб. 1893.
Steiner.—Perforationen u. Kranioklasien aus der Münchener Kgl. Universitäts—Frauenklinik 1892—1896. Inaug.—Diss. München 1897.
Таганцевъ, Н. С.—О преступленіяхъ противъ жизни. СПб. 1870.
Thorn.—80 Fälle von Kraniotomie. Arch. f. Gyn. 1884.
Трегубовъ, С. Н.—Лекція по особ. части Русск. Угол. Права.
Wächter.—Lehrbuch des Kriminalrechts. Bd. II. 1826.
Yamasaki.—Arch. f. Gyn. Bd. 91.
Zangemeister.—Soll die Perforation mit der Extraction des Kinder verbunden werden.—Zentr. f. Gyn. 1899, № 40.
Ziermberger.—Ueber 232 Kraniotomiefälle an der II geb.-gynäk. Klinik in Wien.—Bericht aus d. II Geb.-Gyn. Klinik in Wien v. R. Chrobak. Bd. II. Wien 1902.
Zweifel.—Ueber Kraneo-Cephaloklasie.—Zentr. f. Gyn. 1897, S. 481.

Перфорация головки плода, являясь технически до крайности простой операцией, ведетъ свое начало изъ глубокой древности, когда отсутствовали другіе способы оперативнаго родоразрѣшенія, а при большомъ несоотвѣтствіи между головкой и тазомъ впервые невольно возникала мысль объ уменьшеніи размѣровъ дѣтской головки.

Операция эта, допускаемая и на живомъ плодѣ въ цѣляхъ практическихъ, встрѣчала всегда съ теоретической точки зрѣнія большія возраженія, какъ со стороны юристовъ и богослововъ, такъ и со стороны самихъ врачей, стремившихся замѣнить ее другими родоразрѣшающими операциями.

Насколько противорѣчивы были высказанныя мнѣнія относительно показаній къ этой операциіи на живомъ плодѣ, настолько они были общепризнаны, когда шла рѣчь о прободеніи головки мертваго плода въ интересахъ жизни матери въ случаяхъ большихъ затрудненій для поступательнаго движенія головки со стороны таза или мягкихъ частей родового канала.

Юристъ *Wächter*, касаясь вопроса о прободеніи головки живого плода, придерживается крайняго взгляда. Онъ не считаетъ ребенка за существо и отдѣльнымъ субъектомъ въ правовомъ смыслѣ, но разсматриваетъ его, какъ часть материнскаго живота, подобно ампутированной рукѣ, составляющей часть тѣла. Наоборотъ, *Janouli* придерживается того взгляда, что ребенокъ въ утробѣ матери — человекъ, вслѣдствіе чего ему должно быть приписано высочайшее изъ всѣхъ человѣческихъ правъ — это право на жизнь.

Противъ позволительности перфорациіи на живомъ плодѣ такъ же высказываются юристы *Blum*, *Neimberger*, *Olshausen*. По ихъ мнѣнію, перфорация, какъ операциія, ведущая къ уничтоженію живого существа, стоитъ въ ясномъ противорѣчій съ элементарными законами, на основаніи которыхъ съ давняго времени за изгнаніе и умерщвленіе плода въ утробѣ матери карали строгими наказаніями.

Siprel, изучивъ тщательно литературныя данныя по этому вопросу, приходитъ къ заключенію, что на практикѣ уничтоженіе жизни ребенка (выкидышъ, перфорациія, эмбрио-

томіа) въ интересахъ сохраненія жизни матери не наказуемо, и въ современно примѣняемыхъ законахъ о наказаніяхъ единогласно принята эта точка зрѣнія. Въ теоріи, однако, юридическая наука далеко еще не пришла къ единогласному заключенію—позволительно ли или нѣтъ разсматриваемое уничтоженіе жизни внутриутробнаго плода.

Бельгійское Уложеніе о наказаніяхъ раздѣляетъ взглядъ римскаго законодательства, по которому плодъ не пользовался самостоятельной юридической защитой и посягательство на него каралось лишь, какъ затрагивающее интересы семьи (въ частности отца семейства) и являющееся преступленіемъ противъ общественной нравственности.

Французское право упоминаетъ объ умерщвленіи плода въ отдѣлѣ о тѣлесныхъ поврежденіяхъ, считая это преступленіе равнозначающимъ съ посягательствомъ на беременную.

По ученію стоической философіи плодъ, не отдѣлившійся отъ матери, является частью ея, поэтому посягательство на плодъ должно быть признано посягательствомъ и на мать.

Германское, Венгерское, Голландское право и оба нашихъ уголовныхъ кодексовъ предусматриваютъ истребленіе плода въ отдѣлѣ объ убійствѣ. Эта система, по примѣру каноническаго права, защищающая самое существованіе зародыша и признающая, что съ момента зачатія за нимъ сохраняется возможность дальнѣйшей жизни и развитія, представляется, по С. Н. Тр е г у б о в у, наиболѣе правильною. Преступная воля направляется здѣсь на истребленіе плода, а не на причиненіе вреда беременной; объектомъ преступления является оплодотворенное яйцо, утробная жизнь плода (Таганцевъ). Плодъ долженъ быть живой, т. е. одаренный способностью къ органическому развитію, отсюда является необходимымъ, по С. Н. Тр е г у б о в у, констатировать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ не только беременность женщины, но и жизнь зародыша въ моментъ преступнаго дѣйствія. Потому попытки произвести изгнаніе плода у мнимобеременной женщины, т. е. когда изгнанъ заносъ, или плодъ еще ранѣе умеръ въ утробѣ, не подойдетъ подъ понятіе умерщвленія плода.

Когда истребленіе плода предпринимается въ цѣляхъ спасенія жизни беременной, оно не наказуемо (Тр е г у б о в ъ); сюда относится, во 1-хъ, производство выкидыша въ виду крайняго разстройства здоровья беременной, напр., при неукратимой рвотѣ, серьезныхъ легочныхъ заболѣваніяхъ и т. п., во 2-хъ, —т. н. перфорация, когда естественное родоразрѣшеніе является невозможнымъ вслѣдствіе анатомическихъ особенностей организма беременной.

Съ юридической точки зрѣнія (Тр е г у б о в ъ) ненаказуемость перфорации имѣетъ своимъ основаніемъ то состояніе крайней необходимости, въ которомъ находится роженица. Ея право на жизнь сталкивается съ такимъ же правомъ ребенка, и потому ни она, ни оказывающій ей помощь врачъ не могутъ подлежать отвѣтственности за то, что пожертвовали жизнью ребенка для спасенія матери. Даже въ томъ случаѣ, если мать не даетъ согласія на перфорацию, врачъ, говоритъ С. Н. Тр е г у б о в ъ, обязанъ произвести ее, такъ какъ иначе его без-

дѣйствиѣ можетъ повлечь за собою смерть матери, а между тѣмъ, на основаніи 1521 статьи Уложенія о Наказаніяхъ, оказаніе помощи погибающимъ составляетъ общегражданскую обязанность, неисполненіе коей считается преступленіемъ.

По И. Я. Фойницкому, въ эпоху Горація въ Римѣ изгнаніе плода практиковалось въ чрезвычайно широкихъ размѣрахъ и считалось посягательствомъ не противъ плода, а противъ матери, поэтому сама мать виновникомъ быть не могла, и дѣяніе формулировалось не какъ умерщвленіе плода, но какъ употребленіе средствъ для изгнанія плода, безотносительно къ послѣдствіямъ, постигшимъ самый плодъ.

Измѣненіе этого взгляда, продолжаетъ И. Я. Фойницкій, вызвано было соображеніями политическими и юридическими. Съ одной стороны, забота объ увеличеніи народонаселенія побуждаетъ правительство принять подъ свою охрану дѣтей въ утробѣ матери. Съ другой, за плодомъ мало по малу признается до извѣстной степени значеніе субъекта правъ.

Что касается этической точки зрѣнія на вопросъ о перфорации живого ребенка, то въ то время какъ протестантская церковь совершенно не высказалась въ этомъ отношеніи, католическая, напротивъ, даетъ достаточно опредѣленный отвѣтъ.

Sirrel приводитъ изъ Hufeland'a слѣдующее: „начиная съ перваго момента, когда результатомъ акта соитія явилась зародышевая жизнь, уже есть живое, хотя невидимое существо; оно имѣетъ тѣ же самыя права и претензіи на свое признаніе, какъ родившееся, и всякое уничтоженіе этой жизни равносильно убійству“.

Интереснымъ въ этомъ отношеніи представляется рѣшеніе Папскаго Престола, относящееся къ 1885 году (Sirrel). Эрцбишофъ Sambrau обратился къ Римскому Престолу по вопросу о позволительности искусственнаго выкидыша, когда въ одномъ случаѣ призванный къ больной женщинѣ врачъ нашелъ, что единственное спасеніе ея, это производство искусственнаго выкидыша. Конгрегация по этому вопросу отвѣтила отрицательно, и приговоръ былъ подтвержденъ Папою.

Православное каноническое право еще сравнительно недавно считало истребленіе плода преступленіемъ только въ томъ случаѣ, если плодъ находился въ періодъ развитія, достаточнаго для воспріятія души, и различало *foetus animatus* и *non animatus*.

Современное каноническое право, принимая юридическую точку зрѣнія, по которой за плодомъ признается значеніе субъекта правъ, рѣзко провозгласило, по Фойницкому, это положеніе, объявивъ плодъ человѣкомъ и признавая умерщвленіе плода за убійство.

Извѣстное значеніе для рѣшенія вопроса о перфорации имѣютъ социальныя условія роженицы. По Krönig'у, многими врачами, когда идетъ вопросъ о перфорации, принимается въ соображеніе, замужняя или нѣтъ роженица, а также живетъ ли она въ плохихъ или хорошихъ условіяхъ.

Противъ руководства этими соображеніями высказываются Pinard, Zweifel и др., считая, что врачъ долженъ устана-

вливать свои показанія, не принимая въ расчетъ соціальныя условія, но исключительно на чисто врачебныхъ основаніяхъ. Однако, Hofmeier придерживается того взгляда, что незаконныя дѣти въ общемъ, сравнительно съ законными, находятся въ худшихъ условіяхъ, а потому еще вопросъ, стоитъ ли изъ-за сомнительной и въ ея дальнѣйшемъ развитіи столь угрожаемой жизни ребенка подвергать здоровье и жизнь матери столь серьезной опасности.

По Fehling'у, — безсмыслица, что незамужней женщинѣ внушается, будто она желаетъ имѣть живого ребенка и что только потому ей совѣтуется подвергнуться кесарскому сѣченію при относительномъ показаніи. На это справедливо замѣчаетъ Krönig, что, если подобный взглядъ будетъ распространенъ, то слѣдствіемъ этого явится, что у незамужнихъ кесарское сѣченіе и симфизиотомія будутъ отклонены, и что клиника, въ которой встрѣчается превосходящее большинство незамужнихъ роженицъ, едва ли бы пользовалась указанными родоразрѣшающими оперативными способами, а ограничивалась бы только перфорацией живыхъ дѣтей.

Ничтожная опасность для матери при кесарскомъ сѣченіи и газорасширяющихъ операціяхъ позволяетъ современнымъ клинцистамъ широко пользоваться этими операціями для полученія живыхъ дѣтей.

Въ отношеніи показаній къ перфорации живого ребенка въ настоящее время, когда сравнительно чаще прибѣгаютъ къ окончанію родовъ съ помощью большихъ хирургическихъ родоразрѣшающихъ операцій (классическое и внѣбрюшинное кесарское сѣченіе, пубіотомія), обычно рѣзко различаютъ, находится-ли роженица въ условіяхъ клинической обстановки или внѣ этихъ условій.

Sänger въ свое время былъ противъ этого раздѣленія, говоря, что, какъ имѣется только одна научная истина и никакой абсолютной и относительной, такъ, равнымъ образомъ, имѣется только одно акушерство и нѣтъ нужды его раздѣлять на клиническое и поликлиническое. И если, по Sänger'у, врачъ въ частной практикѣ производитъ перфорацию на живомъ ребенкѣ, въ то время, какъ въ клиникѣ въ подобномъ случаѣ дѣлается кесарское сѣченіе, то этотъ врачъ стоитъ позади требованій времени.

Этотъ взглядъ Sänger'a встрѣтилъ основательное возраженіе (Dolder, Krönig, Leopold и др.), и между прочимъ справедливо указывалось, что въ частной практикѣ при неподходящихъ условіяхъ обстановки совершенно невыполнимо вмѣсто перфорации производить кесарское сѣченіе, технически болѣе трудное и требующее соответствующихъ условій для его производства.

Съ современной точки зрѣнія идея объединенія работы въ клиникѣ и въ частной практикѣ должна заключаться въ стремленіи вообще возможно больше ограничить примѣненіе этой операціи—перфорации живого ребенка.

Однако все же будутъ встрѣчаться случаи, когда самый горячій противникъ этой операціи будетъ поставленъ въ необходимость прибѣгнуть къ ней и возможно скорѣе, чтобы спасти

жизнь матери. Leopold въ этомъ отношеніи придерживается опредѣленнаго взгляда: прежде всего должно идти дѣло о спасеніи жизни матери и потомъ ребенка; въ этомъ отношеніи, онъ говоритъ, его убѣжденія никто не можетъ поколебать, и этотъ взглядъ свой онъ будетъ поддерживать до конца.

Этотъ взглядъ конечно ничуть не противорѣчитъ тому, чтобы при подходящихъ условіяхъ врачъ, знакомый практически съ производствомъ большихъ операцій, не жертвуя жизнью вполне жизнеспособнаго ребенка, старался бы спасти его при помощи кесарскаго сѣченія или тазорасширяющихъ операцій.

Акушеры старой школы гораздо чалце прибѣгали къ перфорации потому, что, во 1-хъ, въ рукахъ ихъ кесарское сѣченіе давало большой % смертности, а тазорасширяющія операціи не получали права гражданства, и во 2-хъ, они гораздо легче жертвовали жизнью плода, и очень вѣроятно, какъ говоритъ А. Я. Крассовскій, даже въ случаяхъ, гдѣ угрожала только мнимая опасность. Это онъ заключаетъ изъ словъ такихъ авторитетовъ англійскаго акушерства, каковы Blundell и Goosch.

Goosch говорилъ: „лучше лишитъ жизни младенца, даже если бы это не было необходимо, лишь бы предотвратить этимъ явленія, могущія повлечь въ опасность жизнь матери“.

Нѣмецкіе и французскіе акушеры старой школы придерживались противоположнаго взгляда, а именно, по возможности выжидать съ перфорацией, пока ребенокъ не умеръ, и тогда уже производить ее на мертвомъ плодѣ.

Современные акушеры всѣхъ національностей съ полнымъ единеніемъ придерживаются принципа дѣйствовать не только въ интересахъ матери, но и плода, и, широко примѣняя въ клиникахъ большія хирургическія операціи, стали рѣже прибѣгать къ операціи живого ребенка.

Показанія къ перфорации въ общемъ являются въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ пространственныя несоотвѣтствія между тазомъ матери и головкой плода, которыя не могутъ быть преодолимы ни работой мускулатуры матки и брюшнаго пресса, ни съ помощью щипцовъ, наложенныхъ на подлежащую головку, ни влеченіемъ за ягодицы и ножки для прохожденія послѣдующей головки. Словомъ, во всѣхъ случаяхъ, когда родоразрѣшеніе не представляется возможнымъ и когда матери угрожаетъ серьезная опасность въ связи съ родовымъ актомъ, а устраненіе этой опасности не осуществимо при помощи другихъ способовъ родоразрѣшенія, или они заключаютъ въ себѣ источникъ новой большой опасности.

Устанавливая показанія къ перфорации, надо всегда имѣть въ виду, чтобы пространственныя несоотвѣтствія не были слишкомъ большія, ибо въ противномъ случаѣ даже перфорированная головка съ удаленіемъ мозгового вещества не можетъ быть извлечена, или, если и извлекается, то съ большими поврежденіями мягкихъ частей родового канала матери, приводящими къ серьезной опасности для жизни матери.

Какъ нижняя граница суженія таза для перфорации, нами принимается $Conj. vera = 6,5$ сантиметра и верхняя граница до 9 сантиметровъ.

Переходя къ разсматриванію спеціальныхъ показа-

ній для перфораціи, мы прежде всего должны сказать, что насколько разнорѣчивы мнѣнія относительно установки показаній на живомъ плодѣ, настолько установка этихъ показаній проста и всеми признается на плодѣ мертвомъ или съ неясными признаками жизни. Установка показаній къ перфораціи является въ этихъ случаяхъ бесспорной и съ производствомъ этой операціи даже при легкихъ степеняхъ несоотвѣтствій между тазомъ и головкой не должно медлить, ибо перфорація несомнѣнно представляется наиболѣе бережнымъ способомъ родоразрѣшенія для матери.

Перфорація живого ребенка при узкомъ тазѣ въ современной клинической дѣятельности все больше и больше ограничивается, и въ нѣкоторыхъ клиникахъ (Pinard, Döderlein, Krönig, Hofmeier) принципиально вытѣснена кесарскимъ сѣченіемъ и тазорасширяющими операціями (Symphysiotmia, hebosteotomia).

Однако даже въ лучшихъ клиникахъ при хорошихъ условіяхъ оперативной обстановки перфорація въ извѣстныхъ случаяхъ находитъ свое примѣненіе. Эти рѣдкіе случаи, когда и въ клиникахъ еще прибѣгаютъ къ перфораціи, ограничиваются роженицами съ высокой температурой и при угрожающихъ разрывахъ матки съ высоко стоящей головкой, когда щипцы не имѣютъ мѣста своего примѣненія вслѣдствіе недостаточной фиксаціи головки, а внутренній поворотъ непозволителенъ при рѣзковыраженномъ растяженіи нижняго маточнаго сегмента. Въ этихъ случаяхъ, при долгодлящейся родовой дѣятельности и частомъ повторномъ изслѣдованіи, когда исключается асептическое состояніе родового канала, производство кесарскаго сѣченія нужно разсматривать внушающимъ большія опасенія. Равнымъ образомъ и производство тазорасширяющихъ операцій въ этихъ инфицированныхъ случаяхъ влечетъ за собою крайне неблагоприятныя послѣдствія.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда пространныя несоотвѣтствія не столь высокихъ степеней и головка большимъ своимъ сегментомъ вступила во входъ таза и при этомъ существуютъ условія для наложенія высокихъ щипцовъ, то при живомъ плодѣ можно совѣтовать, прежде чѣмъ приступить къ перфораціи, сдѣлать попытку произвести родоразрѣшеніе съ помощью щипцовъ. Эта попытка должна быть ограничена лишь нѣсколькими тракціями (3—5), примѣняемыми безъ форсирования, и если выясняется, что головка остается въ прежнемъ своемъ положеніи безъ измѣненія, тогда ничего больше не остается, какъ прободеніе головки или, когда это позволяютъ внѣшнія обстоятельства, сдѣлать искусственное родоразрѣшеніе съ помощью тазорасширяющихъ операцій или кесарскаго сѣченія.

Далѣе, перфорація ребенка при клиническихъ условіяхъ работы показуется также тогда, если общее состояніе роженицы не позволяетъ примѣненія серьезныхъ оперативныхъ вмѣшательствъ, какими являются кесарское сѣченіе и гебостеотомія и чему служитъ противупоказаніемъ, напр., некомпенсированный порокъ сердца и т. п.

Равнымъ образомъ къ перфораціи прибѣгаютъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется дѣло съ hydrocephalus, вслѣдствіе чего затрудняется вступленіе головки во входъ таза.

Въ частной практикѣ, при возрастаніи техническихъ трудностей, отсутствіи достаточнаго количества помощниковъ и недостаткѣ освѣщенія, примѣненіе кесарскаго сѣченія и тазорасширяющихъ операцій часто встрѣчаетъ непреодолимые препятствія, и потому въ частномъ домѣ или при работѣ въ условіяхъ, близко къ тому стоящихъ, перфорация живого плода является вполнѣ оправдываемой операціей и признаваемой безспорно, представляясь единственно возможнымъ способомъ родоразрѣшенія для спасенія жизни матери.

Въ практической поликлинической дѣятельности врачъ долженъ держаться правила, чтобы избѣгать повторныхъ случаевъ перфорации живыхъ дѣтей у одной и той же женщины, направлять въ клиники и большія родильныя учрежденія беременныхъ и роженицъ съ узкимъ тазомъ, раньше перенесшихъ трудные роды.

Только при благопріятныхъ условіяхъ работы въ родильныхъ учрежденіяхъ врачъ-специалистъ, руководствуясь исключительно врачебными показаніями, безъ риска для больной со стороны внѣшней обстановки, можетъ подать по выбору соотвѣтствующую акушерскую оперативную помощь въ формѣ кесарскаго сѣченія или тазорасширяющихъ операцій.

Благопріятными условіями для перфорации и, въ особенности, для извлеченія перфорированной дѣтской головки являются: извѣстная подготовка и раскрытіе мягкихъ частей родового канала при отсутствіи въ то же время абсолютнаго суженія таза и, само собою разумѣется, при лопнувшемъ плодномъ пузырьѣ, хотя мы считаемъ, что малое раскрытіе маточнаго зѣва не всегда можетъ служить противопоказаніемъ для прорободенія. Въ то же время нужно отмѣтить, что перфорированная головка лучше приспособляется къ родовому каналу и гораздо быстрѣе раскрываетъ зѣвъ матки.

Что касается показаній для перфорации со стороны суженія таза, то допустимая для перфорации и извлеченія нижняя граница совпадаетъ съ верхней границей, принимаемой для абсолютнаго суженія таза, которую мы считаемъ 6,0—5,5 сантиметра.

Въ клиникѣ Zweifel'я его *cephalokranio-klastom*ъ въ 3 случаяхъ при обще-суженныхъ рахитическихъ тазахъ были съ успѣхомъ извлечены перфорированныя головки при *conj. vera* = 5,5 сантиметра, а по Ziegmeberger'у, то же было достигнуто въ 2 случаяхъ при узкихъ тазахъ съ *conj. vera* также = 5,5 сантиметра въ Wien'ской клиникѣ съ помощью *kranio-klasta Braun*a.

Обращаясь въ настоящее время къ выясненію вопроса о частотѣ перфорации въ различныхъ клиникахъ и родильныхъ учрежденіяхъ, мы позволимъ себѣ для сравненія остановиться, главнымъ образомъ, на статистическихъ данныхъ позднѣйшаго времени и преимущественно на большихъ родильныхъ учрежденіяхъ.

Введеніе въ клиническую практику въ новѣйшее время тазорасширяющихъ операцій и болѣе широкое пользованіе кесарскимъ сѣченіемъ при относительныхъ показаніяхъ и внѣбрюшиннымъ кесарскимъ сѣченіемъ имѣло непосредственнымъ

своимъ слѣдствіемъ значительное уменьшеніе числа производи-
мыхъ перфораций по сравненію съ прежнимъ временемъ.

Въ то же время при сравнительной оцѣнкѣ опубликован-
ныхъ данныхъ нужно имѣть въ виду, что отмѣчаемая рѣдкость
примѣненія перфораций въ нѣкоторыхъ клиникахъ стоитъ въ
зависимости отъ сравнительно малаго числа встрѣтившихся въ
нихъ узкихъ тазовъ. Такъ, по Barnes, въ Royal Maternity
Charity въ London'ѣ перфорация была произведена только
въ 0,03% (на 40,000 родовъ 14 разъ); по этой же вышеуказанной
причинѣ и кесарское сѣченіе въ этомъ родильномъ учрежденіи
относится къ большой рѣдкости и было произведено въ 0,0002%
(40000 : 1).

Сравнительная рѣдкость узкихъ тазовъ въ Англіи вообще
объясняется правильной системой воспитанія, хорошими гигие-
ническими условіями населенія и развитіемъ спорта.

Остановливаясь теперь на данныхъ отечественныхъ изслѣ-
дователей относительно частоты перфораций, мы позволимъ себѣ
указать, что, по Михайлову, общій % перфораций для рус-
скихъ вспомогательныхъ учреждений = 0,38%; по Знаменско-
му, въ клиникѣ Проф. А. И. Лебедева % перфораций = 0,4%,
а по Агафонову, въ клиникѣ Проф. К. Ф. Славянскаго
этотъ % = 0,73%. Въ С.Петербургскомъ родовспомогательномъ
заведеніи, по Ко на р ж е в с к о м у, % перфораций = 0,41%, а въ
Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи, по К и с т е р у, =
0,33%. Для С.-Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютовъ
за періодъ времени 1899—1908 г.г., по К р и в с к о м у, этотъ %
перфораций выведенъ въ 0,2%. Мы на своемъ матеріалѣ на
10236 родовъ должны были прибѣгнуть къ прободенію головки
въ 9 случаяхъ, что составляетъ 0,08%.

Что касается иностранныхъ акушерскихъ клиникъ, то у
Olshausen'a % перфораций = 1,57%, Braun'a = 0,32%,
Zweifel'a = 1,71%, Winkel'a = 0,45%, Leopold'a = 1,8%.

Изъ сопоставленія только что приведенныхъ %⁰/₀ отношеній,
указывающихъ на частоту примѣненія перфорации въ различ-
ныхъ акушерскихъ клиникахъ, мы видимъ, сколь значительно
они разнятся между собой. Эта разница обусловливается, какъ
мы уже указали, главнымъ образомъ болѣе частымъ примѣне-
ніемъ большихъ хирургическихъ родоразрѣшающихъ операций.
Можно назвать клиники, напр., Ripard'a, гдѣ въ теченіе цѣлаго
года (1892) на 1800 родовъ ни разу не была сдѣлана перфорация
на живомъ плодѣ.

Кромѣ того, эта разница въ %⁰/₀ числовыхъ величинахъ зави-
ситъ, помимо указанныхъ раньше причинъ, отъ того, на сколько
часто въ отдѣльныхъ клиникахъ примѣняется прободеніе головки
при нормальныхъ или сѣуженныхъ тазахъ, какія границы сѣуже-
ній для производства перфорации принимаются въ различныхъ
клиникахъ и насколько точно устанавливаются степени сѣуже-
нія таза при опредѣленіи conj. diagonalis и conj. vera.

Большое значеніе въ этомъ отношеніи имѣетъ также
вопросъ, какъ часто прибѣгаютъ къ перфорации живого или
мертвого ребенка.

При узкихъ тазахъ, по даннымъ Новицкаго, прободеніе
головки было произведено въ 7%, по Виридарскому, оно

отмѣчено въ 8,7% и, по Фихтнеру, въ 1,2%, а если, онъ говоритъ прибавить случаи другихъ операций, оконченныхъ перфорацией, то получится 2,4%. На 1729 узкихъ тазовъ мы имѣли 9 случаевъ перфорации, слѣдовательно 0,5%.

По Ziermberger'у, перфорация была произведена при узкихъ тазахъ въ 7,4%, по Reham'у въ 6,32%, Hannes'у = 5,1%, Baisch'у = 2,9%.

Сравнительно меньшій % перфораций у Baisch'a изъ клиники Döderlein'a, чѣмъ въ другихъ иностранныхъ клиникахъ, получился потому, что въ этой клиникѣ чаще, чѣмъ въ прочихъ, примѣняются большія родоразрѣшающія операции — кесарское сѣчение и тазорасширяющія операции.

Разсмотрѣвъ вопросъ относительно частоты примѣненія операции перфорации вообще и убѣдившись, насколько колеблется частота ея производствъ въ различныхъ учрежденіяхъ, мы въ настоящее время коснемся вопроса, какъ часто прибѣгаютъ различные акушеры къ перфорации головки на живомъ плодѣ.

Нѣкоторые акушеры принципиально избѣгаютъ прободенія головки живого плода, пытаются произвести родоразрѣшеніе при помощи другихъ весьма рискованныхъ для матери оперативныхъ приемовъ (форсированные высокіе шипцы), и, если таковые не удаются, выжидаютъ обмиранія плода и тогда уже приступаютъ къ прободенію головки на мертвомъ плодѣ.

Мы предостерегаемъ отъ подобнаго образа дѣйствій, ведущаго къ травматическимъ поврежденіямъ родового канала матери и способствующимъ къ инфицированію родовыхъ путей при напрасномъ длительномъ выжиданіи. Разъ ребенокъ обреченъ на гибель, вслѣдствіе несоотвѣствій между костями родового канала матери и головкой плода, то въ интересахъ матери возможно скорѣе необходимо приступить къ прободенію головки живого плода и къ его извлеченію.

Въ клиникѣ Olshausen'a % перфорированныхъ живыхъ дѣтей по отношенію ко всему числу перфораций = 19%, въ клиникѣ Chrobak'a = 31%, а у Leopold'a = 34% и 48%, по Федорову этотъ % = 37,3%. На нашемъ матеріалѣ перфорация на живомъ плодѣ была произведена въ 3 случаяхъ изъ, т. е. 9 въ 30%. Изъ 3 случаевъ перфорации живыхъ дѣтей въ 2-хъ имѣлось косое положеніе, при чемъ въ одномъ было выпаденіе ручки; въ обоихъ этихъ случаяхъ былъ сдѣланъ внутренній поворотъ, но, вслѣдствіе невозможности извлечь послѣдующую головку, она была перфорирована. Въ послѣднемъ изъ этихъ случаевъ при головкѣ, стоящей надъ входомъ у роженицы съ conj. vera = 7,5 сантиметра, при наличности кольца сокращенія, судорожныхъ боляхъ и угрожающемъ разрывѣ матки, была сдѣлана осторожная попытка извлеченія головки щипцами, которая не увѣнчалась успѣхомъ, въ виду чего пришлось прибѣгнуть къ перфорации живого плода въ интересахъ матери для избѣжанія разрыва матки.

На 6 случаевъ перфораций на мертвыхъ или обмирающихъ плодахъ въ 3 случаяхъ роженицы были доставлены съ выпаденіемъ непупьсирующей пуповины и въ 2 изъ этихъ случаевъ уже наблюдалось кольцо сокращенія и угрожающій разрывъ матки. Изъ остальныхъ 3 случаевъ въ 2 сердцебиеніе не выслуши-

валось уже по прибытіи рожениць въ пріютъ, при чемъ одна изъ нихъ поступила съ припадками эклампсіи, а въ другомъ наблюдалось ясное кольцо сокращенія и повышеніе температуры; наконецъ, въ послѣднемъ случаѣ, съ сомнительными признаками жизни плода, при головкѣ, стоящей во входѣ, у роженицы безъ водъ и съ судорожными болями, сначала была сдѣлана осторожная попытка наложенія высокихъ щипцовъ, закончившаяся перфорацией.

Съуженные тазы, при которыхъ была произведена на нашемъ матеріалѣ перфорация, можно подраздѣлить на слѣдующія группы:

Плоскіе тазы	5
Плоскіе рахитическіе тазы	2
Общесъуженные тазы	2

По степенямъ съуженія тазы раздѣлялись такъ:

Плоскіе тазы:

Conj. vera = 9 сант.	2
„ = 7,5 „	2
„ = 6,5 „	1

Плоскіе рахитическіе:

Conj. vera = 7,5 „	1
„ = 5,5 „	1

Общесъуженные:

Conj. vera = 8,0 сант.	2
--------------------------------	---

Всѣ случаи произведенныхъ нами перфораций можно раздѣлить на двѣ группы—I) случаи перфораций предлежащей головки — 7 случ. и II) случаи перфораций послѣдующей головки 2 случ., что составляетъ первыхъ—77,8% и вторыхъ 22,2%. По Конаржевскому, въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи % перфораций, сдѣланныхъ на предлежащей головкѣ,=87,1% и на послѣдующей=12,9%. Къ даннымъ, полученнымъ нами по отношенію къ %% величинамъ, указывающимъ на частоту тѣхъ или другихъ перфораций, ближе подходятъ результаты опубликованные Копорка, по которому перфорация на предлежащей головкѣ была произведена въ 76,5% и на послѣдующей въ 23,5%.

Изъ 7 нашихъ случаевъ перфораций предлежащей головки въ 2 случ., т. е. въ 28,5%, при живыхъ плодахъ была сдѣлана осторожная пробная попытка извлеченія головки съ помощью высокихъ щипцовъ, что однако не увѣчалось успѣхомъ. По даннымъ Федорова, пробные щипцы, окончившіеся перфорацией, были наложены въ 16,4%, а по Конаржевскому, неудавшееся извлеченіе щипцами съ послѣдовательной перфорацией составляло 45,5%.

Изъ приведенныхъ данныхъ нѣкоторыхъ авторовъ, Meisner'a изъ клиники Leopold'a и Yamasaki изъ клиники Fritsch'a, видно, что при обмираніи плода или даже на мерт-

вомъ иногда все же дѣлается попытка извлеченія головки щипцами. Такой образъ дѣйствій мы совершенно не раздѣляемъ. Въ подобныхъ случаяхъ, ни мало не колеблясь, нужно, въ интересахъ матери, какъ можно скорѣе производить перфорацию, въ особенности, если имѣется повышенная температура матери во время родовъ и констатировано присутствіе грязныхъ водъ. Подобнаго же взгляда придерживается также K^gönig. Въдѣ въ этихъ случаяхъ головка стоитъ надъ входомъ таза, и потому дѣло идетъ объ извлеченіи головки съ помощью наложенія высокихъ щипцовъ, которые даже въ рукахъ опытнѣйшихъ акушеровъ являются опаснымъ инструментомъ, причиняющимъ значительныя поврежденія мягкихъ частей родового канала женщины, ведущія къ серьезнымъ послѣдствіямъ, нерѣдко оканчивающимся смертельнымъ исходомъ. Обычно эти случаи представляются уже въ большей или меньшей степени инфицированными, что въ значительной степени также увеличиваетъ опасность наложенія щипцовъ.

Наоборотъ, перфорациа и краниоклазіа при данныхъ условіяхъ является наиболѣе бережнымъ оперативнымъ вмѣшательствомъ и позволяетъ быстро удалить изъ матки мертвый плодъ нерѣдко уже съ признаками гнилостнаго разложенія вслѣдствіе аспириванія загнившей околоплодной жидкости.

Придерживаясь только что приведеннаго взгляда, мы не потеряли при перфорации ни одной матери, и послѣродовой періодъ у нихъ протекалъ вполне нормально, и родильницы всѣ выписались здоровыми черезъ 7—9 дней.

Въ другихъ клиникахъ, гдѣ придерживаются подобнаго же образа дѣйствій и гдѣ при перфорации не наблюдалось смертей отъ эклампси или другихъ случайныхъ осложнений, % смертности также = 0, какъ это видно, напримѣръ, изъ работы Yamasaki, вышедшей недавно изъ клиники Fritsch'a, гдѣ на 35 перфораций не было ни одной смерти матери. Въ клиникѣ Döderlein'a, по Baisch'u, смертность также = 0%; по Фихтнеру, эта смертность равнымъ образомъ = 0%.

Сравнительно большой матеріалъ, состоящій изъ 112 перфораций, опубликованный Meissner'омъ изъ клиники Leopold'a, далъ 1 случай смертности, т. е. = 0,9%, относящійся на счетъ этой операци.

Статистическія данныя относительно смертности матерей въ другихъ клиникахъ и родильныхъ учрежденіяхъ представляются менѣе благоприятными, такъ:

Bretschneider	= 7,57%
Холмогоровъ	= 7,5
Конаржевскій	= 9,6 %
Pinard	= 11,5 %
Steiner	= 15,4 %

Надо отмѣтить, что среди многихъ причинъ, ведущихъ къ смертельному исходу матери послѣ перфораций головки плода, септическія заболѣванія стоятъ на первомъ планѣ: въ Halle (Thorn) на 12,5% общей смертности при перфорацияхъ отъ сеп-

сиса погибло 6,25%, а въ München'ѣ (Winckel) на 15,4%—смертность отъ септического перитонита отмѣчена въ 7,7%.

Сравненіе данныхъ отчетовъ клиникъ за различные годы указываетъ, что смертность послѣ перфорации за послѣдніе годы значительно понизилась, что стоитъ непосредственно въ связи съ паденіемъ вообще смертности отъ септическихъ заболѣваній. Если, по Merkel'ю, въ Leipzig'ской клиникѣ за 1877—1882 г.г. смертность отъ сепсиса послѣ перфорации наблюдалась въ 4%, то, по Bretschneider'у, въ той же клиникѣ за 1896—1900 г.г. эта смертность пала до 0,75%, и вмѣстѣ съ тѣмъ общая смертность при перфорацияхъ спустилась здѣсь съ 12,8% до 7,57%. По Thorn'у, въ Halle'ской клиникѣ при уменьшеніи смертности отъ сепсиса съ 6,25% (1858—1883 г.г.) до 3,2% (1887—1897 г.г.), и общая смертность при перфорацияхъ за тѣ же года понизилась съ 12,5% до 8%.

Другими причинами, часто ведущими къ смертельному исходу матери послѣ перфорации и краниоклазіи, служатъ тѣ или другія акушерскія оперативныя вмѣшательства, предпринимаемая до перфорации съ цѣлью спасенія жизни плода. Часто послѣ многочисленныхъ попытокъ родоразрѣшенія на дому измученная роженица доставляется въ родильное учрежденіе съ обширнѣйшими травматическими поврежденіями мягкихъ частей родового канала, обезкровленная и съ разрывомъ матки, такъ, что перфорацию и краниоклазію приходится дѣлать почти на умирающей. Такіе случаи никоимъ образомъ нельзя относить на счетъ самой операціи краниотоміи, какъ, равнымъ образомъ, когда эта послѣдняя производится въ показанныхъ случаяхъ для быстраго опороженія матки при эклампсіи и когда роженица умираетъ въ послѣродовомъ періодѣ отъ причинъ, обусловленныхъ этимъ заболѣваніемъ.

Исключая подобные случаи, которые нельзя относить на счетъ самой операціи перфорации и на счетъ даннаго акушерскаго учрежденія, мы будемъ имѣть значительно меньшій % смертности: напр., по отчету клиники изъ Halle (Olshausen) эта смертность вмѣсто 5,7% будетъ = 2,9%, и ее то собственно должно отнести на счетъ самой операціи; по отчету изъ Berlin'ской клиники (Gussegow), вмѣсто 14,3% смертности, она будетъ = 8,3%, а по даннымъ Dresden'ской клиники (Leopold) эта смертность, отмѣченная въ 12,39%, по редуцированіи будетъ = 3,7%.

Одна изъ причинъ, которая увеличиваетъ % смертности матерей и которую нельзя ставить насчетъ самой операціи, та, когда врачъ, желая получить живого ребенка при среднихъ степеняхъ сѣуженія таза, чрезмѣрно выжидаетъ, слѣдствіемъ чего получается инфицированіе родового канала женщины, ухудшающее прогнозъ въ случаѣ необходимости производства перфорации. Иногда же во время выжиданія наблюдались разрывы матки и перфорация производилась на обезкровленной роженицѣ, а потому получался печальный исходъ, который ни коимъ образомъ не стоялъ въ связи съ операціей.

Такой нерѣшительный образъ дѣйствій, ведущій къ неблагоприятнымъ послѣдствіямъ, чаще всего наблюдался именно при

сбуженныхъ тазахъ среднихъ степеней, когда врачъ, искушаемый мыслью избѣгнуть кесарскаго сѣченія или примѣненія тазорасширяющихъ операций, рассчитывалъ достигнуть родоразрѣшенія съ помощью высокихъ щипцовъ и другихъ акушерскихъ операций, пробуя нерѣдко одну изъ нихъ послѣ другой, что приводило часто къ смерти плода и значительно ухудшало предсказаніе для матери.

Болѣе рѣшительный образъ дѣйствій у кровати роженицы и своевременное примѣненіе навѣрняка-спасающихъ жизнь плода операций, какими являются кесарское сѣченіе и гебостеотомія, конечно, при производствѣ ихъ въ условіяхъ асептики и съ опытными помощниками, даютъ гарантію полного гладкаго выздоровленія для матери; если же нѣтъ соответствующей обстановки для ихъ производства, или когда роженица отказывается отъ нихъ, то, при наличности показаній, своевременно произведенная перфорация даетъ наилучшее предсказаніе не только въ отношеніи смертности матерей, но и гладкости теченія послѣродового періода.

Какъ мы уже имѣли возможность отмѣтить выше, всѣ роженицы, наблюдаемыя нами послѣ перфорации, имѣли гладкое теченіе послѣродового періода и выписывались на 7—9 день. По *Yamasaki*, въ клиникѣ *Fritsch'a* результаты послѣ этой операции также были очень благоприятны:—изъ 35 перфораций; ни у одной изъ матерей не было никакихъ поврежденій; лихорадило въ послѣродовомъ періодѣ 7, и онѣ всѣ выписались на 10—23-й день вполне выздоровѣвшими. По *Bretschneider'u*, въ клиникѣ *Zweifel'я* 132 случая краниотомии дали въ 80 случ. безлихорадочное теченіе послѣродового періода, что составляетъ 60,61%, а въ 38 случ., т. е. въ 28,79%, онѣ протекали негладко и только въ 4 случ., т. е. въ 3,03% отмѣчено было послѣродовое заболѣваніе. По *Копорка*, на 34 роженицы послѣ этой операции лихорадило 6. *Конаржевскій* на 156 роженицъ, у которыхъ была сдѣлана перфорация, насчиталъ съ послѣродовыми заболѣваніями 35, что составляетъ 22,4%; сюда входили заболѣванія самой легкой формы, когда роженицу можно было выписать уже на 7-й день, и кончая тяжелыми формами. *Фихтнеръ* на 18 случ. перфораций отмѣчаетъ послѣродовыя заболѣванія въ 2 случ. и въ 5 случ. повышение температуры безъ локализаци; такимъ образомъ, заболѣваемость въ послѣродовомъ періодѣ по его статистическимъ даннымъ = 36,8%, и онѣ объясняютъ высокій % заболѣваемости тѣмъ, что операция часто дѣлалась у инфицированныхъ роженицъ.

Ziegmeberger, на большомъ (232 случ.) матеріалѣ *Wien'ской* клиники *Chrobak'a*, говоря о поврежденіяхъ въ зависимости отъ перфорации, болѣе точно касается этого вопроса и выводитъ частоту тѣхъ или другихъ поврежденій въ % числовыхъ величинахъ; такъ, не безынтереснымъ представляется отмѣтить, что чаще всего, какъ и слѣдовало ожидать, наблюдаются большіе разрывы шейки = 4,7%, а затѣмъ идутъ поврежденія маточныхъ губъ = 2,6%, полные разрывы промежности = 0,43%, пузырновлагалищныя фистулы = 0,43% и полные разрывы матки = 0,9%.

Наиболѣе часто встрѣчаемыя поврежденія шеечнаго канала,

ведущія нерѣдко къ значительнымъ кровотеченіямъ, обычно не стоятъ въ зависимости отъ операціи прободенія головки, но являются большей частью слѣдствіемъ спѣшнаго форсированнаго извлеченія, котораго надо, по возможности, избѣгать.

Сдѣлавъ перфوراцію при мало раскрытомъ зѣвѣ, необходимо выждать извѣстное время, тщательно наблюдая за ходомъ родового акта, причѣмъ часто приходится видѣть, что перфорированная головка скоро рождается силами природы, приспособляясь къ родовому каналу. За то, чтобы послѣ перфوراціи не тотчасъ приступать къ экстракціи плода, въ свое время высказывались также Schröder, Ahlfeld, Kehrer, Zangemeister.

Если бы имѣлись показанія для болѣе быстрого извлеченія головки, то для этого достаточно примѣнить силу влеченія съ помощью введеннаго въ отверстие согнутаго пальца или захватыванія краевъ перфорированныхъ черепныхъ частей костными щипцами Воëг'а, Mesnard'a, Stein'a. При послѣдующей же головкѣ часто самое слабое примѣненіе силы даетъ возможность безъ затрудненій вывести уменьшенную въ объемъ головку и избѣжать поврежденій шейки.

Въ общемъ надо сказать, что въ большинствѣ случаевъ выгоднѣе придерживаться взгляда перфорировать возможно раньше и затѣмъ выжидать, если это не приноситъ никакой опасности матери. Расширеніе шейки и изгнаніе плода идетъ послѣ перфوراціи головки значительно скорѣе и даже тамъ, гдѣ отсутствовали боли, они дѣлаются энергичными, когда перфорированная головка легко конфигурируется и проходитъ черезъ маточной зѣвъ.

Изъ всего вышесказаннаго мы позволяемъ себѣ сдѣлать слѣдующія заключенія: что касается необходимости ограниченія примѣненія перфوراціи на живомъ ребенкѣ не только въ клиникахъ и родовспомогательныхъ учрежденіяхъ, но даже и въ частной практикѣ, то на этотъ счетъ существуетъ полное единеніе взглядовъ акушеровъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда производство перфوراцій представляется неизбѣжнымъ (при отказахъ роженицы отъ кесарскаго сѣченія и тазорасширяющихъ операцій, при высокой температурѣ матери, при неблагоприятныхъ условіяхъ для операціи въ частной практикѣ и т. д.), возможно ранняя перфорація даетъ наилучшіе результаты.

Этого же правила при узкихъ тазахъ—перфорировать возможно раньше—надо придерживаться, когда роженица доставляется съ мертвымъ плодомъ или плодъ погибъ во время производства акушерскихъ родоразрѣшающихъ операцій, или когда опредѣлена пониженная жизнеспособность плода, и кесарское сѣченіе и тазорасширяющія операціи въ силу этого противопоказаны, а извлеченіе головки при помощи наложенія пробныхъ высокихъ щипцовъ не увѣнчалось успѣхомъ.

ПЕРФОРАЦІЯ.

akusher-lib.ru

Таблица № 5. П Е Р Ф О

№ по порядку	Г О Д Ъ и №	Размѣры таза.	П о к а з а н і я	
			м а т е р и.	
<i>П л о с к і е т а з ы</i>				
1	1901 — 283 повтор.	32 ¹ / ₂ . 25. 27. 18 ¹ / ₂ . 10 ¹ / ₂ . 9.	Судорож. боли. Полное откр. 6 ч. Водь нѣтъ.	
2	1902 — 444 повтор.	30. 23. 26. 18. 10. 9. 5	Кольцо сокр. Повыш. темп.	
<i>П л о с к і е т а з ы</i>				
3	1901 — 58 повтор.	30. 22. 25. 17 ¹ / ₂ . 9. 7,5.	Кольцо сокр. Судорож. боли. Водь нѣтъ.	
4	1905 — 155 повтор.	30 21. 24. 18. 9 ¹ / ₂ . 7,6. Рахитическій тазъ.	Кольцо сокр. Судорож. боли. Откр. зѣва 4 п.	
5	1908 — 627 повтор.	30. 24. 27. 9. 7,5.	Матка плотно сокращена. Водь нѣтъ.	
<i>П л о с к і е т а з ы</i>				
6	1904 — 923 повтор.	32. 25. 27. 17. 8. 6,5.	—	
7	1907 — 554 повтор.	30. 23 ¹ / ₂ . 25. 17. 7. 5,5. Рахитическій тазъ.	Образованіе кольца сокращ.	
<i>О б щ е - с в ъ у ж е н</i>				
8	1902 — 295 повтор.	28. 23. 25. 17 ¹ / ₂ . 10. 8.	Эклампсія. Высок. темп. Пол- ное открытіе.	
9	1907 — 161 повтор.	27. 23. 25. 17 ¹ / ₂ . 10. 8.	Кольцо сокращенія. Полное открытіе.	

РАЦІИ

с о с т о р о н ы	П о с л ѣ д с т в і я д л я	
	р е б е н к а.	м а т е р и.
<i>1-й с т е п е н и.</i>		
Головка во входѣ, сердцб. сомнительно.	Нормальное течение послѣ-род. періода.	Перфорация послѣ попыт. нал. щип.
Отсут. сердцебіенія.	—	Перфорация.
<i>2-й с т е п е н и.</i>		
Головка надъ входомъ.	—	Перфорация послѣ попыт. нал. щип.
Выпавшая непульс. пуповина. Litzman'овское вставленіе головки.	—	Перфорация.
Выпала непульсирующая пуповина.	—	Перфорация.
<i>3-й с т е п е н и.</i>		
Косое положеніе.	—	Поворотъ и перфорация послѣд. головки.
Косое положеніе. Выпаденіе ручки.	—	Поворотъ и перфорация послѣд. головки.
<i>н ы е т а з ы.</i>		
Отсутствіе сердцебіенія.	—	Перфорация.
Выпаденіе непульсирующей пуповины. Головка вставлялась по Litzman'у.	—	Перфорация.

ПУБИТОМИЯ.

- Bar.*—Leçons de pathologie obstetricale. Paris 1900.
Blumreich.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 57.
Brossok.—Beitr. zur Lehre von d. Hebosteotomie.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 20.
Bumm.—Zentr. f. Gyn. 1906. № 32.
Döderlein.—Arch. f. Gyn. Bd. 72.
Онь-же.—Zentr. f. Gyn. 1906 № 3.
Fasbender.—Geschichte d. Geburtshilfe. Jena 1906.
Fehling.—Die künstliche Frühgeburt in der Praxis.—Berl. Klin. Woch. 1892, № 25.
Онь-же. Zentr. f. Gyn 1906, № 44.
Frütsch.—Die Indicationstellung zur Symphyseotomie.—Beitr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 3. 1910.
Онь-же. Alte u. neue Geburtshilfe.—Deutsch. med. Woch. 1908, № 33.
Gigli.—Della serione della sinfisi con la sega in filo metallico.—Ann. di Ost. e Gin. 1893. Juli.
Онь-же. Zentr. f. Gyn. 1902, № 48.
Hofmeier.—Zentr. f. Gyn. 1906, № 44.
Hunziker.—Ueber die immitellbaren und späteren Resultate der künstlichen Frühgeburt, eingeleitet wegen Beckenenge.—Hegar's Beitr. Bd. IX. 1904, H. 1.
Kannegisser.—Ueber subkutane Hebotomie auf Grund von weiteren 30 Fällen u. üb. die „Dauererfolge“ der Operation.—Arch. f. Gyn. Bd. 78, Hft. 1.
Кривский, Л. А.—Вторичная гебостеотомия.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1910 г. Февраль.
Kupferberg.—Die Therapie bei Beckenverengungen mittleren Grades.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 45.
Leopold.—Ueber die Indication zur Sectio Caesarea, Symphyseotomia, Kranio-
tonia u. künstliche Frühgeburt.—Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. in Amsterdam 8—12 Aug. 1899.
Личкусь, Л. Г.—Къ вопросу о пубіотоміи.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1906 г.
Meyer.—Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1905, № 28.
Онь-же.—Ibid. 1906, № 3.
Неловъ, Н. К.—Современное состояніе вопроса о пубіотоміи.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1910, январь.
Neu.—Vesicolabialfistel nach Hebosteotomie.—Zeitschr. f. gynäkolog. Urologie, Bd. 1.
Olshausen.—Zentr. f. Gyn. 1906, № 1.
Pfannenstiel.—Ibid, № 44.
Ponard.—De la symphyseotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1893. De l'aggrandissement momentané du bassin.—Rapport lu au congrès internat. des sciences médicales tenue à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.
Онь-же.—De la symphyseotomie à la clinique Baudelocque du 7 déc. 1896.—Ann. de Gynéc. 1897.
Прозоровскій, Н. М.—Семь случаевъ пубіотоміи съ демонстраціей большой послѣ пубіотоміи.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1910 г. февраль.

- Reifferscheid.*—Zentr. f. Gyn. 1905, № 42.
Онъ же.—Ibid 1906, № 18.
Онъ же.—Ibid 1910, № 3.
Schauta.—Leitfaden der Geburtshilfe. 1892.
Онъ же.—Zentr. f. Gyn. 1905.
Schickel.—Ibid. 1906, № 44.
Schläfli.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 64.
Sellheim.—Die Erweiterung des Beckens nach Hebotomie u. Symphyseotomie.—
Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Kiel. 1905.
Sigault.—An in partu contra naturam sectio symphyseos ossium pubis sectione
caesarea promptior et tutior. Andegor 1773.
Sitzenfrey.—Zentr. f. Gyn. 1905.
Stöckel.—Ibid., 1906 №№ 3 u. 32.
Онъ же.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31, Hft. 5.
Строгановъ, В. В.—О пубіотоміи.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1910 г.
февраль.
Tóth.—Neuere Hebesteotomie.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 19.
Van de Velde.—Zentr. f. Gyn. 1902, № 37.
Онъ же.—Ein Fall von Pubiotomie.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. März 1902.
Walcher.—Zentr. f. Gyn. 1905, № 36.
Zweifel.—Ibid. 1906, № 26.

Пубіотомія, или какъ предложилъ называть Zweifel, гебостеотомія, принадлежитъ собственно къ подготовительнымъ родо-разрѣшающимъ операціямъ и состоитъ въ расширеніи костнаго тазового кольца путемъ распила горизонтальной вѣтви лонной кости. Цѣль ея—устранить пространственное несоотвѣтствіе между костными родовыми путями матери и головкою плода, чтобы такимъ образомъ предоставить послѣдному возможность родиться живымъ съ помощью естественныхъ родовыхъ силъ матери или искусства акушера.

Пубіотомія получила свое развитіе и вошла въ кругъ акушерскихъ операцій въ теченіе послѣдняго десятилѣтія съ установленіемъ „хирургической эры“ въ акушерствѣ, хотя идея объ устраненіи пространственнаго несоотношенія со стороны таза путемъ искусственнаго расширенія его—не нова. Прототипомъ пубіотоміи является симфизиотомія, которая была впервые произведена въ 1655 году на умершей во время родовъ женщины de la Courvée'емъ и въ 1777 году повторена съ успѣхомъ для матери и плода Sigault на живой, нѣкоей Souchot, рожавшей въ пятый разъ и имѣвшей сѣуженный тазъ съ conj. vera 6,75 сант.

Операція Sigault привлекла къ себѣ вниманіе акушеровъ и подверглась критической оцѣнкѣ. Разбирая могуція встрѣтиться осложненія и затрудненія при производствѣ симфизиотоміи, Aitken въ 1784 году указалъ на окостенѣніе симфиза и предложилъ въ этихъ случаяхъ примѣнять распилъ лонной кости, съ одной или обѣихъ сторонъ, съ помощью придуманной имъ пилы. Операція эта—пельвиотомія—въ исполненіе имъ приведена не была.

Въ 1821 году Champion вновь предложилъ перепиливаніе лонной кости вблизи лоннаго сочлененія, а Stolz въ 1838 году видоизмѣнилъ эту операцію, примѣнивъ для распиливанія кости цѣпочечную пилу, которую онъ вводилъ съ помощью изогнутой иглы черезъ небольшой надрѣзъ у верхняго края лонной кости вблизи лоннаго сочлененія. Однако на живой эта операція Stolz'емъ не была произведена, мысль о ней постепенно

заглохла, и только въ 1893 году снова напомнилъ о ней Gigli, предложивъ для распиливанія кости свою пилу и описавъ свой способъ.

Но лишь черезъ 10 лѣтъ слишкомъ, когда Döderlein опубликовалъ свой подкожный способъ пубіотоміи и сообщилъ затѣмъ о полученныхъ имъ и другими операторами результатахъ, эта операція стала акушерскимъ вопросомъ дня и подверглась усиленной разработкѣ какъ со стороны ея техники, такъ и показаній къ ней.

Что касается техники, то теперь почти исключительно примѣняется т. н. „закрытый“ способъ, разработанный Döderlein'омъ, Вumm'омъ, Leopold'омъ, Walcher'омъ, Stöckel'емъ и др.

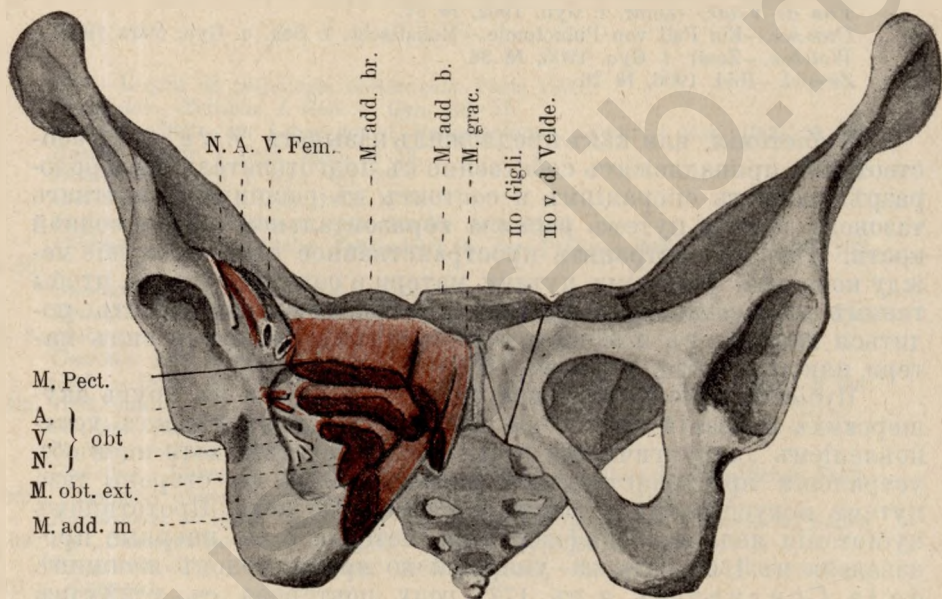


Рис. 4. Анатомическія отношенія при пубіотоміи. Направление разръзовъ по Gigli и по Van de Velde.

Представителемъ „открытаго“ способа (Gigli, van de Velde. Рис. 4) является Tandler, способъ котораго состоитъ въ слѣдующемъ: Кожный разръзъ, длиною въ 3 сант., проводится параллельно нисходящей вѣтви лонной кости, отступая на 1 сант. отъ нижняго края симфиза кнаружи отъ лѣвой большой губы, которая отягивается книзу и кнутри. Разръзъ проникаетъ до кости, при чемъ обнажается пещеристое тѣло клитора; надкостница надрѣзается и отдѣляется вмѣстѣ съ пещеристымъ тѣломъ кнутри и книзу, затѣмъ перерѣзается между двумя лигатурами пещеристое тѣло вмѣстѣ съ надкостницей и мышцей. Послѣ этого, помощью распатора надкостница отслаивается отъ внутренней поверхности лонной кости, и подъ надкостницей проводится изогнутая тупая игла—проводникъ до тѣхъ поръ, пока она, проткнувши прямую мышцу, не дойдетъ до кожи, кнутри отъ лоннаго бугорка. Кожа надрѣзается, къ иглѣ при-

крѣпляется пила, которая протаскивается обратно, и кость перепиливается въ вертикальномъ направленіи. (Рис. 5 и 6).

Закрытый способъ былъ предложенъ въ виду опасности зараженія, представляемой открытой рѣзанной раной, между тѣмъ какъ тотъ или иной исходъ пубіотоміи зависитъ отъ заживленія раны первымъ натяженіемъ. Встрѣченный общимъ со-



Рис. 5. Проводникъ пилы и рукоятки къ ней по Döderlein'у.

чувствіемъ подкожный способъ Döderlein'a (Рис. 7), положившій начало закрытымъ способамъ, состоитъ въ слѣдующемъ: Надъ лѣвымъ лоннымъ бугоркомъ проводится разрѣзъ длиною въ 2 сант.; введеннымъ въ этотъ разрѣзъ указательнымъ пальцемъ мягкія части отслаиваются отъ задней поверхности лонной кости до нижняго ея края; здѣсь соотвѣтственно верхушкѣ пальца въ

кожѣ лѣвой большой губы дѣлается маленькое противоотверстіе. Затѣмъ по пальцу сверху внизъ вводится проводникъ Döderlein'a, съ помощью котораго проводится снизу вверхъ пилка Gigli, послѣ чего кость перепиливается. По окончаніи родовъ верхняя и нижняя ранки зашиваются.



Рис. 6. Проводникъ пилы по Витт'у.

Подкожный способъ Döderlein'a подвергся различнымъ видоизмѣненіямъ и упрощеніямъ съ цѣлью, главнымъ образомъ, уменьшить размѣръ кожной раны. Такъ, въ клиникѣ Leopold'a вмѣсто разрѣза стали дѣлать вколъ ножомъ надъ лоннымъ бугоркомъ, оттянувши кожу кверху, чтобы кожная и костная раны не совпадали. Къ ранѣ этой пальцемъ не прикасаются, а проводникъ Döderlein'a, верхушка котораго все время плотно прилегаетъ къ кости, зондируя, проводится по задней поверхности ея до наружной поверхности большой губы у нижняго края нисходящей вѣтви лонной кости. Здѣсь въ точкѣ, соответствующей бугорку, послѣ смѣщенія кожи, верхушка проводника либо протыкается, либо выводится черезъ небольшой надрѣзъ кожи. Вдѣвается пилка и проводится снизу вверхъ. Кость перепиливается, послѣ чего ранки зашиваются и заливаются коллодіемъ.

Еще болѣе упростилъ закрытый способъ пубіотоміи Витт, ограничивъ пораненіе въ кожѣ только мѣстами вкола и выкола иглы. Пубіотомія по его способу производится такъ: отступивъ на 1 палецъ отъ срединной линіи вправо или влѣво и оттянувъ похотникъ и малую губу въ противоположную сторону, вкальваютъ между большой и малой губами, вплотную у нижняго края лонной дуги, специально придуманную Витт'омъ иглу съ высоко приподнятой рукояткой; постепенно опуская рукоятку и двигая иглу впередъ, подъ контролемъ пальца,

введеннаго во влагалище, прокалываютъ кожу у верхняго края лонной дуги близъ симфиза. Затѣмъ прикрѣпляютъ къ иглѣ пилку, выводятъ ее съ иглой и перепиливаютъ кость.

Подкожная пубіотомія по способу вкола (Stichmethode) не вытѣснила однако подкожной пубіотоміи по способу разрѣза

(Schnittmethode), какъ болѣе безопасной въ отношеніи непроизвольныхъ раненій мочевого пузыря (и другихъ органовъ), и большинство, по крайней мѣрѣ, нѣмецкихъ акушеровъ оперируютъ по способу Döderlein'a, хотя по заключенію Stöckel'a, приверженца пубіотоміи по способу вкола, опасность пораненія мочевого пузыря при правильной technikѣ и правильномъ выборѣ случая и при вколѣ исключается съ достовѣрностью. Какъ отмѣчаетъ Stöckel, наиболѣе существенное значеніе для избѣжанія пораненія мочевого пузыря при пубіотоміи по способу вкола имѣетъ то обстоятельство, что пузырь при родовой дѣятельности матки, когда подлежащая часть плотно прижимается или вступаетъ въ тазовой входъ, болѣе или менѣе отклоняется отъ средней линіи. Больше всего отклоненіе это выражено при головныхъ предлежаніяхъ, менѣе при ягодичныхъ и едва замѣтно—при поперечныхъ. Поэтому слѣдуетъ избѣгать пубіотоміи при не головныхъ предлежаніяхъ, а при послѣднихъ не отодвигать при вколѣ головки вверхъ. Такъ какъ отклоненіе пузыря происходитъ почти исключительно вправо отъ средней линіи, то и пубіотомію приходится производить на лѣвой сторонѣ. Развитие сосудовъ и расширеніе венъ на выборъ стороны не должны имѣть вліянія, такъ какъ кровотечения изъ мѣсть укола легко останавливаются прижатіемъ.

При пубіотоміи по способу Döderlein'a, гдѣ проведеніе пилы производится подѣ руководствомъ пальца, предлежаніе плода, конечно, не имѣетъ значенія.

Встрѣченная очень сочувственно, почти восторженно, пубіотомія, съ теченіемъ времени, когда накопилось значительное число сообщеній о результатахъ этой операціи, нерѣдко неудачныхъ, стала подвергаться рѣзкимъ нападкамъ, такъ что отношеніе къ ней смѣнилось другою крайностью—сдѣлалось отрицательнымъ со стороны многихъ акушеровъ.

Въ противоположность Дрезденскому Съѣзду нѣмецкихъ гинекологовъ въ 1907 году, гдѣ пубіотомія была превознесена, черезъ два года на Съѣздѣ въ Страсбургѣ вопросъ о пубіотоміи совсѣмъ даже не поднимался.

Однако такое отношеніе къ пубіотоміи нельзя не назвать несправедливымъ, такъ какъ оно основано на результатахъ, полученныхъ, главнымъ образомъ, отдѣльными операторами, производившими эту операцію по 1—2 раза безъ выработанной техники и при не достаточно разработанныхъ показаніяхъ. Серіи операцій въ нѣсколько десятковъ случаевъ изъ одного и того же учрежденія, производимыхъ по одному и тому же методу, стали опубликовываться только въ послѣднее время и позволяютъ болѣе оптимистически смотрѣть на значеніе пубіотоміи въ ряду другихъ акушерскихъ пособій въ противоположность выводамъ Schläfli изъ клиники Herffa,

Этотъ авторъ, на основаніи 700 собранныхъ въ литературѣ случаевъ пубіотоміи, установилъ смертность матерей послѣ нея въ 4,37% и для дѣтей—въ 9,18%. Вмѣстѣ съ тѣмъ статистика Schläfli приводитъ довольно большое число непосредственныхъ и отдаленныхъ осложненій со стороны матери, какъ кровотечения—2 раза смертельныя, поврежденія мочевыхъ путей иногда съ послѣдующимъ недержаніемъ мочи, разрывы рукава и наруж-

ныхъ половыхъ частей, грыжи на мѣстѣ распила кости, разстройство походки, пониженная трудоспособность и т. п.

Однако операторы, располагающіе дѣльными сериями случаевъ, получили гораздо болѣе благопріятные результаты, доказывая этимъ, что вина въ неудачѣ лежитъ не въ самой операціи, а въ способѣ ея выполненія. Такъ, Schauta сообщилъ о 50 случаяхъ пубіотоміи безъ одного смертельнаго исхода для матери, Fritsch на 36 случ. пубіотоміи потерялъ 1 оперированную, Bumm—на 53 также 1, Leopold—на 85—2-хъ, Fehling—на 23 ни одной, Hoesne—на 23—1, Stöckel—на 24—ни одной, Döderlein на 53—одну отъ паралитическаго ileus'a безъ прямой зависимости отъ пубіотоміи. Такимъ образомъ % смертности матерей на основаніи матеріала восьми клиникъ опредѣляется всего въ 1,73%.

Что касается смертности дѣтей при пубіотоміи, которая совершается исключительно въ интересахъ ребенка, то идеаломъ долженъ быть 0%; это однако не всегда достигается, и вышеприведенные статистики Schauta, Fritsch'a, Leopold'a, Stöckel'я, Döderlein'a омрачены потерями дѣтей, повидимому, въ зависимости отъ слишкомъ долгаго выжиданія произвольнаго рожденія ребенка послѣ распила кости, несмотря на тщательный контроль сердцебіенія плода, почему Döderlein, равно какъ Leopold, Tauffer и Schauta, совѣтуютъ къ пубіотоміи присоединять родоразрѣшеніе. Stöckel однако считаетъ вопросъ „ждать или не ждать произвольнаго рожденія ребенка“ довольно трудно разрѣшимымъ, такъ какъ должны приниматься во вниманіе интересы матери и плода, раннее извлеченіе котораго можетъ причинить тяжелыя поврежденія матери, а позднее—стоитъ ему жизни. Во всякомъ случаѣ, по мнѣнію Stöckel'я, слѣдуетъ стремиться къ самопроизвольнымъ родамъ, не упуская изъ виду и ребенка.

И относительно отдаленныхъ результатовъ упомянутые операторы высказываются довольно благопріятно. Такъ, у Stöckel'я гладко поправились и сохранили трудоспособность всѣ оперированныя. Лишь одна на 25-й день была выписана съ продолжавшимся недержаніемъ мочи на почвѣ разрыва сфинктера, что авторъ рассчитываетъ устранить впослѣдствіи путемъ операціи, если недержаніе не исчезнетъ самопроизвольно.

Въ виду важности для удачнаго исхода пубіотоміи правильнаго выбора случая, показанія къ ней должны быть строго ограничены: пубіотомія, какъ въ этомъ согласно теперь большинство акушеровъ, показана при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ 1 и 2-й степени у повторнородящихъ, у которыхъ, на основаніи теченія предшествующихъ родовъ рожденіе живого ребенка силами природы или съ помощью акушерскихъ операцій (высокіе щипцы, поворотъ и извлеченіе) съ достовѣрностью исключается. Предѣломъ для пубіотоміи должна быть истинная конъюгата въ 7 сант. при плоскомъ тазѣ и 7,5 при общесъуженномъ, такъ какъ при меньшей конъюгатѣ головка доношеннаго плода или не въ состояніи будетъ пройти черезъ тазъ и послѣ распила кости, или при прохожденіи обусловитъ значительныя поврежденія костныхъ и мягкихъ родовыхъ путей. При преждевременныхъ родахъ и въ зависимости отъ индивидуальности слу-

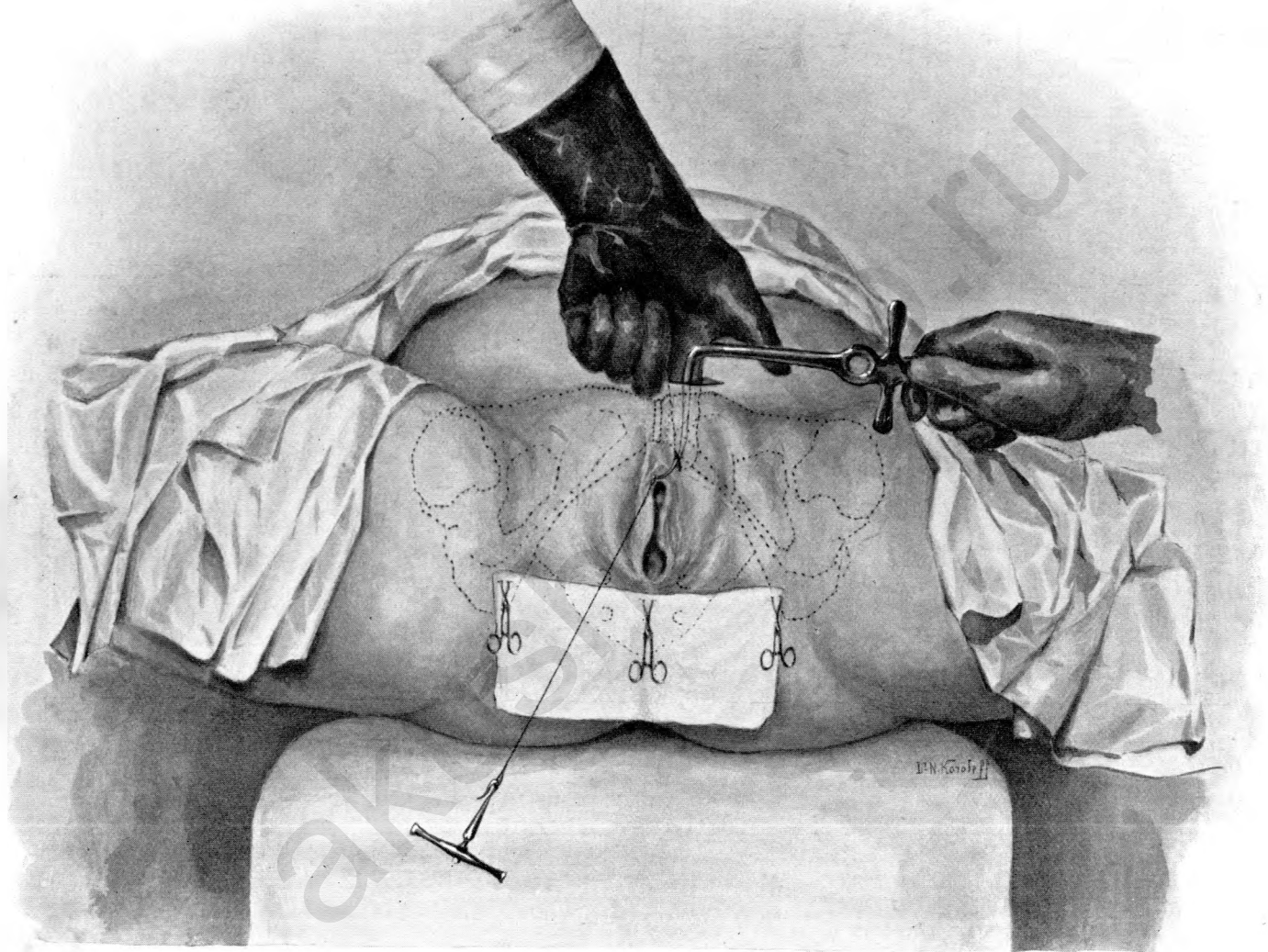


Рис. 7. Пубіотомія по Döderlein'у.

чая размѣръ истинной конъюгаты можетъ быть нѣсколько ниже. У первородящихъ пубіотомія должна производиться лишь въ видѣ исключенія при отказѣ или невозможности произвести болѣе серьезную операцію—кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи—и настоятельномъ желаніи матери имѣть живого ребенка. Противопоказаніемъ къ пубіотоміи у первородящихъ является опасность тяжелыхъ поврежденій мочевого пузыря, мочеточниковъ, болѣе крупныхъ сосудовъ, рукава и наружныхъ половыхъ частей, особенно при искусственномъ родоразрѣшеніи путемъ извлеченія за тазовой конецъ. Нѣкоторые авторы (Stöckel) даже считаютъ пубіотомію при тазовыхъ предлежаніяхъ вообще нежелательною, въ виду необходимости быстрого выведенія головки, что сопряжено съ большимъ рискомъ для цѣлости мягкихъ тканей и, главнымъ образомъ, мочевого пузыря.

Кромѣ того, общимъ противопоказаніемъ для пубіотоміи является анкилозъ крестцово-подвздошнаго соединенія, препятствующій расхожденію распиленной кости, и признаки инфекціи, выражающіеся высокою температурою и недоброкачественными выдѣленіями изъ полового канала. Въ случаяхъ „сомнительныхъ“ въ отношеніи инфекціи пубіотомія, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Stöckel, Bumm), допустима, съ чѣмъ можно согласиться лишь при условіи тщательной индивидуализаціи случая. Наболѣе выгодной, какъ кажется, при этихъ условіяхъ является подкожная пубіотомія по способу вкола.

Съ выработкою прочно установленныхъ показаній пубіотомія заняла опредѣленное мѣсто по отношенію къ другимъ родоразрѣшающимъ операціямъ при узкомъ тазѣ—прободенію головки живого плода, искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, профилактическому повороту, высокимъ щипцамъ и кесарскому сѣченію при относительномъ показаніи—при условіи, конечно, введенія родовъ въ клинической обстановкѣ.

Относительно пубіотоміи въ условіяхъ частной практики мнѣнія еще существенно расходятся: тогда какъ одни (Kappengiesser, Reifferscheid, Ruppert, Личкусъ), видя въ пубіотоміи серьезную хирургическую, часто кровавую, операцію, требующую надлежащей обстановки и опытной ассистенціи, высказываются противъ допустимости ея внѣ клиникъ и родовспомогательныхъ учреждений, другіе (Sigwart, Stöckel) съ упрощеніемъ техники ея по способу вкола видятъ въ ней сравнительно легкое и простое оперативное пособіе, которое, въ случаѣ нужды, можетъ быть произведена съ успѣхомъ и въ частной квартирѣ, но только опытнымъ въ хирургическомъ отношеніи акушеромъ. Такое ограниченіе однако сильно умаляетъ значеніе пубіотоміи, какъ операціи пригодной для частной практики, такъ какъ для послѣдней имѣютъ цѣнность лишь операціи, которыя могутъ быть произведены всякимъ акушеромъ и при всякой обстановкѣ. По нашему мнѣнію, пубіотомія требуетъ непремѣнно клинической обстановки, гдѣ бы таковая ни была создана, и лишь при этомъ условіи можетъ быть сравниваема съ вышеперечисленными акушерскими операціями.

Какъ уже было выше упомянуто, цѣль пубіотоміи—получить живого ребенка. Главнымъ побужденіемъ къ введенію пубіотоміи въ число акушерскихъ операцій и было именно жела-

не вычеркнуть изъ списка послѣднихъ операцію прободенія головки живого плода. Первоначально, когда пубіотомію рассчитывали производить въ сомнительныхъ и даже зараженныхъ случаяхъ, казалось, что цѣль достигнута. Однако, неблагоприятныя послѣдствія для матерей отъ пубіотоміи въ инфицированныхъ случаяхъ, заставляютъ теперь съ крайнею осторожностью рѣшаться на эту операцію въ сомнительныхъ случаяхъ и всѣмъ отказаться отъ нея при явно выраженной инфекціи, при наличности которой, какъ къ *ultimum refugium*, при невозможности профилактическаго поворота и безуспѣшности высокихъ щипцовъ, остается для спасенія жизни матери прибѣгать къ прободенію головки живого плода. Такимъ образомъ прободеніе головки живого плода не можетъ быть еще исключено изъ числа акушерскихъ операцій, и положеніе Pinard'a „la perforation de l'enfant vivant a vesu“ не выполнимо, пока беременныя съ узкимъ тазомъ не будутъ заблаговременно обращаться въ родовспомогательныя учрежденія.

Такъ же лишь въ зависимости отъ ранняго обращенія къ акушеру могутъ конкурировать съ пубіотоміей искусственныя преждевременныя роды. Беременная, потерявшая при предшествовавшихъ родахъ нѣсколькихъ дѣтей и желающая имѣть живого ребенка, не подвергаясь распилу кости, имѣетъ возможность при помощи преждевременныхъ родовъ получить живого ребенка, котораго при хорошемъ послѣдующемъ уходѣ всегда можно сохранить. Существующее мнѣніе относительно усиленной смертности вскорѣ же послѣ рожденія дѣтей, рожденныхъ при помощи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, опровергается многочисленными наблюденіями, а изъ опубликованныхъ статистикъ (Hunziker, Fehling) видно, что изъ такихъ дѣтей въ %-мъ отношеніи остается живыхъ почти столько же, сколько изъ рожденныхъ въ срокъ. Для жизни же и здоровья матери искусственныя преждевременныя роды гораздо менѣе опасны, чѣмъ пубіотомія, которая является операціею *ex necessitate*, когда время для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ уже пропущено.

Для улучшенія результатовъ для дѣтей нѣкоторые (Fehling, Pfannenstiel, Walcher) совѣтуютъ прибѣгать къ пубіотоміи, какъ подспорью при преждевременныхъ родахъ, что допустимо лишь послѣ долгаго выжиданія, когда головка не опускается въ полость таза, и сообразно индивидуальности каждаго отдѣльнаго случая.

Что же касается отношенія пубіотоміи къ профилактическому повороту, какъ родоразрѣшающей операціи при суженныхъ тазахъ, то съ выработкою хирургическихъ методовъ родоразрѣшенія послѣдній въ клиникахъ долженъ быть совершенно оставленъ. Какъ справедливо замѣчаетъ Stöckel, оперировать профилактически значитъ часто оперировать безъ необходимости, такъ какъ показанія къ оперативному вмѣшательству выясняются лишь изъ теченія родовъ: нерѣдко вѣдь случается, что роды внушавшіе опасеніе въ возможности самопривольнаго окончанія, кончаются силами природы и, наоборотъ, тамъ, гдѣ тщательное изслѣдованіе при началѣ родовъ не заставляло предполагать о пубіотоміи или кесарскомъ сѣченіи,—приходится

прибѣгать къ этимъ операціямъ. Въ первыхъ случаяхъ, нельзя не согласиться съ Stöckel'емъ, профилактическое оперированіе было бы совершенно излишне, а въ послѣднихъ—безъ хирургическихъ методовъ—дѣти несомнѣнно были бы потеряны. Поэтому вооруженный хирургическими методами родоразрѣшенія клиницистъ—при отсутствіи показаній со стороны матери и плода,—можетъ спокойно слѣдить за теченіемъ родовъ, чтобы въ нужную минуту оказать соответствующую хирургическую помощь съ увѣренностью спасти и мать, и ребенка, тогда какъ профилактической поворотъ при самыхъ благоприятныхъ условияхъ со стороны матери (совершенное открытіе зѣва, цѣлый плодный пузырь) является не безразличной операціей для плода; предсказаніе для плода еще болѣе ухудшается при суженіи таза, и дѣтская смертность послѣ профилактическаго поворота при узкомъ тазѣ исчисляется въ 30—70⁰/₀. При отсутствіи благоприятныхъ условий со стороны матери серьезно ухудшается предсказаніе и для нея. Такие результаты даютъ полное основаніе отказаться въ клиникѣ отъ профилактическаго поворота въ пользу пубіотоміи. Наоборотъ, въ частной практикѣ профилактической поворотъ долженъ быть предпочтенъ пубіотоміи, какъ операція, при благоприятныхъ условияхъ дающая надежду на получение живого ребенка, и несомнѣнно болѣе простая для матери, чѣмъ пубіотомія.

Высокіе щипцы при узкомъ тазѣ справедливо пользуются репутаціей операціи, дающей очень неблагоприятные результаты для дѣтей и довольно опасной для матери, въ особенности, если щипцы накладываются не въ клинической обстановкѣ и лицомъ еще не вполне опытнымъ. Смертность матерей, по Дмитріеву, при высокихъ щипцахъ вообще 2,4⁰/₀, смертность дѣтей—26,4⁰/₀, а если прибавить неудачные случаи, оконченные перфораціей, то 50⁰/₀, при узкихъ же тазяхъ смертность дѣтей соответственно повышается до 33,67⁰/₀ и 60,12⁰/₀. Поэтому нельзя не согласиться съ тѣми акушерами, а ихъ большинство, которые совѣтуютъ крайнюю осторожность въ примѣненіи высокихъ щипцовъ при узкомъ тазѣ, понимая подъ операціей высокихъ щипцовъ наложеніе ихъ на головку вполне подвижную надъ входомъ таза или же, несмотря на конфигурацію, только тѣсно прижатую и вступившую въ тазовой входъ незначительнымъ сегментомъ, такъ что подъ наркозомъ легко происходитъ ея отхожденіе отъ входа. При явственно выраженномъ значительномъ пространственномъ несоотношеніи между головкой плода и размѣрами таза высокие щипцы совершенно противопоказаны. Но, съ другой стороны, встрѣчаются довольно нерѣдко случаи, гдѣ несоответствіе между головкой и тазомъ незначительно и гдѣ вставленіе головки не происходитъ вслѣдствіе неправильнаго направленія равнодѣйствующей изгоняющихъ силъ (отвислый животъ) или вслѣдствіе ихъ недостаточности. Въ такихъ случаяхъ, если дальнѣйшее выжиданіе почему либо представляется опаснымъ, осторожное наложеніе высокихъ щипцовъ съ примѣненіемъ Walcher'овскаго положенія и вдавливанія головки снаружы вполне показано при условіи не форсировать тракцій. При отсутствіи поступательнаго движенія плода, когда нѣтъ указаній на инфекцію остается прибѣгнуть къ пубіотоміи, а въ

случаяхъ инфицированныхъ или при отказѣ роженицы отъ пубіотоміи—къ прободенію головки живого плода. Исходя изъ того соображенія, что причины невставленія головки въ тазъ кроются часто не только въ пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ, но и въ вышеприведенныхъ обстоятельствахъ (неправильное направленіе силъ, слабыя боли), при чемъ трудно бываетъ оцѣнить значеніе той или другой причины, нельзя согласиться съ тѣми акушерами, которые полагаютъ, что пубіотомія и наложеніе высокихъ щипцовъ представляютъ изъ себя двѣ взаимно исключаютія другъ друга операціи и, гдѣ есть возможность получить высокими щипцами живой и жизнеспособный плодъ, тамъ нѣтъ показанія для пубіотоміи. Это было бы правильно, если бы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ дана была возможность судить заранее объ успѣшности или неудачѣ высокихъ щипцовъ. При отсутствіи пока такой возможности, думается, слѣдуетъ пубіотомію предпосылать попытку извлеченія ребенка съ помощью щипцовъ, какъ операціи, несомнѣнно, менѣе опасной для матери, и при осторожномъ примѣненіи и своевременномъ оставленіи въ случаѣ неудачи неособенно вліяющей и на жизнеспособность плода. Удавшіеся высокіе щипцы, по справедливому замѣчанію Stöckel'я, доставляютъ болѣе удовлетворенія, чѣмъ какая либо другая акушерская операція. Исключеніемъ изъ этого правила являются случаи съ явственно выраженнымъ значительнымъ несоотвѣтствіемъ между тазомъ и головкою или такіе, гдѣ анамнезъ указываетъ на дурные результаты отъ высокихъ щипцовъ при прежнихъ родахъ съ такой же, приблизительно, величины плодомъ.

Отношеніе пубіотоміи къ внѣбрюшинному кесарскому сѣченію можно считать въ настоящее время достаточно выясненнымъ. Высказывавшіяся вначалѣ предположенія, что внѣбрюшинное кесарское сѣченіе вытѣснить совершенно пубіотомію, не оправдались, такъ какъ сфера примѣненія обѣихъ операцій оказалась различною. По заключенію Stöckel'я, тамъ, гдѣ отъ пубіотоміи нельзя болѣе ожидать успѣха, такъ какъ тазъ слишкомъ узокъ, внѣбрюшинное кесарское сѣченіе можетъ оказаться успѣшнымъ и, наоборотъ, гдѣ послѣднее изъ соображеній асептики кажется небезопаснымъ, можно еще рѣшиться на пубіотомію. Döderlein полагаетъ, что пубіотомія вообще не можетъ конкурировать съ различнаго рода кесарскимъ сѣченіемъ, въ томъ числѣ и внѣбрюшиннымъ, при относительномъ показаніи, такъ какъ она является менѣе значительнымъ оперативнымъ вмѣшательствомъ, представляющимъ менѣе опаснымъ для жизни и требующимъ не столь продолжительнаго времени для послѣдующаго выздоровленія.

Противопоставляя пубіотомію внѣбрюшинному кесарскому сѣченію, Stöckelъ указываетъ, что при послѣднемъ успѣхѣ операціи относительно плода независимъ отъ степени суженія таза и обезпеченъ заранее, тогда какъ жизнь матери нельзя считать въ безопасности. Операція эта является крупною и возможна только въ клиникѣ. Въ качествѣ пораненій сосѣднихъ органовъ выступаютъ лишь поврежденія брюшины, которыя въ сомнительныхъ случаяхъ могутъ обусловить смертельный перитонитъ. Пораненія мочевого пузыря можно съ достовѣрностью

избѣжать. Теченіе послѣдующихъ родовъ нисколько не облегчается; неблагопріятное вліяніе внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія на послѣдующія беременности и роды еще не доказано.

Что касается пубіотоміи, то, въ противоположность внѣбрюшинному кесарскому сѣченію, успѣхъ ея, по Stöckel'ю, зависитъ отъ степени сѣуженія таза, нижней границей котораго считается истинная конъюгата въ 7—6,5 сант.; но вполне точно граница эта не опредѣлима. Успѣхъ операціи относительно ребенка зависитъ отъ дальнѣйшаго теченія родовъ и потому не вполне обезпеченъ. Операція безопасна для матери и въ „сомнительныхъ“ случаяхъ, проста по выполненію и можетъ быть при нуждѣ произведена и въ условіяхъ частной практики. Брюшина при пубіотоміи никогда не повреждается. Поврежденія пузыря при пубіотоміи отъ вкола иглы съ достовѣрностью можно избѣжать лишь при черепныхъ предлежаніяхъ, а поврежденія пузыря отъ разрыва у первородящихъ—лишь при произвольномъ теченіи родовъ. Поврежденія же пузыря отъ разрыва обусловливаютъ продолжительную инвалидность женщины вслѣдствіе недостаточности сфинктера. Распилъ таза этиологически является самой правильной операціей. Тазъ иногда остается настолько широкимъ, что позднѣйшіе роды оканчиваются произвольно. Благопріятное вліяніе на позднѣйшіе роды не проявляется.

Л. Г. Личку съ отношенія пубіотоміи къ внѣбрюшинному кесарскому сѣченію характеризуетъ такъ: „при болѣе сильныхъ степеняхъ сѣуженія таза (истинный прямой размѣръ ниже 7 сант.), при узости мягкихъ родовыхъ путей (первородящія) въ особенности, когда роды должны быть закончены тотчасъ же; иногда даже и безъ послѣдняго осложненія (многородящія), когда желательна въ интересахъ плода по возможности скорѣе извлечь его; когда по какимъ нибудь внѣшнимъ условіямъ мать не можетъ долго оставаться въ постели—пубіотомія должна быть замѣняема внѣбрюшиннымъ кесарскимъ сѣченіемъ, если только нѣтъ ясно выраженной инфекціи, при которой обѣ операціи противопоказаны“.

По нашему мнѣнію, какъ пубіотомія, такъ и внѣбрюшинное кесарское сѣченіе являются операціями, требующими для своего производства клинической обстановки, при чемъ послѣднее несомнѣнно гораздо труднѣе по выполненію и серьезнѣе по предсказанію. Ему подлежатъ таза съ истинной конъюгатой менѣе 7 сант.; производство его при менѣе узкихъ тазахъ обусловливается желаніемъ роженицы съ достовѣрностью получить живого ребенка, въ противномъ случаѣ предпочтительнѣе пубіотомія. Выборъ между этими двумя операціями, конечно, зависитъ и отъ индивидуальности случая. Согласіе роженицы на операцію подразумѣвается само собою, и мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ присоединиться къ мнѣнію нѣкоторыхъ акушеровъ (Прозоровскій), которые сомнѣваются, имѣемъ ли мы теперь основаніе предоставлять выборъ оперативнаго пособія невѣжественной въ медицинѣ роженицы. Пока всякое крупное хирургическое вмѣшательство представляетъ извѣстный рискъ и, въ особенности, какъ пубіотомія, можетъ сопровождаться нежелательными и тягостными послѣдствіями, согласіе означенной съ степенью тяжести операціи роженицы, обезпечивающее свободу дѣйствій врача, безусловно необходимо.

Теперь остается рассмотреть, въ какомъ періодѣ родовъ слѣдуетъ приступить къ пубіотоміи и какъ поступать послѣ нея, — держаться ли выжидательно, предоставляя родамъ оканчиваться силами природы, или дѣйствовать активно и кончать немедленно роды оперативнымъ путемъ. Повидимому наиболѣе цѣлесообразно, рѣшаясь на пубіотомію, дожидаться полного или во всякомъ случаѣ достаточнаго раскрытія зѣва, имѣя въ виду предпосылку пубіотоміи высокихъ щипцовъ или оперативное окончаніе родовъ послѣ нея. При пубіотоміи по способу вкола, какъ выше было упомянуто, достаточное раскрытіе зѣва и вставленіе или тѣсное прижатіе головки ко входу необходимо, чтобы съ увѣренностью избѣжать пораненія мочевого пузыря. Тамъ, гдѣ рѣшено по извѣстнымъ соображеніямъ къ пубіотоміи приступить безъ предварительнаго наложенія высокихъ щипцовъ, а окончаніе родовъ предоставить силамъ природы, допустимо не дожидаться, примѣняя способъ Döderlein'a, достаточнаго раскрытія зѣва, такъ какъ опытъ показываетъ, что головка послѣ пубіотоміи одной двумя схватками легко устанавливается во входѣ и затѣмъ опускается въ полость таза, при чемъ мало раскрытые родовые пути теперь подъ напоромъ головки быстро раскрываются, и роды заканчиваются спустя нѣсколько минутъ— $\frac{1}{2}$ часа (Прозоровскій). Но, съ другой стороны, наблюденія показываютъ (Строгановъ), что родовая дѣятельность послѣ пубіотоміи иногда ослабѣваетъ; это нужно помнить, рѣшаясь на раннюю пубіотомію.

Относительно выбора между выжидательнымъ и активнымъ отношеніемъ слѣдуетъ замѣтить, что здѣсь сталкиваются интересы плода и роженицы довольно противоположнаго свойства. Несомнѣнно, что произвольное окончаніе родовъ, какъ наиболѣе безопасное и для плода, и для матери, составляетъ идеаль, къ которому надлежало бы стремиться всегда, если бы только слишкомъ продолжительное выжиданіе не отражалось на жизнеспособности плода съ одной стороны и не затрагивало гуманнаго чувства по отношенію къ роженицѣ и возможности инфицированія ея при долгомъ выжиданіи—съ другой. Поэтому опредѣленнаго правила дать нельзя, а необходимо сообразоваться съ обстоятельствами случая.

Привожу описаніе оперированнаго въ городскомъ родильномъ пріютѣ случая.

1908 г. № 708. Роженица поступила 30 іюня въ 10 ч. утра. Беременна въ 3-й разъ. Первые роды закончились рожденіемъ мертваго плода, вторые благополучно.

Низкаго роста. Размѣры таза: 24,5; 21,5; 25,18; 9,5 и 7,5 сант.

Воды прошли. Несмотря на сильныя схватки, головка не вставляется; въ виду произвольнаго окончанія первыхъ 2-хъ родовъ наложены высокіе щипцы, которые оказались безрезультатными. Роженицѣ была предложена пубіотомія, на которую она согласилась. Состояніе роженицы, хотя и очень измученной, удовлетворительно, сердеченіе плода ясное. Передъ расчленомъ кости въ 7 час. вечера была снова повторена попытка наложить щипцы на высокостоящую головку, но снова неудачно. Пубіотомія произведена на правой сторонѣ по способу Döderlein'a

и прошла легко и гладко. Послѣ распила кости и расхождения ея концевъ сант. на 5 головка соскользнула въ полость таза и легко выведена щипцами. Кровотеченія не было. Младенецъ мужского пола родился въ глубокой асфиксіи и, несмотря на всѣ старанія, оживленъ не былъ. Сердцебиеніе прослушивалось цѣлый часъ. На вскрытіи оказалось субдуральное кровоизліяніе. Выписалась родильница 5 августа, на 36-й день послѣ операціи, въ хорошемъ состояніи, съ жалобами лишь на небольшую боль въ правомъ крестцово-подвздошномъ сочлененіи.

Младенецъ 3300,0 вѣсомъ. Длина его 51 сант.; прямая окружность головки 36 сант.

Въ данномъ случаѣ неудача пубіотоміи зависѣла отъ двукратной попытки къ наложенію высокихъ щипцовъ, которая была предпринята вслѣдствіе произвольнаго окончанія первыхъ двухъ родовъ. Нѣтъ сомнѣній, что, если бы пубіотомія была произведена сейчасъ же послѣ первой попытки, то удалось бы получить живого ребенка, и цѣль пубіотоміи была бы достигнута. Самая операція оказалась въ высшей степени простой и легкой, а эффектъ ея нагляднымъ: головка сейчасъ по расхожденіи костей опустилась въ полость таза, откуда и была извлечена безъ затрудненій и безъ вреда для матери. Это обстоятельство говоритъ за то, что у многородящихъ съ подготовленными родовыми путями въ интересахъ матери и плода позволительно держаться болѣе активно и оканчивать роды оперативнымъ путемъ.

Изъ всего вышеизложеннаго вытекають слѣдующіе выводы:

Пубіотомія представляетъ цѣнное приобрѣтеніе оперативнаго акушерства и этиологически является наиболѣе правильной операціей, устраняя пространственныя несоотвѣтствія между тазомъ и головкой, иногда—и на будущее время.

Наиболѣе цѣлесообразный и безопасный способъ—подкожный Döderlein'a. При пубіотоміи по способу вкола не всегда возможно избѣжать случайнаго пораненія мочевого пузыря.

Область примѣненія пубіотоміи—многородящія съ суженіемъ таза 1 и 2-й степени. Болѣе узкіе тазы и первородящія подлежатъ пубіотоміи въ видѣ исключенія, какъ попыткѣ получить живого ребенка, по тщательной оцѣнкѣ всѣхъ обстоятельствъ и при невозможности произвести внѣбрюшинное кесарское сѣченіе.

Пубіотомія должна производиться въ клинической обстановкѣ и непременно съ согласія роженицы. Выполненіе ея просто и легко, но можетъ сопровождаться непредвидѣнными и серьезными осложненіями.

Пубіотоміи слѣдуетъ предпосылать осторожную попытку наложенія высокихъ щипцовъ, если только нѣтъ явныхъ пространственныхъ несоотвѣтствій и анамнезъ не даетъ указаній на безуспѣшность и вредныя послѣдствія отъ высокихъ щипцовъ при предшествовавшихъ родахъ.

Въ цѣляхъ гуманности по отношенію къ роженицѣ предпочтительно немедленное оперативное окончаніе родовъ послѣ пубіотоміи. Выжидательное отношеніе—при тщательномъ наблюдении за сердцебиеніемъ плода—показано у роженицъ съ узкими, мало податливыми родовыми путями во избѣжаніе обширныхъ разрывовъ.

ВНѢБРЮШИННОЕ КЕСАРСКОЕ СЪЧЕНИЕ.

- Давыдовъ*, Г. Л. — Повторное кесарское съчение по надлобковому внѣбрюшинному способу.—Русск. Вр. 1909 г. № 50.
Döderlein.—Arch. f. Gyn. Bd. 72.
Онъ-же.—Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1908.
Онъ-же.—Ueber extraperitonealen Kaiserschnitt u. Hebosteotomie.—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33, Hft. 1.
Онъ-же.—Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt.—Zentr. f. Gyn. 1909 № 4.
Eversmann.—Zentr. f. Gyn. 1910, № 8.
Frank.—Die suprasymphysäre Entbindung u. ihr Verhältniss zu den anderen Operationen bei engen Becken.—Arch. f. Gyn. Bd. 81, Hft. 1.
Онъ-же.—Ueber d. subkutanen Symphysenschnitt u. d. suprasymphysäre Entbindung.—Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 32.
Freund.—Völlig extraperitoneale Kaiserschnitte.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 16.
Fromme.—Zentr. f. Gyn. 1908, № 17.
Fuchs.—Ibid. 1909, № 21.
Hammerschlag.—Ibid. 1908, № 50.
Hofmeier.—Ibid., № 29.
Холмогоровъ, С. С.—Внѣбрюшинное кесарское съчение по Latzko.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1910.
Holzappel.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 83.
Канъ, Э. Г.—Кесарское съчение цервикальнымъ разрывомъ.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1909.
Kehrer.—Historisches u. Kritisches üb. d. Kaiserschnitt. Hegar's Beitr. Bd. 14 Hft. 1.
Kupferberg.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 45.
Küstner.—Ibid. 1908, № 16.
Latzko.—Wien. Klin. Woch. 1908, № 20.
Онъ-же.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 8.
Онъ-же.—Die Blasenfüllung bei meiner Methode des extraperitonealen Kaiserschnittes.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 22.
Личусъ, Л. Г.—Современное положеніе вопроса о надлонномъ (внѣбрюшинномъ) кесарскомъ съчении.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1910, февраль.
Онъ-же.—О хирургич. направленіи въ акушерствѣ.—Тамъ-же, мартъ.
Новиковъ, А. М.—Случай надлоннаго внѣбрюшиннаго кесарскаго съчєнія.—Медц. Обзор. 1911, № 2.
Nurberger.—Zur Geschichte des extraperitonealen Kaiserschnittes.—Inaug.—Diss. München 1909.
Olow — Zur Frage von der Uterusrupturgefahr nach den cervikalen Uterusschnitt.—Zentr. f. Gyn. 1911, № 31.
Pfannenstiel.—Ueber die transperitoneale Sectio Caesarea mittels unteren (cervicoesouterinen) Längsschnitts.—Deutsche medic. Woch. 1908, № 40.
Онъ-же.—Zentr. f. Gyn. 1908, № 10.
Прокопьевъ, Г. С.—3 случая кесарскаго съчєнія.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1911, декабрь.
Reifferscheid.—Der extraperit. Kaiserschnitt.—Zentr. f. Gyn. 1909 № 33.

- Rubenska.*—Ueber den extraperit. Kaiserschnitt.—Ibidem.
Schauta.—Ein Wort für den klassischen Kaiserschnitt.—Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31, Hft. 1.
Sellheim.—Die Technik des Uextraperit. terusschnittes u. der Entbindung durch die Uterusbanchdeckenfistel—Hegar's Beitr. Bd. 14, Hft. 1.
Онъ-же.—Zentr. f. Gyn. 1908, №№ 5 u. 10.
Solms.—Der Flankenkaise schnitt.—Zentr. f. Gyn. 1909, № 51.
Spaeth.—Ibid. 1908, № 20.
Stöckel.—Die klinische und ausserklinische Therapie beim engen Becken.—Pract. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 1911, Hft. 1.
Streit.—Zentr. f. Gyn. 1910, № 43.
Veit.—Der Kaiserschnitt in moderner Beleuchtung.—Volkman's Vortr. N. F. № 515/189. 1909.

Несмотря на блестящіе успѣхи асептики и доведенную до предѣла возможнаго усиленную защиту ранъ, несмотря на до тонкости разработанную технику, классическое кесарское сѣченіе до сихъ поръ является операціей, которая даже въ неосложненныхъ случаяхъ должна считаться не вполне безопасной и даетъ извѣстный, хотя и небольшой процентъ смертности. Тѣмъ болѣе понятна нерѣшительность акушеровъ приступать къ этой операціи въ случаяхъ „сомнительныхъ“, т. е. на роже-ницахъ съ уже отошедшими водами, подвергавшихся внутреннему изслѣдованію или попыткамъ къ родоразрѣшенію, и даже лихорадящихъ. Желаніе расширить сферу примѣненія кесарскаго сѣченія и побудило обратиться при этой операціи къ пути внѣбрюшинному, при которомъ въ брюшную полость прегражденъ доступъ какъ околоплоднымъ водамъ, такъ и крови, изливающимся при разрѣзѣ матки. Слѣдствиемъ разработки внѣбрюшиннаго пути явилось обогащеніе современнаго оперативнаго акушерства новой операціей — надлобковымъ внѣбрюшиннымъ кесарскимъ сѣченіемъ, хотя идея объ этомъ пути не нова и относится еще къ началу XIX-го столѣтія, когда Iörg предложилъ надлобковое родоразрѣшеніе, а Ritgen, Physick и Vau delosque-племянникъ стремились усовершенствовать его и описали способы, въ существенныхъ чертахъ мало чѣмъ отличающіеся отъ вновь предложенныхъ въ послѣднее время. Такъ, Ritgen въ 1820 г. предложилъ „внѣбрюшинный брюшно-рукавный разрѣзъ“ (Ваuchscheidenchnitt), преимущества котораго въ сравненіи съ классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ онъ сводилъ къ слѣдующему: брюшная полость не вскрывается, почему устраняется вредное вліяніе воздуха на брюшину и на кишки; въ брюшную полость не можетъ попасть кровь или околоплодная жидкость; матка либо совсѣмъ не ранится, либо ранится только въ своей влагалищной части. Разрѣзъ проводился надъ Пупартовой связкой и, по отслоеніи брюшины, рукавъ протыкался снизу; сдѣланное отверстіе расширялось пугочатымъ ножомъ. По этому способу Ritgen оперировалъ только одинъ разъ въ 1821 г., но неудачно, такъ какъ сильное кровотеченіе изъ разрѣза рукава заставило его перейти на классическое кесарское сѣченіе; оперированная погибла отъ перитонита.

Почти одновременно съ Ritgen'омъ въ 1822 г. Physick предложилъ слѣдующій способъ внѣбрюшиннаго родоразрѣшенія: поперечный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ надъ лономъ; отслоеніе брюшины отъ верхушки мочевого пузыря и обнаженіе того участка шейки матки, гдѣ брюшина переходитъ на мо-

чевой пузырь; поперечный разръзъ матки въ этомъ мѣстѣ и извлеченіе плода черезъ сдѣланный разръзъ. Однако ни самъ Physick и никто другой операциі по этому способу не произвелъ.

Baudelocque также предложилъ свой способъ, сходный съ способами Ritgen'a и Physick'a и названный имъ *gastroeliotrotomie*, и въ 1823 г. испыталъ его, но какъ и Ritgen, изъ-за кровотечения долженъ былъ перейти на классическое кесарское сѣченіе. Большая же истекла кровью. Вторая операциа Baudelocque'a въ 1843 году по этому способу кончилась смертью отъ *sepsis*'a.

Въ позднѣйшее время операциа была произведена еще 15 разъ, въ послѣдній—въ 1887 г., давая очень неблагоприятные результаты: изъ 15 оперированныхъ умерло 9 и у 7 былъ поврежденъ мочевой пузырь. Разработанное Kehler'омъ и Saenger'омъ классическое кесарское сѣченіе подъ покровомъ антисептики, а затѣмъ и асептики заставило почти совершенно забыть о внѣбрюшинномъ пути. Попытку напомнить о немъ сдѣлалъ Frank еще въ 1881 г., предложивъ свой способъ обособленія поля операциі отъ остальной брюшной полости посредствомъ Х-образнаго стягиванія швами середины круглыхъ маточныхъ связокъ и пришиванія нижней половины ихъ къ пристѣночной брюшинѣ. Обособленіе поля операциі при этомъ способѣ происходило уже послѣ вскрытія матки и потому явилось безцѣльнымъ, въ виду чего самъ авторъ отказался отъ него и въ 1906 г. выступилъ съ новымъ предложеніемъ надлоннаго родоразръшенія, послужившимъ собственно началомъ возрожденія и разработки операциі внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія. На XV-мъ Международномъ Съѣздѣ врачей въ Лиссабонѣ Frank сдѣлалъ докладъ, въ которомъ высказалъ, что черезъ нѣкоторое время способы родоразръшенія измѣнятся. Въмѣсто того, чтобы преодолѣвать препятствія со стороны таза, будутъ обходить ихъ созданіемъ надъ тазомъ легкаго, удобнаго пути, который пока имѣетъ еще двѣ опасныхъ стороны—перитонитъ и кровотеченіе, почему онъ долженъ еще примѣняться лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Свой способъ надлоннаго родоразръшенія Frank иллюстрировалъ 3 таблицами: женщина лежитъ съ поднятымъ тазомъ; проводится поперечный разръзъ кожи и мышцъ на 2—3 сант. выше симфиза; брюшина вскрывается непосредственно надъ пузыремъ на весьма маломъ протяженіи, чтобы только возможно было работать подъ контролемъ глаза; отслаивается кверху складка брюшины *excavationis vesico-uterinae* и передній листокъ широкихъ связокъ; брюшная полость тщательно изолируется пришиваніемъ отслоенной брюшины къ пристѣночной брюшинѣ; нижній сегментъ матки между мочевымъ пузыремъ и тѣломъ матки вскрывается совершенно внѣбрюшинно; удаление плода и послѣда. Въ чистыхъ случаяхъ—зашиваніе раны матки и брюшныхъ стѣнокъ наглухо, при зараженныхъ—дренажъ, открытое леченіе. По этому способу Frank оперировалъ 7 разъ. Всѣ оперированныя выздоровѣли.

На V-омъ Международномъ Акушерско-Гинекологическомъ Съѣздѣ въ Петербургѣ въ 1910 г. Frank сообщилъ уже о 60

случаяхъ надлоннаго родоразрѣшенія, при чемъ, какъ необходимое условіе, подчеркнулъ внѣбрюшинное оперированіе и отсутствіе шаблона въ выборѣ мѣста разрѣза нижняго сегмента матки. На надрывъ брюшины при извлеченіи плода Frank смотритъ, какъ на несчастливое осложненіе, такъ какъ благодаря этому теряется главное значеніе способа надлоннаго родоразрѣшенія. Что касается до выбора случаевъ для надлоннаго родоразрѣшенія, то, по Frank'у, оно показано тамъ, гдѣ отъ классическаго кесарскаго сѣченія нельзя ждать вѣрнаго успѣха. т. е. въ случаяхъ сомнительныхъ, неасептическихъ въ смыслѣ сапрофитнаго зараженія. Последнее обстоятельство требуетъ примѣненія дренажа и тщательной перевязки венъ, такъ какъ поступленіе въ кровь сапрофитовъ и продуктовъ ихъ обмѣна веществъ вызываетъ сейчасъ же картину остраго отравленія. При зараженіи вирулентными стрептококками операція безусловно противопоказана. Изъ 60 оперированныхъ Frank'омъ частью совершенно безъ вскрытія брюшной полости, частью чрезбрюшинно—умерло 4, но отъ причинъ, не имѣвшихъ прямой связи съ операціей (1 — отъ воспаленія легкихъ, 1 — отъ перфоративнаго перитонита, вслѣдствіе прободенія круглой язвы желудка, 2— отъ тяжелой эклампсіи).

Предложенное въ 1906 г. Frank'омъ надлонное родоразрѣшеніе обратило на себя вниманіе и подверглось разработкѣ и усовершенствованію. Однимъ изъ испробовавшихъ этотъ способъ былъ Sellheim, который въ рядѣ публикацій предложилъ нѣкоторыя видоизмѣненія и улучшенія: брюшныя стѣнки онъ вскрываетъ по Pfannenstiel'ю—поперечнымъ разрѣзомъ кожу и фасцію, раздвигаетъ затѣмъ тупымъ путемъ по бѣлой линіи прямыя мышцы и доходитъ такъ до брюшины. Последнюю онъ отодвигаетъ отъ задней поверхности прямыхъ мышцъ и на мѣстѣ переходной складки отъ мочевого пузыря кверху, а мочевой пузырь отодвигаетъ отъ шейки книзу и обнаженный такимъ образомъ отдѣлъ нижняго сегмента и шейки матки вскрываетъ совершенно внѣбрюшинно и по возможности низко и затѣмъ извлекаетъ ребенка. Рана матки зашивается узловыми катгуттовыми швами, наглухо зашиваются и брюшныя стѣнки. Иногда для ориентированія бываетъ необходимо вскрыть брюшину надъ мочевымъ пузыремъ; по ориентировкѣ брюшина сейчасъ же зашивается, пузырь отодвигается и матка вскрывается по возможности низко. Въ нечистыхъ случаяхъ рана оставляется открытой. Слѣдуетъ, впрочемъ, отмѣтить, что Sellheim разошелся съ Frank'омъ во взглядѣ на сферу примѣненія надлоннаго родоразрѣшенія и считаетъ внѣбрюшинное кесарское сѣченіе показаннымъ тамъ же, гдѣ и консервативное классическое кесарское сѣченіе, замѣною котораго, какъ болѣе безопасное, оно должно быть. Для случаевъ же заразительныхъ онъ предложилъ родоразрѣшеніе чрезъ такъ наз. маточно-брюшностѣбную фистулу.

Способъ свой Sellheim обосновалъ на анатомическихъ измѣненіяхъ, происходящихъ въ отношеніяхъ брюшины къ маткѣ во время беременности и родовъ. Какъ извѣстно, при наполненіи мочевого пузыря маточно-пузырная складка брюшины поднимается кверху и такимъ образомъ внѣбрюшинная часть маточной шейки удлиняется насчетъ внутрибрюшинной. По-

добнаго рода перемѣщеніе переходной складки брюшины имѣется во время беременности, когда растущее маточное тѣло поднимается ее кверху. Кромѣ этого обстоятельства удлинению внѣбрюшинной части маточной шейки во все время беременности способствуетъ гипертрофія ея, а во время акта родовъ получается болѣе значительное растяженіе нижняго сегмента матки изгоняемымъ плодомъ вслѣдствіе сокращенія мышцъ маточнаго тѣла, и потому переходная складка брюшины въ 2-мъ періодѣ родовъ занимаетъ наивысшее положеніе, почему къ внѣбрюшинному кесарскому сѣченію и слѣдуетъ приступать въ это время. Если къ этому естественному физиологическому удлинению внѣбрюшиннаго отдѣла маточной шейки прибавить еще искусственное удлиненіе ея насчетъ отслойки пузыря отъ передней поверхности маточной шейки внизъ до сводовъ и отдѣленіе брюшины отъ пузыря вмѣстѣ съ поднятіемъ переходной складки вверхъ по шейкѣ до мѣста плотнаго прикрѣпленія ея къ передней стѣнкѣ матки, то получится свободный отъ брюшины участокъ матки достаточной длины для извлеченія чрезъ его разрѣзъ плода. Мѣсто расположенія переходной съ матки на пузырь складки брюшины во время беременности у разныхъ лицъ различно. Иногда она лежитъ высоко, слегка лишь касаясь купола пузыря, и въ такихъ случаяхъ, конечно, облегчается отдѣленіе и смѣшеніе пузыря внизъ или въ сторону; въ другихъ же случаяхъ она опускается глубоко между шейкой матки и задней стѣнкой пузыря, прикрывая послѣдній на значительномъ протяженіи, а потому при такихъ состояніяхъ получается болѣе трудное, иногда и вовсе невозможное отдѣленіе брюшины отъ пузыря безъ нарушенія ея цѣлости. Въ зависимости отъ легкости или трудности отслойки брюшины удастся примѣнять или способъ чисто внѣбрюшинный, т. е. безъ вскрытія брюшной полости, или приходится идти чрезбрюшинно, при чемъ брюшина вскрывается временно, и брюшная полость во все время операціи обособляется отъ операціоннаго поля путемъ соединенія маточнаго листка брюшины съ пристѣночнымъ.

Послѣдній способъ однако не представляется столь же надежнымъ, какъ способъ чисто внѣбрюшинный, такъ какъ не поврежденная брюшина и брюшина разрѣзанная и вновь сшитая представляютъ, по мнѣнію Latzko и Dührssen'a, далеко не одинаковую защиту отъ возможнаго проникновенія заразы стороны подбрюшной клѣтчатки, такъ какъ между тѣсно наложенными швами все же остаются промежутки, доступные для проникновенія микроорганизмовъ. Поэтому Latzko предложилъ свой чисто внѣбрюшинный способъ кесарскаго сѣченія, который состоитъ въ слѣдующемъ: мочевой пузырь наполняется 150 куб. сант. жидкости. Продольный разрѣзъ надъ лоннымъ соединеніемъ длиною въ 12 сант. Разрѣзъ по Pfannenstiel'ю въ нечистыхъ случаяхъ, т. е. въ тѣхъ, которые встрѣчаются въ практикѣ гораздо чаще, противопоказанъ, такъ какъ грозитъ нежелательными осложнениями. Прямая мышца живота раздѣляется тупымъ путемъ и разводятся подъемниками. Обнаруживается вверху, переходящая на верхушку пузыря, пристѣночная брюшина и внѣбрюшинный отдѣлъ поднявшагося надъ ло-

номъ умѣренно наполненнаго мочевого пузыря. Проникая пальцами сбоку между шейкой матки и мочевымъ пузыремъ, операторъ отслаиваетъ послѣдній отъ первой настолько, чтобы онъ при помощи подъемника могъ быть оттянуть въ сторону вмѣстѣ съ прямой мышцей живота. Переходная складка брюшины при этомъ самостоятельно смѣщается въ сторону, если нижній сегментъ матки уже достаточно растянуть родовой дѣятельностью. Отдѣленіе пузыря тупымъ путемъ удается очень легко; обнаженная на достаточномъ протяженіи шейка разсѣкается продольно надъ мѣстомъ прикрѣпленія брюшины. По опорожненіи матки шейка зашивается и мочевой пузырь перемѣщается на свое мѣсто. Вкладывается дренажъ, и затѣмъ сшиваются брюшинныя стѣнки. Своему способу Latzko далъ названіе предбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, такъ какъ все вмѣшательство ограничивается предбрюшинною областью.

Одновременно и независимо отъ Latzko выработалъ свой внѣбрюшинный способъ и Döderlein. Способъ этотъ основанъ также на устраненіи вскрытія брюшины посредствомъ прониканія къ маткѣ сбоку отъ пузыря: оперируемая лежитъ съ высокоподнятымъ тазомъ; разрѣзъ брюшной стѣнки проводится параллельно Пупартовой связкѣ отъ Spina il. ant. superior до симфиза, большею частью на правой сторонѣ (Рис. 8). Вскрываются: кожа и подкожная клѣтчатка, поверхностная фасція, наружная косая мышца живота, затѣмъ внутренняя косая мышца живота; поврежденіе послѣдней обычно очень незначительно, такъ какъ разрѣзъ идетъ параллельно волокнамъ ея. Прямая мышца живота не затрогивается; если же она настолько широка, что выпячивается въ раневую область, то отодвигается въ сторону. Поперечная мышца живота встрѣчается только въ наружномъ концѣ разрѣза нѣсколькими волокнами, такъ какъ ея нижній край лежитъ выше разрѣза. По разсѣченіи мышцъ обнаруживаются *vasa epigastrica* и разрѣзаются между двумя лигатурами (Рис. 9). Дальнѣйшее обнаженіе операціоннаго поля происходитъ тупымъ путемъ. Очень легко удается пальцами разъединить рыхлую жировую клѣтчатку, находящуюся поверхъ нижняго отдѣла матки, и обнажить параметрій, такъ что съ внутренней стороны становится виденъ наружный край мочевого пузыря, а съ наружной—проходящіе по стѣнкѣ таза крупные сосуды. Въ большинствѣ случаевъ обнаруживается и круглая маточная связка. Если она суживаетъ поле операціи, то ее разрѣзаютъ между двумя лигатурами, обычно же достаточно отодвинуть въ сторону. Мочеточникъ въ полѣ операціи не встрѣчается. Переходная складка брюшины лежитъ въ самой верхней области раны и дѣлается легко видимой при натяженіи края разрѣза тупымъ крючкомъ. Она лежитъ съ латеральной стороны матки такъ высоко, что совершенно не имѣетъ отношенія къ операціонному полю, каковое обстоятельство является главнымъ достоинствомъ бокового разрѣза въ сравненіи съ срединнымъ. При желаніи брюшину можно отодвинуть еще выше, но надобности въ этомъ Döderlein не видитъ. Обнаженный отдѣлъ нижняго сегмента матки вскрывается разрѣзомъ (Рис. 10), проведеннымъ параллельно и отступающа на 1—2 поперечныхъ пальца отъ праваго наружнаго края

мочевого пузыря; стѣнка матки въ этомъ мѣстѣ обычно выпячивается предлежащей головкой и истончена отъ растяженія вслѣдствіе родовой дѣятельности. Но предварительное присо-
сбленіе этого отдѣла матки путемъ родовой дѣятельности для
выполненія этой операциі вовсе не нужно и ее можно съ такимъ
же успѣхомъ произвести на бездѣятельной маткѣ, какъ и на
развившей родовую дѣятельность. Въ этомъ также Döderlein
видитъ преимущество предъ операцией съ срединнымъ разрѣзомъ.
Обычно разрѣзъ стѣнки матки происходитъ совершенно без-
кровно, но иногда наблюдаются и кровотеченія, вѣроятно, въ
зависимости отъ варикознаго расширенія параметральныхъ венъ.
Извлеченіе ребенка производится щипцами (Рис. 11), наложен-
ными на головку, для чего оперируемая переводится въ гори-
зонтальное положеніе. При трудномъ извлеченіи разрѣзъ матки
можетъ надорваться кверху, а вмѣстѣ съ нимъ и брюшина,
чему однако Döderlein не придаетъ особаго значенія, такъ
какъ отверстіе сейчасъ же зашивается. По извлеченіи ребенка
оперируемая переводится снова въ Trendelenburg'овское
положеніе, операционное поле очищается, плацента выжимается
или удаляется рукой, полость матки выполняется въ случаѣ
надобности іодоформенной марлей, концы которой выводятся
черезъ маточный зѣвъ и рукавъ наружу. Края разрѣза матки
захватываются зажимами, вытягиваются и дѣлаются доступными
для наложенія непрерывнаго катгутоваго шва (Рис. 12). Для
прочности, поверхъ перваго непрерывнаго маточнаго шва
Döderlein накладываетъ второй, соединяя рыхлую клѣтчатку,
и притягиваетъ край пузыря надъ областью раны (Рис. 13).
Черезъ наружный или внутренній уголъ раны проводится дре-
нажъ изъ іодоформенной марли, и затѣмъ зашиваются фасція и
кожа.

По своему способу Döderlein оперировалъ въ 32-хъ слу-
чаяхъ, изъ которыхъ 3 кончились смертью, но не всѣ въ зави-
симости отъ операциі (одна оперированная умерла отъ тяжелой
эклампсіи, вторая—отъ тяжелаго сепсиса, явленія котораго
были ясно выражены еще до операциі, и третья—отъ парали-
тического ileus'a безъ всякихъ признаковъ инфекціи).

На ряду съ разработкой способовъ внѣбрюшинныхъ не
оставлялись безъ вниманія и способы чрезбрюшинные, сторон-
никомъ которыхъ явился главнымъ образомъ J. Veit. По его
заключенію, при кесарскомъ сѣченіи опасность зараженія гро-
зитъ съ 2-хъ сторонъ—со стороны сапрофитовъ и вирулентныхъ
гнойныхъ кокковъ—стрептококковъ. Противъ внесенія этой двоякой
инфекціи и должны быть направлены заботы акушера. Знаніе
источниковъ зараженія выясняетъ необходимыя для этого мѣры.
Вирулентные гнойные кокки обычно въ рукавъ беременной не
водятся; поэтому во избѣжаніе занесенія ихъ не слѣдуетъ подвер-
гать внутреннему изслѣдованію предназначенную для операциі
за нѣсколько дней и даже недѣль до послѣдней. Занесеніе
этихъ микроорганизмовъ при операциі предупреждается обще-
извѣстными мѣрами асептики. Другое дѣло сапрофиты, которые
попадаютъ въ операционную рану изъ воздуха и въ особенности
изъ околоплодныхъ водъ, поступая туда изъ влагалища, обы-
чную флору котораго они составляютъ. Поступая въ брюшную

полость при разрѣзѣ маточной стѣнки вмѣстѣ съ околоплодными водами и излившеюся кровью, они встрѣчаютъ въ нихъ прекрасный питательный матеріалъ, способствующій ихъ произрастанію. Поэтому наряду съ вполне асептичнымъ оперированіемъ необходимо оперированіе и внѣбрюшинное, чтобы ни околоплодные воды, ни кровь не попадали въ брюшную полость. Техника такого оперированія выработана въ слѣдующихъ 2-хъ видахъ, смотря по тому, когда производится кесарское сѣченіе — послѣ извѣстной родовой работы при достаточномъ растяженіи нижняго сегмента матки или же въ началѣ родовъ. Въ 1-мъ случаѣ брюшная стѣнка вскрывается срединнымъ или *Pfannenstiel*-евскимъ разрѣзомъ, расщепляется по средней линіи и отслаивается на обѣ стороны брюшина нижняго сегмента матки и особыми, конструированными *Veit*’омъ, зажимами соединяется наглухо съ пристѣночной брюшиной. Затѣмъ вскрывается маточная стѣнка и извлекается ребенокъ. Зашивание производится послойно. Если содержимое матки можно считать инфицированнымъ, то подъ брюшную стѣнку вводится дренажъ.

Удобнѣе, по мнѣнію *Veit*’а, второй способъ: брюшная стѣнка вскрывается поперечнымъ или срединнымъ разрѣзомъ, разрѣзается по средней линіи маточная брюшина, рана которой растягивается въ видѣ овала. а края ея узловатыми швами соединяются съ пристѣночной брюшиной и кожей брюшныхъ стѣнокъ, чѣмъ достигается полная изоляція брюшной полости. Овалъ долженъ быть достаточно великъ для выведенія ребенка. По удаленіи его и послѣда зашивается разрѣзъ матки и распускаются изолирующіе швы, послѣ чего соединеніе брюшной раны идетъ обычнымъ порядкомъ. Достоинствомъ этого способа *Veit* считаетъ простоту его въ сравненіи съ способами *Frank*’а и *Sellheim*’а, что дѣлаетъ его доступнымъ всякому врачу, умѣющему вообще владѣть ножомъ. Не отвергая принципиально классическаго кесарскаго сѣченія, *Veit* отводитъ его для безусловно чистыхъ случаевъ, но и при послѣднихъ предлагаемый имъ способъ вполне примѣнимъ и нисколько не ухудшаетъ предсказанія. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ безусловно надлежитъ оперировать внѣбрюшинно по чрезбрюшинному способу.

Кромѣ вышеприведенныхъ способовъ были предложены еще нѣкоторыя видоизмѣненія внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія (*Pfannenstiel*, *Dührssen*, *Solms*). *Holzappel* въ 1909 г. насчитывалъ уже 23 способа внѣбрюшиннаго и чрезбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, объединивъ ихъ подъ общимъ названіемъ „*sectio abdominalis caesarea inferior*“. Въ виду того, что видоизмѣненія эти не особенно существенны и всѣ способы, въ общемъ, представляютъ варіаціи старой гастро-элитротоміи *Ritgen*’а, мы останавливаться на нихъ не будемъ.

Преимущества внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, выставлемыя его сторонниками, считаются несомнѣнными однако не всѣми акушерами и подверглись особенной критикѣ со стороны *Schauta*. Отмѣтивъ, что внѣбрюшинное кесарское сѣченіе имѣло цѣлью замѣнить классическое кесарское сѣченіе въ „нечистыхъ“ случаяхъ, *Schauta* доказываетъ несостоятельность такого воззрѣнія, такъ какъ въ „нечистыхъ“ случаяхъ ни то, ни другое не должно примѣняться. Въ чистыхъ же случаяхъ

внѣбрюшинный способъ, главнымъ образомъ цервикальный, предложенный Sellheim'омъ, не имѣетъ никакихъ преимуществъ и даже уступаетъ способу классическому: во 1-хъ, техника его гораздо труднѣе, между тѣмъ кесарское сѣченіе должно быть операціей доступной для производства каждому практическому врачу. Затѣмъ, довольно продолжительное выжиданіе для достаточнаго растяженія нижняго сегмента матки представляетъ опасность въ смыслѣ внѣдренія, по отхожденіи водъ, болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ изъ богатаго послѣдними рукава въ полость ея. Неблагопріятнымъ обстоятельствомъ является и возвышенное положеніе таза, при которомъ образуется отрицательное давленіе и, благодаря этому, возникаетъ опасность воздушной эмболии. Далѣе, шовъ толстой маточной мускулатуры безусловно прочнѣе шва тонкихъ стѣнокъ нижняго сегмента матки. Рубцы въ области шейки вызываютъ въ послѣдующемъ смѣщенія матки. Возможность выжидательнаго веденія послѣдоваго періода родовъ при внѣбрюшинномъ кесарскомъ сѣченіи, по Schauta, представляетъ гадательную выгоду, такъ какъ при открытой ранѣ врядъ ли кто будетъ дожидаться самопроизвольнаго отдѣленія послѣда.

Наблюденія дѣйствительно показали, что въ нечистыхъ случаяхъ и, тѣмъ болѣе, въ случаяхъ съ явно выраженной инфекціей внѣбрюшинное кесарское сѣченіе не оправдало возлагавшихся на него надеждъ и даетъ неблагоприятные результаты, почему нельзя не согласиться съ Schauta, что въ этихъ случаяхъ оно не примѣнимо. Но съ другой стороны должно признать справедливость заключенія такихъ сторонниковъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія, какъ Döderlein и Stöckel, что громаднымъ преимуществомъ чисто внѣбрюшиннаго способа въ сравненіи съ классическимъ и чрезбрюшиннымъ является отсутствіе вскрытія брюшной полости и связанныхъ съ нимъ особенныхъ опасностей, на которыя указалъ Витманъ V-омъ Международномъ Акушерско-Гинекологическомъ Съѣздѣ въ Петербургѣ. Онъ считаетъ не безвреднымъ для брюшины не только септическое содержимое плоднаго яйца, но даже и асептическое, какъ чистыя околоплодныя воды.

Stöckel отмѣчаетъ, что выгода произвести кесарское сѣченіе вполнѣ внѣбрюшинно слишкомъ мало оцѣнивается очень многими операторами. Внѣбрюшинное оперированіе Stöckel'ю кажется важнѣе, чѣмъ цервикальный разрѣзъ матки, самъ по себѣ имѣющій принципиальныя преимущества, такъ какъ при немъ не вскрывается полость матки, не затрагивается плацентарное мѣсто, извлеченіе ребенка и выжиманіе послѣда происходитъ при условіяхъ, близкихъ къ физиологическимъ; раненіе матки незначительно, кровотеченіе легко остановимо и зашиваніе матки просто. Внѣбрюшинное оперированіе важно потому, что не поддающаяся контролю вирулентность влагалищныхъ микроорганизмовъ возрастаетъ во время родовъ, такъ же какъ и увеличивается воспримчивость брюшины къ инфекціи. Чревосѣченія въ гинекологическихъ асептическихъ случаяхъ, по мнѣнію Stöckel'я, не могутъ идти въ сравненіе съ кесарскими сѣченіями: такъ, на 165 абдоминальныхъ чревосѣченій и 97 влагалищныхъ экстирпацій онъ не потерялъ отъ инфекціи ни одной

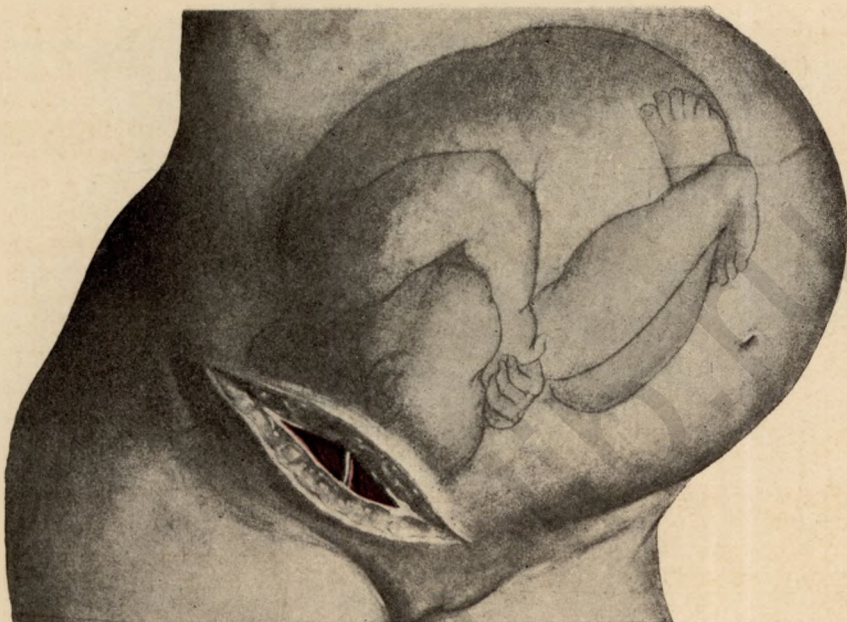


Рис. 8. Направление разреза въ правой паховой области при въбрюшинномъ кесарскомъ съченіи въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ.

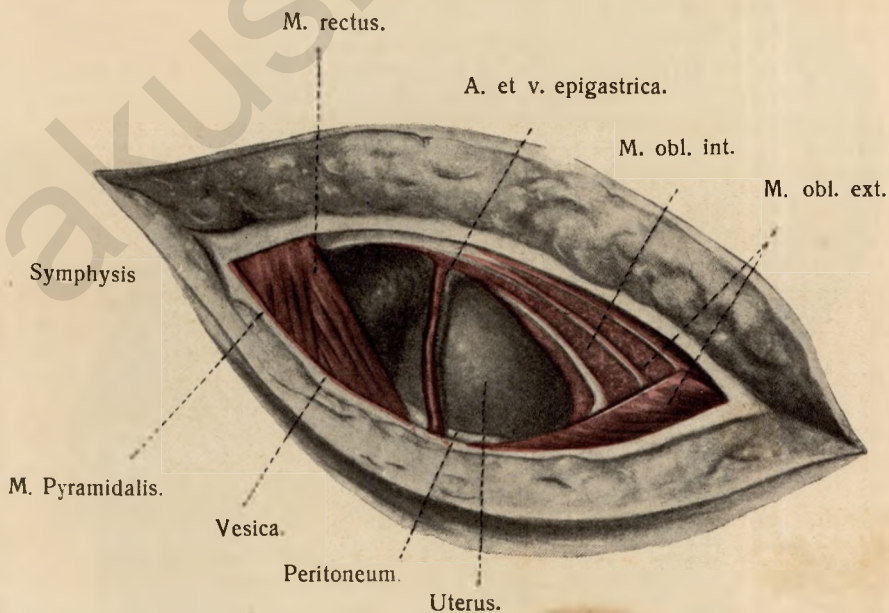


Рис. 9. Анатоми-топографическія отношенія при разрезѣ въ правой паховой области по Döderlein'y.

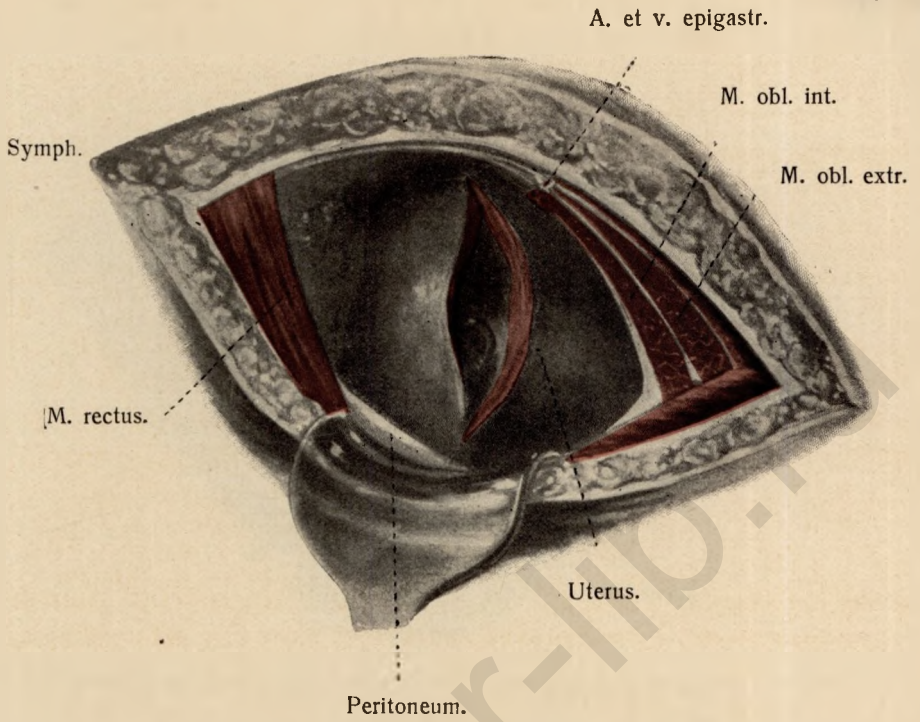


Рис. 10. Продольный разрез стѣнки матки параллельно наружному краю пузыря по Döderlein'у. Въ разрезѣ видна головка плода.

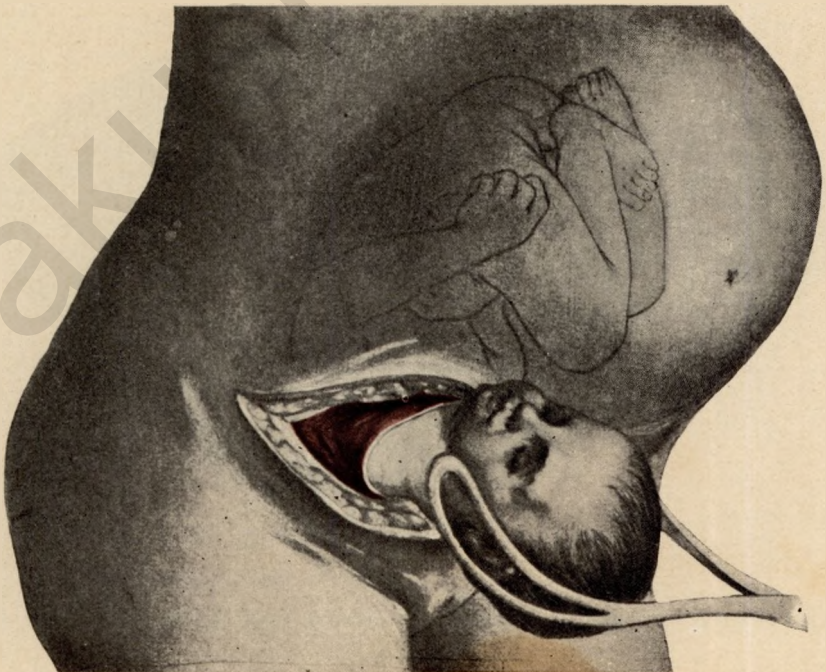


Рис. 11. Извлеченіе головки плс щипцами.

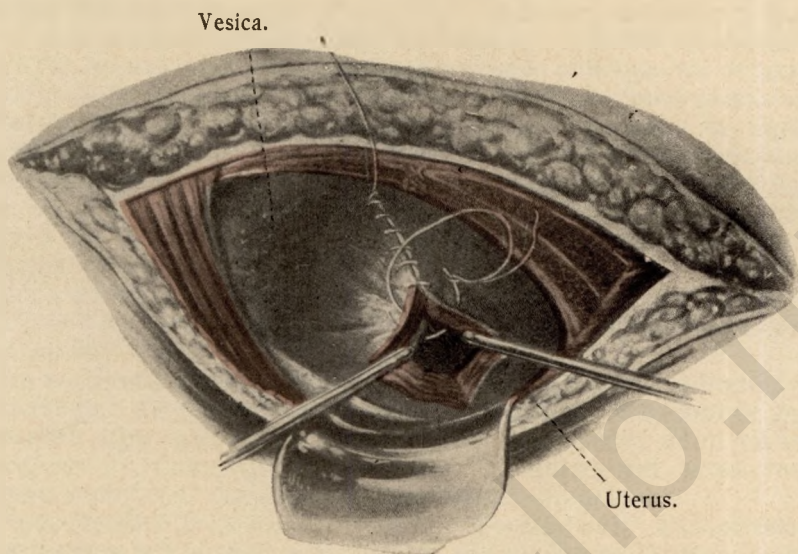


Рис. 12. Зашиваніе разрѣза матки непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ по Döderlein'у.

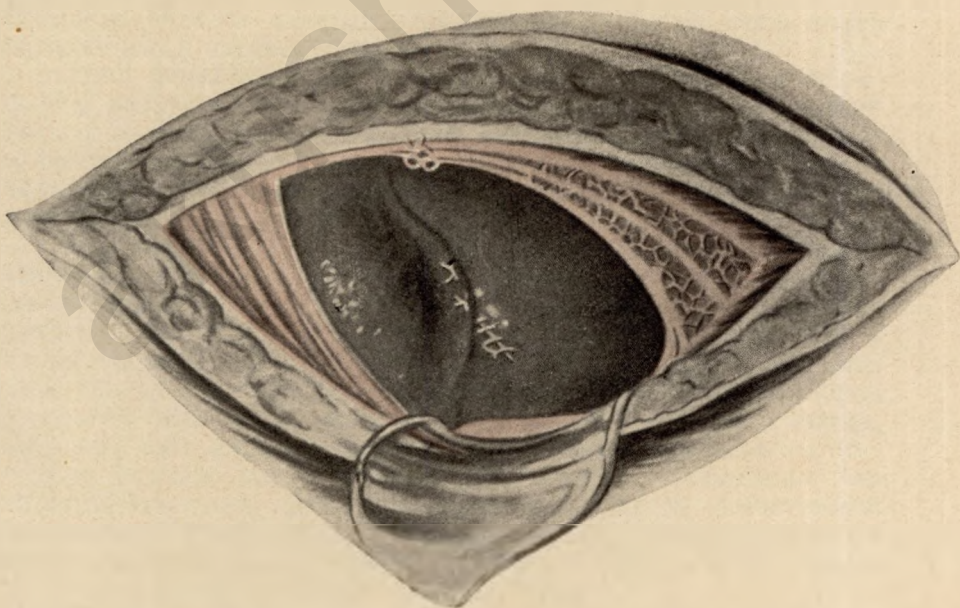


Рис. 13. Пришиваніе пузыря надъ швомъ, наложеннымъ на матку, по Döderlein'у.

больной, между тѣмъ какъ на 7 случаевъ такъ наз. „чистаго“ кесарскаго сѣченія онъ потерялъ одну оперированную вслѣдствіе зараженія при неполнѣмъ внѣбрюшинно начатомъ и внутрибрюшинно законченномъ оперированіи. Всѣ же оперированные вполнѣ внѣбрюшинно поправились. Этотъ случай заставилъ Stöckel'я отказаться отъ чрезбрюшиннаго, способа въ пользу внѣбрюшиннаго способа Latzko. Способъ этотъ онъ считаетъ примѣнимымъ не только въ любомъ періодѣ родовъ, но даже въ концѣ беременности, полагая, что, если поступать правильно и осторожно, то всегда удастся такъ отодвинуть мочевой пузырь и брюшину, что послѣдняя остается цѣла, безразлично растянуть ли нижній сегментъ и низко или высоко находится переходная складка.

При условіи полнаго внѣбрюшиннаго оперированія Stöckel считаетъ возможнымъ брать и „сомнительные“ случаи, иначе—нѣтъ.

Что касается до отдаленныхъ результатовъ внѣбрюшиннаго цервикальнаго кесарскаго сѣченія, то опасенія, что тонкій рубецъ шейки при послѣдующихъ родахъ окажется мало выносливымъ, не подтвердились, хотя число наблюденій пока еще настолько мало, что требуется дальнѣйшая проверка.

Относительно показаній къ внѣбрюшинному кесарскому сѣченію теперь у многихъ акушеровъ (Sellheim, Döderlein, Stöckel) установился взглядъ, что оно должно производиться всегда вмѣсто внутрибрюшиннаго, если только спеціальныя обстоятельства, какъ стерилизація посредствомъ резекціи трубъ, или кастрація или ампутація матки по Roggo, не дѣлаютъ неизбѣжнымъ вскрытіе брюшной полости. Гладко протекшее внѣбрюшинное кесарское сѣченіе Stöckel считаетъ идеальной, прекрасной операцией: послѣоперационный періодъ протекаетъ при отсутствіи всякихъ явленій перитонеальнаго шока, какъ послѣ влагалищныхъ экстирпацій.

Ставя показанія болѣе широко, можно примѣнить внѣбрюшинное кесарское сѣченіе съ дренажемъ въ затянувшихся случаяхъ у первородящихъ взаменъ пубіотоміи, которая показана въ такихъ случаяхъ у многородящихъ. О взаимоотношеніяхъ этихъ двухъ операций сказано въ предыдущей главѣ, почему останавливаться на этомъ излишне.

Что касается частныхъ показаній, то главнымъ изъ нихъ является все же узкій тазъ, дабы избѣжать перфорации головки живого плода. Эклампсія и предлежаніе послѣда не могутъ считаться обычными показаніями къ кесарскому сѣченію, и только особыя осложненія при нихъ даютъ право на эту операцию. Затѣмъ, внѣбрюшинное кесарское сѣченіе можетъ быть примѣнено при запущенномъ поперечномъ положеніи плода, когда онъ еще живъ, и при другихъ индивидуальныхъ особенностяхъ случая, какъ, напримѣръ, нашего. Несомнѣнно, что операція эта, какъ довольно сложная, требуетъ клинической обстановки и принадлежитъ исключительно благоустроеннымъ родовспомогательнымъ учрежденіямъ и лечебнымъ заведеніямъ.

Перехожу къ описанію своего случая.

М. В.—6 л. Беременна въ 3-й разъ. Ростъ 138 см. Начала ходить на 5-мъ году. 13 лѣтъ перенесла тяжелый тифъ. На ске-

летъ, въ особенности на ногахъ, рѣзкіе слѣды рахита (ноги при стоячемъ положеніи имѣютъ форму X). Размѣры таза: Sp. — 26. Сг. — 27, Тг. — 32 $\frac{1}{2}$. Conj, ext. — 18. Conj. diag. — 8,75 стм.; мысь рѣзко выдается. Дважды подвергалась классическому кесарскому сѣченію съ хорошимъ исходомъ, послѣдній разъ 10 л. назадъ. Матка наклонена вправо; между передней поверхностью ея и брюшной стѣнкой имѣются плоскостныя сращенія, такъ что передвигать брюшныя стѣнки по маткѣ въ мѣстѣ рубца не удается. Послѣднія мѣсячныя начались 25/IV 1908 г. Родовыя боли начались 8/II 1909 г. въ 3 часа дня. Въ 6 $\frac{1}{2}$ час. вечера онѣ были рѣзкія; матка вполне открылась; плодный пузырь рѣзко выпячивался во влагалище, былъ цѣль и черезъ оболочки его ясно опредѣлялись ножки плода. Въ 8 $\frac{1}{2}$ час. вечера операция подъ скополаминъ-морфій-хлороформъ-эфирнымъ наркозомъ. Брюшная стѣнка разрѣзана по Pfannenstiel'ю. Переходная складка брюшины оказалась высоко расположенной и едва касалась верхушки пузыря. Она была оттянута вверхъ безъ особаго труда до мѣста плотнаго прикрѣпленія ея къ маткѣ, а пузырь отслоенъ внизъ и оттянутъ помощникомъ къ лону. Обнаженный такимъ образомъ нижній отрѣзокъ матки разрѣзанъ продольно на протяженіи приблизительно 12 стм. По вскрытіи плоднаго пузыря вылилось довольно много мутныхъ околоплодныхъ водъ. Ребенокъ извлеченъ черезъ разрѣзъ матки за правую ножку въ слабой степени асфиксіи и вскорѣ оживленъ. Пуповина была трижды обвита вокругъ шеи плода и перерѣзана in situ. Края разрѣза нижняго маточнаго отрѣзка почти не кровоточили; но получилось сильное кровотеченіе изъ полости матки, вслѣдствіе чего пришлось отдѣлить послѣдъ рукой; онъ оказался приращеннымъ къ передней и правой стѣнкамъ матки. На рану матки наложенъ 3 этажный узловый шовъ изъ cat-gut'a. Переходная складка брюшины укрѣплена однимъ швомъ къ верхушкѣ пузыря. Обычное зашивание брюшной стѣнки. Подъ кожу вприснуто 2 грм. 10%-наго раствора эрготина и 500 к. стм. физиологическаго раствора поваренной соли. Давящая повязка на животъ. Моча, выпущенная катетромъ, была свѣтлая.

Послѣоперационный періодъ протекъ нормально. Инволюція матки шла правильно, но сама матка не опускалась въ малый тазъ. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что влагалищная часть матки стоитъ высоко на уровнѣ входа въ малый тазъ справа. Тѣло и дно матки цѣликомъ помѣщаются въ правой подвздошной впадинѣ.

Вѣсъ правильно развитаго ребенка 3000 грм.; длина 53 стм.; окружность головки 35; FO—12, MO.—13, SB.—10, BP.—10, BT.—8; размѣръ плечиковъ 12, ягодиць 9, окружность груди 33 стм.

Описанный случай представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что, во 1-хъ, кесарское сѣченіе примѣнено было здѣсь на одной и той же больной 3 раза съ благополучнымъ исходомъ и для матери, и для плода; во 2-хъ,—въ 3-ій разъ кесарское сѣченіе было сдѣлано по внѣбрюшинному способу; въ 3-хъ,—этотъ внѣбрюшинный способъ былъ выбранъ на основаніи нѣсколькихъ особыхъ показаній, о которыхъ въ литературѣ сообщеній еще не имѣется. При оперативномъ вмѣшательствѣ уда-

лось убѣдиться, что приподниманіемъ матки кверху можно увеличить разстояніе между лоннымъ соединеніемъ и переходной складкой брюшины, что даетъ возможность безъ поврежденія брюшины проникнуть въ нижній отдѣлъ матки даже при низкомъ стояннй пузырно-маточной складки. Переходная складка брюшины съ матки на пузырь въ этомъ случаѣ стояла такъ высоко, что едва касалась верхушки пузыря.

Приведенная операція по времени является 3-мъ произведеннымъ въ Россіи случаемъ внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія *), которое тогда было предложено для случаевъ подозрительныхъ и нечистыхъ. Но въ данномъ случаѣ показаніемъ къ этому способу операціи служило, во 1-хъ, плоскостное приращеніе матки лѣвымъ ея краемъ къ передней брюшной стѣнкѣ, обнаруженное нами съ 5-го мѣсяца беременности; чтобы проникнуть въ полость матки по средней линіи, необходимо бы было совершенно отдѣлить, сращенія, широко обнаживъ переднюю брюшную стѣнку отъ брюшиннаго ея покрова, что въ дальнѣйшемъ могло бы повести къ послѣдовательнымъ распространеннымъ сращеніямъ самой матки и кишечныхъ петель; во 2-хъ, наличность прочнаго продольнаго рубца по передней брюшной стѣнкѣ отъ предыдущихъ классическихъ кесарскихъ сѣченій служила неблагопріятнымъ условіемъ для новаго послойнаго зашиванія и послѣдовательнаго гладкаго заживленія раны. Операція проведена была внѣбрюшинно и при ничтожной потерѣ крови, почему произвела подкупающее впечатлѣніе. Принимая во вниманіе однако, что случай былъ исключительно благопріятенъ для оперированія по Sellheim'у вслѣдствіе очень высокаго расположенія переходной складки, думается, что при отсутствіи такого условія болѣе выгоденъ способъ Latzko, который испробованъ съ успѣхомъ и русскими акушерами (Личкусъ, Холмогоровъ, Новиковъ, Прокопьевъ), вынесшими относительно его простоты очень благопріятное впечатлѣніе. Способъ Döderlein'a въ Россіи еще не примѣнялся и ждетъ своей оцѣнки.

На основаніи вышеизложеннаго позволительно сдѣлать слѣдующіе выводы:

Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе противопоказано въ явно зараженныхъ случаяхъ и должно примѣняться или при тѣхъ же условіяхъ, какъ и классическое кесарское сѣченіе, когда спеціальныя показанія (стерилизація, удаленіе опухолей) не требуютъ вскрытія брюшной полости, или же тогда, когда воды уже давно сошли и когда роженица уже была къмъ нибудь изслѣдована. Это расширеніе показаній даетъ преимущество внѣбрюшинному способу предъ внутрибрюшиннымъ.

Чисто внѣбрюшинное оперированіе должно предпочитаться способамъ чрезбрюшиннымъ, хотя и болѣе легкимъ по техникѣ, но менѣе безопаснымъ.

Послѣоперационный періодъ послѣ гладко протекшаго внѣбрюшиннаго кесарскаго сѣченія отличается отсутствіемъ всякихъ перитонеальныхъ явленій.

*) Первый въ Россіи произвелъ внѣбрюшинное кесарское сѣченіе д-ръ *Ө. А. Доббертъ*, второй случай принадлежитъ *Э. Г. Кану*.

Какъ способъ довольно сложный и требующій техническаго навыка со стороны врача и спеціальной обстановки, внѣбрюшинное кесарское сѣченіе должно примѣняться лишь въ клиникахъ и благоустроенныхъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ.

Внѣбрюшинное кесарское сѣченіе ограничить область примѣненія классическаго кесарскаго сѣченія, операціи Рогго, влагалищнаго кесарскаго сѣченія и прободенія головки живого плода, но совершенно вытѣснить эти операціи пока не можетъ.

акusher-lib.ru

РАЗРЫВЫ МАТКИ.

- Ahlfeld.*—Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1894.
Albert.—Zentr. f. Gyn. 1881.
Алексенко.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1890.
Angerer.—Klin. u. experimentelle Untersuchungen üb. die Resorption von Blutextravasaten.—Würzburg 1879.
Award.—Traité pratique d'accouchements. Paris 1894.
Bäcker.—Zentr. f. Gyn. 1897, S. 138.
Baisch.—Hegar's Beitr. Bd. VII.
Bandl.—Ueber Ruptur der Gebärmutter u. ihre Mechanik. Wien 1875.
Онъ-же.—Zum Verhalten d. Collum am nicht schwangeren Uterus.—Arch. f. Gyn. Bd. XV Hft. 2.
Онъ-же.—Ueber das Verhalten des Uterus u. d. Cervix am Ende der Schwangerschaft u. während der Geburt.—Arch. f. Gyn. Bd. X, Hft. 2.
Baudelocque.—Art des accouchements. Paris. 1844.
Bayer.—Zur Morphologie d. Gebärmutter.—Gyn. Klin. v. W. H. Freund Strassburg 1895.
Бекманъ.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1892 г.
Биддербъ.—Медиц. отчетъ СПб. Родовспом. Зав. за 1877—80 г.
Bienstock.—Vortschritte d. Medicin, Bd. II. 1883.
Boër.—Bücher (7) üb. naturliche Geburtshülfe. Wien. 1834.
Braun, C. von.—Засѣд. Ак.-Гинекол. Об.-ства въ Berlin'ѣ 14/X 1890.
Braun, G.—Zur Laparotomie.—Wien. Klin. Woch. 1889, № 50.
Braun, R. von.—Ueber Uterusruptur.—Wien. 1894.
Brossard.—Thèse de Paris 1890.
Chiene, John.—Edinburg Med. Journ. 1878.
Chrobak.—Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. VI Versammlung, S. 359.
Czyzewitz.—Zentr. f. Gyn. 1905.
Delamotte.—Traité complet des accouchements normaux et contre-nature. Paris 1820.
Döderlein u. Günther.—Arch. f. Gyn. Bd. 34.
Dittel.—Ibid. Bd. 44.
Dohrn.—по R. von Braun—Ueber Uterusruptur.
Онъ-же.—Deutsche Med. Woch. 1878 №№ 46 u. 47.
Dührssen.—Arch. f. Cyn. Bd. 41 Hft. 2.
Eckstein.—Zentr. f. Gyn. 1904.
Escherich.—Fortschritte d. Medicin 1885 Bd. 3.
Fehling.—Volkmann's Votr. 1892, № 54.
Feinberg.—Zentr. f. Gyn. 1893 № 5.
Fellner.—Herz u. Schwangerschaft.—Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. XIV, Hft. 3.
Felsenreich.—Arch. f. Gyn. Bd. 17.
Филлеръ, Р. А.—Нѣсколько экспериментальныхъ данныхъ къ вопросу о дренажированіи брюшной полости при чревосѣченіяхъ.—Дисс. СПб. 1899.
Forneri.—прив. по Merz'у.
Franqué.—Wien. Medic. Presse 1865, №№ 24—28.

- Franqué.* — Entstehung u. Behandlung der Uterusrupturen. Frommel's Jahresber. 1903.
- Freund, H. W.* — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 23.
- Frommel.* — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1880.
- Fritsch.* — Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1895.
- Онъ же.* — Bericht üb. die gynäkolog. Operationen in Jahre 1891/92.
- Gebhard.* — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 26.
- Gesser.* — Ibid. Bd. 32, Hft. 1.
- Green.* — Spontan. Rupture of the uterus. Amer. Journ. of Obst. 1888.
- Grünwald.* — Correspondenzblatt f. ärztlich. Verein. zu Tübingen 1896, № 5. —
- Также. — Zentr. f. Gyn. 1897. S. 413.
- Hartmann.* — Annales de Gynéc. 1901, T. 2.
- Hildebrandt.* — Berlin. Klin. Woch. 1872.
- Hofmeier.* Zentr. f. Gyn. 1881, № 26.
- Ивановъ, Н. Э.* — Къ вопросу объ этиологiи, профилактикѣ и лѣченіи разрывовъ матки во время родовъ. — Москва 1904.
- Johannowsky.* — Prag. med. Woch. 1888, № 39.
- Kaltenbach* прив. по *R. v. Braun.* — Ueber Uterusruptur.
- Онъ же.* — Zeitschr. f. Gyn u. Frauenkrankheiten 1876, Bd. 1.
- Kasvat.* — Frommel's Jahresbericht 1903.
- Klien.* — Arch. f. Gyn. Bd. 62, Hft. 2.
- Knapp.* — Ibid. Bd. 51.
- Knauer.* — Zentr. f. Gyn. 1903, № 21.
- Koblanck.* — Beitr. zur Lehre von der Uterusruptur. — Stuttgart, 1895.
- Kocher.* — Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte, 1878, № 3.
- Kronland.* — Cazeta lekarska 1898.
- Krukenberg.* — Arch. f. Gyn. Bd. 28.
- Лебедевъ, А. И.* — Ежегод. Клинич. Газета 1889, № 21.
- Lederer.* — Prag. medic. Woch. 1887, № 15.
- Leopold.* — Arch. f. Gyn. Bd. 36, Hft. 1.
- Онъ же.* — Ibid. 1894.
- Онъ же.* — Zur Behandlung der Uterusruptur. — Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1888. II Versammlung.
- Lepage.* — Précis d'obstétrique. Paris 1893.
- Levet.* — Observation sur le cours et les accidents de plusieurs accouchements laborieux. Paris 1770.
- Mangold.* — Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 8.
- Martin.* — Berlin. Klin. Woch. 1878. № 16.
- Menge u. Krönig.* — Bacteriologie des weiblichen Genitalkanals. Leipzig 1897.
- Mermann.* — Zur Indication u. Technik der Operation nach Porro bei Gebärmutterzerreissung. — Arch. f. Gyn. Bd. 39, Hft. 3.
- Merz.* — Arch. f. Gyn. Bd. 45.
- Mikulicz.* — Arch. f. klin Chirurgie, Bd. 26 und 34.
- Mitchell.* — Barnes — Obstetrical Transactions 1870, p. 316.
- Moosberg.* — Zentr. f. Gyn. 1880.
- Morsbach u. Graefe.* — Ibid.
- Müller, P.* — Arch. f. Gyn. Bd. 22.
- Neugebauer.* — Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. VI Versamml. S. 35.
- Olshausen u. Veit.* — Lehrbuch d. Geburtshilfe. — Bonn 1899.
- Оттъ, Д. О.* — Медиц. Вѣстн. 1878, №№ 51 и 52.
- Онъ же.* — Врачъ 1888 г., № 15.
- Павловъ.* — Къ вопросу о выборѣ между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операцией Porro. Журн. Ак. и Женск. Бол. 1879 г. февраль.
- Perret.* — Thèse de Paris 1894.
- Piltz.* — Fall von Uterusruptur im Fundus. — Deutsch med. Zeitung 1889.
- Pinard.* — Congrès periodique internat. de gynéc. et d'obstétrique 8—12 août 1899 à Amsterdam.
- Piskacek.* — Beiträge zur Therapie u. Casuistik der Uterusruptur. Wien 1889.
- Поповъ, Д. Д.* — Къ этиологiи и оперативному лѣченію полныхъ производныхъ разрывовъ матки во время родовъ. СПб. 1899.
- Онъ же.* — Врачъ 1891, № 45.
- Онъ же.* — Распознаваніе и неоперативное лѣченіе полныхъ разрывовъ матки во время родовъ. Врачъ 1901 № 44.
- Rakin.* — Zentr. f. Gyn 1879.
- Rose.* — Ibid. 1877.
- Rosenthal.* — Arbeiten aus der K. Frauenklinik in Dresden, Bd. 1. Leipzig 1893.

- Reusiger.*—Zentr. f. Gyn. 1896, № 2.
Rein.—Verhandl. d. Deutsch. Geb. f. Gyn. 1895.
Ribemont-Dessaignes et Lepage.—Précis d'obstetrique, T. 2. Paris 1894.
Salin.—Zentr. f. Gyn. 1882, № 50.
Saurenhaus.—Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitz. v. 12 Apr. 1889.
Skanzoni.—Beitr. zur Geb. u. Gyn.—Würzburg.
Schäffer.—Ueber die Behandlung der Ruptura uteri mit Komplettem Austritt des Kindes. Jnaug.—Diss. München 1889.
Онъ же.—Münch. medic. Woch. 1889, S. 718—735.
Schauta.—Lehrbuch der ges. Gyn.—Leipzig u. Wien 1895.
Онъ же.—Zur Diagnose u. Therapie der Uterusruptur.—Intern klin. Rundssd an 1891.
Schröder.—Lehrbuch der Geburtshülfe. 1889.
Schuchard.—Zentr. f. Gyn. 1884.
Славянский, К. Ф.—Частн. патол. и терап. женск. бол. 1897.
Thornton.—The Lancet 1879, 30/VIII and 20/IX.
Trask.—Amer. Journ. of. medic. science. 1856.
Vaberg.—Zentr. f. Gyn. 1905.
Varnier.—Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 15.
Васмень.—Журн. Ак. и Женск. Бол. 1892.
Veit.—Müller's Handbuch f. Geb. Bd. II, S. 84.
Онъ же.—Zur Diagnostik u. Therapie des Puerperalfiebers. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 1910.
Wenzel.—Zentr. f. Gyn. 1882.
Williams.—Obstetric, T. 1. 1899.
Winter.—Zentr. f. Gyn. 1892, № 1.
Онъ же.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 23.
Zweifel.—Lehrbuch der Geburtshülfe 1895.
Онъ же.—Zentr. f. Gyn. 1893, S. 11.
Онъ же.—Ueber Symphyseotomie.—Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 6.

Происхождение разрывовъ матки. Вопросъ о происхожденіи полныхъ разрывовъ матки относится къ одному изъ важныхъ вопросовъ акушерства и представляется въ высокой степени интереснымъ какъ съ теоретической, такъ равнымъ образомъ и съ практической точки зрѣнія.

Лучшіе акушеры послѣднихъ десятокъ лѣтъ, напрягая всѣ усилія своихъ научныхъ знаній, далеко еще не освѣтили многихъ темныхъ сторонъ въ этомъ вопросѣ, и потому до настоящаго времени существуетъ большое разнообразіе во взглядахъ на причины происхожденія разрывовъ матки. И мы позволимъ себѣ въ дальнѣйшемъ остановиться именно на происхожденіи полныхъ произвольныхъ разрывовъ матки.

Въ виду особаго интереса, представляемаго случаемъ разрыва матки, наблюдавшагося нами въ свое время въ Татьянинскомъ городскомъ родильномъ пріютѣ, мы прежде всего и позволимъ себѣ привести исторію этого случая.

А. И. Фабричная, 28 лѣтъ, Тверской губ.; первая крови получила на 18 году, черезъ мѣсяць періоды установились и приходили черезъ каждыя 3—4 недѣли съ продолжительностью 6 дней. Въ дѣтскомъ возрастѣ никакихъ болѣзней не помнитъ, но указываетъ, что до 3-хъ лѣтняго возраста не ходила. Вышла замужъ на 20 году, а на 21 были первые роды въ деревнѣ, въ присутствіи бабки; роды продолжались около сутокъ; ребенокъ родился въ асфиксѣ, такъкакъ его, по словамъ матери, откачивали; послѣ родовъ она лежала около 2 недѣль, былъ сильный жаръ и боли внизу живота; ребенокъ жилъ 3 мѣсяца.

Вторые роды живымъ ребенкомъ тоже въ деревнѣ; несмотря

на сильную слабость, больная должна была работать съ 3-го дня; родившаяся дѣвочка жила 1½ года.

Три года тому назадъ, т. е. 22 октября 1895 года, имѣла третьи роды въ Петербургѣ; боли начались утромъ, а вечеромъ того же дня дома отошли воды, при чемъ выпала пуповина, и роженицу немедленно отправили въ больницу, гдѣ ее усыпили, а потомъ она узнала, что ребенку отдѣлили ручку и помяли головку. Выписали ее изъ больницы на 9-й день, послѣ чего у нея въ продолженіе долгаго времени сильно болѣлъ низъ живота, было болѣзненное мочеиспусканіе и дефекація. Настоящую беременность считаетъ съ конца сентября 1897 года, когда окончились послѣдніе регулы; начала движенія плода не помнитъ.

Въ Татьянинскій городской родильный пріютъ принята 18 іюля 1898 года, въ 2 час. 30 мин. дня, съ болями умѣренной силы, начавшимися въ 3 ч. утра того же дня, и съ открытіемъ наружнаго зѣва на 2 пальца; температура 36,6, пульсъ 80. Размѣры живота: окружность—90, разстояніе отъ лобка до пупка—21, высота дна матки—37, отъ лобка до мечевиднаго отростка—41 сантиметръ. Измѣреніе таза дало слѣдующія данныя: Spinae ilei 25, снт., Cristae 26,5, Trochanteres 30, Conj. ext. 16, Conj. diag. 9,5, Conj. vera 8. Животъ роженицы сильно увеличенъ, брюшныя стѣнки крайне тонки, съ обиліемъ рубцовъ на кожѣ; пигментація груди и бѣлой линіи слабо выражены; спинка плода опредѣляется слѣва, тоны сердца плода отчетливы, въ минуту 140, опредѣляются слѣва на уровнѣ пупка. При боляхъ умѣренной силы, въ 4 час. 30 мин. дня отошло обильное количество водъ при открытіи на три пальца; послѣ этого родовыя боли нѣсколько усилились, оставаясь таковыми до полнаго прекращенія родовой дѣятельности. Черезъ наружный зѣвъ, спустя 30 мин. послѣ отхожденія водъ, при открытіи на 3 пальца, опредѣлялась головка плода, стоящая надъ входомъ таза въ поперечномъ его размѣрѣ съ нѣсколько опущеннымъ большимъ родничкомъ, обращеннымъ вправо, и стрѣловиднымъ швомъ, опредѣлявшимся сначала посрединѣ между лоннымъ сочлененіемъ и мысомъ, а потомъ приблизившимся къ этому послѣднему, такъ что въ дальнѣйшемъ оказалось, что головка предлежала правой теменной костью, въ области которой констатировалась небольшая головная опухоль.

При вышеуказанномъ состояніи, приблизительно черезъ 4 часа послѣ отхожденія водъ и при открытіи наружнаго зѣва на 4 пальца, у роженицы внезапно прекратились родовыя боли и стали опредѣляться нитевидный пульсъ; сердцебиеніе плода, сначала крайне частое, замедлилось потомъ до 80 и постепенно исчезло; наступила рѣзкая блѣдность покрововъ у роженицы и при учащенныхъ дыхательныхъ движеніяхъ она обнаружила крайнее безпокойство, жалуясь на острия боли внизу живота; по временамъ она впадала въ обморочное состояние.

Наружное кровотеченіе было незначительное, а состояніе роженицы въ всякаго сомнѣнія указывало на кровотеченіе внутреннее.

Подъ крайне тонкими брюшными стѣнками опредѣлялись спинка плода, лежащая вправо и впереди, и головка подвижная

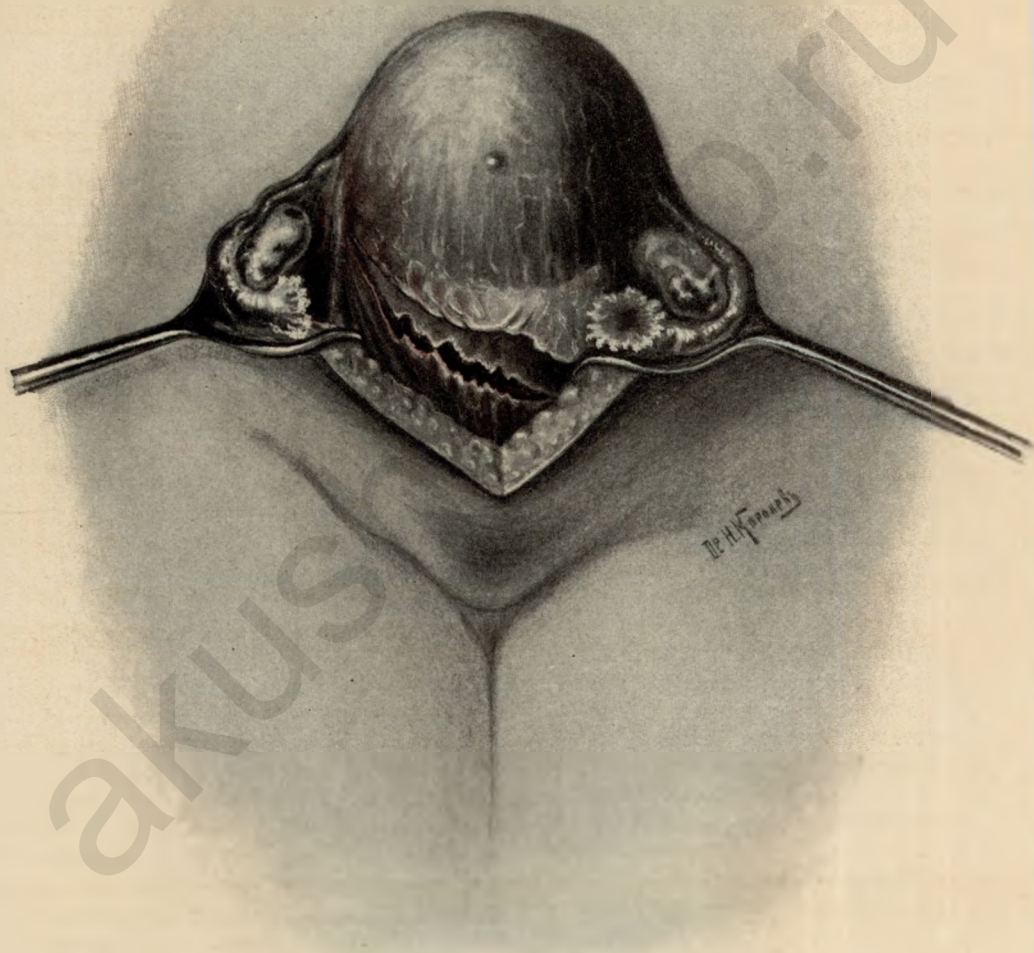


Рис. 14. Разрывъ нижняго маточнаго сегмента: видны кровяныя сгустки и край отслоившейся брюшины.

въ большомъ тазу; слѣва внизу живота, пальца на 2 ниже пупка, опредѣлялось округлое тѣло, представляющее собою сокращенную матку. При малой доступности головки и большой ея подвижности, вслѣдствіе свободнаго положенія плода въ брюшной полости, перфорация представлялась трудно выполнимой, а попытка введенія инструмента и послѣдовательное извлечение плода черезъ разрывъ *per vias naturales* могло лишь увеличить разрывъ и благоприятствовать новому кровотеченію.

Операция. Приблизительно черезъ $\frac{3}{4}$ часа послѣ разрыва приступлено было къ чревосѣченію при слабомъ хлороформномъ наркозѣ. По разрѣзѣ крайне тонкихъ брюшныхъ стѣнокъ, заходящемъ выше пупка на 2 пальца и продолжавшемся на 6 поперечныхъ пальцевъ ниже его, изъ брюшной полости былъ извлеченъ за лѣвую ножку плодъ и послѣдъ, лежавшіе между кишечными петлями. Затѣмъ въ рану выведена матка, которая представляла на передней стѣнкѣ, въ области нижняго сегмента и на границѣ съ шейкой, полный разрывъ, идущій косо справа налѣво и сверху внизъ на протяженіи 10 сантим., причемъ правымъ угломъ разрывъ заходилъ отчасти на боковую сторону матки, продолжаясь такимъ образомъ въ правую широкую связку; слѣва цѣлость боковой стѣнки нарушена была меньше. Продолжавшееся кровотеченіе изъ праваго угла разрыва остановлено наложеніемъ эластическаго жгута; съ удаленіемъ свѣжихъ сгустковъ, обнаружены болѣе старые, уже не такъ легко отдѣляющіеся, въ области праваго угла и между брюшинными листками правой широкой связки; края раны отличались неровностью, брюшина была отслоена почти до границы болѣе прочнаго своего прикрѣпленія къ передней стѣнкѣ матки (Рис. 14). По остановкѣ кровотеченія указаннымъ способомъ, послѣдовательно были перевязаны *art. spermaticae* въ области *lig infundib.-pelv.* и *art. uterinae*, и наложены 8 цѣпочечныхъ лигатуръ на стѣнки матки почти надъ жгутомъ, причемъ иглы не выкалывались въ слизистую оболочку матки.

По срѣзываніи матки, державшейся только на задней стѣнкѣ, культи была прошита 5-ю двойными цѣпочечными шелковыми лигатурами спереди назадъ, для закрытія цервикальнаго канала, и покрыта брюшиной, соединенной 6-ю узловыми швами. Вмѣстѣ съ маткой удалены трубы и яичники; сгустки крови, заключенные въ брюшной полости, частью были удалены.

Брюшная рана зашита 16-ю одноэтажными узловыми шелковыми швами.

Хлороформный наркозъ, крайне поверхностный, поддерживался въ продолженіе 50 мин.; оперированная лежала съ приподнятыми ногами и опущенной головой.

Послѣ операции тотчасъ назначены повторныя горячія солевая клизмы съ коньякомъ и интенсивное согрѣваніе тѣла грѣлками.

Послѣоперационное теченіе. На 4-й день обнаружилось пластическое пропитываніе въ правомъ параметріи, скоро уплотнѣвшее и ясно опредѣлившееся величиной съ яблоко средней величины, что давало повышенія t° -ы съ колебаніями до $38,3^{\circ}$ на

4-й день и до 38,2° на 12-й и 19-й дни по вечерамъ. Швы съ брюшной стѣнки сняты на 10-й день; сращеніе per primam. Въ виду эксудата, больной назначались согрѣвающие компрессы на животъ, смазываніе іодомъ съ ol. terebinth. и тампоны съ ichthuoformъ, а съ 17-го дня—ванны черезъ день съ морской солью, обычно поясныя—съ прибавленіемъ 5 фунтовъ соли; такихъ ваннъ было сдѣлано 11. Пульсъ первые дни (7) колебался до 110 въ 1', что стояло въ связи съ опорожненіемъ кровеносной системы, но съ 16 дня не поднимался выше 70. Для полнаго возстановленія силъ больная оставалась въ пріютѣ до 41-го дня.

Исслѣдованіе при оставленіи больною пріюта указало, что влагалищная часть небольшой величины съ рубцовыми втягиваніями вправо и влѣво отъ наружнаго зѣва, значительно приподнята вверхъ, вслѣдствіе сращенія культи съ передней брюшной стѣнкой въ области нижняго отдѣла брюшнаго рубца; въ правомъ параметріи нѣкоторая чувствительность и резистентность.

Извлеченный мертвый плодъ мужского пола вѣсилъ 3600, длина 52. Размѣры головки: прямой 12 б.косой 15; м. косой 10; б. попереч. 9, см.; попереч. 7, окружн. 35. Размѣры плечиковъ—12, ягодиць—10, окружн. груди—34.

Вѣсъ послѣда 700, размѣры—18—20, длина пуповины 64, прикрѣпленіе ея эксцентрическое, разрывъ оболочекъ боковой.

Макроскопическое исслѣдованіе препарата обнаружило, что въ области разрыва съ правой стороны имѣются кровяные сгустки, заходящіе въ правую широкую связку и частью на заднюю стѣнку. Такія же кровоизліянія замѣтны по разнымъ мѣстамъ и выше области разрыва, подъ брюшиною.

Брюшина отслоена почти до границы болѣе прочнаго ея прикрѣпленія къ передней стѣнкѣ матки. На передней стѣнкѣ матки, въ области между прикрѣпленіемъ трубъ, — фиброміома, величиною съ конопляное зерно, выступающая подъ peritoneum (Рис. 14).

Разстояніе отъ края разрыва до дна 19 сантим. Наибольшая ширина матки 14 сантим., разстояніе между трубами 9,5 сантим.; разстояніе отъ края раны до прикрѣпленія трубы съ правой стороны 11 сантим., съ лѣвой—12 сантим. Наибольшая толщина задней стѣнки 4 сантим., передней 3,75 сантим. Длина праваго яичника, содержащаго истинное желтое тѣло—4,6, толщина 2, высота 2,5 сантим. Длина лѣваго яичника 5, толщина 1,5, высота 1,5 сантим. Длина правой трубы 11,5 сантим., лѣвой—10 сантим.

Длина разрыва—10 сантим.

При микроскопическомъ исслѣдованіи (рис. 15) передней стѣнки въ области разрыва, въ слизистой оболочкѣ замѣтны неправильной формы и значительно расширенныя железы, высланные кубическимъ эпителиемъ, который мѣстами отслоился и лежитъ въ просвѣтѣ железъ; железы по формѣ и характеру выстилающаго эпителия относятся къ маточнымъ железамъ; мѣстами въ слизистой оболочкѣ различаются децидуальные клѣтки и скопленія лимфоидныхъ элементовъ.

Въ мышечномъ слое значительное развитіе молодой и старой соединительной ткани, раздвигающей мышечные пучки другъ отъ друга.

Эластическія волокна, увеличенныя въ своемъ количествѣ, представляются утолщенными, безъ рѣзкихъ очертаній; въ нѣкоторыхъ замѣтна зернистость и характерныя утолщенія, какъ на протяженіи волокна, такъ, особенно, на мѣстахъ изгибовъ; иногда встрѣчаются клубки изъ упругихъ волоконъ.

Вены значительно расширены (рис. 15) и наблюдаются въ огромномъ количествѣ, придавая ткани кавернозный характеръ; стѣнки нѣкоторыхъ артерій средней величины утолщены насчетъ развитія соединительной ткани въ циркулярномъ слоѣ, и просвѣты ихъ сужены.

Встрѣчаются старые организовавшіеся тромбы съ остатками кровяного пигмента и соединительно-тканнымъ перерожденіемъ стѣнокъ сосудовъ.

Прежде чѣмъ обратиться къ выясненію особенностей описаннаго случая, мы остановимся вообще на причинныхъ моментахъ, могущихъ вести къ полному произвольному разрыву матки.

Первоначальное представленіе акушеровъ (Delamotte, Levget), что разрывъ матки происходитъ вслѣдствіе крайне рѣзко выраженныхъ движеній и конвульсій плода при плотно ущемленной головкѣ, было опровергнуто *Vaudeloscque* омъ, какъ совершенно не отвѣчающимъ дѣйствительности. Онъ указывалъ, что плодъ въ моментъ разрыва обыкновенно играетъ пассивную роль, но что вслѣдствіе энергичныхъ сокращеній самой матки можетъ произойти разрывъ не только измѣненный, но и вполне здоровой ея стѣнки. По *Vaudeloscque* у, наиболѣе частой причиной разрывовъ служитъ препятствіе при родахъ, заключающееся въ узкихъ тазахъ или неправильномъ положеніи плода и вставленіи его головки, отступающемъ отъ правильнаго механизма родовъ, а также въ уплотненіи шейки матки и влагалища, и, кромѣ того, оно можетъ быть обусловлено присутствіемъ опухоли въ тазу и перерожденіемъ наружныхъ половыхъ органовъ. Собственно относительно механизма разрыва *Vaudeloscque* не даетъ никакихъ болѣе опредѣленныхъ объясненій и не вполне вѣрно считаетъ, что мѣсто положенія разрыва чаще всего находится по краю матки.

Вопросомъ о выясненіи происхожденія разрывовъ матки впервые занялся *Michaëlis*, а вслѣдъ за нимъ *Bandl*; разработанное ими ученіе о механизмѣ разрыва матки до настоящаго времени не потеряло своего значенія.

Michaëlis происхожденіе разрывовъ ставилъ въ зависимость отъ механическихъ причинъ. По *Michaëlis*, преждевременное стягиваніе вверхъ маточнаго зѣва особенно опасно, какъ ведущее къ разрывамъ, особенно при поперечномъ положеніи плода, при отвисломъ животѣ и при узкомъ тазѣ. Послѣднія двѣ причины нерѣдко встрѣчаются вмѣстѣ и служатъ наиболѣе частымъ поводомъ къ происхожденію разрыва матки.

Michaëlis считалъ, что разрывъ можетъ произойти, когда при общесуженномъ тазѣ нижній отрѣзокъ матки на столько крѣпко ущемляется между головкой и тазомъ, что стягиваніе вверхъ маточнаго зѣва дѣлается невозможнымъ, вслѣдствіе чего получается крайнее растягиваніе шейки и въ заключеніе появляются условія для разрыва матки.

Bandl въ своемъ ученіи о разрывахъ матки совершенно

присоединяется къ выводамъ Michaëlis, однако, даетъ и свои объясненія, основанныя на физиологическихъ данныхъ. B andl впервые обратилъ вниманіе, что мелкія части плода легко прощупываются не черезъ растянутую стѣнку тѣла матки, какъ думали раньше (Kiwisch, Michaëlis), а черезъ истонченную шейку матки, т. е. растянутую стѣнку нижняго маточнаго сегмента. Далѣе, B andl занялся тщательнымъ измѣреніемъ толщины стѣнки матки и шейки ея послѣ разрывовъ на трупахъ съ цѣлью доказать, гдѣ же собственно лежитъ источникъ разрывовъ, въ величинѣ-ли и толщинѣ стѣнокъ тѣла матки или въ истонченіи стѣнки шейки ея. Изслѣдованія B andl'я привели его къ выводамъ, что здоровая, хорошо развитая и достаточно долго работающая матка, можетъ разорвать совсѣмъ нормальную шейку, если при родахъ послѣдняя будетъ значительно истончена, что чаще всего встрѣчается при пространственныхъ несоотвѣтствіяхъ.

Однако B andl не даетъ удовлетворительнаго отвѣта для объясненія тѣхъ случаевъ разрывовъ, когда не наблюдалось крайняго истонченія стѣнокъ нижняго маточнаго сегмента; причина разрыва здѣсь, по автору, могла лежать въ отступленіи въ первоначальномъ развитіи тканей, въ рубцахъ отъ перенесенныхъ раньше поврежденій, или же, какъ это было въ двухъ наблюдаемыхъ имъ случаяхъ, въ кровоизліяніяхъ при крайне растянутой шейкѣ. B andl совѣтуетъ относиться съ большою осторожностью къ установкѣ причинъ разрывовъ на основаніи микроскопическихъ препаратовъ, прибавляя, что часто встрѣчаемое образованіе тромбовъ и растянутыхъ овальныхъ просвѣтовъ венъ въ области мѣста разрыва является не причиной, а слѣдствіемъ ненормальнаго растяженія шейки и ея сосѣднихъ отдѣловъ.

Въ происхожденіи разрывовъ при головныхъ предлежаніяхъ и пространственной диспропорціи самая существенная причина лежитъ въ чрезмѣрномъ растяженіи нижняго маточнаго сегмента съ образованіемъ кольца сокращенія—типичные разрывы, описанные B andl'емъ.

Далѣе, одностороннее растяженіе нижняго маточнаго сегмента при косыхъ положеніяхъ матки, по B andl'ю, также ведетъ къ разрыву матки, и особенно эта опасность угрожаетъ, когда рядомъ съ только что указаннымъ явленіемъ имѣемъ предлежаніе задней темянной костью (Hofmeier); въ этихъ случаяхъ разрывъ обычно причиняется затылкомъ.

По Riskasek'у, вслѣдствіе осевого повертыванія матки получаютъ поперечные или комбинированные разрывы, что до него было замѣчено ранѣе B andl'емъ, который предложилъ исправленіе положенія матки наружными приемами.

Неправильныя предлежанія головки (лобныя, лицевыя), опухоли, лежація въ тазу, и опухоли плода могутъ также подать поводъ къ разрывамъ матки (K. Graun).

Равнымъ образомъ разрывы легко происходятъ при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, какъ видно изъ наблюденій Freund'a, и въ особенности, когда, при отсутствіи водъ и сокращенной маткѣ, имѣютъ дѣло съ запущеннымъ поперечнымъ положеніемъ, и малоопытный акушеръ во что-бы то ни стало желаетъ произвести поворотъ.

Что касается разрывовъ при гидроцефалахъ, то, по статистикѣ Schuchard'a, на 73 случая въ 14 произошли разрывы по этой причинѣ; во всѣхъ 14 случаяхъ наблюдалось головное предлежаніе. Metz-же на 230 разрывовъ насчиталъ 18 случаевъ, гдѣ причиной разрыва былъ гидроцефаль.

Рядомъ съ возникновеніемъ ученія, старающагося объяснить происхождение разрывовъ матки вышеуказанными причинами, явилось другое, представители котораго искали причину въ анатомическихъ измѣненіяхъ маточной ткани.

Вѡег былъ одинъ изъ первыхъ, отмѣтившій то обстоятельство, что женщины, имѣвшія разрывъ, перенесли до него тяжелые и продолжительные роды. M-me Lachapelle, соглашаясь съ механической теоріей, видитъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ причину разрывовъ въ патологическихъ измѣненіяхъ маточныхъ стѣнокъ.

Это послѣднее ученіе особенно восторжествовало, когда нашло себѣ такихъ видныхъ защитниковъ, какъ Schroeder и Franqué.

По мнѣнію Schroeder'a, остро наступающіе полные разрывы матки, вѣроятно, никогда не происходятъ на почвѣ здоровой маточной ткани; для доказательства своего взгляда онъ ссылается на опытъ Dupcan'a, который, изслѣдуя разрываемость плодныхъ оболочекъ и матки, пришель къ заключенію, что въ механическомъ смыслѣ матка обладаетъ большей способностью работать, чѣмъ отъ нея требуется.

По мнѣнію Franqué, имѣя въ виду трудные форсированные повороты безъ разрыва матки, приходится придти къ заключенію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывовъ имѣлось предрасположеніе со стороны стѣнокъ матки.

Task собралъ 417 случаевъ разрывовъ, изъ которыхъ въ 67 указано на микроскопическое состояніе стѣнокъ матки, причемъ только въ 13 случаяхъ матка оказалась, повидимому, здоровой.

Остановливаясь ближе на анатомическихъ измѣненіяхъ стѣнокъ матки, мы прежде всего позволимъ себѣ указать, что немаловажную роль въ происхожденіи разрывовъ играетъ ригидность стѣнокъ шейки, что особенно относится къ старымъ первородящимъ, у которыхъ, по изслѣдованіямъ Dürrsen'a, недостаточное открытіе маточной шейки зависитъ частью отъ врожденнаго, частью вслѣдствіе пріобрѣтеннаго уменьшенія эластическихъ волоконъ.

Помимо только что приведенной анатомической причины, ведущей къ разрывамъ матки во время родовъ, мы остановимся на другихъ, которыя представляютъ собою характеръ патологическихъ измѣненій или перерожденій стѣнокъ матки и цервикальнаго канала и обусловливаютъ недостаточную растяжимость ея на большей или меньшей окружности, что ведетъ къ нарушенію цѣлости стѣнокъ, то въ области измѣненной ткани, то на здоровой сторонѣ, вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія.

Измѣненія стѣнокъ матки развиваются или на почвѣ воспалительныхъ процессовъ (эндометриты, пара-периметриты, некрозы съ образованіемъ фистулъ и др.), или имѣютъ своимъ источникомъ новообразованія (міомы, карциномы и др.) (Braun).

Измѣненія эти, ведущія къ недостаточной растяжимости, заключаются обычно въ развитіи соединительной ткани въ ущербъ мышечной, къ чему нерѣдко ведутъ вышеуказанные воспалительные процессы, а также оперативныя вмѣшательства — *Sectio Caesarea, ventro—et vaginofixatio, fistulorrhaphia, ruptura uteri* и др.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ разрывовъ патологическія измѣненія стѣнокъ носили характеръ жирового перерожденія; такъ напр., Fehling встрѣтилъ жировое перерожденіе въ 2-хъ случаяхъ; Simpson и C. v. Braun описали по 1 случаю; Klob'у удавалось также встрѣчать жировое перерожденіе въ мѣстахъ разрывовъ и преимущественно въ области периферическихъ разраженій соединительной ткани вслѣдствіе старыхъ периметритовъ.

Kolaszek сообщаетъ 27 случаевъ разрыва матки (съ 1895 г.) изъ которыхъ 15 было произвольныхъ. Онъ считаетъ, что перерожденіе ткани (развитіе соединительной ткани, жировое перерожденіе, артерioskлерозъ, вращаніе ворсинокъ, миомадозъ и т. д.) является предрасполагающимъ моментомъ.

Waisch высказывается противъ взгляда, по которому допускается, что здоровая матка можетъ разорваться во время беременности безъ всякихъ сокращеній и внѣшнихъ поврежденій. Онъ описываетъ случай произвольнаго разрыва на 36-ой недѣлѣ беременности съ полнымъ выходомъ яйца въ брюшную полость. Разрывъ произошелъ на почвѣ рубца, получившагося вслѣдствіе перфорациі матки зондомъ, введеннымъ для изслѣдованія полости при выкидышѣ. Этотъ же авторъ собралъ 78 случаевъ разрыва во время беременности изъ нихъ въ $\frac{1}{4}$ (19 случ.) было опредѣленно установлена травматическая причина, вызвавшая разрывъ матки, стѣнка которой была крайне истончена вслѣдствіе порока развитія или измѣненій подъ влияніемъ воспаления или новообразованія (*tuberculosis, carcinoma, myoma, deciduoma*, рубцовыя образованія).

Д-ръ Ивановъ представилъ интересныя статистическія клиническія данныя относительно 124 случаевъ разрывовъ (1877—1901), причемъ на 19 случ., изслѣдованныхъ патолого-анатомически, въ 5 были найдены старыя рубцовыя образованія въ области разрыва, въ 3 случ.—инфильтрація одной стѣнки и въ 2 случ. обѣихъ стѣнокъ матки.

Изъ многочисленныхъ причинъ, обусловливающихъ возможность разрыва матки и приведенныхъ здѣсь для освѣщенія этиологіи разрывовъ, по отношенію къ случаю, описанному нами, имѣютъ значеніе, — во-первыхъ, тѣ, которыя относятся къ пространственнымъ несоотвѣтствіямъ между тазомъ и головкой плода, такъ какъ мы имѣли плоскій тазъ съ *conj. vera*—8 сант. у роженицы, у которой предыдущіе роды окончены были перфорацией; во-вторыхъ, — причины, лежащія въ анатомическихъ измѣненіяхъ стѣнокъ, ибо при макро- и микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной матки въ области разрыва были найдены патолого-анатомическія измѣненія стѣнокъ, съ которыми необходимо считается при выясненіи причинъ разрыва матки въ нашемъ случаѣ.

Переходя къ ближайшей оцѣнкѣ этихъ причинъ, мы пре-

жде всего остановимся на пространственных несоотвѣтствіяхъ и обратимся къ исторіи родовъ даннаго случая, которая указываетъ, что теченіе ихъ, несмотря на узкій тазъ съ $conj. vera=8$, не уклонялось отъ фізіологическаго характера. Родовыя боли были умѣренной силы, сокращенія матки ритмически правильныя, рѣзкаго истонченія нижняго маточнаго сегмента не наблюдалось, и кольцо сокращенія отсутствовало.

Несмотря на такое теченіе родовъ, которое вовсе не указывало на усиленную работу матки, произошелъ разрывъ ея при открытіи наружнаго зѣва на 4 пальца и головкѣ, свободно подвижной надъ входомъ въ малый тазъ.

Очевидно отсюда, что причину разрыва въ данномъ случаѣ необходимо искать въ другихъ моментахъ, на которые мы указали, а именно въ тѣхъ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ стѣнокъ матки въ области разрыва, которыя найдены нами при микроскопическомъ изслѣдованіи препарата. Измѣненія эти, характеризующіяся развитіемъ соединительной ткани въ ущербъ мышечной, уменьшеніемъ и измѣненіемъ эластической ткани, обиліемъ растянутыхъ венъ, придававшимъ ткани кавернозный видъ, утолщеніемъ стѣнокъ артерій съ суженіемъ ихъ просвѣта и присутствіемъ старыхъ тромбовъ, дѣлали стѣнку нижняго маточнаго сегмента мало растяжимой, вызывая такимъ образомъ частичную стриктуру родового канала.

Происхожденіе разрывовъ при данныхъ условіяхъ, описанныхъ многочисленными авторами (Bayer, Veit, P. Müller, Алексѣенко, Бекманъ, Бидеръ и др.), отличается тѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, что разрывъ наступаетъ уже послѣ кратковременнаго теченія родового акта и является вполне неожиданно при полной эвфоріи роженицы (Kaltenbach), сопровождаясь, по Freund'у, столь незначительными симптомами, что по нимъ нельзя діагностировать его наступленіе.

Разрывы иногда наступаютъ уже при начинающейся родовой дѣятельности, когда плодный пузырь еще цѣль, какъ это находимъ у Zweifel'я, или даже во время беременности.

Mitchell сообщилъ, напр., о разрывѣ матки на 7-мъ мѣсяцѣ беременности вслѣдствіе страха отъ молніи, Hildebrand описалъ случай разрыва на 9—10 лунномъ мѣсяцѣ, происшедшій у больной при испражненіи.

Szyzewitz также описалъ очень поучительный случай произвольнаго разрыва матки, происшедшій при цѣломъ плодномъ пузырьѣ. Въ этомъ случаѣ одновременно встрѣтились нѣсколько неблагоприятныхъ моментовъ:—малое количество околоплодныхъ водъ, абсолютное суженіе таза и абсолютная тонкость и недоразвитость стѣнокъ матки на почвѣ глубокаго разстройства питанія организма, вызвавшаго также развитіе *osteomalakia*.

Происхожденіе внезапнаго произвольнаго разрыва матки на послѣднемъ мѣсяцѣ беременности въ случаѣ Eckstein явилось слѣдствіемъ проростанія плацентарною тканью всей области рубца послѣ кесарскаго сѣченія (по Fritsch'y).

Распознаваніе разрывовъ матки. Распознать полный разрывъ матки во время родовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезвычайно трудно; описаны случаи разрывовъ матки, которые были

распознаны лишь на операционномъ или секционномъ столахъ. Распознаваніе во многомъ зависитъ отъ величины разрыва и мѣста его происхожденія. Еще труднѣе въ отдѣльныхъ случаяхъ съ положительностью опредѣлить, произошелъ-ли полный или неполный разрывъ матки. Значеніе же такой опредѣленности въ распознаваніи понятно само собою, такъ какъ оно обуславливаетъ выборъ тѣхъ или другихъ родоразрѣшающихъ пріемовъ, отъ которыхъ непосредственно зависитъ дальнѣйшая судьба больной.

Статистическія данныя съ положительностью выясняютъ, въ особенности, какъ увидимъ ниже, для случаевъ, въ которыхъ было оказано оперативное пособіе, что своевременное распознаваніе разрыва матки и быстрое вмѣшательство, по крайней мѣрѣ въ теченіе первыхъ 2-хъ часовъ, значительно повышаетъ $\frac{0}{0}$ выздоровленій при немъ. Запаздываніе съ дѣятельнымъ вмѣшательствомъ, оперативнымъ или неоперативнымъ, ведетъ къ новымъ потерямъ крови, въ 45 $\frac{0}{0}$ оканчивающимся смертью больной, и создаетъ условія, благопріятныя для внѣдренія заразы или развитія ея, при чемъ смертность достигаетъ 55 $\frac{0}{0}$.

Насколько незначительными припадками сопровождаются иногда поврежденія матки, достаточно указать на случай Reusing'a, въ которомъ беременная послѣ сильнаго паденія, причинившаго ей поврежденія, ходила еще 3 дня, и лишь послѣ того у нея былъ установленъ полный разрывъ матки съ поступленіемъ плода въ брюшную полость. Иногда существованіе разрыва опредѣлялось спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ родовъ при выраженности тѣхъ или другихъ явленій, ясно на него указывавшихъ. Такъ, Gesser приводитъ случай, въ которомъ разрывъ не былъ узнавъ во время родовъ при отсутствіи субъективныхъ и объективныхъ данныхъ, и лишь обильное кровотеченіе на 5-й день послѣ родовъ, вызвавшее смерть, дало основаніе запоздало придти къ правильному распознаванію.

Въ большинствѣ случаевъ, однако, припадки наступившаго разрыва матки такъ характерны, что распознаваніе его, при достаточно внимательномъ отношеніи, не представляетъ особыхъ затрудненій, и хотя-бы разъ наблюдавшаяся клиническая картина разрыва настолько прочно запечатлѣвается въ памяти, что отдѣльныя явленія новаго встрѣтившагося разрыва живо и ярко восстанавливаютъ ее въ воображеніи и даютъ возможность путемъ сравненія придти къ правильному заключенію. Обычно при значительныхъ разрывахъ матки лицо больной принимаетъ страдальческое выраженіе и бываетъ осунувшимся, а въ тяжелыхъ случаяхъ съ обильными кровопотерями пріобрѣтаетъ мертвенную блѣдность и покрывается холоднымъ потомъ; взглядъ дѣлается безпокойнымъ; сознаніе нерѣдко помрачается; тошнота и рвота встрѣчаются довольно часто. Особенно характерны острия жгучія боли съ опредѣленнымъ мѣстоположеніемъ ихъ, заставляющія больную неистово кричать; даже самое поверхностное дотрогиваніе до передней брюшной стѣнки въ области разрыва почти не выносятся; иногда, впрочемъ—правда, очень рѣдко—болей можетъ вовсе не быть, какъ на это указалъ Gronland, или онѣ различаются неясно (Le-

раге). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныя сами опредѣленно указываютъ, что появившіяся острые боли сопровождалась ясно ощущаемымъ чувствомъ разрыва въ животѣ, а Auvard и Leraге утверждаютъ, что иногда при разрывѣ матки появлялся глухой звукъ или даже трескъ, который слышали и больная, и окружающіе. Въ случаяхъ, извѣстныхъ лично намъ *), частью уже описанныхъ, никакихъ звуковыхъ явленій не было; въ позднѣйшей нѣмецкой литературѣ на это указаній тоже нѣтъ, а потому мы и не беремся подтверждать значеніе ихъ для распознавательныхъ цѣлей.

Ближайшимъ слѣдствіемъ полнаго разрыва матки является безусловное или относительное прекращеніе родовой ея дѣятельности. Описаны однако, какъ крайне рѣдкіе, случаи, въ которыхъ, несмотря на разрывъ, родовая дѣятельность продолжалась съ извѣстной правильностью (Dohrn) и сокращенія матки проявляли свою энергію, настолько, что даже слѣдовали произвольные роды (Kaltenbach). Пульсъ при разрывахъ матки, вслѣдствіе наружныхъ или внутреннихъ кровотеченій, становится нитевиднымъ и временами пропадаетъ совсѣмъ. По Freund'у, онъ бываетъ неправильнымъ, временами исчезаетъ и напоминаетъ пульсъ при острыхъ формахъ гнилокровія; удушье рѣзко выражено. Шока и крайняго упадка силъ, говоритъ Freund, столь характерныхъ при внѣматочной беременности, при разрывѣ матки не бываетъ; но съ этимъ заявленіемъ едва-ли можно согласиться, такъ какъ въ тяжелыхъ случаяхъ внезапныхъ разрывовъ намъ приходилось наблюдать и то, и другое. Животъ принимаетъ неправильную форму, бываетъ вздутъ и содержитъ излишнюю въ брюшную полость кровь, иногда жидкія части плоднаго яйца. При полныхъ разрывахъ, съ поступленіемъ плода въ брюшную полость, черезъ переднюю брюшную стѣнку сравнительно ясно опредѣляются сокращенная матка и выскользнувшій изъ нея плодъ, лежащій свободно въ брюшной полости. Нѣсколько затруднительнѣе опредѣлить степень разрыва, когда плодъ лежитъ въ брюшной полости въ своихъ оболочкахъ, ибо это можетъ дать поводъ думать о неполномъ разрывѣ и о плодѣ, покрытомъ брюшиной; но собранныя свѣдѣнія объ отхожденіи водъ или наблюдаемое ихъ излитіе и внутреннее изслѣдованіе помогаютъ разъяснить такое недоразумѣніе. Иногда при ощупываніи ясно ощущается крепитация, свойственная эмфизематозному состоянію въ зависимости отъ внѣдренія воздуха во время разрыва матки въ окружающую ее клѣтчатку или въ вены, что стоитъ въ связи съ быстрымъ происхожденіемъ разрыва. Особенно важнымъ распознавательнымъ признакомъ является внезапное исчезно-

*) 1. Къ этиологіи и оперативному леченію полныхъ произвольныхъ разрывовъ матки во время родовъ, 1899, Петербургъ.—2. См. ниже 2 случая полныхъ разрывовъ матки.—3. Случай полнаго разрыва въ Татьянинскомъ Городскомъ родильномъ пріютѣ, 1899 г.—4. Случай, въ которомъ мною была сдѣлана операція Roggo; выздоровленіе. Бошная была доставлена въ Госпитальную Акушерскую клинику изъ Выборскаго Городскаго родильнаго пріюта, 1899.—5. Случай Академической Акушерско-Гинекологической клиники, 1897—98 г.

веніе сердцебіеній плода, до этого ясно различимыхъ, при чемъ явственнее измѣненіе положенія и предлежанія плода съ припадками наступившаго наружновнутренняго кровотеченія даютъ прочное основаніе предположить происшедшій уже разрывъ матки. Ближайшее излѣдованіе показываетъ, что при полныхъ разрывахъ предлежащая часть, если она не была прочно укрѣплена въ маломъ тазу, отступаетъ въ большой и становится снова надъ входомъ или упирается на одну изъ подвздошныхъ костей. Кровотеченія изъ мѣста разрыва, если онъ небольшой, обычно не бываетъ, но и при большихъ можетъ не быть наружнаго кровотеченія; появленію его можетъ препятствовать вступленіе головки въ малый тазъ или то, что матка хорошо сокращена и просвѣты разорванныхъ сосудовъ сдавлены.

Если возможно ручное изслѣдованіе, то оно окончательно убѣждаетъ въ наличности разрыва и позволяетъ опредѣлить особенности его. Сокращенная матка, лишенная содержимаго, и доступная изслѣдованію части плода, находящагося въ брюшной полости, распознаются безъ всякихъ затрудненій. Однако, въ отдѣльныхъ случаяхъ, особенно для мало опытной руки, не такъ-то легко разобраться во всемъ и получить увѣренность въ точности распознаванія; уменьшеніе разрыва при сокращеніи матки до полной неузнаваемости, высокое его мѣстоположеніе, разрыхленность тканей, обиліе сгустковъ крови—вотъ главныя къ этому помѣхи. Настоятельно совѣтуютъ не форсировать изслѣдованія, дабы не наносить новыхъ поврежденій и, въ особенности, не отслоить дальше брюшины при попыткахъ во что-бы то ни стало пройти рукой въ брюшную полость и точно опредѣлить прободающій разрывъ по извлеченію плода. Нащупывая при рукавно маточномъ изслѣдованіи кишечныя петли, убѣждаются въ полномъ разрывѣ матки; при выпаденіи же петель или сальника рѣшеніе задачи значительно уже упрощается. Наконецъ, упомяну, что выпаденіе послѣда нѣкоторые авторы (Scanzoni, Veit) считали явленіемъ, дающимъ поводъ думать о возможности разрыва матки, если въ то же время можно было исключить предлежаніе его.—Однако, дальнѣйшими наблюденіями значеніе этого признака для распознаванія разрывовъ матки далеко не подтвердилось, такъ какъ послѣдъ выпадалъ и при нормальномъ его положеніи и вполне доношенныхъ плодахъ безъ того, чтобы была разорвана матка. Чаще это наблюдается, по С. v. Braun, при поперечномъ положеніи и двойняхъ. Иногда, по Feinberg'y, гниlostное разложеніе дѣтскаго мѣста можетъ привести къ его отслоенію и выпаденію, какъ это описано въ случаѣ v. Dittel'я. Такимъ образомъ, крайне рѣдко встрѣчающееся при разрывахъ матки выпаденіе дѣтскаго мѣста, наблюдаемое и при другихъ ненормальныхъ состояніяхъ, напр., при поперечныхъ и косыхъ положеніяхъ, отслоеніи и разложеніи дѣтскаго мѣста, описано и при физиологическихъ родахъ, не служитъ патогномическимъ признакомъ разрыва матки, какъ думали раньше, но все же при сочетаніи съ другими припадками можетъ имѣть нѣкоторое значеніе для распознаванія, какъ наблюдавшееся въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывовъ. Рѣдкое выпаденіе яичниковъ и Fallorіевыхъ трубъ составляетъ одинъ изъ

важныхъ положительныхъ признаковъ полнаго разрыва матки (Grünwald). Наконецъ, указанія на поврежденіе сосѣднихъ полостныхъ органовъ—прямой кишки (Klien) и особенно мочевого пузыря, встрѣчающееся въ 4,2%, при наличности другихъ признаковъ, даетъ поводъ думать о разрывѣ матки, особенно шейки ея.

Еще съ бѣльшимъ трудомъ распознаются рѣдкіе случаи неполныхъ разрывовъ, когда нарушается главнымъ образомъ цѣлость брюшнаго покрова и частью наружный слой стѣнки матки, при чемъ нерѣдко бываютъ внутреннія кровотеченія, приводящія къ смертельному исходу. Кпауег изъ клиники Шгоback'a описалъ 3 случая такого рода неполныхъ разрывовъ матки (fissura peritonealis) съ обильнымъ внутрибрюшиннымъ кровотеченіемъ, кончившимся летально.

Интереснымъ представляется съ точки зрѣнія этого рода т. н. наружныхъ неполныхъ разрывовъ матки то обстоятельство, что при нихъ наблюдалось одновременно преждевременное отдѣленіе плаценты, такъ что это дало основаніе Кпауегу думать, что между этими двумя явленіями имѣется связь. По Кпауегу, эта причинность состоитъ въ томъ, что преждевременное отдѣленіе плаценты является слѣдствіемъ обильнаго кровоизліянія въ полость матки и быстрое сильное растяженіе ея стѣнокъ производитъ наружный неполный разрывъ матки.

По Herzog'у, практическое значеніе перитонеальныхъ фиссуръ только тогда имѣетъ значеніе, когда они въ то же время захватываютъ мышечный слой и подають поводъ къ внутреннимъ кровотеченіямъ; потому именно при преждевременномъ отдѣленіи плаценты, когда степень анеміи нельзя объяснить наблюдаемыми потерями крови, должна явиться мысль о присутствіи неполнаго наружнаго разрыва, вслѣдствіе чего въ этихъ случаяхъ необходимо принять соотвѣтствующія лечебно-оперативныя мѣропріятія.

Неоперативное леченіе полныхъ разрывовъ матки. Что касается значенія статистическихъ данныхъ относительно заболѣваемости и смертности при рѣшеніи вопроса о достоинствахъ различныхъ оперативныхъ и неоперативныхъ способовъ леченія, то, пользуясь таковыми въ извѣстныхъ случаяхъ, мы все же считаемъ этотъ способъ рѣшенія вопроса имѣющимъ лишь относительное значеніе, прежде всего потому, что степень безгнлности родового пути передъ появленіемъ разрыва обыкновенно составляетъ величину неопредѣлимую, а въ то же время существенно сказывается на исходѣ. Это, между прочимъ, подтверждается и тѣмъ, что результаты леченія, принадлежащія одному и тому же учрежденію, гдѣ работаютъ при одинаковыхъ условіяхъ и часто съ одинаковымъ искусствомъ, все-же различны, въ зависимости отъ степени безгнлности доставляемыхъ въ учрежденіе больныхъ.

Переходя къ оцѣнкѣ достоинствъ неоперативнаго способа сравнительно съ оперативнымъ, приведемъ мнѣнія различныхъ авторовъ по этому вопросу. Freund въ своей обширной работѣ о разрывахъ матки вполнѣ присоединяется къ мнѣнію Veit'a, думающаго, что достигнутое путемъ чревосѣченія излеченіе въ

приведенныхъ имъ въ отчетѣ случаяхъ разрывовъ матки, несомнѣнно, наступило-бы тогда, если-бы родоразрѣшеніе проведено было черезъ влагалище; весь центръ тяжести, по автору, въ отсутствіи зараженія. Особенно благоприятные результаты при неоперативныхъ способахъ, по Hofmeier'у, получаются при неполныхъ разрывахъ, хотя Frommel и Leopold неоднократно достигали выздоровленія при полныхъ разрывахъ, при чемъ Leopold одинъ изъ первыхъ сталъ настоятельно совѣтывать неоперативное леченіе разрывовъ матки, предложивъ свой собственный способъ. Winter предложилъ удалять плодъ изъ брюшной полости черезъ небольшой разрѣзъ, а разрывъ матки лечить затѣмъ помощью неоперативныхъ способовъ (тампонадой). Freund совершенно справедливо замѣтилъ по этому поводу, что, если уже открывать брюшную полость, т. е. предпринимать серьезное вмѣшательство, то и въ дальнѣйшемъ желательнѣе хирургическое-же леченіе, т. е. зашить разрывъ. Fehling совѣтуетъ извлекать ребенка черезъ естественные родовые пути только въ томъ случаѣ, если онъ помѣщается въ родовомъ каналѣ или лишь частью вышелъ изъ него въ брюшную полость; если-же онъ лежитъ внѣ его, то стоитъ за чревосѣченіе, какъ за единственно показанный образъ дѣйствій. Противопоказаніемъ къ извлеченію плода изъ брюшной полости чрезъ естественные пути Fehling считаетъ возможность увеличить разрывъ и получить отъ этого новое кровотеченіе, съ чѣмъ не вполне соглашается Freund, говоря, что такого рода поврежденія еще далеко недоказаны; на это же указываетъ и Lepage, имѣя въ виду работу Brossard'a.

Ahlfeld признаетъ наиболѣе правильнымъ при полныхъ разрывахъ быстро прибѣгать къ чревосѣченію, но такъ какъ этотъ энергичный приемъ въ частной практикѣ представляетъ почти всегда непреодолимая препятствія, то, по его мнѣнію, не остается ничего другого, какъ извлеченіе плода черезъ родовой каналъ и окончаніе родовъ естественными путями. Schauta, указывая на возможность увеличить разрывъ при родоразрѣшеніи естественными путями, признаетъ, однако, за нимъ то преимущество, что его можно быстро примѣнить, между тѣмъ какъ приготовленіе къ чревосѣченію требуетъ довольно много времени; кромѣ того, чревосѣченіе, по его мнѣнію, въ большинствѣ случаевъ недоступно по внѣшней обстановкѣ, да и не всякій акушеръ обладаетъ необходимой для него техникой. Если родоразрѣшеніе совершено естественными путями, то дальнѣйшее оперативное леченіе, говоритъ Schauta, обуславливается кровотеченіемъ или выпаденіемъ неправяющихся кишекъ. Особенно горячимъ защитникомъ неоперативнаго леченія является Fritsch, который на основаніи большого личнаго опыта пришелъ къ тому выводу, что, если роженица уже заражена, то никакое леченіе не поможетъ, при безгнилостномъ же ея состояніи и огромная, прямо невообразимая поврежденія излечиваются произвольно. Хотя, повидимому, статистическія данныя Klien'a противорѣчатъ этому выводу Fritsch'a, указывая, что при чисто наблюдательномъ леченіи у него получился наибольшій % смертности, однако, если принять во вниманіе, что въ эту группу вошли многіе безнадежные случаи и тѣ, въ которыхъ

разрывъ распознанъ не былъ, то считать мнѣніе Fritsch'a опровергнутымъ этими статистическими данными нельзя, и оно продолжаетъ стоять близко къ истинѣ. Fritsch высказывается и противъ того, что наиболѣе правильное лечение разрыва—наложение шва: тамъ, гдѣ, дѣйствительно, требуется шовъ, говорить онъ, наложить его не такъ-то просто; надо не только соединить швами мышцу матки и брюшину, но и провести ихъ черезъ диафрагму таза и влагалища, что сверху не всегда возможно, ибо при этомъ легко захватить мечеточникъ. Поэтому, говорить онъ въ заключеніи, въ общемъ скорѣе слѣдуетъ болѣе удивляться тому, что больная съ разрывомъ матки излечивается помощью операциі, чѣмъ тому, что она выздоравливаетъ только при простомъ наблюденіи за ней. Въ виду того, что нѣкоторые авторы (Klien) допускаютъ вскрытіе брюшной полости при домашней обстановкѣ, дабы не подвергать больную опасности перевозки, считаю не лишнимъ привести на этотъ счетъ взглядъ Fritsch'a вполне согласующійся съ мнѣніемъ Schaut'a, что онъ рѣшается прибѣгать при извѣстныхъ показаніяхъ къ чревосѣченію при разрывахъ матки только въ клиникѣ и благоустроенномъ родильномъ учрежденіи, въ поликлинической-же дѣятельности совѣтуютъ примѣнять только неоперативные способы леченія.

Довольно убѣдительно также на полученіе лучшихъ результатовъ при помощи неоперативныхъ способовъ указываетъ изслѣдованіе Schmit'a который, на основаніи 179 критически разобранныхъ случаевъ разрывовъ матки (Schroeder'a 108 и своихъ 71 случ.), отмѣчаетъ, что выздоровленіе при леченіи посредствомъ дренажа наступило въ 51,8%, а при оперативномъ вмѣшательствѣ только въ 25%.

Auvarд предлагалъ предоставлять разрывъ матки естественному сращенію и избѣгать, насколько возможно, при этомъ чревосѣченій, при отсутствіи осложнений, какими онъ считаетъ серьезныя кровотеченія. Какъ увидимъ ниже, французская школа акушеровъ вообще проявляетъ стремленіе къ неоперативнымъ способамъ, переступая здѣсь иногда даже желательныя границы, что подчеркиваютъ и ихъ соотечественники. Когда плодъ въ брюшной полости, Lepage и Ribemont-Dessaignes совѣтуютъ извлекать его черезъ естественные пути, а при кровотеченіяхъ, не поддающихся остановкѣ, а также, когда разрывъ уменьшился, затрудняя извлеченіе плода, прибѣгаютъ къ келіотоміи и безусловно не сочувствуютъ совѣту Paul Dubois, стремящагося къ крайности и увеличивающаго разрывъ путемъ надрѣза съ цѣлью непременно извлечь плодъ изъ брюшной полости черезъ родовые пути. Поднятый нѣкоторыми нѣмецкими и французскими авторами вопросъ о показаніяхъ къ келіотоміи въ виду могущихъ возникнуть затрудненій при извлеченіи плода чрезъ сократившееся отверстіе разрыва, далеко не всѣми приняты сочувственно. Помимо Freund'a, считавшаго вообще это состояніе недоказаннымъ, мы можемъ указать на Chilly, который, отрицая это состояніе, исключаетъ его изъ числа показаній для чревосѣченія при разрывахъ матки съ выхожденіемъ плода въ брюшную полость и совѣтуетъ извлекать плодъ черезъ разрывъ. Lepage и Ribemont-Dessaignes относятъ такое

состояніе къ исключительнымъ. Brossard, занявшійся специально выясненіемъ этого вопроса, на 138 наблюдений ни въ одномъ не могъ найти доказательствъ сдавленія тѣла плода краями разрыва.

Показаніями къ оперативному способу леченія Lepage считаетъ значительныя суженія таза и препятствія со стороны мягкихъ частей родового пути, когда нельзя рассчитывать извлечь плодъ естественными путями даже при уменьшеніи его объема или по частямъ. Такого же взгляда придерживаются и другіе, считая эти показанія безусловными, вытекающими изъ тѣхъ основаній, на которыхъ обычно покоится показаніе къ кесарскому сѣченію. Относительныя показанія бывають при угрожающихъ кровотеченіяхъ, когда, на ряду съ ними, извлеченіе чрезъ естественныя пути представляетъ извѣстныя трудности—при относительно узкомъ тазѣ, при недостаточной подготовкѣ родового пути, когда желательное расширеніе, кровавое или некровавое, требуетъ времени и вызываетъ новыя потери крови.

Какъ видно изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ, большинство авторовъ высказывается за неоперативный способъ леченія полныхъ разрывовъ матки даже при поступленіи плода въ брюшную полость; при частичномъ же его выходѣ изъ матки и при неполныхъ разрывахъ на этотъ счетъ существуетъ почти полное согласіе: требуется окончить роды черезъ естественныя пути. При этомъ можно установить, что приводимыя авторами безусловныя показанія къ оперативному леченію, въ видѣ сильныхъ степеней суженій таза и малой проходимости родового пути со стороны мягкихъ частей, являются лишь въ исключительныхъ случаяхъ; главнымъ же поводомъ, обуславливающимъ оперативное вмѣшательство, надо считать первичныя кровотечения, возникающія тотчасъ послѣ разрыва, или вторичныя, являющіяся слѣдствіемъ акушерскаго родоразрѣшенія. Что касается другихъ показаній, къ каковымъ относятся уменьшеніе разрыва и выпаденіе кишекъ, то первое изъ нихъ представляется еще далеко не установленнымъ и скорѣе выставляется на основаніи теоретическихъ соображеній; второе же требуетъ хирургическаго вмѣшательства лишь при невозможности вправить кишечныя петли и сальникъ, что встрѣтилось только въ 2 случаяхъ (у Bäckera и Fogari). Для наглядности и полноты представленія о результатахъ, получаемыхъ при леченіи полныхъ разрывовъ матки путемъ оперативныхъ и неоперативныхъ способовъ, приводимъ сравнительную таблицу $\%$ смертности.

Изъ этой таблицы видно, что у большинства авторовъ $\%$ смертности оперированныхъ превышаетъ таковой неоперированныхъ, причемъ разница эта дѣлается особенно замѣтной, если принимать въ соображеніе лишь случаи, относящіеся къ противогнилостному времени, т. е., приблизительно къ послѣднимъ 20 годамъ, когда борьба съ заразными началами при веденіи родового акта вошла въ свои права и рѣзко сказалась въ уменьшеніи $\%$ послѣродовыхъ заболѣваемости и смертности.

При выборѣ родоразрѣшающихъ акушерскихъ операцій при разрывахъ матки прежде всего и исключительно надо имѣть въ

виду интересы матери, такъ какъ плодъ при этомъ обыкновенно бываетъ уже мертвъ. Принимая во вниманіе, что причинами смерти роженицъ съ разрывами матки служатъ почти исключительно кровотеченіе, дающее 50% смертности, и зараженіе въ формѣ перитонитовъ съ 48% ея, желательнo пользоваться такими акушерскими оперативными приѣмами, которые наименѣе ранятъ мягкія части родового пути и при примѣненіи которыхъ возможно ограничивается введеніе руки въ брюшную полость. Самый тяжелый разрывъ матки можетъ окончиться благоприятно, если при этомъ не было зараженія, а потому прежде всего возникаетъ забота именно въ этомъ направленіи.

Годъ.	А в т о р ы.	Число случаевъ.	% смертности оперированныхъ.	Число случаевъ.	% смертности оперированныхъ.
1886	Jaille	38	31,6	—	71
1899	Schäffer	52	64	—	—
1839	Piskacek	23	60,8	57	56,1
1891	Schultz	193	55,3	70	64
1893	Merz	54	50,5	42	30,2
1895	Koblanck	9	100	14	57
1900	Schmit	179	75	—	48,2
1901	Klien	149	44	125	39
				42	17 при примѣненіи дренажа.

Вопросъ объ оцѣнкѣ акушерскихъ оперативныхъ способовъ при разрывахъ матки, мнѣ кажется, еще недостаточно выясненъ: высказаны противорѣчивые взгляды, и многіе ограничиваются лишь общими замѣчаніями совѣтуя прибѣгать къ извлеченію плода; между тѣмъ неосновательно примѣненный способъ извлеченія приводитъ къ печальнымъ послѣдствіямъ—новымъ поврежденіямъ и повторнымъ кровотечениямъ. Ahlfeld при разрывахъ матки удаляетъ плодъ, захвативъ его за ножки, и дѣлаетъ послѣдовательно прободеніе головки; на другихъ способахъ онъ не останавливается, вообще излагая этотъ вопросъ крайне поверхностно. Auvard лишь совѣтуетъ при полномъ и неполномъ выходѣ плода въ брюшную полость извлекать плодъ, не касаясь ближе этого вопроса. Lepage послѣ поворота въ брюшной полости извлекаетъ плодъ цѣликомъ, если отверстіе достаточно широко и тазъ не особенно суженъ, въ противномъ же случаѣ удаляетъ плодъ по частямъ. Болѣе опредѣленно и подробно останавливается на выборѣ способа родоразрѣ-

шенія Freund, совѣтуя для извлеченія плода изъ брюшной полости прибѣгать къ повороту, и убѣждаетъ не бояться его, ибо, во-1-хъ, не доказано происхожденіе новыхъ разрывовъ при послѣдующемъ извлеченіи, а во-2-хъ, будто-бы нѣтъ основанія бояться и зараженія брюшины. Freund, какъ видимъ, останавливается тоже главнымъ образомъ на частныхъ случаяхъ съ полнымъ выходомъ плода въ брюшную полость. Съ предлагаемымъ имъ способомъ родоразрѣшенія чаще всего приходится встрѣчаться въ описываемыхъ сообщеніяхъ такого рода, и онъ, повидимому, традиціонно предпочитается всѣмъ другимъ. За оперативное вмѣшательство съ уменьшеніемъ объема плода особенно высказываются въ послѣднихъ своихъ сообщеніяхъ Schauta, Fritsch и Leopold, причемъ Fritsch устанавливаетъ, что наилучшимъ способомъ родоразрѣшенія долженъ считаться тотъ, при которомъ требуется наименьшее пространство въ тазу и маткѣ. Schauta совѣтуетъ, если плодъ въ брюшной полости или въ родовомъ каналѣ, поступать такъ, какъ поступаютъ при явленіяхъ, угрожающихъ разрывомъ, т. е., стремиться уменьшить плодъ или раздѣлить его на части. Leopold строго осуждаетъ поворотъ при разрывахъ матки съ поперечнымъ положеніемъ плода и совѣтуетъ прибѣгать къ эмбриотоміи.

Намъ кажется, что возводить въ принципъ то или другое оперативное вмѣшательство при разрывахъ матки крайне ошибочно, выборъ его въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ долженъ опредѣляться особыми условіями со стороны положенія плода въ родовомъ каналѣ или внѣ его и состояніемъ матери, причемъ нужно соотносываться съ основнымъ стремленіемъ — извлечь плодъ скоро и бережно для мягкихъ частей родового пути. Поэтому, если разрывъ произошелъ во время изгнанія плода, то быстрое и бережное извлеченіе его достигается наложеніемъ щипцовъ на головку, стоящую въ нижней части малаго таза, но такое сочетаніе встрѣчается лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, а потому мы и не будемъ на немъ останавливаться. Гораздо чаще (на 198 сл. 29 разъ) при разрывахъ матки злоупотребляютъ наложеніемъ щипцовъ на головку, стоящую надъ входомъ въ малый тазъ или вступившую въ него меньшимъ своимъ размѣромъ, причемъ часто послѣ безуспѣшныхъ многократныхъ попытокъ къ извлеченію все-таки прибѣгаютъ къ прободенію головки. Акушерскій клиническій опытъ учитъ, что наложеніе щипцовъ на головку, стоящую надъ входомъ въ тазъ, нельзя оправдать никоимъ образомъ, ни по отношенію къ нормальнымъ тазамъ, — ни, въ особенности, тазамъ узкимъ, съ которыми довольно часто (въ $\frac{1}{3}$ случаевъ) и связаны разрывы матки. Наложеніе щипцовъ при этихъ условіяхъ вызываетъ довольно часто значительныя поврежденія мягкихъ частей родового пути, что совершенно противорѣчитъ тому положенію, что при выборѣ оперативнаго пособія при разрывахъ матки слѣдуетъ руководиться неотлагательно интересами матери въ виду смерти плода. Приведенное мнѣніе позволимъ себѣ подтвердить взглядами другихъ авторовъ. По Olshausen-Veit'у щипцы при узкихъ тазахъ часто служатъ источникомъ безконечнаго числа поврежденій, потому что нѣкоторые пользуются ими при высоко стоящей головкѣ,

принимая ее за вступившую въ малый тазъ. Щипцы въ рукахъ даже опытнаго акушера, говорятъ далѣе эти авторы, являются только грубымъ инструментомъ при узкихъ тазакъ и своимъ дѣйствіемъ никогда не могутъ замѣнить хорошихъ родовыхъ боли. Необходимыя условія для наложенія щипцовъ появляются только въ то время, когда несоотвѣтствія между головой плода и тазомъ уже вполне или почти изгладились, т. е. когда головка большей своей окружностью вступила во входъ малаго таза.

Zwifel тоже исключаетъ возможность примѣненія щипцовъ при головкѣ, стоящей надъ входомъ въ малый тазъ; этого взгляда держатся также Winkel, Runge, Schauta и др. При неполныхъ и небольшихъ полныхъ разрывахъ, когда плодъ живъ, прибѣгая къ высокому наложенію щипцовъ изъ-за прозрачныхъ желаній спасти жизнь плода, часто рискуютъ жизнью матери и, несомнѣнно, жизнью плода, способствуя увеличенію разрыва и нанося другія тяжкія поврежденія; поэтому, оставивъ тщетныя надежды на щипцы, слѣдуетъ прямо приступать къ краниокефалоклязії, какъ операціи наиболѣе безвредной для матери.

Bretschneider собралъ всѣ случаи краниоклязії за послѣднія 5 лѣтъ изъ клиники Zweifel'я; смертность въ 7% обусловливалась исключительно эклампсией, и никоимъ образомъ не можетъ быть поставлена насчетъ оказаннаго оперативнаго пособія. По Williams'у и Knapp'у, смертность матерей послѣ краниоклязії равна приблизительно 1%. Наибольшую (11%) смертность эта операція дала въ клиникѣ Pinard'a, но это объясняется подборомъ тяжелыхъ лихорадившихъ больныхъ. Такимъ образомъ, прибѣгнувъ къ краниокефалоклязії, мы съ большей вѣроятностью можемъ считать, что не нанесли мягкимъ частямъ матери новыхъ поврежденій; въ то же время выполнение операціи не связано съ дѣйствіями въ брюшной полости.

Что касается широкаго примѣненія поворота при разрывахъ матки съ цѣлью послѣдовательнаго извлеченія плода, то противъ этого, какъ справедливо замѣчаетъ Leopold, надо возставать въ особенности и прежде всего потому, что не всегда можно съ положительностью опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ полнымъ или неполнымъ разрывомъ матки, а, примѣняя его при послѣднемъ, мы несомнѣнно рискуемъ неполный разрывъ превратить въ полный, или увеличить полный, если дѣлать поворотъ плода, находящагося еще въ родовомъ каналѣ, при незначительномъ отверстіи разрыва. При недостаточно выясненномъ распознаваніи, при неполныхъ разрывахъ и при подозрѣніяхъ на небольшое распространеніе полного надо поступать такъ, какъ поступаютъ при явленіяхъ, угрожающихъ разрывомъ матки, при которыхъ поворотъ изъ родоразрѣшающихъ способовъ совершенно исключается. Когда выхожденіе плода въ брюшную полость точно распознано, примѣненіе поворота должно ограничиваться исключительными случаями, въ которыхъ требуется особенно быстрая помощь; въ этомъ его важное преимущество, на которое указывалъ Schauta; желательно однако прибѣгать къ повороту и здѣсь только въ случаяхъ чистыхъ. При затянувшихся-же родахъ съ повышеніемъ температуры, когда имѣются указанія на многократныя изслѣдованія и попытки къ раз-

личнымъ оперативнымъ пособіямъ, что обыкновенно и бываетъ, поворотъ въ брюшной полости, обуславливая лишнюю возможность внесенія и распространенія заразы въ брюшинѣ, противопоказанъ. На 198 случаевъ разрывовъ матки, собранныхъ Klien'омъ, въ которыхъ проведено было лечение неоперативными способами, поворотъ въ брюшной полости съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ плода, по моему подсчету, примѣненъ былъ приблизительно въ 69, изъ коихъ въ 40 наступила смерть, а въ 29 выздоровленіе; смертность обуславливалась почти исключительно зараженіемъ брюшной полости, что, быть можетъ, въ извѣстныхъ случаяхъ стояло въ связи съ дѣйствіями въ брюшной полости.

2-ое обстоятельство, на которое мы считаемъ нужнымъ обратить вниманіе, это—послѣдовательное извлеченіе головки, обычно связанное со поворотомъ и извлеченіемъ плода. Данныя Rosenthal'a изъ клиники Leopold'a указываютъ, что послѣдовательное извлеченіе головки, если не вызываетъ тяжелыхъ поврежденій при суженіяхъ таза 1-ой степени (conj. d. $\frac{11,5 - 10,5}{12 - 11}$ см.), то довольно часто служитъ источникомъ

этихъ послѣднихъ при суженіяхъ 2-й (с. d. $\frac{10,4 - 9,0}{10,9 - 9,5}$) и 3-ей

(с. d. $\frac{9}{9,4}$) степени тазовъ плоскихъ и особенно при общесуженныхъ тазахъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ поврежденія эти были такъ тяжелы, что приводили къ смерти. Въ случаяхъ-же разрыва матки чаще всего приходится встрѣчать суженія таза (плоскіе и общесуженные тазы) 2-ой и 3-ей степеней, при которыхъ, какъ это видно изъ данныхъ Rosenthal'a, главнымъ образомъ и наблюдаются поврежденія мягкихъ частей родового канала. Къ сожалѣнію, въ описаніяхъ разрывовъ матки часто со всѣмъ не приводятъ данныхъ по измѣренію таза, а потому нѣтъ никакой возможности точно вычислить число суженныхъ тазовъ и распредѣлить ихъ по степенямъ; приблизительно же, по нашему подсчету, въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ разрывовъ матки были узкіе тазы. Слѣдовательно, если пользоваться при разрывѣ матки, къ сожалѣнію, широко еще примѣняемымъ при немъ поворотомъ съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ головки, то въ $\frac{1}{3}$ случаевъ разрывъ матки можетъ быть осложненъ еще другими поврежденіями родового пути, причиненными выведеніемъ послѣдующей головки. Въ извѣстной же части случаевъ (изъ 69 въ 15), несмотря на попытки, вовсе не удавалось вывести послѣдующей головки, а приходилось все-же сдѣлать ея прободеніе; слѣдовательно, вмѣсто одного оперативнаго пособія, уменьшающаго размѣры плода (краниоклязія, обезглавленіе, эвентрація) приходилось прибѣгать къ 2-мъ—повороту съ извлеченіемъ и прободенію послѣдующей головки, при чемъ при попыткахъ къ извлеченію головки могла быть нанесена травма мягкимъ частямъ родового пути. Отсюда понятно, что, прибѣгая въ отдѣльныхъ случаяхъ къ повороту съ послѣдующимъ извлеченіемъ головки, необходимо предварительно строго взвѣсить соотношенія между величиной головки плода и размѣрами таза, дабы не дѣлать напрасныхъ попытокъ къ извлеченію, а такъ

какъ 1-я величина обыкновенно остается неизвѣстной, несмотря на примѣненіе различныхъ наружно - внутреннихъ измѣреній (Bilicki, Gauss, Skutsch, Ahlfeld, Perret), то, не мудрствуя лукаво, лучше обратиться къ прободенію головки, тѣмъ болѣе, что примѣненіе различныхъ способовъ для измѣренія ея, требующее времени и хладнокровнаго обсужденія положенія дѣла и имѣющее полный смыслъ при живомъ плодѣ, здѣсь теряетъ всю свою пригодность, потому что въ большинствѣ случаевъ тутъ приходится руководиться лишь подачей быстрой и бережной помощи и дѣйствовать исключительно въ интересахъ матери.

Упомянувъ объ акушерскихъ оперативныхъ вмѣшательствахъ съ цѣлью извлеченія плода при помощи уменьшенія его въ объемѣ или расчлененія, мы не касались вопроса о показаніяхъ къ обезглавленію при разрывахъ матки и самаго способа выполнения его, о которомъ еще много спорятъ въ литературѣ. По нашему мнѣнію, обезглавленіе вмѣстѣ съ краниоклязіей, о которой я уже говорилъ, заслуживаютъ болѣе серьезнаго вниманія со стороны акушеровъ, чѣмъ какое удѣлялось имъ до сихъ поръ; изъ 198 случаевъ, въ которыхъ примѣнено было неоперативное леченіе, обезглавленіе отмѣчено всего въ 10. Этимъ двумъ акушерскимъ операціямъ, какъ и эвентраціи, въ будущемъ предстоитъ значительно ограничить употребленіе поворота и щипцовъ. Нашъ личный опытъ и данныя другихъ авторовъ (Leopold, Felsenreich и др.) позволяютъ намъ положительно высказаться въ пользу обезглавленія при разрывахъ матки въ случаяхъ косыхъ и поперечныхъ положеній. Главное преимущество этого оперативнаго способа — то, что выполненіе его не связано съ введеніемъ руки въ брюшную полость; въ то же время онъ не травматиченъ для матери и легко и быстро производится. Въ случаяхъ, въ которыхъ были примѣнены обезглавленіе и эвентрація, результаты получились довольно утѣшительные: изъ 13 роженіцъ 8 выздоровѣли, а умерли 5, въ то время, какъ изъ 69, у которыхъ сдѣланъ былъ поворотъ, умерли 40 (58 %), а выздоровѣли лишь 29 (42 %), а изъ 29, у которыхъ примѣнены были щипцы, умерли 17, выздоровѣли 12.

Что касается техническихъ особенностей обезглавливанія, то мы всецѣло присоединяемся къ мнѣнію Freund'a, неодобрительно отзывающагося объ употребленіи крючковъ при ней въ случаяхъ разрывовъ матки или приявленіяхъ, угрожающихъ разрывомъ, такъ какъ влеченіе и поворотъ крючкомъ, производимые съ большой силой для раздѣленія позвоночника и мягкихъ частей, дѣйствительно могутъ вести къ разрыву матки или увеличенію его, если онъ уже произошелъ, и вызвать рядъ новыхъ осложнений. Захватывать и опускать шейку плода мы совѣтуемъ ручными наружно-внутренними приѣмами, лишь въ исключительныхъ случаяхъ пользуясь при этомъ крючкомъ, и то для того, чтобы опустить и укрѣпить шейку, какъ это дѣлаетъ Leopold, когда усталые пальцы начинаютъ скользить и мало приносятъ пользы. Послѣдовательное разсѣченіе мягкихъ и плотныхъ частей крѣпкими ножницами (Siebold'a) и выведеніе туловища и головки уже не представляютъ особыхъ затрудненій. Можно захватывать мягкія части въ области ихъ разсѣченія щипцами зубча-

тыми (Do yen, Museux) или костными (Boer, Mesnard), чтобы при выдѣленіи одной части плода другая не отошла въ брюшную полость и можно было примѣнять силу влеченія снизу, избѣгая, въ виду разрыва, наружныхъ приѣмовъ (см. сл. 1).

Закончивъ родоразрѣшеніе помощью того или другого изъ акушерскихъ оперативныхъ пособій, въ случаяхъ, не требующихъ келіотоміи, приступаютъ къ неоперативному леченію разрыва матки, которое подѣ влияніемъ Wіen'ской школы и ея представителя С. v. Grau'n'a, предложившаго пользоваться трубчатымъ дренажемъ, изъ наблюдательнаго перешло въ дѣятельное.

Примѣняемые способы неоперативнаго леченія при разрывахъ матки можно раздѣлить на четыре группы, а именно: а) тампонада и капиллярный дренажъ разрыва и брюшной полости, б) спринцеваніе разрыва и брюшной полости, в) трубчатый дренажъ и іодоформенный фитиль черезъ разрывъ и брюшную полость, г) капиллярный дренажъ шеечнаго канала, а иногда и полости матки. Обращаясь къ обзору каждой группы отдѣльно, позволимъ себѣ прежде всего указать тѣ общія цѣли, которыя преслѣдуются при примѣненіи способовъ первыхъ 3-хъ группъ. Ближайшая цѣль заключается въ выведеніи изъ брюшной полости жидкихъ частей плоднаго яйца, поступившихъ въ нее при разрывѣ матки, такъ какъ, по представленію нѣкоторыхъ клиницистовъ, жидкости эти могутъ раздражать брюшину и, кромѣ того, вслѣдствіе склонности къ раздраженію вызываютъ въ брюшной полости нежелательныя послѣдствія въ формѣ воспалительныхъ явленій; 2-ая цѣль—это борьба съ заразой, если бы она была занесена въ брюшную полость черезъ разрывъ родового канала, а также стремленіе воспрепятствовать внѣдренію заразнаго начала черезъ разрывъ. Такими соображеніями руководствовались, главнымъ образомъ, когда только что еще вводили эти способы. Но скоро начали раздаваться отдѣльные голоса, осуждавшіе стремленіе удалять случайно излившуюся въ брюшную полость околоплодную жидкость, смазку плода (*vernix caseosa*), первородный калъ и кровь,—какъ стремленіе, мало обоснованное и въ то же время не осуществимое вполнѣ. Раздражающія брюшину химическія свойства околоплодной жидкости, плодной смазки и первороднаго кала до сихъ поръ еще не доказаны и были приняты въ былое время по ложнымъ соображеніямъ, которыми объяснялись часто наблюдаемая при разрывахъ матки клиническія картины перитонита, возникающаго, по современнымъ понятіямъ, единственно вслѣдствіе зараженія брюшины. Что касается возможности разложенія околоплодной жидкости при внѣдреніи микроорганизмовъ, то это теперь установлено изслѣдованіями Krönig'a; при физиологическихъ же условіяхъ околоплодная жидкость и смазка плода, по Krönig и Menge, свободны отъ микроорганизмовъ. Относительно первороднаго кала доказано бактериологическими работами Biensstock'a, Escherich'a и моими, что во время внутриутробной жизни въ немъ нѣтъ микроорганизмовъ, а поступаютъ они въ него главнымъ образомъ одновременно съ употребленіемъ молока или черезъ заднепроходное отверстіе уже во время внѣутробной жизни. Остается упомянуть объ излившейся въ брюш-

ную полость крови, которая обычно всасывается безъ остатка, даже когда ея очень много, какъ на это указываютъ многочисленныя клиническія наблюденія стараго и новаго времени (A p g e r e r, F r i t s c h и др.). На основаніи всего этого можно принять, что удаленіе яйцевыхъ жидкостей не представляется особенно необходимымъ, а по отношенію къ излившейся крови даже скорѣе не желателно, такъ какъ кровь, всасываясь, пополняетъ потери ея, связанныя съ разрывомъ матки; но при этомъ необходимо должно быть исключено зараженіе брюшной полости, при которомъ скопленіе крови опасно въ виду способности ея служить хорошей питательной средой для низшихъ микроорганизмовъ. Наконецъ, надо имѣть въ виду, что брюшинѣ вообще и брюшинѣ женщинъ въ особенности въ высокой степени присущи свойства самозащиты. Высокая эксудативная и трансудативная дѣятельность брюшины при большой площади, занимаемой ею, склонность къ быстрымъ и прочнымъ сращеніямъ, способность осумковывать, переваривать и всасывать омертвѣлыя ткани давно уже доказаны (S p i e g e l b e r g, W a l d e y e r, T i l l m a n s, W e g n e r и др.). Отсюда ясно, почему не безъ основанія можно надѣяться на быстрое всасываніе поступившихъ въ брюшную полость даже большихъ количествъ крови и жидкихъ частей яйца.

Что касается 2-го вопроса, т. е. можно ли, дѣйствительно, путемъ тампонады и дренированія брюшной полости удалить поступившія въ нее жидкости и особенно содержащіяся уже въ ней заразныя начала, то на этомъ мы остановимся въ дальнѣйшемъ, когда будемъ разсматривать каждый способъ неоперативнаго леченія отдѣльно, такъ какъ эта особенность различна при каждомъ изъ нихъ.

Тампонада (плотная и рыхлая) при леченіи разрывовъ матки вошла въ общее употребленіе съ введеніемъ іодоформенной марли въ хирургическую практику M i k u l i c z ' e m ' y, убѣдившимся въ гигроскопическихъ ея свойствахъ, и этотъ способъ скоро вытѣснилъ всѣ другіе способы дренированія. Кромѣ R i e d i n g e r ' a, H ü b l ' я, G r ü n w a l d ' a, D i s c h l e r ' a и др., заявленія о достоинствахъ этого способа леченія исходятъ отъ F e h l i n g ' a и R. v. B r a u n ' a. F e h l i n g считаетъ необходимымъ тампонировать полость матки и особенно отверстие разрыва. Равнымъ образомъ R. v. B r a u n высказывается за тампонаду съ цѣлью дренированія не только разрыва матки, но и брюшной полости, что нерѣдко и дѣлалось въ клиникѣ G. v. B r a u n ' a. Вообще, надо замѣтить, тампонадой при леченіи разрывовъ матки пользуются довольно часто; такъ, напр., на 198 случаевъ разрывовъ матки, леченныхъ неоперативнымъ способомъ и собранныхъ K l i e n ' o m ' y, тампонада примѣнена была въ 65 случ., при чемъ плотная въ 16, рыхлая въ 25 и неизвѣстно какая въ остальныхъ 24. F r i t s c h одинъ изъ первыхъ сталъ возставать противъ такого широкаго пользованія тампонадой и капиллярнымъ дренажемъ, будучи убѣжденъ, что, если больная при дренированіи разрыва матки и брюшной полости осталась жить, то потому, что рана ея не была заражена, и слѣдовательно благопріятный исходъ никоимъ образомъ нельзя приписывать дренажу. Выполнить влагалище іодоформенной марлей, по F r i t s c h ' y,

вполнѣ достаточно, и это даетъ одинаково хорошія послѣдствія, всасывая раневбе отдѣленіе; для брюшной же полости примѣненіе марлевого дренажа бесполезно. Если же брюшная полость заражена, то іодоформенная марля, говоритъ Fritsch, не можетъ задержать распространенія заразнаго начала вверхъ; при рыхломъ выполненіи марлей только влагалища края брюшной раны скоро склеиваются и получается преграда для внѣдренія заразы изъ родового канала, тѣмъ болѣе, что, по опорожненіи матки, отверстіе брюшной раны въ большинствѣ случаевъ не очень велико, брюшина же обычно не растянута, а наоборотъ, складчата и потому склеивается быстро и легко; отсюда и понятно, замѣчаетъ Fritsch, отчего затянувшееся обильное нагноеніе, наблюдаемое при заживленіи разрывовъ матки, протекаетъ часто благопріятно и безъ опасности для брюшной полости.

На бесполезность примѣненія капиллярнаго дренажа въ борьбѣ съ внѣдрившейся въ брюшную полость заразой указываетъ также клиническій опытъ Martin'a, Dohrn'a, Thornton'a и др. и опыты А. Р. Фишера, на которыхъ мы позволимъ себѣ остановиться болѣе подробно въ виду важности этого вопроса. А. Р. Фишеръ, на основаніи точныхъ и обстоятельныхъ изслѣдованій, пришелъ къ заключенію, что исходы произведенныхъ имъ на животныхъ чревосѣченій съ введеніемъ въ брюшную полость тѣхъ или другихъ болѣзнетворныхъ разводовъ или ихъ токсиновъ, зависѣли главнымъ образомъ отъ большей или меньшей вредности вводимаго заразнаго начала и не видоизмѣнялись, сколько нибудь замѣтно, отъ того, дренировалась ли брюшная полость или нѣтъ—по крайней мѣрѣ, въ томъ видѣ, какъ это дѣлалось въ его опытахъ. Далѣе, на основаніи другого ряда опытовъ, А. Р. Фишеръ указалъ, что дренированіе брюшной полости іодоформенной марлей ведетъ къ нежелательнымъ послѣдствіямъ въ томъ смыслѣ, что способствуетъ образованію болѣе или менѣе обширныхъ сращеній между органами; поэтому онъ убѣжденъ, что первичный дренажъ въ цѣляхъ борьбы съ попавшими въ брюшную полость при операціи разными началами не имѣетъ серьезнаго значенія, а мы добавимъ, что, на основаніи данныхъ его изслѣдованія, наоборотъ, онъ даже можетъ повести къ тяжелымъ послѣдствіямъ. Отсюда понятно, что едва-ли примѣненіе тампонады брюшной полости и при разрывахъ матки, съ цѣлью ослабить и вывести заразные начала, заслуживаетъ подражанія, тѣмъ болѣе, что расположеніе заразы обычно не обнаруживается, а самая тампонада производитъ безъ повѣрки глазомъ, куда-то въ пространсто брюшной полости. Тампонада единственно показана для остановки кровотеченія, когда нѣтъ возможности примѣнить хирургическое леченіе. Для этой цѣли R. v. Braun совѣтуетъ, по Mikulicz'u, вводить черезъ разрывъ въ брюшную полость большой іодоформенный марлевый платокъ, который набивается іодоформенной или обезпложенной марлей; тампонъ принимаетъ при этомъ форму головчатой запонки и плотно закрываетъ мѣсто разрыва; кромѣ того, его можно сдавить 2-мя руками. Удалять тампонъ v. Braun совѣтуетъ на 6—10-й день. Klien, однако, говоритъ, что тампонада вообще въ большинствѣ случаевъ вызываетъ новыя кровотеченія вслѣдствіе закладыванія въ рану іодо-

форменной марли; но, такъ какъ плотная тампонада придавливаетъ кровоточащую поверхность краевъ разрыва, то она, по статистическимъ даннымъ, даетъ лучшіе результаты—30% смертности; рыхлая же, вызывая послѣдовательныя кровотоčenja, не можетъ способствовать ихъ остановкѣ и потому даетъ большую смертность = 68%. По Merz'у, тампонада вообще даетъ 60% смертности. Въ виду всего этого, мы тоже полагали бы необходимымъ значительно ограничить примѣненіе тампонады, оставивъ ее лишь для случаевъ разрывовъ матки съ кровоточеніями, когда для остановки послѣднихъ нельзя прибѣгнуть къ хирургическому вмѣшательству.

2-й часто примѣняемый способъ неоперативнаго леченія разрыва матки состоитъ въ промываніи разрыва и брюшной полости; къ нему совѣтуютъ прибѣгать Ahlfeld, Leopold и Auvard, который промываетъ брюшную полость 2%-нымъ растворомъ карболовой кислоты. Какъ часто вообще примѣняется этотъ способъ, можно судить по даннымъ Klien'a, который на 198 случ. разрывовъ матки насчиталъ промываніе брюшной полости въ 8 и промываніе матки (разрыва) или влагалища при полныхъ разрывахъ матки въ 33, при чемъ авторъ приходитъ къ заключенію, что результаты получаютъ совершенно одинаковые, будетъ ли промыта брюшная полость или нѣтъ. Многочисленныя клиническія и бактериологическія изслѣдованія Leopold'a, Zweifel'я, Döderlein'a, Krönig'a, Menge, Winter'a и др. съ достаточной убѣдительностью доказываютъ отрицательное значеніе предохранительныхъ спринцеваній, а сравнительная оцѣнка веденія родильницъ съ промываніемъ влагалища и безъ него говоритъ скорѣе тоже за этотъ послѣдній способъ веденія послѣродового времени.

Надежда на хорошее предсказаніе, если произошло зараженіе, крайне сомнительна, ибо, ослабляя до извѣстной степени въ родовыхъ путяхъ заразное начало обеззараживающимъ средствомъ, всегда должно имѣть въ виду бактериологическія изслѣдованія Winter'a, Krönig'a и Gebhard'a, доказавшихъ, что источникомъ зараженія роженицъ часто служатъ околоплодныя воды, содержащія болѣзнетворные микроорганизмы или токсины при болѣзненномъ состояніи беременныхъ и роженицъ; результаты этихъ изслѣдованій имѣютъ значеніе въ особенности по отношенію къ полнымъ разрывамъ матки, при которыхъ содержимое яйца въ большей или меньшей своей части поступаетъ въ брюшную полость; слѣдовательно, если и допустить, что путемъ основательныхъ обеззараживающихъ спринцеваній можно до извѣстной степени обеззаразить родовой каналъ, то главный очагъ заразнаго начала, заключенный въ брюшной полости, остается все-же недоступнымъ ихъ воздѣйствію. Не возлагая большихъ надеждъ на спринцеваніе, мы, тѣмъ не менѣе, не исключаемъ цѣлесообразности его осторожнаго примѣненія въ формѣ промыванія рукава и шейки матки крѣпкими іодъ-карболовыми растворами и спиртомъ, въ особенности тамъ, гдѣ есть указанія на частыя изслѣдованія и бесплодныя попытки къ ручному и инструментальному родоразрѣшенію, когда заразное начало можетъ находиться еще только въ родовомъ каналѣ. Не въ выработкѣ способовъ леченія зараженныхъ уже роженицъ

и родильницъ нужно искать средствъ понизить % смертности при разрывахъ матки, а въ предупрежденіи самого зараженія.

3-й способъ неоперативнаго леченія поврежденій матки составляетъ трубчатый дренажъ, вводимый черезъ разрывъ матки въ брюшную полость; надо замѣтить, что примѣнять его начали раньше другихъ способовъ. Frommel одинъ изъ первыхъ описалъ 3 случая разрывовъ (2 неполныхъ и 1 полный), вылѣченныхъ трубчатымъ дренажемъ, удаленнымъ на 17—26-й день. Почти одновременно изъ клиники Schroeder'a были сообщены 2 случая (Morsbach'a и Graefe) осложненнаго полнаго разрыва матки, лѣченнаго трубчатымъ дренажемъ; въ обоихъ наступило выздоровленіе. Затѣмъ уже начинаются возраженія противъ этого способа. Felsenreich говоритъ, что стремленіе вывести размягчающіяся жидкости изъ брюшной полости или освободить ее отъ заразныхъ началъ не достигаетъ цѣли промываніемъ брюшной полости черезъ дренажъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣднее можетъ даже оказать прямо противоположное дѣйствіе, т. е. занести заразу въ брюшную полость. Поэтому Felsenreich совѣтуетъ примѣнять дренажъ при неполныхъ разрывахъ, когда разорваны мышцы, а брюшина только отслоена, при чемъ въ подходящихъ случаяхъ предлагаетъ пользоваться вдвое сложенной толстой резиновой трубкой съ широкимъ отверстіемъ на мѣстѣ перегиба.

Ahlfeld, однако, и теперь еще совѣтуетъ очищать брюшную полость, вводя въ нее резиновый дренажъ, сложенный петлей, концы которой вводятся во влагалище. Насколько, дѣйствительно, стали меньше довѣрять трубчатому дренажу при леченіи разрывовъ матки, можно видѣть изъ данныхъ литературы, указывающихъ, что за послѣднія 20 лѣтъ дренажъ при разрывахъ матки употребленъ въ 22 случаяхъ, а, если высчитать, какъ часто пользовались дренажемъ въ 1-ое и 2-ое 10-лѣтіе, то получимъ для 1-го—19, а для 2-го всего 3 случая; тампонада же марлей во 2-ое 10-лѣтіе употреблена была въ 47.

Klien считаетъ прекращеніе пользованія трубчатымъ дренажемъ мало обоснованнымъ и настоятельно совѣтуетъ примѣнять его при леченіи разрывовъ матки. Прежде чѣмъ перейти къ оцѣнкѣ мнѣній защитниковъ трубчатого дренажа и, въ особенности, послѣдняго заявленія, какъ относящагося къ самому позднему времени, приведемъ взгляды другихъ авторовъ, высказавшихся вообще по поводу примѣненія трубчатого дренажа для брюшной полости съ цѣлью выводить поступившія въ нее заразные начала; что же касается выведенія жидкихъ частей яйца, попавшихъ въ брюшную полость, то на безцѣльность этого стремленія мы уже указывали.

Kaltenbach на основаніи клиническихъ наблюденій пришелъ къ заключенію, что 1) дренажная трубка можетъ способствовать проникновенію въ брюшную полость воздуха и заразныхъ началъ; 2) введеніе въ рану дренажа обуславливаетъ значительное механическое раздраженіе брюшины и, наконецъ, 3) скопленіе жидкостей въ брюшной полости не поддается закону тяжести, а потому свободный оттокъ жидкостей затрудняется, чему не мало способствуютъ непроходимость, сдавленіе и осумкованіе дренажа; при тяжелыхъ же формахъ дренажъ

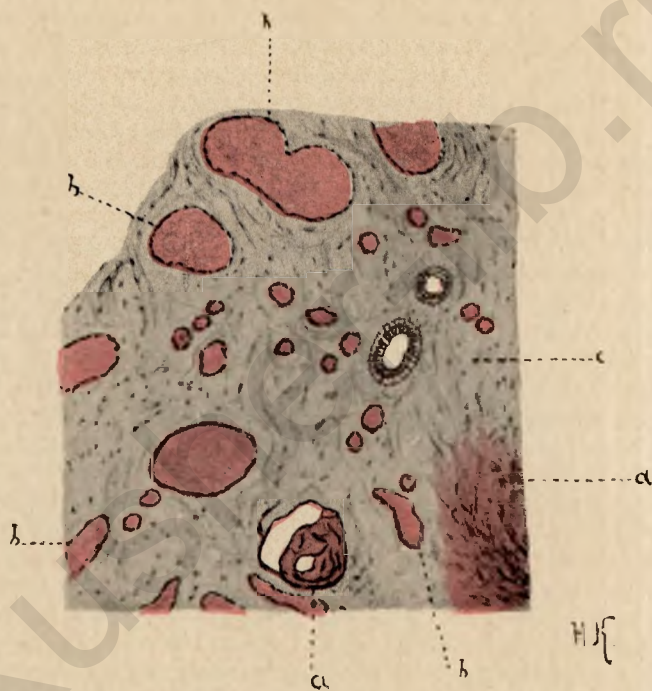


Рис. 15. Микроскопическая картина маточной стѣнки въ области разрыва: а—артеріи; б—расширенныя вены; с—соединительная ткань; d—остатки стараго тромба.

бесполезенъ потому, что онѣ протекають въ видѣ флегмонозныхъ процессовъ или съ характеромъ волокнинныхъ выпотовъ и гнѣздныхъ нагноеній. Д. О. Оттъ, на основаніи своихъ опытовъ и клиническихъ наблюденій, принципиально избѣгаетъ употреблять трубчатый дренажъ или примѣненіе его для брюшной полости ограничиваетъ лишь тѣми случаями, въ которыхъ цѣлость брюшины нарушена на большомъ пространствѣ. К. Э. Славянскій никогда не вымывалъ брюшной полости и не пользовался дренированіемъ ея, не видя въ этомъ особой пользы. А. И. Лебедевъ тоже обычно избѣгаетъ примѣнять трубчатый дренажъ, а изрѣдка пользуется промываніями брюшной полости, если въ нее попадаетъ гнойное содержимое. Mikulicz на основаніи клиническихъ изслѣдованій высказывается въ томъ смыслѣ, что дренажъ брюшной полости, какъ средство борьбы съ заразою, въ большинствѣ случаевъ излишенъ, а тамъ, гдѣ онъ могъ бы быть полезенъ, недостаточенъ и ненадеженъ, въ силу механическихъ условій въ брюшинѣ; если добавить, что вокругъ дренажной трубки легко образуются склейки, то бесполезность его станетъ ясною; всего менѣе дренажъ, по Mikuliczу, можетъ оказать желаемое дѣйствіе при существующемъ уже зараженіи.

Послѣ приведенныхъ мнѣній, основанныхъ на личныхъ клиническихъ наблюденіяхъ и данныхъ опытовъ, тѣмъ болѣе страннымъ кажется удивленіе Klien'a, какъ это такой отличный способъ, какимъ представляется ему леченіе разрывовъ матки трубчатымъ дренажемъ, почти оставленъ за послѣднее время и съ 1890 года примѣненъ всего въ 3 случ. Повидимому, Klien, введенный въ заблужденіе, переоцѣниваетъ значеніе трубчатого дренажа; онъ высчиталъ, что изъ 42 больныхъ съ разрывомъ матки, лѣченныхъ дренажемъ (трубчатымъ, марлей, іодоформнымъ фитилемъ и дренажемъ) выздоровѣли 35 (83%), а умерли 7 (17%); въ дальнѣйшихъ же разсужденіяхъ 17% смертности относить уже исключительно къ трубчатому дренажу (стр. 291).

Если же выдѣлить каждый способъ, то окажется, что изъ 35 выздоровѣвшихъ 17 (48%) выздоровѣли при употребленіи трубчатого дренажа, 1 (3%)—марли, 9 (26%)—іодоформнаго фитиля и 8 (23%)—дренажа (не указано, какого); лучшіе, повидимому, итоги трубчатого дренажа объясняются тѣмъ, что число случаевъ примѣненія его было значительно больше всѣхъ остальныхъ. Еще замѣтнѣе выступаетъ заблужденіе Klien'a при вычисленіи % смертности при томъ или другомъ способѣ лѣченія. Изъ 7 умершихъ 5 (70%) умерли при примѣненіи трубчатого дренажа, (что также вообще стоитъ въ связи съ большимъ его употребленіемъ), 1 (15%) при примѣненіи іодоформнаго фитиля и 1 (15%) дренажа. Если, однако, отдѣльно высчитать % смертности для трубчатого дренажа и іодоформнаго фитиля, то цифры тоже будутъ говорить въ пользу послѣдняго; такъ, изъ 22 женщинъ, леченныхъ дренажемъ, умерли 5 (22,7%), а изъ 10, леченныхъ фитилемъ, только одна (10%). Слѣдовательно, приводимый Klien'омъ малый % (17) смертности при леченіи неоперативнымъ путемъ—дренажемъ—главнымъ образомъ нужно отнести насчетъ іодоформнаго фитиля, а никоимъ образомъ не

насчетъ трубчатого дренажа, какъ думаетъ авторъ. Кромѣ того, нужно помнить, что, высчитывая % смертности и выздоровленія по единичнымъ случаямъ, можно впасть вообще въ грубую ошибку.

Что касается леченія разрывовъ матки іодоформеннымъ фитилемъ, вводимымъ въ разрывъ, то, на основаніи данныхъ Кlien'a, можно отнести полученные при этомъ результаты къ очень благопріятнымъ: на 10 случ. лишь въ 1 наступила смерть, а по даннымъ Merz'a—на 6 въ 1. Такъ какъ большинство случаевъ, въ которыхъ примѣнено было леченіе фитилемъ, принадлежитъ Piskaček'у, то, понятно, въ числѣ авторовъ, горячо совѣтующихъ этотъ способъ, встрѣчается и его имя. Просматривая, однако, случаи, въ которыхъ онъ примѣнялъ фитиль, найдемъ, что большею частью вмѣстѣ съ послѣднимъ онъ вводитъ въ рукавъ марлю, а снаружи примѣнялъ соответствующимъ образомъ давленіе для прочнаго соединенія краевъ разрыва. Поэтому ошибочно относить благопріятный исходъ леченія въ такихъ случаяхъ исключительно насчетъ іодоформеннаго фитиля, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые, особенно въ виду заявленій Fritsch'a, считающаго вполне достаточнымъ капиллярное дренированіе только влагалища, и Leopold'a, съ большимъ успѣхомъ примѣняющаго лишь наружное давленіе. Мы склонны скорѣе признавать за фитилемъ отрицательное значеніе въ виду слабой впитывающей его способности и особенно въ виду вызываемой имъ травмы и нарушенія первичныхъ склеекъ брюшинной раны съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ. Главная причина благопріятнаго исхода въ случаяхъ примѣненія іодоформеннаго фитиля, влагалищнаго дренированія съ примѣненіемъ давленія снаружи кроется въ отсутствіи зараженія, составляющаго самое тяжелое осложненіе разрыва.

Въ заключеніе остановлюсь на послѣдней группѣ способовъ леченія, представляющихъ мнѣ наиболѣе цѣлесообразными на основаніи личнаго клиническаго опыта и данныхъ другихъ авторовъ. Прежде всего въ чистыхъ случаяхъ разрывовъ матки нужно озаботиться о сближеніи краевъ раны, частью непосредственнымъ прикладываніемъ ихъ другъ къ другу, частью давленіемъ на матку снаружи. Leopold достигаетъ соприкосновенія краевъ разрыва вѣдреніемъ крючковъ съ послѣдовательнымъ ихъ соединеніемъ и удерживаетъ въ такомъ положеніи, препятствуя отхожденію вверхъ матки давящей повязкой. Другіе, по Freund'у, достигаютъ хорошихъ результатовъ только давящей повязкой, которую особенно совѣтуютъ Rawlik, Fritsch, Z weifel, считая ее очень пригодной для соединенія краевъ раны и остановки извѣстной силы кровотеченій. v. Franqué совѣтуетъ для отдѣльныхъ случаевъ разрывовъ родоразрѣшеніе per vias naturales, наложеніе давящей повязки на животъ, а снизу дренированіе. Klien, не имѣя личнаго опыта, затрудняется однако на основаніи собраннаго литературнаго матеріала высказаться о пригодности такого сдавливанія живота.

Для сближенія краевъ раны, быть можетъ, только въ отдѣльныхъ случаяхъ требуется примѣнить, какъ то совѣтуетъ Leopold, крючки или пулевые щипцы, въ большинствѣ же слу-

чаевъ, какъ на это указываютъ и наши наблюденія, для этого достаточно одного правильнаго давленія снаружи на животъ и матку. Разъ сближеніе достигнуто, а достигнуть его при неосложненныхъ разрывахъ гораздо легче, то имъ устраняется опасность выпаденія кишекъ и сальника подь условіемъ полнаго общаго покоя больной и покоя кишечника ея, въ частности. Края раны со стороны брюшины начинаютъ склеиваться спустя нѣсколько часовъ, а черезъ 1—2 сутки склейки образуютъ уже достаточной прочности перегородку между родовымъ каналомъ и брюшной полостью, способную противостоятъ давленію кишечника и преграждающую доступъ въ брюшную полость послѣ-родовымъ отдѣленіямъ. Тамъ, гдѣ произошло выпаденіе кишекъ или сальника, прежде всего, разумѣется, нужно вправить ихъ и уже потомъ стараться сблизить края раны; осложненіе это, по даннымъ Klien'a, переносится сравнительно хорошо: изъ 9 больныхъ, у которыхъ черезъ разрывъ выпали кишки или сальникъ, умерли только 2.

Что касается вліянія мѣста разрыва матки на дальнѣйшее его теченіе при неоперативномъ леченіи, то наиболѣе благоприятными оказываются разрывы задней стѣнки; по Klien'у, 12 случ. заднихъ разрывовъ дали 25% смертности, въ то время какъ 15 случ. переднихъ 60%, 35 случ. боковыхъ 49% и 5 случаевъ почти круговыхъ 40%. Не безынтересенъ выводъ Klien'a о незначительномъ вліяніи срока между временемъ образованія разрыва и началомъ леченія для случаевъ, въ которыхъ не было примѣнено оперативное вмѣшательство, въ то время какъ онъ имѣетъ громадное значеніе для предсказанія въ случаяхъ, гдѣ оперативное вмѣшательство оказывалось, при чемъ наиболѣе благоприятно протекають случаи, въ которыхъ операція была сдѣлана въ первые 2 часа, послѣ-же этого времени % смертности повышается въ 2—3 раза.

Перевозка больныхъ изъ дома въ учрежденія имѣетъ большое значеніе для предсказанія какъ въ случаяхъ, гдѣ оказана была оперативная помощь, такъ и въ тѣхъ, гдѣ примѣнено было леченіе неоперативными способами, при чемъ долгая перевозка обычно ухудшаетъ исходъ. Болѣе подробно мы остановимся на этомъ въ концѣ этой главы.

Изложимъ теперь вкратцѣ 2 случая полныхъ разрывовъ матки во время родовъ, въ которыхъ мы примѣнили леченіе по предлагаемому нами способу.

1. П. К., крестьянка, судомойка, 33 л. Мѣсячныя съ 17 лѣтъ, 7 дней, черезъ 4 недѣли; послѣднія были 6/1 1900 г. Первое движеніе плода въ концѣ мая. До этой беременности были 4 срочныхъ родовъ живыми дѣтьми. Поступила въ 13-й Городской Родильный Пріютъ 25/х 1900 г. въ 10 час. 15 мин. вечера съ полнымъ открытіемъ зѣва; боли начались 24/х въ 10 час. веч.; воды отошли 25/х въ 4 час. дня. Исслѣдована на дому повитухой. Между остями 24 снт., гребнями 26, вертелами 31, наружная конъюгата 19, діагональная 10. Ростъ средній; костякъ правильный; питаніе удовлетворительное. Животъ 102, 100, 102 см.; между лономъ и пупкомъ 16; между лономъ и дномъ матки 36, между лономъ и мечевиднымъ отросткомъ 38. Матка наклонена вправо. Сердцебіенія плода нѣтъ.

Положеніе 1 поперечное, спинной впередъ, запущенное, т° 36,5, п. 108. Выпаденіе правой ручки и не пульсирующей пуповины. Наружное кровотеченіе. Обмороки; временами тошнота и рвота; при дотрогиваніи острая боль въ животъ; особаго вздутія нѣтъ. Сокращенная матка въ правой сторонѣ; спинка плода опредѣляется ясно. За выпавшую ручку шейка плода опущена нѣсколько ниже, захвачена клеммами *Doуe 'n a* и разсѣчена крѣпкими ножницами (обезглавленіе); туловище выведено за ручки, а головка клеммами *Doуe n'a*. Кровотеченіе незначительное. При изслѣдованіи обнаруженъ полный разрывъ передней стѣнки матки въ нижней части ея, доходившій въ ту и другую стороны почти до широкихъ связокъ, влѣво глубже. Послѣдъ удаленъ за пуповину. Сгустки крови удалены марлей; обмываніе растворомъ сулемы 1:400 только снаружи. Въ родовой каналъ выше разрыва введена полоска іодоформенной марли въ 10 сант. ширины. На животъ тугая давящая повязка, удерживающая матку книзу. Пульсъ 130, т° 36°. Марля извлечена на 2-й день. Повязка на животъ оставалась 10 дней. Наибольшая температура 38, 2° на 7 день; пульсъ ниже 100 съ 3-го, въ предѣлахъ 80—70 былъ до 16-го дня. На 10-й день пластическій выпотъ спереди и слѣва. Назначены горячія спринцеванія съ морской солью. Изрѣдка касторовое масло и промывательныя. Выписалась на 31-й день; матка отклонена вправо остатками эксудата; шейка укорочена и на передней губѣ нѣсколько расщеплена; длина полости матки 10 см.

2. С. К., фабричная, 32 л. Мѣсячныя съ 13 лѣтъ по 3 дня, черезъ 4 недѣли; когда были послѣднія, не помнитъ; 8 срочныхъ родовъ живыми дѣтьми. Первое движеніе плода 10 іюля 1899 года. Поступила въ Рождественскій Городской родильный пріютъ 12/xi 1899 г. въ 11 час. 30 мин. утра; боли начались 12/xi въ 4 час. ночи; воды отошли 12/xi въ 10 час. утра. Между остями 22 снт., между гребнями 24, между вертелами 29, наружная конъюгата 16. Ростъ 142, сложеніе слабое. Животъ 86, 86, 85; между лономъ и пупкомъ 17; между лономъ и дномъ матки 32, между лономъ и мечевиднымъ отросткомъ 36 снт. Матка наклонена вправо. I затылочное положеніе, передній видъ. т° 37°; п. 68. Въ 7 час. 30 мин. веч. весь рукавъ оказался выполненнымъ сгустками крови; снаружи крови не было. Головка высоко надъ входомъ; предлежитъ правая ручка. Пульсъ нитевидный; рвота; родовыхъ болей нѣтъ. Определенъ разрывъ матки. Легко захвачена ножка, за которую и извлеченъ мертвый плодъ. Послѣдъ удаленъ по *Crédé*. Матка послѣ этого хорошо сократилась. При изслѣдованіи определенъ разрывъ съ лѣвой стороны. Въ рукавъ введена іодоформенная марля; на животъ давящая повязка. Марля удалена на слѣдующій день и замѣнена новой. Разрывъ зажилъ безъ лихорадки. Спринцеваній не дѣлали; изрѣдка промывательныя и касторовое масло. Вѣсъ плода 2650 грм., длина 51, размѣры—прямой 11, большой косою 13, малый косою 10, большой поперечный 9, малый поперечный 7. Вѣсъ послѣда 500 грм., длина пуповины 52. Выписалась на 29-й день.

Эти 2 случая полного разрыва матки, 1 изъ которыхъ мы наблюдали въ завѣдуемомъ нами пріютѣ, а 2-ой, тоже хорошо

извѣстный намъ по изслѣдованію и участию въ обсужденіи леченія, любезно предоставленъ намъ для сообщенія тогда ч. п р. С. Д. М и х н о в ы м ъ, вполне подтверждають клиническія наблюденія сторонниковъ неоперативнаго способа леченія полныхъ разрывовъ матки (Fritsch'a, Leopold'a, Veit'a и др.). У обѣихъ больныхъ была примѣнена давящая повязка на животъ для укрѣпленія и нѣкотораго опусканія матки внизъ, чтобы достигнуть соединенія краевъ разрыва. Іодоформенная марля во 2-мъ случаѣ введена была только въ рукавъ (Fritsch'y), а въ 1-мъ, гдѣ разрывъ былъ болѣе обширный, въ родовую каналь выше мѣста разрыва, чтобы предупредить выпаденіе кишекъ и сальника, при этомъ мы заботились, чтобы марля не попала между краевъ разрыва. Въ 1-мъ случаѣ при поперечномъ положеніи плода, лежавшаго въ брюшной полости, мы сдѣлали обезглавливаніе, чтобы избѣжать дѣйствій въ брюшной полости и могли сдѣлать эту операцію быстро и бережно для матери подъ провѣркой глаза, безъ крючка Вгауп'а, съ помощью обыкновенныхъ крѣпкихъ ножницъ.

Оперативное леченіе. Останавливаясь въ настоящее время на оперативномъ леченіи полныхъ разрывовъ матки, мы сначала коснемся вопроса о чревосѣченіи, а потомъ перейдемъ къ оцѣнкѣ методовъ леченія самихъ разрывовъ матки.

Что касается существующихъ взглядовъ по поводу перваго вопроса, то по мнѣнію Fritsch'a, прогнозъ при разрывахъ матки столь неблагоприятенъ, что чревосѣченіе, имѣющее шансы спасти жизнь больной, является законно показаннымъ оперативнымъ вмѣшательствомъ, даже на обезкровленной роженицѣ. Въдь оперируемъ же мы, говоритъ онъ, со счастливымъ исходомъ обезкровленныхъ женщинъ при вѣматочной беременности.

По мнѣнію же Freund'a, родоразрѣшеніе должно быть достигнуто *per vias naturales*, и въ дальнѣйшемъ все стремленіе направлено къ заживленію поврежденій, чревосѣченіе же предпринимается только въ томъ случаѣ, если кровотеченіе не могло быть остановлено тампономъ и другими средствами, а также при невозможности вправить выпавшія кишки.

Zweifel опредѣленно высказывается за чревосѣченіе въ горизонтальномъ положеніи или съ приподнятымъ тазомъ. Вскрытіе брюшной полости, по этому автору, даетъ возможность перевязать кровоточащія, обычно расширенные сосуды, удалить сгустки крови изъ брюшной полости, при чемъ онъ настаиваетъ на возможно полномъ удаленіи остатковъ крови. Zweifel совѣтуетъ сшивать въ области разрыва только брюшину, оставляя не сшитымъ мышечный слой, если только онъ не кровоточитъ. При этомъ Zweifel придерживается того взгляда, что, если ребенокъ еще въ маткѣ, то онъ долженъ быть удаленъ черезъ естественные родовые пути, но если онъ уже находится въ брюшной полости, то никоимъ образомъ его не слѣдуетъ удалять черезъ естественные родовые пути.

Послѣднее время за чревосѣченіе при разрывѣ матки съ поступленіемъ плода въ брюшную полость высказывается все большее и большее число авторовъ, между ними можно указать

Auvard'a, G. Braun'a, Fehling'a, Leopold'a, Schauta, Winter'a и др.

Преимущества лапаротоміи, основываясь на существующихъ данныхъ, очевидны и заключаются въ слѣдующемъ: легкое извлечение плода и послѣда, полная возможность избѣжать увеличенія разрыва, болѣе совершенная остановка кровотеченія и возможность выбора рациональнаго хирургическаго метода леченія.

Высказываясь противъ чревосѣченія, Piskaček, Freund и др., въ доказательство своихъ взглядовъ приводятъ случаи, леченные съ успѣхомъ безъ лапаротоміи, и къ моментамъ невыгоднымъ относятъ шокъ, постоянно связанный съ вскрытіемъ брюшной полости. Приведенныя доказательства служатъ, конечно, слабымъ возраженіемъ противъ необходимости производства чревосѣченій при полныхъ разрывахъ, такъ какъ мало освѣщаютъ суть дѣла.

Если дѣйствительно, въ казуистикѣ даннаго вопроса встрѣчаются случаи выздоровленія при обширныхъ разрывахъ матки (Wenzel, Frommel, C. Braun, Moosberg), иногда съ выпаденіемъ кишекъ (Wenzel), или послѣ поворота въ брюшной полости и извлечения плода и послѣда черезъ разрывъ per vias naturales (Karl), то это скорѣе счастливая случайность, которая можетъ служить нѣкоторымъ утѣшеніемъ врачамъ, работающимъ въ глуши и не имѣющимъ необходимыхъ средствъ и специальныхъ знаній для выполненія своевременнаго, научно-обоснованнаго оперативнаго пособія.

Имѣющіяся статистическія данныя говорятъ намъ также въ пользу чревосѣченій; такъ, по Piskačekу изъ 26 лапаротомированныхъ умерло 14—53,8⁰/₀, а изъ 57 оставленныхъ безъ чревосѣченій умерло 32—56⁰/₀.

Выздоровленіе послѣ чревосѣченій по другимъ авторамъ выражается слѣдующими цифровыми данными:

Winckel	38—68,4 ⁰ / ₀	Schwartz	77,7 ⁰ / ₀
Harris	40—50 ⁰ / ₀	Merz	54—48,1 ⁰ / ₀
Dufalay	12—91 ⁰ / ₀		

На основаніи приведенныхъ данныхъ можно придти къ заключенію, что, если плодъ и плацента при полныхъ разрывахъ находятся въ брюшной полости, какъ это было въ нашемъ случаѣ (стр. 161), то для опорожненія ея необходимо приступить къ чревосѣченію, и возможно скорѣе.

Schäffer на основаніи литературныхъ данныхъ доказываетъ, что въ случаяхъ разрывовъ при тотчасъ произведенномъ чревосѣченіи выздоровленіе получается въ 58,3⁰/₀, а спустя нѣсколько часовъ послѣ разрывовъ—въ 47,3⁰/₀.

Изъ 13 случаевъ разрывовъ, описанныхъ Schäffer'омъ, въ 6 случаяхъ было сдѣлано чревосѣченіе и изъ нихъ 3 выздоровѣли и 3 умерли (1 отъ сепсиса и 2 отъ кровотеченія); у 3 были снизу наложены швы и изъ этихъ послѣднихъ одна выздоровѣла и 2 умерли; 2 умерли при леченіи разрыва съ помощью дренажа, а 2 погибли безъ всякаго леченія разрыва. Какъ видно изъ приведенныхъ данныхъ, Schäffer получилъ наилучшіе результаты при чревосѣченіи.

Н. З. Ивановъ, Kaswat, Vaberg также высказываются въ пользу чревосѣченія при разрывахъ матки.

Нельзя обойти молчаніемъ здѣсь того обстоятельства, что свободнымъ выборомъ метода леченія, конечно, могутъ пользоваться лишь врачи-специалисты, работающіе при благопріятныхъ условіяхъ обстановки въ клиникахъ, больницахъ, или при возможности транспортировать паціентку въ учрежденіе, гдѣ можетъ быть оказана соотвѣтствующая помощь; что же касается большинства врачей, связанныхъ при выборѣ методовъ леченія неблагопріятными условіями, среди которыхъ они работаютъ, то въ распоряженіи ихъ остаются лишь обычные способы родо-разрѣшенія *per vias naturales*—путемъ наложенія щипцовъ, перфорациі съ краниоклазией, поворота, смотря по индивидуальности случая, при чемъ главная забота должна быть обращена на мать, хотя бы даже пришлось жертвовать плодомъ.

Необходимо избѣгать, при акушерскихъ оперативныхъ вмѣшательствахъ увеличенія разрыва и нанесенія новыхъ травматическихъ поврежденій, желательна быстрота и увѣренность въ остановахъ кровотеченія и соблюденіе самыхъ строгихъ правилъ антисептики, ибо отъ этого зависитъ всецѣло дальнѣйшая судьба паціентки.

Произведя чревосѣченіе для извлеченія плода и послѣда изъ брюшной полости, операторъ выполнилъ только часть своей задачи, и въ дальнѣйшемъ ему представляется необходимость точно установить пригодность для даннаго случая одного изъ практикующихся методовъ леченія полныхъ разрывовъ матки, которые раздѣляются на консервативныя и радикальныя,—каковы: зашивание разрыва, операція Рогго и полная экстирпація матки.

Что касается оперативно-консервативнаго способа леченія съ помощью наложенія швовъ, то мы принципиально высказываемся за него, ибо, возстановляя цѣлость органа и сохраняя женщинѣ плодовмѣстилище, мы ближе всего стоимъ къ хирургическому идеалу.

Leopold, Fehling, Fritsch и другіе также безусловно высказываются за шиваніе полныхъ разрывовъ.

По Merz'у, при наложеніи шва выздоровленіе достигается въ 58,3%, а безъ шва и при операціи Рогго въ 53,3%; Freund зашивалъ въ 5 случаяхъ разрывы матки, изъ нихъ въ 4-хъ получилъ выздоровленіе.

Эти послѣднія данныя, помимо указанныхъ основаній, еще больше должны склонять насъ въ пользу консервативнаго метода леченія съ наложеніемъ шва, причѣмъ желательными условіями являются слѣдующія: свѣжій разрывъ, не очень разрушительный, относительная гладкость (ровность) краевъ раны, возможность остановить кровотеченіе наложенными швами и отсутствіе инфекции. Въ самомъ дѣлѣ, почему же мы, считая вполне законнымъ наложеніе швовъ при искусственномъ раздѣленіи тканей при кесарскомъ сѣченіи, будемъ уклоняться отъ этого правила, освященнаго наукой и практикой, имѣя полный разрывъ матки, когда, зашивая его, мы можемъ при извѣстныхъ условіяхъ достигнуть возстановленія цѣлости органа и дать возможность женщинѣ снова сдѣлаться матерью.

Высказываясь положительно въ пользу даннаго консервативнаго метода леченія, мы должны были, къ сожалѣнiю, въ описанномъ нами случаѣ уклониться отъ этого метода и остановиться на операциі Рогго: обширность разрыва, значительная неровность краевъ, особенно съ правой стороны, распространенное отслоеніе брюшины и возможность предположить инфицированіе родового канала послѣ изслѣдованія въ 3-хъ городскихъ родильныхъ пріютахъ,—что подтвердилось въ послѣоперационномъ періодѣ появленіемъ правосторонняго параметрита,—являлись моментами, не допускавшими примѣненія консервативнаго способа леченія.

По Mer mann'у, производство операциі Рогго показуется въ особенности, если разрывъ направляется въ широкую связку и, слѣдовательно, происходитъ значительное отслоеніе брюшины, какъ это и было въ нашемъ случаѣ.

Равнымъ образомъ Johansson'у, высказываясь, какъ и мы за шовъ при неосложненныхъ разрывахъ, считаетъ безусловно необходимымъ производство операциі Рогго при сложныхъ разрывахъ рукава и широкихъ связокъ и особенно, когда дѣло идетъ о залуценныхъ и инфицированныхъ случаяхъ, что какъ разъ имѣло мѣсто въ случаѣ, оперированномъ нами по Рогго.

Руководствуясь вышеуказанными соображеніями при выборѣ оперативнаго метода леченія и остановившись на операциі Рогго, другіе авторы получали также хорошіе результаты; такъ, напримѣръ, Fehling на 4 операциі Рогго имѣлъ только 1 случай смерти.

Надвлагалищная ампутація матки по статистикѣ Klien'a, обнимающей 149 чревосѣченій, первично была сдѣлана 29 разъ съ 45% и вторично 26 разъ съ 42% смертности.

Французскіе авторы (Vagnier, Hartmann) также рекомендуютъ, смотря по мѣсту положенія разрыва и его распространенію, нормальную или атипическую надвлагалищную ампутацію матки.

Атипическая ампутація, по Hartmann'у, производится такимъ образомъ, что по срѣзываніи матки и сшиваніи непрерывнымъ швомъ въ поперечномъ направленіи разорванныхъ широкихъ связокъ, при существованіи разрыва въ передней стѣнкѣ, культи укрѣпляется въ нижнемъ углу брюшной раны. Такимъ образомъ, разможженные края разрыва и отслоенный брюшинный покровъ устраняются изъ брюшной полости, и отдѣлимое раны посредствомъ марлеваго тампона выводится наружу. Если же разрывъ находится на задней стѣнкѣ, то просто дренируется черезъ влагалище.

Обращаясь теперь къ болѣе подробной критической оцѣнкѣ показаній къ операциі Рогго при разрывахъ матки, мы позволимъ себѣ отмѣтить, что имѣющіеся по этому вопросу литературныя данныя указываютъ, сколь разнообразныхъ взглядовъ придерживаются авторы, стараясь установить показанія къ этой операциі при разрывѣ матки.

Большинство авторовъ существеннымъ показаніемъ къ ампутаціи матки при полномъ разрывѣ ея во время родовъ считаютъ септическую инфекцію матки и обширныя поврежденія органа и окружающихъ тканей; другіе основаніемъ къ опе-

раціи Rogro считаютъ высокое образование разрыва, т. е. положеніе его ближе ко дну матки, а также значительное кровотечение изъ области разрыва и присутствіе фиброматозныхъ опухолей въ тѣлѣ матки; наконецъ третьи ампутируютъ матку для избѣжанія повторнаго полнаго разрыва матки (J. Veit).

Переходя въ настоящее время къ критической оцѣнкѣ различныхъ взглядовъ авторовъ, мы позволимъ себѣ остановиться болѣе подробно на каждомъ изъ нихъ.

Kaltenbach дѣлаетъ полное удаленіе матки, если она оторвана на значительномъ протяженіи, если поврежденіе распространяется съ передняго до задняго дугласова пространства, и въ то же время края разрыва сильно повреждены, или есть основаніе предположить инфекцію.

Подобное мнѣніе высказываетъ также Fehling, а именно: если разрывъ органа значительный, и матка почти кругомъ оторвана отъ шейки, то съ большою пользою для больной можно произвести удаленіе ея по Rogro; а безусловно показуется, по Fehling'у, эта операція, когда существуетъ *endometritis sub partu*.

Fritsch допускаетъ удаленіе матки, когда она инфицирована и на это имѣются ясныя доказательства—высокая t° и гнилостное состояніе содержимаго матки.

Что касается удаленія матки при распространенныхъ разрывахъ, то по этому поводу Fritsch прямо не высказывается за ампутацію матки, хотя въ тоже время указываетъ на трудность и подчасъ невозможность наложенія шва при обширныхъ полныхъ разрывахъ, когда приходится соединять не только брюшину и края матки, но и надо накладывать боковые швы глубоко черезъ діафрагму таза и своды влагалища; сверху, т. е. изъ брюшной полости, это является невозможнымъ и кровотечение было бы невѣрно остановлено и, кромѣ того, легко захватить мочеточники. Подобныя условія пораненія и боязнъ послѣдовательнаго *endometritis et metritis septica* подали Fritsch'у въ одномъ случаѣ поводъ къ удаленію матки.

Г. Е. Рейнъ говоритъ, что простое сшиваніе разорванной матки, безъ удаленія ея, было-бы натурально идеальной операціей, но надо имѣть въ виду трудности, которыя представляетъ шовъ при колоссальной ранѣ съ размятыми, частью уже инфицированными краями, и это у крайне слабыхъ больныхъ, которыя въ состояніи перенести лишь мало продолжительную операцію.

Р. в. Браунъ предпочитаетъ Rogro при инфекціи эндометрія, распространенныхъ разрывахъ и значительномъ отслоеніи брюшины. Другіе авторы, писавшіе объ этомъ вопросѣ, съ меньшей настойчивостью поддерживаютъ выставленныя основанія (Leopold), или совершенно замалчиваютъ ихъ (Schauta).

Мы прежде всего остановимся на инфицированіи родового канала и въ особенности матки *sub partu*, что настойчиво выставляется авторами показаніемъ для ампутаціи ея.

По нашему мнѣнію, не вполне строго обоснованнымъ является требованіе авторовъ удалять каждый разъ разорванную матку при неустановленномъ инфицированіи родового канала или при подозрѣніи только на это вслѣдствіе повышенія t° у роженицы.

Требование это скорее построено на основании теоретических соображений, чем научно и клинически обоснованной необходимости. В основу его легло старое учение, которым руководствовались в былые времена, прибегая к операции Roggo вместо классического кесарского сечения, когда большая смертность после операций частью относилась насчет инфекций родового канала, частью на счет кровотечений, а вероятно всего, дело зависело от малаго знакомства в то время с правилами антисептики, которая почти отсутствовала при чревосечениях.

В настоящее время случаи с тяжелой смертельной инфекцией являются, к счастью, крайне редкими, и одно повышение t° у роженицы не указывает на тяжесть инфекции.

Нам приходилось при консервативном методѣ лечения разрывовъ матки с повышенной t° -ой достигать полного выздоровления и, с другой стороны, ампутировать матку при разрывахъ с высокой t° у больных, по причинѣ распространеннаго разрыва матки, но никоимъ образомъ не можемъ считать, что, удаляя матку, мы тѣмъ самымъ уничтожили источникъ заразы и только потому больныя выздоровѣли.

Мы скорее склонны думать, что имѣли дело вѣ этихъ случаяхъ с маловыраженной инфекцией. Определить же простымъ глазомъ и безъ помощи дальнѣйшаго бактериологическаго изслѣдованія извѣстную степень инфицированія родового канала намъ не представляется возможнымъ за исключеніемъ отдѣльныхъ случаевъ, когда общія и мѣстныя явленія инфекции очевидны (ихорозное выдѣленіе, присутствіе мацерированнаго плода и др.).

Вотъ для этихъ то случаевъ мы безпрекословно считаемъ показанной надвлагалищную ампутацію матки.

Въ другихъ же случаяхъ, когда мы не имѣемъ достаточныхъ указаній на тяжесть инфекции, а лишь предполагаемъ, что существуетъ загрязненіе родового канала, вслѣдствіе предварительныхъ изслѣдованій и родоразрѣшающихъ манипуляцій, мы не считаемъ строго обоснованнымъ удаленіе плодовместилища, тѣмъ болѣе, что при попыткахъ къ родоразрѣшенію скорее инфицируется нижній отрѣзокъ полового канала, а его-то мы оставляемъ, удаляя надвлагалищную матку, только лишь въ силу подозрѣній на инфекцію, какъ это рекомендуютъ отдѣльные операторы.

Соглашаясь принципиально с необходимостью удаленія матки при выраженной инфекции ея, что является послѣднимъ средствомъ борьбы, мы должны имѣть въ виду, что въ большинствѣ случаевъ и этотъ методъ леченія оказывается бессильнымъ спасти больную.

Всѣ авторы согласны видѣть въ инфекции почти исключительную причину смертности послѣ лапаротоміи вообще и въ частности послѣ операции Roggo при разрывахъ матки, и лишь самый небольшой % падаетъ на смертность отъ кровотеченій.

Потому даваемый Merz'омъ % смертности 46,7 послѣ операции Roggo при разрывахъ матки, указываетъ рельефно насколько можетъ быть дѣйствительной наша надежда, рассчитанная ампутаціей матки спасти больную.

Правда, имѣются и болѣе благопріятныя данныя, говорящія въ пользу операціи Roggo: такъ, напр., Fehling на четыре случая Roggo имѣлъ три выздоровленія и наши два случая, оперированные по Roggo, окончились также выздоровленіемъ, но зато у Winter'a всѣ четыре случая съ удаленіемъ матки по Roggo окончились летально.

Необходимый матеріалъ, который теперь отсутствуетъ, мы увѣрены, выяснитъ, что случаи выздоровленія послѣ операціи Roggo относятся къ чистымъ или слабо инфицированнымъ, а въ тяжелыхъ польза этой операціи остается весьма проблематичной, такъ что необходимо вырабатывать другіе способы борьбы съ инфекціей.

Что касается удаленія матки при значительно распространенномъ поврежденіи ея, какъ это дѣлаютъ многіе операторы, то мы на основаніи нашего личнаго опыта можемъ вполнѣ присоединиться къ нимъ и поддерживать это показаніе для операціи Roggo.

Въ одномъ случаѣ показаніемъ къ удаленію матки намъ служилъ обширный разрывъ передней стѣнки шейки матки и правой широкой связки съ отслоеніемъ брюшины и обильнымъ кровоизліяніемъ въ клѣтчатку. Другой нашъ случай отличался тѣмъ, что тѣло матки держалось исключительно на задней стѣнкѣ нижняго сегмента, съ значительнымъ разрушеніемъ широкихъ связокъ и отслойкой брюшины въ обѣ стороны, что и подало поводъ къ надвлагалищному удаленію матки, такъ какъ не представлялось возможнымъ возстановить цѣлость органа путемъ наложенія швовъ.

Мы однако не можемъ не согласиться съ Fritsch'емъ, который, описывая свой случай операціи Roggo при обширномъ разрывѣ матки, прибавилъ, что не отрицаетъ возможности самопроизвольнаго выздоровленія въ его случаѣ.

Въ этомъ отношеніи особенно поучительнымъ мы считаемъ случай, описанный Leopold'омъ, который сдѣлалъ лапаротомію при высокой степени обширномъ поврежденіи матки, оторванной на $\frac{3}{4}$ по своей окружности и удерживающейся только лѣвой широкой связкой. Попытка зашить разрывъ непрерывнымъ швомъ неудалась Leopold'у вслѣдствіе значительнаго распространенія разрыва и совершеннаго разможженія краевъ его. Несмотря на тяжесть поврежденія, больная выздоровѣла при безлихорадочномъ теченіи послѣоперационнаго періода.

Такимъ образомъ, смѣлая попытка Leopold'a отказаться отъ удаленія матки и перейти къ консервативному методу леченія дала блестящій результатъ, сохранивъ женщицѣ плодотворность, а потому заслуживаетъ полнаго подраженія.

Въ настоящее время, на основаніи болѣе обширнаго личнаго практическаго опыта и имѣя въ виду вышеуказанныя литературныя данныя, мы склонны думать, что кругъ показаній для удаленія матки при обширныхъ разрывахъ ея долженъ постепенно суживаться, а быть можетъ, при дальнѣйшемъ развитіи болѣе правильныхъ взглядовъ на способы леченія разрывовъ матки, это показаніе будетъ находить мѣсто среди другихъ способовъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Показанія второй группы, относящіяся къ второстепеннымъ, находятъ своихъ защитниковъ лишь въ лицѣ отдѣльныхъ авторовъ.

R. v. Braun совѣтуетъ ампутацію матки при большой анеміи съ продолжающимся еще кровотечениемъ, такъ какъ петля быстрѣе шва останавливаетъ кровотечение.

Если мы соглашаемся съ Fritsch'емъ, что при обширныхъ поврежденіяхъ тазовой діафрагмы и параметрія въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится отказаться отъ остановки кровотечения изъ брюшной полости швами и единственно остается надежда на тампонацію, то не можемъ раздѣлять взглядъ R. v. Braun'a, рекомендующаго удалять матку по Roggo для того, чтобы обнаружить источникъ кровотечения и наложить петлю при наступленіи большой анеміи.

Мы думаемъ, что при роковыхъ случаяхъ анеміи ампутація матки едва ли можетъ ускорить нахожденіе кровоточащихъ сосудовъ; въ этихъ случаяхъ необходимо безъ новыхъ потерь крови достигнуть и быстрой остановки кровотечения путемъ накладыванія клеммъ en masse или на отдѣльные сосуды, а потомъ уже заботиться о перевязываніи ихъ.

Слѣдовательно, кровотечение при разрывахъ матки мы не можемъ считать серьезнымъ показаніемъ къ надвлагалищному удаленію этого органа.

Говоря объ ампутаціи матки при высокихъ разрывахъ ея, авторы считаютъ, что принципиально это можетъ быть единственное крайне рѣдкое показаніе, когда ампутація дѣлается собственно съ цѣлью удаленія самага разрыва изъ брюшной полости; во всѣхъ другихъ случаяхъ они признаютъ, что разрывъ самъ по себѣ не служитъ показаніемъ къ ампутаціи, а къ этому ведутъ побочныя причины, осложняющія разрывъ (инфекція матки, фиброміомы ея и друг.).

Schahta рекомендуетъ надвлагалищную ампутацію для удаленія мѣста разрыва изъ брюшной полости только въ крайнихъ случаяхъ, а именно: при высоко расположенныхъ разрывахъ и, главнымъ образомъ, при поперечномъ ихъ направленіи.

R. v. Braun считаетъ показанной ампутацію при мѣстоположеніи разрыва только въ днѣ матки.

Однако, говоритъ онъ, при неслишкомъ сильной анеміи и не очень разможженныхъ краяхъ, можно срѣзать края разрыва и наложить этажный шовъ, пришивъ въ видахъ предосторожности, брюшину матки къ брюшинѣ передней стѣнки живота.

По Fritsch'y, ампутація имѣетъ смыслъ въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ рана образовалась высоко въ маткѣ.

Изъ описанныхъ, однако, рѣдкихъ случаевъ высокихъ разрывовъ матки у дна (Pilz, Mangold, Salin, Saurenhaus, Bastenъ, v. Dittel) лишь въ отдѣльныхъ авторы прибѣгали къ амиутаціи.

Что же касается случая Fehling'a, цитируемаго большинствомъ авторовъ, какъ образецъ характернаго разрыва этого рода, то выздоровленіе было достигнуто безъ ампутаціи, а помощью наложенія швовъ.

Далѣе, имѣя въ виду опытъ послѣднихъ лѣтъ, давшій очень благоприятные результаты при кесарскомъ сѣченіи съ

разрѣзомъ дна матки, мы полагаемъ, что и разрывы, сидящіе въ тѣлѣ или днѣ матки, подлежатъ консервативному леченію.

Благопріятное положеніе этихъ разрывовъ въ смыслѣ болѣе доступности позволяетъ съ меньшимъ трудомъ примѣнить тѣ или другіе консервативные методы леченія, тѣмъ болѣе, что стѣнка матки въ этой области имѣетъ большую толщину и разрывъ не сопровождается столь значительными разрушеніями окружающей клѣтчатки и брюшины, какъ это наблюдается при разрывахъ нижняго маточнаго сегмента. (Fehling).

По нашему мнѣнію, ампутація при высокихъ разрывахъ матки можетъ быть оправдываема лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Къ такимъ случаямъ мы относимъ прободающіе стѣнку матки разрывы съ обширнымъ разможженіемъ краевъ и съ потерей значительнаго участка ткани, когда мы лишены возможности пластически возстановить цѣлость стѣнки путемъ наложенія шва, или закрыть отверстіе разрыва, пришивая матку къ передней брюшной стѣнкѣ, какъ это совѣтуетъ R. V. Braun.

Что же касается того обстоятельства, будетъ ли разрывъ продольный или поперечный, то разъ имѣется возможность возстановить цѣлость стѣнки матки наложеніемъ шва на края раны, мы прежде всего должны стремиться къ тому, чтобы сохранить женщинѣ ея дѣтородную способность.

Лишать женщину органа, столь важнаго для организма вообще и съ отсутствіемъ котораго прекращается функція первостепенной важности, мы не имѣемъ права, основываясь лишь на простотѣ и легкости оперативнаго пособія, или имѣя въ виду теоретическую возможность повторнаго разрыва на почвѣ стараго рубца.

Это послѣднее соображеніе, т. е. возможность разрыва при послѣдующей беремености въ области рубца, выставляется авторами, какъ самостоятельное показаніе для ампутаціи матки, на что мы уже имѣли возможность указать раньше.

J. Veit останавливается на операциі Roggo при разрывахъ потому, что зашита матка при послѣдующихъ беременностяхъ и родахъ представляетъ извѣстную опасность въ смыслѣ повторнаго разрыва.

Рейнъ считаетъ также, что зашита матка при послѣдующихъ родахъ можетъ представлять источникъ большой опасности для больной, особенно, говоритъ авторъ, если мы знаемъ, что при благопріятныхъ условіяхъ зашита рана при кесарскомъ сѣченіи иногда расходится при послѣдующихъ родахъ.

Обращаясь къ литературнымъ даннымъ, мы дѣйствительно убѣждаемся, что новые разрывы нерѣдко имѣли причинную связь со старыми полными и неполными разрывами матки.

Быть можетъ, въ современныхъ изслѣдованіяхъ объ этиологіи разрывовъ причина эта еще недостаточно подчеркивается въ виду того, что анамнестическія данныя относительно теченія предыдущихъ родовъ не всегда отличаются достаточной полнотою и неполные разрывы матки часто не диагностируются, а узнаются лишь случайно.

Albert и C. Braun наблюдали полные разрывы, происшедшіе на почвѣ протекшихъ неполныхъ разрывовъ.

Далѣ, Wenzel, Green, и др. описали случаи повторныхъ разрывовъ, причемъ Wenzel наблюдалъ два такихъ случая.

Единственнымъ въ своемъ родѣ является случай Rosé, указывающій, что у одной женщины наблюдался четыре раза полный разрывъ матки съ выходомъ плода въ брюшную полость. Въ тоже время описывается цѣлый рядъ родовъ, протекавшихъ безъ малѣйшихъ поврежденій, несмотря на то, что предыдущіе роды сопровождались разрывами матки (Bandl, Rakin, Ledeger, Green, Plenio и др.).

Слѣдовательно, приведенными литературными данными мы съ положительностью установили, что извѣстный процентъ разрывовъ матки является въ видѣ повторныхъ разрывовъ, но въ тоже время матка съ защитнымъ разрывомъ можетъ при послѣдующихъ беременностяхъ функционировать, какъ совершенно здоровый органъ.

Имѣющійся матеріалъ не даетъ намъ опорныхъ пунктовъ для предсказанія о возможности новыхъ разрывовъ, да едва ли и въ дальнѣйшемъ вопросъ этотъ будетъ рѣшенъ съ положительностью въ виду особенностей происхожденія каждаго разрыва. въ зависимости отъ силы родовыхъ болей, положенія плода, вставленія головки, ея конфигураціи, измѣненія эластичности тканей съ годами и невозможности опредѣлить заранѣе степень прочности сращенія краевъ разрыва.

Слѣдовательно, не имѣя возможности основываться на прочныхъ данныхъ для предсказанія о теченіи беременности и родовъ, слѣдующихъ за разрывомъ матки, мы не въ правѣ ампутировать разорванную матку изъ-за одного предположенія о возможности повторныхъ разрывовъ.

Это все равно, если бы, имѣя въ виду литературныя указанія (Krukenberg, Winkkel и др.) о возможности разрывовъ матки въ области рубца послѣ кесарскаго сѣченія, мы стали пропагандировать вмѣсто классическаго кесарскаго сѣченія операцію Roggo.

По отношенію къ разрывамъ матки это показаніе къ ампутаціи еще тѣмъ менѣе основательно, ибо къ происхожденію разрывовъ иногда приводятъ совершенно случайныя причины, заключающіяся въ неправильномъ выборѣ родоразрѣшающихъ оперативныхъ способовъ при явленіяхъ, угрожающихъ разрыву матки (высокіе щипцы, поворотъ, экстракція плода).

Между тѣмъ, родоразрѣшеніе черезъ искусственные пути съ помощью кесарскаго сѣченія предпринимается обычно при узкихъ тазахъ, слѣдовательно, причина, обуславливающая патологическіе роды не случайная, но остается постоянной, почему каждый разъ надо ожидать рядъ новыхъ осложненій при послѣдующихъ родахъ.

Едва-ли вслѣдствіе всего вышесказаннаго будетъ правильно поддерживать мнѣніе авторовъ, видящихъ въ ампутаціи матки способъ избавиться отъ источника для послѣдующихъ разрывовъ.

Подобный радикализмъ авторовъ, по нашему мнѣнію, не оправдывается ни теоріей, ни практикой, а, наоборотъ, въ послѣднее время замѣчается стремленіе къ консервативнымъ методамъ леченія разрывовъ матки, дающимъ въ высшей степени благопріятные результаты.

Дальнѣйшій образъ дѣйствій акушера по выздоровленіи больной послѣ разрыва матки долженъ заключаться въ надлежащихъ совѣтахъ больной, тщательномъ наблюдении за послѣдующей беременностью и помѣщеніи больной въ благопріятныя условія для предупрежденія новой катастрофы и свободнаго выбора способовъ леченія при наступленіи ея (Павловъ).

Послѣднее показаніе, выставляемое отдѣльными авторами (Fritsch) для ампутаціи матки по Рогго при разрывахъ ея—это присутствіе фиброміомы въ стѣнкѣ матки.

Присутствіе фиброматозной опухоли въ стѣнкѣ матки само требуетъ спеціальнаго оперативнаго вмѣшательства—въ видѣ ли экстирпаціи или ампутаціи матки, или энуклеаціи опухоли, а потому нѣтъ необходимости въ числѣ показаній къ операціи Рогго при разрывахъ выставять данное патологическое состояніе матки. Причина къ ампутаціи въ данныхъ случаяхъ лежитъ не въ разрывѣ и его послѣдствіяхъ, а присутствіи опухоли, подлежащей удаленію и безъ разрыва матки.

Извѣстное состояніе разрыва можетъ лишь обусловить неизбѣжность чревосѣченія, что дастъ возможность ближе оцѣнить характеръ фиброматознаго перерожденія матки и въ зависимости отъ него выбрать тотъ или другой методъ оперативнаго леченія.

На основаніи всего вышеизложеннаго мы позволяемъ себѣ считать абсолютными показаніями къ ампутаціи матки по Рогго при разрывахъ ея—точно установленную септическую инфекцію тѣла матки и высокосидящіе разрывы съ значительной потерей ткани стѣнки ея, при невозможности возстановить цѣлость стѣнки пластически.

Относительнымъ показаніемъ можетъ служить обширность разрыва съ размятіемъ краевъ раны и распространеннымъ отслоеніемъ брюшины.

Задачей будущаго является не расширеніе показаній къ операціи Рогго при разрывахъ матки, а предупрежденіе образованія разрывовъ, заключающемся въ старательной выработкѣ правильныхъ методовъ родоразрѣшенія вообще и въ особенности при явленіяхъ, угрожающихъ разрывомъ матки.

Далѣе, имѣя въ виду, что громадный % смертности при разрывахъ матки зависитъ отъ инфицированія больныхъ, нужно всѣми силами стремиться къ тщательному проведенію правилъ асептики и антисептики въ акушерскую практику.

Мы считали бы нашу задачу не вполне оконченной, если бы не остановились на радикальныхъ методахъ леченія полныхъ разрывовъ матки, а именно на полной экстирпаціи ея черезъ брюшныя стѣнки и черезъ влагалище.

Въ самое послѣднее время Veit'омъ опубликованъ случай полнаго удаленія матки черезъ брюшныя стѣнки при разрывѣ ея, кончившійся выздоровленіемъ. Полное удаленіе было сдѣлано по двумъ соображеніямъ: въ 1-хъ, вслѣдствіе клиническаго распознаванія перитонита, при чемъ дѣйствительно изъ мутной жидкости, содержащейся въ брюшной полости, была выращена

Bacterium coli, во 2-хъ, полное удаленіе матки было произведено по причинѣ сложности разрыва. Veit говорить, что въ этомъ случаѣ спасеніе женщины могло бы быть также достигнуто, если бы возможно было съ увѣренностью обезпечить отведеніе раневого отдѣленія, но это достигается, по автору, только при полномъ удаленіи матки.

Полное удаленіе матки черезъ брюшныя стѣнки при разрывахъ ея нашло себѣ сторонника въ лицѣ Аманна, который выгоды этого способа видитъ въ томъ, что только при этихъ условіяхъ можно ясно, отчетливо осмотрѣть мѣсто разрыва, вѣрнѣе остановить кровотеченіе путемъ наложенія швовъ и, кромѣ того, благодаря отверстію въ брюшную полость, получается широкій дренажъ черезъ рукавъ.

По даннымъ Аманна, изъ 7 случаевъ первичнаго чревосѣченія съ полнымъ удаленіемъ матки смертельный исходъ получился въ 2 случаяхъ, въ то время какъ на 7 случ. вторичнаго чревосѣченія при абдоминальной экстирпации въ 5 случ. послѣдовалъ смертельный исходъ.

По даннымъ Клиена, полное абдоминальное удаленіе матки, произведенное вслѣдствіе разрыва ея 13 разъ, дало 53,8% смертности.

Въ виду малочисленности случаевъ пока еще трудно опредѣленно высказаться относительно этого оперативнаго способа леченія, но, несомнѣнно, онъ долженъ найти себѣ примѣненіе въ случаяхъ разрывовъ сложныхъ и инфицированныхъ.

Исторія влагалищной экстирпации матки при разрывахъ ея коротка и ведетъ свое начало съ 1894 г., въ которомъ Neugebauer впервые сдѣлалъ удаленіе послѣродовой матки по поводу глубокаго разрыва шейки и задняго свода; вскорѣ послѣ этого описаны были случаи экстирпации матки Шробака, Дюрссена, Винтера. Матеріалъ для статистическихъ данныхъ малъ и является только краугольнымъ камнемъ для дальнѣйшей разработки этого новаго радикальнаго метода леченія разрывовъ матки; опираться на него для оцѣнки самаго метода мы пока не позволяемъ себѣ, рискуя уклониться отъ истины. Мы находимъ возможнымъ привести лишь мнѣнія другихъ авторовъ, между прочимъ, Ваттленера, рекомендовавшаго полное влагалищное удаленіе матки при разрывахъ на передней стѣнкѣ, и Вейта, старавшагося установить теоретически необходимость этой операціи при кровотеченияхъ.

Шроедеръ въ самое послѣднее время, описывая случай Винтера—удаленія матки черезъ влагалище при глубокомъ поперечномъ разрывѣ шейки, стремится всѣми силами защищать этотъ методъ и показаніемъ для него считаетъ происхожденіе глубоко сидящихъ разрывовъ съ разможженіемъ и инфицированіемъ краевъ, когда данную область разрыва нельзя удалить, ампутируя матку по Ротто. Устанавливая показанія къ экстирпации матки на основаніи имѣющихся въ литературѣ случаевъ, Schroeder переходитъ къ чисто теоретическимъ разсужденіямъ и, увлекаясь, вдается, по нашему мнѣнію, въ крайность, въ смыслѣ расширенія показаній къ экстирпации матки вообще и, въ особенности, влагалищнаго метода. Такъ,

напримѣръ, онъ считаетъ вполне показаннымъ полное удаленіе матки при разрывахъ ея въ виду того, что при сохраненіи матки и возможности забеременѣванія снова можетъ получиться разрывъ, и мать подвергается новой опасности.

Считая, съ своей стороны, для отдѣльныхъ случаевъ глубокихъ шеечныхъ разрывовъ вполне показанной экстирпацию, мы, тѣмъ не менѣе, не можемъ согласиться съ только что приведеннымъ показаніемъ.

Далѣе, крайнимъ намъ представляется предложеніе Schroeder'a во что-бы то ни стало прибѣгать къ экстирпации *per vaginam* даже тогда, когда для извлеченія плода и послѣда понадобилось вскрытіе брюшной полости, которую Schroeder совѣтуетъ зашить и приступить къ влагалищному удаленію матки потому, что будто-бы данный методъ быстрѣе и безопаснѣе.

Транспортированіе роженицъ съ угрожающими и происшедшими разрывами матки. Въ заключеніе, для полноты обзоренія вопроса о разрывахъ матки мы позволимъ себѣ остановиться на транспортированіи роженицъ съ угрожающими и происшедшими разрывами матокъ.

Изучая литературныя данныя, касающіяся разрывовъ матки и ихъ леченія, намъ пришлось обратить вниманіе на то обстоятельство, что опубликованный матеріалъ возбуждаетъ рядъ новыхъ вопросовъ, довольно существенныхъ, которые лишь вскользь затрогиваются различными авторами. Высказанныя по поводу этихъ вопросовъ отдѣльныя мнѣнія можно считать далеко неустановленными. Между тѣмъ практическая дѣятельность врача-акушера требуетъ болѣе или менѣе опредѣленнаго отвѣта на эти вопросы.

Къ такимъ вопросамъ относится, напр.,—вопросъ о транспортированіи роженицъ съ разрывами матки въ больницы и клиники, которымъ мы и имѣемъ намѣреніе теперь заняться, потому что онъ имѣетъ прямое отношеніе къ случаю полного разрыва матки, транспортированнаго въ очень тяжеломъ состояніи въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику И. В. М. Академіи во время нашего завѣдыванія ею, гдѣ мы могли, благодаря соотвѣтствующей обстановкѣ, произвести операцію *Perigo* съ послѣдовательнымъ выздоровленіемъ больной.

Что касается вопроса о транспортированіи роженицъ съ разрывомъ матки, то лишь отдѣльные авторы касались его, причемъ высказанныя мнѣнія крайне поверхностно его затрогиваютъ.

Хотя принципиально никто изъ авторовъ и не высказывался противъ транспортированія, но, тѣмъ не менѣе, лишь нѣкоторые изъ нихъ настойчиво его рекомендуютъ. Fehling совѣтуетъ настоятельно переносить больную въ близлежащую хорошо устроенную клинику, причемъ необходимо, по замѣчанію автора, чтобы каждый практической врачъ-акушеръ былъ подготовленъ наложить швы на разорванную матку.

Въ пользу транспортированія больныхъ съ разрывами матки въ клинику или въ другія благоустроенныя учрежденія также опредѣленно высказывается Fritsch, имѣя въ виду, что приготовленіе перевязочнаго матеріала и больной можетъ быть здѣсь

осуществлено быстро и вѣрно, и въ то же время въ этихъ учрежденіяхъ имѣется необходимая ассистентура.

Г. Е. Рейнъ склоненъ думать, что большая даже въ состояніи колыбса хорошо переноситъ осторожный транспортъ въ учреждение и, равнымъ образомъ, послѣдовательную лапаротомію,—во всякомъ случаѣ, не хуже, чѣмъ въ случаяхъ разрывовъ мѣшка при внѣматочной беременности.

Нѣсколько другого мнѣнія держится Freund, видя въ транспортированіи причину новой большой травмы для больной, причѣмъ полагаетъ, что помѣщеніе, которое вообще допускаетъ лапаротомію, можетъ быть подготовлено соотвѣтствующими мѣрами для этой цѣли.

Если, говорить далѣе Freund, предназначается переносить больную въ другое учреждение для лапаротоміи, то предварительно необходимо сдѣлать извлеченіе плода изъ брюшной полости.

Транспортированіе же женщины съ плодомъ въ брюшной полости на далекое разстояніе, какъ это часто случается, Freund считаетъ жестокимъ и опаснымъ, послѣ того какъ онъ убѣдился, что перевозка даже нормальныхъ родильницъ крайне болѣзненна и тяжело вліяетъ на общее состояніе ихъ.

Быть можетъ, добавляетъ Freund, этимъ транспортомъ и обуславливаются нѣкоторые неблагоприятные исходы, особенно, если тотчасъ по прибытіи въ учреждение производятъ лапаротомію.

R. v. Graup также касается вопроса о транспортированіи больныхъ роженицъ, говоря о случаяхъ съ явленіями, угрожающими разрывомъ матки, когда предпочтительной терапіей онъ считаетъ кесарское сѣченіе, а не симфизиотомію и высокіе щипцы; въ данныхъ случаяхъ, когда больныя должны быть перенесены въ учрежденіе, транспортъ имѣетъ большое значеніе и можетъ повлечь за собою роковыя послѣдствія. Graup наблюдалъ случаи, когда во время транспортированія происходилъ разрывъ матки. Если женщина съ угрожающимъ разрывомъ матки будетъ перевезена въ обыкновенномъ экипажѣ, то вслѣдствіе сотрясеній могутъ быть вызваны сильныя родовыя боли, и роженица явится въ клинику съ происшедшимъ разрывомъ. Потому лучше всего, говоритъ Graup, при явленіяхъ, угрожающихъ разрывомъ матки, роженицъ транспортировать на носилкахъ или, по крайней мѣрѣ, перевозить въ современныхъ спасательныхъ каретахъ.

Вышеприведенными литературными указаніями приблизительно исчерпываются данныя, которыя мы могли получить изъ существующихъ источниковъ по интересующему насъ вопросу.

Такимъ образомъ, если одни авторы (Fehling, Fritsch, Рейнъ) настоятельно совѣтуютъ транспортировать роженицъ съ разрывомъ матки, то другіе (Freund) соглашаются на это лишь подъ условіемъ опороженія брюшной полости отъ плода, хотя не прочь оперировать на дому, и, наконецъ, третьи (R. v. Graup) касаются вопроса о транспортированіи роженицъ только при явленіяхъ угрожающихъ разрывомъ, не высказывая своего взгляда о транспортированіи больныхъ съ происшедшимъ разрывомъ.

Стараясь установить правильный образъ дѣйствій практическаго врача у постели роженицы, мы считаемъ важнымъ остановиться во-первыхъ на вопросѣ о транспортированіи роженицъ съ явленіями, угрожающими разрывомъ матки и, во вторыхъ—на обсужденіи образа дѣйствій въ тѣхъ случаяхъ, когда разрывъ уже произошелъ.

Что касается перваго вопроса, то мы вполне присоединяемся къ взгляду, высказанному в. Браун'омъ, относительно рокового иногда значенія перевозки въ тряскихъ обыкновенныхъ экипажахъ; но въ то же время не можемъ согласиться съ нимъ рекомендовать транспортированіе больницъ при угрожающихъ явленіяхъ разрыва съ цѣлью производства кесарскаго сѣченія, даже въ особыхъ каретахъ или на носилкахъ.

Прежде всего мы считаемъ, что возникновеніе вопроса о кесарскомъ сѣченіи при явленіяхъ, угрожающихъ разрывомъ матки, можетъ имѣть мѣсто только въ клиникахъ или въ родильныхъ домахъ, гдѣ все находится подъ рукою—ассистентура, перевязочный матеріалъ, соответствующая обстановка,—и гдѣ сама роженица изслѣдуется при извѣстныхъ благоприятныхъ условіяхъ антисептики и асептики, когда, слѣдовательно, получается больше шансовъ исключить инфекцію родовыхъ путей.

Въ частной же практикѣ, при сомнительныхъ условіяхъ обстановки, мало извѣстномъ персоналѣ и предварительныхъ многочисленныхъ манипуляціяхъ съ цѣлью родоразрѣшенія, вопросъ о кесарскомъ сѣченіи можетъ быть возбуждаемъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, а по Freund'у, вовсе исключается вопросъ о кесарскомъ сѣченіи въ виду возможности инфицированія уже роженицы, ибо послѣдовательное предсказаніе дѣлается крайне неблагоприятнымъ.

Нѣкоторые акушеры (Leopold, Zweifel) особенно строго относятся при выборѣ случаевъ для кесарскаго сѣченія и необходимымъ условіемъ ставятъ цѣлость плоднаго пузыря.

Далѣе, профилактика разрывовъ матки, установленная клиническими наблюденіями Fritsch'a, Freund'a, Schauta требуетъ при явленіяхъ, угрожающихъ разрывомъ матки, на сколько возможно быстро родоразрѣшенія, состоящаго въ примѣненіи акушерскихъ оперативныхъ методовъ, уменьшающихъ объемъ плода съ цѣлью его извлеченія, а всякое транспортированіе связано съ извѣстной тратой времени, и это при условіяхъ, когда приходится дорожить каждымъ моментомъ.

И въ виду призрачной надежды спасти жизнь ребенка, мы, теряя время, можемъ принести въ жертву жизнь матери.

На основаніи вышеизложеннаго и принимая въ соображеніе установленное правило, что спасеніе жизни матери должно стоять на первомъ планѣ, мы не можемъ согласиться съ в. Браун'омъ транспортировать роженицу съ явленіями, угрожающими разрывомъ матки, съ цѣлью произвеста кесарское сѣченіе, къ тому же само это оперативное вмѣшательство является по Freund'у, Fritsch'у и Schauta, мало обоснованнымъ, при условіяхъ частной практики. По нашему мнѣнію, необходимо оказывать немедленное оперативное пособіе путемъ извлеченія уменьшеннаго въ объемѣ плода, имѣющее цѣлью опорож-

нить матку, готовую разорваться, причемъ оперативные методы выбираются, главнымъ образомъ, тѣ, которые требуютъ наименьшаго пространства въ родовомъ каналѣ.

При головныхъ положеніяхъ перфорация и извлеченіе краінокластомъ наиболѣе безопасныя операціи для жизни матери; при живомъ плодѣ и поперечномъ положеніи его показается попытка къ повороту, но лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ интенсивныхъ сокращеній, значительнаго растяженія нижняго сегмента и лишь въ глубокомъ наркозѣ и съ крайней осторожностью, если же плодъ мертвъ, то, само собою разумѣется, показуются только операціи, уменьшающія объемъ плода.

Только при такомъ образѣ дѣйствій мы можемъ рассчитывать предупредить многіе разрывы матки, а никоимъ образомъ не стремленіемъ спасти угасающую жизнь ребенка черезъ искусственные пути,—для чего требуется транспортированіе и соответствующія приготовленія, связанныя съ промедленіемъ въ родоразрѣшеніи, когда поручиться за благопріятный исходъ самаго транспорта больной не представляется возможнымъ.

Перехода въ настоящее время къ выясненію вопроса о транспортированіи роженицъ съ происшедшимъ разрывомъ матки, мы прежде всего должны считаться съ мнѣніемъ на этотъ счетъ Freund'a, который говоритъ, что извѣстное число неблагопріятныхъ случаевъ обусловливается транспортомъ, и требуетъ опорожненія брюшной полости отъ плода въ виду болѣзненности при переноскѣ.

Не отрицая извѣстныхъ неблагопріятныхъ сторонъ при транспортированіи роженицъ съ разрывами матки, мы, тѣмъ не менѣе, считаемъ его показаннымъ, какъ необходимое звѣно въ ряду другихъ подготовительныхъ мѣръ для показаннаго чревосѣченія съ цѣлью остановки сильныхъ наружно-внутреннихъ кровотеченій, зашиванія разрыва или удаленія матки. Поэтому мы по необходимости должны пользоваться транспортированіемъ роженицъ, рискуя иначе потерять больную, оперируя на дому.

При транспортированіи роженицъ съ разрывомъ матки необходимо поставить ее въ такія условія, при которыхъ можно было-бы избѣжать новыхъ поврежденій, вслѣдствіе подвижности матки и плода, находящагося въ брюшной полости, и связанныхъ съ этими поврежденіями наружно-внутреннихъ кровотеченій.

Съ этой цѣлью можно рекомендовать бинтованіе живота, которое доставляетъ извѣстный покой брюшнымъ органамъ и, повышая внутри-брюшное давленіе, способствуетъ уменьшенію внутреннихъ кровотеченій и предотвращаетъ явленія, связанныя съ анеміей мозга.

Для предупрежденія наружныхъ потерь крови и устраненія загрязненія рукава во время пути, желательно прибѣгать къ тщательной влагалищной тампонаціи.

Само собою разумѣется, что способы передвиженія роженицы должны быть выбираемы самыя покойныя, допускающіе горизонтальное положеніе, при чемъ переноска на носилкахъ предпочтительна передъ экипажемъ, а передвиженіе водяными путями, какъ это практиковалось въ отдѣльныхъ случаяхъ (Klien), доставляетъ больной болѣе покой, чѣмъ желѣзно-

дорожное сообщеніе. Однако, роженицы съ разрывами матки, доставляемая въ самыхъ обыкновенныхъ извозщичьихъ экипажахъ въ сидячемъ положеніи, что практикуется обычно, сравнительно хорошо переносятъ этотъ малобережный родъ транспортированія, какъ на это указываетъ клинической и больничной опытъ.

Что касается опорожненія брюшной полости, въ которой находится плодъ, выскользнувшій черезъ разрывъ матки, то едва-ли можно согласиться съ Freund'омъ, требующимъ извлеченія плода передъ транспортированіемъ.

Ссылаясь на v. Braun'a, Рейна и нашъ личный опытъ, мы склонны думать, что транспортированіе на носилкахъ въ общемъ хорошо переносится роженицами съ разрывами матки, не говоря уже о нормальныхъ роженицахъ, чему учитъ повседневный опытъ родильныхъ учреждений, и съ чѣмъ не согласнается Freund, наблюдавшій болѣзненное и тягостное вліяніе его на общее состояніе рожениць.

Роженица съ полнымъ разрывомъ матки и плодомъ въ брюшной полости, оперированная нами была доставлена на носилкахъ въ госпитальную клинику изъ родильнаго пріюта, находящагося на разстояніи около двухъ верстъ, причемъ хорошо перенесла транспортъ, изрѣдка лишь жаловалась на болѣзненное ощущеніе въ животѣ, нитевидный пульсъ держался все время въ одинаковой степени, рвота и головокруженіе отсутствовали ¹⁾.

1) Ф. Е. 33 лѣтъ, крестьянка Тверской губ. (мѣсто рожденія Калужская губ.) поступила 13 / VII 1900 г. въ 12 ч. ночи, съ открытіемъ на 1,5 пальца въ Гор. род. пріютъ (Выборгскій). Боли начались 13 / VII въ 4 ч. д.; воды отошли въ пріютъ 14 / VII 1 ч. н. Первое появленіе регуль 13 л. потомъ приходили черезъ 3—4 недѣли и продолжались 6—7 дней, время послѣднихъ регуль не помнить; первое движеніе плода въ началѣ марта. I-ые роды мертвымъ плодомъ доношеннымъ; II-ые роды живымъ плодомъ и крайне длительные. Ростъ 145 см., тѣлосложеніе слабое.

Измѣреніе таза: 23, 26, 28 см.; С. ext. 16.

Размѣры живота: 95, 94, 93, 16 (Symph.—pub.), 26 (Symph.—f.), 34. см. (Symph.—хурh.).

Сердцебиеніе плода справа. Въ родахъ $t^{\circ} = 36.7—37.0$.

По разсказу акушерки пріюта, въ 4 ч. н. 14 / VII бывшія ранѣе очень сильными родовыя боли сразу прекратились и больная ослабѣла, причемъ опредѣленъ былъ разрывъ матки прибывшимъ тотчасъ врачомъ-акушеромъ. Въ 6 ч. 45 мин. утра 14 / VII больная было доставлена на обыкновенныхъ носилкахъ въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику съ ясными явленіями полного разрыва матки. Рѣзкая блѣдность покрововъ, страдальческое выраженіе лица, которое покрывалось холоднымъ потомъ, характеризовали внѣшній видъ больной. Пульсъ представлялся нитевиднымъ, но держался все время въ одинаковой степени. Подъ тонкими брюшными стѣнками непосредственно прощупывались части плода, а справа ясно опредѣлялась сокращенная матка. Наружное кровотеченіе было незначительное.

Операція подъ хлороформнымъ наркозомъ начата въ 7 ч. 30 м. 14 / VII. Разрѣзъ брюшной стѣнки по бѣлой линіи почти до симфиза. Изъ брюшной полости выдѣлилось много темной крови и сгустковъ. Плодъ и послѣдъ извлечены; послѣ чего обнаружены кровоточащія сосуды и тотчасъ захвачены клеммами, причемъ послѣдніе пришлось накладывать справа и слѣва въ области широкихъ связокъ на вѣтви art. uterina. Сама края раны кровоточили лишь незначительно. При осмотрѣ разрыва обнаружилось, что магка оторвана въ области нижняго маточнаго сегмента, разрушена въ поперечномъ направленіи передняя стѣнка съ захожденіемъ угловъ разрыва въ обѣ широкия связки; края разрыва представлялись крайне неровными, брюшина мѣстами была отслоена.

Противъ опорожненія брюшной полости отъ плода *per vias naturales* передъ транспортомъ мы высказываемся еще потому, что извлечение плода изъ брюшной полости черезъ разрывъ вызываетъ новыя поврежденія (Schauta Lepage и др.) и кровотечения, а это вмѣстѣ съ быстрымъ опорожненіемъ брюшной полости ведетъ къ значительному паденію кровяного давленія (Fellner) и анеміи мозга, вслѣдствіе чего транспортъ будетъ переноситься гораздо хуже.

Кромѣ того, не прибѣгая къ извлеченію плода изъ брюшной полости передъ лапаротоміей, мы тѣмъ самымъ избѣгаемъ известной травмы кишекъ, что даетъ въ свою очередь болѣе благоприятное предсказаніе для послѣоперационнаго теченія.

Въ непосредственной связи съ вопросомъ о транспортированіи роженицъ съ разрывомъ матки въ литературѣ возбуждается также вопросъ о времени оперативнаго вмѣшательства, такъ напр. Freund говоритъ, что часто предсказаніе для транспортируемой больной ухудшается тѣмъ обстоятельствомъ, что тотчасъ по прибытіи больной въ учрежденіе производится лапаротомія.

Что касается вопроса, какъ скоро приступать къ операциі по прибытіи больной въ учрежденіе, то, по нашему мнѣнію, это прежде всего будетъ зависѣть въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ отъ общаго состоянія больной и мѣстныхъ явленій, во всякомъ случаѣ, нѣтъ особенной нужды, разъ все готово, медлить съ оперативнымъ вмѣшательствомъ.

Schauta только потому считаетъ показаннымъ прибѣгать къ извлеченію плода *per vias naturales* что приготовленіе къ лапаротоміи требуетъ известнаго болѣе продолжительнаго времени, а къ извлеченію плода черезъ разрывъ можно приступить тотчасъ при констатированіи разрыва матки и выходения плода въ брюшную полость.

Когда мы, на основаніи литературныхъ данныхъ и собственнаго опыта, пришли къ вышеприведеннымъ положеніямъ, мы вскорѣ могли убѣдиться, что вопросомъ о транспортированіи больныхъ интересовался почти одновременно съ нами Klien, который пришелъ приблизительно къ тѣмъ же выводамъ на основаніи статистическихъ данныхъ.

Послѣ перевязки сосудовъ, и исключенной возможности возстановить цѣлость стѣнки матки, сдѣлана была надвлагалищная ампутація матки по Roggo.

Культя послѣ дезинфекціи канала шейки 5% *acidі carbolici* зашита глубокими матрачными швами и затѣмъ поверхностными узловыми серо-серозными швами.

Туалетъ брюшной полости и швы на брюшную стѣнку. Поверхностный наркозъ безъ всякихъ осложненій; пульсъ сдѣлался удовлетворительнѣе.

Извлеченный мертвый плодъ мужского пола 3.000 gr m. вѣсомъ, 50 cm. длины.

Послѣд. 500 gr m. вѣсомъ, пуговина 54 cm. длины.

Послѣоперационное теченіе, съ повышеніемъ t° до 38,2 на 4-й день, вслѣдствіе задержки стула, протекло безъ всякихъ осложненій.

На 11-й день сняты швы—*Prima intentio*; на 16-й день позволено сидѣть, на 18-й больная встала и на 22-ой выписалась, чувствуя себя вполне здоровой. Объективно нигдѣ ни малѣйшихъ слѣдовъ эксудата, культя совершенно безболѣзненна и подвижна.

Стараясь выяснитъ вопросъ о родоразрѣшеніи больныхъ на дому передъ транспортированіемъ, на чемъ Freund особенно настаиваетъ, Klien приходитъ къ заключенію, что такой образъ дѣйствій крайне неблагоприятно отражается на послѣ-операционномъ теченіи, и больныя, подвергнутыя чревосѣченію при такихъ условіяхъ, даютъ 62—64% смертности; наоборотъ если на дому не было предпринято никакихъ попытокъ къ родоразрѣшенію, то % смертности колеблется отъ 40% до 42%.

Что касается выжиданія съ чревосѣченіемъ послѣ транспортированія, какъ требуетъ Freund, то данныя Klien'a также противорѣчатъ этому, ибо чѣмъ дальше откладывать оперативное вмѣшательство, тѣмъ результаты получаются менѣе благоприятныя: такъ, если транспортированную больную оперировать въ продолженіи 2-хъ часовъ послѣ разрыва матки, то смертность=29%, а у оперированныхъ спустя 2 часа и больше, смертность возрастаетъ до 42% при условіи, если даже онѣ не подвергались транспортированію.