

Н. Ф. Мологинъ,

профессоръ Императорскаго Харьковскаго университета и
директоръ Акушерско-гинекологической клиники.

УЧЕБНИКЪ АКУШЕРСТВА.

Въ 3-хъ частяхъ съ 277 рисунками въ текстѣ.



ИЗДАНИЕ КНИЖНАГО МАГАЗИНА

П. А. БРЕЙТИГАМА

въ Харьковѣ.



МОСКВА.

Типо-литографія Высочайше утв. Товарищества И. Н. Кушнеревъ и Н^о,
Циленовская улица, собственный домъ.

1898.

Дозволено цензурою. Москва, 25 іюля 1898 г.

akusher-lib.ru

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Предлагаемый учебникъ акушерства написанъ мною главнымъ образомъ на основаніи собственнаго долготѣтнаго практическаго опыта и довольно продолжительной клинической дѣятельности, въ качествѣ директора акушерско-гинекологической клиники. Въ основу этой книги легли мои клиническія и теоретическія лекціи по акушерству, а также личныя изслѣдованія, наблюденія и замѣтки преимущественно казуистическаго характера.

При изложеніи мною обращено вниманіе преимущественно на клиническую сторону предмета и наиболѣе подробно изложены, имѣющіе важное практическое значеніе, отдѣлы акушерской патологии и терапіи, столь необходимые для пракческаго врача. Сравнительно мало удѣлено мѣста частностямъ, представляющимъ по преимуществу теоретическій интересъ. При обработкѣ различныхъ отдѣловъ книги были приняты во вниманіе наиболѣе оригинальныя руководства, отдѣльныя монографіи и важнѣйшія работы по акушерству, появившіяся въ послѣднія 10 лѣтъ. Съ цѣлью сдѣлать по возможности удобопонятнымъ изложеніе, въ текстѣ приложены многочисленные рисунки.

Я почту себя вполне счастливымъ, если моя книга удовлетворить, хотя отчасти, своему назначенію—служить пособіемъ при изученіи пракческаго акушерства.

Н. Ф. Толчиновъ.

1898 г. 28 іюня,
г. Харьковъ.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Анатомическія и фізіологическія свѣдѣнія о половыхъ органахъ женщины. Физиология беременности, родовъ и послѣродового періода.

ВВЕДЕНІЕ.

Стр.

Предметъ акушерства. Краткій очеркъ развитія этой науки. 1

ОТДѢЛЪ I.

Анатомія и физиология женскихъ половыхъ органовъ.

| | |
|---|----|
| Глава 1. Особенности въ строеніи женскаго организма. Женскій тазъ. . . | 6 |
| Глава 2. Краткій анатомическій очеркъ топографіи брюшныхъ стѣнокъ и женскаго таза. | 17 |
| Глава 3. Кровеносные, лимфатическіе сосуды и нервы женскаго таза. . . | 29 |
| Глава 4. Краткій очеркъ развитія женскихъ половыхъ органовъ. | 34 |
| Глава 5. Анатомическое строеніе половымъ органовъ женщины. | 38 |
| Глава 6. Женскія груди. | 50 |
| Глава 7. Мѣсячныя очищенія. | 51 |
| <i>Новѣйшая литература.</i> Исторія акушерства, анатомія женскихъ половыхъ органовъ. Мѣсячныя очищенія. | 61 |

ОТДѢЛЪ II.

Физиология беременности.

| | |
|---|-----|
| Глава 1. Зачатіе. | 63 |
| Глава 2. Развитіе зародыша. | 64 |
| Глава 3. Зрѣлый плодъ. | 70 |
| Глава 4. Оболочки яйца. Образованіе дѣтскаго мѣста. Пуповина и околоплодная жидкость. | 73 |
| Глава 5. Физиологическія отправленія утробнаго плода. | 83 |
| Глава 6. Анатомическія измѣненія въ половыхъ органахъ женщины во время беременности. | 89 |
| Глава 7. Измѣненія при беременности въ другихъ органахъ тѣла и вообще въ организмѣ женщины. | 94 |
| Глава 8. Продолжительность беременности. Полъ младенца. | 97 |
| Глава 9. Положеніе и членорасположеніе плода. | 100 |
| Глава 10. Обеззараживаніе въ акушерской практикѣ. | 105 |
| Глава 11. Изслѣдованіе беременныхъ—анамнезъ и наружное изслѣдованіе. . | 111 |

| | |
|--|-----|
| Глава 12. Внутреннее исследование беременных. | 117 |
| Глава 13. Исследование беременных. Измерение таза. | 119 |
| Глава 14. Распознавание беременности. Признаки беременности. | 123 |
| Глава 15. Распознавание беременности. Определение срока беременности. | 125 |
| Глава 16. Распознавание. Смерть утробного младенца. Отличие первобеременной от многороженницы. Отличительное распознавание обыкновенной беременности. | 129 |
| Глава 17. Диететика беременности. | 132 |
| <i>Новейшая литература.</i> Зачатие, роль плода, развитие яйца, физиология плода, положения и предлежания плода, изменения в организме беременной, течение беременности, микробы в половых органах и дезинфекция, распознавание, продолжительность и диететика беременности. | 135 |

ОТДѢЛЪ III.

Нормальные роды.

| | |
|--|-----|
| Глава 1. Причина наступления родов, влияние нервной системы. Предвестники и подразделение родов. | 141 |
| Глава 2. Течение нормального родового акта. Продолжительность родов. | 144 |
| Глава 3. Объяснение важнейших явлений родового акта. | 149 |
| Глава 4. Объяснение важнейших явлений родового акта, — механизм родов при первом и втором теменных предлежаниях. | 160 |
| Глава 5. Влияние родов на головку младенца. | 167 |
| Глава 6. Отделение и выходение послѣда. | 170 |
| Глава 7. Исследование роженицы. | 173 |
| Глава 8. Предсказание при родах. | 178 |
| Глава 9. Уход за роженицей и пособия при нормальных родах. | 180 |
| Глава 10. Уход и пособия во время родов. Поддерживание промежности, эпизиотомия. Пособия при прохождении плечиков и туловища младенца. | 183 |
| Глава 11. Уход за роженицей и пособия в III периодѣ нормальных родов. | 189 |
| Глава 12. Примѣнение болеутоляющих средств при родах. | 193 |
| Глава 13. О пособиях, подаваемых новорожденному в первое время послѣ нормальных родов. | 195 |
| <i>Новейшая литература.</i> Причины наступления родов, течение и распознавание их. Действие изгоняющих сил. Механизм родов. Уход во время родов. Примѣнение наркоза. | 198 |

ОТДѢЛЪ IV.

Физиология послѣродового периода.

| | |
|---|-----|
| Глава 1. Общія явления в организмѣ родильницы. | 199 |
| Глава 2. Изменения в половых органах родильницы. | 203 |
| Глава 3. Другія важнейшія явления в послѣродовомъ периодѣ. | 207 |
| Глава 4. Распознавание послѣродового периода и предсказание. | 212 |
| Глава 5. Уход за здоровою родильницей. | 214 |
| Глава 6. Физиологическія особенности новорожденного и уход за ним. | 219 |
| <i>Новейшая литература.</i> Физиология послѣродового периода. Уход за родильницей. Физиологическія особенности новорожденного, уход за ним. | 226 |

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

Патологія беременности, родовъ и послѣродового періода. Патологія новорожденнаго младенца.

О Т Д Ъ Л Ъ I.

Патологія беременности.

А. Болѣзни половыхъ органовъ у беременныхъ.

| | <i>Стр.</i> |
|--|-------------|
| Глава 1. Болѣзни наружныхъ половыхъ частей и влагалища | 232 |
| Глава 2. Воспалительныя болѣзни матки и ея придатковъ | 234 |
| Глава 3. Смѣщенія матки, оказывающія вліяніе на беременность | 239 |

В. Общія болѣзни, осложняющія беременность.

| | |
|---|-----|
| Глава 4. Острыя и хроническія заразныя и мiasmатическія болѣзни | 252 |
| Глава 5. Сифилисъ во время беременности и вліяніе этой болѣзни на плодъ | 257 |
| Глава 6. Конституціональныя болѣзни и наиболѣе частыя отравленія, иногда осложняющія беременность | 261 |

С. Болѣзни мѣстныхъ у беременныхъ.

| | |
|--|-----|
| Глава 7. Важнѣйшія болѣзни дыхательныхъ органовъ, осложняющія беременность | 265 |
| Глава 8. Болѣзни сердца и кровеносныхъ сосудовъ у беременныхъ | 269 |
| Глава 9. Воспаленіе мочевого пузыря, почечныхъ лоханокъ и почекъ | 273 |
| Глава 10. Накожныя болѣзни у беременныхъ | 278 |
| Глава 11. Заболѣванія сочлененій во время беременности | 281 |
| Глава 12. Нервныя болѣзни у беременныхъ | 283 |

D. Болѣзни, зависящія отъ беременности.

| | |
|---|-----|
| Глава 13. Болѣзни пищеварительныхъ органовъ | 287 |
|---|-----|

E. Болѣзни и аномаліи яйца, оказывающія вліяніе на беременность.

| | |
|---|-----|
| Глава 14. Виѣматочная беременность | 297 |
| Глава 15. Ненормальности околоплодной жидкости | 317 |
| <i>Новѣйшая литература.</i> Общія острыя и хроническія болѣзни, осложняющія беременность. Болѣзни различныхъ органовъ острыя и хроническія, осложняющія беременность. Неукротимая рвота беременныхъ. Виѣматочная беременность. Ненормальности околоплодной жидкости | 323 |

О Т Д Ъ Л Ъ II.

Патологія родовъ.

А. Разстройства и аномаліи при родахъ со стороны плода.

| | |
|--|-----|
| Глава 1. Уклоненія въ механизмъ родовъ при теменныхъ предлежаніяхъ | 329 |
| Глава 2. Неправильныя предлежанія головки | 335 |
| Глава 3. Тазовое положеніе | 342 |
| Глава 4. Многоплодная беременность и роды | 349 |
| Глава 5. Поперечныя положенія | 357 |
| Глава 6. Нарушеніе членорасположенія плода. Выпаденіе конечностей при головномъ положеніи. Аномаліи пуповины | 364 |
| Глава 7. Аномаліи и патологическія измѣненія въ дѣтскомъ мѣстѣ | 373 |

| | |
|---|-----|
| Глава 8. Внутриматочныя заболѣванія плода, имѣющія значеніе въ акушерскомъ отношеніи. | 378 |
| Глава 9. Уродства плода, важныя въ акушерскомъ отношеніи. | 384 |
| Глава 10. Ненормальное состояніе водныхъ оболочекъ | 396 |
| Глава 11. Невременное прекращеніе беременности | 398 |
| Глава 12. Предлежаніе дѣтскаго мѣста | 413 |

В. Ненормальности при родахъ, зависящія отъ матери.

| | |
|--|-----|
| Глава 13. Кровотеченія во время беременности и родовъ, вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста, при нормальномъ прикрѣпленіи послѣдняго въ маткѣ. Кровотеченіе въ III періодѣ родовъ. | 422 |
| Глава 14. Неправильности маточныхъ сокращеній и дѣйствія брюшнаго пресса. | 433 |
| Глава 15. О неправильныхъ, преимущественно о сѣуженныхъ тазахъ | 443 |
| Глава 16. Вліяніе различныхъ видовъ узкаго таза на беременность, роды и послѣродовое состояніе | 464 |
| Глава 17. Осложненія при родахъ, зависящія отъ аномалій и новообразованій въ половыхъ органахъ женщины | 477 |
| Глава 18. Выворотъ матки | 495 |
| Глава 19. Нарушеніе цѣлости матки и родового канала | 499 |
| Глава 20. Эклямпсія во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ | 522 |
| Глава 21. Внезапная смерть роженицы | 532 |
| <i>Новѣйшая литература.</i> Неправильный механизмъ, неправильныя положенія плода, выпаденіе мелкихъ частей и неправильности пуповины. Многоплодные роды. Ненормальности въ развитіи плода и послѣда. Преждевременное родоразрѣшеніе; кровотеченіе во время беременности и родовъ. Осложненія въ III періодѣ родовъ. Узкій тазъ и ненормальная дѣятельность матки при родахъ. Ненормальности и аномаліи матки, а также другихъ половыхъ органовъ, осложняющія роды. Нарушенія цѣлости родовыхъ путей, разрывы и выворотъ матки во время родовъ. Эклямпсія | 533 |

ОТДѢЛЪ III.

Патологія и терапия послѣродового періода.

| | |
|---|-----|
| Глава 1. Общія свѣдѣнія о послѣродовыхъ болѣзняхъ | 544 |
|---|-----|

A. Послѣродовыя заболѣванія, почти всегда начинающіяся въ половыхъ органахъ роженицы.

I. Заразныя послѣродовыя болѣзни жѣстныя.

| | |
|--|-----|
| Глава 2. Скоротечная лихорадка послѣ родовъ, заболѣванія наружныхъ половыхъ частей, влагалища и матки. | 551 |
| Глава 3. Послѣродовое воспаленіе матки и тазовой клѣтчатки | 559 |
| Глава 4. Послѣродовая опухоль бедра | 568 |
| Глава 5. Послѣродовое воспаленіе матки и брюшины | 572 |

II. Послѣродовыя заразныя заболѣванія общія.

| | |
|--|-----|
| Глава 6. Послѣродовая септицемія, рожа у роженицы и піемія | 581 |
| Глава 7. Скарлатина и столбнякъ въ послѣродовомъ періодѣ | 591 |

B. Болѣзни въ послѣродовомъ періодѣ случайнаго характера.

| | |
|--|-----|
| Глава 8. Позднія кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ. | 594 |
| Глава 9. Болѣзни грудной железы въ послѣродовомъ періодѣ | 598 |

| | |
|--|-------------|
| Глава 10. Болѣзни мочевого пузыря въ послѣродовомъ состояніи | Стр. 602 |
| Глава 11. Нервныя болѣзни у родильницъ | 604 |
| Глава 12. Смерть въ послѣродовомъ періодѣ | 608 |

ОТДѢЛЪ IV.

Болѣзни новорожденныхъ.

| | |
|---|-----|
| Глава 1. Мнимая смерть | 611 |
| Глава 2. Болѣзни пупка у новорожденныхъ | 615 |
| Глава 3. Септическія заболѣванія новорожденныхъ | 620 |
| Глава 4. Желтуха новорожденныхъ | 622 |
| Глава 5. Другія случайныя заболѣванія новорожденныхъ | 623 |
| Глава 6. Поврежденія младенца при родахъ. Статистика смертности новорожденныхъ | 626 |
| <i>Новѣйшая литература.</i> Общая этиологія, профилактика и статистика послѣродовыхъ заболѣваній. Послѣродовыя заразныя заболѣванія. Случайныя послѣродовыя заболѣванія. Болѣзни новорожденныхъ дѣтей. Поврежденія у новорожденныхъ дѣтей | 633 |

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ.

ОТДѢЛЪ I.

Общія свѣдѣнія объ акушерскихъ операціяхъ.

| | |
|--|-----|
| Глава 1. Общія замѣчанія. Важное значеніе и особенности акушерскихъ операцій. Необходимость точнаго распознаванія. Благопріятныя условія для успѣха акушерскихъ операцій | 641 |
| Глава 2. Обстановка при акушерскихъ операціяхъ. Наркозъ. Положеніе роженицы. Раздѣленіе акушерскихъ операцій. Акушерскій наборъ врача | 644 |

ОТДѢЛЪ II.

Операціи, подготавливающія родоразрѣшеніе.

| | |
|--|-----|
| Глава 1. Расширеніе канала шейки и наружнаго зѣва. Разсѣченіе родового канала. Проколъ оболочекъ яйца | 651 |
| Глава 2. Вызываніе искусственнаго выкидыша | 661 |
| Глава 3. Возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ | 665 |
| Глава 4. Акушерскій поворотъ | 675 |
| Глава 5. Превращеніе лицевыхъ и лобныхъ предлежаній въ теменныя. Исправленіе ненормальнаго членорасположенія плода | 698 |

ОТДѢЛЪ III.

Операціи родоразрѣшающія.

| | |
|--|-----|
| Глава 1. Наложеніе щипцовъ | 704 |
| Глава 2. Извлеченіе за плечики | 730 |
| Глава 3. Извлеченіе младенца при тазовыхъ положеніяхъ за ножки | 732 |
| Глава 4. Извлеченіе младенца за ягодицы | 746 |
| Глава 5. Выжиманіе плода | 751 |
| Глава 6. Насильственное родоразрѣшеніе | 753 |
| Глава 7. Прободеніе и извлеченіе головки плода | 754 |

| | <i>Стр.</i> |
|--|-------------|
| Глава 8. Разсѣченіе тѣла плода | 766 |
| Глава 9. Общія свѣдѣнія о чревосѣченіи при беременности и родахъ . . | 772 |
| Глава 10. Кесарское сѣченіе | 776 |
| Глава 11. Чревосѣченіе при разрывѣ матки и при внѣматочной беремен- ности | 787 |
| Глава 12. Разсѣченіе лоннаго соединенія | 792 |
| Глава 13. Удаленіе послѣда или его частей | 797 |
| <i>Новѣйшая литература.</i> Объ акушерскихъ операціяхъ вообще. Расширеніе ка- нала шейки, вызваніе искусственнаго выкидыша и преждевременныхъ родовъ. Акушерскій поворотъ, исправленіе предлежанія плода и вправ- леніе выпавшихъ мелкихъ частей. Наложеніе щипцовъ, извлеченіе мла- денца за плечики и тазовой конечъ. Выжиманіе плода. Чревосѣченіе въ акушерствѣ, разсѣченіе лоннаго соединенія и удаленіе дѣтскаго мѣста | 801 |

—

akusher-lib.ru

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

АНАТОМИЧЕСКІЯ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКІЯ

СВѢДѢНІЯ

О ПОЛОВЫХЪ ОРГАНАХЪ ЖЕНЩИНЫ.

ФИЗИОЛОГІЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВЪ

И

ПОСЛѢРОДОВОГО ПЕРІОДА.

ВВЕДЕНИЕ.

Предметъ акушерства.—Краткій очеркъ историческаго развитія этой науки.

Акушерство имѣетъ предметомъ нормальное состояніе и различныя патологическія уклоненія въ половомъ аппаратѣ и вообще въ организмѣ женщины во время беременности, родовъ и послѣродового періода, а также состояніе утробнаго плода и новорожденнаго младенца. Въмѣстѣ съ тѣмъ акушерство излагаетъ способы для устраненія ветрѣчающихся при этихъ условіяхъ ненормальностей, оказывающихъ неблагопріятное вліяніе на женщину или на плодъ. Оно имѣетъ самое тѣсное отношеніе къ наукѣ о женскихъ болѣзняхъ—гинекологіи, предметъ которой составляютъ патологическія уклоненія въ женскихъ половыхъ органахъ, способы и средства къ устраненію этихъ разстройствъ въ небеременномъ состояніи женщины.

Акушерство у древнихъ народовъ. Развѣтіе акушерства, какъ отрасли практической медицины, происходило крайне медленно. Собственно значеніе отдѣльной спеціальности оно получило только въ прошломъ столѣтіи. Въ отдаленныя времена древности акушерскую помощь при родахъ подавали главнымъ образомъ пожилыя женщины, которыя обладали нѣкоторыми практическими свѣдѣніями въ этомъ дѣлѣ. Сравнительно въ недавнее время врачамъ свѣдѣніе доступно въ переводѣ свѣдѣнія о состояніи медицины въ древней Индіи, изложенныя преимущественно въ сочиненіи Давантази и его ученика Сусреты, написавшаго адъ-юръ-веды, вѣроятно въ IX или X столѣтіи до Р. X. Содержащаяся въ этомъ сочиненіи врачебныя свѣдѣнія основываются на грубомъ эмпиризмѣ и перемежаются съ суевѣрными и нелѣпыми замѣчаніями. Важное значеніе въ древности и даже въ средніе вѣка имѣли сочиненія греческаго врача Гиппократъ, жившаго за 400 лѣтъ до Р. X., хотя изложенныя въ нихъ свѣдѣнія по акушерству крайне недостаточны и часто невѣрны. Правильными положеніями при родахъ Гиппократъ признавалъ исключительно *головныя положенія*, т. е. такія положенія плода, когда во время родовъ головка находится въ тазу и первая выходитъ изъ дѣтородныхъ частей наружу. Роды, происходятъ по его мнѣнію, вслѣдствіе голода младенца въ утробѣ матери, гдѣ онъ питается высасывая послѣдъ. Способы при родахъ предлагаются наичае нерациональныя. При неправильныхъ родахъ они главнымъ образомъ заключались въ употребленіи острыхъ крючковъ и рѣзущихъ инструментовъ для вскрытія полостей младенца и отрѣзыванія его членовъ. При тазовыхъ положеніяхъ Гиппократъ совѣтуетъ поворотъ на головку, такъ какъ онъ

считалъ невозможнымъ родоразрѣшеніе силами природы при этихъ положеніяхъ плода, когда въ тазу роженицы находились ягодицы или нижнія конечности плода. Хотя это мѣнѣе совершенно не соответствуетъ истинѣ, тѣмъ не менѣе оно держалось въ наукѣ почти 2000 лѣтъ. Ошибочность этого положенія доказывалъ уже Celsus, латинскій врачъ, жившій въ I столѣтіи нашей эры. Онъ училъ производить извлеченіе плода при тазовыхъ положеніяхъ, а при поперечныхъ положеніяхъ плода совѣтовалъ дѣлать поворотъ на ножки. Подобныхъ же воззрѣній держался Soranus изъ Эфеса, жившій во II вѣкѣ послѣ Р. Х. и оставившій намъ, изъ числа дошедшихъ до насъ, наиболѣе обстоятельное сочиненіе по акушерству и гинекологіи, назначенное повидимому для обученія повивальныхъ бабокъ. Soranus отличаетъ матку отъ влагалища, мѣсячныя считаетъ явленіемъ вполне нормальнымъ. Онъ излагаетъ о средствахъ, прекращающихъ зачатіе и производящихъ выкидышъ. Ему извѣстны были въ общихъ чертахъ анатомическое строеніе яйца—водная и ворсистая оболочки. Онъ довольно вѣрно изображаетъ явленія наступленія родовъ, обозначаетъ главнѣйшія пособія при нихъ, упоминая, между прочимъ, объ акушерскомъ стулѣ. Soranus былъ врагомъ грубыхъ пріемовъ при удаленіи дѣтскаго мѣста. Ему были хорошо извѣстны узкій тазъ, какъ одна изъ причинъ трудныхъ родовъ, а также было знакомо неблагоприятное вліяніе, которое оказываетъ на роды чрезмѣрная величина плода или нѣкоторыхъ частей его тѣла. При поперечномъ положеніи плода онъ считаетъ необходимымъ поворотъ на ножки при живомъ и мертвомъ младенцѣ. Если поворотъ невозможенъ, нужно примѣнять разсѣченіе плода, *embryotomia*; впрочемъ малые плоды могутъ рождаться при всякомъ положеніи. За выпавшую ручку тянуть не слѣдуетъ, нужно стараться ее вправить. Если это не удалось, то надо дѣлать поворотъ на ножки или головку. Послѣ акушерскихъ операцій родильницамъ назначалась строгая діета и дѣлали впрыскиванія въ дѣтородныя части. Таковы въ общихъ чертахъ основы акушерства, заключающіяся въ сочиненіи Soranus'a, которое служитъ точнымъ изображеніемъ состоянія акушерства въ эпоху наибольшаго развитія древней культуры и римскаго могущества. Подобныя же воззрѣнія находятся въ сочиненіи Аѣтіуса византійскаго врача, жившаго въ VI столѣтіи и оставившаго намъ сочиненіе компиляторнаго характера по акушерству и женскимъ болѣзнямъ; въ послѣдней отрасли онъ болѣе оригиналенъ и сообщаетъ болѣе обстоятельныя свѣдѣнія. То же самое можно сказать относительно Paulus Aegineta, жившаго въ VIII вѣкѣ по Р. Х.

Сравнивъ свѣдѣнія, изложенныя въ сочиненіяхъ Soranus'a и Аѣтіуса съ тѣми, которыя находятся въ книгахъ Гипократа, нельзя не прийти къ заключенію, что акушерство у цивилизованныхъ народовъ древняго міра развивалось прогрессивно и слѣдало замѣтные успѣхи.

Акушерство въ средніе вѣка. Совершенно иное мы видимъ послѣ паденія Римской имперіи и съ переходомъ древней науки въ руки арабовъ. Вслѣдствіе религиозныхъ обычаевъ этого народа акушерская практика перешла исключительно въ руки невѣжественныхъ повитухъ. Врачи не имѣли возможности примѣнять на практикѣ свои теоретическія свѣдѣнія, почерпнутыя у греческихъ и римскихъ медицинскихъ авторитетовъ. Тѣ изъ арабскихъ врачей, которые въ своихъ сочиненіяхъ писали объ акушерствѣ, ограничивались преимущественно компиляціей древнихъ авторовъ, присоединяя къ этому свои воззрѣнія и замѣчанія, часто ложныя и суевѣрныя. Изъ арабскихъ врачей, писавшихъ по акушерству, наиболѣе замѣчательны жившій въ концѣ IX вѣка Rhazes, описавшій акушерскую петлю, и въ особенности Avicenna въ началѣ XI столѣтія. Въ Западной Европѣ положеніе медицины было еще въ болѣе безотрадномъ состояніи. Единственными руководителями для врачей въ акушерской практикѣ служили книги Гипократа и сочиненія арабскихъ врачей. Ихъ заблужденія продолжали господствовать въ теченіе многихъ вѣковъ. Характерный образецъ состоянія акушерства въ XI и XII столѣтіяхъ представляетъ сочиненіе нѣкоей Tortula, повидимому повивальной бабки, книга появившаяся въ Салерно, гдѣ возникла одна изъ первыхъ въ Европѣ медицинскихъ школъ. Въ упомянутомъ сочиненіи вмѣсто дѣй-

ствительной помощи наичаще при родахъ предлагаются амулеты, заклинанія и проч. Съ учрежденіемъ въ другихъ мѣстахъ академій и университетовъ, въ XIII—XV столѣтіяхъ, изученіе медицины, по крайней мѣрѣ теоріи этой науки, получило большее развитіе. Врачи могли познакомиться съ общими основаніями хирургіи и получили возможность оказывать пособіе при трудныхъ родахъ, примѣняя на практикѣ свои теоретическія свѣдѣнія. Вліяніе арабской медицины и связанная съ нею заблужденія стали постепенно исчезать, хотя за цѣлый рядъ вѣковъ въ акушерствѣ не послѣдовало движенія впередъ. Нагляднымъ доказательствомъ этому служитъ первое печатное сочиненіе по акушерству франкфуртскаго врача E. Roesslin'a „Der Schwangeren Frauen und Hebammen Rosegarten“, появившееся въ 1513 году.

Акушерство въ новое время. Только въ эпоху возрожденія наукъ, послѣдовавшаго за изобрѣтеніемъ книгопечатанія, послѣ великихъ анатомическихъ открытій, вновь начинается прогрессивное развитіе акушерства. Раньше всего такое движеніе обнаружилось во Франціи, гдѣ въ началѣ XVI столѣтія въ Парижѣ существовала школа хирурговъ, получившихъ уже въ 1545 году одинаковыя права съ докторами. Вышедшій изъ этой школы Ambroise Paré, можно сказать, вновь изобрѣлъ поворотъ и ввелъ его въ акушерскую практику при поперечныхъ и даже при головныхъ положеніяхъ плода. Техника этой благодѣтельной операціи была разработана Guillemeau, ученикомъ Paré, описавшимъ впервые предлежаніе дѣтскаго мѣста, а въ особенности знаменитыми французскими акушерами XVII и XVIII столѣтій.

Учрежденіе акушерскихъ отдѣленій при больницахъ (впервые въ Парижѣ въ госпиталѣ Hotel Dieu въ XVII столѣтіи) и родильныхъ домовъ, изъ коихъ первый возникъ въ Страсбургѣ въ 1728 году, имѣло несомнѣнно громадное значеніе для дальнѣйшаго развитія акушерской науки. Для врачей явилась возможность наблюдать и изучать нормальныя и патологическія явленія во время беременности, родовъ и послѣродового состоянія. Акушерская практика врачей постепенно расширилась. Въ особенности во Франціи успѣшно развивалась эта наука. Замѣчательное сочиненіе знаменитаго французскаго акушера Maugiceau—„Sur les maladies des femmes grosses et des ceux, qui sont accouchées“, появившееся въ 1668 году и выдержавшее нѣсколько изданій, долгое время служило лучшимъ пособіемъ для врачей при изученіи акушерства. Въ началѣ XVIII столѣтія стали извѣстны акушерскіе щипцы. Этотъ чрезвычайно важный и благодѣтельный инструментъ изобрѣтенъ англійскимъ врачомъ Peter Chamberlen'омъ вѣроятно еще около половины XVII вѣка. Щипцы долгое время составляли тайну семейства Чемберленовъ, многіе члены котораго были врачами и занимались акушерской практикой въ Англии, тщательно скрывая отъ другихъ врачей этотъ инструментъ ради самыхъ неблаговидныхъ, корыстныхъ цѣлей. Обнаруженію тайны много способствовало самостоятельное открытіе акушерскихъ щипцовъ Palfun'омъ, профессоромъ хирургіи въ Гентѣ, который въ 1723 году представилъ Парижской академіи свой инструментъ, гораздо менѣ совершенный въ техническомъ отношеніи, нежели щипцы Чемберленовъ. Немаловажное значеніе для акушерской практики имѣло также описаніе голландскимъ акушеромъ van Deventer'омъ суженнаго плоскаго таза, относящееся также приблизительно къ этому времени. Послѣ Maugiceau во Франціи выступалъ въ теченіе XVIII столѣтія цѣлый рядъ замѣчательныхъ представителей акушерства—Portal, Peu, Dionis, de la Motte, Menard, Levret, Puzos, Solayrés, J. L. Baudelocque и др. Въ Англии прославились T. Ould, въ особенности Smellie и Denman. Имена этихъ знаменитыхъ акушеровъ связаны съ различными усовершенствованіями и открытіями въ области пракческаго акушерства. Между прочимъ Levret и Smellie усовершенствовали акушерскіе щипцы. J. L. Baudelocque въ своемъ руководствѣ въ 1787 году впервые далъ обстоятельное описаніе способа измѣренія женскаго таза.

Германія и другія страны Европы въ этомъ отношеніи значительно отстали, кромѣ Голландіи, гдѣ съ давнихъ поръ существовала школа для обученія повивальныхъ бабокъ. Въ то время, когда во Франціи дѣйствовали Maugiceau, въ Германіи акушер-

ство находилось в самом печальном положении, как это видно из сочинений немецких врачей Deisch'a и Mittelhäuser'a, которые, не обладая надлежащими сведениями по акушерству, весьма часто производили прободение головки или разсечение живого плода, если их приглашали для помощи при трудных родах. Только во второй половине прошлого столетия появляются в Германии G. Fried, Roederer, G. Stein и в особенности Voëg, профессор в Вьне (1789—1822), но все эти личности далеко не имеют в науке того значения, как их современники во Франции и Англии. Слѣдует упомянуть еще имя Saxtorph'a старшаго, бывшаго профессоромъ в Копенгагенѣ и способствовавшаго своимъ преподаваніемъ и сочиненіями рациональной постановкѣ практическаго акушерства в Дании. Въ Россіи специалисты по акушерству появились только в царствованіе Екатерины II. Это были большею частью немецкіе врачи; наиболѣе полезный изъ нихъ былъ W. Richter, профессоръ акушерства въ Московскомъ университетѣ, впрочемъ его дѣятельность относится отчасти къ XIX столѣтію. Первое научное сочиненіе по акушерству написано русскимъ врачомъ Максимовичъ-Амбодикомъ, оно издано въ 1784 году въ Петербургѣ.

Въ настоящемъ столѣтіи акушерство, совмѣстно съ другими отраслями практической медицины, сдѣлало быстрые успѣхи въ особенности въ послѣднее время. Были тщательно изучены физиологическія и патологическія явленія въ организмѣ женщины во время беременности, родовъ и послѣродового состоянія. Разработаны и умножены способы акушерскаго изслѣдованія. Усовершенствованы, а также изобрѣтены новыя инструменты, пособія и врачебныя средства, имѣющіе примѣненіе въ области практическаго акушерства. Перечислимъ наиболѣе замѣчательныя изъ этихъ фактовъ, оказавшихъ вліяніе на прогрессивное развитіе акушерства. Майог, женеvскій хирургъ, открылъ сердечные тоны младенца. Болѣе подробное изслѣдованіе о выслушиваніи сердцебиенія утробнаго плода представилъ французскій врачъ Lejumeau de Kergaradec въ 1821 году. Въ 1838 году H. F. Naegele, профессоръ въ Гейдельбергѣ, описалъ подробно и обстоятельно механизмъ родовъ. J. Simpson въ Единбургѣ въ 1847 году примѣнилъ хлороформъ при родахъ. Въ 1865 году появилось клиническое сочиненіе „объ узкомъ тазѣ“ Michaëlis'a, профессора въ Килѣ, умершаго въ 1848 году. Въ 1861 году напечатанъ замѣчательный трудъ венгерскаго профессора Semmelweiss'a „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers“, впервые рационально разъяснившее причины заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, febris puerperalis, и положившее начало примѣненію антисептики въ акушерствѣ. Англійскій хирургъ Листеръ, руководствуясь изслѣдованіями Пастера и другихъ біологовъ о гниеніи и броженіи, примѣнилъ обеззараживающія средства при лѣченіи ранъ и этимъ открылъ новую эру въ хирургіи. Первые наблюденія обнаружены имъ въ 1867 году. Способъ Листера разработанъ въ своихъ частностяхъ преимущественно немецкими врачами. Въ 1875 году начали въ акушерскихъ клиникахъ примѣнять, какъ обеззараживающее средство, acid. carbolicum, а съ 1883 года стали пользоваться также растворами сулемы. Примѣненіе антисептики рѣзко и въ значительной степени уменьшило смертность и заболѣваемость родильницъ не только въ родильныхъ домахъ и акушерскихъ клиникахъ, но также въ частной практикѣ. вмѣстѣ съ тѣмъ оно дало возможность чаще и смѣлѣе оперировать. Нельзя пройти молчаніемъ также изобрѣтеніе краниокласта J. Simpson'омъ, открытіе комбинированнаго акушерскаго поворота англійскимъ врачомъ Braxton-Hicks'омъ, введеніе въ акушерскую практику каучуковыхъ мѣшковъ для тампонаціи влагалища и расширенія канала шейки (C. Braun, R. Barnes и Mäurer). Изсѣченіе тѣла послѣродовой матки, производимое впервые итальянскимъ акушеромъ Porro и усовершенствованный шовъ маточной стѣнки Säger'a чрезвычайно улучшили исходы самыхъ тяжелыхъ акушерскихъ операцій. Въ послѣднее время, благодаря хорошимъ результатамъ, полученнымъ итальянскимъ акушеромъ Morisani и французскимъ Pinard'омъ, возродилась давно забытая операція—симфизотомія, предложенная еще въ прошломъ столѣтіи французскимъ врачомъ J. Sigault, но единодушно отвергнутая и осужденная лучшими акушерскими авторитетами прошлаго и настоящаго столѣтія.

Въ теченіе послѣдняго десятилѣтія появились слѣдующія наиболѣе оригинальныя руководства и учебныя пособія:

Auvard. *Traité pratique d'accouchement*. 1891.

Charpantier. *Traité pratique des accouchements*. 1883.

Лазаревичъ. *Курсъ акушерства*. 1892.

Leishman, W. *A system of midwifery including the diseases of pregnancy and the puerperal state*. 1888.

Lusk. *The science and art of midwifery*. 1893.

Müller, P. *Handbuch der Geburtshilfe*. 1888—1889.

Playfair, A. *Treatise of the science and practice of midwifery*. 1889.

Schröder, C. *Lehrbuch der Geburtshilfe*. 12. Aufl. 1893.

Schultze, B. *Wandtafeln zur Schwangerschaft und Geburtskunde*. 2. Aufl. 1888.

Spiegelberg. *Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende*. 3. Aufl. 1891.

Tarnier, S. *Traité de l'art des accouchements*. 1888.

Winckel. *Lehrbuch der Geburtshilfe*. 2. Aufl. 1893.

Zweifel. *Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende*. 3. Aufl. 1892.

ОТДѢЛЪ I.

Анатомія и фізіологія женскихъ половыхъ органовъ.

Глава 1.

Особенности въ строеніи женскаго организма.—Женскій тазъ.

Наружныя особенности. Уже наружныя очертанія тѣла правильно сложенной женщины представляютъ замѣтныя, присущія только ей, особенности. Сравнительно небольшая голова, нѣсколько удлинненная шея, округленные контуры тѣла, бросающаяся въ глаза ширина чресленной области, превышающая обыкновенно ширину грудной клѣтки, узкія плечи, удлинненный животъ и нѣсколько короткія конечности составляютъ принадлежности тѣла женщины. Если провести чрезъ него разрѣзь въ лобномъ направленіи, то область ея живота и таза представляютъ фигуру, происходящую отъ пересѣченія двухъ круговъ: меньшаго верхняго и большаго нижняго, границею между которыми является горизонтальная линія, соединяющая переднія верхнія ости подвздошныхъ костей. Это волнообразное боковое очертаніе въ талии женщины съ умѣренно выступающими бедрами выступаетъ тѣмъ яснѣе, чѣмъ лучше сложена женщина. У мужчинъ и дѣтей эти контуры представляютъ прямую линію; у беременныхъ женщинъ они получаютъ выпуклое очертаніе. Такъ называемый ромбъ Михаелиса въ поясничной области хорошо выраженъ только у правильно сложенныхъ женщинъ. Грудныя железы съ наступленіемъ половой зрѣлости увеличиваются въ объемъ и выступаютъ впередъ. Наружные покровы представляютъ нѣжную эластическую кожу со слабо выраженою растительностью волосъ, которые у взрослыхъ женщинъ обыкновенно находятся на половыхъ частяхъ и подъ мышками. Женщина въ большинствѣ случаевъ ростомъ ниже мужчины.

Особенности женскаго скелета. Замѣтныя наружныя отличія женскаго организма обуславливаются строеніемъ и важными функціями ея дѣтородныхъ органовъ. Онѣ довольно рѣзко выражаются даже на

ея скелетъ. Позвоночникъ у женщинъ нѣсколько длиннѣе, въ особенности въ поясничной области, отчасти на шеѣ. Грудное искривленіе выражено болѣе рѣзко. При значительномъ разстояніи между вѣртлужными впадинами, бедренныя кости на связанномъ скелетѣ направлены косвенно книзу и кнутри, причемъ кости обѣихъ голеней нѣсколько расходятся книзу. У мужчинъ нижнія конечности имѣютъ болѣе прямое направленіе. Самое важное отличіе женскаго скелета заключается въ особенностяхъ строенія женскаго таза. Вышеописанныя отличія въ наружномъ очертаніи тѣла хорошо сложенной женщины имѣютъ немаловажное значеніе для врача. При существованіи этихъ характерныхъ признаковъ и достаточномъ ростѣ, женщина почти всегда имѣетъ правильный тазъ и болѣею частію благополучно рождаетъ дѣтей, однако далеко не у всѣхъ женщинъ бываютъ рѣзко выражены типичныя черты женскаго организма. Не говоря уже о субъектахъ, перенесшихъ въ дѣтствѣ болѣзни костей или сочлененій, даже женщины, развившіяся повидимому правильно, нерѣдко представляютъ болѣе или менѣе рѣзкія уклоненія, передающіяся по наслѣдству, въ наружномъ очертаніи тѣла и въ образованіи скелета. У народовъ мало культурныхъ отличія между мужскимъ и женскимъ типомъ вообще менѣе рѣзки.

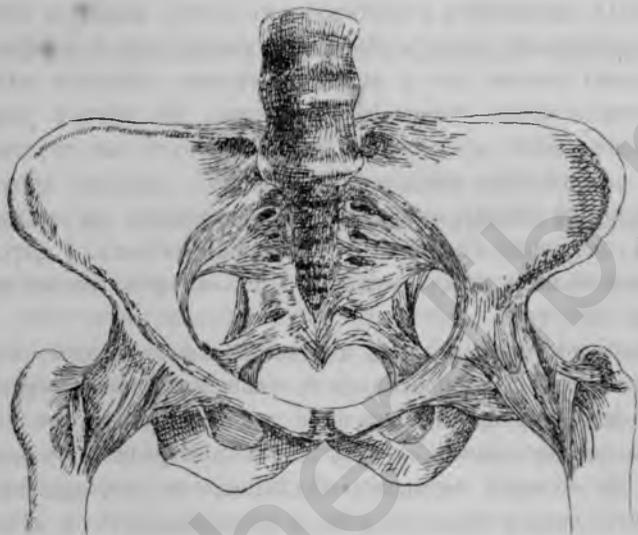
Женскій тазъ представляетъ костное кольцо, посредствомъ котораго нижнія конечности соединяются съ туловищемъ. Знаніе устройства таза имѣетъ чрезвычайно важное значеніе въ акушерствѣ; въ тазу расположены дѣтородные органы и чрезъ него при родахъ проходитъ тѣло младенца. Не обладая точными свѣдѣніями по анатоміи таза, невозможно имѣть яснаго представленія о родовомъ актѣ и другихъ важнѣйшихъ основахъ акушерства. Предполагая извѣстнымъ изъ описательной анатоміи строеніе и очертаніе отдѣльныхъ костей таза, мы здѣсь представимъ описаніе женскаго таза, какъ цѣльной части скелета, преимущественно въ акушерскомъ отношеніи.

Кости женскаго таза. Скелетъ таза состоитъ изъ 4 костей — 2 безъимянныхъ, крестцовой и копчика. Въ дѣтскомъ возрастѣ тазъ состоитъ изъ большаго числа костей; каждая безъимянная кость состоитъ изъ 3 отдѣльныхъ костей — подвздошной, сѣдалищной и лонной, а крестецъ изъ 5 частей, образующихъ отдѣльные позвонки. Не задолго до наступленія половой зрѣлости части безъимянной и крестцовой костей плотно срастаются, образуя цѣльныя кости, которыя у взрослой женщины плотно соединены между собою посредствомъ сочлененій и связокъ.

Связки таза. Соприкасающіяся сочленовныя поверхности подвздошной и крестцовой костей покрыты тонкимъ слоемъ гиалиноваго хряща; между ними находится щелеобразная, узкая синовиальная полость. Сочлененіе окружено плотными связками — lig. ileosacralia ant., post. et interosseum. Отъ поясничной части позвоночника проходятъ также крѣп-

кія связки къ задней части подвздошныхъ костей—lig. ileo-lumbal. Посредствомъ плотныхъ связокъ—lig. sacro-tuberosum et lig. sacro-spinosum, выполняется выемка между крестцомъ и безъимяною костью. Обѣ сѣдалищныя вырѣзки превращаются такимъ образомъ въ отверстія—foramen ischiadicum majus et minus.

На мѣстѣ лоннаго соединенія, symphysis pubis, сочленовныя поверхности также покрыты хрящомъ; въ задней части сочлененія находится щелевидная синовиальная полость, а передняя часть его выполнена волокнистымъ хрящемъ. Лонное соединеніе укрѣпляется плотными



Фиг. 1. Связки таза.

связками, въ особенности lig. arcuat. infer., послѣдняя выполняетъ верхушку лонной дуги.

Основаніе крестца соединяется посредствомъ волокнистаго хряща и связокъ съ послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ, а верхушка крестца подобнымъ же образомъ соединяется съ копчикомъ. Это послѣднее соединеніе иногда окостенѣваетъ у женщинъ, достигшихъ 40 лѣтняго возраста; прочія же сочлененія таза даже въ старости сохраняютъ свое анатомическое строеніе. Во время беременности подвижность въ нихъ дѣлается болѣе явственною, вслѣдствіе нѣкотораго разрыхленія связокъ, хотя у женщинъ отъ этой причины полость таза весьма мало увеличивается, въ противоположность значительному расширенію ея во время беременности и родовъ у нѣкоторыхъ животныхъ, наприм. у коровы, морскихъ свинокъ и проч.

Безъименная линія. На скелетѣ таза, на внутренней его поверхности, замѣчается такъ называемая безъименная линія, linea innominata s. terminalis, представляющая продолженіе лоннаго гребешка; она про-

ходитъ въ поперечномъ направленіи на подвздошной кости, далѣе по верхнему краю крестца къ мысу крестцовой кости. Эта линія, не вездѣ ясно обозначенная, раздѣляетъ тазовое кольцо на двѣ части, изъ коихъ лежащая выше безъименной линіи носить названіе *большого таза*, а лежащая ниже называется *малый тазъ*, или просто тазъ.

Большой тазъ не представляетъ сплошнаго костянаго кольца. Онъ образуется послѣдними поясничными позвонками и крыльями подвздошныхъ костей. Спереди открытое на скелетѣ пространство выполняется мягкими частями передней стѣнки живота. Такимъ образомъ происходитъ воронкообразная полость, служащая опорой для брюшныхъ внутренностей и беременной матки. Собственно въ акушерствѣ большой тазъ имѣетъ значеніе настолько, насколько по его размѣрамъ, по формѣ и свойству костей, можно вывести заключеніе о размѣрахъ малого таза. Выдающіеся пункты на крыльяхъ подвздошныхъ костей, которые можно прощупать на живой женщинѣ, служатъ исходными точками размѣровъ большого таза. Обыкновенно различаютъ:

а) Передній размѣръ, *distantia spinar.*, разстояніе между наружными краями *spin. anter. super.* На скелетѣ этомъ размѣръ равняется 23 см., а на живой женщинѣ достигаетъ 25—26 см.

б) Задній размѣръ, *distantia cristarum*, разстояніе между наружными краями наиболее удаленныхъ частей гребешка. Этотъ размѣръ на скелетѣ составляетъ 25 см., а на живой женщинѣ достигаетъ 27—28 см.

Малый тазъ, образующій сплошное костное кольцо, необходимо разсмотрѣть подробнѣе, такъ какъ онъ имѣетъ чрезвычайно важное значеніе при дѣтороженіи. Костныя стѣнки его неодинаковой высоты. Высота задней стѣнки, т.-е. крестцовой кости съ копчикомъ, достигаетъ 12—13 см., боковыхъ стѣнокъ 10 см., а высота лоннаго соединенія не превышаетъ 4,5—5 см. Обыкновенно въ маломъ тазу различаютъ входъ въ тазъ, полость и выходъ таза.

Входъ въ тазъ ограничивается сзади мысомъ крестцовой кости и верхнимъ притупленнымъ краемъ этой кости, съ боковъ безъименною линіею, спереди гребешкомъ лонной кости и верхнимъ краемъ сочленоваго лоннаго хряща. Въ нормальномъ тазѣ плоскость, проведенная черезъ входъ въ тазъ, представляетъ сердцевидную фигуру съ притупленной верхушкою.



Фиг. 2. Входъ въ тазъ.

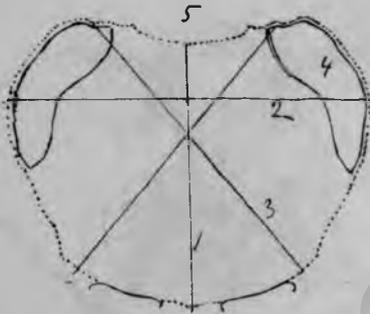
1. Во входъ таза обозначаютъ слѣдующіе размѣры или діаметры:

а) Прямой діаметръ, *conjugata vera*, отъ середины мыса до ближайшей точки верхняго края лоннаго соединенія. Онъ равняется 11 см.

б) Поперечный размѣръ, *diameter transversa*, представляетъ разстояніе между двумя наиболѣе удаленными точками безыменной линіи. Длина его 13,5 см.

в и д) Два косые размѣра, *diameter obliqua*, длиною 12,5 см. Каждый изъ нихъ проходитъ отъ верхняго края крестцово-подвздошнаго соединенія одной стороны до лоннаго возвышенія другой половины таза. Правымъ называется діаметръ, задній конецъ котораго начинается съ правой стороны крестца; другой діаметръ носитъ названіе лѣваго.

е) Кромѣ этихъ внутреннихъ размѣровъ, различаютъ еще наружный прямой размѣръ, *conjug. externa*, тазоваго входа. Онъ проводится



Фиг. 3. Плоскость входа въ тазъ съ мягкими частями: 1, 2 и 3—діаметры таза, 4—*m. iliopectineus*, 5—мысъ крестцовой кости.



Фиг. 4. Поперечный разрѣзъ черезъ скелеть таза на уровнѣ широкой части полости таза.

отъ углубленія ниже послѣдняго поясничнаго позвонка къ верхнему краю лоннаго соединенія и равняется 19—20 см. на правильномъ тазѣ у живой женщины.

г) Именемъ діагональнаго размѣра, *conjug. diagonalis*, тазоваго входа обозначаютъ разстояніе между нижнимъ краемъ лоннаго соединенія и серединою мыса крестцовой кости, которое равняется 12,5 см. Слѣдовательно онъ на 1,5 см. больше *conj. vera* и на 6,5—7 см. меньше *conj. externa*. Верхняя часть тазовой полости значительно шире нижней.

2. Черезъ болѣе широкую часть этой полости также можно провести слѣдующіе 4 размѣра:

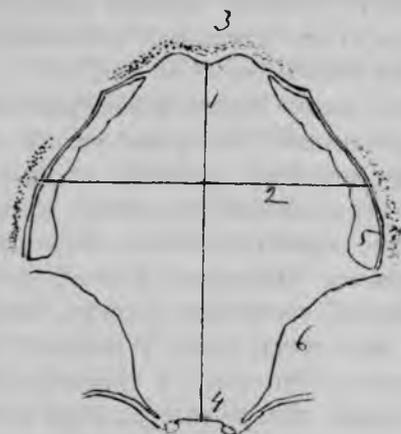
а) Прямой — отъ верхняго края третьяго крестцоваго позвонка до середины задней поверхности лоннаго соединенія. Длина его 12,75 см.

б) Поперечный діаметръ соединяетъ между собою середины заднихъ стѣнокъ вертлужныхъ впадинъ. Длина его 12,5 см.

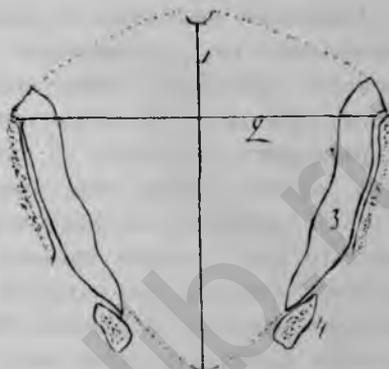
в и д) Два косыхъ размѣра, изъ коихъ правый проходитъ отъ пе-

редней части нижняго края праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія до верхняго края sulcus obturatorius лѣвой стороны. Лѣвый размѣръ соединяетъ одноименныя точки противоположныхъ сторонъ. Длина каждаго изъ этихъ діаметровъ—13,5 см.

3. ВЪ болѣе узкой части полости таза проводятъ 2 размѣра.



Фиг. 5. Поперечный разръзъ черезъ широкую часть полости таза съ мягкими частями у стѣнокъ таза: 1 и 2—діаметры полости таза, 3—крестецъ, 4—лонное соединеніе, 5—m. obturator. int., 6—m. pyriformis.



Фиг. 6. Поперечный разръзъ черезъ узкую часть полости таза съ мягкими частями: 1 и 2 діаметры, возлѣ 1—верхушка крестцовой кости, 3—m. obturator. int.

а) Прямой, отъ верхушки крестца до нижняго края лоннаго соединенія, длиною 12 см.

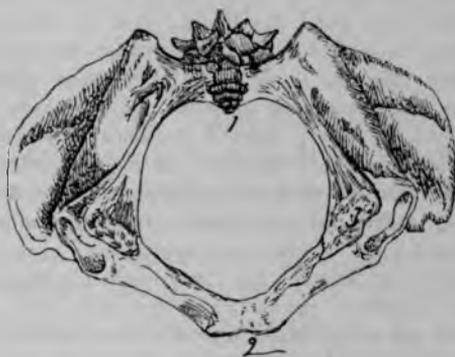
б) Поперечный размѣръ соединяетъ между собою концы обѣихъ сѣдалищныхъ остей, spina ischii. Длина его не превышаетъ 10—10,5 ст.

4. Выходъ таза на скелетѣ ограничивается только отдѣльными пунктами.

а) Прямой размѣръ проходить отъ верхушки копчика до нижняго края лонной дуги. Длина его не превышаетъ 9,5 см., но, вслѣдствіе отодвиганія копчиковой кости кзади во время родовъ, онъ можетъ увеличиться до 11—12 см.

б) Поперечный размѣръ соединяетъ между собою середины нижней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ, tuber ischii, онъ равняется 11 см.

Обозначеніе длины косыхъ размѣровъ въ узкой части полости и въ выходѣ таза значенія не имѣетъ, такъ какъ эти размѣры можно



Фиг. 7. Выходъ таза. 1—верхушка копчика, 2—вершина лонной дуги.

провести только по преимуществу между мягкими, или вѣрнѣе уступчивыми стѣнками.

Чтобы легче запомнить величину различныхъ діаметровъ таза, слѣдуетъ принять во вниманіе, что во входѣ таза они обозначаются числами 11, 12, 13, — въ широкой части полости числомъ 12, а въ узкой части полости и въ выходѣ таза 11 см. Исключеніе составляетъ размѣръ между *spin. ischiі*, который нѣсколько болѣе 10 см.

Нѣкоторое несходство въ размѣрахъ таза. Разсматривая размѣры нормальнаго таза, приведенные у различныхъ авторовъ, нельзя не замѣтить нѣкоторую, незначительную впрочемъ, разницу въ приведенныхъ числахъ, что объясняется неодинаковою величиной тазовъ въ различныхъ странахъ. У женщинъ, принадлежащихъ къ различнымъ расамъ, форма таза представляетъ нѣкоторыя отличія; хотя у всѣхъ народовъ, не исключая дикарей, поперечный размѣръ входа женскаго таза длиннѣе прямого. У животныхъ, даже у высшихъ по развитію обезьянъ, наблюдается обратное отношеніе. У европейскихъ женщинъ наиболѣе выражено преобладаніе поперечнаго размѣра надъ прямымъ діаметромъ входа таза; почему плоскость входа получаетъ у нихъ поперечноовальное очертаніе сердцевидной фигуры. У женщинъ другихъ племенъ поперечный діаметръ входа менѣе разнится отъ прямого, вслѣдствіе чего плоскость входа получаетъ болѣе круглую форму. Это имѣетъ мѣсто въ особенности у женщинъ, принадлежащихъ къ болѣе низкимъ расамъ, именно: у малаекъ, бушменокъ, туземокъ Австраліи и проч., а также отчасти у женщинъ, принадлежащихъ къ монгольскому племени.

По изслѣдованіямъ Рымши, Филатова, Гарфункела, Павлова, Массена и др., въ нашемъ отечествѣ даже женщины одного племени представляютъ не одинаковые размѣры нормальнаго таза. Для таза русской женщины выведены слѣдующіе средніе размѣры: *dist. spin.* 23—25 см., *dist. cr.* 26—28 см., *conj. ext.* 19—20 см., *et conj. diag.* 12,5 см. У польскихъ женщинъ тѣ же размѣры представляютъ слѣдующія величины: 25, 28, 19, 11,5. Слѣдовательно тазъ русской женщины имѣетъ нѣсколько меньшіе поперечные размѣры, зато больше на цѣлый 1 см. его *conj. diag.* Этотъ размѣръ у русской женщины меньше *conj. ext.* на 6,7 см., у польскъ на 7,3. Правильный тазъ еврейки, по изслѣдованіямъ Папернаго, представляетъ слѣдующія величины одноименныхъ размѣровъ: 25,27, 18,4, 11,3. Разница между *conj. ext.* *et conj. diag.* = 7 см. Schatz считаетъ наиболѣе благоприятнымъ въ акушерскомъ отношеніи не слишкомъ обширный тазъ съ болѣе округленнымъ входомъ и съ небольшимъ наклоненіемъ при слѣдующихъ размѣрахъ: *ds* = 24, *dc* = 27—28, *conj. ext.* = 20 см. Что касается тазовъ цвѣтныхъ расъ, то у женщинъ этихъ народовъ поперечный размѣръ входа также всегда больше прямого. По наблюденіямъ Römger'a у негритянокъ крестецъ узкій и состоитъ изъ 5—6 позвонковъ. Монгольскій тазъ меньше таза евронейской женщины, и его кости тоньше. Фавръ у дагомеекъ нашелъ слѣдующіе наружные размѣры—21, 25 и 17,5.

Наклоненіе таза. При стоячемъ положеніи женщины ея тазъ принимаетъ такое положеніе, что вырѣзки вертлужныхъ впадинъ направлены прямо книзу, и въ то же время *spin. ant. super. os. ilei* находится

на одной плоскости съ *tuberculum pubis*. При такихъ условіяхъ плоскость входа въ тазъ образуетъ съ горизонтомъ уголъ, величина котораго равняется около 60° , при чемъ мыслъ крестца стоитъ на 9—10 см. выше верхняго края лоннаго соединенія, а линія, соединяющая верхушку копчика съ нижнимъ краемъ лоннаго соединенія, образуетъ съ горизонтомъ уголъ въ 11° .

Наклоненіе таза измѣняется не только при перемѣнѣ положенія тѣла, при наклоненіи туловища, но даже при измѣненіи положенія нижнихъ конечностей, при раздвиганіи ногъ, при вращеніи стопы кнаружи, внутрь и проч. Иногда бываетъ нужно измѣнить временно наклоненіе таза во время родовъ, что достигается перемѣной положенія туловища и крестцовой области роженицы.

Наклоненіе таза на живой женщинѣ нетрудно опредѣлить, если при стоячемъ положеніи обозначить вѣрно положеніе наружнаго прямого размѣра посредствомъ такъ называемаго тазомѣра Боделока, измѣняющаго форму циркуля. Опредѣленный такимъ способомъ уголъ наклоненія въ правильномъ тазѣ, по изслѣдованіямъ Savor'a, на $5,25^{\circ}$ меньше настоящаго угла наклоненія плоскости входа въ тазъ, иначе внутренняго прямого размѣра, къ горизонту.



Фиг. 8. Наклоненіе таза. V—позвопки, с—conj. чета, у—уголъ, указывающій положеніе верхушки копчика при стоячемъ положеніи женщины.

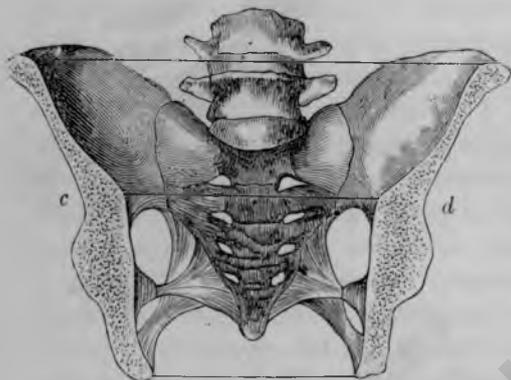
Вертикальная линія, проведенная къ плоскости входа въ тазъ на средину прямого размѣра, будучи продолжена, упирается въ нормальномъ тазѣ въ верхушку копчика. Верхняя часть внутренней поверхности крестца пересѣкается съ плоскостью входа въ тазъ почти подъ прямымъ угломъ, а передняя стѣнка таза подъ угломъ въ 100° .

Разрѣзъ чрезъ малый тазъ въ лобномъ направленіи. Если чрезъ полость таза провести плоскость приблизительно по направленію ея поперечныхъ размѣровъ, то получится фигура четырехугольника (ф. 9), боковыя стороны котораго, по направленію книзу, нѣсколько сближаются.

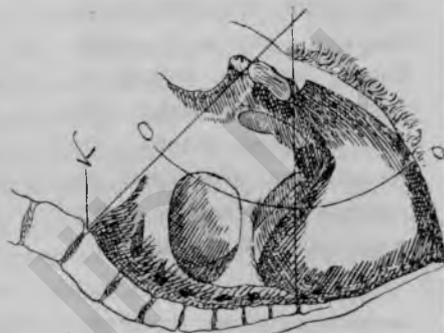
Ось таза представляетъ воображаемую линію, проведенную чрезъ середины прямыхъ діаметровъ таза. Эта линія, извѣстная также подъ именемъ проводной линіи, проходитъ почти параллельно задней поверхности крестцовой кости. Верхняя часть ея образуетъ почти прямую линію, но въ полости таза и въ выходѣ она принимаетъ дугообразное очер-

таніе. На живой женщи́нѣ во время родовъ растягивающаяся промежность составляетъ непосредственное продолженіе задней стѣнки таза; почему проводная линія соответственно удлиняется и проходитъ параллельно растянутой промежности. При такихъ условіяхъ ось таза представляетъ кривую параболическую линію, проведенную около верхушки лонной дуги.

Способъ выразить наглядно особенности въ строеніи таза. Это возможно посредствомъ цифръ или же графически въ чертежахъ. Первый способъ предложенъ Т. Litzmann'омъ. Размѣръ conjugata vera обозначаютъ цифрой 100 и выводятъ отношенія другихъ размѣровъ



Фиг. 9. Лобный разрѣзъ таза.



Фиг. 10. Разрѣзъ черезъ каналы таза въ продольномъ направленіи: К—мышъ крестцовой кости, oo—ось таза.

къ этому числу. Такимъ образомъ выше приведенныя абсолютныя величины послѣднихъ представляются въ такомъ видѣ:

| | Прямой. | Поперечный. | Косой. |
|---------------------------------|---------|-------------|--------|
| Входъ въ тазъ | 100 | 122,5 | 113,6 |
| Широкая часть полости | 115,9 | 113,6 | 122,5 |
| Узкая часть полости | 100 | 95,4 | |
| Выходъ таза | 104,5 | 100 | |

Гораздо нагляднѣе, хотя хлопотливѣе графическій способъ, предложенный Breisky'мъ. Онъ заключается въ проведеніи воображаемыхъ сѣченій чрезъ 3 плоскости таза—въ поперечномъ направленіи, въ продольномъ и лобномъ. Приложенныя фигуры въ достаточной степени объясняютъ частности этого графическаго метода.

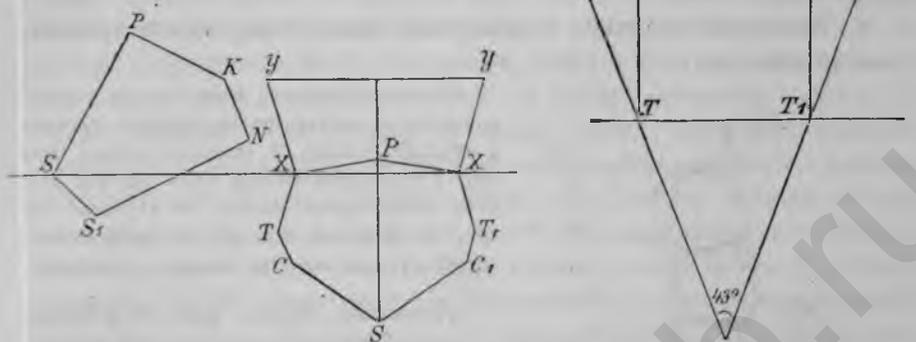
Отличіе женскаго таза отъ мужскаго. Женскій тазъ, имѣя специальное назначеніе при дѣтороженіи, представляетъ значительные отличительные признаки отъ таза мужскаго:

1. Въ женскомъ тазу всѣ кости легче и болѣе граціозны; мѣста прикрѣпленія мышцъ выражены менѣе рѣзко.

2. Лонная дуга гораздо шире, ея верхушка образуетъ уголь вели-

чиною отъ 90 до 100°, между тѣмъ какъ у мужчинъ онъ не превышаетъ 70—75°.

3. Яйцевидныя отверстія имѣютъ въ женскомъ тазѣ форму болѣе треугольную.



Фиг. 11, 12, 13. Прямая линія, соединяющая выдающіяся точки таза въ различныхъ плоскостяхъ: ss—symphis. pub., p—promontorium, k—уголъ сгиба крестцовой кости, n—арех sacri, уу—углы искривленія гребешковъ, tt—конечныя точки поперечнаго разрѣза входа въ тазъ, cc—tub. ileopect., tt на 13 ф.—tub. ischii, sp. sp—spin. ileum.

4. Крылья подвздошныхъ костей расположены болѣе отлого; сѣдлащныя бугры менѣе толсты.

5. Полость женскаго таза обширнѣе, и такъ какъ мысь крестцовой кости менѣе рѣзко выдается, то плоскость входа въ тазъ у женщинъ представляетъ болѣе округленныя контуры.

Эти отличительныя признаки женскаго таза очевидно обуславливаются присутствіемъ правильно развитыхъ женскихъ половыхъ органовъ. У субъектовъ съ рудиментарными внутренними половыми органами, а равно у женщинъ, у которыхъ въ раннемъ дѣтствѣ были удалены яичники, тазъ имѣетъ въ большей или меньшей степени мужской типъ.

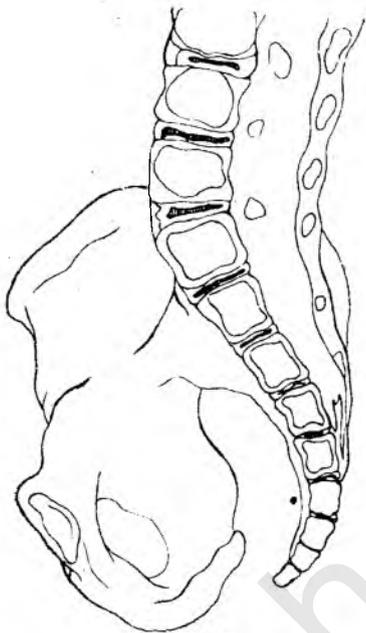


Фиг. 14. Мужской тазъ.

Тазъ новорожденныхъ дѣтей, при своей малой величинѣ, представляетъ многія важныя отличительныя особенности:

1. Крестцовая кость въ немъ состоитъ изъ отдѣльныхъ позвонковъ, а безыменная—изъ трехъ костей, соединенныхъ хрящами.

2. Эта кость относительно узка, имѣетъ почти прямое направленіе.
3. Уголъ лонной дуги менѣе прямого.
4. Боковыя стѣнки малаго таза стоятъ параллельно.
5. Крылья подвздошныхъ костей имѣютъ гораздо меньшую отлогость, почему разстоянія между *dist. spinarum* et *dist. crist.* почти равны между собою.
6. Поперечный размѣръ выхода таза, между сѣдалищными буграми, сравнительно малъ.



Фиг. 15. Тазъ новорожденнаго въ продольномъ разрѣзѣ.

По изслѣдованіямъ Romoti, уже у новорожденныхъ замѣтно различіе между мужскимъ и женскимъ тазомъ. У дѣвочки лонная дуга шире и боковыя части таза ниже. Прямой размѣръ входа *Louis* нашель въ дѣтскихъ тазахъ то нѣсколько больше, то равнымъ поперечному; иначе оны меньше поперечнаго.

Измѣненіе формы таза съ ростомъ женщины происходитъ непрерывно, пока скелетъ перестанетъ увеличиваться въ объемѣ, въ особенности между 11 и 20 годами жизни. Чтобы понять эти измѣненія, сопровождающія постепенное образованіе таза взрослой женщины, нужно принять во вниманіе, кромѣ увеличенія въ объемѣ и срастанія между собою отдѣльных костей, также механическія отношенія таза къ другимъ частямъ организма и вліяніе тѣхъ моментовъ, которымъ тазъ подвергается при жизни.

Какъ извѣстно, тазъ у человѣка поддерживаетъ туловище и въ то же время служить опорой для нижнихъ конечностей. Если разсматривать тазъ съ архитектурной точки зрѣнія, то крестецъ, подвздошныя и отчасти сѣдалищныя кости играютъ роль свода, на вершинѣ котораго укрѣпленъ позвоночникъ и покоится тяжесть туловища. Въ этомъ сводѣ нужно различать двѣ дуги, иначе арки, изъ коихъ одна оканчивается вертлужными впадинами, куда упираются головки бедренныхъ костей при стояніи; концомъ другой дуги служатъ сѣдалищныя бугры, на которыхъ покоится тяжесть тѣла при сидѣніи. Концы обѣихъ дугъ соединены между собою нижнею частью подвздошной кости, *pars hypogastrica ossis ilei*. Передняя стѣнка таза — обѣ лонныя кости и восходящія вѣтви сѣдалищныхъ, соединенныя въ симфизѣ, играютъ роль связей между концами упомянутыхъ дугъ. Крылья подвздошныхъ костей имѣютъ въ архитектурѣ таза второстепенное значеніе, представляя собою костныя лопасти, назначенныя для поддержанія внутрен-

ностей и прикрѣпленія мышцъ. Когда ребенокъ начинаетъ сидѣть и затѣмъ стоять, то тяжесть туловища проявляетъ давленіе при посредствѣ крестцовой кости, причѣмъ сопротивленіе этому давленію происходитъ при сидѣніи—черезъ сѣдалищные бугры, а при стояніи—черезъ вертлужныя впадины. Эти силы, дѣйствуя въ противоположныхъ направленіяхъ на дѣтскій тазъ, не могутъ не оказать вліянія на его форму въ виду уступчивости и гибкости образующихъ его костей. Крестцовая кость получаетъ сгибъ — *fossa sacralis*; мысъ ея опускается книзу, отчасти впередъ и такимъ образомъ вдается въ тазъ. Боковыя стѣнки таза на мѣстѣ упора бедренныхъ головокъ нѣсколько вдавливаются, вертлужныя впадины отодвигаются кпереди, а сѣдалищные бугры удаляются одинъ отъ другого. Высота стѣнокъ таза становится меньше сравнительно съ объемомъ его полости. Еслибы кости передней стѣнки таза не были крѣпко соединены между собою въ симфизѣ, то онѣ должны бы здѣсь разъединиться; такъ какъ при вдавливаніи крестца въ тазъ происходитъ сильное напряженіе крѣпкихъ связокъ, *lig. ileo-sacralia*, стремящихся сблизить заднія части безыменныхъ костей, именно обѣ *tuberositas et spin. post. super. os. ilei*. Результатомъ этого является значительное закругленіе боковыхъ стѣнокъ таза и приближеніе мыса къ лонному соединенію, причѣмъ поперечный размѣръ во входѣ становится значительно длиннѣе прямого. Многочисленныя мышцы, прикрѣпляющіяся къ костямъ таза, своимъ непрерывнымъ дѣйствіемъ способствуютъ развитію неровностей и угловатостей на костяхъ таза. Врожденныя аномаліи и патологическіе процессы въ костной ткани таза, а также все, что нарушаетъ правильное взаимодѣйствіе упомянутыхъ механическихъ вліяній, обуславливаютъ образованіе неправильныхъ тазовъ, что имѣетъ мѣсто въ большинствѣ случаевъ въ раннемъ дѣтствѣ.

Klein нашель, что до 12 лѣтъ всѣ размѣры мужского таза болѣе нежели въ женскомъ, послѣ же этого времени отношеніе измѣняется въ пользу женскаго таза. По изслѣдованіямъ Коникова, начиная съ 10 лѣтнаго возраста рѣзко начинаютъ обнаруживаться особенности, свойственныя женскому тазу, который постепенно готовится къ своему назначенію. Отличительныя признаки женскаго таза обыкновенно бывають рѣзко выражены уже ко времени появленія первыхъ мѣсячныхъ.

Глава 2.

Краткій анатомическій очеркъ топографіи брюшныхъ стѣнокъ и женскаго таза.

1. Топографія стѣнокъ брюшной полости.

Обстоятельныя анатомическія свѣдѣнія въ этой области въ настоящее время необходимы для врача, въ виду частаго примѣненія хи-

рургическихъ операций въ полости брюшины у женщинъ. Передняя стѣнка, покрытая довольно тонкою кожей, часто имѣетъ у женщинъ толстый слой жировой ткани, подъ которою находится поверхностная фасція. Ниже послѣдней расположены плоскія мышцы со своими апоневрозами. Посрединѣ, по обѣимъ сторонамъ средней линіи, *linea alba*, которая обозначается на кожѣ темною продольною полоской, расположены прямыя мышцы, *mm. recti*, кнаружи отъ нихъ расположены 3 слоя плоскихъ мышцъ — наружная косая, *m. obliqu. ext.*, внутренняя косая, *m. obliqu. int.* и поперечная, *m. transversus abdomin.* Въ нижней части и нѣсколько впереди прямыхъ мышцъ расположены выше лоннаго соединенія два небольшіе пирамидальные мускула, *mm. pyramidales*.

Плоскія мышцы передней стѣнки живота начинаются отъ реберъ и реберныхъ хрящей и, направляясь книзу, становятся сухожильными и прикрѣпляются къ гребешку, *spina ilei ant. sup.*, Пупартовой связкѣ и *tuberc. pubis*. Прямыя мышцы начинаются на ребрахъ кнутри отъ плоскихъ и прикрѣпляются, постепенно суживаясь книзу, къ *tuberc. pubis* и лонной кости. Апоневрозы плоскихъ мышцъ, направляясь къ средней линіи, сливаются между собою и образуютъ влагалище для обѣихъ прямыхъ мышцъ, волокна этихъ фасцій перекрещиваются между собою по средней линіи, образуя *lin. alba*. Въ этомъ мѣстѣ, ниже пупка, обѣ прямыя мышцы лежатъ одна возлѣ другой у женщинъ, у которыхъ брюшныя стѣнки сохранили нормальное строеніе. Выше пупка между обѣими прямыми мышцами обыкновенно находится промежутокъ шириною въ поперечный палецъ, занятый плотнымъ апоневрозомъ.

Ниже мышечныхъ слоевъ расположена *fascia transversa*, подъ которою на средней линіи и по бокамъ живота, гдѣ расположены мясистыя части *m. transversi abdom.*, находится жировая клѣтчатка, прилежащая непосредственно къ брюшинѣ. За лоннымъ соединеніемъ впереди мочевого пузыря находится рыхлая клѣтчатка, которая поднимается впереди брюшины, нѣсколько выше лоннаго соединенія, приблизительно до уровня *plica genito-abdominalis*. Эта рыхлая ткань представляетъ такъ называемое *cavum Retzi*.

Пупокъ, расположенный почти посрединѣ между концомъ мечевиднаго отростка грудной кости и верхнимъ краемъ лоннаго соединенія, представляетъ круглую кожную складку, которая на внутренней сторонѣ брюшной стѣнки обозначается въ видѣ ямки. Пупокъ составляетъ наиболѣе тонкое и наиболѣе плотное мѣсто передней стѣнки, гдѣ всѣ апоневрозы плотно срастаются между собою, а также съ брюшиною и кожею, почему кожная и предбрюшинная клѣтчатки здѣсь совершенно отсутствуютъ. На внутренней поверхности подъ брюшиною отъ пупка кверху и вправо направляется *lig. hepat. rot.*, бывшая *v. umbilicalis*, а книзу идутъ 3 болѣе или менѣе значительныхъ шнурка—*lig. vesicae medium*, бывший *urachus*, и *lig. lateralia*, заросшія *art. umbilicales*. Ниже возлѣ стѣнки таза на внутренней поверхности передней стѣнки замѣчается

3 углубленія — внутренняя, средняя и наружная паховыя впадины — *fossa inguinalis interna, media et externa*. Первая расположена между *lig. vesic. med. et. lateral.*, вторая снаружи возлѣ *lig. vesic. lateral.*, третья на мѣстѣ вступленія въ паховой каналъ круглой связки, *lig. rotundum*.

Задняя часть брюшной полости образуется опускающейся значительно книзу задней частью діафрагмы, поясничными позвонками и расположенными подъ *fascia iliaca* мышцами и большими сосудами. Между послѣдними ребрами и заднею частью гребешка подвздошной кости находится *m. quadratus lumbor.* Поверхъ этой мышцы расположенъ *m. latissim. dorsi*, а ближе къ поясничнымъ позвонкамъ лежитъ плотный слой *m. lumbo-dorsalis*. Всѣ три плоскія брюшныя мышцы, одѣтыя апоневрозами, доходятъ до края *m. latiss. dorsi* и *m. quadrat. lumbor.*, причѣмъ плотная *f. lumbo-dorsalis*, одѣвающая эту мышцу и *m. lumbo-dorsalis*, составляетъ какъ бы непосредственное продолженіе *fasc. transversae abd.* Въ поясничной области эта фасція образуетъ 3 листка, изъ коихъ средній наиболѣе толстый, между *m. lumbo-dorsalis et m. quadrat. lumbor.*, проходитъ къ поперечнымъ отросткамъ поясничныхъ позвонковъ, наружный листокъ направляется къ *m. lumbo-dorsalis*, а внутренній, лежащій подъ *m. quadrat. lumbor.*, непосредственно прилегаетъ къ жировой капсулѣ почки.

Въ послѣднее время часто производятся операціи у женщинъ также въ паховой области, почему мы должны коснуться анатомическихъ условій этой части брюшной стѣнки. Дѣлая разрѣзъ параллельно Пупартовой связки по направленію отъ *tuberc. pubis* къ *spina ant. super.*, мы встрѣчаемъ кожу, подкожную клѣтчатку и два листка поверхностной фасціи, между которыми снизу вверхъ направляются двѣ небольшія артеріи съ прилежащими венами. Одна *art. circumflexa ilei ext.* ближе къ *spin. ant. sup.*, другая *art. epig. inf. ext.* недалеко отъ *tuberc. pubis*. Послѣ разрѣза фасціи открывается сухожилие *m. oblig. ext. abd.*, блестящія волокна котораго направляются параллельно *lig. Poupartii*; возлѣ лонной кости сухожилие этой мышцы образуетъ двѣ ножки, наружную, которая прикрѣпляется къ *tuberc. pubis* и отчасти къ *crista pubis*, и внутреннюю, идущую къ лонному соединенію; между обѣими ножками остается промежутокъ покрытый тонкою фасціею, подъ которой находится жировая ткань и волокна *lig. rotundi*, неясно выступающая чрезъ это отверстіе и сливающаяся съ окружающею тканью. Отверстіе это носитъ названіе *annulus inguinalis ext.*

Только послѣ разрѣза возлѣ Пупартовой связки сухожилія *m. oblig. ext.* открывается паховой каналъ, передняя стѣнка котораго образуется этимъ сухожиліемъ. Въ каналъ проходитъ *lig. rotund. uteri* съ своими сосудами и *n. spermaticus ext.*, иначе *genito-cruralis*; всѣ эти части выходятъ изъ полости живота чрезъ внутреннее паховое кольцо, закрытое брюшиной и соотвѣтствующее *fossa inguin. ext.* Нижняя часть круглой

связки возлѣ наружнаго паховога кольца расположена какъ бы въ желобкѣ, образуемомъ въ этомъ мѣстѣ Пупартовою связкой, къ которой прикрѣпляется наружная ножка паховога кольца, сухожилие *m. obliq. ext.*, а глубже *fascia transversa abd.*, образующая заднюю стѣнку паховога канала, по которой недалеко отъ внутренняго паховога кольца проходитъ *art. epigastr. inf. int.*, происходящая вблизи Пупартовой связки изъ *art. iliaca ext.*

Сосуды и нервы брюшной стѣнки. По средней линіи передней стѣнки живота встрѣчаются только незначительные кровеносные сосуды въ кожныхъ покровахъ и въ болѣе глубокихъ слояхъ. Наиболѣе крупныя артеріальныя стволы расположены кнаружи отъ *m. recti abdom.* и проходятъ по *fascia transversa*, именно *art. epigastr. inf. int.*, *art. circumflex. ilei*, *art. ileolumbalis*, выходящая изъ полости таза, а также *art. mammaria int.*, которая происходитъ изъ *art. subclavia*, опускается изъ грудной области и даетъ мелкія вѣтви, глубокія и поверхностныя, въ верхней части живота.

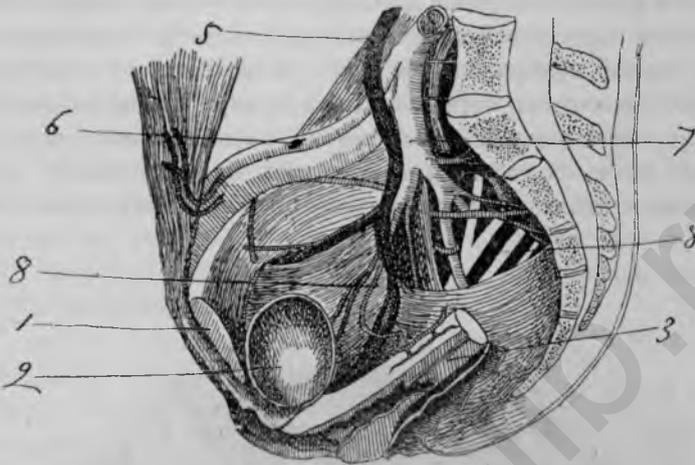
Нервы этой области происходятъ отъ 5 послѣднихъ *nn. intercostales*, а также отъ *n. ileohypogastricus* et *n. ileoinguinalis*. Въ поясничной области проходятъ переднія вѣтви поясничныхъ артерій, *art. lumbales*; онѣ выходятъ впереди фасціи *m. quadrat. lumbag.* Между тѣмъ какъ *nn. ileohypogastricus* et *ileoinguinalis* проходятъ подъ этой мышцей по глубокому листку *fasc. transversae* и направляются въ переднюю брюшную стѣнку между *m. obliq. int. et transversus abdom.*

2. Краткій анатомическій очеркъ топографіи таза.—Брюшина, тазовая клѣтчатка, тазовыя фасціи и промежность.

Форма полости большога таза значительно измѣняется находящимися здѣсь мышцами *psaos* et *iliacus*, изъ коихъ послѣдній выполняетъ совершенно внутреннюю подвздошную ямку. Входъ въ тазъ сравнительно мало измѣняется мягкими частями, кости покрыты здѣсь тазовой фасціей и брюшиной. *M. psaos* выполняетъ углубленія, находящіяся съ обѣихъ сторонъ возлѣ мыса крестцовой кости, и направляется кпереди вдоль безыменной линіи. На внутренней поверхности этихъ мышцъ проходятъ *art. et vena iliaca ext.*, а впереди *synchondrosis sacro-iliaca* находится съ каждой стороны *art. hypogastrica* и мочеточникъ. Слѣва отъ мыса проходитъ прямая кишка. Заслуживаютъ вниманія также два *mm. pyriformes*; каждый изъ нихъ начинается отъ боковой стороны внутренней поверхности крестца и выходитъ изъ таза чрезъ *incisura ischiadica major*. Выше этой мышцы находятся *vasa hypogastrica*, а ниже мускула *vasa ischiadica* et *n. ischiadicus*. Подъ *m. pyriformis* на передней поверхности крестца находится съ каждой стороны *plex. sacralis*. Яйцевидная дыра закрыта плотною фиброзною перепонкою, свнутри на ней располагается *m. obturator int.*, головка котораго выходитъ изъ таза

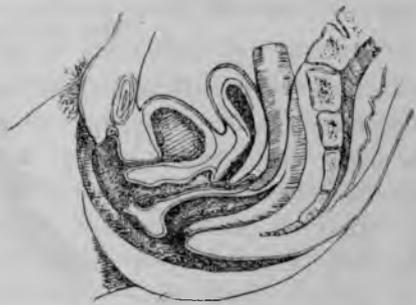
через incisura ischiadica min., между lig. sacro-spinos. et sacro-tuberos. вмѣстѣ съ n. pudendus et vasa pudenda, которыя черезъ это отверстие возвращаются въ тазъ.

На продольномъ разрѣзѣ, проведенномъ черезъ средину малаго таза,



Фиг. 16. Продольный разрѣзъ черезъ женскій тазъ съ мягкими частями: 1—глубокое соединеніе, 2—мочевой пузырь, 3—нижняя часть матки, 4—plex. sacralis, 5—мочеточникъ, 6—art. iliaca ext., 7—art. hypogastr., 8—art. uterina.

мы находимъ спереди за лоннымъ соединеніемъ мочевой пузырь и мочевой каналъ, направляющійся книзу и нѣсколько кпереди. Позади мочевого пузыря находится матка, а ниже располагается прикрѣпленное къ ней влагалище, которое опускается по направленію книзу и напередъ къ выходу таза. Кзади находится прямая кишка, которая слѣва отъ мыса вступаетъ въ малый тазъ, направляется нѣсколько въ правую сторону, затѣмъ проходитъ по срединѣ внутренней поверхности крестца. Заднепроходное отверстие расположено впереди верхушки кончика и отдѣляется отъ половой щели посредствомъ мясистой перегородки, известной подъ именемъ промежности. Выходное отверстие влагалища переходитъ въ преддверіе; далѣе кнаружи расположены наружные половые органы.



Фиг. 17.

Топографія брюшины. Спускающаяся со всѣхъ сторонъ брюшина переходитъ въ маломъ тазу на расположенные здѣсь органы. Полость малаго таза раздѣляется на три отдѣла—передній, заключаю-

щій мочевой пузырь, средній — матку съ широкими связками, задній, гдѣ находится прямая кишка. Съ передней стѣнки живота брюшина прежде всего спускается на мочевой пузырь, который будучи опорожнёнъ, лежитъ за лонными костями ниже плоскости входа въ тазъ. Пустой пузырь сверху покрывается отчасти петлями тонкихъ кишекъ. Упомянутое рыхлое соединеніе брюшины, тотчасъ выше лоннаго соединенія, и присутствіе податливой клѣтчатки между лоннымъ соединеніемъ и переднею стѣнкой пузыря, *sacum Retzii*, позволяетъ, при скопленіи значительнаго количества мочи, верхушкѣ пузыря приподыматься кверху, причёмъ оттягивается брюшина; почему выше верхняго края лоннаго соединенія остается непокрытое брюшиною пространство въ 2—6 см., гдѣ передняя стѣнка пузыря непосредственно прилегаетъ къ *fascia*



Фиг. 18. Органы, расположенные въ женскомъ тазу, видимые со стороны брюшной полости: 1—мочевой пузырь, 2—матка, 3—прямая кишка, 4—яичники, 5—мочеточникъ, 6—*vasa spermat. int.*

transversa и гдѣ, слѣдовательно, можно проколоть переднюю стѣнку растянутого жидкостью пузыря, непосредственно выше лоннаго соединенія, не боясь повредить брюшину. Когда пузырь пустъ, спереди его образуется поперечная складка, *plica vesicae transversa*.

Сбоку и сзади брюшина покрываетъ *mm. iliacus et ileopsoas*, съ фасціей которыхъ она соединяется рыхлою клѣтчаткою. Напротивъ на задней стѣнкѣ малаго таза серозный листокъ тѣсно срастается съ подлежащими органами и сосудами.

Чрезвычайно важное значеніе у женщинъ представляетъ отношеніе мочеточниковъ къ сосѣднимъ органамъ.

Мочеточники имѣютъ около 30 см. длины; они выходятъ съ внутренней стороны почекъ, изъ почечныхъ лоханокъ и проходятъ нѣсколько наискось, приближаясь одинъ къ другому по внутренней поверхности *m. m. psoas*. Всюду они лежатъ за брюшиною, которая въ полости жи-

вота нѣсколько подвижна надъ ними. Между rectum и внутреннимъ краемъ этихъ мышцъ они переходятъ въ полость малаго таза, скрещиваясь косвенно каждый съ art. spermatica, идущей впереди его. Во входѣ таза мочеточники лежатъ на synch. sacro-iliaca. Въ маломъ тазу они образуютъ небольшую кривизну; придерживаясь art. hypogastrica, они проходятъ возлѣ тазовой стѣнки, гдѣ располагаются въ жировой ткани, покрывающей мышцы, до мѣста заворота art. uterinae, которую они сопровождаютъ, направляясь къ маточной шейкѣ. Далѣе въ глубинѣ таза мочеточники направляются сбоку маточной шейки, отъ которой кнаружи они отстоятъ на уровнѣ внутренняго зѣва, по изслѣдованіямъ Nagel'я, на 1—2,5 см., отдѣляясь отъ матки кльтчаткой и венознымъ сплетеніемъ. Направляясь далѣе кпереди, они проникаютъ въ косомъ направленіи въ дно мочевого пузыря нѣсколько ниже наружнаго маточнаго зѣва. На этомъ пути они приближаются на 1,5 см. къ маточной шейкѣ и ближе 1 см. къ боковымъ сводамъ влагалища, при чемъ разстояніе между обоими мочеточниками уменьшается до 4 см., а на мѣстѣ ихъ отверстій въ пузырь даже до 2,5—3 см. Между тѣмъ какъ выше на уровнѣ шейки разстояніе между обоими мочеточниками достигаетъ 7—8 см., а еще выше во входѣ таза 9—10 см.

Waldeyer нашель, что возлѣ стѣнки рукава мочеточники покрыты фибрознымъ слоемъ, происходящимъ отъ fasc. endopelvina, толщиной въ 1 mm. Отъ маточной шейки и влагалища они отдѣляются рыхлою кльтчаткой. На уровнѣ внутренняго зѣва art. uterinae проходитъ впереди и выше мочеточника, который въ этомъ мѣстѣ окруженъ маточными венами, v. uterinae.

Съ задней поверхности мочевого пузыря брюшина переходитъ на переднюю поверхность матки, образуя углубленіе между этими органами, excavatio vesico-uterina; ниже этой складки задняя стѣнка пузыря соединяется съ переднею поверхностью матки посредствомъ рыхлой кльтчатки. Покрывъ дно матки, брюшина опускается по задней ея стѣнкѣ и одѣваетъ верхнюю часть задней стѣнки влагалища, откуда приподнимается на переднюю поверхность прямой кишки, образуя заднее углубленіе—excavatio utero-rectalis, иначе Дугласово пространство. Въ этомъ углубленіи помѣщается верхняя часть прямой кишки и нерѣдко находятся петли тонкихъ кишекъ, между тѣмъ какъ спереди матка прилегаетъ къ задней поверхности мочевого пузыря.



Фиг. 19. Продольный разрѣзъ черезъ тазъ и нижнюю часть брюшной полости: кп—кишечныя петли, л—дноое соединеніе, п—пузырь, м—матка, пк—прямая кишка, тр—труба, мч—мочеточникъ.

Въ верхней своей части прямая кишка одѣта брюшиной, но въ полости таза серозный покровъ опускается ниже на передней, нежели на задней стѣнкѣ кишки.

Брюшина здѣсь образуетъ какъ бы небольшую брыжейку, которая прикрѣпляется къ передней поверхности крестца. Когда кишка наполнена, листки брюшины расходятся, при пустой же кишкѣ они сближаются и образуютъ висячую складку. Дно Дугласовой складки отстоитъ отъ задняго прохода при пустомъ пузырьѣ на 5 см., а при наполненномъ на 6 см. Отъ *anus* до мѣста, гдѣ прямая кишка со всѣхъ сторонъ окружена брюшиной, разстояніе не менѣе 11—12 см.

Прямая кишка, опускаясь въ тазъ слѣва отъ мыса крестцовой кости, образуетъ небольшой сгибъ влѣво и болѣе значительный къзади, слѣдуя



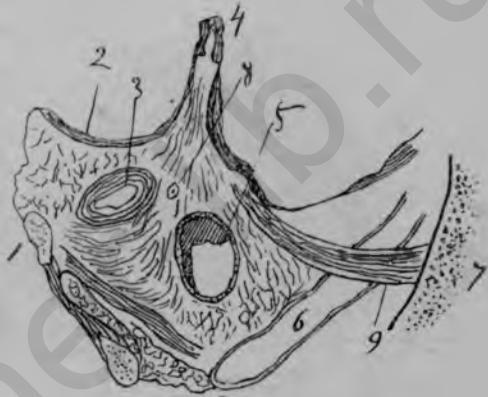
Фиг. 20. Горизонтальный разрѣзъ черезъ женскій тазъ на уровнѣ нижней части матки. Получилась фигура звѣзды. Видны прямая кишка, нижняя часть матки, мочевой пузырь, *lig. utero-sacralia*, *lig. lata*, *lig. utero-vesicalia*, пузырь, Дугласова впадина и прямая кишка.

вогнутости крестцовой кости. У верхушки копчика она образуетъ кривизну, обращенную выпуклостью напередъ. Задній проходъ, *anus*, представляетъ наиболее узкую часть прямой кишки; въ окружности его находятся два жома, *sphinct. ani intern. et extern.*, выше которыхъ прямая кишка воронкообразно расширяется, образуя *ampullam recti*, которая простирается вверхъ до Дугласовыхъ складокъ.

Въ средней части таза брюшина переходитъ отъ краевъ матки въ обѣ стороны, образуя съ каждой стороны по три болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ складки. Наиболее значительныя носятъ названіе широкихъ связокъ, *lig. lata*; онѣ идутъ съ боковыхъ краевъ матки въ поперечномъ направленіи къ стѣнкамъ таза. Наружная часть связки называется *lig. infundibulo-pelvicum*. Другія двѣ складки направляются отъ матки къзади къ крестцу, представляя боковыя границы Дугласовой впадины, *lig. utero-sacralia*. Передняя пара складокъ, наименѣе замѣтная, обозначаетъ переходъ брюшины съ верхней части мочевого

пузыря на боковыя части таза—lig. utero-vesicalia. Кроме того съ каждой стороны отъ угла матки по направленію къ наховому каналу выступаетъ, въ видѣ сурка покрытаго брюшиной, круглая связка, lig. rotundum uteri. Все эти связки представляютъ складки брышины, подъ которой находится соединительная ткань, гладкія мышечныя волокна, а также сосуды и нервы.

Клѣтчатка, расположенная въ полости таза подъ брюшиною, имѣетъ чрезвычайно важное значеніе, какъ при физиологическихъ функціяхъ женскихъ половыхъ органовъ, такъ равнымъ образомъ при различныхъ патологическихъ процессахъ во влагалищѣ, маткѣ и ея придаткахъ. У здоровыхъ молодыхъ женщинъ въ тазовой клѣтчаткѣ находится много жировой ткани, преимущественно въ мѣстахъ лежащихъ ближе къ стѣнкамъ таза. После родовъ и въ старости этотъ жиръ въ значительной степени исчезаетъ. Тазовая клѣтчатка представляетъ продолженіе соединительной ткани, лежащей въ стѣнкахъ живота, непосредственно впереди брюшины. Если провести продольный разрѣзъ черезъ средину таза, такъ, чтобъ онъ прошелъ черезъ нижнюю часть матки, то найдемъ, что эта

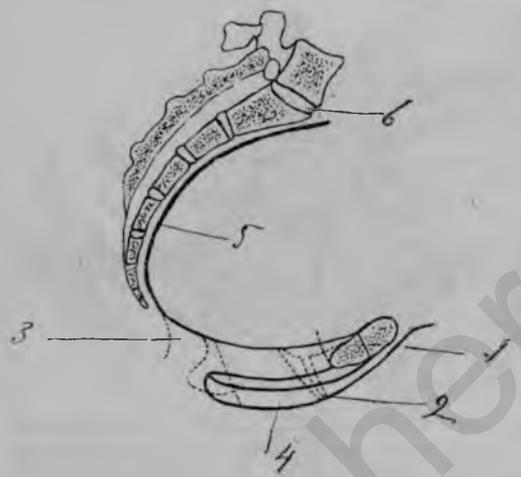


Фиг. 21. Продольный разрѣзъ черезъ женскій тазъ слѣва возлѣ матки: 1—горизонтальная вѣтвь донной кости, 2—брюшина спереди матки, 3—вскрытый пузырь, 4—разрѣзанная широкая связка и труба, 5—черезъ вскрытое влагалище видна *port. vagin.*, 6—*fascia m. levator. ani*, 7—крестцовая кость, 8—матка, 9—Дугласова складка.

клѣтчатка непосредственно прилегаетъ къ надвлагалищной части шейки и къ верхней части влагалища. Кпереди она окружаетъ нижнюю часть передней поверхности матки, соединяя ее съ заднею стѣнкой пузыря. Далѣе книзу она переходитъ на нижнія части боковыхъ стѣнокъ пузыря, непокрытыя брюшиною. Кзади клѣтчатка отдѣляетъ заднюю стѣнку влагалища отъ кишки до тазовой фасціи. За прямой кишкой также существуетъ слой рыхлой соединительной ткани, продолжающейся книзу до перехода въ стѣнку кишки волоконъ *m. levator ani* или вѣрнѣе до тазовой фасціи, *fascia pelvis*, покрывающей верхнюю поверхность этой мышцы. Та же фасція составляетъ нижнюю границу рыхлой тазовой клѣтчатки, расположенной вдоль боковыхъ стѣнокъ влагалища.

Тазовая фасція представляетъ продолженіе *fascia transversa* и *fascia iliaca*; она спускается по стѣнкамъ таза до линіи, по которой начинается отъ стѣнокъ таза *m. levator ani*. На этомъ мѣстѣ фасція заворачивается, спускаясь воронкообразно къ срединѣ таза, и направляется къ

нижней части прямой кишки, влагалища и мочевого пузыря, со стѣнками которыхъ эта фасція сливается. Часть тазовой фасции, известная также подъ именемъ *fasc. endopelvina*, проходитъ по направленію къ шейкѣ матки; она не представляетъ одного листка, а состоитъ изъ плотной ткани, образующей множество плотныхъ перегородокъ, проходящихъ въ рыхлой кѣлѣчаткѣ и окружающихъ венозные сосуды. Затѣмъ она переходитъ подъ брюшину на шейку матки, а ниже на дно мочевого пузыря, на стѣнки влагалища и прямой кишки. Боковая и нижняя часть тазовой фасции, *fascia pelvica diaphragmatica* по Nagel'ю, напротивъ, представляетъ плотный листокъ волокнистой ткани. Она опускается такъ низко въ полость таза, что на продольномъ разрѣзѣ эта часть тазовой фасции образуетъ кривую, выпуклую книзу линію, идущую отъ



Фиг. 22. Разрѣзъ черезъ женскій тазъ въ продольномъ направленіи: 1—лонное соединеніе, 2—*orif. urethr. ext.*, 3—anus, 4—наружныя половыя части, входъ во влагалище, 5—тазовая фасція, 6—мысль крестцовой кости.

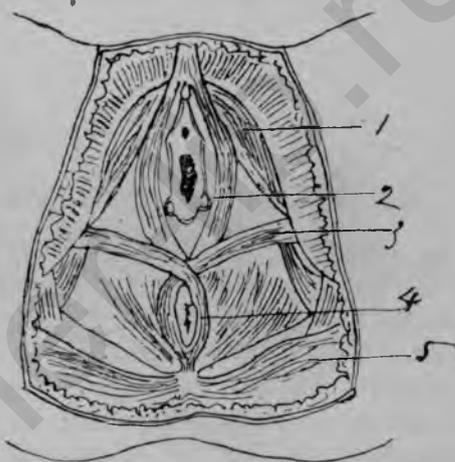
средины крестцовой кости до середины середины задней поверхности лоннаго соединенія. На этой линіи лежатъ 3 отверстія, образуемая тазовой фасціей для прохожденія прямой кишки, влагалища и нижней, непокрытой брюшиною, части мочевого пузыря. Тазовая фасція даетъ отростки плотной соединительной ткани, содержащей эластическія волокна, которые начинаются отъ мѣста прикрѣпленія фасции къ стѣнкамъ прилегающихъ органовъ и поднимаются вверхъ. Переднія и заднія волокна этой ткани, какъ сказано выше, теряются впереди и сзади матки, подъ складками брюшины, боковыя же ихъ части, прилегающія непосредственно къ шейкѣ матки, поднимаются выше справа и слѣва возлѣ матки между двухъ листковъ широкихъ на связокъ. Если сдѣлать горизонтальный разрѣзъ въ переднемъ сводѣ 1—1,5 см. и на заднемъ на 1,5—2 см. выше наружнаго зѣва, то въ глубинѣ встрѣчается бѣловатая плотная ткань, которая представляетъ продолженіе *fasc. endopelvicinae*. Своеобразный видъ распредѣленія этой плотной ткани выступаетъ въ особенности на горизонтальномъ поперечномъ разрѣзѣ, проведенномъ черезъ тазъ на уровнѣ внутренняго маточнаго устья въ видѣ звѣздчатой фигуры съ 6 лучами, которые соответствуютъ 3 парамъ связокъ матки. Описанная ткань представляетъ надежную опору для верхней части влагалища, для матки, широкихъ связокъ и отчасти для мочевого пузыря и прямой кишки, а

средины крестцовой кости до середины середины задней поверхности лоннаго соединенія. На этой линіи лежатъ 3 отверстія, образуемая тазовой фасціей для прохожденія прямой кишки, влагалища и нижней, непокрытой брюшиною, части мочевого пузыря. Тазовая фасція даетъ отростки плотной соединительной ткани, содержащей эластическія волокна, которые начинаются отъ мѣста прикрѣпленія фасции къ стѣнкамъ прилегающихъ органовъ и поднимаются вверхъ. Переднія и заднія волокна этой ткани, какъ сказано выше,

также плотное ложе для проходящих по бокам матки и расположенных въ толщѣ широкихъ связокъ многочисленныхъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, нервныхъ пучковъ и ганглій. Она составляетъ также плотную подстилку для мочеточниковъ, проходящихъ чрезъ основаніе широкой связки. Такое отношеніе тазовой фасціи къ внутреннимъ половымъ органамъ, часто подвергающимся смѣщенію, а также измѣненію условій питанія, иногда даже измѣненію объема, оказываетъ благодѣтельное вліяніе, способствуя удержанію нормальной формы и правильности функцій тазовыхъ органовъ. Во время родовъ тазовая фасція и апоневрзы промежности представляетъ при правильномъ тазѣ наиболѣе серьезное препятствіе для прохожденія головки чрезъ тазовый каналъ во время родовъ. Предлежащая часть только постепенно и медленно растягиваетъ ту часть канала влагалища, которая суживается, какъ плотнымъ кольцомъ, этими фасціями.

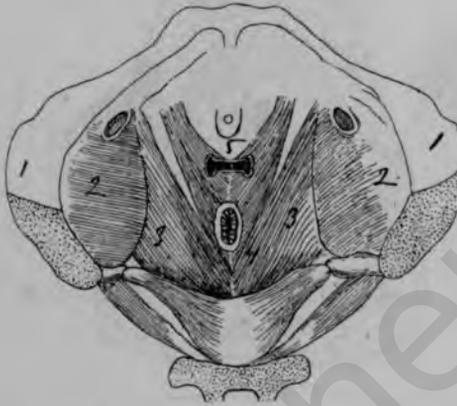
Тѣсное отношеніе тазовой клетчатки къ органамъ таза имѣетъ чрезвычайно важное значеніе для патологій половыхъ органовъ. Стѣнки этихъ органовъ, въ особенности матка, посылаютъ въ эту ткань мышечные пучки въ разныя стороны, большею частью въ поперечномъ направленіи въ широкія связки, гдѣ эти волокна имѣютъ повидимому тѣсное отношеніе къ сосудистымъ сплетеніямъ. Значительное мышечные пучки переходятъ также въ круглыя связки и направляются къ паховому каналу. Мышечныя волокна, расположенныя въ lig. utero-sacralia, направляющіяся отъ матки къ крестцу, носятъ названіе mm. retractores uteri. Отъ стѣнокъ мочевого пузыря проходятъ мышечныя волокна въ lig. pubo-vesical. lateralia; равнымъ образомъ отъ задней стѣнки прямой кишки проходятъ пучки къ крестцовой кости.

Топографія промежности. Въ выходѣ, гдѣ находятся наружныя отверстія органовъ таза, расположены поперечнополосатыя мышцы и фасціи, назначеніе которыхъ состоитъ отчасти въ замыканіи этихъ отверстій, отчасти они назначены для совершенія движенія въ нижнихъ отдѣлахъ половыхъ органовъ таза. Промежность у женщинъ далеко не имѣетъ въ хирургическомъ отношеніи такого важнаго значенія, какъ у мужчинъ; хотя эта часть у женщинъ, подвергающаяся сильному растяженію при родахъ, весьма часто претерпѣваетъ поврежденія.



Фиг. 23. Шематическое изображеніе промежности: 1 — m. ischioavernosus, 2 — m. constrictor cuni, 3 — m. transvers. superficialis, 4 — m. sphincter ani, 5 — m. gluteus.

Кожа на промежности вообще тонкая, въ особенности возлѣ задняго прохода. Подъ кожей находится поверхностная фасція, между листками которой обыкновенно встрѣчается жировая ткань, продолжающаяся in fossam ischio-rectalem. Въ этомъ слоѣ проходятъ art. perinealis superficialis et n. perinealis superf. Нижний листокъ поверхностной фасціи переходитъ на m. sphincter ani. Снявши слой жировой ткани, мы находимъ поверхностный листокъ fascia perinealis propr., которая начинается выше задняго прохода, и направляясь кпереди, прикрѣпляется съ обѣихъ сторонъ къ передней губѣ лонной дуги; она переходитъ въ стѣнки преддверія и продолжается кверху на клиторъ, фиброзный покровъ котораго этотъ листокъ образуетъ. Непосредственно подъ этою фасціей, между лонной дугой и стѣнками преддверія, расположены corp. cavernosa clitorid., mm. ischio-cavernosus, et bulbo-cavernosus, иначе



Фиг. 24. Въ глубинѣ таза ниже fasc. pelvis. 1—os ilium, 2—m. obturator int., 3—m. levator ani, 4—прямая кишка, 5—влагалище.

constrictor cunni. Эти мышцы имѣютъ болѣе или менѣе продольное направленіе сзади напередъ; m. transversus perinei superficialis проходитъ поперекъ. Кзади и кнутри отъ m. constrictor cunni лежитъ corpus cavernosum urethrae и gl. vulvo-vaginalis, которая открывается въ преддверіе впереди дѣвственной плевы или ея остатковъ. Упомянутое пещеристое тѣло и железы отдѣлены отъ сосѣднихъ частей особенными фиброзными листками, происходящими отъ глубокой фасціи промежности. Эта фасція, расположенная подъ лонной дугой, прикрѣпляется къ lig. subpubicum и къ внутренней губѣ лонноседалищной кости; въ задней части промежности, впереди задняго прохода, она соединяется съ поверхностною фасціей промежности. Между 2 листками глубокой фасціи помещается m. transversus perinei prof., а ближе къ лонной дугѣ art. pudenda int. et n. pudendus communis s. internus. Черезъ эту фасцію проходитъ мочевой каналъ. Выше глубокаго листка фасціи промежности находится m. levator ani; онъ начинается отъ задней поверхности лонной кости, отъ arcus tendineus pelvis, которая проходитъ отъ нижняго края pubis до spina ischii, отъ lig. sacro-spinosum, а также отъ кончика. Волокна этой мышцы направляются внутрь, сближаются между собою и переходятъ выше sphincter. ani ext. на боковыя стѣнки прямой кишки, влагалища и мочевого пузыря. Расположенный непосредственно подъ fascia pelvis, m. levator ani на своей нижней выпуклой поверхности имѣетъ фасцію,

constrictor cunni. Эти мышцы имѣютъ болѣе или менѣе продольное направленіе сзади напередъ; m. transversus perinei superficialis проходитъ поперекъ. Кзади и кнутри отъ m. constrictor cunni лежитъ corpus cavernosum urethrae и gl. vulvo-vaginalis, которая открывается въ преддверіе впереди дѣвственной плевы или ея остатковъ. Упомянутое пещеристое тѣло и железы отдѣлены отъ сосѣднихъ частей особенными фиброзными листками, происходящими отъ глубокой фасціи промежности. Эта фасція, рас-

которая между прочимъ образуетъ внутреннюю стѣнку заднепроходно-сѣдалищной ямки, fossa ischio-rectal. Наружную стѣнку этой впадины образуетъ сѣдалищный бугоръ и часть этой кости, покрытая *m. obturator int.* и его фасціей. Нижняя ея стѣнка покрыта поверхностною фасціей и кожей. Верхушка ямки, глубина которой не менѣе 5 см., образуется сляініемъ фасціи *m. levator ani* и *m. obturator int.* Fossa ischio-rectal. наполнена жировой тканью, въ глубинѣ ея проходитъ небольшая *art. haemorrhoidalis inf.* въ поперечномъ направленіи, происходящая отъ *art. pudenda int.*, которая расположена возлѣ сѣдалищной кости, гдѣ она закрыта плотной фасціей *m. obturator. int.* Лужка называется эту впадину *cavum subcutaneum pelvis*. Скопившійся гной въ тазовой клѣтчаткѣ рѣдко проникаетъ въ эту область; для этого необходимо, чтобъ образовалось отверстие въ тазовой фасціи и въ нижнемъ апоневрозѣ *m. levator ani*.

Глава 3.

Кровеносные, лимфатическіе сосуды и нервы женскаго таза.

Артеріи таза. Какъ извѣстно, брюшная аорта раздѣляется на двѣ общія подвздошныя артеріи, *art. iliacaе comm.* Каждый изъ этихъ сосудовъ нисходитъ книзу по передней поверхности послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ, по внутреннему краю *m. psoas*, позади мочеочника къ соотвѣтственному крестцово-подвздошному соединенію и раздѣляется на уровнѣ мыса крестцовой кости на подчревную, *art. hypogastrica*, и наружную подвздошную артерію, *art. iliaca ext.* Первая снабжаетъ кровью по преимуществу тазъ, вторая — главнымъ образомъ несетъ кровь къ нижней конечности. *Art. hypogastrica*, составляющая какъ бы непосредственное продолженіе общей подвздошной артеріи, отходитъ впереди крестцово-подвздошнаго сочлененія и вскорѣ распадается на значительное число вѣтвей. По своему расположенію эти вѣтви можно раздѣлить на 3 отдѣла—переднія, заднія и внутреннія. Для насъ имѣютъ важное практическое значеніе преимущественно внутреннія вѣтви, такъ какъ онѣ идутъ къ половымъ органамъ и другимъ внутренностямъ таза. Къ числу ихъ принадлежитъ *art. vesicalis inf.*, *art. uterina* et *art. haemorrhoidalis media*. Слѣдуетъ замѣтить, что ни одинъ изъ этихъ сосудовъ не снабжаетъ кровью исключительно тотъ органъ, отъ котораго онъ получилъ названіе.

Кпереди раньше другихъ вѣтвей отъ *art. hypogastrica* отходитъ съ каждой стороны пупочная артерія, *art. umbilicalis*, которая, отдѣлившись вѣтвь къ мочевому пузырю, *art. vesicalis super.*, направляется къ пупку. У взрослыхъ она представляется заросшею, въ видѣ *lig. vesicalis later.* Затѣмъ слѣдуетъ *art. ileolumbalis* et *art. obturatoria.*

Къ заднимъ вѣтвямъ art. hypogastr. относятся: art. sacralis later., далѣе art. glutea и art. ischiadica. Оба послѣдніе сосуда выходятъ изъ таза чрезъ for. ischiadicum maj., первая выше m. pyriformis, вторая вмѣстѣ съ art. pudenda int. ниже этой мышцы. Art. pudenda int. образуетъ какъ бы конечную вѣтвь art. hypogastricae; она направляется къ выходу таза и развѣтвляется на промежности и въ наружныхъ половыхъ частяхъ.

Маточныя артеріи имѣютъ наиболѣе важное практическое значеніе. Какъ уже сказано, онѣ происходятъ съ каждой стороны по одной отъ art. hypogastrica. Артерія проходитъ возлѣ боковой стѣнки таза кнаружи отъ мочеточника. На 4 см. ниже своего начала артерія удаляется отъ стѣнки таза, описывая кривую, и проходитъ чрезъ основаніе широкой связки тотчасъ спереди мочеточника. Art. uterina приближается съ каждой стороны къ боковой стѣнкѣ матки въ области шейки, гдѣ она скрещивается съ мочеточникомъ, которому отдѣляетъ небольшую вѣтку. Она посылаетъ также art. vaginalis въ случаѣ, если послѣдняя не отходитъ отъ art. hypogastrica или отъ art. vesicalis inf., къ боковой стѣнкѣ влагалища. Art. vaginalis даетъ влагалищу длинный рядъ вѣтвей и довольно значительныя вѣтки мочевому пузырю и въ bulbus cavernosus urethrae. Раньше перехода на матку она даетъ съ каждой стороны вѣтвь къ маточной шейкѣ, art. cervicovaginalis, которая соединяется съ развѣтвленіями противоположной стороны. Стволъ артеріи восходитъ кверху по краю матки въ широкой связкѣ; отъ него подъ прямымъ угломъ идутъ много поперечныхъ вѣтвей, которыя подобно стволу представляютъ спиральныя извилины. Art. uterina расположена надъ мочеточникомъ, подъ которымъ проходитъ vena uterina. Не доходя до верхняго угла матки, art. uterina заворачивается кнаружи въ широкую связку на встрѣчу art. spermatica int., съ которою она соединяется, образуя art. utero-ovarialis. Art. haemorrhoidalis media развѣтвляется преимущественно въ стѣнкахъ прямой кишки.

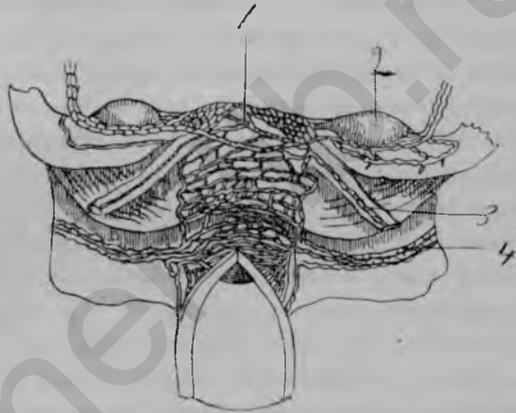
Внутреннія стѣнные артеріи, art. spermaticae intern. Кромѣ вѣтвей art. hypogastricae внутренніе половые органы получаютъ также кровь отъ art. spermatic. int., которыя числомъ двѣ происходятъ высоко изъ брюшной аорты, откуда направляются книзу и немного кнаружи въ тазъ впереди мочеточниковъ, съ которыми онѣ перекрещиваются подъ острымъ угломъ. Спустившись въ тазъ, артерія вступаетъ въ широкую связку въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится наружный конецъ яичника, чрезъ lig. infundibulo-pelvicum. Она отдаетъ много вѣтвей, изъ коихъ однѣ проходятъ вдоль наружнаго края яичника и проникаютъ въ существо этой железы, другія направляются кнаружи, сопровождая ampulla tubae; конечная вѣтвь направляется внутрь и соединяется съ вѣтвью art. uterinae, образуя уже упомянутый анастомозъ. Небольшая вѣтка сопровождаетъ lig. rotundum и образуетъ анастомозъ съ вѣткой art. epigastir. inf. и съ art. spermatic. ext., происходящей отъ

art. femoralis. Мѣсто вступленія art. spermatic. int. въ широкую связку находится на уровнѣ, гдѣ скрещиваются art. et v. iliacaе ext. Это мѣсто, по изслѣдованіямъ Nagel'я, лежитъ на 2 см. къзади отъ начала diameter transv. тазоваго входа.

Изъ полости живота въ тазъ направляется еще art. haemorrhoidalis int., происходящая отъ a. mesenterica inf. Какъ показываетъ самое названіе, эта артерія развѣтвляется въ стѣнкахъ прямой кишки.

Вены различныхъ органовъ таза большею частію сопровождаютъ одноименныя артеріи; кромѣ того существуетъ еще нѣсколько отдѣльныхъ сплетеній. Plex. pubicus impar, иначе pl. Santorini, лежитъ позади lig. arcuatum pubis, за нижнимъ краемъ symphysis pubis, оно расположено на передней стѣнкѣ мочеиспускательнаго канала и пузыря Далѣе plex. vesicalis, uterovaginalis,

которыя расположены въ окружности влагалища и отчасти въ поверхностномъ слое матки; plex. haemorrhoidalis, соединяющійся посредствомъ v. haemorrhoidalis inf. съ v. porta. Остальныя венозныя сплетенія и вены переходятъ преимущественно въ v. hypogastrica. Внутренняя сѣменная вена, v. spermatica int., анастомозируетъ съ v. uterina и въ широкой связкѣ съ каждой стороны матки образуетъ большое сплетеніе—plex. spermatic. или rampiniformis. Венозная кровь въ клиторѣ собирается главнымъ образомъ въ v. dorsalis clitoridis, которая переходитъ въ plex. pubicus impar и въ v. pudenda int. Вены наружныхъ половыхъ частей vv. pudendae ext. переходятъ въ v. saphena или въ v. cruralis.



Фиг. 25. Лимфатическіе сосуды внутреннихъ половыхъ органовъ: 1—матка, 2—яичникъ, 3—lig. rotundum, 4—lig. latum.

Лимфатическія сплетенія и железы таза. Лимфатическія сплетенія, расположенныя подъ наружными покровами похотника, въ слизистой оболочкѣ большихъ и малыхъ губъ, а также влагалища, образуютъ нѣсколько небольшихъ стволовъ, которые переходятъ подъ кожей въ поверхностныя паховыя железы, gl. inguinales superficiales, находящіяся въ соединеніи съ глубокими паховыми железами, gl. inguinales prof., расположенныхъ возлѣ бедренныхъ кровеносныхъ сосудовъ подъ фасціей, а также съ лимфатическими сосудами таза при посредствѣ lig. rotund. uteri. Глубокія паховыя железы даютъ стволы, переходящіе въ подвздошныя лимфатическія железы, gl. iliacaе, расположенныя возлѣ одноименной

артеріи и вены; сюда переходятъ, также лимфатическіе сосуды, сопровождающіе *v. circumflex. ilei* и *v. epigastric. Gl. hypogastricae* въ числѣ 9—12 находятся возлѣ соименной вены; въ нихъ переходятъ лимфатическіе стволы отъ *gl. iliacaе*, а также лимфатическіе сосуды, идущіе совмѣстно съ различными развѣтвленіями *v. hypogastricae* съ передней и задней стороны тазовой области, отъ пузыря, влагалища, матки, а также отъ задняго прохода, промежности и отчасти отъ наружныхъ половыхъ частей. Отъ *gl. hypogastr.* лимфатическіе стволы переходятъ въ поясничныя железы, *gl. lumbales*. Въ эти железы также переходятъ лимфатическіе сосуды, выходящіе изъ крестцовыхъ железъ, *gl. sacrales*, расположенныхъ по бокамъ крестца и возлѣ мыса, и собирающихъ лимфу изъ прямой кишки, задней стѣнки таза и нижней части позвоночнаго канала.

Первы таз. *Pl. lumbalis* своею нижнею частью помѣщается въ большомъ тазу. Это сплетеніе образуется главнымъ образомъ 4-мя передними вѣтвями поясничныхъ нервовъ, выступающихъ между боковою и срединною головками *m. psoas*. Отъ него происходитъ большое количество нервовъ, именно *nn. ileo-hypogastricus, ileo-inguinalis, lumbo-inguinalis, spermaticus ext.*, а также большія длинныя вѣтви—*n. cutaneus femoris lateralis*, толстый стволъ *n. cruralis* и *n. obturatorius*. Въ маломъ тазу съ каждой стороны на передней боковой поверхности крестцовой кости, а также и впереди *m. pyriformis* и сухожилия *m. coccygei*, расположено нервное крестцовое сплетеніе, *plex. sacralis*, которое образуется изъ переднихъ вѣтвей пятого поясничнаго и пяти крестцовыхъ нервовъ; посредствомъ соединительной вѣтви между 4 и 5 поясничнымъ нервомъ крестцовое сплетеніе соединяется съ поясничнымъ. Непосредственнымъ продолженіемъ *plex. sacralis* можно считать незначительное копчиковое нервное сплетеніе, *plex. coccygeus*. Чрезвычайно богатое нервными вѣтвями крестцовое сплетеніе даетъ въ полости таза слѣдующія нервныя вѣтви: *nn. glutei sup. et inf.*, *n. pudendo-haemorrhoidalis*, а также большую длинную вѣтвь—*n. cutaneus post.* и чрезвычайно толстый стволъ *n. ischiadicus*. Всѣ эти тазовые нервы выходятъ изъ полости таза чрезъ *incis. ischiadica major*. Изъ числа нервовъ, происходящихъ отъ поясничнаго и крестцоваго сплетеній, только немногіе даютъ вѣтви къ органамъ, расположеннымъ въ женскомъ тазу, и къ наружнымъ половымъ частямъ. Изъ нихъ *n. ileo-inguinalis* своими конечными вѣтвями снабжаетъ кожу лобка, *n. spermaticus ext.* проходитъ съ *lig. teres* и вмѣстѣ съ нею переходитъ въ паховую область и развѣтвляется въ кожѣ большой губы. *N. pudendo-haemorrhoidalis*, иначе *n. pudendalis comm.*, выходитъ изъ таза вмѣстѣ съ *art. pudenda* чрезъ большую сѣдалищную вырѣзку подъ *lig. sacro-spinosum* и ниже *lig. sacro-tuberosum* снова вступаетъ въ полость таза. Онъ раздѣляется на нѣсколько вѣтвей: *n. dorsalis clitoridis, n. perinealis et n. haemorrhoidalis ext.*, которые развѣтвляются главнымъ образомъ въ мышцахъ

и кожныхъ покровахъ соотвѣтствующихъ областей. *N. dorsalis clitoridis* развѣтвляется также на головкѣ и крайней плоти клитора; *n. cutaneus post.* даетъ вѣтви къ кожѣ большихъ губъ, *n. pudendus long. inf.*

Нервы внутреннихъ гетеродныхъ органовъ. Главнымъ образомъ внутренніе половые органы получаютъ нервныя вѣтви отъ *n. sympaticus*. Наибольше отдаленныя вѣтви симпатическаго нерва, имѣющія непосредственное отношеніе къ этимъ органамъ, начинаются отъ *plex. coeliacus*. Главнымъ же источникомъ этихъ нервовъ служитъ *pl. uterinus magnus*,



Фиг. 26. Нервныя сплетенія внутреннихъ половыхъ органовъ. 1—труба, 2—передняя стѣнка живота, 3—лошная кость, 4—крестцовое сплетеніе, 5—ureter, 6—os ilium, 7—прямая кишка, 8—gangl. cervicale.

расположенное на мѣстѣ дѣленія аорты и ниже въ видѣ плоскаго нервнаго ствола. Сверху въ него переходятъ нервныя вѣтви отъ *plex. mesentericus sup.* и *plex. spermaticus*, къ которому присоединяются толстыя вѣтви отъ 2 и 3 поясничныхъ симпатическихъ узловъ. Сѣменное сплетеніе, *pl. spermaticus*, спускается въ тазъ совместно съ *art. spermatica* и развѣтвляется въ широкихъ связкахъ, гдѣ отдаетъ вѣтви яичнику, трубѣ и соединяется съ маточными сплетеніями.

Приблизительно на 4 см. ниже раздѣленія аорты маточное сплетеніе раздѣляется на 2 вѣтви—правое и лѣвое подчревныя сплетенія, *pl. hypogastric.*, расположенныя подъ брюшиною по обѣимъ сторонамъ прямой кишки и получающія вѣтви иногда отъ второго и постоянно

отъ 3 и 4-го крестцовыхъ нервовъ и отъ крестцовыхъ узловъ *n. sympathici*. Каждое подчревное сплетеніе распадается на двѣ неравныя части, изъ коихъ меньшая переходитъ непосредственно на заднюю и боковую части матки, а большая, образующая узелъ шейки, *gangl. cervicale*, расположена съ каждой стороны сзади и сбоку свода влагалища. Отъ этого узла идетъ много нервныхъ вѣтвей въ матку и ея шейку, а также къ мочевому пузырю и влагалищу. Во время беременности *gangl. cervicale* значительно увеличивается и достигаетъ 5 см. длины и 4 см. ширины. Нервы образуютъ на маткѣ, пузырьѣ и на влагалищѣ густыя сплетенія — *pl. vesicalis et pl. utero-vaginalis*. Продолжаясь далѣе книзу, симпатическіе нервы образуютъ *pl. haemorrhoidalis*, происходящее отъ *plex. utero-vaginalis*.

Глава 4.

Краткій очеркъ развитія женскихъ половыхъ органовъ.

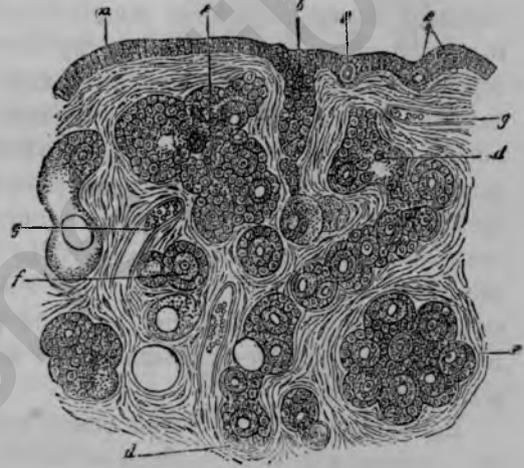
Развитіе половыхъ органовъ, какъ извѣстно, начинается очень рано въ утробной жизни. Nagel у зародыша 11—13 mm., т.-е. приблизительно на 5 недѣлѣ, видѣлъ на хвостовомъ концѣ, между половымъ и хвостовымъ бугорками, ямку, въ которую, вскорѣ послѣ образования *alantois*, открывается наружу внутренняя часть этого послѣдняго, будущей мочевой пузырь, совмѣстно съ конечной кишкой, чрезъ щелевидное отверстіе, извѣстное подъ именемъ клоаки. На 6 недѣлѣ утробной жизни по бокамъ возлѣ этой щели появляются половыя складки, а спереди возникаетъ половой бугорокъ, на нижней поверхности котораго замѣчается желобокъ. Вслѣдъ за этимъ посредствомъ перегородки, вырастающей сверху внизъ и сливающейся съ сосѣдними частями, часть клоаки, *sinus urogenitalis*, въ которую у зародыша, имѣющаго 2,5 см. длины, окрываются Мюллеровы каналы, отдѣляется отъ прямой кишки; причѣмъ отверстіе послѣдней отступаетъ нѣсколько кзади, вслѣдствіе утолщенія перегородки, изъ которой постепенно развивается промежность. Она возникаетъ чрезъ соединеніе заднихъ частей половыхъ складокъ и слянія переднихъ отдѣловъ заднепроходныхъ бугровъ по средней линіи. На IV мѣсяцѣ у зародыша на наружныхъ частяхъ обозначается полъ; при этомъ у дѣвочекъ половой бугорокъ превращается въ клиторъ, а боковыя складки въ большія и малыя губы. Начиная съ V мѣсяца на границѣ между *sinus urogenitalis*, который, при дальнѣйшемъ развитіи мочевого канала, постепенно превращается въ преддверіе, *vestibulum*, и образовавшимся, чрезъ соединеніе Мюллеровыхъ каналовъ, влагалищемъ возникаетъ кайма, представляющая зачатокъ дѣвственной плевы, *hymen*. Дальнѣйшее развитіе наружныхъ половыхъ органовъ, *vulva*, происходитъ непрерывно чрезъ постепенное разрастаніе упомянутыхъ частей

до самаго рожденія плода и продолжается у дѣвочекъ до наступленія половой зрѣлости.

Мнѣніе Reichel'я, который утверждаетъ, будто бы даже нижняя часть пузыря и верхняя часть мочевого канала образуется изъ клоаки, требуетъ подтвержденія. То же самое можно сказать относительно взгляда Klein'a, который разсматриваетъ дѣвственную плевку какъ истонченную часть тазового дна. На основаніи исторіи развитія наружныхъ женскихъ половыхъ органовъ, легко можно установить аналогію между нѣкоторыми частями мужскихъ и женскихъ половыхъ органовъ. *Lacinae Guereni* соответствуютъ *gl. prostata*, Бартолиновы железы — Куперовымъ, другія дольчатая слизистая железы предверья—*gl. Littré* и пр.

Первые зачатки внутреннихъ половыхъ органовъ замѣчаются у зародыша на 6 недѣль, когда возлѣ позвоночника съ каждой стороны является полоска эпителия, состоящая изъ нѣсколькихъ слоевъ клѣтокъ, расположенныхъ возлѣ внутренняго края первичной почки, иначе—Вольфова тѣла. Нѣкоторыя изъ этихъ клѣтокъ отличаются болѣе значительнымъ объемомъ — первичныя яйцевыя клѣтки. Эти слои эпителиальныхъ ячеекъ, къ которымъ вскорѣ присоединяется соединительная ткань, представляютъ зачатокъ яичника. Эпителиальная клѣтка, постепенно размножаясь, врастаютъ въ соединительную ткань въ видѣ мѣшкообразныхъ отростковъ, которые раздѣляются сильно разрастающеюся соединительной тканью на отдѣльные шаровидныя клубки съ первичными фолликулами. Каждый такой пузырекъ, *folliculus*, на разрѣзѣ представляетъ яйцевидную клѣтку, окруженную слоемъ эпителиальныхъ ячеекъ. Образование новыхъ пузырьковъ посредствомъ отщепленія продолжается во все время утробной жизни и даже по рожденіи дѣвочки въ теченіе перваго года, хотя въ гораздо меньшей степени. Изъ первичныхъ пузырьковъ, вслѣдствіе накопленія жидкости и размноженія ячеекъ, образуются болѣе зрѣлыя фолликулы, извѣстныя подъ именемъ Граафовыхъ пузырьковъ. Главная функція яичниковъ — выдѣленіе яицъ, начинается только съ наступленіемъ половой зрѣлости.

У новорожденныхъ дѣвочекъ яичникъ имѣетъ плоскую форму, въ видѣ куска тесьмы, длиною 0,5—1 см., и расположенъ вмѣстѣ съ маткою во входѣ таза. Уже на 8 недѣль утробной жизни появляется съ



Фиг. 27. Образование перенхимы яичника. Часть продольнаго разрѣза черезъ яичникъ новорожденной дѣвочки: *a*—эпителий яичника, *b*—начало образованія мѣшка, *c*—яйца среди эпителия, *d*—яичниковый мѣшокъ, *e*—яйцевые шары, *f*—первичный пузырекъ, *g*—сосуды.

У новорожденныхъ дѣвочекъ яичникъ имѣетъ плоскую форму, въ видѣ куска тесьмы, длиною 0,5—1 см., и расположенъ вмѣстѣ съ маткою во входѣ таза. Уже на 8 недѣль утробной жизни появляется съ

каждой стороны позвоночника зачатокъ круглой связки, *lig. rotundum*, которая, постепенно утолщаясь, смѣщаетъ яичники и прилежащіе углы матки въ полость таза, гдѣ эти органы обыкновенно находятся при наступленіи половой зрѣлости.

Вскорѣ послѣ появленія зачатковъ половыхъ железъ, на передней поверхности Вольфовыхъ тѣлъ и протоковъ образуются Мюллеровы нити, по одной съ каждой стороны, которыя въ скоромъ времени превращаются въ каналы, направляющіеся позади мочевого пузыря къ заднему концу зародыша и открывающіеся въ клоаку. Каналы въ средней и нижней части сливаются въ одинъ, и въ такомъ видѣ, вмѣстѣ съ зачатками яичниковъ, представляютъ основу для развитія внутреннихъ половыхъ органовъ. Одновременно у женскихъ недѣлимыхъ Вольфовы тѣла не развиваются дальше, а протоки ихъ обыкновенно совершенно исчезаютъ. Иногда остаются въ стѣнкахъ влагалища или въ широкихъ связкахъ остатки этихъ каналовъ, которые могутъ послужить исходнымъ пунктомъ образования кистовидныхъ и плотныхъ опухолей. Только на VI мѣсяцѣ утробной жизни появляется выпячиваніе ткани на мѣстѣ будущей влагалищной части, отдѣляющее матку отъ рукава. Кверху слияніе Мюллеровыхъ каналовъ доходитъ съ каждой стороны до мѣста отхожденія паховой связки Вольфова тѣла, будущей круглой связки матки, *lig. rotundum uteri*. Кнаружи отъ этого мѣста каналы навсегда остаются разъединенными, изъ этой части образуются Фаллопиевы трубы. Во время утробной жизни онѣ представляютъ ясно выраженные извилины, число ихъ на VIII мѣсяцъ доходитъ до 6 или 7; въ образованіи извилинъ участвуетъ вся стѣнка трубы. У новорожденныхъ извилины меньше, и число ихъ уменьшается по мѣрѣ развитія дѣвочки. При наступленіи половой зрѣлости обыкновенно ихъ не находятъ, за рѣдкими исключеніями.

Первое время часть матки между трубами представляетъ углубленіе, которое постепенно выполняется. У новорожденной дѣвочки матка своею формою напоминаетъ кеглю, $\frac{2}{3}$ ея длины заняты шейкою, стѣнки которой гораздо толще, чѣмъ стѣнки тѣла. Дно матки плоское, не образуетъ выпячиванія. Въ дѣтствѣ матка растетъ медленно, нѣсколько скорѣе она развивается предъ наступленіемъ половой зрѣлости.

Влагалище развивается изъ нижней части Мюллеровыхъ каналовъ, которые сливаются между собою въ концѣ II мѣсяца утробной жизни; сперва оно представляетъ непосредственное продолженіе матки и только послѣ того, какъ обозначается шейка, оно ограничивается отъ матки. Въ VI мѣсяцѣ утробной жизни во входѣ влагалища, на границѣ съ *sinus urogenitalis*, начинаеть приподниматься складка слизистой оболочки, которая, постепенно увеличиваясь, образуетъ дѣвственную плеву, *hymen*. Внутренняя поверхность влагалища, вначалѣ гладкая, получаетъ поперечныя и продольныя складки, которыя у новорожденныхъ достигаютъ уже значительной степени развитія.

Глава 5.

Анатомическое строение половых органовъ женщины.

Женскіе половые органы раздѣляются на наружные и внутренніе. Первые находятся снаружи костнаго таза, вторыя помѣщаются въ тазовой полости.

а) *Наружныя половыя части*, *vulva*, состоятъ изъ лоннаго возвышенія, большихъ и малыхъ губъ, клитора и преддверія съ его железками.

1. *Лонное возвышеніе*, *mons veneris*, представляетъ утолщеніе подкожной жировой клѣтчатки, непосредственно надъ лонными костями, часто отдѣленное бороздой отъ брюшныхъ покрововъ и переходящее книзу въ большія губы. При наступленіи половой зрѣлости лонное возвышеніе покрывается волосами, его кожа богата сальными и потными железками. Книзу отъ лоннаго возвышенія проходитъ по направленію къ промежности половая щель, *rima pudendi*, по обѣимъ сторонамъ которой расположены большія и малыя губы.

2. *Большія губы*, *labia majora*, представляютъ двѣ продолговатыя складки, слегка округленныя, наружная поверхность которыхъ порита волосами. Онѣ отдѣляются значительнымъ углубленіемъ отъ бедеръ, *plica genito-cruralis*. У молодыхъ здоровыхъ женщинъ большія губы плотны и полны, у женщинъ старыхъ, или изнуренныхъ болѣзнями, онѣ представляются морщинистыми и дряблыми, вслѣдствіе исчезновенія жира. У невинныхъ дѣвицъ и молодыхъ нерожавшихъ женщинъ съ хорошимъ питаніемъ губы закрываютъ половую щель, прилегая одна къ другой своими внутренними краями, на которыхъ наружные покровы тоньше, хотя сохраняютъ свойство кожи. У женщинъ рожавшихъ и пожилыхъ губы расходятся, и половая щель представляется открытою. Направляясь къзади, большія губы становятся тоньше и, соединяясь между собою, образуютъ такъ называемую уздечку, *frenulum lab.*, которая часто разрывается при первыхъ родахъ; позади уздечки кнутри находится ладьевидная ямка, *fossa navicularis*. Кожа большихъ



Ф. 28. Наружные половые органы

губъ богата сальными и потовыми железами; довольно рыхлый подкожножирный слой толще въ верхнихъ частяхъ губъ; подъ нимъ расположена поверхностная фасція, переходящая кзади на промежность, а кверху до наружнаго пахового кольца, между ножками котораго находится жировая ткань и пучки, представляющіе наружный конецъ круглой маточной связки, *lig. rotundum uteri*. Въ исключительныхъ случаяхъ здѣсь встрѣчается выпячиваніе брюшины, сопровождающей эту связку, *canalis Nuckii*.

3. *Малыя губы*, *labia minora s. nymphae*, представляютъ довольно узкія складки, возвышающіяся съ каждой стороны на внутренней поверхности большихъ губъ, начиная отъ середины послѣднихъ и восходя кверху къ клитору, гдѣ малыя губы расщепляются на двѣ складки, изъ коихъ верхняя направляется выше клитора, образуя его крайнюю плотъ, *praeputium clitoridis*, а нижняя направляется къ нижней поверхности этого органа, составляя его уздечку, *frenulum clitoridis*. У дѣвушекъ и молодыхъ нерожавшихъ женщинъ обыкновенно малыя губы бываютъ закрыты большими; но послѣ родовъ, въ особенности у пожилыхъ женщинъ, онѣ нѣсколько выдаются, теряютъ свою мягкость и розовый цвѣтъ, дѣлаются сухими, похожими на кожу. Строеніе ихъ сходно съ большими губами. Въ кожныхъ сосочкахъ или подлѣ нихъ въ малыхъ губахъ расположены особенныя нервныя окончанія, извѣстныя подъ именемъ колбовидныхъ Мейснеровыхъ и половыхъ тѣлецъ, которыя находятся также въ наружныхъ покровахъ головки клитора, чѣмъ объясняется сладострастное ощущеніе, развивающееся въ этихъ частяхъ при совокупленіи.

4. *Клиторъ или похотникъ*, *clitoris*, представляетъ небольшой способный напрягаться органъ, аналогичный съ дѣтороднымъ членомъ. Онъ состоитъ изъ двухъ кавернозныхъ тѣлъ, изъ коихъ каждое начинается отъ лонно-сѣдалищной вѣтви, направляется впередъ и кверху, соединяется съ кавернознымъ тѣломъ противоположной стороны. Тѣло клитора прикрѣплено къ лонному соединенію посредствомъ *lig. suspensorium*; оно направлено впередъ и книзу, образуя искривленіе, обращенное вогнутостью книзу; закругленный конецъ клитора носитъ названіе головки, *glans clitoridis*. Длина клитора около 3 см. Этотъ органъ способенъ напрягаться, причемъ онъ направляется нѣсколько кпереди. Пещеристыя тѣла состоятъ изъ кавернозной ткани, въ многочисленныхъ перегородкахъ которой находятся мышечныя волокна. Артеріи изливаютъ кровь прямо въ эту ткань, почему клиторъ имѣетъ способность быстро напрягаться. Онъ очень богатъ нервами, которые получаетъ отъ *n. pudendus intern.*

5. *Преддверіемъ* называется небольшая часть полового канала, лежащая предъ дѣвственною плевою и ограниченная спереди клиторомъ, малыми губами и уздечкою. Стѣнки преддверія выстланы многослойнымъ эпителиемъ. Подъ слизистой оболочкою расположено съ каждой

стороны кавернозное тѣло, *bulbus vestibuli*, которое способно набухать чрезъ переполненіе кровью. Ниже похотника оба пещеристыя тѣла посредствомъ венознаго сплетенія соединяются между собою. Съ боковъ впереди дѣвственной плевы въ преддверіе открываются двѣ Бартолиновы железы, *gl. vulvo-vaginales*, принадлежащія къ числу слизистыхъ гроздевидныхъ железъ. Каждая железа величиною не больше боба и расположена возлѣ стѣнки входа во влагалище за дѣвственной плевой, она прилегаетъ къ пещеристому тѣлу влагалища, а снаружи покрыта *m. bulbocavernosus*. Ея выводной протокъ длиною отъ 15—18 см. открывается въ преддверіе непосредственно впереди дѣвственной плевы.

На верхней стѣнкѣ преддверія, на 1—2 см. ниже клитора, находится наружное отверстіе мочевого канала, *orific. ext. urethrae*, впереди влагалищнаго бугорка, представляющаго окончаніе *columnae rugar. ant.*



Входъ въ влагалище у нерожавшей женщины.

Фиг. 29.

Входъ въ влагалище у рожавшей женщины.

Обыкновенно оно круглое или звѣздчатой формы, иногда щелевидное и въ нѣкоторыхъ случаяхъ окружено въ видѣ вѣнчика выдающимся краемъ слизистой оболочки. У женщинъ мочевоу каналъ, *urethra*, имѣетъ около 3 см. длины и 7 мм. ширины, способенъ къ значительному сравнительно растяженію. Его наружное мочевоу отверстіе представляетъ наиболѣе узкое мѣсто. При стоячемъ положеніи женщины мочевоу каналъ имѣетъ почти вертикальное направленіе снизу вверхъ и нѣсколько кзади; при лежаніи на спинѣ направленіе сего становится горизонтальнымъ. Поднимаясь къ мочевоу пузырю, мочевоу каналъ описываетъ за лоннымъ соединеніемъ слабо искривленную дугу. Передняя стѣнка канала обращена къ лонному соединенію, задняя тѣсно сращена съ влагалищемъ, имѣетъ около 1 см. толщины. Стѣнки мочевоу канала состоятъ изъ двухъ оболочекъ: наружной—мышечной и внутренней—слизистой. Мышечная оболочка имѣетъ два слоя—внутренній продольный, продолжающійся на стѣнки мочевоу пузыря, и

наружный циркулярный. Слизистая оболочка податлива, сѣро-розоваго цвѣта, представляетъ продольныя складки, которыя сглаживаются при растяженіи. Возлѣ наружнаго мочевого отверстія находятся углубленія, lacinae, въ видѣ слѣпыхъ мѣшечковъ, глубиною отъ 5 до 7 mm.; онѣ играютъ немаловажную роль при заболѣваніи гонорреей. Нижнюю стѣнку преддверія представляетъ такъ называемая ладьевидная ямка, fossa navicularis.

б) *Внутренніе половые органы* состоятъ изъ влагалища, матки и ея придатковъ—Фаллопеевыхъ трубъ и яичниковъ.

1. *Дѣвственная плева*, hymen, у невинныхъ дѣвицъ отдѣляетъ влагалище отъ преддверія. Она представляетъ складку слизистой оболочки, которая поднимается съ задней стѣнки. Наичаще она имѣетъ полулунное очертаніе съ вогнутостью, обращенною кверху. Она закрываетъ входъ во влагалище, оставляя небольшое отверстіе, которое въ нормальномъ состояніи не пропускаетъ конца указательнаго пальца. Однако, нерѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ можно съ осторожностью провести указательный палецъ чрезъ это отверстіе во влагалище у дѣвушекъ, не имѣвшихъ половыхъ отношеній,—до такой степени иногда бываетъ податлива дѣвственная плева. Нерѣдко это зависитъ отъ хроническаго заболѣванія матки, мастурбаціи или повторнаго гинекологическаго изслѣдованія. При первомъ сношеніи перепонка разрывается въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ, образуя лоскуты, которые послѣ первыхъ родовъ сглаживаются и превращаются въ такъ называемые сосочки, sagunculae multiformes. Въ виду значенія, которое имѣетъ иногда дѣвственная плева въ судебно-медицинскомъ отношеніи, необходимо знать, что форма и очертанія дѣвственной плевы неодинаковы. Д-ръ В. Мержевскій различаетъ два вида дѣвственной плевы—дѣвственную плеву въ видѣ заслонки и дѣвственную плеву въ видѣ каймы, выступающей вокругъ входа во влагалище. Каждый изъ этихъ видовъ представляетъ нѣсколько подраздѣленій. Къ первому виду, кромѣ вышеописанной полулунной формы, h. semilunaris, еще относятся h. imperforatus, annularis et cribrosus. Ко второму виду—h. fimbriatus, lobularis et spiralis. Дѣвственная плева въ видѣ каймы встрѣчается наичаще у дѣвочекъ. Повидимому она въ нѣкоторыхъ случаяхъ переходитъ съ возрастсмъ въ перепончатую форму.

За дѣвственную плевой расположено *влагалище* или *рукавъ*, vagina, представляющее каналъ, посредствомъ котораго матка сообщается съ наружными половыми органами. Чрезъ этотъ каналъ сѣмя попадаетъ въ матку, а также содержимое послѣдней выдѣляется наружу. Собственно говоря, въ нормальномъ состояніи канала не существуетъ, пока влагалище пусто; его передняя и задняя стѣнки прилегаютъ одна къ другой. При стоячемъ положеніи женщины, влагалище, подобно мочевому каналу, имѣетъ также вертикальное направленіе, проходя снизу вверхъ и отклоняясь къзади. При положеніи женщины на спишь, влагалище полу-

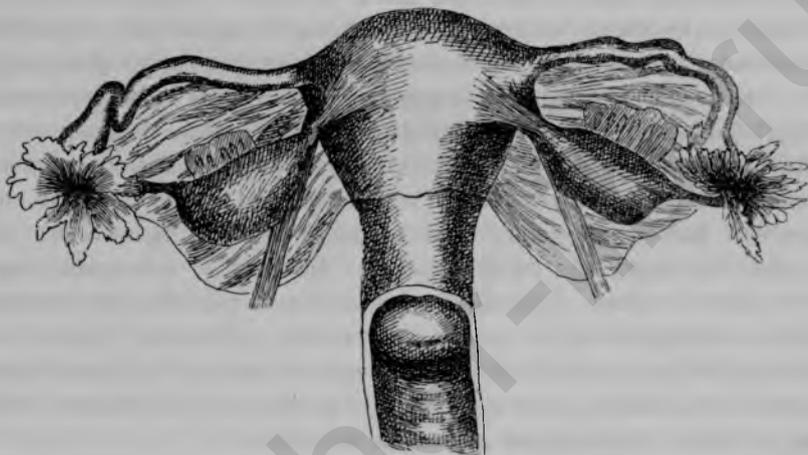
часть почти горизонтальное направление. Входъ во влагалище, *introitus vaginae*, находится въ передней части выхода таза и представляетъ, при цѣлости промежности, наиболѣе узкое мѣсто на всемъ протяженіи рукава. Верхняя часть влагалища, въ которую вдается нижняя часть маточной шейки, *portio vaginalis uteri*, напротивъ представляется значительно расширенною, образуя вокругъ шейки такъ называемые своды—передній, задній и два боковые. Стѣнка влагалища способна сильно растягиваться, что доказываетъ, между прочимъ, весь ходъ родовъ. Такъ какъ влагалище образуетъ небольшую кривизну съ выпуклостью къзади, то задняя стѣнка обыкновенно на 1—1,5 см. длиннѣе передней, имѣющей длину отъ 7 до 8 см. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ длина влагалища достигаетъ 10, даже 11 см.

Въ стѣнкахъ влагалища различаютъ три слоя. Наружный фиброзный слой, содержащій эластическія волокна и окруженный венозными сплетеніями. Средній слой, состоящій изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и небольшого количества поперечно-полосатыхъ, преимущественно во входѣ. Внутренній слой представляетъ слизистая оболочка, тѣсно соединенная съ мышечнымъ слоемъ. Стѣнки влагалища, преимущественно мышечный слой, переходятъ къверху въ существо матки, а книзу, при посредствѣ фасціи промежности, онѣ прикрѣпляются къ вѣтвямъ лонной дуги. Въ матку, по изслѣдованіямъ Dührssen'a, влагалище переходитъ двумя слоями. Наружный слой, который развѣтвляется вѣерообразно и распредѣляется въ поверхностномъ слоѣ *port. vaginal.*, состоитъ преимущественно изъ эластическихъ волоконъ. Внутренній слой, состоящій изъ мышцъ, переходитъ въ глубину до внутренняго зѣва матки, а также въ существо влагалищной части.

Передняя стѣнка влагалища соединяется еще съ мочевымъ пузыремъ и тѣсно срастается съ мочевымъ каналомъ. Соединеніе съ пузыремъ также довольно неподатливое, такъ что при опущеніи передней стѣнки влагалища опускается вмѣстѣ съ нею мочевой пузырь. Толщина влагалищно-пузырной перегородки не менѣе 7—8 mm. Задняя стѣнка влагалища возлѣ матки на протяженіи почти 2—3 см. покрыта брюшиною; далѣе она прилегаетъ къ прямой кишкѣ, образуя влагалищно-кишечную перегородку. Клѣтчатка, соединяющая заднюю стѣнку влагалища съ прямою кишкою, далеко не такъ плотна какъ на передней стѣнкѣ и дозволяетъ влагалищу нѣсколько смѣщаться отдѣльно отъ кишки. Только въ нижней части, гдѣ между этими частями вдается къверху въ видѣ клина промежность, соединеніе дѣлается гораздо болѣе плотнымъ. По сторонамъ влагалища справа и слѣва расположена тазовая клѣтчатка, а въ нижней части прикрѣпляется *m. levator ani*. Въ боковыхъ стѣнкахъ рукава проходятъ его наиболѣе крупные сосуды. Входъ во влагалище сѣуживается фасціями промежности, а также отчасти находящеюся здѣсь мышцею *m. bulbocavernosus, s. constrictor cunni*. Нѣкоторыя волокна его, перекрещиваясь, соединяются съ мышцею *sphincter ani*, а

кпереди выше мочевого канала они прикрѣпляются къ соответствующей ножкѣ клитора и къ фасціи. Способность къ сокращенію этого мускула не одинакова у различныхъ субъектовъ; иногда она совершенно утрачивается вслѣдствіе разрыва промежности или чрезмѣрнаго растяженія послѣдней при родахъ. У такихъ женщинъ большія губы сильно расходятся, и входъ во влагалище остается открытымъ.

Внутренняя поверхность влагалища представляется неровною, въ особенности въ средней и нижней части этого канала. На передней и задней стѣнкѣ выдаются продольныя возвышенія—*columnae rugar. ant. et post.*, первое начинается нѣсколько выше второго. Отъ нихъ проходятъ поперечныя возвышенія, и между ними находятся бороздки. Вслѣдствіе родовъ они отчасти уничтожаются въ верхней части влагалища, но въ



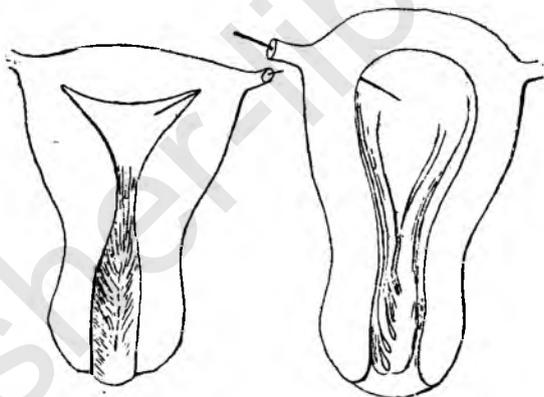
Фиг. 30. Матки съ ея придатками.

нижней части болѣе или менѣе сохраняются. Стѣнки влагалища вообще замѣтно утолщаются по направленію книзу и оканчиваются упомянутыми возвышеніями вблизи входа. Поверхность слизистой оболочки покрыта многочисленными коническими или нитеобразными сосочками и одѣта многослойнымъ плотнымъ эпителиемъ. Иногда здѣсь находили въ небольшомъ количествѣ слизистыя железы, но по изслѣдованіямъ Veit'a чаще ихъ вовсе не бываетъ. Лимфатическія сосуды, по изслѣдованію Poigier, находятся въ слизистой оболочкѣ, а болѣе широкая сѣть въ мышцахъ. Они переходятъ изъ нижней части въ *gl. inguinales*, изъ средней и верхней вмѣстѣ съ лимфатическими сосудами шейки въ *gl. iliacae*.

Кпереди возлѣ влагалища, какъ уже сказано, находится *мочевой пузырь*, стѣнки котораго главнымъ образомъ состоятъ изъ пересѣкающихся во всѣхъ направленіяхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. На внутренней поверхности пузыря находится слизистая оболочка, покрытая однослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, лишенная сосочковъ и желе-

зокъ. Шейка мочевого пузыря расположена у женщинъ на 2,5—3 см. позади лоннаго соединенія. Мочеточники прободаютъ стѣнку мочевого пузыря въ косвенномъ направленіи, направляясь снаружи и сверху вовнутрь и книзу, они проходятъ на 1,5—2 см. подъ слизистой оболочкой и чрезъ ткань стѣнки пузыря. По изслѣдованіямъ Симона, внутреннее отверстіе мочевого канала отстоитъ на 4 см. отъ отверстія мочеточниковъ, которыя удалены отъ наружнаго маточнаго зѣва на 3 см. Въ такомъ же приблизительно разстояніи расположены одно отъ другаго отверстія мочеточниковъ. Часть дна мочевого пузыря, расположенная между внутреннимъ отверстіемъ мочевого канала и отверстіями мочеточниковъ, носитъ названіе *trigonum Lieutaudii*.

2. Правильно развитая *матка* имѣетъ грушевидную форму, сдавленную спереди назадъ, при чемъ ея передняя поверхность болѣе выпукла. Различаютъ тѣло матки съ закругленнымъ дномъ, которое особенно выдается у рожавшихъ женщинъ, и шейку, выступающую отчасти въ своды влагалища. Тѣло матки съ шейкою образуетъ сгибъ въ видѣ, открытаго кпереди и закругленнаго, угла. Влагалище непосредственно переходитъ въ ткань матки въ области шейки, которая такимъ образомъ раздѣляется на двѣ части—влагалищную и выше-влагалищную, *port. vaginalis et port. supravaginalis*. Толщина стѣнки въ тѣлѣ матки доходитъ до 1 см., въ шейкѣ нѣсколько меньше. На поперечномъ разрѣзѣ полость матки



Фиг. 31. Лобный разрѣзъ чрезъ дѣвственную и много-рожавшую матку.

имѣетъ форму треугольника, верхніе углы котораго соотвѣтствуютъ началу Фаллопиевыхъ трубъ, а нижній представляетъ внутренній маточный зѣвъ. На продольномъ разрѣзѣ полость матки представляетъ продолговатую щель, наиболѣе сжатую на мѣстѣ внутренняго зѣва. Длина канала правильно развитой здоровой матки отъ 6—7 см., изъ коихъ 3 см. приходится на шейку. Вѣсъ матки у нерожавшей женщины не менѣе 45 gm., у рожавшей почти вдвое болѣе.

Стѣнки матки состоятъ преимущественно изъ мышечной ткани, въ которой различаютъ 3 слоя. Наружный состоитъ изъ продольныхъ и косо-идущихъ волоконъ, которыя переходятъ въ маточныя связки. Средній, наиболѣе толстый слой образуется мышечными пучками, идущими въ различныхъ направленіяхъ. Внутренній, наиболѣе тонкій слой состоитъ преимущественно изъ круговыхъ мышечныхъ пучковъ, заложен-

ныхъ въ области внутренняго зѣва и отверстій трубъ. Влагалищная часть шейки, по изслѣдованіямъ Ассонсі, содержитъ сравнительно мало мышечной ткани, въ ней много находится соединительной ткани, преимущественно въ наружныхъ слояхъ, богатыхъ сосудами, гдѣ содержится также много эластическихъ волоконъ, переходящихъ сюда по изслѣдованіямъ Dührssen'a, отъ стѣнокъ влагалища; у поворожденныхъ, а также старыхъ женщинъ, этихъ волоконъ мало.

Полость матки выстлана слизистою оболочкой, имѣющей отъ 1—2 мм. толщины. Основа ея состоитъ преимущественно изъ мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, между которыми встрѣчается немного веретенообразныхъ. Boldt находилъ въ ней, преимущественно у дѣвицъ, также мышечныя волокна. Она чрезвычайно богата трубатыми железами, достигающими до мышечнаго слоя; нѣкоторыя изъ нихъ представляются раздвоенными на своемъ наружномъ концѣ. Эти железы и поверхность слизистой оболочки выстланы слоемъ цилиндрическаго эпителия съ ворсинками, которыя колеблются по направленію къ выходному отверстію матки. Такой же эпителий выстилаетъ полость канала шейки. Здѣсь слизистая оболочка состоитъ изъ болѣе плотной волокнистой соединительной



Фиг. 32. Нижняя поверхность влагалищной части шейки у рожавшихъ и безплодной женщинъ.

тальной ткани и содержитъ многочисленныя дольчатыя железки. На внутренней поверхности канала шейки замѣчаются на передней и задней стѣнкахъ продольные выступы съ поперечными складками, извѣстные подъ именемъ *arbor vitae*. Наружное отверстіе матки у женщинъ нерожавшихъ представляетъ небольшую поперечную щель, раздѣляющую влагалищную часть на переднюю и заднюю губы; часто также это отверстіе имѣетъ круглую форму. У рожавшихъ, вслѣдствіе надрывовъ во время родовъ, губы раздѣлены гораздо яснѣе, и нерѣдко отверстіе имѣетъ неправильную форму. Въ нормальномъ состояніи слизистая оболочка матки, не смотря на обиліе железокъ, отдѣляетъ только небольшое количество прозрачной тягучей слизи.

Наружная поверхность матки выстлана брюшиною, которая плотно прикрѣпляется къ тѣлу матки; спереди на уровнѣ внутренняго зѣва она переходитъ на пузырь, который соединяется съ шейкою матки посредствомъ довольно рыхлой соединительной ткани; сзади брюшина спускается на шейку и покрываетъ верхнюю часть задней стѣнки влагалища. Съ боковъ матки брюшина направляется справа и слѣва къ тазовой стѣнкѣ, образуя широкія связки, въ верхней части которыхъ расположены Фаллопиевы трубы, возлѣ нихъ отъ угловъ матки

отходить съ каждой стороны круглая связка и связка яичника. Въ нижней части широкой связки находится плотная фиброзная ткань, происходящая отъ тазовой фасции, *lig. cardinale*. Poirier различаетъ въ маткѣ серозную и болѣе толстую подсерозную сѣти лимфатическихъ сосудовъ, которые собираются въ стволы, переходящія въ широкія связки, оттуда въ *gl. lumbales*. Только немногіе сосуды спускаются по *lig. rotundum uteri* и переходятъ черезъ паховой каналъ въ *gl. inguinales*. Возлѣ шейки лимфатическіе сосуды образуютъ сплетеніе. Въ широкихъ связкахъ расположены также венозныя сплетенія, а ближе къ трубѣ проходятъ вѣтви *art. sperm. ext.*, которая черезъ *lig. infundibulo-pelvicum* переходитъ въ широкую связку. Маточная артерія, *art. uterina*, проходитъ на нѣкоторомъ протяженіи, начинаясь отъ *art. hypogastr.*, черезъ основаніе широкой связки; приближаясь къ маткѣ, она



Фиг. 33. Расположенные въ тазу органы со стороны брюшной полости: 1—мочевоіъ пузырь, 2—матка, 3—прямая кишка, 4—яичникъ, 5—мочеточникъ, 6—*vas. spermatic. int.*

дасть большую вѣтку, которую Hofmeier находилъ постоянно, къ шейкѣ и влагалищу. Дальше на уровнѣ внутренняго зѣва она прилегаетъ къ стѣнкѣ матки сбоку; въ этомъ направленіи поднимается кверху, спирально извиваясь и отдавая многочисленныя вѣтки.

Нервы матки происходятъ отъ *plex. uterinus magn.*, которое расположено на мѣстѣ дѣленія аорты. Ниже оно раздѣляется на два подчревныя сплетенія, *plex. hypogastricus*. Двигательныя волокна оканчиваются въ гладкихъ мышцахъ, а чувствительныя доходятъ до цилиндрическаго эпителия и железъ, по изслѣдованіямъ Perff, Гавронскаго и другихъ. Гавронскій нашелъ также на нервахъ матки нервныя клѣтки въ подслизистомъ слоѣ матки и трубы, что отрицаетъ Köstlin.

Въ небеременномъ состояніи матка расположена въ полости таза ниже плоскости входа, причемъ наружное отверстіе влагалищной части

почти соответствует прямому размѣру, соединяющему верхушку лонной дуги и конецъ крестцовой кости. Здѣсь матка расположена между мочевымъ пузыремъ и прямою кишкой, передняя поверхность ея прилегаетъ къ мочевому пузырю, а задняя и дно матки покрыты кишечными петлями. Книзу матка опирается на влагалище, съ которымъ она соединяется подъ тупымъ угломъ, открытымъ кпереди. Такое положеніе матки обусловливается плотными стѣнками влагалища, тазовою фасціей, а также *m. levator ani* и его апоневрозомъ, тазовою клѣтчаткой, брюшиною, а также собственными связками матки. Изъ числа послѣднихъ наибольшее вліяніе на положеніе матки оказываютъ заднія связки, *lig. utero-sacralia*, которыя направляются отъ шейки ко 2 и 3 крестцовому позвонку; онѣ состоятъ изъ волокнистой ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ и покрыты брюшиною. Направляясь къзади, онѣ образуютъ верхній край Дугласовой впадины. Гораздо меньше значенія для удержанія матки на мѣстѣ имѣютъ широкія, а также круглыя связки. Широкія связки главнымъ образомъ ограничиваютъ движенія матки въ стороны. При оттягиваніи матки книзу, напрягается также *art. hypogastr.* и нижніе крестцовые нервы. По мнѣнію *Ziegenbreck'a*, пучки сосудовъ и сопровождающая ихъ плотная ткань также отчасти способствуетъ удержанію матки на мѣстѣ.

Хотя матка занимаетъ извѣстное опредѣленное положеніе, но въ здоровомъ состояніи она обладаетъ значительною подвижностью, вслѣдствіе уступчивости удерживающихъ ее связокъ и тканей. При каждомъ дыханіи, и въ особенности при напряженіи брюшного пресса, матка опускается и поднимается. Когда мочевой пузырь наполняется мочою, она смѣщается къзади и кверху; при наполненіи прямой кишки матка отодвигается кпереди, а также нѣсколько вправо. При изслѣдованіи чрезъ влагалище можно отодвинуть матку кверху, въ сторону и смѣстить ее книзу по крайней мѣрѣ до начала мочевого канала. Наименѣе подвижна здоровая матка въ направленіи сзади напередъ.

3. *Фаллопиевы трубы* представляютъ каналы, чрезъ которое сѣмя достигаетъ яйца и послѣднее проходитъ въ полость матки. У взрослыхъ женщинъ обѣ трубы расположены горизонтально въ маломъ тазу и отходятъ отъ угла матки, гдѣ соединяется дно и тѣло ея. Длина ихъ отъ 12 до 15 см. Трубы расположены на верхнемъ краю широкихъ связокъ. Внутренняя, тонкая часть трубы имѣетъ прямое направленіе, наружная, болѣе широкая образуетъ кривизну, огибая наружный конецъ яичника и его свободный край.

Наружный расширенный конецъ трубы, *ampulla*, представляетъ отверстие въ видѣ воронки, окруженное лопастями съ зазубренными краями, *fimbriae tubae*. Одна наиболѣе длинная лопасть проходитъ къ яичнику, *fimbria ovarica*. На концѣ трубы находится пузырекъ на длинной ножкѣ, *hydatis Morgagni*. Добавочныя трубы встрѣчаются очень рѣдко, каналъ ихъ, по изслѣдованіямъ *Kossmann'a*, никогда не сообщается

съ полостью нормальной трубы. Нѣсколько чаще встрѣчается добавочное отверстіе въ трубѣ.

Стѣнки трубы состоятъ изъ трехъ оболочекъ: серозной, мышечной и слизистой. Брюшина покрываетъ три четверти окружности трубы; на краяхъ наружнаго отверстія слизистая оболочка переходитъ въ серозную. Мышечный слой состоитъ изъ наружныхъ продольныхъ волоконъ, происходящихъ отъ матки, и внутреннихъ циркулярныхъ, принадлежащихъ трубѣ. Слизистая оболочка представляетъ длинныя продольныя складки, которыя, древовидно развѣтвляясь, вдаются въ полость канала трубы и какъ бы раздѣляютъ ее на отдѣльные узкіе каналы, по которымъ можетъ двигаться яйцо при дѣйствіи ворсинокъ цилиндрическаго эпителія, которымъ выстлана слизистая оболочка трубы. Ворсинки колеблются по направленію отъ наружнаго конца къ маткѣ.

Назначеніе трубы состоитъ въ захватываніи и передвиженіи яйца въ полость матки. Судя по анатомическому отношенію трубы къ прилежащему яичнику, значеніе этого канала въ процессѣ овуляціи не ограничивается только пассивною ролью. На это указываютъ, между прочимъ, описанныя Rouget мышечные пучки, идущіе отъ боковыхъ краевъ матки къ каждой трубѣ. Въ трубахъ нервы оканчиваются въ эпителиальномъ слоѣ слизистой оболочки и въ мышцахъ.

4. *Яичники*, числомъ два, представляютъ органы, гдѣ образуются и откуда выдѣляются яйца. Яичники расположены на задней складкѣ широкой связки ниже тазового входа, позади Фаллопиевыхъ трубъ. У взрослыхъ женщинъ эта складка образуетъ какъ бы короткую брыжжейку, *mesovarium*, переходящую на болѣе тонкій передній край яичника, *hilus ovarii*, черезъ который вступаютъ въ яичникъ сосуды и нервы. Яичникъ имѣетъ форму миндальнаго зерна; его наружный широкій конецъ прикрѣпляется къ боковой стѣнкѣ таза посредствомъ *lig. infundibulo-pelvic.*; яичникъ, по замѣчанію Waldeyer'a, какъ бы виситъ на этой связкѣ. Внутренній узкій конецъ соединяется съ угломъ матки посредствомъ *lig. ovaricum*, длина которой около 2 см. Захвативъ яичникъ пальцами, его можно нѣсколько отодвинуть отъ широкой связки, при чемъ замѣтно оттягивается брыжжейка. Положеніе яичниковъ довольно измѣнчиво, оно зависитъ отъ положенія матки, а также отчасти отъ положенія сосѣднихъ органовъ. Задній край яичника — болѣе толстый и закругленный — направленъ къзади и къвнутри. Въ стоячемъ положеніи женщины верхняя поверхность яичника смотритъ кверху и прилегаетъ отчасти къ боковой стѣнкѣ таза, а нижняя обращена въ Дугласово пространство. При этомъ продольная ось яичника имѣетъ почти вертикальное направленіе. По изслѣдованіямъ Hasse, яичники лежатъ возлѣ боковой стѣнки таза надъ выдающимся внутреннимъ краемъ *m. psoas*. Труба облегаетъ яичникъ, окружая его снаружи внутрь. Яичникъ, будучи покрытъ бахромкой трубы, какъ бы обособляется отъ остальной брюшины, *bursa*

ovarica. Такъ какъ матка наичаще бываетъ отклонена въ правую сторону, то лѣвый яичникъ обыкновенно лежитъ нѣсколько глубже праваго.

Согласно Nagel'ю, мѣсто, гдѣ лежитъ въ нормальномъ состояннн яичникъ, образуетъ какъ бы впадину, которая ограничивается сверху *vasa iliaca ext.*, сзади *vasa hypogastr.*, снаружи *art. obturat.* Дно ямки образуетъ *m. obturator*, покрытый фасциею. Яичникъ своимъ свободнымъ выпуклымъ краемъ соприкасается съ мочеточникомъ, причемъ его верхняя оконечность лежитъ подъ наружнымъ краемъ *v. iliaca ext.* Ось яичника, при стоячемъ положеннн женщины, имѣетъ почти вертикальное направление; къ стѣнкѣ таза онъ прикрѣпляется посредствомъ *lig. suspens. ovarii*, иначе *lig. infundibulo-pelvicum*. Нижннй конецъ яичника переходитъ въ *lig. ovaricum*, направляющуюся горизонтально. Верхняя поверхность яичника прилегаетъ къ стѣнкѣ таза, нижняя обращена въ полость таза, а толстый свободный край направленъ сзади и нѣсколько вкнутри.

Крайне рѣдко встрѣчаются лишнне яичники, именно съ одной стороны матки вмѣсто одного два яичника. Въ однихъ случаяхъ такой лишннй яичникъ бываетъ эмбриональнаго происхожденнн и въ такомъ случаѣ соединяется посредствомъ особой *lig. ovaricum* съ угломъ матки. Чаще эта аномалнн происходитъ чрезъ расщепленнн уже развившагося яичника, вслѣдствнн скручиваннн его или приращеннн къ сосѣдннмъ органамъ. Гораздо болѣе обыкновенное явленнн представляютъ мелкнне добавочныя яичники, которые, по описаннн Engström'a, сидятъ на стеблѣ или на широкомъ основаннн на поверхности настоящаго яичника.

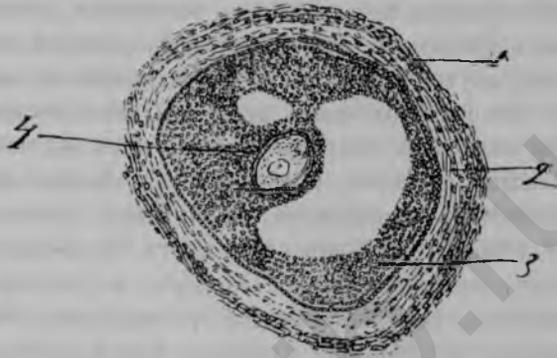
Свободная поверхность яичника, выступающая изъ широкой связки, покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Оболочка яичника, *albuginea*, представляетъ плотную перепонку изъ волокнистой соединительной ткани, волокна которой переходятъ въ строму яичника. На разрѣзѣ можно простымъ глазомъ различать два слоя: наружный корковый, содержащнн Граафовы пузырьки и первичныя фолликулы, число которыхъ въ яичникѣ молодой женщины достигаетъ 36.000, и внутренннй мозговидный слой, расположенный около *hilus ovarii* и состоящнн изъ рыхлой соединительной ткани, въ которой расположены извилистыя артернн, вены и лимфатическнне сосуды, а также нервы; кромѣ того здѣсь находятся гладкнн мышечныя волокна, происходящнн отъ *lig. ovaricum*. Нервы, развѣтвляясь, въ большомъ числѣ направляются въ корковый слой.

Nerff полагаетъ, что до сихъ поръ никто еще не доказалъ существованнн нервныхъ ганглнн въ яичникѣ. Описанныя Winterhalter'омъ нервныя узлы въ сосудистомъ слоѣ онъ признаетъ за клѣтки соединительной ткани.

У молодыхъ женщинъ средннмъ числомъ длина яичника равняется 4 см., ширина около 2 см., вѣсъ отъ 5 до 8 grm. У старыхъ женщинъ, вслѣдствнн атрофнн и сморщиваннн яичника, вѣсъ его уменьшается значительно.

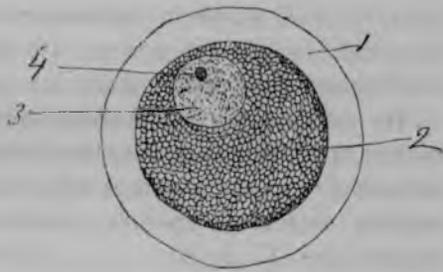
Наиболѣе важную въ фнзнологическомъ отношеннн часть яичника составляетъ кортикальный слой, въ которомъ, среди разнообразно расположенныхъ пучковъ соединительной ткани, находятся существенныя элементы яичника—пузырьки, *folliculi*.

У взрослых женщин малые фолликулы лежат ближе к поверхности яичника, а более зрелые глубже. Первичный пузырек содержит яйцо, окруженное эпителиальными клетками, как вничкомъ. Стѣнка пузырька, *theca folliculi*, состоитъ изъ веретенообразныхъ клетокъ соединительной ткани, происходящихъ изъ стромы яичника. Въ более зрѣлыхъ пузырькахъ начинается скоп- ляться жидкость, *liquor folliculi*, при чемъ значительно увеличивается объемъ пузырька. Зрѣлый Граафовъ пузырекъ имѣетъ стѣнку, состоящую изъ двухъ слоевъ, приблизительно одинаковой толщины — наружнаго изъ волокнистой ткани, *tunica fibrosa*, и внутренняго, образованнаго изъ ткани богатой круглыми и веретенообразными клетками, *tunica prorgia*. На внутренней поверхности этой оболочки находится многослойный цилиндрическій эпителий, *membrana granulosa*; на одномъ мѣстѣ онъ сгущивается въ особенности, *discus proligerus*, и окружаетъ яйцо. Очень рѣдко въ пузырькѣ бываетъ два яйца. Въ первичномъ пузырькѣ протоплазма яйца, по наблюдениямъ Nagel'я, особенной оболочки не имѣетъ, но въ зрѣлыхъ Граафовыхъ пузырькахъ она окружена оболочкой—*zona pellucida*, представляющей продуктъ выдѣленія эпителиальныхъ клетокъ *discus proligerus*. Оболочка яйца имѣетъ двойной контуръ и слегка лучистое строеніе, но никакихъ капальцевъ въ человѣческомъ яйкѣ до сихъ поръ не открыто.



Фиг. 34. Зрѣлый Граафовъ пузырекъ. 1—наружный слой оболочки пузырька, 2—внутренній, 3—*strat. granulosa*, 4—яйцо.

Протоплазма яйца, окруженная *zona pellucida*, называется желткомъ; въ немъ заключается ядро, *vesicula germinativa*, и ядрышко, *macula germinativa*. Величина зрѣлаго человѣческаго яйца около 0,2 мм. Огромное большинство разной величины пузырьковъ яичника, по наблюдениямъ Schottlaender'a и другихъ, подвергается атрезіи, которая представляетъ здѣсь новидимому физиологическое явленіе. Яйца при этомъ погибають влѣдствіе гіалиноваго и жирового перерожденія, которому



Фиг. 35. Зрѣлое яйцо. 1—*zona pellucida*; 2—желтокъ, 3—*vesicula germin.*, 4—*macula germin.*

4

подвергается также эпителий, послѣ чего полость пузырька спадается, и на мѣстѣ его образуется рубецъ. По ислѣдованіямъ Клауегъа яичникъ представляетъ органъ, одаренный большою жизненностью. У кроликовъ, пересаженный въ другое мѣсто, яичникъ не только приростаётъ, но даже продолжаетъ функционировать.

Въ широкой связкѣ между ампулярною частью трубы и яичникомъ находятся остатки Вольфова тѣла, *parovarium*, который состоитъ изъ отдѣльныхъ закрытыхъ трубочекъ, расположенныхъ въ рядъ въ видѣ лучей опалы; внутри онѣ выстланы цилиндрическимъ мерпательнымъ эпителиемъ.

Яичники получаютъ кровь изъ *art. spermatica int.*, которая отдаетъ ему нѣсколько спирально изогнутыхъ вѣтвей. Вены собираются въ большое сплетеніе, *pl. spermaticus*. Лимфатическіе сосуды яичника по мочеточникамъ переходятъ въ *gl. iliaca*. Въ яичникахъ встрѣчается много нервовъ, одни изъ нихъ идутъ къ мышцамъ, другіе къ пузырькамъ, оплетаютъ ихъ и доходятъ, по наблюденіямъ Нерфъа, до *stratum granulos.*, гдѣ оканчиваются утолщеніями. Mandel видѣлъ окончанія нервовъ въ оболочкѣ пузырька, Ries въ стѣнкахъ сосудовъ.

Г л а в а 6.

Женскія груди.

Груди до наступленія возмужалости остаются одинаково неразвитыми у обоихъ половъ; при наступленіи же половой зрѣлости у женщинъ онѣ увеличиваются въ объемѣ, выдаются и станоноваются выпуклыми. Полнаго развитія достигаютъ молочныя железы только во время беременности и послѣ родовъ. По окончаніи кормленія онѣ возвращаются всякій разъ въ прежнее состояніе.

На срединѣ грудной железы замѣчается сосокъ, *papilla mammae*, представляющій цилиндрическое или коническое, болѣе или менѣе выдающееся возвышеніе на кожѣ; на верхушкѣ этого возвышенія находятся выводные протоки железы, молочные ходы, *ducti lactiferi*, числомъ отъ 15 до 20.

Около соска кожа окрашена въ розовый или буроватый цвѣтъ; это такъ называемый околососковый кружокъ, *areola mammae*. Окрасиваніе темнѣе у брюнетокъ, нежели у блондинокъ. Диаметръ околососкового кружка у женщинъ отъ 3 до 5 см.

Грудныя железы, числомъ двѣ, расположены на передней поверхности груди между 3 и 7 ребрами. Передняя поверхность ихъ выдающаяся, задняя, которая лежитъ на *m. pectoralis major*, плоская. Величина грудей довольно разнообразна у различныхъ субъектовъ, что зависитъ главнымъ образомъ отъ количества жировой ткани. Иногда встрѣчаются аномаліи въ формѣ и положеніи железъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ замѣчаются добавочныя грудныя железы, которыя обыкновенно бываютъ малы и находятся сверху нормальныхъ или же подъ мышкою, рѣже на другихъ мѣстахъ на поверхности тѣла. Рѣдко также находятъ возлѣ настоящаго добавочный сосокъ.

Кожа на грудяхъ нѣжна и нерѣдко сквозь нея просвѣчиваютъ вены; соски чрезвычайно чувствительны и легко напрягаются при дотрогиваніи; они покрыты тонкой морщинистою кожей, подъ которой находятся гладкія мышечныя волокна. На околососковомъ кружкѣ разсѣяны небольшія железки *gl. Montghomeri* въ видѣ маленькихъ бугорковъ. Во время беременности онѣ увеличиваются. Подкожный жирный слой переходитъ также на заднюю поверхность железы и посылаетъ отростки между дольками железы. Жировая ткань отдѣляетъ железу отъ фасціи *m. pectoralis major*. У нѣкоторыхъ женщинъ она достигаетъ значительной толщины. Въ области соска и околососковаго кружка жировая ткань отсутствуетъ.

Грудная железа принадлежитъ къ числу гроздевидныхъ желѣзъ. Консистенція железы довольно плотная, хотя неодинакова во всѣхъ частяхъ. Железа состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ долей, мелкія дольки которыхъ открываются въ молочный протокъ. Эти протоки, какъ уже сказано, направляются къ соску, гдѣ открываются на вершинѣ между его неровностями. До своего вступленія въ сосокъ каждый протокъ расширяется веретенообразно, образуя расширеніе отъ 5—6 mm. въ ширину, *sinus lactiferus*; выводные протоки не анастомозируютъ между собою.

Артеріи, приносящія кровь къ этимъ органамъ, происходятъ изъ 3 источниковъ: отъ *art. mammaria int.*, составляющей вѣтвь *art. subclaviae*, отъ *art. mammaria ext.*, происходящей отъ *art. axillaris*, и наконецъ изъ вѣтвей межреберныхъ артерій, *art. intercostales*. Вены слѣдуютъ тому же пути, какъ артеріи. Лимфатическіе сосуды, происходящіе отъ самой железы, а также берущіе начало въ кожу, покрывающей железу, образуютъ лимфатическое сплетеніе въ области околососковаго кружка, откуда лимфатическіе сосуды переходятъ въ подмышечныя железы. Нервы происходятъ отъ *nn. intercostales*, сюда же переходятъ вѣтви отъ *plex. brachialis*.

Глава 7.

Мѣсячныя очищенія.

По достиженіи половой зрѣлости у дѣвушекъ чрезъ опредѣленный промежутокъ времени появляется изъ половыхъ частей отдѣленіе крови, извѣстное подъ именемъ мѣсячныхъ очищеній, *menstruatio*.

Время появления первых мѣсячныхъ. Наступленіе половой зрѣлости происходитъ въ неодинаковое время у женщинъ. Собранныя въ различныхъ мѣстностяхъ статистическія данныя даютъ довольно вѣрныя свѣдѣнія о первомъ появленіи мѣсячныхъ. Въ нашей мѣстности мѣсячныя очищенія появляются наичаще у дѣвушекъ на 15 и 16 году, хотя время ихъ появленія въ отдѣльныхъ случаяхъ колеблется между 11 и 22-мъ годами. На первое появленіе мѣсячныхъ оказываютъ вліяніе различныя условія общественной жизни, наслѣдственность, раса, климатъ, цвѣтъ кожи, тѣлосложеніе, характеръ и проч. Вліяніе нѣкоторыхъ изъ этихъ условій трудно доказать, вліяніе другихъ выступаетъ болѣе или менѣе рѣзко. Болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ первыя мѣсячныя появляются у дѣвушекъ въ южной Азіи между 11—13 годами, во Франціи между 13—16, въ сѣверной Россіи между 15 и 18 годами. Эти данныя не оставляютъ сомнѣній, что сѣверныя женщины вообще позже получаютъ мѣсячныя, нежели обитательницы странъ умѣренныхъ и жаркаго климата. Вліяніе расы также обозначается довольно рѣзко.

Грузевъ сопоставилъ 10 тысячъ наблюденій относительно появленія первыхъ мѣсячныхъ въ Петербургѣ. Среднее время появленія мѣсячныхъ вообще 15, 14 лѣтъ; для финнокъ даже 16, 27, для нѣмокъ 15, 16 лѣтъ. По наблюденіямъ Joubert'a, дочери европейцевъ, родившіяся въ Индіи, получаютъ мѣсячныя одновременно съ ихъ сверстницами, живущими въ Англій.

Въ исключительныхъ случаяхъ, вслѣдствіе преждевременнаго развитія половыхъ органовъ, появленіе мѣсячныхъ было наблюдаемо въ первые годы жизни. Мы наблюдали появленіе мѣсячныхъ у 3 и 4 лѣтней дѣвочки.

Въ сочиненіи Жихарева о мѣсячныхъ приведено не менѣе 50 старыхъ и новыхъ наблюденій о раннемъ появленіи мѣсячныхъ у дѣвочки въ первые годы, даже въ первые мѣсяцы жизни. При этомъ наружныя половыя части и груди были значительно развиты и мѣсячныя крови появлялись довольно правильно. Въ связи съ этимъ находится ранняя беременность, которая впрочемъ встрѣчается не часто. Kilpatrick наблюдалъ роды у 7 $\frac{1}{2}$ -лѣтней негртянки, Маспомага и Вool у дѣвочки 11 $\frac{1}{2}$ лѣтъ, Nichols, Sladther на 13 году жизни, Rosel и многіе другіе у дѣвочки 13 лѣтъ.

Слишкомъ запоздалое наступленіе мѣсячныхъ указываетъ на общее хроническое заболѣваніе организма—малокровіе, золотуха и пр., или же на недостаточное развитіе внутреннихъ половыхъ органовъ. Въ исключительныхъ случаяхъ появляется въ періодѣ мѣсячныхъ кровь изъ другихъ частей тѣла женщины, что извѣстно подъ именемъ викарныхъ мѣсячныхъ.

Kerley видѣлъ истеченіе крови изъ рубца на шеѣ, другіе изъ мочевого пузыря, изъ носа, десенъ, желудка, пупка и проч. Еще Haller насчитывалъ 60 мѣствъ въ тѣлѣ женщины, откуда могутъ происходить викарныя кровотеченія. Kober у дѣвушекъ съ наслѣдственнымъ расположеніемъ къ чахоткѣ наблюдалъ, спустя нѣсколько лѣтъ послѣ правильнаго появленія мѣсячныхъ, иногда кровохарканье въ періодѣ регулъ. Вскорѣ послѣ этого развивался хроническій воспалительный процессъ въ верхушкахъ легкихъ туберкулезнаго характера, и больныя умирали отъ чахотки. Подобные случаи я видѣлъ много разъ.

Типъ мѣсячныхъ. Періодъ времени, чрезъ которое наступаютъ мѣсячныя, обозначаетъ такъ называемый типъ мѣсячныхъ. У молодыхъ дѣвушекъ, въ первое время появленія мѣсячныхъ, послѣднія приходятъ часто неправильно, большею частью запаздываютъ на нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, но спустя $\frac{1}{2}$ —1 годъ мѣсячныя начинаютъ появляться правильно. Наичае онѣ наступаютъ чрезъ 28 дней, рѣже чрезъ 30 и еще рѣже чрезъ 21, 27 или 29 дней. Нерѣдко типъ мѣсячныхъ у одной и той же женщины не бываетъ строго выдержанъ. Множество условий, дѣйствующихъ на организмъ, могутъ на нѣсколько дней ускорить или замедлить появленіе мѣсячныхъ.

Во время беременности обыкновенно мѣсячныя прекращаются. Жихаревъ приводитъ много примѣровъ изъ литературы о продолженіи мѣсячныхъ у беременныхъ. Подобные случаи приходилось наблюдать каждому акушеру, особенно въ первые мѣсяцы беременности. Negrier, Barbieri, Voismont и др. приводятъ совершенно исключительныя наблюденія, гдѣ мѣсячныя крови показывались только во время беременности. Remgu нашель, что у кормилицъ не бываетъ мѣсячныхъ только у 57⁰/₁₀₀, 43⁰/₁₀₀ женщинъ получаютъ мѣсячныя во время кормленія грудью и 20⁰/₁₀₀ изъ нихъ даже регулярно. Вѣроятность беременности у кормилицъ при отсутствіи мѣсячныхъ всего 6⁰/₁₀₀, при появленіи мѣсячныхъ—60⁰/₁₀₀. У некормящихъ мѣсячныя появляются обыкновенно чрезъ 6 недѣль послѣ родовъ.

Обыкновенно мѣсячныя кровотеченія продолжаются отъ 3 до 7 дней; количество потерянной крови колеблется между 90 и 400 grm., но обыкновенно эта потеря не превышаетъ 100—200 grm. Между 45—47 годами наичае женщина навсегда теряетъ свои мѣсячныя и вмѣстѣ съ этимъ утрачиваетъ способность дѣторожденія. Предъ закрытіемъ мѣсячныхъ часто появляются нѣкоторыя разстройства въ организмѣ женщины, сопровождающія это время, извѣстное подъ именемъ климактерическаго періода; онъ продолжается различное время отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ лѣтъ и бываютъ далеко не у всѣхъ женщинъ.

Теченіе мѣсячныхъ часто сопровождается общимъ недомоганіемъ, болями въ нижней части живота, часто легкимъ разстройствомъ со стороны кишечнаго канала, иногда головными болями и приступами мигрени. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти симптомы достигаютъ степени патологическихъ припадковъ и обыкновенно обуславливаются или общимъ разстройствомъ организма, или болѣзнями половыхъ органовъ. Между прочимъ Вörner наблюдалъ временное припуханіе кожныхъ покрововъ во время мѣсячныхъ. У нервныхъ и психическихъ больныхъ въ это время замѣчается обыкновенно усиленіе припадковъ.

Greefъ приводитъ наблюденія, что въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ во время мѣсячныхъ появляется herpes corneae et conjunctivae. Гораздо чае наблюдали служеніе поля зрѣнія. При воспалительныхъ заболѣваніяхъ глаза во время мѣсячныхъ иногда замѣчается ухудшеніе.

Наружныя проявленія мѣсячныхъ. Обыкновенно при мѣсячныхъ изъ чоловыхъ органовъ отдѣляется жидкая кровь темнаго цвѣта, смѣ-

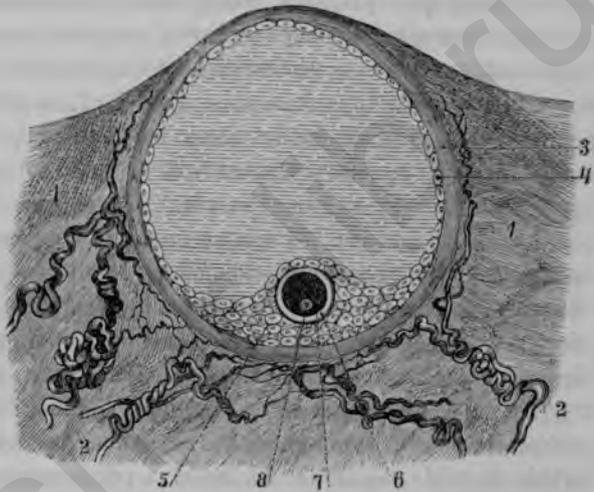
шанная со слизью; большихъ кровяныхъ свертковъ при нормальномъ теченіи мѣсячныхъ въ ней не замѣчается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выдѣляющаяся во время мѣсячныхъ кровь имѣетъ крайне непріятный запахъ. По мнѣнію Dewees'a, это зависитъ отъ катарра матки, или отъ развитія въ ней новообразованія. Однако, нерѣдко это слѣдуетъ приписать несоблюденію опрятности. При микроскопическомъ изслѣдованіи этой крови въ началѣ мѣсячныхъ находятъ красные и бѣлые кровяные шарики, немного слизистыхъ клѣтокъ, цилиндрической, а также плоскій эпителий и микробы. Подъ конецъ мѣсячныхъ многія изъ этихъ тканевыхъ клѣтокъ подвергаются распаду, одновременно встрѣчается много бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Анатомическія измѣненія въ половыхъ органахъ женщины во время мѣсячныхъ. Источникомъ вышеописаннаго отдѣленія является, главнымъ образомъ, слизистая оболочка полости тѣла матки. Эта оболочка, *endometrium*, начинаетъ припухать задолго до появленія мѣсячныхъ; напуханіе достигаетъ наиболѣе значительной степени въ моментъ наступленія мѣсячныхъ. Сосуды переполняются кровью, значительно разбухаетъ междужелезистая ткань и самыя железы сильно удлинняются. Толщина слизистой оболочки матки въ это время достигаетъ 5—7 mm. Въ просвѣтѣ маточныхъ железъ показывается кровь, въ поверхностныхъ слояхъ слизистой оболочки встрѣчаются экстравазаты, вслѣдствіе появленія которыхъ мѣстами слущивается эпителий. *Wendeler* находилъ даже мѣстами отслолку поверхностнаго слоя слизистой оболочки. Вообще явленія, замѣчаемая въ это время въ слизистой оболочкѣ матки, похожи на измѣненія, свойственныя катарральному набуханію. Отдѣленіе крови при мѣсячныхъ происходитъ, главнымъ образомъ, *per diapodesin*; она отдѣляется всюю слизистою оболочкой тѣла матки. Во время мѣсячныхъ вся матка представляется гиперемированной и мягче обыкновеннаго. Въ каналѣ шейки особенныхъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ не происходитъ. Слизистая оболочка трубъ обыкновенно припухаетъ и наливается кровью; въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ каналѣ трубъ въ слизистомъ отдѣленіи замѣчается примѣсь крови.

Новѣйшія изслѣдованія *Westphalen'a*, *Mandl'a*, *Strassmann'a* и другихъ въ общемъ подтверждаютъ вышеприведенные факты. Припухаетъ не только эпителий, но также клѣтки стромы. Болѣе или менѣе значительная часть эпителия и верхній слой ткани отдѣляются. Возрожденіе ткани происходитъ въ теченіе нѣсколькихъ дней. Спокойное состояніе въ слизистой оболочкѣ продолжается съ 10 по 18 день послѣ начала мѣсячныхъ. *Westphalen* находилъ, что набуханіе слизистой оболочки начинается съ 18 дня. Во время мѣсячныхъ въ полости матки часто можно найти клѣтки происходящія изъ слизистой оболочки. Онѣ представляютъ жировое перерожденіе. Подъ конецъ мѣсячныхъ въ верхнихъ слояхъ слизистой оболочки также замѣчаются признаки къ жировому перерожденію ткани.

Овуляція, иначе *выдѣленіе яйца* изъ Граафова пузырька, представляетъ специальную функцію яичниковъ. Количество жидкости въ полости пузырька постепенно увеличивается, во внутреннемъ слоѣ стѣн-

ки пузырька клѣтки значительно размножаются. Зрѣлый пузырекъ приподнимается на свободной поверхности яичника, непокрытой брюшиною; выстоящая на его верхушкѣ оболочка постепенно истончается, вслѣдствіе выѣдренія въ нее блуждающихъ клѣтокъ, по наблюдениямъ Поелзля. Черезъ образовавшееся маленькое отверстіе выступаетъ яйцо. Вѣрнымъ признакомъ выходенія яйца, служитъ образование желтаго тѣла, *corpus luteum*. По удаленіи содержимаго, полость лопнувшаго пузырька наполняется кровью изъ волосныхъ сосудовъ его оболочки. Излившаяся кровь свертывается, стѣнки пузырька сморщиваются, образуя складки, полость уменьшается въ объемѣ и съ теченіемъ времени выполняется разрастающимися клѣтками соединительной ткани и капиллярами. Вслѣдствіе регрессивныхъ измѣненій внутренность пузырька получаетъ желтоватое окрашиваніе, образуя такъ называемое ложное желтое тѣло, *corpus luteum spurium*. Вслѣдствіе роста другихъ пузырьковъ, это желтое тѣло втягивается постепенно въ глубину ткани яичника и быстро уменьшается въ объемѣ, представляя небольшое бѣловатое или темное пятнышко, которое безслѣдно исчезаетъ чрезъ 3—4 мѣсяца.



Фиг. 36. Зрѣлый Граафовъ пузырекъ съ яйцемъ. 1—строма яичника, 2—сосуды, 3—*theca folliculi*, 4—*memb. granulosa*, 5—*descus proligerue*, 6—*zona pellucida*, 7—желтокъ 8—зародышевый пузырекъ и пятнышко.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда наступаетъ беременность, образуется настоящее желтое тѣло, *corpus luteum verum*. Лопнувшій Граафовъ пузырекъ значительно разрастается, вслѣдствіе существующей гипереміи; это продолжается почти до 4 мѣсяца беременности, затѣмъ онъ подвергается регрессивному метаморфозу. Ближайшею причиною овуляціи должно считать періодическое созрѣваніе одного или нѣсколькихъ Граафовыхъ пузырьковъ и содержащихся въ нихъ яицъ, что происходитъ вслѣдствіе непрерывной дѣятельности клѣточковыхъ элементовъ яичника, подъ непосредственнымъ вліяніемъ симпатическихъ нервовъ этой железы.

Овуляція, подобно первому менструальному истеченію, начинается съ наступленіемъ половой зрѣлости и, повидимому, прекращается одновременно съ потерей мѣсячныхъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ, во время мѣсячныхъ, можетъ не послѣдовать овуляціи, т.-е. разрыва

Граафова пузырька. Хотя Leopold и Мионовъ нашли въ 42 случаяхъ мѣсячныхъ, явленія которыхъ они изслѣдовали на анатомическихъ препаратахъ, всего 30 разъ совпаденіе овуляціи и мѣсячныхъ очищеній, но въ данномъ случаѣ объекты изслѣдованія отчасти были взяты отъ больныхъ женщинъ. Напротивъ, овуляція происходитъ не особенно рѣдко безъ одновременнаго появленія мѣсячныхъ. Кормящія женщины иногда дѣлаются беременными раньше возвращенія мѣсячныхъ. Известны случаи, когда молодыя дѣвушки, имѣвшія сношенія, дѣлались беременными, еще не имѣвши ни разу мѣсячныхъ кровей. При недостаточномъ развитіи матки, *hypoplasia uteri*, если яичники развиты нормально, часто мѣсячныхъ не бываетъ, но овуляція иногда совершается. Разрывъ Граафова пузырька, повидимому, совпадаетъ съ появленіемъ мѣсячныхъ, наичаще непосредственно, или же происходитъ за 2 или 3 дня предъ наступленіемъ мѣсячныхъ, рѣже спустя нѣкоторое время, какъ показали точныя изслѣдованія Arnold, Leopold и друг. Во время беременности овуляція обыкновенно не бываетъ; только немногіе гинекологи, между прочимъ Славянскій и Loewenthal, допускаютъ въ это время созрѣваніе и даже разрывъ Граафова пузырька. Повидимому, созрѣваніе Граафова пузырька отражается на дѣятельности цѣлаго организма. Изслѣдованія Goodell'я, Reip'я и другихъ показываютъ, что важнѣйшія функціи организма у женщинъ, имѣющихъ мѣсячныя, представляютъ волнообразное теченіе. Температура, пульсъ, выдѣленіе мочевины и проч. поднимаются, начиная отъ середины междуменструальнаго періода, и достигаютъ maximum'a за 2—3 дня предъ появленіемъ кровей, затѣмъ высота волны постепенно понижается. По мнѣнію Jacobi, появленіе мѣсячныхъ обозначаетъ конецъ мѣснаго раздраженія и общаго возбужденія жизнедѣятельности въ организмѣ женщины. Оно обозначаетъ также, что зачатіе не послѣдовало. Вообще, по замѣчанію Отта, энергія жизненныхъ функцій женскаго организма усиливается передъ мѣсячными и ослабѣваетъ по наступленіи ихъ. Для объясненія этихъ явленій гипотеза L. Meyer'a о накопленіи въ крови особаго вещества, раздражающаго яичники, является по меньшей мѣрѣ излишнею. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у небеременной женщины овуляція можетъ также послѣдовать во всякое другое время, хотя вѣроятно это бываетъ не часто.

Мѣсячныя представляютъ только одно изъ проявленій сложнаго ритмическаго процесса въ женскомъ организмѣ. Доказательствомъ этого служатъ измѣненія важнѣйшихъ функцій организма. Оттъ и другіе нашли, что кровяное давленіе повышается нѣсколько предъ мѣсячными и падаетъ большею частью съ появленіемъ крови. Коленно-сухожильный рефлексъ обнаруживается быстрѣе; температура тѣла предъ наступленіемъ мѣсячныхъ нѣсколько повышается, съ появленіемъ кровей немного замедляется пульсъ и усиливается потеря теплоты кожею.

Переходъ яйца въ трубу и матку. По выступленіи изъ Граафова пузырька, яйцо переходитъ въ соотвѣтствующую Фаллопиеву трубу, въ которой, при посредствѣ мерцательныхъ ворсинокъ, оно движется

по направленію полости матки, куда оно должно вступить. Движеніе по каналу трубы продолжается, по аналогіи съ высшими млекопитающими, вѣроятно отъ 3 до 5 дней, другіе припимають даже болѣе короткій срокъ для перехода яйца. Бахромки наружнаго конца трубы способствуютъ вступленію яйца, вѣроятно, обхватывая въ это время свободную поверхность яичника, чему должно способствовать переполненіе кровью сосудовъ и сокращеніе гладкихъ мышечныхъ волоконъ, происходящее во время мѣсячныхъ во внутреннихъ половыхъ органахъ. Кромѣ того, движеніе ворсинокъ цилиндрическаго эпителия, выстилающаго каналъ трубы, производитъ также молекулярное теченіе въ окружности наружнаго конца трубы по направленію къ полости матки. Это теченіе, существованіе котораго несомнѣнно, должно съ своей стороны способствовать вступленію яйца въ каналъ трубы.

Причины появленія мѣсячныхъ. Вообще физиологія мѣсячныхъ не вполне выяснена и нѣкоторыя явленія остаются все еще загадочными. До сихъ поръ намъ даже неизвѣстны вполне ближайшія причины наступленія мѣсячныхъ. Мы считаемъ наиболее вѣроятнымъ объясненіе появленія мѣсячныхъ, предложенное Pflüger'омъ. Первоначальный импульсъ къ появленію мѣсячныхъ исходитъ изъ яичника; періодическое созрѣваніе Граафовыхъ пузырьковъ вызываетъ раздраженіе въ нервахъ этой железы, которое распространяется на весь половой аппаратъ. Развивается гиперемія внутреннихъ половыхъ органовъ, слизистая оболочка матки припухаетъ, и эта гиперемія разрѣшается отдѣленіемъ крови и слизи изъ полости матки. Граафовъ пузырекъ около этого времени большею частью лопається. Періодичность мѣсячныхъ объясняется постепеннымъ накопленіемъ раздраженія, которое, достигши извѣстной степени, проявляетъ свое дѣйствіе. Strassmann убѣдился прямыми опытами на животныхъ, что состояніе яичниковъ отражается на слизистой оболочкѣ матки. Если яичники удалены, или же не развиты настолько, чтобы могло въ нихъ совершаться періодическое созрѣваніе Граафовыхъ пузырьковъ, то подобныя женщины мѣсячныхъ имѣть не могутъ, хотя бы матка и другіе половые органы были нормально развиты. Sigmund и Loewenhard считаютъ припуханіе слизистой оболочки матки, развивающееся предъ появленіемъ мѣсячныхъ, какъ бы началомъ, или вѣрнѣе подготовляющимъ моментомъ беременности. Если яйцо, выдѣлившееся изъ яичника, остается не оплодотвореннымъ, то наступаетъ отдѣленіе мѣсячныхъ кровей и регрессивный метаморфозъ въ слизистой оболочкѣ.

Славянской отрицаетъ тѣсную зависимость овуляціи отъ мѣсячныхъ очищеній. Lowenthal полагаетъ, что даже припуханіе слизистой оболочки матки обуславливается вступленіемъ неоплодотвореннаго яйца въ полость матки, которое, по его мнѣнію, оплодотворяется исключительно въ маткѣ, на что нѣтъ пока прямыхъ доказательствъ.

Мѣры предосторожности во время мѣсячныхъ очищеній представляются крайне необходимыми для избѣжанія вредныхъ послѣдствій,

возникающихъ нерѣдко. Въ особенности это необходимо для слабыхъ, изнѣженныхъ женщинъ. При сильной гипереміи внутреннихъ половыхъ органовъ во время мѣсячныхъ и легко разлагающемся истеченіи, гнилостные и патогенные микробы могутъ находить доступъ въ полость матки и причинить катарральное заболѣваніе. Кромѣ того разорвавшійся Граафовъ пузырекъ и вѣроятно Фаллопьевы трубы иногда могутъ послужить источникомъ внутренняго кровотеченія.

Женщины во время мѣсячныхъ должны обращать особое вниманіе на содержаніе въ чистотѣ наружныхъ половыхъ частей. Необходимо по крайней мѣрѣ два раза въ день подмывать ихъ теплою водою, еще лучше слабымъ растворомъ буры, а при сильномъ запахѣ даже дегтярнымъ мыломъ. Слѣдуетъ также носить подвязку, въ видѣ Т-образнаго бинта, удерживающую на половыхъ частяхъ обеспложенную гигроскопическую вату или марлевые компрессы, которые можно мѣнять по мѣрѣ надобности.

Въ дурную и холодную погоду, во время мѣсячныхъ, женщины должны тепло одѣваться, въ особенности нужно хорошо закрывать ноги. Слѣдуетъ употреблять исключительно удобоваримую пищу, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ является наклонность къ поносамъ. Усиленный физическій трудъ, поднятіе тяжестей, продолжительная ходьба, работа на швейной машинѣ и пр. въ это время могутъ принести большой вредъ. Необходимо избѣгать также совокупленія и душевныхъ волненій. Сильныя проносныя средства, а также минеральныя кислоты, соединенія іода, а равно желѣзные препараты, большія дозы хинина и металлическія соли не должны быть назначаемы во время мѣсячныхъ. Пользованіе теплыми минеральными ваннами во время мѣсячныхъ, которое назначаетъ Маковѣвъ и другіе, не во всѣхъ случаяхъ можетъ оставаться безвреднымъ.

Климактерическій или критическій возрастъ.

За нѣсколько мѣсяцевъ, иногда даже за годъ и болѣе, до полного прекращенія мѣсячныхъ нерѣдко появляются нѣкоторые симптомы и патологическія явленія болѣе или менѣе тягостнаго характера, которые продолжаются еще нѣкоторое время послѣ потери этой функціи. У женщинъ это явленіе обнаруживается не въ одинаковой степени. Въ однихъ случаяхъ, именно у простыхъ деревенскихъ женщинъ, прекращеніе мѣсячныхъ наступаетъ часто почти незамѣтно, при появленіи слабыхъ симптомовъ; между тѣмъ какъ женщины достаточнаго класса, въ особенности одержимыя хроническими болѣзнями матки и придатковъ воспалительнаго характера, сильно и продолжительно страдаютъ въ это время. У такихъ женщинъ критическій періодъ рѣдко оканчивается раньше 2—3 лѣтъ.

Эти разстройства зависятъ отъ прекращенія привычныхъ ежемѣсяч-

ныхъ потерьъ крови и развивающейся постепенно атрофіи половыхъ органовъ женщины, причѣмъ утрачивается масса обычныхъ импульсовъ и возбужденій отъ нервовъ этихъ органовъ, которые они оказывали на центральную нервную систему въ возрастѣ женщины, когда половые органы правильно функционировали. Въ силу этихъ причинъ иногда нарушается въ это время болѣе или менѣе здоровье женщины.

Наи чаще разнообразныя симптомы, сопровождающіе климактерическій періодъ, обнаруживаются въ области нервной системы, въ органахъ пищеваренія, въ кровеносной системѣ и въ самыхъ половыхъ органахъ. Многія женщины жалуются въ это время на головную боль, которая держится преимущественно въ затылочной области и отсюда иногда распространяется на заднюю часть шеи и на позвоночникъ. Продолжительная гиперемія мозга сопровождается головокруженіями и въ исключительныхъ случаяхъ апоплексіею. Въ другихъ случаяхъ обнаруживается расстройство въ психической сферѣ; женщины дѣлаются раздражительными, обнаруживаютъ забывчивость, утрачиваютъ охоту къ работѣ и становятся неспособными къ умственнымъ занятіямъ. При врожденномъ или приобрѣтенномъ расположеніи въ исключительныхъ случаяхъ развиваются даже настоящіе психозы.

Со стороны пищеварительныхъ органовъ обнаруживается диспепсія, недѣятельность кишечнаго канала, сопровождающаяся накопленіемъ въ немъ кала, газовъ и вздутіемъ кишекъ. Упорные поносы представляютъ рѣдкое осложненіе въ это время. Увеличеніе въ объемѣ живота, зависящее отчасти отъ значительнаго отложенія жира въ брюшныхъ стѣнкахъ, иногда внушаютъ истерической больной идею о существованіи у нея беременности, въ чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно разувѣрить такихъ женщинъ. Вазомоторныя расстройства выражаются частыми приливами крови къ мозгу, усиленіемъ кожной испарины, ознобами и проч. Въ половой сферѣ наступленіе климактерическаго періода иногда оказываетъ благопріятное вліяніе, въ особенности при хроническихъ болѣзняхъ матки и ея придатковъ, а также часто при фиброзныхъ опухоляхъ матки. Нерѣдко также обнаруживаются патологическія явленія, которыхъ до этого времени не замѣчалось. Иногда появляются обильныя бѣли, въ другихъ случаяхъ продолжительное маточное кровотеченіе. Послѣдній симптомъ долженъ всегда служить показаніемъ къ гинекологическому изслѣдованію, потому что въ этомъ возрастѣ нерѣдко развивается ракъ матки, который обнаруживается часто маточными кровотечениями. Вслѣдствіе измѣненія важнѣйшихъ функцийъ организма, обнаруживаются измѣненія въ общемъ состояніи больной. Однѣ женщины худѣютъ, у другихъ, напротивъ, происходитъ значительное отложеніе жира.

Когда проходитъ климактерическій періодъ, не оставивъ никакихъ значительныхъ расстройствъ въ организмѣ, женщина вступаетъ въ спокойный возрастъ старости и можетъ еще долгое время пользоваться

хорошимъ здоровьемъ. Такое возстановленіе равновѣсія въ организмѣ никогда не обходится безъ потери самыхъ привлекательныхъ свойствъ, которыми обладаетъ женщина, продолжающая имѣть мѣсячныя. Контуры тѣла утрачиваютъ свою округленность, кости скелета выдаются, кожа становится грубою, на лицѣ появляются глубокія морщины и нерѣдко начинаютъ расти волосы на губахъ и подбородкѣ. Въ это время атрофія половыхъ органовъ обнаруживается вполне ясно. Яичники утрачиваютъ свои пузырьки и сильно сморщиваются; Фаллопиевы трубы истончаются, часто зарастаетъ ихъ внутреннее отверстие, эпителий всегда теряетъ свои ворсинки и становится плоске. Стѣнки матки становятся тоньше, ткань ихъ анемична, влагаличная часть сильно укорачивается, иногда даже зарастаетъ наружное или внутреннее отверстие канала шейки. Эпителий полости матки принимаетъ плоскую форму и многочисленныя железки пропадаютъ.

Терапія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сама природа облегчаетъ тягостныя явленія, сопровождающія критическій возрастъ. Иногда больныя чувствуютъ значительное облегченіе послѣ кровотеченія изъ носа, обильныхъ и частыхъ кишечныхъ испражнений, кровотеченій изъ прямой кишки при геморроѣ и проч. Это происходитъ относительно рѣдко, чаще женщина въ кратическомъ возрастѣ, одержимая тягостными симптомами, обращается къ врачебной помощи. При назначеніи лѣченія мы должны сообразоваться съ особенностями даннаго случая. При явленіяхъ полнокровія, выражающихся приливами крови къ головѣ, слѣдуетъ назначать приставленіе пьявокъ къ затылку и за уши, или кровососныя банки на спину по сторонамъ позвоночника. Въ прежнее время въ такихъ случаяхъ врачи назначали такъ называемыя фонтанелли на обоихъ предплечьяхъ. Наичаще приходится при такихъ условіяхъ прибѣгать къ назначенію въ теченіе нѣсколькихъ недѣль слабительныхъ солей — Карлсбадской соли, *natr. sulf. purum, magnes. citric., magnes. ust.*, воды Hunyadi Janos и проч. Рѣже прибѣгаютъ къ проноснымъ средствамъ — *Extr. Rhei comp., Podophyllum, Colocynthis, rad. Jalapae* и др. Въ лѣтнее время преимущественно назначаютъ послабляющія воды — наичаще Marienbad Kreuzbrunn, или питье сыворотки. Noorden съ успѣхомъ назначалъ при сильномъ ожирѣніи *gl. thyrioidea* и ея препараты. При различныхъ нервныхъ разстройствахъ наичаще даютъ препараты брома, *zincum valerianic., assa foetid.* и пр. При упадкѣ питанія приписываютъ препараты хины, *pepsinum, amara*, назначаютъ питательную діету и пр. Желѣзо большею частью дурно переносится въ критическомъ возрастѣ. Chrobak видѣлъ уменьшеніе тягостныхъ симптомовъ климактерическаго возраста послѣ назначенія 0,2 pro dosi высушеннаго коровьяго яичника нѣсколько разъ въ день.

Важное значеніе имѣетъ діета и соблюденіе извѣстныхъ правилъ гигиены. Пища должна быть легкая и удобоваримая; здоровыя отъ природы женщины, находящіяся въ этомъ періодѣ, должны употреблять

мясо одинъ разъ въ день. Крѣпкій чай, кофе и крѣпкія спиртныя напитки слѣдуетъ воспрещать; можно дозволить слабое вино въ небольшомъ количествѣ. Теплыя ванны съ прибавленіемъ соды усиливаютъ дѣятельность кожи и часто приносятъ пользу; напротивъ, холодныя купанья, въ особенности морскія, въ большинствѣ случаевъ вредны въ климатическомъ возрастѣ.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Исторія акушерства.

Audureau. Étude sur l'obstétrique en Occident pendant le moyen age et la renaissance. 1892. Bruck. I. Ignaz Phillip Semmelweiss. 1887. Carrier. H. Origines de la Maternité de Paris. 1888. Glaister. Dr. W. Smellie and his contemporaries. 1894. Herrgott. Essai d'une histoire de l'obstétricie en français de Sibold. 1893. Placet. L'obstétrique aux 17 et 18 siècles. 1892. Sänger. Die Chamberlens. Arch. f. Gyn. 31. Wulfsohn. Studien über Geburtshilfe und Gynäkologie der Hippokratiker. 1888.

2. Анатомія женскихъ половыхъ органовъ.

Алексѣико. Contribution à l'histologie normale et pathologique des ovaires de la femme. Ann. de gyn. et d'obst. 1891, 6. Acconci. Contributions à l'étude de l'anatomie et physiologie de la matrice grosse. Jahrb. über die Fortschr. der Geb. und Gyn. in 1890. Bardeleben, K. Ueber die Lage der weiblichen Beckenorgane Anat. Anzeiger. 1888. Basch. Beiträge zur Kenntniss des menschlichen Milchapparats. Arch. f. Gyn. 44. Boldt. Beitrag zur Kenntniss der normalen Gebärmutter Schleimhaut. Deut. med. Woch. 1890. Broeckaert. Contribution à l'étude de l'artère utérine, Fromm. Ber. 1892. Carbonelli. Quelques considérations sur le bassin de femme. 1892. Dührssen. Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. Arch. f. Gyn. 41. Engstöm. Ueberzählige Ovarien. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1896. Фавръ. Антропологическія замѣтки о Дагемейкахъ. Ж. ак. и ж. бол. 1896. Frommel. Zur Histologie und Physiologie der Milchdrüsen. Centr. f. Gyn. 1892. Gawronsky. Ueber die Verbreitung und Endigung der Nerven in der weiblichen Genitalien. Arch. f. Gyn. 42. Gutierrez. Mexikanische Becken. Med. rec. 1893. Hertwig. Experimentelle Studien am thierischen Ei. Jahrb. über die Fortschr. in 1890. Herff. Ueber das anatomische Verhalten der Nerven im Uterus und in den Ovarien des Menschen. München med. Woch. 1892, 4. Herff. Gibt es ein sympathisches Ganglion im menschlichen Ovarium? Arch. f. Gyn. 51. Herff. Zur Frage des Vorkommens von Follikelnerven im Eierstock des Menschen. Centr. f. Gyn. 1895. Haelzl. Ueber die Metamorphosen des Graaf'schen Follikels. Virch. Arch. 134. Holl. Ueber die menschliche Eizelle. Anat. Anz. 1891. Janosik. Zur Histologie des Ovarium. Sitzungsberichte der Kaiserl. Akad. der Wissensch. 1887. Киссель. Къ вопросу о положеніи матки у дѣтей. Проток. Кіев. гинек. Общ. 1890. Kossmann. Ueber accessorische Tuben und Tubenostien. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 29. Köstlin. Die Nervenendungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Fort. d. Med. Bd. 12. Klein. Entstehung des Hymen. 1894. Klein. Die Entwicklung des weiblichen Beckens. 1896. Konikow. Zur Lehre von der Entwicklung des Beckens und seiner geschlechtlichen Differenzirung. Arch. f. Gyn. 45. Landau und Abel. Beiträge zur normalen und patholog. Anatomie des Gebärmutterhalses. Arch. f. Gyn. 38. Lauro. Kindliches Becken. Centralbl. für Gynaek. № 28, 1888. Lane. Des différences qui existent entre le bassin de l'homme et de la femme. Annales de Gyn. 1888. Mandl. Ueber Anordnung und Endigungsweise

der Nerven im Ovarium. Arch. f. Gyn. 48. Массенъ. Результаты измѣренія выхода таза женщины. Ж. ак. и ж. бол. 1895. Nagel, W. Das menschliche Ei. Arch. f. Micr. Anat. 31. Nagel. Beitrag zur Anatomie der weiblichen Beckenorgane. Arch. f. Gyn. 53. Poirier. Lymphatiques des organes génitaux de la femme. Le pr. méd. 1889. Павловъ. Тазъ польской женщины. Ж. ак. и ж. бол. 1895. Паперный. Тазъ еврейки. Ж. ак. и ж. бол. 1897. Römer. Anthropologie des Beckens. 1896. Riese. Die feinsten Nervenfasern und ihre Endigungen im Ovarium. Anat. Anz. 1891. Ribbert. Ueber die kompensatorische Hypertrophie der Geschlechtsdrüsen. Virch. Arch. 120. Reichel. Die Entwicklung der Harblase und Harnröhre. 1893. Savor. Ueber Beckenneigung. Arch. f. Gyn. 51. Schottländer. Beitrag zur Kenntniss der Follikelatresie. Arch. f. micr. Anat. 37. Schultze. Milchdrüsenentwicklung und Polymastie. Fromm. Ber. 1892. Stratz. Die Raute von Michaelis. Zeitr. f. Geb. 33. Sutton. Supernumerary Mammae and Nipples. Am. I. of the med. Sc. 1889. Veit. Vaginalepithel und Vaginaldrüsen. Virch. Arch. f. pathol. Anat. Bd. 117. Veit. I. Die Anatomie des Beckens in Hinblick auf den Mechanismus der Geburt. P. Müller's Handbuch für Geburtsh. Waldeyer. Beiträge zur Kenntniss der Lage des weiblichen Beckenorgane. 1892. Whitridge. Contributions to the normale and pathological hystology of the Fallopian tubes. Am. I. of the med. Sc. 1891. Winterhalter. Ein sympathisches Ganglion in menschlichen Ovarium. Arch. f. Gyn. 51. Ziegenspeck. Ueber normale und pathologische Anheftungen der Gebaermutter und ihre Beziehungen zu deren wichtigsten Lageveränderungen. Arch. f. Gyn. Bd. 31.

3. Мѣсячныя очищенія.

Arnold. Ueber der zeitliche Verhältniss der Ovulation zur menstruellen Blütung. 1887. Börner. Ueber nervöse Hautschwellung als Begleiterscheinung der Menstruation und des Klimax. S. Kl. Vortr. 1888. Coratulo und Tarolli. Einfluss der Abtragung der Eierstöcke auf den Stoffwechsel. Centr. f. Gyn. 1895, 21. Chrobak. Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe. C. Bl. f. Gyn. 1896. Chazan. Ovulation und Menstruation. Eine kritische Studie. Arch. f. Gyn. Bd. 36. Cohnstein. Beitrag zur Lehre von der Ovulation und Menstruation. D. Med. Woch. 1890. Dewees. Fetid menstruation. Am. I. med. ass. 1889. Gerlach. Beiträge zur Morphologie und Physiologie des Ovulationsorganes der Säugethiere. Jahr. über die Fortschr. in 1890. Груздевъ. Eintritt der Geschlechtsreife. C. Bl. f. Gyn. 1894. Greef. Augenerkrankungen bei Menstruation. Mon. f. Geb. und Gyn. 1896. Hasse. Die Wanderung des menschlichen Eies. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 22. Jacobs. Ueber physiologische und pathologische Menstruation. Polic. 1892. Жихаревъ. Къ учению о мѣсячныхъ. Ж. ак. и жен. бол. 1895 и 1896. Joubert. Einfluss tropischen Klimas auf die Menstruation. Lancet. 1894. Krukenberg. Kastration und Flimmerepithel. Centr. f. Gyn. 1892. Kober. Ueber vikarirende Menstruation durch die Lungen. Berl. Kl. W. 1895. Knauer. Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. C. Bl. f. Gyn. 1896. Kerley. Vicarious menstruation N. I. Med. I. 1891. Leopold und Mironoff. Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation. Arch. f. Gyn. 45. Meyer. Der Menstruationsprocess und seine krankhaften Abweichungen. 1890. Макавѣевъ. Минеральныя ванны во время нормальныхъ и патологическихъ мѣсячныхъ очищеній. Ж. ак. и жен. бол. 1892. Manton. Ueber Fettansammlung am Abdomen im postklimakterischen Alter. C. Bl. f. Gyn. 1896. Manll. Beiträge zur Frage des Verhalten des Uterusmucosa während der Menstruation. Arch. f. Gyn. 52. Ott. Gesetz der Periodicität der physiologischen Funktionen im weiblichen Organismus. C. Bl. f. Gyn. 1890. Ranvier. Recherches sur la menstruation en Syrie. Ann. de Gyn. 27. Remfry. Ueber die Einfluss des Stillens auf die Menstruation und Empfängniss. Strassmann. Beiträge zur Lehre von der Ovulation, Menstruation und Konception. Arch. f. Gyn. 52. Steinhaus. Menstruation und Ovulation in ihren gegenseitigen Beziehungen. 1890. Veit. Zur Frage der inneren Ueberwanderung des Eies. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 1892. Westphalen. Zur Physiologie der Menstruation. Arch. f. Gyn. 52.

ОТДѢЛЪ II.

Физиологія беременности.

Глава 1.

Зачатіе.

Значеніе сѣменной жидкости. При совокупленіи мужское сѣмя проникаетъ въ женскіе половые органы, и является возможность оплодотворенія яйца, выступившаго изъ Граафова пузырька. Количество сѣменной жидкости, изливающейся при сношеніи, колеблется между 0,5 и 6,0 сс. Вѣроятно нерѣдко сѣмя попадаетъ при изверженіи отчасти въ каналъ шейки; обыкновенно же оно собирается въ заднемъ сводѣ, гдѣ въ него погружается влагалищная часть и наружное отверстие матки. Отсюда сѣменные нити, одаренныя самопроизвольнымъ движеніемъ со скоростью отъ 1,5—3 mm. въ минуту, проходятъ чрезъ каналъ шейки въ полость матки, гдѣ ихъ находили уже чрезъ 1½ часа послѣ сношенія. Какъ извѣстно, сѣменные нити образуются изъ сѣменныхъ клѣтокъ яичка, причемъ ядро переходитъ въ головку, а протоплазма превращается въ хвостикъ нити. При coitus количество извергаемыхъ сѣменныхъ нитей громадно. Lode нашелъ, что при coitus выдѣляется иногда до 200 милл. сѣменныхъ нитей за одинъ разъ. Благодаря собственному движенію, сѣменные нити могутъ попадать не только въ трубу, но переходить иногда даже въ полость брюшины, какъ это несомнѣнно доказано опытами Lode и Heinrichius'a на кроликахъ.

Участіе женщины при сношеніи довольно часто исключительно пассивное. Когда женщина испытываетъ сладострастное ощущеніе, послѣднее сопровождается напряженіемъ клитора, сжатіемъ влагалища и выпрямленіемъ матки, что можетъ отчасти способствовать зачатію, хотя отнюдь не составляетъ необходимости для совершенія этого явленія. Сѣмя въ полости матки сохраняетъ свою жизненность и движеніе въ теченіе 7, даже 8 дней, благодаря щелочной реакціи маточнаго секрета; между тѣмъ какъ кислое содержимое влагалища уже чрезъ

нѣсколько часовъ прекращаетъ всякое движеніе сѣменныхъ нитей. Такъ какъ неплодотворенное яйцо у женщины, и въ особенности часто у животныхъ, было найдено въ трубѣ и даже въ верхней части полости матки; то не подлежитъ сомнѣнію, что сѣмя, сохранившее свои жизненные свойства, можетъ встрѣтиться съ яйцомъ на протяженіи полового канала, начиная отъ внутренняго устья до яичника включительно. Предполагаютъ, что чаще всего это происходитъ въ трубѣ, хотя нельзя отрицать также возможности оплодотворенія яйца въ полости матки. Движеніе ворсинокъ въ трубахъ, направляющихъ молекулярное теченіе по направленію къ маткѣ, не можетъ служить препятствіемъ проникновенію сѣмени въ каналъ трубы.

Перемѣщеніе оплодотвореннаго яйца. Аппаратъ, при посредствѣ котораго яйцо попадаетъ изъ яичника въ наружное отверстіе трубы, повидимому не всегда дѣйствуетъ вполне удовлетворительно. Обыкновенно оплодотворенное яйцо направляется по каналу трубы въ полость матки, но въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ оно попадаетъ изъ яичника въ полость брюшины и даже въ отверстіе трубы противоположной стороны,—происходить крайне рѣдкое явленіе, такъ назыв. *наружное передвиженіе яйца.* Наиболѣе вѣское доказательство этого явленія представляютъ случаи беременности въ рудиментарномъ рогѣ матки, разобщенномъ отъ развитой половины этого органа, причемъ истинное желтое тѣло оказывается въ яичникѣ нормальной стороны матки. Оплодотворенное яйцо, вступивши въ матку, обыкновенно остается и укрѣпляется въ ней. Предположеніе о возможности перехода яйца изъ матки въ другую трубу отвергается изслѣдованіями Veit' a и Schaeffer'a. Съ положительностью можно допустить, что такъ называемаго *внутренняго перемѣщенія яйца*, *emigratio ovi interna*, которое предполагали раньше, въ дѣйствительности не существуетъ.

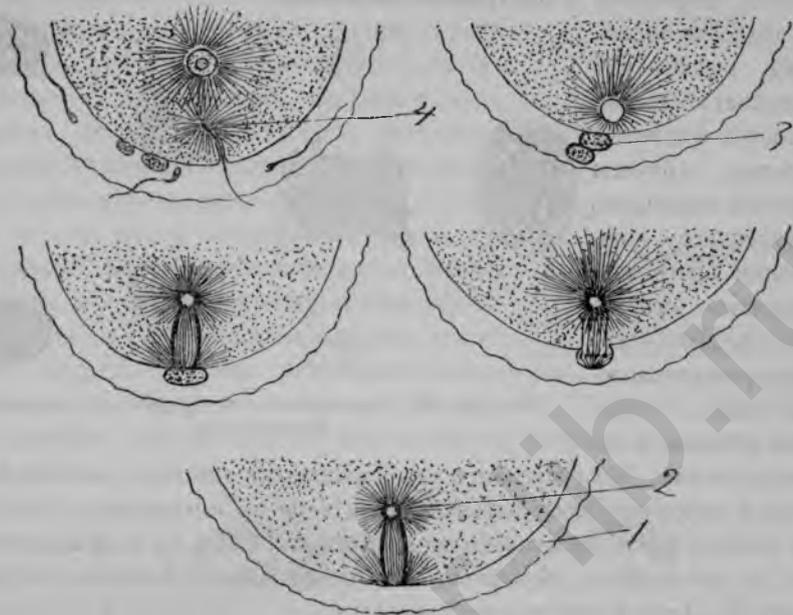
Какъ извѣстно, изъ 8 браковъ одинъ бываетъ безплодный. Безплодіе зависитъ не только отъ различныхъ заболѣваній женщины, но часто причиною его бываютъ болѣзни мужа, въ особенности половыя разстройства. По мнѣнію большинства гинекологовъ, это встрѣчается въ 30—40% безплодныхъ супружествъ. Vedeler полагаетъ, что прямо или косвенно даже въ 70% случаевъ причиною безплодія оказывается мужъ.

Глава 2.

Развитіе зародыша.

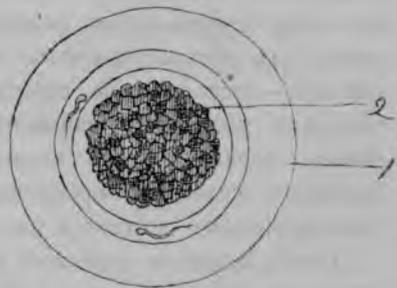
Измѣненія въ яйцѣ въ первое время послѣ оплодотворенія. Сообразно наблюденіямъ, сдѣланнымъ надъ яйцами различныхъ животныхъ, слѣдуетъ допустить, что у человѣка оплодотвореніе также происходитъ чрезъ проникновеніе въ яйцо сѣменной нити; вслѣдъ за этимъ зародышный пузырекъ исчезаетъ, на мѣсто его появляется ядро,

pronucleus femin. Вступая въ желтокъ, головка сѣменной нити образуетъ другое ядро, pronucleus mascul. Оба ядра, сливаются между собою, образуя новое ядро желтка, при этомъ послѣдній нѣсколько



Фиг. 36—40. Оплодотвореніе яйца. 1—zona pellucida, 2—pronucleus femin., 3—отбросы изъ протоплазмы яйца, 4—вступленіе сѣменной нити, образованіе pronucleus mascul.

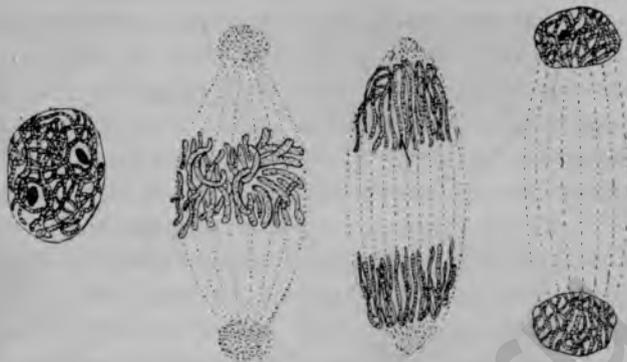
сжимается, между нимъ и zona pellucida образуется пространство, наполненное жидкостью, въ которой находятся частицы отдѣлившейся протоплазмы. Послѣ чего желтокъ, представляющій, при такихъ условіяхъ, собственно клѣтку, подвергается дѣленію или, какъ принято называть это явленіе, расщепленію, segmentatio. Дѣленіе происходитъ посредствомъ каріокинеза или каріомитоза. Сперва раздѣляется ядро, затѣмъ весь желтокъ на 2 сегмента, послѣдніе каждый въ свою очередь дѣлится на двѣ части и т. д., пока, при постепенномъ ростѣ яйца, не образуется подъ zona pellucida сплошной слой клѣтокъ, которая, постепенно размножаясь и тѣсно прилегая одна къ другой, образуютъ зачатковую оболочку, такъ называемую blastoderma, въ которой непосредственно заключенъ желтокъ. На одномъ концѣ яйца образованіе и сучиваніе клѣтокъ про-



Фиг. 42. Спавшійся нѣсколько желтокъ послѣ оплодотворенія яйца: 1—zona pellucida, 2—желтокъ.

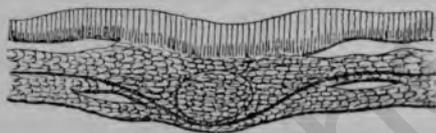
исходитъ болѣе энергично, вслѣдствіе чего здѣсь возникаетъ *area germinativa*, зачатковое пятно—начало тѣла зародыша. Зачатковая оболочка распадается на 3 листка, считая снаружи внутрь: наружный, *ectoderma*, средній, *mesoderma* и внутренній, *entoderma*.

По общепринятому, мнѣнію изъ наружнаго листка образуется нервная система, органы чувствъ и кожа, изъ внутренняго — кишечный эпителий и кишечныя железы; изъ средняго—мускулы, соединительная ткань, сосудистая система и по-



Фиг. 43—46. Шематическое изображеніе коріокинеза. Дѣленіе ядра.

ловые органы. Нис допускаетъ изъ первичныхъ листковъ (*archiblast*) развитіе у зародыша эпителиальной ткани, нервовъ и мускуловъ. Остальныя же ткани—кровь, эндотелій и соединительная ткань съ ея видоизмѣненіями, по его мнѣнію, образуется изъ блуждающихъ клѣтокъ, поступающихъ въ листки изъ желтка (*parablast*).



Фиг. 47. Три листка зачатковой оболочки.

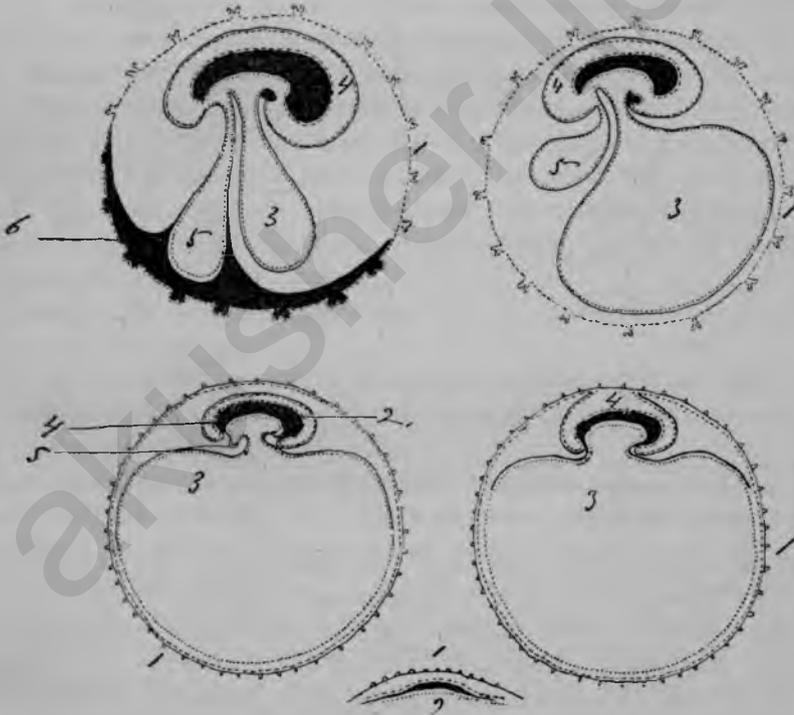
Вскорѣ на зачатковомъ пятнѣ возникаетъ первичная полоска, которая чрезъ размноженіе клѣтокъ быстро переходитъ въ первичную бороздку, намѣстѣ которой всѣ зачатковые листки сливаются между собою. Въ это время на зачатковомъ пятнѣ, имѣющемъ продолговатую округленную форму, различаютъ наружную темную область, *area opaca*, гдѣ распространяются желтковыя сосуды, и внутреннюю болѣе свѣтлую—*area pellucida*, собственно тѣло зародыша; въ послѣдней расположена упомянутая первичная бороздка. Возлѣ послѣдней по сторонамъ появляются два валика, которые, сливаясь между собою, закрываютъ желобокъ, превращая его въ каналъ—зачатокъ будущаго черепноспиннаго мозгового канала.

Послѣ закрытія мозгового канала тѣло зародыша начинаетъ опускаться въ полость желтка, вслѣдствіе чего наружный листокъ и верхній слой средняго приподнимаются надъ верхней поверхностью зародыша, образуя водную оболочку, которая постепенно наполняется жидкостью. Нижняя поверхность тѣла зародыша переходитъ непосредственно въ желтокъ. На поверхности *zona pellucida* появляются ворсинки; вскорѣ эта оболочка исчезаетъ, уступая мѣсто наружному листку съ его сосочками.

Через загибание внутреннего и нижней части среднего листковъ, по направлению книзу и вкнутри, образуется кишечный каналъ зародыша и стѣнки живота. Соединение кишечнаго канала съ полостью желтка постепенно суживается, и остатокъ послѣдняго превращается въ желточный пузырекъ. Еще раньше между двумя слоями среднего листка замѣчается пространство, известное подъ именемъ соелом, изъ котораго образуются грудная и брюшная полости. У человѣческаго зародыша онъ появляются, вѣроятно, не позже 14 дней послѣ зачатія. У зародыша, достигшаго 3 недѣль, замѣчается новый важный органъ—alantois, который приноситъ кровеносные сосуды къ ворсинкамъ, или сосочкамъ, наружнаго листка, окружающаго яйцо, образуя его ворсистую оболочку. Вмѣстѣ съ остаткомъ желтка alantois представляетъ начало развитія пуповины.



Фиг. 48. Шематическое изображение листковъ зачатковой оболочки. Безструктурныя ворсинки на поверхности zona pellucida.



Фиг. 49—52. Постепенное развитие яйца въ первыя недѣли послѣ оплодотворенія: 1—zona pellucida, замѣненная вскорѣ наружнымъ листкомъ съ ея сосочками, иначе ворсистою оболочкою яйца. 2—тѣло зародыша, 3—желтковый пузырь, 4—водный пузырь, 5—alantois, 6—появление кровеносныхъ сосудовъ въ ворсинкахъ яйца.

Зародышъ съ этого времени начинаетъ сгибаться по направлению спинки, причѣмъ головной конецъ его приближается къ хвостовому.

По изслѣдованіямъ въ Preuschen, alantois является вначалѣ въ видѣ пузырька. Одновременно съ нимъ отъ хвостового конца зародыша проходитъ особый отростокъ—кожная ножка, происходящій отъ водной оболочки и скоро сливающийся съ alantois.

Таковы главнѣйшіе моменты развитія зародыша въ теченіе перваго мѣсяца, вѣриѣ первыхъ 4 недѣль беременности, въ теченіе которыхъ образуются зачатки тѣла зародыша и его оболочки—водная и ворсистая. Полное развитіе яйца въ утробѣ матери совершается въ продолженіе 10 лунныхъ мѣсяцевъ.

Дальнѣйшее развитіе зародыша въ теченіе беременности. Черезъ недѣлю послѣ зачатія величина яйца не болѣе 6 мм., въ концѣ второй недѣли 16 мм. *Въ концѣ I мѣсяца* человѣческое яйцо равняется по величинѣ голубиному, причеиъ зародышъ имѣетъ не болѣе 0,8 см. Его голова не отграничена отъ туловища, на лицѣ и шеѣ на-



Фиг. 53. Зародышъ на 4 недѣль: *a*—сильно увеличенный, *b*—нормальная величина.



Фиг. 54. Зародышъ въ концѣ второго мѣсяца *b*—нормальная величина.

ходятся жаберныя дуги; въ видѣ бугорковъ появляются зачатки конечностей. Пуповина коротка и сравнительно толста. Плодъ въ такой формѣ развитія носитъ названіе эмбриона. Наружная поверхность яйца сплошь покрыта ворсами, содержащими петли сосудовъ.

Въ концѣ *II мѣсяца* человѣческое яйцо достигаетъ величины куриного; длина тѣла зародыша отъ 2—2,5 см. Голова равна по величинѣ туловищу, глаза въ видѣ темныхъ точекъ, на зачаткахъ конечностей можно уже различить ихъ 3 составныя части. Въ клочкѣ и нижней челюсти появляются точки окостенѣнія. Начинается образованіе такъ называемаго дѣтскаго мѣста: это происходитъ вслѣдствіе скучиванія и разрастанія ворсъ на мѣстѣ прикрѣпленія яйца къ внутрен-

ней поверхности матки и постепеннаго ихъ исчезновенія на остальной части поверхности яйца. Пуповина нѣсколько длиннѣе, но въ ней находится еще кишечная петля. Водная оболочка прилегаеть къ ворсистой. Начиная съ конца этого мѣсяца, зародышъ получаетъ названіе foetus.

Въ *III мѣсяцѣ* яйцо достигаетъ величины гусиного яйца, длина зародыша 7—9 см. Его голова занимаетъ $\frac{1}{3}$ длины всего тѣла. На ручныхъ и ножныхъ пальцахъ появляются зачатки ногтей. Кишечная петля уходитъ изъ пуповины въ полость живота. Дѣтское мѣсто уже образовалось, количество околоплодной жидкости значительно увеличилось.

Въ концѣ *IV мѣсяца* плодъ достигаетъ 16 см. длины, вѣсъ его не менѣе 100,0. На кожѣ начинается появляться пушокъ, и возникаютъ движенія плода. При наружномъ осмотрѣ можно различить полъ плода.

Въ концѣ *V мѣсяца* длина плода достигаетъ 25 см., вѣсъ 250,0, является на кожѣ смазка, *vernix caseosa*.

Въ концѣ *VI мѣсяца* длина плода не менѣе 30 см., вѣсъ 600,0, вѣски раздѣлены, въ кожѣ постепенно отлагается жиръ. Родившійся въ этомъ мѣсяцѣ плодъ дѣлаеть слабыя дыхательныя движенія и даже издаеть пискливые звуки, но нежизнеспособенъ и вскорѣ умираеть.

Въ концѣ *VII мѣсяца* длина плода достигаетъ 35—38 см., вѣсъ около 1200,0. Кожа еще морщиниста, но всюду покрыта пушкомъ. Рожденный въ концѣ этого мѣсяца плодъ рѣдко остается въ живыхъ.

Въ концѣ *VIII мѣсяца* длина плода не менѣе 40 см., вѣсъ около 2000,0. *Membrana papillaris* исчезла, кожа еще красная и бѣдна жиромъ. Рожденный въ концѣ этого мѣсяца плодъ, при старательномъ уходѣ, иногда остается въ живыхъ.

Въ концѣ *IX мѣсяца* длина плода 45 см., вѣсъ 2500,0. Хрящи носа и ушей еще мягки.

Въ теченіе *X мѣсяца* плодъ постепенно получаетъ характеръ доношеннаго младенца. Въ концѣ этого мѣсяца длина его достигаетъ 50 см., а вѣсъ около 3200,0.

Важнѣйшія данныя для распознаванія возраста плода все-таки составляютъ длина и вѣсъ его. Въ практическомъ отношеніи весьма важно удержать въ памяти приблизительно точныя числа длины въ различные мѣсяцы беременности. Въ первые пять мѣсяцевъ длина плода, выраженная въ сантиметрахъ, равна квадрату числа мѣсяца, кромѣ второго мѣсяца, когда длина плода равняется числу мѣсяца. Въ остальные пять мѣсяцевъ длина плода равняется числу мѣсяца, умноженному на 5. Почему приблизительно длина плода выразится въ слѣдующихъ числахъ:

| | | | | |
|----------|---|--------|---|-----|
| Въ концѣ | I | мѣсяца | 1 | см. |
| " | " | II | " | 2 |
| " | " | III | " | 9 |
| " | " | IV | " | 16 |

| | | |
|----------|----------|-------------|
| Въ концѣ | V мѣсяца | 25 см. |
| " | " | VI " 30 " |
| " | " | VII " 35 " |
| " | " | VIII " 40 " |
| " | " | IX " 45 " |
| " | " | X " 50 см. |

Въ виду важнаго значенія длины и вѣса плода, мы прилагаемъ слѣдующія точныя данныя, относящіяся преимущественно ко второй половинѣ беременности, заимствованныя изъ клиническихъ отчетовъ Necker'a и Ahlfeld'a.

Таблица Necker'a.

| Возрастъ плода. | Длина. | Вѣсъ. |
|-----------------|-----------|--------|
| IV мѣс. | 10—17 см. | 41,0 |
| V " | 18—27 " | 222,0 |
| VI " | 28—34 " | 658,0 |
| VII " | 35—38 " | 1343,0 |
| VIII " | 39—41 " | 1609,0 |
| IX " | 42—44 " | 1993,0 |
| X " | 45—47 " | 2450,0 |

Таблица Ahlfeld'a.

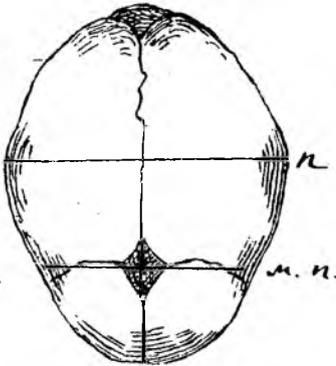
| Возрастъ. | Длина. | Вѣсъ плода. |
|------------|----------|-------------|
| 27 недѣль. | 36,3 см. | 1142,0 |
| 28 " | 40,4 " | 1635,0 |
| 29 " | 39,6 " | 1576,0 |
| 30 " | 42,0 " | 1868,0 |
| 31 " | 43,4 " | 1972,0 |
| 32 " | 43,7 " | 2107,0 |
| 33 " | 43,8 " | 2084,0 |
| 34 " | 46,0 " | 2424,0 |
| 35 " | 47,3 " | 2753,0 |
| 36 " | 48,3 " | 2806,0 |
| 37 " | 48,3 " | 2878,0 |
| 38 " | 49,9 " | 3016,0 |
| 39 " | 50,6 " | 3321,0 |
| 40 " | 50,5 " | 3168,0 |

Г л а в а 3.

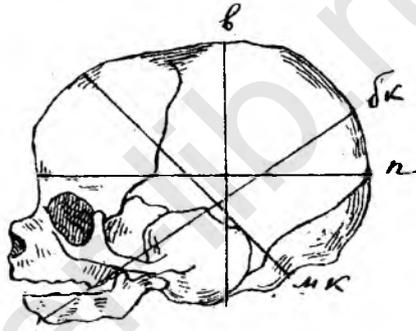
Зрѣлый плодъ.

Общія свойства зрѣлаго младенца. Живой, вполне доношенный плодъ, появившись на свѣтъ, кричитъ громкимъ голосомъ, двигаетъ конечностями, и вскорѣ послѣ родовъ мочится и испражняется на низъ. На спинѣ и въ складкахъ кожи его замѣчается плотная приставшая къ тѣлу смазка, *vernix caseosa*; волосы на головѣ большею частью тем-

ные, длиною около 2 см., пушокъ остается только на спинкѣ. Ушные и носовые хрящи имѣютъ достаточную плотность. Ногти на рукахъ выступаютъ за края пальцевъ. У мальчиковъ оба яичка находятся въ мошонкѣ, у дѣвочекъ большія губы закрываютъ малыя вполнѣ или въ значительной степени. Пуповина прикрѣпляется приблизительно къ срединѣ тѣла. У мертвыхъ плодовъ къ числу признаковъ зрѣлости принадлежитъ также появленіе точки окостенѣнія, длиною отъ 0,2—0,5 см. на нижнемъ концѣ бедра. Только въ рѣдкихъ случаяхъ ея не бываетъ. Въ числѣ признаковъ зрѣлости можно указать на отношеніе окружности головки къ окружности плечиковъ; первая у дѣтей вполнѣ доношенныхъ всегда больше второй.



Ф. 55: м. п.—малый поперечный размѣръ головки, п—большой поперечный размѣръ.



Ф. 56: м. к.—малый косою размѣръ, б. к.—большой косою, п — прямой, в — высота черепа.

Размѣры, роднички и швы головки. Важными и вполнѣ надежными признаками зрѣлости плода служатъ размѣры дѣтской головки. На черепѣ, на мѣстѣ соединенія костей, мы находимъ швы и роднички, suturae et fonticuli, имѣющіе важное практическое значеніе въ акушерствѣ. Темянныя кости, соединяясь между собою, образуютъ стрѣловидный шовъ, sutura sagittalis; между лобныхъ костей находится лобный шовъ, s. frontalis, составляющій какъ бы продолженіе предыдущаго. Темянныя кости въ соединеніи съ лобными образуютъ вѣнечный шовъ, s. coronaria, а въ соединеніи съ затылочною ламбдовидный, s. lambdoidea. *Большой родничокъ*, font. magnus, находится на мѣстѣ схождения лобныхъ и теменныхъ костей, гдѣ скрещиваются лобный, стрѣловидный и вѣнечный швы. На-ощупъ онъ представляетъ настоящій, закрытый мягкими покровами, промежутокъ между костей четырехугольной ромбической формы; передній уголъ родничка болѣе острый, нежели задній. *Малый или затылочный родничокъ*, font. parvus, находится на мѣстѣ схождения стрѣловиднаго и ламбдовиднаго швовъ; на-ощупъ онъ даетъ ощущеніе треугольной костной щели. По бокамъ черепа, гдѣ соприкасаются углы теменныхъ костей съ чешуй-

чатымъ швомъ, *s. squamosa*, спереди и сзади находятся *передній и задній боковые роднички*, font. Gasseri. Во время родовъ иногда прощупывается задній боковой родничекъ, который можно смѣшать съ затылочнымъ.

Изъ числа размѣровъ головки мы приведемъ только болѣе важные. *Прямой размѣръ*, отъ glabella до protuberatia occipitalis externa, равняется 12 см. (11,75). Окружность головки въ этомъ направленіи 33—34 см. *Поперечные размѣры*: *большой*, d. biparietalis, между наиболѣе выдающимися точками теменныхъ бугровъ, равняется 9,25 см.; *Малый*, d. bitemporalis, — 8 см.—проходитъ между наиболѣе отдаленными точками вѣчнаго шва.

Fraenkel въ числѣ признаковъ зрѣлости плода считаетъ объемъ головки новорожденнаго въ области прямого размѣра не менѣе 32 см.

По измѣреніямъ La Torre при вѣсѣ младенца 3500,0 большой поперечный размѣръ имѣетъ 9,5 см., малый 8 см. У дѣтей недоношенныхъ на нѣсколько недѣль, при вѣсѣ 2500,0—2600,0, большой поперечный размѣръ равняется только 8,5 см., а малый всего 7 см.

Большой диагональный размѣръ между концомъ подбородка и protub. occip. ext., длиною 13,5 см. Окружность головки въ этомъ направленіи достигаетъ 36 см. *Малый диагональный* или *малый косой размѣръ* проводится отъ середины большого родничка до linea nuchae, равняется 9,5 см.; окружность головки въ этомъ направленіи не превышаетъ 28—29 см. *Длинникъ лица* отъ подбородка до волосистой части головки равняется 8 см. *Высота черепа* отъ затылочной дыры до верхушки темени 9,5 см. *Ширина плечъ младенца* равняется 12 см., поперечный размѣръ груди 9,5 см., *ширина ягодицъ*—10 см.

Длина доношеннаго младенца колеблется между 48 и 52 см. Въ *вѣсѣ* замѣчается болѣе разнообразія; обыкновенно мальчики нѣсколько тяжелѣе дѣвочекъ, среднимъ числомъ на 100,0 и только на 0,5 см. длиннѣе. Issmer нашелъ, что дѣти перворождающихъ среднимъ числомъ на 220,0 легче. Иногда рождаются совершенно доношенныя дѣти, вѣсъ которыхъ не превышаетъ 2800,0, въ другихъ случаяхъ новорожденныя бываютъ гораздо тяжелѣе нормальнаго, достигаютъ 4500,0 даже 5500,0. Описаны крайне рѣдкіе, но достовѣрные случаи рожденія дѣтей, вѣсъ которыхъ доходилъ до 6000,0, даже 7,500,0, при длинѣ отъ 58 до 67,6 см. Тяжелыя дѣти рождаются большею частью у многорождающихъ, преимущественно отъ родителей большого роста и крѣпкаго сложенія.

Issmer, на основаніи изслѣдованія 7612 новорожденныхъ дѣтей, пришелъ къ заключенію, что длина гораздо важнѣе для опредѣленія зрѣлости плода, нежели вѣсъ. Онъ получилъ слѣдующія среднія величины:

| | Мальчикъ. | Дѣвочка. |
|-----------|-----------|----------|
| Длина . . | 50,6 | 50,0 |
| Вѣсъ . . | 3320,0 | 3214,0 |

Skalkowski старался доказать, что существует известное соотношение между черепом матери и плода. По наблюдениям Göpner'a, череп ребенка бывает сходен съ черепом одного из родителей, но далеко не всегда съ черепом матери. Вліяніе отца, по наблюдениям La Tогге, отражается болѣе на образованіи формы тѣла и важнѣйшихъ органовъ, вліяніе матери—въ строеніи внутреннихъ органовъ и въ образованіи характера. Вліяніе отца чаще преобладаетъ. Centoze наблюдалъ, что вдова, имѣвшая дѣтей отъ перваго мужа, вышедши вторично замужъ, рождаеть иногда дѣтей похожихъ на перваго мужа.

Глава 4.

Оболочки яйца.—Образованіе дѣтскаго мѣста.—Пуповина и околоплодная жидкость.

1. *Отпадающая оболочка, decidua.* Изъ краткаго изложенія развитія зародыша видно, что яйцо, въ которомъ заключается зародышъ, плавающей въ околоплодной жидкости, окружено оболочками. Наружная оболочка яйца представляетъ измѣненную слизистую оболочку матки. Вступленіе въ полость матки изъ трубы оплодотвореннаго яйца вызываетъ рѣзко выраженную гиперемію и гиперплазію слизистой оболочки тѣла матки. Эта оболочка набухаетъ и приподнимается въ складки, образуя такимъ образомъ бороздки. Попадая въ одну изъ послѣднихъ, яйцо, благодаря своей крайне малой величинѣ, задерживается въ бороздкѣ и затѣмъ обхватывается окружающими его складками, которыя скорѣе поверхъ его срастаются между собою. Коль скоро это послѣдовало, оплодотворенное яйцо получаетъ всѣ необходимыя условія для своего дальнѣйшаго развитія.

Утолщенная слизистая оболочка беременной матки носитъ общее названіе *отпадающей, membrana decidua*, причѣмъ та ея часть, которая обхватываетъ яйцо, называется *завороченной, decidua reflexa*. Мѣсто слизистой оболочки матки, къ которому прилежитъ яйцо, известно подъ именемъ *запоздалой оболочки, decidua serotina*, а вся остальная слизистая оболочка тѣла матки получаетъ названіе *настоящей отпадающей оболочки, decidua vera*.

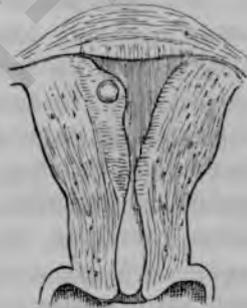
Не слѣдуетъ забывать, что набуханіе и гиперплазія слизистой оболочки, другими словами, образованіе deciduae происходитъ только въ тѣлѣ матки. Decidua въ видѣ валика приподнимается надъ слизистой оболочкой канала шейки, гдѣ эта оболочка не представляетъ замѣтныхъ измѣненій во время беременности. Въ первые мѣсяцы настоящая отпадающая оболочка бываетъ толщиною до 1 см., на ея внутренней поверхности замѣчаются мелкія точкообразныя ямочки, соответствующія маточнымъ желѣзкамъ. Впослѣдствіи, при значительномъ увеличеніи матки, истинная отпадающая оболочка становится къ концу беременности тоньше, не бо-

лѣе 1—2 mm. толщиною, утрачиваетъ свои неровности и отчасти железы, отъ которыхъ остаются только глубоко лежащіе концы.

Микроскопическое изслѣдованіе этой оболочки представляетъ чрезвычайно характерныя явленія. На мѣсто мелкихъ круглыхъ ячеекъ, расположенныхъ между маточными железами, какъ это замѣчается въ слизистой оболочкѣ небеременной матки, на продольныхъ разрѣзахъ отпадающей оболочки мы видимъ большія, такъ называемыя децидуальныя клѣтки, величиною отъ 0,02 до 0,05 mm. съ большимъ зерномъ различной формы — круглыя, угловатыя или веретенообразныя съ отростками. Между ними мѣстами находятъ мелкія клѣтки похожія на эмбриональныя. Въ верхнемъ, такъ называемомъ компактномъ слоѣ, эти клѣтки расположены довольно тѣсно, и промежуточнаго вещества здѣсь весьма немного. Ниже этого слоя находятся многочисленныя



Фиг. 57—59. Постоянное обхватываніе оплодотвореннаго яйца складками слизистой оболочки матки.

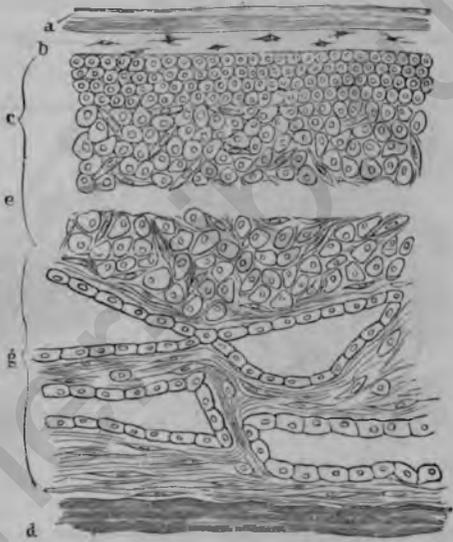


Фиг. 60. Оплодотворенное яйцо вступившее въ полость матки.

расширенныя извилины маточныхъ железъ, на нихъ мѣстами сидитъ низкій эпителий, узкіе промежутки между желѣзками заняты веретенообразными клѣтками; эта болѣе глубокая часть отпадающей оболочки, извѣстная подъ именемъ железистаго или ампулярнаго слоя, при изслѣдованіи подъ микроскопомъ на поперечныхъ разрѣзахъ, имѣетъ сходство съ сотами. Leopold нашель уже при яйцѣ, которое имѣло не болѣе недѣли послѣ оплодотворенія, эти два слоя въ слизистой оболочкѣ матки. Въ концѣ беременности отпадающая оболочка истончается и становится слегка желтоватою вслѣдствіе жирового перерожденія децидуальныхъ клѣтокъ.

Klein нашелъ, что развитіе отпадающей оболочки начинается отъ мѣста прикрѣпленія яйца. Во II мѣсяцѣ беременности въ ней вѣду находятся большія клѣтки, между ними круглыя ячейки. Эпителій принимаетъ кубическую форму, затѣмъ становится низкимъ, похожимъ на эндотелій. Обратное развитіе отпадающей оболочки начинается уже со второй половины беременности; клѣтки распадаются и появляются полоски фибрина, описанныя Langhaus'омъ и происходящія вслѣдствіе омертвенія большихъ клѣтокъ *dec. serotinae*. Послѣ своевременныхъ родовъ отходить верхній слой оболочки, остаются только островки ея на мышцахъ и концы железокъ.

Въ первые мѣсяцы беременности яйцо, покрытое завороченною оболочкой, не вполне выполняетъ полость матки. Только съ IV мѣсяца беременности оно прилегаетъ своею поверхностью, кромѣ части занятой дѣтскимъ мѣстомъ, къ истинной отпадающей оболочкѣ, *decidua vera*. Завороченная оболочка, *decidua reflexa*, уже съ начала беременности имѣетъ незначительную толщину—не болѣе 3 mm., ея железы исчезаютъ рано. По изслѣдованіямъ Minot, уже со II мѣсяца начинается въ ея ткани гиалиновое перерожденіе, которое въ III мѣсяцѣ достигаетъ значительной степени. На V мѣсяцѣ она начинаетъ сливаться съ *dec. vera*, а начиная съ VI мѣсяца никакихъ слѣдовъ ея болѣе не существуетъ. Ея эпителій превращается въ мелко-зернистую массу.

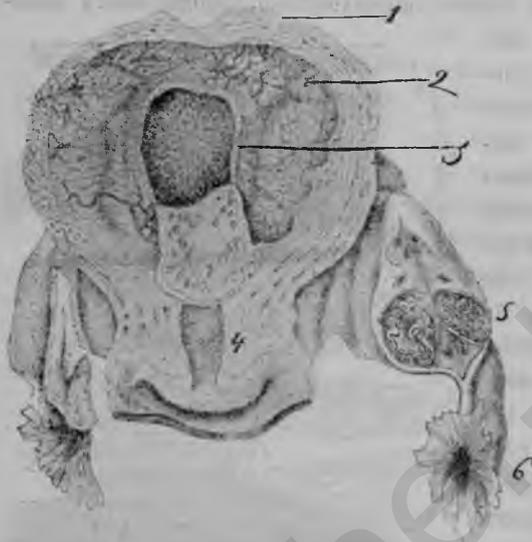


Фиг. 61. Разрѣзъ чрезъ оболочки яйца. а—водная оболочка, b—ворсинчатая, c—отпадающая, d—мышечная стѣнка матки, e—компактный слой, g—ампулярный слой *dec. verae*, e—мѣсто раздѣленія въ этой оболочкѣ при выходѣ послѣда.

Запоздалая оболочка, *decidua serotina*, имѣетъ вначалѣ около 8 mm. толщины. Въ концѣ беременности, подобно *decidua vera*, она истончается, хотя остатки железъ въ пей до VI мѣсяца сохраняются. Эта оболочка принимаетъ участіе въ образованіи важнаго для жизни утробнаго младенца органа, извѣстнаго подъ именемъ дѣтскаго мѣста, *placenta*.

2. *Ворсинчатая оболочка, chorion*. Въ яйцѣ различаются двѣ, происходящія изъ ткани зародыша, оболочки—внутренняя или водная, *amnion*, и наружная ворсинчатая, *chorion*. Послѣдняя состоитъ изъ волнистой соединительной ткани. Паружная поверхность яйца, послѣ оплодотворенія его и исчезновенія *zona pellucida*, покрывается многочисленными нѣжными ворсинками, одѣтыми эпителіальнымъ покровомъ. Уже на первомъ мѣсяцѣ беременности ворсинки, по изслѣдованіямъ Langhans'a Улезко-Строгановой, Pels Leusden'a и другихъ, имѣетъ эпителіальный покровъ изъ 2 слоевъ—нижняго, состоящаго изъ отдѣльныхъ эпите-

ліальнихъ клітокъ, слой Langhans'a, и верхняго, такъ называемаго syncytium, представляющаго сплошную протоплазму съ ядрами, не раздѣленную на отдѣльныя ячейки. Этотъ эмбріональный слой быстро разрастается, мѣстами прободаетъ стѣнку сосудовъ отпадающей оболочки, способствуя образованію кровяныхъ пространствъ, въ которыя вѣдряются ворсы. Крімъ того отъ syncytium'a мѣстами отщепляются частицы ткани, въ видѣ гигантскихъ клітокъ, которыя врастаютъ въ decid. serotina и даже проникаютъ въ мышечный слой во всё періоды беременности, въ особенности между 3 и 6 мѣсяцами. Послѣ отдѣленія



Фиг. 62. Разрѣзъ черезъ стѣнки матки во второмъ мѣсяцѣ беременности 1—стѣнки матки, 2—decid. vera, 3—decid. reflex., въ отверстіи разрѣза видны ворсинки chorion, 4—шейка матки, 5—яичникъ, 6—труба.

послѣда онѣ остаются отчасти на стѣнкахъ матки и способствуютъ образованію новаго эпителиальнаго покрова на мѣстѣ плаценты, гдѣ остатки железъ большею частью совершенно исчезаютъ. Въ позднѣйшій періодъ беременности гигантскія клітки могутъ уноситься потокомъ крови.

Образованіе гигантскихъ клітокъ объясняется отчасти избыткомъ питанія въ тканяхъ на мѣстѣ развитія яйца. Нѣтъ ничего удивительнаго, что элементы syncytium'a могутъ послужить при нѣкоторыхъ патологическихъ условіяхъ источникомъ развитія злокачественныхъ новообразованій. Улезко-Строганова могла про-

слѣдить происхожденіе syncytium'a изъ слоя Langhans'a. Невѣрно мнѣніе Johansen'a будто бы эта ткань происходитъ изъ клітокъ отпадающей оболочки. Описанный Nitabuch'омъ фибринозный слой въ отпадающей оболочкѣ появляется только въ концѣ беременности и не образуетъ непрерывнаго наслоенія.

Въ первое время развитія яйца ворсинки не содержатъ сосудовъ. Въ концѣ 3 недѣли послѣ оплодотворенія яйца изъ передней стѣнки задней кишки выпячивается полый отростокъ, allantois, изъ внутренней части котораго возникаетъ впоследствии мочевоі пузырь. Этотъ отростокъ направляется возлѣ желточнаго пузыря къ наружной, иначе ворсистой оболочкѣ яйца и несетъ съ собою соединительную ткань и кровеносные сосуды, которые быстро развѣтвляются и переходятъ въ ворсинки яйца. Спустя приблизительно 6 недѣль послѣ своего появленія, ворсинки, прилегающія къ decidua reflexa и занимающія большую часть поверхности яйца, начинаютъ атрофироваться, не получая надлежаща-

го питанія вслѣдствіе истонченія этой оболочки; эта часть ворсистой оболочки носитъ названіе *chorion laeve*. Напротивъ ворсинки, прилегающія къ *decidua serotina*, получаютъ дальнѣйшее развитіе, образуя такъ называемый *chorion frondosum*, многочисленныя ворсинки котораго вступаютъ въ болѣе тѣсную связь на этомъ мѣстѣ съ маточною тканью, именно съ *decidua serotina*, и образуютъ дѣтское мѣсто, *placenta*. Ворсинка состоитъ изъ зародышевой соединительной ткани; въ срединѣ ея находится сосудистая петля.

3. *Образованіе дѣтскаго мѣста*. Несмотря на исчезновеніе ворсинокъ на большей части поверхности ворсистой оболочки, она вмѣстѣ съ водною продолжаетъ расти, подвергаясь вмѣстѣ съ тѣмъ растяженію вслѣдствіе увеличенія содержимаго яйца. Въ первое время развитія оплодотвореннаго яйца въ маткѣ, ворсинки ворсистой оболочки только прилегаютъ къ *decidua reflex* и *decidua serotina* и, вѣроятно, нѣкоторыя ворсы вѣдряются въ маточныя желѣзы. Питаніе яйца въ первое время происходитъ посредствомъ простаго осмоса. Однако съ появленіемъ кровеносныхъ сосудовъ въ ворсинкахъ, и въ особенности съ развитіемъ *chorion frondosum*, соединеніе дѣлается болѣе тѣснымъ, и разведеніе яйца отъ слизистой оболочки на этомъ мѣстѣ становится невозможнымъ безъ нарушенія его цѣлости. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается, что многія ворсы врастаютъ съ своими волосными сосудами въ ткань *deciduae serotinae*, при этомъ онѣ теряютъ свой эпителий, и слѣдовательно здѣсь материнская ткань непосредственно окружаетъ зародышную нѣжную ткань ворсинокъ. Такія ворсинки служатъ главнымъ образомъ для прикрѣпленія послѣда, хотя чрезъ нихъ также совершается обмѣнъ веществъ между матерью и младенцемъ. Остальная наибольшая часть ворсинокъ вступаетъ въ тѣсное соотношеніе съ кровеносными сосудами матери. Согласно изслѣдованіямъ Нерффа, Фроммеля, Паппа и другихъ, развитіе ворсинокъ достигаетъ наибольшей степени на мѣстѣ прикрѣпленія пуповины. Мѣсто развитія плаценты въ маткѣ зависитъ отъ прикрѣпленія *alantois*.



Фиг. 63. Шематическій разрѣзъ чрезъ край дѣтскаго мѣста. Развѣтвленныя ворсинки переходятъ отчасти въ ткань *decid. serotina*, отчасти выстоятъ въ кровяную полость, въ которой циркулируетъ материнская кровь.

Извилистыя маточныя артеріи, вступая въ ткань послѣда, теряютъ свои дольствыя стѣнки, сохраняя только эндотелій; другими словами онѣ превращаются въ колоссальныя капилляры или синусы въ которые, проникаютъ многочисленныя ворсинки дѣтскаго мѣста. Такимъ образомъ поверхность плацентарныхъ ворсѣй постоянно обмывается протекающею кровью

Извилистыя маточныя артеріи, вступая въ ткань послѣда, теряютъ свои дольствыя стѣнки, сохраняя только эндотелій; другими словами онѣ превращаются въ колоссальныя капилляры или синусы въ которые, проникаютъ многочисленныя ворсинки дѣтскаго мѣста. Такимъ образомъ поверхность плацентарныхъ ворсѣй постоянно обмывается протекающею кровью

матери. Изъ колоссальныхъ капилляровъ материнская кровь переходитъ въ маточныя вены, стѣнки которыхъ въ дѣтскомъ мѣстѣ также состоятъ изъ одного эндотелія.

На вышедшемъ изъ матки дѣтскомъ мѣстѣ мы различаемъ поверхность наружную маточную и внутреннюю зародышную. Наружная поверхность покрыта тонкимъ слоемъ запоздалой оболочки, тѣсно сросшейся съ существомъ дѣтскаго мѣста и посылающей отростки въ его ткань. Она представляетъ материнскую ткань дѣтскаго мѣста, *pars materna*. Главная масса этого важнаго органа состоитъ изъ ткани ворсистой оболочки, образующей вмѣстѣ съ своими многочисленными со-



Фиг. 64. Развѣтвленіе ворсинокъ въ дѣтскомъ мѣстѣ.

судами и водною оболочкой, зародышевую часть дѣтскаго мѣста, *pars foetalis*. По мѣрѣ развитія дѣтскаго мѣста, образованіемъ колоссальныхъ капилляровъ, синусовъ, постепенно уничтожается ткань отпадающей оболочки. По изслѣдованіямъ Heinz'a железки въ этой ткани можно найти только до VI мѣсяца беременности, позже онѣ исчезаютъ. Внутренняя поверхность плаценты выстлана водной оболочкою, чрезъ которую просвѣчиваютъ многочисленные стволы плацентарныхъ со-

судовъ плода. Лежащая подъ нею ворсистая оболочка даетъ начало многочисленнымъ стволамъ древовидно развѣтвляющихся ворсѣ. Послѣднія скучиваются въ видѣ долекъ, *cotyledones placentae*, замѣтныхъ на маточной поверхности дѣтскаго мѣста.

Ruge и нѣкоторые другіе изслѣдователи отвергаютъ видѣніе ворсинокъ въ кровеносныя материнскія сосуды. Однако изслѣдованія Leopold'a и недавнія изысканія въ этой области Waldeyer'a, Nitabuch'a, Wimm'a, Eckhardt и Rohg'a вполне подтвердили установленнаго въ наукѣ понятіе о строеніи дѣтскаго мѣста. Не имѣетъ также серьезныхъ основаній мнѣніе Ercolani, который полагалъ, что *decidua serotina* представляетъ новообразованный железистый органъ, врастающій между ворсинкою и омываемый кровью матери. Причемъ его эпителий будто бы выдѣляетъ особый секретъ—маточное молоко, которое всасывается ворсами и служитъ для питанія плода.

Сосуды плаценты. Чрезъ пуповину въ дѣтское мѣсто проходятъ двѣ артеріи, *art. umbilicales*, принадлежащія плоду и происходящія каждая отъ соответственной *art. hypogastrica*. Предъ вступленіемъ въ дѣтское мѣсто обѣ артеріи анастомозируютъ между собою, затѣмъ развѣтвляются на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, будучи прикрыты водною оболочкой. Въ каждую дольку послѣда вступаютъ 2 или 3 артеріи, которыя уже не анастомозируютъ между собою, какъ это подтверждено недавними изслѣдованіями Zentler'a и Bloch'a. Вены слѣдуютъ за развѣтвленіями артерій. Въ глубинѣ ткани артерій, развѣтвляясь, окончательно распадаются на волосныя сосуды ворсинокъ. Кро-

мѣ этихъ развѣтвленій на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, на первой половинѣ беременности, находится довольно мелкая сѣть сосудовъ, непосредственно лежащая подъ водной оболочкою, сосудистая сѣть Jungbluth'a. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности она обыкновенно исчезаетъ. Въ случаѣ же ея дальнѣйшаго существованія въ яйцѣ накапливается чрезмѣрно большое количество околоплодной жидкости. На краю маточной поверхности дѣтскаго мѣста обыкновенно находятъ крупную круговую вену. Маточныя артеріи, проходя чрезъ отпадающую оболочку, образуютъ спиральныя извилины. Онѣ расположены болѣе по срединѣ, маточныя вены находятся по краямъ дѣтскаго мѣста.

По общепринятому мнѣнію, ворсинки, проникая въ колоссальные волосные сосуды, получаютъ наружный покровъ, выпячивая эндотелій стѣнки сосуда. Hofmeier и другіе отрицаютъ это и, по нашему мнѣнію, вполне справедливо. Относительно происхожденія syncytium'a до сихъ поръ еще существуютъ различныя мнѣнія. Marchand считаетъ этотъ эпителиальный слой зародышевою тканью, продуктомъ наружнаго листка, между тѣмъ какъ Kossmann, Henricius, Selenka и другіе производятъ его отъ верхняго слоя *dec. serotinae*. Мнѣніе Marchand'a имѣетъ за собою болѣе вѣскихъ данныхъ. Образование колоссальныхъ волосныхъ сосудовъ, синусовъ, происходитъ, по наблюдениямъ Bimm'a, на границѣ между *dec. serotina* и тканью ворсистой оболочки, вслѣдствіе взаимнаго ихъ прорастанія. При быстромъ ростѣ и размноженіи ворсинокъ происходятъ промежутки, которые превращаются въ кровяные синусы. Bimm, Koebel и другіе находили, что уже на 4 недѣлѣ беременности нѣкоторыя ворсинки омываются кровью матери, между тѣмъ какъ другія прикрѣпляются къ ткани отпадающей оболочки. Leopold видѣлъ на яйцѣ, имѣвшемъ не болѣе 8 дней послѣ зачатія, какъ мелкія артеріи отпадающей оболочки открывались въ межворсистыя пространства. Ворсистая оболочка этого яйца состояла изъ круглыхъ клѣтокъ зародышевой ткани, и ворсинки были покрыты однослойнымъ эпителиемъ. Kupfer и Gottschalk наблюдали востаніе отдѣльныхъ ворсинокъ въ маточныя железки, которыя, по мнѣнію Gottschalk'a, въ такихъ случаяхъ вскорѣ сообщаются къ кровеноснымъ сосудамъ матери. Отложеніе фибрина въ дѣтскомъ мѣстѣ представляетъ обычное явленіе, зависящее отъ перерожденія островковъ *dec. serotinae*, вросшающей въ ткань дѣтскаго мѣста.

Въ концѣ беременности дѣтское мѣсто имѣетъ обыкновенно круглую форму, вѣситъ наичаще среднимъ числомъ около 500,0, діаметръ его равняется 16—18 см., толщина 2—2,5 см. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ очертанія мѣста неправильны. Иногда одинъ изъ его краевъ выступаетъ въ видѣ языка, представляя дольчатое мѣсто—*pl. lobata*. Даже часть его можетъ совершенно отдѣляться отъ главной массы и остается связанною съ нею только при посредствѣ сосудовъ—*pl. succenturiata*; или же среди ткани послѣда обнаруживается промежутокъ, состоящій изъ однихъ только оболочекъ, *pl. fenestrata*.

По изслѣдованіямъ Ribemont'a, добавочное дѣтское мѣсто встрѣчается 1:352 случая. По наблюдениямъ Alfeld'a, дольчатая форма дѣтскаго мѣста происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда оно развивается сбоку матки. На мѣстѣ, гдѣ прилегаетъ передняя стѣнка матки къ задней, являются неблагоприятныя условія для развитія ворсинокъ.

Наичаще дѣтское мѣсто сидитъ на задней, затѣмъ на передней стѣнкѣ матки, гораздо рѣже съ правой или лѣвой стороны матки и

еще рѣже у дна. Въ 327 случаяхъ, въ которыхъ было точно обозначено положеніе дѣтскаго мѣста, оно прикрѣплялось 130 разъ на передней стѣнкѣ, 166 на задней, справа 13 разъ, слѣва 10, а на днѣ матки 8 разъ.

4. *Водная оболочка*, amnion, образуется, какъ сказано выше, въ слѣдствіе западанія зародыша въ массу желтка и приподнятія складокъ наружнаго и части средняго листка вокругъ его тѣла. Складки векорѣ срастаются падъ спинкою зародыша, образуется полость, въ которой появляется жидкость, liquor amnii. При накопленіи послѣдней водная оболочка опускается книзу и покрываетъ соединеніе первичной кишки зародыша съ желткомъ; изъ этого соединенія образуется въ послѣдствіи, когда вырастаетъ alantois, пуповина. Вначалѣ между водною и ворсистою оболочками находится небольшое количество жидкости. Начиная



Фиг. 65. Разрѣзъ чрезъ пуповину, разсматриваемый въ лупу. Между 3 сосудовъ посрединѣ виденъ остатокъ urachus, вверху слѣва—остатокъ желтковаго хода и сосудовъ.

со II мѣсяца беременности оболочки прилегаютъ одна къ другой, хотя во всякое время на вышедшемъ наружу яйцѣ ихъ легко разъединить, такъ какъ между ними остается тонкій слой мелкозернистой массы. Водная оболочка никогда не содержитъ сосудовъ, внутренняя поверхность ея выстлана низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, подъ нимъ находится соединительная миксоматозная ткань, образующая, по изслѣдованіямъ Lange, отъ 3 до 5 слоевъ кѣтокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ пей замѣчаются кѣтки съ отростками, которые соединяются между собою, образуя цѣлую систему каналовъ и дѣлая оболочку удобопроницаемою для жидкостей.

5. *Пуповина*. Водная оболочка составляетъ непосредственное продолженіе кожи зародыша, въ которую она переходитъ при посредствѣ пуповины, funiculus umbilicalis, причемъ миксоматозная ткань послѣдней, Вартонова студень, составляетъ продолженіе соединительной ткани водной оболочки. По изслѣдованіямъ Lange ткань пуповины богата эластическими волокнами. Настоящихъ лимфатическихъ сосудовъ она не имѣетъ. Эпителій водной оболочки переходитъ на поверхность пуповины. Послѣдняя уже на I мѣсяцѣ утробной жизни представляетъ соединеніе зародыша съ ворсистою оболочкою и принимаетъ форму стебля или ножки; въ послѣдствіи она сильно удлиняется. Въ соединительной ткани пуповины расположены извилистые пупочные сосуды—двѣ art. umbilicales и одна vena umbilicalis, которые, проходя чрезъ пуповину, не отдають никакихъ вѣтвей. Только на мѣстѣ перехода пуповины въ тѣло младенца, гдѣ конецъ ея покрытъ на 1 см. ширины кожей, въ Вартонову студень переходятъ волосные сосуды. Кромѣ сосудовъ на поперечномъ разрѣзѣ пуповины почти всегда замѣчается бѣловатое пятнышко —

urachus, представляющій остатокъ alantois. Въ первое время существованія пуповины, когда она представляетъ еще короткій стебель, въ ней заключается желточный протокъ съ своими сосудами, ductus omphalo-entericus et vasa omphalo-enterica; слѣды этихъ частей даже съ помощью лупы можно различить явственно только въ рѣдкихъ случаяхъ на поперечномъ разрѣзѣ пуповины доношеннаго плода.

Съ образованіемъ alantois и закрытіемъ брюшной полости зародыша желточный пузырь утрачиваетъ свое значеніе, хотя въ большинствѣ случаевъ онъ не исчезаетъ. Иногда въ плацентѣ доношеннаго плода его можно найти недалеко отъ прикрѣпленія пуповины, рѣже возлѣ края дѣтскаго мѣста, въ видѣ бѣловатаго тѣльца величиною съ чечевичу между водной и ворсистою оболочками яйца, при разъединеніи которыхъ онъ остается на водной оболочкѣ.

Смотря по мѣсту прикрѣпленія пуповины къ внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, различаютъ insertio centralis, praecentralis, marginalis et velamentosa. Только послѣднее слѣдуетъ считать ненормальнымъ, такъ какъ при немъ пупочные сосуды прежде вступленія въ дѣтское мѣсто проходятъ на нѣкоторомъ пространствѣ между оболочками яйца; почему при родахъ, во время разрыва оболочекъ яйца, они могутъ иногда разорваться, а младенецъ умереть отъ потери крови до рожденія на свѣтъ. Происхожденіе ins. velamentosa, повидимому, наичаще зависитъ отъ сопротивленія, которое иногда можетъ оказывать обыкновенному направленію и переходу alantois на ворсистую оболочку желточный пузырькъ съ своимъ протокомъ, если этотъ пузырькъ предварительно плотно срастается съ оболочками. Какъ извѣстно, alantois наичаще переходитъ въ ворсистую оболочку на мѣстѣ decidua serotina. Въ рѣдкихъ случаяхъ ins. velamentosa происходитъ при двойняхъ, когда одно яйцо препятствуетъ правильному прикрѣпленію alantois другого яйца къ общей ворсистой оболочкѣ.

Длина пуповины въ большинствѣ случаевъ колеблется между 50 и 100 см. Пуповина длиною около 200 см. встрѣчается въ рѣдкихъ случаяхъ, точно также какъ чрезмѣрная ея короткость. Послѣднее бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда она короче половины длины младенца, т.-е. имѣетъ менѣе 25 см. длины. Совершенное отсутствіе пуповины бываетъ только у плодовъ съ значительными уродствами. Пуповина обыкновенно представляется спирально скрученною вправо, если смотрѣть отъ ребенка; скручиваніе развивается вслѣдствіе вращенія тѣла младенца. Сосуды также представляютъ каждый въ отдѣльности подобное скручиваніе, а также извилины и петли, особенно артеріи. Пупочная вена всегда имѣетъ клапаны; нерѣдко послѣдніе въ видѣ выступовъ находятъ также въ артеріяхъ. Весьма часто на пуповинѣ замѣчаются ложные узлы, происходящіе вслѣдствіе накопленія мѣстами Вартоновой студени; въ этихъ утолщенныхъ мѣстахъ обыкновенно находятся также извилины и петли, образуемыя пупочными сосудами. Настоящіе узлы на пуповинѣ встрѣчаются рѣдко. Lange нашель, что пуповина покрыта

многослойнымъ эпителиемъ; между тѣмъ какъ на внутренней поверхности водной оболочки находится, какъ извѣстно, однослойный эпителий.

Околоплодная жидкость, liquor amnii, въ началѣ беременности обыкновенно прозрачна, въ послѣдніе мѣсяцы мутна, бѣловата, съ особеннымъ запахомъ и слабой щелочной реакціи. Въ нормальномъ состояніи количество ея предъ родами обыкновенно колеблется между 500,0 и 1000,0, удѣльный вѣсъ 1,005—1,015. Она представляетъ серозную жидкость, въ которой содержаніе бѣлка увеличивается съ теченіемъ беременности. Вначалѣ оно не превышаетъ 0,006%, а въ послѣдніе мѣсяцы доходитъ до 0,03 даже 0,04%. Количество мочевины въ концѣ беременности достигаетъ 0,02—0,05%.

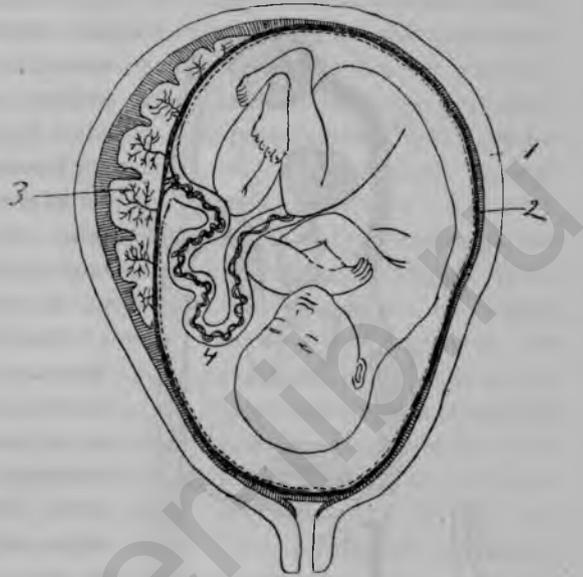
Sandmeyer находилъ въ околоплодной жидкости 0,1—0,44% бѣлка. Russo нашелъ также сахаръ въ небольшомъ количествѣ. Между кровью беременной и околоплодною жидкостью несомнѣнно происходитъ взаимный обмѣнъ веществъ. Töngreen вводитъ въ полость яйца kali iodatum, который вскорѣ переходитъ въ кровь матери.

Источникъ происхожденія околоплодной жидкости до сихъ поръ не вполне выясненъ. Яйцо, извергнутое въ первыя недѣли беременности, уже содержитъ нѣкоторое количество околоплодной жидкости. Еслибы было доказано, что эта жидкость не можетъ трансудировать чрезъ тонкіе покровы плода, то единственнымъ источникомъ ея въ первое время беременности слѣдовало бы признать материнскую кровь маточныхъ сосудовъ, облегающихъ яйцо. Серозная жидкость можетъ легко проникать въ яйцо чрезъ его удобопроницаемыя для жидкости оболочки. Весьма вѣроятно, въ образованіи околоплодной жидкости принимаетъ участіе вышеупомянутая сосудистая сѣтъ Jungbluth'a, расположенная на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, а также поверхность пуповины. Когда почки плода достигаютъ значительнаго развитія, ихъ секретъ, моча, также примѣшивается къ содержимому околоплодной жидкости. Околоплодная жидкость имѣетъ важное механо-физиологическое значеніе для плода во время беременности и родовъ. Прежде всего она служитъ отчасти для питанія плода, который по временамъ глотаетъ околоплодную жидкость, вводя такимъ образомъ въ свой организмъ воду и съ нею ничтожное количество бѣлка. Далѣе околоплодная жидкость обусловливаетъ равномерное растяженіе тѣла матки и такимъ образомъ способствуетъ правильному образованію и членорасположенію плода, препятствуя сращенію водной оболочки съ поверхностью тѣла младенца. Она предохраняетъ также плодъ отъ ушибовъ и сотрясенія. Наконецъ, способствуя расширенію канала шейки и зѣва матки, а также увлажая при своемъ истеченіи родовые пути, она своимъ присутствіемъ значительно облегчаетъ теченіе родовъ.

Послѣдъ, secundinae. Оболочки яйца и дѣтское мѣсто, которыя выдѣляются наружу послѣ рожденія плода, носятъ общее названіе послѣда—secundinae, вѣсъ котораго достигаетъ обыкновенно 750—800,0,

Развертывая осторожно послѣдъ, мы замѣчаемъ отверстіе въ его оболочкахъ, черезъ которое прошелъ младенецъ, черезъ него теперь выходитъ пуповина, которая идетъ въ полость яйца и прикрѣпляется къ дѣтскому мѣсту. Внутренняя поверхность опорожненнаго яйца выстлана водною оболочкою, которая легко отдѣляется отъ ворсистой оболочки, образующей наружный слой, на которомъ находится мѣстами отпадающая оболочка.

Наружная поверхность плаценты представляется дольчатою и покрыта тонкимъ слоемъ сѣровой маточной ткани, *decidua serotina*, которая заходитъ также въ промежутки между дольками — *cotyledones*. Отверстіе въ оболочкахъ яйца, если оно послѣдовательно не было разорвано, своимъ краемъ можетъ указывать на разстояніе, въ какомъ находился нижній край дѣтскаго мѣста, т.е. прикрѣпленіе его, отъ внутренняго зѣва матки.



Ф. 66. Шематическій разрѣзъ стѣнки через беременной матки на второй половинѣ беременности: 1—мышечная стѣнка матки, 2—*dec. vera* и другія оболочки яйца, 3—дѣтское мѣсто, 4—пуповина.

Keilmann полагаетъ, что по формѣ мѣста и по прикрѣпленію пуповины можно судить отчасти о расположеніи плаценты въ маткѣ. Неправильная форма мѣста и боковое прикрѣпленіе пуповины указываетъ, что плацента помѣщалась съ боку матки. Въ подобныхъ случаяхъ иногда развивается *pl. succenturia*. Lips нашель, что существуетъ нѣкоторое соотношеніе между величиною плода и дѣтскимъ мѣстомъ; это можно было предполагать уже а priori, такъ какъ дѣтское мѣсто представляетъ главный органъ для питанія утробнаго плода. По наблюденіямъ Zentler'a, дѣтское мѣсто небольшихъ доношенныхъ плодовъ вѣситъ около 450,0, а крупныхъ не менѣе 600,0. По изслѣдованіямъ Lips'a, вѣсъ плода относится къ вѣсу дѣтскаго мѣста какъ 5,5 : 1.

Глава 5.

Физиологическія отправленія утробнаго плода.

1. *Кровообращеніе утробнаго плода.* Начало образованія сердца у человѣческаго зародыша относится къ концу второй недѣли; у трехнедѣльнаго зародыша уже существуютъ сердечныя сокращенія, при

посредствѣ которыхъ происходитъ движеніе крови. Кровообращеніе вначалѣ бываетъ крайне несовершенное, кровь циркулируетъ въ сосудахъ, развѣтвляющихся въ тѣлѣ зародыша и въ оболочкахъ желтка. Съ образованіемъ allantois въ концѣ третьей недѣли, наиболѣе выдающаяся роль выпадаетъ на долю пупочныхъ сосудовъ, *vasa umbilicalia*.

Сердечныя сокращенія въ первые мѣсяцы беременности бываютъ слабы, и мы можемъ слышать сердечныя тоны плода только на V мѣсяцѣ беременности.

Кровообращеніе внутриутробнаго плода представляетъ нѣкоторыя важныя особенности, которыя сохраняются даже до появленія младенца на свѣтъ. Черезъ пупочную вену, *v. umbilicalis*, изъ дѣтскаго мѣста зародышъ получаетъ окисленную, иначе артеріальную кровь, которая направляется къ печени, подъ краемъ послѣдней она соединяется съ *v. porta*. Только меньшая часть этой крови поступаетъ чрезъ *ductus Arantii* въ *v. cava inf.*; большая часть ея смѣшивается съ кровью *v. portae*, которая развѣтвляется въ печени, откуда венозная кровь чрезъ печеночныя вены изливается также въ нижнюю полую вену, *v. cava inf.* Немаловажное значеніе для питанія плода имѣетъ поступленіе значительнаго количества окисленной крови въ печень утробнаго плода. Вливаясь въ правое предсердіе, окисленная кровь нижней полой вены, при посредствѣ *valvula Eustachii*, устремляется преимущественно въ лѣвое предсердіе, куда она попадаетъ чрезъ овальное отверстіе, *foramen*



Ф. 67. Шематическое изображеніе кровообращенія утробнаго плода: 1—дѣтское мѣсто, 2—*v. umbilicalis*, 3—*duct. venos. Arantii*, 4—*v. cava inf.*, 5—лѣвый желудочекъ сердца, 6—правый, 7—*art. aorta desc.*, 8—овальное отверстіе въ перегородкѣ предсердія, 9—*duct. art. Botalli*, 10—*v. cava super.*, 11—артер. сосуды къ верхней части тѣла младенца.

ovale. Одновременно изъ легочныхъ венъ въ это предсердіе понадеетъ мало крови. Верхняя полая вена вступаетъ въ правое предсердіе нѣсколько правѣе, почему ея венозная кровь преимущественно проходитъ въ правый желудочекъ. Между тѣмъ какъ одновременно въ лѣвый желудочекъ изъ лѣваго предсердія поступаетъ окисленная кровь и отсюда проталкивается въ дугу аорты, изъ которой выходятъ артеріальныя

стволы, снабжающіе кровью голову и верхнія конечности. Тотчасъ ниже выходенія этихъ сосудовъ, въ аорту вливается чрезъ duct. arteriosus Botalli большая часть венозной крови, выходящей изъ праваго желудка чрезъ легочную артерію. Такимъ образомъ нижняя часть тѣла получаетъ кровь менѣе окисленную. Чрезъ легочныя артеріи въ спавшіяся легкія проходитъ сравнительно немного крови, а, слѣдовательно, какъ упомянуто выше, немного ея можетъ также попадать изъ легочныхъ венъ въ лѣвое предсердіе. Въ нижней части аорты и въ ея развѣтвленіяхъ находится, слѣдовательно, кровь, богатая угольною кислотой, венознаго характера, которая чрезъ 2 пупочныя артеріи, art. umbilicales, составляющія у плода продолженіе art. hypogastricae, возвращаются въ вены дѣтскаго мѣста.

Характерныя особенности кровообращенія утробнаго младенца заключаются въ существованіи вышеописанныхъ окольныхъ путей, чрезъ которыя совершается отчасти ея поступательное движеніе. Къ концу беременности эти пути претерпѣваютъ относительное суженіе, но только съ рожденіемъ младенца на свѣтъ начинается облитерація этихъ окольныхъ путей кровообращенія. Условія кровообращенія измѣняются съ первымъ глубокимъ вдыханіемъ новорожденнаго, результатомъ чего является растяженіе или вѣрнѣе, развертываніе легкихъ. Въ легочную ткань начинаетъ поступать много крови изъ легочныхъ артерій, почему токъ ея отклоняется отъ duct. arter. Botalli, который вслѣдствіе этого начинаетъ суживаться и вскорѣ запусѣваетъ.

Strassmann причиной запусѣнія d. Botalli считаетъ также соединеніе его подъ угломъ съ аортою, причеиъ нижній край его выстоитъ въ видѣ клапана. Почему при увеличеніи давленія въ аортѣ это отверстіе легко закрывается.

Въ лѣвое предсердіе начинаетъ поступать много крови изъ легочныхъ венъ, оно переполняется; почему въ него не можетъ вступить болѣе кровь чрезъ овальное отверстіе праваго предсердія, вмѣсто этого кровь изливается обыкновеннымъ путемъ въ правый желудочекъ. Вслѣдствіе поступленія значительно меньшаго количества ея въ аорту, кровяное давленіе въ ней уменьшается, почему въ пупочныя артеріи, образующія ея конечныя вѣтки, начинаетъ поступать все меньше и меньше крови; въ скоромъ времени пульсація въ пуповинѣ пропадаетъ, доступъ крови въ пупочныя артеріи совершенно прекращается. Отчасти этому способствуетъ сокращеніе толстыхъ мышечныхъ стѣнокъ этихъ артерій. Само собою разумѣется, въ этомъ случаѣ изъ дѣтскаго мѣста перестаетъ поступать кровь въ пупочную вену; duct. venos. Arantii спадается и въ скоромъ времени подвергается облитераціи. Запусѣніе этихъ зародышныхъ путей кровообращенія происходитъ чрезъ новообразование соединительной ткани изъ внутренней оболочки сосуда, эта ткань постепенно выполняетъ его суживающійся просвѣтъ. Только for. ovale закрывается посредствомъ разрастанія своей заслонки.

Питаніе плода. Этого предмета мы коснулись отчасти при описаніи

околоплодной жидкости. Зародышъ можетъ получать питаніе только тремя путями: чрезъ ворсы посредствомъ осмоза, затѣмъ чрезъ дѣтское мѣсто и чрезъ проглатываніе околоплодной жидкости. Въ первое время жизни зародыша осмозъ составляетъ, вѣроятно, единственный способъ его питанія, который не утрачивается, вѣроятно, волиѣ своего значенія даже въ позднѣйшее время беременности. Въ дѣтскомъ мѣстѣ питательныя вещества должны съ наибольшею энергіей восприниматься ворсами, погруженными въ материнскую кровь, находящуюся въ постоянномъ движеніи. Здѣсь кромѣ обмѣна крови долженъ происходить также обмѣнъ веществъ и поступленіе раствореннаго питательнаго матеріала въ кровь зародыша; это тѣмъ болѣе возможно, что послѣдняя значительно гуще материнской крови.

По изслѣдованіямъ Tietze, кровь плода составляетъ 5—6%, слѣдовательно $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{13}$ часть вѣса плода. Удѣльный вѣсъ крови младенца 1050, по Scherenziss'у даже 1059. Количество въ ней гемоглобина 90—125%, между тѣмъ какъ въ крови беременной его находили отъ 60 до 103%.

Многочисленные опыты доказываютъ, что именно чрезъ дѣтское мѣсто происходитъ поступленіе въ организмъ младенца веществъ, растворенныхъ въ крови матери, преимущественно бѣлка, а также переходъ нѣкоторыхъ веществъ изъ крови младенца въ тѣло матери.

Krūkenberg и Dührssen доказали это относительно барія, Pörag относительно мышьяка, Cathelineau для ртути. Между тѣмъ какъ Wertheim нашелъ, что анидиновое масло, введенное въ кровь беременной самки, въ кровь плода не переходитъ. По изслѣдованіямъ Törngreen'a, kali jodatum, введенный въ тѣло живого плода, появляется въ крови матери.

Такимъ же путемъ главнымъ образомъ совершается удаленіе продуктовъ регрессивнаго метаформоза обмѣна веществъ. Наиболѣе затруднительнымъ представляется рѣшеніе вопроса, могутъ ли изъ крови матери поступить въ организмъ плода питательныя вещества въ видѣ мелкихъ частицъ или молекулъ. Произведенные для рѣшенія этого вопроса многочисленные опыты, именно впрыскиваніе въ кровь матери мелкораздробленныхъ порошковъ киновари, туши и проч., дали неодинаковые результаты. Также неодинаковое вліяніе на плодъ имѣютъ инфекціонныя болѣзни матери — оспа, рожа, сибирская язва и проч., при которыхъ въ организмѣ размножаются патогенныя микробы. При такихъ условіяхъ, плодъ подвергается заболѣванію, которымъ одержима мать, въ другихъ случаяхъ онъ остается пощаженымъ. Въ этихъ случаяхъ, вѣроятно, важное значеніе имѣютъ сокращенія матки, которыя вызываются иногда лихорадкою и причиняютъ мѣстное незначительное разъединеніе въ дѣтскомъ мѣстѣ. Вслѣдствіе этого можетъ произойти мѣстами непосредственное сообщеніе между сосудами матери и плода, что конечно, чрезвычайно благоприятствуетъ переходу въ кровь плода форменныхъ элементовъ, циркулирующихъ въ крови матери. Возможно также допустить воспріятіе мелкихъ частицъ эпителиальными клѣтками, покрывающими поверхность

ворсинокъ, а также ячейками ткани ворсинокъ, непосредственно въѣдряющихся въ ткань *dec. serotinae*.

Исслѣдованія Birch-Hirschfeld'a, Eberth'a, Simon'a, Lubasch'a, и другихъ показали, что дѣтское мѣсто не представляетъ фильтра, не пропускающаго микробовъ. Палочки сибирской язвы изъ крови матери воспринимаются эпителиемъ ворсинокъ. Chambrelent и Maffucci, послѣ введенія въ кровь беременной самки различныхъ патогенныхъ микробовъ, находили ихъ въ крови плода, куда они проникали чрезъ плаценту. Въ случаѣ, описанномъ Auché, при заболѣваніи беременной оспою, послѣдовала выкидышъ. Въ крови плода были найдены *streptococcus et staphylococcus pyog.* Kollack, послѣ прививки коровьей оспы въ концѣ беременности, нашелъ, что почти половина новорожденныхъ остаются невосприимчивыми къ вакцинѣ. Netter нашелъ микробы пневмоніи, а Eberth—тифозныя палочки въ крови плода. Rosenblatt и Malvoz полагаютъ, что появленіе микробовъ въ крови плода всегда зависитъ отъ отслойки дѣтскаго мѣста.

Что касается проглатыванія околоплодной жидкости, то этимъ путемъ плодъ вводитъ въ свой организмъ преимущественно воду, такъ какъ количество бѣлка, раствореннаго въ ней, слишкомъ незначительно, чтобъ его можно было принять въ расчетъ, какъ одинъ изъ источниковъ питанія и роста тѣла плода.

Наблюденія Lomer'a, Oritz'a и Mecus'a, которые видѣли рожденіе живыхъ дѣтей съ заросшимъ пищеводомъ, представляетъ вѣское доказательство, что околоплодная жидкость имѣетъ второстепенное значеніе для утробнаго плода.

3. *Дыханіе плода*, разумѣя подъ этимъ удаленіе изъ крови младенца избытка CO_2 и воспріятіе O , происходитъ въ дѣтскомъ мѣстѣ, а раньше образованія послѣдняго въ хоріальныхъ ворсинкахъ. Кровь, находящаяся въ пупочной венѣ, имѣетъ всѣ свойства окисленной или артеріальной крови. При спектральномъ анализѣ ея находятъ полоски, указывающія на присутствіе въ ней *oxyhaemoglobin'a*. Чрезъ ворсинки дѣтскаго мѣста изъ крови матери могутъ вступить въ кровь младенца также другіе газы или газообразныя вещества, какъ это доказано для окиси углерода, хлороформа и проч.

Charpentier и Butte нашли, что при быстромъ удушеніи беременной самки плодъ умираетъ позже матери, при медленномъ удушеніи—раньше. При введеніи въ кровь матери небольшого сравнительно количества *acid. pyrogallici*, отнимающей O отъ кровяныхъ шариковъ, плодъ скоро умираетъ.

4. Что касается другихъ функцій утробнаго младенца, то въ числѣ ихъ слѣдуетъ отмѣтить между прочимъ *пищевареніе*, которое несомнѣнно совершается, хотя въ крайне ограниченныхъ размѣрахъ, такъ какъ этому процессу подвергается исключительно проглатываемая плодомъ жидкость. Въ желудкѣ младенца уже въ V мѣсяцѣ найденъ пепсинъ; въ раннемъ періодѣ беременности въ печени также доказано присутствіе желчи. Первоначальный калъ, *meconium*, который къ концу беременности опускается въ толстую кишку, при химическомъ исслѣдованіи, содержитъ билирубинъ, желчныя кислоты, холестеринъ, жиръ и слизь. Въ немъ находится кромѣ распада большее количество волосковъ пуха и чешуйки кожицы, попавшія въ него вслѣдствіе проглатыванія околоплодной жидкости.

5. *Отправления мочевыхъ органовъ* совершаются вѣроятно съ болѣе значительною интенсивностію, и плодъ по временамъ выдѣляетъ мочу въ околоплодную жидкость. Напрасно нѣкоторые врачи сомнѣваются въ этомъ. Если присутствіе мочевины въ околоплодной жидкости само по себѣ не можетъ служить убѣдительнымъ доказательствомъ выдѣленія мочи во время утробной жизни, то растяженіе мочевого пузыря младенца и развитіе hydronephrosis, при врожденной непроходимости мочевого канала, а также наблюдаемое иногда испусканіе плодомъ мочи во время родовъ, при такъ называемыхъ ягодичныхъ предлежаніяхъ, ставятъ внѣ всякаго сомнѣнія проявленіе функціи мочевыхъ органовъ утробнаго плода, не говоря уже объ удачныхъ опытахъ надъ беременными животными и ихъ зародышами, которые производили въ этомъ направленіи Gusserow, Wiener и друг. При всемъ томъ выдѣленіе мочи у плода происходитъ сравнительно въ незначительномъ количествѣ.

Rissmann наблюдалъ рожденіе живого плода 1500,0 вѣсомъ и 36 см. длины, который умеръ чрезъ 36 часовъ. При вскрытіи почекъ и мочеточниковъ не найдено. Это показываетъ, что до извѣстнаго времени эти органы не представляются безусловно необходимыми для развитія плода.

6. *Движенія у зародыша* появляются очень рано. Ихъ наблюдали уже на 10—12 недѣль утробной жизни, хотя вообще въ это время еще они проявляются въ слабой степени.

Glöcker наблюдалъ дыхательныя движенія у плода 16—17 см. длины въ теченіи $\frac{1}{2}$ часа послѣ появленія его на свѣтъ.

При выслушиваніи мы наблюдаемъ движеніе плода иногда уже на IV мѣсяцѣ, а сама беременная начинаетъ ощущать ихъ только къ концу V мѣсяца. Они усиливаются при раздраженіи передней стѣнки живота, въ особенности при прикосновеніи холодной руки. Движенія утробнаго плода наичаще проявляются сокращеніями мышцъ конечностей, рѣже поворачиваніемъ туловища младенца.

Ahlfeld, при изслѣдованіи беременныхъ въ послѣдніе мѣсяцы, наблюдалъ также движенія плода, похожія на дыхательныя. Они происходятъ въ формѣ толчковъ, повторяющихся чрезъ 2—4 секунды; иногда они бываютъ короткое время, въ другихъ случаяхъ продолжаются 10 и болѣе. Эти движенія зависятъ отъ судорожнаго движенія диафрагмы и совершенно сходны съ икотю. Подобныя же наблюденія сдѣланы Weber'омъ; онъ находилъ эти движенія плода въ 85% всѣхъ беременныхъ. Ahlfeld отличаетъ также плотательныя и болѣе короткія сосательныя движенія плода.

7. *Температура тѣла* плода по крайней мѣрѣ на $0,3^{\circ}$ C., по наблюденію Vicarelli, выше температуры во влагалищѣ матери. Этотъ фактъ можно особенно удобно констатировать при предлежаніи ягодицъ во время родовъ.

. *Общее состояніе* организма матери, питаніе и душевныя волненія отражаются на развитіи и состояніи плода. Prochownick и Lehmann доказали, что, заставляя беременную умѣрять по возможности количество питья и пищи, можно уменьшить вѣсъ плода ниже 3000,0.

По наблюденіямъ Pinard'a, когда беременная въ теченіе послѣднихъ мѣсяцовъ работаетъ, вѣсъ плода бываетъ среднимъ числомъ на 300,0

меньше обыкновеннаго. Послѣдствія сильныхъ впечатлѣній беременной, получаемыхъ при посредствѣ зрѣнія, отражаются на развитіи плода появленіемъ нѣкоторыхъ уродствъ. Preuss объясняетъ это разстройствомъ кровообращенія въ организмѣ матери.

Глава 6.

Анатомическія измѣненія въ половыхъ органахъ женщины во время беременности.

Когда яйцо нормальнымъ образомъ развивается въ маткѣ, въ половыхъ органахъ женщины, а также во всемъ организмѣ ея, происходятъ болѣе или менѣе важныя измѣненія, характерныя для этого состоянія и встрѣчающіяся постоянно.

1. *Измѣненія въ маткѣ при беременности.* Наиболѣе значительныя измѣненія представляетъ, заключающее яйцо, тѣло матки. Матка, сильно увеличиваясь въ объемѣ, приподнимается кверху въ полость живота, принимая яйцевидную форму. Это чрезмѣрное увеличеніе въ объемѣ вовсе не есть явленіе пассивное, происходящее только вслѣдствіе растяженія растущимъ яйцомъ. Въ немъ принимаютъ участіе всѣ ткани, образующія стѣнки матки. Элементы этихъ тканей набухаютъ, увеличиваются въ объемѣ и подвергаются размноженію. Вместимость матки къ концу беременности увеличивается болѣе чѣмъ въ 500 разъ, а вѣсъ ея достигаетъ 1000,0. Въ связи съ усиленіемъ жизненныхъ процессовъ въ маткѣ во время беременности температура ея, по наблюденіямъ Visacelli, на 0,1—0,2° выше, чѣмъ во влагалищѣ.

Мышечныя волокна, составляющія главную массу маточныхъ стѣнокъ, увеличиваются въ объемѣ и умножаются въ числѣ чрезъ размноженіе. Каждое отдѣльное волокно становится сравнительно съ прежною своей величиною очень большимъ, такъ какъ оно дѣлается въ 10 разъ длиннѣе и въ 3 или 4 раза шире. Вѣроятно размноженіе мышечныхъ элементовъ происходитъ преимущественно въ первые 3 или 4 мѣсяца беременности; что же касается гиперплазій, то она повидимому продолжается еще въ болѣе поздніе мѣсяцы. Въ теченіе первыхъ трехъ мѣсяцевъ беременности стѣнки матки значительно утолщаются, а потомъ постепенно дѣлаются тоньше, что продолжается до самаго конца беременности. Предъ самымъ наступленіемъ родовъ въ верхней части тѣла матки стѣнки обыкновенно нѣсколько толще, чѣмъ въ нижней.

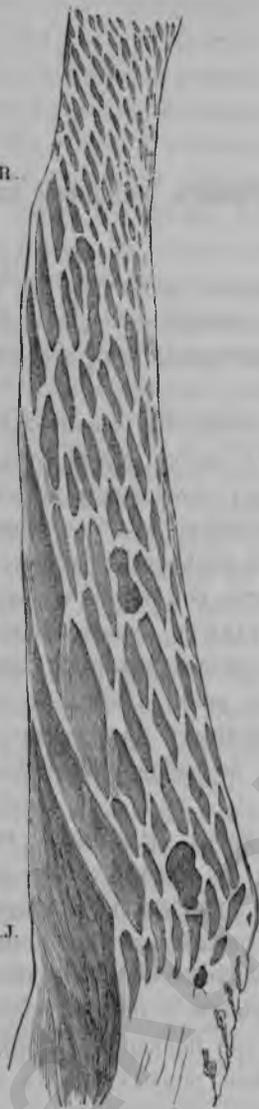
Helene нашель, что мышечныя волокна въ беременной маткѣ не размножаются, а только увеличиваются въ объемѣ. Но Amadei у грызуновъ во время беременности наблюдалъ значительное размноженіе мышечныхъ волоконъ.

Самое расположеніе мышечныхъ пучковъ въ стѣнкахъ матки измѣняется во время беременности. Какъ извѣстно, главная масса мышеч-

ныхъ волоконъ состоитъ изъ пучковъ, идущихъ косвенно отъ брюшины къ слизистой оболочкѣ. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго удлиненія своихъ волоконъ, эти мышечные пучки принимаютъ продольное направление, чѣмъ главнымъ образомъ обуславливаютъ увеличеніе матки въ длину. Одновременно болѣе нѣжные пучки, соединяющіе ихъ, также удлиняются, получаютъ болѣе поперечное положеніе и способствуютъ растяженію матки въ поперечномъ направленіи; почему строеніе мышечной стѣнки матки и расположеніе волоконъ во время беременности дѣлается болѣе отчетливымъ и правильнымъ. На продольныхъ разрѣзахъ продольные пучки или пластинки представляются болѣе или менѣе параллельными. Мышечные ромбы выступаютъ ясно, если нѣсколько раздвинуть мышечную ткань на этихъ разрѣзахъ въ поперечномъ направленіи.

с.п.

о.л.



Постепенно увеличиваясь въ объемъ, матка раздвигаетъ расположенныя по бокамъ ея серозныя листки широкихъ связокъ, располагаясь между ними. Дно ея значительно приподнимается къверху и выступаетъ дугообразно между переходящими въ матку концами трубъ. Вслѣдствіе значительнаго увеличенія матки находящіяся на углахъ ея начала трубъ, и прикрѣпленія круглыхъ и яичниковыхъ связокъ замѣтно раздвигаются. Мѣсто прикрѣпленія круглой связки обыкновенно расположено ниже и болѣе къпереди, нежели въ небеременномъ состояніи. Вслѣдствіе тѣснаго соотношенія между маткою и ея связками, *lig. utero-sacralia*, *lig. ovaricum* и въ особенности *lig. rotunda* значительно удлиняются и становятся толще, благодаря аналогичному съ маткою размноженію своей мышечной ткани. Удлиненіе маточныхъ связокъ настолько значительно, что даже круглыя связки не представляются напряженными.

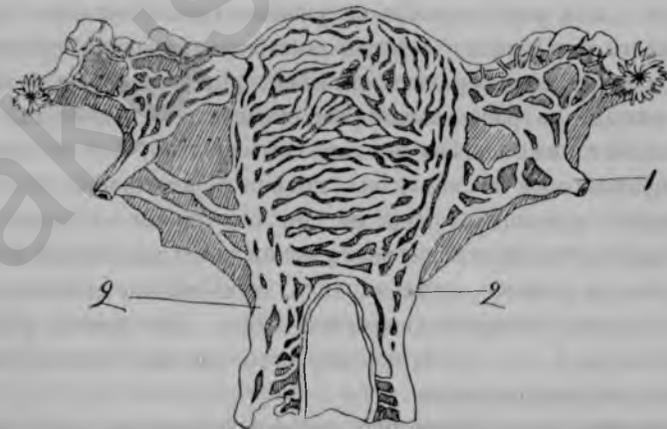
Фиг. 68. Продольный разрѣзъ чрезъ нижній сегментъ матки. CR — сократительное кольцо. ОЛ - внутренний зѣвъ.

Беременная матка становится чрезвычайно сосудистою. Кровеносные сосуды, артеріи и вены во время беременности значительно увеличиваются въ объемъ, причемъ одновременно образуются новыя вѣтви. То же самое слѣдуетъ сказать относительно лимфатическихъ сосудовъ и, вѣроятно, относительно нервовъ.

Нижняя часть тела матки, имѣющая въ концѣ беременности болѣе тонкія стѣнки, извѣстна подъ именемъ нижняго сегмента. Эта часть матки играетъ весьма важную роль во время родового акта. Нѣкоторые акушеры полагаютъ, что нижній сегментъ образуется только въ послѣднее время беременности или даже во время родовъ, но это не вполне вѣрно. При этихъ условіяхъ онъ только удлиняется, или вѣрнѣе—растягивается, существуетъ же онъ, какъ бы въ скрытомъ состояніи, въ маткѣ во всякое время. Въ нижней части тѣла матки тотчасъ выше внутренняго устья, на нѣкоторомъ пространствѣ передней и задней стѣнки, брюшина не плотно соединяется съ мышечнымъ слоемъ, только немногіе пучки послѣдняго прикрѣпляются къ ней. Почему при растяженіи матки во время беременности, они легко могутъ передвигаться и смѣщаться, какъ въ стѣнкахъ шей-



Фиг. 69. Артеріальные сосуды беременной матки. 1—почки, 2—art. iliaca comm., 3—мочеточники, 4—art. spermatic. int., 5—трубы, 6—матка, 7—lig. rotund. Брюшная полость открыта и матка, около середины беременности, оттянута кпереди, видна ея задняя стѣнка.



Фиг. 70. Венозные сплетенія внутреннихъ половыхъ органовъ въ началѣ беременности. 1—lig. rotund., 2,2—переходъ влагалища на матку.

ки, допуская болѣе или менѣе значительное истонченіе и удлинненіе маточной стѣнки въ этомъ мѣстѣ. A. uterina, отдавши вѣтки къ влага-

лицу и шейкѣ, проходить на этой части матки, представляющей узкій ободокъ, не развѣтляясь; и только достигши мѣста, гдѣ брюшина плотно соединяется съ маткою, начинаетъ отдавать вѣтви къ тѣлу матки. Во всѣхъ случаяхъ, когда въ концѣ беременности каналъ шейки укорачивается, слѣдуетъ допустить участіе верхней части шейки въ образованіи нижняго сегмента матки даже до наступленія родовъ. Во время же этого акта шейка матки всегда принимаетъ непосредственное участіе въ образованіи нижняго сегмента, подвергаясь болѣе или менѣе значительноту растяженію.

Keilmann, Boyer, Dawidson и въ послѣднее время Zweifel также допускаютъ образованіе нижняго сегмента матки отчасти чрезъ растяженіе верхней части шейки въ противоположность мнѣнію Braun'a, K. Schröder'a, Hofmeier'a, Benckiser'a, Görth'a, Franque и другихъ. Nordmann еще недавно старался отстоять это мнѣніе, доказывая, что слизистая оболочка канала шейки не принимаетъ участія въ образованіи отпадающей оболочки.

2. *Измѣненія въ шейкѣ при беременности.* Маточная шейка, сравнительно съ тѣломъ этого органа, подвергается относительно незначительнымъ измѣненіямъ; она нѣсколько удлиняется, емкость ея канала увеличивается и, вслѣдствіе гипертрофіи ткани, стѣнки ея замѣтно утолщаются. Вслѣдствіе венозной гипереміи и серознаго пропитыванія ткани, послѣдняя становится гораздо мягче, въ чемъ можно убѣдиться при ощупываніи влагалищной части, и получаетъ синевато-багровое окрашиваніе.

Въ послѣдніе мѣсяцы беременности влагалищная часть обыкновенно на ощупь представляется укороченною. Это явленіе иногда бываетъ только кажущимся, зависящимъ отъ разрыхленія окружающей шейку клетчатки и сводовъ влагалища. При осмотрѣ зеркаломъ Sims'a часто оказывается, что длина *port. vaginalis* не уменьшилась. Состояніе наружнаго и внутренняго устья матки, а также самого канала шейки, представляетъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности въкоторыя характерныя измѣненія, весьма важныя для распознаванія беременности, о которыхъ подробно будетъ сказано ниже. Здѣсь мы замѣтимъ только, что каналъ шейки часто укорачивается въ послѣднія недѣли беременности, въ особенности у первородящихъ. Нерѣдко въ это время не только бываетъ замѣтно растянута нижній сегментъ матки, но также расширяется внутреннее устье и растягивается верхняя часть шейки, въ каналъ которой такимъ образомъ вступаетъ верхушка яйца. При такихъ условіяхъ у первобеременныхъ въ концѣ беременности иногда влагалищная часть дѣйствительно укорачивается.

Одновременно съ измѣненіями, происходящими въ мышцахъ и отчасти въ слизистой оболочкѣ маточной шейки, во время беременности умножаются и увеличиваются въ объемѣ ея кровеносныя и лимфатическія сосуды, нервныя волокна и ганглии.

3. *Измѣненіе тазовой брюшины.* Поверхность брюшины, покрываю-

шая беременную матку, само собою разумѣется, увеличивается при постепенномъ увеличеніи объема этого органа. Такое увеличеніе не можетъ происходить только вслѣдствіе одного растяженія, — не подлежитъ сомнѣнію, что клѣтки эндотелія и ткань серознаго покрова матки размножаются и увеличиваются въ объемъ.

Pels Leusden и Schmorl наблюдали около половины беременности на задней поверхности матки, а также на околodeжащей части lig. lata и на поверхности яичниковъ, образованіе мелкихъ сѣроватыхъ узелковъ, изрѣдка даже ворсинокъ. Поверхность ихъ была покрыта эндотелиемъ, а строма состояла изъ большихъ элементовъ сходныхъ съ децидуальными клѣтками. Въ узелкахъ иногда замѣчались мелкія полости, образовавшіяся вслѣдствіе выдѣренія эндотелія. Большія клѣтки происходятъ вѣроятно изъ чечеекъ соединительной ткани.

4. *Наружняя половья части* значительно припухаютъ во время беременности, и нерѣдко на поверхности ихъ находятъ болѣе или менѣе значительныя расширенія венъ. Однако чаще и въ болѣе значительной степени бываютъ выражены подобныя измѣненія венъ на нижнихъ конечностяхъ, особенно у женщинъ повторнбеременныхъ.

5. *Влагалище и преддверье* получаютъ характерное синевато-багровое окрашиваніе, вслѣдствіе венозной гипереміи. Стѣнки влагалища подвергшіяся серозному пропитыванію, становятся уступчивыми, удоборастяжимыми и мягкими; неровности ихъ постепенно сглаживаются. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ гипертрофія сосочковъ, чаще у беременныхъ въ первый разъ. Въ такихъ случаяхъ поверхность влагалища становится нѣсколько шероховатою на ощупь.

6. *Фаллопиевы трубы* во время беременности становятся мягче и болѣе сочными. Онѣ принимаютъ болѣе вертикальное положеніе. Груздевъ нашель, что во время беременности всѣ слои стѣнки трубы утолщаются главнымъ образомъ чрезъ расширеніе и переполненіе междумышечныхъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ.

7. *Яичники* большею частью не представляютъ особенныхъ измѣненій; фолликулы ихъ находятся въ различныхъ степеняхъ развитія, хотя во все время беременности повидимому выпячиванія созрѣлаго Граффова пузырька не бываетъ и овуляція не совершается. вмѣстѣ съ трубами яичники приподнимаются изъ малаго таза и лежатъ въ полости живота.

8. *Сочлененія таза* подъ вліяніемъ гипереміи слегка набухаютъ и допускаютъ нѣкоторую, — впрочемъ крайне незначительную, — подвижность тазовыхъ костей, въ особенности въ крестцово-подвздошныхъ сочлененіяхъ, чѣмъ достигается незначительное расширеніе таза преимущественно въ направленіи прямыхъ размѣровъ.

9. *Груды* представляютъ чрезвычайно важныя, характерныя измѣненія. Уже въ первыя недѣли беременности онѣ начинаютъ припухать, ихъ железистая масса увеличивается и становится плотною на ощупь. Беременная женщина нерѣдко испытываетъ въ грудяхъ напряженіе и покалываніе. На поверхности ихъ просвѣчиваютъ расширенныя вены. Соски выдаются и вмѣстѣ съ околососковымъ кружкомъ получаютъ болѣе

темное окрашивание. Находящаяся здѣсь *gl. Montghomeri* припухаютъ и выдаются надъ поверхностью въ видѣ мелкихъ возвышеній. Вокругъ обыкновеннаго околососковаго кружка образуется вторичный, *areola secundaria*. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности у первобеременныхъ появляются на кожѣ груди рубцы. *Rissmann* уже въ первыя недѣли беременности при ощупываніи груди находилъ чрезвычайно ясно обозначенныя плотныя и увеличенныя дольки железы, расположенныя радиусами отъ соска.

Иногда уже въ первые мѣсяцы, но чаще позже, удается при наливаніи сосковъ выжать нѣсколько капель мутной или прозрачной, съ бѣловатыми полосками жидкости, такъ называемаго молозива, *colostrum*. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ ней находятъ, кромѣ мелкихъ частицъ жира, такъ называемыя молозивныя тѣльца, представляющія скопленіе жировыхъ шариковъ или крупинокъ, морфологически похожія на тутовую ягоду, и кромѣ того клѣточки, содержащія большія и малыя капли жира и представляющія иногда амѣбодныя движенія.

10. Обыкновенно въ продолженіе беременности *не происходитъ истеченія мѣсячной крови*. Въ исключительныхъ случаяхъ однако мѣсячныя продолжаютъ, преимущественно въ первые мѣсяцы. Въ большинствѣ случаевъ такое явленіе слѣдуетъ считать ненормальнымъ, зависящимъ отъ патологическаго состоянія половыхъ органовъ беременной.

Такъ какъ въ это время овуляція не происходитъ, почему оплодотвореніе другаго яйца, при существующей уже беременности, такъ называемыя *superfoetatio*, невозможно; хотя *Bailey* и другіе врачи допускаютъ возможность этого явленія. Напротивъ вполнѣ допустимы такъ называемыя *superfoetatio*—оплодотвореніе другаго яйца и даже нѣсколькихъ яицъ, выдѣлившихся изъ яичниковъ во время однихъ и тѣхъ же мѣсячныхъ. Въ этихъ случаяхъ послѣ оплодотворенія одного яйца возможно, при послѣдовательныхъ совокупленіяхъ, еще оплодотвореніе другихъ яицъ.

Глава 7.

Измѣненія при беременности въ другихъ органахъ тѣла и вообще въ организмѣ женщины.

1. *Измѣненія стѣнокъ живота*. Съ наступленіемъ IV-го мѣсяца беременности начинаетъ выпячиваться у беременной женщины передняя стѣнка живота. Это выпячиваніе, причиняющее иногда въ концѣ беременности расхожденіе прямыхъ брюшныхъ мышцъ, дѣлается значительнѣе съ каждымъ мѣсяцемъ. На кожѣ живота, начиная отъ области лоннаго возвышенія, появляются рубцы, въ видѣ мелкихъ полосокъ, *striae gravidarum*, окрашенные розоватымъ цвѣтомъ у первобеременныхъ. У женщинъ уже рожавшихъ рубцы, оставшіеся отъ прежней беременности, имѣютъ серебристо-бѣлый цвѣтъ. По мѣрѣ увеличенія живота образованіе рубцовъ подвигается къ пупку и выше его.

Въ послѣдніе мѣсяцы беременности такіе рубцы появляются на верхней трети бедра, на ягодицахъ и въ кожѣ грудей, какъ объ этомъ было уже упомянуто. Рубцовыя полоски происходятъ вслѣдствіе значительнаго расхожденія фиброзныхъ пучковъ кожи. Съ прекращеніемъ беременности эти рубцы не исчезаютъ, но измѣняются въ цвѣтъ, дѣлаясь бѣловатыми, какъ уже сказано.

2. *Измѣненія въ брюшныхъ внутренностяхъ при беременности.* Вслѣдствіе чрезмѣрнаго увеличенія въ объемѣ и поднятія беременной матки кверху, желудокъ, селезенка и печень, а также сводъ грудобрюшной преграды оттѣсняются кверху. Въ концѣ беременности матка обыкновенно непосредственно прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ. Кишечныя петли отодвигаются кверху и къзади, гдѣ онѣ приподнимаются до 4-го поясничнаго позвонка. Мочевой пузырь вмѣстѣ съ маткою отходятъ кверху въ большой тазъ и смѣщаются нѣсколько вправо, при чемъ мочевой каналъ получаетъ болѣе вертикальное положеніе. Задняя стѣнка матки оказываетъ давленіе на почки въ особенности у первобеременныхъ, а опустившаяся во входъ таза лежащая часть младенца болѣе или менѣе надавливаетъ на мочеточники. При вскрытіи женщинъ, умершихъ вскорѣ послѣ родовъ, находили замѣтное расширеніе канала одного или обоихъ мочеточниковъ.

3. *Измѣненія въ груди.* Грудная полость нѣсколько увеличивается въ поперечномъ и немного суживается въ продольномъ направленіи. Легкія, вслѣдствіе приподнятія діафрагмы, нѣсколько расходятся въ нижней части грудной клѣтки. Сердце на большомъ пространствѣ прилегаетъ къ передней стѣнкѣ груди. Впрочемъ жизненная емкость легкихъ не измѣняется. Гипертрофія лѣваго желудочка сердца несомнѣнно развивается во время беременности. По изслѣдованіямъ въ здѣшней клиникѣ, въ концѣ беременности число дыханій не превышаетъ 18—22 разъ въ минуту. Пульсъ наичаще даетъ не болѣе 70—80 ударовъ въ минуту.

Жураковскій нашель увеличеніе объема грудной клѣтки во время беременности, но уменьшеніе ея длины. Величина дыхательныхъ движеній и жизненная емкость легкихъ у беременныхъ меньше, чѣмъ спустя 2 недѣли послѣ родовъ. Greysel доказаль анатомически, что во время беременности развивается гипертрофія сердца, въ особенности лѣваго желудочка, соотвѣтственно увеличенію массы тѣла. Всѣ сердце увеличивается на 8,80%. Эта гипертрофія вскорѣ послѣ родовъ исчезаетъ.

4. На шеѣ замѣчается выпячиваніе *зобной железы*, масса которой увеличивается, по наблюденіямъ Freund'a, во время беременности, а равно и количество ея кровеносныхъ сосудовъ, въ особенности во время родовъ и кормленія младенца. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается гипертрофія и *припуханіе десенъ*, въ особенности возлѣ рѣзцовъ. На внутренней поверхности *черепной крышки*, вблизи art. meningeae med. et sulcus falciformis, замѣчается *образованіе остеобластовъ*.

Развитіе этихъ костныхъ образований находится, какъ доказываетъ Напау, въ связи съ измѣненіями костной ткани вообще у беременныхъ. Онѣ находилъ весьма часто

у родильницъ во многихъ мѣстахъ отложенія толстаго слоя костной ткани, лишенной извести. Отложенія были находимы подъ надкостницей, а также въ различныхъ костныхъ каналахъ, въ особенности въ тазовыхъ костяхъ. Эти измѣненія происходятъ вслѣдствіе образованія новой костной ткани, а вовсе не зависятъ всасыванія извести изъ старой ткани, какъ полагаетъ Recklinhausen.

5. *Измѣненія въ кожу беременныхъ.* Кромѣ вышеупомянутыхъ рубцовъ на кожѣ беременныхъ, замѣчаются *пигментныя пятна* нерѣдко на лицѣ—*chloasma uterinum* и постоянно на средней линіи живота—пигментация *lineae albae*. Въ особенности характерно для беременности потемнѣніе верхней части бѣлой линіи отъ пупка къ мечевидному отростку. Усиленіе пигментации околососковаго кружка принадлежитъ также къ такимъ измѣненіямъ. Нерѣдко на кожѣ груди и спины беременныхъ появляется сыпь— *pityriasis versicolor*, зависящая отъ размноженія паразитнаго грибка. На нижнихъ конечностяхъ и на наружныхъ половыхъ частяхъ беременныхъ замѣчаются болѣе или менѣе значительныя расширенія венъ, *varices*, въ особенности у женщинъ нѣсколько разъ рожавшихъ.

6. *Кровь* во время беременности увеличивается въ количествѣ. У здоровыхъ женщинъ въ концѣ беременности число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и количество гемоглобина не уменьшено, иногда одно бываетъ даже увеличено. Только у слабыхъ беременныхъ кровь становится бѣднѣе красными кровяными шариками и вообще плотными составными частями, исключая фибрина, количество котораго увеличивается во второй половинѣ беременности. Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ всегда нѣсколько увеличено.

Р. Меуер нашелъ въ миллиметрѣ 5,2 милліона кровяныхъ шариковъ и въ крови 77,6% гемоглобина, Winkelmann—97,3%. По Bernhard'у у здоровыхъ женщинъ количество гемоглобина и число красныхъ кровяныхъ шариковъ часто увеличивается. Мохначевъ и Truzzi нашли увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови беременныхъ и роженицъ. Wild въ послѣднее время беременности также находилъ увеличеніе гемоглобина и въ особенности бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

7. Количество *мочи* нѣсколько увеличивается; увеличеніе зависитъ отъ болѣе обильнаго выдѣленія воды почками. Въ концѣ беременности у повторнوبرеменныхъ суточное количество мочи, сравнительно съ первобеременными, приблизительно на 200,0 больше, при нѣсколько меньшемъ удѣльномъ вѣсѣ. Въ это время у половины беременныхъ въ мочѣ содержится бѣлокъ; появленіе бѣлка обусловливается явленіями застоя въ почкахъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до настоящаго воспаленія почекъ— *nephritis gravidarum*, съ появленіемъ обычныхъ признаковъ, свойственныхъ этой болѣзни. Въ мочѣ беременныхъ обыкновенно сахара въ здоровомъ состояніи не бываетъ. Позывы на мочу въ послѣдніе мѣсяцы беременности значительно учащаются вслѣдствіе надавливанія на пузырь беременной матки.

Другіе изслѣдователи сообщаютъ нѣсколько иныя данныя. Neу находилъ во время беременности въ мочѣ сахаръ у 16,6% женщинъ. Моча беременныхъ, по изслѣдованіямъ Chambrelent'a, менѣе ядовита, чѣмъ при отсутствіи беременности. Бѣлокъ въ мочѣ Stewart находилъ у 20% беременныхъ женщинъ, Trautenroth даже у 50%

беременныхъ нашель бѣлокъ, а цилиндры—у $\frac{1}{4}$ части этихъ случаевъ. Напротивъ Saft во время беременности находилъ бѣлокъ всего у $5,4\%$ женщинъ, обыкновенно, на второй половинѣ. Бѣлокъ исчезалъ уже въ первые дни послѣ родовъ. Разница въ результатахъ изслѣдованія зависитъ отъ способовъ и частоты изслѣдованія. Saft применялъ для осажденія бѣлка только кипяченіе и acid. nitricum.

8. *Температура* беременныхъ обыкновенно на $0,2-0,3\%$ выше обыкновенной. *Обмѣнъ веществъ* происходитъ во время беременности въ усиленной степени. Въ теченіе послѣднихъ 3 мѣсяцевъ вѣсь беременной увеличивается среднимъ числомъ на $1500-2000,0$ ежемѣсячно. За нѣсколько дней до родовъ вѣсь тѣла у беременныхъ перестаетъ увеличиваться и даже падаетъ у первобеременныхъ. При значительномъ увеличеніи живота, беременная въ стоячемъ положеніи отклоняетъ нѣсколько туловище кзади. При этомъ по необходимости напрягаются ея снинныя мышцы, почему беременныя нерѣдко жалуются на боли въ поясницѣ.

9. Измѣненныя условія питанія организма беременной и важныя измѣненія, происходящія въ ея половыхъ органахъ, не остаются безъ вліянія на *нервную систему*. Наичаще мы наблюдаемъ разстройство въ области пищеваренія—прихотливый вкусъ, тошноту, рвоту, слюнотеченіе и другіе симптомы, которые представляютъ отраженныя явленія со стороны беременной матки, при посредствѣ симпатическаго нерва на область распространенія n. vagi. Этимъ объясняются также легкія неправильности пищеваренія, которыя встрѣчаются нерѣдко въ теченіе беременности, въ особенности въ первые мѣсяцы. Душевное настроеніе беременныхъ нерѣдко измѣняется, наичаще преобладаетъ мрачное настроеніе, въ рѣдкихъ случаяхъ доходящее до степени душевной болѣзни, при наслѣдственномъ или пріобрѣтенномъ расположеніи. Вообще чѣмъ здоровѣе и устойчивѣе нервная система, тѣмъ менѣе замѣчается нервныхъ разстройствъ во время беременности. Къ появленію нервныхъ припадковъ чрезвычайно склонны истерическіе и слабонервные субъекты, у которыхъ обыкновенно въ первые мѣсяцы беременности нервное разстройство усиливается. Neumann въ такихъ случаяхъ наблюдалъ усиленіе подкольнаго рефлекса на 2 половинѣ беременности.

Глава 8.

Продолжительность беременности. — Поль младенца.

1. *Продолжительность беременности*. Мы никогда не можемъ съ точностью опредѣлить день, когда послѣдовало оплодотвореніе яйца, *impraegnatio ovi*, даже въ такихъ рѣдкихъ случаяхъ, когда женщина указываетъ опредѣленно день совокупленія, послѣ котораго послѣдовало зачатіе. Потому что сѣмя можетъ оплодотворить яйцо, въ самый день сношенія, или же спустя нѣсколько дней послѣ совершенія этого

акта, смотря потому, находится ли уже яйцо въ трубѣ или оно выдѣлилось въ моментъ сношенія, или же только, спустя нѣсколько дней послѣ сношенія, оно оставило Граафовъ пузырькъ.

Какъ извѣстно, почти всегда половыя сношенія совершаются повторно въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, прежде чѣмъ появляются первые признаки беременности, въ особенности закрытіе мѣсячныхъ. Почему, принимая во вниманіе вышеизложенное, единственнымъ исходнымъ пунктомъ при опредѣленіи начала беременности мы должны считать время послѣднихъ мѣсячныхъ, по крайней мѣрѣ для большинства случаевъ. По общепринятымъ правиламъ, мы отсчитываемъ время беременности отъ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ очищеній. Такимъ образомъ мы получаемъ возможность приблизительно опредѣлить число мѣсяцевъ или недѣль беременности, а также срокъ наступленія родовъ во многихъ, хотя далеко не во всѣхъ случаяхъ.

Многочисленныя наблюденія показываютъ, что средняя продолжительность беременности у женщинъ, считая отъ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ, равняется 280 днямъ, 40 недѣлямъ или 10 луннымъ мѣсяцамъ. Почему коль скоро извѣстенъ первый день послѣднихъ мѣсячныхъ, то срокъ наступленія родовъ опредѣляется, прибавляя къ этому времени 9 мѣсяцевъ и 7 дней, а еще лучше,—отсчитывая назадъ 3 мѣсяца и набавляя 7 дней. Въ рѣдкихъ случаяхъ женщина знаетъ день, когда послѣдовало плодотворное сношеніе. Если отсчитывать беременность отъ этого дня, то продолжительность ея, конечно, окажется нѣсколько меньше, именно 272 дня. Впрочемъ, на вышеприведенныя числа, выражающія продолжительность беременности, слѣдуетъ смотрѣть какъ на среднія величины, отклоненіе отъ которыхъ встрѣчается нерѣдко. Не подлежитъ сомнѣнію, что чрезъ 270 дней послѣ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ или чрезъ 265 дней послѣ плодотворнаго совокупленія можетъ родиться вполне доношенный младенецъ. Съ другой стороны, встрѣчаются случаи, гдѣ беременность продолжается 300 дней и болѣе; наиболѣе продолжительный срокъ, который былъ до сихъ поръ наблюдаемъ, составляетъ 329 дней. Вообще можно допустить, что изъ 100 женщинъ у 7 беременность продолжается 300 дней или болѣе, слѣдовательно удлиненіе срока, когда должны наступить роды, на двѣ и болѣе недѣли, встрѣчается сравнительно рѣдко. Неодинаковая продолжительность беременности у женщинъ имѣетъ полную аналогію среди высшихъ млекопитающихъ.

По наблюденіямъ Issmer'a, 78,5% женщинъ зачинаютъ между 8—12 днями послѣ прекращенія мѣсячныхъ. Средняя продолжительность беременности, по его наблюденіямъ, отъ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ 278,5, отъ дня плодотворнаго совокупленія 268 дней. По Ahlfeld'у, до времени наступленія своевременныхъ родовъ проходитъ отъ 246 до 328 дней отъ начала послѣднихъ мѣсячныхъ; отъ дня плодотворнаго сношенія 275 дней (242—317 дней); отъ времени шевеленія проходитъ до начала родовъ 4½ мѣс. или 135—140, даже 160 дней. Olshausen полагаетъ, что должно пройти не менѣе 190—196 дней со времени зачатія для рожденія жизнеспособнаго младенца.

Плодь, прожившій 3 дня былъ уже жизнеспособенъ (?). Беременность можетъ продолжаться до 310, даже 320 дней. Подобные случаи недавно описали также Blake и Выгодскій, беременность продолжалась около 11 мѣсяцевъ. Parvin нашель, что беременность продолжающаяся 300 дней и болѣе, встрѣчается въ $8-8\frac{1}{2}\%$ всѣхъ случаевъ. Döderlein приводитъ 1,500 наблюдений; роды наступаютъ наичаще чрезъ 40 недѣль, вообще же между 36 и 44 недѣлями. Barker, Mervin, Maus, Mc. Tavish, Haris, Brosin и друг. наблюдали также чрезмѣрную продолжительность беременности отъ 318 до 325 дней, причемъ обыкновенно рождались весьма большія дѣти отъ 5000 до 6355 грм. вѣсомъ и отъ 58 до 67,6 см. длины.

Наибольшее число беременныхъ приходится на возрастъ между 20 и 30 годами. Роды раньше 16 и позже 50 лѣтъ встрѣчаются рѣдко въ практикѣ.

Въ литературѣ описанъ случай родовъ у 10-лѣтней дѣвочки. Недавно Lindstedt описалъ роды у 12-лѣтней дѣвочки. Многие случаи родовъ въ раннемъ возрастѣ упомянуты при изложеніи мѣсячныхъ очащеній. Наболѣе поздніе роды описаны Depasse'emъ у 59-лѣтней женщины. Göhlert вычислилъ, что maximum зачатій въ Зап. Европѣ приходится на май мѣсяць, въ Восточной на апрѣль; minimum приходится на сентябрь, въ восточной на августъ и мартъ.

Послѣ родовъ зачатіе вновь обыкновенно не наступаетъ раньше 6—7 недѣль. Исключенія очень рѣдки. Krönig наблюдалъ случай, гдѣ зачатіе послѣдовало уже послѣ coitus на 5 день послѣ родовъ.

Причины, обуславливающія полъ младенца. До сихъ норъ мы не знаемъ, въ чемъ заключаются ближайшія причины, обуславливающія полъ младенца. Нельзя считать отвѣтомъ на этотъ вопросъ общія положенія, вѣрнѣе—гипотезы, не имѣющія научныхъ основаній. Къ числу подобныхъ положеній слѣдуетъ причислить высказываемое многими мнѣніе, что въ обозначеніи пола плода дѣйствуетъ естественный подборъ; именно рождается больше особей того пола, который въ данный моментъ наболѣе нуженъ для размноженія вида.

Отъ какихъ бы причинъ ни зависѣло обозначеніе пола плода, во всякомъ случаѣ эти причины должны проявлять свое дѣйствіе въ самую раннюю эпоху развитія зародыша, такъ какъ уже на 8 недѣль начинается дифференцированіе внутреннихъ половыхъ органовъ.

Ничѣмъ не доказанной гипотезой слѣдуетъ также считать предположеніе Düsing'a, будто бы полъ плода опредѣляется въ моментъ зачатія, смотря по тому, кто изъ родителей находится въ болѣе значительномъ возбужденіи. Нѣкоторые авторы ставятъ образованіе пола въ зависимость отъ разницы въ возрастѣ родителей. Когда мужъ старше жены, то рождаются мальчики, и обратно. В. Schultze полагаетъ, что уже въ самомъ неоплодотворенномъ яйцѣ предопредѣляется полъ младенца. Thury наблюдалъ, что чрезъ совокупленіе животныхъ въ первое время течки рождаются женскія недѣлимья; когда же совокупленіе совершается исключительно въ концѣ течки, то происходитъ потомство мужского пола.

Ислѣдованія послѣдняго времени также ни мало не выяснили этого вопроса. Herz и Keefe полагаютъ, что полъ передается субъектомъ болѣе сильнымъ въ моментъ зачатія. Wilson ставитъ полъ въ зависимость отъ времени оплодотворенія яйца. Чѣмъ позже слѣдуетъ это явленіе, тѣмъ вѣроятнѣе, что родится дѣвочка. По наблюдениямъ Cleisz, при благосостояніи рождается больше дѣвочекъ. Hollinger нашель, что законные браки даютъ больше мальчиковъ, нежели незаконныя сожитель-

ства. По мнѣнію Kisch'a, когда мужъ старше жены на 10 лѣтъ, преобладаютъ мальчики. Певѣрно безусловно мнѣніе Seligson'a будто бы яйца, вышедшія изъ праваго яичника, производятъ мальчиковъ, а изъ лѣваго яичника—дѣвочекъ. Это мнѣніе опровергнуто многочисленными наблюденіями.

Глава 9.

Положеніе и членорасположеніе плода.

1. *О положеніяхъ плода.* Въ первые мѣсяцы беременности плодъ, занимающій сравнительно небольшую часть яйца и свободно плавающій въ околоплодной жидкости, долженъ по необходимости постоянно измѣнять свое положеніе. Другое дѣло—въ концѣ беременности, когда его тѣло наполняетъ главнымъ образомъ полость яйца. Достигши значительныхъ размѣровъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности, плодъ принимаетъ въ большинствѣ случаевъ опредѣленное положеніе. Въ акушерствѣ



Ф. 73. Иначе встрѣчающееся головное положеніе плода. Спинка влѣво, затылокъ нѣсколько напередъ. Беременность въ концѣ у многорожавшей.

въѣстное положеніе своихъ частей, такъ называемое членорасположеніе, *habitus foetus*.

Спинка его нѣсколько согнута, головка наклонена къ груди, верхнія конечности скрещены и лежатъ на груди, нижнія согнуты въ колѣняхъ и пригнуты къ животу, иногда скрещены, пятки лежатъ на ягодицахъ. На животѣ между конечностями помѣщается пуповина. Въ такомъ видѣ плодъ имѣетъ, подобно беременной малкѣ, форму овоида, верхній широкій конецъ котораго составляютъ ягодицы. Такое характерное членорасположеніе плода отчасти объясняется развитіемъ за-

подъ именемъ *положенія* разумѣютъ отношеніе продольной оси плода, т.-е. линіи отъ темени до копчика, къ продольной оси матки, которая направлена болѣе или менѣе перпендикулярно къ плоскости входа въ тазъ. На этомъ основаніи всѣ положенія плода раздѣляются на *продольныя* и *косыя* или *поперечныя*. Продольныя положенія раздѣляются на головныя и тазовыя, смотря по тому, какой конецъ младенца обращенъ книзу.

2. *Членорасположеніе плода.*

Въ какомъ бы положеніи во время беременности живой плодъ не находился, онъ сохраняетъ из-

родыша, отчасти приспособленіемъ его къ формѣ матки и противо-дѣйствіемъ маточныхъ стѣнокъ.

3. *Позиціи плода.* Не менѣе важно отношеніе спинки младенца къ маточной стѣнкѣ; оно извѣстно подъ именемъ позиціи плода. Смотри куда обращена спинка младенца, различаютъ лѣвую и правую, иначе первую и вторую позиціи.

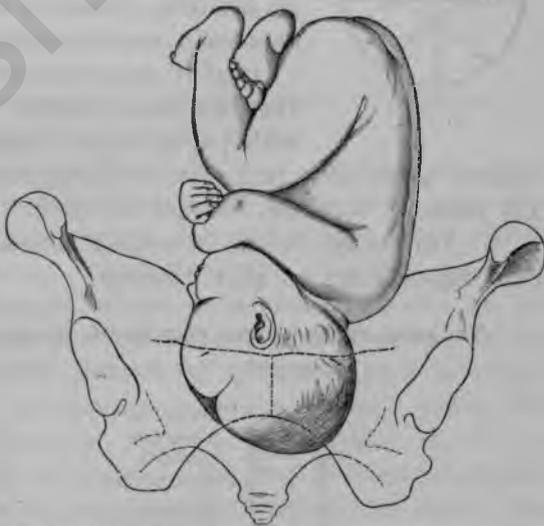
4. *О предлежаніяхъ плода.* Часть плода, которая находится во время родовъ надъ входомъ таза, или даже опускается въ капаль таза, носитъ названіе *предлежащей части*, а само это явленіе извѣстно подъ именемъ *предлежанія*. Это понятіе многіе акушеры отождествляютъ съ положеніемъ плода, что вноситъ неточности въ изложеніе акушерства.

При продольныхъ положеніяхъ, когда внизъ обращенъ головной конецъ плода, наичаще предлежитъ темя; такъ какъ головка утробнаго плода находится обыкновенно въ согнутомъ положеніи. Когда она разгибается, то можетъ предлежать лицо и лобъ. Для того, чтобъ эти предлежанія были выражены вполне ясно, необходимо, чтобы ось плода сохраняла нормальное отношеніе къ плоскости тазоваго входа.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда направленъ книзу тазовой конецъ плода, предлежаніе также не бываетъ одинаковымъ. Когда ноги остаются на мѣстѣ, и членорасположеніе плода не нарушается, то ягодицы предлежатъ вмѣстѣ съ ними. Если ноги разогнуты въ колѣнномъ суставѣ и протянуты кверху, то предлежатъ однѣ ягодицы. Разогнутыя въ бедренныхъ суставахъ и опущенныя книзу, ноги обыкновенно первыми вступаютъ въ тазъ. Когда отъ туловища плода отведены бедра, но колѣна согнуты, они мо-



Ф. 74. Правильное членорасположеніе плода въ концѣ беремен.



Ф. 75. Первая позиція плода, передній видъ.

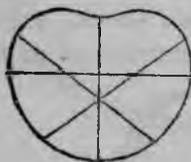
гутъ подлежать, что однако случается рѣдко. Слѣдовательно при та-
зовомъ положеніи нужно различать ягодичныя, ножное и колѣнное
предлежанія, изъ коихъ
каждое можетъ находить-
ся въ первой или второй
позиціи.



Ф. 76. Вторая позиція плода, задній видъ.

5. *Виды позицій.* Для
болѣе точнаго обозна-
ченія предлежанія, въ осо-
бенности при головномъ
положеніи, необходимо
различать еще видъ по-
зиціи, подъ которымъ ра-
зумѣютъ совпаденіе опре-
дѣленнаго отдѣла или мѣ-
ста на предлежащей части
съ однимъ изъ діаметровъ
во входѣ, въ полости или
въ выходѣ таза, смотря
по мѣсту нахождения пред-
лежащей части. При пред-

лежаніи темени такимъ отдѣломъ является затылокъ, точнѣе малый
родничекъ, при лицевыхъ предлежаніяхъ — подбородокъ, точнѣе ниж-
ній конецъ лицевой линіи. При лобномъ предлежаніи — лобникъ, точнѣе лобный шовъ. Наконецъ при
ягодичныхъ, ножномъ и колѣнномъ предлежаніяхъ
кресцовая кость младенца.



Ф. 77.

Отдѣлъ предлежащей части, по которому опре-
дѣляется видъ позиціи, можетъ находиться въ на-
чалѣ родовъ возлѣ конца прямого или одного изъ

косыхъ размѣровъ таза. Почему слѣдуетъ различать три вида каж-
дой позиціи: передній, боковой и задній.

6. Для вполне яснаго пониманія вышеизложеннаго мы прилагаемъ
сопоставленіе его въ видѣ таблицы.

Таблица продольныхъ положеній, предлежаній и позицій плода.

| Положенія. | Предлежанія. | Позиціи. | Виды позицій. | |
|-------------|----------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Продольное. | Тазовое Головное. | Теменное. | Лѣвая и правая. | Передній, боковой и задній. |
| | | Лицевое. | | |
| | | Лобное. | | |
| | | Ягодичное полное. | | |
| | | Ягодичное не полное. | | |
| | | Ножное Колѣнное. | | |

Что касается поперечных, иначе косых положений, то вышеизложенныя основы дѣленія на позиціи и виды позицій къ нимъ непримѣнны. Акушерская практика выработала для нихъ другія подраздѣленія. Здѣсь мы приведемъ таблицу, изъ которой можно ознакомиться съ раздѣленіемъ поперечныхъ положений.

| Положеніе. | Предлежанія. | Позиціи. | Виды позицій. |
|------------|----------------|---------------------|-----------------|
| Поперечное | плечо или бокъ | I. Головка влѣво. | спинка впередъ, |
| | | II. Головка вправо. | спинка назадъ. |

7. *Наибольше частое предлежаніе.* Наичаще плодъ въ послѣднее время беременности находится въ головномъ положеніи, причемъ предлежитъ темя. Всѣ другія положенія и предлежанія встрѣчаются несравненно рѣже. На долю теменныхъ предлежаній слѣдуетъ отнести при своевременныхъ родахъ не менѣе 95% всѣхъ случаевъ, какъ это доказываютъ статистическія свѣдѣнія почти каждаго родильнаго дома. Мы считаемъ не лишнимъ привести данныя, заимствованныя у наиболее компетентныхъ наблюдателей.

| | Hecker. | Spiegelberg. |
|------------------------|---------|--------------|
| Теменн. предл. | 97,6% | 95,5% |
| Лицевыя | 0,76 „ | 0,3 „ |
| Тазовыя | 3,6 „ | 1,59 „ |
| Поперечныя | 0,9 „ | 0,78 „ |

Первая позиція при теменныхъ предлежаніяхъ встрѣчается въ 68,3%, вторая въ 26,8% всѣхъ срочныхъ родовъ.

8. *Причины частаго происхожденія теменныхъ предлежаній.* Чрезвычайно частое появленіе теменныхъ предлежаній никакимъ образомъ нельзя признать явленіемъ случайнымъ. Несомнѣнно для этого должны существовать вѣскія причины. Одною изъ нихъ слѣдуетъ признать вліяніе тяжести. При погруженіи мертваго доношеннаго плода въ сосудъ, наполненный водою, къ которой прибавлено столько соли, чтобы жидкость имѣла удѣльный вѣсъ близкій къ удѣльному вѣсу младенца, плодъ, погружаясь въ нее, опускается правымъ плечомъ книзу. Это зависитъ отъ расположенія центра тяжести плода ближе къ его головкѣ и отъ нахождения на правой сторонѣ относительно тяжелой печени. Почему плодъ, находящійся въ околоплодной жидкости въ маткѣ, при стоячемъ положеніи беременной также долженъ опускаться въ послѣдніе мѣсяцы беременности правымъ плечомъ книзу, при чемъ онъ необходимо вступаетъ головкою въ область нижняго сегмента матки, рас-

положеннаго надъ входомъ таза, одновременно спинка плода должна обращаться влѣво. При лежаніи беременной на спинѣ, правое плечо плода при такихъ условіяхъ должно приходиться возлѣ задней стѣнки матки, а головка должна оказаться надъ входомъ таза; при этомъ спинка плода будетъ обращена вправо.

Хотя мы имѣемъ всѣскія основанія допустить силу тяжести для объясненія происхожденія темянного предлежанія плода, но во всякомъ случаѣ одной этой силы недостаточно, чтобы это предлежаніе плода могло удержаться въ теченіе недѣль и даже цѣлыхъ мѣсяцевъ, какъ мы наблюдаемъ это въ послѣднія недѣли беременности у первобеременныхъ. По мнѣнію Schultze, наблюдаемое въ огромномъ большинствѣ случаевъ темянное предлежаніе зависитъ еще отъ нѣсколькихъ другихъ причинъ—habitus foetus, формы матки и скручиванія ея около своей продольной оси. Наиболѣе широкій размѣръ матки находится между трубъ, почему только въ этомъ направленіи могутъ удобно располагаться боковыя части плода. Такъ какъ беременныя женщины спятъ на правомъ боку, почему при второй позиціи спинка младенца наичаще бываетъ обращена кзади. Foulis также полагаетъ, что теменныя предлежанія зависятъ отъ формы матки. Только при продольномъ положеніи въ днѣ матки получается достаточный просторъ для движенія плода. Коль скоро головка вошла въ тазъ, она выйти оттуда не можетъ. Въ послѣднія недѣли беременности головка при хорошемъ тазѣ опускается и устанавливается во входѣ таза, откуда у первобеременныхъ не удается ее выдвинуть даже при нѣкоторомъ усилии. Такое фиксированіе положенія плода обуславливается главнымъ образомъ неподатливостью стѣнокъ матки и въ значительной степени напряженіемъ передней стѣнки живота. Такъ какъ эти условія встрѣчаются преимущественно у первобеременныхъ, то отсюда понятно, почему у нихъ наичаще головка въ концѣ беременности устанавливается плотно во входѣ таза. Гораздо рѣже это имѣетъ мѣсто у повторно-беременныхъ, у которыхъ она большею частію ощущается въ это время еще нѣсколько подвижною надъ тазовымъ входомъ. Рѣже у многорожавшихъ мы находимъ ее въ концѣ беременности во входѣ таза. Даже новорожденный плодъ, по наблюденіямъ Behres'a, остается спокойнымъ, когда пригнуть его головку къ груди и придать ему нормальное членорасположеніе. Напротивъ, положенный на спину или на животъ, онъ начинаетъ беспокоиться. Положеніе плода головкою книзу способствуетъ накопленію венозной крови въ головѣ младенца и паретическому вліянію на мышцы CO_2 , что необходимо для спокойнаго состоянія плода.

Причины, обуславливающія опредѣленное положеніе плода, обнаруживаютъ вполне свое вліяніе только въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Почему въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность прекращается рано, мы встрѣчаемъ иныя отношенія въ положеніяхъ плода. У плодовъ недоношенныхъ и мацерированныхъ головныя предлежанія встрѣчаются гораздо рѣже. Это объясняется отчасти расположеніемъ ихъ

центра тяжести, который лежит ближе къ ягодцамъ, почему тазовыя положенія при несвоевременныхъ родахъ представляютъ частое явленіе. На 100 случаевъ выкидыша, въ которыхъ беременность прекратилась до V мѣсяца, плодъ предлежалъ головкою только 49 разъ, тазовымъ концомъ 48 и 3 раза находился въ поперечномъ положеніи. При раннихъ родахъ, когда родоразрѣшеніе послѣдовало между 5 и 7 мѣсяцами беременности, только въ 69% всѣхъ случаевъ было наблюдаемо головное положеніе. Начиная съ 8 мѣсяца беременности, статистика положеній и предлежаній плода начинаетъ приближаться къ тѣмъ даннымъ, какія мы привели выше для своевременныхъ родовъ.

9. *Объ измѣненіи предлежанія, позиціи и положенія плода.* Положенія и въ особенности позиціи плода довольно часто мѣняются. Это явленіе встрѣчается преимущественно у беременныхъ, у которыхъ предлежаніе плода не плотно установилось, и младенецъ сохраняетъ до нѣкоторой степени свою подвижность. Внимательное повторное изслѣдованіе женщинъ, находящихся на второй половинѣ беременности, убѣждаетъ насъ, что къ концу беременности измѣненія въ положеніи плода становятся рѣже. Когда головка не опустилась въ тазъ, она легко можетъ уклониться въ сторону, и положеніе изъ головного измѣнится въ косое или поперечное. При вялости стѣнокъ матки и брюшныхъ покрововъ, лѣвая позиція при головныхъ положеніяхъ иногда измѣняется въ правую, коль скоро беременная, бывшая на ногахъ, ляжетъ на спину.

Труднѣе объяснить переходъ ягодичныхъ и поперечныхъ положеній въ головныя, что бываетъ нерѣдко. Въ этихъ случаяхъ, безъ сомнѣнія, имѣетъ значеніе измѣненіе центра тяжести тѣла младенца при дальнѣйшемъ развитіи плода. Кромѣ того въ послѣдніе мѣсяцы беременности перемѣнѣ положенія плода безъ сомнѣнія способствуютъ сокращенія матки и до нѣкоторой степени самая форма матки.

Глава 10.

Обеззараживаніе въ акушерской практикѣ.

Необходимость обеззараживанія. Въ настоящее время врядъ ли найдется врачъ, который сталъ бы отрицать, что изслѣдованіе беременныхъ, роженицъ и родильницъ, въ особенности внутреннее изслѣдованіе, должно производиться съ соблюденіемъ извѣстныхъ предосторожностей, которыя главнымъ образомъ заключаются въ строгомъ выполненіи правилъ обеззараживанія, или дезинфекціи. Въ виду чрезвычайной важности дезинфекціи въ акушерской практикѣ мы изложимъ здѣсь по возможности обстоятельно тѣ предписанія, выполненіе которыхъ необходимо для сохраненія здоровья и жизни женщины, находящейся въ родильномъ состояніи. Извѣстно, что въ окружающей средѣ,

особенно тамъ, гдѣ есть влага, находится безчисленное множество микроорганизмовъ, извѣстныхъ подъ именемъ шизомицетовъ, грибовъ или микробовъ. Они крайне малы, разнообразной формы и размножаются необыкновенно быстро, такъ что въ теченіе сутокъ изъ одного микроба могутъ образоваться, при благопріятныхъ условіяхъ, многіе миллионы. Большинство изъ этихъ микроорганизмовъ могутъ жить и размножаться только въ отброскахъ и мертвыхъ тканяхъ, они извѣстны подъ именемъ *сапрофитовъ*. Другіе виды грибовъ, такъ называемые паразитные или *патогенные микробы*, напротивъ, попадая на поверхность раны или даже подъ эпителий, способны размножаться въ живой ткани, вызывая въ ней важныя, иногда разрушительныя измѣненія воспалительнаго характера не только механически, но также продуктами своей жизнедѣятельности, извѣстными подъ именемъ токсиновъ, которые представляютъ вещества крайне ядовитыя, сходныя по дѣйствию на организмъ съ алкалоидами. Эти вещества обнаруживаютъ одновременно мѣстное и общее дѣйствіе. Подобныя вещества могутъ также продуцировать нѣкоторые сапрофиты, и такимъ образомъ иногда также причинять вредъ живому организму. Токсины, поступая въ кровь, дѣйствуютъ какъ пирогенныя и ядовитыя вещества, вызывая лихорадку, нервныя расстройства и нарушеніе важнѣйшихъ отправленій тѣла. Дѣйствуя мѣстно на ткани, они ослабляютъ или даже прекращаютъ жизнедѣятельность клѣтокъ, причиняя ихъ разрушеніе. Виѣдреніе микробовъ въ живую ткань вызываетъ обильную эмиграцію лейкоцитовъ, скопленіе которыхъ причиняетъ нагноеніе. Изслѣдованія послѣдняго времени достаточно ознакомили насъ съ морфологіей и особенностями этихъ патогенныхъ микробовъ, къ числу которыхъ мы должны отнести цѣпоччатый микробъ, *streptococcus pyogenes*, и нѣсколько видовъ гроздевиднаго—*staphylococcus pyogenes*, далѣе *gonococcus*, свойственный гонорреѣ; гораздо рѣже встрѣчаются другіе микробы—*bacill. coli comm.*, *bacill. pyocyaneus*, *bacill. pyogen. foet.*, *bacill. tuberculosis*, *bacillus maligni oedematis* и пр.

Почти въ половинѣ случаевъ влагалище у беременныхъ, по изслѣдованіямъ Döderlein'a, имѣетъ ненормальный секретъ—жидкій, желтоватаго цвѣта, иногда гнойный, средней или щелочной реакціи. Между тѣмъ какъ нормальный секретъ влагалища представляетъ густую бѣловатую жидкость ясно кислой реакціи. Во влагалищѣ беременныхъ и роженицъ почти всегда находятся въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ различныя сапрофиты и сравнительно рѣдко патогенные или паразитные микробы. Мы имѣемъ большое число изслѣдованій, относящихся къ микробамъ влагалища, но приведемъ только наиболѣе важныя работы по этому предмету. Winter нѣсколько лѣтъ тому назадъ нашелъ во влагалищѣ беременныхъ женщинъ микробы, похожіе на патогенные, именно на *staphylococcus*, ядовитость которыхъ была чрезвычайно ослаблена. Walthard'у удалось возстановить при разводкахъ злокачественность подобныхъ микробовъ, которые онъ находилъ у 27% беременныхъ. Масловскій, при изслѣдованіи 12 беременныхъ, нашелъ въ 48% патогенные микробы въ секретѣ влагалища. Между тѣмъ какъ Göpner и Thomen во влагалищѣ септическихъ микробовъ вовсе не нашли. Döderlein встрѣчалъ ихъ только въ 4,1% всѣхъ случаевъ, преимущественно при ненор-

мальномъ секретѣ влагалища средней или щелочной реакціи. По наблюденіямъ Döderlein'a, нормальное кислое отдѣленіе влагалища убиваетъ септические микробы. По мнѣнію Gow, эта кислая реакція во влагалищѣ зависитъ отъ образования бутироновой кислоты. Krönig во влагалищѣ беременныхъ съ нормальнымъ и патологическимъ отдѣленіемъ находилъ преимущественно анаэробныя микробы. Кромѣ грибовъ молочницы, изрѣдка гонококковъ, *Bact. coli comm.*, *bacill. tubercul.* и другихъ, онъ не нашелъ микробовъ, развивающихся при доступѣ воздуха. Найденный имъ микробъ, сходный съ *streptococcus ruogenes*, развивается при отсутствіи O, почему, по справедливому замѣчанію Menge, ничего общаго съ септическимъ микробомъ не имѣеть.

Строгановъ у беременныхъ изъ 11 случаевъ у 9 нашелъ каналъ шейки стерильнымъ, что подтверждено также Goebel'emъ. Слизъ шейки убиваетъ микробы. Наружныя половыя части въ особенности при патологическихъ процессахъ могутъ на своей поверхности содержать патогенныя микробы. Последніе находятся также въ мочевомъ каналѣ. Въ небеременномъ состояніи, а также при нормальной беременности, матка и ея придатки совершенно стерильны. При воспаленіи послѣднихъ и образованіи воспалительныхъ опухолей, Kiefer находилъ въ 40% микробы, наичаще гонококки, затѣмъ *Bact. coli comm.*, гораздо рѣже *staphylococcus* (5%) и *streptococcus*, Krönig въ 10% случаевъ находилъ *bacill. tubercul.*

Почему только въ рѣдкихъ случаяхъ патогенныя микробы могутъ самопроизвольно, находясь уже до родовъ во влагалищѣ, виѣдраться въ ткань окружающихъ частей и производить зараженіе организма. Обыкновенно же они попадаютъ извнѣ и переносятся пальцемъ изслѣдующаго врача и акушерки, или вводятся съ инструментами. Въ другихъ случаяхъ они попадаютъ съ наружныхъ половыхъ органовъ роженицы, а также изъ воздуха, или передаются платьемъ и бѣльемъ.

Беременные и роженицы, а также женщины недавно родившія, въ особенности расположены къ зараженію патогенными микробами, въ виду гипереміи и усиленной жизнедѣятельности тканей полового аппарата, а въ особенности вслѣдствіе происходящихъ во время родовъ, какъ увидимъ ниже, нарушеній цѣлости стѣнокъ родового канала.

Послѣдствіемъ такого переноса или зараженія, *infectio*, беременныхъ и роженицъ является болѣе или менѣе тяжелое заболѣваніе, которое нерѣдко можетъ окончиться смертью женщины. Въ особенности опасно зараженіе во время беременности. Въ родильныхъ домахъ, рѣже въ частной практикѣ, зараженіе можетъ легко передаваться отъ заболѣвшей родильницы другимъ роженицамъ и такимъ образомъ можетъ развиваться повальное заболѣваніе — родильная горячка, съ болѣе или менѣе значительной смертностью. Въ прежнія времена, когда не знали рациональныхъ предохранительныхъ мѣръ противъ этого зла, въ родильныхъ отдѣленіяхъ смертность въ иные мѣсяцы доходила до 12 даже 15%. Состояніе родильнаго дома считалось нормальнымъ, если въ немъ годичная смертность не превосходила 3—4%.

Первый ясно-распознавшій причину распространенія родильной горячки и предложившій рациональныя мѣры противъ этого былъ ассистентъ Вѣнскаго родильнаго дома Dr. Semmelweiss. Онъ вѣрно понялъ сходство тяжелыхъ формъ этой болѣзни съ обыкновенною хирургической септикопэмией и доказалъ, что она распространяется черезъ пе-

реносъ пальцами производящихъ изслѣдованіе студентовъ и врачей въ половые органы беременныхъ и роженицъ „разлагающагося животно-органическаго вещества“. Послѣ того, какъ практиканты предъ изслѣдованіямъ стали тщательно очищать руки зеленымъ мыломъ и щеткой, а затѣмъ обмывать ихъ хлорной водой, заболѣванія въ клиникѣ, гдѣ состоялъ врачомъ Semmelweiss, стали рѣже, и смертность уменьшилась почти въ 10 разъ. Эти наблюденія описаны подробно въ его книгѣ, явившейся въ 1861 году. Тѣмъ не менѣе его воззрѣвія нашли мало сочувствіи среди акушеровъ того времени. Для принятія взглядовъ Земмельвейса врачами, было необходимо, чтобы вопросъ о зараженіи получилъ вполнѣ научную разработку. Необходимы были біологическія изслѣдованія Pasteur'a и клиническія наблюденія Lister'a. Нужно было, чтобы были обнаружены самые носители заразы—микробы,— другими словами, чтобы ученіе о зараженіи достаточно выяснилось, прежде нежели акушеры убѣдились въ необходимости примѣнять надлежащія мѣры съ цѣлью избѣжать переноса заразы, инфекціи, въ своей практикѣ. Такимъ образомъ возникло постепенно ученіе о дезинфекціи или обеззараживаніи, разработанное въ подробностяхъ преимущественно нѣмецкими врачами.

Средства, уничтожающія микроорганизмы. Многочисленные опыты, произведенные надъ различными видами сапрофитовъ и патогенныхъ микробовъ родильной горячки, показали, что существуетъ множество жидкостей, при дѣйствіи которыхъ эти микробы перестаютъ размножаться и окончателно погибаютъ. Къ числу наиболѣе употребительныхъ веществъ этого рода слѣдуетъ отнести водные растворы acid. carbolicі отъ 3 до 5% крѣпости, а также 0,05—0,1% растворы сулемы. Если микробы будутъ вполнѣ доступны дѣйствію этихъ растворовъ, они погибаютъ весьма скоро.

Ануфриевъ недавно вновь испыталъ 0,01% растворъ двуокисстой ртути и нашелъ его не менѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ растворъ сулемы. Вошедшіе въ послѣднее время въ употребленіе Iysol, kreolin, формалинъ и рекомендованный Kossmann'омъ chinocol много уступаютъ въ вѣрности дѣйствія сулемѣ и карболовой кислотѣ.

Сиптическіе микробы погибаютъ также отъ дѣйствія на нихъ въ теченіе 10 минутъ кипящей воды или перегрѣтаго пара. Напротивъ, дѣйствіе нагрѣтаго сухого воздуха менѣе дѣйствительно; послѣдній въ закрытой камерѣ нужно нагрѣть до 120 даже 140° С., и нагрѣваніе поддерживать въ теченіе 1—3 часовъ, чтобы получить положительные результаты. Менѣе изслѣдовано дѣйствіе нѣкоторыхъ газовъ на микробы, находящіеся въ воздухѣ или въ вещахъ удобопроницаемыхъ для газовъ. Извѣстно только, что микробы очень чувствительны къ озону и, будучи овлажнены, также легко погибаютъ отъ хлорнаго газа.

На основаніи вышеизложеннаго, мы считаемъ необходимымъ принимать слѣдующія мѣры при изслѣдованіи беременныхъ и роженицъ съ цѣлью избѣжать переноса заразы въ акушерской практикѣ.

Примѣненіе дезинфекціи.

1. *Дезинфекція беременной и роженицы.* Въ частной практикѣ предъ изслѣдованіемъ беременной женщины въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ потребоваться обмываніе ея наружныхъ частей, но нерѣдко это бываетъ нужно у приходящихъ клиническихъ больныхъ. У роженицъ же слѣдуетъ поставить себѣ правиломъ во всѣхъ случаяхъ обмывать наружныя половыя части, приступая къ изслѣдованію въ первый разъ. Сперва эти части нужно обмыть хорошо мыломъ и тепловатой водою; затѣмъ облить ихъ 0,1% теплымъ растворомъ сулемы или 2% растворомъ acid. carbolici въ количествѣ 1 литра. Влагалище слѣдуетъ промывать въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ гнойное отдѣленіе, или же когда изслѣдованіе было произведено раньше, безъ соблюденія правилъ дезинфекціи. Для этой цѣли нужно ввести во влагалище намыленный небольшой кусокъ салициловой ваты и вытереть имъ влагалищную часть и стѣнки рукава, послѣ чего нужно слѣдовать впрыскиванію изъ 0,15—0,25% теплаго раствора сулемы, или изъ 2% раствора acidі carbolici въ количествѣ 1 л. Последнее средство менѣе надежно. При дѣйствіи душа концомъ указательнаго пальца слѣдуетъ слегка тереть стѣнки влагалища и шейки, если каналъ послѣдней пропускаетъ палець, стараясь удалить внесенный на ватѣ мыльный растворъ и вязкую слизь. Vahle прямыми опытами убѣдился, что промываніе влагалища во время родовъ, если не всегда вполне уничтожаетъ патогенные микробы, то всегда уменьшаетъ ихъ количество.

Кромѣ того вполне умѣстно для каждой роженицы, явившейся въ клинику, принять теплую ванну, если это позволяетъ ходъ родовъ. Въ частной практикѣ ванна назначается только при надлежащихъ показаніяхъ.

2. *Врачъ или акушерка,* приступая къ изслѣдованію беременной и роженицы, должны засучить рукава до локтя, очистить хорошо свои ноги, и хорошо вымыть въ теченіе 2 минутъ въ теплой водѣ руки и предплечія мыломъ, при помощи щетки. Затѣмъ слѣдуетъ втирать въ кожу рукъ и предплечія кускомъ ваты очищенный водочный спиртъ также въ теченіи 2 минутъ, и въ заключеніе погрузить на 1 минуту руки въ свѣжеприготовленный 0,05—0,1% растворъ сулемы. Послѣ чего, не вытирая руки, можно приступить къ изслѣдованію чрезъ влагалище. Когда половой каналъ узокъ, нужно смазать одинъ указательный, въ другихъ случаяхъ два пальца, вазелиномъ, къ которому прибавлено 4% acidі carbolici. Многие врачи для этой цѣли предпочитаютъ обеззараженное прованское масло съ такимъ же относительнымъ количествомъ карболовой кислоты.

Если врачъ незадолго производилъ вскрытіе трупа или соприкасался продолжительное время съ разлагающимися веществами, то упомянутые приемы недостаточны для обеззараживанія. Предварительно нужно принять мыльную ванну, хорошо вымыть голову, совершенно пере-

мѣнить бѣлье и платье. Для устраненія дурного запаха отъ рукъ наиболѣе полезно вытираніе *ol. Terebinth. rect.* въ обильномъ количествѣ, а также бензина. Нѣкоторые акушеры совѣтуютъ, даже послѣ всего этого, въ избѣжаніе переноса заразы, по крайней мѣрѣ въ теченіе сутокъ не производить изслѣдованія беременныхъ и роженицъ.

3. Большинство инструментовъ съ цѣлью обеззараживанія можно подвергать дѣйствію кипящей воды въ самоварѣ или въ другомъ сосудѣ въ теченіе 10 минутъ; если къ этой водѣ прибавить 1 — 2% *patritii carbonici*, то вліяніе ея окажется еще болѣе дѣйствительнымъ. Вещи, приготовленныя изъ мягкаго каучука, не выносятъ кипяченія, почему ихъ слѣдуетъ обеззараживать при помощи зеленого мыла и сулемаго раствора. Такимъ способомъ слѣдуетъ обеззараживать эластическіе катетеры, бужи и наконечники. Хотя лучше по возможности избѣгать ихъ употребленія, такъ какъ подобная дезинфекція этихъ вещей не вполне надежна. Металлическіе катетеры нужно обязательно всякій разъ предъ употребленіемъ прокипятить въ содовомъ растворѣ и погружать въ 4% растворъ *acidii carbolicii*.

4. Въ частной практикѣ *вымытое чистое носильное и постельное бѣлье*, а также мытое платье, можно считать асептическими, хотя извѣстны случаи передачи чрезъ нихъ зараженія. Почему при малѣйшемъ подозрѣніи слѣдуетъ бѣлье прокипятить въ котлѣ или горшкѣ. Всюду, гдѣ есть возможность, слѣдуетъ обеззараживать подозрительное платье и бѣлье въ дезинфекціонной камерѣ, что нужно дѣлать постоянно въ акушерской клиникѣ, если клиническое бѣлье моется ручнымъ способомъ вмѣстѣ съ бѣльемъ заразныхъ больныхъ. Для этой цѣли каждое родильное отдѣленіе должно располагать камерою, дѣйствующею текучимъ паромъ. Тюфяки и подушки въ родильномъ отдѣленіи нужно набивать сѣномъ или соломой, которую слѣдуетъ выбрасывать послѣ каждой родильницы. Холщевые мѣшки нужно тщательно вымыть. Для обтиранія и обсушиванія половыхъ частей и для прикладыванія къ нимъ у роженицъ и родильницъ удобнѣе всего употреблять обеззараженные полотняные компрессы, вату, марли или проваренную въ содовомъ растворѣ паклю. Заболѣвшихъ роженицъ слѣдуетъ немедленно изолировать.

Клиническія палаты, въ которыхъ помѣщаются здоровыя родильницы, слѣдуетъ по временамъ провѣтривать, мыть мыломъ полы, окна и двери, и бѣлить заново стѣны, а изрѣдка даже потолки. Для обеззараживанія *зараженнаго помѣщенія* нужно, кромѣ всего этого, при побѣлкѣ стѣнъ употреблять хлористую известь, а при обмываніи деревянныхъ частей прибавлять 0,1% къ водѣ сулемы. Если стѣны комнаты оклеены обоями, ихъ слѣдуетъ содрать и замѣнить новыми; менѣе рациональна очистка обоевъ хлѣбнымъ мякишемъ. По окончаніи обмыванія, двери и окна комнаты затворяютъ и ставятъ въ ней пульверизаторъ Колена для распыливанія 5% раствора *acidii carbolicii* въ теченіе двухъ часовъ.

Въ настоящее время возрѣнія врачей на примѣненіе антисептики въ акушер-

ской практикѣ еще представляютъ значительное разнообразіе. Многие зависятъ отъ условий, при которыхъ происходятъ роды. Врачи, завѣдующіе родильными пріютами, могутъ довольствоваться только личной дезинфекціей, получая прекрасные результаты. Примеромъ можетъ служить Mergmann, который при такихъ условіяхъ на 1200 родовъ имѣлъ 5—7% заболѣваній безъ тяжелыхъ септическихъ формъ.

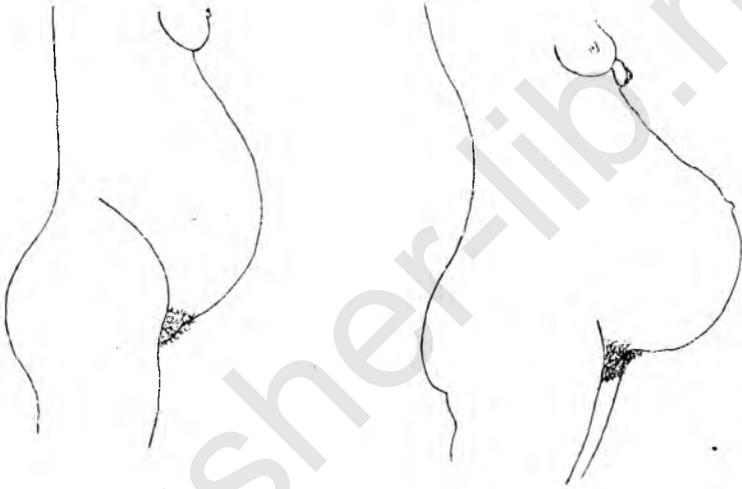
Совсѣмъ въ иномъ положеніи находится клиническій преподаватель, который часто на небольшомъ матеріалѣ долженъ преподавать акушерство значительному числу учащихся. Здѣсь, какъ показалъ намъ собственный опытъ, только всесторонняя антисептика, строго примѣненная, въ состояніи предохранить отъ многочисленныхъ и тяжелыхъ осложненийъ въ послѣродовомъ періодѣ. Приемы дезинфекціи, примѣняемые различными врачами, также не одинаковы. Boll и Langstein примѣняютъ для рукъ способъ Mikulitz'a — очищеніе ногтей отъ грязи, въ теченіе 3' обмываніе рукъ зеленымъ мыломъ и щеткой, затѣмъ погруженіе на $\frac{1}{2}'$ въ 3% растворъ ас.і. carbolicі и затѣмъ съ $\frac{1}{2}'$ въ сулему, 1: 2000. Veit предпочитаетъ способъ дезинфекціи рукъ Fürbringer'a сходный съ употребляемымъ у насъ. Ahlfeld, Poten, Reinecke и Ваушт при своихъ опытахъ нашли наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ 96% алкоголь для обеззараживанія рукъ. Даже разведенный 50% алкоголь еще дѣйствителенъ, хотя это отрицаетъ Krönig. Lusk, Hofmeier, Schauta, Tarnier и многіе другіе, подобно намъ, употребляютъ растворъ сулемы для промыванія влагалища во время родовъ. Döderlein, Kortüm и другіе предпочитаютъ 1—2% растворъ креолина для этой цѣли. Многіе акушеры, исходя исключительно изъ теоритическихъ соображеній, не примѣняютъ обеззараживанія влагалища роженицы, предпочитая лучше отказаться отъ внутренняго изслѣдованія. Къ числу такихъ принадлежитъ Leopold и его послѣдователи. Нѣкоторые (Ries и друг.) предпочитаютъ даже производить изслѣдованіе во время родовъ per rectum!

Глава 11.

Изслѣдованіе беременныхъ—анамнезъ и наружное изслѣдованіе.

1. *Цѣли изслѣдованія.* Приступая къ изслѣдованію беременной женщины, мы имѣемъ въ виду выясненіе различныхъ вопросовъ, касающихся даннаго случая. Иногда для насъ достаточно бываетъ узнать, — беременна ли женщина, и сколько времени прошло отъ зачатія, — другими словами, когда можно ожидать наступленія родовъ. Въ другихъ случаяхъ необходимо узнать также положеніе и предлежаніе плода, иногда нужно произвести измѣреніе таза беременной, а также рѣшить вопросъ, живъ ли плодъ или умеръ. Въ нѣкоторыхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, приходится установить отличительное распознаваніе правильной беременности отъ внѣматочной, распознать беременность двойнями, установить отличительное распознаваніе этого состоянія отъ разныхъ патологическихъ разстройствъ въ половой сферѣ женщины или же распознать беременность при существованіи этихъ осложненийъ. Наконецъ, иногда нужно бываетъ убѣдиться, беременна ли женщина въ первый разъ или рожала уже прежде. Для разрѣшенія этихъ разнообразныхъ вопросовъ мы прибѣгаемъ къ акушерскому изслѣдованію и въ большинствѣ случаевъ принимаемъ во вниманіе главнымъ образомъ признаки, полученные при объективномъ изслѣдованіи. Гораздо меньшее значеніе имѣютъ въ этомъ отношеніи свѣдѣнія, которыя передаетъ намъ при распросахъ сама беременная о своемъ состояніи.

2. *Анамнез и разспросъ беременной.* Разспрашивая беременную о ея состояніи, мы получаемъ свѣдѣнія, имѣющія для насъ немаловажное значеніе. Это касается главнымъ образомъ прекращенія мѣсячныхъ и указанія на время, когда онѣ появились въ послѣдній разъ. Гораздо меньшее значеніе имѣютъ указанія женщины на нѣкоторыя ненормальности со стороны кишечнаго канала, нерѣдко сопровождающія беременность,—прихотливый вкусъ, тошноту, рвоту по утрамъ или въ теченіе дня, иногда обильное отдѣленіе слюны и проч. Такое же маловажное значеніе для распознаванія беременности имѣетъ общая слабость, зависящая отъ малокровія, которое иногда развивается въ первые мѣсяцы беременности, чрезмѣрное обостреніе обонянія, измѣненіе душевнаго настроенія, нерѣдко появляющіяся зубныя боли и ненормальныя ощущенія. Какъ извѣстно, всѣ эти явленія бывають часто также у женщинъ небеременныхъ.



Контуръ живота въ концѣ беременности. Фиг. 71—нормальное очертаніе, фиг. 72—висячій животъ.

3. *Объективное изслѣдованіе беременной* производится посредствомъ осмотра, ошупыванія, постукиванія, выслушиванія и внутренняго изслѣдованія чрезъ влагалище. Уже *наружный осмотръ* тѣла женщины имѣетъ немаловажное значеніе. Слѣдуетъ обращать вниманіе на строеніе скелета женщины, неправильности котораго часто сопровождаются суженіемъ костнаго таза, на цвѣтъ наружныхъ покрововъ и доступныхъ слизистыхъ оболочекъ. На лицѣ часто замѣчаются, во время беременности, желтоватыя или бурія пятна, *chloasma uterinum*. Грудь и животъ представляютъ въ большей или меньшей степени уже описанные выше признаки. Чѣмъ лучше сложена женщина, тѣмъ меньше, особенно у первобеременныхъ, выдается впередъ животъ. У многоорождающихъ онъ нерѣдко сильно выпячивается и даже отвисаетъ, вслѣдствіе сильнаго наклоненія матки напередъ. Рѣдко во время беременности не замѣчается рубцовъ на животѣ; это бываетъ не чаще,

чѣмъ въ 6—10% всѣхъ случаевъ беременности. При наружномъ осмотрѣ можно также убѣдиться въ существованіи пигментациі на указанныхъ выше мѣстахъ поверхности тѣла.

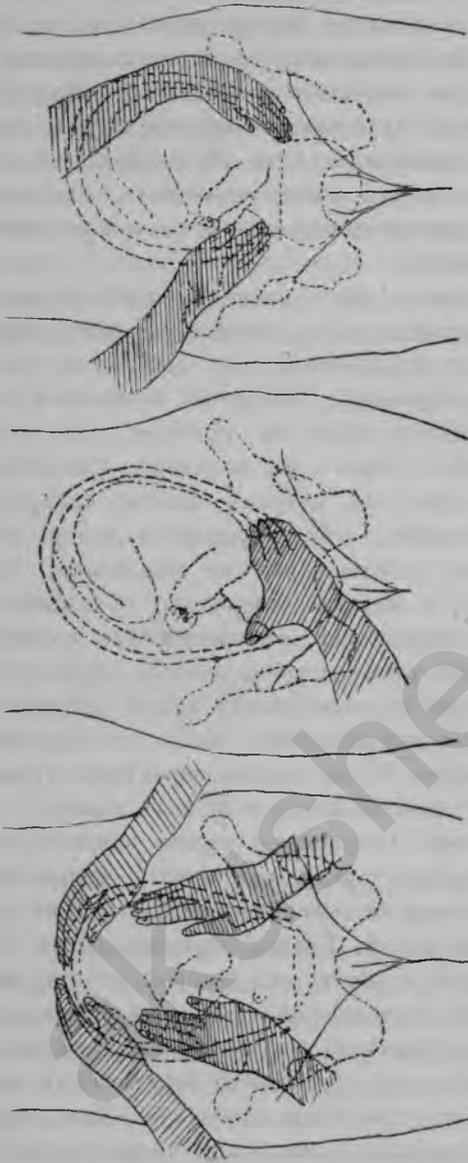
Наружныя половыя части во время беременности обыкновенно припухаютъ и на поверхности ихъ замѣчаются расширенныя вены и настоящія varices, которыя часто бываютъ также на нижнихъ конечностяхъ. Раздвигая большія губы, мы находимъ слизистую оболочку во влагалищѣ и его входъ окрашенной въ синевато-багровый цвѣтъ; такой же цвѣтъ имѣютъ стѣнки влагалища. Хотя этотъ признакъ не имѣетъ патогномического значенія для многоорождающихъ, тѣмъ не менѣе, совмѣстно съ другими симптомами беременности, вышеупомянутое окрашиваніе не лишено значенія.

Ощупываніе живота представляетъ, безъ сомнѣнія, наиболѣе важную часть акушерскаго изслѣдованія, и во многихъ случаяхъ при распознаваніи беременности можно ограничиться имъ однимъ, не прибѣгая къ другимъ способамъ изслѣдованія. Положеніе беременной на спинѣ вдоль кровати представляется наиболѣе удобнымъ для этой цѣли. Нижнія конечности женщины сгибаетъ въ колѣняхъ, раздвигая нѣсколько бедра и упираясь стопою въ матрацъ. Платье слѣдуетъ снять или по крайней мѣрѣ растегнуть, юбки опускаются книзу, животъ остается покрытымъ только рубахою; или же послѣдняя, что удобнѣе, приподнимается кверху, и животъ совершенно обнажается. Врачъ, оборотившись лицомъ къ беременной, становится или садится съ правой стороны, женщинѣ совѣтуютъ спокойно дышать, отнюдь не нажиматься. Во время изслѣдованія съ этою цѣлью можно отвлекать ея вниманіе какими-либо посторонними вопросами. Когда изслѣдованіе происходитъ въ концѣ беременности, то мы должны опредѣлить 1) высоту дна матки, 2) положеніе, 3) позицію плода и 4) видъ позиціи.

Опредѣленіе высоты дна матки. Ощупываніе нужно начинать съ верхней части живота, держа ладони параллельно животу, прикладывая пальцы и слегка надавливая ими на поверхность живота. При изслѣдованіи переходятъ постепенно книзу. Такимъ образомъ мы въ состояніи опредѣлить контуры матки и высоту, на которой стоитъ дно этого органа. Часто, особенно въ послѣдніе мѣсяцы, изслѣдованіе вызываетъ сокращеніе матки, которая замѣтно твердеетъ, но въ скоромъ времени стѣнки ея снова расслабляются. Въ ранней беременности маточныя сокращенія не вызываются съ такою легкостью. Для этого часто необходимо прибѣгать къ тренію ея дна рукою чрезъ брюшныя стѣнки, чтобы контуры матки обозначились достаточно рѣзко.

Распознаваніе положенія и позиціи плода. Уступчивость маточныхъ стѣнокъ даетъ возможность ощупать въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности ея содержимое. Производя вышеописаннымъ способомъ одновременное ощупываніе правой и лѣвой стороны матки, мы легко убѣждаемся въ неодинаковой степени консистенціи въ этихъ мѣстахъ. На

одной сторонѣ мы замѣчаемъ большее сопротивленіе и, продолжая изслѣдованіе, нерѣдко въ состояніи здѣсь прощупать продолговатую часть плода съ неясными контурами, соответствующими спинкѣ плода. Иногда



Ф. 78—80. Четыре приема при ощупываніи живота.

спинка плода выступаетъ болѣе рѣзко, если мы произведемъ надавливаніе другою рукою на дно матки. Въ противоположной сторонѣ матки ощущаются мелкія части, именно ножки плода, которыя то попадаютъ подъ пальцы изслѣдующей руки, то снова исчезаютъ.

Весьма характерное ощущеніе даетъ головка плода, если она опускается сбоку или у дна матки черезъ брюшныя покровы. Она прощупывается въ видѣ большой, плотной округленной части, легко подвижной, которая, при быстромъ движеніи соприкасающихся съ нею пальцевъ руки, то исчезаетъ, то появляется опять, производя особенное явленіе, извѣстное подъ именемъ ballotement. Когда головка лежитъ въ нижней части матки, что бываетъ наибаче, то ее можно захватить одною рукою. Удобнѣе всего это произвести, обратившись къ лицу больной и положивши ладонь лѣвой руки на то мѣсто, гдѣ на-

ходится головка. При этомъ надо стараться обхватить ее такимъ образомъ, чтобы съ одной стороны головки лежали четыре пальца, а съ другой одинъ большой.

Опредѣленіе вида позиціи. При головномъ положеніи съ этою цѣлью головку ощупываютъ обѣими руками. Врачъ обращается лицомъ къ

ногамъ больной, и держа руки ладонями книзу, параллельно брюшной стѣнкѣ, концы пальцевъ прикладываетъ по бокамъ головки. При этомъ можно осязать одною рукою болѣе плоскую часть — затылокъ, а другою болѣе угловатую выдающуюся часть — подбородокъ младенца. Направление послѣдняго указываетъ съ большою ясностью на расположеніе затылка, слѣдовательно на видъ позиціи. Этотъ же приемъ даетъ возможность судить о положеніи головки относительно входа въ тазъ. Въ большинствѣ случаевъ при изслѣдованіи въ концѣ беременности приходится примѣнять всѣ эти 4 приема при ощупываніи живота.

Ощупываніе ягодицъ. Наименѣе характерное ощущение даютъ ягодицы плода, которыя на ощупь представляются какъ плотная неподвижная часть, не имѣющая такихъ рѣзкихъ контуровъ, какъ головка.

При опредѣленіи положенія плода и его позиціи Keilmann предлагаетъ пользоваться неодинаковою степенью зыбленія, которое обнаруживаетъ беременная матка въ послѣдніи недѣли, при ощупываніи ея поверхности концами пальцевъ черезъ брюшные покровы. Тамъ, гдѣ зыбленіе менѣе выражено, находятся крупныя части плода и обратно. Beuttner совѣтуетъ обращать вниманіе при ощупываніи головки, лежащей внизу, на разстояніе верхней части черепа отъ лоннаго соединенія, а также стараться прощупать углубленіе, образуемое шей.

Ощущеніе движеній плода. Начиная со второй половины беременности, въ особенности въ послѣдніе мѣсяцы, приложенная къ животу рука ощущаетъ нерѣдко движенія плода въ формѣ короткихъ или болѣе продолжительныхъ толчковъ. Осязаніе частей плода и ощущеніе движеній младенца представляютъ такъ называемые вѣрные признаки беременности, указывающіе несомнѣнно на беременность. При ощупываніи черезъ брюшные покровы передней поверхности матки, можно прощупать иногда начало круглой связки отъ дна матки.

Въ послѣднее время Leopold, а затѣмъ Barker, Palm, Bayer и Jud обратили вниманіе на отношеніе между расположеніемъ начала этихъ связокъ и мѣстомъ развитія плаценты. Когда начало связокъ и трубъ находится низко, то дѣтское мѣсто расположено въ днѣ; напротивъ, если оно высоко и разстояніе между связками широко, то на передней стѣнкѣ. Когда начала круглыхъ связокъ находятся высоко и близко одно отъ другого, то плацента прикрѣпляется на задней стѣнкѣ матки. Если же прикрѣпленія связокъ расположены одно выше другого, то дѣтское мѣсто сидитъ въ сторонѣ матки, соотвѣтствующей болѣе высоко поднимающейся связкѣ.

Постукиваніе живота примѣняется только въ исключительныхъ случаяхъ при изслѣдованіи беременныхъ для опредѣленія контуровъ матки или опухолей, если этого не удастся достигнуть, при ощупываніи черезъ утолщенные или жирные покровы живота. Постукиваніе примѣняется также для опредѣленія зыбленія, наичаще при водянкѣ живота, осложненной беременностью, при чрезмѣрномъ накопленіи околоплодной жидкости, большихъ кистахъ яичника и проч.

Выслушиваніе живота черезъ брюшные покровы представляетъ напротивъ, чрезвычайно важный способъ изслѣдованія, при посредствѣ котораго мы получаемъ несомнѣнныя данныя для распознаванія беременности, которыя тѣмъ важнѣе для насъ, что черезъ выслушиваніе

живота мы нерѣдко раньше находимъ вѣрные признаки беременности, нежели при ощупываніи живота. Въ числѣ вѣрныхъ признаковъ беременности, безъ сомнѣнія, первое мѣсто занимаетъ сердцебіеніе плода, которое мы находимъ при выслушиваніи живота. Обыкновенно мы слышимъ его около 20 недѣли беременности; вначалѣ сердечные тоны плода иногда бываютъ нѣсколько замедленные, но подѣ конецъ беременности число сердцебіенія доходитъ до 120—150 ударовъ, вѣроятно вслѣдствіе болѣе интенсивныхъ движеній плода. Выслушиваніе живота слѣдуетъ производить при помощи обыкновеннаго стетоскопа съ нѣсколько расширеннымъ раструбомъ. Примѣненіе предложеннаго недавно фонендоскопа, по опытамъ Кпорр'а и друг., оказалось не удобнымъ для практики. Число сердцебіеній у одного и того же плода далеко не постоянно, оно учащается при лихорадочномъ состояніи матери, усиленномъ движеніи плода и проч. Сердечные тоны младенца замедляются нѣсколько при сокращеніяхъ матки. Зависимость числа сердцебіеній отъ пола младенца, замѣченная Frankenhäuser'омъ, не подтвердилась дальнѣйшими изслѣдованіями. При беременности дѣвочкою Frankenhäuser до наступленія родовъ наблюдалъ число сердечныхъ сокращеній младенца 138—150, а при беременности мальчикомъ отъ 120—132.

Въ послѣдніе мѣсяцы беременности, когда плодъ въ значительной степени утрачиваетъ свою подвижность, мѣсто на поверхности брюшныхъ покрововъ, гдѣ наиболѣе ясно слышится сердцебіеніе, занимаетъ обыкновенно опредѣленное положеніе, по крайней мѣрѣ при плодахъ, лежащихъ продольно. Оно обыкновенно соотвѣтствуетъ той части передней стѣнки живота, къ которой ближе всего находится лѣвая сторона груди младенца, другими словами—его сердце. Если провести на животѣ двѣ линіи, пересѣкающіяся у пупка, вертикальную и поперечную, то животъ будетъ раздѣленъ на 4 отдѣла. При теменныхъ предлежаніяхъ сердцебіеніе наиболѣе ясно слышится ниже поперечной линіи, а при тазовыхъ положеніяхъ выше этой линіи слѣва или справа, смотря въ какой позиціи находится плодъ. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда во время беременности находилось лицевое предлежаніе, сердцебіеніе плода слышалось наиболѣе рѣзко также ниже поперечной линіи, но въ сторонѣ противоположной расположенію спинки. При поперечныхъ положеніяхъ ясная область сердечныхъ тоновъ опредѣленнаго положенія не имѣетъ.

Шумъ пуповины. У одной изъ десяти жепщинъ въ послѣдніе недѣли беременности, при выслушиваніи сердечныхъ тоновъ, мы замѣчаемъ вполне совпадающій съ ними, иначе синхроническій, слабый или рѣзкій шумъ, который слышится наиболѣе громко въ области живота, гдѣ въ особенности ясно выслушивается сердцебіеніе младенца. Онъ бываетъ постояннымъ или перемежается свое мѣсто, и по временамъ совершенно пропадаетъ. Въ исключительныхъ случаяхъ онъ обусловливается врожденнымъ порокомъ сердца, обыкновенно же онъ происходитъ вслѣд-

ствіе прижатія пуовины. По крайней мѣрѣ при выслушиваніи сердца новорожденнаго младенца, при родахъ котораго слышался подобный шумъ, мы находили почти всегда тоны сердца вполне нормальными.

Маточный шумъ, представляющій почти постоянное явленіе при беременности, мы слышали часто уже на IV мѣсяцѣ беременности, приложивъ стетоскопъ и слегка надавливая его чрезъ брюшныя стѣнки къ поверхности или къ бокамъ матки. Онъ представляетъ протяжный свистящій, или дующій шумъ различной интенсивности, нерѣдко столь сильный, что онъ покрываетъ даже сердечные тоны. Маточный шумъ вполне совпадаетъ съ пульсомъ матери и происходитъ въ извилистыхъ артеріяхъ матки, проходящихъ по бокамъ этого органа. Довольно рѣдко такой шумъ наблюдаютъ при фиброидахъ матки и другихъ новообразованіяхъ таза, богатыхъ сосудами. Маточный шумъ по его особенностямъ легко отличить отъ шума, происходящаго въ аортѣ, который выслушивается у всѣхъ женщинъ. Ettinger находилъ маточный шумъ у 85% всѣхъ беременныхъ, особенно силенъ онъ бываетъ при двойняхъ и при hydramnion.

Выслушиваніе движеній плода. Движенія плода можно слышать уже начиная съ конца IV мѣсяца, яснѣе съ половины беременности. Löhlein находилъ ихъ уже за 3—4 недѣли раньше шевеленія плода. Они ощущаются ухомъ въ видѣ слабыхъ короткихъ толчковъ, появляющихся чрезъ неопредѣленные промежутки времени; впоследствии они становятся сильнѣе и могутъ ощущаться даже положенною на животъ рукою. Движенія плода трудно смѣшать съ кишечнымъ шумомъ, происходящимъ отъ передвиженія газовъ.

Измѣреніе въ области живота производится во время беременности только въ рѣдкихъ случаяхъ. Большею частью измѣряютъ объемъ живота на уровнѣ пупка, а также длину передней стѣнки живота отъ конца мечевиднаго отростка до верхняго края лоннаго соединенія. Можно измѣрить также высоту стоянія дна матки подъ лоннымъ соединеніемъ и ея ширину.

Наружное изслѣдованіе беременной въ особенности ощупываніе живота, слѣдуетъ производить по возможности осторожно, избѣгая всякаго насилія, пользуясь моментами, когда стѣнки матки расслабляются, чтобы не вызвать сильныхъ сокращеній этого органа. Руки врача должны быть теплы и хорошо вымыты.

Глава 12.

Внутреннее изслѣдованіе беременныхъ.

Изслѣдованіе чрезъ влагалище производится при такомъ же положеніи беременной на спинѣ, какъ изслѣдованіе живота, только крест-

цовую область слѣдуетъ нѣсколько приподнять, подложивъ подъ нее твердую подушку; иногда сама беременная подкладываетъ подъ крестецъ свои руки, сжатые въ кулакъ. Когда желательно одновременно хорошо осмотрѣть наружныя половыя части, беременную слѣдуетъ положить поперекъ кровати или на столъ такъ, чтобъ эти органы были обращены къ свѣту; платье и юбки слѣдуетъ растегнуть. Врачъ становится съ правой и съ лѣвой стороны беременной, лежащей на кровати, смотря какою рукою онъ желаетъ производить изслѣдованіе. При положеніи женщины на столъ или поперекъ кровати, врачу удобнѣе стоять впереди беременной.

Послѣ тщательнаго обеззараживанія рукъ, конецъ указательнаго пальца вводится во влагалище по направленію отъ промежности кверху въ половую щель, гдѣ указательный палецъ одинъ или вмѣстѣ съ среднимъ легко попадаетъ во входъ влагалища, и небольшими вращательными движеніями проникаетъ далѣе въ рукавъ до *portio vaginalis* или до сводовъ. Одновременно большой палецъ остается отведеннымъ, а другіе 3 пальца прижатыми къ ладони. Ими слѣдуетъ надавливать на промежность, чтобы глубже проникнуть во влагалище изслѣдующимъ пальцемъ. По возможности изслѣдованіе чрезъ влагалище нужно производить только однимъ указательнымъ пальцемъ. Проводя этотъ палецъ во влагалище, мы обращаемъ вниманіе на консистенцію, податливость и свойство поверхности стѣнокъ этого канала. Сводъ влагалища у нѣкоторыхъ беременныхъ бываетъ до такой степени уступчивъ и разрыхленъ, что начинающій иногда не въ состояніи ориентироваться и найти влагалищную часть. Послѣдняя у беременныхъ представляется въ различной степени размягченія. Въ послѣдніе мѣсяцы стоитъ она выше, отодвинута изади и представляется часто какъ бы укороченной.

Наружное отверстіе или устье матки у беременныхъ въ первый разъ принимаетъ округленную форму съ гладкими краями въ послѣднія недѣли у первобеременныхъ, даже при укороченномъ каналѣ шейки, оно не проходимо для пальца за нѣкоторыми исключеніями. У повторнобеременныхъ края устья неровные, вслѣдствіе рубцовъ, оставшихся отъ прежнихъ родовъ. Наичае наружный маточный зѣвъ у нихъ имѣетъ форму поперечной щели, съ выступающею передней и задней губою. Начиная съ VI—VII мѣсяца беременности у рожавшихъ чрезъ него можно ввести конецъ указательнаго пальца, а въ теченіе послѣднихъ 4—6 недѣль беременности палецъ можно провести даже чрезъ внутреннее устье. Вообще при внутреннемъ изслѣдованіи беременной чрезъ влагалище нужно обращать вниманіе на слѣдующія особенности.

1. На консистенцію влагалищной части.
2. На состояніе наружнаго устья, его форму и величину.
3. На состояніе краевъ устья.
4. На проходимость канала шейки.
5. На положеніе влагалищной части матки.

6. Кроме того, изслѣдуя пальцемъ своды влагалища, мы чрезъ нихъ часто ощущаемъ подлежащую часть плода, наичаще головку, которую иногда можно достигнуть концомъ пальца уже въ V или VI мѣсяцѣ беременности, въ другихъ случаяхъ ощущаются мелкія части, или же сводъ оказывается пустымъ. Пока головка стоитъ высоко надъ входомъ въ тазъ, въ ней легко можно вызвать ballotement. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности она утрачиваетъ въ большей или меньшей степени свою подвижность, особенно у первобеременныхъ.

Внутреннее изслѣдованіе двойнымъ приемомъ, иначе комбинированное, состоитъ въ надавлинаніи положенными плашмя пальцами другой руки на нижнюю часть живота выше лоннаго соединенія, въ то время, когда введенный во влагалище указательный палецъ опирается своимъ концомъ въ сводъ или въ шейку матки. Надавливая на нижній отдѣлъ передней стѣнки живота, стараются приблизить къ изслѣдующему пальцу внутренніе половые органы или подлежащую часть плода, чтобы яснѣе осязать ихъ концами пальцевъ обѣихъ рукъ. Это изслѣдованіе, имѣющее столь важное значеніе при распознаваніи женскихъ болѣзней, примѣняется во время беременности большею частію только въ первые мѣсяцы съ цѣлью осязать матку со всѣхъ сторонъ, чтобъ опредѣлить ея форму, величину и консистенцію. Такимъ же способомъ можно убѣдиться иногда, въ послѣдніа недѣли беременности, въ возможности опусканія высокостоящей головки во входъ таза, что имѣетъ важное значеніе при узкомъ тазѣ, какъ это показали P. Müller и Pinard. Объ этомъ будетъ въ своемъ мѣстѣ изложено подробнѣе. Рѣже оно производится съ цѣлью болѣе обстоятельнаго изслѣдованія подлежащей части. Примѣняя двойной приемъ, можно вызвать сокращеніе матки даже въ раннемъ періодѣ беременности. При существованіи совмѣстно съ беременностью опухолей въ животѣ, а также при распознаваніи внѣматочной беременности часто приходится прибѣгать къ этому способу изслѣдованія.

Въ послѣднее время Оттъ примѣняетъ одновременно изслѣдованіе чрезъ влагалище и прямую кишку; причемъ въ rectum онъ вводитъ средній палецъ, а во влагалище указательный. Изслѣдованіе безболѣзненно и допускаетъ возможность высоко достигать концами пальцевъ, въ особенности при посредствѣ руки, надавливающей снаружи чрезъ брюшныя покровы. Впрочемъ, это изслѣдованіе больше пригодно для гинекологическихъ цѣлей.

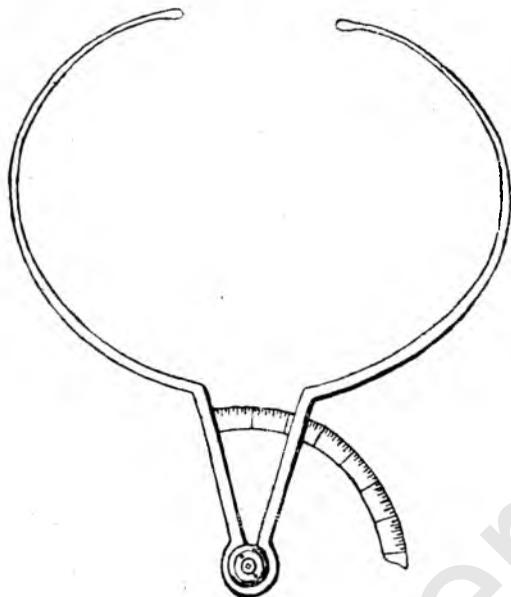
Глава 13.

Изслѣдованіе беременныхъ.—Измѣреніе таза.

1. *Способъ измѣренія наружныхъ размѣровъ таза.* Изслѣдованіе беременной, въ особенности забеременѣвшей въ первый разъ, будетъ не полное, если мы не обратимъ вниманія на ея тазъ. До сихъ поръ еще между врачами держится мнѣніе, будто женщины хорошаго роста, не

представляющія замѣтныхъ уклоненій въ образованіи скелета, имѣютъ правильный тазъ; къ сожалѣнію, это не всегда вѣрно. Конечно, различныя неправильности позвоночника, слѣды перенесенной англійской болѣзни, чрезчуръ малый ростъ, заболѣваніе въ дѣтствѣ тазобедренного и тазокрестцоваго сочлененій указываютъ на неправильности таза, составляющія ихъ прямое послѣдствіе; но не слѣдуетъ забывать, что

также женщины, повидимому хорошо сложенныя, иногда не изъяты отъ этой аномалии. Осматривая и ощупывая тазовую область у женщины, при извѣстномъ навыкѣ, мы въ состояніи замѣтить рѣзко выраженныя уклоненія въ устройствѣ таза. Но только при посредствѣ измѣренія наружныхъ и внутреннихъ размѣровъ мы получаемъ точныя понятія о свойствахъ таза въ данномъ случаѣ. Наружное измѣреніе производится наиболѣе удобно циркулемъ или тазомѣромъ Beaudelocque'a, Vudin'a или Лазаревича, инструментами



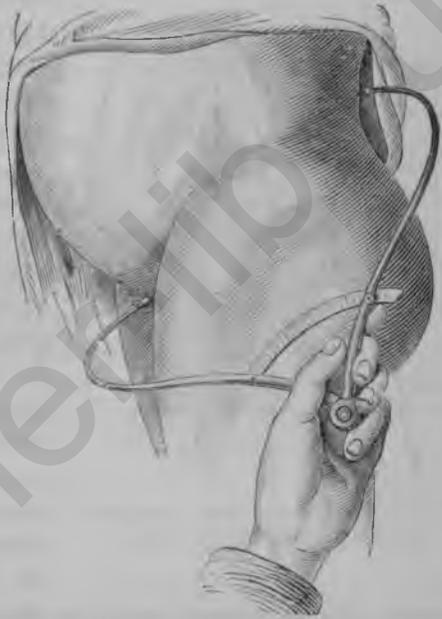
Ф. 81. Циркуль Beaudelocque'a.

довольно сходными между собою. Для этой цѣли нужно прикладывать концы этихъ инструментовъ на извѣстныя выдающіяся точки костного таза и отсчитывать разстояніе на придѣланной къ циркулю линейкѣ.

Сперва опредѣляютъ *наружный прямой размѣръ*, измѣряя разстояніе отъ углубленія, различаемаго на-ощупъ ниже остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка, до верхняго края лоннаго соединенія. Разстояніе это при нормальномъ тазѣ равняется 20 см. Въ виду различной толщины позвоночника и мягкихъ частей, нельзя съ точностью, по величинѣ этого размѣра, заключить о величинѣ *conjugata vera*. Тѣмъ не менѣе наружный размѣръ въ 20 или 21 см. обыкновенно исключаетъ возможность суженія таза въ прямомъ размѣрѣ; при величинѣ его 18 см. это суженіе встрѣчается нерѣдко, а при 17 см. всегда. *Distantia spinarum*, разстояніе между наружными краями обонихъ *spin. anter. super.*, равняется у живой женщины 25 см. *Distantia cristarum*, разстояніе между наружными краями наиболѣе отдаленныхъ частей гребешка, составляетъ 27 см. *Dist. intertrochanterica*, разстояніе между ветлугами, бываетъ на хорошемъ тазѣ не менѣе 30 см. При такой величинѣ и отношеніи этихъ размѣровъ, можно предположить,

что поперечные размеры по крайней мере в верхней части таза имѣютъ приблизительно нормальную величину.

Для измѣренія *размеровъ выхода* таза существуетъ нѣсколько способовъ. Чтобы опредѣлить величину прямого размера, слѣдуетъ женщину положить на столъ на лѣвомъ боку. Если согнуть ея нижнія конечности въ колѣнномъ и бедренномъ сочлененіи, то наружныя половыя части сдѣлаются доступными для изслѣдованія. Приложивъ одну ножку циркуля снаружи чрезъ покровы къ верхушкѣ крестца, а другую подъ лонное соединеніе, къ верхушкѣ лонной дуги, мы получимъ, при правильномъ тазѣ, 12,5 см., изъ которой слѣдуетъ вычесть—1,5 см. на долю мягкихъ частей, чтобы получить настоящую длину *прямого размера выхода*. *Поперечный размеръ выхода* можно опредѣлить, прикладывая концы циркуля Oslander'a къ внутренней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ; къ полученной величинѣ слѣдуетъ прибавить 1,5 см. Но гораздо удобнѣе и менѣе болѣзненно измѣрять иначе. Сѣдалищные бугры особенно явственно выстоятъ, если женщина, лежащая на спинѣ, приподнимаетъ къ животу согнутыя нижнія конечности. При такомъ положеніи остается только помѣтить карандашомъ на кожѣ выступы этихъ бугровъ по срединѣ и опредѣлить циркулемъ разстояніе между ними, которое равно приблизительно 11 см.



Ф. 82. Измѣреніе наружнаго прямого размера.

Внутреннее измѣреніе таза даетъ болѣе точное понятіе о размерахъ. Наичаще оно производится при помощи руки. Легче всего можно опредѣлить такъ называемую *conjugata diagonalis*, т.-е. разстояніе между серединою мыса и нижнимъ краемъ лоннаго соединенія, которое при нормальномъ тазѣ равняется около 12,5—13 см.; въ суженныхъ тазахъ оно бываетъ уменьшено въ болѣе или менѣе значительной степени. Для опредѣленія этого размера слѣдуетъ ввести указательный и средний пальцы лѣвой руки, причемъ первый долженъ находиться поверхъ второго, и стараться дойти до мыса, на средину котораго долженъ упереться конецъ средняго пальца. Одновременно верхній край указательнаго пальца слѣдуетъ слегка прижать къ верхушкѣ лонной дуги, и на этомъ мѣстѣ сдѣлать на рукѣ замѣтку ногтемъ указательнаго пальца другой руки. Удаливши пальцы изъ половыхъ частей, нужно

измѣрить циркулемъ или мѣркою разстояніе между этой отмѣткой и концомъ средняго пальца. Для опредѣленія величины прямого размѣра входа въ тазъ слѣдуетъ вычесть изъ найденной длины діагональнаго размѣра 1,8 см., при рахитическомъ тазѣ даже 2 см., въ нѣкоторыхъ случаяхъ менѣе. Вообще чѣмъ выше относительно верхняго края лоннаго соединенія стоитъ мысъ, и чѣмъ больше высота лоннаго соединенія, тѣмъ больше разницы въ величинѣ *conj. vera* и *conj. diagonalis*.

При нормальныхъ размѣрахъ таза у многихъ первобеременныхъ, при плотномъ состояніи наружныхъ частей, невозможно дойти концомъ пальца до мыса крестцовой кости, не причиняя значительной боли женщинѣ. Въ другихъ случаяхъ это удается только при положеніи женщины на спинѣ, когда половыя части находятся недалеко отъ края стола, на которомъ лежитъ беременная.



Ф. 83. Измѣреніе двумя пальцами діагональнаго размѣра таза.

Внутреннее инструментальное изслѣдованіе имѣетъ цѣлью опредѣлить еще съ большою точностью размѣры входа и полости таза. Изъ числа многочисленныхъ инструментовъ, предложенныхъ для измѣренія прямого размѣра, въ настоящее время наиболѣе въ ходу измѣритель *van Nuccel'*я. Инструментъ состоитъ изъ двухъ частей, подвижно соединенныхъ между собою, что даетъ возможность сперва вводить при помощи пальца закругленный конецъ болѣе длинной вѣтви во влагалищъ и при-

ложить его къ срединѣ мыса, а наружную вѣтвь инструмента спаружи къ верхнему краю лоннаго соединенія. Инструментъ завинчивается. Удаливъ его изъ половыхъ частей, мы опредѣляемъ разстояніе между вышеупомянутыми пунктами. Такими же приемами измѣряютъ толщину лоннаго соединенія. Полученную величину слѣдуетъ вычесть изъ перваго измѣренія. Само собою разумѣется, къ этому измѣренію слѣдуетъ прибѣгать только при надлежащихъ показаніяхъ, именно когда существуетъ суженіе таза и важно въ точности опредѣлить величину *conj. verae* съ цѣлью выбора оперативнаго пособія.

Труднѣе всего опредѣлить точно величину поперечныхъ размѣровъ входа и полости таза. Къ сожалѣнію, до сихъ поръ простого, вполне подходящаго инструмента мы не имѣемъ. Для этой цѣли наиболѣе годится циркуль *Skutsch'a*, состоящій изъ двухъ металлическихъ зондовъ, которые можно удалять и снова укрѣплять на вѣтвяхъ циркуля. Одинъ изъ этихъ зондовъ гибкій, свинцовый, другой — толстый и плотный изъ стали. Вѣтви циркуля останавливаются посредствомъ вин-

та въ желаеомъ разстояніи. Для опредѣленія поперечныхъ размѣровъ входа или узкой части таза, во влагалище вводится плотный зондъ, обращенный выпуклостью къ гибкому зонду, и ставится на избранную точку безыменной линіи справа. Въ это время конецъ гибкаго зонда слѣдуетъ помѣстить снаружи съ лѣвой стороны приблизительно на продолженіи поперечнаго размѣра, и эту точку на наружныхъ покровахъ лѣвой ягодицы помѣтить карандашомъ. Полученная длина составляетъ величину поперечнаго размѣра съ придачею толщины лѣвой части тазовой области. Подобными же приемами нужно опредѣлить отдѣльно толщину послѣдней. Полученная величина вычитается изъ первой. Нельзя сказать, чтобъ это измѣреніе было легко; для полученія болѣе точной величины поперечнаго размѣра, нужно нѣсколько разъ повторять измѣреніе и взять среднюю величину. Точно также и даже легче, можно опредѣлить поперечный размѣръ узкой части таза, руководствуясь положеніемъ *spina ischii*.



Ф. 84. Измѣреніе прямого размѣра инструментомъ Van Hovel'я.

Глава 14.

Распознаваніе беременности. — Признаки беременности.

1. *Неодинаковое значеніе признаковъ беременности.* Съ давнихъ поръ все вышеизложенные признаки беременности раздѣляются, по степени ихъ важности, для распознаванія, на вѣрные, вѣроятные и сомнительные. Къ числу первыхъ относятся:

- 1) сердцебіеніе плода,
- 2) возможность ощущать части плода,
- 3) осязать или слышать ясно его движенія.

Эти три признака мы считаемъ патогномическими; cadaго изъ нихъ въ отдѣльности вполне достаточно для несомнѣннаго распознаванія беременности. Въ особенности важное значеніе имѣетъ первый изъ этихъ признаковъ—сердцебіеніе плода, такъ какъ онъ представляетъ наиболѣе рѣзкія отличительныя особенности.

2. *Вѣроятными признаками беременности* слѣдуетъ считать: 1) прекращеніе мѣсячныхъ, 2) измѣненія, развивающіяся на покровахъ гру-

дей, наружныхъ половыхъ частяхъ и въ кожѣ живота; 3) увеличение объема живота, 4) синебагровое окрашивание слизистой оболочки влагалища, преддверья и влагалищной части; 5) размягчение послѣдней, а также стѣнокъ влагалища; 6) увеличение въ объемѣ матки, измѣненіе ея формы, которая изъ грушевидной сдавленной спереди назадъ, переходитъ въ шаровидную, причемъ рѣзко увеличивается толщина матки, т.-е. ея переднезадній размѣръ; 7) возможность вызвать треніемъ сокращенія въ маткѣ; 8) ясно выраженное размягчение въ области, соотвѣтствующей внутреннему зѣву, такъ называемый признакъ Негарга, и наконецъ 9) маточный шумъ. Каждый изъ этихъ вѣроятныхъ признаковъ самъ по себѣ недостаточенъ для установленія распознаванія беременности, но совокупность нѣсколькихъ подобныхъ признаковъ вполне достаточна для этой цѣли. Въ особенности важнымъ признакомъ считается образованіе вторичнаго околососковаго кружка, припуханіе Монтегомеровыхъ железокъ, измѣненія въ маткѣ, характерное окрашивание влагалища и маточный шумъ.

Dickinson наблюдалъ выпячиваніе передней, рѣже задней, стѣнки матки уже на 5 недѣлѣ беременности. Признакъ Негарга наблюдается иногда уже между 5—7 недѣлями, но далеко не во всѣхъ случаяхъ, часто только на 3 мѣс. Въ рѣдкихъ случаяхъ замѣчаются поперечныя складки на переходѣ тѣла въ шейку матки. Не часто также ощущается въ первое время беременности твердое мѣсто въ маткѣ, окружность котораго мягка и податлива. Löhlein находилъ признакъ Негарга чаще въ III мѣсяцѣ беременности. Gördes и др. придаютъ значеніе пульсаціи въ сводѣ, какъ наиболѣе раннему признаку беременности. Но эта артеріальная пульсація иногда наблюдается также у небеременныхъ женщинъ. Elliot нашелъ, что во время беременности число ударовъ пульса остается одинаковымъ при лежаніи, сидѣніи и ходбѣ женщины что положительно невѣрно. Handfield обращаетъ вниманіе на общеизвѣстный фактъ, что матка въ началѣ беременности не расширяется въ нижней части и нерѣдко при ощупываніи напоминаетъ опухоль, сидящую на ножкѣ.

3. Перемены въ общемъ состояніи организма женщины, разстройства нѣкоторыхъ отправленій, измѣненія въ органахъ, не имѣющихъ непосредственнаго отношенія къ половому аппарату, относятся къ числу *неверныхъ признаковъ беременности*. Даже совокупность этихъ признаковъ не указываетъ на существованіе въ данномъ случаѣ беременности.

Воображаемая беременность. У бесплодныхъ пожилыхъ женщинъ, въ особенности у желающихъ имѣть потомство, иногда обнаруживается цѣлый рядъ такихъ сомнительныхъ симптомовъ беременности, которые обозначаются особенно рѣзко въ климактерическомъ возрастѣ, когда задерживаются мѣсячныя. Къ числу ихъ обыкновенно присоединяется увеличеніе живота и груди, изъ которыхъ иногда даже удается выжать каплю желтоватой мутной жидкости. У такихъ женщинъ иногда появляются въ животѣ ненормальныя ощущенія, которыя онѣ принимаютъ за движенія плода. Нерѣдко ихъ трудно бываетъ разувѣрить въ ихъ предположеніяхъ и разочаровать въ ихъ надеждахъ. Такое состояніе извѣстно въ акушерствѣ подъ именемъ *воображаемой беременности*.

Трудность распознавая беременности въ раннемъ периодѣ. Вообще на первой половинѣ беременности слѣдуетъ съ большею осмотрительностью ставить распознаваніе беременности. При подозрѣніи въ существованіи послѣдней, нужно воздержаться отъ всякихъ энергичныхъ способовъ лѣченія, пока не выяснится вполнѣ состояніе женщины. Это въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится предоставлять времени, въ теченіи котораго нужно слѣдить за постепеннымъ увеличеніемъ матки, что всегда имѣетъ мѣсто во время беременности, если развитіе яйца продолжается правильно. Въ теченіе перваго мѣсяца беременности мы не въ состояніи ее распознать съ положительностью. Обыкновенно это удается не ранѣе 6 недѣль, считая отъ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ.

Глава 15.

Распознаваніе беременности.—Опредѣленіе срока беременности.

1. *Измѣненія матки въ различные мѣсяцы беременности.* Какъ сказано выше, опредѣленіе срока родовъ и времени беременности расчисленіемъ отъ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ часто даетъ невѣрные результаты на практикѣ. Гораздо болѣе вѣрныя данныя въ этомъ отношеніи мы получаемъ при посредствѣ наружнаго и внутренняго изслѣдованія беременныхъ.

Мы изложимъ здѣсь по мѣсяцамъ важнѣйшія измѣненія, которыя совершаются въ половыхъ органахъ и въ организмѣ женщины въ теченіе беременности.

I мѣсяць беременности мы считаемъ отъ перваго дня послѣднихъ мѣсячныхъ до дня, когда должны были наступить слѣдующія мѣсячныя. Смотри по времени, когда совершилось оплодотвореніе, собственно беременность продолжается не одинаковое число недѣль въ этомъ мѣсяцѣ. Почему большею частію въ концѣ I мѣсяца беременности можно замѣтить только гиперемію и незначительное увеличеніе матки, которое въ рѣдкихъ случаяхъ можно съ точностью распознать при изслѣдованіи. Сочувственныя явленія со стороны желудка большею частью появляются въ слѣдующіе мѣсяцы. Груды иногда начинаютъ припухать уже съ момента зачатія.

Въ концѣ *II мѣсяца*, на 8 недѣль послѣ прекращенія мѣсячныхъ, матка достигаетъ размѣровъ средней величины апельсина, особенно рѣзко увеличивается ея передне-задній размѣръ. Матка становится мягче, въ особенности размягчается область нижняго сегмента, т.-е. уголъ сгиба на границѣ тѣла и шейки. При изслѣдованіи чрезъ влагалище двойнымъ приѣмомъ тѣло и шейка матки иногда ощущаются какъ бы разъединенными. Влагалищная часть и стѣнки влагалища получаютъ характерное синеватое окрашиваніе; вокругъ наружнаго зѣва,

въ ткани *port. vaginalis*, нерѣдко замѣчается разрыхленіе. Влагалищная часть нѣсколько опускается книзу. Въ грудяхъ, уже спустя 6—8 недѣль отъ начала беременности, начинаютъ обнаруживаться болѣе или менѣе рѣзко измѣненія, присущія беременности.

Въ концѣ *III мѣсяца* матка выполняетъ верхнюю часть малаго таза, при устудчивыхъ покровахъ дно ея прощупывается за лоннымъ соединеніемъ, величина матки достигаетъ почти дѣтской головки, стибъ напередъ

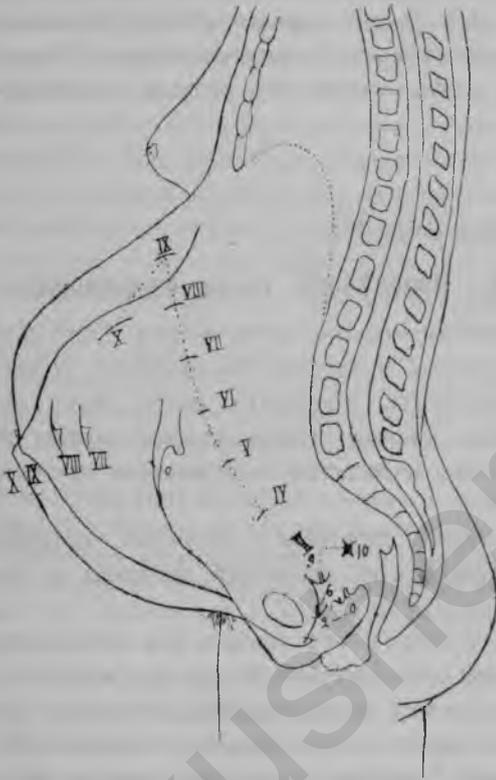
и размяченіе въ области внутреннего зѣва увеличивается; тѣло ея плотно прилегаетъ къ передней стѣнкѣ влагалища. Разрыхленіе влагалищной части также увеличивается.

Въ концѣ *IV мѣсяца* матка сильно увеличивается, дно ея приподнимается изъ полости малаго таза и ощущается на срединѣ между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Иногда удается, при изслѣдованіи чрезъ влагалище, прощупать части плода, и при выслушиваніи стетоскопомъ чрезъ брюшныя покровы слышать движенія плода. Маточный шумъ большею частью слышится уже вполне ясно.

Въ концѣ *V мѣсяца* дно матки только на 2 поперечныхъ пальца не достигаетъ до пупка. Въ сводѣ влагалища появляется характерное припуханіе въ окружности влагалищной части, въ

Фиг. 85. Шематическое изображеніе положенія дна матки въ различные мѣсяцы беременности (обозначено римскими цифрами) и маточной шейки въ тазу также въ различные мѣсяцы беременности (обозначено обыкновенными цифрами).

особенности спереди, вслѣдствіе набуханія расположенной около шейки клѣтчатки. Это припуханіе, образующее мягкій выступъ, сглаживается, когда головка опускается въ полость таза. Влагалищная часть начинаетъ подниматься кверху. Въ концѣ этого мѣсяца первобеременные начинаютъ ощущать движенія плода; повторобеременные слышатъ ихъ нѣсколько раньше, такъ какъ матка ихъ растягивается сильнѣе и раньше прилегаетъ плотно къ передней стѣнкѣ живота, при посредствѣ которой беременная воспринимаетъ движеніе плода. Въ



концѣ этого мѣсяца, при изслѣдованіи чрезъ брюшные покровы, можно также слышать сердцебіеніе плода. При внутреннемъ изслѣдованіи иногда даже можно вызвать баллотированіе головки плода.

Къ концу *VI мѣсяца* матка замѣтно увеличивается въ ширину, дно ея доходитъ до уровня пупка, бѣлая линія пигментируется, и околососковый кружокъ сильнѣе темнѣетъ. Туловище при ходьбѣ начинаетъ отклоняться кзади.

Къ концу *VII мѣсяца* дно матки поднимается на 2 пальца выше пупка и замѣтно наклоняется вправо. Пупокъ, вслѣдствіе растяженія передней стѣнки живота, сглаживается. Нижняя часть матки нѣсколько опускается въ тазъ, въ ней нерѣдко ощущается головка плода. Чрезъ брюшные покровы при ощупываніи уже различаются части плода. Родившееся около этого времени дитя кричитъ пискливымъ голосомъ, но весьма рѣдко остается въ живыхъ.

Въ концѣ *VIII мѣсяца* дно матки достигаетъ середины между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, отчего область желудка замѣтно выпячивается, животъ значительно увеличивается въ своихъ размѣрахъ; его наибольшій поперечный объемъ проходитъ по срединѣ между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Вслѣдствіе растяженія брюшныхъ стѣнокъ и наклоненія матки кпереди, влагалищная часть поднимается кзади и кверху. Каналь шейки у повторнوبرеменныхъ дольше удерживаетъ свою длину, нежели у первобеременныхъ. При изслѣдованіи чрезъ рукавъ, влагалищная часть представляется мягкою, какъ бы укороченною; наружное отверстіе матки у повторно-беременныхъ пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Находящаяся часто здѣсь головка младенца обыкновенно подвижна и хорошо баллотировуетъ. Родившіяся въ это время дѣти могутъ оставаться въ живыхъ, при благопріятныхъ условіяхъ и внимательномъ уходѣ за ними.

Въ *IX мѣсяцѣ* дно матки стоитъ у мечевиднаго отростка и, будучи обыкновенно наклонено вправо, нѣсколько приподнимаетъ печень кверху и касается праваго подреберья; пупокъ выпячивается. Головка вступаетъ въ тазъ. Указательный палецъ проходитъ у повторно-беременныхъ до внутренняго устья, а въ концѣ этого мѣсяца, за 4—6 недѣль до родовъ, даже чрезъ внутренній зѣвъ до оболочекъ яйца. При ощупываніи матки чрезъ брюшные покровы легко вызывается въ ней сокращеніе, и стѣнки матки дѣлаются плотными на ощупь.

X мѣсяцъ особенно отчетливо начинается у первобеременныхъ опусканіемъ дна матки, которое располагается на той же высотѣ, какъ въ *VIII мѣсяцѣ*, т.-е. между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. По изслѣдованіямъ Ahlfeld'a, опущеніе матки часто замѣчается ясно только за двѣ недѣли до родовъ. Это происходитъ вслѣдствіе дальнѣйшаго выпячиванія передней стѣнки живота, и опусканія нижней части матки въ полость таза. Влагалищная часть отодвигается кзади. Наибольшая окружность живота проходитъ въ это время почти на уровнѣ пупка

и равняется около 100 см. Вступление подлежащей головки въ тазъ бываетъ выражено въ этомъ мѣсяцѣ особенно рѣзко у первобеременныхъ. Оно происходитъ вслѣдствіе разрыхленія тканей въ тазу и рассасыванія жира тазовой клѣтчатки. Головка у первобеременныхъ вступаетъ въ послѣднее время беременности во входъ таза, а иногда опускается даже въ полость таза, выпячивая въ видѣ отрѣзка шара, нижній сегментъ матки, на задней поверхности котораго въ крестцовой впадинѣ ощущается въ такихъ случаяхъ влагалищная часть въ видѣ небольшого возвышенія съ овальной ямочкою. Покрывающій головку сегментъ матки въ концѣ X мѣсяца у первобеременныхъ иногда до такой степени истончается, что чрезъ него удастся прощупать швы на черепѣ. Въ это время влагалище размягчается, изъ него показывается въ значительномъ количествѣ слизистое отдѣленіе. Когда у женщины беременной въ первый разъ въ X мѣсяцѣ головка остается высоко надъ входомъ таза, то животъ сильно выпячивается впередъ, и является подозрѣніе въ существованіи у нея суженія таза.

Наружное устье и весь каналъ



Фиг. 86. Влагалищная часть и каналъ шейки у первобеременной на VIII мѣсяцѣ. *a*—оболочки яйца.



Фиг. 87. Влагалищная часть и каналъ шейки у повторно-беременной на VIII мѣсяцѣ.

шейки въ X мѣсяцѣ у многорождающихъ обыкновенно проходима для указательнаго пальца. У перворождающихъ длина шейки иногда не измѣняется до родовъ. Въ другихъ случаяхъ растягивается концомъ яйца внутреннее устье и влагалищная часть замѣтно сглаживается; иногда даже укороченный каналъ шейки въ послѣдніе дни беременности бываетъ проходимъ для пальца. Вообще въ измѣненіяхъ у первобеременныхъ влагалищной части и шейки замѣчается значительное разнообразіе. У повторно-беременныхъ, у которыхъ роды были много лѣтъ тому назадъ, иногда измѣненія шейки и установленіе головки приближаются къ типу первобеременныхъ. Въ X мѣсяцѣ крайне легко возбуждаются сокращенія матки, часто онѣ даже появляются самопроизвольно по вечерамъ; такимъ образомъ постепенно подготовляются родовые пути и матка къ родамъ.

2. *Измѣненіе длины плода для опредѣленія времени беременности.* Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда другіе признаки не даютъ вполнѣ точ-

ныхъ указаній на срокъ наступленія родовъ, можно прибѣгнуть, по способу Ahlfeld'a, къ опредѣленію длины утробнаго плода посредствомъ тазового циркуля. Одна вѣтвь его вводится во влагалище и прикладывается къ головкѣ плода, при головномъ положеніи, а другая снаружи приставляется къ наиболѣе выдающейся части ягодицъ плода. Полученное разстояніе слѣдуетъ умножить на 2, чтобы получить длину плода, по величинѣ которой приблизительно опредѣляется время бере-



Фиг. 88. Шематическое изображеніе послѣдняго мѣсяца беременности у первобеременной.



Фиг. 89. Шематическое изображеніе послѣдняго мѣсяца беременности у много-роженницы.

менности. Это измѣреніе часто не даетъ точныхъ результатовъ. При положеніяхъ ягодичныхъ и поперечныхъ, способъ Ahlfeld'a еще менѣе пригоденъ.

Опытный въ акушерствѣ врачъ, при ощупываніи тѣла младенца чрезъ брюшные покровы и по величинѣ его головки, можетъ иногда составить себѣ довольно вѣрное понятіе о величинѣ плода, не прибѣгая непосредственно къ измѣренію его длины.

Глава 16.

Распознаваніе.—Смерть утробнаго плода.—Отличіе первобеременной отъ многороженницы.—Отличительное распознаваніе обыкновенной беременности.

Послѣдствія смерти зародыша. Если зародышъ погибаетъ въ раннемъ періодѣ беременности, обыкновенно яйцо въ скоромъ времени изгоняется изъ матки; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно задерживается

тамъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или даже мѣсяцевъ. Описаны рѣдкіе случаи, гдѣ оно задерживалось до нормальнаго срока беременности и даже болѣе.

Въ теченіе этого времени въ оболочкахъ яйца происходятъ регрессивныя измѣненія. Когда зародышъ малъ, прошло только нѣсколько недѣль послѣ зачатія, то онъ можетъ совершенно распуститься въ околоплодной жидкости. Въ болѣе позднемъ періодѣ беременности онъ подвергается высыханію, мумификаціи, или мацеруется. При мумификаціи плодъ сжимается, уменьшается въ объемѣ, ткань его становится суше и плотнѣе, цвѣтъ покрововъ дѣлается землистымъ или сѣрымъ съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Во все время задержанія такого яйца въ полости матки мѣсячныя не появляются. Однако въ большинствѣ случаевъ вскорѣ послѣ смерти плода появляются кровянистыя отдѣленія изъ матки, которыя могутъ продолжаться цѣлыя недѣли, до выхожденія яйца изъ полости этого органа.

При изслѣдованіи всегда можно констатировать нѣкоторые вѣроятныя признаки беременности; при этомъ матка представляется часто замѣтно плотнѣе, нежели при нормальныхъ условіяхъ. Величина ея обыкновенно не соответствуетъ сроку, прошедшему со времени прекращения мѣсячныхъ кровей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ для установленія точнаго распознаванія необходимо повторное изслѣдованіе чрезъ извѣстныя промежутки времени, чтобы имѣть возможность убѣдиться, что матка не увеличивается прогрессивно, такъ какъ иногда беременная можетъ сознательно обманывать врача, увѣряя, что мѣсячныхъ она уже давно не имѣетъ. Въ другихъ рѣдкихъ случаяхъ мѣсячныя дѣйствительно могутъ задерживаться въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ до развитія беременности, пока при наступившей овуляціи, безъ истеченія крови наружу, послѣдуетъ зачатіе. Другихъ вѣрныхъ признаковъ задержанія яйца на первой половинѣ беременности послѣ смерти зародыша, къ сожалѣнію, мы не имѣемъ.

Кпорр считаетъ присутствіе ацетона въ мочѣ беременной признакомъ смерти плода. Напротивъ, появленіе пептона, по наблюденіямъ Gaviglin'a, не можетъ служить доказательствомъ смерти плода, какъ это полагали раньше нѣкоторые врачи.

Гораздо болѣе симптомовъ вызываетъ смерть утробнаго плода на второй половинѣ беременности. Одно уже прекращеніе вѣрныхъ признаковъ жизни плода, на что обыкновенно указываетъ отчасти сама беременная, заслуживаетъ наибѣйшаго вниманія врача. Если при внимательномъ повторномъ изслѣдованіи въ послѣдніе мѣсяцы беременности мы не можемъ констатировать сердцебиенія и движеній плода, хотя послѣднія прежде хорошо ощущались больною, то обыкновенно слѣдуетъ допустить, что въ утробѣ матки находится мертвый плодъ. Кромѣ прекращенія движеній плода у такихъ беременных опадаютъ груди, по временамъ появляются ознобы, обнаруживается чувство усталости, дурной вкусъ во рту и кровянистыя отдѣленія изъ влагалища. Въ нижней части

живота появляется ощущение посторонняго тѣла, которое измѣняетъ свое мѣсто при измѣненіи положенія беременною. Иногда, при изслѣдованіи чрезъ влагалище удается прощупать головку, кости которой сдѣлались подвижными. Предъ наступленіемъ родовъ нижній сегментъ матки опускается глубже въ тазъ. Если пузырь разрывается, то истекающая околоплодная жидкость имѣетъ кровавистое окрашивание. Клиническія наблюденія показали, что беременная, въ утробѣ которой находится мертвый плодъ, перестаетъ увеличиваться въ вѣсѣ. Плодъ, умершій въ маткѣ на второй половинѣ беременности, обыкновенно задерживается около 1—2 недѣль, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже болѣе продолжительное время, въ теченіе котораго матка постоянно готовится къ изгнанію плода.

Отличіе повторной беременности отъ первой. Распознаваніе повторной беременности иногда бываетъ важно въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Для этой цѣли необходимо обращать вниманіе на тѣ слѣды, которые оставляетъ въ тѣлѣ женщины перенесенная ею беременность и роды. Самые важные признаки въ этомъ отношеніи составляютъ рубцы и разрывы на влагалищной части, слѣды разрывовъ влагалища и промежности, сглаживаніе складокъ влагалища, превращеніе лоскутовъ дѣвственной плевы въ миртообразные сосочки. Совокупность этихъ признаковъ говоритъ въ пользу бывшей беременности почти внѣ всякаго сомнѣнія. Менѣе важными признаками бывшихъ родовъ слѣдуетъ считать бѣловатые рубцы на грудяхъ и животѣ, истонченіе и податливость брюшныхъ стѣнокъ, которыя можно захватить въ складку, расхожденіе ихъ по бѣлой линіи и вялость грудей.

Отличительное распознаваніе беременности. Изъ числа болѣзней внутреннихъ половыхъ органовъ наибаче съ беременностью можно смѣшать *фиброміому матки* и *кисту яичника*. При первой изъ этихъ опухолей матка представляется увеличенною въ объемѣ, поверхность ея тогда бываетъ бугристая, въ другихъ случаяхъ—ровная, причеъ матка имѣетъ сферическую или неправильную форму. При выслушиваніи живота на мѣстѣ опухоли, когда она достигаетъ значительныхъ размѣровъ, иногда бываетъ даже слышенъ маточный шумъ. Тѣмъ не менѣе въ огромномъ большинствѣ случаевъ легко можно установить отличительное распознаваніе. При фиброміомѣ матка имѣетъ обыкновенно твердую и неэластическую консистенцію, влагалищная часть плотна и часто не увеличена въ объемѣ; мѣсячныя продолжаютъ, часто онѣ бываютъ обильны и неправильны, нерѣдко появляются невременныя кровотеченія. Фиброміомы обыкновенно растутъ медленно; обычные признаки беременности отсутствуютъ. Распознаваніе затрудняется въ тѣхъ случаяхъ, когда при этомъ новообразованіи развивается беременность. Въ такихъ случаяхъ признаки беременности появляются обычнымъ порядкомъ.

Киста яичника представляетъ большею частію гладкую эластиче-

скую, флюктуирующую, иногда дольчатую опухоль, которая развивается постепенно изъ одного, рѣдко одновременно изъ обоихъ яичниковъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда киста бываетъ подвижна, она располагается большею частію спереди матки. Киста, развившаяся въ широкой связкѣ, часто даже въ началѣ развитія не обладаетъ подвижностью. Почти всегда при мѣшеччатыхъ опухоляхъ яичника можно прощупать неувеличенную матку и отграничить ее отъ новообразованія. Даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это не удается при большихъ кистахъ, отсутствие гипертрофіи и размягченія маточной шейки и отсутствіе вѣрныхъ при знаковъ беременности даетъ возможность довольно легко установить отличительное распознаваніе.

При *хроническомъ воспаленіи* матка иногда значительно увеличивается, но всегда сохраняетъ свою сплюсненную грушевидную форму и обнаруживаетъ увеличенную чувствительность при изслѣдованіи. Мѣсячныя очищенія обыкновенно не задерживаются. *Воспалительныя опухоли и злокачественныя новообразованія въ придаткахъ матки, скопленіе въ ней крови, эксудаты и кровоизліянія въ тазовой брюшинѣ и клѣтчаткѣ* представляютъ слишкомъ много своеобразныхъ симптомовъ, чтобы ихъ можно было смѣшать съ обыкновенною беременностію. То же самое можно сказать относительно *водянки живота и различнаго рода опухолей*, развивающихся иногда въ органахъ, находящихся въ полости брюшины, въ забрюшинной клѣтчаткѣ и въ стѣнкахъ живота.

Глава 17.

Діететика беременности.

Основы діететики. Беременность есть явленіе фізіологическое, хотя при ней организмъ женщины легче выходитъ изъ состоянія равновѣсія, обусловливающаго здоровье. Почему нерѣдко она влечетъ за собой патологическія разстройства, при которыхъ необходимо иногда бываетъ врачебное пособіе. Въ большинствѣ случаевъ врачъ можетъ относиться выжидательно, стараясь только способствовать правильному теченію беременности и облегчать нѣкоторые симптомы. Придерживаясь этихъ положеній, мы получаемъ рациональныя основанія для нашей врачебной дѣятельности.

Самая частая неблагоприятная случайность, которой подвергается беременная женщина, заключается въ *опасности выкидыша*, причиняемаго преждевременнымъ появленіемъ родовыхъ сокращеній матки, почему беременная должна избѣгать по возможности тѣхъ неблагоприятныхъ условій, которыя могутъ вызвать это явленіе. Душевное спокойствіе, правильный образъ жизни, умѣренныя прогулки или вообще *движенія на открытомъ воздухѣ*, лѣтомъ пребываніе на дачѣ или въ деревнѣ — благоприятно вліяютъ на здоровье беременной. Непродолжительныя по-

ѣздки не оказываютъ дурного вліянія, если совершаются при благопріятныхъ условіяхъ. Не продолжительныя путешествія, даже по желѣзной дорогѣ, тѣмъ болѣе по дурной грунтовой дорогѣ или въ тряскомъ экипажѣ, могутъ сопровождаться дурными послѣдствіями. Въ послѣднія недѣли беременности ихъ слѣдуетъ совершенно запрещать. Морскія путешествія безусловно вредны для женщинъ, которыя не выносятъ качки. Въ большинствѣ случаевъ беременной можно дозволить, по крайней мѣрѣ до послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, вести прежній образъ жизни, если только ея обычныя или профессиональныя занятія не сопровождаются сильнымъ душевнымъ волненіемъ или физическимъ напряженіемъ и постояннымъ утомленіемъ отъ усиленнаго труда, что можетъ оказывать вредныя послѣдствія на теченіе беременности.

Неподвижность и сидѣніе въ комнатѣ вредно для беременной, способствуя развитію малокровія. При хорошемъ аппетитѣ это иногда благопріятствуетъ разрастанію плода до значительной величины, какъ это мы наблюдали много разъ. Обыкновенная *здоровая пища* составляетъ также наиболѣе подходящее питаніе для беременныхъ. Иногда приходится запрещать употребленіе пряныхъ и острыхъ веществъ, нездоровой пищи и негодныхъ для питанія веществъ, потребность въ которыхъ вызывается капризнымъ аппетитомъ беременныхъ. При отвращеніи къ мясу, что появляется нерѣдко въ первые мѣсяцы, слѣдуетъ замѣнить его другою, содержащею бѣлокъ, пищею.

Пищевареніе и медицинскія средства. Необходимо также слѣдить за правильностью отправленій организма. Беременная должна ежедневно имѣть испражненіе на низъ. При запорахъ слѣдуетъ избѣгать употребленія проносныхъ средствъ, нужно совѣтовать пить по утрамъ натошакъ прокипяченное тепловатое или остуженое молоко, или стаканъ прохладной воды, которая, будучи выпита послѣ кофе, иногда оказываетъ дѣйствіе на желудокъ. Употребленіе въ пищу свѣжаго коровьяго масла, ржанаго хлѣба, кислаго молока, французскихъ черносливъ и сушеныхъ фигъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ хорошо регулируетъ кишечный каналъ. Если эти діететическія средства не оказываютъ должнаго дѣйствія, беременнымъ можно назначить содовые порошки, Зейдлициій порошокъ или смѣсь Боткина, лимонно-кислую магнезію, ревенныя пилюли, pulv. liquoritiae comp. и другія легкія слабительныя. Spiegelberg хвалитъ дѣйствіе пилюль изъ ferri sulfur. et extr. aloës aa 2,0 M. f. pilul. № 30, принимать по утрамъ 1—2 пилюли. Клизтиры можно назначать только въ теченіе короткаго времени. Острыя проносныя средства могутъ причинять вредъ во время беременности. Не слѣдуетъ также назначать большихъ приѣмовъ acid. salicylicum и салола.

Не должно оставлять также безъ вниманія отдѣленіе мочи и временами подвергать ее изслѣдованію на бѣлокъ, такъ какъ беременность затрудняетъ, кровообращеніе въ почкахъ, вызываетъ застойную гиперемію, а въ рѣдкихъ случаяхъ даже настоящее воспаленіе почекъ. При

первомъ появленіи бѣлка, полезно назначать молочную діету беременной.

Одежда беременной. Платье не должно стѣснять движенія беременной и дѣятельность грудной кѣтки ея, почему слѣдуетъ запрещать ношеніе корсетовъ и узкой одежды вообще. Платье должно быть достаточно теплое, чтобъ избѣжать простуды, въ виду усиленнаго расположенія беременныхъ къ заболѣванію почками. Большую услугу можетъ оказать ношеніе на второй половинѣ беременности цѣлесообразно устроенной повязки на животѣ, ceiture abdominale, которую нужно готовить особенно въ лѣтнее время, изъ легкой матеріи. Приподнимаемая нѣсколько животь кверху, повязка препятствуетъ излишнему его растяженію; при этомъ уменьшаются боли въ нижней части живота и поясицѣ. Одновременно повязка даетъ опору передней стѣнкѣ живота, она способствуетъ правильному положенію матки и вставленію головки плода во входъ таза. Въ особенности рационально употребленіе повязки у многорожавшихъ, и также женщинъ, имѣющихъ нѣсколько суженный тазъ.

Туалетъ беременной. Для соблюденія опрятности, одинъ разъ въ недѣлю беременная можетъ принимать тепловатую ванну 27 — 28° R. Назначеніе ежедневно или черезъ день теплыхъ ваннъ въ X мѣсяцѣ беременности, по мнѣнію старинныхъ акушеровъ, должно значительно облегчать роды, особенно у перворождающихъ, подготавливая ея части къ прохожденію плода. Безпристрастныя наблюденія показываютъ, что подобнаго благопріятнаго вліянія ванны не оказываютъ, почему не слѣдуетъ позволять беременнымъ брать въ теченіе послѣднихъ недѣль ванну чаще 2-хъ разъ въ недѣлю, чтобы не изнурять ихъ напрасно.

Сдѣлавшееся повсемѣстнымъ обычаемъ, подготовленіе груди беременныхъ для предстоящаго кормленія, также не всегда достигаетъ цѣли. При маловыдающихся соскахъ, ихъ совѣтуютъ осторожно вытягивать концами пальцевъ два раза въ день. Wild предлагаетъ накладывать въ такихъ случаяхъ стеклянные колпачки, въ которыхъ срѣзана верхушка. Чтобъ уплотнить кожу сосковъ, предписываютъ обмывать ихъ разведеннымъ водою ромомъ или краснымъ виномъ, а также совѣтуютъ покрывать соски днемъ жесткимъ полотнянымъ компрессомъ. При образованіи струщевъ на соскахъ, слѣдуетъ ихъ смазывать вазелиномъ и обмывать теплою мыльною водою.

Не менѣе важно соблюдать чистоту и опрятность половыхъ частей, обмывая ихъ ежедневно водою съ туалетнымъ мыломъ или растворомъ буры. При появленіи отдѣленій изъ половыхъ органовъ гнойнаго характера необходимо дѣлать осторожно впрыскиванія теплой водою съ прибавленіемъ 0,1% *zinci sulfo-carbolici*, или вливать на литръ воды 1—2 столовыхъ ложки древеснаго уксуса съ глицериномъ поровну.

Къ различнаго рода *операціямъ*, въ особенности на половыхъ органахъ женщины слѣдуетъ прибѣгать во время беременности только въ

крайности, такъ какъ нерѣдко онѣ влекутъ за собою выкидышъ. Почти ежегодно появляются въ специальныхъ журналахъ свѣдѣнія объ удачныхъ исходахъ разныхъ операций у беременныхъ женщинъ, но къ сожалѣнію описываются неохотно неудачные исходы.

Littauer и Stefan производили зашиваніе полныхъ разрывовъ промежности. Landau удалил съ успѣхомъ большую почку. Dsirne приводитъ весьма благопріятную большую статистику оваріотомій во время беременности, причемъ послѣдняя въ большинствѣ случаевъ не прерывалась. Описано также 6 случаевъ полного удаленія беременной матки, *extirpatio uteri totius*, причемъ только въ одномъ случаѣ послѣдовалъ дурной исходъ.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Зачатіе.—Поль плода.

Bailey. Superfötation und Superfecundatio. C. Bl. f. Gyn. 1897. Cleisz. Recherche des lois qui président à la creation des sexes. 1889. Eisenhart. Beckenenge und Geschlecht des Kindes. Centr. f. Gyn. 1892. Geissler. Beiträge zur Frage der Geschlechtsverhältnisse der Geborenen. Fromm. Ber. 1889. Heinrichus. Experimentale Untersuchungen über die äussere Ueberwanderung des Eies. 1880. Herz. Beitrag zur Frage über die Vorausbestimmung des Geschlechtes. Fromm. Ber. 1890. Hollinger. Geschlechtsverhältnisse und Todtgeburten. 1892. Keefe. Beinflussung des Geschlechtes bei der Zeugung. N. J. med. J. 1892. Kisch. Zur Lehre von der Entstehung des Geschlechtes. Centr. f. Gyn. 1887. Krönig. Befruchtung inta puerperium. Centr. f. Gyn. 1893. Lode. Experimentelle Beitrage zur Lehre der Wanderung des Eies vom Ovarium zur Tube. Arch. f. Gyn. 45. Seligsohn. Zur Bestimmung und Entstehung des Geschlechtes 1895. Wilson. A theory of sex. Lancet 1891. Vedeler., Primaere Sterilitaet. 1894.

2. Развiтіе яйца—плода и оболочекъ.

Ahlfeld. Placenta dimidiata, s. bipartita. Berichte und Arbeiten Bd. 3, 1887. Bayer. Bemerkungen über die Diagnose des Placentarsitzes und ueber Cervixverhältnisse. C. Bl. f. Gyn. 1895. Bloch. Ueber den Bau der menschl. Placenta. Beitr. zur pathol. Anat. 1889. Bumm. Ueber die Entwicklung der mütterlichen Blutkreislaufe in der menschlichen Placenta. Arch. f. Gyn. 43. Eckhardt. Beiträge zur Anatomie der menschlichen Placenta. Zeit. f. Geb. und. Gyn. 19. Fraenkel. Ueber der Werth der einzelnen Reifezeichen bei Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 48. Guéniot. Un placenta double provenant d'une grossesse simple. Acad. de Méd. de Paris. 1888. Gottschalk. Weitere Studien über die Entwicklung der menschlichen Placenta. Arch. f. Gyn. 40. Gottschalk. Zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta. Centr. f. Gyn. 1890. Hahn. Ein Stadium der Placentarentwicklung. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 34. Heinz. Untersuchungen über den Bau und die Entwicklung der menschlichen Placenta. Arch. f. Gyn. 23. Hofmeier. Die menschliche Placenta. 1890. Hofmeier, Klein und Steffek. Die menschliche Placenta. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie derselben. 1890. Issmer. Zwei Hauptmerkmale der Reife Neugeborener und deren physiologische Schwankungen. Arch. f. Gyn. Bd. 30. Keibel. Zur Entwicklung der menschlichen Placenta. Anat. Anzeig. 1889. Knopp. Ueber die Verwendbarkeit der Phonendoskop von Bianchi in der Geburtshilfe. Pr. med. W. 1896. Keilmann. Die Entwicklungsbedingungen der verschiedenen Placentarformen. C. Bl. f. Gyn. 1895. Klein. Entwicklung und Rückbildung der Decidua Zeit. f. Geb. und. Gyn. 22. Kossmann. Das Syncy-

ium der menschlichen Placenta. Centr. f. Gyn. 1893. Kupffer. Decidua und Ei des Menschen am Ende des ersten Monats. Münch. med. Woch. 1888. Lange. Beitrag zur Histologie des menschlichen Amnion und des Nabelstranges. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 28. Leopold. Die Diagnose des Placentarsitzes in der Schwangerschaft und während der Geburt. 1895. Nitabuch. Beiträge zur Kenntniss der menschlichen Placenta. 1887. Pilgram. Die Zotten und Karunkeln des menschlichen Amnion. 1889. Preuschen. Die Alantois des Menschen. 1887. Rohr. Die Beziehungen der mütterlichen Gefässe zu den intervilloesen Räumen der reifen Placenta, speziell zur Thrombose derselben. Virch. Arch. 115. Strahl. Die menschliche Placenta. 1892. Strassmann. Anatomische und physiologische Untersuchungen über den Blutkreislauf beim Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 45. Waldeyer. Bemerkungen über den Bau der Menschen und Affenplacenta. Arch. f. Microscop. Anat. 1890.

3. Физиология плода.

Ahlfeld. In wie weit ist das Fruchtwasser ein Nahrungsmittel für die Frucht? Zeitschr. für Geb. und Gyn. 14. Ahlfeld. Beiträge zur Lehre vom Uebergange der intra-uterinen Athmung zur extrauterinen. 1890. Ahlfeld und Weber. Ueber physiologische Athmungsbewegungen des Kindes im Uterus. 1888. Auché. Microbes passant à travers le placenta des femmes enceintes atteintes de variole. N. arch. d'obst. 1893. Ballantyne. Maternal impressions. Edinb. med. J., 36. Birch-Hirschfeld. Ueber die Pforten der placentaren Infektion des Fötus. Ziegler's Beitr. Cathelineau. La présence du mercure dans le liquide amniotique et les organes du foetus. Progrès méd. 1890. Constein und Zuntz. Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Säugthier-Foetus. Pflüg. Arch. 42. Chambrelent. Passage des microbes pathogènes à travers le placenta. N. arch. d'obst. 1893. Charpentier et Butte. Recherches expérimentales sur la vitalité du foetus. Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn. 1888. Doléris et Quinquand. Recherches sur le sang foetal. Nouv. arch. d'Obst. 1888. 12. Dührssen. Ueber Ernährung und Stoffwechsel der menschlichen Frucht. Arch. f. Gyn. Bd. 32. Eberth. Geht der Thyphus-organismus auf den Foetus über? Fromm. Ber. 1889. Fränkel. Zur Lehre vom Uebergange pathogener Mikroorganismen von der Mutter auf den Fötus. Fromm. Ber. 1889. Frank. Ueber den Werth der einzelnen Reifezeichen bei Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 48. Glöckner. Beitrag zur Athmung abortiver Früchte. Centr. f. Gyn. 1890. Gönner. Ueber Vererbung der Form und Grösse der Schädels. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 33. Hink. Fötaler klonischer Zwerchfellskrampf. Centr. f. Gyn. 1895. Hanau. Ueber Knochenveränderungen in der Gravidität und über die Bedeutung des puerperalen Osteophyts. C. Bl. f. Gyn. 1896. Hildebrandt. Zur Kasuistik des placentaren Ueberganges der Typhusbacillen von Mutter auf Kind. Fortschr. der Med. 1889, Bd. 7. Holowko. Zur Frage über Lebensfähigkeit sehr kleiner zu früh geborener Kinder. Centr. f. Gyn. 14. Iohansen. Ueber das Chorionepithel des Menschen. Mon. f. Geb. und Gyn. 1897. Kollock. The protective influence of vaccination during the intrauterine existence of the foetus. Am. J. of obst. 1889. Krukenberg. Experimentale Untersuchungen über den Uebergang geformter Elemente von Mutter zur Frucht. Arch. für Gyn. Bd. 31. Krukenberg. Ueber die Durchlässigkeit der Eihäute. Arch. f. Gyn. Bd. 33, 3. Lehmann. Ueber den Einfluss der Diät in der Schwangerschaft auf die Grösse der Frucht. Int. kl. Rund. 1891. Lang. Note pour servir à l'histoire des rapports entre les menstruations et le développement du foetus à terme. Arch. de tocol. 1892. Lange. Beitrag zur Hystologie des menschlichen Amnion und des Nabelstranges. Zeit. f. Geb. und Gyn. 28. La Torre. Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du foetus. Nouv. arch. d'obst. 1888. Leopold. Ueber ein in situ befindliches jüngstes menschliches Ei von 8 Tagen. C. Bl. f. Gyn. 1896. Lips. Ueber die Gewichtsverhältnisse der neugeborenen Kinder zu ihren Placenta. 1892. Lubarsch. Ueber intrauterine Uebertragung pathologischer Bacterien. Virch. Arch. 124. Malvoz. Sur la transmission intraplacentaire des microorganismes. Ann. de l'Inst. Pasteur. 1888. Netter. De la transmission de la pneumonie et de

l' infection pneumonique le la mère au fœtus. Deutsch. med. Woch. 1889. Olshausen. Ueber den ersten Schrei. Berl. kl. W. 1894. Opitz. Ueber die Bedeutung des Fruchtwassers für die Ernaehrung des Kindes. Centralbl. für Gyn. 1887. Pels Leusden. Ueber die serotinalen Riesenzellen. Zeit. f. Geb. und Gyn. 36. Porak. Durchtritt fremder im Körper befindlicher Substanzen durch die Placenta. N. arch. d'obst. 1894. Rossa. Traubenzucker im Harn und Fruchtwasser. C. Bl. f. Gyn. 1896. Runge. Die Ursache der Lungenathmung des Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 46. Simon. Beitrag zur Lehre von dem Uebergange pathogener Microorganismen von Mutter auf Fötus. Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. Bd. 34. Skalkowski. Ueber das Verhältniss gewisser Durchmesser des kindlichen und des mütterlichen Schädels. Arch. f. Gyn. 38. Stef. Mercure et Grossesse 1889. Strassmann. Anatomische und physiologische Untersuchungen über den Blutkreislauf beim Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 45. Törngreen. Recherches expérimentales sur les voies qui empruntent les substances contenues dans l'eau de l'amnios. Arch. de Tocol. 1888. Törngreen. Recherches sur l'échange de substances entre le liquide amniotique et le sang maternel. 1889. Tietze. Untersuchungen über das Blut des Fötus 1887. Улезко-Строганова. Гигантскія клітки въ послѣдѣ, происхождение и вѣроятное значеніе ихъ. Ж. ак. и ж. бол. 1897. Улезко-Строганова. Строеніе дѣтскаго мѣста. Ж. ак. и ж. бол. 1895. Vicarelli. Temperatur des Uterus und des Fötus in utero. Arch. di ost. 1894.

4. Положенія и предлежанія плода.

Behrens. Ueber Ursachen der Schädellagen. 1895. Foulis. The cause of the head downward presentation and of the first cranial position. Edinb. Med. I., 34. Hasse und Zakrzewski. Das menschliche Becken und die normalen Kindeslagen bei der Geburt. Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. 19. Schultze. Die regelmässige Haltung und Lage des Kindes in der Gebärmutter. Wien. med. Bl. 1892.

5. Измѣненія въ организмѣ беременной, теченіе беременности.

Amadei. Hyperplasie des Muskelfasern des schwangeren Uterus. 1894. Bayer. Die Hypertrophie der Muskelfaser im graviden Uterus. Centr. f. Gyn. 1889. Baumm. Gewichtsveränderungen der Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. Münch. medicin. Wochenschrift. 1887. Bernhard. Untersuchungen über Haemoglobulingehalt und Blutkörperchenzahlen in der letzten Zeit der Schwangerschaft und im Wochenbett. Münch. med. Woch. 1892. Benckiser und Hofmeier. Beiträge zur Anatomie des schwangeren und kreissenden Uterus. 1887. Blake. Protrahirte Gravidität von 323 Tagen. Edinb. med. I. 1893. Blanc. De la toxicité urinaire chez la femme enceinte. Ann. de gyn. 1891, 7. Braune. Gefrierdurchschnitt durch den Körper einer Hochschwangeren geführt. 1890. Chambrelent et Demont. Recherches experimentales sur la toxicité de l'urine dans les derniers mois de la grossesse. 1892. Davidsohn. Ueber die Art. uterina und das untere Segment. 1892 Dreysel. Ueber Herzhypertrophie bei Schwangeren und Wöchnerinnen 1891. Dubner. Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes in den letzten Monaten der Gravidität und im Wochenbette. Münch. med. Woch. 1890. Freund. Ueber die Beziehungen der Schilddrüse und der Brustdrüse zu den schwangeren und erkrankten weiblichen Genitalien. D. Zeitr. f. Chir. 31. Görtz. Das Verhalten des Cervix uteri während der letzten Monate der Schwangerschaft 1890. Gottschalk. Ein Uterus gravidus aus der 5Woche, der Lebenden entnommen. Arch. f. Gyn. Bd. 29. Груздевъ. Zur Histologie der Fallopia'schen Tuben. C. Bl. f. Gyn. 1897. Helene. Histologische Untersuchungen über Musculatur und Bindegewebe des Uterus während Schwangerschaft und Geburt. Tr. of the royal soc. of Ed. 35. Жураковскій. Объ измѣненіи формы грудной клітки и жизненной емкости легкихъ во время беременности и послѣ родовъ. Врачъ. 1893. Keilmann. Zur Klärung der Cervixfrage. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 22. Keilmann. Die diag-

nostische Bedeutung der Fluctuation im graviden Uterus. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1. Küster. Ueber die Beweglichkeit der Beckengelenke und die Bedeutung Walcher's Lagerung in der Geburtshilfe. Centr. f. Gyn. 1895. Klein. Entwicklung und Rückbildung der Decidua. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 22. Knapp. Aceton im Harn schwangerer und Gebärender als Zeichen des intrauterinen Fruchttodes. C. Bl. f. Gyn. 1897. Meyer. Untersuchungen über die Veränderungen des Blutes in der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 31. Мохначевъ. Обь отношеніи беременной матки къ количеству бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Ежемед. клин. газ. 1889. Ney. Ueber das Vorkommen von Zucker im Harn der schwangeren, Gebärenden und Wochnerinnen. Arch. f. Gyn. 35. Neumann. Ueber das Verhalten der Patellarreflexe beim schwangeren Weibe. Centr. f. Gyn. 1895. Paschen. Beschreibung eines graviden Uterus aus dem 5 Monate der Schwangerschaft. 1887. Preuss. Vom Versehen der Schwangeren. Berl. Kl. 1892. Rissmann. Zur Schwangerschaftsdiagnose in den ersten Monaten. C. Bl. f. Gyn. 1896. Schmorl. Ueber grosszellige, deciduaähnliche Wucherungen auf dem Peritoneum und den Ovarien bei intrauteriner Schwangerschaft. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1897. Seigneux. Beiträge zur Frage des unteren Uterinsegmentes. Arch. f. Gyn. und Geb. 42. Stewart. Albuminuria in pregnancy. The times and rog. 1882. Truzzi. Ueber die physiologischen Veränderungen des Verhältnisses der Leucocyten. Ann. di ost. 1891. Trautenroth. Klin. Untersuchungen und Studien über das Verhalten der Harnorgane, insbesondere der Nieren, in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 30. Varnier. Le coll et le segment inférieur de l'uterus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement. Annales de Gyn. 1887. Winkelmann. Haemoglobinbestimmungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. 1888. Выгодскій. Случай беременности, продолжавшійся 11 мѣс. Медц. Обоз. 1896.

6. Микробы въ половыхъ органахъ и дезинфекція.

Abfeld und Vahle. Die Wirkung des Alkohols bei der geburtschilflichen Desinfection. D. med. W. 1896. Ануфриевъ. О двуиодистой ртути, какъ антисептикъ въ гинекологін. Ж. ак. и ж. бол. 1897. Aconci. Aseptische oder antiseptische Geburtshilfe. 1896. Baumm. Ueber Asepsis und Antisepsis. Arch. f. Gyn. 52. Bockelmann. Zur Antisepsis in der Geburtshilfe. Berl. Klin. Woch. 1889. Braun v. Fernwald. Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe. 1895. Döderlein. Weitere bacteriologische Untersuchungen des Scheidensekretes. Ges. der Geb. zu Leipzig. 1894. Döderlein. Das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. 1892. Frank. Ueber die Anwendung des Sublimats in der gyn. und geburtsch. Praxis. Ther. Mon. 1895. Гавронскій. Ueber das Vorkommen von Mikroben in der normaler Urethra des Wiebes. Münch. med. Woch. 1894, 11. Goebel. Der Bacteriengehalt der Cervix. C. Bl. f. Gyn. 1896. Goldberg. Die Aseptik in der Geburtshilfe. Ther. Monat. 1894. Gönner. Ueber Microorganismen im Secret der weiblichen Genitalien während der Schwangerschaft und bei puerperalen Erkrankungen. Centr. f. Gyn. 1887. Kortüm. Das Kreolin, ein zweckmäßiges Desinfectionsmittel für die Geburtshilfe. Centr. f. Gyn. 1888. Krönig. Versuche über Spiritusdesinfection der Hände. Ges. für Geb. zu Leipzig. 1894. Krönig. Scheidensekret-untersuchungen bei 100 Schwangeren. Centr. f. Gyn. 1894. Kiefer. Konsequenzen aus der Bacteriologie der Adnexerkrankungen. C. Bl. f. Gyn. 1896. Langstein. Ueber die Desinfection der Hände. Prag. med. Woch. 1894. Mermann. Sechster Bericht über Geburten ohne innere Desinfection. Centr. f. Gyn. 1894. Menge und Krönig. Bacteriologie des weiblichen Genitalkanals. 1897. Reinicke. Bacteriologische Untersuchungen über Desinfection der Hände. Centr. f. Gyn. 1894. Sängler. Ueber Bacterien der Genitalien. Centr. f. Gyn. 1894. Строрановъ. Zur Bacteriologie des weiblichen Genitalkanals. C. Bl. f. Gyn. 1895. Stadfeld. Die Antiseptik in der Geburtshilfe mit besonderer Rücksicht der Hebammenpraxis. Wien. med. Woch. 1890. Sperling. Zur Frage der geburtshilflichen Abstinenz und der Desinfection der Hände. Centr. f. Gyn.

1894. Steffek. Bacteriologische Begründung der Selbstinfektion. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1890, 20. Tarnier. De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique. 1894. Thomen. Bacteriologische Untersuchungen normaler Lochien und der Vagina und Cervix Schwangerer. Arch. f. Gyn. 36. Vahle. Ueber das Streptokokken in der Scheide Gebärender. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 35. Verchère. Antiseptik der normalen Geburt und ihre Resultate. L'ab. med. 1890. Veit. Aseptische Grundsätze in der Geburtshilfe. Berl. Klin. Woch. 1894. Walthard. Bakteriologische Untersuchungen der weiblichen Genitalsekretes in Graviditate und in Puerperium. Arch. f. Gyn. 48. Winter. Die Microorganismen im Genitalkanal der gesunder Frau. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 14. Witte. Bacteriologische Untersuchungsbefunde bei pathologischen Zuständen im weiblichen Genitalapparat. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 25. Winternitz. Ein Wort für das Sublimat in der Geburtshilfe. Med. Corr. Bl. d. württ. artz. Ver. 1888.

7. Распознаваніе беременности.

Barker. Placental localisation by abdominal palpation. N. I. med. I. 1892. Braxton Hicks. On the contractions of the uterus throughout pregnancy, and their value in the diagnosis of pregnancy, both normal and complicated. American Journal of Obstetrics. 1887. Bumm. Ueber fötale Herzgeräusche. Centr. f. Gyn. 1890. Dickinson. The diagnosis of pregnancy between the 2 и 8 weeks by bimanual examination. Am. J. of Obst. 1892. Dührsen. Schwangerschaftsdauer. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 16. Eliot, L. Ueber die Erkennung der Schwangerschaft in den ersten Monaten. Centr. f. Gyn. 1889. Ettinger. Zur Aetiologie des Nabelschnurgeräusches. Sitz. der geburtsh. Gesellsch. in Wien. 1888. Gaviglia. La symptome nouvelle du mort de foetus. Ann. di obst. 1892. Gördes. Zur Frühdiagnose der Schwangerschaft. Aerztl. Pract. 1894. Keilmann. Die diagnostische Bedeutung der Fluctuation im graviden Uterus. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1895. Landau. Die Diagnose der Schwangerschaft in den ersten Monaten. D. med. Woch. 1893. Landerer. Ueber Beckenmessung. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 23. Leopold und Pantzer. Die Beschränkung der inneren und grösstmögliche Verwerthung der äusseren Untersuchung in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. 38. Leopold. Zur Diagnose des Placentarsitzes. Centr. f. Gyn. 1895. Löhlein. Zur Diagnose der Schwangerschaft in den früheren Monaten. Deutsch. Med. Woch. 1889. Ney. Ueber das Vorkommen von Zucker im Harn der Schwangeren. Ann. de soc. de med. 1891. Оттъ. Способъ изслѣдованія органовъ малаго таза чрезъ кишку и влагалище одновременно. Ж. ак. и ж. б. 1896. Regel. Ueber das Nabelschnurgeräusch. 1888. Roth. Der Querdurchmesser des Beckeneingangs und eine einfache Methode zur Bestimmung seiner Grösse. 1888. Sonntag. Das Hegar'sche Schwangerschaftszeichen. Samml. Kl. Vortr. N. S. Torggler. Ueber Schwangerschaftsdauer. 1888.

8. Продолжительность беременности.

Barker. The relation of the duration of gestation to legitimate birth. Am. J. of obst. 1892. Bensinger. Ein Fall von 11-monatlicher Gravidität. Centr. f. Gyn. 1893. Brosin. Fall von Uebertragung und uebermässiger Entwicklung der Frucht. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 15. Depasse. Grossesse en l'age de 59 ans. Gaz. de gyn. 1891. Döderlein. Schwangerschaftsdauer. Centr. f. Gyn. 1893. Issmer. Ueber die Zeitdauer der menschlichen Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 35, 3. Lindstedt. Geburt, bei einem 12 jährigen Mädchen. Fromm. Ber. 1891. Mervin Maus. Remarks on prolonged gestation in the human female. N. J. M. J. 1889. Mc Tavich. A case of prolonged gestation. N. J. Med. J. 1889. Olshausen. Medicinische Betrachtungen über die im Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich festgesetzte Empfängniszeit. Mag. für Reicht. Bd. 8.

9. Дієтетика беременности.

Dsirne. Die Ovariectomie in der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1892. Huguenin. Les traitements et les médicaments contreindiqués pendant la grossesse. Arch. de toc. 21. Landau. Extirpation einer Steinleiere bei einer Gravida. D. med. Woch. 1893. Littauer. Operation eines totalen Dammrisses während der Schwangerschaft. Centr. f. Gyn. 1894. Pinard. Ueber den Einfluss der Arbeit der Schwangeren auf die Schwere des Kindes. Mercur. med. 1895. Steffan. Operation eines totalen Dammrisses während der Schwangerschaft. Centr. f. Gyn. 1894. Wild. Ein einfaches Mittel zur Korrektion eingezogener Brustwarzen. Centr. f. Gyn. 1894.

akusher-lib.ru

ОТДѢЛЪ Ш.

Нормальные роды.

Глава 1.

Причина наступленія родовъ, вліяніе нервной системы. — Предвѣстники и подраздѣленіе родовъ.

1. *Наиболѣе вѣроятныя причины родовъ.* Подъ конецъ беременности мышечныя и нервныя волокна матки достигаютъ наибольшаго развитія и гораздо легче реагируютъ на раздраженіе, нежели въ болѣе ранніе мѣсяцы; почему этотъ органъ въ послѣднія недѣли беременности является достаточно подготовленнымъ для мышечной дѣятельности, которая проявляется затѣмъ продолжительными родовыми сокращеніями матки. Съ другой стороны, раздраженіе, вызывающее эту дѣятельность, должно непременно исходить отъ яйца, такъ какъ сокращенія матки наблюдаются также при внѣматочной беременности. Кромѣ того, въ послѣдніе мѣсяцы утробное кровообращеніе претерпѣваетъ нѣкоторыя измѣненія, результатомъ которыхъ является болѣе значительное накопленіе въ крови младенца CO_2 , которая, переходя въ кровь сосудовъ матки, можетъ оказывать раздражающее вліяніе на мышечныя волокна этого органа. Вѣроятно, не остается также безъ вліянія опусканіе въ тазъ предлежащей головки младенца, которая производитъ давленіе на нервныя сплетенія *gangl. cervicale* и маточную шейку. Конечно, опусканіе головки имѣетъ мѣсто, какъ изложено выше, далеко не во всѣхъ случаяхъ.

Вышеизложенныя причины мы считаемъ наиболѣе вѣроятными. Намъ остается неизвѣстнымъ, вызываются ли роды совокупностью этихъ причинъ или, по крайней мѣрѣ, совмѣстнымъ дѣйствіемъ нѣкоторыхъ изъ нихъ. Оказываетъ ли въ послѣднемъ случаѣ одна какая-нибудь изъ нихъ преобладающее вліяніе и всегда ли та же самая причина проявляетъ такое дѣйствіе, какъ непремѣнное условіе для наступленія родовъ? На всѣ эти вопросы наука до сихъ поръ не можетъ дать удовлетворительнаго отвѣта.

Исследования, произведенные в последнее время, немного прибавили к вышеизложенному. Garinont приписывает начало родов нарушению равновесия между яйцом и маткою; в X месяцев стѣнки матки достигаютъ наибольшей степени напряженія; дальнѣйшее увеличеніе въ объемѣ яйца вызываетъ раздраженіе и отраженныя сокращенія, вслѣдствіе которыхъ расширяется зѣвъ и опускается верхушка яйца. Гиринь видитъ наступленіе родовой дѣятельности въ измѣненіи отношенія между плодомъ и околоплодною жидкостью, вѣсь которой въ послѣднее время падаетъ, почему плодъ опускается и надавливаетъ на нижній сегментъ. Кнүрфер полагаетъ, что коль скоро растяженіе стѣнокъ канала матки и расширеніе послѣдняго доходитъ до мѣста расположенія gang. cervicale, послѣднія подвергаются раздраженію, что вызываетъ сокращеніе матки. Дѣтское мѣсто уже въ концѣ беременности претерпѣваетъ измѣненія и становится болѣе плотнымъ, вслѣдствіе отложенія извести, образованія инфарктовъ и тромбоза сосудовъ.

2. *Вліяніе нервной системы.* При всемъ томъ не подлежитъ сомнѣнію, что наступленіе родовъ и все дальнѣйшее теченіе ихъ вызывается и поддерживается дѣятельностью нервныхъ сплетеній, имѣющихъ отношеніе къ половымъ органамъ женщины. Выше, при описаніи нервовъ матки, мы видѣли, какое количество нервныхъ волоконъ развѣтвляется въ существѣ ея, а также могли убѣдиться въ тѣсномъ соединеніи нервовъ этого органа со спиннымъ мозгомъ и въ особенности съ многочисленными симпатическими узлами и сплетеніями. При посредствѣ ихъ нервныя сплетенія половыхъ органовъ соединяются съ нервными центрами и многими важными нервами. Это въ достаточной степени объясняетъ, почему на этотъ органъ оказываетъ вліяніе даже раздраженіе отдаленныхъ нервныхъ центровъ, а съ другой стороны до извѣстной степени дѣлаетъ понятнымъ извѣстную самостоятельность мышечной дѣятельности матки.

По исследованиямъ Giglio, у животныхъ, перенесшихъ удаленіе pl. hipogastr. и крестцоваго отдѣла n. sympatici, чрезъ нѣсколько педѣль развивалась атрофія внутреннихъ половыхъ органовъ. Опыты на животныхъ показали, что раздраженіе многихъ частей основанія мозга, а также мозжечка, продолговатаго и спинного мозга, на всемъ продолженіи послѣдняго, въ особенности въ поясничной области, вызываетъ сокращенія въ маткѣ. У животныхъ такой же результатъ мы можемъ получить путемъ рефлекса чрезъ раздраженіе центральныхъ концовъ чувствительныхъ волоконъ, идущихъ отъ крестцовыхъ нервовъ къ plex. uterinus и gangl. cervicale, а также отъ внутреннихъ концовъ перерѣзанныхъ сѣдалищныхъ и бедренныхъ нервовъ. Далѣе, раздраженіе влагалища, наружныхъ половыхъ частей, женскихъ грудей и даже кожи также вызываетъ сокращеніе матки. Это въ достаточной степени объясняетъ намъ вліяніе психическихъ аффектовъ, а равнымъ образомъ чувствительныхъ и двигательныхъ возбужденій на беременную матку. Съ другой стороны, клиническія наблюденія и физиологическія изслѣдованія показываютъ, что, при перерожденіи или разрушеніи спинного мозга на любомъ мѣстѣ этого органа, начавшаяся родовая дѣятельность матки продолжается до конца родовъ. Это имѣетъ мѣсто также у беременнымъ животнымъ, послѣ удаленія всѣхъ соединительныхъ вѣтвей, идущихъ къ маткѣ отъ спинного мозга и даже послѣ вырѣзыванія gangl. mesenteric. sup. et gang. cervicale. Даже вырѣзанная матка у животныхъ при благоприятныхъ условіяхъ можетъ ритмически сокращаться въ теченіе $\frac{1}{2}$ —1 часа. Послѣ смерти у животныхъ, а также у женщинъ, было наблюдаемо еще въ теченіе нѣкотораго времени сокращеніе беременной, а также опороженной отъ своего содержимаго матки. Такіе факты самостоятельной дѣятельности матки допускаютъ существованіе нервныхъ узловъ въ

ея толщѣ, хотя это предположеніе до сихъ поръ вполнѣ не подтвердилось. Измѣненіе нормальныхъ свойствъ крови и введеніе въ нее веществъ, дѣйствующихъ на нервную систему, также не остается безъ вліянія на беременную матку. Мышечныя стѣнки ея начинаютъ сокращаться при появленіи острой анеміи, при асфиксіи, повышенной температурѣ, послѣ большихъ приемовъ хинина, *secalis cornuti* и пр.

Это чрезвычайно важное и упреждающее средство въ акушерской практикѣ въ особенности проявляетъ свое дѣйствіе, при появившихся уже сокращеніяхъ матки. Въ умѣренныхъ приемахъ *secale cornutum* учащаетъ ихъ, а при большихъ производитъ тоническій спазмъ матки. Въ послѣднее время Katschau нашелъ, что *secale cornutum* въ концѣ беременности можетъ даже вызывать родовыя сокращенія. Назначенное въ небольшихъ дозахъ, оно не приноситъ вреда плоду. *Extr. fluid. ustil. Maid.* по наблюденіямъ Свѣнцицкаго и другихъ, также усиливаетъ сокращенія матки. Duff нашелъ, что *strychninum nitricum* благоприятно вліяетъ на иннервацию матки, почему прописываетъ это средство беременнымъ въ небольшихъ дозахъ. Кромѣ наркотическихъ средствъ, вліяетъ также успокоивающимъ образомъ на дѣятельность матки *extr. fluid. Viburni prunifol.*, который хвалитъ Cordes какъ средство, предотвращающее abortus.

Что касается вліянія раздражителей на самую матку, сохранившую свою тѣсную связь съ окружающими частями, то наиболее вѣрно дѣйствуютъ непосредственныя или прямыя раздраженія, въ особенности, на ея слизистую оболочку. Появляющіяся вслѣдъ за раздраженіемъ сокращенія матки представляютъ рефлекторное явленіе, происходящее при посредствѣ нервныхъ узловъ. Ритмическое появленіе сокращеній можно объяснить наиболее правдоподобно раздраженіемъ, которое оказываетъ продолжительное сокращеніе на первые ганглии, обуславливая всякій разъ возникновеніе въ нихъ новаго импульса.

3. *Предвѣстники родовъ.* Рѣдко роды начинаются совершенно неожиданно; обыкновенно имъ предшествуютъ, въ особенности у первородящихъ, нѣкоторые симптомы и замѣтныя измѣненія въ родовыхъ путяхъ. За нѣсколько дней до родовъ, какъ упомянуто выше, постепенное наростаніе вѣса, какъ показали изслѣдованія Лебедева въ нашей клиникѣ, прекращается; у первобеременныхъ вѣсъ тѣла начинаетъ даже ежедневно падать. Вступленіе головки плода во входъ таза причиняетъ частыя позывы на мочеиспусканіе, запоры и давленіе на сосѣднія вены. Припухлость наружныхъ частей увеличивается, появляются иногда геморроидальныя шишки и отечное состояніе ногъ ниже колѣна. При часто появляющихся въ это время, маточныхъ сокращеніяхъ, раздраженіе передается на вазомоторныя нервы; вслѣдствіе чего развивается активная гиперемія, ведущая къ разрыхленію родовыхъ путей. Стѣнки влагалища, находящаяся въ тазу часть нижняго сегмента и шейка матки становятся замѣтно мягче и сочнѣе. Отдѣленіе изъ влагалища увеличивается. Влагалищная часть, а также каналъ шейки, претерпѣваютъ измѣненія описанныя выше, свойственныя послѣднимъ недѣлямъ беременности. Предлежащая часть часто становится ниже. Къ сожалѣнію, степень размягченія родовыхъ путей и измѣненія влагалищной части предъ наступленіемъ родовъ представляются далеко неодинаковыми въ особенности у первобеременныхъ. Это лишаетъ насъ возможности распознать во всѣхъ случаяхъ близость наступленія родовъ. Всѣ вышеописанныя измѣненія и маточныя сокращенія, совершающіяся въ послѣдніе

дни беременности, происходят часто без всяких болевых ощущений, travail insensible. Въ другихъ случаяхъ беременныя ощущаютъ боли. Повидимому, эта разница зависитъ отъ неодинаковой воспримчивости чувствительныхъ нервовъ матки.

4. *Определение родовъ и ихъ раздѣленіе.* Подъ именемъ родовъ слѣдуетъ разумѣть физиологическій актъ, при которомъ изъ утробы матери выступаетъ наружу плодъ и его послѣдъ. Женщина рождающая, иначе—находящаяся въ родахъ, называется *роженницей*. По окончаніи родовъ она носитъ названіе *родильницы*. Когда роды происходятъ въ извѣстный срокъ, соответствующій концу беременности, они называются *своевременными*. Если яйцо извергается изъ матки въ первые 3 мѣсяца, то это явленіе называется *выкидышемъ*, abortus. Родоразрѣшеніе между 12 и 28 недѣлями беременности извѣстны подъ именемъ *невременныхъ родовъ*, partus immaturus; если же роды послѣдуютъ позже 28 и раньше 39 недѣли, то такіе роды называются *преждевременными*, part. praematurus; при этомъ плодъ рождается живымъ и жизнеспособнымъ, foetus vivus et vitalis, между тѣмъ какъ при part. immaturus онъ можетъ родиться живымъ, но не бываетъ жизнеспособенъ, foetus vivus, sed non vitalis. Роды прежде обычнаго срока, вызванные извѣстными способами, носятъ названіе *искусственныхъ преждевременныхъ родовъ*. *Запоздалыми родами*, partus serotinus, называются роды, наступающіе позже срока. *Правильными* или *благополучными* роды называются въ тѣхъ случаяхъ, когда они совершаются одними силами природы безъ вреда для матери и младенца. Если же необходимо было для окончанія родовъ оперативное акушерское пособіе, то говорятъ о родахъ *неправильныхъ*. Когда при родахъ не обошлось безъ значительнаго вреда для матери или младенца, то такіе роды надо считать *неблагополучными*. Различаютъ также *легкіе* и *тяжелые*, *скорые* и *затяжные* роды; здѣсь названія вполнѣ опредѣляются соединенными съ ними понятіями. Точно также какъ названіе родовъ по числу плодовъ—роды *простые*, роды *двойными* или *многоплодные*.

Глава 2.

Теченіе нормальнаго родового акта.—Продолжительность родовъ.

Весь ходъ правильныхъ или нормальныхъ родовъ довольно естественно распадается на 3 періода.

Періоды родовъ. Первый періодъ, извѣстный подъ именемъ періода раскрытія зѣва, начинается съ первыми маточными родовыми сокращеніями и оканчивается полнымъ раскрытіемъ наружнаго маточнаго отверстія и разрывомъ оболочекъ яйца. Во второмъ періодѣ происходитъ выходъ плода изъ родовыхъ путей наружу. Въ третьемъ совершается отдѣленіе и удаленіе послѣда.

Роды начинаются чаще ночью, нежели днемъ. Большею частью сокращенія матки, иначе родовыя боли или схватки, сперва бываютъ слабы, появляются чрезъ долгіе промежутки времени и сопровождаются только небольшими болями въ поясницѣ. Затѣмъ онѣ дѣлаются сильнѣе. Боль отъ поясницы переходитъ на нижнюю часть живота, на бедра и ощущается также въ маткѣ. Разъ начавшись, родовыя сокращенія матки продолжаются до окончанія родовъ. Они совершенно не подчинены волѣ, хотя душевныя волненія несомнѣнно вліяютъ на нихъ. Приложивъ руку къ животу, мы замѣчаемъ, что во время сокращеній матка твердѣетъ, выдается нѣсколько кпереди, дѣлается какъ бы уже, и ея контуры обозначаются яснѣе. Когда родовая боль проходитъ, стѣнки матки остаются напряженными и не достигаютъ прежней уступчивости. За маточнымъ сокращеніемъ, которое длится не болѣе $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ минутъ, слѣдуетъ промежутокъ, продолжающійся отъ 1 до 5 минутъ, а въ началѣ родовъ даже до $\frac{1}{4}$ часа, такъ называемая пауза.

При дальнѣйшемъ ходѣ родовъ родовыя сокращенія становятся болѣе болѣзненными, и роженица во время ихъ часто стонетъ и ищетъ опоры. Маточныя сокращенія постепенно обнаруживаютъ свое дѣйствіе на маточную шейку. Влагалищная часть сглаживается, или по крайней мѣрѣ края наружнаго устья растягиваются. При каждой родовой боли околоплодный пузырь, покрывающій предлежащую головку, напрягается и отходитъ отъ головки, такъ какъ часть околоплодной жидкости перемѣщается впереди ея. При этомъ оболочки нижней части яйца отдѣляются отъ стѣнки матки, потому что при сокращеніяхъ эта часть пузыря передвигается нѣсколько книзу. Съ прекращеніемъ схватки напряженіе въ пузырь исчезаетъ. При растяженіи наружнаго устья шейки происходятъ на ея слизистой оболочкѣ небольшія трещины и даже нерѣдко надрывы. Эти неизбѣжныя пораненія, а также упомянутое отслаиваніе оболочекъ яйца, обусловливаютъ небольшую примѣсь крови къ отдѣленію изъ половыхъ частей, которое обыкновенно показывается въ это время. Въ прежнее время объ этомъ моментѣ родовъ выражались: *роды обозначаются*. При правильныхъ родахъ плодъ обыкновенно находится въ головномъ положеніи, съ предлежаніемъ темени въ первой или второй позиціи, т.-е. съ затылкомъ обращеннымъ влѣво или вправо.

При дальнѣйшемъ расширеніи зѣва, верхушка пузыря во время сокращеній выпячивается въ него и ускоряетъ растяженіе устья. Боли становятся настолько значительны, что роженица ложится въ постель, не будучи въ состояніи выносить на ногахъ свои страданія, которыя въ это время часто дѣйствительно бываютъ велики. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется при сильныхъ родовыхъ боляхъ даже рвота. Когда расширеніе устья достигаетъ такой степени, что отъ него остаются только края, окружающіе выдающійся во влагалище околоплодный пузырь, послѣдній разрывается, причемъ изливается часть водъ. Опу-

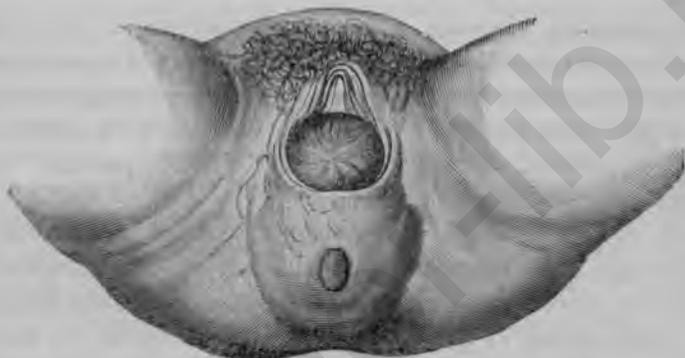
стившаяся въ тазъ головка, обхватывается краями расширеннаго зѣва, — она, какъ выражаются старинныя акушеры, *стоитъ въ вѣнчикѣ*. Съ этого момента начинается періодъ изгнанія плода. Разрывъ пузыря при полномъ раскрытіи зѣва совершается только въ половинѣ случаевъ. Нерѣдко онъ наступаетъ гораздо раньше или позже, спустя нѣкоторое время послѣ полного открытія зѣва.

Второй періодъ родовъ. Послѣ небольшой паузы, послѣдовавшей за истеченіемъ водъ, вновь начинаются сокращенія матки. Боли въ началѣ этого періода нерѣдко бываютъ легче, нежели при расширеніи канала шейки и зѣва. При надавливаніи предлежащей головки на дно таза, подъ вліяніемъ рефлекса, начинаются сокращенія брюшного пресса, которыя сперва подчиняются волѣ, но въ послѣдствіи появляются совершенно произвольно при родовыхъ боляхъ, усиливая въ значительной степени силу маточныхъ сокращеній. Предлежащая часть, при совмѣстномъ дѣйствіи ихъ, подвигается къ выходу таза, гдѣ расположено болѣе узкое отверстіе родового канала. Маточныя сокращенія, соединенныя съ напряженіемъ брюшного пресса, носятъ названіе *потугъ*. Послѣ нѣсколькихъ сокращеній, слѣдующихъ за отхожденіемъ водъ, обыкновенно края устья исчезаютъ, оттягиваются кверху и головка непосредственно прилегаетъ къ стѣнкамъ влагалища. Роженица лежитъ въ этомъ періодѣ въ постели на спинѣ, нижнія конечности ея согнуты въ колѣняхъ, нѣсколько раздвинуты, ногами она опирается въ матрацъ. При появленіи сокращеній матки, она ищетъ опоры руками, сильно напрягается, лицо ея краснѣетъ, пульсъ учащается, тѣло покрывается потомъ, роженица стонетъ или кричать громко; нерѣдко при этомъ изливается небольшое количество околоплодной жидкости.

Въ особенности боли усиливаются когда головка, вступая въ выходъ таза, начинаетъ напирать на промежность. Появляются позывы на мочу и на испражненіе на низъ. Слѣдуя направленію задней стѣнки таза, головка направляется кпереди. Находящаяся наиболѣе кпереди ея часть, обыкновенно задняя часть правой или лѣвой тазобедренной кости, показывается теперь во время потугъ во входѣ влагалища между большихъ губъ и снова скрывается въ тазу во время паузы. Тогда говорятъ — *головка врѣзывается*. Нерѣдко на этой врѣзывающейся части головки замѣчается отечная припухлость, извѣстная подъ именемъ *родовой опухоли*, *caput succedaneum*, которая образуется наичаще у перворождающихъ. Внѣдряющаяся во входъ влагалища, головка при послѣдующихъ сильныхъ и крайне болѣзненныхъ потугахъ, *dolores conquassantes*, растягиваетъ постепенно промежность, которая выпячивается въ видѣ полушара, значительно истончаясь и увеличиваясь въ длину и ширину. Часто при этомъ происходитъ произвольное отдѣленіе мочи и кала. Прямая кишка также выпячивается, *anus* открывается, и дѣлается видимою слизистая оболочка передней стѣнки кишки. При повторяющихся

потугахъ показывается наружу все большій и большій сегментъ головки. Сперва съ прекращеніемъ сокращенія матки оны уходятъ обратно въ родовой каналъ, но при значительномъ опущеніи головки предлежащій сегментъ ея остается виднымъ даже во время паузы. Пачинающій можетъ легко смѣшать его съ отечною опухолью головки. По ошибки легко избѣжать, если обратить вниманіе на консистенцію выступающей части. Подъ лонную дугу подходит затылокъ, обѣ наружныя губы и край промежности сильно напрягаются. Въ это время можетъ произойти болѣе или менѣе глубокій разрывъ промежности, въ особенности когда не предпринимается никакихъ мѣръ для избѣжанія этого поврежденія у перворождающихъ.

Когда все совершается нормально, головка выдвигается настолько



Ф. 90. Врѣзываніе головки.

изъ половыхъ частей, что края большихъ губъ обхватываютъ темячные бугры, и за уздечкою стоитъ большой родничекъ; большая часть затылка выходитъ изъ подъ лоннаго соединенія. Это — моментъ наибольшаго растяженія промежности и входа во влагалище. За нимъ слѣдуетъ такъ-называемое *протыканіе головки*. Болевья ощущенія въ это время достигаютъ, особенно у перворождающихъ, наибольшей степени. Самыя терпѣливыя женщины сильно и громко кричатъ и стонутъ. При этомъ задняя часть затылка младенца, *lin. nuchae*, опирается въ верхушку лоннаго соединенія, а изъ-за промежности скользятъ темя, лобъ, лицо и подбородокъ; одновременно головка дѣлаетъ разгибательное движеніе. По выходѣ головки наружу, она нѣсколько сгибается въ силу одной тяжести, личико ея направляется книзу. Затѣмъ вышедшая наружу головка вращается личикомъ къ бедру матери той стороны, куда она была обращена въ началѣ родовъ. Пуповина бываетъ нерѣдко обвита вокругъ шеи, обыкновенно ее тотчасъ стараются снять, обводя около головки и перекидывая на переднюю поверхность младенца. Если это не удастся, то слѣдуетъ пу-

повину разрѣзать ножницами и ускорить рожденіе туловища плода. Вскорѣ послѣ вращенія головки, при появившейся потугѣ, кпереди лежащее плечо подходит подъ лонное соединеніе и здѣсь упирается; въ это время заднее плечо скользитъ изъ-за промежности. Выхожденіе остальной части туловища не представляетъ обыкновенно никакихъ затрудненій. Вслѣдъ за тѣломъ младенца изливается остальная часть воды. Часто вскорѣ показывается кровь, такъ какъ часть дѣтскаго мѣста нерѣдко уже отдѣляется при рожденіи туловища. Дно матки въ это время находится на уровнѣ пупка, иногда ниже. Роженица лежитъ истомленная, но съ чувствомъ значительнаго облегченія, такъ какъ сильныя мучительныя боли, которыя она переносила въ послѣдніе моменты родовъ, моментально исчезли послѣ рожденія плода, появленіе котораго на свѣтъ иногда вполнѣ вознаграждаетъ любящую мать за ея страданія.

Послѣ рожденія младенца обыкновенно наступаетъ пауза на 5—10 минутъ. Новорожденный, который своимъ крикомъ и правильными дыхательными движеніями успѣлъ уже проявить свою жизнѣдѣтельность, лежитъ между ногъ матери, будучи еще соединенъ съ матерью пульсирующей пуповиной, которая проходитъ чрезъ родовые пути въ матку, гдѣ еще находится послѣдъ.

Третій періодъ родовъ. Появившіяся сокращенія матки послѣ паузы, которая продолжается нѣсколько минутъ, обыкновенно не сопровождаются особенными болями. Онѣ появляются также періодически и часто одновременно съ ними является истеченіе крови изъ влагалища. Послѣ нѣсколькихъ сокращеній, матка становится замѣтно тоньше и уже; она поднимается выше, вслѣдствіе выхода послѣда изъ полости тѣла матки, въ нижній сегментъ и во влагалище. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста происходитъ вслѣдствіе значительнаго сжатія стѣнокъ матки. Самое выходженіе послѣда, если онъ удалается силами природы, происходитъ при посредствѣ дѣйствія брюшнаго пресса, которое совершается въ то время, когда дѣтское мѣсто оставляетъ полость матки. Обыкновенно при этомъ изливается нѣкоторое количество крови, и даже иногда выходятъ кровяные свертки. По наблюденіямъ Maugnier, послѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста кровообращеніе въ пуповинѣ продолжается около $2\frac{1}{2}$ мин., потомъ начинается прекращаться.

Послѣ удаленія послѣда наружу, при нормальномъ ходѣ родовъ, происходитъ сильное тоническое сокращеніе матки. Она прощупывается въ видѣ плотнаго округленнаго тѣла выше лоннаго соединенія, дно ея обыкновенно стоитъ въ это время между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Родильница лежитъ совершенно спокойно, хотя чувствуетъ усталость и нѣкоторую слабость. Пульсъ ея полный и нерѣдко бываетъ слегка учащенъ. Довольно часто послѣ выхода послѣда, или даже раньше этого, послѣ рожденія плода, замѣчается болѣе или менѣе рѣзко выраженный ознобъ, не имѣющій особеннаго значенія. Онъ про-

исходить, вѣроятно, вслѣдствіе нервнаго потрясенія, или охлажденія тѣла во время родовъ.

Появленіе дыханія у новорожденныхъ. Послѣ рожденія младенца скорѣ прекращается его плацентарное дыханіе, почему новорожденный, подѣ влияніемъ раздраженія дыхательнаго центра недостаткомъ кислорода, большею частью немедленно дѣлаетъ вдыханіе съ послѣдующимъ выдыханіемъ, сопровождающееся крикомъ. Иногда появленію глубокихъ дыхательныхъ движеній предшествуетъ чиханіе и короткій кашель младенца, при этомъ нерѣдко выдѣляется изо рта слизь и попавшая въ дыхательное горло околоплодная жидкость. Это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда еще во время родовъ у плода появлялись дыхательныя движенія подѣ влияніемъ раздраженія дыхательнаго центра, большею частью вслѣдствіе нарушенія кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ.

Первыя дыхательныя движенія у новорожденного возникаютъ вслѣдствіе недостатка O въ крови, при отдѣленіи и сжатіи дѣтскаго мѣста, какъ это давно уже доказано Schwarz'емъ и въ послѣднее время подтверждено Runge. Миѣне Olshausen'a, будто бы первое дыханіе возникаетъ отчасти вслѣдствіе гипереміи мозга и освобожденія сдавленной грудной клѣтки плода, не выдерживаетъ критики. Züntz и Strassmann также допускаютъ нѣкоторое значеніе гипереміи мозга въ появленіи дыхательныхъ движеній.

Продолжительность родовъ крайне неодинакова, трудно даже представить среднія числа, которыя имѣли бы практическое значеніе, въ особенности относительно родовъ перворождающихъ. У нихъ первый періодъ продолжается отъ 10—20 часовъ, иногда короче, въ другихъ случаяхъ сутки и даже нѣсколько дней. Второй періодъ длится отъ 1½ до 6, даже до 7 часовъ. У многоорождающихъ первый періодъ родовъ продолжается обыкновенно вдвое короче, отъ 6 до 10 часовъ. Второй отъ ¼ до 2 часовъ. Продолжительность третьяго періода родовъ представляетъ менѣе значительную разницу. У перворождающихъ и многоорождающихъ онъ часто сокращается акушерскимъ пособіемъ и длится приблизительно 20—30 минутъ. Тамъ же, гдѣ выходненіе послѣда вполнѣ предоставляется силамъ природы, оно можетъ послѣдовать черезъ 1—2 часа и даже позже послѣ рожденія плода. Вообще же среднюю продолжительность нормальныхъ родовъ у перворождающихъ можно считать равною 20, у многоорождающихъ же около 10 часовъ.

Глава 3.

Объясненіе важнѣйшихъ явленій родоваго акта.

Главнѣйшіе факторы родовъ. Изъ описанія хода родовъ видно, что въ совершеніи этого акта принимаютъ участіе нѣсколько пассивныхъ явленій и активныхъ воздѣйствій, которыя всѣ извѣстны подѣ именемъ факторовъ родоразрѣшенія. Къ числу ихъ слѣдуетъ отнести общее состояніе ро-

женицы, родовыя сокращенія матки и дѣйствіе брюшнаго пресса; далѣе вліяніе околоплоднаго пузыря, родовыя пути, прохожденіе чрезъ таковой каналъ подлежащей части, такъ называемый механизмъ родовъ и способъ отдѣленія и выходженія послѣда.

1. *Здоровье роженицы и ея общее состояніе* имѣютъ важное значеніе при родахъ. Различнаго рода патологическія разстройства—лихорадка, острое малокровіе, болѣзни важнѣйшихъ органовъ тѣла и проч. могутъ обнаруживать неблагопріятное вліяніе на дѣйствіе сокращеній матки, брюшнаго пресса а также на жизнь плода. Дыханіе и пульсъ у роженицы обыкновенно учащаются, въ особенности во время родовыхъ болей. Температура поднимается во время родовъ всего на $0, 1^{\circ}$ — $0, 3^{\circ}$ C., но иногда, въ особенности при трудныхъ и продолжительныхъ родахъ, она можетъ доходить до 38° , даже до 39° C. къ концу родовъ.

Повышеніе T. во время родовъ приписывали въ большинствѣ случаевъ мышечной работѣ, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ—зараженію. Это воззрѣніе подтверждалось клиническими изслѣдованіями Winter'a, который нашель, что будто бы при лихорадкѣ вслѣдствіе мышечнаго напряженія T. не поднимается выше 39° C., пульсъ соотвѣтствуетъ T, и лихорадка вскорѣ послѣ родовъ проходитъ. Напротивъ, при инфекціи во время родовъ T стоитъ выше 39° C., пульсъ очень частъ и лихорадка продолжается въ послѣродовомъ періодѣ. Только въ послѣднее время Krönig произвелъ при лихорадкѣ во время родовъ точныя бактериологическія изслѣдованія, которыя показали, что повышеніе T въ этихъ случаяхъ зависитъ отъ развитія въ околоплодной жидкости, рѣже въ отдѣленіи шейки или влагалища, анаэробныхъ гнилостныхъ, рѣже патогенныхъ микробовъ — *bact. coli comm.*, *streptococcus pyog.*, *staphylococcus aureus pyog.* и др. Однако въ половинѣ случаевъ околоплодная жидкость оказалась стерильной. Нерѣдко при такой лихорадкѣ во время родовъ младенецъ заражается чрезъ легкія, пупокъ или кишечный каналъ и погибаетъ спустя нѣсколько дней послѣ родовъ. Krönig наблюдалъ въ клиникѣ всего $2, 5\%$ родовъ съ лихорадкой, между тѣмъ какъ Hansen насчитываетъ ихъ почти 15% .

Изъ числа 41 лихорадящей роженицы у 21 Krönig нашель воды безплодными. У 15 найдены анаэробные микробы, 3 раза *bact. coli comm.*, по 1 разу *strept. pyog. et staphyl. pyog.* Нерѣдко наблюдалось совмѣстное нахожденіе нѣсколькихъ видовъ микробовъ. Смерть внутри-утробнаго плода происходитъ вслѣдствіе всасыванія токсиновъ чрезъ легкія или кишечный каналъ младенца. Общее зараженіе возможно чрезъ лимфатическіе и кровеносные сосуды. Находимые въ этихъ случаяхъ, въ крови плода, анаэробные микробы появляются и размножаются во время агоніи или послѣ смерти плода, что сопровождается сильнымъ развитіемъ газовъ. Между тѣмъ какъ большинство изслѣдователей крайне рѣдко находили во влагалищѣ роженицъ патогенные микробы, Vahle нашель у 25% роженицъ *streptoc. pyog.*, что конечно мало вѣроятно.

Количество мочи во время родовъ увеличивается, у значительнаго числа роженицъ она содержитъ нѣкоторое количество бѣлка, нерѣдко въ ней находятся также цилиндры. Сердцебіеніе младенца во время по-

туги нѣсколько замедляется. Вообще къ концу родовъ сердечные тоны плода становятся менѣ часты.

Вскорѣ послѣ родовъ Т. остается близкою къ нормальной. На основаніи многочисленныхъ и точныхъ наблюденій Kgrönig'a, Glöckner'a и другихъ, Т. при нормальныхъ родахъ повышается всего на 0,1—0,3°С., въ особенности къ концу перваго періода. По окончаніи родовъ Т. обыкновенно нѣсколько поднимается и чрезъ 6—7 часовъ достигаетъ наибольшей высоты 37,5° С, доходя иногда даже до 38° С, рѣдко выше; затѣмъ упадаетъ до нормы къ концу сутокъ, понижаясь на 1, даже 1,5° С. если не послѣдовало септического или гнилостнаго зараженія во время родовъ. По изслѣдованіямъ Trautengoth'a, у роженицъ въ мочѣ находится бѣлокъ, больше его бываетъ у перворождающихъ. Saft нашелъ бѣлокъ у 32% первороженицъ и 22,6% многороженицъ. Цилиндры встрѣчаются рѣже. Если почки здоровы, то бѣлокъ и цилиндры обыкновенно исчезаютъ въ первые дни послѣ родовъ.

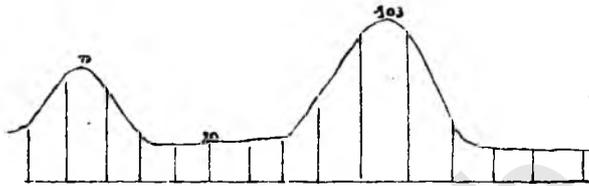
При нормальныхъ родахъ, преимущественно въ 3 періодѣ, роженица теряетъ среднимъ числомъ около 250 grm. крови, а нерѣдко значительно больше. Потеря въ вѣсѣ вслѣдствіе родовъ достигаетъ почти 8—9%; слѣдовательно при среднемъ вѣсѣ роженицы въ началѣ родовъ въ 60—65 kl. она теряетъ около 6000 gr., а именно:

| | |
|------------------------------|--------|
| младенецъ вѣситъ | 3200,0 |
| послѣдъ | 650,0 |
| воды | 750,0 |
| кровь | 250,0 |
| испражненія | 350,0 |
| потеря легкими и кожей . . . | 350,0 |
| | <hr/> |
| | 5550,0 |

Перворождающія теряютъ въ вѣсѣ нѣсколько меньше, нежели многороженицы.

2. *Изгоняющія силы.* Подъ этимъ именемъ разумѣютъ совокупность маточныхъ сокращеній и дѣйствія брюшнаго пресса. При посредствѣ этихъ силъ, какъ мы уже видѣли, готовится родовая каналъ для прохожденія плода, и послѣдній изгоняется изъ утробы матери наружу. Самое ощущеніе болей въ маткѣ зависитъ отъ сдавливанія чувствительныхъ нервныхъ волоконъ въ существѣ матки мышечными пучками во время сокращенія послѣднихъ, а также отъ растяженія родовыхъ путей. Чувствительныя волокна, происходящія отъ крестцовыхъ нервовъ, вѣроятно претерпѣваютъ непосредственное давленіе отъ лежащей части. При нормальныхъ родахъ прижатіе plex. sacralis происходитъ не всегда и притомъ въ теченіе короткаго времени. Мы ощущаемъ родовыя боли, положивъ руку на животъ. Матка въ это время твердѣетъ, контуры ея рѣзко обозначаются, и она замѣтно выдается впередъ. Fehling нашелъ, что во время сокращенія длина и ширина матки увеличиваются, напротивъ толщина уменьшается.

Наблюдения надъ дѣятельностью матки во время родовъ не оставляютъ сомнѣнй, что родовыя сокращенія одновременно начинаются и усиливаются во всѣхъ частяхъ матки. Въ это время количество крови въ этомъ органѣ значительно уменьшается, часть ея удаляется чрезъ отводящія вены; обмѣнъ газовъ въ дѣтскомъ мѣстѣ нѣсколько нарушается, но во время паузы снова устанавливается равновѣсiе въ этомъ отношенiи. Графическiя изображенiя родовыхъ болей показываютъ, что маточныя сокращенiя составляютъ кривую съ малопритупленной верхушкой; слѣдовательно каждое сокращенiе матки, дошедши до высшей степени, затѣмъ ослабѣваютъ.



Фиг. 92.

Westermann въ общемъ подтверждаетъ наблюденiя Schatz'a относительно маточныхъ сокращенiй. Кривая сокращенiй удерживается на асme только 8". Внутри-маточное давленiе и частота сокращенiй усиливается съ ходомъ родовъ и достигаетъ maximum'a въ концѣ второго періода. Schaeffer нашелъ нѣсколько иную кривую сокращенiй матки. Восхожденiе 16", асme 35", паденiе волны 33". По его наблюденiямъ, въ первомъ періодѣ при нормальныхъ родахъ время, въ теченiе котораго продолжается сокращенiе матки относится къ длинѣ паузы какъ 1 : 2, 4; во второмъ періодѣ сперва какъ 1 : 1, 7, потомъ какъ 1 : 1, 2. Продолжительность сокращенiя въ первомъ періодѣ равняется 70" и 65", паузы 125" и 130", во второмъ средняя продолжительность маточнаго сокращенiя—71" и 77", паузы 110" и 91". Число сокращенiй до окончанiя второго періода 53, изъ коихъ въ первомъ періодѣ было 21, во второмъ 32.

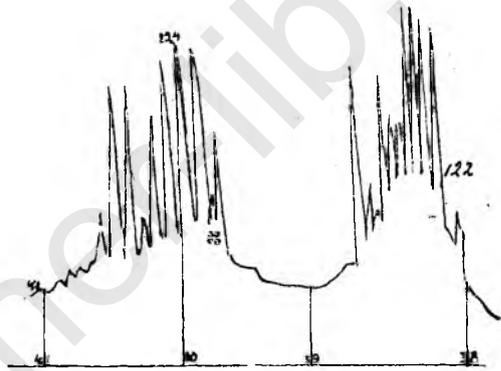
Слабость родовыхъ болей, наблюдаемая такъ часто у пожилыхъ перворождающихъ, зависитъ, по изслѣдованiямъ Börgner'a, отъ измѣненiй въ ткани матки и притупленiя иннерваци.

Измѣренiя силы отдѣльныхъ сокращенiй матки, произведенныя посредствомъ маммометра Schatz'омъ, показали, что давленiе внутри матки, равное во время паузы 20 mm. ртутнаго столба, увеличивается до 50, даже 100 mm. Сила, развиваемая сокращенiями матки, опредѣляется равною 9000,0, хотя она вѣроятно во многихъ случаяхъ превышаетъ эту величину. Schatz опредѣлилъ эту силу въ 17—35 фунтовъ. По даннымъ, добытымъ этимъ изслѣдователемъ, давленiе въ полости матки возрастаетъ по мѣрѣ ея опорожненiя. Когда головка стоитъ у выхода таза, и матка опорожнилась на $\frac{1}{3}$, давленiе внутри этого органа увеличивается въ $1\frac{1}{2}$ раза. При прорѣзыванiи головки и опорожненiи матки на половину, давленiе возрастаетъ вдвое. Въ третьемъ періодѣ родовъ, когда объемъ матки сократился на $\frac{5}{9}$, давленiе увеличивается въ 4—5 разъ.

Совмѣстно съ дѣйствiемъ брюшнаго пресса сила маточныхъ сокращенiй увеличивается вдвое и даже болѣе. Предъ началомъ дѣйствiя брюшнаго пресса роженица дѣлаетъ глубокое вдыханiе, наклоняетъ свое тѣло напередъ и затѣмъ, сжимая гортань, стремится произвести

выдыханіе, вызывая такимъ образомъ сильное напряженіе, во время котораго передняя стѣнка живота и грудобрюшная преграда отдавливаютъ матку по направленію ея продольной оси ко входу таза. При дѣйствіи брюшного пресса ось матки, наклоненная нѣсколько кзади, получаетъ болѣе вертикальное положеніе къ плоскости входа. Сокращеніе брюшного пресса само по себѣ не оказываетъ вліянія на количество крови въ маткѣ, такъ какъ давленіе распространяется равномерно на всю брюшную полость. Графическое изображеніе дѣятельности брюшного пресса представляетъ кривую, состоящую изъ многихъ острыхъ и длинныхъ зубцовъ, представляющихъ отдѣльные моменты дѣйствія этой мышечной силы.

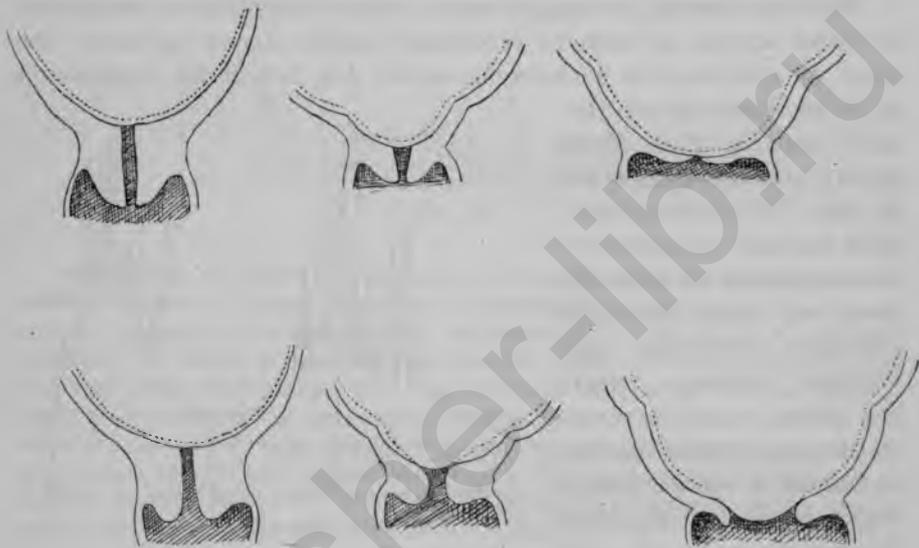
Маточныя связки, мышцы которыхъ также подвергаются сокращенію во время родовъ, не имѣютъ особеннаго вліянія, кромѣ круглыхъ связокъ, на дѣятельность и положеніе матки. *Lig. lata et lig. uterosacralia* не въ состояніи препятствовать поднятію тѣла матки кверху, или наклоненію его на бокъ. Что касается круглыхъ связокъ, то, претерпѣвая напряженіе во время родовъ, онѣ первое время составляютъ нѣкоторое препятствіе поднятію кверху дна матки, а слѣдовательно чрезмѣрному удлиненію этого органа, и способствуютъ также наклоненію дна матки кпереди. Но удлиняясь, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, онѣ утрачиваютъ свое вліяніе на матку.



Фиг. 98.

При каждомъ сокращеніи матки сдавливается ея содержимое, часть околоплодной жидкости опускается книзу и помѣщается впереди предлежащей головки, выпячивая нѣсколько прилежавшій прежде къ ней околоплодный пузырь. Послѣдній производитъ давленіе на нижній сегментъ матки и область внутренняго зѣва. Тамъ, гдѣ сохранилось вполнѣ шейка, при родовыхъ сокращеніяхъ матки верхушка околоплоднаго пузыря сперва растягиваетъ внутренній зѣвъ и каналъ шейки, затѣмъ уже наружный зѣвъ. Въ другихъ случаяхъ, когда верхняя часть канала шейки уже претерпѣла растяженіе во время беременности, подъ вліяніемъ родовыхъ схватокъ начинаетъ раскрываться наружный зѣвъ. Когда послѣдній нѣсколько раскрывается, во время сокращенія матки, изслѣдующій палецъ ощущаетъ напряженіе околоплоднаго пузыря. Спустя нѣкоторое время послѣ начала родовыхъ сокращеній, у перворождающихъ влагалищная часть представляется изглаженною, края нѣсколько расширеннаго наружнаго устья матки тонкими. У женщинъ многорож-

дающихъ сглаживаніе шейки менѣе выражено и наблюдается только при значительномъ раскрытіи устья, края котораго у нихъ мягче даже въ началѣ родовъ. Околоплодный пузырь во время сокращенія матки теперь выпячивается чрезъ это отверстіе и постепенно продолжаетъ его растягивать. Такъ какъ зѣвъ часто въ началѣ родовъ находится на задней части опускающагося въ тазъ сегмента матки и нерѣдко расположенъ не симметрично, то при расширеніи края его расходятся неравнобѣрно. Дольше всего удерживается передній край зѣва, который долженъ оттянуться на болѣе значительное протяженіе; передняя губа иногда долго остается во время родовъ, даже послѣ разрыва пузыря, между лоннымъ соединеніемъ и головкой.



Фиг. 94—96. Шематическое изображеніе раскрытія канала шейки у перворожающей. Фиг. 97—99. Тѣ же явленія у многоорождающей.

3. *Значеніе околоплодной жидкости и оболочекъ яйца* при родахъ въ достаточной степени выяснено въ описаніи родового акта. Какъ уже было замѣчено, разрывъ оболочекъ яйца далеко не всегда наступаетъ при полномъ открытіи маточнаго зѣва. Часто это происходитъ преждевременно; воды иногда истекаютъ при мало раскрытомъ зѣвѣ или даже при самомъ началѣ родовъ. Въ такихъ случаяхъ раскрытіе наружнаго зѣва совершается непосредственно видѣряющейся въ него предлежащею головкой. При этихъ условіяхъ раскрытіе не происходитъ съ такою постепенностью, сопровождается гораздо большими болями и нерѣдко болѣе значительными надрывами краевъ зѣва. Послѣдніе обыкновенно происходятъ по сторонамъ зѣва, рѣже по срединѣ или на задней губѣ и только въ исключительныхъ случаяхъ доходятъ до свода влагалища при ненормальныхъ родахъ, или даже переходятъ на ткань шейки, обнажая тазовую кльтчатку.

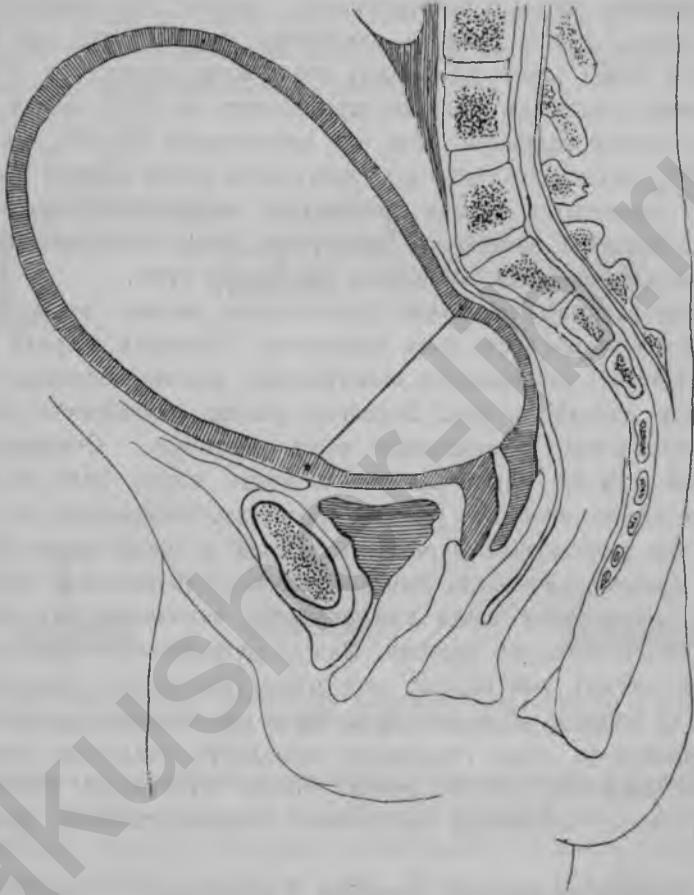
При разрывѣ пузыря изливаются не только воды, находившіяся впереди головки, а также, часть водъ изъ полости матки, хотя въ послѣдней при правильныхъ положеніяхъ всегда остается нѣкоторое количество околоплодной жидкости, которая изливается только послѣ рожденія плода. Auchard считаетъ это количество не болѣе 100,0. Разрывъ околоплоднаго пузыря обуславливается отчасти истонченіемъ, но главнымъ образомъ увеличеніемъ поверхности подлежащихъ оболочекъ, которыя, постепенно отслаиваясь отъ стѣнокъ матки, лишаются такимъ образомъ опоры и претерпѣваютъ давленіе при каждомъ сокращеніи матки. Когда разрывъ оболочекъ происходитъ при полномъ раскрытіи зѣва, разстояніе между его краями достигаетъ 9—10 см. При такихъ условіяхъ разрывъ происходитъ въ 55%, всѣхъ родовъ. Раньше полнаго раскрытія зѣва онъ происходитъ въ 25%, въ остальныхъ 20% родовъ истеченіе водъ наступаетъ послѣ полнаго раскрытія, причемъ приходится иногда производить искусственно разрывъ оболочекъ. Большею частью это показуется, когда околоплодный пузырь выпячивается во входъ влагалища или между губъ.

Иногда разрывъ оболочекъ происходитъ высоко возлѣ дѣтскаго мѣста, и при этомъ часть водъ изливается. Лежащая впереди головки часть оболочекъ разрывается впоследствии, или же, покрывая головку, рождается вмѣстѣ съ нею. Подобная рѣдкая случайность возможна, если отрывается подлежащая часть оболочекъ. Описаны исключительные случаи, когда при доношенномъ плодѣ было наблюдаемо рожденіе цѣлаго яйца безъ разрыва оболочекъ. Обыкновенно это бываетъ иногда при выкидышахъ и раннихъ родахъ и очень рѣдко даже при родахъ преждевременныхъ. Всѣ такіе случаи, гдѣ оболочки покрываютъ головку доношеннаго плода при рожденіи, называются въ общепитіи рожденіемъ ребенка въ сорочкѣ. Иногда разрывается сперва ворсистая оболочка, затѣмъ уже водная, еще рѣже происходитъ обратное явленіе. Когда разрывъ оболочекъ произошелъ при полномъ раскрытіи зѣва, опустившаяся въ тазъ головка не дозволяетъ свадаться краямъ наружнаго отверстія. Въ это время, послѣ оттягиванія краевъ зѣва кверху, каналъ влагалища составляетъ непосредственное продолженіе матки.

4. *Растяженіе нижняго сегмента и приподнятіе сократительнаго кольца.* Раскрытіе наружнаго маточнаго зѣва и сглаживаніе влагалищной части, представляетъ явленіе довольно сложное, разъясненное только въ недавнее время. При изложеніи беременности мы различали въ маткѣ двѣ части:—верхнюю часть тѣла, иначе *полый мускулъ* Шредера, и нижній сегментъ, непосредственно переходящій въ шейку, которая участвуетъ въ его образованіи. Въ области нижняго сегмента, въ концѣ беременности стѣнки представляются нѣсколько тоньше, особенно у первобеременныхъ, нежели въ верхней части тѣла матки. Можно допустить безъ особенныхъ натяжекъ, что граница между обѣими частями

матки находится непосредственно предъ наступленіемъ родовъ, приблизительно на уровнѣ входа въ тазъ или нѣсколько выше. При такихъ условіяхъ она должна отстоять приблизительно на 7 см. отъ внутренняго устья въ X мѣсяцѣ беременности.

Какъ уже упомянуто выше, въ послѣднія двѣ недѣли беременности наче чаще верхняя часть канала шейки расширяется. Въ послѣднее время участіе канала шейки въ образованіи нижняго сегмента матки

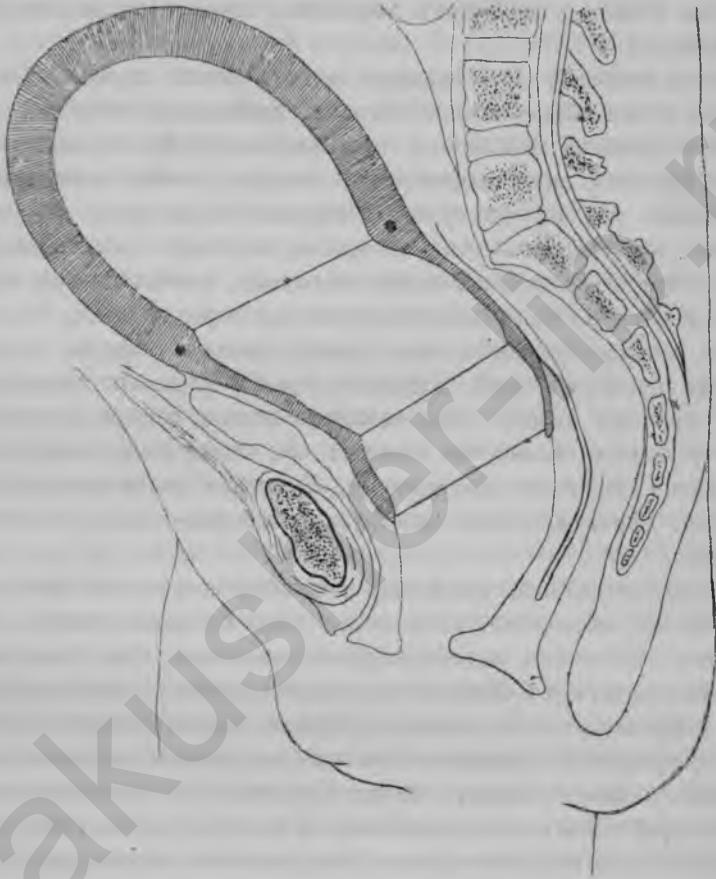


Фиг. 99. Матка въ концѣ беременности. Прямая линия указываетъ положеніе сократительнаго кольца, обозначающаго верхнюю границу нижняго сегмента (по Шредеру). Длина канала шейки здѣсь сохранилась.

доказывается изслѣдованіями Zweifel, Perf, Dittel и Blanc'a. Верхняя часть шейки идетъ, въ большинствѣ случаевъ, въ послѣднія недѣли беременности на увеличеніе полости матки. Гораздо рѣже шейка остается, въ особенности у беременныхъ въ первый разъ, безъ измѣненій до конца родовъ, сохраняя свою длину.

Когда начинаются сокращенія матки, они производятъ равномерное

давленіе на яйцо, составляющее содержимое матки. Такъ какъ въ нижней части этого органа находится наиболѣе податливое отверстіе, то оно начинаетъ постепенно растягиваться околоплоднымъ напрягающимся пузыремъ, какъ это было описано выше. Сплошного слоя циркулярныхъ волоконъ въ маточной шейкѣ не существуетъ. Не существуетъ также настоящаго сфинктера матки вокругъ наружнаго устья. Здѣсь, какъ и на протяжении всей шейки, наибольшее сопротивленіе



Фиг. 100. Шематическое изображеніе матки во II періодѣ родовъ. Нижній сегментъ сильно растянутъ, стѣнки тѣла утолщены. Прямые линіи, начиная сверху внизъ, обозначаютъ положеніе сократительнаго кольца, внутренняго и наружнаго зѣва матки (по Шредеру).

маточнымъ сокращеніямъ оказываетъ плотная соединительная ткань. Одновременно въ самомъ тѣлѣ матки совершается другое важное явленіе. Нижній сегментъ матки, несмотря на оттягиваніе кверху красвъ маточнаго зѣва, подѣ вліяніемъ маточныхъ сокращеній, постепенно удлиняется и становится тоньше; верхняя граница его отходитъ выше, и чѣмъ большее сопротивленіе встрѣчаетъ, послѣ истеченія

воду, предлежащая головка, при своемъ прохожденіи тазоваго канала, тѣмъ рѣзче бываетъ выражено это явленіе. Одновременно тѣло матки укорачивается, стѣнки его становятся толще, въ нихъ какъ бы собираются и скучиваются мышечные пучки. Столь различные результаты сокращеній матки, обнаруживающіеся въ тѣлѣ и нижнемъ сегментѣ, объясняются главнымъ образомъ различнымъ отношеніемъ мышечныхъ пучковъ къ брюшинѣ. Въ тѣлѣ матки они плотно прикрѣпляются къ брюшинѣ, въ нижнемъ сегментѣ большинство пучковъ не соединены тѣсно съ серознымъ покровомъ, почему они раздвигаются и растягиваются.

При дальнѣйшей дѣятельности матки, послѣ прохожденія воды, удлиненіе и истонченіе нижняго сегмента матки достигаетъ иногда значительной степени, особенно у перворожениць. На его верхней границѣ образуется ясно выраженный выступъ, такъ называемое сократительное кольцо, внутренняя окружность котораго не менѣе 30 см. Оно обхватываетъ тѣло младенца, наичаще тотчасъ выше шеи плода; но при болѣе продолжительныхъ родахъ, послѣ истеченія воды, это кольцо можетъ по тѣлу плода подниматься гораздо выше. Въ такихъ случаяхъ сократительное кольцо прощупывается снаружы, на уровнѣ или ниже пупка, въ видѣ плоскаго желоба, идущаго нѣсколько косвенно, причеиъ конецъ его, соотвѣтствующій спинкѣ плода всегда лежитъ нѣсколько выше, что зависитъ отъ болѣе значительнаго растяженія матки въ этомъ направленіи. Желобокъ раздѣляетъ матку на двѣ части: верхнюю -- болѣе плотную и нижнюю -- тонкую и болѣе податливую.

Несмотря на изліяніе части воды и опусканіе головки въ каналъ таза, дно матки не понижается, какъ можно было бы предположить а priori; напротивъ, оно стоитъ высоко, нерѣдко даже выше, чѣмъ въ началѣ родовъ. Дно доходитъ, въ особенности у перворожениць, иногда до края печени и соприкасается съ ложными ребрами правой стороны. Удлиненію матки совершается, главнымъ образомъ, вслѣдствіе продолжительнаго растяженія нижняго сегмента матки совместно съ маточною шейкой, длина которой значительно увеличивается къ концу родовъ. Не слѣдуетъ смѣшивать сократительное кольцо съ внутреннимъ зѣвомъ, какъ это дѣлали раньше. Такъ какъ въ образованіи нижняго сегмента принимаетъ участіе не только шейка матки, но также нижняя часть тѣла матки, почему сократительное кольцо всегда бываетъ расположено выше внутреннего зѣва. Разстояніе между ними тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе былъ растянутъ нижній сегментъ. Расширенный внутренній зѣвъ всегда во время родовъ, и часто уже во время беременности, участвуетъ въ образованіи нижняго сегмента. Вслѣдствіе растяженія и удлиненія нижней части матки, стѣнки нижняго сегмента недалеко отъ сократительнаго кольца по крайней мѣрѣ вдвое тоньше, нежели у дна матки. Въ концѣ перваго періода родовъ толщина нижняго сегмента достигаетъ

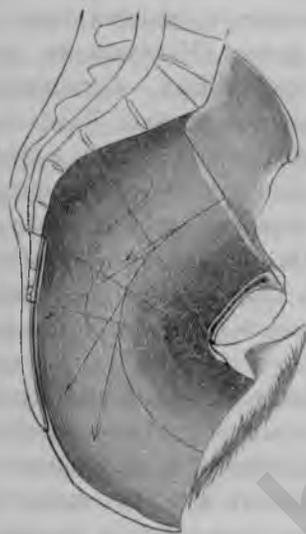
всего отъ 3 до 7 мм. Дѣятельность брюшнаго пресса не въ состояніи препятствовать долгое время такому истонченію и растяженію нижняго сегмента. При удлиненіи матки, въ особенности у первораждающихъ, во второмъ періодѣ родовъ, плодъ также удлиняется; спинка его нѣсколько разгибается, нижнія конечности отодвигаются отъ живота и располагаются у дна матки. Однимъ словомъ нарушается правильное членорасположеніе плода. Если второй періодъ слишкомъ затягивается, то ягодицы плода отчасти, выходятъ изъ утолщенной части тѣла матки, изъ области полаго мускула, который въ такихъ случаяхъ сильно оттягивается кверху и кпереди. Плодъ переходитъ почти весь въ нижній сегментъ матки и во влагалище. Сократительное кольцо въ такихъ условіяхъ приподнимается выше пупка, дно матки располагается у лѣваго подреберья, головка плода стоитъ въ полости таза.

5. *Значеніе костнаго таза въ механизмъ родовъ.* Механизмомъ родовъ мы обозначаемъ тѣ движенія, какія совершаетъ обыкновенно предлежащая часть при прохожденіи чрезъ тазовой каналъ. Наиболѣе сложныя разнообразныя движенія совершаетъ предлежащая головка. Тазъ, согласно описанію, изложенному въ началѣ книги, представляетъ костный каналъ, у котораго передняя стѣнка гораздо короче боковыхъ и въ особенности задней. На поперечномъ разрѣзѣ онъ имѣетъ форму нѣсколько суживающагося книзу четырехугольника. Костный тазъ не можетъ дать вполне точнаго понятія о родовомъ каналѣ, чрезъ который проходитъ предлежащая головка,—ему недостасть такъ называемаго дна таза. Этимъ именемъ называютъ слой мягкихъ частей, закрывающій выходъ таза отъ задней стѣнки большихъ губъ до копчика, или—вѣрнѣе до верхушки крестца и сѣдалищныхъ связокъ. Значительная плотность и неуступчивость дна таза зависитъ отъ расположенныхъ здѣсь плотныхъ фасцій, а также мышцъ промежности. Къ области дна таза слѣдуетъ причислить также всю окружность нижней части прямой кишки, равнымъ образомъ подвергающуюся растяженію и давленію во время родовъ. Въ такомъ случаѣ всѣ мягкія части, расположенныя въ тазу ниже матки, можно раздѣлить на два сегмента: передній, иначе лонный, и задній, или крестцовый,—которые отдѣляются одинъ отъ другаго каналомъ влагалища. Эти сегменты обозначаются только во время родовъ; въ то время, когда передній сегментъ приподнимается съ предлежащей головки кверху, задній она отодвигаетъ и растягиваетъ книзу и кпереди при лежачемъ положеніи женщины.

Анатомическія изслѣдованія на трупахъ показываютъ, что каналъ женскаго таза представляетъ, по направленію книзу отъ тазоваго входа, спереди назадъ сдавленную воронкообразную полость, на передней стѣнкѣ которой находится большая вырѣзка — лонная дуга. Выходъ таза закрытъ дномъ, мягкія части котораго составляютъ во время родовъ какъ бы продолженіе задней костной стѣнки таза. При прохожденіи предлежащей головки чрезъ половую расщелину, эти мяг-

кія части превращаются въ трубку или каналъ, составляющій непосредственное продолженіе полости таза. Задняя стѣнка этого канала, считая отъ верхушки крестца, имѣетъ при наибольшемъ растяженіи не менѣе 10—12 см. длины. Между тѣмъ какъ передняя, состоящая изъ верхней части преддверья и уздечки малыхъ губъ, гораздо короче - не болѣе 2—3 см. Эта мягкая часть родового канала, образуемая главнымъ образомъ дномъ таза, представляетъ какъ бы надставку къ полости костнаго таза. Съ механической точки зрѣнія ее можно назвать *добавочнымъ* родовымъ каналомъ.

Ось этой нижней части родового канала, будучи продолжена, образуетъ почти прямой уголъ съ осью тазового входа. Осъ костнаго таза, при отодвинутомъ къзади копчикѣ, и ея продолженіе можно принять, безъ большихъ натяжекъ, за проводную линію таза, т.-е. линію, по которой, при прохожденіи головки чрезъ тазовой каналъ, движется приблизительно ея центръ. Вся эта проводная линія таза представляетъ въ механическомъ отношеніи параболическую линію, очерченную возлѣ нижняго края лоннаго соединенія. Головка, двигаясь по этой линіи, сперва проходитъ по направленію оси входа въ тазъ. Опустившись въ полость таза, она начинаетъ отклоняться кпереди, а достигши дна таза, движенія ея направляется еще болѣе впередъ по линіи, образующей съ осью тазового входа почти прямой уголъ. Само собою разумѣется, что головка своею наибольшею окружностью въ извѣстный моментъ родовъ будетъ послѣдовательно проходить, по законамъ механики, чрезъ тѣ только плоскости, которыя стоятъ перпендикулярно къ тазовой оси, которая однако не вполне совпадаетъ съ центрами плоскостей таза, чрезъ которыя проходятъ его діаметры.



Фиг. 101.

Глава 4.

Объясненіе важнѣйшихъ явленій родового акта; механизмъ родовъ при первомъ и второмъ темянныхъ предлежаніяхъ.

6. *Механизмъ прохожденія предлежащей головки чрезъ родовый каналъ во время нормальныхъ родовъ при первомъ темянномъ предлежаніи.* Разнообразныя движенія, которыя совершаетъ головка, двигающа-

щаяся чрезъ родовой каналъ совокупными силами маточныхъ сокращеній и брюшнаго пресса, можно резюмировать такимъ образомъ.

1. Поступательное движеніе.
2. Сгибаніе по направленію поперечной и продольной головной оси.
3. Вращательное движеніе головки внутри таза.
4. Разгибаніе головки.
5. Вращательное наружное движеніе внѣ таза.

Поступательное движеніе является главнымъ и наиболѣе постояннымъ; всѣ другія движенія головки большею частію совершаются совмѣстно съ нимъ.

Въ началѣ родовъ у перворождающихъ мы обыкновенно находимъ предлежащую головку, стоящую своею наибольшею окружностью во входѣ таза, иногда даже глубже; у многорождающихъ же наичаще она стоитъ еще надъ входомъ въ тазъ. У нихъ головка вступаетъ во входъ таза большею частью только послѣ разрыва пузыря и значительнаго раскрытія наружнаго устья. При внутреннемъ изслѣдованіи въ началѣ родовъ, при такихъ условіяхъ, оба родничка стоятъ на одной высотѣ, или же малый находится нѣсколько ниже большаго. Стрѣловидный шовъ располагается приблизительно въ одинаковомъ разстояніи отъ мыса и верхняго края лоннаго соединенія и проходитъ въ поперечномъ или косомъ діаметрѣ таза. Въ послѣднемъ случаѣ малый родничокъ при первой теменной позиціи обращенъ наичаще напередъ и очень рѣдко кзади.

Вставленіе головки въ косомъ размѣрѣ зависитъ въ значительной степени отъ скручиванія матки около оси; при этомъ обыкновенно не лѣвый бокъ обращенъ нѣсколько кпереди, а правый—кзади. Когда продольная ось матки значительно уклоняется отъ вертикальнаго направленія во входѣ въ тазъ, кпереди или кзади, то вставляется въ тазъ больше передняя или задняя теменная кость головки, и стрѣловидный шовъ лежитъ ближе къ мысу или къ лонному соединенію. При дальнѣйшемъ ходѣ родовъ эта неправильность большею частью скоро исправляется. При положеніи большаго и малаго родничка приблизительно на одной высотѣ, головка находится въ согнутомъ положеніи и затылокъ ея стоитъ ниже лобика.

De Seigneux наблюдалъ, что отклоненіе стрѣловиднаго шва къ лонному соединенію или къ мысу, *obliquitas Naegele*, встрѣчается часто при тазѣ вполне нормальномъ. Заднее отклоненіе стрѣловиднаго шва наблюдается чаще у первороженицъ, переднее у многороженицъ. Это находится въ зависимости отъ направленія оси матки.

Запимающая такое положеніе, головка опускается, не измѣняя направленія затылка, до нижней части крестца, гдѣ тазовой каналъ измѣняетъ свое направленіе. Встрѣтивъ значительное препятствіе, головка сгибается сильнѣе, отчего малый родничокъ значительно опускается, а большой уходитъ кверху. Далѣе, слѣдуя направленію тазовой оси, головка наклоняется нѣсколько къ переднему плечу, подви-

гаясь по своей продольной оси. Совершивъ это движеніе, головка опускается до дна таза и располагается въ его полости, закрывая сѣдалищныя ости, *spin. ischii*. Въ то время, когда темя упирается въ верхнюю часть тазового дна, совершается, при дѣйствіи изгоняющихъ силъ, внутри таза вращеніе затылка напередъ.

Это физиологическое явленіе, повторяющееся съ такимъ постоянствомъ при правильныхъ родахъ, старались объяснить различнымъ образомъ. Особенное значеніе придавали неравномѣрному сопротивленію стѣнокъ таза; такъ какъ головка младенца, упирающаяся въ дно таза, окружена сзади костяными стѣнками таза, а спереди имѣетъ отверстіе, ограниченное лонною дугою. Одна эта причина не объясняетъ поворотъ головки затылкомъ кпереди, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ малый родничокъ обращенъ прямо въ сторону или назадъ. Вращеніе головки нельзя объяснить также направлениемъ канала таза или покатою его задней стѣнки. Потому что всѣ эти причины указываютъ только на необходимость поступательнаго движенія головки и на сгибаніе ея къ переднему плечу, но отнюдь не объясняютъ ея вращательнаго движенія напередъ. Не отвергая вполнѣ нѣкотораго второстепеннаго значенія за вышеприведенными причинами, мы полагаемъ, что ближайшая причина вращательнаго движенія головки затылкомъ напередъ заключается въ *направленіи изгоняющихъ силъ*. Равнодѣйствующая линія этихъ силъ должна проходить чрезъ длинникъ плода, конецъ котораго при сильномъ сгибаніи головки упирается въ затылокъ. Такимъ образомъ послѣдній является главнымъ объектомъ приложенія изгоняющихъ силъ и потому, въ силу необходимости, долженъ подвигаться впереди другихъ частей головки, представляющей овоидное тѣло, выполняющее родовую каналъ. Такъ какъ задняя преимущественно костная, часть таза поката, а передняя стѣнка, ниже лоннаго соединенія, представляетъ меньшее сопротивленіе, то затылокъ поворачивается именно въ этомъ направленіи.

Подобное же мнѣніе высказываетъ въ послѣднее время Schatz, который вращеніе затылка ставитъ въ зависимость отъ эксцентрическаго расположенія оси шеи относительно головки младенца. Сутугинъ полагаетъ, что вращеніе затылка напередъ зависитъ отъ движенія туловища плода. Olshausen, Fehling и Rey находятъ, что оно происходитъ подъ вліяніемъ движенія плечиковъ. Ostermann объясняетъ его сопротивленіемъ въ нижней части таза и особенностями устройства задней стѣнки этой части родового канала, представляющаго наклонную плоскость. Совершенно справедливо Wochenfeld отвергаетъ мнѣніе Veit'a, который полагаетъ, что на вращеніе затылка вперёдъ оказываютъ вліяніе *mm. pyriformes*. Гораздо болѣе на это движеніе вліяютъ боковыя связки таза, которыя вмѣстѣ съ крестцомъ образуютъ широкій желобъ, по которому скатывается головка.

Сперва малый родничекъ располагается возлѣ лѣвой *foram. obturatum*, затѣмъ приближается къ соотвѣтственной вѣтви лонной дуги. При этомъ головка совершаетъ одновременно поступательное движеніе. Дальнѣйшее вращеніе головки совершается при прохожденіи ея

черезъ выходъ таза. Съ того момента, когда головка начинаеть вѣзывать, направлєніе стрѣловиднаго шва ея приближается все болѣе и болѣе къ прямому размѣру выхода таза. Дуга, описываемая головкой при внутреннемъ вращеніи, большею частью менѣе 90° , нерѣдко достигаетъ этой величины или даже приближается къ 135° , если затылокъ въ началѣ родовъ былъ обращенъ къзади.

Начало разгибанія головки съ одновременнымъ поступательнымъ



Фиг. 102. Начало растяженія промежности и вѣзыванія головки.

движеніемъ начинается, когда еще вращеніе не вполне окончилось. Оно обнаруживается съ надавливаніемъ головки на промежность и совпадаетъ съ прохожденіемъ головки чрезъ выходъ таза. Движеніе это совершается главнымъ образомъ въ добавочномъ отдѣлѣ тазового канала, задняя стѣнка котораго образуетъ дноъ таза. Такъ какъ ниже костной стѣнки таза рѣзко мѣняется направлєніе тазовой оси, почему головка по необходимости должна нѣсколько отклониться отъ груди, чтобъ имѣть возможность двигаться по задней стѣнкѣ добавочнаго канала. Начало выпячиванія промежности при потугахъ служить

признакомъ начала разгибательнаго движенія головки. Въ началѣ своего разгибательнаго движенія головка располагается въ тазу такимъ образомъ, что затылокъ находится за лонной дугой, личико въ крестцовой впадинѣ, темя у дна таза. Стрѣловидный шовъ стоитъ нѣсколько наискось; наибольшая окружность головки проходитъ чрезъ вертикальную къ оси таза плоскость приблизительно на уровнѣ узкой части его полости.



Фиг. 101. Продолженіе растяженія промежности и врыванія головки.

или даже прилежить къ ней. Стрѣловидный шовъ проходитъ въ направленіи прямого размѣра выхода таза. Промежность растянута ad maximum. Такъ какъ при такомъ положеніи головки, линія, выражающая направленіе изгоняющихъ силъ, направляется на переднюю часть головки, то весьма естественно происходитъ быстро ея разгибаніе. При дѣйствіи потугъ изъ-за промежности выступаетъ лобъ, личико и подбородокъ. При этомъ *lin. nuchae* упирается въ верхушку лонной дуги. При вышеописанномъ поступательномъ и разгибательномъ движеніи головки, сильно выпячивается и растягивается промежность и входъ во влагалище.

Поступательное движеніе головка совершаетъ совместно съ туловищемъ, при этомъ ея подбородокъ удаляется отъ груди, когда головка начинаетъ приподниматься по промежности. Сначала показывается подъ лоннымъ соединеніемъ при первой позиціи задняя треть правой, темянной кости, затѣмъ вставляется затылокъ, который при слѣдующихъ потугахъ постепенно выдвигается настолько, что подъ лоннымъ соединеніемъ упирается *lin. nuchae*, то-есть мѣсто перехода затылка въ шею. Въ это время наружу изъ половыхъ частей выстаетъ также значительная часть темени. Край растянутыхъ большихъ губъ находятся непосредственно впереди темянныхъ бугровъ, большой родничокъ стоитъ за уздечкой

Такъ какъ входъ во влагалище, особенно у первораждающихъ, представляетъ сравнительно узкое отверстіе, которое къ тому же имѣетъ плотныя стѣнки, то подвигающаяся впередъ головка выпячивается не только промежность, но также нижнюю часть передней стѣнки влагалища и преддверья съ наружнымъ мочевымъ отверстіемъ. Эти части отходятъ назадъ незадолго предъ прорѣзываніемъ головки. Длина промежности, которая въ нормальномъ состояніи не превышаетъ $2\frac{1}{2}$ —3 см., увеличивается болѣе нежели вдвое, она доходитъ до 6—8 см., въ такой же степени происходитъ растяженіе промежности въ поперечномъ направленіи.

При прохожденіи чрезъ нижнюю часть влагалища головка встрѣчаетъ препятствіе, главнымъ образомъ, въ плотныхъ фасціахъ таза и промежности; менѣе сопротивленія представляютъ, лежащая на пути ея, обхватывающая влагалище, часть *m. levator ani*, а ниже его мышечное кольцо *m. constrictor cunni*. Головка прорѣзывается своею окружностью, проходящею на уровнѣ малаго косога размѣра, которая равняется 28—29 см. Въ моментъ прорѣзыванія головка стоитъ почти подъ прямымъ угломъ къ туловищу, шея плода подвергается значительному разгибанію; почему послѣ прохожденія головка немедленно наклоняется книзу.

Въ то время, когда головка находится въ полости таза, плечики младенца расположены надъ входомъ въ тазъ. Только послѣ рожденія головки на свѣтъ, они вступаютъ въ тазовой каналъ въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ находился



Фиг. 104. Головка предъ моментомъ прорѣзыванія.

стрѣловидный шовъ головки, — слѣдовательно, при первой позиціи въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. При дальнѣйшемъ движеніи плечиковъ, при потугахъ, *lin. bisacromialis* переходитъ въ прямой размѣръ; потому что переднее, именно правое плечико, поворачивается кпереди въ силу тѣхъ же причинъ, подъ вліяніемъ которыхъ затылокъ обращается кпереди. Это движеніе совершается въ выходѣ таза. Движеніе плечиковъ сообщается родившейся головкѣ, которая вскорѣ послѣ выхода наружу поворачивается личикомъ при первой позиціи къ правому бедру матери.

Прохожденіе плечиковъ обыкновенно совершается такимъ образомъ — переднее плечо опускается и показывается изъ-подъ лонной дуги, здѣсь оно упирается; вслѣдъ затѣмъ во время потуги заднее плечо выкатывается по промежности. Невѣрно мнѣніе *Edgar'a*, будто бы у перворождающихъ послѣ выхожденія головки одинаково часто прорѣзывается первымъ какъ переднее такъ и заднее плечо. Послѣ выхожденія плечиковъ, безъ всякихъ затрудненій выходитъ туловище, при этомъ ручки наичаще лежатъ на груди, иногда одна изъ нихъ ближе прижата къ туловищу, или располагается на личикѣ.

Наружное вращеніе головки въ нѣкоторыхъ случаяхъ завоюетъ отчасти въ скручиванія шейки младенца, такъ какъ туловище часто отстаетъ отъ головки, при вращеніи послѣдней въ тазу. Иногда, особенно у многоражавшихъ, головка не дѣлаетъ наружнаго поворота, когда плечики проходятъ чрезъ тазъ въ поперечномъ діаметрѣ, или когда головка прорѣзывается, не совершивъ полнаго вращенія въ тазу. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, головка описываетъ, при наружномъ вращеніи, дугу значительно больше нормальной и становится личикомъ въ сторону противоположную той, къ которой оно находилось въ началѣ родовъ. Въ такомъ случаѣ плечики проходятъ чрезъ выходъ таза въ правомъ косомъ размѣрѣ, и подъ лонное соединеніе подходитъ при первой позиціи лѣвое плечико. Почему, вышедшая наружу, головка описываетъ вмѣсто $\frac{1}{4}$ около $\frac{3}{4}$ окружности. Излишній поворотъ, по всей вѣроятности, зависитъ отъ болѣе глубокаго опусканія задняго плечика тотчасъ послѣ прорѣзыванія головки.

Механизмъ родовъ при второй позиціи. Для большей ясности мы въ немногихъ словахъ изложимъ механизмъ движенія головки и туловища чрезъ тазовой каналъ при второй позиціи, хотя онъ въ большинствѣ случаевъ въ общихъ чертахъ не отличается отъ механизма родовъ при первой позиціи.

Въ началѣ родовъ, когда возможно изслѣдованіе чрезъ наружное устье матки, головка стоитъ во входѣ таза затылкомъ вправо; стрѣловидный шовъ находится иногда въ поперечномъ но чаще въ правомъ косомъ размѣрѣ; въ послѣднемъ случаѣ *малый родничекъ обращенъ обыкновенно кзади и очень рѣдко кпереди*, причемъ оба родничка находятся на одной высотѣ. Это часто наблюдаемое обращеніе малаго кзади родничка при второй позиціи теменныхъ предлежаній представляетъ ея особенность.

Наоборотъ, при лѣвой или первой позиціи, какъ уже сказано, малый родничокъ въ началѣ родовъ обыкновенно бываетъ обращенъ кпереди и очень рѣдко кзади. Когда головка опускается къ выходу таза, послѣ истеченія водъ и полного раскрытія зѣва, она встрѣчаетъ препятствіе въ нижней части крестцовой кости, и сгибается сильнѣе, отчего малый родничокъ опускается книзу, между тѣмъ какъ большой отходитъ кверху. Одновременно подвигаясь книзу, головка наклоняется къ переднему, именно къ лѣвому плечу. Дошедши до дна таза, головка, упираясь въ него, начинаетъ поворачиваться затылкомъ впередъ; малый родничокъ сперва передвигается къ области правой вертлужной впадины, затѣмъ къ яйцевидной дырѣ, наконецъ къ правой нисходящей вѣтви лонной кости.

Послѣ этого головка начинаетъ надавливать на промежность и совершаетъ свое разгибательное движеніе, въ половой щели показывается сперва задняя треть лѣвой теменной кости, затылокъ подходит постепенно подъ лонное соединеніе. При выхожденіи наружу затылка головка опирается своею *lin. nuchae* въ верхушку лонной дуги и растягиваетъ *ad maximum* промежность и входъ во влагалище. Въ это время наружу выстоитъ значительный сегментъ головки, окружность котораго приблизительно соотвѣтствуетъ малому косому размѣру головки, которая въ этотъ моментъ бываетъ охвачена, какъ кольцомъ, сверху стѣнкой преддверья, съ боковъ внутреннею поверхностью большихъ и малыхъ губъ, книзу уздечкой или верхнимъ краемъ промежности. При дѣйствіи потугъ головка совершаетъ довольно быстро разгибаніе, вращаясь около верхушки лонной дуги, причемъ на промежности появляются въ послѣдовательномъ порядкѣ лобъ, личико и подбородокъ. Вышедшая наружу головка сперва склоняется книзу, затѣмъ она вращается, обращаясь личикомъ къ лѣвому бедру матери. Плечики опускаются въ тазъ въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ; достигнувъ дна таза, они устанавливаются въ прямомъ размѣрѣ, причемъ лѣвое, лежащее кпереди, плечико опускается книзу и подходит подъ лонное соединеніе. Въ то время, когда оно упирается въ верхнюю часть лонной дуги, на промежности появляется правое плечико и проходитъ чрезъ половую расщелину. Прохождение чрезъ тазъ остальной части тѣла младенца происходитъ обыкновенно безъ всякихъ затрудненій.

Глава 5.

Вліяніе родовъ на головку младенца.

1. *Образованіе головной опухоли.* До истеченія водъ всѣ части тѣла младенца при маточныхъ сокращеніяхъ находятся подъ одинаковымъ давленіемъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ лежащая головка такъ плотно прилегаетъ къ стѣнкамъ родового канала, что стоя-

ная впереди ея околоплодная жидкость подвергается давленію нѣсколько меньшему, чѣмъ то, которое дѣйствуетъ на плодъ въ полости матки. Въ этихъ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ на подлежащей части головки можетъ развиваться отечная опухоль, даже при стоячихъ водахъ, которая впрочемъ никогда не достигаетъ значительныхъ размѣровъ. Обыкновенно эта опухоль, *caput succedaneum*, появляется послѣ истеченія водъ, когда подлежащая часть головки во время прохожденія чрезъ родовый каналъ обыкновенно находится при потугахъ подъ меньшимъ давленіемъ, почему въ ея сосудахъ скопляется кровь, и развивается отечная инфильтрація. Опухоль можетъ появиться уже въ первомъ періодѣ родовъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда воды прошли рано, при незначительной степени раскрытія зѣва. Наичаще же опухоль развивается во второмъ періодѣ родовъ, при прохожденіи головки чрезъ выходъ таза и наружное отверстіе половыхъ частей.

Появленію опухоли предшествуютъ иногда во время потуги образование складокъ на кожѣ той части головки, которая лежитъ наиболѣе впереди на проводной линіи таза, гдѣ всегда развивается опухоль. Почему по положенію опухоли на головкѣ родившагося ребенка можно распознать его предлежаніе и позицію. Послѣ этого будетъ вполне понятно, почему при первой позиціи темянного предлежанія опухоль, развивающаяся на головкѣ въ выходѣ таза, появляется на задней части правой темянной кости и распространяется на затылокъ и въ меньшей степени на лѣвую темянную кость. Если опухоль образовалась раньше при расширеніи зѣва, то она будетъ находиться болѣе впереди преимущественно на правой теменной кости. При второй позиціи темянного положенія головная опухоль находится въ противоположныхъ мѣстахъ на покровахъ черепа.

При теменныхъ предлежаніяхъ опухоль на головкѣ представляетъ обыкновенное явленіе, хотя не всегда бываетъ выражена въ одинаковой степени; у многоорождающихъ, при быстромъ прохожденіи головкою родового канала, опухоль часто бываетъ незамѣтна. Родовая опухоль на головкѣ представляется плоскою или выступающею, она происходитъ вслѣдствіе пропитыванія подкожной клѣтчатки и ткани подъ *galea aronevrotica* серозно-кровоянистою жидкостью съ небольшими кровоизліяніями въ кожныхъ покровахъ. Опухоль тѣстовата на ошупь и переходитъ границу швовъ; обыкновенно она скоро всасывается и проходитъ въ теченіи первыхъ сутокъ.

2. *Измѣненіе формы черепа вслѣдствіе родовъ.* При прохожденіи головки чрезъ тазовой каналъ, форма черепа весьма часто претерпѣваетъ нѣкоторыя измѣненія, которыя при правильныхъ родахъ обыкновенно не сопровождается вредными послѣдствіями для здоровья младенца. Это явленіе станетъ вполне понятнымъ, если мы припомнимъ, что черепъ плода состоитъ изъ нѣсколькихъ костей, не слишкомъ плотныхъ и соединенныхъ между собою швами, допускающими нѣкоторую под-

вижность этих костей и возможность их смѣщенія въ извѣстныхъ предѣлахъ. Когда при движеніи головки чрезъ тазовой каналъ она встрѣчаетъ препятствіе при нормальныхъ условіяхъ, преимущественно въ области своей периферіи, которая, какъ было упомянуто, соответствуетъ окружности, проходящей чрезъ малый косоу размѣръ; то части головки, лежащія ниже этой окружности, подвергаются поступательному движенію въ то время, когда части головки, лежащія выше окружности, удерживаются сопротивленіемъ. Сообразно устройству таза, сопротивление въ большей степени бываетъ выражено въ задней, нежели въ передней части таза. Наибольшее сопротивление при правильномъ тазѣ встрѣчается, преимущественно при прохожденіи головкою выхода таза и наружнаго отверстія родового канала.

Изъ вышеизложеннаго непосредственнаго вытекаетъ, что часть черепа, лежащая на проводной линіи, должна по необходимости выдвигаться по оси движенія сильнѣе другихъ частей головки. Такимъ обра-



Фиг. 105. Форма головки младенца родившагося при теменомъ предлежаніи.



Фиг. 106. Асимметрия головки; теменная кость лежащая при родахъ къзадѣ, уплощена.

зомъ происходитъ измѣненіе формы черепа плода, извѣстное подъ именемъ конфигураціи, особенной для каждаго предлежанія головки. При этомъ предлежащая головка удлинняется въ однихъ размѣрахъ и укорачивается въ другихъ, и такимъ образомъ она приспособляется къ формѣ тазового канала, что нѣсколько способствуетъ ея движенію впередъ. Въ особенности важное значеніе и развитіе, получаетъ конфигурація головки при суженіяхъ таза. При теменныхъ предлежаніяхъ, сопровождающихся обыкновеннымъ механизмомъ родовъ, наиболѣе сильно выдается задняя часть теменной кости, затылокъ уплощается, головка дѣлается болѣе продолговатою и приобретаетъ коническую форму.

Одновременно съ измѣненіемъ формы головки, вслѣдствіе сдавливанія черепа при прохожденіи его чрезъ родовой каналъ, происходитъ захожденіе краевъ прилежащихъ костей черепа, при этомъ въ вѣнечномъ и лямбдовидномъ швахъ края теменныхъ костей возвышаются надъ затылочной и лобной. Обыкновенно край передней теменной кости

стоитъ подъ краемъ задней; лобныя кости, при значительномъ сжатіи черепа, располагаются въ обратномъ отношеніи по лобному шву. Захожденіе костей придасть головкѣ асимметричную форму. Нерѣдко существуетъ между половинами черепа также врожденная асимметрія. Послѣ правильныхъ родовъ конфигурація и пріобрѣтенная ассиметрія исчезаютъ по истеченіи первыхъ сутокъ.

Глава 6.

Отдѣленіе и выхожденіе послѣда.

Силы изгоняющія послѣдъ. Когда происходитъ сжатіе и укороченіе тѣла матки въ особенности въ концѣ II періода родовъ, дѣтское мѣсто



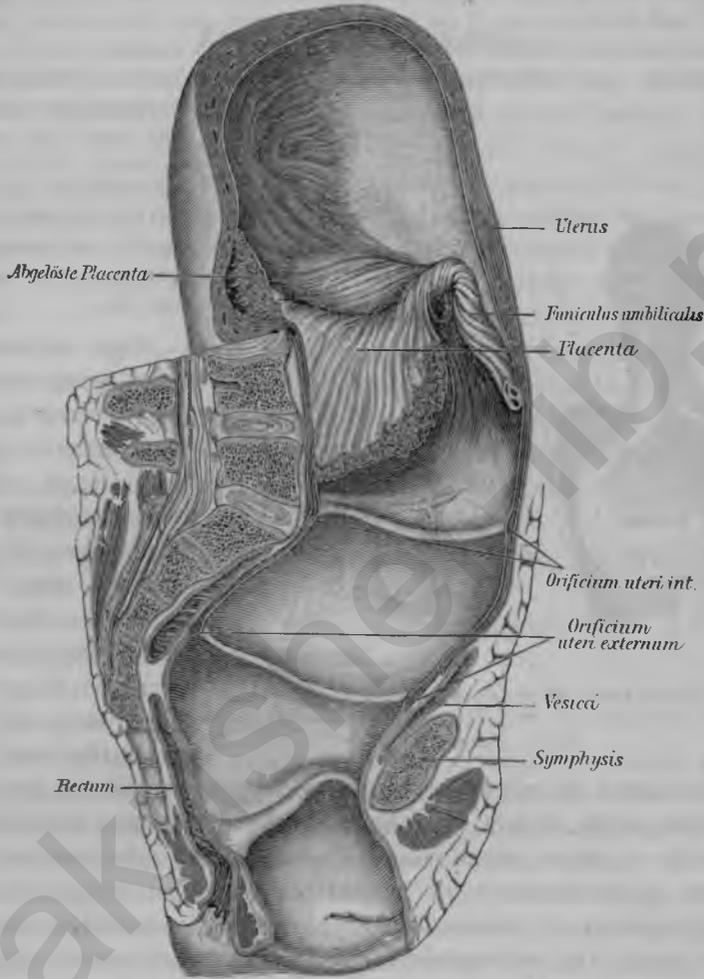
Фиг. 105. Изображаетъ отдѣленіе плаценты отъ стѣнокъ матки. На мѣстѣ, гдѣ еще отдѣленіе не послѣдовало, стѣнки матки толки; напротивъ, онѣ толсты тамъ, гдѣ плацента уже отдѣлилась.

не обладающее эластичностью, слѣдовательно не имѣющее возможности слѣдовать за маточными стѣнками, нѣсколько сморщивается на своей поверхности, и его края рѣзко выпячиваются. Въ это время начинается нарушеніе его соединенія со стѣнками матки. При изгнаніи плода, сопровождаемомъ значительнымъ уменьшеніемъ полости матки, часть дѣтскаго мѣста обыкновенно уже отдѣляется. Хотя Вальбур и нѣкоторые другіе утверждаютъ, что дѣтское мѣсто отдѣляется только въ III періодѣ родовъ. Появляющіяся въ этомъ періодѣ, маточныя сокращенія только заканчиваютъ отдѣленіе плаценты.

Послѣ отдѣленія части дѣтскаго мѣста между его наружною поверхностью и маткою происходитъ кровоизліяніе. Опускаясь книзу, эта кровь

производитъ отъ стѣнокъ матки отдѣленіе, прилегающихъ къ дѣтскому мѣсту, оболочекъ яйца. Когда, при слѣдующихъ сокращеніяхъ матки, отслаивается вся наружная поверхность плаценты и, при ослабленіи матки, увеличивается количество крови въ упомянутомъ мѣстѣ, дѣтское мѣсто подается книзу; въ это время въ каналѣ растянутой шейки и въ нижнемъ сегментѣ находится или нижій край плаценты, или наполненный кровью мѣшокъ, образуемый (плацентою) и оболочками. Отдѣлившаяся плацента тянетъ за собою и отслаиваетъ оболочки яйца, чему способствуютъ отчасти маточныя сокращенія. Отслойка оболочекъ и отдѣленіе дѣтскаго мѣста происходятъ обыкновенно въ ампулярномъ слобѣ отпадающей оболочки.

Механизм выхождения послѣда. Когда послѣдъ изгоняется изъ полого мускула въ нижній сегментъ и влагалище, онъ проходитъ чрезъ послѣднее и является наружу или своимъ нижнимъ краемъ впередъ, или же онъ выворачивается и сначала показывается его внутренняя поверхность съ прикрѣпленной пуповиной; при этомъ края послѣда бы-

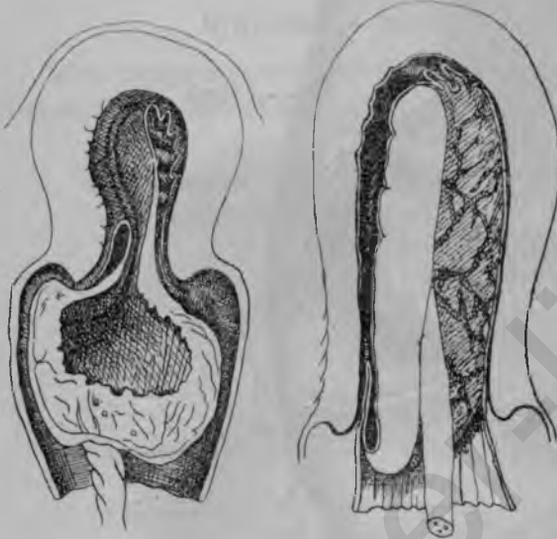


Фиг. 108. Матка и родовой каналъ послѣ изгнанія младенца. Отдѣлившееся дѣтское мѣсто удерживается въ матки оболочками яйца, не вполне отставшими отъ стѣнокъ матки.

ваютъ заворочены болѣе или менѣе кверху. Первый способъ описанный М. Duncan'омъ, наблюдается рѣже. Schultze признаетъ наиболѣе частымъ выхожденіе послѣда наружу съ вывернутой внутренней поверхностью мѣста.

Tournaу и Dohrn наблюдали наипаче выхожденіе послѣда въ такомъ видѣ, какъ описывалъ Schultze. Fehling, напротивъ, наипаче наблюдалъ механизмъ, который

Duncan считает нормальным. Такое противорѣчіе объясняется неодинаковыми приемами, принимаемыми въ III періодѣ родовъ. Ziegler нашелъ, при осторожномъ, болѣе выжидательномъ способѣ удаленія послѣда, что онъ выходитъ наружу своимъ нижнимъ краемъ, а при потягиваніи за пуповину рождается вывернутымъ. Ahlfeld въ 105 случаяхъ наблюдалъ выходеніе послѣда по Schultze 75 разъ, только 17 разъ плацента выходила краемъ, 11 разъ маточною поверхностью, а 2 раза первыми выходили оболочки яйца. Большею частью плацента прикрѣпляется въ верхней части матки, при чемъ ея нижній край паходится на 10 см. выше внутренняго зѣва. На способы отдѣленія и выдѣленія плаценты имѣетъ наибольшее вліяніе мѣсто ея прикрѣпленія и величина. Длина пуповины и ея вѣдреніе особеннаго значенія не имѣетъ. Чѣмъ правильнѣе прикрѣпленіе плаценты, тѣмъ чаще она выходитъ по способу Schulze и тѣмъ рѣже бываютъ кровотечения. Обратное бываетъ, если нижній край плаценты лежитъ близко къ внутреннему зѣву.



Фиг. 109. Выхожденіе дѣтскаго мѣста съ вывернутою внутренней поверхностію. Фиг. 110. Выхожденіе дѣтскаго мѣста краемъ.

При прохожденіи черезъ отверстіе влагалища, плацента нерѣдко дѣлаетъ вращеніе; выходя, дѣтское мѣсто увлекаетъ тѣсно соединенныя съ нимъ оболочки яйца. Отдѣленіе и выходеніе послѣда сопровождается всегда потерей крови; кровь вытекаетъ изъ маточныхъ венъ, которыя открываются на мѣстѣ отдѣленія дѣтскаго мѣста и зіяютъ при расслабленіи матки, между тѣмъ какъ мелкія спиральныя артеріи легко втягиваются въ ткань матки. Какъ извѣстно вены здѣсь имѣютъ топкія стѣнки и соединяются съ лишеными клапановъ венозными сосудами, проходящими въ мышечномъ слоеъ матки. Кровотеченіе останавливается только при сокращеніи мышечныхъ стѣнокъ матки, при чемъ закрываются отверстія пляцентарныхъ венъ. Энергическія сокращенія мышцъ того мѣста матки, гдѣ сидѣла плацента, возможна только послѣ совершеннаго отдѣленія и удаленія изъ матки этого органа.

Уже отдѣленіе края послѣда сопровождается кровотеченіемъ, благодаря существованію краевого синуса. Какъ скоро, лежащая ниже плаценты оболочка отслоилась, кровь вытекаетъ наружу, что продолжается часто съ промежутками до совершеннаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Если прикрѣпленіе оболочекъ не нарушается, скопляющаяся кровь вытекаетъ наружу только при выходеніи послѣда, послѣ чего векорѣ иногда вытекаетъ еще изъ матки довольно много крови. Иначе по-

При прохожденіи черезъ отверстіе влагалища, плацента нерѣдко дѣлаетъ вращеніе; выходя, дѣтское мѣсто увлекаетъ тѣсно соединенныя съ нимъ оболочки яйца. Отдѣленіе и выходеніе послѣда сопровождается всегда потерей крови; кровь вытекаетъ изъ маточныхъ венъ, кото-

слѣдъ задерживается въ нижнемъ сигментѣ, или даже во влагалищѣ, куда онъ выдѣляется сокращеніями матки въ теченіе 15—20 минутъ послѣ изгнанія плода.

Глава 7.

Изслѣдованіе роженицы.

1. *Предварительное и наружное изслѣдованіе.* Наичаще приглашаютъ врача къ роженицѣ, которой безъ замедленія нужно оказать акушерское пособіе. Въ такихъ случаяхъ изслѣдованіе должно ограничиться только разъясненіемъ тѣхъ данныхъ, безъ которыхъ нельзя приступить къ операциі. Когда же врачъ находитъ роженицу въ первомъ періодѣ родовъ, не осложненныхъ никакими опасными явленіями, онъ имѣетъ достаточно времени, чтобы произвести болѣе подробное изслѣдованіе.

Чтобы не терять много времени и не утомлять напрасно роженицу, а вмѣстѣ съ тѣмъ получить точныя свѣдѣнія, наиболѣе целесообразно начинать съ распроса роженицы предлагая вопросы въ извѣстномъ порядкѣ. Послѣ полученія точныхъ свѣдѣній относительно возраста, занятія и проч., слѣдуетъ спросить о слѣдующемъ.

1. Которые роды?

2. Если предъ нами находится многороженница, то нужно освѣдниться какъ протекали прежніе роды?

3. Какъ она чувствовала себя во время беременности?

4. Въ срокъ ли наступали роды?

5. Давно ли они начались?

6. Не проходили ли воды?

Затѣмъ не мѣшаетъ произвести общій осмотръ роженицы, а также убѣдиться, нѣтъ ли на кожѣ и въ особенности на наружныхъ половыхъ частяхъ сыпей. Слѣдуетъ обратить вниманіе на состояніе пульса и температуры, нужно изслѣдовать сердце, иногда легкія, произвести изслѣдованіе мочи на бѣлокъ, въ особенности, если нижнія конечности представляются въ значительной степени отечными. Нерѣдко уже положеніе роженицы и характеръ болей указываютъ на періодъ родовъ.

Акушерское изслѣдованіе роженицы должно сопровождаться всѣми тѣми антисептическими предосторожностями, которыя указаны въ главѣ объ изслѣдованіи беременныхъ. Врачъ никогда не долженъ упускать изъ виду, что роженицы еще болѣе беременныхъ расположены къ зараженію. Передача заразы во время родовъ облегчается слущеніемъ эпителія со стѣнокъ родового канала и появленіемъ легкихъ пораненій, неизбѣжныхъ при каждомъ родѣхъ. Если врачъ найдетъ при изслѣдованіи какую-либо ненормальность или неблагоприятныя осложненія, онъ не долженъ сообщать объ этомъ самой роженицѣ, но въ случаѣ надобности передать объ этомъ окружающимъ.

Ощупываніе живота даетъ точные результаты только въ тѣхъ случаяхъ, когда стѣнки матки достаточно уступчивы. При благоприятныхъ условіяхъ мы въ состояніи во время родовъ опредѣлить положеніе и позицію. Наиболе легко можно прощупать головку, стоящую надъ лоннымъ соединеніемъ. Наичаще мы въ состояніи оцупать только нижнюю ея часть.

По наблюденіямъ Mathaei, лобъ представляетъ плотные угловатые бугры, которые обрываются рѣзко кверху; напротивъ, затылокъ выступаетъ мало и незамѣтно переходитъ въ спинку, или же отдѣляется отъ нея бороздкой. Когда голова вступила во входъ таза, затылокъ не прощупывается болѣе снаружи; когда исчезаетъ лобъ, головка дошла до выхода таза. Въ такихъ случаяхъ головку можно прощупать снаружи чрезъ *incis. isch. majore*, при стояніи головки надъ входомъ, находилъ плечико на 13 см. выше лоннаго соединенія, а когда головка проходитъ входъ въ тазъ, то на 8 см. При переднихъ видахъ позиціи плечи лежатъ близко къ средней линіи, при заднихъ удалены отъ нея на 8—10 см.

Степень выпячиванія живота и его отвислость замѣтны при сидячемъ или стоячемъ положеніи роженицы. Сильное выпячиваніе указываетъ на чрезмѣрное наклоненіе матки напередъ, что имѣетъ немало важное значеніе для хода родовъ. Ясное зыбленіе замѣчается во время родовъ только при *hydranion*.

Измѣреніе объема живота и различныхъ частей его передней стѣнки производится рѣдко во время родовъ. Тазъ измѣряется большею частию только при явленіяхъ указывающихъ на суженіе и при нѣкоторыхъ осложненіяхъ во время родовъ. Выслушиваніе сердечныхъ тоновъ плода чрезвычайно важно во время родовъ. Кромѣ силы, ритма, весьма важна частота сердечныхъ тоновъ, особенно послѣ выхожденія водъ. Постоянно усиливающееся замедленіе сердцебіенія младенца, совмѣстно съ ослабленіемъ тоновъ и даже съ появленіемъ аритміи составляетъ чрезвычайно важный признакъ во время родовъ, указывающій, что жизнь плода находится въ большой опасности и представляетъ показаніе къ ускоренію родовъ. Если во время родовъ постоянно слышенъ шумъ пуповины, то это указываетъ почти всегда на ея сдавливаніе, что въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ можетъ вести къ смерти плода.

2. *Внутреннее изслѣдованіе.* Во время родовъ внутреннее изслѣдованіе получаетъ преобладающую важность, потому что только при помощи его большинство врачей въ состояніи точно опредѣлить предлежаніе плода, состояніе родовыхъ путей, размѣры таза и періодъ родовъ.

Появившіяся въ послѣднее время предложенія нѣкоторыхъ врачей ограничить по возможности внутреннее изслѣдованіе, и пользоваться преимущественно только наружными способами изслѣдованія для избѣжанія передачи инфекціи, никогда не можетъ сдѣлаться обязательнымъ правиломъ въ акушерской практикѣ. Только весьма опытный специалистъ можетъ иногда обойтись безъ внутренняго изслѣдованія. Клиническія наблюденія въ этомъ отношеніи мало доказательны. Leopold и Sperling въ Дрезденскомъ родильномъ домѣ провели 1000 родовъ безъ внутренняго изслѣдованія, при чемъ 65 разъ ошиблись въ распознаваніи предлежанія. На основаніи собственнаго опыта, Leopold считаетъ внутреннее изслѣдованіе при родахъ необходимымъ

только при слѣдующихъ показаніяхъ: 1. Разстройство общаго состоянія роженицы—эклампсія, одышка и пр. 2. Осложненіе родовъ аномаліями со стороны матери—маточныя кровотеченія, спазматическія боли, замедленное раскрытіе зѣва, ненормальности въ мягкихъ частяхъ и пр. 3. Неправильности со стороны плода—неправильное положеніе, высокое стояніе головки, замедленіе сердечныхъ тоновъ и пр. Вагиттъ также настаиваетъ на ограниченіи внутренняго изслѣдованія.

Доктор сдѣлалъ подобныя же наблюденія въ Пештской клиникѣ. Изъ 1400 родовъ 69% прошли гладко безъ внутренняго изслѣдованія, 21% сопровождались мѣстными осложненіями, наибаче наложеніемъ швовъ на промежность. Только въ 10% родовъ внутреннее изслѣдованіе было безусловно необходимо.

Еще менѣе цѣлесообразно предложеніе Ries'a, который, для избѣжанія зараженій при родахъ, совѣтуетъ производить внутреннее изслѣдованіе чрезъ прямую кишку. Давно было извѣстно акушерамъ, что такимъ способомъ можно опредѣлить предлежаніе и степень опушенія головки. Но можно-ли поручиться за возможность совершеннаго обеззараживанія рукъ врача, когда явится необходимость послѣ подобнаго изслѣдованія вводить руку въ полость матки для производства операціи? По наблюденіямъ Вексмана при такомъ изслѣдованіи въ 28% всѣхъ случаевъ нельзя было точно распознать родничковъ. Степень расширенія зѣва лучше опредѣлялась у много-рождающихъ, нежели у первороженіцъ.

Иногда только послѣ изслѣдованія per vaginam, мы въ состояніи рѣшить начались-ли роды; для опредѣленія этого момента мы руководствуемся нерѣдко совокупностью нѣсколькихъ признаковъ.

Начало родовъ сопровождается обыкновенно слѣдующими явленіями.

1. Стѣнки влагалища на ошупь очень размягчены и податливы. Изъ влагалища вытекаетъ слизистое отдѣленіе, часто съ небольшою примѣсью крови.

2. Родовыя сокращенія матки, сопровождающіяся временнымъ оплотненіемъ всего органа, являются періодически. Отъ нихъ слѣдуетъ отличать такъ называемыя ложныя боли, *dolores spurii*, которыя иногда появляются въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности и зависятъ наибаче отъ накопленія кала въ кишкахъ. У женщинъ истерическихъ боли появляются въ рѣдкихъ случаяхъ въ маткѣ, не сопровождаясь періодическими сокращеніями этого органа.

3. Спустя нѣкоторое время, чрезъ нѣсколько часовъ отъ начала маточныхъ сокращеній дно матки приподнимается кверху.

4. Во время родовыхъ сокращеній нижняя часть плоднаго пузыря напрягается и отстаётъ отъ предлежащей части. Этотъ признакъ становится ясно замѣтнымъ въ особенности при нѣкоторомъ расширеніи шейки. Вагбуръ считаетъ началомъ родовъ отдѣленіе оболочекъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ нижняго сегмента матки.

5. Края устья сглаживаются и само наружное отверстіе матки начинаетъ расширяться.

Внутреннее изслѣдованіе однимъ или двумя пальцами слѣдуетъ производить по возможности рѣже, преимущественно въ тѣ моменты, когда можно ожидать измѣненія въ ходѣ родовъ. Въ большинствѣ случаевъ головка въ началѣ родовъ находится во входѣ или стоитъ надъ входомъ таза, но бываетъ нѣсколько фиксирована. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ

она легко подвижна, условія родовъ являются неполнѣ нормальными. Слѣдуетъ обратить вниманіе также на степень расширенія маточнаго зѣва и состояніе его краевъ, которые могутъ выстоять или быть вполне изглаженными. Далѣе необходимо узнать, существуетъ ли околоплодный пузырь, или же онъ уже разорвался. Цѣлый околоплодный пузырь представляетъ совершенно гладкую скользкую поверхность, ограниченную краями зѣва. Во время сокращенія матки онъ напрягается и обыкновенно выпячивается, или вѣрнѣе отходитъ отъ подлежащей части. Даже въ концѣ перваго періода родовъ, когда въ нѣкоторыхъ случаяхъ околоплодный пузырь сохраняетъ во время паузы известную степень напряженія, онъ становится замѣтно плотнѣе во время родовой схватки. Неопытный врачъ можетъ принять за подлежащую головку, прилегающую непосредственно къ стѣнкамъ влагалища, сильно растянутый и выпяченный головкою нижній сегментъ матки, опустившійся въ тазъ при незакрытомъ зѣвѣ, послѣ истеченія воды. Производя внимательное изслѣдованіе, въ подобномъ случаѣ всегда удается найти на задней поверхности выпяченнаго сегмента поверхностную ямочку, обозначающую мѣсто наружнаго устья. При полномъ же раскрытіи зѣва, когда края его болѣе не ощущаются, можно во время паузы довольно высоко провести палецъ между головкою и стѣнками таза. Кромѣ того, въ этихъ случаяхъ нерѣдко на головкѣ находится родовая опухоль. Наконецъ, еслибы оставалось какое-либо сомнѣніе, его можно разрѣшить, введя во влагалище зеркало, при посредствѣ котораго можно различить на подлежащей части волосы въ тѣхъ случаяхъ, когда воды прошли и головка вполне растянула маточный зѣвъ. Величина раскрытія зѣва обозначается приблизительно числомъ пальцевъ или въ сантиметрахъ, иногда употребляютъ также сравненіе съ какой-либо общезвѣстной монетой.

Въ первомъ періодѣ родовъ въ большинствѣ случаевъ достаточно распознать подлежащую часть плода, что болѣею частью вполне возможно даже при нераскрытомъ зѣвѣ. Подлежащая головка представляетъ плотный шаровой сегментъ, на которомъ различаются швы и роднички даже чрезъ маточный сегментъ, при значительномъ истонченіи послѣдняго. При другихъ подлежаніяхъ также находятъ при внутреннемъ изслѣдованіи свойственныя имъ признаки. Весьма важно опредѣлить *высоту подлежащей части* въ различные моменты родовъ. Съ этою цѣлью слѣдуетъ обращать вниманіе на заднюю стѣнку таза; чѣмъ выше по направленію ея можно проникнуть пальцемъ, тѣмъ менѣе опустилась въ каналъ таза подлежащая часть. Однако наиболѣе вѣрнымъ исходнымъ пунктомъ могутъ служить сѣдалищныя ости, ости, *spinæ ischiî*, которыя обыкновенно очень ясно ощущаются во время родовъ при внутреннемъ изслѣдованіи. Когда часть головки, стоящая на проводной линіи, возвышается на 1—2 поперечныхъ пальца выше уровня сѣдалищныхъ остей, то головка своею наиболѣею периферіей стоитъ

еще выше плоскости входа въ тазъ. При вступленіи въ эту часть таза, темя доходитъ до уровня *spin. ischii*. Когда же сѣдалищныя ости закрыты предлежащею частью и не доступны для пальца, это служитъ признакомъ, что головка находится въ полости таза. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда значительная головная опухоль, выпячиваясь во влагалище, симулируетъ глубокое стояніе черепа или личика, эти костные выступы даютъ возможность хорошо ориентироваться относительно степени опущенія головки въ тазъ. Когда до истеченія водъ мы не были въ состояніи опредѣлить точно предлежаніе, это необходимо сдѣлать вскорѣ послѣ раскрытія маточнаго зѣва въ достаточной степени. Не слѣдуетъ также оставлять безъ вниманія истекающую околоплодную жидкость, которая наичаще не представляетъ ничего особеннаго, но иногда бываетъ мутная, смѣшаная съ каломъ плода, или же представляется темнобурою и кровянистою. Въ послѣднемъ случаѣ мы должны ожидать рожденія мацерированнаго плода, присутствіе же въ ней *mesonion* при головномъ положеніи иногда служитъ признакомъ асфиксіи плода.

Наиболѣе ясно можно ощущать особенности предлежащей части, когда возможно бываетъ чрезъ маточный зѣвъ проникнуть концомъ указательнаго пальца. Чѣмъ больше раскрытъ зѣвъ, тѣмъ удобнѣе это изслѣдованіе. Оно еще болѣе облегчается при полномъ раскрытіи зѣва, вскорѣ послѣ истеченія водъ.

Направляясь по стрѣловидному шву, мы находимъ на одномъ концѣ его малый, а на другомъ большой родничекъ, которые стоятъ на одномъ уровнѣ или на неодинаковой высотѣ. По направленію стрѣловиднаго шва и положенію родничковъ мы распознаемъ предлежаніе и видъ позиціи.

Большой родничекъ на ошупь представляетъ четырехугольное углубленіе, передній уголъ котораго переходящій въ лобный шовъ длиннѣе и болѣе острый, нежели задній. Малый родничекъ прощупывается въ видѣ щели на мѣстѣ схождения стрѣловиднаго и ламбовиднаго швовъ; края темянныхъ костей иногда нѣсколько выстоятъ надъ затылочною. Уголъ, представленный ламбовиднымъ швомъ, замѣтно меньше угла, который образуется на мѣстѣ схождения стрѣловиднаго и ламбовиднаго швовъ темянною костью. Кромѣ того ламбовидный шовъ проходитъ по поверхности болѣе искривленной, нежели стрѣловидный, на которомъ соприкасающіеся края костей болѣе уступчивы; иногда даже при надавливаніи ихъ ощущается пергаментный трескъ.

Такіе отличительные признаки большого и малаго родничковъ даютъ намъ возможность точно распознать видъ позиціи темянныхъ предлежаній даже въ тѣхъ случаяхъ, когда ощущается одинъ только родничекъ, что часто бываетъ въ началѣ родовъ, при неполномъ открытіи зѣва, или же послѣ сгибанія головки у дна таза.

Уклоненія отъ нормальнаго состоянія. При глубокомъ поперечномъ

стояніи головки, или же при предлежаніи передней темянной кости иногда прощупывается задній височный родничекъ, *fonticulus Gasseri*, образуемый сходящемъ 3 швовъ. Его можно смѣшать съ затылочнымъ, съ которымъ онъ сходенъ по своему строенію. Отличительнымъ признакомъ въ этомъ случаѣ служить ухо, которое иногда бываетъ возможно прощупать вблизи задняго височнаго родничка. Иногда на мѣстѣ малаго родничка существуетъ Вормова косточка, которая именно своимъ четырехугольнымъ очертаніемъ придаетъ ему сходство съ большимъ родничкомъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ задней части стрѣловиднаго шва, при недостаточномъ окостенѣніи, образуется ромбической формы промежутокъ, имѣющій также сходство съ большимъ родничкомъ, тѣмъ болѣе, что отъ боковыхъ угловъ его иногда проходятъ щели, похожія на швы, къ темянному бугру.

При большой родовой опухоли, препятствующей различить швы и роднички, для опредѣленія предлежанія и вида позиціи слѣдуетъ руководствоваться положеніемъ темянныхъ бугровъ, или же стараться, при низкомъ состояніи головки, ощупать ухо плода. Что касается другихъ болѣе рѣдкихъ предлежаній, то ихъ признаки, находимыя при внутреннемъ и наружномъ изслѣдованіи, а также отличительное распознаваніе, будутъ изложены съ достаточною полнотою въ описаніи родовъ при предлежаніяхъ лицевыхъ, лобныхъ, а также при различныхъ видахъ тазовыхъ и поперечныхъ положеній. Признаки многоплодной беременности и родовъ тоже изложены въ отдѣлѣ патологии родовъ.

Изслѣдованіе роженицы будетъ неполное, если мы не обратимъ вниманія на *сокращенія матки*, а во второмъ періодѣ родовъ на дѣйствіе брюшнаго пресса. Мы не имѣемъ способовъ удобныхъ для практики, чтобы опредѣлить величину изгоняющихъ родовыхъ силъ и судимъ о нихъ по продолжительности сокращеній, по напряженію матки, вліянію на движеніе предлежащей части, по величинѣ промежутковъ между родовыми болями и проч.

Глава 8.

Предсказаніе при родахъ.

1. *Предсказаніе при родахъ вообще.* Въ огромномъ большинствѣ случаевъ роды при темянномъ предлежаніи оканчиваются благополучно для матери и плода. Хотя послѣродовыя заболѣванія въ настоящее время, не смотря на примѣненіе антисептическихъ мѣръ, встрѣчаются еще нерѣдко въ частной практикѣ, что зависитъ отъ неблагоприятной обстановки, а также отчасти отъ неполнѣ рациональнаго примѣненія способовъ обеззараживанія. Въ особенности часто встрѣ-

чаются послѣродовыя болѣзни и сравнительно нерѣдко умирають родильницы въ деревняхъ, гдѣ женщина до сихъ поръ лишена надлежащей врачебной помощи, и болѣе 90% родовъ совершается при участіи невѣжественныхъ повитухъ. Въ тѣхъ государствахъ, гдѣ правильно организована акушерская помощь, смертность послѣ родовъ не превышаетъ 0,5%, а число мертворожденныхъ и умирающихъ вскорѣ послѣ своевременныхъ правильныхъ родовъ дѣтей не болѣе 5%. При нормальномъ соотношеніи пассивныхъ и активныхъ факторовъ родовъ, составляющихъ сущность родового акта, роды должны окончиться благополучно для матери и младенца, если послѣдній не представляетъ какихъ либо важныхъ врожденныхъ недостатковъ, оказывающихъ вредное вліяніе на его жизнеспособность. Во время родовъ мальчиковъ погибаетъ гораздо больше, нежели дѣвочекъ; отношеніе этой смертности можно выразить какъ 140 : 100, между тѣмъ какъ число роженій мальчиковъ превышаетъ число дѣвочекъ въ отношеніи 106, 35 : 100. Это объясняется меньшею жизненною энергіей дѣтей мужского пола. Нерѣдко также роды мальчиковъ бываютъ болѣе трудными и продолжительными, что зависитъ отъ сравнительно большей величины головки младенца мужского пола. Значительная разница въ ходѣ родовъ, какъ уже указано выше, замѣчается между женщинами рождающими въ первый разъ, и многороженницами.

2. *Предсказаніе въ зависимости отъ числа родовъ и возраста роженицы.* У первороженицъ роды продолжаются не только дольше, но, кромѣ того, сопровождаются чаще поврежденіями родовыхъ путей, почему первороженицы болѣе расположены къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, а ихъ дѣти чаще рождаются въ состояніи асфиксіи или даже мертвыми. У многорождающихъ, у которыхъ отъ предыдущихъ родовъ упругость и плотность родовыхъ путей въ значительной степени ослабѣли, дѣтороженіе совершается обыкновенно легче, но съ другой стороны, у нихъ чаще во время родовъ встрѣчаются осложненія, для устраненія которыхъ необходимо акушерское пособіе. Уроженицъ очень молодыхъ, между 15 и 18 годами, роды продолжаются дольше, вслѣдствіе слабости родовыхъ сокращеній матки, и число мертвороженій у нихъ нѣсколько больше.

По наблюденіямъ Mündler'a очень молодыя роженицы нерѣдко имѣютъ общесъуженный тазъ. вѣроятно, вслѣдствіе недоразвитія. Всѣхъ ихъ дѣтей меньше средней величины; глубокіе разрывы промежности встрѣчаются рѣдко. У очень молодыхъ роженицъ Spitta наблюдалъ продолжительность родовъ болѣе значительную. Темянныя предлежанія даже чаще обыкновеннаго. Вслѣдствіе узкости родовыхъ путей происходятъ разрывы. Операциі, особенно наложеніе щипцовъ, примѣняются чаще. Лихорадочное теченіе послѣродового періода, въ особенности заболѣваніе грудей, наблюдается также нерѣдко. Напротивъ, у пожилыхъ перворождающихъ, имѣющихъ за 30 лѣтъ отъ роду, довольно часто роды бываютъ затяжныя, маточныя сокращенія болѣзненны, и нерѣдко встрѣчаются большіе разрывы промежности. По наблюденіямъ Floeck'a и другихъ, смертность матерей при такихъ родахъ вдвое больше, а число мертвороженій превышаетъ въ 1½ раза среднюю величину. Неправильныя предлежанія и положенія встрѣчаются

нѣсколько чаще. Eckhardt приводитъ еще болѣе неблагоприятныя данныя. По наблюденіямъ Wasten'a, роды у пожилыхъ перворождающихъ протекають легче, если предварительно за нѣсколько дней до родовъ дѣлать 2—3 раза въ день горячіе души 35—37° R. Хлорозъ не оказываетъ дурного вліянія на роды, въ чемъ убѣждаютъ насъ клиническія наблюденія Schmidt'a. Мнѣніе Luvard'a, будтобы продолжительность и теченіе родовъ часто бываютъ наслѣдственными, справедливо далеко не во всѣхъ случаяхъ.

2. *Предсказаніе въ отдѣльныхъ случаяхъ* относительно продолжительности родовъ представляетъ наиболѣе слабую сторону практическаго акушерства. Въ особенности трудно опредѣлить продолжительность родовъ, когда мы находимъ роженицу въ первомъ періодѣ. При такихъ условіяхъ слѣдуетъ выражаться о времени, когда окончатся роды, по возможности условно и общими мѣстами, такъ какъ несмотря на точное изслѣдованіе роженицы, мы не можемъ вполне предусмотрѣть вліянія нѣкоторыхъ факторовъ родовъ. Болѣе опредѣленно мы можемъ выразиться о времени окончанія родовъ, когда находимъ роженицу въ концѣ перваго или во второмъ періодѣ, принимая во вниманіе отчасти предѣльное время, далѣе котораго этотъ періодъ родовъ продолжаться не долженъ. При установленія предсказанія въ отдѣльныхъ случаяхъ относительно исхода родовъ, слѣдуетъ принимать въ соображеніе всѣ важнѣйшіе факторы родовъ и періодъ родовъ.

Глава 9.

Уходъ за роженицей и пособія при нормальныхъ родахъ.

1. *Общая правила ухода.* Каждая роженица нуждается до извѣстной степени въ уходѣ. Когда роды протекають даже совершенно нормально, необходимо, чтобы они проходили при такихъ условіяхъ, которыя дозволяли бы устранять осложненія, могущія послѣдовать во время родовъ и предупредить появленіе послѣродовыхъ заболѣваній. Когда врачъ приглашенъ къ беременной, ожидающей родовъ, онъ долженъ заранѣе сдѣлать распоряженія въ этомъ направленіи и дать необходимыя указанія.

Комната, предназначенная для родовъ въ достаточномъ семействѣ, должна быть довольно просторная, свѣтлая, непроходная, уединенная отъ уличнаго шума съ удовлетворительнымъ отопленіемъ и вентиляціею. На желѣзной кровати для родовъ, доступной съ обѣихъ сторонъ, слѣдуетъ положить новый тюфякъ или хорошо вымытый мѣшокъ, набитый свѣжимъ сѣномъ. Матрацъ слѣдуетъ покрыть сверху непроницаемою клеенкой, на которую разстилается чистая простыня. Среднюю часть этой простыни, тотчасъ ниже головной подушки, нужно покрыть

въ поперечномъ направленіи сложенною въ нѣсколько разъ, чистою простынею, которая должна служить для удержанія истекающихъ изъ половыхъ органовъ выдѣленій во время родовъ. Роженица должна за-пасться слѣдующими необходимыми вещами: стеклянною кружкой со стекляннымъ наконечникомъ, эластическимъ катетеромъ, а также металличе-скимъ или бѣлымъ глинянымъ подкладнымъ судномъ. Всѣ эти вещи должны быть лучше всего новыя или же, по крайней мѣрѣ, тща-тельно обеззараженныя. Что касается антисептическихъ мѣръ, необходи-мыхъ при родахъ, какія должны соблюдать врачъ и акушерка и какія слѣдуетъ примѣнять къ роженицѣ, то объ этомъ было подробно изложено въ главѣ о дезинфекціи въ акушерской практикѣ.

При начавшихся родахъ непременно слѣдуетъ поставить клистиръ изъ комнатной воды или изъ настоя ромашки съ прибавленіемъ 2 ло-жекъ прованскаго масла, чтобы хорошо очистить кишечный каналъ, въ которомъ въ концѣ беременности нерѣдко скопляется много кала. Такъ какъ при опусканіи головки въ тазъ, мочевой пузырь подни-мается кверху, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время родовъ моча за-держивается отъ надавливанія головки плода на мочевой каналъ; почему по временамъ слѣдуетъ напоминать роженицѣ въ первомъ періодѣ родовъ о необходимости мочиться. Если роженица сдѣлать этого не можетъ, то нужно осторожно ввести катетеръ; иногда для этого нужно слегка отодвинуть головку книзу отъ лоннаго соединенія во время паузы. Большою частью во время родовъ женщины теряютъ аппетитъ; въ это время можно позволить только жидкую удобоваримую пищу и не возбуждающее питье. Крѣпкое вино и кофе умѣстны только при сла-бости роженицы.

Самые роды слѣдуетъ вести такимъ образомъ, чтобы родовыя пути роженицы не претерпѣли значительной траумы или пораненія. Врачъ никогда не долженъ забывать, что такія неприятыя послѣдствія ро-довъ располагаютъ къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, не взирая на примѣненіе антисептическихъ мѣръ. Въ этомъ отношеніи большое зна-ченіе имѣютъ осторожное изслѣдованіе, цѣлесообразныя указанія и подданныя опытною рукою пособія во время родовъ.

2. *Уходъ въ I періодъ родовъ.* Въ первомъ періодѣ родовъ обыкно-венно роженица остается на ногахъ. При значительномъ раскрытіи зѣва или преждевременномъ истеченіи околоплодной жидкости, роженицу нужно положить въ постель, гдѣ она остается, покрытая чистымъ одѣяломъ, въ чулкахъ, бѣлой кофтѣ и рубашкѣ, задняя часть которой припод-нята и завернута на спину. Обыкновенно роженица лежитъ на спинѣ съ согнутыми въ колѣнномъ суставѣ и нѣсколько разведенными ниж-ними конечностями. Когда головка находится уже въ полости таза, роженицѣ можно позволить повернуться на бокъ, гдѣ находится спинка плода.

Вообще не слѣдуетъ выпускать изъ виду положенія въ постели роже-

ницы, которое часто не остается безъ вліянія на ходъ родовъ. При значительномъ отклоненіи дна матки въ бокъ, особенно если малораскрытое устье уклоняется въ противоположную сторону, часто можетъ принести пользу положеніе на боку, противоположномъ тому, гдѣ находится дно матки. Боковое положеніе во 2 періодѣ родовъ можетъ принести пользу при заднезатылочныхъ позиціяхъ, если роженицу положить на тотъ бокъ, куда обращенъ затылокъ. При такомъ боковомъ положеніи ускоряется вращеніе малаго родничка напередъ. Положеніе роженицы можетъ также вліять на отношеніе оси матки къ плоскости входа. Наиболѣе выгодное положеніе этой оси во время родовъ, въ механическомъ отношеніи, по возможности перпендикулярное къ плоскости таза, чрезъ которую проходитъ въ данный моментъ головка. Соблюденіе этихъ условій зависитъ отъ положенія роженицы и отъ отношенія поясничной части позвоночника къ плоскости входа въ тазъ; почему, пока головка не достигла дна таза, положеніе роженицы на спинѣ съ нѣсколькими приподнятыми плечами будетъ, при правильномъ положеніи плода, вполне цѣлесообразнымъ.

3. *Уходъ во II періодъ родовъ.* Когда же головка проходитъ чрезъ выходъ таза, слѣдуетъ положить валикомъ свернутое одѣяло подъ поясицу или же плотную подушку подъ крестцовую и ягодичную области. При значительномъ отклоненіи продольной оси матки къзади или къпереди, цѣлесообразное положеніе роженицы можетъ часто нѣсколько ускорить роды, если ось матки приметъ правильное положеніе. При отвисломъ животѣ и пупочной грыжѣ, вполне умѣстно во время родовъ хорошо подвязать животъ полотенцемъ или же надѣть брюшную поддерживающую повязку, *ceinture abdominale*.

Нерѣдко приходится разрывать оболочки яйца, если устье вполне раскрыто, и пузырь выпячивается во влагалище.

Для усиленія дѣйствій брюшного пресса во второмъ періодѣ родовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ полезно давать ногамъ роженицы надежную опору во время потугъ, ставя подъ нихъ опрокинутую скамью или крѣпкій ящикъ въ нижней части кровати, или привязывая къ спинкѣ нижняго конца кровати длинный полотенца, за которыя роженица можетъ схватываться руками во время родовыхъ болей. Это можно позволять до той поры, пока опустившаяся головка не начинаетъ выпячивать промежность. Теперь эти опоры должны быть оставлены, иначе промежность роженицы можетъ подвергнуться разрыву.

Глава 10.

Уходъ и пособія во время родовъ.—Поддерживаніе промежности.—Эпизиотомія.—Пособія при прохожденіи плечиковъ и туловища младенца.

1. *Поддерживаніе промежности.* Прохожденіе головки чрезъ выходное отверстіе родового канала представляетъ, особенно у перворождающихъ, критическій моментъ родовъ, который по преимуществу требуетъ искуснаго пособія врача или акушерки, чтобы по возможности сохранить промежность. Различныя манипуляціи, примѣняемыя съ этою цѣлью, извѣстны подъ общимъ именемъ поддерживанія промежности.



Фиг. 111. Удерживаніе головки во время потуги при прорѣзываніи.

Наи чаще разрывы промежности происходятъ у перворожениць, что зависитъ отъ слишкомъ большой величины головки, отъ *плотности и малой уступчивости тазоваго дна и нижней части влагалища*, а также отъ *скорости движенія головки*, именно ея разгибанія, причѣмъ промежность не успѣваетъ подготовиться къ неизбѣжному значительному растяженію.

При наиболѣе употребительныхъ способахъ поддерживанія промежности участвуютъ обѣ руки врача или акушерки; роженица лежитъ на лѣвомъ боку или же на спинѣ. Поддерживаніе промежности, *при положеніи роженицы на лѣвомъ боку*, примѣняется преимущественно у перворождающихъ. Въ то время, когда началъ показываться между большихъ губъ сегментъ головки у первороженицы, или когда стала выпячиваться промежность у многороженицы, женщину кладутъ вдоль кровати на лѣвый бокъ, нижнія конечности ея нѣсколько сгибаютъ,

особенно вышележащую. Ягодицы и наружныя половыя части находятся у края кровати; между колѣнами роженицы кладутъ плотную подушку, или же ноги ея нѣсколько разводитъ акушерка, если самъ врачъ намѣренъ поддерживать промежность. Въ такомъ случаѣ онъ садится на стулъ позади роженицы, обернувшись лицомъ къ ея ногамъ. Правая рука проводится къ наружнымъ половымъ частямъ и прикладывается такимъ образомъ, чтобы четыре пальца лежали съ нижней стороны, а большой палецъ на верхней сторонѣ большихъ губъ. Верхняя часть ладони должна находиться на промежности, причемъ задняя спайка остается на виду. Одновременно лѣвая рука врача проходитъ къ половымъ частямъ по животу сверху между ногъ роженицы; такъ что ея правое бедро находится между обѣими руками врача.



Фиг. 112. Выведеніе головки во время паузы наружу, выведеніе лба и личика.

Поддерживаніе начинается съ того момента, когда промежность начинаетъ растягиваться во время потуги, послѣ прекращенія которой поддерживаніе промежности, если сегментъ головки нѣсколько отходитъ внутрь, на время прекращается; причемъ однако рука остается на мѣстѣ. Во время родовой схватки правая рука нѣсколько приподнимаетъ промежность по направленію къверху и надавливаетъ на головку, чтобы направить послѣднюю къ отверстію влагалища, вмѣстѣ съ тѣмъ, по возможности, воспользоваться пространствомъ, представляемымъ лонною дугой, и въ то же время противодѣйствовать по возможности давленію на промежность, куда, главнымъ образомъ, въ это время напираетъ головка. Четыре пальца лѣвой руки остаются на темени вѣрзывающейся головки. Когда между большими губами выдвигается значительный сегментъ головки и остается на мѣстѣ во время

паузы, тогда мы можемъ до нѣкоторой степени замедлить движеніе головки, удерживая концами пальцевъ лѣвой руки выдвинувшееся темя и надавливая его книзу во время потуги. Теперь руки врача должны оставаться на мѣстѣ даже послѣ прекращенія родовой боли.

Главная цѣль этихъ пріемовъ заключается въ томъ, чтобы изъ-подъ лоннаго соединенія вышла, по возможности, большая часть затылка; потому что только при такомъ условіи прорѣзываніе головки совершается, по возможности въ наименьшей периферіи, и промежность успѣваетъ постепенно растянуться. Большіе разрывы промежности именно происходятъ наичаще при несоблюденіи этихъ условій. По наблюденіямъ Kocks'a, глубокой разрывъ промежности соотвѣтствуетъ всегда позиціи плода. При первомъ темянномъ предлежаніи входъ во влагалище разрывается съ лѣвой, а при второй съ правой стороны отъ *columna rugar. post.* Когда затылокъ значительно выдвинется изъ-подъ лоннаго соединенія, большой родничекъ находится непосредственно за уздечкою или возлѣ нея, а сѣдалищные бугры за краемъ большихъ губъ. Въ этотъ моментъ промежность подвергается весьма значительному растяженію и опасности разрыва; такъ какъ при слѣдующихъ сокращеніяхъ матки, головка, опираясь *lin. pubae* въ верхнюю часть лонной дуги должна совершить быстрое разгибательное движеніе, причемъ на промежности послѣдовательно должны появиться лобъ, лицо и подбородокъ. При этомъ движеніи головки растяженіе промежности увеличивается только незначительно, но тѣмъ не менѣе, если прорѣзываніе совершится быстро, разрывъ, правда, въ небольшой степени, можетъ послѣдовать, если до сихъ поръ промежность осталась цѣлою. Въ моментъ прорѣзыванія головки растяженіе промежности достигаетъ наибольшей степени, ея края сильно истончаются, почему прорѣзываніе головки ни въ какомъ случаѣ не должно происходить быстро, движеніе ея слѣдуетъ нѣсколько замедлить.

Для достиженія этой цѣли мы имѣемъ нѣсколько способовъ, которые, къ сожалѣнію, примѣнимы далеко не во всѣхъ случаяхъ. Наичаще мы запрещаемъ роженицѣ въ это время жаться, чтобы воспрепятствовать дѣйствию брюшнаго пресса. Въ другихъ случаяхъ непосредственно предъ прорѣзываніемъ головки, мы удерживаемъ послѣднюю во время сокращеній матки, надавливая концами пальцевъ лѣвой руки на вышедшій затылокъ по направленію книзу и препятствуя такимъ образомъ разгибательному движенію головки. Коль скоро сокращеніе прекратилось, мы приказываемъ роженицѣ понатужиться, чтобы при дѣйствиі одного брюшнаго пресса головка, удерживаемая все-таки нѣсколько лѣвою рукою, прорѣзалась по возможности медленно. Въ это время, когда лобъ начинаетъ выкатываться по промежности, правая рука, лежащая на промежности, отодвигаетъ послѣднюю нѣсколько кзади, куда, впрочемъ, сама промежность стремится оттянуться, благодаря своей эластичности. Иногда во время паузы самъ врачъ медлен-

но производить разгибание головки. Съ этою цѣлью, удерживая правой рукой промежность, онъ приподнимаетъ пальцами лѣвой руки вышедшій сегментъ головки, выводя медленно наружу лобъ, лицо и подбородокъ. Последний способъ наиболѣе цѣлесообразенъ у перворождающихъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ надобность прибѣгнуть къ другимъ способамъ выведенія головки изъ наружнаго отверстія родового канала. Съ этою цѣлью Fehling и другіе совѣтуютъ пальцами и ладонью правой руки, которая поддерживаетъ промежность, производить надавливаніе вдоль промежности отъ кончика къ задней спайкѣ, чтобы такимъ образомъ способствовать разгибательному движенію головки. Плп же ввести указательный и средній пальцы этой руки въ прямую кишку и и чрезъ переднюю стѣнку послѣдней производить давленіе на ближай-



Фиг. 113. Поддерживаніе промежности при положеніи роженицы на спинѣ; выведеніе наружу личика.

шія части лица, избѣгая давленія на глаза. Къ какому бы способу выведенія головки мы не прибѣгали, всегда слѣдуетъ примѣнять его только въ то время, когда выдвинется наибольшій сегментъ головки между большихъ губъ. Коль скоро головка прорѣзалась, роженицу нужно положить на спину; дальнѣйшее теченіе родовъ должно происходить въ этомъ положеніи.

Поддерживаніе промежности при положеніи роженицы на спинѣ, примѣняется наичаще у многорождающихъ, а также при предлежаніи личика и при тазовыхъ положеніяхъ. Когда промежность начинаетъ растягиваться предлежащею частью, подъ ягодицы или крестецъ роженицы нужно положить плотную подушку. Нижнія конечности роженицы согнуты въ колѣнахъ и нѣсколько разведены, подошвы ея упи-

раются въ матрацъ. Акушерка, поддерживающая промежность, садится на стоящій стулъ или край кровати съ правой стороны роженицы, обращаясь лицомъ къ послѣдней. Пальцы правой руки, которая должна собственно поддерживать промежность, подводятся подъ ягодицы и располагаются по направленію къ крестцу такимъ образомъ, чтобы мягкая часть ладони возлѣ большого пальца, *tenar*, могла надавливать на промежность по направленію къ головкѣ, растягивающей промежность во время потуги; задняя спайка должна находиться на виду. Упираясь локтемъ въ матрацъ, эта рука получаетъ надлежащую опору. Лѣвая рука, которая проходитъ къ половымъ частямъ сверху, совершаетъ тѣ же манипуляціи, какъ при поддерживаніи промежности въ боковомъ положеніи роженицы. Существуютъ еще другіе способы поддерживанія промежности, но они менѣе удобны и не получили большого примѣненія въ практикѣ.

2. *Эпизиотомія*. При самомъ тщательномъ и умѣломъ поддерживаніи промежности у перворождающихъ мы получили бы гораздо чаще разрывъ, если бы не прибѣгали, при надлежащихъ показаніяхъ, къ надрѣзу краевъ промежности съ обѣихъ сторонъ. Эта маленькая операція извѣстна подъ именемъ эпизиотоміи. Удобнѣе всего производить надрѣзы изогнутыми по краю подъ угломъ тупоконечными короткими ножницами. Приступая къ поддерживанію промежности у перворождающихъ, врачъ долженъ всегда имѣть возлѣ себя такіа ножницы и нѣсколько кусковъ салициловой ваты, чтобы удалить съ краевъ промежности кровь и выдѣленія, которыя мѣшаютъ хорошо видѣть уздечку. Какъ скоро край уздечки начинаетъ бѣлѣть во время родовой схватки, что бываетъ конечно при значительно растянутой промежности, необходимо немедленно сдѣлать въ нижней трети большихъ губъ надрѣзы, по направленію къ сѣдалищнымъ буграмъ, длиною въ 1—2 см. При этомъ обыкновенно надрѣзывается *m. constrictor cunni*, послѣ чего напряженіе краевъ промежности немедленно уменьшится и часто головка замѣтно выступаетъ наружу. Если надрѣзы имѣли значительную длину, болѣе 1 см., то послѣ родовъ необходимо на это мѣсто наложить по 1—2 шва, чтобы предупредить зіяніе половой щели, происходящее вслѣдствіе оттягиванія промежности кзади.

Наичаще эпизиотомію приходится дѣлать на промежности, обладающей нормальными свойствами, но подвергающейся опасности разрыва при большой величинѣ головки, или при относительно быстромъ поступательномъ движеніи ея. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ показаніемъ къ этой операціи служатъ рубцы на промежности, отчетное ея состояніе, врожденное недоразвитіе наружныхъ половыхъ частей и пр.

3. Послѣ рожденія головки нужно обойти пальцемъ вокругъ шейки младенца, такъ какъ нерѣдко, 1 разъ на 6 родовъ (1 : 5, 8), встрѣчается *обвитіе около шеи пуповины*. Тамъ, гдѣ это найдено, необходимо ослабить петлю во время паузы, и нѣсколько увеличивъ ее, пе-

ревести черезъ головку по направленію къ груди младенца. Когда пуповина нѣсколько разъ обвита вокругъ шеи, плотно прилегаетъ и не поддается перекалыванію чрезъ головку, то слѣдуетъ подложить подъ пуповину палець во время паузы, перерѣзать ее ножницами и, придавливая къ головкѣ ея зародышевой конецъ, поспѣшить съ окончаніемъ родовъ. Такъ какъ слишкомъ поспѣшное перерѣзываніе сосудовъ пуповины сопровождается вредомъ для младенца, уменьшая количество крови въ его организмѣ, то къ этому пособію слѣдуетъ прибѣгать только въ крайности.

4. *Пособія при выхожденіи плечиковъ и туловища.* При прорѣзываніи плечиковъ слѣдуетъ также поддерживать промежность и возможности способствовать совершенію обычнаго механизма. Въ тѣхъ случаяхъ когда прохожденіе плечиковъ замедляется, часто достаточно приподнять сверху вышедшую головку, чтобы ускорить выхожденіе туловища. Если по выхожденіи головки наружу, задерживается въ родовомъ каналѣ туловище младенца, слѣдуетъ прибѣгнуть прежде всего къ растиранію дна матки, чтобы вызвать сокращеніе, во время котораго заставляютъ роженицу натуживаться, или же производятъ надавливаніе на дно матки рукою по направленію книзу. Когда нѣтъ никакихъ угрожающихъ осложнений, съ выхожденіемъ туловища можно ждать не болѣе минуты. Однако при появленіи синюхи на личикѣ, необходимо по извѣстнымъ правиламъ вывести туловище наружу. Если плечики младенца стоятъ еще высоко въ тазу, головку слѣдуетъ прихватить двумя руками, какъ бы щипцами, за затылокъ и подбородокъ и дѣлать легкое потягиваніе по направленію кпереди и книзу, чтобы опустить плечики къ выходу таза. Затѣмъ головку отодвигаютъ рукою книзу, чтобы переднее плечико подвести подъ лонное соединеніе, послѣ чего головку приподнимаютъ кверху, причемъ заднее плечо выходитъ надъ промежностью, и оба плечика прорѣзываются въ прямомъ размѣрѣ. Въ это время слѣдуетъ направлять лѣвою рукою заднее плечико кверху, въ то время, когда правая рука поддерживаетъ промежность, чтобы уменьшить давленіе на эту область и нѣсколько замедлить прохожденіе плечиковъ. Если прежде прорѣзыванія задняго плечика младенца показывается соответствующая ручка, необходимо ее осторожно вытянуть, захвативши за кисть и предплечіе, иначе выдающійся локоть можетъ способствовать разрыву промежности въ моментъ прорѣзыванія плечиковъ. Вообще быстро или неправильно выходящія плечики также могутъ причинить разрывъ промежности. По рожденіи плечиковъ ихъ обхватываютъ руками и приподнимаютъ кверху вмѣстѣ съ головкою младенца, чтобы способствовать выхожденію туловища.

Если отодвиганіе головки книзу недостаточно для опусканія плечиковъ и установленія ихъ въ прямомъ размѣрѣ выхода, въ такомъ случаѣ нужно войти двумя пальцами правой или лѣвой руки во вла-

галище, подвести ихъ подъ-мышку задняго плеча со стороны спины и произвести потягиваніе за это плечо книзу, пока не покажется переднее плечо подъ лоннымъ соединеніемъ, затѣмъ слѣдуетъ направить тракцію вперед и кверху пока не прорѣжутся плечики. Подобныя манипуляціи исключительно слѣдуетъ совершать при положеніи роженицы на спинѣ, иногда при растираніи и нажиманіи дна матки, что должна выполнять акушерка.

Нѣкоторыя акушеры совѣтуютъ въ этихъ случаяхъ вводить въ родовыя пути пальцы обѣихъ рукъ, подводя указательный и средній пальцы подъ оба плечика, но въ противоположномъ направленіи, подъ переднее со стороны спинки, а подъ заднее со стороны груди. Производя надавливаніе пальцами на плечики въ противоположномъ направленіи, стараются произвести вращеніе плечиковъ и перевести ихъ изъ косога въпрямой размѣръ. Этотъ маневръ не всегда удается, и его слѣдуетъ оставить для случаевъ патологическихъ.

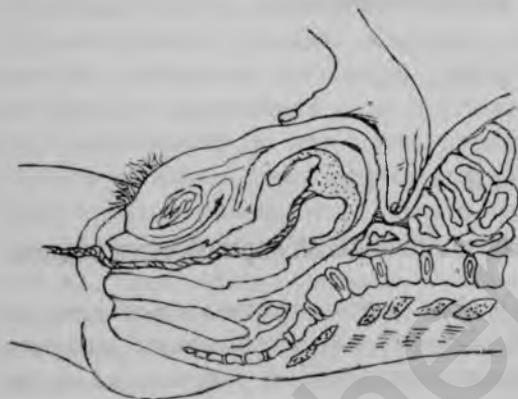
Глава 11.

Уходъ за роженицей и пособія въ III періодѣ нормальныхъ родовъ.

1. *Общія правила.* Третій періодъ родовъ долженъ происходить во избѣжаніе разныхъ осложненій исключительно при положеніи роженицы на спинѣ. Послѣ рожденія младенца роженицу не слѣдуетъ ни на минуту терять изъ виду, даже въ то время, когда приходится подавать необходимыя пособія новорожденному. Къ половымъ частямъ слѣдуетъ положить чистую салфетку или куски обезпложенной ваты и по временамъ осматривать ихъ, чтобы узнать, сколько вытекаетъ крови. Необходимо слѣдить за сокращеніями матки, ея величиною и консистенціей, ощупывая животъ рукою чрезъ извѣстные промежутки времени. Нужно также обращать вниманіе на пульсъ и выраженіе лица роженицы. Вообще слѣдуетъ принять всѣ иредосторожности, чтобы во-время распознать значительное и чрезмѣрное истеченіе крови, или внутреннее кровотеченіе, при которомъ кровь не выходитъ наружу, а скопляется въ маткѣ за послѣдомъ. Если матка остается большою, и сокращенія ея вялы, врачъ, сидя возлѣ роженицы, по временамъ долженъ производить треніе дна матки и массировать ея дно, захватывая послѣднее рукою въ поперечномъ направленіи; но если матка сокращается хорошо и во время паузы не увеличивается чрезмѣрно въ объемъ, то врачу слѣдуетъ строго ограничиться только наблюденіемъ. Дѣтское мѣсто въ большинствѣ своевременныхъ родовъ выдѣляется изъ полаго мускула чрезъ 15—20 минутъ въ нижній сегментъ и влагалище, но отдѣленіе

яйцевых оболочек требует болѣе времени; послѣднія нерѣдко даже чрезъ полчаса послѣ рожденія туловища находятся мѣстами въ соединеніи съ внутренней стѣнкою матки; почему, при отсутствіи серьезныхъ осложненій или рациональныхъ показаній, никогда не слѣдуетъ спѣшить съ удаленіемъ дѣтскаго мѣста, предоставляя сокращеніямъ матки отдѣленіе послѣда и перемѣщеніе его въ нижнюю часть родового канала. Выступленіе мѣста изъ матки въ нижній сегментъ и влагалище можно замѣтить по выходженію пуповины, если немедленно послѣ рожденія туловища перевязать тесемкой мѣсто пуповины, находящееся у задней спайки губъ. При перемѣщеніи послѣда книзу, сдѣланный на пуповинѣ узелъ передвинется, по крайней мѣрѣ, на 10 ст. отъ промежности. Одновременно тѣло матки становится болѣе плоскимъ.

3. *Удаленіе послѣда.* Коль скоро обнаружилия признаки, указывающіе на выходженіе послѣда изъ матки, и прошло полчаса или нѣ-



Фиг. 114. Выжиманіе послѣда изъ матки по способу Crede.

скольکو болѣе послѣ рожденія младенца, который уже отдѣленъ отъ матери, будетъ вполне умѣстно удалить дѣтское мѣсто изъ нижней части родового канала. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда третій періодъ родовъ продолжается уже нѣсколько часовъ, предварительно необходимо удалить мочу катетеромъ.

Въ настоящее время мы имѣемъ нѣсколько способовъ для удаленія отдѣлившася послѣда. Иногда достаточно заставить роженицу нажать, чтобы послѣдъ вышелъ изъ наружныхъ частей. Гораздо болѣе дѣйствительное и цѣлесообразное средство составляетъ выжиманіе послѣда изъ родовыхъ путей. Хорошо сократившуюся матку захватываютъ полною рукою такимъ образомъ, чтобы большой палецъ находился спереди, остальные четыре пальца сзади, одновременно дно матки располагается на ладони. Сжимая слегка матку, производятъ на нее надавливаніе по направленію тазовой оси. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда чрезъ стѣнки живота хорошо замѣтенъ растянутый нижній сегментъ матки, достаточно подавить рукою на животъ выше лоннаго соединенія, чтобы послѣдъ вышелъ наружу.

Въ прежнее время для удаленія послѣда захватывали въ лѣвую руку пуповину, наматывъ ее на два пальца и слегка натягая. Одновременно два пальца правой руки вводили по ней во влагалище и, дошедши до корня пуповины, производили давленіе на нее и на внутреннюю поверхность дѣтскаго мѣста по направленію крестцо-

вой владыны книзу, чтобы послѣдъ извести по задней стѣнкѣ таза. Даже въ настоящее время можно съ пользою прибѣгать къ этому способу въ тѣхъ случаяхъ, когда почему-либо нельзя произвести выжиманія послѣда.

Никогда не слѣдуетъ производить потягиванія за пуповину съ цѣлью удаленія послѣда, изъ опасенія произвести выворотъ матки или оборвать пуповину. Когда между большими губами покажется часть дѣтскаго мѣста, его слѣдуетъ захватить обѣими руками и дѣлать вращеніе около оси, что бы оболочки скрутились въ снурокъ. Этимъ приѣмомъ часто можно избѣгать задержанія въ маткѣ частей оболочекъ, которыя иногда остаются прикрѣпленными въ нижней части матки; вообще оболочки нужно удалять осторожно, легкими потягиваніями.

3. *Задержаніе оболочекъ.* Когда при удаленіи послѣда оболочки обрываются, ихъ слѣдуетъ захватить во влагалищѣ двумя пальцами или корицангомъ. При невозможности удалить часть оболочекъ, ихъ нужно оставить въ маткѣ, перевязавъ ихъ нижній конецъ ниткою, если онъ доступенъ. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ обыкновенно онѣ выдѣляются сами или при осторожномъ потягиваніи. Въ другихъ случаяхъ задержанныя части оболочекъ выходятъ вмѣстѣ съ послѣродовыми отдѣленіями. Такимъ образомъ слѣдуетъ поступать, если въ маткѣ осталась небольшая часть оболочекъ яйца. Когда задерживаются всѣ оболочки или значительная часть ихъ, необходимо ввести,



Фиг. 115. Повертываніе выходящаго послѣда около оси.

по правиламъ искусства, руку въ полость матки и, дѣйствуя концами пальцевъ, соскабливаніемъ отдѣлить осторожно оболочки отъ стѣнокъ матки и вывести ихъ наружу. Послѣ этой операціи полость матки необходимо промыть теплымъ 1% воднымъ растворомъ *acid. carbonici*.

4. *Способъ Credé.* Недавно еще почти всюду примѣнялся болѣе энергическій способъ покойнаго профессора Credé для удаленія послѣда. Непосредственно послѣ выхожденія туловища, производили растираніе дна матки, чтобы вызвать сокращенія въ ней; затѣмъ, обхвативъ дно матки рукою, сжимали этотъ органъ и надавливали матку книзу по оси таза. При слѣдующемъ сокращеніи матки, снова повторяли этотъ приѣмъ, производя въ промежуткахъ между схватками растираніе этого органа. Эти манипуляціи продолжались до тѣхъ поръ, пока послѣдъ не выдѣлялся наружу. Обыкновенно это удавалось въ теченіи 5—10 минутъ. Вслѣдствіе такого поспѣшнаго отдѣленія послѣда иногда остава-

лись въ маткѣ куски оболочекъ и даже дольки дѣтскаго мѣста, не успѣвшія отдѣлиться. Кромѣ того, при способѣ Credé, послѣ удаленія послѣда, нерѣдко появлялось значительное кровотеченіе, почему въ настоящее время этотъ способъ умѣстно примѣнять только въ тѣхъ случаяхъ, когда является показаніе по возможности скорѣе послѣ рожденія младенца удалить дѣтское мѣсто. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ скорѣе умѣстенъ описанный выше способъ.

Еще болѣе неблагоприятными послѣдствіями сопровождается violentъ пассивный выжидательный способъ, предложенный Ahlfeld'омъ. Veausamp и Zinstag показали, что при такомъ способѣ часто бываютъ кровотечения и задержаніе послѣда. Самъ Ahlfeld нашелъ среднюю потерю крови 390,0, и въ 82% родовъ послѣдъ отдѣлился не ранѣе 1½ часа. Между тѣмъ какъ, по наблюденіямъ Weissgerber'a, при общепринятомъ способѣ веденія III періода родовъ, послѣдъ наичаще выдѣляется чрезъ полчаса послѣ рожденія младенца, и средняя потеря крови не превышаетъ 255,0.

5. *Уходъ и пособія послѣ выхожденія послѣда.* Послѣ окончанія родовъ необходимо обмыть слабымъ растворомъ сулемы (1:2000) наружныя половыя части и, обтирая ихъ намоченною въ этомъ растворѣ ватой, внимательно осмотрѣть промежность, входъ во влагалище, губы и преддверіе. При незначительныхъ трещинахъ и надрывахъ слизистой оболочки на этихъ мѣстахъ достаточно присыпать ихъ порошкомъ іодоформа или іодола; затѣмъ къ наружнымъ частямъ и ниже ихъ положить свернутую чистую салфетку или подушечку изъ куска обезпложенной гигроскопической ваты и подвязать ее къ тѣлу косынкою изъ холста. Роженицу ни въ какомъ случаѣ нельзя оставлять первое время послѣ родовъ одну или съ несвѣдующими женщинами. Лучше всего, если бывший при родахъ врачъ остается при ней въ теченіе часа, наблюдая за состояніемъ матки, за пульсомъ и количествомъ вытекающей изъ влагалища крови. Если матка сокращается недостаточно плотно и часто расслабляется, увеличиваясь въ объемѣ, и одновременно становится болѣе уступчивою, слѣдуетъ производить растираніе рукою дна матки и внутрь назначить 3 приема свѣжаго pulvis secalis cornuti по 0,6 черезъ ¼ часа, или по чайной ложкѣ жидкости, состоящей изъ extr. secalis cornut. aquos. 1,0 Aq. et Tinct. Cinnamomi aa 15,0 два приема въ тѣ же промежутки времени. Когда замѣчается наклонность матки къ расслабленію, слѣдуетъ положить на нижнюю часть живота съ надлежащими предосторожностями гуттаперчевый пузырь со льдомъ. Прикладываніе тяжелыхъ предметовъ — книгъ или мѣшка съ пескомъ на животъ, бывшее въ ходу при подобныхъ условіяхъ въ прежнее время, обыкновенно не достигаетъ цѣли и, кромѣ того, небезопасно.

Спустя 2—3 часа послѣ родовъ, если сократившаяся матка представляется плотною, и истеченіе крови умѣренное, на животъ слѣдуетъ положить удобную циркулярную повязку изъ холста чтобы не допускать излишняго растяженія стѣнокъ живота и устранить опасность рассла-

бленія матки при перемѣнѣ родильницею положенія, что, впрочемъ, не слѣдуетъ позволять дѣлать ранѣе 12 часовъ послѣ родовъ.

Глава 12.

Примѣненіе болеутоляющихъ средствъ при родахъ.

1. *Общая правила.* Нерѣдко для уменьшенія болей при родахъ, даже выполнѣ нормальныхъ, приходится прибѣгать къ употребленію наркотическихъ средствъ. Тѣмъ болѣе умѣстно назначеніе послѣднихъ, при неправильныхъ сокращеніяхъ матки и при производствѣ трудныхъ операций, что всегда сопряжено съ значительной болью для роженицы.

2. *Употребленіе различныхъ средствъ для наркоза.* Чаше другихъ средствъ во время родовъ примѣняется хлороформъ. Большая часть врачей употребляетъ хлороформъ, только начиная со второго періода родовъ. Въ первомъ же періодѣ до полного раскрытія зѣва болѣе цѣлесообразно для успокоенія болей назначать препараты опія, морфій внутрь или подъ кожу, а также chloral-hydratum внутрь на приемъ по 0,6—1,0 чрезъ полчаса до наступленія сонливости. Хорошо также употреблять это средство въ клистирахъ по 1,0 въ 30,0 теплой воды чрезъ полчаса до наркотическаго дѣйствія. Хорошо дѣйствуютъ также припарки на животъ или японская грѣлка. Употребляя эти средства можно значительно уменьшить слишкомъ болѣзненные и частыя родовыя боли, которыя становятся послѣ этого гораздо рѣже, и часто даже болѣе дѣйствительными. По крайней мѣрѣ нерѣдко устье матки начинаетъ раскрываться гораздо быстрѣе послѣ употребленія наркотическихъ средствъ и примѣненія теплоты. Въ нѣкоторыхъ клиникахъ, рѣже въ частной практикѣ, съ пользою примѣняли во время родовъ вдыханіе смѣси азота съ кислородомъ въ отношеніи 4:1. Смѣсь обыкновенно готовится въ аптекѣ и отпускается въ большихъ гуттаперчевыхъ непроницаемыхъ мѣшкахъ. Предложенные для этого газа Свенцицкимъ и другими приборы, содержащіе смѣсь въ сжатомъ состояніи, не вошли въ употребленіе между врачами. Болеутоляющее дѣйствіе этого средства обнаруживается у роженицъ не въ одинаковой степени, употребленіе его хлопотливо и обходится не дешево; почему въ настоящее время смѣсь азота съ кислородомъ примѣняется рѣдко при родахъ. Роженица должна вдыхать этотъ газъ посредствомъ особеннаго мундштука нѣсколько разъ въ началѣ потуги, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже во время паузы. Послѣ чего болевыя ощущенія на короткое время притупляются, рѣже совершенно исчезаютъ, но сознаніе по большей части выполнѣ сохраняется. Много разъ былъ испытанъ, какъ анестезирующее средство при родахъ, бромистый

этилъ; дѣйствіе его оказалось непостояннымъ, и кромѣ того онъ значительно раздражаетъ органы дыханія. Это средство можно употреблять только въ теченіи короткаго времени. До сихъ поръ всѣмъ подобнымъ средствамъ слѣдуетъ предпочитать хлороформъ, вліяніе котораго на теченіе родовъ изучено довольно обстоятельно. При правильныхъ родахъ, когда нужно только уменьшить родовыя боли, его даютъ для вдыханія роженицъ всякій разъ предъ появленіемъ родовой схватки, и наркозъ не доводятъ до полной потери сознанія. При такомъ способѣ употребленія, хлороформъ оказываетъ незначительное вліяніе на сокращенія матки, которыя становятся впрочемъ нѣсколько рѣже. Полному наркозу подвергаютъ роженицу наичаще при производствѣ акушерскихъ операцій, а нѣкоторыхъ чувствительныхъ роженицъ даже при правильныхъ родахъ, наичаще во время прорѣзыванія головки. Въ этихъ случаяхъ родовыя сокращенія матки ослабѣваютъ и замедляются, а брюшной прессъ совершенно прекращаетъ свое дѣйствіе. Въ третьемъ періодѣ родовъ нерѣдко замѣчается атонія матки и значительныя, даже опасныя кровотеченія. Послѣ слишкомъ продолжительнаго хлороформированія роженицъ иногда наблюдаютъ желтуху гематогеннаго происхожденія, вѣроятно вслѣдствіе распаденія красныхъ кровяныхъ шариковъ. Мы наблюдали при подобныхъ симптомахъ однажды смертельный исходъ чрезъ нѣсколько дней послѣ родовъ, повидимому вслѣдствіе упадка дѣятельности и паралича сердца. Вообще же роженицы хорошо переносятъ наркозъ, и случаи смерти при хлороформированіи случаются крайне рѣдко.

Когда при наркозѣ хлороформомъ роженицы обнаруживаются опасныя явленія, слѣдуетъ примѣнять обычныя средства. При ослабленіи пульса и поверхностномъ дыханіи, надо впрыскивать подъ кожу *aether sulf.*, растворъ камфоры или *tinct. moschii orient.* При остановкѣ дыханія и появленіи ціаноза, примѣняется искусственное дыханіе. При рвотѣ голову кладутъ на бокъ. При западаніи языка, нужно опустить нижнюю челюсть и вытянуть языкъ нѣсколько наружу.

Мѣстная анестезія наружныхъ половыхъ частей, посредствомъ подкожныхъ впрыскиваній въ области промежности раствора *sosaini muriatici*, небезопасна, вслѣдствіе неодинаковаго дѣйствія этого средства на разныхъ субъектовъ, и не всегда достигаетъ цѣли. Еще менѣе заслуживаетъ вниманія гипнозъ, который удастся вызвать иногда во время родовъ у женщинъ истеричныхъ, въ особенности у тѣхъ, которыя подвергались раньше дѣйствію этого средства.

Dönhoff наблюдалъ даже при неполномъ наркозѣ вредное вліяніе хлороформа—сокращенія матки замедлялись и паузы удлиннялись въ 3—4 раза; давленіе въ маткѣ при родовыхъ боляхъ уменьшалось вдвое, и дѣйствіе брюшнаго пресса прекращалось. Другіе врачи такого вреднаго дѣйствія не замѣчали. Allwright считаетъ хлороформъ наилучшимъ наркотическимъ средствомъ, которое не слѣдуетъ давать раньше раскрытія зѣва, за исключеніемъ особенныхъ случаевъ. При неполномъ наркозѣ его можно давать 20—30 часовъ сряду. Хлораль годится въ первомъ періодѣ родовъ,

при неподатливости п спазмѣ маточнаго зѣва. Употребленіе эфира, который въ недавнее время хвалили, снова оставлено. Lerber нашель, что наркозъ эфиромъ не разрушаетъ кровяныхъ шариковъ, но производитъ значительный левкоцитозъ, иногда скоропроходящую альбуминурию. По наблюденіямъ Miculicz'a и другихъ оказалось, что при наркотизаціи эфиромъ бывають чаще неблагоприятныя осложненія, чѣмъ при хлороформѣ. Kreske предпочитаетъ для кратковременнаго наркоза bromoethyl, Kreuzmann употребляетъ смѣсь Билльрота—chloroformi 3, aeth. sulf. et spirit. vini aa 1. Schleich считаетъ смѣсь эфира съ хлороформомъ наиболее удобнымъ средствомъ для наркоза. Langlois и Maurage у слабыхъ роженицъ предъ наркозомъ совѣтуетъ дѣлать подкожныя впрыскиванія въ количествѣ 1,0 раствора — morphii muriat. 0,1, sparteini sulf. 0,3, Aq. destill. 10,0. Fraenkel за $\frac{1}{4}$ часа до начала наркоза иногда дѣлаетъ подкожное впрыскиваніе 1,0 развода—morphii muriat. 0,1, atropini sulf. 0,01, chloralhydrat. 0,25, Aq. dest. 10,0. Auvard наблюдалъ болеуголяющее дѣйствіе antipyrini въ количествѣ 1,0—2,0 для клистира. Vossuet при прорѣзываніи головки впрыскивалъ въ большія губы справа и слѣва по 0,5 пятипроцентнаго раствора cocaini muriat. Наблюденія Auvard, Secheyron, Dumontpallier, Oui и др. показали, что роженица поддается гипнозу только въ первомъ періодѣ родовъ; за рѣдкими исключеніями, при сильныхъ боляхъ, она ирсыпается.

Mahler нашель, что эфиръ дѣйствуетъ только на дыхательные центры. Во всѣхъ случаяхъ, когда сердце и большіе сосуды перерождены, слѣдуетъ примѣнять, наркозъ эфиромъ. Напротивъ при болѣзняхъ дыхательныхъ органовъ предпочтительнѣе хлороформъ. При свѣчахъ надо также всегда примѣнять хлороформъ.

Глава 13.

О пособіяхъ, подаваемыхъ новорожденному въ первое время послѣ нормальныхъ родовъ.

1. *Перевязываніе пуповины.* Новорожденный младенецъ, только что появившійся на свѣтъ, при посредствѣ пуповины сохраняетъ свою связь съ дѣтскимъ мѣстомъ, которое въ это время бываетъ уже отчасти отдѣлено отъ матки и обыкновенно вскорѣ совершенно отдѣляется сокращеніями этого органа. Когда у новорожденнаго появилось привильное дыханіе, нѣкоторое время ощущается еще пульсація въ пуповинѣ, и въ дѣтскомъ мѣстѣ продолжается движеніе крови. Расширившаяся, при появленіи дыхательныхъ движеній, грудная клѣтка и растянувшіяся легкія постепенно присасываютъ эту кровь, которая постукаетъ въ организмъ младенца чрезъ v. umbilicalis, между тѣмъ какъ съ каждымъ дыханіемъ вслѣдствіе уменьшенія давленія въ артеріальной системѣ, чрезъ art. umbilicales все меньше и меньше переходитъ крови въ плаценту; наконецъ движеніе въ нихъ крови совершенно прекращается, и пульсація въ пуповинѣ исчезаетъ. Наичаще это происходитъ чрезъ 5 — 10 минутъ послѣ родовъ. Изъ этого уже a priori можно вывести заключеніе, что если младенца разъединить немедленно послѣ рожденія, то его организмъ будетъ содержать нѣсколько менѣе крови, нежели въ тѣхъ случаяхъ,

когда это произойдет спустя некоторое время после родов. Исследования показали, что эта разница не менее 60,0—70,0, иногда она доходит даже до 100,0., что имеет немаловажное значение для новорожденного, у которого отношение количества крови к вѣсу тѣла, при позднем перевязывании пуповины, составляет 1:11 даже 1:10; между тѣмъ какъ, если сдѣлать перевязку немедленно после родовъ, оно равняется только 1:14 даже 1:16. Почему когда появилось правильное дыханіе, младенецъ хорошо кричалъ, кожа его сдѣлалась равномерно красною, слѣдуетъ некоторое время выждать съ перевязкою пуповины, ощупывая часто въ ней пульсацію. Коль скоро послѣдняя начнетъ ослабѣвать и ближе къ плацентарному концу совершенно прекратится, немедленно слѣдуетъ перевязать пуповину.

Для перевязки пуповины употребляется крѣпкая обеззараженная тесьма шириною не болѣе 0,5 см. Отступя приблизительно на 3—4 пальца отъ пупка, перевязываютъ пуповину и туго затягиваютъ узелъ. Перекинувъ концы тесьмы на противоположащую сторону, также дѣлаютъ узелъ и, хорошо завязавъ его, образуютъ на немъ петлю, чтобы, въ случаѣ надобности, можно было развязать тесьму и снова сильнѣе затянуть ее, что иногда дѣйствительно необходимо сдѣлать спустя $\frac{1}{2}$ —1 часъ после родовъ, если пуповина слишкомъ толста, вследствие скопленія большого количества Вартоновой студени. Некоторые врачи советуютъ употреблять въ такихъ случаяхъ эластическую лигатуру. Затѣмъ, отступя на 2 поперечныхъ пальца отъ наложенной лигатуры, пуповина снова перевязывается двойнымъ узломъ; между обѣими перевязками ее разрѣзываютъ, положивъ на ладонь, ножницами. Вторая перевязка дѣлается единственно съ цѣлью удержать оставшуюся кровь въ дѣтскомъ мѣстѣ, и чрезъ это придать послѣднему некоторое напряжение, а также чтобы напрасно не пачкать кровью бѣлье.

2. *Уходъ въ первое время.* После перевязки пуповины, младенца завертываютъ въ теплую пеленку и одѣяло, затѣмъ кладутъ въ сторонѣ отъ матери на подушкѣ или матрацѣ, пока акушерка не обмоетъ и не приведетъ въ порядокъ родильницу. Только после этого слѣдуетъ обмыть новорожденного въ ваннѣ. После обмыванія въ клиникѣ обыкновенно впускаютъ въ каждый глазъ младенца по одной каплѣ 2% раствора *arg. nitrici*, для предупрежденія гонорройнаго воспаленія; такъ какъ эти капли дѣйствуютъ специфическимъ образомъ на гонококки Нейссера, уничтожая ихъ жизненность. Въ частной практикѣ къ этому средству прибѣгаютъ также во всѣхъ случаяхъ, когда во время беременности показывалось изъ влагалища гнойное отдѣленіе.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Причины наступления родовъ, теченіе и распознаваніе ихъ.

Ahlfeld. Die Erfolge des abwartenden Verfahrens während der dritten Geburtsperiode. Centr. f. Gyn. 1889. Ahlfeld. Ueber die ersten Vorgänge bei der physiologischen Lösung der Placenta. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 33. Ahlfeld. Weitere Untersuchungen über die physiologischen Vorgänge in der Nachgeburtsperiode. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 36. Auvard. Du diagnostic de l'époque de l'accouchement. Tr. d'obst. 1. Auvard. Délivrance mixte. Tr. d'obst. 2. Auvard. Durée héréditaire du travail. Arch. de Tocol. 1888. Barbour. Sectional anatomy of labour. Edinb. med. journ. 1886—1887. Бекманъ. Къ вопросу объ изслѣдованіи роженицъ чрезъ прямую кишку. Ж. ак. и ж. бол. 1894. Baumm. Einschränkung d. inneren Untersuchung in der Hebammenpraxis. D. med. W. 1894. Beuttner. Zur Frage der geburthilflichen Untersuchung. C. Bl. f. Gyn. 1895. Blanc. De l'exploration clinique du segment inférieur avant et après l'accouchement. N. arch. l'obst. et de gyn. 1889. Charles. Viabilité des nouveau-nés à terme et avant terme. N. arch d'obst. 1893. Chazan. Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode. Samml. kl. Vort. N. F. Franqué. Cervix und unteres Uterinsegment. 1897. Dohrn. Zur Frage der Behandlung der Nachgeburtszeit mit Demonstration. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1888. Fabre. Palpation der Schulter. 1895. Faye. Geburten in einem vorgerücketen Alter. Jahrb. über die Fortschr. in 1890. Fehling. Ueber den gegenwärtigen Stand der Leitung der physiologischen und pathologischen Nachgeburtszeit. Volkm. Samml. kl. Vort. 308. Floek. Die Geburten von alten Erstgebärenden. 1891. Garimond. Etude des causes déterminantes de l'accouchement à terme et de l'avortement. Nouv. arch d'obst. et de gyn. 1887. Giglio. Experimentelle Extirpation des Plexus hypogastricus und des Sacraltheles des Sympathicus. C. Bl. f. Gyn. 1896. Knupffer. Ueber die Ursache des Geburtseintritts auf Grundlage vergleichend anatomischer Untersuchungen. 1892. Krönig. Ueber die Fieber intra partum. Ges. f. Geb. zu Leipzig. 1894. Leopold und Spoerling. Die Leitung der regelmässigen Geburten nur durch äussere Untersuchung. Arch. f. Gyn. 45. Leopold und Orb. Die Leitung normaler Geburten nur durch äussere Untersuchung. Arch. f. Gyn. 49. Мандельбергъ. О растяженіи промежности въ различныхъ ея отдѣлахъ при нормальныхъ родахъ. Ж. ак. и ж. бол. 1896. Maygrier. Sur la circulation foeto-placentaire après la naissance de l'enfant. C. M. f. Gyn. 1897. Müllerheim. Die äussere Untersuchung der Gebärenden. 1895. Münder. Ueber die Geburtsverhältnisse im frühen Lebensalter. Arch. f. Gyn. 1893, 45. Pinard. Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par les manoeuvres externes. 1889. Ries. Ueber die innere Untersuchung Kreisender durch den Mastdarm. Centr. f. 1894. Saurenhaus. Ueber die Menge des Fruchtwassers nach Ausstossung des Kindes. Fromm. Ber. in 1890. De Seigneux. De la présentation de la tête et du mécanisme de son engagement. C. Bl. f. Gyn. 1897. Schaeffer. Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus. C. Bl. f. Gyn. 1896. Schmidt. Ueber die Beziehungen Zwischen Chlorose und Geburtsverlauf. Centr. f. Gyn. 1893. Spitta. Ueber den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, und Wochenbett besonders bei jungen Erstgebärenden. 1895. Tournay. Du mecanisme de la délivrance et de l'intervention du praticien dans cette période de l'accouchement. 1888. Weissgerber. Ueber die Behandlung der Nachgeburtsperiode. 1889. Ziegler. Beiträge zum Mechanismus der physiologischen Placentarlösung. 1895. Zinsstag. Beiträge zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta. Arch. f. Gyn. 34.

2. Дѣйствиe изгоняющихъ силъ. Механизмъ родовъ.

Barbour. Fine Studie der neueren Gefrierschnitte. Edin. med. J. 1895. Bataillard. Etude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail, les modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du som-

met. 1889. Börner. Zur Aetiologie und Therapie der Wehenschwäche älterer Primiparen. Sammel. kl. Vort., 18. Blanc. De la correction manuelle des positions occipito-postérieures persistantes. Lyon med. Budin. Rotation exagérée de la tête pendant l'accouchement. N. arch d'obst. 1893. Cordes. Un utéro — sédatif; un utéro — moteur. Ann. de Gyn. 29. Duff. Einiges über die Anwendung des Strychnins in der geburtshilflichen Thätigkeit. Am. journ. of the med. sc. 1894. Edgar. The mechanism of labor. Tr. of Edin. obst. soc. 1893. Fehling. Klinische Beobachtungen über den Geburtsmechanismus. Centr. f. Gyn. 1891. Kaltenbach. Dehnungstreifen in der Halshaut des Fötus. Centr. f. Gyn. 1888. Lahs. Die Erklärung des Geburtsmechanismus unter Wirkung des allgemeinen Inhaltsdruckes. Zeitschr. f. Geburtshr. und Gyn. 14. Ostermann. Die Kardinalbewegung des Geburtsmechanismus. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 29. Schatz. Die Ursachen der Drehung des Kindkopfes beim Durchgang durch das menschliche Becken. Deutsch. med. Woch. 1890. Schatz. Die Entwicklung der Kraft des Uterus im Verlaufe der Geburt. 1895. Sutugin, W. Beiträge zum Mechanismus der Geburt bei Schädellagen. Volk. Samml. klin. Vortr. 1888. Swiencicki. Ustilago Maidis in der Geburtshilfe. Therap. Monatsh. 1888. Torggler. Ueber die Gefährdung des Dammes durch Gesichtslagegeburten. Centr. f. Gyn. 1887. Turgard. Sur un signe indiquant pendant le travail la présence de circulaires autour du cou de foetus. Ann. de Gyn. 1888. Westermarck. Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt. Sk. Arch. f. Phys. 1892. Wachenfeld. Ein Beitrag zur Lehre vom Geburtsmechanismus. Frauenarzt, 1887. Zweifel. Zwei neue Gefrierschnitte Gebärender. 1893.

3. Уходъ во время родовъ. Примѣненіе наркоза.

Allwright. The history and use of anaesthetics in midwifery. Lancet. 1889. Auvard. De l'antipyrine en obstétrique. Arch. de tocol. 1883. Auvard et Secheyron. D'hypnotisme et la suggestion en obstétrique. Arch. de tocol. 1888. Beaucamp. Ueber das abwartende Verfahren in der Nachgeburtperiode. Arch. f. Gyn. 42. Berczeller. Narcose in der Geburtshilfe. 1890. Bousquet. Cocain en obstétrique. Arch. de tocol. 1891. Bulin. Le chloroforme en obstétrique. Leç. de clin. obst. 1889. Dönhoff. Ueber die Einwirkung des Chloroforms auf den normalen Geburtsverlauf. Arch. f. Gyn. 42. Dumontpallier. De l'analgesie hypnotique dans le travail de l'accouchement. Gaz. des hôp. 1887. Fehling. Ein Ersatz des Ritgen'schen Mastdarmgriffes. C. Bl. f. Gyn. 1887. Fraenkel. Ueber kombinierte Morphium — Atropin — Chloral — Chloroformnarkose. 1896. Fritsch. Ueber die Aethernarkose. C. Bl. f. Gyn. 1894. Kocks. Ueber die nachträgliche Diagnose des Geburtsmechanismus. Arch. f. Gyn. 43. Kreuzmann. Die Chloroform—Sauerstoffanaesthesie in der Geburtshilfe. C. Bl. f. Gyn. 1887. Lerber. Ueber die Einwirkung der Aethernarkose auf Blut und Urin. 1896. Langlois. La méthode nouvelle de l'anaesthésie. Gaz. med. 1894. Mahler. Ueber die Anwendung der Aethernarkose in der Geb. u. Gyn. 1895. Mikulicz. Chloroform oder Aether? Berl. kl. W. 1894. Mollath. Klinischexperimentelle Untersuchungen über die wehenregende et caet. W. med. Bl. 1891. Ovi. Sommeil hypnotique pendant l'accouchement. Ann. le gyn. 1891. Schönherr. Ueber die Aethernarkose in der Gyn. 1894. Schleich. Ueber Narkose. Zeit. f. prak. Aer. 1896. Swiencicki. Zur Stickoxydul — Sauerstoff— Anaesthésie. C. Bl. f. Gyn. 1888. Tschmarke. Die bisherigen Erfolge bei Aethernarkosen. D. med. W. 1894.

ОТДѢЛЪ IV.

Физиологія послѣродоваго періода.

Глава 1.

Общія явленія въ организмѣ родильницы.

1. *Особенности послѣродоваго періода.* Подъ именемъ послѣродоваго періода, *puerperium*, слѣдуетъ разумѣть состояніе женщины отъ окончанія родовъ до того времени, пока организмъ ея, въ особенности же половые органы, возвратятся къ своему прежнему состоянію, что впрочемъ, послѣ первыхъ родовъ не достигается вполнѣ. Родившая женщина въ это время называется родильницей. Послѣродовый періодъ продолжается приблизительно отъ 6 до 8 недѣль.

Повидимому женщины у народовъ монгольской расы имѣютъ болѣе короткій послѣродовый періодъ. У Японокъ, по наблюденіямъ Grimm'a, это время продолжается только отъ 15 до 20 дней.

Въ это время, въ особенности въ теченіе первой недѣли, организмъ женщины претерпѣваетъ такія значительныя измѣненія, и въ немъ совершаются столь важныя процессы, что равновѣсіе жизненныхъ явленій легко можетъ нарушиться.

Вскорѣ послѣ родовъ, особенно если послѣдніе были тяжелы, родильница находится въ теченіи 1—2 дней въ нѣсколько угнетенномъ состояніи; затѣмъ, наичаще на 3 день, въ организмъ ея замѣчается нѣкоторое возбужденіе, сопровождающееся наполненіемъ груди и отдѣленіемъ молока. Далѣе послѣродовый періодъ принимаетъ болѣе ровное теченіе.

2. *Замедленіе пульса.* Весьма характерное явленіе при правильномъ теченіи послѣродоваго періода представляетъ замедленіе пульса, которое начинается обыкновенно въ теченіе перваго дня и продолжается нерѣдко до конца первой недѣли. Пульсъ наичаще падаетъ до 60 ударовъ въ минуту; иногда же бываетъ даже рѣже. Въ исключительныхъ случаяхъ число ударовъ пульса не превышаетъ 40 въ минуту. При

сильныхъ потеряхъ крови замедленія пульса въ послѣродовомъ періодѣ не замѣчается. Недавно это подтвердилось, между прочимъ, наблюденіями Gudden'a. Правдоподобіе всего можно объяснить это явленіе уменьшеніемъ работы сердца послѣ родовъ и спокойнымъ лежаніемъ родильницы въ постели. Коррехl полагаетъ, что это зависитъ отъ раздраженія нервныхъ узловъ маточнаго сплетенія, откуда отраженнымъ образомъ раздраженіе передается на n. vagus. Замедленіе пульса замѣчается не только послѣ своевременныхъ, но также послѣ преждевременныхъ и раннихъ родовъ. Иногда при ощупываніи такого замедленнаго пульса замѣчается аритмія и неодинаковой силы пульсовая волна. При выслушиваніи сердца, тоны его часто сопровождаются незначительнымъ шумомъ. Замедленіе пульса обыкновенно держится въ теченіе 1—2 недѣль; еще раньше, обыкновенно чрезъ 2—3 дня, пропадаетъ маточный шумъ, который, хотя въ болѣе слабой степени, слышится въ маткѣ послѣ родовъ.

3. *Состояніе крови.* Давленіе крови, нѣсколько пониженное въ первые дни послѣ родовъ, приходитъ въ нормальное состояніе, коль скоро женщина встаетъ съ постели. Въ началѣ послѣродоваго періода содержаніе гемоглобина и количество кровяныхъ шариковъ нѣсколько уменьшается, но спустя нѣсколько дней оно достигаетъ прежней величины.

Meуег на второй день послѣ родовъ нашель у родильницы 4,62 милл. кровяныхъ шариковъ и 66,7 гемоглобина. Edler и Hutchison число красныхъ шариковъ находили 2—5 милл., среднимъ числомъ 1 милл. меньше, нежели у поворожденнаго въ каждомъ с. mm.; haemoglobin'a 60—83%, бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 14 тыс., въ 1 с. mm. слѣдовательно болѣе, чѣмъ въ обыкновенномъ состояніи организма женщины. По изслѣдованіямъ Wild'a, вскорѣ послѣ родовъ сильно уменьшается содержаніе гемоглобина и количество красныхъ кровяныхъ шариковъ, но затѣмъ постепенно обѣ эти составныя части увеличиваются. Кормленіе благоприятно вліяетъ на составъ крови.

4. *Кишечный каналъ, органы дыханія и мочевые.* Перистальтика кишекъ значительно уменьшена въ первое время послѣ родовъ, почему въ это время у родильницъ обыкновенно бываютъ запоры, въ теченіе первыхъ 2—3 дней. Въ первые 10 дней послѣ родовъ, по изслѣдованіямъ Neumann'a, содержаніе эфирно-сѣрной кислоты въ кишечныхъ испраженіяхъ колеблется въ предѣлахъ ниже средней величины, вѣроятно отчасти благодаря дѣйствию клистировъ и слабительныхъ.

Здоровыя родильницы дѣлаютъ не болѣе 20 дыханій въ минуту. Механизмъ дыханія вполне нормальный и емкость легкихъ нѣсколько большая, нежели во время беременности. Количество мочи, начиная съ 1 или 2 дня послѣ родовъ, уменьшается, а начиная съ 4 дня нѣсколько увеличивается, хотя въ теченіе первой недѣли суточное количество мочи вообще меньше, нежели въ послѣднее время беременности, что происходитъ главнымъ образомъ вслѣдствіе уменьшенія вѣса тѣла и усиленной транспираціи. Въ мочѣ почти всегда содержится нѣкоторое количество сахару, какъ слѣдствіе образованія молока, и въ теченіе 7—10 первыхъ дней находятъ пептонъ, появляющійся въ крови, вѣро-

ятно, при распаденіи бѣлковыхъ веществъ матки. Въ послѣродовомъ состояніи женщина вообще мочится рѣже, нежели во время беременности, обыкновенно не болѣе 3 разъ въ теченіе сутокъ. Первое мочеиспусканіе происходитъ среднимъ числомъ чрезъ 10 часовъ послѣ родовъ, нерѣдко выдѣляется до 1000 с. см. и даже болѣе мочи за разъ. Замедленіе въ отдѣленіи мочи происходитъ вслѣдствіе надавливанія на мочевой каналъ при родахъ, а также отъ ослабленія *m. detrusor urinae* и растяженія брюшныхъ стѣнокъ. Вообще въ первыя сутки послѣ родовъ отдѣляется сравнительно много мочи, что вѣроятно зависитъ отъ увеличеннаго во время беременности количества крови.

Recht и Henschel нашли, что родильницы наичае мочатся въ первый разъ чрезъ 8 часовъ послѣ родовъ, рѣже чрезъ 10—16 часовъ, иногда даже чрезъ сутки. По изслѣдованіямъ Raijkull'я на 110 родильницахъ, во всѣхъ случаяхъ моча вскорѣ послѣ родовъ содержитъ бѣлокъ. Blanc нашелъ, что моча въ послѣродовомъ періодѣ болѣе ядовита, нежели во время беременности. Neu нашелъ въ 80% всѣхъ родильницъ сахаръ въ мочѣ. По изслѣдованіямъ Friedberg'a, бѣлокъ исчезаетъ почти у всѣхъ здоровыхъ родильницъ; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ показывается, количество его невелико, не болѣе 0,25—1⁰/₁₀₀, рѣдко больше. Gusnar находилъ у родильницъ сахаръ постоянно на 3 или 4 день послѣ родовъ. Обстоятельныя изслѣдованія Trautenroth'a и Saft'a также подтверждаютъ, что бѣлокъ въ мочѣ у здоровыхъ родильницъ исчезаетъ въ первые дни.

5. *Дѣятельность кожи, мышечной и нервной системы.* Въ теченіе 4—5 дней послѣ родовъ почти всѣ родильницы легко получаютъ испарину и нерѣдко сильно потѣютъ; затѣмъ эта склонность постепенно утрачивается. Вслѣдствіе родовой дѣятельности и пребыванія въ постели, мышечная дѣятельность родильницы въ значительной степени ослаблена. Ея нервная система обыкновенно реагируетъ сильнѣе, и внѣшнія впечатлѣнія оказываютъ болѣе рѣзкое вліяніе. Каждому акушеру приходилось видѣть случаи, въ которыхъ послѣ душевнаго потрясенія развивался психозъ или послѣродовое заболѣваніе.

6. *Температура.* Въ прежнес время, когда не были въ ходу обеззараживающія средства, повышеніе температуры на 1, 3 и 9 день послѣ родовъ считалось физиологическимъ явленіемъ; въ настоящее время такое мнѣніе можно признать сараведливымъ до нѣкоторой степени только относительно перваго дня, когда повышеніе температуры въ большинствѣ случаевъ является вѣроятно послѣдствіемъ мышечной работы организма. Непосредственно послѣ родовъ обыкновенно T тѣла повышается на нѣсколько 0, 1° С и обыкновенно не превышаетъ 37,6° С. Часто даже послѣ тяжелыхъ и продолжительныхъ родовъ, а также иногда при лихорадочномъ состояніи во время родовъ, T чрезъ 12 часовъ падаетъ до нормы; однако нерѣдко небольшое повышеніе держится до конца первыхъ сутокъ, послѣ чего T спадаетъ, и устанавливается нормальное теченіе послѣдней съ обыкновенными дневными колебаніями. Когда послѣродовый періодъ протекаетъ вполне правильно, T даже вечеромъ не превышаетъ 37,7° С, при измѣреніи подъ мышкой. Поднятіе темпера-

туры до 38°, въ особенности утромъ, всегда слѣдуетъ считать явленіемъ патологическимъ, указывающимъ на необходимость тщательнаго изслѣдованія родильницы.

Въ недавнее время Temesvary и Wäcker произвели тщательныя наблюденія надъ температурой въ послѣродовомъ періодѣ. Они получили результаты сходные съ вышеизложенными. Средняя температура послѣ родовъ равняется 37,1° С, чрезъ 6—7 часовъ она нѣсколько повышается, а чрезъ 16—20 часовъ падаетъ. Въ слѣдующіе дни средняя температура 36,8 С. Разница между утренней и вечерней достигаетъ 0,7° С. Къ подобнымъ же результатамъ пришелъ Giles. Наибольшее вліяніе на повышеніе температуры имѣетъ теченіе II періода родовъ. Хлороформированіе нѣсколько уменьшаетъ температуру. По изслѣдованіямъ Gödecke и Holzappel'я, разница между T въ кишкѣ родильницы и подъ мышкой не превышаетъ 0,2—0,4° С.

Въ настоящее время рѣдко наблюдается значительное повышеніе T на 3 день послѣ родовъ. Сильное нагрубаніе грудей, въ особенности у женщинъ, не желающихъ кормить, можетъ повысить T только на нѣсколько десятыхъ градуса. Болѣе значительное повышеніе температуры до 38, даже до 40° С и болѣе, которое приписывалось въ прежнее время молочной лихорадкѣ, не имѣетъ ничего общаго съ набуханіемъ грудей и съ отдѣленіемъ молока. Такая лихорадка есть послѣдствіе прониканія болѣзнетворныхъ микробовъ гдѣ либо въ ткани половыхъ органовъ или грудной железы. Точно такое же значеніе имѣетъ замѣчаемое иногда повышеніе T на 9 день, когда родильница поднимается съ постели, при чемъ, начавшіяся затягиваться раны и трещины въ родовомъ каналѣ, снова расходятся, и чрезъ это открывается путь для поступленія патогенныхъ веществъ въ организмъ родильницы. Столь же неблагоприятно могутъ дѣйствовать грубое нарушеніе діеты, запоръ, душевныя волненія, простуда и проч. Всѣ эти вліянія могутъ вызвать у родильницъ повышеніе температуры, зависящее непосредственно, по всей вѣроятности, отъ тѣхъ же мѣстныхъ причинъ.

7. *Вѣсъ тѣла.* Въ теченіе первой недѣли вѣсъ тѣла родильницы убавляется на 3—8%; такъ какъ она теряетъ за это время среднимъ числомъ по Gassner'у около 2000—4500,0, что составляетъ на каждый Kg. ея вѣса около 38,0 до 75,0 утраты. Крупныя женщины теряютъ болѣе, нежели худыя и малаго роста родильницы. Потеря въ вѣсѣ обуславливается главнымъ образомъ значительнымъ превышеніемъ различныхъ выдѣленій организма за это время, сравнительно съ количествомъ принимаемой пищи и питья. Значительное вліяніе на потерю вѣса родильницы оказываетъ обратное развитіе половыхъ органовъ, въ особенности матки, сопряженное съ уменьшеніемъ ея величины.

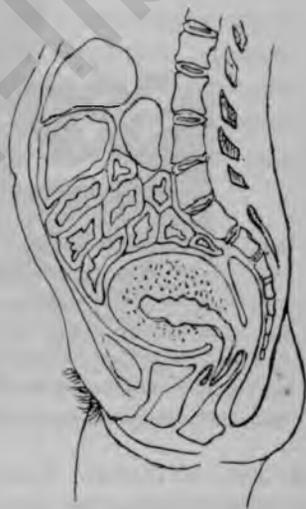
Величина и потеря въ вѣсѣ зависятъ въ значительной степени отъ количества и качества пищи, принимаемой родильницею, и степени ея усвоенія. Winkel и Klemmer нашли, что при хорошемъ питаніи родильницы, потеря въ вѣсѣ ея тѣла въ теченіе десяти дней послѣ родовъ, можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ ограничиться только 1000,0. Захаржевскій пашель, что первороженница ежедневно теряетъ въ первые дни послѣ родовъ 205,0 въ вѣсѣ. За 11 дней выдѣляется 1200,0 лохий и бо-

лѣе 3100,0 молока. Вагшт определѣли среднюю потерю въ вѣсѣ родильницы въ теченіе первыхъ 148 часовъ равною 3643,0. Эта величина колеблется между 1700,0 и 6500,0. По наблюдениямъ Влац, наименѣе теряютъ родильницы въ вѣсѣ при хорошей смѣшанной пищѣ. Въ недавнее время точныя изслѣдованія въ этомъ направленіи произвелъ Ней на 100 родильницахъ. Къ 12 дню потеря въ вѣсѣ была среднимъ числомъ 2298 gm. Начиная съ 9 дня у 82% здоровыхъ родильницъ; убыль въ вѣсѣ прекращалась и начиналась прибавка. У кормящихся потеря въ вѣсѣ меньше средней величины. Также мала убыль у молодыхъ первороженицъ. Особенно большая потеря была наблюдаема на 4 день послѣ дѣйствія слабительнаго. Родильницы съ двойнями особенно сильно теряли въ вѣсѣ—до 8000 gm.

Глава 2.

Измѣненія въ половыхъ органахъ родильницы.

1. *Матка.* Непосредственно послѣ удаленія послѣда дно матки стоитъ приблизительно по срединѣ между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, возвышаясь надъ послѣднимъ среднимъ числомъ на 12 см. Часто въ теченіе перваго дня оно замѣтно поднимается, но затѣмъ начинаетъ опускаться, и при правильномъ теченіи послѣродового періода скрывается за лоннымъ соединеніемъ, спустя 10—12 дней послѣ родовъ. Длина полости матки послѣ родовъ достигаетъ 15 см., чрезъ 2 недѣли она уменьшается до 10 см., а чрезъ 6—8 недѣль длина полости матки достигаетъ нормальныхъ размѣровъ, именно 6—7 см. У женщинъ кормящихъ грудью уменьшеніе матки совершается нѣсколько скорѣе и въ болѣе значительной степени. Вѣсъ матки вскорѣ послѣ родовъ 800,0—1000,0, чрезъ двѣ недѣли онъ убавляется на половину; чрезъ 21 день онъ составляетъ всего 150,0—200,0, а чрезъ 6—8 недѣль только 45,0—60,0. Чрезъ 2 недѣли послѣ родовъ матка почти всегда



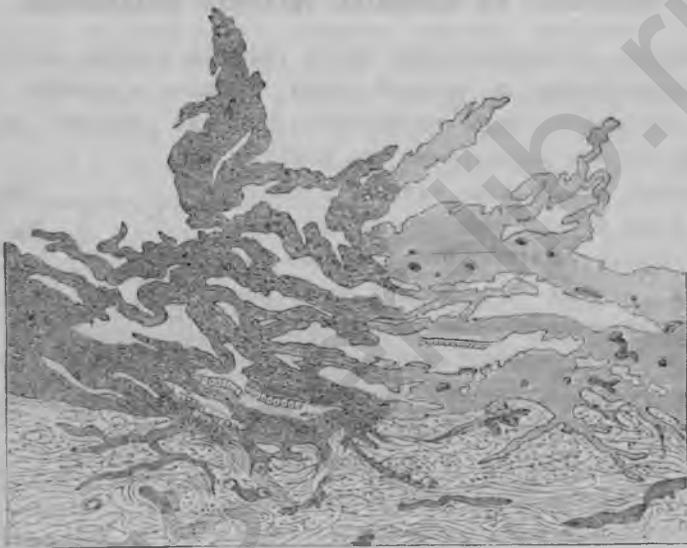
Фиг. 116. Матка вскорѣ послѣ родовъ.

находится въ состояніи ante flexio и, по наблюдениямъ Fehling'a, въ 60—70% отклонена вправо и нѣсколько повернута около своей длинной оси.

Непосредственно послѣ родовъ матка представляетъ округленное сверху, продолговатое тѣло, сдавленное спереди назадъ, она наклонена кпереди, образуя сгибъ на границѣ шейки. Послѣдняя имѣетъ 5—6 см. длины, и ея стѣнки не болѣе 0,5—1 см. толщины; на ней замѣчаются старые и новые надрывы, подтеки въ слизистой оболочкѣ и въ самой ткани, богатой сосудами, переполненными кровью. Складки и углубленія arbor vitae мало замѣтны, вельдствие сильнаго растяженія канала шейки.

Брюшина образуетъ на тѣлѣ матки складки, расположенныя преимущественно въ поперечномъ направленіи. Толщина стѣнокъ матки неодинакова; въ тѣлѣ она доходитъ до 2—4 см., и постепенно уменьшается по направленію къ внутреннему устью. Иногда она также нѣсколько меньше въ днѣ матки. На разрѣзѣ стѣнка тѣла матки представляется плотною, малокровною, блѣднорозоваго цвѣта, пронизанная пучками бѣловатой соединительной ткани.

Внутренняя поверхность тѣла матки выстлана тонкимъ ампулярнымъ слоемъ отпадающей оболочки блѣднорозоваго или желтоватаго цвѣта, состоящей изъ довольно нѣжной клѣтчатки съ большими децидуальными клѣтками, образующей строму и перегородки, между которыми заключаются наружные концы маточныхъ желѣзъ, выстланные



Фиг. 117. Микроскопическій разрѣзъ черезъ стѣнку матки вскорѣ послѣ родовъ.

низкимъ эпителиемъ. Поверхность слизистой оболочки неровная, повсюду мелкіе клочки ея выстоятъ въ полость матки. Мѣсто прикрѣпленія плаценты рѣзко выдѣляется, возвышаясь на 0,5—1 см. надъ общимъ уровнемъ внутренней поверхности матки, темнокраснаго цвѣта и покрыто только мѣстами тонкимъ слоемъ запоздалой оболочки. На его поверхности находятся отверстія разорванныхъ при родахъ венозныхъ сосудовъ, закрытыхъ тромбами. Въ полости матки вскорѣ послѣ родовъ находится обыкновенно кровь, иногда кровяные свертки, мѣстами на стѣнкахъ кусочки не вполне отдѣлившейся отпадающей оболочки. Начинаящееся вскорѣ послѣ родовъ обратное развитіе матки совершается главнымъ образомъ вслѣдствіе мышечныхъ сокращеній, которыя нерѣдко сопровождаются болями у женщинъ, родившихъ не въ первый разъ. Нерѣдко врачу приходится даже назначать наркотическія сред-

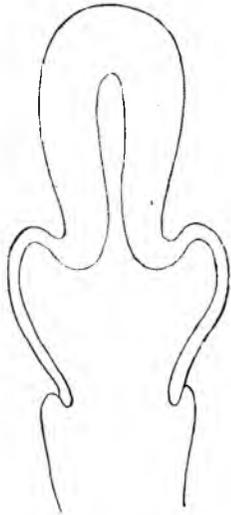
ства для успокоенія послѣродовыхъ болей. Сокращенія обусловливаютъ сближеніе мышечныхъ волоконъ и сжатіе сосудовъ, вслѣдствіе чего происходитъ анемическое состояніе мышечной ткани тѣла матки. Въ ходѣ обратнаго развитія шейки, вѣроятно, немаловажное значеніе имѣетъ эластичность ея ткани. Эта часть матки уже чрезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ, вслѣдствіе мышечныхъ сокращеній, значительно суживается, образуя выступы, раздѣленные глубокими бороздками, при этомъ ея стѣнки утолщаются почти въ три раза. Сильно разрастающіяся мышечныя волокна матки подвергаются жировому перерожденію; на 4—6 день послѣ родовъ въ нихъ показываются капли жира. Волокна начинаютъ съеживаться и ихъ контуры блѣднѣютъ. Изслѣдованія, сдѣланныя въ этой области въ послѣднее время, показали, что этотъ процессъ влечетъ за собою не распаденіе, а только уменьшеніе величины волоконъ во всѣхъ направленіяхъ. Эта *hypoplasia* совершается постепенно. Уже на 4 день послѣ родовъ длина мышечныхъ волоконъ вдвое, а чрезъ недѣлю почти втрое меньше, ихъ ширина убываетъ въ гораздо меньшей степени. Чрезъ 5—6 недѣль длина волоконъ бываетъ даже нѣсколько меньше, нежели въ дѣвственной маткѣ. Соединительная междумышечная ткань также подвергается обратному развитію и сморщивается. Въ стѣнкахъ сосудовъ происходитъ *hypoplasia* мышечныхъ элементовъ, а иногда даже разрошеніе внутренней оболочки, что влечетъ за собою суженіе или совершенное закрытіе просвѣта. Мѣстами вѣтви и периферическіе нервные узлы при посредствѣ ожиренія подвергаются обратному развитію.

Изслѣдованія надъ послѣродовой маткой, произведенныя Mauger'омъ въ недавнее время, подтвердили вполнѣ высказанное мнѣніе объ измѣненіяхъ мышечныхъ волоконъ, которое было раньше высказано Robin, Luschka и Sängner'омъ. Broers нашель, что вскорѣ послѣ родовъ мышечныя волокна уменьшаются вслѣдствіе выдѣленія глицерина, причемъ происходитъ также разсасываніе отечной междумышечной соединительной ткани. Уже съ перваго дня начинается жировое перерожденіе мышечныхъ волоконъ, которое вскорѣ получаетъ преобладающее значеніе; даже въ концѣ 5 недѣли этотъ процессъ еще не оканчивается.

Въ оставшемся глубокомъ слоѣ отпадающей оболочки децидуальныя клѣтки подвергаются жировому перерожденію и на мѣсто ихъ, вслѣдствіе размноженія, появляются болѣе мелкія ячейки соединительной ткани, образующія перекладины между железокъ. Эпителій, размножаясь, приподнимается на эти перегородки и такимъ образомъ, какъ это подтвердили недавнія изслѣдованія Strahl'я и Кирсноваго, постепенно покрываетъ всю внутреннюю поверхность матки, къ концу четвертой недѣли, чему въ значительной степени способствуетъ постепенное уменьшеніе полости матки. Мѣсто, гдѣ сидѣла плацента, нерѣдко остается замѣтнымъ даже на 6 недѣль послѣ родовъ въ видѣ нѣсколько приподнимающагося надъ поверхностью пятна величиною въ серебряный рубль. Замедленіе обратнаго развитія пляцентарнаго мѣста

зависитъ главнымъ образомъ отъ медленно протекающей организаціи тромбовъ, закупоривающихъ вены. Клѣтки железистаго эпителия становятся кубическими и затѣмъ цилиндрическими, при этомъ соединительная ткань отпадающей оболочки подвергается отчасти жировому перерожденію. Большія клѣтки повидому всё выдѣляются, новая слизистая оболочка образуется изъ мелкихъ ячеекъ. Въ стѣнкахъ сосудовъ появляются новыя эластическія волокна. На мѣстѣ плаценты даже, спустя 24 дня послѣ родовъ, железъ еще не замѣчается.

На второмъ мѣсяцѣ въ слизистой оболочкѣ матки железъ сравнительно мало, но онѣ широки. Pestalozza видѣлъ остатки децидуальной ткани на мѣстѣ плаценты, спустя 2—3 мѣс. послѣ родовъ. Hansen часто находилъ недостаточную инволюцію матки. Въ другихъ случаяхъ уже на 6 недѣль матка получала нормальную величину.



Фиг. 118. Шематическое изображеніе матки непосредственно послѣ родовъ.

Слизистая оболочка шейки, какъ извѣстно, только растягивается во время родовъ, образуя надрывы и теряя мѣстами эпителий. Она скоро приходитъ въ нормальное состояніе и уже на второй недѣль послѣ родовъ появляется *arbor vitae* на ея передней и задней стѣнкахъ. По наблюденіямъ Ries'a, внутреннее устье становится непроходимымъ для пальца между 8 и 12 днями послѣ родовъ, при преждевременныхъ родахъ даже раньше.

При слишкомъ значительной энергіи процесса обратнаго развитія матки, иногда развивается такъ называемая *superinvolutio* матки — чрезмѣрное уменьшеніе органа, вслѣдствіе атрофіи его мышечной и слизистой ткани. По мнѣнію Bossi, къ этому располагаетъ упадокъ питанія, угнетенное состояніе родильницы и сильныя послѣродовыя заботлванія матки и яичниковъ. Не слѣдуетъ смѣшивать *superinvolutio uteri* съ уменьшеніемъ объема и днны матки у кормящихъ женщинъ. При такихъ условіяхъ, уменьшеніе матки представляетъ временное явленіе. Съ прекращеніемъ кормленія и съ появленіемъ мѣсячныхъ, объемъ матки возвращается къ своей нормальной величинѣ. Такое временное уменьшеніе въ объемѣ матки происходитъ вслѣдствіе отраженнаго вліянія со стороны груди. По наблюденіямъ Hegam и Vineberg оно наблюдается нерѣдко у женщинъ съ хорошимъ питаніемъ.

2) *Яичники и трубы*, приподнятые во время беременности изъ малого таза и лежащіе по бокамъ матки, послѣ родовъ постепенно опускаются въ малый тазъ и чрезъ 10—12 дней занимаютъ приблизительно свое прежнее положеніе. Созрѣваніе Граафовыхъ пузырьковъ начинается обыкновенно не раньше 2 мѣсяца. *Corpus luteum verum* послѣ родовъ подвергается обратному развитію, но остается еще долго замѣтнымъ.

3) *Вагиналище* тотчасъ послѣ родовъ представляется сильно растянутымъ, стѣнки его истончены; въ особенности въ нижней части его, а также въ области *преддверья и промежности*, замѣчаются над-

рывы, ушибы и трещины. Всѣ эти поврежденія постепенно заживаютъ въ теченіе послѣродоваго періода; влагалище сѣуживается, снова образуются складки. Припухлость наружныхъ частей и растяженіе промежности исчезаетъ скоро послѣ родовъ. Но прежняя плотность стѣнокъ и узкость входа во влагалище болѣе не восстанавливается. На мѣстѣ каймы разорванной дѣвственной плевы возникаютъ послѣ родовъ отдѣльныя бородавки—*carunculae myrtiformes*. Обратное развитіе влагалища обуславливается прекращеніемъ прилива крови, зависящаго отъ беременности, и вѣроятно находится въ связи съ процессами, совершающимися въ маткѣ въ послѣродовомъ періодѣ.

4) *Измѣненія въ стѣнкахъ живота.* Одновременно съ процессами, происходящими въ половыхъ органахъ, происходятъ измѣненія въ брюшныхъ покровахъ. Уже черезъ 3 дня послѣ родовъ объемъ живота чрезъ пупокъ уменьшается на $\frac{1}{6}$. Кожа на животѣ родильницы представляется вялою, потемнѣвшею и образуетъ складки. Рубцы становятся бѣловатыми. Рѣдко покровы живота достигаютъ приблизительно прежней плотности; наичаще животъ остается болѣе уступчивымъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ было значительное растяженіе по бѣлой линіи, оно рѣдко проходитъ вполнѣ въ послѣродовомъ періодѣ.

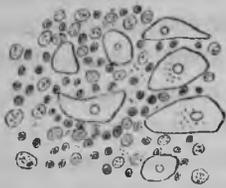
Глава 3.

Другія важнѣйшія явленія въ послѣродовомъ періодѣ.

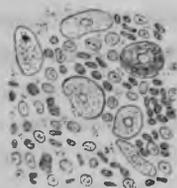
Къ числу особенныхъ явленій, свойственныхъ по преимуществу послѣродовому періоду, слѣдуетъ отнести появленіе послѣродовыхъ очищеній изъ родоваго канала и отдѣленіе изъ груди родильницы молока.

[1] *Послѣродовыя очищенія, loсція.* Эти отдѣленія представляютъ наиболѣе важное внѣшнее проявленіе регенеративныхъ процессовъ, совершающихся въ маткѣ и влагалищѣ въ послѣродовомъ періодѣ. непосредственно послѣ родовъ выдѣляется чистая кровь, часто съ небольшими свертками; кровянистое отдѣленіе, *lochia cruenta*, продолжается въ теченіи 3—4 дней. Потомъ до 9—10 дня отдѣленіе постепенно теряетъ свое кровянистое окрашиваніе, оставаясь серознымъ, жидкимъ—*lochia serosa*. По истеченіи этого времени послѣродовое истеченіе значительно уменьшается, дѣлается гуще, принимаетъ бѣловатый цвѣтъ, получаетъ болѣе слизистый или гнойный характеръ и показывается въ видѣ *lochia alba*. Постепенно уменьшаясь, отдѣленіе продолжается большею частью до 6 недѣль. Временами оно принимаетъ желтый и даже красноватый цвѣтъ отъ примѣси крови. Въ теченіе всего времени оно имѣетъ особенный непріятный, но вовсе не гнилостный, запахъ и щелочную реакцію.

При микроскопическомъ изслѣдованіи послѣродоваго отдѣленія, въ первое время оказывается, что оно состоитъ изъ однихъ кровавыхъ шариковъ, съ теченіемъ времени число послѣднихъ постепенно уменьшается. Въ бѣловатомъ очищеніи, взятомъ изъ влагалища, кровавые шарики представляются значительно измѣненными, и бѣлыя тѣльца сильно



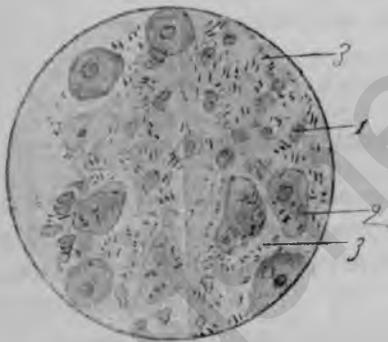
Фиг. 119. Послѣродовое отдѣленіе на другой день послѣ родоразрѣшенія.



Фиг. 120. Послѣродовое отдѣленіе черезъ 3 дня послѣ родоразрѣшенія.

но зернистыми; кромѣ того находятъ цилиндрической и плоскій эпителий, кристаллы холестеарина, распадъ и всегда значительное количество большею частью анаэробныхъ микробовъ въ видѣ мелкихъ крупинокъ и палочекъ, иногда даже патогенныя — streptococcus pyog. или

gonococcus Neisseri. Когда родильница не лихорадитъ, въ послѣродовомъ отдѣленіи, взятомъ непосредственно изъ полости матки, микробовъ обыкновенно не находятъ. Въ теченіе первой недѣли послѣ родовъ количество послѣродовыхъ очищеній у кормящей первороженницы немного превышаетъ 1000,0, у не кормящей оно достигаетъ 1800,0, т.-е. почти вдвое болѣе.



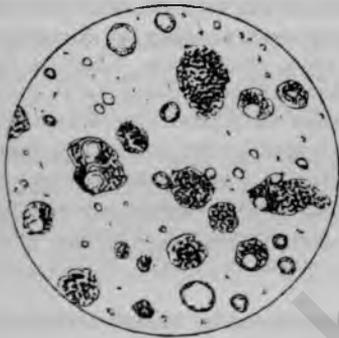
Фиг. 121. Очищеніе на 7 день послѣ родовъ. 1—кровоный тѣльца, 2—плоскій эпителий, большія клетки отпадающей оболочки, 3—микробы.

Послѣродовыя очищенія, взятая изъ влагалища совершенно здоровой родильницы, начиная съ третьяго дня послѣ родовъ, будучи введены подъ кожу кролику или морской свинкѣ, обнаруживаютъ ядовитое дѣйствіе. Онѣ вызываютъ мѣстное воспаление съ образованіемъ нарыва, а также, общую реакцію, которая выражается лихорадкою, упадкомъ силъ, разстройствомъ пищеваренія, исхуданіемъ и пр. Иногда кролики даже погибаютъ, въ ихъ внутреннихъ органахъ и крови находятъ большое количество микробовъ, Такіе опыты,

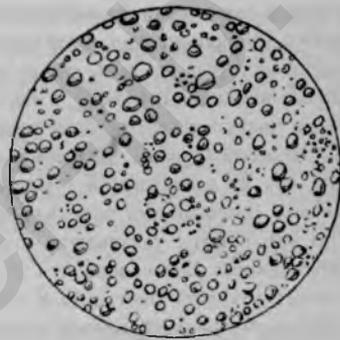
повторенные многими изслѣдователями съ одинаковыми приблизительно результатами, убѣждаютъ насъ, что каждая родильница, пока у нея продолжаютъ очищенія, содержитъ во влагалищѣ болезнетворныя микробы; до полного заживленія ранъ и ссадинъ въ половыхъ частяхъ она не изъята отъ возможности самозараженія. Если при всемъ томъ вредное вліяніе послѣродовыхъ очищеній на здоровье родильницъ относительно рѣдко обнаруживается, то это объясняется тѣмъ, что небольшія раны скоро затягиваются или же покрываются струпьями къ тому времени, когда lochia приобрѣтаютъ вредоносныя свойства.

2) *Отдѣленіе молока.* Большею частью на 3 или 4 день послѣ родовъ грудныя железы припухаютъ и увеличенныя дольки ихъ становятся чувствительными на оупуъ. Когда женщина не кормитъ, и скопившееся отдѣленіе остается въ железахъ, то задержаніе молока иногда сопровождается появленіемъ красноты на наружныхъ покровахъ грудей. Постепенно молозово переходитъ въ настоящее молоко по истеченіи первыхъ 3 дней.

Появившееся отдѣленіе молока продолжается у здоровыхъ женщинъ, которыя кормятъ дѣтей, многіе мѣсяцы; въ рѣдкихъ случаяхъ даже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Когда кормленіе прекращается, молоко большею частью пропадаетъ уже чрезъ 2 недѣли. Къ концу первой недѣли послѣ родовъ вполнѣ устанавливается отдѣленіе молока, которое представляетъ бѣлую или слегка синеватую жидкость. Оно не содержитъ болѣе молозивныхъ тѣлецъ, и въ его жидкости густо расположены молочныя шарики 0,003—0,005 мм. въ диаметрѣ, слѣдовательно довольно одинаковой



Фиг. 120. Молозиво векорѣ послѣ родовъ.



Фиг. 121. Молоко кормилицы чрезъ 3 недѣли послѣ родовъ.

величины. Удѣльный вѣсъ женскаго молока колеблется между 1026 и 1035. Оно имѣетъ слѣдующій химическій составъ:

| | |
|-----------------------------|-------|
| Воды | 88,9% |
| Твердыхъ веществъ | 11,0% |
| Именно: | |
| Жи́ра | 2,6 |
| Казеина | 3,9 |
| Молочнаго сахара | 4,3 |
| Солей | 0,14 |

Приводя эти среднія числа, мы должны оговориться, что у различныхъ женщинъ и въ различное время содержаніе составныхъ частей въ молокѣ крайне неодинаково. Кромѣ этихъ веществъ находятся въ молокѣ въ небольшомъ количествѣ еще другія органическія соединенія. Въ первое время послѣ родовъ молока отдѣляется мало, но количество его постоянно возрастаетъ и доходитъ чрезъ 2—3 недѣли послѣ родовъ до 1000,0 и болѣе.

Умиковъ нашелъ, что женское молоко отличается отъ коровьяго особенною реакціей. Послѣ прибавленія къ женскому молоку около 10% крѣпкаго раствора амміака, чрезъ нѣкоторое время получается красно-фіолетовое окрашиваніе; при нагрѣваніи реакція наступаетъ скорѣе. Она уничтожается кипяченіемъ, а также виннымъ спиртомъ, эфиромъ или хлороформомъ. Чѣмъ старѣе молоко, тѣмъ интенсивнѣе выступаетъ реакція.

По изслѣдованіямъ Monti, удѣльный вѣсъ молока у кормящей женщины мѣняется нѣсколько разъ въ день. Содержаніе жира въ женскомъ молокѣ колеблется между 2,5 и 4 %, удѣльный вѣсъ отъ 1030—1035. Во время мѣсячныхъ число большихъ молочныхъ шариковъ увеличивается. Szolazdi произвелъ 26 анализовъ молока кормилицъ и получилъ слѣдующія среднія числа:

| | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Удѣльный вѣсъ молока | 1032 |
| Составныя части: | |
| Жира | 3,4 ⁰ / ₁₀₀ |
| Сахара | 7,0 (?) |
| Казеина | 1,8 |
| Солей | 0,2 |

Черезъ 2 часа послѣ кормленія въ каждой груди хорошей кормилицы должно собираться не менѣе 30,0 молока. Temesvary изслѣдовалъ 150 кормящихъ женщинъ, количество содержащагося молока въ каждой груди среднимъ числомъ было около 60,0. Paleske и Honigmann при изслѣдованіи молока здоровыхъ женщинъ въ большинствѣ случаевъ находили въ немъ *staphylococcus pyog. albus*, рѣже *aureus*. Köstlin у беременныхъ, родильницъ и даже у новорожденныхъ находилъ микроорганизмы въ молокѣ, большую частью *staphylococcus pyog. albus*. Зараженіе бактеріями происходитъ чрезъ около-сосковый кружокъ. Выбреніе микробовъ чрезъ кровеносные сосуды не доказано. Koeper изъ 28 изслѣдованій у разныхъ женщинъ, только 3 раза нашелъ молоко стерильнымъ. Иначе онъ находилъ *streptococcus pyog.* Harkin нашелъ, что небольшіе приемы *kali chlorici* усиливаютъ отдѣленіе молока. Непроизвольное истеченіе молока, по наблюденіямъ Leube, зависитъ отъ расслабленія мышцъ въ соскахъ; потеря молока при этомъ доходитъ иногда до 8—18 %.

По изслѣдованіямъ Ludwig'a, у туберкулезныхъ женщинъ въ началѣ болѣзни увеличивается въ молокѣ количество жира. При альбуминуриі количество бѣлка уменьшается. У малокровныхъ женщинъ и больныхъ сифилисомъ молоко бѣднѣе всѣми своими составными частями, въ особенности жиромъ и сахаромъ. Tussenbrock при *galactorrhoea* нашелъ, что вслѣдствіе чрезмѣрно усиленной жизнедѣятельности уничтожаются железистыя кѣтки, и происходитъ непрерывно ихъ возобновленіе.

Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ родовъ количество молока быстро уменьшается. Наилучшее молоко имѣютъ женщины между 20—30 годами. При хорошемъ питаніи и умѣренномъ движеніи, качество молока улучшается, при противоположныхъ условіяхъ оно дѣлается хуже. Во время мѣсячныхъ количество его часто уменьшается, а во время беременности постепенно исчезаетъ.

Отдѣленіе молока находится въ зависимости отъ вліянія нервовъ. Когда женщина прикладываетъ ребенка къ груди, въ послѣднихъ появляется ощущеніе теплоты и напряженія, при этомъ подкожныя вены переполняются кровью. Изъ соска начинаетъ вытекать молоко по каплямъ или даже струйками. У нѣкоторыхъ женщинъ это происходитъ даже при возникновеніи желанія кормить младенца. При безпокойствѣ и душевныхъ волненіяхъ иногда молоко перестаетъ выдѣляться, что зависитъ вѣроятно отъ сокращенія мышечныхъ волоконъ въ соскахъ.

Непосредственно послѣ сильныхъ душевныхъ потрясеній выдѣлившееся молоко имѣетъ вредныя для младенца свойства, причиняя заболѣваніе, а въ рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ даже смерть послѣдняго.

Казеинъ представляетъ важнѣйшую составную часть молока. Отъ прибавленія къ женскому молоку желудочнаго сока, раствора сулемы, дубильной кислоты и пр. казеинъ выпадаетъ мелкими хлопьями; между тѣмъ какъ при дѣйствіи этихъ веществъ на коровье или козье молоко, онъ осаждается, образуя большіе плотные свертки. Кобылье и ослиное молоко сходны по реакціи на казеинъ съ женскимъ молокомъ. Такими свойствами казеина женскаго молока, который къ тому же не осаждается большинствомъ кислотъ и солями, объясняется большая удобоваримость женскаго молока у новорожденныхъ. Между тѣмъ какъ вода и неорганическія соли молока выдѣляются непосредственно изъ крови, его главнѣйшія органическія соединенія—казеинъ, жиръ и сахаръ образуются въ существѣ грудныхъ железъ. Молочные шарики представляютъ продуктъ желѣзистаго эпителия. При микроскопическомъ изслѣдованіи на внутреннихъ концахъ клѣтокъ замѣчается появленіе крупинокъ жира, которыя выдѣляются въ просвѣтѣ железы; вѣроятно, даже цѣлыя ячейки эпителия иногда подвергаются распаденію.

Steinhaus наблюдалъ при выдѣленіи молока въ долькахъ молочныхъ железокъ разбуханіе клѣтокъ, накопленіе въ нихъ зеренъ, которыя изъ круглыхъ дѣлались овальными, удлинялись въ видѣ спиралей, и по выходѣ изъ клѣтки принимали снова круглую форму. Ядро ячейки также разрастается, наполняется зернами, которыя переходятъ въ протоплазму и выдѣляются наружу,

Большая часть лѣкарственныхъ веществъ, принимаемыхъ кормилицею, переходитъ въ молоко. Наркотическія вещества—опій, морфій и др. были находимы только послѣ большихъ приѣмовъ этихъ средствъ. *Kali jodatum*, *belladonna* и *secale cornutum* оказываютъ даже вліяніе на отдѣленіе молока, уменьшая количество послѣдняго. Въ молоко переходятъ также нѣкоторые микробы; въ немъ были найдены *bacillus tubercul. et anthracis*, а при воспаленіи молочной железы *streptococcus pyog. et staphylococcus pyog.* Кормленіе грудью обнаруживаетъ благоприятное вліяніе на теченіе послѣродоваго періода у женщинъ, пользующихся отъ природы хорошимъ здоровьемъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что кормленіемъ младенца устраняются многія серьезныя заболѣванія матки, находящіяся въ зависимости отъ недостаточной послѣродовой инволюціи, которая, подъ вліяніемъ энергичныхъ сокращеній матки, происходятъ болѣе совершенно и скорѣе при кормленіи младенца. Напротивъ, она совершается медленно и нерѣдко менѣе совершенно у родильницъ, не кормящихъ грудью.

Глава 4.

Распознавание послеродового периода и предсказание.

1. *Распознавание послеродового состояния* иногда имѣетъ важное значеніе въ судебномедицинскомъ отношеніи. Само собою разумѣется, чѣмъ раньше послѣ родовъ производится изслѣдованіе, тѣмъ болѣе можно найти слѣдовъ бывшихъ родовъ, и тѣмъ яснѣе эти признаки. Данными анамнеза приходится пользоваться въ рѣдкихъ случаяхъ, хотя нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ значеніе. Именно — прекращеніе мѣсячныхъ, сопровождавшееся увеличеніемъ живота, объемъ котораго замѣтно уменьшился послѣ потери кровей, лежаніе въ постели и пр. Объективные признаки, само собою разумѣется, имѣютъ преобладающее значеніе.

Вялость брюшныхъ стѣнокъ, складки и рубцы, *striae*, на ихъ покровахъ, надрывы промежности, образованіе *carunculae myrtiformes*, растяженіе входа во влагалище и его складокъ, надрывы на влагалищной части, увеличеніе матки, присутствіе послеродовыхъ очищеній, набуханіе груди и присутствіе въ нихъ молозива или молока. Иногда, особенно въ первые дни послѣ родовъ, можно найти на половыхъ частяхъ или на бѣлѣ роженицы слѣды *verrucae caseosa*, *mesonium* и пр. Нѣкоторые изъ перечисленныхъ признаковъ исчезаютъ очень скоро послѣ родовъ, другіе не представляютъ ничего характеристичнаго у женщинъ многорожавшихъ. Вообще позже 2 недѣль нѣкоторые важные признаки сглаживаются до такой степени, что только прогрессивное уменьшеніе матки, сопровождающееся гноевиднымъ отдѣленіемъ, можетъ служить доказательствомъ бывшей беременности; въ особенности когда вполне исключается удаленіе полиповъ или другихъ новообразованій изъ полости этого органа.

Въ большинствѣ случаевъ доказательствомъ бывшихъ родовъ служатъ въ данномъ случаѣ состояніе матки и поврежденія на наружныхъ половыхъ частяхъ. Существованіе рубцовъ на животѣ и грудяхъ имѣетъ значеніе, при распознаваніи только первыхъ родовъ. Значительный разрывъ промежности у роженицы показываетъ, что новорожденный былъ старше 28 недѣль. Послѣ раннихъ родовъ и выкидышей въ родовомъ каналѣ часто не замѣчается никакихъ поврежденій. Послѣ выкидышей часто даже не бываетъ припуханія груди и накопленія молозива, увеличеніе матки держится недолго и бываетъ въ незначительной степени. Иногда врачъ относительно бывшаго выкидыша въ состояніи дать положительное заключеніе только въ такихъ случаяхъ, когда удастся найти въ отдѣленіяхъ или удалить изъ полости матки части яйца, наичаще ворсинки плаценты, кусочки оболочекъ и проч.

2. *Предсказаніе въ послеродовомъ періодѣ.* Роженицы нерѣдко болѣютъ, даже въ хорошо организованныхъ родильныхъ домахъ и клини-

кахъ, число лихорадящихъ женщинъ послѣ родовъ часто достигаетъ 10%. Это станетъ для насъ совершенно понятно, если мы примемъ во вниманіе неизбѣжныя послѣдствія родовъ—насильственное растяженіе родового канала, сдавливаніе и надрывы его стѣнокъ, затѣмъ весьма интенсивные процессы, происходящіе въ маткѣ въ послѣродовомъ періодѣ и постоянное присутствіе легко разлагающихся очищенной внутри полового канала. Ко всему этому слѣдуетъ присоединить легкую возможность занесенія сюда различными путями болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ, которые иногда находятся во влагалищѣ, даже въ каналѣ шейки беременных или же попадаютъ въ родовые пути во время родовъ. Число заболѣваній увеличивается еще болѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда женщины не соблюдаютъ необходимыхъ гигиеническихъ и діетическихъ условій въ послѣродовомъ періодѣ. Не говоря уже объ анемии, разстройствѣ нервной системы, разнообразныхъ смѣщеніяхъ и уклоненіяхъ въ положеніи матки, выдающееся значеніе имѣютъ воспалительныя заболѣванія половыхъ органовъ, преимущественно инфекціоннаго характера.

Въ послѣднее десятилѣтіе смертность послѣ родовъ въ родильныхъ домахъ значительно уменьшилась и не превышаетъ 1%. Въ частной практикѣ въ тѣхъ странахъ, гдѣ вполне удовлетворительно организована акушерская помощь, она составляетъ не болѣе 0,5%, въ другихъ мѣстностяхъ она доходитъ до 0,8%. Часть смертныхъ случаевъ выпадаетъ на долю инфекціонныхъ послѣродовыхъ заболѣваній; нѣсколько чаще летальный исходъ обуславливается травматическими поврежденіями при родахъ и тяжелыми общими или мѣстными заболѣваніями, не находящимися въ непосредственной связи съ родовымъ актомъ. Крѣпкіе и здоровые отъ природы субъекты легче переносятъ инфекціонныя заболѣванія, нежели изнѣженные, слабыя и малокровныя женщины. Послѣ тяжелыхъ и продолжительныхъ родовъ, а также послѣ родоразрѣшеній вызванныхъ и оконченныхъ искусственно, родильницы заболѣваютъ чаще, нежели послѣ легкихъ правильныхъ родовъ. Зимой послѣродовыя заболѣванія встрѣчаются сравнительно чаще; прежде въ это время развивались даже настоящія эпидеміи. Не всегда это можно объяснить менѣе удовлетворительною вентиляціей помѣщенія и усиленными занятіями практикантовъ въ клиникѣ. По всей вѣроятности атмосферныя перемѣны, холодъ и сырость имѣютъ нѣкоторое ослабляющее вліяніе на организмъ беременных, или, можетъ быть, эти причины способны усилить болѣзнетворное вліяніе микробовъ. Во всякомъ случаѣ строгое примѣненіе антисептики врачами и акушерками отъ этого нисколько не теряетъ своего значенія.

На основаніи клиническихъ отчетовъ послѣдняго времени Вагнѣа, Тарновскаго, Вознесенскаго, Абуладзе, Иноевса и др. не подлежитъ сомнѣнію, что въ настоящее время въ акушерскихъ клиникахъ и родильныхъ домахъ смертность не превышаетъ 0,6—1,00%, при чемъ смертность отъ септическихъ заболѣваній понизилась до 0,39%.

Гораздо большая разница замѣчается относительно послѣродовыхъ заболѣваній, число которыхъ въ различныхъ учрежденіяхъ колеблется между 5 и 25%. Это зависитъ отъ неодинаковыхъ условий, при которыхъ функционируютъ различныя клиники и родильные дома, а также отъ различія въ способахъ примѣненія антисептики и асептики.

Глава 5.

Уходъ за здоровою родильницей.

1. *Уходъ въ первые дни.* Спустя нѣкоторое время послѣ удаленія послѣда, акушерка, вымывъ и уложивъ новорожденного, должна привести въ порядокъ родильницу. Подложивъ подъ крестецъ и наружныя половыя части чистую салфетку, послѣднія хорошо обмываются теплымъ 0,5% растворомъ сулемы или 2% карболовымъ растворомъ и обтираютъ чистымъ полотенцемъ или обезпложенной гигроскопической ватой. Когда эти части замараны, предварительно ихъ слѣдуетъ обмыть мыломъ. Послѣ тщательнаго обмыванія, на наружныя половыя части прикладываютъ слой обезпложенной гигроскопической ваты и поверхъ него марлевой компрессъ или чистую салфетку; все это удерживается на мѣстѣ посредствомъ холщевой косынки, одинъ конецъ которой проходитъ между ногъ родильницы, а два другіе завязываются съ боку живота. Лежащія подъ родильницей покладки и простыни замѣняютъ чистыми; слѣдуетъ снять также чулки и перемѣнить бѣлье родильницы, по возможности избѣгая тревожить и приподнимать ее. Далѣе нужно оправить подушки и покрыть родильницу свѣжимъ, вымытымъ одѣяломъ, подложивъ подъ него чистую простыню. Все это бѣлье предварительно нужно согрѣвать. Иногда удобнѣе перенести родильницу на другую предварительно приготовленную кровать. Родильницу, при ея наклонности къ испаринѣ, не слѣдуетъ тепло закрывать и одѣвать. Одежда родильницы должна состоять изъ рубашки, задняя часть которой приподнимается на спину, и бѣлой бумажной или холщевой кофты; голова повязывается бѣлымъ платкомъ или покрывается чистымъ бѣлымъ чепцомъ. Такъ какъ иногда, спустя нѣкоторое время послѣ родовъ, матка разслабляется и появляется кровотеченіе, поэтому не слѣдуетъ дозволить родильницѣ засыпать раньше 2 часовъ послѣ родовъ. Все это время акушерка должна безотлучно оставаться при ней, ощупывая по временамъ чрезъ стѣнки живота ея матку и осматривая подложенную салфетку, чтобы во время принять надлежащія мѣры при появленіи значительнаго кровотеченія. Пульсъ у родильницъ, склонныхъ къ кровотеченію, остается частымъ. На животъ обыкновенно накладываютъ особенную повязку изъ вымытаго холста, которая обхватываетъ поясицу, а спереди на животѣ одна половина ея накладывается на другую и завязывается здѣсь нѣсколькими тесемками. Еще удобнѣе холщевая

повязка, устроенная подобно поясу Salmon'a, въ которой средняя отдѣльная часть повязки съ обѣихъ сторонъ привязывается тесьмами къ широкому бинту, подведенному подъ поясицу. Когда повязка на животѣ держится плохо, ползетъ кверху, надо ее укрѣпить, проведя отдѣльныя подвязки отъ нея подъ бедра. Повязка имѣетъ цѣлью поддерживать внутрибрюшное давленіе на матку, а также способствовать сокращенію брюшныхъ стѣнокъ. Само собою разумѣется, что все это слѣдуетъ дѣлать послѣ того, когда матка плотно сократилась, и крови отдѣляется немного.

2. *Приспособленіе кровати для родильницы.* Кровать для родильницы нужно приготовить такимъ образомъ. На желѣзную хорошо вымытую кровать кладутъ новый волосяной тюфякъ или свѣжій сѣнникъ, который застилается во всю длину простынею, края которой подвертываются подъ него. На среднюю часть кровати кладется поперекъ непроницаемая клеенка и сложенная втрое или вчетверо простыня. Подъ голову родильницы кладутъ двѣ или болѣе подушки съ чистыми наволочками. Кровать должна стоять у внутренней стѣнки комнаты, по возможности дальше отъ печки.

3. *Комнату,* въ которой находится родильница, слѣдуетъ провѣтривать открывая на время окно въ теплое время года, а зимою, протапливая печку и отворяя въ сосѣдней комнатѣ форточку. Выше 15°R не слѣдуетъ поднимать температуру комнаты. Чтобы поддерживать чистоту воздуха, не слѣдуетъ въ комнатѣ держать загрязненнаго бѣлья и подкладокъ, а также нужно немедленно удалить испраженія и мочу. Если комната родильницы мала, акушерка или сидѣлка должна находиться въ сосѣднемъ помѣщеніи.

4. *Содержаніе родильницы.* Въ настоящее время почти всѣми принято оставлять родильницу въ теченіе 9 дней въ постели. Перевертываться на бокъ не слѣдуетъ позволять ей раньше 6—12 часовъ послѣ родовъ и прежде наложенія на животъ повязки. Первое время родильницъ позволяютъ во время приѣма пищи и кормленія новорожденнаго только приподниматься на локоть, раньше 6—7 дня не слѣдуетъ позволять ей садиться въ кровати. На 10 день родильница на короткое время оставляетъ кровать, садится въ кресло, а потомъ ложится на софу или кушетку. Съ этого дня она постепенно начинаетъ долѣе сидѣть и пробуетъ ходить въ присутствіи сидѣлки или родныхъ. Только спустя 2 недѣли послѣ родовъ, она можетъ цѣлый день не ложиться въ постель. Холщевую повязку на животъ она продолжаетъ носить, но лучше замѣнить ее въ это время болѣе плотною повязкой, ceinture abdominale, которую не слѣдуетъ оставлять раньше 2 мѣсяцевъ, снимая только на ночь.

Такое содержаніе родильницы намъ кажется вполне рациональнымъ. Выполняя точно эти предписанія, можно надѣяться, что растянутыя и смѣщенные части и пораненія родового канала гораздо скорѣе при-

дутъ въ прежнее нормальное состояніе; ихъ обратное развитіе совершится быстро, и женщина вѣрнѣе избѣгнетъ появленія смѣщенія матки и различныхъ воспалительныхъ осложнений. При покойномъ положеніи родильницы въ постели въ теченіе 9 дней, небольшіе надрывы и трещины родового канала успѣютъ слипнуться и отчасти зарости, чѣмъ будетъ предупреждена возможность зараженія. Возобновляющіяся временами попытки нѣкоторыхъ врачей, доказать пользу и безопасность ранняго вставанія съ постели родильницы, никогда не убѣдятъ опытнаго врача и никогда, мы полагаемъ, онѣ не встрѣтятъ всеобщаго сочувствія.

5. *Діета и общій уходъ.* Родильница первое время обязательно должна держать діету. Кишечный каналъ ея не выдерживаетъ обыкновенной пищи. Первые 3—4 дня, пока не установится отдѣленіе молока, ей даютъ 2 или 3 раза въ день легкой чай съ бѣлымъ хлѣбомъ и по желанію съ варенымъ молокомъ. Кромѣ того, два раза въ день куриный или нежирный мясной бульонъ, или молочный супъ съ манными, гречневыми крупами, либо рисомъ, бѣлый хлѣбъ и не болѣе 1—2 яицъ всмятку. Съ четвертаго дня къ этому можно прибавить на обѣдъ легкое мясное блюдо, а потомъ также и на завтракъ, въ особенности, когда женщина кормитъ. Кромѣ того, даютъ компотъ или удобоваримое мучное блюдо. вмѣсто чая можно пить по утрамъ некрѣпкій кофе съ молокомъ. Когда здоровая женщина почему-либо не кормитъ, и ея груди переполняются молокомъ, необходимо придерживаться менѣе питательной діеты. Какъ скоро родильница начинаетъ вставать съ постели, она постепенно переходитъ къ обыкновенной пищѣ и черному хлѣбу, если нѣтъ никакихъ противопоказаній. Жажда обыкновенно бываетъ усилена у родильницъ; наичаще онѣ довольствуются хорошею, не слишкомъ холодною водою, къ которой можно прибавлять для вкуса небольшое количество фруктоваго сиропа. Другія предпочитаютъ холодный жидкій чай, искусственную сельтерскую воду, воду съ лимономъ или съ прибавкою небольшого количества легкаго вина. Цѣльное же вино и крѣпкія напитки слѣдуетъ назначать только при особенныхъ показаніяхъ слабымъ или больнымъ родильницамъ.

Родильница должна также пользоваться душевнымъ спокойствіемъ, и вся ея обстановка должна быть организована такимъ образомъ, чтобы нервная система не подвергалась излишнему раздраженію. Первые дни слѣдуетъ избѣгать даже яркаго освѣщенія, завѣсивая отчасти окна; всякія посѣщенія, кромѣ близкихъ родныхъ, слѣдуетъ безусловно воспретить, равнымъ образомъ вредны и дѣйствуютъ возбуждающимъ образомъ продолжительныя бесѣды и чтеніе.

Не покрывая слишкомъ тепло родильницу, тѣмъ не менѣе, слѣдуетъ оберегать ее отъ простуды, къ которой у женщинъ въ послѣродовомъ періодѣ существуетъ особенное предрасположеніе. слѣдуетъ помнить, что отъ этой причины иногда развивается родильная горячка.

6. *Мѣстный уходъ и пособія.* Задержаніе мочи въ первые 12 ча

совъ послѣ родовъ и запоръ въ теченіе первыхъ 3 дней послѣ родовъ составляютъ обычныя явленія.

Recti наблюдалъ первое мочеиспусканіе иногда только черезъ сутки послѣ родовъ и даже позже. Конечно, столько времени ждать не слѣдуетъ. Первородильницы дольше задерживаютъ мочу, нежели женщины многорождающія.

Когда родильница не можетъ сама помочиться, можно позволить ей на короткое время, соблюдая предосторожности, присѣсть на подкладное судно, причемъ иногда послѣдуетъ мочеиспусканіе. Прикладываніе ваты, намоченной въ теплое 3% растворѣ борной или 1% карболовой кислоты къ наружнымъ половымъ частямъ иногда также оказываетъ пользу, разрѣшая спазматическое состояніе или припухлость стѣнокъ мочевого канала. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда эти средства оказываются неэффективными, слѣдуетъ вводить металлическій катетеръ, который предварительно нужно тщательно обеззараживать кипяченіемъ въ водѣ и до употребленія держать въ 2% растворѣ карболовой кислоты. При введеніи въ мочевою каналъ, конецъ его нужно смазывать карболованнымъ вазелиномъ. Наружныя половыя части и окружность наружнаго мочевого отверстія предъ введеніемъ катетера слѣдуетъ хорошенько промыть мыломъ съ 0,5% растворомъ сулемы и вытереть обезжиренною ватой. Захвативъ катетеръ такимъ образомъ, чтобы указательный палецъ закрывалъ выходное отверстіе инструмента, его вводятъ осторожно чрезъ наружное отверстіе мочевого канала въ пузырь.

Повсюду вошло въ обычай давать родильницамъ въ концѣ 3 или на 4 день послѣ родовъ слабительное; наичаще для этой цѣли назначается столовая ложка ol. Ricini, или слабительный приемъ этого средства въ эластическихъ капсулахъ. Это лекарство можно замѣнить 2—3 чайными ложками magnesiae ustae, а также natr. sulfuric. pur. 15,0 или infus. fol sennae cum sem. foeniculi aa 2,5 ad 100,0 aq. destill. Тамъ, гдѣ назначеніе внутреннихъ средствъ противопоказуется, можно поставить теплый клистиръ изъ настоя ромашки съ прибавленіемъ прованскаго масла.

7) *Примѣненіе дезинфекціи.* Наибольшая опасность грозитъ родильницѣ отъ заболѣванія ея полового аппарата, почему вниманіе врача и акушерки должно быть направлено къ тому, чтобы предотвратить всякія осложненія въ этой области. Здѣсь такое же важное значеніе имѣетъ строгое примѣненіе антисептики, какъ во время родовъ. Все, что касается обеззараживанія рукъ врача или акушерки, инструментовъ, подкладнаго судна, бѣлья, предметовъ служащихъ для перевязки и пр., должно быть строго соблюдаемо въ послѣродовомъ періодѣ, въ особенности въ теченіе первыхъ двухъ недѣль. Если женщина не подверглась зараженію во время беременности и родовъ, то, при рациональномъ содержаніи и уходѣ, послѣродовой періодъ долженъ протекать правильно, по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда роды не сопровождались значительными поврежденіями въ родовомъ каналѣ. Важное значеніе въ этомъ отношеніи имѣетъ рациональный уходъ послѣ родовъ

за половыми органами родильницы. Значительные надрывы в нижней части влагалища и на промежности слѣдует немедленно послѣ родовъ дезинфицировать и соединить посредствомъ швовъ, удаляя предварительно, если это необходимо, частицы омертвѣлой ткани. Трещины и незначительные надрывы на этихъ мѣстахъ нужно, промывши слабымъ сулемнымъ растворомъ, засыпать порошкомъ іодоформа, повторяя это нѣсколько разъ в течение послѣродоваго періода до полного ихъ заживленія. Полезны также съ этою цѣлью присыпки изъ порошка іодола или салола. Когда появилось нагноеніе, слѣдуетъ прикладывать на ватѣ 5% карболовое или 10% креозотовое масло. До полного заживленія этихъ трещинъ слѣдуетъ избѣгать всего, что можетъ причинить или расхожденіе ихъ краевъ, или преждевременное отдѣленіе струпа съ ихъ поверхности. Почему не нужно позволять излишнихъ движеній, и только въ крайней необходимости дѣлать вырыскиванія во влагалище или предпринимать внутреннее изслѣдованіе. Далѣе необходимо препятствовать внѣдренію патогенныхъ микробовъ въ родовую каналь и стараться удалить развивающіеся тамъ микроорганизмы, а также выдѣленія и распадающіяся плотныя частицы, представляющія хорошую питательную среду для микробовъ. Съ этою цѣлью нужно не менѣе двухъ разъ в день, а при случайномъ загрязненіи чаще, тщательно обмывать наружныя половыя части сперва мыломъ, а потомъ теплымъ 0,5% растворомъ сулемы, или 2% растворомъ карболой кислоты надъ подкладнымъ судномъ и прикладывать снаружи, какъ уже сказано, обезпложенную вату и чистыя марлевые компрессы или салфетки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣродовое отдѣленіе имѣетъ дурной запахъ или представляется ненормальнымъ вообще, полезно почаще мѣнять прикладываемую обезпложенную вату, которую надо слегка смачивать предъ употребленіемъ слабымъ растворомъ хлорной извести.

Что касается впрыскиваній во влагалище въ послѣродовомъ періодѣ, то в теченіи первыхъ двухъ недѣль ихъ слѣдуетъ дѣлать только при надлежащихъ показаніяхъ; именно при зловонныхъ лохіяхъ, при задержаніи частей оболочекъ яйца, а также послѣ зашиванія промежности и у заболѣвшихъ родильницъ. Обыкновенно-же впрыскиваній слѣдуетъ избѣгать, по причинамъ уже выше упомянутымъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда показываются впрыскиванія во влагалище, ихъ слѣдуетъ дѣлать сперва изъ 2%, а при частомъ употребленіи даже изъ 1% раствора карболовой кислоты 28—30° R въ количествѣ 1—2 литровъ. При этомъ необходимо наблюдать за мочей; коль скоро послѣдняя получитъ характерный темный оттѣнокъ, служащій признакомъ начинающагося отравленія, карболовую кислоту слѣдуетъ замѣнить растворомъ силициловой кислоты съ силициловымъ натромъ 1,0+1,0 : 500,0, или же прибавлять на литръ воды *solut. chloret. calcis fortior* въ количествѣ 1—2 столовыхъ ложекъ. Съ растворомъ сулемы слѣдуетъ быть послѣ родовъ крайне осторожнымъ; потому что, при существующихъ пораненіяхъ въ родовомъ

каналѣ, повторное впрыскиваніе даже слабыхъ растворовъ этого средства причиняетъ отравленіе, которое оканчивается иногда летально, какъ доказываютъ не малое число описанныхъ въ литературѣ случаевъ. При недостаточно энергичныхъ послѣродовыхъ сокращеніяхъ матки обыкновенно назначается *extr. secalis cornuti aquos.* Krohl убѣдился точными клиническими наблюденіями, что это средство ускоряетъ обратное развитіе матки, способствуя скорѣйшему уменьшенію ея въ объемѣ.

Отравленіе сулемой женщины наступаетъ довольно легко въ послѣродовомъ періодѣ при неосторожномъ обращеніи съ этимъ средствомъ. Оно выражается пораженіемъ десенъ, *stomatitis mercurialis*, появленіемъ эритемы, которая начинается отъ половыхъ частей и распространяется на окружающія части, даже на кожу живота, груди и пр. На кожѣ иногда появляются мелкіе и болѣе крупныя пузырьки. При болѣе тяжелыхъ формахъ развиваются явленія диспепсін, рвота и поносъ, иногда съ кровью, задышка, альбуминурія, иногда показывается кровь въ мочѣ. Далѣе обнаруживается общая слабость, боли во всемъ тѣлѣ, обморокъ и упадокъ силъ. Смерть наступаетъ чрезъ 3—21 день.

Леченіе состоитъ въ назначеніи *kali iodatum* и возбуждающихъ средствъ; въ другихъ случаяхъ полезны наркотическія средства. Пища должна быть легкая и удобоваримая. Сулему никогда не слѣдуетъ употреблять при пораненіяхъ въ родовомъ каналѣ, при атоніи матки, а также у женщинъ малокровныхъ или страдающихъ катарромъ кишекъ, болѣзнью почекъ, или принимавшихъ много ртути. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ такихъ противопоказаній не существуетъ, можно назначить не болѣе 3—4 промываній влагалища изъ 0,1—0,2% раствора сулемы, за которымъ непосредственно должно слѣдовать карболовое вырскиваніе.

Напротивъ, для наружныхъ половыхъ частей обмываніе сулемой составляетъ безопасное обеззараживающее средство, которое, какъ извѣстно, по своимъ антисептическимъ свойствамъ и дешевизнѣ, далеко превосходитъ всѣ другія средства этого рода. Для дезинфекціи рукъ врача и акушерки оно не замѣнимо, хотя частое обмываніе сулеменымъ растворомъ вызываетъ шероховатость кожи рукъ, трещины и нерѣдко экзему и ссадины, сопровождающіяся сильнымъ зудомъ, который иногда переходитъ даже на предплечіе и другія части тѣла. Эта сыпь заставляеть врача иногда даже прекращать на время свою практическую дѣятельность.

Уходъ за руками и предохраненіе ихъ отъ экземы, леченіе этой сыпи. Для избѣжанія этихъ неприятныхъ послѣдствій слѣдуетъ всегда мыть руки чистымъ натровымъ мыломъ. Коль скоро появилось раздраженіе въ кожѣ рукъ, нужно оставить сулему и обеззараживать руки 96° спиртомъ. Кромѣ того полезно послѣ каждаго изслѣдованія, при обмываніи рукъ, употреблять обезпложенные отруби или порошокъ крахмала. На ночь слѣдуетъ смазать руки цинковой мазью на кольдкремѣ или очищеннымъ глицериномъ и, обсыпавъ ихъ пудрой, надѣть перчатки до утра. При появленіи экземы на рукахъ, наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ мы считаемъ 10% *ol. olivar carbolisat.* или мазь изъ *magisterii bismuthi* 15,0, *salol* 4,0, *vaselini* 30,0. При употребленіи этихъ средствъ также умѣстно обсушивать руки, обсыпая ихъ порошокомъ крахмала.

Глава 6.

Физиологическія особенности новорожденнаго и уходъ за нимъ.

1) *Физиологическія особенности.* Въ первые 3—4 дня послѣ рожденія младенецъ обыкновенно теряетъ въ вѣсѣ. Эта потеря достигаетъ сред-

нимъ числомъ 220,0. Только къ седьмому или девятому дню, при благопріятныхъ условіяхъ, возстановляется прежній вѣсъ, затѣмъ начинается приростъ. По всей вѣроятности эта первоначальная потеря въ вѣсѣ зависитъ отъ значительной потери теплоты кожею, что представляетъ обычное явленіе у новорожденныхъ, у которыхъ, спустя 36 часовъ, температура достигаетъ снова 37° С.

По наблюденіямъ Ваеcker'a, *голова новорожденного* въ первые дни нѣсколько *уменьшается* въ своихъ размѣрахъ, вслѣдствіе отлива цереброспинальной жидкости. *Кровь новорожденного гораздо щще крови матери*, количество гемоглобина гораздо больше, нежели у взрослого человека. Красная кожа новорожденного весьма часто въ первые дни послѣ родовъ получаетъ *иктерическое окрашиваніе*, icterus neonatorum, которое не имѣетъ особеннаго значенія и скоро проходитъ безслѣдно.

Въ теченіе 2—3 первыхъ дней *испражненія* новорожденного состоятъ изъ *меконіит*, онѣ имѣютъ темный цвѣтъ; но потомъ принимаютъ желтое окрашиваніе, и вслѣдствіи испражненія здороваго новорожденного, который кормится исключительно грудью, имѣютъ цвѣтъ варенаго желтка. Мочу новорожденный отдѣляетъ въ небольшомъ количествѣ, удѣльный вѣсъ ея 1006. *Желудочный сокъ* содержитъ пепсинъ, но въ *слинныахъ железахъ* и въ *поджелудочной нѣтъ птіалина*, хотя послѣдняя обладаетъ способностью переваривать жиръ. Почему въ теченіе первыхъ 2—3 мѣсяцевъ дѣти не могутъ хорошо усваивать крахмальные вещества.

Дыханіе въ первые дни *внѣтробной жизни* у дѣтей довольно поверхностное, и обмѣнъ воздуха въ легкихъ совершается слабо.

У новорожденныхъ мальчиковъ и дѣвочекъ весьма часто *припухаютъ молочныя железы* и даже иногда отдѣляютъ ничтожное количество секрета.

Припуханіе начинается на 3 или 4 день послѣ рожденія и постепенно увеличивается въ теченіе недѣли, затѣмъ медленно опухоль начинаетъ снать. Отдѣленіе припухшихъ грудныхъ железъ, которое можно выжать въ количествѣ нѣсколькихъ капель при надавливаніи, по своимъ свойствамъ сходно съ молозивомъ.

Kaltenbach обратилъ вниманіе на небольшія полоски, которыя наичаще замѣчаются на задней части шеи дѣтей, родившихся при темныхъ предлежаціяхъ. Эти полоски нѣсколько сходныя съ striae gravidarum, происходятъ также вслѣдствіе растяженія кожи отъ сгибанія головки; чрезъ 2—3 дня онѣ исчезаютъ.

Schaeffer взвѣшивалъ около 600 новорожденныхъ въ клиникѣ и нашель, что только у 14,50% дѣтей къ 7 дню прекращается потеря въ вѣсѣ; къ 14 дню около 44,50% дѣтей достигаютъ своего прежняго вѣса, среднимъ числомъ это происходитъ на 9—10 день жизни плода. Въ частной практикѣ замѣчаются условія болѣе благопріятныя. Продолжительное уменьшеніе въ вѣсѣ зависитъ наичаще отъ искусственнаго кормленія дѣтей, которое такъ часто примѣняется. Негаг нашель, что въ Фрейбургской акушерской клиникѣ только 540% матерей могли кормить своихъ дѣтей, въ Штутгартѣ даже только 250%. Въ связи съ этимъ безъ сомнѣнія находится большая смертность дѣтей на 1 году жизни. По наблюденіямъ Ipsen'a даже мертвыя новорожденныя дѣти теряютъ въ вѣсѣ ежедневно, доношенныя около 20,0, а недоношенныя нѣсколько больше.

Невѣрно, какъ доказалъ Schmidt, будто бы icterus развивается преимущественно у новорожденныхъ, у которыхъ медлили нѣсколько съ перевязкою пуповины, напротивъ желтуха чаще замѣчается при слишкомъ послѣшномъ перевязываніи пуповины. Edler и Hutchison нашли у новорожденного 5,35 милл. кровяныхъ шариковъ, начиная съ 3 дня жизни число ихъ стало уменьшаться. Бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 17,8 тыс. въ 1 с. mm., слѣдовательно вдвое больше, нежели у взрослого человѣка; гемоглобина 95—115%. Въ послѣднее время Quissling старался доказать, что желтуха новорожденныхъ зависитъ отъ раздраженія первыхъ путей — отъ катарра желудка и двѣнадцатиперстной кишки.

Reusing наблюдалъ въ мочѣ увеличеніе мочевины въ первые 2 дня послѣ родовъ у новорожденныхъ, что зависитъ отъ выдѣленія накопившейся во время утробной жизни мочевины въ тѣлѣ плода. Затѣмъ количество этого вещества уменьшается.

2. *Уходъ за новорожденнымъ.* Послѣ выхожденія дѣтскаго мѣста, когда акушерка убѣдилась, что съ матерью все обстоитъ благополучно, не упуская изъ виду родильницу, она приступаетъ къ обмыванію новорожденного. Его переносятъ въ небольшую ванну или ночвы, въ которыхъ налита вода Т около 28—29° R. Здѣсь ребенка обмываютъ туалетнымъ мыломъ, предварительно смазавъ его тѣло прованскимъ масломъ, чтобы легче отстала смазка. Обсушивая тѣло нагрѣтою простыней, слѣдуетъ осмотрѣть нѣтъ ли у младенца какихъ либо врожденныхъ недостатковъ. Если таковые окажутся, нужно сообщить объ этомъ осторожно родственникамъ родильницы.

Въ оба глаза младенца, раскрывши вѣки, слѣдуетъ пустить по 1 каплю 2% раствора argenti nitrici во всѣхъ случаяхъ, гдѣ врачу было неизвѣстно состояніе влагалища и половыхъ частяхъ вообще до родовъ. Тамъ же, гдѣ достовѣрно извѣстно, что во время беременности изъ рукава непоказывалось гнойное отдѣленіе, можно, по совѣту Budin, удовлетвориться болѣе слабымъ растворомъ этого средства, 1 : 150, чтобы не вызвать значительнаго раздраженія въ слизистой оболочкѣ вѣкъ.

Одежда младенца должна состоять изъ тонкой полотняной рубашенки и кофточки, которая завязывается тесемкамъ сзади. На голову надѣваютъ обыкновенно бѣлый чепчикъ. Приподнявъ верху рубашечку, нижнія части младенца завертываютъ въ сложенную вдвое пеленку, края которой закладываютъ также между ножекъ ребенка. Другою большею пеленкою обвертываютъ все тѣло младенца. *Остатокъ пуповины* завертывается въ 4% салициловую вату; закрывъ небольшимъ марлевымъ компрессомъ, его привязываютъ на животикъ посредствомъ широкаго циркулярнаго бинта. Послѣ cadaго купанья смѣняется вата и компрессъ. При такой повязкѣ пуповина засыхаетъ и отваливается большею частью на 5 день, иногда позже. Болѣе сложныя перевязки пупка совершенно излишни.

Одновременно съ засыханіемъ пуповины кожный пупокъ нѣсколько краснѣетъ и набухаетъ. По отпаденіи пуповины остается небольшая гранулирующая поверхность — пупочная рана, на днѣ которой находится нѣсколько гнойныхъ точекъ, она окружена покраснѣвшею ко-

жей. Наичаще пупочная рана лежитъ на одномъ уровнѣ или ниже кожныхъ покрововъ. Пупочные сосуды постепенно стягиваются, краснота кожи уменьшается, и заживленіе раны, при нормальныхъ условіяхъ, наступаетъ чрезъ 2 недѣли послѣ родовъ. Рану, оставшуюся послѣ отпаденія пуповины, покрываютъ кусочкомъ салициловой ваты и перевязываютъ циркулярнымъ бинтомъ до полного заживленія.

По наблюденіямъ Herzog'a, закрытіе пупочнаго кольца зависитъ отъ разраженія фиброзной пластинки, составляющей продолженіе влагалища mm. recti. Эта пластинка тѣсно срастается съ толстою наружною оболочкою art. umbilicalis. Послѣ перевязки пуповины въ стѣнкахъ пупочныхъ сосудовъ начинается перерожденіе ткани. Одновременно въ полости сосудовъ замѣчается разрастаніе соединительной ткани которая пронизываетъ кровяные свертки и постепенно выполняетъ полость сосуда. Послѣ отпаденія пуповины рана зарастаетъ рубцовой тканью.

Уходъ за пуповиной и правильно выполненная перевязка ея имѣетъ важное значеніе для здоровья новорожденнаго. Doctor нашель, что лихорадочное состояніе у новорожденныхъ наичаще зависитъ отъ неправильнаго ухода за пупкомъ. Hermes послѣ примѣненія рациональнаго ухода за пуповиной наблюдать уменьшеніе случаевъ лихорадки у новорожденныхъ въ 4 раза, съ 43⁰/₀ на 11⁰/₀. Подобное же наблюденіе сдѣлалъ Roesing въ Галле. Перевязка 4⁰/₀ салициловой ватой даетъ наилучшіе результаты. Вайнштейнъ нашель, что употребленіе сухой обезпложенной ваты для этой дѣли также вполне рационально. Ehrendorfer совѣтуетъ перевязывать пуповину смѣсью салициловой кислоты и крахмаломъ. Schrader обсыпаетъ пуповину дерматоломъ. Paul послѣ перевязки обезпложенною ватой, закрываетъ ее гуттаперчей. Эту повязку онъ не мѣняетъ въ теченіе 6 дней. При усиленномъ отдѣленіи послѣ отпаденія пупка пускаютъ на ранку каплю 2⁰/₀ sol. argent nitrici ad.

Принуженія груди новорожденнаго нужно слегка смазывать вазелиномъ и покрывать обезпложенною ватой. При неумѣломъ обращеніи, легко можетъ развиться воспаленіе съ образованіемъ нарыва. Oritz совѣтуетъ даже завязывать марлею грудь младенца, чтобы удержать повитуху отъ разныхъ манипуляцій.

Ребенка держать обыкновенно въ *ватномъ или пуховомъ тонкомъ тюфячкѣ*, длиною около 2 аршинъ, который покрывается сверху непромокаемою клеенкой, а затѣмъ бѣлою простынею или бумазеей. Между простынкой и клеенкою слѣдуетъ класть кусокъ бѣлой байки для впитыванія мочи ребенка. Положивъ младенца на тюфячекъ, завертываютъ на верхъ нижнюю часть послѣдняго и завязываютъ съ боковъ тесемками. Удобенъ также тюфячекъ, въ которомъ младенецъ закрывается съ боковъ. Менѣе рационально пеленаніе ребенка, при которомъ, завернутый въ большую пеленку, младенецъ связывается полотнянымъ или шерстянымъ бинтомъ. Такое пеленаніе, особенно тугое, допускаетъ меньшую свободу движеній для членовъ младенца.

Съ первыхъ же дней слѣдуетъ класть новорожденнаго въ *отдельную постельку*. Не нужно приучать ребенка къ качиванію или ношенію на рукахъ. Строгое соблюденіе чистоты необходимо для младенца и его здоровья. До отпаденія пуповины его слѣдуетъ купать 2 раза въ день, а позже одинъ разъ. Коль скоро пеленка промокнетъ, ее

слѣдуетъ перемѣнить; послѣ испражненія младенца надобно кромѣ того подмыть его теплою водою и, тщательно высушивъ, присыпать между ногъ и ягодицъ толченымъ крахмаломъ или порошкомъ плауноваго сѣмени.

Здоровыя родильницы должны стараться сами кормить младенца, котораго не позже 6—12 часовъ послѣ родовъ слѣдуетъ приложить къ груди. У женщинъ, родившихъ въ первый разъ, этимъ должна руководить акушерка. Сосокъ надо предварительно нѣсколько вытянуть и, вложивши въ ротъ младенца, выжать изъ груди нѣсколько капель молозива. Въ первое время нужно давать грудь не раньше какъ черезъ каждые 2 часа, а впослѣдствіи рѣже, въ особенности ночью. У насъ кормленіе младенца продолжается обыкновенно около 1 года. Кормленіе грудью матери противопоказуется при острыхъ тяжелыхъ или заразныхъ заболѣваніяхъ, а также при изнурительныхъ хроническихъ болѣзняхъ и психическомъ разстройствѣ. Впрочемъ, въ большинствѣ такихъ случаевъ отдѣленіе молока само уменьшается или прекращается совершенно. Рѣдко, оправившись отъ остраго заболѣванія, женщина бываетъ снова способна возобновить кормленіе. Сифилитичная мать, заразившаяся до беременности, можетъ кормить своего новорожденнаго. Наичаще женщина не можетъ кормить дитя, вслѣдствіе отсутствія молока; въ рѣдкихъ случаяхъ приходится оставлять кормленіе, вслѣдствіе чрезмѣрнаго отдѣленія молока, такъ называемой galactorrhoea, которая сильно истощаетъ родильницу. Часто женщины не кормятъ, вслѣдствіе своего общественнаго или семейнаго положенія и профессіи. Нерѣдко также препятствіемъ для кормленія грудью служить недостаточное развитіе сосковъ, трещины на нихъ и болѣзни грудей.

Когда мать не можетъ сама кормить младенца, слѣдуетъ найти кормилицу, которую никогда не слѣдуетъ брать безъ внимательнаго врачебнаго осмотра и изслѣдованія. Выборъ хорошей, подходящей для даннаго случая кормилицы иногда дѣло не легкое. Такая женщина должна имѣть слѣдующія качества:

1. Она должна быть совершенно здоровою, въ возрастѣ между 20—30 годами, хорошаго поведенія и спокойнаго характера.

2. Возрастъ ея младенца долженъ по возможности приближаться къ возрасту ребенка, къ которому ее берутъ; между ними не должно быть разницы болѣе 2 мѣсяцевъ.

3. Груды и соски ея должны быть правильно развиты и здоровы.

4. Молоко должно отдѣляться въ достаточномъ количествѣ и хорошаго качества, о чемъ можно судить отчасти по состоянію ребенка кормилицы, который долженъ быть здоровъ и хорошо упитанъ. О количествѣ молока можно судить довольно точно, если удалить молоко изъ обѣихъ грудей и спустя 3 часа изслѣдовать ихъ снова. О качествѣ молока можно судить приблизительно, подвергая его изслѣдованію. Хорошее молоко имѣетъ щелочную реакцію, цвѣтъ бѣлый, въ лактобутирометрѣ Маршанда слой отстоявшагося жира долженъ быть не менѣе $2\frac{1}{2}$ —3%. Капля молока, взятая

на ноготь послѣ скатыванія оставляетъ бѣлый слѣдъ. При вливаніи молока по каплямъ въ стаканъ съ холодною водою, каждая капля образуетъ легкое постепенно исчезающее облако. Весьма важно также микроскопическое изслѣдованіе, на основаніи котораго можно судить о количествѣ и свойствахъ молочныхъ шариковъ.

Капля хорошаго молока подъ микроскопомъ представляетъ густо лежащіе молочные шарики приблизительно одинаковой величины.

5. Наилучшимъ доказательствомъ хорошаго качества молока кормилицы служитъ ежедневное нарастаніе вѣса ребенка, котораго она кормитъ, а также его хорошее пищевареніе и спокойное состояніе.

Упомянутый аппаратъ Marchand'a представляетъ длинную трубку съ закругленнымъ дномъ, на стѣнкахъ ея обозначены буквы L, A, E, и возлѣ послѣдней дѣленія отъ 1 до 50. Сперва наливаютъ въ трубку испытуемаго молока до буквы L, къ нему прибавляютъ 1—2 капли 10% раствора кали саустіки; затѣмъ до буквы A, очищеннаго 98° спирта, а до уровня E сѣрнаго эфира. Жидкость смѣшиваютъ, переворачивая трубку, затыкаютъ ее ватною пробкой и ставятъ въ теплую воду. Жиръ постепенно поднимается кверху приливаютъ и въ теченіе $\frac{1}{2}$ —1 часа весь собирается возлѣ буквы E. Остается только отсчитать число занятыхъ жиромъ дѣленій и вычислить его % содержаніе при посредствѣ особенной таблицы.

Когда родители не въ состояніи взять кормилицу, въ такомъ случаѣ приходится примѣнять *искусственное кормленіе*. Наилучшимъ средствомъ для этой цѣли служитъ коровье молоко. При внимательномъ отношеніи къ дѣлу и при хорошемъ уходѣ, часто удается при такомъ питаніи вырастить ребенка. Для этого нужно брать молоко, если возможно два раза въ день отъ одной коровы, которая должна получать здоровый кормъ. Немедленно *сльдуетъ вскипятить молоко, или обеззаразить его въ аппаратѣ Soxlet'a*, и сохранять въ прохладномъ мѣстѣ до употребленія.

Аппаратъ простъ и дешевъ. Онъ представляетъ закрытую крышкой кастрюлю, въ которую наливается вода, подвергающаяся кипяченію. Въ воду поставлено нѣсколько небольшихъ стеклянокъ наполненныхъ молокомъ и закрытыхъ обезпложенною ватой. Достаточно прокипятить воду въ кастрюлѣ въ теченіи часа, чтобы стерилизовать молоко, послѣ охлажденія котораго ватныя пробки замѣняются гуттаперчевыми. Такое молоко по наблюденіямъ Soxlet'a, будучи герметически закрыто, не портится въ теченіе цѣлаго мѣсяца.

Въ первые 3—4 дня ребенку нужно давать коровье молоко, смѣшанное съ 2 частями переваренной воды, затѣмъ до 4 мѣсяца молоко разведенное пополамъ съ водою, а позже къ двумъ частямъ молока нужно прибавлять только 1 часть воды. Начиная съ 6 мѣсяца даютъ неразведенное коровье молоко. Всякій разъ предъ кормленіемъ къ молоку слѣдуетъ прибавлять небольшое количество молочнаго сахара. Ребенокъ долженъ получать всегда теплое молоко не ниже 30° R, которое наиболѣе удобно ему давать посредствомъ стеклянки, къ шейкѣ которой привязанъ продыравленный гуттаперчевый сосокъ. Менѣе удобна фляжка съ гуттаперчевою пробкою, чрезъ которую проходитъ стеклянная трубочка, а на послѣднюю надѣвается продыравленный наконечникъ съ привязан-

нымъ къ нему гуттаперчевымъ соскомъ. Стклянку съ трубкою и нако-
нечникомъ необходимо всякій разъ послѣ кормленія тщательно вымыть
и вычистить, а гуттаперчевый сосокъ слѣдуетъ постоянно держать въ
переваренной водѣ.

Flügge въ лѣтнее время, при господствѣ эпидемическихъ поносовъ, совѣтуетъ
быстро охлаждать стерилизованное молоко и держать его въ ледникѣ. Лѣтніе поносы
зависятъ отъ анаэробныхъ микробъ, которые выдерживаютъ даже 1½ часовое кипя-
ченіе; эти микробы быстро размножаются въ молокѣ, при обыкновенной лѣтней Т.
По наблюдениямъ Fleischmann'a и Budin'a при кормленіи грудью въ первые 3 мѣсяца
младенецъ ежедневно увеличивается въ вѣсѣ на 28,0, а при искусственномъ кормле-
ніи всего на 14,0.

Увеличеніе въ вѣсѣ новорожденнаго по Fleischmann'у при кормленіи грудью.

| Ежедневно. | По мѣсяцамъ. | | Вѣсъ младенца. |
|------------|--------------|----------|----------------|
| 1 мѣс. | 35 gm. | 1050 gm. | 4550 gm. |
| 2 " | 32 " | 960 " | 5800 " |
| 3 " | 28 " | 840 " | 6350 " |
| 4 " | 22 " | 660 " | 7000 " |
| 5 " | 18 " | 540 " | 7750 " |
| 6 " | 14 " | 420 " | 7970 " |
| 7 " | 12 " | 360 " | 8350 " |
| 8 " | 10 " | 300 " | 8630 " |
| 9 " | 10 " | 300 " | 8930 " |
| 10 " | 9 " | 270 " | 9200 " |
| 11 " | 8 " | 240 " | 9450 " |
| 12 " | 6 " | 180 " | 9600 " |

Слѣдовательно вѣсъ грудного младенца при правильномъ уходѣ удваивается къ
концу 3 мѣсяца и становится втрое больше въ концѣ перваго года.

Только начиная съ 4 мѣсяца, можно кромѣ молока давать ребенку
1—2 раза въ день жидкую манную кашку на молокѣ, или пригото-
вленный такимъ же образомъ арроруть. Нѣсколько позже умѣстно да-
вать также куринный или телячій бульонъ съ сухариками изъ блага хлѣ-
ба, или приготовленный на такомъ же наварѣ супъ съ манною крупой,
или съ протертымъ рисомъ и проч.

Въ недавнее время была въ большомъ употребленіи, теперь почти забытая, смѣсь,
извѣстная подъ именемъ Либиховскаго супа. Для приготовленія его брали по 15,0
пшеничной муки и порохку ячменнаго солода, къ этому прибавляли 150,0 свѣжаго
коровьяго молока и 0,5 kali carbonici crystallisati. Смѣсь эту осторожно подогрѣ-
вали на огнѣ, постоянно помѣшивая, пока она не превратится въ однородную жид-
кость. Во время приготовленія этого супа, крахмаль муки при посредствѣ діастати-
ческаго фермента, заключающагося въ солодѣ, постепенно переходитъ въ декстринъ
и сахаръ, чего не въ состояніи совершить пищеварительные органы младенца въ те-
ченіе первыхъ 2 и даже 3 мѣсяцевъ. Не смотря на вполне рациональныя основанія,
примѣненныя Либихомъ при изготвленіи этого супа, приготовленіе его хлопотливо,
и онъ рѣдко хорошо переносился дѣтьми.

Весьма распространенный въ торговлѣ препаратъ, извѣстный подъ именемъ муки
Нестле, представляетъ порошокъ, приготовленный изъ сладкихъ съдобныхъ сухарей,
въ составъ которыхъ входитъ пшеничная мука, желтки, сгущенное молоко и сахаръ.
Ложку этой муки разбалтываютъ въ 8—10 ложкахъ воды и нагреваютъ, помѣшивая
до кипяченія. Препарат содержитъ неизмѣненный крахмаль, почему раньше 4 мѣся-
цевъ не слѣдуетъ назначать его для питанія дѣтей. Подобно Либиховскому супу, онъ

во всѣхъ отношеніяхъ хуже хорошаго коровьяго молока. Въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ, гдѣ нельзя имѣть свѣжаго молока, можно примѣнить находящееся въ продажѣ сгущенное швейцарское молоко, въ которомъ къ сожалѣнію заключается слишкомъ много тростниковаго сахара, отчего у дѣтей, при употребленіи его, страдаетъ пищевареніе. Конечно это молоко нужно разводить достаточнымъ количествомъ переваренной воды.

Если обыкновенное коровье молоко плохо переносится, можно назначить ребенку сливочную смѣсь Бидерта. Этотъ врачъ, смѣшивая въ различныхъ пропорціяхъ сливки, воду и молоко, старался получить жидкость, подходящую по своимъ составнымъ частямъ къ свойствамъ женскаго молока. Въ смѣси Бидерта заключается сравнительно мало казеина, который трудно переваривается желудкомъ новорожденнаго, между тѣмъ какъ жиръ и сахаръ находятся въ достаточномъ количествѣ. Наиболѣе жидкая смѣсь состоитъ изъ 125,0 сливокъ, 375,0 переваренной воды и 15,0 молочнаго сахара. Эта жидкость содержитъ около 1% казеина, 2,4% масла и 3,8% молочнаго сахара. Прибавляя молоко къ этой жидкости и замѣняя отчасти имъ воду, получаютъ болѣе питательную смѣсь, съ большимъ содержаніемъ казеина.

Soxlet совѣтуетъ къ коровьему молоку прибавлять одинаковый объемъ 6% воднаго раствора молочнаго сахара, или $\frac{1}{2}$ объема 12% раствора, чтобы получить смѣсь, сходную съ женскимъ молокомъ. Въ послѣднее время начали примѣнять жирное, иначе гуманизированное, молоко Gärtner'a, получаемое при посредствѣ центрофуга изъ коровьяго молока.

Moser давалъ его дѣтямъ неразведеннымъ или съ прибавленіемъ $\frac{1}{8}$ части воды. По своему химическому составу сходно съ женскимъ молокомъ. Въ послѣднее время съ успѣхомъ примѣняли для вскармливанія дѣтей такое молоко Budin, Michel и Boisard, которые хорошо отзываются объ этомъ средствѣ. По изслѣдованіямъ Eschrich'a оно содержитъ 1,75% казеина, 3% жира и 3,4 сахара; удѣльный вѣсъ его 1020—1030, вкусъ нѣсколько сладковатый. Мало пригодно для вскармливанія дѣтей альбумозное молоко Rieth'a и такъ называемая саматоза, приготовляемая фабрикой Bayer'a. Оба эти средства сильно рекламировались въ послѣднее время.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Физиологія послѣродоваго періода. Уходъ за родильницей.

Абуладзе. Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники Кіевского университета. Ж. ак. и ж. бол. 1896. Ahlfeld. Der Zusammenhang zwischen Schweisseruption und Uteruscontractionen. Ber. und Arb. 3. Ahlfeld. Untersuchungen über Temperatursteigerungen im Wochenbett. Ber. und. Arb. 3. Auvard. Behandlung von Schründen. Centr. f. Gyn. 1891. Baumm. Gewichtveränderungen der Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. Münch. Med. Woch. 1887. Beaucamp, Ueber das Abwartende Verfahren in der Nachgeburtperiode. Arch. f. Gyn. 42. Blanc. De la toxicité urinaire chez la femme enceinte et chez la femme récemment accouchée. Ann. de Gyn. 34, p. 260. Blau. Einfluss der verschiedenen Diätformen auf den Stoffwechsel der Wöchnerinnen. 1894. Bossi. Atrophie und Hyperinvolution des Uterus. 1894. Braun-Fernwald. Zur Frage über

Verwendung der Asepsis und Antiseptis in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. 53. Broers. Die puerperale Involution der Uterusmuskeln. 1894. Engström. Zur Kenntniss der puerperalen Hyperinvolution der Gebärmutter 1894. Giles. On the lochia. Tr. of Lond. obst. soc. 1893. Giles. Temperature after delivery in relation to the duration of labor. Tr. obst. soc of Lond. 1894. Gödecke. Temperaturmessungen im Wochenbett. 1896. Goldberg. Die Wochenbettpflege nach den in der Frauenklinik zu Dresden üblichen Grundsätzen. Zeitr. f. Krank. 1895. Gudden. Ueber den Einfluss grösserer Blutverluste auf die Pulsfrequenz im Wochenbett. 1889. Gusnar. Beitrage zur Lactosurie der Wöchnerinnen. 1895. Grimm. Reminiscenzen aus Japan. Prof. der geb. Ges. in Berlin. 1894. Hansen. Ueber die puerperale Verkleinerung des Uterus. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 13. Harkin. Considérations pratiques sur l'augmentation de la sécrétion lactée chez les mères et les nourrices. Bull. gen. de ther. 1892. Hiram and Vineberg. Superinvolution of the uterus in the lactation. Am. j. of obst. 1896. Heil. Untersuchungen über die Koerpergewichtsverhältnisse normaler Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. 51. Holzapfel. Zur Frage der Temperaturmessungen in Wochenbett. C. B. f. Gyn. 1897. Henschel. Ueber die normale Harnentleerung und die Harnverhaltung im Wochenbett. 1889. Honigmann. Bacteriologische Untersuchungen über Frauenmilch. 1893. Керновскій. Къ вопросу о возрожденіи эпителия послѣ родовъ. 1894. Koppell. Das Verhalten des Pulses im normalen Wochenbett. 1895. Kötlin. Beitrage zur Frage des Keimgehaltes der Frauenmilch und zur Aetiologie der Mastitis. Arch. f. Gyn. 53. Krohl. Klinische Beobachtungen über die Einwirkung einzelner Mutterkornpraeparate auf den Verlauf des Wochenbettes. Arch. f. Gyn. 45. Leube. Beitrag zu dem Verhalten des Milchflusses bei Stillenden. Arch. f. Gyn. 43. Mayor. Etude histologique sur l'involution uterine. Arch. de phys. norm. et path. 1887. X. Monti. Ueber einige Ergebnisse der Frauenmilch—Untersuchung. Arch. f. Kind. 1891. Mori. Untersuchungen über die funktionirende Milchdrüse. Sperrim. 1892. Müller, P. Bemerkungen über physiologische und pathologische Involution des puerperalen Uterus. 1887. Ney. Ueber das Vorkommen von Zucker im Harn von Schwangeren Gebärenden und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 35. Neumann. Untersuchungen über Schwefelsäureausscheidung und Darmlünliss bei Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. 52. Pajkoll. Über Albuminurie bei Frischendbunlenen. Frommel's Ber. 1894. Ott. v. Zur Bacteriologie der Lochien. Arch. f. Gyn. B. 32. Paleske. Mikroorganismen in der Muttermilch. Virch. Arch. 130. Pipek. Berichtüber Morbiditäts und Mortalität in der Klinik Prof. Pawlik. Mon. f. Geb. und Gyn. 4. Recht. De la miction chez les femmes en couches. 1894. Ries. Über Atrophie des Uterus nach puerperale Erkrankung. Zeitr. f. Gyn. 27. Ries. Klinische und anatomische Studien über Zurückbildung des puerperalen Uterus. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 24. Roeper. Enthält die Muttermilch normalerweise Mikroorganismen, speciell pathogene? 1895. Захаржевскій. Ueber den Stickstoffwechsel während der letzten Tage der Schwangerschaft und der ersten Tage des Wochenbetts. Zeitr. f. Biol. 12. Saenger Die Rückbildung der Muscularis des puerperalen Uterus. 1887. Steinhaus. Die Morphologie der Milchabsonderung. Arch. f. Anat. und Phys. 1792. Strahl. Der Uterus post partum. 1894. Szolardi. Химическое изслѣдованіе молока. Fromm. Ber. in. 1891. Tussenbrock. Ein Fall von nicht zu stillender Galaktorrhoe. Frommel's Ber. 1894. Temesvary und Bückler. Studien aus dem Gebiete des Wochenbettes. Arch. f. Gyn. B. 33. Умковъ. Zur differentiellen chemischen Reaktion der Frauen—und Kuhmilch. Jahr. f. Kind. 42. Wild. Untersuchungen über den Haemoglobingehalt und die Anzahl des rothen und weissen Blutkörperchen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. 53. Вознесенскій. Медицинскій отчетъ акушерской клиники проф. Феломенова. Ж. ак. и ж. бол. 1896.

2. Физиологическія особенности новорожденнаго, уходъ за нимъ.

Budin. Du traitement prophylactique de l'ophthalmie. Arch. du toc. 1895. Budin et Michel. Recherches sur la nutrition les enfaats praematurés. Obst. 1897. Ehren-

dorfer. Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage bezüglich der Nabelinfection der Neugeborenen. Centr. f. Gyn. 1894. Flügge. Die Aufgaben und Leistungen der Milchsterilisirung gegenüber den Darmkrankheiten der Säuglinge. Zeitr. f. Hyg. 1894. Doctor. Ueber die Heilung und Behandlung des Nabels. Arch. f. Gyn. 45. Feer. Ein Beitrag zur Sterilisationsfrage der Kindermilch. Jahrb. f. Kind. 1892. Heinrich. Ueber die Ursachen des ersten Athemzuges. Zeitschr. für Biol. 1889. Bd. 26. Herzog. Die Rückbildung des Nabels und der Nabelgefäße. 1891. Hegar. Bruste und Stillen. D. med. Woch. 1896, Jssmer. Zwei Hauptmerkmale der reifen Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 30 Jpsen. Ueber die postmortalen Gewichtsverluste bei menschlichen Früchten. Gaz. med. 1894. Köstlin. Werth der Crele'schen Methode zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhoe. Arch. f. Gyn. 50. La Torre. Die Dimensionen des Kinderschädels vom biologischen und anthropologischen Standpunkte. Centr. f. Gyn. 1894. Lips. Ueber die Gewichtsverhältnisse der neugeborenen Kinder zu ihren Placenten. 1892. Möhring. Ueber die Veränderung des Gewichts, der Temperatur und des Haemoglobingehaltes bei Neugeborenen. 1891. Moser. Die Gaertner'sche Fettmilch. Jahrb. f. Kind. 43. Opitz. Zur Behandlung der Milchanhäufung in der Brustdrüse der Neugeborenen. Centr. f. Gyn. 1894. Paul. Wie ist der Nabelschnurrest der Neugeborenen zu behandeln. 1894. Quisling. Kritische Studien über Icterus neonatorum. Nor. Mag. 1893. Reusing. Beiträge zur Physiologie des Neugeborenen. Zeitsch. f. Geb. u. qyn. 34. Runge. Die Ursache der Lungenathmung des Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 46. Schaffer. Ueber die Schwankungsbreite der Gewichtsverhältnisse von Säuglingen in den ersten 14 Lebenstagen und die Ursachen dieser Schwankungen. Arch. f. Gyn. 52. Schmidt. Beobachtungen über Icterus der Neugeborenen. Arch. f. Gyn. 45. Schrader. Zum Nabelverbande der Neugeborenen. Geb. Ges. zu Hamburg. 1893. Soxleth. Ein verbessertes Verfahren der Milchverunreinigung. Münch. med. Woch. 1891. Soxleth. Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh und Frauenmilch. Münch. med. Woch. 1893. Szendeffy. Ueber die Gewichtsverhältnisse der gesunden Neugeborenen. Jahrb. über die Fortsch. der Geb. und Gyn. in 1893. Temesvary. О выборѣ кормилицъ. Jahrb. über die Fortsch. in 1890. Вайнштейнъ. О перевязкѣ остатка пуповины у новорожденнаго. Ж. ак. и ж. бол. 1895. Zuntz u. Strassmann. Ueber das Zustandekommen der Athmung beim Neugeborenen und die Mittel zur Wiederbelebung Asphyktischer. Berl. kl. W. 1895.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

ПАТОЛОГІЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВЪ

и

ПОСЛѢРОДОВАГО ПЕРІОДА.

ПАТОЛОГІЯ НОВОРОЖДЕННАГО МЛАДЕНЦА.

ОТДѢЛЪ I.

Патологія беременности.

Беременность нерѣдко осложняется различными заболѣваніями, которыя въ однихъ случаяхъ имѣютъ характеръ случайныхъ болѣзней, въ другихъ они вызываються непосредственно самой беременностью. Наконецъ, иногда заболѣваніе въ это время бываетъ слѣдствіемъ патологическихъ измѣненій и ненормальностей въ самомъ яйцѣ; рѣже является ненормальнымъ мѣсто, гдѣ развивается беременность.

Сообразно этому всѣ патологическія разстройства у беременныхъ распадаются на 3 группы: 1) болѣзни случайныя въ половыхъ органахъ беременной, а также болѣзни общія и мѣстные патологическіе процессы въ другихъ важнѣйшихъ органахъ; 2) заболѣванія, находящіеся въ зависимости отъ беременности; 3) болѣзни яйца, уклоненія въ его образованіи и аномаліи мѣста его развитія.

Между тѣмъ какъ послѣднія двѣ группы болѣзней, встрѣчающихся у беременныхъ, опредѣляются вполне отчетливо, первая группа остается обозначенной неточно. Беременные женщины могутъ подвергаться всевозможнымъ заболѣваніямъ, подробное изложеніе которыхъ относится всецѣло къ области частной патологіи и терапіи. Въ этомъ отдѣлѣ акушерства мы можемъ разсматривать эти случайныя заболѣванія только, какъ осложненія главнымъ образомъ со стороны вліянія ихъ на организмъ женщины и ея беременность. Почему сюда мы должны отнести только такія болѣзни изъ внутренней и хирургической патологіи, которыя по преимуществу вызывають подобное воздѣйствіе у беременныхъ. При такомъ ограниченіи число заболѣваній, подлежащихъ нашему разсмотрѣнію, въ значительной степени сокращается.

А. — Болѣзни половыхъ органовъ у беременныхъ.

Глава 1.

Болѣзни наружныхъ половыхъ частей и влагалища.

1. *Зудъ* въ наружныхъ половыхъ органахъ, *pruritus vulvae*.

Этіологія. Болѣзнь нерѣдко встрѣчается во время беременности и въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаетъ значительной степени. Наичае зудъ является однимъ изъ симптомовъ разнообразныхъ болѣзней и ненормальностей. Онъ можетъ развиться при несоблюденіи чистоты и опрятности, при сыпяхъ на наружныхъ половыхъ частяхъ, отъ паразитовъ, при бородавчатыхъ разраженіяхъ, при діабетѣ, при отдѣленіи изъ полового канала, содержащемъ гной и проч. Только въ исключительныхъ случаяхъ зудъ представляетъ самостоятельное заболѣваніе у беременныхъ.

Симптомы и теченіе болѣзни. Въ наружныхъ половыхъ органахъ обнаруживается особое неприятное раздраженіе, которое большею частью появляется приступами и усиливается въ особенности по ночамъ, вынуждая больныхъ къ расчесыванію наружныхъ половыхъ частей, ихъ окружности, и даже стѣнокъ влагалища. Наружныя части представляются припухшими, покрасѣвшими, покрытыми царапинами и ссадинами; въ исключительныхъ случаяхъ развивается даже флегмонозное воспаленіе. Выкидышъ бываетъ рѣдко.

Лѣченіе. Больная должна производить нѣсколько разъ въ день обмываніе наружныхъ половыхъ частей легкимъ растворомъ буры, соды, или дегтярнымъ мыломъ. Большею частью назначаются мази изъ *acid. carbolicum*, *resorcinum* (1 : 10), изъ каломели или ментола (1 : 20). Примѣняются также примочки изъ раствора сулемы или карболовой кислоты съ наркотическими средствами. Значительное облегченіе доставляетъ прикладываніе ледяныхъ компрессовъ. Въ острыхъ случаяхъ лучше помогаютъ присыпки изъ *zinc. oxyd.*, *amyl. trit.* и проч. При вшивости наиболѣе дѣйствительна *ung. hydrargyri ciner.*

2. *Бородавчатая разраженія, condylomata accuminata.*

Этіологія. Наиболѣе частою и вѣроятно даже единственною причиною болѣзни слѣдуетъ считать гонорройное зараженіе.

Симптомы и теченіе болѣзни. Большею частью разраженія появляются уже въ первые мѣсяцы беременности въ видѣ бородавокъ или бугристыхъ розоватаго цвѣта наростовъ, похожихъ по наружному виду на цвѣтную капусту. Они сидятъ на большихъ и малыхъ губахъ, иногда возлѣ клитора и въ окружности половыхъ частей, рѣже во влагалищѣ. Разростаясь постепенно, они достигаютъ величины куриного яйца, и даже больше. Такія опухли даютъ обильное отдѣленіе противнаго запаха, вызывающее въ окружающихъ покровахъ красноту

и зудъ; изъ влагалища, если тамъ находятся подобныя разращенія, обыкновенно выдѣляется гноевидное отдѣленіе.

Предсказаніе. Па теченіе беременности и родовъ бородавчатыя разращенія не оказываютъ вліянія. Послѣ родовъ они большею частію скоро пропадаютъ. У новорожденнаго отъ матери имѣющей такія разращенія, можетъ появиться бленнорройное воспаленіе глазъ.

Лѣченіе. Кромѣ надлежащей чистоты и опрятности, которая достигается частыми подмываніями и употребленіемъ присыпокъ изъ крахмала, окиси цинка и проч., при небольшихъ разращеніяхъ можно испытать смазываніе вяжущими или слабымъ растворомъ ѣдкихъ средствъ. При значительныхъ разращеніяхъ наиболѣе рациональнымъ средствомъ является удаленіе бородавчатыхъ наростовъ при помощи ножа или пожницъ. У чувствительныхъ больныхъ иногда приходится прибѣгать къ мѣстному наркозу. Изъ влагалища разращенія удобно и совершенно безъ боли удаляются посредствомъ ложечки Симса или просто ногтями пальцевъ.

3. *Colpitis*, воспаленіе влагалища.

Этіологія. Беременность, причиняя гиперемію и гиперплазію влагалища, этимъ самымъ увеличиваетъ предрасположеніе въ этомъ отдѣлѣ полового канала къ воспалительнымъ заболѣваніямъ, которыя появляются отъ тѣхъ же причинъ, какъ и въ небеременномъ состояніи женщины. Нерѣдко причиною этой болѣзни бываетъ гонорройное зараженіе.

Симптомы и теченіе болѣзни. Острый катарръ влагалища во время беременности встрѣчается рѣдко. При зараженіи гонорреей обыкновенно появляется жженіе, покальваніе и боли во влагалищѣ, сопровождающіяся частыми и болѣзненными позывами на мочу. Стѣнки влагалища представляются въ началѣ болѣзни припухшими и багрово-красными; онѣ покрыты желтоватымъ или кровянистымъ гноемъ.

Наи чаще во время беременности наблюдается *colpitis chronica*. Слизистая оболочка въ такихъ случаяхъ представляется припухшею, сосочки ея и складки рѣзко выступаютъ при изслѣдованіи зеркаломъ, внутренняя поверхность влагалища оказывается усеянною мелкими ярко-красными пятнами, или сосочками, слегка выступающими надъ поверхностью, *colpitis granulosa*. Они происходятъ вѣдствіе слущенія эпителия съ поверхности отдѣльныхъ гипертрофированныхъ сосочковъ влагалища, и наи чаще такая форма болѣзни бываетъ гонорройнаго характера. При этомъ почти всегда существуетъ гнойное отдѣленіе изъ канала, а также отъ язвенной поверхности и канала припухшей маточной шейки.

При хроническихъ видахъ катарра бываетъ болѣе или менѣе обиль-



Фиг. 124. Микроскопическій препаратъ влагалищнаго секрета при ясно выраженной гоноррее.

ное гнойное отдѣленіе изъ влагалища. Очень рѣдко наблюдается пузырьчатая форма, *colpitis emphysematosa*, описанная F. Winckel'емъ. На стѣнкахъ влагалища въ особенности вблизи шейки находятъ въ такомъ случаѣ отдѣльные пузырьки, выступающіе надъ поверхностью и наполненные воздухомъ.

Для точнаго распознаванія гнойнаго секрета изъ влагалища засушиваютъ надъ пламенемъ спиртной лампы мазокъ отдѣленія на покрывательномъ стеклышкѣ, затѣмъ наливаютъ на препаратъ каплю концентрированнаго раствора метиленовой синьки или фуксина. Растворъ смываютъ въ теченіе 1 минуты аq. destill., послѣ чего препаратъ высушиваютъ пропускною бумагой или надъ пламенемъ лампы. Послѣ такой обработки гонококки рѣзко выдѣляются на препаратѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи своею полукруглою формою и расположеніемъ парами въ протоплазмѣ клѣтокъ и снаружи ихъ. Въ отличіе отъ другихъ морфологически сходныхъ микробовъ, они обезцвѣчиваются послѣ такой обработки iodнымъ растворомъ Gram'a. Steinschneider окрашиваетъ засушенные на стеклышкѣ препараты въ растворѣ генціаль-виолета, распущеннаго въ анилиновой водѣ. Pick и Jacobson нашли наиболее удобнымъ окрашивать гонококки въ растворѣ карболоваго фуксина (15 капель на 20,0 аq. destillat.) въ теченіе 8—10 сек. Разводки гонококковъ можно производить на сывороткѣ человѣческой крови, а также на жидкости, взятой изъ яичниковой кисти или высушенной при брюшной водянкѣ.

Лѣченіе. Наичаще оно заключается въ назначеніи промыванія влагалища теплыми растворами *zinci sulfurici* (0,5 : 100), *aceti pyroliginos. crudi* (4 : 1000), а также *kali hypermanganici* или *zinci sulfo-carbolici* (0,2 — 1,0 : 1000). При остромъ гонорройномъ воспаленіи влагалища наиболее приноситъ пользы впрыскиваніе слабыхъ растворовъ сулемы (0,1—0,25 : 1000). При *colpitis granulosa* чрезвычайно полезно смазывать стѣнки влагалища чрезъ зеркало 5% растворомъ *argenti. nitrici*.

Глава 2.

Воспалительныя болѣзни матки и ея придатковъ.

1. *Воспаленіе слизистой оболочки матки, endometritis.*

Во время беременности хроническая форма этой болѣзни локализуется или въ каналѣ шейки, или въ тѣлѣ матки, часто воспаленіе также захватываетъ слизистую оболочку всей матки.

а. Катарръ маточной шейки, *endometritis colli chron.* Какъ уже сказано, часто эта болѣзнь бываетъ гонорройнаго происхожденія.

Анатомическія измѣненія. Катарръ шейки наблюдается часто во время беременности. Стѣнки шейки представляются значительно утолщенными и мягкими, губы часто удлинены, и широко расходятся одна отъ другой, вслѣдствіе глубокихъ надрывовъ отъ бывшихъ родовъ. Складки въ каналѣ шейки рѣзко выступаютъ, иногда здѣсь находятъ папиллярныя разращенія и слизистые полипы; нерѣдко наружная поверхность влагалищной части покрыта ссадинами. Каналъ шейки обыкновенно бы-

васть выполненъ густымъ слизисто-гнойнымъ секретомъ, въ которомъ часто находятъ патогенные микробы.

Симптомы и течение болѣзни. Кромѣ болѣе или менѣе значительныхъ бѣлей, на которыя обыкновенно жалуется беременная, появляются боли въ поясницѣ, давленіе и тяжесть въ нижней части живота, усиливающаяся особенно при стояннн и хожденнн. На течение беременности endometritis colli особеннаго вліянія не оказываетъ.

Лѣченіе во время беременности должно ограничиться исключительно палліативными пособіями, въ видѣ впрыскиваній, которыя способствуютъ удаленію отдѣленія изъ канала шейки и влагалища. Наичаще для этой цѣли назначается borax, acid. boricum, natrum bicarbonicum, слабый растворъ lysol'a (0,25:1000) и проч. При явленіяхъ гонорреи слѣдуетъ осторожно примѣнить смазыванія или заливаніе черезъ цилиндрическое зеркало 2% раствора argent nitrici.

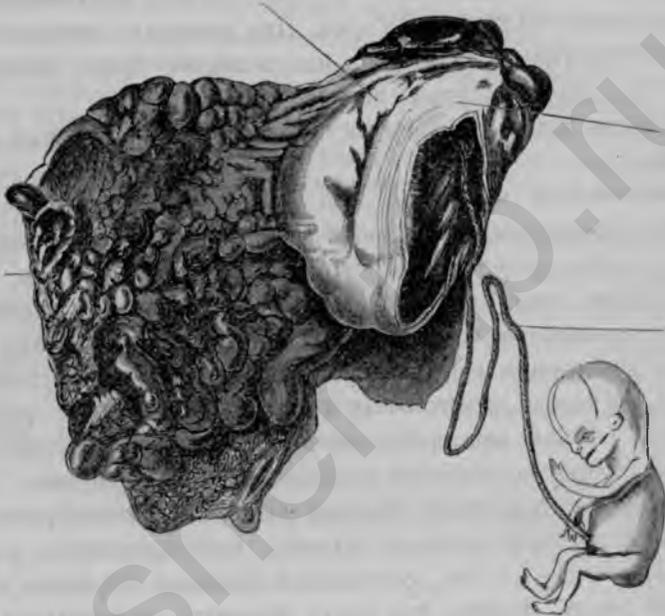
b. Катарръ матки, endometritis uteri, встрѣчается гораздо рѣже предыдущаго.

Анатомическія измѣненія. Во время беременности встрѣчаются различныя преимущественно хроническія формы этой болѣзни, которыя большею частію существовали еще до начала беременности. При endometritis diffusa simpl. вся отпадающая оболочка представляется значительно утолщенной; между ея большими клѣтками мѣстами находятъ много болѣе мелкихъ ячеекъ круглой формы, преимущественно возлѣ сосудовъ. Мѣстами замѣчаются въ этой ткани также регрессивныя измѣненія. Стѣнки многочисленныхъ артеріальныхъ сосудовъ замѣтно утолщены. Рѣже встрѣчается endometritis diffusa polyposa, при которомъ утолщеніе отпадающей оболочки является неравнобѣрнымъ, а обнаруживается въ видѣ мелкихъ бугровъ, или полипозныхъ разращеній, вышиною до 0,5—1,5 см., состоящихъ главнымъ образомъ изъ соединительной ткани. Железы при этихъ формахъ на препаратахъ встрѣчаются рѣдко.

Endometritis glandularis какъ показываетъ ея названіе, заключается главнымъ образомъ въ гипертрофіи и разращенн маточныхъ железъ, хотя строма при этомъ также припухаетъ, вслѣдствіе размноженія ткани. На поверхности отпадающей оболочки выдаются иногда мелкія кисты, наполненныя прозрачною, густою жидкостью. Emanuel и Wittkowsky находили въ ткани, при хроническомъ катарральномъ воспаленн беременной матки, bact. coli comm. и gonococcus Neisser'a. Wittkowsky нашелъ при endometritis gravid. микробы, похожіе на bact. coli comm.

Симптомы и течение болѣзни. Сплошной эндометритъ уже въ первые мѣсяцы беременности часто причиняетъ кровотеченіе. При этомъ кровоизліяніе иногда происходитъ въ самую ткань слизистой оболочки, иногда же обнаруживается на ея поверхности въ видѣ разсѣянныхъ мелкихъ пятенъ. Въ другихъ случаяхъ кровь выступаетъ въ большомъ

количество, производя отслойку слизистой оболочки и образуя бугры, выдающиеся в полость яйца, которое в таких случаях оказывается окруженным плотными кровяными свертками. Последствием таких изменений является обыкновенно выкидыш, послѣ котораго часто продолжается упорное кровотечение. При менѣе рѣзких формахъ, сплошной эндометритъ допускаетъ дальнѣйшее развитіе беременности. В такихъ случаяхъ, наипаче в теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ, беременныя жалуются на сильныя боли въ матки, отражающіяся въ крестцѣ, ягодицахъ и верхней части бедеръ; при этомъ замѣчаютъ по временамъ болѣзненные сокращенія въ маткѣ, стѣнки которой бываютъ чувстви-



Фиг. 125. Выкидышъ 3 мѣс. Яйцо вышло изъ матки цѣликомъ; растянутая перепонка представляетъ утолщенную воспалительнымъ процессомъ отпадающую оболочку. Плодъ послѣ разрыва оболочекъ вышатъ изъ яйца.

тельны при дотрогиваніи. Обыкновенно эти явленія обнаруживаются приступами и въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываютъ довольно мучительны для беременной. Старинныя акушеры описывали ихъ подъ именемъ *rheumatismus uteri*. Иногда послѣ нѣсколькихъ такихъ приступовъ преждевременно начинаются роды. Недавно подобный случай подробно описалъ Löhlein. При сплошномъ воспаленіи отпадающей оболочки, часто наблюдается также плохое питаніе плода, а во время родовъ спазматическія сокращенія матки, задержаніе послѣда, влѣдствіе приращенія дѣтскаго мѣста, и обильныя кровотечения изъ матки послѣ родовъ.

При *endometritis glandularis*, влѣдствіе усиленнаго отдѣленія железъ, истинная отпадающая оболочка отстаетъ отъ *decid. reflexa*, между ними скопляется нѣкоторое количество жидкости, которая, преодолевая

сопротивленіе внутренняго устья, внезапно изливается наружу, наичаще въ количествѣ нѣсколькихъ столовыхъ ложекъ, рѣже до стакана и болѣе. Иногда этому предшествуютъ небольшія періодическія боли въ маткѣ. Это явленіе, извѣстное подъ именемъ *hydrothoea gravidarum*, вообще встрѣчается не часто. Обыкновенно истеченіе жидкости бываетъ около половины беременности, рѣже въ первые мѣсяцы. Она бываетъ наичаще желтоватаго, рѣже красновато-бураго цвѣта отъ примѣси крови. Наичаще хроническое воспаление отпадающей оболочки замѣчается у слабыхъ, малокровныхъ женщинъ, уже рожавшихъ дѣтей, въ особенности у тѣхъ, которыя до беременности страдали бѣлками.

Hydrothoea gravidarum легко смѣшать съ разрывомъ пузыря и истеченіемъ околоплодной жидкости. Отличительнымъ признакомъ служитъ отсутствіе въ излившейся жидкости *vernix caseosa* и *lanugo*; да-лѣе — быстрое прекращеніе отдѣленія, чего никогда не бываетъ при разрывѣ оболочекъ яйца, когда отдѣленіе обыкновенно продолжается чрезъ болѣе или менѣе короткіе промежутки времени. Въ большинствѣ случаевъ беременность достигаетъ нормальнаго срока, хотя нерѣдко также родоразрѣшеніе происходитъ преждевременно.

Лѣченіе. Непосредственно послѣ истеченія жидкости беременная должна оставаться въ постели въ теченіе недѣли. Вообще въ такихъ случаяхъ спокойный образъ жизни является наиболѣе цѣлесообразнымъ средствомъ. Внутри, при нервной раздражительности, слѣдуетъ назначать *natrum bromatum cum assa foetida*. При анеміи наибольшее значеніе имѣютъ препараты желѣза. При другихъ симптомахъ, сопровождающихъ сплошное воспаление отпадающей оболочки во время беременности, возможно только симптоматическое лѣченіе. При боляхъ назначается *kal. bromatum* и наркотическія, средства спокойное положеніе и умѣренная укрѣпляющая діета. При кровотеченіяхъ и другихъ явленіяхъ во время выкидыша и родовъ, врачъ долженъ дѣйствовать по общепринятымъ правиламъ.

2. *Хроническое воспаление матки.* *Metritis*, во время беременности встрѣчается нерѣдко въ хронической формѣ. Обыкновенно воспаление развивается еще раньше беременности, нерѣдко оно осложняетъ катаральное воспаление матки и бываетъ причиною выкидыша. Напротивъ острая форма *metritis* во время беременности представляетъ рѣдкое явленіе. По наблюденіямъ *Penninga*, *metritis gravidarum* наичаще развивается вслѣдствіе травмы и заразныхъ заболѣваній, между прочимъ при гриппѣ и гонорреѣ. Къ хроническому воспаленію повидимому располагаютъ сильное растяженіе матки при двойняхъ, водянкѣ яйца и проч.

Симптомы наичаще обнаруживаются болями, постоянными или потужнаго характера. Т. рѣдко повышается болѣе чѣмъ на 1°, при воспаленіи матки травматическаго происхожденія. Вслѣдствіе значительнаго насилія, можетъ послѣдовать разрывъ беременной матки, иногда спустя нѣсколько недѣль послѣ ушиба.

Льчение. Обыкновенно при воспалении матки у беременной назначается покойствие, холодъ на животъ и наркотическія средства.

3. *Воспаление брюшины у беременныхъ, peritonitis.*

Воспаление брюшины въ острой формѣ во время беременности встрѣчается рѣдко, преимущественно въ слѣдствіе травмы или септического зараженія. При такихъ условіяхъ болѣзнь принимаетъ крайне опасный характеръ, сопровождаясь своими обычными припадками. Если воспаление брюшины развивается въ концѣ беременности, то при сильномъ вздутіи живота увеличенная матка еще болѣе затрудняетъ дыханіе. При *peritonitis diffusa* наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды. *Peritonitis septica* обыкновенно оканчивается смертью. При воспалении брюшины травматическаго характера, жизнь беременной въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно спасти цѣлесообразными, иногда энергическими по-еобіями.

Хроническое воспаление брюшины во время беременности наблюдается крайне рѣдко. Большею частію въ такихъ случаяхъ приходится имѣть дѣло съ остатками еще до беременности протекшаго воспаления, иногда совместно съ хроническимъ воспаленіемъ трубы и яичника, *salpingoophoritis chronica*, рѣже послѣ операціи чревосѣченія. Образовавшіяся перемычки, рѣже сплошныя сращения матки и ея придатковъ съ сосѣдними частями, претерпѣваютъ растяженіе, при увеличеніи въ объемѣ и поднятіи кверху беременной матки. Появляются болѣе или менѣе значительныя боли, иногда съ повышеніемъ температуры. Когда воспалительныя сращения не слишкомъ податливы, обнаруживаются сокращенія матки и наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды. Приращенія матки иногда обусловливаютъ слабость родовыхъ сокращеній и препятствуютъ надлежащему сжатію органа въ послѣродовомъ періодѣ, причиняя кровотеченіе или недостаточную инволюцію. При воспалении тазовой брюшины хроническаго характера, сопровождающемся значительнымъ экссудатомъ возлѣ матки, только въ исключительныхъ случаяхъ была наблюдаема беременность.

4. *Воспаление тазовой кѣтчатки, parametritis*, крайне рѣдко развивается во время беременности; обыкновенно оно бываетъ послѣдствіемъ травмы и септического зараженія; большею частію оно влечетъ за собою выкидышъ.

Вланк подробно изслѣдовалъ осложненіе беременности воспаленіемъ брюшины и тазовой кѣтчатки. Смертность достигаетъ 49%, въ особенности велика она при *salpingoophoritis*, нѣсколько меньше при *parametritis*. Въ 55% такихъ случаевъ было наблюдаемо преждевременное родоразрѣшеніе, наичаще при воспалении брюшины. Місше описалъ 6 случаевъ, гдѣ была произведена ляпаротомія для вскрытія нарывовъ въ тазовой кѣтчаткѣ, образовавшихся во время беременности; пять такихъ больныхъ выздоровѣло.

Глава 3.

Смѣщенія матки, оказывающія вліяніе на беременность.

1. *Перегибъ матки напередъ, anteflexio uteri.*

Симптомы. Когда тѣло матки сильно наклоняется впередъ, а шейка обращается въ противоположную сторону, то такое положеніе матки называютъ anteversio. Если же шейка при этомъ наклоненіи образуетъ уголъ съ тѣломъ матки, удерживая въ большей или меньшей степени свое нормальное положеніе, то это будетъ перегибъ матки напередъ—anteflexio. Оба эти вида смѣщенія кпереди встрѣчаются во время беременности.

Въ первые 3 мѣсяца беременности встрѣчается чаще anteflexio, въ особенности у женщинъ беременныхъ въ первый разъ. Такъ какъ перегибъ напередъ рѣдко сопровождается явленіями раздраженія въ полости таза, то такое положеніе большею частію надо считать нормальнымъ; тѣмъ болѣе, что съ увеличеніемъ матки и поднятіемъ кверху, въ полость живота, это положеніе матки исправляется, причемъ проходятъ также частые позывы къ мочеиспусканію, утихаютъ тупыя боли въ тазу, уменьшаются запоры и разныя отраженные явленія. Только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда плотныя приращенія препятствуютъ маткѣ подниматься изъ полости таза, явленія раздраженія усиливаются и дѣло можетъ иногда окончиться выкидышемъ.

Въ послѣднее время подобныя случаи стали встрѣчаться чаще, какъ непосредственное послѣдствіе пришиванія передней стѣнки матки къ влагалищу, vaginofixatio, или къ стѣнкѣ живота, ventrofixatio, съ цѣлью радикальнаго излѣченія упорныхъ загибовъ матки назадъ, retroflexio uteri. Въ особенности послѣ первой операціи, въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность достигаетъ послѣднихъ мѣсяцевъ, могутъ обнаружиться опасныя явленія во время родовъ. Передняя стѣнка матки остается прикрѣпленною къ влагалищу, растягивается во время беременности преимущественно задняя стѣнка, которая значительно истончается. Маточный зѣвъ во время родовъ, при такихъ условіяхъ, стоитъ выше мыса, обращенъ къзади, плохо раскрывается, несмотря на сильныя родовыя сокращенія матки. Для окончанія родовъ въ такихъ случаяхъ приходится иногда прибѣгать къ серьезнымъ акушерскимъ операціямъ.

Повидимому опасныя осложненія при родахъ менѣе возможны, если матку фиксировать къ передней стѣнкѣ живота по способу Olshausen'a или когда пришиваютъ стѣнку матки только къ брюшинѣ и глубокой фасціи. Послѣ укороченія круглыхъ связокъ по способу Alexander'a, которое производится также для излѣченія загиба матки назадъ, до сихъ поръ не встрѣчалось надобности прибѣгать къ описаннымъ операціямъ для окончанія родовъ.

Strassmann и Graefe въ такихъ случаяхъ вынуждены были окончить роды Кесарскимъ сѣченіемъ. Velde даже пришлось сдѣлать операцію Porro, которая имѣла ле-

тальный исходъ. Strassmann, Wertheim и др. окончили роды труднымъ поворотомъ на ножки. Rühl дважды могъ окончить роды только послѣ глубокаго разсѣченія передней части шейки, нижняго сегмента матки и сросшейся съ ними передней стѣнки влагалища на протяженіи 5,5 и 8 см. Кровотеченіе оиъ останавливалось обкалываніемъ краевъ раны, а послѣ родовъ соединялъ ихъ наложеніемъ швовъ.

Роды, наступающіе послѣ ventrofixatio также иногда сопровождаются опасными явлениями. Mitaender собралъ 54 болѣе или менѣе своевременныхъ родовъ, послѣдовавшихъ послѣ ventrofixatio uteri; 11 разъ потребовались акушерскія операциі — шипцы, поворотъ на ножки, извлеченіе, а 2 раза было произведено Кесарское сѣченіе. Guérard при родахъ, послѣ пришиванія матки къ передней стѣнкѣ живота, долженъ былъ произвести чревосѣченіе, чтобы освободить приросшую матку и дать ей возможность сократиться для остановки кровотеченія. Teuffel произвелъ вслѣдствіе ventrofixatio даже операцию Pottго.

2. Наклоненіе матки напередъ, anteversio uteri.

Этиологія. Наичаще имѣетъ значеніе въ практическомъ отношеніи наклоненіе матки кпереди только въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Такое явленіе наблюдается обыкновенно у многорождающихъ съ растянутыми брюшными стѣнками, рѣже у беременныхъ въ первый разъ. Наичаще причиною смѣщенія бываетъ чрезмѣрное растяженіе матки, а также узкій тазъ, препятствующій предлежащей головкѣ опуститься во входъ таза. Рѣже малая величина брюшной полости, вслѣдствіе низкаго роста, искривленія позвоночника, или развитія большой кисты яичника, рѣже другихъ опухолей.

Симптомы и теченіе. Въ такихъ случаяхъ дно матки, поднявшись до уровня пупка и выше, причиняетъ значительное растяженіе передней стѣнки живота. Сперва оно растягиваетъ нижнюю, а затѣмъ, съ дальнѣйшимъ теченіемъ беременности, верхнюю часть стѣнокъ живота выше пупка. Растяженіе происходитъ иногда равномерно; въ другихъ случаяхъ оно совершается преимущественно по средней линіи, что сопровождается расхожденіемъ прямыхъ мышцъ и образованіемъ грыжи по бѣлой линіи. При чрезмѣрномъ растяженіи передней стѣнки живота, беременная испытываетъ неудобства при движеніи и стояніи, вслѣдствіе перемѣщенія центра тяжести туловища. Дно матки наклоняется напередъ до такой степени, что лежитъ на одной высотѣ съ влагалищной частью, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже ниже послѣдней. Послѣдствіемъ такого смѣщенія матки является высокое стояніе предлежащей части, неправильности въ положеніи или предлежаніи, а также въ членорасположеніи плода. Во время родовъ брюшной прессъ не можетъ дѣйствовать надлежащимъ образомъ, а сила маточныхъ сокращеній получаетъ неправильное направленіе, почему роды затягиваются, и могутъ возникать различныя осложненія.

Льченіе. Пособіе во время беременности заключается главнымъ образомъ въ наложеніи на животъ удобной повязки, или пояса. Въ легкихъ случаяхъ для этой цѣли можно употреблять обыкновенное полотенце. Когда наклоненіе матки напередъ рѣзко выражено, слѣдуетъ, при лежаніи беременной на спинѣ, хорошо подвязать животъ вязаннымъ широкимъ

бинтомъ, или же наложить приготовленную бандажистомъ брюшную повязку, ceinture abdominale, которую беременная должна снимать только на ночь. У роженицъ съ сильно выпяченнымъ животомъ, необходимо приподнимать матку и подвязывать животъ широкимъ полотенцемъ, чтобы способствовать правильному вставленію головки во входъ таза и вообще благопріятному теченію родовъ.

3. *Наклоненіе и загибъ кзади беременной матки, retroversio et retroflexio uteri gravidi.*

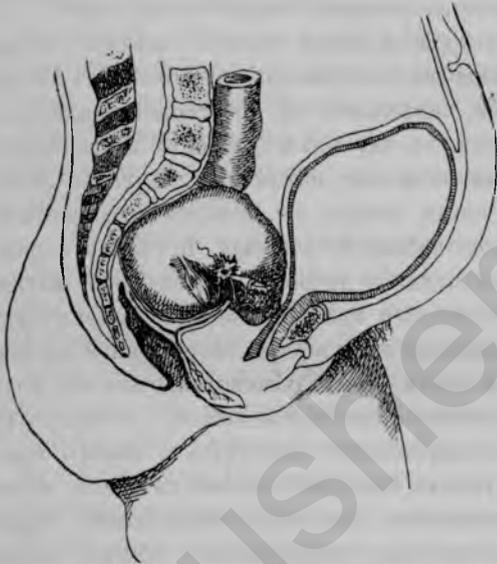
Анатомическія измѣненія. Наклоненіемъ матки кзади мы называемъ такое смѣщеніе этого органа, когда его дно уклоняется болѣе или менѣе назадъ отъ средней линіи верхней части таза, причѣмъ продольная ось матки сохраняетъ свое почти прямое направленіе, а влагалищная часть смѣщается кпереди. Если же, при такомъ положеніи дна матки, ея ось сгибается, образуя открытый кзади уголъ, то въ подобныхъ случаяхъ смѣщеніе получаетъ названіе *загиба матки кзади*.

Обыкновенно уголъ сгиба находится между тѣломъ и шейкою матки. При обоихъ видахъ такого смѣщенія дно матки опускается въ болѣе или менѣе значительной степени, помѣщаясь въ крестцовой впадинѣ, и располагается въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ даже ниже влагалищной части матки. Въ особенности такое низкое положеніе дна матки замѣчается при загибахъ матки, когда шейка въ большей или меньшей степени сохраняетъ свое обычное положеніе въ тазу. Когда въ первые мѣсяцы беременности происходитъ такое неправильное смѣщеніе матки, то весь органъ помѣщается въ полости малаго таза, сильно выпячивая заднюю стѣнку влагалища и сдавливая ампулярную часть прямой кишки. Наружный зѣвъ и влагалищная часть стоятъ обыкновенно высоко, подъ верхнимъ краемъ лоннаго соединенія. При беременности, достигшей IV мѣсяца, объемъ матки начинаетъ превышать вмѣстимость малаго таза. Только въ исключительныхъ случаяхъ было наблюдаемо смѣщеніе матки кзади на второй половинѣ беременности. При этомъ обыкновенно только задняя часть матки оставалась въ тазу, передняя же стѣнка сильно выпячивалась и вдавалась въ полость живота, представляя главнымъ образомъ помѣщеніе для яйца. Такіе крайне рѣдкіе случаи носятъ названіе *retroflexio partialis uteri gravidi*.

Этіологія. У беременныхъ женщинъ, уже имѣвшихъ дѣтей или выкидышъ, часто встрѣчается наклоненіе и загибъ матки кзади. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ въ первые мѣсяцы беременности матка принимаетъ правильное положеніе, и дно ея располагается за лоннымъ соединеніемъ. Сравнительно рѣдко матка удерживаетъ неправильное положеніе въ третьемъ или четвертомъ мѣсяцѣ беременности. Далеко не всегда загибъ матки кзади существуетъ до беременности. Несомнѣнно возможно появленіе такого смѣщенія уже при наступившей беременности. Предрасполагающими причинами наичаще является расслабленіе маточныхъ связокъ и растяженіе тазовой брюшины, далѣе—плоскій тазъ съ

сильно выступающим мысомъ. Довольно часто, еще до начала беременности, дно матки лежитъ въ задней части таза, гдѣ удерживается ложными перепонками, послѣ перенесеннаго больною воспаления брюшины, *perimetritis*. Впрочемъ Schuhl и многіе другіе наблюдали разрыхленіе воспалительнымъ сращеніемъ матки во время беременности. Ближайшею причиною появленія опасныхъ симптомовъ при этой болѣзни, кромѣ беременности, иногда является также траума, вслѣдствіе паденія беременной на спину. Въ послѣднемъ случаѣ загибъ матки назадъ можетъ появиться вдругъ.

Симптомы и теченіе. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда загибъ или наклоненіе беременной матки развивается вдругъ, въ нижней части живота появляются внезапно болѣе или менѣе значительныя боли; иногда обнаруживается также раздраженіе брюшины, и болѣзнь получаетъ острый характеръ.



Фиг. 126. Перегибъ къзади беременной матки въ началѣ IV мѣсяца беременности.

Обыкновенно же симптомы смѣщенія матки къзади во время беременности развиваются постепенно. Наичаще они обнаруживаются въ концѣ III и въ началѣ IV мѣсяца беременности. Беременная начинаетъ ощущать давленіе въ нижней части живота, боли въ поясничной области и затрудненія при испраженіи на низъ; появляются запоры, иногда даже жиленіе въ заднемъ проходѣ. Къ этому присоединяется ненормальное выдѣленіе мочи. Сперва появляются частые позывы, затѣмъ моча задерживается, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ она по каплямъ истекаетъ произвольно.

Появленіе этихъ симптомовъ служитъ признакомъ начинающагося ущемленія въ тазу смѣщенной къзади беременной матки. Когда эти явленія продолжаютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней, мочевой пузырь сильно растягивается, образуя опухоль, поднимающуюся изъ полости таза до уровня пупка и даже выше. Языкъ представляется обложеннымъ, пульсъ ускоряется, появляется бессонница, жажда, часто лихорадочное состояніе. Мѣстные боли усиливаются.

При наружномъ изслѣдованіи, можно чрезъ брюшные покровы прощупать сильно растянутый мочевымъ пузыремъ въ видѣ округленной, эластической, иногда флюктуирующей опухоли, на мѣстѣ которой при посту-

киваніи обнаруживается тупой тонъ. При внутреннемъ изслѣдованіи чрезъ влагалище, находятъ въ полости малаго таза гладкую эластическую опухоль, выполняющую крестцовую впадину. Она принадлежитъ беременной маткѣ и, при двойномъ изслѣдованіи, кажется составляющею непосредственное продолженіе опухоли, прощупываемой чрезъ переднюю брюшную стѣнку. Только послѣ выведенія мочи катетеромъ можно устранить такую ошибку. Сообразно времени беременности, полость малаго таза бываетъ болѣе или менѣе совершенно занята смѣщенной кзади маткою. Влагалищная часть стоитъ за лоннымъ соединеніемъ, въ особенности высоко она располагается и трудно достижима, при наклоненіи матки кзади. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку, послѣдняя оказывается сдавленной; прижатіе причиняетъ округленная, гладкая и эластичная опухоль, плотно прилегающая къ ея передней стѣнкѣ. Въ тѣхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ, когда на второй половинѣ беременности наблюдается неполный загибъ матки, *retroflexio partialis*, часть этого органа можно прощупать послѣ удаленія мочи, выше лоннаго соединенія, а иногда даже осязать здѣсь части плода.

Переполненіе мочевого пузыря мочю зависитъ отъ прижатія шейки пузыря, или мочевого канала, которое причиняетъ смѣщенная кпереди и кверху шейка матки. Если моча задерживается долгое время, въ ней начинается броженіе, обыкновенно сопровождающееся болѣе или менѣе рѣзко выраженнымъ катарромъ пузыря. Моча становится мутною, получаетъ щелочную реакцію, содержитъ много слизи или гноя, иногда замѣчается въ ней примѣсь крови. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ свѣжевыпущенная моча имѣетъ аммоніакальный или даже гнилостный запахъ, представляетъ густую, мутную жидкость, въ которой находятся клочки слизистой оболочки пузыря. Описаны случаи, гдѣ вслѣдствіе продолжительнаго задержанія мочи въ пузырь, происходило омертвѣніе и отслойка не только слизистой оболочки на большемъ или меньшемъ протяженіи, но даже мышечной ткани, которая выдѣлялась въ такихъ случаяхъ въ видѣ довольно толстыхъ перепонокъ изъ мочевого пузыря. Въ исключительныхъ случаяхъ омертвѣніе можетъ распространяться даже на всю толщю стѣнки пузыря. При этомъ развивается мѣстное или общее воспаленіе брюшины, въ другихъ случаяхъ обнаруживаются уремическія и септические явленія, влекущія за собой смерть. Разрывъ переполненнаго мочевого пузыря бываетъ рѣдко; большею частію это происходитъ возлѣ его дна на задней стѣнкѣ, причемъ больная погибаетъ отъ быстротечнаго



Фиг. 125. *Retroflexio partialis* во второй половинѣ беременности.

воспаленія брюшины. Рѣже нарушается цѣлость передней стѣнки пузыря, что влечетъ за собой инфльтрацію клѣтчатки мочою, затеки и смерть.

Въ исключительныхъ случаяхъ, при ущемленіи смѣщенной кзади беременной матки въ полости малаго таза, развивается отечное состояніе половыхъ губъ и даже нижнихъ конечностей. Возможно также развитіе омертвѣнія въ стѣнкахъ матки вслѣдствіе ущемленія, какъ показываетъ наблюденіе Нааг'а. Описаны случаи, гдѣ вслѣдствіе постоянного жилиенія, при такихъ условіяхъ, дно матки прободало стѣнку влагалища или прямой кишки и появлялось наружу. Къ счастью, довольно часто, прежде развитія вышеописанныхъ опасныхъ явленій, происходитъ самопроизвольный выкидышъ; еще чаще опасность устраняется врачебною помощію чрезъ вправленіе матки, послѣ чего признаки давленія въ тазу быстро проходятъ.

Анатомическія измѣненія, находимыя послѣ смерти такихъ больныхъ, наичаще наблюдаются въ мочевомъ пузырьѣ. На его слизистой оболочкѣ замѣчается омертвѣніе, иногда даже она представляется совершенно отслоившеюся. Мочекислыя и фосфорнокислыя соли образуютъ плотные осадки на обнаженномъ и распадающемся мышечномъ слоѣ пузыря, внутренняя поверхность котораго имѣетъ грязно-сѣроватое окрашиваніе. Пузырь представляетъ сращенія съ окружающими кишечными петлями. Иногда мочеточники и лоханки бываютъ расширены, въ ткани почекъ находятъ острое воспаленіе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается hydronephrosis. Кишечныя петли сильно растянуты газами, иногда каломъ, поверхность ихъ воспалена. Рѣзко выраженныя явленія общаго воспаленія брюшины наблюдаются преимущественно при омертвѣніи на какомъ-либо мѣстѣ стѣнки пузыря, не успѣвшей сростись съ окружающими частями, или же при разрывѣ чрезмѣрно растянутаго мочевого пузыря. Въ такихъ случаяхъ въ полости живота находили до 5 и болѣе литровъ мочи.

Предсказаніе, при своевременной состояннн врачебной помощи, представляется довольно благоприятнымъ, хотя послѣ вправленія матки нерѣдко происходитъ выкидышъ. Состояніе больной становится болѣе серьезнымъ и даже опаснымъ, коль скоро моча задерживается въ пузырьѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней, и при этомъ обнаруживаются другія явленія ущемленія. Тѣмъ не менѣе въ настоящее время смертность вѣроятно далеко не достигаетъ 24%, какъ это нашель Skinner при своихъ изслѣдованіяхъ. Я не видѣлъ ни одного случая съ летальнымъ исходомъ.

Распознаваніе во многихъ случаяхъ не легко. Кромѣ вышеописанныхъ мѣстныхъ данныхъ, необходимыхъ при изслѣдованнн, слѣдуетъ принимать во вниманіе анамнезъ. Важное значеніе имѣетъ прекращеніе мѣсячныхъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Маточный шумъ рѣдко удается слышать вслѣдствіе глубокаго положенія матки въ полости таза и относительно недавней беременности. Наболѣе возможно смѣшать загибъ или наклоненіе беременной матки кзади съ haematocele retrouteri-

пим, съ небольшою кистой яичника, рѣже съ фибридомъ матки, развившимся на задней стѣнкѣ этого органа, и внѣматочною беременностію.

Заматочное кровеизліяніе въ полость брюшины, хотя причиняетъ мѣстныя явленія, сходныя отчасти съ загибомъ кзади беременной матки, но въ то же время оно представляетъ не мало отличительныхъ признаковъ. Обыкновенно мѣсячныя не задерживаются, напротивъ изъ матки отдѣленіе крови продолжается долго; кровеизліяніе въ полость брюшины происходитъ вдругъ, причиняя болѣе или менѣе ясно выраженное острое малокровіе. Кровяная опухоль не только выполняетъ Дугласово пространство, но ощущается большею частію въ то же время выше входа въ тазъ, смѣщая всю матку кпереди и отчасти кверху; почему когда нѣсколько уменьшается раздраженіе брюшины, дно матки можно осязать при двойномъ изслѣдованіи.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда небольшая киста яичника располагаются въ Дугласовомъ мѣшкѣ и утрачиваютъ подвижность, вслѣдствіе приращеній, отличительное распознаваніе не трудно; такъ какъ не существуетъ никакихъ признаковъ беременности, и ясно прощупывается смѣщенная кпереди матка. Тоже въ общихъ чертахъ можно примѣнить къ фиброміомамъ матки, которыя ощущаются въ задней части малаго таза. Кромѣ того, не можетъ ускользнуть отъ изслѣдующаго врача также значительная плотность опухоли. Распознаваніе становится гораздо труднѣе, если эти новообразованія осложняютъ нормальную беременность. Главнымъ отличительнымъ признакомъ должна служить возможность прощупать беременную матку отдѣльно отъ новообразованія; далѣе въ такихъ случаяхъ не бываетъ рѣзко выраженныхъ явленій ущемленія матки въ тазу.

Внѣматочная беременность въ первые мѣсяцы большею частію образуетъ опухоль, располагающуюся сбоку и сзади матки, причиняя смѣщеніе послѣдней въ противоположную сторону. При отсутствіи воспалительныхъ явленій, часто можно прощупать матку, обыкновенно только прилегающую къ опухоли. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ распознаваніе затруднительно и требуетъ со стороны врача внимательнаго наблюденія въ теченіе нѣкотораго времени.

Лѣченіе. Иногда врачъ можетъ предотвратить опасныя явленія ущемленія матки, если случайно у женщины въ началѣ беременности онъ найдетъ загибъ матки кзади. Въ такихъ случаяхъ большею частію легко вправить матку, примѣняя тѣ же ручныя пріемы, какіе мы обыкновенно употребляемъ для этой цѣли у небеременныхъ женщинъ. Мы наблюдали нерѣдко, что повторно вправленная матка сохраняетъ во все время беременности данное ей правильное положеніе. Такимъ беременнымъ нужно совѣтывать спать лежа на боку и нѣсколько разъ въ день принимать на 5—10 минутъ положеніе на колѣняхъ и локтяхъ, располагаясь на плоскомъ матрацѣ.

Когда у беременной, у которой матка смѣщена кзади, обнаружи-

лись явленія, указывающія на развивающееся ущемленіе, прежде всего, нужно опорожнить кишечный каналъ и мочевоу пузырь. Такъ какъ мочевоу каналъ и шейка пузыря въ этихъ случаяхъ болѣе или менѣе смѣщены по направленію кверху и впереди, а также нѣсколько прижаты къ лонному соединенію, то иногда обыкновеннымъ женскимъ катетеромъ не удастся проникнуть въ пузырь. При такихъ условіяхъ, надо употреблять эластическій катетеръ, или же металлическій мужской, стараясь провести конецъ инструмента по направленію мочевоу канала въ мочевоу пузырь. Послѣ выведенія мочи, необходимо посредствомъ обыкновеннаго или высокаго клистира, хорошо опорожнить кишечный каналъ. Иногда для этой цѣли нужно ввести толстый эластическій зондъ высоко въ прямую кишку. Къ водѣ можно прибавлять глицеринъ или прованское масло, немного *natri benzoici*, *salis culinaris* и проч.

Подготовивши такимъ образомъ больную, нужно приступить къ вправленію матки. Больной дается обыкновенно положеніе на лѣвомъ боку, въ особенности, если прибѣгаютъ къ наркозу посредствомъ хлороформа. Въ противномъ случаѣ можно поставить больную *à la vache* на колѣняхъ и локтяхъ. Наичаще удается вправленіе матки чрезъ влагалище, причеиъ вводится 2 или 4 пальца и только въ исключительныхъ случаяхъ вся рука. Дно матки приподнимаютъ кверху, и стараются приподнять и вывести его изъ полости малаго таза возлѣ одного изъ крестцовоподвздошныхъ сочлененій. Одновременно влагалищную часть отодвигаютъ кзади. Коль скоро удастся поднять дно матки кверху, вправленіе оканчивается при помощи другой руки, дѣйствующей чрезъ наружные покровы живота и переиѣщающей, послѣ отодвиганія кишечныхъ петель, дно матки къ лонному соединенію. Нѣкоторые совѣтываютъ захватывать посредствомъ корнцанга заднюю губу влагалищной части и отодвигать се книзу во время вправления. Это приеиъ болшею частію излишній, такъ какъ онъ умѣстенъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда удалось уже вывести дно матки изъ полости малаго таза. При подобныхъ условіяхъ, можно обойтись пальцами руки. Менѣе удобно вправленіе беременной матки чрезъ прямую кишку, въ которую вводятъ обыкновенно 2, рѣже 4 пальца. Введеніе всей ручной кисти въ кишку оставлено, такъ какъ подобный приеиъ оставляетъ глубокой надрывъ въ области задняго прохода и вообще небезопасенъ. При незначительной степени ущемленія матки, вправленіе обыкновенно совершается довольно быстро, иногда же оно требуетъ около 20—30 минутъ. Если эти попытки не сопровождаются успѣхомъ, и въ положеніи больной ничего угрожающаго незамѣтно, можно на нѣсколько часовъ ввести кольпейринтеръ во влагалище, или въ прямую кишку, и затѣиъ снова попробовать вправленіе матки вышеописанными приеиами. Послѣ вправления матки слѣдуетъ, во избѣжаніе возвратовъ, положить соотвѣтственной величины пессарій Hodge'a и посовѣтывать беременной оставаться въ постели въ боковомъ положеніи въ теченіе недѣли.

При *retroflexio partialis* иногда также удавалось вправление матки через влагалище. Обыкновенно же в таких случаях требуется помощь врача преимущественно во время родовъ; при черепныхъ положенияхъ влагалищную часть нужно оттягивать книзу и кзади, чтобы поставить маточный зѣвъ по направленію оси таза. При другихъ положенияхъ дѣлаютъ поворотъ или низведение ножки.

Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда не удается вправить матку послѣ выпуска мочи, слѣдуетъ произвести искусственный выкидышъ, при посредствѣ *laminaria*, зонда или бужей. Если бы наружное отверстіе матки было совершенно недоступно, въ виду опаснаго положенія больной слѣдуетъ прибѣгать къ проколу матки тонкимъ троакаромъ черезъ влагалище, при надлежащихъ антисептическихъ предосторожностяхъ. Послѣ удаленія нѣкотораго количества околоплодной жидкости, объемъ матки уменьшается и вскорѣ наступаетъ выкидышъ. Описаны также случаи, гдѣ введеніе катетера въ сильно растянутый мочею пузырь оказалось невозможнымъ, и пришлось прибѣгнуть къ проколу мочевого пузыря. Это слѣдуетъ дѣлать въ области живота тотчасъ выше лоннаго соединенія, чтобы избѣгнуть раненія брюшины. Sānger, подобно Olshausen'у, совѣтуетъ, при невозможности вправить беременную матку, сдѣлать продольный разрѣзъ задней стѣнки влагалища, а затѣмъ разрѣзать заднюю стѣнку матки, опорожнить ее полость и рану зашить, какъ при Кесарскомъ сѣченіи.

Въ тяжелыхъ случаяхъ, даже послѣ вправленія матки, уходъ за больною значительно осложняется болѣе или менѣе сильно выраженнымъ воспаленіемъ мочевого пузыря, иногда въ связи съ болѣе или менѣе значительной отслойкой его ткани.

4) Выпаденіе беременной матки, *prolapsus uteri gravidi*.

Этіологія. Выпаденіемъ матки обозначаютъ такое положеніе этого органа, когда его шейка или весь органъ выходитъ наружу изъ полости таза. При этомъ наибаче передняя стѣнка, или вообще влагалище въ большей или меньшей степени образуетъ выворотъ. Тѣ случаи, когда, при смѣщеніи матки книзу, наружный маточный зѣвъ еще не показывается изъ половой щели, называются опущеніемъ матки, *descensus uteri*. Какъ при опущеніи, такъ при развившемся уже выпаденіи матки, дно этого органа представляетъ неодинаковое отношеніе къ полости таза. Почти во всѣхъ случаяхъ оно обращено кзади, но далеко не всегда представляется смѣщеннымъ книзу. Между тѣмъ, какъ въ однихъ случаяхъ, извѣстныхъ подъ именемъ *prolapsus uteri completus*, дно матки находятъ въ выходѣ таза; въ другихъ случаяхъ, которые извѣстны подъ именемъ выпаденія съ гипертрофіей надвлагалищной части, рѣже влагалищной части шейки, *prolapsus uteri cum hypertrophia portionis supravaginalis, s. vaginalis*, дно матки можетъ оставаться въ полости таза на такой же высотѣ, какъ въ нормальномъ состояніи, между тѣмъ какъ влагалищная часть маточной шейки, выходитъ наружу изъ

половой щели. При гипертрофii надвлагалищной части шейки, происходитъ, въ большей или меньшей степени, выворотъ наружу стѣнокъ влагалища.

Этіологія. Выпаденіе матки во время беременности принадлежитъ къ числу рѣдкихъ осложненій. Наичаще оно встрѣчается у многорождавшихъ, у которыхъ въ большинствѣ случаевъ это состояніе было наблюдаемо еще до беременности, причемъ матка легко вправлялась. Во время беременности выпаденіе развивается обыкновенно постепенно; въ рѣдкихъ случаяхъ оно происходитъ внезапно. Чаше это бываетъ во время родовъ, при низкомъ стояніи или извлеченіи подлежащей части, когда края наружнаго отверстія матки остаются неподатливыми.

Анатомическія измѣненія. При гипертрофii шейки, длина канала матки достигаетъ 12 даже 15 см., рѣдко болѣе. Гипертрофія происходитъ повидимому преимущественно вслѣдствіе разращенія соединительной ткани. Ткань шейки плотная, бѣлая, хрящеватая. При настоящемъ выпаденіи матки съ опущеніемъ дна, длина матки не представляетъ столь рѣзкаго увеличенія; такъ какъ шейка матки не подвергается значительнымъ измѣненіямъ. Вывернутая стѣнка влагалища подвергается оплотнѣнію, утолщается и принимаетъ свойства кожныхъ покрововъ. На поверхности влагалищной части, а также на влагалищѣ, нерѣдко находятся настоящія, болѣе или менѣе значительныя язвы. Пузырь, преимущественно его нижняя часть, смѣщена; при удлиненіи надвлагалищной части она представляетъ какъ бы отдѣленное углубленіе, *diverticulum*, подъ передней стѣнкой вывернутаго влагалища. Мочевой каналъ также смѣщенъ и образуетъ выпуклость кверху. Гораздо рѣже передняя стѣнка прямой кишки представляетъ аналогичное съ пузыремъ углубленіе, расположенное подъ вывернутою задней стѣнкою влагалища. Передняя и задняя складки тазовой брюшины обыкновенно расположены при выпаденіи матки, ниже обыкновеннаго. Подъ вліяніемъ беременности, выстоящая изъ половой щели часть матки обыкновенно подвергается застойной гипереміи, становится сине-багровою, сильно увеличивается въ объемъ и отекаетъ. Въ такое же состояніе переходитъ одна передняя, или обѣ гипертрофированныя губы, иногда уже во время беременности, въ особенности же во время родовъ при опущеніи матки даже въ томъ случаѣ, когда онѣ не выстояли наружу.

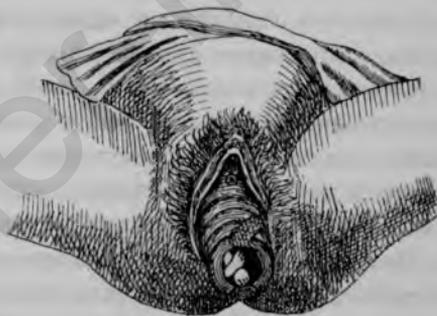
Симптомы и теченіе. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда выпаденіе матки возникаетъ внезапно въ первые мѣсяцы беременности, появляются симптомы раздраженія брюшины—тошнота, рвота, временный упадокъ силъ, острые боли въ нижней части живота, которыя проходятъ, коль скоро удастся вправить выпавшую матку. Обыкновенно же припадки развиваются постепенно. Беременная, страдающія такимъ осложненіемъ, жалуются на тяжесть въ нижней части живота, на чувство напиранія, боли въ паховой и поясничной областяхъ, затрудненное, иногда частое мочеиспусканіе. Отдѣленіе изъ канала шейки и съ

поверхности ссадинъ обыкновенно усиливается и нерѣдко дѣлается тягостнымъ для больныхъ, причиняя зудъ и раздраженіе наружныхъ частей, походящее до появленія экзематозной сыпи.

Не смотря на утверженіе нѣкоторыхъ врачей, врядь ли возможно допустить существованіе полного выпаденія матки наружу на второй половинѣ беременности. Въ приводимыхъ описаніяхъ такихъ случаевъ, въ которыхъ предъ наступленіемъ родовъ выпавшая матка достигала почти до колѣнъ, и выпаденіе имѣло величину головы взрослого человека, слѣдуетъ тѣмъ не менѣе признать гипертрофію надвлагалищной части шейки, за отсутствіемъ точныхъ указаній на положеніе дна матки. Уже а priori невозможно допустить, чтобы въ концѣ беременности тѣло матки могло находиться между бедеръ, такъ какъ влагалище не въ состояніи подвергаться столь значительному растяженію. Если же верхняя часть матки остается въ полости малаго таза, то необходимо должны развиваться явленіе ущемленія не позже, какъ съ IV мѣсяца беременности. Въ большинствѣ случаевъ выпаденіе матки съ теченіемъ беременности вправляется самопроизвольно, и влагалищная часть входитъ въ каналъ влагалища, въ особенности когда больная имѣетъ возможность себя беречь.

Гораздо большія затрудненія возникаютъ во время родовъ, въ особенности при тѣхъ видахъ выпаденія матки, при которыхъ маточная шейка подвергалась значительнымъ измѣненіямъ. Подъ вліяніемъ родовыхъ потугъ, нижшій сегментъ матки или одна шейка выходятъ наружу, иногда даже вмѣстѣ съ предлежащей частью. Маточный зѣвъ съ оплотнѣвшими утолщенными краями не раскрывается, даже влагалищная часть иногда не укорачивается и не изглаживается, несмотря на сильныя и продолжительныя маточныя сокращенія. Роды продолжаютъ долгое время, плодъ умираетъ. Здоровье и жизнь матери могутъ подвергаться серьезной опасности, если роженицѣ не будетъ оказано своевременно надлежащее пособіе. Въ 16% всѣхъ случаевъ наступали, при выпаденіи матки, преждевременные роды, влѣдствіе ненормальнаго состоянія слизистой оболочки и стѣнокъ матки. При такихъ родахъ сравнительно часто встрѣчается тазовое положеніе.

Распознаніе не представляетъ затрудненій, коль скоро въ опухоли, выходящей изъ половой щели, находятъ окруженное припухшими отечными краями наружное отверстіе матки. Только крайне неопытный врачъ, не обративъ вниманія на упомянутый признакъ, можетъ смѣшать выпавшую стѣнку влагалища, cystocele или rectocele vaginalis, или по-



Фиг. 128.

липъ матки съ выпаденіемъ этого органа. Значительную опухоль передней губы, которая еще болѣе увеличивается во время родовъ, также легко отличать отъ фиброзной опухоли въ этой части матки. Фиброзная опухоль имѣетъ болѣе округленную форму, гладкую поверхность, часто сохраняетъ свою плотность и нерѣдко начинается высоко. Объемистая гипертрофія задней губы принадлежитъ къ числу крайне рѣдкихъ заболѣваній.

Выпаденіе матки можно смѣшать также съ enterocеле, во время беременности. Hirst собралъ 27 случаевъ такой грыжи. Большею частію опухоль появляется внезапно, почти всегда занимаетъ боковую или заднюю стѣнку влагалища. Она мягка на ощупь и сдавливается. Почти всегда она довольно легко вправляется, въ особенности при положеніи на колѣняхъ и локтяхъ.

Предсказаніе всецѣло вытекаетъ изъ вышеизложеннаго описанія болѣзни. Если отсутствуютъ явленія ущемленія во время беременности, опасность не угрожаетъ жизни больной. Описаны случаи, гдѣ ущемленіе влекло за собою омертвѣніе половыхъ частей и смерть беременной. При родахъ могутъ встрѣчаться опасныя осложненія.

Лѣченіе Во всѣхъ случаяхъ выпаденія беременной матки слѣдуетъ позаботиться о вправленіи матки, что въ большинствѣ случаевъ удается легко. Оporожнивъ прямую кишку и мочевоу пузырь, больной даютъ горизонтальное положеніе на спинѣ, какъ при внутреннемъ акушерскомъ изслѣдованіи. Выпавшую часть матки и влагалище тщательно обмываютъ мыломъ и 2⁰/₁₀₀ растворомъ карболовой кислоты; затѣмъ обхватываютъ эти части, смазанныя вазелиномъ, пальцами правой руки такимъ образомъ, чтобы наружное отверстие матки находилось на ладони и, производя давленіе снаружи внутрь, вводятъ выпавшую часть по проводной линіи въ полость таза. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выпавшая матка и влагалище представляются сильно припухшими, вправленіе болѣзненно и не всегда удается сразу. Такая больная должна предварительно оставаться нѣсколько дней въ постели, принять слабительное и прикладывать холодныя примочки на наружныя части изъ раствора acid. rosarіo vidѣлъ выпаденіе матки длиною 27 см., которое удалось вправить.

Когда вправленіе произведено, необходимо удержать матку въ полости таза, посредствомъ круглаго кольца или пессарія Hodge'a соответствующей величины. Въ другихъ случаяхъ болѣе цѣлесообразно прибѣгать къ употребленію ватныхъ тампоновъ съ борною или іодоформенною мазью на вазелинѣ и ношенію приготовленной по мѣркѣ Т-образной повязки. Послѣ вправленія матки беременная должна избѣгать быстрыхъ движеній, усиленнаго дѣйствія брюшнаго пресса, поднятія тяжести и проч. Оперативное лѣченіе выпаденія матки вообще неумѣстно во время беременности; операцию слѣдуетъ отложить до окончанія послѣродоваго періода. Въ тѣхъ случаяхъ, когда выпаденіе не удается вправить, при-

ходится довольствоваться только соблюденіемъ чистоты и примѣненіемъ соотвѣтствующей повязки.

Когда во время родовъ нижняя часть матки показывается наружу, необходимо удерживать ее пока возможно соотвѣтственной Т-образной повязкой, или проведеннымъ между ногъ полотенцемъ. При замедленіи раскрытія зѣва нужно примѣнять теплые души, вводить въ полость матки пузыри Bagnes'a или кольпейринтеръ, и попытаться расширить маточное устье пальцами. Часто бываетъ необходимо дѣлать глубокіе надрѣзы краевъ маточнаго зѣва, чтобы было возможно окончить роды наложеніемъ щипцовъ или поворотомъ на ножки. При мертвомъ плодѣ умѣстно прободеніе головки. При извлеченіи младенца приходится помощнику удерживать края зѣва крючкообразно согнутыми пальцами обѣихъ рукъ. Послѣ родовъ матку вправляютъ въ полость таза, и совѣтуютъ родильницѣ оставаться въ постели около мѣсяца.

5. Грыжи беременной матки, herniae uteri gravidi.

Беременная матка совместно со своими придатками можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ лежать внѣ брюшной полости, причемъ она всегда выпячивается предъ собою брюшину. Были наблюдаемы слѣдующія грыжи беременной матки h. ventralis, h. umbilicalis et h. inguinalis. Прочіе виды, приводимые нѣкоторыми авторами, не вполне достовѣрны.

Этіологія. Причиною этихъ смѣщеній матки является образование въ фасціяхъ и мышцахъ живота широкаго отверстія, края котораго способны раздаваться и пропускать объемистое тѣло беременной матки. Эти отверстія образуются, какъ показываетъ вышеприведенныя названія грыжи, по бѣлой линіи, въ пупкѣ и паховомъ каналѣ. Это имѣетъ мѣсто у многорожавшихъ, при частыхъ повторныхъ беременностяхъ, а также послѣ двойней, при узкомъ тазѣ, послѣ чревосѣченія и вскрытія глубокихъ абсцессовъ. Иногда образованію маточной грыжи способствуетъ сращеніе матки съ сальникомъ и кишечными петлями а также неправильное развитіе матки. Наиболѣе часто удается наблюдать h. ventralis, на что мы уже указали при изложеніи смѣщенія матки напередъ. H. umbilicalis uteri встрѣчается гораздо рѣже. Матка можетъ проходить черезъ растянутое пупочное кольцо въ исключительныхъ случаяхъ только во время родовъ. H. inguinalis представляетъ наиболѣе рѣдкую форму, которая обыкновенно существуетъ уже до беременности.

Предсказаніе. H. ventralis uteri обыкновенно не сопровождается явленіями ущемленія; что касается h. umbilicalis, то здѣсь вправление беременной матки также большею частію особеннаго труда не представляетъ. Напротивъ паховая грыжа, содержащая беременную матку, обыкновенно не можетъ вправляться.

Лѣченіе. При паховыхъ грыжахъ беременной матки въ началѣ беременности, слѣдуетъ дѣлать искусственный выкидышъ, а при жизнеспособномъ плодѣ даже производить кесарское сѣченіе.

В. Общія болѣзни, осложняющія беременность.

Глава 4.

Острыя и хроническія заразныя и міазматическія болѣзни.

Вопреки прежде существовавшему мнѣнію, беременность не предохраняетъ женщину отъ заболѣванія заразными и міазматическими болѣзнями. При ней наблюдаются самыя разнообразныя заболѣванія, относящіяся къ этому отдѣлу патологии. Между прочимъ въ недавнее время Marchand и Ahlfeld наблюдали даже сибирскую язву, развившуюся во время беременности. Доказано клиническими наблюденіями, что благодаря измѣненіямъ, производимымъ беременностію въ тѣлѣ женщины, заразныя болѣзни оказываютъ въ это время нерѣдко болѣе вредное вліяніе на организмъ и даютъ болѣе значительную смертность. Нѣкоторые изъ заразныхъ болѣзней располагаютъ къ септическимъ послѣродовымъ заболѣваніямъ, облегчая возможность проникновенія и размноженія въ половомъ аппаратѣ цѣпчататаго и другихъ гноеродныхъ микробовъ. Въ особенности опасны въ этомъ отношеніи тѣ заразныя формы, при которыхъ цѣпчатый микробъ развивается всегда, какъ рожа, дифтеритъ и скарлатина; равнымъ образомъ и другія заразныя болѣзни осложняются нерѣдко септическими заболѣваніями въ послѣродовомъ періодѣ.

Часто зараженіе или міазма передается плоду. Это совершается вслѣдствіе перехода микробовъ, циркулирующихъ въ крови матери, въ организмъ младенца. Въ настоящее время ни одинъ врачъ не можетъ сомнѣваться въ дѣйствительности этого явленія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ переходъ совершается при нарушеніи мѣстнаго соединенія ворсинокъ дѣтскаго мѣста съ отпадающею оболочкой; въ другихъ случаяхъ переходъ микробовъ можетъ совершиться на мѣстахъ, гдѣ ворсы, непокрытыя эпителиемъ, вѣдряются въ ткань слизистой оболочки. Возможно также, что микробы, размножившись въ крови матери, предварительно дѣйствуютъ на эпителий ворсинокъ, вѣдряются въ него или способствуютъ мѣстами его отпаденію. Между прочимъ недавно Auché наблюдалъ переходъ въ кровь и органы плода strepto — et staphylococcus ruog. Vidone и другіе наблюдали переходъ рожистаго микроба. Относительно другихъ патогенныхъ микроорганизмовъ существуетъ также много наблюденій, число которыхъ увеличивается съ каждымъ годомъ. Наичаще вслѣдствіе этого зараженный плодъ умираетъ еще до рожденія, или болѣзнь обнаруживается у младенца вскорѣ по выходѣ на свѣтъ. Извѣстны также случаи внутриматочнаго зараженія различными токсинами, какъ бы прививки, когда младенецъ утрачивалъ на время, или навсегда расположеніе къ заразной болѣзни, которою болѣла мать во время беременности. Такіе случаи въ настоящее время имѣютъ наиболѣе правдоподобное объясненіе въ переходѣ не самихъ

микробовъ, а ихъ токсиновъ изъ крови матери въ организмъ младенца, и образование въ крови его особенныхъ антитоксиновъ. При скрытной формѣ сифилиса мужа тоже самое вѣроятно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, происходитъ въ обратномъ направленіи — переходъ токсиновъ сифилиса совершается изъ крови младенца въ организмъ матери.

Очень часто при заразныхъ заболѣваніяхъ беременныхъ происходятъ выкидыши или преждевременные роды. Въ настоящее время наиболѣе частою и существенною причиною такихъ ненормальныхъ явленій признають дѣйствіе токсиновъ, циркулирующихъ въ крови, на матку, въ мышцахъ которой они вызываютъ сокращеніе. Кроме того немаловажное значеніе имѣетъ долго продолжающееся значительное повышеніе температуры до 40—41° С., представляющее опасность для жизни плода вслѣдствіе обѣднѣнія крови матери кислородомъ. Значительную опасность для продолженія беременности представляютъ кровоизліянія въ ткань отпадающей оболочки, *endometritis decidualis haemorrhagica*. При всемъ томъ плодъ нерѣдко остается здоровымъ и не подвергается заразѣ, благодаря тому, что нормальная плацента иногда долгое время не пропускаетъ микробовъ.

При нѣкоторыхъ заразныхъ и мiasmатическихъ болѣзняхъ причиною преждевременнаго родоразрѣшенія является смерть внутриутробнаго плода. Gauk нашелъ, что при повышеніи температуры беременной на 0,1° С., пульсъ младенца ускоряется на 3,2 удара въ минуту.

Невременное разрѣшеніе наступаетъ въ началѣ болѣзни послѣ бурныхъ явленій, или спустя нѣкоторое время. При оснѣ въ началѣ ея или въ періодѣ нагноенія, при перемежающейся лихорадкѣ послѣ нѣсколькихъ пароксизмовъ, при рождѣ послѣ высыпанія, при холерѣ при переходѣ въ тифозный періодъ; при influenza вскорѣ послѣ начала болѣзни, при кори послѣ высыпанія, а при пневмоніи часто на 3—4 день болѣзни появляются родовыя сокращенія матки.

Предпославъ въ общихъ чертахъ свѣдѣнія о вліяніи этихъ болѣзней на беременность, перейдемъ къ изложенію частныхъ.

1. Корь, morbilli.

Корь у беременныхъ рѣдко сопровождается значительнымъ осложненіемъ со стороны грудныхъ органовъ; послѣдовательное воспаленіе легкихъ было наблюдаемо рѣдко. Повидимому корь гораздо менѣе другихъ заразныхъ сыпей располагаетъ къ септическому заболѣванію въ послѣродовомъ періодѣ. Тѣмъ не менѣе выкидыши и преждевременные роды встрѣчаются при этой болѣзни довольно часто, причемъ болѣзнь иногда переходитъ на новорожденныхъ. По наблюденіямъ Lomer'a это бываетъ почти всегда. Предсказаніе для матери довольно благоприятно, хотя не слѣдуетъ упускать изъ виду возможности септическихъ заболѣваній въ половыхъ органахъ въ послѣродовомъ періодѣ. Лѣченіе примѣняется общепринятое при этой болѣзни.

2. *Scarlatina* встрѣчается крайне рѣдко во время беременности; въ наблюдаемыхъ случаяхъ свойства и теченіе болѣзни не представляли никакихъ особенныхъ осложнений; при интенсивномъ заболѣваніи на-

ступаетъ преждевременное прекращеніе беременности. Гораздо чаще скарлатина была наблюдаема послѣ родовъ, когда она представляетъ большую опасность для жизни родильницы, о чемъ будетъ изложено въ патологіи послѣродоваго періода. Во время беременности періодъ инкубаціи удлиняется, по наблюденіямъ Вохалл'я. Сыпь бываетъ особенно сильна на нижней половинѣ тѣла.

3. Оспа, variola.

Оспа представляетъ неблагопріятное осложненіе беременности; даже если эта заразная болѣзнь появляется въ легкой формѣ, неопасной для жизни женщины, она часто влечетъ за собою преждевременное прекращеніе беременности. Тѣмъ болѣе въ тяжелыхъ формахъ, въ видѣ сливной и въ особенности геморрагической оспы, когда выкидышъ и преждевременные роды являются обычнымъ послѣдствіемъ болѣзни. Черная оспа всегда оканчивается смертію беременной. Преждевременное родоразрѣшеніе наичаще происходитъ въ концѣ періода высыпанія. Въ тяжелыхъ случаяхъ иногда больная умираетъ, не разрѣшившись. При настоящей эпидемической оспѣ смертность между беременными иногда достигала 50% и болѣе. Впрочемъ это бываетъ не всегда. Willingen во время наблюдаемой имъ эпидеміи находилъ смертность между беременными всего 15%, у небеременныхъ она доходила до 11%. У невакцинированныхъ болѣзнь обыкновенно проявляется въ болѣе тяжелой формѣ и смертность между такими беременными бываетъ болѣе значительна. Едва 35% беременныхъ, заболѣвшихъ оспою, донашиваютъ дѣтей до срока.

Наичаще плодъ рождается мертвый, но иногда онъ остается въ живыхъ, пощаженный болѣзнію. По наблюденіямъ Voigt'a уже во время высыпанія, вслѣдствіе сильнаго прилива крови къ внутреннимъ органамъ, происходитъ въ половинѣ случаевъ несвоевременное прекращеніе беременности. Въ рѣдкихъ случаяхъ рождается плодъ, покрытый оспенною сыпью; чаще онъ заболѣваетъ этою болѣзнію вскорѣ послѣ родовъ. Описаны случаи, гдѣ во время оспенной эпидеміи рождались, пораженные этою болѣзнію, дѣти, между тѣмъ, какъ мать оставалась здоровою. При врожденной оспѣ, у дѣтей оспенные прыщи сидятъ главнымъ образомъ на туловищѣ. Такія дѣти рѣдко остаются въ живыхъ. Родившійся отъ пораженной оспою матери здоровый младенецъ надолго или навсегда утрачиваетъ предрасположеніе къ вакцинаціи. При смягченной оспѣ, varioloidis, преждевременное родоразрѣшеніе было наблюдаемо только у 25% заболѣвшихъ. Всѣ больные выздоравливали. Kollok привилъ оспу 36 беременнымъ, послѣ чего вакцина не принялась у 22 дѣтей, рожденныхъ этими женщинами.

Льченіе. Во время оспенной эпидеміи слѣдуетъ прививать оспу беременнымъ, а также новорожденнымъ, для избѣжанія заболѣваній. При нагноеніи оспенныхъ прыщей умѣстны тепловатая ванны съ примѣсью безвредныхъ обеззараживающихъ средствъ.

4. Рожь, erysipelas.

Эта болѣзнь наблюдается рѣдко во время беременности, при которой она довольно хорошо переносится, хотя почти въ половинѣ случаевъ происходитъ преждевременное родоразрѣшеніе. Описаны случаи, гдѣ рожа передавалась внутриутробному плоду. Младенецъ можетъ также заразиться отъ матери послѣ рожденія на свѣтъ. При лѣченіи слѣдуетъ принимать всѣ мѣры противъ переноса болѣзни на половыя части матери.

5. *Дифтеритъ, diphtheritis.*

Эта болѣзнь протекаетъ у беременныхъ при своихъ обычныхъ симптомахъ, часто съ большимъ повышеніемъ температуры, при сильно учащенномъ пульсѣ. Нерѣдко пораженіе распространяется на гортань, трахею и крупныя бронхи. До послѣдняго времени умирала почти половина больныхъ, у нѣкоторыхъ было наблюдаемо преждевременное родоразрѣшеніе.

6. *Тифозная горячка, typhus abdominalis.*

Симптомы и теченіе. Беременность вообще увеличиваетъ опасность тифознаго заболѣванія. Выкидыши и преждевременныя роды во время этой болѣзни были наблюдаемы по крайней мѣрѣ у 60% всѣхъ заболѣвшихъ беременныхъ. Чѣмъ тяжелѣе форма болѣзни, тѣмъ менѣе шансовъ на продолженіе беременности. За одинъ или два дня до выкидыша появляются боли въ животѣ, затѣмъ показывается кровь; рѣже выкидышу предшествуетъ ознобъ. Большинство жизнеспособныхъ плодовъ погибаетъ вскорѣ послѣ рожденія или даже до родовъ.

Послѣ родовъ обыкновенно болѣзнь продолжается своимъ обычнымъ ходомъ. Рѣдко начало тифа совпадаетъ съ первыми днями послѣродоваго періода. Въ такихъ случаяхъ отличительное распознаваніе его отъ родильной горячки не всегда легко, особенно до появленія roseola и поносовъ. Кромѣ того при тифѣ не находятъ воспалительныхъ процессовъ въ половой сферѣ, и послѣродовыя очищенія бываютъ нормальныя. Температура и пульсъ представляютъ правильное соотношеніе. Однако не слѣдуетъ упускать изъ виду, что, при дальнѣйшемъ теченіи, тифъ у родильницы иногда можетъ осложниться септическими заболѣваніями. Въ сомнительныхъ случаяхъ, слѣдуетъ прибѣгать къ реакціи Widal'я.

Предсказаніе наиболѣе неблагоприятно при тифѣ въ послѣродовомъ періодѣ, когда почти 50%⁰ женщинъ умираетъ. Смертность у беременныхъ гораздо меньше, хотя все-таки значительна, она достигаетъ 17%⁰.

Freund, Levy, Dürk, Etienne и др. находили въ крови и во внутреннихъ органахъ плодовъ, появившихся на свѣтъ у тифозныхъ женщинъ, характерныя тифозныя бациллы. Corbin собралъ 364 случая брюшнаго тифа у беременныхъ; 232 раза наблюдалось преждевременное родоразрѣшеніе, наичаще до 6 мѣсяцевъ. Tripier нашеть, что выкидыши при тифѣ бываютъ въ 64%⁰ случаевъ, смертность составляетъ 14%⁰. Сыпной тифъ Львовъ наблюдалъ у 84 беременныхъ, 21 разъ на первой половинѣ, 63—на второй. Въ первые мѣсяцы 17 разъ появилось кровотеченіе и 14 разъ послѣдовалъ

выкидышъ. На второй половинѣ беременности только Т болѣе 40% С. оказывала неблагоприятное вліяніе на беременность. 21 разъ были наблюдаемы преждевременные роды.

Лѣченіе. Наилучшіе результаты были получены при методическомъ примѣненіи общихъ ваннъ. Внутрь даютъ наичаще antipyrinum, вино или коньякъ.

7. *Холера, cholera.*

Беременность не измѣняетъ характера и теченія холеры, но въ значительной степени увеличиваетъ опасность этой болѣзни; умираетъ почти 60% заболѣвшихъ. Замѣчательно также свойство этой болѣзни вызывать преждевременное родоразрѣшеніе, которое было наблюдаемо у 60% всѣхъ беременныхъ, пораженныхъ этою болѣзнію.

На слизистой оболочкѣ матки находятъ кровоизліянія въ ткани и на поверхности. Иногда беременная умираетъ прежде окончанія процесса родоразрѣшенія. Обыкновенно состояніе больной послѣ дѣтороженія быстро измѣняется къ худшему, и смерть наступаетъ скоро. У женщинъ кормящихъ, заболѣвшихъ холерою, наблюдали болѣзненное затвердѣніе грудныхъ железъ.

Queirel наблюдалъ 67 случаевъ холеры, 39 беременныхъ умерло, 28—выздоровѣло, у 29—появился выкидышъ, изъ коихъ выздоровѣло, только 9; между тѣмъ какъ изъ 38, у которыхъ беременность удержалась, умерло только 19 женщинъ. Онъ никогда не наблюдалъ *endometritis haemorrhagica*. Klautsch, напротивъ, часто находилъ это измѣненіе при холерѣ. Изъ 7 беременныхъ, заболѣвшихъ холерою и выкинувшихъ, которыхъ наблюдалъ Тишяковъ, ни одна не выздоровѣла. Charles наблюдалъ случай холеры у беременной, гдѣ судороги появились при отсутствіи поноса. Tizzoni и Cattani нашли холерныя запятыя въ крови младенца. По изслѣдованіямъ Schütz'a смертность и склонность къ несвоевременному прекращенію беременности растутъ съ теченіемъ беременности. Причину невременнаго родоразрѣшенія при холерѣ онъ считаетъ также уменьшеніе давления крови въ сосудахъ, которое во второмъ періодѣ болѣзни падаетъ на 50, даже на 75%, сравнительно съ первоначальной высотой.

8. *Переменяющаяся лихорадка, febris intermittens.*

Болѣзнь представляетъ въ нашей мѣстности не особенно рѣдкое осложненіе беременности. При затянувшейся формѣ часто наблюдають преждевременные роды, рѣже выкидыши. Около 75% женщинъ, пораженныхъ болотною кахексією, имѣли родоразрѣшеніе раньше срока и дѣти часто у нихъ рождались мертвыми.

Не подлежитъ сомнѣнію, что внутриутробный плодъ, совмѣстно съ матерью, можетъ подвергнуться заболѣванію *febris intermittens* и появиться на свѣтъ съ несомнѣнными признаками этой болѣзни, въ видѣ сильно распухшей селезенки. Само родильное состояніе на ходъ болѣзни особеннаго вліянія не имѣетъ. Роды иногда вызываютъ возвратъ переменяющейся лихорадки въ формѣ пароксизма. Въ послѣродовомъ періодѣ замѣчено вліяніе лихорадки на послѣродовыя отдѣленія, которыя подъ вліяніемъ этой болѣзни обыкновенно усиливаются. Нѣкоторое затрудненіе представляетъ въ это время распознаваніе переменяющей-

ся лихорадки и отличие ея отъ септического заболѣванія, хотя принимая во вниманіе особенности обѣихъ болѣзней, большею частію это удается безъ особеннаго труда. Felkin наблюдалъ заболѣваніе лихорадкою утробнаго плода, отецъ котораго страдалъ маляріей, мать была здорова: послѣдовали преждевременные роды. У младенца была найдена опухоль селезенки.

Лѣченіе. Не подлежитъ сомнѣнію, что на нѣкоторыхъ беременных хиининъ дѣйствуетъ какъ есболісумъ. Это наблюдается при большихъ пріемахъ, наичаще у нервныхъ истерическихъ женщинъ. Почему при назначеніи этого средства беременнымъ надо быть осторожнымъ и давать его въ небольшихъ пріемахъ 3—4 раза въ день. Можно также прибѣгать къ назначенію ext. fluid. helianthos annui cum tinct. eucalypti et solut. arsenicalis Fowleri.

9. Гриппъ, influenza.

Наблюденія, сдѣланныя въ послѣдніе два года во время эпидеміи гриппа, показываютъ, что эта болѣзнь часто вызываетъ у беременных маточное кровотеченіе, за которымъ обыкновенно слѣдуетъ преждевременное ролоразрѣшеніе. Это наблюдается почти въ 30% заболѣва- ній. Болѣзнь была наблюдаема также въ послѣродовомъ періодѣ, когда ее также не трудно распознать по ея характернымъ симптомамъ— лихорадкѣ, насморку, сильной головной боли, бронхиту и сильному общему недомоганію. Новорожденные легко заражаются отъ матери или кормилицы.

Müller и Engel часто наблюдали выкидыши, сопровождавшіеся сильными кровотечениями у беременных, заболѣвшихъ гриппомъ, Ближайшею причиною несвоевременнаго прекращенія беременности была обыкновенно endometritis haemorrhag. Родовыя сокращенія были вялыя и болѣзненные. Перѣдко теченіе послѣродового періода осложнялось воспаленіемъ матки и клѣтчатки таза. Обратное развитіе матки совершалось медленно и неполноѣ удовлетворительно. Queigel во время наблюдаемой имъ эпидеміи гриппа насчиталъ 34 беременныхъ женщинъ, пораженныхъ этою болѣзью. 11 больныхъ разрѣшились преждевременно; у большинства изъ нихъ вслѣдствіе кашля рано про- шли воды. Amann нашель, что легкія заболѣванія гриппомъ рѣдко вызываютъ преждевременные роды. Felkin напротивъ въ 7 случаяхъ этой болѣзни 6 разъ видѣлъ выкидыши.

Лѣченіе. Кромѣ общепринятаго лѣченія гриппа, въ рѣдкихъ слу- чаяхъ, именно при глубокомъ пораженіи дыхательныхъ путей и рѣзко выраженной одышкѣ, вообще при явленіяхъ опасныхъ для жизни, не- обходимо прибѣгнуть къ вызыванію преждевременныхъ родовъ, если беременность достигла послѣднихъ мѣсяцевъ.

Глава 5.

Сифились во время беременности, и вліяніе этой болѣзни на плодъ.

Симптомы и теченіе. Въ настоящее время, при значительномъ рас- пространеніи сифилиса въ средѣ населенія, эта болѣзнь нерѣдко встрѣ-

чается у беременных и роженицъ. Среди пациентокъ нашего родильнаго отдѣленія не менѣе 5% представляли ясныя формы или скрытое состояніе этой болѣзни, обнаруживавшей тѣмъ не менѣе вліяніе на плодъ:

Беременность оказываетъ болѣе или менѣе неблагопріятное вліяніе на теченіе этой болѣзни. При свѣжемъ зараженіи шанкерныя язвы на половыхъ частяхъ, подъ вліяніемъ гипереміи, дѣлаются болѣе глубокими, получаютъ багровое окрашиваніе и долго не заживаютъ. Широкія кондиломы сильно разрастаются и даютъ обильное отдѣленіе, раздражающее сосѣднія части. Разстройство въ нервной системѣ и общее недомоганіе, частые спутники беременности, проявляются въ значительной степени даже при скрытомъ состояніи сифилиса. Сифилитическая лихорадка длится очень долго. Augagneur находилъ у беременныхъ сифилитическія язвы большой величины, окрашиваніе сыпей болѣе рѣзкое, отдѣленіе изъ влагалища увеличенно, общія явленія также были выражены гораздо сильнѣе.

Вліяніе сифилиса на теченіе беременности крайне неблагопріятно. Почти у 37% беременныхъ, зараженныхъ сифилисомъ, послѣдовали выкидыши или преждевременные роды, 78% дѣтей родились мертвыми и 16% умерли въ первые годы жизни. Стѣдовательно болѣе продолжительное время живутъ и продолжаютъ расти не болѣе 6% дѣтей, родившихся отъ сифилитическихъ родителей. Сифилисъ передается плоду обыкновенно матерью, но эта болѣзнь можетъ также переходить отъ отца ребенка, въ чемъ напрасно сомнѣваются нѣкоторые врачи. При ясно выраженныхъ вторичныхъ проявленіяхъ сифилиса у матери, наичаще происходятъ выкидыши. При скрытной формѣ болѣею частію рождаются недоношенныя мертвыя и мацерированныя дѣти, которыя умираютъ въ утробѣ матери, наичаще между 6 и 9 мѣсяцами. Иногда такія женщины рождаютъ также живыхъ недоношенныхъ и плохо упитанныхъ дѣтей, представляющихъ явные признаки сифилиса. Въ другихъ случаяхъ дѣти, не представляющія при рожденіи повидимому ничего патологическаго, наичаще обнаруживаютъ признаки наследственнаго сифилиса въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ, рѣже позже. Описаны случаи, когда эта болѣзнь обнаружилась вполне ясно только на второмъ году и даже гораздо позже, въ отроческомъ возрастѣ, что впрочемъ представляетъ рѣдкое исключеніе.

При зараженіи сифилисомъ беременной незадолго до родовъ, именно въ теченіе послѣднихъ 3 мѣсяцевъ, половина дѣтей рождается живыми и повидимому здоровыми. Женщины съ застарѣлыми третичными формами сифилиса наичаще бываютъ бесплодны. Въ тѣхъ случаяхъ, когда такая больная дѣлается беременной отъ здороваго мужа, наичаще рождается здоровый ребенокъ, хотя иногда также встрѣчаются у дѣтей, родившихся при такихъ условіяхъ, разнообразныя проявленія наследственнаго сифилиса.

Что касается сифилитиковъ мужей, то находясь въ заразномъ періодѣ болѣзни, они передаютъ зараженіе женѣ, и если она дѣлается беременной, то само собою разумѣется сифилисъ передается утробному плоду, со всѣми своими послѣдствіями. Отецъ, одержимый скрытымъ сифилисомъ, также можетъ передавать болѣзнь зачатому отъ него плоду, причемъ у матери наичаще обнаруживается прямо вторичныя проявленія сифилиса; рѣже она остается повидимому здоровой, хотя при кормленіи своего, одержимаго наслѣдственнымъ сифилисомъ, младенца, зараженію не подвергается. Иногда по наблюденіямъ Aulnaу'я у такихъ матерей, спустя нѣкоторое время, могутъ обнаружиться явленія настоящаго сифилиса. Подобные случаи можно объяснить только прививкою беременной отъ младенца особенной ослабленной формы сифилиса, своего рода сифилизаціею. Къ сожалѣнію, этотъ вопросъ до сихъ поръ достаточно не выясненъ въ наукѣ. Въ заключеніе мы должны замѣтить, что въ исключительныхъ случаяхъ отъ сифилитическихъ родителей рождаются вполне здоровыя дѣти. Такіе факты трудно поддаются объясненію.

Большинство клиницистовъ различаетъ врожденный сифилисъ, *syphilis congenita*, когда плодъ рождается съ признаками сифилиса и наслѣдственный, *syphilis haereditaria*, когда явленія сифилиса у младенца обнаруживаются, спустя нѣкоторое время послѣ рожденія.

По наблюденіямъ Aulnaу'я, когдѣ скоро женщина заражается въ моментъ зачатія плода, неизмѣнно наступаетъ выкидышь въ первые мѣсяцы. Болѣе 30% выкидышей сифилическаго происхожденія. При ясно выраженномъ сифилисѣ отца, выкидышь наступаетъ на III—IV мѣсяцѣ; при сифилисѣ матери нѣсколько позже, на V—VII мѣс.

Анатомическія измѣненія. При переходѣ сифилиса на плодъ, или вѣрнѣе на яйцо, проявленія этой болѣзни обнаруживаются болѣе или менѣе рѣзко. Въ ворсистой и водной оболочкѣ плода находили размноженіе клѣточковыхъ элементовъ; иногда количество околоплодной жидкости было значительно увеличено. Въ дѣтскомъ мѣстѣ замѣчаются желтоватые гуммозные узлы, или же вся плацента бываетъ значительно увеличена и получаетъ желтоватый оттѣнокъ; вслѣдствіе измѣненій въ ворсинкахъ, которыя подъ микроскопомъ кажутся сильно набухшими отъ размноженія ихъ клѣтокъ, сдавливаются находящіяся въ ворсинкахъ волосныя сосуды. Сосуды пуповины представляются иногда сѣуженными, вслѣдствіе гипертрофіи стѣнокъ и сѣуженія ихъ просвѣта. Поверхность пуповины въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ усѣяна мелкими узелками, похожими на просовидныя бугорки.

При сифилитическихъ выкидышахъ, обыкновенно плодъ не представляетъ никакихъ специфическихъ пораженій. Напротивъ на мацерированныхъ плодахъ, или плодахъ живыхъ, родившихся съ сифилитическими пораженіями наружныхъ покрововъ, часто находятъ ясно выраженные измѣненія во внутренностяхъ младенца. Селезенка часто представляется значительно увеличенною и болѣе плотною.

Въ печени нерѣдко находятъ гуммозные узлы различной величины, расположенные въ ея ткани, или сплошную мелко-клеточковую инфильтрацію, въ особенности возлѣ сосудовъ. При значительной степени этого процесса, печень представляется увеличенною, имѣетъ въ разрѣзѣ кирпичный цвѣтъ, причемъ границы между ея дольками совершенно стираются. Гораздо рѣже встрѣчается сифилитическое поражение легкихъ, въ которыхъ развивается такъ называемая бѣлая гепатизація, зависящая отъ переполненія легочныхъ пузырьковъ эпителиальными клетками, подвергшимися жировому распаденію. Или же сифилитическія измѣненія въ легкихъ проявляются въ видѣ интерстиціального воспаленія, причемъ дѣти могутъ рождаться живыми. Нерѣдко находятъ также сифилитическую инфильтрацію въ другихъ железахъ.

Слизистая оболочка носа, рта и зѣва представляетъ катарральныя измѣненія; въ желудкѣ и кишкахъ иногда находили изъязвленія. Одно изъ наиболѣе частыхъ проявленій врожденнаго сифилиса представляютъ измѣненія въ костяхъ, именно на границѣ эпифизовъ съ діафизами, гдѣ происходитъ ростъ кости чрезъ переходъ ея хряща въ костное вещество. Въ нормальномъ состояніи на этомъ мѣстѣ замѣчается едва замѣтная бѣловатая линія, обозначающая мѣсто, гдѣ въ ткани хряща начинается отложеніе извести. При врожденномъ сифилисѣ, эта линія значительно расширяется, на ней образуются неровности; этотъ переходной слой доходитъ до 5 mm. и болѣе толщины, *osteochondritis syphilitica*. Если измѣненія значительно выражены, то въ этомъ мѣстѣ начинается омертвѣніе и затѣмъ образованіе гноя, причемъ связь между эпифизомъ и діафизомъ нарушается. Наиболѣе рѣзко этотъ процессъ бываетъ выраженъ на нижнемъ концѣ бедренной кости, хотя онъ можетъ встрѣчаться на всѣхъ длинныхъ костяхъ, даже на концахъ реберъ.

У живыхъ дѣтей, явившихся на свѣтъ съ признаками врожденнаго сифилиса, *syphilis congenita*, наичаше наблюдается пузырчатая сыпь, *remphigus syphiliticus*, въ видѣ пузырей, сидящихъ на ладоняхъ и на подошвахъ, а также и на другихъ мѣстахъ тѣла. Чрезъ нѣсколько часовъ послѣ рожденія кожа такого ребенка представляется сухою, плотною, бѣловатою, похожею на пергаментъ; эти измѣненія происходятъ вѣроятно отъ продолжительной гипереміи, подѣ влияніемъ сифилитической сыпи. Такія дѣти большею частію бываютъ плохо ушитаны и скоро погибаютъ. Гораздо надежнѣе въ этомъ отношеніи новорожденные, у которыхъ, спустя нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, обнаруживаются симптомы наследственнаго сифилиса въ видѣ упорнаго насморка, эритематозной и папулезной сыпи, въ особенности возлѣ задняго прохода, а также характерныя трещины и складки на губахъ, изъясненія на слизистой оболочкѣ рта, чрезмѣрная блѣдность общихъ крововъ, вслѣдствіе анеміи, и увеличеніе селезенки.

Вліяніе сифилиса на роды. Роды у сифилитическихъ беременных не представляютъ никакихъ особенностей, большею частію они бываютъ

легки, такъ какъ дѣти часто являются на свѣтъ недоношенными и мацерированными. Въ рѣдкихъ случаяхъ роды могутъ затрудняться неподатливостію маточной шейки, если подъ вліяніемъ сифилиса она сдѣлалась плотною и нерастяжимою. Въ подобныхъ случаяхъ иногда необходимо дѣлать надрѣзы, чтобы дать возможность подлежащей части вступить во влагалище. Послѣродовой періодъ всегда почти оказываетъ благоприятное вліяніе на дальнѣйшее теченіе сифилиса у беременныхъ — проявленія этой болѣзни лучше поддаются лѣченію и скорѣе исчезаютъ.

Лѣченіе специфическое во время беременности можетъ принести большую пользу не только для матери, но и также и для младенца. Его слѣдуетъ примѣнять даже при скрытой формѣ сифилиса матери, у которой уже было одно или нѣсколько мертворожденій. Иногда при такомъ лѣченіи беременная, родившая подъ рядъ 5 и даже болѣе мацерированныхъ плодовъ, рождала живого ребенка, у котораго и впоследствии не проявлялся наследственный сифилисъ. Съ перваго мѣсяца беременности такіе женщины должны принимать ртутные препараты въ перемежку съ *kalii iodatum*. Приемъ ртути не долженъ быть великъ, въ сутки не болѣе 0,01 *bijodeti hydrargyri*. Такое леченіе должно, конечно, происходить подъ наблюденіемъ врача. Наружныя части, если тамъ сидятъ кондиломы, нужно подмывать нѣсколько разъ въ день и присыпать порошкомъ іодоформа.

Младенецъ, имѣющій наследственный сифилисъ, можетъ легко заразить здоровую кормилицу, почему грудью должна кормить его сама мать, или же въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ примѣнить искусственное вскармливаніе. Подобнымъ же образомъ слѣдуетъ поступать и въ тѣхъ случаяхъ, когда есть поводъ предполагать возможность проявленія въ первые мѣсяцы жизни у ребенка наследственного сифилиса.

Etienne съ успѣхомъ лѣчилъ сифилисъ у беременныхъ ртутью; онъ получилъ 80—доношенныхъ дѣтей, изъ нихъ только 9—мертвыхъ. Изъ 22 сифилитическихъ беременныхъ, которыя не лѣчились, 7—выкинули, 9—родили мертвыхъ недоношенныхъ младенцевъ.

Глава 6.

Конституціональныя болѣзни и наиболѣ частыя отравленія, иногда осложняющія беременность.

а) Конституціональныя болѣзни.

1) Зобъ, *Struma*.

Симптомы и лѣченіе. Эта болѣзнь въ южной Россіи въ рѣзко выраженныхъ формахъ у беременныхъ и роженицъ, сколько мнѣ извѣстно, не была наблюдаема. Незначительное припуханіе щитовидной железы представляетъ обычное явленіе, замѣчаемое при беременности вслѣд-

ствіе тѣснаго соотношенія, существующаго между этой железой и половыми органами женщины. Припухлость иногда нѣсколько увеличивается во время родовъ, вслѣдствіе мышечныхъ усилій во время этого акта и затрудненнаго кровообращенія въ железу. Послѣ родовъ припухлость часто совершенно проходитъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ она остается.

Въ мѣстностяхъ, гдѣ зобъ является болѣзнію эндемическою, подъ вліяніемъ беременности увеличеніе щитовидной железы иногда достигаетъ такихъ размѣровъ, что могутъ появиться тяжелые приступы удушья, и жизнь беременной подвергается серьезной опасности.

Naebertin наблюдалъ значительное увеличеніе ея послѣ родовъ. Menge нашель въ литературѣ 58 случаевъ зоба у беременных и роженицъ. Vegnani наблюдалъ случаи, въ которыхъ зобъ развивался постепенно въ теченіе 3 послѣдующихъ беременностей. При послѣдней беременности появились припадки удушенія, повлекшіе за собою летальный исходъ.

Лѣченіе. Тамъ, гдѣ зобная железа слишкомъ замѣтно увеличивается во время беременности, слѣдуетъ назначать іодистые препараты для внутренняго и наружнаго употребленія. При настоящемъ зобѣ слѣдуетъ иногда дѣлать съ осторожностію впрыскиванія въ ткань опухоли раствора *tinct. iodi*. Если тѣмъ не менѣе являются опасные симптомы удушенія, остается прибѣгнуть къ трахеотоміи, даже къ удаленію зоба, или къ одной изъ операций, замѣняющихъ это небезопасное для жизни и здоровья больной пособіе.

2) Сахарное мочеизнуреніе, *diabetes mellitus*.

Этіологія. Женщины, страдающія сахарнымъ мочеизнуреніемъ, рѣдко бываютъ беременны; это объясняется измѣненіемъ всѣхъ тканей организма и въ частности измѣненіями паренхимы матки, которыя присущи этой болѣзни. Въ началѣ болѣзни, при небольшомъ количествѣ сахара въ мочѣ, беременность наблюдается чаще, иногда даже повторно. Описаны случаи, гдѣ болѣзнь появилась именно во время беременности, что впрочемъ случается очень рѣдко.

Симптомы и теченіе. Сахарная болѣзнь обнаруживаетъ часто неблагоприятное вліяніе на беременность; болѣе $\frac{1}{3}$ больныхъ этою болѣзнію беременныхъ имѣютъ выкидыши или преждевременные роды, почти въ $\frac{1}{2}$ случаевъ рождаются мертвые дѣти. Болѣзнь обыкновенно ухудшается подъ вліяніемъ беременности. Процентное содержаніе сахара достигаетъ высокой степени, исхуданіе идетъ впередъ, и силы больной быстро убываютъ. Въ легкихъ случаяхъ родоразрѣшеніе влечетъ за собою значительное улучшеніе и даже поправленіе здоровья; но въ формахъ, рѣзко выраженныхъ, болѣзнь идетъ впередъ, иногда даже непосредственно вслѣдъ за окончаніемъ родовъ развивается упадокъ силъ, пульсъ слабѣетъ, учащается, и наступаетъ смерть.

Goudard нашель, что при рѣзко выраженной формѣ *diabetes* въ 30% случаевъ происходитъ преждевременное родоразрѣшеніе. Роды и послѣродовое состояніе оказы-

вають на эту болѣзнь крайне неблагоприятное вліяніе. Болѣе половины родильницъ умираетъ отъ коматознаго состоянія или отъ чахотки легкихъ. 41⁰/₀ дѣтей рождаются мертвыми. Patridge собралъ 24 случая сахарной болѣзни у беременныхъ. Наиболѣе благоприятно протекали случаи, въ которыхъ болѣзнь появилась во время беременности. 75⁰/₀ такихъ случаевъ теряли свой сахаръ послѣ родовъ. 2/3 беременныхъ, у которыхъ болѣзнь появилась раньше, хорошо перенесли роды; въ остальныхъ случаяхъ во время беременности и послѣ родовъ развивалась спячка и упадокъ силъ съ переходомъ въ смерть.

Лѣченіе обыкновенное. Никоимъ образомъ не слѣдуетъ позволять женщинѣ, одержимой сахарнымъ мочеизнуреніемъ, кормить дитя; такъ какъ это не только истощаетъ ее, но кромѣ того способствуетъ дальнѣйшему развитію болѣзни.

3. Бѣлокровіе, leucaemia.

При этой рѣдкой болѣзни нѣсколько разъ наблюдали беременность, причемъ симптомы болѣзни значительно усиливались. Бѣлокровіе располагаетъ къ выкидышу и преждевременнымъ родамъ. Послѣ родовъ склонность къ кровотеченію не замѣчалась.

Лѣченіе. Въ началѣ беременности при бѣлокровіи слѣдовало бы прибѣгать къ производству выкидыша, такъ какъ по мѣрѣ развитія беременности симптомы болѣзни всегда почти ухудшаются. Преждевременные роды показываются только при опасныхъ для жизни явленіяхъ въ организмѣ беременной. Въ случаѣ, описанномъ Sānger'омъ, болѣзнь послѣ окончанія искусственныхъ родовъ продолжалась.

4. Злокачественное малокровіе, anaemia perniciosa.

Этіологія. Эта болѣзнь впервые была наблюдаема у беременныхъ; она сдѣлалась извѣстна не болѣе 30 лѣтъ тому назадъ. Причины болѣзни до сихъ поръ съ точностію неизвѣстны. Перечисленные въ руководствахъ причины могутъ вызывать малокровіе, но не даютъ объясненія относительно его злокачественности. Въ послѣднее время находили при этой болѣзни въ кишечномъ каналѣ особенныхъ глистовъ, — anchylostomum duodenale, botriosephalus latus и др. Несомнѣнно, однако, она можетъ развиваться также безъ участія глистовъ.

Симптомы и теченіе. Болѣзнь развивается постепенно, съ каждымъ днемъ блѣдность и слабость усиливаются, появляется расстройство пищеваренія, потеря аппетита и отвращеніе отъ пищи. Въ короткое время больная настолько теряетъ силы, что не въ состояніи встаетъ съ постели. Цвѣтъ ея лица становится восковымъ. Она жалуется на дурногу, головокруженіе и сердцебиеніе, становится вялою и апатичною. Пульсъ учащенный и мягкій; при выслушиваніи сердца, вездѣ слышенъ громкій систолическій шумъ. Иногда обнаруживается кровотеченіе изъ носа и десенъ. Такой ходъ болѣзни сопровождается иногда лихорадкою, въ другихъ случаяхъ температура остается нормальною.

При изслѣдованіи крови оказывается значительное уменьшеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, число которыхъ падаетъ до 2,5—1,5 милл. въ с. мм. При этомъ измѣняется также форма и величина кровяныхъ

тѣлецъ; въ послѣдніе дни жизни на микроскопическихъ препаратахъ находятъ, кромѣ нормальныхъ шариковъ, макроциты, микроциты и пойкилоциты; число красныхъ шариковъ падаетъ до 0,5 даже 0,33 милл.

Предсказаніе при осложненіи беременности злокачественнымъ малокровіемъ неблагоприятно. Огромное большинство больныхъ погибаетъ послѣ родоразрѣшенія, которое часто наступаетъ преждевременно.

Лѣченіе. Кромѣ надлежащей гигиенической обстановки и питательной, удобоваримой пищи, внутрь наичаще назначается arsenicum въ большихъ дозахъ, который нерѣдко оказываетъ хорошее вліяніе. Обильное питье и вдыханіе кислорода можно рекомендовать какъ вполне рациональное пособіе. Въ началѣ беременности при злокачественномъ малокровіи слѣдуетъ дѣлать искусственный абортъ.

5. Кровоточивость, haemophilia.

Этіологія. Предрасположеніе къ упорнымъ кровотечениямъ изъ случайныхъ неглубокихъ ранъ, а также съ поверхности неповрежденныхъ слизистыхъ оболочекъ, представляетъ состояніе наследственное и даже врожденное, которое иногда обнаруживается уже у новорожденнаго младенца. У женщинъ оно встрѣчается гораздо рѣже, нежели у мужчинъ. Ближайшія причины этой болѣзни неизвѣстны. Мы имѣемъ только болѣе или менѣе вѣроятныя гипотезы.

Симптомы и теченіе. Когда одержимая кровоточивостью дѣвушка выйдетъ замужъ и сдѣлается беременною, то состояніе здоровья ея значительно ухудшается. Кромѣ обычныхъ симптомовъ болѣзни, появляются маточныя кровотечения, результатомъ которыхъ бываютъ выкидыши и преждевременные роды съ послѣдующими упорными и опасными потерями крови.

Лѣченіе. Имѣющихъ эту болѣзнь дѣвушекъ слѣдуетъ отговаривать отъ замужства. Въ началѣ беременности, коль скоро усиливаются симптомы болѣзни, умѣстно прибѣгнуть къ вызванію искусственнаго выкидыша. По окончаніи родоразрѣшенія слѣдуетъ примѣнять съ достаточною энергіей общія и мѣстныя кровоостанавливающія средства.

б) Наиболѣе частыя отравленія, осложняющія беременность.

1. *Свинцовое отравленіе*, которому подвергаются женщины, имѣющія занятія съ этимъ металломъ, крайне пагубно вліяетъ на беременность. Rosthorn часто находилъ у такихъ женщинъ желтуху. Выкидышъ и преждевременные роды представляютъ обычное явленіе; около 60% дѣтей явились на свѣтъ мертвыми.

Также пагубно вліяетъ на плодъ отравленіе отца, если даже мать остается совершенно здоровою. Въ такихъ семействахъ мертворожденія бываютъ часто. Дѣти, родившіяся живыми, часто являются на свѣтъ слабыми, представляютъ нерѣдко тяжелыя нервныя расстройства — конвульсіи, идиотизмъ, эпилепсію и проч. Смертность среди такого потомства весьма велика, тѣмъ болѣе, что свинецъ переходитъ въ молоко, которое, такимъ образомъ, оказывается крайне вреднымъ для дѣтей.

По наблюденіямъ Vallaud надъ 30 женщинами, представлявшими признаки свинцоваго отравленія, изъ 82 беременностей только 24 окончились въ срокъ, всѣ остальные рановременно.

2. *Отравленіе беременныхъ ртутью* наблюдается на фабрикахъ и заводахъ, гдѣ съ этимъ металломъ приходится женщинамъ имѣть дѣло, рѣже при лѣченіи беременныхъ меркуріальными средствами. Обычнымъ послѣдствіемъ является выкидышъ и преждевременное родоразрѣшеніе.

3. *Отравленіе фосфоромъ* наблюдается обыкновенно въ видѣ остраго состоянія, такъ какъ нерѣдко съ цѣлю самоубійства женщины прибѣгаютъ къ этому яду. При тяжелыхъ симптомахъ отравленія, обыкновенно происходитъ выкидышъ.

4. Женщины, занятыя на табачныхъ фабрикахъ, обыкновенно донашиваютъ и рожаютъ благополучно; но новорожденные очень часто погибаютъ, если мать сама кормитъ ихъ грудью, что зависитъ, вѣроятно, отъ постепеннаго *отравленія ихъ никотиномъ*.

5. Выкидыши наблюдаются часто также у женщинъ, занятыхъ на резиновыхъ фабрикахъ, гдѣ приходится вдыхать *свѣртый углеродъ*.

Терапія. Во всѣхъ случаяхъ хроническаго отравленія беременныхъ, зависящаго отъ профессиональныхъ занятій, для устраненія вреднаго вліянія на потомство, наиболѣе дѣйствительными и вѣрными средствами является перемѣна занятій, вполне гигиеническая обстановка и хорошее питаніе.

С. Болѣзни мѣетныя у беременныхъ.

Глава 7.

Важнѣйшія болѣзни дыхательныхъ органовъ, осложняющія беременность.

1. Крупозное воспаленіе легкихъ, pneumonia.

Этіологія. Эта болѣзнь не шадитъ беременныхъ, въ особенности когда появляется эпидемически, но встрѣчается у нихъ вообще не часто.

Симптомы и теченіе. Кромѣ обыкновенныхъ субъективныхъ и объективныхъ симптомовъ, свойственныхъ вообще крупозному воспаленію легкихъ, у беременныхъ наиболѣе выдающимся признакомъ является затрудненіе дыханія. Одышка иногда достигаетъ крайней степени. Въ особенности она бываетъ сильна въ концѣ беременности, что объясняется большою величиною матки, оттѣсняющей кверху грудобрюшную перегородку и затрудняющей дыхательныя движенія послѣдней. Къ тому же легко развивается отечное состояніе въ частяхъ легкаго, не занятыхъ воспалительнымъ процессомъ. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности, преждевременное родоразрѣшеніе является обыкновеннымъ послѣдствіемъ

воспаленія легкихъ. Гораздо рѣже выкидыши и ранніе роды бываютъ въ теченіе первыхъ 28 недѣль беременности. Ближайшею причиною преждевременнаго прекращенія беременности является вѣроятно отравленіе крови токсинами. Затрудненное кровообращеніе и накопленіе въ крови матери CO_2 представляетъ въ этомъ отношеніи второстепенное значеніе.

Въ послѣдніе мѣсяцы беременности большая половина дѣтей рождаются живыми, но многія погибаютъ въ скоромъ времени, вслѣдствіе слабости, въ нѣкоторыхъ также случаяхъ отъ воспаленія легкихъ. Больныя чаще остаются въ живыхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность удерживается. Напротивъ, тамъ, гдѣ крупозная пневмонія причиняетъ преждевременное родоразрѣшеніе, смертность гораздо сильнѣе. Погибаетъ болѣе половины больныхъ. Вѣроятнѣе всего эта разница зависитъ отъ болѣе неблагопріятныхъ условій въ организмѣ женщины въ концѣ беременности. Иногда въ такихъ случаяхъ, послѣ родоразрѣшенія, въ теченіе короткаго времени замѣчается улучшеніе въ состояніи больной; но вскорѣ опять появляется сильная одышка, быстро развивается упадокъ дѣятельности сердца, появляется бредъ, и больная погибаетъ.

Предсказаніе. При крупозномъ воспаленіи легкихъ во время беременности умираетъ не менѣе 40% заболѣвшихъ.

Лѣченіе. Имѣя въ виду частые неблагопріятные исходы воспаленія легкихъ у беременныхъ, слѣдуетъ съ самаго начала болѣзни держаться средствъ, поддерживающихъ дѣятельность сердца и силы больной, давать ей возбуждающія—коньякъ, вино, гофманскія капли, кофе и проч. Часто показуется также подкожное впрыскиваніе кофеина, хинина, ээира и проч., а при сильной одышкѣ—вдыханіе кислорода. Къ искусственному вызыванію родовъ можно прибѣгать только въ исключительныхъ случаяхъ, именно въ послѣдніе мѣсяцы беременности, когда уже въ первые дни болѣзни появляется ціанозъ, сильнѣйшая одышка и упадокъ дѣятельности сердца, угрожающіе жизни больной.

2. Воспаленіе грудной плевры, pleuritis.

Симптомы и теченіе. Воспаленіе грудной плевры у беременныхъ обнаруживается и сопровождается обычными явленіями—сухимъ кашлемъ, колотьемъ и болями въ боку, лихорадочнымъ состояніемъ и проч. Одышка выражена въ болѣе значительной степени, нежели въ обыкновенныхъ случаяхъ. Шумъ тренія слышится только въ началѣ болѣзни; такъ какъ въ скоромъ времени образуется значительный экссудатъ. Учащенное дыханіе становится жесткимъ и бронхіальнымъ, появляется бронхофонія и часто влажные хрипы, почему болѣзнь легко принять за воспаленіе легкихъ. Воспаленіе грудной плевры большею частію не обнаруживаетъ дурнаго вліянія на теченіе беременности, хотя въ исключительныхъ случаяхъ, при сильной одышкѣ, можетъ послѣдовать преждевременное родоразрѣшеніе. Обыкновенно всасываніе выпота происходитъ быстро, наибаче болѣзнь протекаетъ въ теченіе 3—4 недѣль. Гнойный экссудатъ встрѣчается крайне рѣдко.

Предсказаніе. Въ случаяхъ, не осложненныхъ болѣзнію сердца, почекъ или легочною чахоткой, обыкновенно можно ожидать благопріятнаго исхода относительно жизни матери и плода.

Лѣченіе слѣдуетъ примѣнять общепринятое, а въ случаяхъ значительнаго выпота, при затрудненномъ дыханіи, необходимо прибѣгать къ проколу грудной клѣтки, что облегчаетъ симптомы и ускоряетъ теченіе болѣзни.

3. *Легочная чахотка*, phthisis pulmonum.

Симптомы и теченіе. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ беременность оказываетъ неблагопріятное вліяніе на туберкулезные процессы въ легкихъ, значительно ускоряя теченіе болѣзни. Сравнительно въ немногихъ случаяхъ не замѣчается подробнаго вліянія.

На теченіе беременности чахотка легкихъ вообще оказываетъ сравнительно небольшое вліяніе. Беременность, при такомъ осложненіи, болѣе чѣмъ въ 80% достигаетъ нормальнаго срока. Нерѣдко дѣти рождаются слабыми, даже родившіяся въ срокъ часто умираютъ на первомъ году отъ бугорчататаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ, или же дѣлаются золотушными, и впоследствии у нихъ обнаруживаются различныя проявленія бугорчатки, влекущія за собою летальный исходъ. Наичаще живутъ и остаются здоровыми дѣти, зачатыя отъ вполне здороваго отца и родившіяся отъ матери, у которой заболѣваніе легкихъ было мало выражено. Беременная, одержимая туберкулезнымъ пораженіемъ легкихъ, обыкновенно не передаетъ болѣзни утробному плоду. Младенецъ наследуетъ только расположеніе къ бугорчаткѣ и заражается этою болѣзнію, уже спустя нѣкоторое время послѣ рожденія на свѣтъ. На большую легочную чахотку роды и послѣродовой періодъ, а также кормленіе грудью — оказываютъ самое неблагопріятное вліяніе. Мышечное напряженіе при родахъ и неизбежная потеря крови во время этого акта и въ послѣродовомъ періодѣ, безъ сомнѣнія, ускоряютъ теченіе процесса. Очень часто послѣ родовъ болѣзнь усиливается, и спустя нѣкоторое время наступаетъ смерть.

Предсказаніе у беременныхъ, съ ясно выраженными явленіями легочной чахотки, крайне неблагопріятно какъ для матери, такъ и для младенца. Только при первыхъ незначительныхъ еще симптомахъ болѣзни, обнаружившихся у беременной женщины, можно надѣяться на спасеніе матери, если является возможность примѣнить надлежащія пособія.

Maragliano изъ 385 чахоточныхъ женщинъ, у 226 — наблюдалъ беременность. Пользуя этихъ чахоточныхъ въ теченіе 21 мѣсяца, онъ нашелъ, что изъ тѣхъ, которыя забеременѣли, умерло за это время 94%, а изъ небеременныхъ — всего 18%. Изъ 42 беременныхъ съ мѣстнымъ пораженіемъ легкихъ только въ 3 случаяхъ болѣзнь осталась стаціонарной. По изслѣдованіямъ Guinsbourgue'a изъ числа женщинъ, одержимыхъ во время беременности легочною чахоткою, 75% умираютъ въ теченіе года послѣ родовъ.

Личеніе. Слѣдуетъ отговаривать отъ замужства дѣвушекъ, расположенныхъ къ заболѣванію бугорчаткой, или же представляющихъ уже зачатки этой болѣзни. Наблюденія несомнѣнно доказываютъ, что беременность увеличиваетъ предрасположеніе къ заболѣванію чахоткою, въ особенности въ возрастѣ между 20 и 30 годами жизни. Предрасположеніе еще болѣе увеличивается родоразрѣшеніемъ и кормленіемъ младенца, поэтому на обязанности врача лежитъ подать совѣтъ такой женщинѣ избѣгать беременности и, само собой разумѣется, кормленія грудью.

Такъ какъ беременность въ огромномъ большинствѣ случаевъ обнаруживаетъ вредное вліяніе на теченіе легочной бугорчатки, и нерѣдко препятствуетъ примѣненію надлежащихъ гигиеническихъ мѣръ, а также діететическихъ и медицинскихъ средствъ и пособій, то намъ кажется умѣстнымъ въ первые 3 мѣсяца вызывать искусственный выкидышъ, что въ большинствѣ случаевъ удается легко и не сопровождается большою потерею крови. Подобное же мнѣніе высказываютъ нѣкоторые французскіе акушеры въ послѣднее время.

Такое акушерское пособіе умѣстно, конечно только въ такихъ случаяхъ, гдѣ дѣйствительно возможно примѣнить раціональныя мѣры къ спасенію такихъ больныхъ—перемѣну климата, усиленное питаніе, правильное лѣченіе и проч., и кромѣ того, избѣгать новой беременности. Начиная съ конца IV мѣсяца беременности, вызваніе искусственнаго выкидыша, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, можетъ сопровождаться болѣе значительною потерею крови; почему въ такихъ случаяхъ большею частью приходится ограничиться назначеніемъ общепринятыхъ врачебныхъ средствъ. О возбужденіи преждевременныхъ родовъ можетъ быть рѣчь только при безнадежномъ положеніи беременной съ цѣлью спасти жизнь младенца.

4. *Одышка, dyspnöe.*

Кромѣ одышки, которая бываетъ у беременныхъ отъ причинъ механическихъ, или отъ прилива крови и отека легкихъ, въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ этотъ тягостный симптомъ обнаруживается въ видѣ чисто-нервнаго разстройства.

Одышка обнаруживается наичаще въ первые мѣсяцы беременности у женщинъ, представляющихъ признаки истеріи. Часто приступы такой одышки вызываются тревогою или душевнымъ волненіемъ, но иногда они появляются ночью, во время сна. Больная невольно схватывается съ постели, садится и начинаетъ съ усиліемъ втягивать воздухъ. Припадки длятся отъ нѣсколькихъ минутъ до получаса. Къ тому времени, когда появляется шевеленіе плода, часто одышка проходитъ, рѣдко она остается до конца беременности.

При *лѣченіи* такихъ случаевъ слѣдуетъ назначать kalium bromatum, а также теплыя ванны и нѣкоторые другіе приемы гидropатическаго лѣченія.

Глава 8.

Болѣзни сердца и кровеносныхъ сосудовъ у беременныхъ.

1. Воспалительныя заболѣванія сердца.

Симптомы. Воспалительныя заболѣванія сердца, endocarditis, myocarditis et pericarditis, крайне рѣдко развиваются во время беременности. Въ большинствѣ случаевъ эти болѣзни представляютъ обострение однородныхъ хроническихъ процессовъ, протекавшихъ еще раньше беременности. Наичаще была наблюдаема endocarditis subacuta. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не замѣчается расстройства компенсаціи, болѣзнь, сопровождающаяся лихорадочнымъ состояніемъ, иногда долго остается нераспознаною. Обыкновенно у верхушки сердца, рѣже у его основанія, слышится довольно громкій, дующій систолическій шумъ, рѣже замѣчается шумъ во время діастолы. Второй тонъ легочной артеріи часто имѣетъ рѣзкій акцентъ. Сердечный толчокъ ощущается на большомъ пространствѣ, пульсъ учащенный. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ особенности въ началѣ болѣзни, физическіе признаки выражены не ясно. Въ области сердца ощущается боль; иногда бываетъ сердцебиеніе и затрудненное дыханіе.

Когда воспаление распространяется на pericardium и отчасти на сердечныя мышцы, болѣзненные ощущенія въ области сердца и лихорадка усиливаются; на шеѣ выступаютъ переполненные вены, лицо становится блѣднымъ или ціанотичнымъ. Сердечный толчекъ слабъ или же при обильномъ экссудатѣ вовсе неощутимъ. Нерѣдко можно ощущать треніе, приложивъ руку къ области сердца; при постукиваніи сердечная тупость представляется увеличенною и принимаетъ трехугольное очертаніе, причѣмъ верхушка трехугольника находится на 2 или 3 межреберномъ промежуткѣ. Шумъ тренія также хорошо распознается при выслушиваніи. Тоны сердца глухи и ослаблены. Пульсъ слабый. При постепенно усиливающейся одышкѣ, развиваются явленія застоя крови во внутреннихъ органахъ и отекъ наружныхъ покрововъ, который начинается съ нижнихъ конечностей.

По нашимъ наблюденіямъ, воспалительныя болѣзни сердца у беременныхъ причиняютъ выкидышъ и преждевременные роды, что обусловливается лихорадочнымъ состояніемъ и нарушеніемъ условій кровообращенія. Наиболѣе пользы мы видѣли въ этихъ случаяхъ отъ назначенія внутрь каломеля. При тяжелыхъ и опасныхъ для жизни явленіяхъ, не слѣдуетъ останавливаться предъ вызываніемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

2. Пороки сердца у беременныхъ женщинъ.

Пороки сердца встрѣчаются не особенно рѣдко во время беременности. Почти всегда эти органическія расстройства сердца пріобрѣтаются еще до беременности, даже до замужства. Иногда, по крайней мѣрѣ

при первых беременностях, онъ не проявляются никакими тягостными симптомами, причемъ роды и послѣродовое состояніе протекаютъ довольно нормально. Однако часто порокъ сердца, именно подъ вліяніемъ беременности, вызываетъ въ организмѣ женщины болѣе или менѣе тяжелыя явленія, вслѣдствіе разстройства сердечной компенсаціи. Иногда эти симптомы развиваются довольно быстро, подъ вліяніемъ обострившагося воспаления серозной оболочки сердца и его мышечной ткани.

Въ числѣ пороковъ сердца, осложняющихъ беременность, по изслѣдованіямъ Vинау, преобладаютъ разстройства митральныхъ заслонокъ и венознаго отверстія лѣваго сердца, которыя составляютъ 67,5% всѣхъ случаевъ. Недостаточность клапановъ аорты и суженіе ея отверстія были наблюдаемы только въ 12,5%. Въ остальныхъ 20% случаевъ пороковъ сердца у беременныхъ органическія разстройства этого органа имѣли сложный характеръ. Разстройства сердечной компенсаціи болшею частію развиваются постепенно и обнаруживаются обыкновенными явленіями: одышкою, сердцебіеніемъ, кашлемъ, появленіемъ отековъ, уменьшеніемъ количества мочи, диспепсией, бессонницей и общею слабостью. При изслѣдованіи находятъ припуханіе печени, бѣлокъ въ мочѣ, малый и частый пульсъ. Сердечная тупость увеличивается въ особенности въ правую сторону. При выслушиваніи находятъ обычныя измѣненія тоновъ и шумы, свойственные различнымъ порокамъ сердца. Постепенно отеки, начавшіеся съ нижнихъ конечностей, поднимаются выше, серозная жидкость накапливается въ животѣ и грудной полости. Часто самопроизвольно наступаетъ выкидышъ или преждевременные роды, по крайней мѣрѣ въ 40% такихъ случаевъ. Во время родовъ тяжелыя припадки усиливаются, одышка представляетъ наиболѣе мучительный симптомъ. Въ особенности она бываетъ сильна въ періодъ изгнанія плода. Часто даже послѣ рожденія младенца тяжелыя явленія продолжаютъ. Дыханіе становится частымъ и поверхностнымъ, въ груди появляются хрипы, лицо синѣетъ, родильница становится безпокойною и мечется въ постели. Поправленіе здоровья наступаетъ иногда довольно скоро, въ другихъ случаяхъ это совершается только постепенно и медленно. Часто у такихъ родильницъ послѣродовыя очищенія бывають обильны, и появляется наклонность къ кровотечениямъ. Нерѣдко болыныя умираютъ въ послѣродовомъ періодѣ. Гораздо рѣже смерть наступаетъ, во время беременности, вслѣдствіе отека легкихъ, слабости сердца или эмболии мозговыхъ артерій.

Leyden также находилъ наичаще во время беременности страданіе клапановъ лѣваго сердца—insufficiencia и часто stenosis. Vинау изъ 29 случаевъ болѣзни сердца только однажды наблюдалъ недостаточность клапановъ аорты.

Предсказаніе при порокахъ сердца во время беременности преимущественно зависитъ отъ степени компенсаціи этого органа и сохра-

ненія его мышечной силы. Гораздо меньшее значеніе имѣютъ отдѣльныя формы органическихъ разстройствъ сердца.

Hart считаетъ наиболѣе опаснымъ *stenosis valv. mitralis*. Изъ 8 беременныхъ съ такимъ заболѣваніемъ умерло 7 вскорѣ послѣ родовъ. Webster встрѣчалъ также гораздо чаще явленія недостаточной компенсаціи при митральныхъ разстройствахъ. По наблюденіямъ Hirst'a, важное значеніе имѣетъ относительно предсказанія надлежащее лѣченіе такихъ больныхъ во время беременности. Предсказаніе неблагоприятно при заболѣваніи сердца, зависящемъ отъ артеріосклероза и *nephritis interst. chron.* Оно ухудшается также значительно при тяжелыхъ случайныхъ заболѣваніяхъ.

Coates при родахъ съ порокомъ сердечныхъ клапановъ наблюдалъ ослабленіе сердечной дѣятельности, пульсъ доходилъ до 180 ударовъ въ минуту, чрезъ 12 часовъ послѣ родовъ оны упалъ на 96 ударовъ. Роды, по наблюденіямъ Schlager'a, причиняютъ возбужденіе дѣятельности сердца, вслѣдствіе чего развиваются одышка и слабость сердца, въ рѣдкихъ случаяхъ апоплексія и эмболія. Послѣ опорожненія матки кровь приливаетъ къ груднымъ органамъ. Изъ 25 больныхъ 2 умерло во время родовъ.

Лѣченіе. Врачъ долженъ отговаривать отъ замужства обращающихся къ нему за совѣтомъ молодыхъ дѣвушекъ, одержимыхъ разстройствомъ сердечныхъ клапановъ, въ особенности когда уже обнаруживаются нѣкоторые признаки разстройства компенсаціи. Даже въ тѣхъ случаяхъ когда дѣятельность сердца совершается правильно, слѣдуетъ объяснить, что беременность и роды оказываютъ часто неблагоприятное вліяніе на теченіе болѣзни сердца. Беременная, страдающая порокомъ сердца, должна избѣгать всякихъ тревогъ, волненій, не утомляться и вести вполне правильный и спокойный образъ жизни. Вполнѣ умѣстно назначеніе молока отъ 1 до 2 литровъ и болѣе въ день.

При первыхъ признакахъ разстройства компенсаціи, слѣдуетъ назначать настой *f. convallar. majal.*; *digitalis* и *tinct. strophanti*. Въ тяжелыхъ случаяхъ, при сильной водянкѣ, начинающемся отека легкихъ и слабомъ пульсѣ, надо спѣшить съ назначеніемъ возбуждающихъ *coffein. natrobenzoic.*, *aether. sulf.*, *camphor.* и проч. которые наичаще назначаются подъ кожу. На грудь надо ставить сухія банки, горчишники и одновременно давать вдыхать *O*. Въ крайнихъ случаяхъ вполнѣ умѣстна венесекція. Подобныя же мѣры слѣдуетъ примѣнять во время родовъ и послѣ рожденія плода, коль скоро проявляются тяжелыя припадки. При постепенномъ усиленіи опасныхъ явленій у беременной, вполнѣ умѣстно возбужденіе преждевременныхъ родовъ.

Иногда необходимо спѣшить съ окончаніемъ родовъ, чтобы спасти жизнь больной. Въ такихъ случаяхъ не слѣдуетъ останавливаться съ употребленіемъ хлороформа. Непродолжительный наркозъ при такихъ условіяхъ не представляетъ особенной опасности. Искусственные выкидыши при порокахъ сердца примѣняются рѣдко.

Leyden, Schlager, Zweifel, Rolsger, Schmider и друг. совѣтуютъ выжидательное лѣченіе во время беременности; но коль скоро обнаруживаются опасныя явленія, нужно немедленно прерывать беременность. Lusk настоятельно совѣтуетъ производить заблаговременно выкидышъ въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ болѣзней сердца.

Того же мѣсяца держатся Webster и Hirst. Намъ приходилось нѣсколько разъ производить при болѣзняхъ сердца искусственный выкидышъ, при надлежащихъ показаніяхъ, съ большою пользою для больныхъ.

3. *Расширеніе венъ у беременныхъ, varices.*

Этіологія. Расширеніе венъ во время беременности наблюдается преимущественно на нижнихъ конечностяхъ и наружныхъ половыхъ органахъ. Нерѣдко также оно бываетъ въ заднемъ проходѣ и прямой кишкѣ, а въ исключительныхъ случаяхъ во внутреннихъ половыхъ органахъ. Предрасполагающею причиною являются занятія, сопряженные съ продолжительнымъ стояніемъ на ногахъ во время беременности.

Анатомическія измѣненія. Стѣнки расширенныхъ венъ часто не представляютъ измѣненій, въ другихъ случаяхъ находятъ утолщеніе или истонченіе ихъ.

Симптомы и теченіе. Расширеніе венъ по преимуществу замѣчается у многораждавшихъ; такія вены представляются, начиная съ IV мѣсяца беременности, въ видѣ толстыхъ синеватыхъ, довольно мягкихъ извилистыхъ снурковъ, рѣже въ видѣ синеватыхъ пятенъ и полосокъ, происходящихъ отъ расширенія мелкихъ венозныхъ сосудовъ. Наичаще расширеніе венъ происходитъ на внутренней и передней поверхности голени, а также возлѣ колѣнъ и мышцелковъ, рѣже на бедрѣ. Расширеніе венъ на нижнихъ конечностяхъ встрѣчается часто и въ половинѣ беременности достигаетъ значительной степени.

Расширенныя вены на наружныхъ половыхъ частяхъ представляются въ видѣ извилистыхъ снурковъ, иногда образующихъ цѣлые узловатые пакеты, которые видны также на слизистой оболочкѣ. Въ заднемъ проходѣ расширенныя вены образуютъ геморроидальныя шишки, которыя, во время беременности, чаще послѣ родовъ, выходятъ наружу, образуя краснаго цвѣта бугристую опухоль, величиною въ небольшой апельсинъ, рѣже больше. Беременная, имѣющая расширеніе венъ, наичаще жалуется на нѣкоторое напряженіе, онѣмѣніе и ползаніе мурашекъ при стояніи. При расширеніи глубокихъ венъ, ощущаются постоянныя тупыя ноющія боли, въ особенности на задней поверхности голени и возлѣ лодыжекъ. Рѣдко эти боли достигаютъ значительной степени. При варикозныхъ расширеніяхъ венъ, на наружныхъ половыхъ частяхъ больныя жалуются на чувство тяжести, жара, покальванія и зуда въ этой области. Послѣ смерти утробнаго плода, нѣкоторые наблюдали значительное уменьшеніе варикозныхъ узловъ. Геморроидальныя узлы появляются наичаще у беременныхъ, принадлежащихъ къ зажиточному классу. Такія больныя обыкновенно жалуются на боли въ поясницѣ, покальваніе и зудъ въ заднемъ проходѣ. Иногда при испраженіи на низъ, вслѣдствіе разрыва сосудовъ, является кровотеченіе.

Въ послѣродовомъ періодѣ обыкновенно исчезаютъ всѣ симптомы, зависящіе отъ расширенія венъ, во многихъ случаяхъ исчезаютъ также

венозные узлы. Однако послѣ повторныхъ и частыхъ беременностей эта ненормальность, въ болѣе или менѣе значительной степени, остается. Сравнительно рѣдко во время беременности появляются на голени, въ области расширенныхъ венъ, экзема, сопровождающаяся сильнымъ зудомъ, или мѣстное воспаленіе въ стѣнкахъ расширенной вены. Еще рѣже происходитъ сильное кровотеченіе, вслѣдствіе разрыва варикознаго узла на нижней конечности или на наружныхъ половыхъ частяхъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ возможно внутреннее кровоизліяніе подъ брюшину въ тазовую клѣтчатку и образование haematoma subperitoneale, вслѣдствіе разрыва варикознаго узла въ широкихъ связкахъ.

Лѣченіе. Во время беременности умѣстно болѣею частію только палліативное лѣченіе варикозныхъ расширеній венъ. Больнымъ слѣдуетъ совѣтовать поменьше оставаться на ногахъ, и кромѣ того бинтовать ноги, или носить эластическій чулокъ. Въ случаяхъ появленія мѣстнаго воспаленія, необходимъ абсолютный покой, ледъ или припарки, смотря по ходу болѣзни. При нарушеніи цѣлости варикознаго узла, болѣею частію достаточно примѣнить прижатіе посредствомъ куска іодоформной марли и хорошаго бинта. При возобновляющемся кровотеченіи умѣстно наложеніе швовъ, которые бы захватывали стѣнки вены.

При появленіи признаковъ геморроя, беременныя должны избѣгать раздражающей, тяжелой и горячительной пищи. Для устраненія запора назначаются легкія слабительныя. При выпаденіи геморроидальной опухоли нужно попытаться вправить ее въ кишку. Когда это не удастся, слѣдуетъ назначать холодныя примочки изъ acid. borici иль 0,5% раствора zinci sulfurici. При сильной чувствительности, припарки и болеуспокаивающія мази. Коль скоро объемъ опухоли уменьшается, нужно произвести вправление.

Глава 9.

Воспаленіе мочевого пузыря, почечныхъ лоханокъ и почек cystitis, pyelitis et nephritis.

1. *Воспаленіе пузыря и лоханокъ, cystitis et pyelitis.*

Этіологія. Къ появленію воспаленія пузыря у беременныхъ предрасполагаетъ гиперемія его стѣнокъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ задержаніе мочи. При такихъ условіяхъ, занесенныя въ полость пузыря микробы—*bact. coli comm., staphyloc. pyog. aureus, urobacillus, bass. liquefaciens, micrococcus albicans*— и нѣкоторые другіе легко вызываютъ нагноеніе и причиняютъ разложеніе мочи. Интенсивное воспаленіе пузыря часто передается черезъ мочеточники почечнымъ лоханкамъ.

Симптомы и течение. Въ началѣ болѣзни больная ощущаетъ частые позывы на мочеиспусканіе, съ рѣзью и болью, причемъ моча отдѣляется въ небольшомъ количествѣ, иногда съ примѣсью крови, слабодкислой или щелочной реакціи. Въ стекляномъ цилиндрѣ она даетъ бѣловатый осадокъ, состоящій главнымъ образомъ изъ гноинныхъ шариковъ. Однажды мы наблюдали значительное кровотеченіе изъ пузыря; подобный случай описалъ Tridandani. Надавливаніе на нижнюю часть живота причиняетъ боль.

Воспаленіе лоханокъ часто долгое время протекаетъ безъ замѣтныхъ симптомовъ. При обостреніи болѣзни появляются ознобы, лихорадочное состояніе; боли въ области почекъ, усиливающіяся при надавливаніи. Моча мутная, обыкновенно содержитъ небольшое количество бѣлка. При микроскопическомъ изслѣдованіи, находятъ, кромѣ гноинныхъ шариковъ, немного зернистыхъ цилиндровъ, а также круглыя или угловатыя кѣточки эпителия лоханокъ и почекъ. При надлежащемъ лѣченіи мучительные припадки ослабѣваютъ, но моча долгое время остается мутною, и сохраняется склонность къ обостренію болѣзни.

Предсказаніе. Катарръ мочевого пузыря во время беременности обнаруживаетъ склонность къ затяжному теченію и представляетъ болѣзнь болѣе упорную, чѣмъ въ небеременномъ состояніи. Острыя и незатяжныя формы піелита проходятъ при надлежащемъ лѣченіи, часто только послѣ родоразрѣшенія. При хронической формѣ воспаленія лоханокъ большею частію можно надѣяться только на улучшеніе болѣзни.

Лѣченіе. Въ началѣ болѣзни, или при обострившемся катаррѣ пузыря, больная должна оставаться въ постели, употребляя прѣсную нераздражающую пищу, пить, въ количествѣ не менѣе 2—3 стакановъ, щелочную воду—Vichy, Wildungen, Ems и друг. Эти воды назначаются наичаще пополамъ съ горячимъ молокомъ. Значительное облегченіе приноситъ также употребленіе для питья миндального молока. Мучительные позывы на мочу значительно уменьшаются, при назначеніи теплыхъ припарокъ на нижнюю часть живота, а внутрь опія съ белладонной, кодеина или морфія. Tarnier совѣтуетъ камфору съ опіемъ. Вопль умѣстны также общія теплыя ванны. Когда болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе, слѣдуетъ предписывать внутрь вяжущія и даже бальзамическія средства. Въ то же время слѣдуетъ приступить къ промыванію пузыря обеззараживающими и вяжущими растворами. При воспаленіи лоханокъ во время беременности, назначаютъ молочную діету, сухія банки на поясницу, теплыя общія ванны, употребленіе щелочныхъ или земляныхъ водъ—Vichy, Wildungen, Contrexeville и проч.

2. *Альбуминурія и воспаленіе почекъ во время беременности, nephritis.*

Этіологія. Изслѣдуя мочу беременныхъ жинщинъ, мы находимъ замѣтное количество бѣлка, въ особенности въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Koblansck находилъ его постоянно въ 55% всѣхъ беременныхъ. Если изслѣдованіе производится повторно и принимаются

во вниманіе даже незначительные слѣды бѣлка, то его можно найти — и нерѣдко также цилиндры, у половины беременных женщинъ. Еще чаще встрѣчается бѣлокъ у роженицъ и вскорѣ послѣ родовъ.

Во время беременности внутрибрюшное давленіе увеличивается, въ особенности при неподатливости брюшныхъ стѣнокъ; послѣдствіемъ этого является анемическое состояніе почекъ и мѣстами жировое перерожденіе эпителія почечныхъ канальцевъ. Это въ достаточной степени объясняетъ появленіе бѣлка въ мочѣ беременныхъ.

Во время родовъ внутрибрюшное давленіе еще болѣе усиливается; родовыя боли причиняютъ спазматическое сжатіе почечныхъ артерій, а подлежащая часть, опускаясь въ тазъ, сдавливаетъ мочеточники.

При анемическомъ состояніи почекъ у беременныхъ, достаточно иногда незначительной простуды, грубаго нарушенія діеты, или случайнаго заболѣванія, въ особенности инфекціоннаго свойства, чтобы въ ткани почекъ развилось настоящее болѣе или менѣе значительное воспаленіе, такъ называемый nephritis gravidarum со всеми его послѣдствіями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ беременность наступаетъ у женщинъ, одержимыхъ хроническимъ воспаленіемъ почекъ, существующимъ уже нѣсколько мѣсяцевъ или лѣтъ. Эти затяжные процессы, наичаше nephritis interstitialis или nephritis subacuta, обыкновенно рѣзко ухудшаются подъ вліяніемъ беременности.

Утлеу выдѣленіе бѣлка во время беременности ставить въ зависимость не только отъ усиленнаго давленія крови, но также отъ токсическаго ея дѣйствія на почки во время беременности, что по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ допустить возможно.

Симптомы и теченіе. При незначительномъ выдѣленіи бѣлка, беременныя обыкновенно чувствуютъ себя вполне хорошо. При значительныхъ потеряхъ бѣлка мочою, которыми сопровождается воспаленіе почекъ у беременныхъ, наичаше на второй половинѣ, появляются отеки, которые начинаются возлѣ лодыжекъ и затѣмъ поднимаются выше на голени, бедра, на половыя части и туловище. Появляется отечное состояніе лица, припухлость вѣкъ и верхнихъ конечностей. Отекъ ногъ усиливается къ вечеру. При хронической формѣ воспаленія почекъ, эти явленія обнаруживаются уже въ первые мѣсяцы беременности. Наружные покровы становятся блѣдными, и отеки постепенно усиливаются. Иногда нижнія конечности сильно припухаютъ, толщина ихъ увеличивается нерѣдко вдвое и больше; большія губы и окружающіе ихъ покровы представляются въ видѣ двухъ выдающихся блестящихъ опухолей, величиною каждая въ кулакъ, или даже въ дѣтскую головку. Нижняя часть передней стѣнки живота, вслѣдствіе водяночнаго инфильтрата, сильно утолщается и рѣзко выпячивается. При выслушиваніи груди, мы находимъ крупныя и мелкіе влажныя хрипы, въ особенности ниже лопатокъ. Сердечныя тоны большею частію ослаблены, въ дру-

гихъ случаяхъ, при nephritis chron., замѣчается сильный акцентъ на второмъ тонѣ и значительно распространенный толчокъ сердца, вслѣдствіе гипертрофіи лѣваго желудочка.

Блѣдное одутловатое лицо, иногда съ землистымъ оттѣнкомъ и припухлыми отечными вѣками, синеватая окраска губъ, затрудненное дыханіе, одышка, усиливающаяся при движеніи и положеніи на спинѣ, — всѣ эти явленія составляютъ обычную картину тяжелаго нефрита во время беременности. При такихъ симптомахъ больная находится въ опасномъ положеніи. Сильныя и упорныя головныя боли, тошнота и головокруженіе представляютъ частыя явленія у подобныхъ больныхъ. Частѣе страдаетъ зрѣніе, вслѣдствіе воспаления нервной оболочки глаза или пораженія зрительныхъ центровъ. Беременные, одержимыя воспаленіемъ почекъ, предрасположены къ маточнымъ кровотечениямъ. Въ дѣтскомъ мѣстѣ часто находятъ геморрагическіе и такъ называемые бѣлые инфаркты. Отчасти вслѣдствіе анатомическихъ измѣненій, отчасти вслѣдствіе задержанія въ крови продуктовъ выдѣленія, выкидыши и преждевременныя роды бывають часто.

Число несвоевременныхъ родоразрѣшеній доходитъ до 60%, столько почти рождаются и мертвыхъ дѣтей. Дѣти, родившіяся въ срокъ, часто имѣють вѣсъ ниже средняго нормальнаго. Однимъ изъ самыхъ опасныхъ послѣдствій болѣзни почекъ у беременныхъ безспорно слѣдуетъ считать эклампсію, которая такъ часто обнаруживается, при осложненіи беременности воспаленіемъ почекъ. Въ большинствѣ случаевъ количество мочи уменьшено, удѣльный вѣсъ увеличенъ, цвѣтъ ея болѣе темный. Количество бѣлка колеблется отъ 1,0 до 20,0, 30,0 и болѣе въ суточномъ количествѣ мочи. Рѣже выдѣляется большое количество жидкой мочи. Обыкновенно это бываетъ при nephritis interstitialis chronic. Въ осадкѣ мы находимъ значительное количество лейкоцитовъ, галиновые и зернистые цилиндры, иногда кровяные шарики, подвергшіяся жировому перерожденію клѣтки почечнаго эпителия, кристаллы мочевоы кислоты и проч.

Описаны случаи, гдѣ, послѣ смерти плода въ утробѣ матери, бѣлокъ исчезалъ, но чаще онъ только уменьшается. Съ окончаніемъ родовъ, при легкихъ формахъ заболѣванія почекъ, бѣлокъ скоро исчезаетъ. При рѣзко выраженномъ nephritis gravidarum, это бываетъ чрезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ. Бывають случаи, когда отдѣленіе бѣлка мочою продолжается отъ 6 мѣсяцевъ до года. Иногда при слѣдующей беременности въ такихъ болѣе затяжныхъ случаяхъ въ мочѣ снова появляется бѣлокъ, а иногда появлялись также другіе симптомы воспаления почекъ. При nephritis chronica, въ послѣродовомъ состояніи также замѣчается болѣею частію улучшеніе въ состояніи больныхъ.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ легко, на основаніи существующихъ симптомовъ болѣзни и внимательнаго изслѣдованія мочи. Не слѣдуетъ упускать изъ виду, что въ послѣднія недѣли беременности

часто являются небольшие отеки, особенно к вечеру, на нижних конечностях возлѣ мышцелковъ и на передней поверхности голени, зависящіе отъ гидреміи и механическаго давленія матки. Гораздо труднѣе распознать форму воспаления почекъ. Появленіе отековъ на первой половинѣ беременности, ясно выраженная гипертрофія сердца, рѣзкій акцентъ на второмъ тонѣ, напряженный пульсъ, сравнительно малый удѣльный вѣсъ мочи—служать доказательствами, что воспаление почекъ имѣетъ хроническій характеръ. Въ пользу такого предположенія говорить также перенесенная незадолго до беременности заразная болѣзнь. Количество бѣлка и свойство осадка въ большинствѣ случаевъ не представляютъ достаточныхъ признаковъ для отличія nephritis chronica отъ nephritis gravidarum. Конечно чрезвычайно важное значеніе въ такихъ случаяхъ имѣетъ изслѣдование мочи до беременности, если таковыя данныя существуютъ.

Предсказаніе. Появленіе замѣтнаго количества бѣлка въ мочѣ беременной, въ особенности въ первые мѣсяцы, ухудшаетъ предсказаніе относительно дальнѣйшаго теченія беременности и благопріятнаго исхода родовъ. Даже самыя легкія формы воспаления почекъ могутъ во время беременности, при неблагопріятныхъ условіяхъ, переходить въ весьма серьезное заболѣваніе, вызывая крайне опасныя явленія для жизни матери и плода. Тѣмъ не менѣе при простомъ анемичномъ состояніи почекъ предсказаніе гораздо лучше, нежели при nephritis gravidarum, а при этой формѣ болѣе надежды на благопріятный исходъ, по крайней мѣрѣ для матери, нежели при nephritis chronica. При этой болѣзни довольно часто наступаетъ летальный исходъ вскорѣ послѣ рожденія младенца или въ послѣродовомъ періодѣ. Какъ уже сказано, болѣе половины дѣтей рождаются мертвыми.

Koblańsk изъ 77 женщинъ, у которыхъ во время беременности было воспаление почекъ, впоследствии видѣлъ въ 16 случаяхъ полное выздоровленіе. 13—имѣли небольшое количества бѣлка, въ 17 случаяхъ заболѣваніе почекъ осталось безъ пережъны. Voskmaг изъ 60 беременныхъ у 7—нашелъ цилиндры, преимущественно у многорождавшихъ. Соhn наблюдалъ только два раза роды живыхъ дѣтей, при хроническомъ воспаленіи почекъ у беременныхъ. Смерть дѣтей наступаетъ вследствие инфарктовъ въ дѣтскомъ мѣстѣ. Такое же мнѣніе высказываетъ Wiedow. Pahn и Grossmann считаютъ предсказаніе при nephritis gravidarum благопріятнымъ для матери. Полное излѣченіе часто наступаетъ вполне. Возможны рецидивы; иногда развивается эклампсія.

Лѣченіе. Имѣя въ виду предрасположеніе беременныхъ къ заболѣванію почекъ, врачъ долженъ совѣтовать въ это время избѣгать вредныхъ вліяній, могущихъ вызвать воспаленіе этого органа. Въ числѣ ихъ слѣдуетъ считать простуду, заразные болѣзни, холодныя купанья, злоупотребленіе спиртными напитками и проч. Дѣвушку, страдающую хроническимъ воспаленіемъ почекъ слѣдуетъ отговаривать отъ выхода замужъ.

Коль скоро у беременной обнаружались явленія nephritis, слѣдуетъ

примѣнить лѣчение, обыкновенно назначаемое при различныхъ формахъ этой болѣзни. Совмѣстно съ молочной діетой, французскіе врачи Blanc, Tarnier и друг. наблюдали у беременныхъ полезное дѣйствіе хлораль-гидрата, который въ теченіе нѣсколькихъ недѣль они давали ежедневно по 2,0—4,0 въ сутки. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ молоко не переносится беременною, слѣдуетъ назначать слабыя щелочныя или землистыя воды—Vals, Contrexéville, Wildungen и проч.

Когда скоро беременность достигаетъ второй половины, въ большинствѣ случаевъ ее слѣдуетъ предоставлять естественному теченію. Только при появленіи опасныхъ симптомовъ, угрожающихъ жизни—отека легкихъ, эклампсіи и проч., нужно приступать къ вызыванію преждевременныхъ родовъ. Въ началѣ беременности, при хроническомъ воспаленіи почекъ, вполне умѣстно активное акушерское вмѣшательство, именно искусственное вызваніе выкидыша, принимая во вниманіе частые неблагоприятные исходы въ подобныхъ случаяхъ. Кормленіе дѣтей слѣдуетъ воспрещать женщинамъ, страдающимъ хроническою альбуминуріей. Противоположное мнѣніе, къ которому пришелъ Gamolin, не подтверждается на практикѣ.

Frenel настойчиво совѣтуетъ при воспаленіи почекъ у беременныхъ примѣненіе горячихъ ваннъ съ послѣдовательнымъ потвнѣемъ. Schollenberger видѣлъ пользу отъ продолжительнаго употребленія tinct. ferri chlorati.

Глава Ю.

Накожныя болѣзни у беременныхъ.

Подъ вліяніемъ беременности кожа подвергается нѣкоторымъ болѣе или менѣе замѣтнымъ измѣненіямъ питанія. Она нѣсколько набухаетъ, сосуды ея расширяются, отдѣленія ея железъ усиливаются, и мѣстами обнаруживается склонность къ пигментации. Почему неудивительно, что во время беременности нерѣдко появляются болѣе или менѣе важныя заболѣванія кожи, изъ коихъ одни представляютъ явленія случайныя и особеннаго вліянія на беременность не оказываютъ, другія встрѣчаются преимущественно во время беременности, или же оказываютъ вліяніе на теченіе послѣдней.

а) *Случайно появляющіяся* во время беременности различныя сыпи принадлежатъ къ числу болѣе обыкновенныхъ, какъ-то: eczema, acne, psoriasis, urticaria, pemphigus и pityriasis versicolor. Рѣже встрѣчаются другія болѣе рѣдкія формы накожныхъ сыпей.

Симптомы, вызываемые ими, и *лѣченіе* не представляютъ никакихъ особенныхъ уклоненій во время беременности. Нѣкоторыя изъ этихъ сыпей, какъ pemphigus и eczema, иногда плохо поддаются лѣченію во время беременности. Eczema появляется иногда на мѣстахъ, гдѣ обна-

руживается усиленная дѣятельность железъ, именно на наружныхъ половыхъ частяхъ и на соскахъ. Повторное появленіе крапивницы можетъ въ исключительныхъ случаяхъ вызывать преждевременное родоразрѣшеніе. Pityriasis versicolor, какъ всегда, представляетъ слегка зудящую сыпь, которая у беременныхъ замѣчается въ особенности часто на груди. Она легко проходитъ отъ втиранія зеленого мыла, 0,1% раствора сулемы или мази, къ которой прибавляютъ 2—5% acid. salycilici.

b) Ко второму разряду заболѣваній мы должны отнести chloasma uterinum, pruritus universalis, herpes gestationis, impetigo herpetiformis et purpura.

1. *Chloasma uterinum* представляетъ неправильнаго очертанія пятна, появляющіяся преимущественно на лбу, вискахъ, возлѣ губъ, иногда на носу и подбородкѣ, различныхъ оттѣнковъ—отъ желтоватаго до темнубураго. Обнаруживаются они наичаще около половины беременности и держатся въ теченіе этого состоянія и нѣкоторое время послѣ родовъ. Когда женщина не кормитъ, пятна часто проходятъ съ окончаніемъ послѣродоваго періода, у кормящихъ же держатся до года и болѣе. Они зависятъ отъ отложенія пигмента въ Мальпигіевомъ слоеъ кожицы. Пятна на лицѣ болѣе или менѣе обезображиваютъ женщинъ, и онѣ часто настойчиво требуютъ отъ врача средствъ для устранения этой сыпи.

Лѣченіе. Наболѣе вѣрнымъ средствомъ является сулема. По способу Невга, прикладываютъ 1% solut. mercurii sublimati въ 80% спиртѣ на небольшихъ компрессахъ, въ теченіе полчаса; на мѣстѣ сыпи появляется краснота, иногда даже пузырьки. На воспаленное мѣсто кожи прикладываютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней мазь cum zincо охуd. или magist. Bismuthi, пока пройдетъ раздраженіе. Способъ лѣченія довольно болѣзненный. Vinaу совѣтуетъ втирать слегка вечеромъ 3% растворъ сулемы въ мѣста, покрытыя сыпью, на ночь закрывать ихъ empl. mercuriale de Vigo, который удаляютъ утромъ и замѣняютъ цинковою или висмутовою мазью.

Оба эти способа даютъ быстрое излѣченіе, но требуютъ строгаго соблюденія чистоты и опрятности. Менѣе дѣйствительны, но за то болѣе безопасны различныя примочки и обмыванія, lotio, въ составъ которыхъ входитъ слабый растворъ сулемы. Самая обыкновенная примочка состоитъ изъ миндальной эмульсии, содержащей 0,1—0,2% сулемы. Менѣе дѣйствительное средство представляетъ мазь изъ zinci охуdati 4,0, mercurii pti albi 2,0, ung. spergmatis ceti 30,0. DS. Втирать вечеромъ въ мѣста, покрытыя пятнами.

2. *Общій зудъ, pruritus universalis.*

Настоящій pruritus представляетъ неврозъ кожи, въ началѣ не сопровождающійся появленіемъ сыпи. Иногда онъ начинается на половыхъ частяхъ и постепенно распространяется на всю поверхность кожи. Крайне тягостное ощущеніе зуда появляется приступами, оно усиливается

пе ночамъ въ постели, лишая больную покоя и сна и побуждая ее къ болѣе или менѣе энергичному чесанію, вслѣдствіе чего кожа вскорѣ покрывается расчесами, струпьями и пигментными пятнами. Чесаніе на нѣкоторое время устраняетъ зудъ и успокаиваетъ больную. Болѣнь обыкновенно продолжается до окончанія родовъ, послѣ чего она скоро проходитъ, но часто возвращается при слѣдующей беременности. Только въ рѣдкихъ случаяхъ, при тяжелыхъ формахъ зуда, было наблюдаемо преждевременное родоразрѣшеніе.

Лѣченіе во время беременности примѣняется симптоматическое съ цѣлью облегченія крайне тягостныхъ симптомовъ. Больнымъ нужно совѣтовать употреблять нрѣсную нераздражающую пищу и слѣдить за правильностію кишечныхъ отравленій. Полезно употребленіе слабыхъ щелочныхъ водъ — Vals, Ems и проч. Изъ внутреннихъ средствъ болѣе умѣстны *radix valerianae* и *acid. carbonicum*, послѣднее лучше всего въ формѣ пилюль.

Изъ наружныхъ средствъ значительное облегченіе приносятъ частыя тепловатыя ванны съ примѣсью отрубей или уксуса. Далѣе примочки и втиранія въ кожу растворовъ *natri bromati*, 0,5—2,5% *chloral hydrati* въ водѣ, далѣе 2—3% раствора карболовой кислоты, уксуса и проч. При значительномъ раздраженіи кожи, умѣстна присыпка порошкомъ изъ индифферентныхъ для кожи веществъ: *zinci oxydati*, *magist. bismuthi*, *aa* 5,0, *amyli tritic.* 50,0. Къ этому иногда прибавляютъ 0,5—2,0 *Mentholi*.

3. *Herpes gestationis.*

Эта сыпь принадлежитъ къ числу полиморфныхъ. Обнаруживается она въ различное время беременности, нерѣдко уже въ первые мѣсяцы. Большею частію сперва на верхнихъ конечностяхъ появляются красныя пятна различной величины, на нихъ въ скоромъ времени выступаютъ пузырьки и прыщи. Спустя нѣкоторое время, пораженное мѣсто покрывается струпьями и чешуйчатымъ наслоеніемъ. Сыпь распространяется на нижнія конечности, рѣдко на туловище. Кожа въ промежуткахъ между этихъ красныхъ пятенъ представляется нормальной, пока не послѣдуетъ новаго высыпа, что происходитъ обыкновенно черезъ 2—3 недѣли и повторяется до самаго окончанія беременности. Каждый новый высыпъ сопровождается общимъ недомоганіемъ, въ остальное время общее состояніе беременной вполне удовлетворительно. Сыпь сопровождается болѣе или менѣе значительнымъ зудомъ, ощущеніемъ жженія и покалыванія. Часто симптомы появляются въ видѣ приступовъ. Обыкновенно не бываетъ нарушенія беременности, и сыпь быстро послѣ родовъ исчезаетъ. При слѣдующей беременности она часто появляется снова.

Лѣченіе. Наичаще при этой болѣзни назначается хининъ съ *solut. arsenicalis Fowleri*. Изъ мѣстныхъ средствъ въ началѣ болѣзни назначаютъ смягчительныя мази, затѣмъ индифферентныя порошки для присыпки пораженныхъ мѣстъ кожи.

4. *Impetigo herpetiformis*.

Въ противоположность herpes gestationis эта сыпь представляетъ тяжелую болѣзнь, оканчивающуюся обыкновенно смертію. Ближайшая причина появленія этой болѣзни намъ неизвѣстна. Къ счастью она встрѣчается крайне рѣдко. Обыкновенно эта сыпь обнаруживается появленіемъ на сгибахъ тѣла мелкихъ прыщей группами, величиною въ мелкую серебряную монету, окруженныхъ краснымъ ободкомъ. Вскорѣ прыщи засыхаютъ и покрываются струпьями. Затѣмъ появляется новое высыпаніе и постепенно вся кожа въ теченіе 3—4 мѣсяцевъ покрывается такими струпьями, подъ которыми находится мокнущая поверхность кожи.

Болѣзнь сопровождается лихорадкою, которая усиливается при новыхъ высыхахъ, потерю аппетита, исхуданіемъ. Языкъ становится сухимъ, затѣмъ появляется рвота, бредъ, упадокъ силъ, и въ заключеніе наступаетъ летальный исходъ.

Лѣченіе. Назначается обыкновенно хининъ, и вообще совѣтуютъ укрѣпляющее лѣченіе. Для наружнаго употребленія прописываютъ мази съ прибавленіемъ acid. carbolicі, salol., acid. salicylicі и проч.

5. *Purpura*.

Эта болѣзнь рѣдко встрѣчается у беременныхъ. Она несомнѣнно принадлежитъ къ числу заразныхъ болѣзней, и повидимому обусловливается вступленіемъ въ организмъ особаго микроба, открытаго Letze-riч'омъ. У беременныхъ болѣзнь иногда обнаруживается въ легкой формѣ, въ видѣ morbus Werlhofii, появленіемъ кровавыхъ пятенъ и подтековъ на кожѣ безъ нарушенія общаго здоровья и правильнаго теченія беременности. Описаны также крайне тяжелые случаи этой болѣзни, гдѣ вслѣдъ за появленіемъ густо усеявшихъ кожу кровавыхъ пятенъ вскорѣ обнаруживалась лихорадка, потеря аппетита, сильное недомоганіе и общая слабость. Вслѣдъ за этимъ появлялась кровавая моча, кровотеченіе изъ матки, кровохарканіе, haematemesis и поносъ. Въ заключеніе наступалъ выкидышъ, послѣ котораго кровотеченіе продолжалось, и при сильномъ упадкѣ силъ наступала смерть. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдали переходъ болѣзни на младенца въ утробѣ матери.

Лѣченіе въ легкихъ формахъ излишне, и къ сожалѣнію оно оставалось бесполезнымъ въ тяжелыхъ степеняхъ этой болѣзни. Наичаще назначаютъ внутрь желѣзистые препараты и вообще укрѣпляющее лѣченіе. При появленіи кровотеченія изъ матки у беременной женщины, примѣняютъ надлежащія пособія.

Глава II.

Заболѣванія сочлененій во время беременности.

1. *Гонорройное воспаленіе суставовъ, arthritis gonorrhoeica.*

Симптомы и теченіе. Иногда беременная женщина, вслѣдствіе зараженія гонорреей, заболѣваетъ воспаленіемъ суставовъ, имѣющимъ сход-

ство съ острымъ ревматизмомъ. У такихъ беременныхъ въ половыхъ органахъ и въ мочевомъ каналѣ находятъ обыкновенно болѣе или менѣе рѣзко выраженные признаки гонорреи. Обыкновенно заболѣваніе суставовъ обнаруживается постепенно. Наичаще появляется опухоль въ колѣнномъ суставѣ, сопровождающаяся тупыми болями и припухлость, зависящая отъ скопленія въ суставѣ жидкости, hydrarthrosis.

Въ другихъ случаяхъ въ началѣ болѣзнь имѣеть острый характеръ; сразу поражаются нѣсколько суставовъ, въ которыхъ обнаруживается припухлость и сильная болѣзненность, не позволяющая никакихъ движеній въ заболѣвшихъ конечностяхъ. Когда проходитъ острое состояніе, хроническое воспаление иногда остается въ какомъ-либо одномъ суставѣ нижней или верхней конечности. Разрѣшеніе наступаетъ медленно, въ рѣдкихъ случаяхъ образуется анкилозъ. Даже въ началѣ болѣзни, въ отличіе отъ обыкновеннаго остраго ревматизма, воспалительный процессъ не захватываетъ большого количества суставовъ и не переходитъ съ одного сустава на другой. Этимъ также гонорройный артритъ отличается отъ обыкновеннаго ревматизма, которымъ въ исключительныхъ случаяхъ можетъ также заболѣть беременная.

Лѣченіе. Въ противоположность обыкновенному ревматизму, салициловые препараты остаются безъ дѣствія; тѣмъ болѣе, что врачу слѣдуетъ быть осторожнымъ при назначеніи этихъ средствъ у беременныхъ. Наичаще, при arthritis gonorrhoeica, назначается во время беременности хлораль-гидратъ, антипиринъ и въ небольшихъ дозахъ хининъ, а также опій и морфій. Одновременно слѣдуетъ лѣчить проявленія гонорреи въ половыхъ органахъ. При хроническомъ заболѣваніи одного сочлененія, примѣняется неподвижная повязка и другія мѣстныя средства, въ исключительныхъ случаяхъ хирургическія пособія.

2. *Чрезмѣрное расслабленіе и воспаленіе тазовыхъ сочлененій у беременныхъ.*

Этіологія. Какъ извѣстно, въ послѣдніе мѣсяцы беременности сочлененія таза, подъ вліяніемъ гипереміи, дѣлаются податливѣе и пріобрѣтають нѣкоторую подвижность.

Если изслѣдовать женщину незадолго до родовъ въ стоячемъ положеніи, ощупывая указательнымъ пальцемъ чрезъ влагалище лонное соединеніе и заставляя беременную попеременно поднимать ногу, нерѣдко можно убѣдиться въ небольшой подвижности костей на мѣстѣ symphisis.

Симптомы и теченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, подъ вліяніемъ причинъ намъ неизвѣстныхъ, эта подвижность бываетъ болѣе значительно выражена въ суставахъ таза; при хожденіи ощущается боль, скоро проходящая при кофѣ и лежаніи въ постели. Иногда боли переходятъ на нижнюю часть живота, ягодицы, на паха и бедра. Онѣ усиливаются при надавливаніи пальцемъ на лонное соединеніе, или же на подвздошно-крестцовыя сочлененія чрезъ влагалище и кишку. Въ рѣдкихъ слу-

чаяхъ боли бывають настолькоъ сильны, что беременная не въ состояніи сдѣлать ни малѣйшаго движенія. Иногда въ лонномъ сочлененіи при движеніи ощущается хрустѣніе.

Воспаленіе тазовыхъ сочлененій, которое наичаще обнаруживается въ послѣдніе мѣсяцы беременности, обыкновенно продолжается до окончанія родовъ, послѣ которыхъ иногда наступаетъ быстрое улучшеніе, хотя это бываетъ не всегда. Однако только въ исключительныхъ случаяхъ болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе.

Лѣченіе. При сильныхъ боляхъ, вызываемыхъ движеніемъ въ тазовыхъ сочлененіяхъ, беременная должна оставаться въ постели. Внутри назначаютъ въ умѣренныхъ дозахъ антипиринъ, салипиринъ и наркотическія средства. По окончаніи родовъ, если болѣзнь сама не уступаетъ, слѣдуетъ вокругъ таза наложить обыкновенный бинтъ или спеціально приготовленную циркулярную повязку.

Глава 12.

Нервные болѣзни у беременныхъ.

1. *Истерія*, hysteria.

Симптомы и теченіе. Это разстройство нервной системы довольно часто встрѣчается у беременныхъ; въ рѣдкихъ случаяхъ hysteria проявляется даже въ первый разъ во время беременности. У большинства истеричныхъ женщинъ подъ вліяніемъ беременности болѣзнь усиливается. Наичаще приходится наблюдать легкую форму въ видѣ плача, спазмовъ, подергиваній и проч. Рѣже встрѣчается такъ называемая hysteria major, иначе hysterо-epilepsia, сопровождающаяся криками, обмороками, конвульсіями и бредомъ. Часто уже въ началѣ беременности обнаруживается по временамъ ощущеніе слабости и потери сознанія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ настоящіе обмороки съ прекращеніемъ дыханія и при слабости пульса. Leonard наичаще наблюдалъ истерію во время беременности, при явленіяхъ анеміи.

Кромѣ конвульсій, во время беременности истерія можетъ обнаруживаться различными припадками, именно—упорною рвотой, слюнотеченіемъ, спазмомъ пищевода, гиперестезіею въ области яичника, упорнымъ кашлемъ чисто нервнаго характера, гемиплегіей, параллегіей, потерю голоса, утратою чувствительности наружныхъ покрововъ въ какой-либо области тѣла, различнаго рода маноманіями, каталепсіей и пр.

Встрѣчаются рѣдкіе случаи, въ которыхъ на время беременности истерическіе припадки исчезаютъ. Роды у истерическихъ женщинъ большею частію сопровождаются сильными болями, криками и сильнымъ безпокойствомъ роженицы, почему нерѣдко приходится примѣнять хлороформъ. Такія роженицы легко поддаются гипнозу и впадаютъ иногда

даже въ летаргическое состояніе и катаlepsію; но обыкновенно, при сильныхъ родовыхъ боляхъ, легко просыпаются.

Распознаваніе. Далеко не во всѣхъ случаяхъ легко распознать истерію во время беременности. Въ особенности легко ошибиться, при существованіи параличныхъ явленій, въ опредѣленіи характера болѣзни. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ обращать вниманіе на разстройство чувствительности, которая проявляется у истеричныхъ въ видѣ анестезіи, или гиперестезіи, далѣе нужно обращать вниманіе на существованіе констриктуръ, разстройства отправленій органовъ чувствъ, на присутствіе мѣстъ на поверхности тѣла, при дѣйствіи на которыя вызываются истерическія судороги, zones hysterogènes.

Предсказаніе. Только рѣзко выраженные и частые приступы hysterolepticsae могутъ представлять опасность для правильнаго теченія беременности.

Лѣченіе. Кромѣ обычныхъ пособій, которыя приходится подавать истерической женщинѣ при спазмахъ и обморокѣ, не слѣдуетъ упускать изъ виду общее лѣченіе этой болѣзни; съ этою цѣлью обыкновенно назначаютъ kalium bromatum и гидropатическое лѣченіе, наичаще въ видѣ тепловатыхъ ваннъ; такъ какъ холодныя души не безопасны для здоровья беременныхъ.

2. *Витова пляска, chorea gravidarum.*

Этіологія. Эта болѣзнь встрѣчается рѣдко у беременныхъ. Къ появленію этихъ судорогъ во время беременности расположены въ особенности женщины, перенесшія chorea въ дѣтскомъ возрастѣ, а также истерическіе или невралгическіе субъекты. Ближайшею причиною обыкновенно бываетъ испугъ, гнѣвъ и душевныя потрясенія. Наичаще болѣзнь появляется у женщинъ беременныхъ въ первый разъ.

Симптомы и теченіе. У беременныхъ встрѣчаются двѣ формы этой болѣзни—обыкновенная, иначе ревматическая, и истерическая. Первая развивается вообще постепенно, вторая появляется рѣзкими припадками сразу, наичаще послѣ душевнаго потрясенія беременной, обнаруживавшей до этого различныя симптомы истеріи. Припадки, сопровождающіе Витову пляску беременныхъ, ничѣмъ не отличаются отъ однородныхъ явленій, замѣчаемыхъ при этой болѣзни въ дѣтскомъ возрастѣ. Тѣ же безпорядочныя подергиванія, не зависящія отъ воли больной, быстрыя движенія головы, шеи, подергиванія лица, конечностей и разныхъ мышцъ тѣла. Иногда бываетъ затруднено глотаніе, больныя въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже не въ состояніи ходить. Конвульсіи усиливаются при душевномъ волненіи и усиліяхъ, дѣлаемыхъ больными. Мышцы, сокращающіяся помимо воли, находятся отчасти въ состояніи пареза. Сапп въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдалъ параличи и развитіе маніи. Только во время сна конвульсіи успокоиваются.

Во время родовъ хореическія судороги чрезвычайно усиливаются. По окончаніи родовъ болѣзнь проходитъ не сразу, обыкновенно она про-

долгается еще нѣсколько недѣль, даже цѣлые мѣсяцы. Нерѣдко хорея оканчивается смертью. Въ такихъ случаяхъ у беременной конвульсія усиливаются, развивается сильное малокровіе, упадокъ питанія, ослабѣваетъ память, является сбивчивость въ мысляхъ, бредъ и динамическія явленія.

Предсказаніе. Смертность достигаетъ 22%. На теченіе беременности chorea обнаруживаетъ также нерѣдко неблагоприятное вліяніе; въ 35% всѣхъ случаевъ послѣдовало преждевременное родоразрѣшеніе, наичаще выкидышъ.

Kemper наблюдалъ случай chorea у беременной, который окончился летально черезъ 5 недѣль. Buist собралъ 255 случаевъ этой болѣзни, изъ коихъ 66—страдали chorea раньше беременности, въ 108 случаяхъ болѣзнь началась въ первые мѣсяцы, 70—въ срединѣ беременности и 25 разъ въ послѣдніе 3 мѣсяца, 15 разъ послѣ родовъ. Смертность 17,5%; 61 больная выздоровѣла до родовъ, 91—послѣ родовъ, 7 случаевъ перешли въ хроническое состояніе.

Лѣченіе. Хорошая пища, уходъ и вполне гигиеническая обстановка съ самаго начала болѣзни имѣютъ важное значеніе. Внутри наичаще назначаютъ хлораль-гидратъ, антипиринъ, а также мышьякъ. При истерической формѣ благоприятное вліяніе оказываетъ kali bromatum. Съ цѣлью уменьшить конвульсія назначаютъ hyoscyaminum muriaticum по 0,001—0,002 въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній. Съ этою цѣлью примѣняются также теплыя общія ванны, рѣже холодныя души на позвоночникъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ не слѣдуетъ останавливаться предъ вызываніемъ выкидыша, или преждевременныхъ родовъ.

Wasseige вызывалъ преждевременные роды. Въ случаѣ, описанномъ Volguardsen'омъ, состояніе беременной, одержимой chorea, улучшилось послѣ расширенія канала шейки.

3. Невралгіи у беременныхъ.

Ихъ наблюдаютъ очень часто во время беременности въ различныхъ областяхъ тѣла. Въ большинствѣ случаевъ невралгіи не имѣютъ непосредственнаго отношенія къ беременности. Однако между ними встрѣчаются формы, находящіяся въ нѣкоторой зависимости отъ беременности. Къ числу ихъ должно отнести neuralgia lumbo-abdominalis, scurialis et ischiadica, иначе ischias.

Neuralgia lumbo-abdominalis обнаруживается постепенно тупыми болями въ правой или лѣвой чресленной области, а также въ боковой части живота по направленію къ паху. Боль усиливается при движеніи, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ беременная съ трудомъ поворачивается въ постели. Въ области, гдѣ ощущается постоянная боль, при внимательномъ изслѣдованіи, можно найти болевая точки Valleix'a; при этомъ можно также убѣдиться, что боль именно ощущается въ кожѣ, а не въ глубинѣ живота, или таза. Для этого нужно захватить на мѣстѣ боли складку кожи, слегка сдавливая и приподнимая ее.

Рѣже встрѣчается neuralgia scurialis, при которой усиливающаяся

при движеніи боль ощущается въ передней и внутренней части бедра. Сѣдалищная невралгія, *ischias*, развивается постепенно иногда въ обѣихъ ногахъ, но обыкновенно въ одной конечности бываетъ выражена сильнѣе. Боль ощущается въ ягодичной области, или же на всемъ протяженіи въ задней части нижней конечности. Большею частію эта невралгія появляется въ послѣдніе мѣсяцы беременности и зависитъ отъ растяженія широкихъ связокъ, отчасти отъ надавливанія беременною маткою на нервныя сплетенія, находящіяся въ тазу и вѣроятно отъ расширенія нѣкоторыхъ венъ. Обыкновенно послѣ родовъ всѣ эти невралгіи исчезаютъ безъ всякаго лѣченія.

4. *Болѣзненные судороги въ нижнихъ конечностяхъ.*

Этіологія и симптомы. Судороги эти встрѣчаются обыкновенно въ концѣ беременности и нерѣдко также обнаруживаются во время родовъ. Онѣ появляются не только при стояннн, но также и въ то время, когда лежитъ беременная. Сперва ощущается въ конечностяхъ онѣмленіе, наичаще на внутренней поверхности бедра и задней части голени, затѣмъ появляются сильныя боли, причемъ сокращающіяся мышцы образуютъ выступы. Такіе мышечные спазмы держатся только короткое время, но повторяются по нѣсколько разъ днемъ и ночью. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ на нижнихъ конечностяхъ замѣчаютъ венозныя расширенія.

Лѣченіе во время приступовъ заключается въ массированн и растиранн ноги. Назначаютъ также наркотическія мази, преимущественно съ хлороформомъ, рѣже холодныя примочки на мѣсто спазма. Теплыя общія ванны значительно уменьшаютъ частоту появленнн этихъ спазматическихъ сокращенн.

5. *Базедова болѣзнь, morbus Basedowii.*

Въ послѣднее время это заболѣванн относятъ къ числу трофическихъ и сосудодвигательныхъ невродовъ. Оно представляетъ, какъ извѣстно, совокупность трехъ симптомовъ—выпячиванн глазъ, образованн зоба и чрезмѣрно ускоренное бнненн сердца. Болѣзнь, рѣдко встрѣчающаяся во время беременности, большею частію ухудшается значительно при этомъ состоянн; тѣмъ болѣе, что одновременно съ нею у беременной иногда существуютъ другія разстройтва, большею частію истерическаго характера, иногда появляется также альбуминурія. Подъ вліяніемъ родовъ припадкн болѣзни могутъ значительно усилиться.

Лѣченн во время беременности примѣняется обычное. Пользу приноситъ примѣненн прерывистаго тока на шеѣ, возлѣ глазныхъ орбитъ и на область сердца. Гидротерапія также во многихъ случаяхъ вполне умѣстна. Несмотря на лѣченн, иногда сердцебнненн, удушье, отеки могутъ достигнуть такой степени, что необходимо для спасенн больной прибѣгнуть къ вызыванн искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

6. *Tetania* встрѣчается крайне рѣдко у беременныхъ. Причина болѣзни намъ неизвѣстна. Врядъ ли основателенъ взглядъ Thomas'a, ко-

торый находить связь между тетаніей и маточными сокращеніями. Ничѣмъ не доказано также предположеніе Neumann'a относительно увеличенія *gl. thyreoideae*, какъ ближайшей причины тетаніи. Она появляется на первой или второй половинѣ беременности приступами болѣзненныхъ тоническихъ мышечныхъ сокращеній. Обыкновенно сперва поражаются верхнія, затѣмъ нижнія конечности. Появленію приступа предшествуетъ ползанье мурашекъ и онѣмѣніе въ членѣ. Затѣмъ обнаруживается сопровождающееся болями напряженіе въ мышцахъ конечностей; ручная кисть и стопа пригибается, пальцы складываются конусообразно или прижимаются. Приступъ продолжается иногда нѣсколько минутъ, въ другихъ случаяхъ онъ длится цѣлые часы. Равнымъ образомъ свѣтлые промежутки между нѣсколькими приступами имѣютъ неодинаковую продолжительность. Почти во всѣхъ случаяхъ наступаетъ выздоровленіе въ послѣродовомъ періодѣ, рѣже до родовъ.

Лѣченіе заключается въ приставленіи сухихъ банокъ къ позвоночнику, втираніи наркотическихъ мазей въ конечности и въ назначеніи внутрь препаратовъ брома, наичаще *kalii bromati*, съ прибавленіемъ хлорлагидрата.

Д. Болѣзни, зависящія отъ беременности.

Глава 13.

Болѣзни пищеварительныхъ органовъ.

1. *Зубная боль у беременныхъ, odontalgia.*

Этіологія. Зубная боль у беременныхъ встрѣчается очень часто. Причиною ея бываетъ наичаще *caries dentis*, гораздо рѣже это страданіе представляетъ настоящую невралгію. Частое пораженіе зубовъ костоѣдою во время беременности объясняется вліяніемъ этого состоянія на общее питаніе организма и въ частности на органы пищеваренія.

Симптомы и теченіе болѣзни. Зубная боль часто представляетъ крайне мучительное и упорное страданіе беременной. Безъ надлежащей помощи, сильныя боли невралгическаго характера нерѣдко могутъ длиться непрерывно цѣлые дни, лишая больную сна и отдыха.

Лѣченіе. При боляхъ въ каріозномъ зубѣ слѣдуетъ умертвить нервъ, а затѣмъ положить пломбу. За этимъ больная должна обращаться къ дентисту. Когда такое лѣченіе не прекращаетъ боли, или же его невозможно примѣнить,—больная не должна откладывать вырваніе одного или нѣсколькихъ зубовъ, что слѣдуетъ дѣлать лучше всего подъ наркозомъ. Обыкновенно эта маленькая операція на теченіе беременности вліянія не оказываетъ.

При настоящей невралгіи верхней или нижней челюсти, наичаще

назначаютъ хининъ съ антипириномъ или kal. bromatum съ хлораломъ. Нѣкоторые очень рекомендуютъ crotonchloralhydratum по 0,6 на приемъ 1 разъ въ день въ сахарной водѣ. Иногда приходится прибѣгать къ приставленію мушекъ и примѣненію прерывистаго тока.

2. Слюнотеченіе у беременныхъ, ptyalismus.

Этіологія. Это осложненіе рѣдко достигаетъ значительной степени. Порѣдко беременная одновременно со слюнотеченіемъ страдаетъ также и рвотою. Слюнотеченіе встрѣчается обыкновенно у женщинъ нервныхъ, съ плохимъ питаніемъ, у которыхъ одновременно существуютъ нѣкоторые признаки истеріи.

Симптомы и теченіе болѣзни. Болѣзнь начинается наичаще въ первые мѣсяцы и, постепенно усиливаясь, представляетъ иногда довольно тягостные симптомы. Изъ рта больной постоянно вытекаетъ слюна, количество которой доходитъ до 1—2 литровъ въ сутки. Слюнотеченіе мѣшаетъ больной говорить, лишаетъ ее аппетита, такъ какъ вкусъ выделяющейся слюны крайне противенъ для беременной. Жажда обыкновенно усилена. Съ теченіемъ времени развиваются исхуданіе и малокровіе. Только во время сна отдѣленіе слюны прекращается. Языкъ сильно обложенъ, слизистая оболочка рта имѣетъ нормальный видъ, но область слюнныхъ и подъязычныхъ железъ обнаруживаетъ замѣтное припуханіе. Иногда нѣсколько затруднено глотаніе. Отдѣляющаяся слюна представляетъ довольно прозрачную, свѣтлую жидкость.

Часто слюнотеченіе прекращается уже вскорѣ послѣ появленія шевеленія плода, въ другихъ случаяхъ оно только уменьшается къ концу беременности. Совершенное прекращеніе слюнотеченія происходитъ послѣ родовъ.

Лѣченіе. Наиболѣе полезнымъ средствомъ оказывается kalium bromatum въ умѣренныхъ дозахъ. Дѣйствіе пилокарпина, въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній, рѣдко оказываетъ пользу. Обыкновенно назначаемыя при этой болѣзни различныя полосканія рта мало облегчаютъ больныхъ.

3. Воспаленіе десенъ у беременныхъ, gingivitis.

Этіологія и симптомы болѣзни. Наичаще это заболѣваніе десенъ наблюдается у многоорожавшихъ, у которыхъ уже раньше, до начала беременности, полость рта была не совсѣмъ здорова. Рѣдко воспаленіе десенъ появляется у субъектовъ, у которыхъ зубы здоровы и которые слѣдятъ за сохраненіемъ чистоты полости рта. Во всякомъ случаѣ это разстройство скорѣе всего объясняется вліяніемъ беременности на органы пищеваренія.

Преимущественно десны переднихъ зубовъ представляются покраснѣвшими, значительно припухшими, съ выступающими краями. При легкомъ дотрагиваніи онѣ кровоточатъ. При значительной степени воспаленія десенъ, зубы начинаютъ шататься и для больной становится затруднительнымъ пережевываніе пищи. Болѣзнь начинается около поло-

вины беременности и проходитъ, только спустя нѣкоторое время послѣ родовъ. У кормилицъ она держится особенно долго.

Лѣченіе. Необходимо предписать тщательный уходъ за полостью рта,—употребленіе зубного порошка, мягкой щетки и ароматныхъ, слегка вяжущихъ полосканій. Въ тяжелыхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ смазыванію десенъ *tinct. jodi cum tinct. gallar.*

4. *Неукротимая рвота у беременных, hyperemesis gravidarum.*

Этіологія. Эта болѣзнь представляетъ крайне тягостное и опасное состояніе, при которомъ, вслѣдствіе часто повторяющейся рвоты, постепенно развивается сильный упадокъ силъ и глубоко нарушается питаніе организма. Неукротимая рвота обнаруживается наичаще въ первые два мѣсяца беременности, гораздо рѣже позже, обыкновенно до появленія движенія плода. Только въ исключительныхъ случаяхъ она встрѣчается на второй половинѣ беременности. Она бываетъ какъ у беременныхъ въ первый разъ, такъ и у женщинъ уже рожавшихъ.

Многіе врачи, писавшіе объ этой болѣзни, объясняли различнымъ образомъ ея возникновеніе. Наблюдая достаточное число беременныхъ съ неукротимою рвотой, нельзя не замѣтить, что большинство такихъ больныхъ обладаютъ ненормальною нервною системою, именно представляютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженныя явленія истеріи или неврастеніи. Иногда непосредственно предъ появленіемъ беременности, или же вскорѣ послѣ зачатія, на организмъ больной оказывали дѣйствіе въ теченіе нѣкотораго времени ослабляющія вліянія—случайная болѣзнь, душевное потрясеніе и проч., вслѣдствіе чего, конечно, болѣе или менѣе разстраивалась нервная система больной. Во многихъ случаяхъ у такихъ беременныхъ одновременно съ упорною рвотой обнаруживаются явленія истеріи—мѣстныя анестезіи, вагинизмъ, расстройство зрѣнія и проч.

Вообще мы имѣемъ вполне достаточныя основанія признавать, что въ большинствѣ случаевъ ослабленіе нервной системы истерическаго характера предрасполагаетъ къ этой болѣзни. Подобнаго мнѣнія держатся Eulenburg, Kaltenbach, Frank и многіе другіе врачи, писавшіе объ этой болѣзни. Хотя, съ другой стороны, есть немало врачей, производящихъ неукротимую рвоту отъ различныхъ патологическихъ состояній беременной матки. Мнѣніе, высказываемое нѣкоторыми, будто бы *hyperemesis grav.* обусловливается самоотравленіемъ организма беременной, представляетъ гипотезу, не имѣющую солидныхъ основаній. Конечно ближайшею причиною является сама беременность, причемъ наичаще въ половыхъ органахъ, а также въ самомъ развивающемся въ маткѣ яйцѣ, не замѣчается ничего ненормальнаго. Внутренняя поверхность матки во время беременности подвергается извѣстному раздраженію, а стѣнки матки и ея серозный покровъ претерпѣваетъ болѣе или менѣе значительное растяженіе. Эти раздраженія, при посредствѣ симпатическихъ нервовъ, образующихъ анастомозы съ *n. vagus*,

передаются на желудокъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ причиною неукротимой рвоты является тяжелое заболѣваніе брюшины или пищеварительныхъ органовъ,—ракъ желудка, круглая язва, желчные камни, ракъ печени, бугорчатое воспаленіе брюшины и проч. Такое же вліяніе оказываютъ болѣзни почекъ—воспаленіе, камни и пр.

Обыкновенно же существовавшія до беременности въ этихъ областяхъ и органахъ незначительныя разстройства наичаще имѣютъ значеніе причинъ предрасполагающихъ. То же самое можно сказать относительно патологическихъ явленій въ половомъ аппаратѣ. Различныя виды смѣщенія матки, не сопровождающіяся ущемленіемъ, гипертрофія шейки, пузырьчатый занозъ, двойни, чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости, metritis chr., endometritis, слѣды perimetritis и проч.—также имѣютъ только значеніе предрасполагающихъ моментовъ; такъ какъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ существованіе этихъ осложненій само по себѣ не вызываетъ неукротимой рвоты у беременныхъ.

Я видѣлъ неукротимую рвоту у беременной, у которой было туберкулезное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Ногданъ наблюдалъ это явленіе при болѣзни мозга.

Симптомы и теченіе болѣзни. Вполнѣ цѣлесообразно различать три періода въ теченіе этой болѣзни. Первый періодъ начинается извращеніемъ вкуса, тошнотою и появленіемъ рвоты послѣ приема пищи или питья. Часть пищи еще удерживается въ желудкѣ, и большая обыкновенно остается на ногахъ. Постепенно гастрическія явленія усиливаются; постоянная тошнота и лишеніе пищи, не переносимой желудкомъ, въ короткое время такъ ослабляютъ больныхъ, что послѣднія не имѣютъ силъ оставить постель. Всякая попытка поднять голову или стать на ноги вызываетъ крайне тягостное головокруженіе и тошноту.

Во второмъ періодѣ приступы рвоты усиливаются, доходятъ иногда до 20—30 разъ и болѣе въ сутки и не останавливаются ночью. Рвота появляется даже при пустомъ желудкѣ. Сперва выбрасываемое содержимое желудка представляетъ остатки пищи, но затѣмъ оно состоитъ только изъ водянистой жидкости, къ которой примѣшиваются слизь, желчь, иногда даже кровь. Однако крайне рѣдко дѣло доходитъ до рвоты кровью. Къ этому присоединяется упорный запоръ, развивается сильное исхуданіе, лицо становится блѣднымъ, часто съ желтоватымъ оттѣнкомъ, и получаетъ страдальческое выраженіе, глаза сильно западаютъ.

Пульсъ ускоряется и доходитъ до 100—120 въ минуту, языкъ дѣлается краснымъ и сухимъ, появляется сильная жажда. Всякая пища внушаетъ отвращеніе, надавливаніе подъ ложечкой причиняетъ боль. Изъ рта появляется дурной запахъ, иногда къ вечеру бываетъ легкое повышеніе температуры. Моча густая, въ небольшомъ количествѣ, содержитъ бѣлокъ, иногда также цилиндры. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляются сильныя боли въ периферическихъ нервахъ, зависящія, по всей вѣроятности, отъ накопленія въ крови особыхъ токсиновъ. Исто-

щеніе и исхуданіе идетъ быстрыми шагами впередъ. Ежедневно беременная теряетъ въ вѣсѣ отъ 150—500 gm. Этотъ періодъ обыкновенно продолжается нѣсколько недѣль.

Когда выздоровленіе не наступаетъ и болѣзнь переходитъ въ третій періодъ, состояніе больной обыкновенно дѣлается безнадежнымъ. Къ вышеописаннымъ явленіямъ присоединяется повышение температуры, сухость кожи, сильныя головныя боли и бредъ. Пульсъ еще болѣе учащается, иногда до 140 ударовъ въ минуту. При крайнемъ истощеніи организма, появляются мозговые симптомы, больная впадаетъ въ коматозное состояніе, причемъ рвота иногда прекращается, беременная погибаетъ отъ маразма, если не присоединяется какая-нибудь случайная болѣзнь. Продолжается этотъ періодъ не болѣе 3—10 дней. Вообще же продолжительность всей болѣзни колеблется отъ 1½ до 3 мѣсяцевъ. Выздоровленіе чаще наступаетъ во второмъ періодѣ болѣзни, часто самопроизвольно, иногда подъ вліяніемъ психическихъ мотивовъ. Смерть зародыша не всегда оказываетъ благопріятное вліяніе на теченіе болѣзни.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у такихъ беременных еще въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, послѣ прекращенія рвоты, остается истерическое состояніе, ослабленіе памяти и другія психическія ненормальности. Къ числу послѣдствій упорной рвоты вс время беременности относится также polyneuritis, который нѣсколько разъ мнѣ случалось наблюдать. Подобное же заболѣваніе недавно описали Соловьевъ и Stembo.

Распознаваніе не представляетъ трудностей. Чрезвычайно важно опредѣлить въ каждомъ случаѣ неукротимой рвоты, нѣтъ ли въ организмѣ больной, кромѣ беременности, патологическихъ процессовъ, которые могутъ служить ближайшею причиною неукротимой рвоты. Почему, кромѣ распознаванія беременности, необходимо внимательное и подробное изслѣдованіе организма больной.

Предсказаніе. Статистическія данныя, приводимыя французскимъ врачомъ Guéniot, показываютъ, что изъ 118 случаевъ неукротимой рвоты беременныхъ 46 случаевъ окончились смертью и 72—выздоровленіемъ. Въ 18 случаяхъ наступилъ летальный исходъ даже послѣ выкидыша, который въ этихъ случаяхъ, повидимому, послѣдовалъ, или былъ вызванъ, слишкомъ поздно. Въ третьемъ періодѣ болѣзни врядъ ли возможно выздоровленіе. Тяжелое или неизлѣчимое заболѣваніе какого-либо органа, конечно, дѣлаетъ предсказаніе сомнительнымъ или безнадежнымъ. Когда ближайшею причиною неукротимой рвоты является беременность, въ большинствѣ случаевъ, при рациональномъ лѣченіи и своевременномъ пособіи, удается спасти больную. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, вслѣдствіе сильнаго истощенія, у такихъ больныхъ развивается тяжелая форма polyneuritis.

Лѣченіе. При появленіи упорной рвоты у беременной, необходимо обратить вниманіе на діету и гигиеническое содержаніе больной. Слѣдуетъ совѣтовать ей лежать въ постели или на кушеткѣ; лѣтомъ не-

обходимо подольше оставаться на открытомъ воздухѣ, зимою нужно заботиться о чистотѣ воздуха въ комнатахъ. Капризный аппетитъ больной слѣдуетъ удовлетворять въ такой мѣрѣ и такими блюдами, которыя не могутъ причинить вредъ ея здоровью. Коль скоро желудокъ не переноситъ обыкновенныхъ приемовъ пищи, нужно ограничиться только жидкостями холодными, или замороженными, въ небольшомъ количествѣ. Можно давать чрезъ $\frac{1}{2}$ часа столовую ложку цѣльнаго молока, или разведеннаго на половину водой Vichy или Зельтерской. Кусочки льда, шипучія воды, замороженное шампанское, глотками холодный черный кофе, а также застуженный бульонъ вполне умѣстны въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Иногда лучше переносится жидкій горячій чай, легкій куриный бульонъ, слабый пуншъ и проч. Одновременно полезно назначать полосканіе рта слабымъ растворомъ соды или *kalii chlorici*.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда желудокъ вовсе не принимаетъ пищи даже небольшими порціями, для поддержанія силъ больной слѣдуетъ перейти къ назначенію питательныхъ клистировъ. Наичаще они дѣлаются изъ крѣпкаго мясного отвара, съ однимъ желткомъ и столовой ложкою вина. Для облегченія всасыванія слѣдуетъ прибавлять немного соли и чайную ложку мелкаго сахару. Количество жидкости для одного клистира не должно превышать 120—150 gm., температура ея не должна быть менѣе 37° C., иначе клистиръ не удерживается въ прямой кишкѣ. Въ сутки можно ставить не болѣе 3 или, самое большее, 4 такихъ клистировъ.

Иногда мы назначали въ клистирѣ отваръ кофе съ прибавленіемъ молока и немного коньяку. При сильной раздражительности прямой кишки, можно прибавить на клистиръ 4—5 капель *tinct. opii sicc.* Другіе врачи назначаютъ питательные клистиры изъ пептона, изъ лишенной фибрина крови, рубленой говядины съ поджелудочною железой и проч.

Одновременно со стараніемъ поддержать силы больной, вполне умѣстно примѣнять внутреннія и наружныя средства для уменьшенія рефлекторныхъ явленій, вызываемыхъ въ данномъ случаѣ беременною маткой. Съ этою цѣлью внутрь назначается въ небольшихъ приемахъ (по 0,005), но часто, *sosainum muriat.* или *codeinum purum*, *amygdalimum* въ миндальной эмульси, хлороформъ по 2—5 gtt. *pro dosi*, гофманскія капли и *tinct. valerianae aether.* въ сахарной водѣ или слизистомъ отварѣ. Въ послѣднее время хвалятъ *menthol* по 0,06—0,1 *pro dosi*. Когда эти медикаменты не переносятся, можно назначить небольшіе клистиры изъ раствора *kalii bromati*, не менѣе 1,0—2,0 *pro dosi*, а также наркотическій клистиръ изъ опиума или хлоралгидрата; послѣдняго берутъ 1,0 *pro dosi*. Иногда приходится прибѣгать къ подкожнымъ впрыскиваніямъ въ область желудка морфія или кодеина.

Изъ другихъ средствъ, уменьшающихъ рефлекторную дѣятельность, слѣдуетъ упомянуть о смазываніи зѣва 5% растворомъ *sosaini*

miriaticі предъ употребленіемъ пищи, о пульверизаціи ээиромъ желудочной области, о примѣненіи прерывистаго или слабого постоянного тока на это мѣсто и на шейную часть позвоночника, горячихъ душей на поясничную область, а также о прикладываніи ледяного мѣшка Charman'a на позвоночникъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ благотворно дѣйствуютъ общія теплыя ванны 27—28° R. То же самое можно сказать о вдыханіи кислорода въ значительномъ количествѣ.

Кромѣ противосудорожныхъ средствъ, врачи эмпирически назначаютъ значительное число лѣкарствъ, уменьшающихъ броженіе въ желудкѣ и такимъ образомъ вліяющимъ на рвоту. Къ числу такихъ средствъ слѣдуетъ отнести ртутные препараты, въ особенности каломель, *tinct. jodi*, таннинъ, *tinct. nucis vomici*, *resorcium purum* и столь часто назначаемый *segium oxalicum*. Иногда эти средства оказываются дѣйствительно полезными. Рекомендованный недавно *ogexinum basicum*, повидимому, помогаетъ далеко не во всѣхъ случаяхъ. Употребленіе слабительныхъ и разрѣшающихъ средствъ умѣстно только при надлежащихъ показаніяхъ.

Что касается мѣстнаго лѣченія, то слѣдуетъ, по возможности, устранить всѣ ненормальности въ маткѣ. При смѣщеніи матки кзади, необходимо исправить ея положеніе, при язвахъ на влагалищной части слѣдуетъ примѣнять употребленіе вяжущихъ или прижигающихъ средствъ и проч. Распиреніе канала шейки и внутренняго зѣва, предложенное Сорепан'омъ, обыкновенно не дѣйствительно. Весьма возможно, что мѣстное лѣченіе вообще дѣйствуетъ главнымъ образомъ чрезъ внушеніе. Извѣстны случаи, когда пере мѣна мѣстожительства или внушеніе при посредствѣ гипноза прекращали рвоту.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда никакія средства не помогаютъ, а въ то же время истощеніе больной усиливается и угрожаютъ явленія инаниціи, остается прибѣгнуть *ex consilio* къ искусственному аборту. Такимъ образомъ нерѣдко удается спасти жизнь больной цѣною прекращенія ея беременности.

Въ послѣднее время были предложены еще другія средства для лѣченія этой болѣзни. Theilhaber совѣтуетъ держать больную въ темной комнатѣ. Meder и Keil—удалить ее изъ семьи. Keil, Kaltenbach и Curbet съ успѣхомъ примѣняли выкачиваніе желудка; Günther—постоянный токъ силою 5 МА; К. на позвоночникъ въ грудной части, А. на шейку матки. Vonpefin видѣлъ пользу отъ гальванизаціи *p. vagi*, при чемъ онъ прикладывалъ оба электрода между прикрѣпленіями *m. sternocleido mast.* Gautier въ 20 случаяхъ при неукротимой рвотѣ дѣйствовалъ постояннымъ токомъ на *p. pneumogastricus*, помѣщая +Е выше ключицы, а—Е на животъ въ области пупка. Tuszkai совѣтуетъ теплыя припарки или ледъ на животъ, одновременно теплыя впрыскиванія во влагалище и большіе приемы опія. Constein видѣлъ успѣхъ отъ *kali bromat.* Gottschalk—отъ ментола, 1 : 200 по столовой ложкѣ. Morti и Phillips хвалятъ кокаинъ. Choteau примѣнялъ съ успѣхомъ гипнозъ. Rossa испыталъ многія общеупотребительныя средства, дѣйствіе ихъ оказалось невѣрнымъ.

5. Желтуха у беременныхъ, *icterus gravidarum*, и желчныя камни.

Этіологія. Желтуха у беременныхъ встрѣчается рѣдко, но сравни-

тельно часто принимаетъ характеръ серьезной и даже злокачественной болѣзни. Ближайшими причинами желтухи беременныхъ слѣдуетъ признать: 1) Припуханіе слизистой оболочки желчныхъ протоковъ и закупорка слизью ductus choledochus, при катаррѣ двенадцатиперстной кишки. 2) Желчные камни въ этихъ каналахъ, препятствующіе выдѣленію желчи. Беременность вообще располагаетъ къ отложенію осадковъ въ желчныхъ путяхъ, хотя печеночныя колики, вслѣдствіе прохожденія камней, у беременныхъ наблюдаются рѣдко. 3) Описаны случаи желтухи у беременныхъ, развившейся вслѣдствіе нервнаго вліянія, именно послѣ душевныхъ потрясеній. 4) Нѣкоторые авторы полагаютъ, что давление дна беременной матки и переполненной colon transversum на нижнюю поверхность печени и на желчный пузырь можетъ нарушить прохожденіе желчи, задерживать ее въ печени и способствовать ея непосредственному поступленію въ кровь. 5) Въ злокачественныхъ формахъ желтухи, извѣстныхъ подъ именемъ icterus gravis, которыя наблюдаются у беременныхъ спорадически, рѣже какъ эпидемическое заболѣваніе, болѣзнь имѣетъ вѣроятно инфекціонный характеръ. Инфекція происходитъ, по видимому, посредствомъ *bact. coli comm.*, которая переходитъ изъ кишечнаго канала и размножается въ печеночной ткани, въ крови и во внутреннихъ органахъ, приобрѣтая патогенныя свойства, при условіяхъ намъ неизвѣстныхъ. 6) Беременные чрезвычайно расположены къ заболѣванію желтухой, при эпидемическомъ появленіи этой болѣзни въ извѣстной мѣстности. По статистикѣ, приведенной Thierfelder'омъ, изъ 142 заболѣваній болѣе 70 были наблюдаемы у женщинъ; изъ нихъ 30 были беременныя и 3—родильницы. 7) При отравленіи фосфоромъ у беременныхъ также были наблюдаемы симптомы, свойственные icterus gravis.

Предрасполагающею причиною появленія желтухи нужно считать главнымъ образомъ болѣе или менѣе затрудненное кровообращеніе въ печени во время беременности и отложеніе жира въ клѣткахъ этого органа, а также свойственныя беременности измѣненія въ почкахъ, болѣе или менѣе нарушающія ихъ функцію.

Симптомы и теченіе. Желтуха у беременныхъ появляется и протекаетъ при разнообразныхъ явленіяхъ. Иногда она представляетъ легкое заболѣваніе съ обычными симптомами, присущими катарральной формѣ; болѣзнь быстро оканчивается выздоровленіемъ. Появившееся желтушное окрашиваніе кожи сопровождается отсутствіемъ аппетита, тошнотою, рвотою, упорными запорами, сильною головою болью, отдѣленіемъ темной мочи, зудомъ наружныхъ покрововъ и общимъ недомоганіемъ. Эти явленія достигаютъ наибольшей степени въ теченіе одной или двухъ недѣль, затѣмъ начинаютъ уменьшаться и постепенно исчезаютъ.

Крайне рѣдко у беременныхъ были наблюдаемы колики, вслѣдствіе прохожденія желчныхъ камней. При этомъ не всегда замѣчается желтое окрашиваніе кожи. Сильная, острая боль начинается подъ ложечкою, переходитъ на область печени, отражается на правую сторону груди

и на спину, часто также на правое плечо. Область печени крайне болезненна при надавливании.

Въ другихъ случаяхъ желтуха прямо начинается тяжелыми симптомами, или же послѣдніе наступаютъ, спустя одну или нѣсколько недѣль послѣ появленія вышеописанныхъ признаковъ катарральной желтухи. Головная боль усиливается, появляется общее безпокойство и сознание больныхъ нѣсколько затемняется. Иктерическая окраска большею частью рѣзко выражена. Вскорѣ появляется бессонница, повышение температуры, пульсъ ускоряется до 130—140 въ минуту, начинается бредъ, усиливающийся до маниакальныхъ приступовъ, нерѣдко судорожныя подергиванія; затѣмъ постепенно или быстро развивается коматозное состояніе, и больная погибаетъ.

Ближайшими причинами этихъ глубокихъ поражений нервной системы слѣдуетъ считать ахолію, недостаточное образование желчи. При тяжелой формѣ желтухи, *icterus gravis*, когда скоротечно развивается атрофія печени, удается констатировать при жизни больныхъ значительное уменьшеніе этого органа. Нерѣдко появляются также кровоизліянія подъ кожу въ видѣ мелкихъ пятенъ, а также склонность къ потерямъ крови при выкидышѣ и своевременныхъ родахъ.

На теченіе беременности не только тяжкія, но даже легкія формы желтухи оказываютъ крайне вредное вліяніе. По статистикѣ, приведенной въ книгѣ Vinaу, изъ 80 беременныхъ, заболѣвшихъ желтухой, у 56 было наблюдаемо преждевременное прекращеніе беременности. Почти 80% дѣтей родились мертвыми, хотя сравнительно рѣдко новорожденные представляли желтушное окрашивание. Прерываніе беременности зависитъ главнымъ образомъ, повидимому, отъ задержанія въ крови составныхъ частей желчи, можетъ быть даже отъ образовавшихся изъ нея птомаиновъ, которые могутъ вызывать сокращенія беременной матки и смерть утробнаго плода. Коль скоро при желтухѣ обнаружались тяжелые нервныя симптомы, черезъ 5—6 дней слѣдуетъ ожидать, за крайне рѣдкими исключеніями, смертельнаго исхода, причемъ въ большинствѣ случаевъ беременность прерывается, какъ уже сказано.

Анатомическія измѣненія. При вскрытіи женщинъ, погибшихъ отъ тяжелой формы желтухи, обыкновенно находятъ сильно уменьшенную печень, вѣсъ которой иногда не превышаетъ 700 grm. Поверхность ея представляется морщинистою, паренхима рыхлая, желтаго цвѣта, расплывается, ткань печени имѣетъ консистенцію мякоти селезенки. Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ жировое перерожденіе и распаденіе клѣтокъ, мѣстами кровоизліянія. Сердце вялое, гиперемія и отекъ легкиихъ, кровяныя подтеки на серозныхъ оболочкахъ, перерожденіе почечнаго эпителия представляютъ обычныя явленія. Въ маткѣ и половыхъ органахъ находятъ обычныя измѣненія, свойственныя послѣродовому состоянію.

Распознаваніе. Часто мы не въ состояніи въ первое время болѣзни

опредѣлить форму желтухи, другими словами, отличить простую желтуху отъ *icterus gravis*. Отличительныя особенности этой болѣзни выясняются только при дальнѣйшемъ теченіи. Внутреннее изслѣдованіе *per vaginam*, а также изслѣдованіе живота, даетъ возможность судить о вліяніи желтухи на беременность и своевременно распознать начало родовой дѣятельности, которая нерѣдко сопровождается кровоточеніемъ изъ матки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда появляется у беременныхъ приступъ печеночной колики безъ желтушнаго окрашиванія, только неопытный врачъ можетъ признать эти острые боли за родовыя сокращенія матки.

Предсказаніе. Каждый случай желтухи, появляющейся во время беременности, слѣдуетъ считать серьезнымъ осложненіемъ, въ особенности если болѣзнь имѣетъ эпидемическій характеръ. При появленіи тяжелыхъ нервныхъ симптомовъ, положеніе больныхъ представляется безнадежнымъ, за крайне рѣдкими исключеніями. Сами по себѣ ипеченочныя колики, пока не развивается желтуха, опаснаго явленія для беременной не представляютъ.

Лѣченіе простой желтухи при беременности ничѣмъ не отличается отъ общепринятаго. Щелочныя воды, легкія-слабительныя, въ особенности препараты ревеня, рѣже *salomel*. При появленіи бѣлка въ мочѣ—теплыя ванны, молочная діета, внутрь небольшіе приемы нафталина или резорцина для дезинфекціи кишечнаго канала. При сильной жаждѣ и гастрическихъ явленіяхъ полезны клистиры изъ теплой воды, которые больная должна удерживать. При эпидемическомъ появленіи желтухи, умѣстно совѣтовать беременной на время перемѣнить мѣстожительство и переѣхать въ мѣстность, гдѣ нѣтъ такихъ заболѣваній.

Когда разовьется *icterus gravis*, лѣченіе возможно исключительно симптоматическое—холодъ на область печени, при тошнотѣ и рвотѣ шипучія воды и ледъ внутрь; при сильномъ возбужденіи, *hyoscyaminum muriat.* для подкожныхъ впрыскиваній, холодныя примочки на голову, теплыя ванны и слабительныя клистиры.

При угнетеніи и упадкѣ силъ, назначаютъ *per os* или *per rectum* обычныя возбуждающія средства—кофе, коньякъ, вино, пуншъ, а также *chininum muriaticum*. Клиническія наблюденія показываютъ, что умираютъ преимущественно женщины, у которыхъ произошелъ выкидышъ или преждевременные роды; почему при острыхъ формахъ *icterus*, этихъ операцій производить не слѣдуетъ. Вопросъ о такомъ акушерскомъ пособіи, преимущественно объ искусственномъ выкидышѣ, можетъ возникнуть только при хроническихъ формахъ желтухи, существующихъ цѣлыя мѣсяцы и годы. Въ этихъ случаяхъ беременность является далеко нежелательнымъ осложненіемъ болѣзни.

Е. Болѣзни и аномаліи яйца, оказывающія вліяніе на беременность.

Глава 14.

Внѣматочная беременность, *graviditas extrauterina, s. ectopica.*

Определение и раздѣленіе. Вѣроятно внѣматочная беременность встрѣчается чаще, чѣмъ обыкновенно предполагають. При этой аномаліи оплодотворенное яйцо прикрѣпляется и развивается внѣ полости матки. Почти всегда это происходитъ въ каналѣ Фаллопіевой трубы; такая внѣматочная беременность носитъ названіе трубной, *graviditas extrauterina tubaria*. Крайне рѣдко оплодотворенное яйцо задерживается въ наружномъ концѣ трубы, и при дальнѣйшемъ развитіи оно выпячивается въ полость брюшины, гдѣ происходитъ дальнѣйшее его развитіе. Такой видъ трубной беременности извѣстенъ подѣ именемъ *graviditas extrauterina tubo-abdominalis*. Въ другихъ также исключительныхъ случаяхъ яйцо останавливается въ каналѣ трубы, проходящемъ чрезъ уголь матки. Развивающееся яйцо растягиваетъ одновременно ткань матки и трубы; такая форма внѣматочной беременности извѣстна подѣ именемъ *gravid. extr. interstitialis*. Мы не отступимъ слишкомъ отъ дѣйствительности, если отнесемъ не менѣе 95% случаевъ внѣматочной беременности на долю *grav. extr. tubaria*. Не подлежитъ сомнѣнію возможность развитія оплодотвореннаго яйца въ ткани яичника, *grav. extr.-ovarica*, хотя подобная аномалія была наблюдаема крайне рѣдко. Описаны случаи, гдѣ яйцо развивалось въ полости, образовавшейся отъ сращенія бахромокъ трубы съ поверхностью яичника, *grav. extrauter. tuboovarialis*. Werth нашелъ въ литературѣ 10 подобныхъ случаевъ. Что касается возможности первичнаго прикрѣпленія оплодотвореннаго яйца и развитія его исключительно въ полости брюшины, то въ послѣднее время Werth, Veit и другіе компетентные клиницисты совершенно отрицають возможность такого явленія. Они склонны допустить только возможность вторичной брюшной беременности, *gravid. extr. abdominalis*, когда яйцо, начавшее свое развитіе въ трубѣ или яичникѣ, изъ послѣднихъ органовъ проникаетъ въ полость брюшины и здѣсь продолжаетъ дальнѣйшее развитіе. Такое мнѣніе подтверждается точными анатомическими изслѣдованіями и клиническими наблюденіями послѣдняго времени.

Въ практическомъ отношеніи вполне уместно отнести къ внѣматочной беременности развитіе оплодотвореннаго яйца въ зачаточномъ рогѣ уродливой матки, извѣстной подѣ именемъ *uterus unicornis cum cornu rudimentario altero*; такъ какъ припадки и теченіе такой беременности вполне сходны съ внѣматочною беременностью. Webster въ своей не-

давно появившейся монографіи признаетъ существованіе только трубной внѣматочной беременности. Онъ раздѣляетъ эту аномалію, смотря по мѣсту занимаемому яйцомъ въ трубѣ, на *grav. tubaria ampullaris, interstitialis et infundibularis*. Многие врачи даже въ настоящее время признаютъ возможность первичной брюшной беременности, хотя всѣ считаютъ ее рѣдкимъ патологическимъ явленіемъ. Schrenck на основаніи 610 случаевъ внѣматочной беременности, собранныхъ изъ литературы, насчитываетъ 83,7% трубной беременности, 8,2% брюшной и 4,6% яичниковой.

Этіологія. Причины развитія яйца внѣ полости матки заключаются въ нарушеніи нормальныхъ условій, необходимыхъ для безпрепятственнаго прохожденія оплодотвореннаго яйца въ матку. Къ числу такихъ нарушеній слѣдуетъ отнести измѣненія мерцательнаго эпителия трубы, который, при катаррѣ слизистой оболочки этого канала, утрачиваетъ свои ворсинки; далѣе часто возникающее суженіе и черезчуръ крутыя извилины трубъ, которыя обусловливаются образовавшимися, вслѣдствіе воспалительнаго процесса въ тазовой брюшинѣ, сращеніями и перемычками. Эти воспаленія наичаще являются послѣдствіемъ гонорройнаго или септического зараженія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ крутыя извилины трубъ представляютъ состояніе врожденное.

Находимыя иногда случайно на секціонномъ столѣ добавочныя отверстія, на протяженіи канала трубы, вѣроятно могутъ способствовать выходу оплодотвореннаго яйца въ полость брюшины. Въ послѣднее время на это обратилъ вниманіе Saenger.

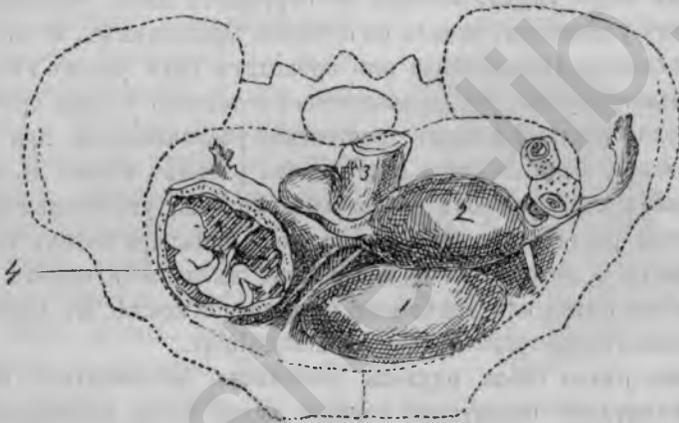
Описаны случаи внѣматочной беременности, послѣдовавшей при полномъ заращеніи наружнаго отверстія трубы, соотвѣтствующей тому яичнику, изъ котораго выступило яйцо. При такихъ условіяхъ оплодотвореніе происходитъ чрезъ *migratio seminis*, въ другихъ случаяхъ необходимо также допустить *migratio ovi* чрезъ полость брюшины въ другую открытую трубу. Подобныя же явленія наблюдаются иногда при беременности въ зачаточномъ рогѣ матки, когда послѣдній не сообщается съ каналомъ маточной шейки, и принадлежащій рудиментарному рогу яичникъ остается въ недоразвитомъ состояніи. Хотя въ другихъ случаяхъ *cornu rudimentarium* соединяется съ другою половиной матки посредствомъ узкаго канала, и оба яичника совершаютъ правильно свои функціи.

При анатомическомъ изслѣдованіи внѣматочной беременности, иногда находили возлѣ маточнаго отверстія трубы небольшія разрашенія, закрывающія это отверстие и такимъ образомъ препятствующія вступленію оплодотвореннаго яйца въ полость матки. Менѣе вѣроятно и не доказано вліяніе психическихъ аффектовъ во время сношенія, или вскорѣ послѣ зачатія. Въ исключительныхъ случаяхъ приводится, какъ ближайшая причина внѣматочной беременности, отверстіе въ стѣнкѣ матки, оставшееся послѣ кесарскаго сѣченія и открытый каналъ шейки послѣ удаленія тѣла матки.

Вообще вѣматочная беременность наичаще наблюдается у женщинъ уже рожавшихъ или имѣвшихъ выкидыши, которыя болѣе воспалительными процессами въ половыхъ органахъ. Сравнительно рѣдко эта аномалія встрѣчается у женщинъ при первой беременности. Замѣчено, что такія женщины иногда долгое время оставались безплодными.

Просматривая обширный казуистическій матеріалъ вѣматочной беременности, мы находимъ описаніе рѣдкихъ случаевъ, въ которыхъ одновременно съ вѣматочною развилась правильная беременность въ маткѣ. Упомянутся также случаи, гдѣ была повторная вѣматочная беременность.

Price считаетъ одною изъ причинъ вѣматочной беременности *coitus interruptus*. Schneider полагаетъ, что наиболѣе часто въ такихъ случаяхъ встрѣчаются измѣненія въ придаткахъ. Engström видитъ главную причину въ ненормальностяхъ трубъ. Wenderler недавно описалъ случай вѣматочной беременности, послѣдовавшей послѣ extir-



Фиг. 127. Трубная беременность: 1—мочевой пузырь, 2—матка, 3—rectum, 4—околоплодный мѣшокъ въ правой трубѣ.

ratio uteri total. per vaginam, чрезъ незаросшее отверстіе трубы. Prochownik наблюдаетъ развитіе вѣматочной беременности вскорѣ послѣ перенесенной гонорреи. Webster полагаетъ, что въ некоторыхъ случаяхъ при зачатіи сильно набухаетъ не только оболочка матки, но также слизистая оболочка трубъ, что можетъ служить препятствіемъ для прохожденія оплодотвореннаго яйца въ полость матки.

Анатомическія измѣненія. При развивающейся вѣматочной беременности, матка обыкновенно замѣтно увеличивается въ объемѣ, стѣнки ея становятся толще и полость болѣе объемистою. Подобныя же измѣненія замѣчаются въ развитой части матки, при беременности въ рудиментарномъ рогѣ. Влагалищная часть представляется увеличенною, размягченною, отеочною, наружное отверстіе иногда пропускаетъ конецъ пальца и обыкновенно закрыто слизистою пробкою. Длина матки колеблется между 8 и 14 см., въ рѣдкихъ случаяхъ она доходитъ до 16 см. Слизистая оболочка матки представляетъ болѣе или менѣе рѣзко выраженные измѣненія, свойственныя отпадающей оболочкѣ. При трубной беремен-

ности наичаще оплодотворенное яйцо помѣщается въ той части канала, которая находится между маткою и наружнымъ концомъ трубы.

На мѣстѣ, соответствующемъ развивающемуся яйцу, образуется опухоль, сперва веретенообразной формы, затѣмъ она начинаетъ принимать болѣе шаровидные контуры, постепенно увеличиваясь въ объемѣ. Мышечная стѣнка трубы подвергается не только растяженію, но также большею частію въ ней происходитъ неравномѣрно распределенная гипертрофія. Утолщеніе стѣнки трубы доходить иногда до 0,5 даже 1 см., въ другихъ случаяхъ толщина ея не превышаетъ 1,5—3 мм. Утолщеніе стѣнки трубы обыкновенно не идетъ параллельно съ дальнѣйшимъ развитіемъ яйца. Верхняя стѣнка такого мѣшка, заключающаго плодъ, въ особенности въ своей передней части, представляется часто истонченною. Въ ея стѣнкахъ находится большое количество сильно расширенныхъ сосудовъ, преимущественно на мѣстѣ развитія плаценты. Остальная часть трубы, которая не окружаетъ яйцо, большею частію, не бываетъ расширена, каналъ ея остается проходимымъ, но часто также онъ зарастаетъ. Обыкновенно онъ проходитъ подъ угломъ въ стѣнкахъ околоплоднаго мѣшка. Когда начавшееся истонченіе стѣнки трубы, образующей околоплодный мѣшокъ, постепенно увеличивается, при дальнѣйшемъ развитіи яйца, можетъ послѣдовать разрывъ мѣшка въ этомъ мѣстѣ. Околоплодный мѣшокъ, образуемый трубою, увеличиваясь въ объемѣ, иногда растетъ кверху въ брюшную полость; при такихъ условіяхъ, онъ образуетъ, подобно колоидной кистѣ, въ полости живота опухоль, сидящую на болѣе или менѣе ясно выраженной ножкѣ. Въ другой трубѣ часто бываетъ скопленіе крови, haematosalpinx.

Крайне рѣдко такая опухоль достигаетъ значительной величины. Большая опухоль образуется гораздо чаще, когда разращеніе околоплоднаго мѣшка направляется преимущественно книзу; околоплодный мѣшокъ раздвигаетъ серозные листки широкой связки, подобно папиллярной кистѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ, подрывая брюшину, тѣсно прилегаетъ къ маткѣ и мочевому пузырю. Наичаще матка отодвигается въ сторону и впереди. Почему слѣдуетъ различать *стебельчатую* и *междусвязочную* форму трубной вѣматочной беременности.

Такое различіе обнаруживается конечно только спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ начала беременности. Междусвязочная форма повидимому встрѣчается гораздо чаще стебельчатой, менѣе послѣдней расположена къ разрыву и гораздо чаще достигаетъ второй половины, даже конца беременности. При развитіи вѣматочной беременности, въ части канала трубы, проходящей чрезъ маточную стѣнку, разрастающійся околоплодный мѣшокъ образуетъ одно цѣлое съ маткою. Круглая связка проходитъ на его наружной поверхности, что бываетъ также при беременности въ зачаточномъ рогѣ матки. Между тѣмъ какъ, при другихъ видахъ вѣматочной беременности, эта связка всегда лежитъ кнутри отъ околоплоднаго мѣшка.

При этомъ рѣдко встрѣчающемся видѣ трубной беременности, *grav. exstraut. interstitialis*, съ развитіемъ яйца внутреннее отверстие трубы не всегда зарастаетъ, иногда оно даже расширяется до такой степени, что болѣе или менѣе значительная часть яйца помѣщается въ маткѣ. При такихъ условіяхъ также, чрезъ постепенное истонченіе мѣшка, происходитъ въ большинствѣ случаевъ разрывъ его стѣнки, сопровождающійся сильнымъ, иногда смертельнымъ кровоточеніемъ.

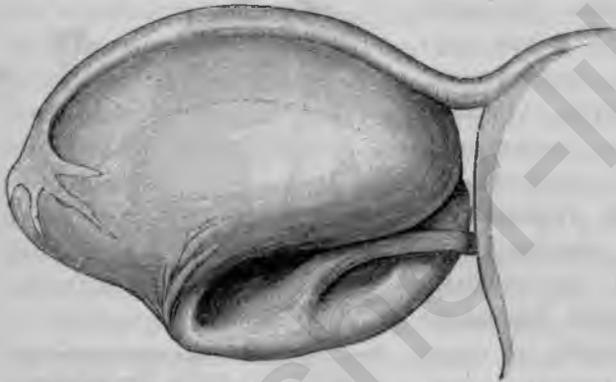
При развитіи оплодотвореннаго яйца въ наружномъ концѣ трубы, часть его выдается въ полость брюшины, *grav. tubo-abdominalis*, причиняя воспалительное раздраженіе окололежащихъ частей—кишечныхъ петель, брыжейки, мочевого пузыря, наружной стѣнки живота и проч. Эти части, срастаясь между собою, образуютъ околоплодный мѣшокъ, покрывая наибольшую часть поверхности яйца; мѣстами на ней замѣчаются иногда ложныя перепонки. Въ окружающей ткани обыкновенно находятъ ясныя признаки повторнаго мѣстнаго воспаленія брюшины. Эти измѣненія часто встрѣчаются и при другихъ видахъ трубной беременности. Сращеніе бахромокъ трубы съ заднею поверхностью яичника, повидимому, является необходимымъ условіемъ для развитія такого крайне рѣдкаго вида трубной беременности, извѣстной подъ именемъ *grav. exstraut. tubo-ovarialis*. Что касается яичниковой беременности, *grav. exstraut. ovarialis*, то существованіе ея вполне доказано анатомическими изслѣдованіями, хотя до-стовѣрныхъ случаевъ описано весьма немного. Между прочимъ, недавно описалъ Larsen подобный случай, гдѣ беременность достигла IX мѣсяца. Околоплодный мѣшокъ образуется тканью яичника, въ стѣнкахъ его иногда находили даже мелкіе пузырьки, *folliculi*. Яйцо развивается въ лопнувшемъ Граафовомъ пузырькѣ; увеличенный яичникъ образуетъ опухоль, совершенно отдѣльную отъ трубы, которая разграничивается отъ него частью широкой связки и на всемъ протяженіи представляетъ проходимый для зонда каналъ. Измѣненія, замѣчаемая при дальнѣйшемъ теченіи этой беременности, сходны съ тѣми, которыя встрѣчаются при трубной. Описаны исключительные случаи, когда околоплодный мѣшокъ находился внѣ брюшной полости, именно въ паховой грыжѣ, что, повидимому, мыслимо только при трубной или яичниковой внѣматочной беременности.



Фиг. 128. *Graviditas extrauterina interstitialis*. 1—матка, 2—околоплодный мѣшокъ, занимающій правый уголъ матки.

Внутренняя поверхность мѣшка при внѣматочной беременности по-

лучаетъ значеніе отпадающей оболочки и на ней постепенно развивается дѣтское мѣсто. Наибольше точныя свѣдѣнія объ этихъ отношеніяхъ яйца къ околоплодному мѣшку мы имѣемъ относительно трубной беременности. Когда оплодотворенное яйцо задерживается въ трубѣ, въ слизистой оболочкѣ этого канала происходятъ измѣненія, характерныя для отпадающей оболочки. Покрывающій ее эпителий исчезаетъ, и въ ткани развиваются большія децидуальныя клѣтки съ большими ядрами; обыкновенно такія ячейки расположены въ перемежку съ веретенообразными клѣтками меньшей величины. Образовавшаяся такимъ образомъ истинная отпадающая оболочка представляетъ тонкую перенонку, соответствующую компактному слою одноименной маточной оболочки. Тѣмъ не менѣе и такая недостаточная decidua допускаетъ, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, возможность образованія завороченной оболочки, decidua reflexa, которая обхватываетъ яйцо, и при дальнѣйшемъ его ростѣ подвергается такимъ же измѣненіямъ, какъ при нормальной беременности.



• Фиг. 129. Беременность въ правомъ яичникѣ.

Яйцо въ трубѣ, даже въ первомъ мѣсяцѣ беременности, по изслѣдованіямъ Pilliet, плотно соединяется со стѣнками трубы. Dobbert и Zedel нашли, что при трубной беременности decidua образуется изъ клѣтокъ соединительной ткани, строгой границы между слизистой оболочкою и мышцами не существуетъ. Jones, повиднмому,

совершенно произвольно производитъ децидуальныя клѣтки отъ эпителия слизистой оболочки. Dec. reflexa, по изслѣдованіямъ Webster'a и Zedel'я, существуетъ, напротивъ Graenkel ее никогда не наблюдалъ. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ яйцо не соприкасается съ трубою, послѣдняя отпадающей оболочки не имѣетъ, хотя эпителий трубы дѣлается низкимъ. Кровяныя пространства, куда погружаются ворсинки, образуются, вѣроятно, чрезъ расхожденіе ткани.

Дѣтское мѣсто обыкновенно представляется тонкимъ, но имѣетъ сравнительно большую величину. Даже въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности оно по строенію приближается къ типу ворсинчатой оболочки и представляетъ болѣе элементарное строеніе, хотя нѣкоторыя ворсинки проникаютъ даже въ мышечный слой. Тѣмъ не менѣе, не замѣчается взаимнаго прорастанія материнской и зародышной ткани, какъ это происходитъ въ маткѣ при нормальной беременности. Нѣкоторые изслѣдователи отрицаютъ даже внѣдреніе ворсинокъ въ расширенныя капилляры околоплоднаго мѣшка. Сравнительно часто плодъ при вѣматочной беременности представляется уродливымъ, наи чаще наблюдается

искривленіе конечностей и неправильное развитіе черепа, что всецѣло обусловливается неблагоприятными условіями для развитія плода. Въ рѣдкихъ случаяхъ при внѣматочной беременности встрѣчаются двойни. Подобный случай недавно описалъ Brodier. Sānger при чревосѣченіи удалил даже тройни съ околоплоднымъ мѣшкомъ.

Объ отношеніяхъ между яйцомъ и околоплоднымъ мѣшкомъ въ случаяхъ яичниковой беременности мы свѣдѣній не имѣемъ. Болѣе совершенное строеніе должна представлять отпадающая оболочка и дѣтское мѣсто при беременности въ зачаточномъ рогѣ матки, какъ это доказано изслѣдованіями Beckmann'a. Строеніе decid. vera въ случаѣ имъ описанномъ почти ничѣмъ не отличалось отъ строенія отпадающей оболочки въ нормальной маткѣ.

Какъ уже упомянуто выше, мы не имѣемъ точно описанныхъ, не подлежащихъ сомнѣнію случаевъ первичной брюшной внѣматочной беременности. Въ тѣхъ формахъ этой аномалии, которыя извѣстны подъ именемъ *вторичной брюшной беременности*, когда вначалѣ яйцо развивается въ каналѣ трубы или въ наружномъ концѣ ея, а также въ яичникѣ, часть дѣтскаго мѣста, повидимому, можетъ мѣстами прикрѣпляться непосредственно къ серозному покрову брюшныхъ стѣнокъ и къ поверхности прилежащихъ органовъ, вслѣдствіе истонченія и распада первоначальной стѣнки околоплоднаго мѣшка, причемъ, какъ показали изслѣдованія Walker'a, въ серозной оболочкѣ происходятъ измѣненія, напоминающія образованіе отпадающей оболочки. Клѣтки эндотелія увеличиваются въ объемѣ и размножаются, образуя нѣсколько слоевъ большихъ ячеекъ, совершенно сходныхъ съ децидуальными клѣтками. На поверхности такой оболочки находится тонкій слой волокнистаго фибрина. Ворсинки прилегаютъ къ поверхности или вдаются въ поверхностный слой брюшины, претерпѣвшей вышеописанныя измѣненія. Houzel описалъ случай, гдѣ въ концѣ беременности плодъ лежалъ свободно въ полости живота, и дѣтское мѣсто прикрѣплялось между прочимъ къ кишечнымъ петлямъ.

При вскрытіи женщинъ, умершихъ вслѣдствіе внѣматочной беременности, наичаще находятъ разрывъ околоплоднаго мѣшка, именно стѣнки трубы. Изъ образовавшагося отверстія выпячивается ворсистая поверхность дѣтскаго мѣста; въ полости живота находится огромное количество жидкой и створожившейся крови. Иногда въ ней можно найти вышедшій изъ яйца плодъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ, вслѣдствіе отслойки части ворсистой оболочки отъ стѣнки мѣшка, сравнительно небольшое кровоизліяніе, въ полости живота образуется haematocoele; такія большыя рѣдко умираютъ, большею частію отъ случайныхъ болѣзней. Для образованія заматочной кровяной опухоли, по изслѣдованіямъ Taylor'a и Leopold'a, предварительныя сращенія не представляютъ необходимости, нужно только, чтобы умѣренное внутрибеременное кровотеченіе происходило медленно и постепенно.

Когда смерть наступает, спустя нѣсколько дней или недѣль послѣ внутренняго кровоизліянія, кровяная масса представляется плотною, грязно-чернаго цвѣта; свертки крови плотно пристають къ стѣнкамъ живота и къ поверхности брюшныхъ органовъ. Окружающіе эту массу салники и кишечныя петли сращены между собою; въ окружающей ткани рѣзко выражены измѣненія воспалительнаго характера.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда смерть наступаетъ влѣдствіе истощенія, спустя долгое время послѣ смерти плода на второй половинѣ беременности, на трущѣ нерѣдко находятъ на мѣстѣ околоплоднаго мѣшка полость, наполненную зловоннымъ гноемъ или ихорозною жидкостью, въ которой заключаются кости скелета плода. Обыкновенно такая полость посредствомъ свищей сообщается съ сосѣдними органами, наичаще съ прямою кишкой, или открывается наружу.

Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда смерть при внѣматочной беременности происходитъ отъ случайныхъ болѣзней, находятъ въ околоплодномъ мѣшкѣ обыкновенно недоношенный мумифицированный плодъ. Когда прошло нѣсколько лѣтъ послѣ смерти такого плода, тѣло его представляется сморщеннымъ, плотнымъ, пропитаннымъ известковыми солями въ видѣ, такъ-называемаго, окаменѣлаго плода, lithopedion, окруженнаго ложными перепонками, плотно къ нему приставшими. Внутреннія части и органы окаменѣлаго плода находятся въ состояніи мумификаціи—сухіе, твердые, темнаго цвѣта. Подъ микроскопомъ въ нихъ можно еще распознать характерные морфологическіе элементы, среди распада ткани, холестериновыхъ и маргариновыхъ кристалловъ.

Симптомы и теченіе. Припадки, которыми сопровождается развитіе внѣматочной беременности, представляютъ большое разнообразіе, что обуславливается срокомъ беременности и ея теченіемъ. Только въ первые мѣсяцы беременности иногда женщина не ощущаетъ никакихъ болѣзненныхъ разстройствъ. Часто уже съ первыхъ дней внѣматочная беременность сопровождается болѣе или менѣе тяжелыми, нерѣдко опасными для жизни явленіями.

Въ первые мѣсяцы беременности, кромѣ свойственныхъ этому состоянію субъективныхъ явленій—тошноты, рвоты, прихотливаго вкуса, общей слабости, покальванія въ грудяхъ и проч., мѣсячныя большею частію закрываются; слизистая оболочка наружныхъ частей и влагалища принимаетъ багрово-синевагое окрашиваніе, влагалищная часть становится мягче, и сама матка замѣтно увеличивается въ объемѣ.

Къ этимъ симптомамъ, представляющимъ обыкновенныя явленія, присоединяются нѣкоторыя ненормальности, которыя внимательный и опытный врачъ не можетъ оставить безъ вниманія. Часто безъ видимыхъ причинъ, иногда послѣ движенія или волненія, появляются боли въ нижней части живота, которыя отдаются въ поясницѣ и распространяются на область таза и нижнія конечности. Боли достигаютъ иногда значительной степени и сопровождаются тошнотою и головокруженіемъ,

больная не въ состояніи держаться на ногахъ. Спустя нѣкоторое время, иногда черезъ нѣсколько часовъ, онѣ становятся слабѣе, болѣе тупыми и наконецъ совершенно затихаютъ, чтобы появиться снова, спустя нѣсколько дней. Подобно Baldy и другимъ мы наблюдали случаи вѣматочной беременности, при которыхъ мѣсячныя приходили правильно въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ.

Нерѣдко одновременно съ этими болями, или безъ нихъ, показывается кровь или кровавистыя отдѣленія изъ матки, иногда продолжающіяся по нѣскольку дней. Эти явленія объясняются сокращеніями въ околоплодномъ мѣшкѣ, которыя вызываются растяженіемъ послѣдняго, а также сочувственнымъ приливомъ крови къ маткѣ, сильно гиперемированная и разросшаяся отпадающая оболочка которой легко кровоточитъ. Не рѣдко при этихъ болевыхъ ощущеніяхъ повышается



Фиг. 130. Трубная беременность: а—разрывъ стѣнки трубы и выпячиваніе ворсинокъ, б—полипозныя разраженія въ каналѣ трубы, проходящемъ черезъ толщу матки, с—лѣвый яичникъ.

температура, повиднмому вѣдствие раздраженія брюшины. При такихъ явленіяхъ, а часто также совершенно неожиданно, среди полного благополучія у беременной появляются сильнѣйшія острые боли въ нижней части живота, дурнота, сильная слабость и упадокъ пульса; при этомъ развиваются явленія острой анеміи. Нижняя часть живота нѣсколько припухаетъ и становится чувствительной при дотрогиваніи. Однако больная скоро оправляется, и при внутреннемъ изслѣдованіи находятъ явленія, свойственныя острому воспаленію тазовой брюшины. Въ другихъ случаяхъ находятъ сильное выпячиваніе задняго свода опухолью, занимающею значительную часть таза и отодвигающею матку кпереди и кверху, а также другіе признаки, свойственныя ограниченному внутрибрюшному кровоизліянію, haematoceleretrouterina. Клиническія наблюденія

показываютъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ, наблюдаемыхъ исключительно въ первые мѣсяцы беременности, яйцо, развивающееся въ трубѣ, разъединяется нерѣдко отъ стѣнки околоплоднаго мѣшка, причемъ изъ наружнаго конца трубы изливается иногда мало, иногда большое количество крови, которая опускается въ Дугласово пространство и выпячивается его, въ особенности когда выше него успѣли образоваться спайки между окололежащими органами. Заматочное кровоизліяніе можетъ развиваться также при разрывѣ околоплоднаго мѣшка въ раннемъ періодѣ внѣматочной беременности. При этомъ небольшое яйцо, въ видѣ *mola carnosae* остается въ трубѣ, или же оно вмѣстѣ съ кровью выдѣляется чрезъ наружное отверстіе трубы въ брюшную полость, — происходитъ такъ называемый тубарный выкидышъ.

Обыкновенно такія женщины скоро оправляются отъ шока. Дальнѣйшее теченіе болѣзни бываетъ большею частію длительное и ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго тазоваго воспаления брюшины или кровоизліянія, происходящаго отъ другихъ причинъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ оно оканчивается выздоровленіемъ. Яйцо, содержащее небольшой зародышъ, въ которомъ еще не появился или едва наступилъ процессъ образованія костной ткани, постепенно и нерѣдко безслѣдно всасывается вмѣстѣ съ излившеюся кровью.

Сравнительно часто наступаетъ разрывъ околоплоднаго мѣшка, что, сопровождается гораздо болѣе тяжелыми и опасными явленіями. Внезапно появляются сильныя, острыя боли въ животѣ, вскорѣ затѣмъ наступаетъ обморочное состояніе, пульсъ совершенно исчезаетъ, дыханіе учащается, лицо въ короткое время становится чрезвычайно блѣднымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильное внутреннее кровотеченіе обнаруживается не сразу; иногда ему предшествуютъ небольшія кровоизліянія, и только спустя нѣсколько дней наступаютъ явленія острой анеміи. При изслѣдованіи, животъ представляется нѣсколько вздутымъ, болѣзненнымъ при дотрогиваніи, въ нижней части его оказывается ясно выраженное притупленіе. Въ полость живота изливается огромное количество крови изъ разорванныхъ сосудовъ околоплоднаго мѣшка, а также изъ его стѣнокъ, вслѣдствіе отдѣленія ворсинокъ. Гораздо менѣ бурными и опасными явленіями сопровождается разрывъ нижней стѣнки трубы и кровоизліяніе въ широкую связку, хотя покровы ея въ свою очередь, могутъ разрываться, послѣ чего кровотеченіе продолжается въ брюшную полость. Подобный случай недавно описанъ Fuchs.

Послѣ разрыва стѣнки трубы, матка и сводъ влагалища оказываются чувствительны при дотрагиваніи, а иногда бываютъ нѣсколько опущены. Изъ полости матки вытекаетъ кровь или кровянистое отдѣленіе. Плодъ при такихъ кровоизліяніяхъ обыкновенно умираетъ, иногда онъ остается въ яйцѣ; въ другихъ случаяхъ, при разрывѣ оболочекъ яйца, его находятъ среди излившейся крови.

Когда больная остается въ живыхъ, то маленькій плодъ, въ осо-

бениности двухъ первыхъ мѣсяцевъ беременности, и его оболочки могутъ постепенно всосаться вмѣстѣ съ излившеюся кровью; безразлично, остается ли яйцо въ трубѣ или находится среди кровяныхъ свертковъ. Такіе благоприятные исходы безъ хирургическаго вмѣшательства возможны преимущественно у здоровыхъ молодыхъ женщинъ. Обыкновенно, черезъ нѣсколько дней послѣ внутренняго кровоизліянія, отдѣленія изъ влагалища становятся зловонными, и показывается отпадающая оболочка, большую частію, кусками, рѣже въ видѣ цѣльнаго мѣшка. Она довольно толста, представляетъ гладкую внутреннюю поверхность и неровную наружную. Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ характерное строеніе, свойственное вообще decid. vera, отъ которой она отличается преимущественно только большимъ количествомъ мелкихъ ячеекъ между большихъ клѣтокъ. Выздоровленіе совершается медленно, сопровождается лихорадкою и значительнымъ истощеніемъ. Обыкновенно проходитъ нѣсколько мѣсяцевъ, даже цѣлый годъ, при заботливомъ уходѣ и лѣченіи, прежде чѣмъ образовавшаяся вслѣдствіе кровоизліянія опухоль рассосется.



Фиг. 131. Разрывъ мѣшка при grav. extrauter. interstit.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ капсулированные въ нижней части живота кровяные свертки, спустя нѣсколько недѣль послѣ разрыва околоплоднаго мѣшка, подвергаются распаденію, что сопровождается сильною лихорадкою и болями на мѣстѣ опухоли. Образовавшійся парывъ прокладываетъ себѣ путь въ прямую кишку или въ рукавъ чрезъ задній сводъ, послѣ чего больная начинаетъ поправляться.

Начавшееся изъ матки кровотеченіе послѣ смерти плода большую частію продолжается нѣсколько недѣль, если больная поправляется. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно бываетъ особенно упорно и настолько обильно, что причиняетъ истощеніе больной. При благоприятныхъ условіяхъ, мѣ-

сячныя возобновляются уже через 4—8 недѣли послѣ разрыва околоплоднаго мѣшка, если больная успѣетъ достаточно оправиться. Сравнительно не мало женщинъ умираютъ въ первые часы или дни послѣ разрыва мѣшка при явленіяхъ острой анеміи, въ особенности при отсутствіи рациональныхъ пособій.

Клиническія наблюденія показываютъ, что при трубной беременности разрывъ околоплоднаго мѣшка наступаетъ обыкновенно въ теченіе первыхъ 4 мѣсяцевъ беременности. Къ тому же времени относится большинство разрывовъ при *grav. extraut. interstitialis*, хотя при этомъ видѣ внѣматочной беременности подобный исходъ можетъ наступить нѣсколько позже. При беременности въ зачаточномъ рогѣ матки, по изслѣдованіямъ Himmelfarb'a, изъ 36 случаевъ въ 24—разрывъ матки послѣ-



Фиг. 132. Беременность въ зачаточномъ рогѣ матки, гдѣ послѣдовалъ разрывъ, плодъ вышелъ наружу.

довалъ до истеченія 6 мѣсяцевъ беременности, въ 3 случаяхъ образовался lithopedion, 6 разъ беременность достигла конца. Вообще чѣмъ позже происходитъ разрывъ околоплоднаго мѣшка, тѣмъ опаснѣе внутреннее кровотеченіе и его послѣдствія. Къ счастью, на второй половинѣ беременности разрывъ мѣшка встрѣчается только въ исключительныхъ случаяхъ. Въ это время гораздо чаще наблюдается внутреннее кровоизліяніе въ околоплодномъ мѣшкѣ, вслѣдствіе частичнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Иногда оно вызывается смертью плода. По изслѣдованіямъ Schrenck'a, собраннаго 610 случаевъ внѣматочной беременности, разрывъ наступилъ въ половинѣ случаевъ.

Въ тѣхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, когда внѣматочная беременность достигаетъ второй половины, наибаче больная представляетъ, при развивающейся опухоли въ нижней части живота, явленія хроническаго

воспаленія брюшины, которое по временамъ обостряется. Такія беременныя иногда по нѣскольکو мѣсяцевъ остаются въ постели съ повышенной температурой.

Довольно рѣдко, при различныхъ видахъ вѣматочной беременности, плодъ достигаетъ зрѣлости и остается живымъ до нормальнаго срока беременности. Въ такихъ случаяхъ при наступленіи срока родовъ въ области околоплоднаго мѣшка появляются боли, иногда даже обнаруживаются явственныя сокращенія, движенія плода усиливаются, изъ матки показывается кровянистое отдѣленіе. Спустя нѣскольکو часовъ, иногда чрезъ 1—2 дня, сердцебиеніе прекращается, и наступаетъ смерть плода, если своевременно онъ не будетъ удаленъ' посредствомъ чревосѣченія. Смерть плода происходитъ, повидимому, вслѣдствіе частичнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста и послѣдовательнаго кровотеченія.

Гораздо чаще однако на второй половинѣ беременности наступаетъ смерть плода задолго до срока родовъ, иногда отъ причинъ, которыя трудно выяснитъ; послѣ чего объемъ мѣшка начинаетъ постепенно уменьшаться, вслѣдствіе всасыванія околоплодной жидкости; появляется лихорадочное состояніе, и постепенно развиваются признаки истощенія, боли и явленія мѣстнаго воспаленія брюшины. Контуры частей плода постепенно исчезаютъ, уменьшившійся околоплодный мѣшокъ, спустя нѣскольکو недѣль послѣ смерти плода, превращается въ плотную опухоль.

На второй половинѣ беременности, спустя нѣскольکو дней послѣ смерти плода, также изъ матки начинаетъ отдѣляться кровь и выходитъ опадающая оболочка. Только въ рѣдкихъ случаяхъ, по наблюденіямъ Hofmeier'a, выдѣленіе оболочки не указываетъ на смерть плода. Мзточный шумъ исчезаетъ, постепенно прекращается также пульсація въ сводѣ влагалища. Въ первые мѣсяцы беременности, послѣ смерти плода, околоплодный мѣшокъ становится плотнымъ, вслѣдствіе послѣдовательнаго кровоизліянія. На второй половинѣ вѣматочной беременности наичаще наблюдается болѣе постепенное уменьшеніе и оплотнѣніе околоплоднаго мѣшка, происходящее вслѣдствіе всасыванія околоплодной жидкости. Дальнѣйшее теченіе бываетъ различно. Образовавшаяся на его мѣстѣ плотная опухоль указываетъ на осумкованіе плода, который, оставаясь дольше въ утробѣ матери, постепенно мумифицируется, затѣмъ превращается въ окаменѣлый плодъ, lithopedion, послѣдній можетъ оставаться въ полости живота многіе годы; иногда при этомъ важнѣйшія функціи организма не страдаютъ, можетъ даже послѣдовать новая беременность, но это бываетъ далеко не всегда. Пребываніе такого плода въ животѣ сопровождается въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильными болями въ области его нахождения, разстройствомъ питанія и значительнымъ исхуданіемъ; повидимому это находится въ связи съ повторными обостреніями хроническаго воспаленія брюшины, появляющимися по временамъ. Описаны случаи, когда послѣ нѣсколькихъ лѣтъ

пробыванія окаменѣлаго плода въ животѣ, развивались сильныя воспалительныя явленія, за которыми слѣдовало вокругъ плода нагноеніе. Въ исключительныхъ случаяхъ окаменѣлый плодъ можетъ представлять механическія затрудненія, подобно плотнымъ опухолямъ матки или яичника.

Въ другихъ случаяхъ смерть плода на второй половинѣ беременности влечетъ за собою болѣе тяжелыя явленія. Иногда быстро наступаетъ разложеніе плода, влекущее за собою смерть, вслѣдствіе отравленія токсинами организма беременной или остраго воспаленія брюшины. Чаше однако воспалительный процессъ локализуется, при явленіяхъ сильной лихорадки, потрясающихъ ознобахъ и сильныхъ боляхъ; въ околоплодномъ мѣшкѣ и его окружности происходитъ нагноеніе, и наступаетъ гніеніе и распаденіе плода. Скопившійся гной прокладываетъ себѣ путь въ сосѣдніе органы и наружу, — именно въ прямую кишку, влагалище, рѣдко чрезъ пузырь, (Winckel насчитываетъ всего 11 такихъ случаевъ); иногда чрезъ наружныя покровы живота, которые при этомъ припухаютъ и краснѣютъ. вмѣстѣ съ ихорознымъ гноемъ выдѣляются части плода, большею частію только кости скелета. Такой процессъ извѣстенъ подъ именемъ элиминаціи плода. Если подобные случаи предоставить силамъ природы, какъ это дѣлали часто въ прежнее время; то выходненіе костей, въ особенности если плодъ былъ большой, совершается не разомъ, а по частямъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ или даже лѣтъ. Такой длительный процессъ элиминаціи плода сопровождался истеченіемъ гноя, лихорадочнымъ состояніемъ, сильными болями и причинялъ значительное истощеніе и слабость. Наичаше такое длительное опороженіе мѣшка происходило чрезъ задній проходъ, вызывая раздраженіе и воспаленіе въ прямой кишкѣ.

Въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда одновременно съ внѣматочной беременностью развивается нормальная въ полости матки, возможенъ различный исходъ. Обѣ беременности прекращаются раньше срока, т.-е. происходитъ выкидышъ, а внѣматочный плодъ умираетъ. Иногда прекращалась преждевременно одна изъ этихъ беременностей, а другая достигала нормальнаго срока. Рѣже всего обѣ беременности достигали нормальнаго срока. Теченіе этихъ исключительныхъ случаевъ представляетъ значительное разнообразіе, вслѣдствіе различныхъ измѣненій, происходящихъ въ околоплодномъ мѣшкѣ, и неодинаковаго отношенія послѣдняго къ беременной маткѣ.

Въ клиникѣ Martin'a были наблюдаемы 54 случая ранней трубной беременности. 23 раза послѣдовалъ разрывъ мѣшка и 29 разъ выдѣленіе яйца чрезъ наружный конецъ трубы въ полость брюшины.

Gutzwiller нашель въ литературѣ 19 достовѣрныхъ случаевъ совпаденія обоихъ видовъ беременности. Недавно Walther описалъ случай одновременнаго развитія нормальной и внѣматочной беременности. Schrenck насчиталъ 43 подобныхъ случая въ литературѣ; только два раза было установлено точное распознаваніе. Veep наблюдалъ повторную внѣматочную беременность, вскорѣ послѣ перенесеннаго больною чревоушибченія, которое было предпринято также по поводу внѣматочной беременности. Beck

также видѣлъ повтореніе вѣматочной беременности у одной женщины чрезъ 1 $\frac{1}{2}$ года.

Распознаваніе вѣматочной беременности во многихъ случаяхъ не легко. Въ особенности трудно это удастся на первой половинѣ беременности. Здѣсь прежде всего необходимо принимать во вниманіе совокупность, такъ называемыхъ, невѣрныхъ признаковъ беременности. Мѣсячныхъ или вообще кровотеченій изъ матки не бываетъ только въ половинѣ случаевъ при вѣматочной беременности, въ остальныхъ появляются періодическія или безвременныя кровотеченія изъ матки. Описанныя выше боли въ околоплодномъ мѣшкѣ иногда также не бываютъ.

Очень важно внутреннее изслѣдованіе. Возлѣ увеличенной матки можно осязать опухоль, образуемую околоплоднымъ мѣшкомъ. Присутствіе такой припухлости получаетъ преобладающее значеніе у женщинъ, которыхъ врачъ изслѣдовалъ незадолго до беременности. Опухоль находится обыкновенно сбоку матки и расположена или сзади, или отчасти спереди этого органа, послѣднее бываетъ наичаще. Наощуъ она представляется, пока продолжается развитіе беременности, болѣе или менѣе эластичною, иногда дѣлается плотнѣе при изслѣдованіи, вслѣдствіе сокращенія стѣнокъ мѣшка; большею частію она прилегаетъ къ маткѣ, но при двойномъ изслѣдованіи нерѣдко удается опредѣлить какъ бы впадину или выемку между ними. Послѣ смерти плода опухоль становится замѣтно плотнѣе.

Въ первыя 6—7 недѣль при трубной беременности мѣшокъ трудно осязать, въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ напоминаетъ небольшую воспалительную припухлость трубы. Начиная съ 8—9 недѣли околоплодный мѣшокъ прощупывается гораздо яснѣе, и съ каждой недѣлею объемъ его увеличивается. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ изслѣдованіе двойнымъ приѣмомъ болѣзненно; ни въ коемъ случаѣ его не слѣдуетъ форсировать. Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку въ нѣкоторыхъ случаяхъ нѣсколько уясняетъ положеніе матки и ея отношеніе къ околоплодному мѣшку. Для полнаго уясненія необходимо иногда производить изслѣдованіе подъ хлороформомъ при полномъ наркозѣ.

Введеніе зонда въ полость матки должно примѣнять, какъ дополнительное изслѣдованіе, когда при ручномъ изслѣдованіи обнаружили данныя, указывающія, что яйцо находится не въ маткѣ. Зондированіе этого органа указываетъ направленіе матки, ея величину и состояніе слизистой оболочки, почему оно умѣстно главнымъ образомъ на второй половинѣ беременности, когда матка сливается иногда съ околоплоднымъ мѣшкомъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ можно производить введеніе зонда на первой половинѣ беременности; такъ какъ въ это время раздраженіе внутренней поверхности матки можетъ вызвать сочувственное сокращеніе околоплоднаго мѣшка, что не безопасно при расположеніи его къ разрыву. Еще болѣе опасно выскабливаніе полости матки, предложенное Wyder'омъ, который на осно-

ваніи изслѣдованія кусковъ слизистой оболочки этого органа, желалъ распознать беременность.

Вообще распознаваніе внѣматочной беременности часто довольно трудно. Schrenck изъ 610 случаевъ этой аномаліи насчиталъ только 221 правильный діагнозъ. Мнѣніе Hanks, о возможности въ 95% распознать внѣматочную беременность, слѣдуетъ считать по меньшей мѣрѣ ошибочнымъ.

Скорѣе всего можно смѣшать внѣматочную беременность, въ первые 3—4 мѣсяца ея развитія, съ перегибомъ къзади беременной матки, а также со значительнымъ наклономъ тѣла матки въ сторону, при длинной надвлагалищной части шейки, и съ междувязочною кистой яичника. Въ первыхъ двухъ случаяхъ, кромѣ признаковъ беременности, внимательное изслѣдованіе уясняетъ непосредственный переходъ маточной шейки въ тѣло матки, чѣмъ доказывается отсутствіе околматочной опухоли. Кромѣ того при *retroflexio uteri gravidi* иногда существуетъ давленіе на шейку пузыря и затрудненное мочеиспусканіе. При кистѣ яичника предположеніе о *grav. extrauterina* можетъ возникнуть только при наступленіи беременности. Въ нѣкоторыхъ изъ такихъ случаяхъ дифференціальное распознаваніе можно установить только при дальнѣйшемъ наблюденіи, которое укажетъ неизмѣняемость объема опухоли и быстрое увеличеніе матки. Далѣе отличительными признаками являются при правильной беременности, осложненной кистой яичника, безболѣзненность опухоли при ощупываніи, ясно выраженное размягченіе въ области внутренняго зѣва матки, иногда присутствіе свободной жидкости въ полости живота.

На второй половинѣ беременности, начиная съ момента, когда можно слышать сердцебіеніе плода чрезъ стѣнки живота на мѣстѣ опухоли, распознаваніе внѣматочной беременности становится несомнѣннымъ, коль скоро доказано, что полость матки пуста. Возможность осязать части плода въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности иногда до очевидности упрощаетъ распознаваніе.

Беременность въ зачаточномъ рогѣ матки можно отличить съ нѣкоторою вѣроятностію отъ внѣматочной беременности въ томъ только случаѣ, если раньше намъ было извѣстно такое неправильное развитіе матки въ данномъ случаѣ.

Распознаваніе совмѣстнаго существованія внѣматочной и правильной беременности можно установить только при особыхъ благопріятныхъ условіяхъ.

Stoob и отчасти Cosh приводятъ слѣдующіе признаки внѣматочной беременности въ первые недѣли ея развитія — обычные сомнительныя симптомы беременности, неправильности мѣсячныхъ очищеній, сильныя боли въ тазу, появленіе чувствительной опухоли возлѣ матки и пульсаціи въ сводѣ влагалища, постепенное увеличеніе этой опухоли, пристуны болей, зіяющее наружное отверстіе матки, полость которой пуста, наконецъ выпаденіе изъ нея отпадающей оболочки.

Löhlein совершенно основательно предостерегаетъ отъ примѣненія выскабливанія

полости матки; такъ какъ этотъ приемъ легко можетъ вызвать внутреннее кровотеченіе вслѣдствіе отслойки, дѣтскаго мѣста или разрыва околоплоднаго мѣшка. Еще недавно между прочимъ подобный случай былъ описанъ Hammerschlag'омъ.

Ошибками при распознаваніи вѣматочной беременности полна акушерская литература; безъ сомнѣнія, онѣ возможны въ практикѣ каждого гинеколога, въ особенности въ первые мѣсяцы беременности. Нерѣдко такіе промахи происходятъ отъ невнимательнаго и поверхностнаго изслѣдованія. Leon предположилъ вѣматочную беременность у одной женщины, матка которой въ одномъ мѣстѣ сильно выдавалась. Remfy принялъ беременность въ зачаточномъ роутѣ за fibromyoma uteri. Болѣе серьезное значеніе имѣютъ ошибки врачей въ распознаваніи вѣматочной беременности въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ влекли за собою серьезныя операціи. Griffith на основаніи выхожденія оболочекъ изъ матки, послѣ 3½ мѣс. задержанія кровей, предположилъ вѣматочную беременность и произвелъ чревосѣченіе. Такую же операцію сдѣлалъ Owen, принявши за grav. extrauter. беременность въ одномъ роутѣ uterus bicornis.

Предсказаніе. Хотя въ больницы и клиники попадаютъ только наиболѣе тяжелыя формы вѣматочной беременности, большинство же легкихъ случаевъ излѣчивается дома безъ оперативнаго пособія; тѣмъ не менѣе, какъ можно заключить изъ вышеизложеннаго, вѣматочная беременность представляетъ крайне опасную аномалію. Женщина можетъ умереть во всякое время, при существованіи такой ненормальности. При разрывѣ околоплоднаго мѣшка вслѣдствіе внутренняго кровотеченія въ первые мѣсяцы до сихъ поръ погибало не менѣе 25—30% больныхъ. Разрывъ мѣшка, наступающій послѣ 3 мѣсяцевъ, еще болѣе ухудшаетъ это предсказаніе. Послѣдовавшая смерть плода, при цѣлости околоплоднаго мѣшка, если она не сопровождается тяжелыми явленіями, указывающими на гнилостное распаденіе содержимаго мѣшка, даетъ довольно благопріятное предсказаніе, такъ какъ, спустя нѣсколько недѣль послѣ смерти плода, можно произвести опорожненіе мѣшка съ надеждою на благопріятный исходъ. Образовавшійся lithopedion рѣдко причиняетъ опасныя явленія, тѣмъ болѣе, что его возможно удалить, коль скоро обнаруживаются какіе-либо неблагопріятныя симптомы. Даже начавшуюся элиминацію плода въ большинствѣ случаевъ можно ускорить оперативнымъ путемъ и способствовать скорѣйшему выздоровленію. Плодъ при вѣматочной беременности обыкновенно погибаетъ; часто онъ представляетъ различныя уродливости. Только въ исключительныхъ случаяхъ при чревосѣченіи плодъ удастся извлечь живымъ въ концѣ беременности.

Лѣченіе. При лѣченіи вѣматочной беременности, слѣдуетъ имѣть въ виду исключительно здоровье и жизнь матери. Нѣкоторые врачи смотрятъ на эту аномалію, какъ на развитіе злокачественной опухоли, которую необходимо устранить по возможности скорѣе, чтобы спасти жизнь больной. Пока вѣматочная беременность продолжаетъ развиваться и плодъ живетъ, это возрѣніе, за нѣкоторыми исключениями, вполне подтверждается клиническими наблюденіями. Въ тѣхъ сравнительно нечастыхъ случаяхъ, когда распознаваніе вѣматочной беременности будетъ установлено точно на первой ея половинѣ, существуетъ полное показаніе

ніе устранить это состояніе. Наибольше рациональнымъ способомъ въ этихъ случаяхъ является чревосѣченіе съ удаленіемъ околоплоднаго мѣшка. Менѣе цѣлесообразнымъ средствомъ мы считаемъ искусственное прекращеніе жизни плода такъ какъ въ оставшемся въ полости живота околоплодномъ мѣшкѣ всегда наступаютъ измѣненія, причиняющія заболѣваніе, иногда небезопасное для жизни, хотя въ настоящее время есть еще врачи, прибѣгающіе къ примѣненію такого способа. Наичаще примѣняютъ впрыскиваніе солянокислаго морфія въ количествѣ 0,03 посредствомъ шприца Плевака въ околоплодный мѣшокъ. На слѣдующій день впрыскиваніе нужно повторить. Для этого необходимо имѣть болѣе длинную иглу и стараться приблизить яйцо къ мѣсту укола посредствомъ легкаго надавливанія. Уколъ производится, смотря по мѣсту положенія яйца, чрезъ стѣнки живота или чрезъ сводъ влагалища. Последнее мѣсто избираютъ наичаще. Послѣ впрыскиванія такой дозы морфія обыкновенно обнаруживается отравленіе, затѣмъ появляются боли въ области мѣшка, и послѣдній начинаетъ постепенно уменьшаться въ объемѣ, превращаясь чрезъ нѣсколько дней въ плотную опухоль. Изъ матки показывается кровь и выходятъ куски отпадающей оболочки. Только въ первые 8—10 недѣль беременности можно ожидать, что примѣненіе этого средства не повлечетъ за собою опасныхъ для жизни беременной послѣдствій.

Другіе врачи примѣняли, хотя не всегда съ успѣхомъ, постоянный токъ изъ нѣсколькихъ элементовъ, прилагая одинъ электродъ къ животу или на поясицу, а другой чрезъ влагалище къ околоплодному мѣшку. Большею частью необходимо нѣсколько сеансовъ для умерщвленія плода. Въ прежнее время съ этою цѣлью производили также проколъ околоплоднаго мѣшка посредствомъ тонкаго троакара чтобы удалить воды. Именно въ такихъ случаяхъ было наблюдаемо опасное внутреннее кровоизліяніе или гнилостное распаденіе яйца, при рѣзко выраженныхъ явленіяхъ воспаленія брюшины; жизнь беременной подвергалась серьезной опасности, въ особенности, когда проколъ яйца производили позже 3-хъ мѣсяцевъ отъ начала беременности. Даже при отсутствіи этихъ опасныхъ явленій, оставшееся въ полости живота небольшое яйцо, которое должно подвергаться регрессивнымъ измѣненіямъ и медленному расасыванію, всегда вызываетъ мѣстныя воспалительныя явленія и значительное разстройство общаго здоровья на долгое время.

Впрыскиваніе морфія, при лѣченіи вѣматочной беременности, примѣняли въ послѣднее время Winkel, Grossmann и Prochownik. Schrenck справедливо считалъ это средство довольно опаснымъ; изъ 12 случаевъ погибли 3 больныхъ.

Часто примѣненіе электричества остается безъ дѣйствія. Grondin, Dodley, Schrenck Maskenzie и большинство гинекологовъ отвергаютъ лѣченіе этимъ способомъ вѣматочной беременности. Smith также не совѣтуетъ примѣнять электричество позже 7 недѣль. Изъ 43 случаевъ примѣненія электричества умерло 2 беременныхъ, 4 получили тяжелыя заболѣванія, въ 2 случаяхъ это средство оказалось недействительнымъ.

Когда виѣматочная беременность перешла на вторую половину, плодъ продолжаетъ развиваться, и при этомъ никакихъ тяжелыхъ и вредныхъ для здоровья явленій не замѣчается, то слѣдуетъ выждать конца беременности, въ надеждѣ спасти жизнь матери и вывести на свѣтъ младенца живымъ. Гораздо чаще, какъ сказано выше, плодъ умираетъ задолго до истеченія срока беременности, что должно служить всегда показаніемъ къ операціи чревосѣченія.

Послѣ смерти плода, если наступившая реакція незначительна, слѣдуетъ выждать нѣсколько недѣль, чтобы по возможности при благопріятныхъ условіяхъ произвести чревосѣченіе. Въ особенности выжиданіе оказывается полезнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда при операціи мѣшокъ не можетъ быть удаленъ цѣликомъ; оно предохраняетъ, при отслойкѣ или отдѣленіи послѣда, отъ сильнаго кровотеченія. Вообще же, принимая при такихъ условіяхъ чревосѣченіе, нужно по возможности удалить весь мѣшокъ, не только его содержимое. Въ большинствѣ случаевъ это удается, хотя приходится часто разъединять сплошныя и опасныя сращенія съ брюшными внутренностями, въ особенности съ кишками. Иногда операція заканчивается по типу удаленія кисты, сидящей въ широкой маточной связкѣ.

При наступленіи срока родовъ, слѣдуетъ приступить къ операціи немедленно, при появленіи періодическихъ болей въ маткѣ, если желаютъ спасти жизнь младенца. Въ этихъ случаяхъ чревосѣченіе часто представляетъ трудную операцію. Околоплодный мѣшокъ, достигшій большихъ размѣровъ, представляетъ плотныя сращенія. Кромѣ того яйцо вступаетъ въ тѣснѣйшія отношенія съ тазовыми органами, въ особенности съ маткою, мочевымъ пузыремъ, иногда съ мочеточниками и нижней частью кишечнаго канала, наичаще съ прямою кишкою; такъ какъ при своемъ развитіи оно отслаиваетъ брюшинный покровъ этихъ органовъ, иногда на значительномъ пространствѣ. Почему сравнительно часто, при такихъ условіяхъ, невозможно бываетъ удалить околоплодный мѣшокъ; приходится оставить его весь или значительную часть. Въ послѣднемъ случаѣ слѣдуетъ отверстіе мѣшка нѣсколько ссудить швами, края его нужно тщательно пришить къ краямъ отверстія брюшной стѣнки и полость мѣшка тампонировать іодоформною марли. Оставленный въ мѣшкѣ послѣдъ обыкновенно выдѣляется медленно, большею частью отдѣльными частями, поддерживая въ теченіе нѣсколькихъ недѣль ихорозное распаденіе и нагноеніе.

При послѣдовавшемъ разрывѣ околоплоднаго мѣшка, необходимо немедленно приступить къ чревосѣченію, если упадокъ силъ не представляется угрожающимъ, при сильномъ кровоизліяніи въ полость живота. Иногда нужно выждать нѣкоторое время, пока улучшится состояніе больной и поднимется ея пульсъ. Послѣ разрѣза стѣнки живота, необходимо удалить излившуюся кровь и вышедшій плодъ, затѣмъ весь мѣшокъ, представляющій обыкновенно надорванную трубу.

При угрожающей элиминации плода, слѣдуетъ также дѣлать чревосѣченіе, тѣмъ болѣе что въ подобныхъ случаяхъ мѣшокъ обыкновенно сростается съ переднею стѣнкою живота. Если элиминація затянулась и кости зародыша выходятъ черезъ фистулу въ стѣнкахъ живота, слѣдуетъ увеличить отверстіе посредствомъ разрѣза. Когда отверстіе находится въ сводѣ влагалища, а тѣмъ болѣе въ прямой кишкѣ, и значительная часть скелета плода находится еще въ животѣ, можно прибѣгнуть къ расширенію свища посредствомъ бужей и другихъ тупыхъ расширителей. Иногда удобнѣе сдѣлать разрѣзъ черезъ брюшныя стѣнки для полного удаленія скелета плода, въ другихъ случаяхъ умѣстно сдѣлать разрѣзъ черезъ задній сводъ влагалища.

Къ подобной операциіи наиболѣе приходится прибѣгать при haematocoele retrouterinum, въ особенности когда обнаруживаются явленія указывающія на гнилостное распаденіе и образованіе нарыва. Примѣнять разрѣзъ задняго свода, и еще менѣе передняго, по способу Dührsen'a, неслѣдуетъ, при развивающейся внѣматочной беременности и при недавно послѣдовавшемъ кровотеченіи. Клиническія наблюденія показали, что colpotoμία въ подобныхъ случаяхъ часто сопровождается неблагоприятными исходами.

Чревосѣченіе при окаменѣломъ плодѣ производится рѣдко и болѣею частію не представляетъ особенныхъ трудностей; такъ какъ плодъ обыкновенно окруженъ плотною сумкой изъ ложныхъ перепонокъ, изъ которыхъ его можно удобно удалить.

P. Müller въ 2 случаяхъ оперировалъ вскорѣ послѣ смерти плода и потерялъ обѣихъ больныхъ. Orillard собралъ 60 случаевъ чревосѣченія при живомъ плодѣ, смертность достигаетъ 46%. Половина случаевъ была оперирована съ примѣненіемъ антисептики, тѣмъ не менѣе въ 33% наблюдался летальный исходъ.

Наибольшую опасность при операцияхъ внѣматочной беременности въ позднѣйшее время представляетъ кровотеченіе. При операциіи слѣдуетъ перевязывать кровоточащія сосуды, накладывать сжимающіе пинцеты, перевязывать предварительно art. uterin. et spermatic. Наиболѣе опасно кровотеченіе въ Дугласовомъ пространствѣ; иногда необходимо въ теченіе нѣкотораго времени прижимать aorta abdominalis, пока будетъ окончена перевязка кровоточащихъ сосудовъ. Въ другихъ случаяхъ для остановки кровотеченія необходимо бываетъ удалить тѣло матки, какъ это производили Tauffer, Rosenthal, Krug и др. Къ числу опасныхъ случайныхъ пораненій относится перерѣзка мочеочника, какъ это случилось при операциіи произведенной Staude.

По изслѣдованіямъ Martin'a, собравшаго 180 случаевъ внѣматочной беременности, при выжидательномъ лѣченіи умерло 64% больныхъ, при активномъ всего 23,3%. Schrenck на 338 случаевъ чревосѣченія при внѣматочной беременности нашелъ всего 16,5% смертности. Властенъ изъ 45 случаевъ потерялъ только 2 больныхъ. Въ Пештской клиникѣ умерло 18,5%. Въ случаѣ, описанномъ Gummert'омъ, послѣ удаленія беременнаго зачаточнаго рога матки, послѣдовала даже нормальная беременность. Большинство современныхъ гинекологовъ высказывается за чревосѣченіе. Tait изъ 42 случаевъ, оперированныхъ имъ вскорѣ послѣ разрыва мѣшка, 40 разъ наблюдалъ выздоровленіе. Werth совѣтуетъ по возможности удалять весь мѣшокъ. Въ настоящее время чревосѣченіе вообще производится очень часто при внѣматочной беременности—Küstner въ теченіе одного года сдѣлалъ 23 раза эту операцию при подобныхъ условіяхъ въ Бреславлѣ.

Глава 15.

Ненормальности околоплодной жидкости.

1. Чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости, hydramnion.

Этіологія. *Количество околоплодной жидкости, при правильномъ развитіи яйца, колеблется между 500,0 и 1500,0, но при ненормальныхъ условіяхъ, оно можетъ увеличиться въ нѣсколько разъ. Были наблюдаемы случаи, гдѣ оно достигало 10 даже 15 л.

Причины чрезмѣрнаго накопленія водъ довольно разнообразны и до сихъ поръ еще не вполне выяснены. Иногда оно наблюдается при недоразвитіи центральной нервной системы плода—haemicephalia, aserphalia, spina bifida и проч. Часто эти уродства обуславливаются тѣми же самыми причинами, какъ чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости. Тѣмъ не менѣе, лишенное кожныхъ покрововъ мѣсто расщепленія позвоночнаго канала, или незакрытыя полости желудочковъ мозга несомнѣнно могутъ способствовать переходу большого количества жидкости въ околоплодный мѣшокъ.

Гораздо чаще чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости зависитъ отъ врожденныхъ патологическихъ измѣненій въ сосудистой системѣ плода, вызывающихъ застой крови въ области пупочной вены. При этомъ иногда сохраняются волосные сосуды ворсистой оболочки, обыкновенно существующіе только въ ранней беременности на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста.

Наи чаще такой застой происходитъ при врожденныхъ порокахъ сердца, при суженіи пупочной вены, Баталлова протока, при сморщиваніи печени, легкихъ, преимущественно сифилитическаго характера, и проч. Въ такихъ случаяхъ дѣтское мѣсто представляется большимъ и отечнымъ.

Сравнительно часто рѣзко выраженные случаи чрезмѣрнаго накопленія околоплодной жидкости наблюдаются при беременности двойнями, происходящими изъ одного яйца. Ближайшею причиною этой ненормальности служатъ обыкновенно существующіе анастомозы между кровеносными плацентарными сосудами послѣдствъ обоихъ младенцевъ. По изслѣдованіямъ Schatz'a, такія сообщенія происходятъ между венами, артеріями и волосными сосудами; вслѣдствіе чего въ нѣкоторыхъ доляхъ дѣтскаго мѣста возникаетъ общее для обоихъ плодовъ кровообращеніе, причѣмъ не только соединяются между собою вѣтви однородныхъ сосудовъ, но также кровь мѣстами изъ артерій одного плода переходитъ въ вены другого. При такихъ анастомозахъ, если они распространяются на значительную часть плаценты, легко могутъ возникать расстройства въ зародышевомъ кровообращеніи, коль скоро одинъ изъ близнецовъ окажется болѣе развитымъ. Въ такомъ случаѣ его сердце, работая сильнѣе, постепенно своими кровеносными сосудами будетъ занимать болѣе зна-

чительную часть долекъ плаценты. Неизбѣжнымъ послѣдствіемъ этого будетъ, кромѣ болѣе значительнаго роста и развитія такого плода, гипертрофія его сердца и усиленное отдѣленіе мочи; но спустя нѣкоторое время полости сердца расширяются и его стѣнки истончаются. Развивается слабость сердечной дѣятельности, что влечетъ за собою застой крови въ области пупочной вены этого плода и образованіе отековъ въ его тѣлѣ. Все это вмѣстѣ взятое причиняетъ значительное накопленіе околоплодной жидкости. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда застой крови усиливается, на такомъ плодѣ появляются отеки, накопленіе жидкости въ полости его живота, сморщиваніе печени и проч.

Недавно Woegz описалъ подобный случай двойней, происходящихъ изъ одного яйца. Громадное увеличеніе живота на 6 мѣсяцѣ; ранніе роды. Въ одномъ мѣскѣ количество жидкости было нормально, въ другомъ—доходило до 9000,0; плодъ, который осложнился hydramnion, былъ на 30% тяжелѣе другого, его почки и сердце были значительно больше нормальной величины.

Нѣкоторые авторы допускаютъ также накопленіе большого количества околоплодной жидкости при значительныхъ разстройствахъ кровообращенія беременной, въ особенности при разстройствѣ сердечной компенсаціи.

Симптомы и теченіе. Наичаще чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости встрѣчается у многороженицъ; женщины, беременныя въ первый разъ, подвергаются рѣдко этой болѣзни. Накопленіе большого количества околоплодной жидкости сильно растягиваетъ матку, которая получаетъ шарообразную форму, и дно задолго до конца беременности поднимается до мечевиднаго отростка. При одномъ плодѣ чрезмѣрное накопленіе жидкости происходитъ постепенно, напротивъ при беременности двойнями оно развивается гораздо скорѣе. Животъ увеличивается замѣтно съ каждымъ днемъ, что сопровождается болями, иногда лихорадочнымъ состояніемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже на 4 или 5 мѣсяцѣ беременности поперечный объемъ живота достигалъ 110 — 130 см. Подобные случаи французскіе акушеры называютъ острымъ hydramnion.

Въ случаѣ этой болѣзни, который наблюдалъ Wolff, у беременной быстро наступившее увеличеніе живота сопровождалось потрясающими ознобами, повышеніемъ Т. до 40° С., сильными болями въ животѣ, исхуданіемъ и рвотой. Sion собралъ въ литературѣ всего 53 случая острого hydramnion; 25 разъ были наблюдаемы двойни, 12 разъ отмѣченъ въ анамнезѣ сифилисъ. Только 1 изъ 32 плодовъ остался въ живыхъ.

Чѣмъ быстрѣе развивается чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости и чѣмъ сильнѣе увеличивается животъ, тѣмъ болѣе является со стороны беременной жалобъ, и тѣмъ болѣе тяжелыя явленія возникаютъ въ организмѣ больной. Являются боли въ поясницѣ, въ животѣ, затрудненіе при ходьбѣ и явленія диспепсіи. Затѣмъ появляется одышка, больная не въ состояніи лежать въ постели, развиваются значительныя отеки нижнихъ конечностей, наружныхъ половыхъ частей и по-

кровоу живота. При острой формѣ отеки и удушье въ короткое время достигаютъ значительной степени, и жизнь больной подвергается серьезной опасности. Кровообращеніе въ полости живота чрезвычайно затрудняется, и въ мочѣ появляется бѣлокъ.

На ощупь матка представляется напряженною, и въ ней обнаруживается вполне ясное зыбленіе при постукиваніи. При наружномъ изслѣдованіи, части плода рѣдко прощупываются, но сердцебиеніе на второй половинѣ беременности часто удается слышать довольно отчетливо.

При внутреннемъ изслѣдованіи, мы находимъ нижній сегментъ матки стоящимъ высоко, шейка замѣтно укорочена, и часто каналъ ея пропускаетъ палецъ, даже вскорѣ послѣ половины беременности. Нерѣдко можно ощущать явственный ballotement.

При чрезмѣрномъ накопленіи жидкости, нерѣдко встрѣчаются неправильныя положенія и предлежанія плода. Беременность довольно часто прерывается самопроизвольно раньше срока, причемъ первый періодъ родовъ совершается чрезвычайно медленно, вследствие слабости родовыхъ сокращеній матки. Послѣ изгнанія плода нерѣдко развивается атонія матки.

Распознаваніе обыкновенно не представляетъ затрудненій. Появленіе яснаго зыбленія при постукиваніи отличаетъ это заболѣваніе отъ пузырчатаго заноса, гдѣ также происходитъ сильное растяженіе матки и увеличеніе живота задолго до конца беременности. Описаны случаи, гдѣ hydramnion смѣшивали съ кистою яичника или съ водянкою живота, хотя внимательный разспросъ и изслѣдованіе больной всегда могутъ обнаружить симптомы беременности, составляющіе вполне надежный признакъ для отличительнаго распознаванія. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ произвести изслѣдованіе per gestum, что даетъ возможность нерѣдко ощупать матку, при существованіи водянки живота и опухолей яичника. При беременности же мы найдемъ, что маточная шейка непосредственно переходитъ кверху въ сильно растянутое тѣло матки.

Wolff, Wilson и Iversen приняли hydramnion за кисту яичника и дѣлали чревосѣченіе. Wilson троакаромъ удалилъ 25 л. воды изъ полости одного яйца. Больная Iversen'a умерла отъ periton. sept.

Лѣченіе. Выжидательная терація примѣнима только при сравнительно легкихъ случаяхъ, когда сильное увеличеніе матки не страиваетъ важнѣйшихъ отправленій организма. Въ подобныхъ случаяхъ можно испытать, по совѣту французскихъ врачей, назначеніе kali jodati. При наступившихъ самопроизвольныхъ родахъ, при нѣкоторомъ расширеніи зѣва, необходимо сдѣлать проколъ пузыря, чтобы сокращенія матки стали болѣе дѣйствительными и менѣе болѣзненными. Произвести это слѣдуетъ при горизонтальномъ положеніи роженицы въ постели, направляя рукою чрезъ стѣнки живота предлежащую головку во

входъ таза, чтобы избѣжать выпаденія пуповивы и верхнихъ конечностей.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ, при чрезмѣрномъ накопленіи околоплодной жидкости у беременной, развиваются разстройства важнѣйшихъ отправленій организма, причиняющія истощеніе и одышку, необходимо вызвать преждевременные роды, что наичаще производится въ такихъ случаяхъ посредствомъ прокола оболочекъ яйца. При этомъ необходимо позаботиться, чтобы истеченіе жидкости совершилось насколько возможно медленно, иначе можетъ послѣдовать отдѣленіе дѣтскаго мѣста и сильное кровотеченіе даже до появленія маточныхъ сокращеній; почему тамъ, гдѣ возможно, не мѣшаетъ предпослать проколу оболочекъ расширеніе канала шейки, хотя бы до ширины 2—3 поперечныхъ пальцевъ, чтобы при появленіи опасныхъ симптомовъ возможно было сдѣлать комбинированный поворотъ на ножки и совершить, если это окажется необходимо, *accouchement forcé*.

2. Слишкомъ малое количество водъ, oligo-hydramnia, и Симонаровы перемычки.

Слишкомъ малое количество околоплодной жидкости, а въ исключительныхъ случаяхъ даже полное отсутствіе родовыхъ водъ, обыкновенно не остается безъ вліянія на развитіе плода. Если такая ненормальность сопровождается первыя стадіи его развитія, то возникаетъ, вслѣдствіе приращенія водной оболочки къ поверхности плода, сращеніе частей плода между собою и разнообразныя болѣе или менѣе значительныя уродства и недоразвитіе отдѣльныхъ частей плода. Когда при дальнѣйшемъ ростѣ плода появляется больше околоплодной жидкости, эти приращенія превращаются въ нити и перепонки различной толщины и длины, извѣстныя подъ именемъ Симонаровыхъ перемычекъ. Онѣ производятъ натяженіе, сдавливаніе и ущемленіе частей плода, наичаще конечностей, причиняютъ анкилозы, сращенія, искривленія, недоразвитія, даже самопроизвольныя ампутаціи, а также различныя уродства — *syndactalia*, *phocomelia*, *sycloria* и проч. Иногда водная оболочка, въ первыя дни развитія зародыша, прироста къ внутреннимъ органамъ, тогда развитіе плода задерживается или является расщепленіе черепа, верхней губы и нѣба. Симонаровы перемычки, или связки, большею частію впоследствии исчезаютъ, почему долгое время не могли объяснить появленіе такихъ уродствъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдали перекручиваніе пуповины около такой перемычки, что влекло за собою смерть плода.

Когда уже въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности обнаружится недостаточное количество околоплодной жидкости, такая ненормальность влечетъ за собою неравномѣрное распредѣленіе внутриматочнаго давленія, причемъ части плода непосредственно прилежащія къ маточной стѣнкѣ легко подвергаются также внѣшнему давленію. Наичаще это выпадаетъ на долю голеней и стопъ, находящихся, при такихъ ненормальныхъ

условіяхъ, въ положеніи hyperpronatio, при которомъ совершается дальнѣйшій ростъ ихъ костей. Поворожденный младенецъ является на свѣтъ съ уродливыми стопами — *pes vagus*, *pes valgus* и проч., что встрѣчается не особенно рѣдко. Описаны также исключительные случаи малаго количества околоплодной воды, съ измѣненіемъ ея свойствъ, когда она представляла густую, вязкую жидкость сѣроватаго цвѣта.



Фиг. 133. Симонарова перемычка, идущая отъ край дѣтскаго мѣста къ покровамъ головки плода, у котораго найдена также заячья губа. Пуповина обвита вокругъ перемычки.

Joggard ставитъ чрезмѣрно малое количество или полное отсутствіе околоплодной жидкости въ зависимость отъ перерожденія или отсутствія почекъ у плода. Подобное же мнѣніе высказываетъ Strassmann.

3. Измѣненіе свойствъ околоплодной жидкости.

Иногда свойство водъ измѣняется даже при нормальномъ количествѣ этой жидкости. Зеленовато-грязный цвѣтъ воды принимаютъ отъ примѣси первоначальнаго кала, что происходитъ часто при внутриматочной асфиксії плода. Такая загрязненная околоплодная жидкость, по наблюденіямъ Remy, легко можетъ загнивать, если роды затягиваются, и не примѣняются обеззараживающія средства. Послѣ смерти плода околоплодная жидкость, при цѣлыхъ оболочкахъ яйца, представляется мутною и получаетъ красновато-бурый цвѣтъ. Гніеніе въ ней начинается большею частію только при доступѣ воздуха. Только въ рѣдкихъ случаяхъ околоплодная жидкость можетъ подвергнуться гніенію при цѣлости оболочекъ яйца. Наичаще это бываетъ при попыткахъ произвести выкидышъ, когда въ полость матки вводятъ нечистые инструменты. Въ исключительныхъ случаяхъ это возможно также при изслѣдованіи нечистыми руками во время родовъ, когда устье матки уже нѣсколько раскрыто, и въ него выпячивается во время сокращенія матки околоплодный пузырь. Въ такихъ случаяхъ плодъ, спустя нѣкоторое время, умираетъ, вслѣдствіе отравленія и сильно повышенной температуры. Мутная околоплодная жидкость при истеченіи изъ матки обнаруживаетъ дурной запахъ.

Carborelli наблюдали у роженицы, при такихъ условіяхъ, септическое заболѣваніе; младенецъ умеръ отъ peritonitis sept., мать выздоровѣла. Lomer, Balin, Joggard и Link наблюдали чрезвычайно малое количество водъ, которыя представляли густую клейкую жидкость въ количествѣ не болѣе 30,0. Дѣти рождались слабыя, худыя и уродливыя. Link наблюдали многочисленныя переломы у новорожденныхъ.

4. Вздутіе матки, tympanites uteri, physometra.

Этіологія Это опасное осложненіе развивается наибаче во время родовъ, рѣже во время беременности, вслѣдствіе гниlostнаго распада содержимаго матки, что сопровождается образованіемъ значительнаго количества вонючихъ газовъ, наполняющихъ матку. Ближайшею причиною является переносъ гниlostныхъ микробовъ въ полость матки, что происходитъ при введеніи нечистой руки или инструментовъ. Нерѣдко микробы попадаютъ при вступленіи воздуха въ матку, который попадаетъ при изслѣдованіи, а иногда при перемѣнѣ положенія роженицы, хотя гниlostные микробы могутъ также самопроизвольно попадать въ матку изъ влагалища.

Tympanites uteri всегда развивается послѣ истеченія водъ, въ рѣдкихъ случаяхъ еще до наступленія родовыхъ сокращеній; болшею частію при затяжныхъ и трудныхъ родахъ, въ особенности при узкомъ тазѣ, когда головка не плотно устанавливается въ входѣ таза, а также при неправильныхъ положеніяхъ, при чрезмѣрной величинѣ плода, при слабости и вялости родовыхъ сокращеній и пр.

Симптомы и теченіе. Болшею частію вздутіе матки наблюдается у многорожавшихъ, наибаче при мало или неполнѣ раскрытомъ зѣвѣ. Часто заболѣваніе начинается ознобомъ, который иногда повторяется нѣсколько разъ въ теченіе родовъ. Температура повышается до 39 — 40° С., пульсъ значительно ускоряется. Буроватое отдѣленіе изъ матки получаетъ дурной запахъ, вслѣдствіе загниванія оставшейся въ маткѣ околоплодной жидкости, распаденіе переходитъ на слизистую оболочку матки, развивается endometritis et metritis sub partu, стѣнки матки становятся чувствительными; начавшіяся родовыя сокращенія на время прекращаются или становятся вялыми. Если эти явленія произошли при живомъ плодѣ, то онъ скоро умираетъ, вслѣдствіе лихорадки, разстройства плацентарнаго кровообращенія и отравленія токсинами. Вскорѣ послѣ своей смерти плодъ подвергается гниlostному распадению, преимущественно его наружныя покровы; онъ становится темнымъ и раздутымъ. Въ сильно запущенныхъ случаяхъ объемъ плода значительно увеличивается. Матка растягивается газами, родовыя сокращенія становятся вялыми, и даже совершенно прекращаются; при постукиваніи стѣнки живота, матка издаетъ тимпаническій тонъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ возможно одновременно съ гниlostными зараженіемъ патогенными микробами.

Предсказаніе. Хотя въ большинствѣ случаевъ, женщины у которыхъ развивается во время родовъ вздутіе матки, остаются въ жи-

выхъ, коль скоро удастся безъ замедленія окончить роды; однако нерѣдко встрѣчаются мѣстныя послѣродовыя заболѣванія матки, тазовой клѣтчатки и даже маточныхъ придатковъ. Встрѣчаются также случаи, гдѣ вскорѣ послѣ родовъ появлялась peritonitis, а также sepsis или пиэмія съ летальнымъ исходомъ.

Терапія. По возможности скорѣе слѣдуетъ опорожнить матку, смотря по особенностямъ даннаго случая, посредствомъ щипцовъ, поворота съ извлеченіемъ или чрезъ эмбриотомію; иногда предварительно необходимо раскрыть маточный зѣвъ мѣшками Barnes'a, кольнейринтеромъ или даже посредствомъ разсѣченія его краевъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ, когда при распуханіи и значительной величинѣ плода, находящагося въ поперечномъ положеніи, роды невозможно скоро окончить поворотомъ или эмбриотоміею, не слѣдуетъ останавливаться съ операциею Porro, къ которой приплось прибѣгать при такихъ условіяхъ Ludwig'у и миѣ. Обѣ эти родильницы выздоровѣли.

Послѣ извлеченія плода и удаленія послѣдняго, необходимо тщательно промыть полость матки теплымъ 3% растворомъ acid. borici въ количествѣ не менѣе 5 литровъ, и затѣмъ ввести въ полость матки 5,0 раствора tinct. jodi въ глицеринѣ, 1:2.

Herrgott недавно также произвелъ операцию Porro при вздутіи матки; въ этомъ случаѣ причиною замедленія родовъ была слабость маточныхъ сокращеній и дермоидная киста, заградившая входъ въ тазъ. Schnell нашель газы въ крови родильницы, погибшей чрезъ 3 часа послѣ окончанія родовъ поворотомъ на ножки, при вздутіи матки. По мнѣнію Wendler'a въ данномъ случаѣ смерть послѣдовала вслѣдствіе sepsis acutissima. На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ, слѣдуетъ признать невѣрнымъ мнѣніе Ahlfeld'a, будто бы tympanites uteri не должна никогда служить показаніемъ къ операцию Porro.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Общія острыя и хроническія болѣзни, осложняющія беременность.

Auchè. Passage des microbes à travers le placenta des femmes enceintes. Rev. gén. de med. 1894.—Augagneur. La syphilis dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Prov. med. 1892.—d'Aulnay. De la syphilis conceptionnelle. Arch. de toc. 21.—Amman. Studien über Influenza bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. M. med. W. 1890.—Bullaud. Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse 1896.—Ballantyne and Malligan. A case of scarlett fever in pregnancy with infection of the foetus. Ed. med. I. 1893.—Boxall. Ueber Scarlatina in der Schwangerschaft und in Puerperium. Tr. obst. soc. London. 1890.—Chambrelet. Influéza à forme gastro-intestinale ayant amené la mort du foetus. N. Arch. d'obst. 1893.—Carborelli. Ueber kongenitale Erkrankung des Fötus bei gesunder Mutter. 1891.—Clément. Antipyrin beim Thyphus in der Schwangerschaft. Lyon med. 1887.—Durand. Diphtheritis bei einer Schwangeren. C. Bl. f. Gyn. 1891.—Durk. Ueber intra uterine Typhus—und Mischinfection einer lebensfähigen Frucht. M. med. W. 1896.—Dakin. Tetany in pregnancy. Tr. obst. soc. 33.—De-Tornéry. La rougeole et la scarlatine dans la grossesse. 1891—Etienne. Syphilis et grossesse. Ann. de gyn. 1892. Etienne. Sur le trai-

tement du syphilis pendant la grossesse. An. de gyn. 1894.—Etienne. Un cas de typhus chez le fœtus. Gaz. hebdomadaire. 1896.—Engel. Der Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Freund und Levy. Ueber intrauterine Infektion mit typhus abdominalis. B. Kl. W. 1895.—Felkin. The influence of Influenza upon women. Ed. med. I. 1892.—Guinsbourg. De la tuberculose et des vomissements incoercibles Arch. de toc. 1894.—Gasparini. Action de variole sur les fonctions utérines. Gaz. med. hebdomadaire. 1892.—Gause. Ueber den Einfluss der Temperatur der Schwangeren auf das Kind. 1890.—Klutsch. Ueber den Verlauf der Cholera in der Schwangerschaft. M. med. W. 1892.—Klutsch. Ueber die in Folge der Cholera auftretenden Veränderungen in den weiblichen Generationsorganen. M. med. W. 1894.—Klutsch. Die akuten Infektionskrankheiten in ihrer Wirkung auf die Schwangerschaft. M. med. W. 1894.—Kollock. Ueber den Schutz welchen die Vaccination dem Fœtus gewährt. Am. I. of obst. 1890.—Korn. Ueber einen Fall von Masernexanthem bei einer Kreisenden. C. Bl. f. Gyn. 1888.—Legendre. L'influence de quelques infections aiguës sur la grossesse. N. arch. d'obst. 1893.—Lop. De l'avortement ou de l'accouchement prématuré dans la tuberculose pulmonaire. Arch. de toc. 1894.—Львовъ. О влияніи typhus exanthematicus на течение беременности и родовъ. Ж. ак. и ж. бол. 1894.—Moragliano. Soll man bei tuberkulösen Frauen die Schwangerschaft künstlich unterbrechen. Int. kl. Kund. 1893.—Morganlieff. Ueber Pockenerkrankung des Fœtus im Uterus. 1889.—Müller. Weitere Beobachtungen ueber Influenza gravidarum. M. med. W. 1895.—Marschand F. Ueber einen merkwürdigen Fall von Milzbrand bei einer Schwangeren mit tödlichen Infection des Kindes. V. Arch. 109.—Maag. Zwei Fälle von Gangraena uteri. Frommel's. Ber. 1894.—Noorden. Ueber den Verlauf des akuten Gelenkrheumatismus in Schwangerschaft und Wochenbett. Ch. An. 1891.—Queirel. Du choléra chez les femmes grosses. N. arch. d'obst. 4.—Partridge. Diabetes in the pregnancy. Med. rec. 1895.—Richardière. La variole pendant la grossesse. Arch. de toc. 1895.—Stembo. Ein Fall von Schwangerschaftpolyneuritis nach unstillbaren Erbrechen. D. Med. W. 1895.—Séguel. Etude sur l'influenza dans ses rapports avec la grossesse. 1895.—Sangregorio. Variola in der Schwangerschaft.—Voigt. Ueber den Einfluss der Pockenkrankheit auf Schwangerschaft et caet. S. kl. V. 1894.—Tizzoni e Cattani. Переносъ холеры отъ матери на плодъ. Gaz. osp. 1886.—Thiery. Erysipel und Gravidität. Gaz. med. 1890.—Willigen. Pokken in der Schwangerschaft. 1895.—Тыляковъ. Einige Bemerkungen über die Cholera bei Frauen. C. Bl. f. Gyn. 1892.—Vinay. Ueber die Influenza bei Frauen in puerperalen Zustände. C. Bl. f. Gyn. 1893.

2. Болѣзни различныхъ органовъ острия и хроническія, осложняющія беременность.

Begnami. Thyreoidismus und Schwangerschaft. W. med. Bl. 1896.—Buist. Chorea gravidarum. Lancet. 1895.—Bullius Ueber Endometritis decidual. polyposa et tuberosa. M. med. W. 1896.—Bonnefin. Note sur le traitement électrique des vomissement par la méthode Apostoli. Bull. off. d'elect. 1895.—Bar et Tissier. Dermatite polymorphe dans la grossesse. Gaz. med. 1895.—Blanc. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'aluminurie et de l'œclampsie chez la femme gravide. Arch. toc. 1889.—Blanc. Inflammations péritutérides dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement B. de soc. obst. 1892.—Coates. Case of labour in a 1 p. suffering from mitral stenosis. Tr. obst. soc. 1887.—M. Cann. Chorea gravidarum. Tr. ob. soc. Lond. 33.—Холмогоровъ. Geburtsverlauf und weitere Beobachtungen nach einer Ventrofixatio uteri. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Cohnstein. Die Behandlung bei Incarceration des retroflectirten graviden Uterus. Arch. f. Gyn. 33.—Chambrelen. Leberabscess und Schwangerschaft. Gaz. med. 1894.—Cohn. Ueber das Absterben des Fœtus bei Nephritis der Mutter. Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. 14.—Engström. Operationen an der Scheide und am Damm bei

schwangeren Frauen. Jahrb. über die Fort. 1891.—Emanuel. Ueber Endometritis in der Schwangerschaft und deren Aetiologie. Zeit. f. Geb. und. Gyn. 35.—Emanuel, Witkowsky u. Veit. Ueber Endometritis in der Gravidität. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 32.—Eber-son. Ein Fall am Chorea gravidarum. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Fehling. Die Bedeutung der Gonorrhoea für Schwangerschaft. M. med. W. 1895.—Fournier. De l'herpes gestationis. N. arch. obst. 1892.—Friedeberg. Ueber Albuminurie in Anschluss an den Geburtsact. B. med. W. 1894.—Froigniaud. Pneumonie et grossesse. Arch. de Tocol. 1890.—Glaevecke. Ueber Impetigo herpetiformis. Arch. f. Gyn. 52.—Gossmann. Zur Kasuistik der typischen Schwangerschaftsniere. M. med. W. 1895.—Gamulin. L'allaitement cher les albuminuriques. 1897.—Guérard. Köliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrifixur. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Gottschalk. Zur Lehre von der Retroversio Uteri gravidi. Arch. f. Gyn. 46.—Gibert. Deux cas d'accouchement après la ventrofixatio uteri Obst. 1897.—Graefe. Sectio cesarea sub partu post vaginofixationem uteri. Mon. f. Geb. u. Gyn. 2.—Gaudard. Pneumonie et grossesse. Ann. de Gyn. 1892.—Gaudard. Essai sur la diabète sucré dans l'état puerperale. 1889.—Greene. Acute leucæmia during pregnancy. N. I. med. J. 1888.—Guerin. Beitrag zum Studium der Verletzungen der Genitalorgane Schwangeren. 1894.—Hart Berry. Mitralstenose und III Geburtsperiode. Ed. Med. J. 1888.—Harris. 6 durch eigene Hand zugeführte Kaiserschnitte. Am. J. med. soc. 1888.—Häberlin. Schwangerschaft mit Morbus Basedowii. C. Bl. f. Gyn. 1890.—Hirst. A large collection of pus in the broad ligament complicating pregnancy. Ann. of. gyn. 1892.—Hahn. Leyden'sche Schwangerschaftsniere. 1896.—Herman. Six cases of pregnancy and labor with Brights disease. Tr. of th obst. soc. of London. 1894.—Hirst The management of labor complicated by heart disease. Am. j. of. Obst. 1895.—Hennig. Ueber metritis gravidarum. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Jaksch. Ein Fall von Tetania bei einer schwangeren Frau. W. med. Pr. 1891.—Koblanck. Zur Prognose der Schwangerschaftsnephritis. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 29.—Kehrer. Gazetamponade des Mutterhalses zur Stillung der Hyperemesis gravidarum. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Краснолевский. Случай идиопатического общего зуда при родахъ. Врачъ 1890.—Kemper. Chorea gravidarum. Med. rec. 1887.—Leyden. Ueber die Komplikation chronischer Herzkranheiten mit Schwangerschaft. All. med. Cent. 1893.—Lehmann. Weitere Mittheilungen über Placentartuberculose. B. Kl. W. 1894.—Leonard. De l'hysterie pendant la grossesse et le travail. Paris med. 1887.—Löhlein. Ueber subacute Endometritis in der letzten Zeit der Schwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1892.—Lomer. Ueber die Bedeutung des Icterus gravidarum für Mutter und Kind. Zeitz. f. Geb. und. Gyn. 13.—Mijnlieff. Hydrorrhoe gravidarum. Fr. arzt. 1890.—Neumann. Zwei Fälle von Tetania gravidarum. Geb. Ges. in Wien. 1894.—Michie. Pregnancy complicated by suppuration within the pelvis Brit. med. j. 1895.—Milaender. Die Geburt nach ventrofixatio uteri. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 33.—Meinert. Tetanie in der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 30.—Notle. The pregnancy and perforation complicated of the suspension of the uterus. Am. f. of. obst. 1896.—Neumann. Zwei Fälle von Tetania gravidarum. Arch. f. Gyn. 48.—Puech. Ist bei Nephritis der Schwangeren die künstliche Frühgeburt zullässig resp. nothwendig? N. arch. d'obst. 1894.—Paul. Durch eine Trauma intrauterinum entstandene penetrende Ruptur der vorderen Bauchwand beim Kind. Pr. med. Woch. 1895.—Philipps. Le traitement des maladies du coeur dans la grossesse. Revue int. 1896.—Pick und Jacobson. Eine neue Methode für Färbung der Bakterien. B. Kl. W. 1891.—Pinard et Varnier. Contribution à l'étude de la retorsion de l'uterus gravide. Ann. de Gyn. 1886 n 87.—Piering. Zur Kasuistik der Gascysten in der Scheide. Prag. Zeitr. f. H. 9.—Queirel. De l'ictère chez les femmes grosses. N. arch. d'obst. 1887.—Queirel. La grippe et l'état puerpérale. N. arch. de gyn. 44.—Rühl. Ueber die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Rosthorn. Fall von Icterus gravis. W. med. W. 1890.—Schlager. Ueber die Komplikation der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes mit chronischen Herzklopfenfehlern. Zeitz. f. Geb. und Gyn. 23.—Schnei-

der. Ueber den Einfluss vorgeschrittener Herzfehler auf den Gang der Geburt. 1890.—Sänger. Zur Behandlung der Retroflexio uteri gravidi. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Shollenberger. Albuminurie in pregnancy. Fromm. Ber. 1895.—Stocker. Ueber den Einfluss der Alexanderoperation auf die Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Schuhl. Rétroflexions de l'utérus gravide. Arch. de toc. 21.—Strassmann. Zur Kenntniss des Schwangerschaft und Geburtsverlauf bei antefixirtem Uterus. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Schmal. L'anatomie pathologique de l'endometrium. Arch. de toc. 1891.—Thomas. Tetany in pregnancy. Fromm. Ber. 1895.—Tremel. Das diaphoretische Verfahren bei Nierenerkrankungen und Eklampsie in der Schwangerschaft. 1895.—Tarnier. La cystite pendant la grossesse. Rev. intern. 1894.—Teuffel. Beitrag zur Lehre von der Schwangerschaft bei einem fixirten Uterus. Mon. f. Geb. und Gyn. 3.—Volquardsen. Chorea gravidarum. N. I. med. Pr. 1887.—Velde. Absolute Geburthinderniss nach Vaginofixatio des Uterus. B. Kl. W. 1896.—Volkmar. Ueber Nephritis der Schwangeren und Kreissenden. M. med. 1893.—Veit. Endomeirit in der Schwangerschaft. Br. Kl. W. 1887.—Viti. Pneumonische Infection beim Fötus. Rif. med. 1890.—Wallich. Pneumonie pendant la grossesse. Ann. de Gyn. 1889.—Wasseige. Chorea während der Schwangerschaft. Accouchement forcé. Bull. de med. de Belg. 1888.—Wiedow. Ueber den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentarerkrankung. Sitz. der Gyn. Sect. 1887.—Webster. Observations regarding chronic heart disease complicating pregnancy and labor. Frommel's Ber. 1894.—Wertheim. Geburt bei vaginofixirten Uterus. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Zweifel. Ueber Colpitis emphysematica. Arch. f. Gyn. 32.

3. Неукротимая рвота беременныхъ.

Bonnefin. Note sur le traitement électrique des vomissements. 1895.—Cécil. Pernicious vomiting of pregnancy. Frommel's Ber. 1894.—Choteau. Vomissements incoërcible traités par suggestion. Arch. de toc. 1892.—Colderini. La vomition incoërcible dans la grossesse. Gaz. med. Paris. 1892.—Caubet. Vomissements incoërcibles chez une primipare. Arch. de toc. 1890.—Cohnstein. Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum. Centr. f. Gyn. 1891.—Eulenburg. Ueber puerperale Neuritis et Polyneuritis. D. med. W. 1895.—Frank. Ueber Hyperemesis gravidarum. Pr. med. W. 1893.—Фаворскій. Къ вопросу о неукротимой рвотѣ беременныхъ. Р. мед. 1888.—Frommel. Zur Behandlung des Erbrechens während der Schwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1893.—Günther. Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum. C. Bl. f. Gyn. 1888.—Gautier. Traitement électrique des vomissements de la grossesse. Arch. de toc. 21.—Gottschalk. Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren. B. Kl. W. 1889.—Kaltenbach. Ueber unstillbares Erbrechen der Schwangeren. C. Bl. f. Gyn. 1890.—Keil. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Aetiologie der Hyperemesis gravidarum. M. med. W. 1891.—Lindemann. Zur pathologischen Anatomie des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren. C. Bl. f. Gyn. 1893.—Morti. Unstillbares Erbrechen in der Schwangerschaft. Korr. Bl. f. Sch. 1887.—Meder. Schwangerschaftserbrechen im 2 Monat. Jahr. Fortr. des Geb. in 1892.—Philipps Kokain in der Geburtshilfe. Lancet. 1887.—Rossa. Hyperemesis gravidarum. W. Centr. 1892.—Solowieff. Ueber einen Fall von Hyperemesis gravidarum, begleitet von einer Neuritis multiplex. C. Bl. f. Gyn. 1892.—Theilhaber. Hyperemesis gravidarum. M. med. W. 1887.

4. Въматочная беременность. Ненормальности околоплодной жидкости.

Ahlfeld. Ein Fall von oligohydramnion. B. Kl. W. 1894.—Brettauer. Ueber Diagnose der Tubenschwangerschaft nach eigene Erfahrung. N. I. J. 1895.—Balin. Mangel von Fruchtwasser. C. Bl. f. Gyn. 1888.—Baldy. Le diagnostique précoce de la grossesse ectopique. Gaz. med. 1891.—Beck. Ectopic pregnancy twice in the same patient. Jahr. über die Fort. der. Geb. in 1893.—Brodier. Un cas des jumeaux dans la grossesse.

se tubaire. Rev. intern. 1896. — Beckmann. Beitrag zur Gravidität im rudimentären Uterus-horn. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 35. — Been. Wiederholte ektopische Schwangerschaft bei derselben Frau. Frommel's Ber. 1894. — Brothers. Electricity in extrauterine pregnancy. Med. Rec. 1890. — Brühl. Zur Kasuistik der Extrauterin-schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 33. — Braun. Ueber zwei primäre Laparotomien bei graviditas extrauterina. Arch. f. Gyn. 37. — Czempin. Beobachtungen über Extrauterin-gravidität. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 29. — Clavaud-Ribourgeon. Hydramnion chez les jumeaux. 1896. — Croom. Serie d'observations de grossesses extra-utérines. N. arch. d'obst. 1895. — Condamin. Du traitement par la voie vaginale des hematocèles. Arch. de toc. 21. — Cestan. Hémorragies abdominales et hématocele. 1894. — Dührssen. Ueber Tuberschangerschaft und die Behandlung der Blutungen. D. med. W. 1894. — Dobbert. Beiträge zur Anatomie ektopischer Schwangerschaft. Virch. Arch. 127. — Dobbert. Beiträge zur Anatomie der Uterusschleimhaut bei ectopischer Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 47. — Dührssen. Ueber vaginale Coeliotomie. C. Bl. f. Gyn. 1995. — Delaisement. Grossesse extrauterine. Ann. de Gyn. 1892. — Engström. Ein Fall interstieller Tubenschangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1895. Engström. Zur Aetiologie der Tubenschangerschaft. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1892. — Frank. Ovarialschwangerschaft. Ges. f. Geb. und Gyn. zu Köln. 1894. — Fraenkel. Untersuchungen über die Decidua circumflexa und ihr Vorkommen bei Tubenschangerschaft. Arch. f. Gyn. 47. — Frommel. Wiederholte Tubenschangerschaft. M. med. W. 1890. — Foles. Extrauterine Zwillingchwangerschaft. Gaz. med. 1895. — Falk. Tuboovariellschwangerschaft. 1887. — Fränkel. Ueber die Diagnose und Behandlung der Extrauterin-schwangerschaft in den ersten Monaten. B. Kl. W. 1889. — Frommel. Zur operativen Behandlung der Extrauterin-schwangerschaft in den späteren Monaten der Gravidität. M. med. W. 1892. — Gummert. Ein Fall von Schwangerschaft im verkümmerten Nebenhorn. C. Bl. f. Gyn. 1897. — Gutzwiller. Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intrauterin-gravidität. Arch. f. Gyn. 43. — Grossman. Extrauterin-schwangerschaft behandelt mit Morphinum-injection in den Fruchtsack. M. med. W. 1888. — Houzel. La grossesse abdominale. Gaz. med. Paris. 1894. — Hart. On the extraperitoneal form of extrauterine gestation. Ed. med. I. 1893. — Hammerschlag. Curettement bei Graviditas extrauterine. C. Bl. f. Gyn. 1896. — Hofmeier. Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von der ectopischen Schwangerschaft. 1894. — Herff. Zur Technik der Entfernung vorgerückter Extrauterin-Schwangerschaft. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 34. — Heyder. Schwangerschaft bei angeborenen fast vollständigen Scheidenschlüssen. Arch. f. Gyn. 36. — Гиммельфарбъ. О беременности въ зачаточномъ рогѣ матки. Ж. ак. и ж. бол. 1888. — Hirst. Zwei Fälle von Hydramnion. Tr. of am. med. ass. 1888. — Hollstein. Ueber Laparotomie bei Tubengravidität. D. med. W. 1888. — Hölck. Ueber abdominal Schwangerschaft. 1887. — Hanks. On the early diagnosis of ectopic pregnancy and the best method of treatment. Tr. am. Gyn. s. — Jones. Entwicklung der Placenta bei Tubenschangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1894. — Jaggard. Note on oligohydromnion. The am. j. of obst. 29. — Krug. Extirpatio uteri bei ectopischer Schwangerschaft. N. Y. j. of Gyn. 1894. — Kolff. Nebenhornschwangerschaft. 1892. — Küstner. Eine Jahresarbeit auf dem Gebiete der Extrauterin-schwangerschaft. D. med. W. 1894. — Кирѣевъ. О способахъ оперативнаго леченія остановившейся въ своемъ развитіи внѣматочной беременности. 1894. — Lomer. Ueber einen Fall von Eindickung des Fruchtwassers mit gleichzeitiger Ernährungstörung der Kindes. C. Bl. f. Gyn. 1887. — Löhlein. Die Ausschabung bei ectopischer Schwangerschaft. D. med. W. 1895. — Link. Ein Fall von zahlreichen intrauterinen Knochenbrüchen. Arch. für. Gyn. 30. — Muret. Avortement tubaire. Rev. med. de la S. rom. 1894. — Leopold. Ausgetragene secundaere Abdominalschwangerschaft nach Ruptura uteri traumatica im IV Monat. Arch. f. Gyn. 52. — Lorsche. Ovarialgravilität. Frommel's Ber. 1894. — Muret. Beitrag zur Lehre von der Tuberschangerschaft. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 26. — Meyer. Wiederholte Extrauterin-schwangerschaft bei derselben Kranken. Jahr. der Fortr. der Geb. in 1890. — Martin. Laparotomie bei frischgeborstenen Tubenschangerschaft. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 13. — Муратовъ. О беременности въ яичникѣ. Ж. ак. и ж. бол. 1889. — Martin. Ueber

ektopische Schwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1892.—Martin. Tveen pregnancy; one foetus in utero and the other extrauterine. Jahr. über die Fortr der Geb, in 1892.—Муратовъ. Очерки клиническихъ наблюдений надъ вѣматочной беременностью. 1896.—Момурскій. Случай вѣматочной беременности вслѣдствіе migratio ovi externa. Мед. Об. 1896.—Orthmann. Beitrag zur frühzeitigen Unterbrechung der Tubenschwangerschaft. Zeitr. f. G. und Gyn. 29.—Orrilarl. Traitement de la grossesse extrautérine. 1894.—Orillard. De l'intervention chirurgicale dans la grossesse ectopique Jour. des hôp. 1895.—Оттъ. Къ учению о вѣматочной беременности. Врачъ. 1893.—Olshausen. Ueber Extrauterinschwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. D. med. W. 1890.—Pilliet. Avortement tubaire. Pr. med. 1894.—Palmer. Zwei Fälle von Schwangerschaft in einen rudimentären Nebenhorn. 1894.—Pfannenstiel Ueber Tubarschwangerschaft. D. med. W. 1894.—Price. Surgery of tubal pregnancy. Med. and. S. rep. 1893.—Prochownik. Die Behandlung ektopischer Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzung. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Prochownik. Zur Mechanik des Tubenaborts. Arch. f. Gyn. 49.—Pinard. Un cas de grossesse extrauterine. Arch. gén. 1895.—Paltauf. Die Schwangerschaft in Tuboovarialcysten. Arch. f. Gyn. 30.—Price. Tubal pregnancy. Am. j. of. obst. 1892.—Sänger. Ueber aktive Behandlung des Tubarenabortus. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Remfry. Incomplete tubal abortion. Tr. obst soc. Lond. 1895.—Reischmann. Ein glücklich operirter Fall von ausgetragener Extrauterin-Schwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Рюминъ. Къ вопросу о лечении вѣматочной беременности. Ж. ак. и ж. бол. 1896.—Remy. Sur le dangér de la putriscence des eaux. Rev. int. 1896.—Sänger. Ueber einen Fall von ectopischer Drillingsschwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1893.—Заяицкій. Операции при вѣматочной беременности, удаление всего мѣшка. Мед. Об. 1888.—Sänger. Konception durch ein accesorisches Tubenostium. Mon. f. Geb. u Gyn. 1895.—Schrenck. Ueber ectopische Gravidität. 1893.—Sippel. Ueber Tubenschwangerschaften und deren Behandlung nach Ruptur. 1896.—Sion. Contribution à l'etude de l'hydromnios dite aeguë et de son traitement. 1896.—Sänger. Ueber aktive Behandlung des tubaren Abortus. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Смольскій. Распознаваніе и лечение трубной беременности. 1890.—Schulze. Eine ausgetragene Tubouterinschwangerschaft. V. der d. Ges. f. Gyn. 1888.—Schwartz. Ruptur einer 2 Monate schwangeren Tube mit Haematocelbildung und Durchbruch in die Vesica. —Суугинъ. Beobachtungen über Bauchhöhlenschwangerschaft. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 24.—Tait. Extrauterine pregnancy. Brit. med. I. 1893.—Tait. Ectopic pregnancy. Lancet. 1892.—Taylor. On intra-peritoneal haemorrhage due to tubal pregnancy. Brit. med. I. 1895.—Toth. Beiträge zur Frage der ektopischen Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 51.—Veit. Ueber intraperitoneale Blutergüsse. S. Kl. V. 15.—Veit. Ueber die Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Centr. f. Gyn. 1889.—Walthard. Semiampulatio uteri gravidi bei Gravidität im rudimentären Nebenhorn. Korr. f. Sch. 1894.—Winckel. Zur Behandlung der Extrauterin-gravidität. 1893.—Winckel. Ueber den Durchbruch extrauteriner Fruchtsäcke in die Blase. S. Kl. V. 3.—Webster. Ectopic pregnancy. 1895.—Wolff. Zur Symptomologie des akuten Hydramnion. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Werder. Coeliotomie in ectopic gestation. Th. Am. j. of obst. 1895.—Walther. Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intra-uterin Gravidität bei Uterus subseptus. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 33.—Властенъ. Краткій обзоръ 77 случаевъ вѣматочной беременности. Ж. ак. и ж. бол. 1896.—Werth. Ueber die Therapie der Extrauterinschwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1889.—Woerz. Ein Fall von Hydramnion. Prot. der. geb. Ges. W. 1894.—Wilson. Beitrag zur Geschichte des Hydramnion. Am. I. of Obst. 1887.—Wendeler. Ein Fall von Tubenschwangerschaft nach Extirpatio uteri vaginalis. Mon. f. Geb. u Gyn. 1895.—Wolff. Zur Symptomatologie des akuten Hydramnion. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Zedel. Zur Anatomie der schwangeren Tube. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 26.—Зимиградскій. Къ учению о вѣматочной беременности. 1888.

ОТДѢЛЪ II.

Патологія родовъ.

Число ненормальностей и аномалій, встрѣчающихся во время родовъ, чрезвычайно велико. Въ большинствѣ случаевъ онѣ представляютъ затрудненіе при родахъ и служатъ препятствіемъ и помѣхой для правильного ихъ теченія и благополучнаго окончанія. Въ другихъ случаяхъ роды оканчиваются силами природы, но эти осложненія оказываютъ неблагоприятное вліяніе на здоровье матери, а также плода, и представляютъ серьезную опасность для ихъ жизни.

Эта обширная область акушерской патологии довольно естественно распадается на двѣ группы:

А. Разстройтва и затрудненія при родахъ, зависящія главнымъ образомъ отъ плода и частей яйца — неправильный механизмъ плода, неправильное предлежаніе и положеніе плода, болѣзни и уродства утробнаго плода, ненормальности со стороны яйца, зависящія отъ уклоненія въ развитіи и расположеніи частей его.

В. Патологическія осложненія во время родовъ, находящіяся въ зависимости отъ матери—аномалія родового канала, органическія или функціональныя ненормальности въ маткѣ и другихъ половыхъ органахъ во время родовъ, нарушеніе цѣлости этихъ органовъ, а также нѣкоторыя общія заболѣванія матери, обнаруживающіяся во время родовъ и сильно вліяющія на теченіе и исходъ родовъ.

А. Разстройтва и аномаліи при родахъ со стороны плода.

Глава 1.

Уклоненія въ механизмѣ родовъ при теменныхъ предлежаніяхъ.

При теменныхъ предлежаніяхъ головка въ началѣ родовъ устанавливается во входѣ таза такимъ образомъ, что стрѣловидный шовъ находится приблизительно на одинаковомъ разстояніи отъ мыса крестцовой кости и отъ лоннаго соединенія. При дальнѣйшемъ ходѣ родовъ

головка сильнѣе сгибается, затылокъ обращается напередъ и постепенно подходитъ подъ лонное соединеніе при прорѣзываніи головки. Только такое расположеніе головки въ началѣ родовъ и такой механизмъ мы считаемъ нормальными явленіями при родахъ. Почему всѣ случаи родовъ, въ которыхъ даже при предлежаніи темени существуютъ въ этомъ отношеніи отступленія, требующія нерѣдко акушерской помощи, мы не можемъ считать нормальными. Въ подобныхъ случаяхъ механизмъ родовъ всегда представляетъ болѣе или менѣе значительныя отклоненія отъ своего правильнаго хода.

Здесь относятся роды при теменномъ предлежаніи, происходящіе при вращеніи затылка кзади, далѣе излишнее вращеніе головки, глубокое поперечное стояніе и такъ называемыя переднетеменные и заднетеменные, иначе ушные, предлежанія.

1. Механизмъ родовъ съ вращеніемъ затылка кзади.

Этіологія. При положеніи беременной на спинѣ, Сутугинъ въ 75% всѣхъ случаевъ находилъ спинку плода обращенной кзади. Какъ извѣстно, совершенно другое находимъ мы во время родовъ. Спинка младенца и его затылокъ наичаще бывають обращены въ бокъ и напередъ, такъ какъ первая позиція встрѣчается почти вдвое чаще (65 : 35), нежели вторая, при которой обыкновенно спинка и затылокъ бывають обращены кзади. При этой именно позиціи иногда, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, вмѣсто затылка обращаются кпереди темя и лобикъ младенца. Крайне рѣдко это бываетъ при первой позиціи. Вообще подобное отклоненіе родового механизма встрѣчается не часто.

Ближайшія причины вращенія затылка кзади неполнѣ выяснены. Довольно часто такой неправильный механизмъ наблюдается при преждевременныхъ родахъ или при двойняхъ, слѣдовательно при головкахъ плода небольшого размѣра. Съ другой стороны, такая же аномалія въ движеніи головки встрѣчается при значительномъ сопротивленіи въ нижней части таза—при относительно большой головкѣ, при предлежаніи головки съ ручкою, при узкомъ тазѣ, висячемъ животѣ и проч. Turgard и другіе наблюдали неблагоприятное вліяніе на механизмъ плода укороченной пуповины, которая была обвита вокругъ шеи младенца.

Изъ всего этого очевидно, что вращеніе затылка кзади при теменныхъ предлежаніяхъ можетъ послѣдовать въ тѣхъ случаяхъ, когда при предлежаніи заднезатылочномъ, и въ исключительныхъ случаяхъ при боковомъ стояніи затылка, нарушается, вслѣдствіе нѣкоторыхъ осложненій, правильное соотношеніе между головкою плода и нижней частью тазоваго канала роженицы, будетъ ли это недостаточность сопротивленія или чрезмѣрная степень послѣдняго.

Ненормальное внутреннее вращеніе головки происходитъ также въ области дна таза, въ томъ же мѣстѣ, гдѣ совершается правильное вращеніе. Сперва большой родничокъ опускается и становится ниже малаго, причѣмъ, конечно, должно послѣдовать нѣкоторое разгибаніе

головки, затѣмъ большой родничекъ начинаетъ поворачиваться отъ области яйцевидной дыры кпереди, что совершается большею частію медленно. Подъ лоннымъ соединеніемъ сперва вставляется, при второй позиціи верхняя треть лѣвой теменной кости, а при первой таже область правой теменной кости. При дальнѣйшемъ вращеніи и движеніи головки плода, опускается кпереди верхняя часть лобной кости.

Обращенный кзади затылокъ и подлежащее темя сильно выпячиваютъ промежность. Прорѣзываніе головки большею частію совершается послѣ того, какъ большой родничокъ подходитъ подъ верхнюю часть лонной дуги, а стрѣловидный шовъ устанавливается въ прямомъ размѣрѣ выхода. Головка упирается подъ лонною дугою верхнею частію лба, выше glabella. Одновременно изъ половыхъ частей наружу выстоитъ значительный сегментъ головки, малый родничекъ находится за уздечкой или возлѣ нея. Округлость выступившаго сегмента головки, въ моментъ ея прорѣзыванія, почти соответствуетъ периферіи малаго косога размѣра головки, какъ при правильномъ механизмѣ теменныхъ предлежаній. Такія благоприятныя отношенія сохраняются далеко не всегда. Часто лобная кость на большомъ протяженіи выступаетъ изъ-подъ лоннаго соединенія. Чѣмъ большая часть этой кости спускается подъ лонную дугу, тѣмъ большимъ размѣромъ проходитъ чрезъ половое отверстіе головка, тѣмъ сильнѣе растягивается промежность. Когда высовывается изъ-подъ лонной дуги лобъ до glabella, головка прорѣзывается наружу своею периферіею, соответствующею прямому размѣру, которая равна 33—34 см., слѣдовательно превышаетъ периферію малаго косога размѣра на 4—5 см.

При дѣйствиіи потугъ изъ-за промежности выходитъ затылокъ, послѣ чего она оттягивается кзади. Вслѣдъ за этимъ головка разгибается, и изъ-подъ лоннаго соединенія послѣдовательно выступаютъ лобъ, личико и подбородокъ. Родившаяся головка поворачивается личикомъ къ внутренней передней части того материнскаго бедра, въ сторонѣ котораго личико находилось въ началѣ родовъ.

Нормальной величины головка проходитъ при такомъ механизмѣ чрезъ выходъ таза гораздо медленнѣе, въ особенности у перворождающихъ. Часто въ такихъ случаяхъ является показаніе къ искусственному окончанію родовъ. Какъ видно изъ вышеизложеннаго, чрезъ выходъ таза головка проходитъ въ согнутомъ положеніи. Она двигается чрезъ нижнюю часть родового канала своими большими плоскостями и въ значи-



Фиг. 134. Начало прорѣзыванія головки при затылкѣ обращенномъ кзади; *a* — наружное отверстіе мочевого канала; *b* — край промежности.

тельной степени утрачиваетъ свою подвижность, слѣдовательно, при условіяхъ менѣе выгодныхъ. Кромѣ того лобикъ младенца, образуя болѣе широкую часть, не прилегаетъ такъ плотно, какъ затылокъ къ верхушкѣ лонной дуги. Въ силу всѣхъ этихъ условій, входъ во влагалище и промежность подвергаются почти всегда болѣе значительному растяженію при такомъ ненормальномъ механизмѣ, нежели при прорѣзываніи черепа затылкомъ впередъ, даже при наиболѣе выгодныхъ условіяхъ прорѣзыванія головки, именно когда въ верхушку лонной дуги упирается верхняя часть лба младенца недалеко отъ большого родничка. Почему разрывы промежности въ значительной степени чаще происходятъ при родахъ, которые совершаются при такомъ неправильномъ механизмѣ. При такихъ родахъ, когда второй періодъ нерѣдко продолжается долго, образуется на головкѣ значительная родовая опухоль.



Фиг. 135.

Она развивается въ этихъ случаяхъ на переднихъ частяхъ темени и на верхней части лобной кости, больше съ правой или съ лѣвой стороны, смотря, какую позицію занимала головка.

На головкѣ, родившейся при такомъ неправильномъ механизмѣ родовъ, наиболѣе сильно выдается преимущественно передняя часть теменной кости; затылокъ представляется закругленнымъ, отчего головка получаетъ цилиндрическую форму.

По наблюденіямъ Butaillard изъ 400 родовъ, при которыхъ затылокъ въ началѣ родовъ былъ обращенъ къзади, только въ 6 случаяхъ (1,5%) онъ не повернулся напередъ, и родоразрѣшеніе послѣдовало при неправильномъ механизмѣ. Queirel нашель при 2,553 теменныхъ предлежаній затылокъ къзади 545 разъ, изъ коихъ онъ не повернулся напередъ только въ 23 случаяхъ. Weiss въ клиникѣ Graun'a на 19 тысячъ родовъ нашель 99 случаевъ выходженіе головки при родахъ затылкомъ къзади; 62 были первороженницы и 37 многоороженницы. Vidin справедливо замѣчаетъ, что силы, вращающія затылокъ напередъ, дѣйствуютъ на него столь энергично, что иногда можетъ даже происходить до нѣкоторой степени скручиваніе шеи плода, потому что плечики не всегда слѣдуютъ за движеніемъ головки.

2. Излишнее вращеніе головки и плечиковъ въ полости таза наблюдается крайне рѣдко при теменныхъ предлежаніяхъ съ затылкомъ, обращеннымъ къпереди, когда малый родничокъ, при лѣвой позиціи, у дна таза не только обращается къ лонному соединенію, но даже заходитъ нѣсколько на противоположную сторону. Это уклоненіе не представляетъ особеннаго значенія, потому что при слѣдующихъ сокращеніяхъ матки малый родничокъ снова становится на прежнее мѣсто. Также рѣдко при родахъ наблюдается излишнее вращеніе плечиковъ. Наичаще это происходитъ при смѣщеніи передней ручки, если ея кисть опускается на шею младенца. Выстоящій локоть въ такихъ случаяхъ не находитъ для себя достаточно мѣста возлѣ передней стѣнки таза, и при нажатіи брюшнаго

пресса, переднее плечико поворачивается кзади, послѣ чего совершается прорѣзываніе плечиковъ.

3. Глубокое поперечное стояніе головки наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда стрѣловидный шовъ въ полости таза совпадаетъ съ поперечнымъ размѣромъ, и головка сохраняетъ такое стояніе въ теченіе 3 — 4 и болѣе часовъ. Это ненормальное состояніе зависитъ отъ слабости потугъ, или же оно обусловливается препятствіемъ, встрѣчаемымъ головою въ выходѣ таза; именно оно наблюдается при выпаденіи ручки или при суженіи таза въ прямомъ размѣрѣ, при такъ называемыхъ плоскихъ тазахъ, на что указалъ, между прочимъ, Muret.

Наи чаще при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ или при извлеченіи головки щипцами затылокъ поворачивается впереди; рѣдко головка прорѣзывается, удерживая свое поперечное расположеніе, при этомъ передняя теменная кость подходитъ подъ лонное соединеніе и здѣсь упирается, а задняя движется по промежности, которая въ такихъ случаяхъ чрезмерно растягивается и легко разрывается.

Терапія при заднезатылочныхъ предлежаніяхъ и глубокомъ поперечномъ стояніи головки имѣетъ одинаковыя основанія. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ способствовать скорѣйшему вращенію затылка напередъ. Съ этою цѣлью мы часто назначаемъ подобнымъ роженицамъ положеніе на боку, соответствующее той сторонѣ, куда обращается малый родничокъ. Часто это простое пособіе несомнѣнно приноситъ пользу. Blanc и другіе совѣтуютъ ускорять вращеніе затылка напередъ ручными приемами, что въ большинствѣ случаевъ не удается. Обыкновенно при затяжныхъ родахъ, угрожающихъ здоровью и жизни матери, а также при появленіи симптомовъ, указывающихъ на появленіе асфиксіи плода, приходится оканчивать роды наложеніемъ щипцовъ.

Въ послѣднее время многіе акушеры совѣтуютъ примѣнять ручные приемы для вращенія затылка напередъ. Weiss совѣтуетъ пальцами одной руки надавливать во влагалищѣ на головку, стараясь ее согнуть, а другою дѣйствовать снаружи на ягодицы плода. Palmer нашелъ, что иногда положеніе на колѣняхъ и локтяхъ способствуетъ вращенію затылка напередъ. Ostermann совѣтуетъ надавливать снаружи на плечико младенца въ то время, когда пальцами во влагалищѣ стараются направить затылокъ напередъ. При высокомъ стояніи головки этихъ приемовъ примѣнять не слѣдуетъ.

4. Передне-теменное и задне-теменное вставленіе головки.

Излагая описаніе правильнаго механизма родовъ при теменныхъ предлежаніяхъ, мы упоминали, что, при стояніи головки во входѣ таза въ поперечномъ размѣрѣ, стрѣловидный шовъ находится приблизительно въ равномъ разстояніи отъ верхняго края лоннаго соединенія и отъ мыса крестцовой кости. Расположеніе этого шва ближе къ одному изъ этихъ пунктовъ извѣстно подъ именемъ *obliquitas Naegele*. Незначительную степень этого отклоненія въ расположеніи стрѣловиднаго шва слѣдуетъ считать явленіемъ нормальнымъ, такъ какъ оно встрѣчается нерѣдко.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это явленіе, будучи слишкомъ рѣзко выраженнымъ, становится патологическимъ, препятствующимъ опусканію подлежащей головки во входъ таза. Въ такихъ случаяхъ стрѣловидный шовъ располагается возлѣ самаго мыса, или же находится высоко за лоннымъ соединеніемъ. Въ первомъ случаѣ надъ входомъ стоитъ передняя теменная кость, во второмъ—задняя; причемъ изслѣдующій палецъ легко ощущаетъ, смотря по виду предлежанія, переднее или заднее ухо, что значительно облегчаетъ распознаваніе данного случая. Нѣкоторые акушеры называютъ такіа неправильныя теменныя предлежанія *ушными*.



Фиг. 136.

Этіологія. Хотя эти ушныя предлежанія встрѣчаются часто при узкихъ тазахъ, преимущественно при различныхъ формахъ плоскаго таза; тѣмъ не менѣе они бываютъ въ рѣдкихъ случаяхъ также при вполне нормальномъ тазѣ, почти исключительно у много-роженицъ, имѣющихъ чрезмѣрно отвислый животъ, способствующій значительному отклоненію дна матки напередъ, а иногда также сильному боковому пригибанію головки къ заднему или переднему плечу млада.нца.

Ходъ родовъ и терапія. При нормальномъ тазѣ, съ появленіемъ значительныхъ маточныхъ сокращеній, уклонившіяся сильно кзади или кпереди стрѣловидный шовъ въ большинствѣ случаевъ опускается книзу, къ срединѣ таза. Предлежаніе становится правильнымъ, головка опускается и устанавливается правильно во входъ таза. Въ тѣхъ случаяхъ, когда такого благоприятнаго измѣненія не происходитъ, является необходимость окончить роды искусственно, наичаще посредствомъ поворота на ножки.

Goenper въ Базелѣ на 2.400 родовъ нашелъ 8 заднетеменныхъ предлежаній, что составляетъ 0,3⁰/₀, изъ нихъ 7 при узкомъ тазѣ, въ 1 случаѣ hydrocephalus. Только три раза роды окончились силами природы. Gottschalk различаетъ, смотря по положенію стрѣловиднаго шва относительно symphysis, различныя степени obliquitas Naegele eximia. Schröder совѣтуетъ исправить предлежаніе головки, дѣйствуя 2 пальцами на нее чрезъ влагалище, а другой рукою снаружи. Gottschalk совѣтуетъ вводить руку во влагалище съ тою же цѣлью. Krukenberg полагаетъ, что нѣкоторые случаи caput obstipum происходятъ влѣдствіе сильнаго пригибанія головки къ плечу.

Глава 2.

Неправильныя предлежанія головки.

1. Лицевыя и лобныя предлежанія.

Какъ сказано выше, мы считаемъ нормальными исключительно теменныя предлежанія, которыя при своевременныхъ родахъ, встрѣчаются по крайней мѣрѣ у 95% роженицъ. Всѣ другія головныя предлежанія мы считаемъ ненормальными, такъ какъ они встрѣчаются сравнительно рѣдко; часто теченіе родовъ при нихъ бываетъ трудное и сопровождается нерѣдко осложненіями, которыя требуютъ акушерскаго пособія. Почему лицевое и лобное предлежанія, а также тазовое положеніе мы относимъ къ разряду неправильныхъ, и многоплодные роды къ родамъ ненормальнымъ.

Этіологія. Когда нарушается правильное отношеніе головки плода къ его туловищу, она разгибается, и въ такомъ видѣ вступаетъ во входъ таза. Въ этихъ случаяхъ, при внутреннемъ изслѣдованіи въ началѣ родовъ, мы находимъ надъ входомъ таза личико или вѣрнѣе лобъ младенца. Обыкновенно, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, при опусканіи предлежащей части, въ тазъ вступаютъ остальныя части лица съ подбородкомъ, при этомъ головка разгибается такъ сильно, что затылокъ прилегаетъ къ спинѣ. При такихъ условіяхъ мы имѣемъ передъ собою вполне выраженное лицевое предлежаніе. Только въ исключительныхъ случаяхъ этого не происходитъ, и во все время родовъ, даже во время прорѣзыванія, лобъ остается предлежащею частью, и такимъ образомъ удерживается лобное предлежаніе. Лицевыя предлежанія встрѣчаются 1 разъ на 158 родовъ, что составляетъ всего 0,6%. У многораждающихъ предлежанія съ разогнутой головкою встрѣчаются нѣсколько чаще, нежели у перворождающихъ. Лобныя предлежанія попадаются не чаще 1 раза на 2.000 родовъ, а по изслѣдованіямъ Steinbüchel'я, 1 : 1192. Эти предлежанія можно разсматривать, какъ не вполне выраженные лицевыя, почему оба они имѣютъ общую этиологію, которая до сихъ поръ еще не вполне выяснена.

Нарушеніе правильнаго членорасположенія головки, именно разгибаніе ея, можетъ произойти вслѣдствіе различныхъ причинъ, которыя находятся въ зависимости отъ матки, тазоваго канала, а также отъ неправильностей въ строеніи тѣла и въ членорасположеніи младенца. При наклоненіи матки въ сторону или впередъ, младенецъ часто находится въ косомъ положеніи. При сокращеніяхъ матки на послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, головка плода, расположенная слишкомъ высоко, опускаясь по стѣнкѣ матки во входъ таза, можетъ упираться лобикомъ о безыменную линію, и, задерживаясь здѣсь, подвергается разгибанію. Находящаяся въ верхней части таза опухоль и значительное укороченіе пуповины вслѣдствіе обвиванія ея около шеи плода, могутъ оказывать подобное же дѣйствіе на опускающуюся головку.

Съуженные тазы встрѣчаются по изслѣдованіямъ Wallstein'a въ 34%, а по Steinbüchel'ю даже въ 44% лицевыхъ положеній; въ особенности при плоскихъ тазахъ, отклоненіе въ механизмѣ родовъ, съ опусканіемъ передней части черепа, можетъ повести къ значительному разгибанію головки. Головка размѣрами больше нормальной, опускаясь во входъ таза иногда, благодаря своей величинѣ задерживается затылкомъ на безыменной линіи, что можетъ повлечь за собой полное разгибаніе головки. Долихоцефалической формы головка съ удлинненнымъ затылкомъ дѣйствительно наблюдается у дѣтей, родившихся при предлежаніи личика. Такая форма составляетъ въ большинствѣ случаевъ явленіе послѣдовательное; тѣмъ не менѣе клиническими наблюденіями Jellighaus'a несомнѣнно доказано существованіе долихоцефалическихъ череповъ у нѣкоторыхъ новорожденныхъ, что давно уже утверждалъ Нескер. Эти предлежанія встрѣчаются въ исключительныхъ случаяхъ также при плодахъ недоношенныхъ, иногда у дѣтей, умершихъ въ утробѣ матери до наступленія родовъ. Происхожденіе лицевыхъ предлежаній удобнѣе всего объясняется въ этихъ случаяхъ отсутствіемъ постояннаго положенія плода во время беременности, или косымъ положеніемъ плода въ началѣ родовъ, причемъ легко можетъ послѣдовать разгибаніе его головки. Наиболѣе очевидно причиною лицевыхъ и лобныхъ предлежаній служитъ приподнятіе подбородка отъ груди, которое обусловливается сильнымъ разрастаніемъ щитовидной железы, чрезмѣрнымъ вытягиваніемъ груди младенца, вслѣдствіе накопленія въ ней жидкости, или же врожденными недоразвитіями черепа, haemicerphalus et aserphalus, при которыхъ шея бываетъ, особенно въ задней части, сильно укорочена, почему головка лишена возможности сгибаться.

По мнѣнію Frommel'я, слишкомъ большое или чрезмѣрно малое количество водъ также можетъ служить иногда причиною появленія лицевого предлежанія. Смотря по направленію спинки, различаютъ первую, или лѣвую и вторую, или правую, позиціи лицевыхъ предлежаній. При первой позиціи подбородокъ чаще обращенъ кзади, при второй—кпереди. Steinbüchel нашелъ отношеніе между первой и второю позиціями, какъ 2,2:1. Сравнительно рѣдко предлежанія съ разогнутою головкой появляются уже во время беременности.

Распознаваніе. При наружномъ изслѣдованіи иногда удастся выше лоннаго соединенія ощупать уголь, образуемый затылкомъ и спинкою плода. Сердцебиеніе болѣе ясно слышно на той сторонѣ плода, гдѣ расположены его ножки. Въ началѣ родовъ, если устье достаточно растянуто, при внутреннемъ изслѣдованіи, находятъ лобный шовъ, надбровныя дуги, глазныя впадины и носъ. При дальнѣйшемъ теченіи родовъ, когда разгибаніе головки увеличивается, конецъ указательнаго пальца легко ощущаетъ ротъ, челюсти и подбородокъ. При введеніи пальца въ ротъ живого младенца, можно иногда ощущать сосательныя

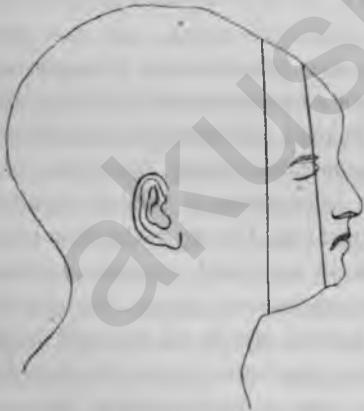
движенія. Слѣдуетъ осторожно изслѣдовать глазныя впадины, чтобы не повредить глазъ. Руководящею линіей при предлежаніи личика служить носъ, или вѣрнѣе проведенная чрезъ спинку его линія, *linea nasalis*.

При лицевыхъ предлежаніяхъ часто развивается большая родовая опухоль, распространяющаяся на все лицо, вслѣдствіе чего при внутреннемъ изслѣдованіи неопытный врачъ можетъ принять лицо за ягодицы; до такой степени способны припухать щеки. Ва такихъ случаяхъ припухшія вѣки и носъ симулируютъ половые органы, а окруженный припухлыми частями ротъ неопытный врачъ принимаетъ иногда за задній проходъ. Для установки правильного распознаванія въ затяжныхъ случаяхъ, слѣдуетъ обращать вниманіе на края челюстей, за которыми находятъ языкъ, а также важное значеніе имѣетъ ощупываніе лобнаго шва.

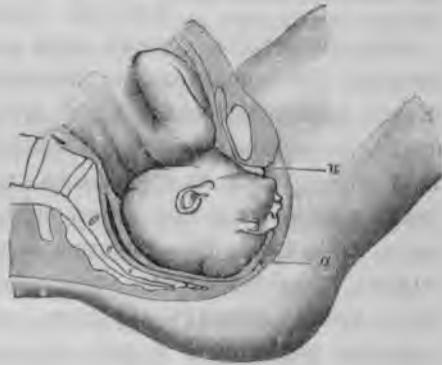
Механизмъ родовъ при лицевыхъ положеніяхъ въ общемъ совершается на тѣхъ же основаніяхъ, которыя мы привели при подробномъ описаніи этого явленія, при теменныхъ предлежаніяхъ. Въ началѣ родовъ лобъ стоитъ ниже прочихъ частей лица, но по мѣрѣ опусканія предлежащей части въ тазовый каналъ, начинаетъ опускаться подбородокъ и устанавливается на одной высотѣ съ лобикомъ; обыкновенно это совершается медленно, потому что сопряжено съ сильнымъ разгибаніемъ



Фиг. 137. Второе лицевое предлежаніе.



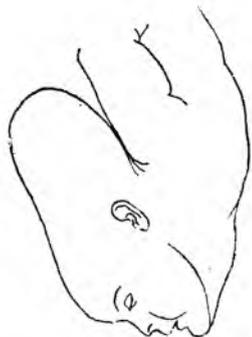
Фиг. 138. Линія на лицѣ обозначаютъ границы выхожденія личика при вѣзъываніи и прорѣзъываніи.



Фиг. 139. Прорѣзъываніе личика. и—наружное отверстіе мочеваго канала, с—край промежности.

головки и конфигураціей послѣдней. Затѣмъ подбородокъ въ области дна таза, поворачиваясь кпереди, располагается ниже лобика; сперва онъ бываетъ у вертлужной впадины, затѣмъ возлѣ яйцевидной дыры. Когда подбородокъ устанавливается, при первой позиціи, позади правой

нисходящей вѣтви лонной кости, между большихъ губъ показывается правая щека и правый уголь рта. При второй позиціи первыми показываются лѣвый уголь рта и лѣвая щека изъ-подъ лѣвой нисходящей вѣтви лонной кости. Опускаясь и довершая свой поворотъ, подбородокъ, а затѣмъ нижняя челюсть до своихъ угловъ выступаютъ изъ-подъ лонной дуги, въ это время между большихъ губъ находится ротъ, носъ, глаза съ надбровными дугами и часть лба. Упираясь переднею верхнею частью шеи, лежащею тотчасъ за нижней челюстью, головка, достигшая высшей степени разгибания, начинаетъ прорѣзываться, совершая движеніе сгибания вокругъ верхушки лонной дуги, причѣмъ подъ промежностью постепенно проходятъ верхняя часть лба, темя и затылокъ. Наибольшему растяженію входъ во влагалище подвергается въ тотъ моментъ, когда надъ задней спайкою проходитъ верхушка темени. Размѣръ этотъ болѣе малаго косога размѣра, и периферія головки, взятая въ его направленіи, на 4—5 см. больше, чѣмъ окружность головки, которою она прорѣзывается при теменномъ предлежаніи затылкомъ напередъ.



Фиг. 140. Форма и положеніе головки младенца при лицевомъ предлежаніи, во время прорѣзыванія.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда въ началѣ родовъ подбородокъ бываетъ обращенъ къзади, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, онъ обыкновенно обращается кпереди. Это вращательное движеніе личика плода совершается большею частію крайне медленно. Когда же подбородокъ остается обращеннымъ къзади, то родоразрѣшеніе не можетъ окончиться силами природы; потому что головка съ прижатымъ къ спинѣ затылкомъ не можетъ пройти чрезъ каналъ таза при этомъ видѣ предлежанія. Только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, преимущественно при малой величинѣ головки, личико можетъ прорѣзаться при подбородкѣ, направленномъ къзади. Въ подобныхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ, въ то время, когда въ половой щели появится носъ, темя и лобъ отодвигаются нѣсколько къзади за лонную дугу, на промежности появляются щеки, ротъ и подбородокъ; по выходѣ послѣдняго сильно разогнутая шея и головка стремятся принять нормальное положеніе, почему личико нагибается книзу, а изъ-подъ лонной дуги быстро выкатывается черепъ.

Форма головки. Даже при вполне нормальномъ теченіи родовъ, лицо новорожденного представляется болѣе или менѣе припухлымъ и нерѣдко обезображеннымъ, багровосиного цвѣта; губы вздуты и сильно выпячены

впередъ. Иногда больше припухаетъ лежащая кпереди щека. Головка получаетъ характерную конфигурацію—сдавленное сверху внизъ плоское темя и вытянутый затылокъ. Иногда головка сохраняетъ такую форму продолжительное время.

Плечики проходятъ черезъ каналъ таза и прорѣзываются такимъ же образомъ, какъ при теменныхъ предлежаніяхъ.

Предсказаніе при лицевыхъ положеніяхъ менѣе благоприятно, нежели при теменныхъ. Въ то время, когда при родахъ вообще смертность дѣтей не превышаетъ 4—5%, при лицевыхъ положеніяхъ рождается мертвыми не менѣе 15% дѣтей. Тѣмъ не менѣе около 87% родовъ при лицевыхъ положеніяхъ оканчиваются силами природы.

Это объясняется трудностью механизма, болѣе продолжительнымъ теченіемъ родовъ, которые среднимъ числомъ продолжаются не менѣе сутокъ у перворождающихъ, а у многорождающихъ 12—18 часовъ. Нерѣдко второй періодъ длится до 4 и болѣе часовъ. Почему предрасположеніе къ заболѣванію у женщинъ, родившихъ при лицевомъ предлежаніи, нѣсколько увеличено: тѣмъ болѣе, что нерѣдко приходится оканчивать роды посредствомъ акушерскихъ операций, показаніе для совершенія которыхъ наичаще обусловливается осложненіями или причинами, въ силу которыхъ появилось лицевое положеніе, напр. узкій тазъ, большая величина головки и проч. Вообще число операций при лицевыхъ предлежаніяхъ по крайней мѣрѣ въ 4 раза больше, нежели при теменныхъ. Вслѣдствіе болѣе значительнаго растяженія полой щели и промежности, послѣдняя подвергается большей опасности разрыва.

По изслѣдованіямъ Wallenstein'a смертность матерей доходитъ до 1%, дѣтей до 17,5%. Въ особенности много погибаетъ дѣтей, когда лицевое предлежаніе осложняется узкимъ тазомъ. Steinbüchel насчитываетъ при подобныхъ условіяхъ смертность дѣтей до 50%, Desoque даже до 60%.

Уходъ и пособія во время родовъ при лицевыхъ положеніяхъ. Не слѣдуетъ забывать, что большинство родовъ при нормальномъ тазѣ оканчиваются силами природы, почему не слѣдуетъ видѣть въ лицевомъ предлежаніи явленіе, неизбѣжно показывающее оперативное пособіе. При отсутствіи особенныхъ показаній, врачъ долженъ какъ можно долѣе сохранять выжидательное положеніе. Первое время слѣдуетъ позаботиться, чтобы околоплодный пузырь сохранился по возможности долѣе, до полнаго раскрытія зѣва. Если роды продолжаются долго, и роженица теряетъ терпѣніе, слѣдуетъ дѣйствовать на нее успокоивающимъ образомъ. При прорѣзваніи личика, необходимо тщательно и терпѣливо поддерживать промежность. Личико, въ особенности у перворождающихъ, прорѣзывается медленно. Необходимо, чтобы подбородокъ вышелъ наружу изъ подъ лоннаго соединенія. Сильнаго надавливанія на промежность слѣдуетъ избѣгать, чтобы не увеличить прижатія шеи къ лонному соединенію.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда роды сильно замедлились, прибѣгать къ извлеченію плода щипцами слѣдуетъ только при полномъ раскрытіи зѣва и значительномъ вращеніи подбородка напередъ къ полости таза. Когда подбородокъ упорно остается обращеннымъ кзади и въ сторону, умѣстно дать роженицѣ положеніе на томъ боку, куда обращенъ подбородокъ. При надлежащемъ показаніи и въ этихъ случаяхъ роды слѣдуетъ окончить оперативнымъ путемъ.

Въ виду различныхъ осложнений, иногда является показаніе измѣнить предлежаніе личикомъ въ другое предлежаніе или положеніе. Пока предлежащая часть стоитъ высоко и подвижна, при достаточно раскрытомъ зѣвѣ, можно сдѣлать поворотъ плода на ножки, если можно предвидѣть, что роды при лицевомъ предлежаніи будутъ трудные и опасные для здоровья матери и жизни плода. Иногда при такихъ условіяхъ, если пузырь цѣль, по способу Schatz'a, можно попытаться превратить лицевое предлежаніе въ теменное.

При малоподвижномъ личикѣ, находящемся во входѣ таза, можно примѣнить старинный способъ Baudelocque'a или пріемъ, предложенный Thorn'омъ. Способъ превращенія лицевого предлежанія въ теменное изложенъ въ отдѣлѣ акушерскихъ операций.

Peters описываетъ 17 случаевъ превращенія лицевого предлежанія въ теменное. Показанія—узкій тазъ, слабость потугъ, обращеніе подбородка кзади, узкій и плотный зѣвъ. Суженіе таза не должно быть менѣе 8,5 см. Благоприятныя условія для совершенія операции представляютъ—нормальное строеніе черепа, подвижность головки и достаточное раскрытіе зѣва. Въ послѣднее время превращеніе лицевого предлежанія въ теменное производили Соловьевъ, Baldwin, Gossman, Wiess, Jungmann, Steinbüchel, Reynolds, Thorn и др. Volland совѣтуетъ производить вращеніе подбородка вперед.

2. Лобное предлежаніе.

Механизмъ родовъ. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда разгибаніе головки не совершается вполне въ теченіе родовъ, лобъ младенца остается все время предлежащею частью. Въ такихъ случаяхъ роды совершаются легко только при недоношенныхъ плодахъ; при обыкновенной же величинѣ головки и правильномъ тазѣ, они продолжаютъ обыкновенно долго. Младенцы еще чаще, чѣмъ при лицевыхъ положеніяхъ, умираютъ во время родовъ, которые часто приходится оканчивать искусственно посредствомъ акушерскихъ операций. Промежность подвергается большей опасности разрыва, такъ какъ головка прорѣзывается въ своихъ наибольшихъ размѣрахъ.

При такихъ же неблагоприятныхъ условіяхъ головка, при лобномъ предлежаніи, проходитъ черезъ тазовый каналъ. Размѣръ ея, отъ нижняго края верхней челюсти до выдающейся части затылка, которымъ она проходитъ черезъ различныя плоскости тазоваго канала, слишкомъ великъ, и головка неминуемо должна конфигурироваться, чтобы приспособиться къ тазовому каналу. Далѣе, при неполномъ разгибаніи головки, линія, выражающая направленіе изгоняющихъ силъ, проходитъ черезъ лобъ младенца и

такимъ образомъ совпадаетъ съ проводною липѣй. Почему вращеніе головки при лобныхъ положеніяхъ совершается чрезвычайно медленно, или же вовсе не происходитъ.

При достаточномъ расширеніи зѣва и при головкѣ, стоящей уже въ каналѣ таза, прощупывается лобный шовъ, совпадающій съ поперечнымъ или косымъ размѣромъ. Введенный во влагалище палецъ ощущаетъ большой родничокъ, надбровныя дуги и корень носа. При дальнѣйшемъ теченіи родовъ, лицо обыкновенно обращается кпереди, и лобный шовъ постепенно переходитъ въ прямой размѣръ выхода. Изъ-подъ лоннаго соединенія постепенно выходитъ весь лобъ до корня носа.

Головка упирается въ верхушку лонной дуги верхнюю челюстью, личико отодвигается нѣсколько кзади, и надъ промежностью появляется темя и затылокъ, послѣ чего изъ-подъ лоннаго соединенія выходятъ остальные части лица — щеки, ротъ и подбородокъ. Наибольшей степени растяженія входъ во влагалище и наружныя части подвергаются во время прорѣзыванія затылка, что совершается въ размѣрѣ, который представляетъ разстояніе между наиболѣе выдающеюся частью затылка и краемъ верхней челюсти. Это разстоя-



Фиг. 141. Первое лобное предлежаніе.

ніе даже превышаетъ прямой размѣръ; его периферія по крайней мѣрѣ на 7 см. болѣе, нежели окружность, которою прорѣзывается головка при теменныхъ положеніяхъ, проходя затылкомъ впередъ.

Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ поворотъ головки носикомъ впередъ не происходитъ. При прорѣзываніи головки лобный шовъ сохраняетъ поперечное направленіе. Описано также наблюденіе, гдѣ головка прорѣзалась съ носикомъ, обращеннымъ кзади, совершая механизмъ сходный съ прорѣзываніемъ личика, при подбородкѣ, направленномъ кзади.

Форма головки. Головка новорожденного имѣетъ особенную характерную трехугольную форму. Лобъ возвышается и круто выдается теменные кости сильно сдавлены и представляются болѣе плоскими,

затылокъ сильно выдается, и os occipit. принимаетъ горизонтальное положеніе.

Опухоль обыкновенно бываетъ велика и занимаетъ главнымъ образомъ лобъ, распространяясь спереди на личико и сзади на темя. Иногда головка отчасти удерживаетъ продолжительное время форму, приобретенную во время родовъ.



Фиг. 142. Врѣзываніе головою при лобномъ предлежаніи.

Предсказаніе. Лобное предлежаніе болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ служитъ показаніемъ къ оперативнымъ акушерскимъ пособіямъ. Около 30% дѣтей рождаются мертвыми. Къ счастью, оно встрѣчается крайне рѣдко. Предлежаніе лобикомъ утрачиваетъ возможность переходить въ лицевое только съ того момента, когда головка опустилась въ тазовый каналъ.

Терапія. Дѣйствія врача до этого момента родовъ ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ, какія показываются при лицевыхъ положеніяхъ. Когда же лоб-

ное предлежаніе окончательно установилось, и предвидятся продолжительные и тяжелые роды, нужно попытаться по способу Baudelocque'a превратить его въ теменное. При тяжелыхъ родахъ показуется искусственное окончаніе родовъ посредствомъ наложенія щипцовъ или перфорациі головки.



Фиг. 143. Форма головки младенца родившагося при лобномъ предлежаніи.

оно удержалось до конца родовъ въ 37 случаяхъ, изъ нихъ 18 родовъ были окончены оперативнымъ путемъ.

Gehrke собралъ изъ протоколовъ Берлинской клиники 63 лобныхъ предлежанія. Только 14 разъ роды окончились самопроизвольно, 16 разъ произведено наложеніе щипцовъ. Сдѣлано 14 операций поворота на попки и извлеченія плода, 10 краниотомій, 1 выжиманіе плода. Въ 4 случаяхъ удалось превратить лобное предлежаніе въ теменное. Умерло 10% матерей и 40% дѣтей. Оперативныя пособія оказались необходимыми въ 77,7% всѣхъ случаевъ. По наблюденіямъ Stenbüchel'я, изъ 44 случаевъ лобнаго положенія, оно удержалось до конца родовъ въ 37 случаяхъ, изъ нихъ 18 родовъ были окончены оперативнымъ путемъ.

Глава 3.

Тазовое положеніе.

Виды тазовыхъ предлежаній. Изъ числа различныхъ видовъ тазовыхъ предлежаній только при ягодичноножномъ, иначе при полномъ

ягодичномъ предлежаніи, сохраняется до нѣкоторой степени нормальное членорасположеніе плода. Здѣсь пятки находятся возлѣ ягодичъ. При простомъ, или неполномъ ягодичномъ предлежаніи, нижнія конечности протянуты кверху вдоль тѣла плода. Обыкновенно подобное положеніе нижнихъ конечностей вполне развивается уже во время родовъ. При ножныхъ предлежаніяхъ одна или обѣ ножки разогнуты и вытянуты книзу. При колѣнныхъ предлежаніяхъ разогнутыя въ бедренномъ суставѣ ноги младенца остаются согнутыми въ колѣнномъ.

Этіологія. Ягодичныя предлежанія составляютъ прямой результатъ продольнаго положенія плода съ тазовымъ концомъ книзу, а происхожденіе ножныхъ и колѣнныхъ предлежаній можно объяснить положеніемъ ягодичъ нѣсколько въ сторону отъ входа въ тазъ въ одной изъ подвздошныхъ ямъ, или же выпаденіемъ нижнихъ конечностей послѣ разрыва пузыря, при ягодичноножномъ предлежаніи.

При тазовыхъ положеніяхъ также различаютъ двѣ позиціи, смотря по направленію спинки. При первой или лѣвой позиціи спинка обращена влѣво, при второй или правой — вправо. При своевременныхъ родахъ эти положенія составляютъ около 3% всѣхъ случаевъ. Въ особенности часто они встрѣчаются при двойняхъ и при недоношенныхъ плодахъ, гдѣ они составляютъ болѣе 25%, и довольно часто также при узкомъ тазѣ. Ягодичныя предлежанія встрѣчаются чаще ножныхъ; послѣднія нерѣдко возникаютъ искусственно при поворотѣ плода; предлежаніе колѣнное составляетъ рѣдкое явленіе.

По изслѣдованіямъ Wyss'a, тазовыя положенія встрѣчались въ Бернской клиникѣ въ 2,83%, въ другихъ клиникахъ и родильныхъ домахъ онѣ составляли отъ 3,2 до 3,6% всѣхъ родовъ.

Распознаваніе. Въ концѣ беременности, а также и въ началѣ родовъ, при уступчивости маточныхъ стѣнокъ, головка прощупывается у дна таза обыкновенно нѣсколько вправо или влѣво; затѣмъ можно прощупать спинку плода и нерѣдко на противоположной сторонѣ мелкія части. При внутреннемъ изслѣдованіи въ это время, при предлежаніи ягодичъ, послѣднія стоятъ высоко и ощущаются въ видѣ крупной округленной части. Если предлежатъ ножки, то чрезъ нижній сегментъ не ясно прощупываются мелкія части, которыя ускользаютъ и появляются вновь. Только послѣ истеченія водъ, при достаточно-расширенномъ зѣвѣ, является возможность найти, при изслѣдованіи чрезъ рукавъ, отличительные признаки тазовыхъ предлежаній.

При предлежаніи ягодичъ довольно характерна ихъ мягкость, но гораздо большее значеніе имѣетъ прощупываніе задняго прохода, изъ котораго обыкновенно выдѣляется месоциумъ; возлѣ него выстоятъ сѣдалищныя бугры, къзади находится ямочка, соотвѣтствующая копчику, и ощущается заостренная верхушка кресца. Спереди находятся половыя части, въ особенности ясно ощущается мошонка. Верхушка кресца далѣе переходитъ въ широкое и плоское тѣло этой кости. Въ рѣдкихъ слу-

чаяхъ малоопытный врачъ можетъ смѣшать ягодичное предлежаніе съ лицевымъ.

Когда ягодицы стоятъ надъ входомъ въ тазъ нѣсколько косо, въ одной изъ подвздошныхъ ямокъ, и нижнія конечности протянуты, то это предлежаніе можно принять за поперечное положеніе, а предлежащую ягодицу смѣшать съ плечикомъ. Въ такихъ случаяхъ паховой сгибъ можно принять за подкрыльцовую ямку, такъ какъ при этомъ другія характерныя особенности ягодичныхъ предлежаній обыкновенно не ощущаются. Для точнаго распознаванія иногда является необходимость произвести изслѣдованіе всею рукою подъ хлороформомъ. При предлежаніи плеча обыкновенно ощущаются ребра, ключица и лопатка, иногда остистые отростки позвоночника. Подвздошную кость можно также иногда принять за лопатку. Нерѣдко въ такихъ случаяхъ низведеніе



Фиг. 144. Вторая позиція ягодичного предлежанія.

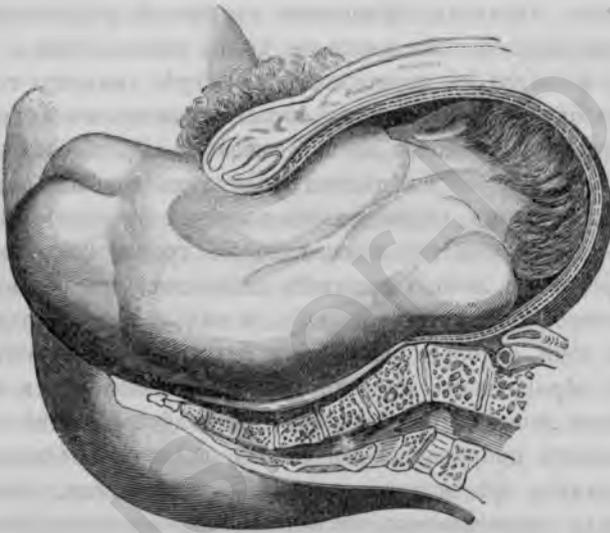
нижележащей конечности вполне уясняетъ дѣло; тѣмъ болѣе, что при ягодичномъ положеніи низведенная конечность, обыкновенно ножка, значительно ускоряетъ теченіе родовъ, а при поперечныхъ положеніяхъ низведеніе ручки особеннаго осложненія не причиняетъ; почему такой приемъ является вполне рациональнымъ въ сомнительныхъ случаяхъ.

Когда мелкія части ощущаются чрезъ нѣсколько раскрытый зѣвъ, то нерѣдко приходится установить дифференціальное распозна-

ваніе между ножкою и рукою плода. Пожные пальцы гораздо короче, ихъ передній край образуетъ прямую линію. Большой палецъ ноги длиннѣе прочихъ и мало подвиженъ, — напротивъ, большой палецъ на рукѣ короче и его можно отвести отъ остальныхъ, которые обыкновенно согнуты; пожные пальцы, напротивъ, вытянуты. Подошва уже и длиннѣе сравнительно съ ладонью, наружный край ея выпуклый и заостренный, внутренній вогнутый и гораздо толще. Направленіе спинки младенца указывается положеніемъ стопы на вытянутой или скрещенной ногѣ, при этомъ большой палецъ остается обращеннымъ всегда кънутри, къ оси тѣла, а мизинецъ кънаружи. Кольно можно смѣшать съ локтемъ, оно отличается отъ послѣдняго большею величиною; кромѣ того, при ощупываніи его, находятъ два боковыхъ возвышенія съ углубленіемъ между ними, на мѣстѣ котораго въ локтѣ существуетъ заостренное

возвышеніе. Тамъ, гдѣ можно произвести разгибаніе подлежащей конечности, еще легче можно установить точное распознаваніе.

Механизмъ родовъ. Въ началѣ родовъ большую частію ягодицы стоятъ въ косомъ или въ поперечномъ размѣрѣ. При вступленіи во входъ таза онѣ устанавливаются обыкновенно своею *linea bisiliacalis* въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ. Спинка вдвое чаще бываетъ обращена кпереди, нежели кзади. Опускаясь ко дну таза, спереди лежащая ягодица, при первой позиціи лѣвая, а при второй—правая, обыкновенно поворачивается кпереди и *linea bisiliacalis* постепенно приближается къ продольному размѣру таза. Передняя ягодица подходит и упирается подъ лонное соединеніе, промежность съ каждою потугой выпячивается все сильнѣе. Передняя ягодица нѣсколько высовывается, надъ промеж-



Фиг. 145. Прорѣзываніе ягодицъ и выходеніе ихъ наружу.
Видно значительное сгибаніе туловища.

ностью показывается задній проходъ, изъ котораго продолжаетъ выдѣляться *meconium*. Затѣмъ выкатывается задняя ягодица, а за ней передняя изъ - подъ лоннаго соединенія и немедленно слѣдуетъ часть туловища до пупка, у многораждающихъ иногда все туловище до плечиковъ. Плодъ при этомъ движеніи обыкновенно обращается спинкою кпереди. Если нормальное членорасположеніе не нарушается, то верхнія конечности остаются прижатыми къ груди. Быстрому выходенію туловища отчасти способствуетъ значительное искривленіе тѣла младенца съ вогнутостію кпереди, сообразно отношенію тазоваго канала къ оси матки, во время прорѣзыванія ягодицъ, по выходеніи которыхъ наружу, туловище моментально выпрямляется.

Въ томъ случаѣ, когда роды оканчиваются однѣми силами природы,

при слѣдующей потугѣ плечики устанавливаются приблизительно въ прямомъ размѣрѣ и заднее выходитъ надъ промежностью. Затѣмъ плечики опять нѣсколько поворачиваются, при чемъ переднее плечико въ свою очередь принимаетъ боковое положеніе или обращается къзади и выходитъ наружу.

Послѣ выхожденія плечиковъ головка находится въ полости таза, личико помѣщается въ крестцовой впадинѣ, подбородокъ остается прижатымъ къ груди. При дѣйствіи изгоняющей силы, головка упирается въ лонное соединеніе нижнею частью затылка, а по промежности, въ особенности если приподнять туловище младенца кверху, выкатывается наружу лицо, лобъ и темя, одновременно съ послѣднимъ затылокъ скользитъ изъ-подъ лоннаго соединенія. Весьма часто послѣ рожденія младенца до плечиковъ является необходимость окончить роды искусственно.

Въ рѣдкихъ случаяхъ обращенная въ началѣ родовъ къзади спинка младенца, при прохожденіи младенца чрезъ полость таза и прорѣзываніи наружу, остается въ поперечномъ размѣрѣ; такъ что головка вступаетъ въ тазовой каналъ, будучи обращена личикомъ кпереди. Иногда послѣ выхожденія плечиковъ личико внезапно обращается въ сторону, а затѣмъ къзади. Только въ рѣдкихъ случаяхъ головка проходитъ полость таза съ личикомъ, обращеннымъ кпереди. Въ подобныхъ случаяхъ когда подбородокъ остается прижатымъ къ груди, подъ вліяніемъ потугъ подбородокъ и личико выходятъ подъ лоннымъ соединеніемъ; въ верхушку лонной дуги упирается лобъ, а надъ промежностью выходятъ затылокъ и темя, одновременно съ которымъ является лобъ. Когда же при личикѣ, обращенномъ кпереди, головка разгибается и подбородокъ задерживается лоннымъ соединеніемъ, то въ большинствѣ случаевъ головка не можетъ прорѣзаться въ такомъ положеніи. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при поднятіи кверху тѣла младенца, освобождается затылокъ надъ промежностью, затѣмъ по ней постепенно выходятъ темя, лобъ, лицо и подбородокъ.

Продолжительность родовъ, при предлежаніи ягодицъ, замедляется у перворождающихъ въ періодъ прорѣзыванія, у многороженицъ, при значительной величинѣ плода. Неблагопріятное осложненіе представляетъ раннее истеченіе водъ, при малораскрытомъ зѣвѣ и узкомъ тазѣ. Но вообще средняя продолжительность родовъ мало разнится отъ продолжительности родового акта, при теменныхъ предлежаніяхъ.

При ягодично-ножныхъ, полныхъ ножныхъ и колѣнныхъ положеніяхъ, механизмъ родовъ не представляетъ особенныхъ отклоненій.

При неполныхъ ножныхъ предлежаніяхъ естественныхъ, или произведеннымъ искусственно, при поворотѣ на одну ножку, продолжается безпрепятственно обыкновенный механизмъ, свойственный ягодичному предлежанію. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда выведенная ножка соотвѣтствуетъ расположенной къзади ягодицѣ, подъ вліяніемъ потугъ сперва эта ягодица обращается кпереди, что совершается непременно чрезъ поверты-

ваніе спинки по задней стѣнкѣ матки. Только когда ягодица съ вытянутою книзу ножкой обратится кпереди, роды начинаютъ подвигаться впередъ. Родовая опухоль главнымъ образомъ развивается на ягодицѣ, которая во время родовъ была обращена кпереди въ тазовомъ каналѣ. Головка, проходящая обыкновенно быстро черезъ родовой каналъ, сохраняетъ при тазовомъ положеніи первоначальную форму и не подвергается конфигураціи.

Предсказаніе при тазовыхъ положеніяхъ несравненно болѣе неблагоприятно, нежели при предлежаніи темени. Вообще около 15—20% дѣтей рождаются мертвыми или умираютъ вскорѣ послѣ родовъ; конечно, изъ этого числа извѣстная часть приходится на долю недоношенныхъ плодовъ. Въ клиникахъ дѣтей погибаетъ нѣсколько меньше. По изслѣдованіямъ Kötz'a, въ Берлинской клиникѣ не болѣе 10,3%. Почти въ половинѣ случаевъ приходится прибѣгать для окончанія родовъ къ акушерскому пособию, наичаще чтобы спасти жизнь младенца. Это пособие преимущественно примѣняется въ то время, когда туловище родилось уже силами природы до плечиковъ. Въ это время головка, вступая въ каналъ таза, сдавливаетъ пуповину къ стѣнкѣ послѣдняго. При неосторожномъ освобожденіи ручекъ и головки, можетъ послѣдовать значительный разрывъ промежности. Принимая во вниманіе всѣ эти случайности, слѣдуетъ признать вполне рациональнымъ правило, чтобы акушерка, распознавъ тазовое положеніе, была обязана пригласить на такіе роды врача, въ особенности къ первороженицѣ.



Фиг. 146.

Во время прохожденія ягодицъ черезъ тазовый каналъ, прижатіе выпавшей пуповины въ каналъ шейки рѣдко доходитъ до прекращенія въ ней кровообращенія. Это случается наичаще при ножныхъ предлежаніяхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ, наичаще послѣ поворота на одну ножку и успѣшнаго извлеченія плода, недостаточно раскрытый маточный зѣвъ послѣ прохожденія туловища плода, плотно обхватываетъ его шейку и пуповину. Такая стриктура наружнаго зѣва носитъ до нѣкоторой степени спазматическій характеръ. Зѣвъ такъ сильно сжимаетъ пуповину, что если головка не будетъ скоро выведена наружу, смерть плода послѣдуетъ неминуемо. Къ счастью, это неблагоприятное явленіе встрѣчается только въ исключительныхъ случаяхъ.

Уходъ и пособія во время родовъ при тазовыхъ положеніяхъ, судя по вышеизложенному, имѣютъ преобладающее значеніе. При родахъ, оканчивающихся силами природы, нужно поддерживать промежность во время прохожденія ягодицъ, а также при прорѣзываніи послѣдующей головки черезъ наружное отверстіе родового канала. Чрезвычайно важно, чтобы акушерскія пособія были примѣняемы только при надле-

жащихъ показаніяхъ. Врачъ не долженъ забывать, что тазовыя положенія въ большинствѣ случаевъ протекають самопроизвольно до выходу наружу туловища до плечиковъ. Почему оперативныя пособія въ болѣе ранніе моменты родовъ показуются только въ исключительныхъ случаяхъ. При предлежаніи ягодицъ только у роженицъ съ узкимъ тазомъ, или при очень большомъ плодѣ, а также при какомъ либо случайномъ осложненіи, угрожающемъ жизни матери, показуется извлечение клереди лежащей ножки во влагалище и наружу, когда существуютъ для этого благоприятныя условія; именно когда ягодицы подвижны, стоятъ надъ входомъ таза, и зѣвъ матки достаточно раскрытъ, чтобы войти въ матку рукою. Осторожное извлечение за одну или за обѣ ножки, при ножныхъ предлежаніяхъ, показуется при неполнѣ раскрытомъ зѣвѣ только при опасности, угрожающей жизни матери.

При прохожденіи ягодицъ чрезъ тазовой каналъ во второмъ періодѣ родовъ, слѣдуетъ почаще выслушивать сердцебиеніе плода. При значительномъ ослабленіи и замедленіи сердечныхъ тоновъ, показуется извлечение за ягодицы. Обыкновенно же приходится выжидать. Когда начинаетъ показываться передняя ягодица въ половой щели, или даже раньше этого, коль скоро начала выпячиваться промежность, роженицу слѣдуетъ положить поперекъ кровати. Нѣсколько разведенныя ноги ея должны упираться на два стула, а половыя части находиться на краю кровати.

Врачъ или акушерка сидитъ передъ роженицей, готовясь поддерживать промежность, что необходимо дѣлать во время прохожденія ягодицъ; у первораждающихъ иногда показуется эпизиотомія. Когда выйдутъ ягодицы, ихъ приподнимають нѣсколько кверху, способствуя выходу туловища. Коль скоро появился наружу пупокъ младенца, слѣдуетъ легкимъ потягиваніемъ ослабить напряженную пуповину. Въ это время не слѣдуетъ тянуть за ягодицы или туловище, чтобы не нарушить правильнаго членорасположенія ручекъ. Съ этою цѣлью Martin совѣтовалъ примѣнять вполне рациональный приемъ, именно производить легкое надавливаніе на дно матки во II періодѣ родовъ, чтобы предотвратить отхожденіе нижней челюсти и ручекъ отъ груди. Послѣ выхода туловища до лопатокъ *остальныя части плода должны родиться не позже 8—9 минутъ, иначе ребенокъ погибнетъ*, почему часто является, какъ уже сказано, необходимость искусственно оканчивать роды, освобождая руки и извлекая головку плода. Ощупываніе пуповины даетъ намъ вѣрное понятіе о степени опасности для жизни плода въ это время. Чтобы избѣжать разрыва промежности при прохожденіи головки, поручаютъ акушеркѣ удерживать младенца за ножки, приподнимая ихъ кверху. Одновременно врачъ правою рукою поддерживаетъ промежность и пальцемъ лѣвой руки, введеннымъ въ ротъ младенца, захватываетъ нижнюю челюсть плода и производя за нее извлечение, способствуетъ выходу головки.

Рорак изъ 108 случаевъ срочныхъ родовъ при ягодичныхъ предлежаніяхъ потерялъ всего 9 дѣтей. Kötz на 300 такихъ родахъ наблюдалъ 10,7⁰/₁₀₀ послѣродовое заболѣваніе, 24⁰/₁₀₀ разрывъ промежности и получилъ 10,3⁰/₁₀₀ мертвыхъ дѣтей. Нѣкоторые акушеры, Olivier, Rorak, Southwick и друг., видѣли часто неблагоприятныя осложненія при ягодичныхъ положеніяхъ; почему они предлагаютъ во время беременности производить поворотъ на головку младенца. Другіе, наприм. Mantel, совѣтуютъ во время родовъ изводить ножку. Подобные совѣты не оправдываются клиническими наблюденіями и акушерскимъ опытомъ вообще. Изведеніе ножки бываетъ необходимо относительно рѣдко. Winter совѣтуетъ дѣлать это при узкомъ тазѣ и при показаніяхъ окончить поскорѣе роды. Potocki считаетъ необходимымъ придерживаться въ этихъ случаяхъ способа Pinard'a, именно отодвигать ягодицы въ противоположную сторону. Вышеописанный приемъ при поддержаніи промежности давно примѣнялъ E. Martin; недавно его описалъ Ostermann. Rubeska нѣсколько его видоизмѣнила. Въ лѣвую руку онъ захватываетъ ножки младенца, когда покажется на промежности подбородокъ, и приподнимаетъ ихъ кверху на животъ роженицы, правую руку плашмя онъ кладетъ на промежность, а большой палецъ вводитъ въ ротъ младенца; дѣйствуя имъ на нижнюю челюсть, постепенно онъ выводитъ голову наружу.

Mittermeier вполне основательно предостерегаетъ отъ изведенія ножки при ягодичныхъ предлежаніяхъ. Этотъ приемъ вполне цѣлесообразенъ только при надлежащихъ показаніяхъ, непременнымъ условіемъ его примѣненія является подвижность ягодицъ, стоящихъ надъ входомъ таза. Fürst съ успѣхомъ прибѣгалъ къ положенію щипцовъ на ягодицы, вопреки обычной акушерской практикѣ. Staldler накладываетъ щипцы на послѣдующую головку, въ томъ случаѣ, когда для извлеченія ея нужно употребить большую силу, а также чтобъ избѣжать поврежденія позвоночника младенца. Theilhaber наблюдалъ, что послѣдующая головка, которую нельзя было извлечь, чрезъ 1/2—1 часа послѣ смерти плода, выходитъ иногда наружу подъ влияніемъ сокращеній матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ягодичное предлежаніе можетъ представлять громадное затрудненіе при родахъ, въ особенности при узкомъ тазѣ и чрезмѣрной величинѣ плода, когда при этомъ воды истекаютъ въ началѣ родовъ. Въ подобныхъ случаяхъ, послѣ продолжительной родовой дѣятельности, можетъ появляться лихорадка, ягодицы стоятъ высоко, а изведеніе ножекъ не удается. Обыкновенно плодъ въ такихъ случаяхъ умираетъ, и роды возможно окончить лишь только при помощи перфоратора и краниоклеста, или же посредствомъ крайне насильственного извлеченія за ягодицы, какъ показываютъ случаи, встрѣтившіеся въ практикѣ Sperling'a и Münster'a.

Глава 4.

Многopлодная беременность и роды.

Этіологія. Эта беременность также должна быть отнесена къ числу ненормальныхъ, такъ какъ при ней роды довольно часто сопровождаются осложненіями, хотя въ большинствѣ случаевъ родоразрѣшеніе оканчивается силами природы.

Вычисленія, сдѣланныя на основаніи многихъ миллионовъ родовъ, показываютъ, что въ 98,83⁰/₁₀₀ родовъ рождается одинъ младенецъ и только въ 1,17⁰/₁₀₀ встрѣчается многopлодная беременность. По другому исчисленію, однѣ двойни приходятся на 83 родовъ, тройни встрѣчаются приблизительно однажды на 7,000 родовъ, беременныхъ 4 плодами

однажды на 385,000 родовъ. Наибольшее число плодовъ, которое наблюдалось при беременности женщины, считалось до послѣдняго времени пять плодовъ.

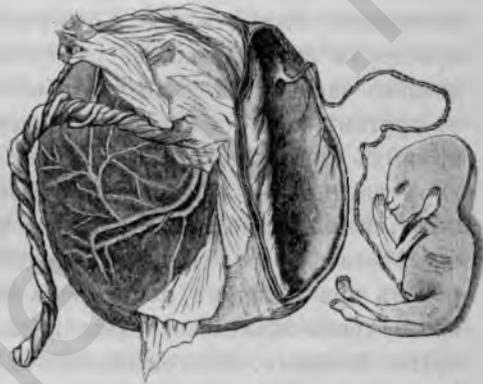
Подобные случаи принадлежать къ величайшимъ рѣдкостямъ. Въ 1895 году Stoker описалъ родоразрѣшеніе на VII мѣс. 5 дѣтьми. Въ недавнее время итальянскій врачъ Vassali описалъ роженіе 6 близнецовъ, которое онъ самъ наблюдалъ. Уже на 4 мѣсяцѣ matka имѣла величину какъ въ концѣ беременности, нижнія конечности были отечны. Воды прошли на 5 мѣсяцѣ. Роды окончились искусственнымъ удаленіемъ плодовъ и послѣда. Родились 4 мальчика и 2 дѣвочки, вѣсъ отдѣльныхъ плодовъ колебался между 240,0 и 300,0. Плоды вмѣстѣ вѣсили 1700,0. Дѣтское мѣсто было общее. Этотъ случай требуетъ болѣе подробнаго и обстоятельнаго описанія. Никакихъ солидныхъ основаній не имѣетъ допущеніе Barfürth'омъ возможности родоразрѣшенія женщины 7 дѣтьми. Наблюденіе описанное Bousquet доказываетъ, что даже при четверняхъ могутъ рождаться въ исключительныхъ случаяхъ довольно хорошо развитыя и жизнеспособны дѣти. По изслѣдованіямъ Mirabeau, тройни встрѣчаются вообще при родахъ какъ 1:6558, въ Россіи, какъ 1:4054.

Беременность двойнями чаще наблюдается у многороженицъ, нежели у беременныхъ въ первый разъ; иногда она повторяется у одной и той же женщины. Въ однихъ странахъ двойни встрѣчаются чаще, нежели въ другихъ. Беременность двойнями можетъ наступить послѣ оплодотворенія двухъ отдѣльныхъ яицъ, происходящихъ изъ одного или обоихъ яичниковъ. Рѣже она можетъ развиваться вслѣдствіе оплодотворенія одного яйца. При этомъ возможны различныя предположенія; яйцо могло имѣть два зародышевые пузырька, или же послѣ оплодотворенія образовавшійся зачатокъ распадается на двѣ части. Вообще въ этомъ отношеніи существуютъ однѣ только гипотезы; но тѣмъ не менѣе при двойняхъ, развившихся изъ одного яйца, въ послѣдѣ и въ самыхъ плодахъ мы всегда находимъ характерныя особенности. Плоды бываютъ всегда однополые, и такія дѣти часто чрезвычайно похожи другъ на друга. Иногда большое сходство сохраняется даже въ зрѣломъ возрастѣ. Ворсистая оболочка, а также дѣтское мѣсто бываютъ у нихъ общія. Околоплодный мѣшокъ, образуемый водною оболочкою, обыкновенно для каждаго плода существуетъ отдѣльный, но въ рѣдкихъ случаяхъ плоды лежатъ въ общей полости,—другими словами, имѣютъ общую водную оболочку. По всей вѣроятности, это происходитъ вслѣдствіе послѣдовательнаго исчезновенія или продыравленія перегородки, т.-е. двухъ листовъ водной оболочки, раздѣляющей водныя полости яйца.

При двойняхъ изъ одного яйца плаценты плодовъ тѣсно срастаются на большомъ пространствѣ и обыкновенно анастомозируютъ между собою. Въ глубинѣ дѣтскаго мѣста обыкновенно существуютъ цѣлыя группы стеблей ворсинокъ, артеріальные сосуды которыхъ принадлежатъ одному плоду, а венозные—другому. Такимъ образомъ въ известной области дѣтскаго мѣста находится кровообращеніе, общее для обоихъ плодовъ. Существованіе такого общаго кровообращенія можетъ слу-

жить причиною различныхъ ненормальностей въ дальнѣйшемъ развитіи плодовъ. Одинъ плодъ, захвативъ большую область кровообращенія, можетъ достигать большей величины, между тѣмъ какъ другой развивается слабо и даже становится уродливымъ, вслѣдствіе уклоненія въ своемъ развитіи. При оплодотвореніи двухъ отдѣльныхъ яицъ, дальнѣйшее развитіе ихъ въ маткѣ совершается одинаково, какъ при простой беременности. Когда яйца по выходѣ изъ трубы располагаются близко одно къ другому, они обхватываются одною складкою отпадающей оболочки, почему имѣютъ общую завороченную оболочку, дес. reflexa. Тѣмъ не менѣе плаценты остаются отдѣльными, никогда не представляютъ анастомозовъ, хотя иногда срастаются между собою. Въ другихъ случаяхъ, когда яйца располагаются въ маткѣ на нѣкоторомъ разстояніи одно отъ другого, каждое изъ нихъ имѣетъ отдѣльную дес. reflexa, и ихъ плаценты не срастаются и часто даже не соприкасаются между собою. При двойняхъ, развившихся изъ отдѣльныхъ яицъ, каждое изъ нихъ имѣетъ отдѣльную водную и ворсистую оболочку; плоды бываютъ одного или различныхъ половъ.

Значительный интересъ представляетъ нерѣдко встрѣчающееся при двойняхъ неравномѣрное развитіе плодовъ. Въ прежнее время, когда не производились точныя анатомическія изслѣдованія, разницу въ величинѣ и вѣсѣ плодовъ двойней объясняли, такъ называемымъ послѣдователь-



Фиг. 147. Послѣдъ двойней; одинъ плодъ хорошо развитой и живой, другой умершій рано и сдавленный, foetus pygmaeus.

нымъ зачатіемъ, *superfoetatio*, допуская возможность оплодотворенія яйца, выдѣлившагося изъ Граафова пузырька, во время беременности, т.-е. послѣ того, какъ въ маткѣ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ развивалось оплодотворенное яйцо. При подобномъ предположеніи второе яйцо, подвергшееся оплодотворенію, должно принадлежать, само собою разумѣется, другому менструальному періоду. Для подтвержденія этой гипотезы не существуетъ пока никакихъ достовѣрныхъ данныхъ. Во-первыхъ, нѣтъ вѣрныхъ фактовъ, которые бы доказывали возможность во время беременности выдѣленія зрѣлыхъ яицъ изъ пузырьковъ личника, безъ чего немыслимо послѣдовательное зачатіе; далѣе врядъ ли могутъ проникнуть сѣменные нити чрезъ полость занятой яйцомъ матки, эпителиальный покровъ которой къ тому же лишился ворсинокъ. Во-вторыхъ, несомнѣнно доказано, что во многихъ случаяхъ происходили при двойняхъ изъ одного яйца живые или умершіе плоды, значительно различающіеся между собою по своему развитію, а также въ величинѣ и вѣсѣ. Извѣстны случаи, гдѣ одинъ изъ такихъ плодовъ

раждался доношеннымъ, нормальной величины, а другой вѣсилъ около 1000,0. Въ тѣхъ болѣе частыхъ случаяхъ, когда одинъ изъ плодовъ рано погибаетъ или даже превращается въ foetus papyrus, а развитіе другого идетъ обыкновеннымъ порядкомъ, замѣчается еще большее несоотвѣтствіе между близнецами.

Наичае при такихъ условіяхъ, когда неправильности плацентарнаго кровообращенія достигаютъ высокой степени, рождается такъ-называемый сдавленный плодъ, foetus papyrus или безсердечный уродъ, asordiacus. Послѣдній большею частію имѣетъ пуповину, но токъ крови у него имѣетъ обратное направленіе. Гораздо рѣже пуповина отсутствуетъ, когда уродство возникаетъ въ первыя недѣли развитія зародыша. Если при двойняхъ, происходящихъ изъ одного яйца, образуется insert. velament., то при разрывѣ пупочныхъ сосудовъ во время родовъ, вслѣдствіе кровотоčenja, погибаютъ оба плода, какъ это наблюдалъ Кнорр.

На основаніи данныхъ, относящихся къ физиологіи зачатія, мы въ настоящее время можемъ допустить у женщины только возможность повторнаго оплодотворенія, такъ-называемый superfoecundatio, когда, при двухъ совокупленіяхъ, слѣдующихъ одно за другимъ чрезъ нѣсколько часовъ или даже чрезъ нѣсколько дней, оплодотворяются одно за другимъ яйца, принадлежащія одному менструальному періоду, хотя прямыхъ доказательствъ въ пользу этого предположенія мы до сихъ поръ не имѣемъ. Аналогичныя явленія наблюдаются только у животныхъ. Какъ вѣское доказательство въ пользу возможности superfoetatio, послѣдовательнаго зачатія, приводятся также исключительные случаи родовъ при двойняхъ, когда послѣ рожденія одного способнаго къ жизни плода, чрезъ нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ появляется на свѣтъ другой близнецъ. Къ сожалѣнію, эти случаи, особенно такіе, когда между роженіемъ близнецовъ прошло болѣе 5—6 недѣль времени, не были непосредственно наблюдаемы врачами, почему ихъ нельзя признать достоверными; да кромѣ того возможность такихъ фактовъ можно объяснить съ гораздо меньшею натяжкой неодинаковою степенью развитія плодовъ и удлиненіемъ промежутка между роженіемъ близнецовъ, развившихся изъ отдѣльныхъ яицъ. Это согласуется также съ рѣдкимъ явленіемъ, которое было наблюдаемо при выкидышѣ, когда одно яйцо извергается, а другое остается въ маткѣ и продолжаетъ развиваться.

Симптомы и теченіе. Многоплодная беременность большею частію сопровождается болѣе тягостными симптомами, нежели простая. Значительное увеличеніе живота, причиняетъ механическія разстройства со стороны дыханія, пищеваренія и кровообращенія; отекъ нижнихъ конечностей нерѣдко достигаетъ значительной степени. Все это, конечно, не можетъ не оказывать неблагоприятнаго вліянія на общее состояніе и важнѣйшія функціи организма беременной. Большое растяженіе матки предрасполагаетъ къ преждевременному прекращенію беременности; отъ 25 до 30% родовъ при двойняхъ происходятъ преждевременно. Близнецы сравнительно рѣдко, только въ 8% случаевъ, имѣютъ длину и вѣсъ, свойственные доношенному плоду; большею частію они бываютъ

меньше, вѣсь 28%, близнецовъ не достигаетъ даже 2000 gr. Еще въ большей степени это слѣдуетъ отнести къ тройнямъ и четвернямъ.

Тройни могутъ развиваться изъ 3 или двухъ отдѣльныхъ яицъ, въ рѣдкихъ случаяхъ даже изъ одного яйца. По изслѣдованіямъ Migebeau, при тройняхъ чаще рождаются дѣвочки, чѣмъ мальчики; напротивъ, по Veit'у, чаще встрѣчаются мальчики, чѣмъ дѣвочки.

Распознаваніе. Значительное растяженіе и напряженіе стѣнокъ матки заставляеть насъ предполагать возможность существованія многоплодной беременности, которую распознать мы, къ сожалѣнію, не всегда въ состояніи. При ощупываніи живота концами пальцевъ, когда нѣтъ маточныхъ сокращеній, иногда возможно прощупать черезъ брюшные покровы двѣ одинаковыя части плода, наичаще двѣ головки, рѣже двѣ ягодицы и спинки. Въ другихъ случаяхъ замѣчается нѣсколько мелкихъ частей въ различныхъ мѣстахъ, или близкое совмѣстное расположеніе различныхъ частей плода, наприм. ягодицъ и головки, обыкновенно лежащихъ на противоположныхъ концахъ плода. Выслушиваніе даетъ весьма важный признакъ, именно существованіе двухъ отдѣльныхъ мѣстъ на поверхности брюшныхъ покрововъ, гдѣ наиболѣе отчетливо слышится сердцебіеніе плода; въ промежуткѣ между этими пунктами оно гораздо глуше или даже совершенно пропадаетъ.

Это явленіе достигаетъ степени очевиднаго доказательства, если одновременно два наблюдателя, выслушивающіе на разныхъ мѣстахъ сердцебіеніе плода, найдутъ, что въ одномъ мѣстѣ сердцебіеніе на 10—15 ударовъ въ минуту чаще или рѣже, нежели въ другомъ. Обыкновенно и одинъ наблюдатель, выслушивая попеременно, можетъ прийти къ вѣрному заключенію. Конечно, въ случаѣ смерти одного плода, этотъ признакъ не существуетъ. Ahlfeld настойчиво совѣтуетъ, чтобы при выслушиваніи беременныя лежали неподвижно. Изслѣдованіе указательнымъ пальцемъ *per vaginam* даетъ возможность иногда ощущать головку и вызывать ея ballotement, между тѣмъ какъ другая головка ощупывается на днѣ матки или сбоку, черезъ стѣнки живота. Въ рѣдкихъ случаяхъ *per vaginam* находятъ головку съ подвижными разошедшимися костями, принадлежащими мертвому плоду, и въ то же время, при выслушиваніи черезъ стѣнки живота, явственно слышатъ сердцебіеніе плода. Конечно, при такихъ данчыхъ можно распознать двойни, если даже мы не находимъ другой головки черезъ брюшные покровы.

Въ маткѣ плоды располагаются діагонально, причемъ ихъ оси обыкновенно пересѣкаются, или же плоды имѣютъ приблизительно параллельное положеніе, почему части ихъ болѣе доступны осязанію. Однако большое количество околоплодной жидкости, *hydramnion*, толстая, съ большимъ слоемъ жира брюшныя стѣнки, частыя маточныя сокращенія, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ смерть одного плода, могутъ препятствовать своевременному распознаванію двойней. Безъ сомнѣнія, наичаще беременность остается нераспознанною вслѣдствіе поверхностнаго изслѣ-

дованія. Во многихъ случаяхъ необходимо повторить изслѣдованіе, чтобы прійти къ опредѣленному заключенію, коль скоро явилось предположеніе о двойняхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ одинъ плодъ располагается позади другого, почему вѣрные признаки беременности иногда отсутствуютъ.

Предсказаніе при родахъ двойнями менѣе благопріятно, нежели при простыхъ. Большое растяженіе матки препятствуетъ правильной дѣятельности мышечныхъ стѣнокъ этого органа. Иногда количество околоплодной жидкости бываетъ чрезмѣрное и причиняетъ припадки, которые иногда могутъ служить показаніемъ къ вызыванію преждевременныхъ родовъ. Въ другихъ случаяхъ сильно растянутая матка, вслѣдствіе надавливанія на почки, усиливаетъ расположеніе къ заболѣванію послѣднихъ и къ появленію эклампсіи. Вслѣдствіе слабости маточныхъ сокращеній, роды часто продолжаются дольше обыкновеннаго, преимущественно первый періодъ. Въ третьемъ періодѣ родовъ слѣдуетъ опасаться кровотеченія вслѣдствіе атоніи матки. Нерѣдко встрѣчающіяся неправильныя положенія плодовъ требуютъ акушерской помощи и увеличиваютъ опасность такихъ родовъ. Если прибавить къ этому, что часто роды происходятъ преждевременно, и близнецы рождаются недоношенными, то становится понятнымъ, почему при родахъ двойнями погибаетъ не менѣе 10 — 12% дѣтей. При тройняхъ только въ исключительныхъ случаяхъ всѣ плоды остаются въ живыхъ.

Zweifel приводитъ слѣдующія данныя относительно положенія плодовъ при беременности двойнями:

| | |
|---|--------|
| Оба младенца предлежали головками | 49,10% |
| Одинъ головкою, другой въ тазовомъ положеніи | 37,7 „ |
| Оба въ тазовомъ положеніи | 8, 6 „ |
| Одинъ головкою, другой въ поперечномъ положеніи | 6,18 „ |
| Одинъ въ тазовомъ, другой въ поперечномъ | 4,04 „ |
| Оба въ поперечномъ положеніи | 0,35 „ |

Слѣдовательно при двойняхъ положенія плодовъ распредѣляются такимъ образомъ: 67% головныхъ, 23% тазовыхъ и 5% поперечныхъ.

Теченіе родовъ, пособія и уходъ при нихъ. Роды при двойняхъ обыкновенно имѣютъ слѣдующее теченіе. Вслѣдствіе маточныхъ сокращеній расширяется зѣвъ, вставляется пузырь ниже лежащаго плода, пузырь при потугахъ напрягается и затѣмъ разрывается. Когда плодъ имѣетъ продольное положеніе, онъ проходитъ чрезъ родовой каналъ и рождается на свѣтъ. Послѣ краткой паузы опять начинаются сокращенія матки, другой пузырь вставляется и расширяетъ спавшуюся шейку; послѣ разрыва его и прохожденія водъ, второй плодъ рождается быстро, такъ какъ родовыя части были уже раньше подготовлены. Послѣды выходятъ обыкновенно вмѣстѣ, спустя нѣкоторое время послѣ рожденія второго плода.

Обыкновенно между рожденіемъ перваго и второго плода проходитъ

въ 80% всѣхъ случаевъ не болѣе одного часа. Почему при родахъ, наступающихъ позже 28 недѣли, не слѣдуетъ слишкомъ медлить съ окончаніемъ родовъ, если даже нѣтъ опасныхъ осложнений, когда, послѣ рожденія перваго близнеца, по прошествіи 1 или даже 2 часовъ, родовая дѣятельность не возобновляется. Необходимо, подкрѣпивъ силы роженицы, если она ослабѣла, крѣпкимъ бульономъ, кофе или виномъ, растираніемъ матки вызвать сокращенія этого органа; затѣмъ слѣдуетъ прорвать околоплодный пузырь втораго плода, и если младенецъ не можетъ родиться въ скоромъ времени силами природы, то нужно произвести его извлеченіе, давши предварительно хорошую дозу *extr. secalis cornuti aquos.* роженицѣ, чтобы по возможности противодѣйствовать слабости потугъ и зависящему отъ этой причины кровотеченію въ третьемъ періодѣ родовъ.

При раннихъ родахъ можно выждать больше времени съ родами втораго плода. Въ исключительныхъ случаяхъ, при раннихъ или даже преждевременныхъ родахъ двойнями, послѣ рожденія перваго плода выходитъ его послѣдъ. При такихъ условіяхъ рожденіе втораго близнеца можетъ замедлиться на нѣсколько дней, и ускореніе его родовъ конечно противопоказуется. Послѣды выходятъ обыкновенно оба вмѣстѣ, спустя нѣкоторое время послѣ рожденія втораго плода. Иногда предлагающій пузырь разрывается до расширенія шейки; въ другихъ случаяхъ разрывъ оболочекъ происходитъ только тогда, когда пузырь опускается до входа во влагалище. Въ исключительныхъ случаяхъ могутъ находиться одновременно въ расширенномъ устьѣ матки оба пузыря.

Теченіе родовъ нерѣдко осложняется неправильнымъ положеніемъ одного, рѣже обоихъ плодовъ, какъ это показываютъ вышеприведенныя статистическія данныя. Во время беременности неправильныя положенія встрѣчаются еще чаще. Нерѣдко послѣ рожденія перваго плода, неправильное положеніе втораго плода переходитъ въ нормальное. Хотя первый періодъ родовъ, вслѣдствіе слабыхъ сокращеній матки, часто замедляется, тѣмъ не менѣе продолжительность родового акта большею частію не больше, чѣмъ при обыкновенныхъ родахъ. Само со-



Фиг. 148. Одновременное опущеніе 2 головокъ близнецовъ въ тазъ.

бою разумѣется, при значительномъ замедленіи родовъ, а также при неправильныхъ положеніяхъ и при задержаніи послѣда, вполне показуются соответственныя акушерскія операціи.

Въ рѣдкихъ случаяхъ при двойняхъ, лежащихъ въ общей водной оболочкѣ, или же при нарушеніи цѣлости оболочекъ обоихъ близнецовъ, послѣдніе могутъ одновременно вступить въ родовый каналъ, причиняя этимъ опасное осложненіе, которое, къ счастью встрѣчается крайне рѣдко.

Обѣ головки, одна располагаясь на шеѣ другой подъ нижнюю челюстью, одновременно могутъ вступить во входъ таза и здѣсь задерживаться. Головки въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ извлечь щипцами одну послѣ другой. Прободенія нужно по возможности избѣгать и дѣлать эту операцію только на мертвомъ плодѣ.



Фиг. 149. Головки близнецовъ зацѣпившіяся одна за другую нижними челюстями.



Фиг. 150. Туловища близнецовъ лежатъ на крестъ одно относительно другого.

Могутъ предлежать также надъ входомъ одновременно обѣ ягодицы, или ножки обоихъ близнецовъ. Въ подобныхъ случаяхъ нужно извлекать ниже лежащій плодъ, отодвигая другой кверху. При поперечномъ положеніи перваго плода могутъ предлежать ножки второго; здѣсь необходимо сдѣлать поворотъ перваго плода. Далѣе, послѣ рожденія на свѣтъ туловища перваго плода, его головка можетъ иногда взаимно сцѣпляться нижними челюстями съ предлежащею головкою второго плода. Плоды могутъ лежать также накрестъ, одинъ въ теменномъ предлежаніи, другой поперекъ. Въ этихъ случаяхъ необходимо извлечь сперва ниже стоящую головку щипцами, затѣмъ его туловище, чтобъ устранить препятствіе при родахъ. Само собою разумѣется, распознаваніе въ этихъ крайне рѣдкихъ случаяхъ часто возможно только при изслѣдованіи цѣлою рукою, послѣ предварительнаго наркоза.

Runge наблюдалъ двойни изъ 2 яицъ у женщинъ въ среднемъ возрастѣ, преимущественно у многоорожавшихъ. Auvard видѣлъ вставленіе 2 пузырей одновременно; однажды мы также наблюдали подобный случай. Laugitzen въ Копенгагенѣ считаетъ число многоплодныхъ родовъ 1,47⁰/₀, отношеніе двойней изъ одного яйца къ числу двойней изъ отдѣльныхъ яицъ какъ 1 : 7,37; Вегм въ Пештѣ,—число многоплодныхъ родовъ—1,27⁰/₀; многороженицы составляютъ 75⁰/₀. Отношеніе мальчиковъ и дѣвочекъ равняется 112 : 100, отношеніе однополыхъ близнецовъ къ разнополымъ какъ 1,9 : 1. Распознаваніе до родовъ было установлено только у 29⁰/₀ беременныхъ. Ruchlewicz въ Мюнхенѣ нашелъ отношеніе многоплодныхъ родовъ къ числу родовъ вообще равнымъ 1,18⁰/₀. Отношеніе числа мальчиковъ къ дѣвочкамъ какъ 106 : 100. Смертность дѣтей 23,5⁰/₀. Беременность не достигала 280 дней. Вегм нашелъ, что въ 84⁰/₀ всѣхъ случаевъ между рожденіемъ перваго и втораго плода проходитъ меньше 1 часа. Только въ исключительныхъ случаяхъ этотъ промежутокъ достигаетъ 6 или болѣе часовъ.

Глава 5.

Поперечныя положенія.

Этіологія. Этимъ названіемъ обозначаютъ такія положенія, при которыхъ продольная ось плода образуетъ болѣе или менѣе значительный уголъ съ продольною осью матки. Будетъ ли плодъ лежать поперекъ или наискось въ маткѣ, въ обоихъ случаяхъ его положеніе имѣетъ одинаковое значеніе въ практическомъ отношеніи, почему вполне цѣлесообразно всѣ такія положенія обозначать общимъ именемъ поперечныхъ. Различаютъ двѣ позиціи, смотря по направленію головки плода: при первой она лежитъ въ лѣвой сторонѣ матки, при второй въ правой. Смотри по направленію спинки, различаютъ при каждой позиціи 2 вида, первый, иначе передній,—когда спинка обращена напередъ, второй или задній—когда она направлена къзади.



Фиг. 151. Первая позиція и передній видъ поперечнаго положенія.

Предлежаніе при этихъ положеніяхъ не имѣетъ того важнаго значенія, какъ при продольныхъ положеніяхъ, потому что въ огромномъ большинствѣ случаевъ, чтобы роженица могла разрѣшиться, необходимо измѣнить это положеніе въ продольное, именно въ ножное. Наичаще предлежитъ плечико, нерѣдко вмѣстѣ съ ручкой, въ другихъ случаяхъ

бокъ младенца, ближе къ ягодицамъ. Поперечныя положенія встрѣчаются въ 0,5% всѣхъ родовъ, но въ клиникѣ и вообще въ практикѣ врачей гораздо чаще. Причины, обуславливающія появленіе этихъ положеній при родахъ, заключаются: 1) въ неправильномъ соотношеніи между плодомъ съ одной стороны, вмѣстимостью, формою и положеніемъ матки; 2) въ ненормальныхъ состояніяхъ нижняго сегмента матки и входа въ тазъ, которыя могутъ служить препятствіемъ въ концѣ беременности для вступленія и установки головки. Къ числу первыхъ причинъ слѣдуетъ отнести чрезмѣрное количество околоплодной жидкости, преждевременные или ранніе роды, сильное наклоненіе матки въ сторону и въ особенности впередъ, интерстиціальныя фиброиды въ стѣнкахъ этого органа, вялость маточныхъ стѣнокъ, въ особенности



Фиг. 152. Вторая позиція и задній видъ поперечнаго положенія.

при двойняхъ послѣ рожденія перваго близнеца; укороченіе пуповины, первичное или послѣдовательное, вслѣдствіе обвиванія ея около шеи плода, и наконецъ нѣкоторыя уродства плода, наичае водянку живота. Известно, что 5% плодовъ при двойняхъ лежатъ въ поперечномъ положеніи. Часто встрѣчающіяся неправильныя положенія, при маперированныхъ плодахъ, объясняются недостаткомъ сопротивленія и податливостью тѣла младенца. Ко второй ка-

тегоріи причинъ слѣдуетъ отнести узкіе тазы, новообразованія, вырастающія въ полости и на стѣнкахъ таза или развивающіяся въ толщѣ маточной шейки, а затѣмъ предлежаніе дѣтскаго мѣста.

Распознаваніе поперечныхъ положеній сравнительно рѣдко встрѣчаетъ затрудненія. Во время беременности и въ началѣ родовъ, при нѣкоторой уступчивости стѣнокъ матки, мы можемъ прощупать головку съ правой или лѣвой стороны матки. Головка часто находится возлѣ подвздошной ямки. При первомъ видѣ также явственно прощупывается спинка поперекъ или наискось въ маткѣ, которая замѣтно растянута въ ширину. Когда спинка обращена кзади, кромѣ головки явственно ощущается чрезъ брюшныя покровы много мелкихъ частей, въ особенности возлѣ пупка.

При внутреннемъ изслѣдованіи чрезъ влагалище, нижній сегментъ

представляется пустымъ, или же чрезъ него неясно прощупываются мелкія части. Только при значительномъ раскрытіи зѣва, послѣ истечения околоплодной жидкости, можно въ этой области вполне ориентироваться относительно положенія, позиціи и предлежанія плода. Часто мы прощупываемъ плечо, ребра, ключицу и лопатку; еще чаще въ состояніи опредѣлить направленіе подкрыльцовой ямки, которое указываетъ на положеніе головки. Когда плечико значительно опустится въ тазъ, или когда изслѣдованіе производится цѣлою рукой подъ хлороформомъ, мы доходимъ до остистыхъ отростковъ позвоночника.

При выпаденіи или низведеніи ручки, которая всегда принадлежитъ лежащему плечу, распознаваніе позиціи и ея вида значительно облегчается. Придавая своей рукѣ положеніе, сходное съ положеніемъ выпавшей ручки плода, или, что еще удобнѣе, захвативши выпавшую наружу ручку плода

своею правой рукою, такъ чтобы онѣ соприкасались ладонями, какъ это дѣлаютъ здороваясь, мы легко можемъ опредѣлить, правую или лѣвую ручку плода мы имѣемъ предъ собою. Въ первомъ случаѣ большіе пальцы будутъ находиться одинъ возлѣ другого, а если руки разноименныя, эти пальцы располагаются совершенно иначе. Зная направле-



Фиг. 153. Выпаденіе ручки плода.

ніе дна подкрыльцовой ямки, иначе расположеніе головки, и убѣдившись, какую ручку имѣемъ передъ собою, мы безошибочно распознаемъ въ данномъ случаѣ позицію и видъ поперечнаго положенія.

Симптомы и теченіе. Поперечныя положенія встрѣчаются гораздо рѣже при родахъ, нежели во время беременности. Неправильныя положенія, наблюдаемыя во время беременности, въ большинствѣ случаевъ, за нѣсколько недѣль или дней до родовъ, переходятъ въ продольныя положенія и наичаще въ теменныя предлежанія. Гораздо рѣже случается наблюдать такія перемѣны положенія во время родовъ; обыкновенно это случается въ первомъ періодѣ до прохожденія водъ и въ исключительныхъ случаяхъ даже послѣ разрыва пузыря. Если до конца беременности плодъ остается подвиженъ, нижележащая часть его не опускается во входъ таза, пока не появятся энергическія маточныя сокращенія, которыя, дѣйствуя на выдающіяся части его тѣла, стремятся привести

плодъ въ продольное положеніе, при которомъ форма плода, если правильное членорасположеніе сохранилось, соответствуетъ формѣ и контурамъ матки. При дѣйствіи маточныхъ сокращеній, головка, лежавшая въ началѣ родовъ нѣсколько выше подвздошной впадины или въ послѣдней, постепенно опускается ко входу въ тазъ и наконецъ устанавливается подъ послѣднимъ. Иногда при этомъ тѣло младенца совершаетъ также движеніе около своей продольной оси. Въ другихъ случаяхъ во входъ таза опускается болѣе отдаленный конецъ плода, именно ягодицы, расположенныя въ верхнемъ отдѣлѣ матки. Такіе переходы во время родовъ изъ поперечнаго въ продольное положеніе плода извѣстны подъ общимъ именемъ самопроизвольнаго поворота, *versio spontanea*.

Обыкновенно поперечное положеніе послѣ разрыва околоплоднаго пузыря не переходитъ въ продольное, при этомъ околоплодная жидкость вытекаетъ почти вся, потому что подлежащее плечо, вступающее во входъ таза, не выполняетъ этого пространства. Часто одновременно, или вскорѣ послѣ прохожденія водъ, выпадаетъ во влагалище и даже выходитъ наружу ручка. Стѣнки матки прилегаютъ къ тѣлу младенца и, постепенно стягиваясь, довольно плотно обхватываютъ его. Тѣмъ не менѣе, если сокращенія матки не часты и не сильны, толщина ея стѣнокъ не измѣняется рѣзко и послѣднія вообще сохраняютъ нѣкоторую податливость и уступчивость, допуская проведеніе руки между маточной стѣнкою и тѣломъ младенца, при достаточномъ раскрытіи и уступчивости зѣва. Обыкновенно при такихъ условіяхъ, можно, сдѣлавъ умѣлою рукой поворотъ на ножки, спасти жизнь матери и плода. Но если, при неумѣлыхъ попыткахъ совершить искусственно родоразрѣшеніе, нижній сегментъ матки подвергается раздраженію, или когда невѣжественная повитуха дастъ роженицѣ рожки, то маточныя сокращенія дѣлаются слишкомъ энергичными, чрезвычайно болѣзненными, появляются очень часто и, наконецъ, переходятъ въ непрерывное сокращеніе маточныхъ стѣнокъ, извѣстное подъ именемъ *tetanus uteri*. Матка такъ тѣсно обхватываетъ тѣло плода, что проведеніе руки къ его ножкамъ становится невозможнымъ, роды не подвигаются впередъ, плодъ умираетъ, и продолжительныя боли истощаютъ роженицу. Появляется лихорадочное состояніе, отдѣленіе во влагалищѣ и маткѣ подвергается разложенію, и вслѣдствіе проникновенія воздуха въ матку содержимое послѣдней подвергается гниенію. Въ маткѣ скопляются зловонныя газы, развивается такъ называемая *phusometra* или *tympanites uteri*, при этомъ стѣнки матки нѣсколько расслабляются. Если въ скоромъ времени искусственнымъ образомъ не послѣдуетъ родоразрѣшенія, то вслѣдствіе сильныхъ и продолжительныхъ болей и развитія острой септицеміи, или отравленія гнилостными таксинами, женщина можетъ умереть, не разрѣшившись.

Чаще, нежели тетаническое сокращеніе маточныхъ стѣнокъ, при отсутствіи своевременной помощи, развивается постепенное растяженіе нижней части матки и отечность влагалища, а также наружныхъ

половыхъ частей. Достигнувъ значительной степени, эти явленія могутъ повлечь за собою крайне тяжелыя послѣдствія. Если вскорѣ или спустя нѣсколько часовъ по истеченіи воды, начинаются энергическія сокращенія матки, предлежащее плечо одно или съ выпавшею ручкою опускается; послѣ полного раскрытія зѣва, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, плечо какъ бы вколачивается въ каналъ таза, при этомъ, когда плодъ живой, на предлежащихъ частяхъ образуется значительная опухоль. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго, обыкновенно непреодолимаго препятствія, встрѣчаемаго предлежащею частью со стороны таза, сокращенія матки дѣлаются сильными и продолжительными. Подъ вліяніемъ ихъ нижній сегментъ, маточная шейка и даже верхняя часть влагалища подвергаются сильному растяженію и истончаются; въ то же время стѣнки тѣла матки сильно утолщаются.

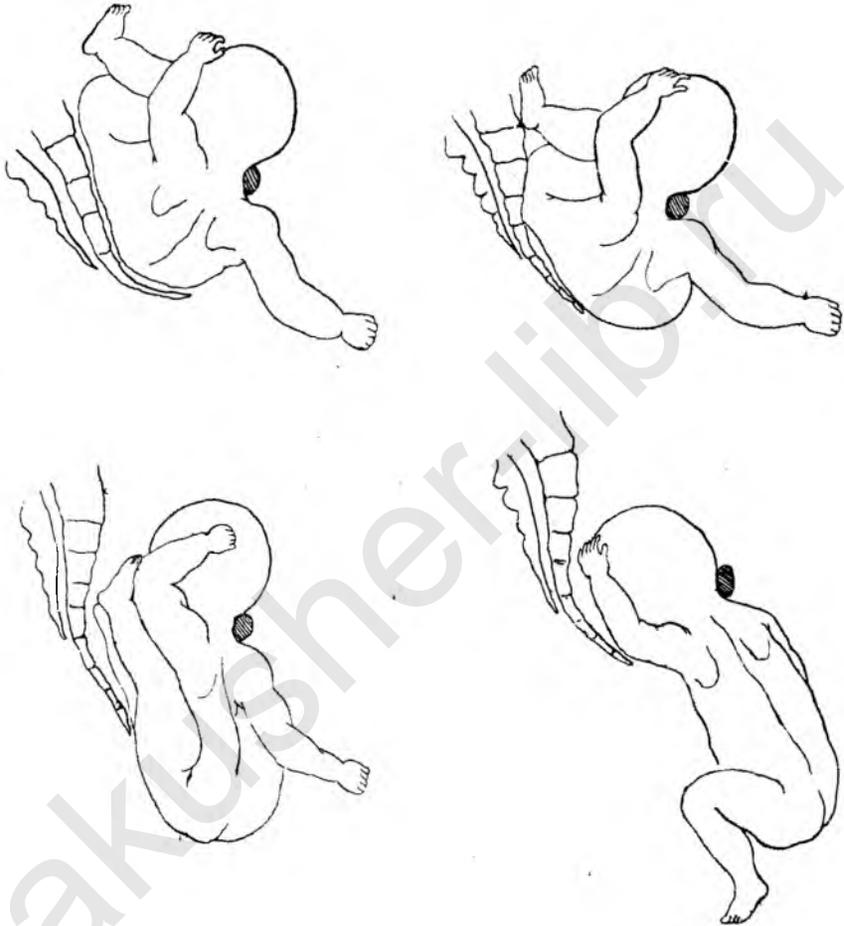
При ощупываніи живота, матка оказывается явственно раздѣленною на двѣ части—верхнюю плотную и нижнюю менѣ твердую, которыя раздѣляются между собою бороздкою, проходящею въ нѣсколько косвенномъ направленіи поперекъ живота на высотѣ пупка или ниже его. Эта бороздка соотвѣтствуетъ сократительному кольцу, которое

обыкновенно плотно обхватываетъ тѣло плода. Когда растяженіе нижней части матки достигло значительной степени, сокращенія матки принимаютъ спазматическій характеръ, дѣлаются болѣзненными, черзчуръ частыми, и матка остается постоянно напряженною. Нижний сегментъ обыкновенно сильно истончается, мѣстами онъ немного толще простого холста, почему легко можетъ послѣдовать разрывъ въ нижней части матки самопроизвольно, или же при введеніи руки въ матку для поворота. Такой разрывъ, почти всегда переходящій на брюшину, въ огромномъ большинствѣ случаевъ влечетъ за собою смерть роженицы. Въ подобныхъ случаяхъ, извѣстныхъ подъ именемъ запущенныхъ поперечныхъ положеній, плечико сильно вдается въ тазовой каналъ и



Фиг. 154. Запущенное поперечное положеніе; правильное членорасположеніе нарушено, ножки пригнуты къ спинѣ. *oe*—наружное устье матки, *oi*—внутреннее устье, *lr*—lig rotund. *CR*—сократительное кольцо, сильно отодвинутое вверхъ, вслѣдствіе растяженія нижняго сегмента.

становится неподвижнымъ. При этомъ значительная часть плода вступаетъ въ нижній сегментъ матки, членорасположеніе младенца нарушается въ значительной степени; плодъ представляется сильно скомканнымъ, его нижнія конечности отходятъ отъ животика и даже прилегаютъ къ спинкѣ. Все это дѣлаетъ операцію поворота на ножки, при такихъ условіяхъ, крайне трудной, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ растяженіе нижняго сегмента не достигаетъ еще опасной степени.



Фигуры 155, 156, 157, 158. Изображеніе послѣдовательныхъ моментовъ самоизворота плода.

Только въ исключительныхъ случаяхъ возможно окончаніе родовъ, при затынувшихся поперечныхъ положеніяхъ, силами природы. При не вполне доношенномъ или зрѣломъ плодѣ и недостаточныхъ размѣрахъ таза, преимущественно у многороженицъ, такое окончаніе родовъ совершается при посредствѣ самоизворота, *evolutio spontanea*. При энергичныхъ сокращеніяхъ матки, плечико съ выпавшею ручкою вгоняется все глубже и глубже въ тазовой каналъ, затѣмъ поз-

воночникъ плода сгибается по направленію книзу и соименный съ плечомъ бокъ младенца сильно выпячивается и вгоняется въ каналъ таза. Шея младенца придавливается къ лонному соединенію, и въ это время въ каналъ таза вступаютъ ягодицы плода, причемъ плечико подается нѣсколько кверху въ большой тазъ. Наружу появляются сперва ягодицы совмѣстно съ туловищемъ и выпавшею ручкою, затѣмъ выходятъ плечи и головка. Младенецъ, родившійся такимъ образомъ, является на свѣтъ мертвымъ; случаи рожденія живого плода, при *evolutio spontanea*, описываются какъ явленіе чрезвычайно рѣдкое.

Бываютъ однако счастливыя исключенія. *Grossemann* описываетъ случай, гдѣ *evolutio spontanea* произошла у первороженницы съ *conjug.* 9,75 cm., причемъ плодъ вѣсилъ 3700,0, и даже промежность не пострадала.

Наблюдается еще другой способъ родо-разрѣшенія, при поперечныхъ положеніяхъ, силами природы, которое возможно только при маломъ, недоношенномъ плодѣ. Во второмъ періодѣ родовъ энергическими потугами вколачивается глубоко въ тазовый каналъ ручка, предлежащее плечико и смѣжная часть грудной клѣтки, которая вслѣдъ за плечикомъ выходитъ наружу; за ней слѣдуетъ остальное туловище съ сильно прижатою къ груди и животу младенца головкою, въ заключеніе выходятъ нижнія конечности. Такой механизмъ носить названіе родовъ скомканнымъ плодомъ, *partus conducto согроре*.

Терапія. Изъ вышеизложеннаго само собою вытекаетъ заключеніе, что поперечныя положенія во время родовъ представляютъ такого рода важныя аномаліи, при которыхъ рациональное акушерское пособіе является крайне необходимымъ. Никогда не слѣдуетъ разсчитывать на самопроизвольный поворотъ, или *evolutio spontanea*. Даже у дѣтей недоношенныхъ, но жизнеспособныхъ, такая самопомощь является въ видѣ рѣдкаго счастливаго исключенія, которому обыкновенно предшествуетъ продолжительная и крайне тягостная родовая дѣятельность.

Только рациональнымъ уходомъ и посредствомъ своевременной акушерской помощи можно спасти младенца и мать, или по крайней мѣрѣ нослѣднюю. Чѣмъ раньше распознано это положеніе, тѣмъ съ меньшимъ рискомъ мы можемъ оказать цѣлесообразное пособіе. При поперечныхъ положеніяхъ сохраненіе околоплоднаго пузыря имѣетъ несравненно большее значеніе, нежели при продольныхъ положеніяхъ плода. Такъ



Фиг. 160.

какъ при значительномъ раскрытіи зѣва и цѣлости оболочекъ яйца внутренній поворотъ, который наичаще примѣняется при поперечныхъ положеніяхъ, совершается наиболѣе легко и безопасно, благодаря полной подвижности плода.

При такъ называемыхъ запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, когда плодъ сильно вколотился въ тазъ, надо оканчивать роды посредствомъ эмбриотоміи, тѣмъ болѣе что въ такихъ случаяхъ плодъ почти всегда бываетъ мертвый.

Winter и Gaedeke, на основаніи собственныхъ многочисленныхъ наблюденій, совѣтуютъ приступать къ повороту только при полномъ раскрытіи зѣва, и затѣмъ сейчасъ же производить извлеченіе плода. Это мнѣніе, какъ увидимъ ниже, раздѣляется далеко не всеми. Sanger въ одномъ случаѣ запущеннаго поперечнаго положенія, гдѣ не удалась операція обезглавливанія плода, сдѣлалъ операцію Porro. Такую операцію мы произвели однажды при подобныхъ же условіяхъ. Wells нашелъ, что при колѣщолоктевомъ положеніи роженицы легче можно отодвинуть плечо кверху, при поперечныхъ положеніяхъ.

Глава 6.

Нарушеніе членорасположенія плода. — Выпаденіе конечностей при головномъ положеніи. — Аномаліи пуповины.

1. Выпаденіе конечностей возлѣ головки.

Этіологія. Возлѣ головки младенца могутъ предлежать какъ верхнія, такъ и нижнія конечности, въ исключительныхъ случаяхъ даже всѣ четыре. Однако наичаще предлежитъ которая нибудь изъ ручекъ, причѣмъ возлѣ головки располагается наичаще только ладонь, концы пальцевъ которой находятся болѣе или менѣе на одинаковой высотѣ съ нижележащею частью головки. Въ другихъ случаяхъ высовывается наружу вся ручная кисть возлѣ головки.



Фиг. 159.

Выпаденію конечностей возлѣ головки благопріятствуютъ всѣ условія, которыя препятствуютъ головкѣ, находящейся въ нижней части матки, опуститься во входъ таза и плотно закрыть это пространство. Именно: узкій тазъ, вялость маточныхъ стѣнокъ, чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости, косое положеніе матки и проч. Отсутствие жизненной упругости тѣла и утрата нормальнаго членорасположенія, обыкновенно замѣчаемая у мертвыхъ плодовъ, чрезвычайно благопріятствуютъ выпаденію конечностей. По вообще выпаденіе конечностей возлѣ головки, при срочныхъ родахъ, представляетъ рѣдкое явленіе.

Симптомы и теченіе. Предлежаніе ножки возлѣ головки не представляетъ препятствія для родовъ, потому что ножка, при опусканіи

головки въ тазъ, почти всегда отходить обыкновенно кверху; только въ исключительныхъ случаяхъ положеніе плода можетъ перейти въ косое. Выпаденіе ручки въ началъ родовъ можетъ препятствовать вступленію головки во входъ таза, если же это совершится, то дальнѣйшее поступательное движеніе головки замедляется; вращеніе встрѣчаетъ серьезное препятствіе, въ особенности если ручка опускается за лоннымъ соединеніемъ впереди головки; при положеніи выпавшей ручки въ области *symphysis sacroiliaca*, неблагоприятное вліяніе на механизмъ родовъ замѣтно въ меньшей степени.

Терапія. Пока пузырь цѣль, роженицу слѣдуетъ положить на бокъ, куда ушла головка. Когда пузырь лопнулъ, и послѣдовало выпаденіе верхней конечности возлѣ предлежащей головки, въ большинствѣ случаевъ требуется акушерское пособіе. Необходимо вправленіе выпавшей ручки, а тамъ, гдѣ этого сдѣлать нельзя, слѣдуетъ окончить роды оперативнымъ путемъ. Однако, при положеніи выпавшей ручки къ задней части таза, или же когда головка уже стоитъ въ полости таза, повернувшись затылкомъ кпереди, роды часто оканчиваются одними силами природы, и головка выходитъ вмѣстѣ съ ручкою, если роженица имѣетъ правильный тазъ. Въ другихъ случаяхъ приходится для окончанія родовъ прибѣгать къ оперативнымъ пособіямъ.

При выпаденіи ножки, Esser совѣтуетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда ножка не отходить кверху, накладывать на нее петлю и окончивать поворотъ, такъ называемымъ двойнымъ приемомъ. Kaiser въ Берлинской клиникѣ на 9,012 родовъ нашелъ 60 случаевъ выпаденія конечностей, 20 разъ было наблюдаемо предлежаніе и 40 разъ собственно выпаденіе. Иначе, въ 48 случаяхъ выпадала одна ручка; 31 разъ было также одновременно выпаденіе пуповины. Только 4 женщины были перворожающія. Причинами выпаденія мелкихъ частей были обильное количество водъ, узкій тазъ и двойни. Роды продолжались среднимъ числомъ около 30 часовъ. 19⁰/₀ дѣтей родились мертвыми.]

Kietz на 7,555 срочныхъ родовъ видѣлъ 23 раза выпаденіе ножки (0,3⁰/₀). Ближайшими причинами было также обильное накопленіе водъ и узкій тазъ. 10 дѣтей родилось мертвыми.

2. Настоящіе узлы на пуповинѣ.

Этіологія. Настоящіе узлы на пуповинѣ встрѣчаются очень рѣдко. Обыкновенно узелъ бываетъ простой, въ рѣдкихъ случаяхъ двойной или сложный. Происхожденіе узла на пуповинѣ объясняется образованіемъ изъ нея широкой петли, въ которую проскальзываетъ плодъ. Это возможно только при свободномъ движеніи младенца въ околоплодной жидкости, что немисливо, конечно, въ послѣдніе мѣсяцы беременности, при нормальномъ теченіи послѣдней.

Послѣдствія ненормальности. Въ рѣдкихъ случаяхъ уже во время беременности сильно затягивается образовавшійся узелъ, чаще это можетъ послѣдовать во время родовъ; вслѣдствіе укороченія пуповины и сдавленія ея сосудовъ, можетъ послѣдовать смерть плода. Эта рѣдкая ненормальность не распознается, почему не можетъ быть и рѣчи о терапіи.

Такъ называемые ложные узлы на пуповинѣ, которые образуются накопленіемъ въ ограниченномъ мѣстѣ Вартоновой студени, гдѣ артеріи и вены дѣлаютъ петлю, не имѣютъ практическаго значенія въ акушерствѣ. Weston и Veit наблюдали рожденіе мертвыхъ мацерированныхъ плодовъ при ложномъ узлѣ пуповины. За нѣсколько недѣль до родовъ ощущались усиленныя движенія плода. Въ случаѣ наблюдаемомъ Dudley'емъ при чрезмѣрно длинной пуповинѣ до 150 см., она въ видѣ клубка лежала на груди младенца и препятствовала даже его далѣе опусканію въ тазъ.

3. Обвитіе пуповины около разныхъ частей тѣла младенца.

Этіологія. Это осложненіе встрѣчается весьма часто—1 разъ на 4,5 родовъ. Наичаще обвитіе пуповины происходитъ около шеи, большею частію одинъ разъ, рѣже нѣсколько разъ.

Симптомы и послѣдствія. Обвитіе пуповины нерѣдко влечетъ за собою болѣе или менѣе важныя послѣдствія. Вслѣдствіе сильнаго натяженія пуповины и сдавливанія ея сосудовъ, младенецъ рождается на свѣтъ мнимоумершимъ или даже мертвымъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ смерть плода можетъ послѣдовать во время беременности, при сильномъ затягиваніи шеи, которая вслѣдствіе этого иногда даже значительно истончается; смерть происходитъ вслѣдствіе сдавливанія сосудовъ. Такія же перетяжки были замѣчены на конечностяхъ, онѣ влекутъ за собою поврежденія съ уродливымъ развитіемъ членовъ. При двойняхъ, имѣющихъ общую водную оболочку, пуповины могутъ переплетаться одна возлѣ другой. При обвиваніи пуповиной туловища или ягодицъ, опасность для жизни плода также крайне рѣдко возникаетъ во время беременности, вслѣдствіе натяженія и сдавливанія пуповины между туловищемъ и костянымъ кольцомъ входа въ тазъ.

Обыкновенно опасность для жизни плода, при продольныхъ положеніяхъ, является преимущественно во время родовъ, когда вслѣдствіе обвитія пуповина значительно укоротилась. При поступательномъ движеніи плода, она напрягается, и ея сосуды сдавливаются. Наичаще это бываеетъ при обвитіи шеи младенца. Въ другихъ случаяхъ укороченіе пуповины причиняетъ частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, что влечетъ за собою болѣе или менѣе значительное истеченіе крови послѣ каждой потуги. Кромѣ того иногда роженица ощущаетъ сильныя боли въ той части матки, гдѣ сидитъ плацента. При этомъ правильно стоящая въ каналѣ таза головка безъ видимыхъ причинъ не подвигается впередъ.

Выгодскій видѣлъ случай, гдѣ пуповина была 7 разъ обмотана около шеи и 1 разъ около лѣваго плеча. Подобные случаи приводитъ Baudelocque, Graу и другіе.

Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ былъ наблюдаемъ внутреутробный разрывъ пуповины, происхожденіе котораго трудно объяснить. Сюда относится между прочимъ, случай, описанный недавно Funke, въ которомъ пуповина имѣла длину 48 см. Вѣроятнѣе всего, въ подобномъ случаѣ было обвертываніе пуповины около тѣла младенца.

Распознаваніе. При выслушиваніи сердцебіенія плода во время беременности, иногда слышится шумъ пуповины, который указываетъ

почти всегда на прижатіе ея сосудовъ. Если отъ прижатія пуповины наступаетъ асфиксія плода во время родовъ, то частота сердечныхъ тоновъ измѣняется. Въ рѣдкихъ случаяхъ, при низкомъ стояніи головки, иногда удается прощупать чрезъ прямую кишку указательнымъ пальцемъ пульсацію въ петлѣ пуповины, обвивающей шею младенца.

Терапія. Коль скоро во время родовъ обнаруживаются признаки, указывающіе на опасность для жизни плода, слѣдуетъ спѣшить съ окончаніемъ родовъ, если только это возможно совершить безъ вреда для здоровья матери. Послѣ выхожденія предлежащей головки или ягодиць плода, слѣдуетъ поступать, какъ изложено выше при описаніи родовъ, если обвитіе пуповины будетъ найдено около шеи или между бедеръ.

4. Выпаденіе пуповины.

Этіологія. Выпаденіе пуповины встрѣчается при всякихъ положеніяхъ и предлежаніяхъ, иногда совмѣстно съ выпаденіемъ конечностей. Выпавшая изъ матки пуповина находится во влагалищѣ или же высывается наружу; смотря по величинѣ выпавшей петли, послѣдняя можетъ опускаться въ каналъ таза и выходить даже наружу. Эта аномалія наблюдается неособенно рѣдко,—однажды на 100 случаевъ родовъ.

Значительная длина пуповины, повторная беременность, большое количество околоплодной жидкости располагаютъ къ выпаденію пуповины, которое можетъ произойти во всѣхъ случаяхъ, когда предлежащая часть уклоняется въ сторону отъ входа въ тазъ, или же не можетъ выполнить собою этого пространства. Къ числу такихъ причинъ слѣдуетъ отнести узкій тазъ, необыкновенныя предлежанія головки, иногда тазовыя и поперечныя положенія, а также выпаденіе конечностей. Кромѣ того выпаденіе пуповины является иногда результатомъ ея неправильнаго прикрѣпленія къ дѣтскому мѣсту, именно оно наблюдается нерѣдко при плевистомъ и краевомъ прикрѣпленіи пуповины.

Распознаваніе. Въ рѣдкихъ случаяхъ, при цѣлости оболочекъ яйца, пуповина можетъ лежать возлѣ предлежащей части; во время паузы изслѣдующій палецъ ощущаетъ на этомъ мѣстѣ пульсацію. Послѣ истечения водъ этотъ признакъ выступаетъ гораздо рѣзче, и кромѣ того мы прощупываемъ гораздо яснѣе петлю пуповины. При выпаденіи наружу, мы можемъ часть ея даже видѣть. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда между предлежащей головкой и маточнымъ зѣвомъ расположена небольшая петля пуповины, послѣднюю легко просмотришь при внутреннемъ изслѣдованіи, въ особенности если пульсація въ пуповинѣ ослабѣла.

Теченіе, послѣдствія ненормальности. Выпаденіе пуповины представляетъ весьма серьезное осложненіе при родахъ, крайне неблагоприятное для плода; болѣе половины дѣтей рождается мертвыми, вслѣдствіе этой аномаліи. Въ особенности опасно для плода выпаденіе пуповины при головныхъ положеніяхъ и менѣе неблагоприятно при ножныхъ и поперечныхъ, при которыхъ сильное прижатіе пуповины предлежащею частью наступаетъ не такъ скоро. Если выпавшая петля пуповины при-

ходится возлѣ передней стѣнки таза, она часто подвергается болѣе значительному прижатію, нежели при расположеніи ея въ области *synchondrosis sacro-iliaca*. Крайне рѣдко развивается асфиксія плода при предлежаніи пуповины, когда еще не нарушена цѣлость оболочекъ яйца.

Терапія. Когда призванный къ родамъ врачъ находитъ выпавшую петлю пуповины безъ признаковъ пульсаціи, и при выслушиваніи живота сердцебіеніе не слышно, въ такихъ случаяхъ плодъ мертвъ и, само собою разумѣется, выпаденіе пуповины не можетъ вліять на дальнѣйшее теченіе родовъ и служить показаніемъ къ акушерскому пособію. Пока существуетъ пульсація или сердцебіеніе плода, на врачѣ лежитъ обязанность спасти жизнь младенца, — конечно, не вредя въ то же время здоровью матери.

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ обнаруживаются признаки, указывающіе на опасное состояніе плода, и родовые пути достаточно подготовлены, наиболѣе надежнымъ средствомъ для сохраненія жизни младенца является скорѣйшее окончаніе родовъ. При ножныхъ и тазовыхъ положеніяхъ, а также при низкомъ стояніи головки въ тазу, слѣдуетъ извлечь младенца. Когда головка стоитъ надъ входомъ таза и подвижна, а также при поперечныхъ положеніяхъ, нужно предварительно сдѣлать поворотъ на ножки, а потомъ уже извлеченіе, если устье вполнѣ раскрыто; почему весьма важно при предлежаніи пуповины по возможности дольше сохранять пузырь.

Какъ не кажется рациональнымъ на первый взглядъ вправливаніе выпавшей петли пуповины въ матку, тѣмъ не менѣ акушерская практика показала, что это оперативное пособіе можно примѣнять съ успѣхомъ только въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

5. Плевистое прикрѣпленіе пуповины, *insertio velamentosa*.

Этіологія. Въ исключительныхъ случаяхъ пуповина прикрѣпляется къ самому краю плаценты, причемъ сосуды пуповины проходятъ на нѣкоторомъ разстояніи между оболочками. Плевистое прикрѣпленіе можетъ иногда сопровождаться во время беременности и родовъ неблагоприятными послѣдствіями для младенца. Оно встрѣчается на 1.000 родовъ не болѣе 7 разъ. Недавно подобные случаи были описаны Меуег'омъ.

Причиною развитія этой аномаліи нужно считать плотное сращеніе пупочнаго пузырька съ оболочками яйца въ области расположенія *decidua reflexa*, во время перехода *alantois* съ пупочными сосудами на периферію яйца. Не будучи въ состояніи слѣдовать за ними, пупочный пузырекъ можетъ отклонить направленіе послѣднихъ, заставляя ихъ помѣститься на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ между оболочекъ яйца. Развитіе *plac. succenturiata* въ области завороченной оболочки необходимо должно также отклонить ходъ сосудовъ пуповины и способствовать происхожденію плевистаго прикрѣпленія. Сравнительно не рѣдкое появленіе этой аномаліи, при двойняхъ и тройняхъ, на пупо-

винъ какого-нибудь одного плода наиболѣе удобно объяснить недостаткомъ мѣста на decid. serotina, къ которому прилегаеть уже одно яйцо; почему alantois другого плода долженъ проникать чрезъ нѣкоторое пространство между оболочекъ яйца, прежде чѣмъ достигнетъ decid. serotina. Невполнѣ выяснено вліяніе неправильнаго развитія матки и присутствія опухолей въ стѣнкахъ этого органа на происхождение этой аномалии. Въ прежнее время всѣ случаи insertio velamentosa объяснялись прикрѣпленіемъ alantois съ своими сосудами къ завороченной оболочкѣ. Полагали, что когда на III-мъ мѣсяцѣ ворсинки, прилежающія къ этой оболочкѣ, атрофируются, стволы пупочныхъ сосудовъ, направляющихся къ decid. serotina, остаются между оболочками. Объясненіе это не держиваетъ критики.

Симптомы и теченіе. Явленія, зависящія непосредственно отъ плелистого прикрѣпленія, могутъ обнаружиться только во время родовъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ слабое развитіе, даже смерть плода и наступленіе выкидыша можетъ находиться въ связи съ этою аномаліей. Сравнительно часто наблюдаемая въ этихъ случаяхъ при родахъ, неправильная положенія плода и выпаденіе пуповины находятся до нѣкоторой степени въ зависимости отъ неправильнаго прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. Когда пупочные сосуды расположены между оболочекъ, непосредственно выстоящихъ въ устьѣ матки при родахъ, то при надавливаніи предлежащей части, во время сокращенія матки, плодъ можетъ впасть въ состояніе асфиксіи; при разрывѣ пузыря, можетъ даже нарушиться цѣлость нѣкоторыхъ пупочныхъ сосудовъ, и младенецъ легко можетъ погибнуть отъ потери крови.

Распознаваніе возможно только въ тѣхъ случаяхъ, когда во время родовъ въ маточномъ зѣвѣ можно ощущать пульсирующіе неподвижные сосуды еще до разрыва пузыря, или же по истеченіи водъ можно осязать самое мѣсто неправильнаго прикрѣпленія пуповины.

Предсказаніе. Плелистое прикрѣпленіе не имѣетъ вліянія на здоровье матери при родахъ, напротивъ жизнь плода подвергается серьезной опасности, коль скоро мѣсто прохожденія пупочныхъ сосудовъ расположено вблизи маточнаго зѣва.

Терапія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда аномалія будетъ распознана во время родовъ, пузырь слѣдуетъ разорвать искусственно посредствомъ прокола подалеже отъ замѣченныхъ сосудовъ. Когда появившееся кровотеченіе сопровождается замедленіемъ сердечныхъ тоновъ до 100 въ минуту во время паузы, слѣдуетъ спѣшить съ извлеченіемъ плода.

6. Укороченіе пуповины.

Эта аномалія имѣетъ важное значеніе въ практическомъ отношеніи. Мы знаемъ, что въ нормальномъ состояніи длина пуповины представляется далеко не одинаковою. Такъ какъ при продольныхъ положеніяхъ и нормальномъ членорасположеніи плода въ маткѣ, длина его продольной оси не превышаетъ 25 см.; то при нормальномъ прикрѣп-

леніи дѣтскаго мѣста, эта величина должна выражать приблизительно наименьшій предѣлъ длины пуповины, при которой она не будетъ оказывать вреднаго вліянія на ходъ родовъ,—конечно, если не послѣдуетъ обвитія пуповины около шеи или членовъ плода. Только при длинѣ пуповины не менѣе 25 см. выхождение плода изъ полового канала наружу можетъ совершиться безъ чрезмѣрнаго натяженія послѣдней. Почему въ большинствѣ случаевъ пуповину, длина которою не достигаетъ 25 см., слѣдуетъ признать слишкомъ короткой, при которой нерѣдко могутъ послѣдовать неблагоприятныя осложненія при родахъ.

Что касается степени укороченія пуповины, то описаны наблюденія, гдѣ она имѣла не болѣе 10—15 см., даже 1 см.; въ рѣдкихъ случаяхъ, обыкновенно осложненныхъ пупочною грыжею, пуповина въ собственномъ смыслѣ даже можетъ совершенно отсутствовать.

Симптомы и теченіе. Симптомы, вызываемые этимъ ненормальнымъ состояніемъ, обнаруживаются обыкновенно только во время родовъ, или вѣрнѣе—съ появленіемъ маточныхъ сокращеній. Въ исключительныхъ случаяхъ укороченіе пуповины причиняетъ уже въ послѣднее время беременности маточныя сокращенія. Сравнительно часто наблюдаемое ягодичное положеніе, при слишкомъ короткой пуповинѣ, въ большинствѣ случаевъ, слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ этой аномаліи.

Родовыя сокращенія матки часто сопровождаются значительною болью въ періодѣ изгнанія плода, вслѣдствіе сильнаго натяженія пуповины. Если это напряженіе достигаетъ значительной степени, то сосуды пуповины претерпѣваютъ чрезмѣрное растяженіе, при чемъ развивается асфиксія плода; иногда можетъ даже нарушиться пѣлость пуповины, или же послѣдовать отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ матки, что влечетъ за собою кровотеченіе. Въ обоихъ случаяхъ жизнь плода подвергается большой опасности, а въ послѣднемъ случаѣ возникаетъ опасность также для матери. Младенецъ часто рождается мертвымъ.

Распознаваніе. Предположить укороченіе пуповины можно въ тѣхъ случаяхъ, когда второй періодъ родовъ замедляется, при отсутствіи другихъ ненормальностей, и предлежащая головка не выходитъ наружу.

Терапія. При замедленіи родоразрѣшенія, въ особенности когда появляются кровотеченіе и признаки асфиксіи плода, слѣдуетъ слѣшить съ окончаніемъ родовъ.

Если у новорожденнаго окажется разорваною пуповина, непосредственно возлѣ пупка, слѣдуетъ посредствомъ обкалыванія и перевязки остановить кровотеченіе.

Warden, Funke, Sion и друг. наблюдали преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, Audebert, Warren, Bartolett—препятствіе при опусканіи головки, Budin, Klein и Winckel—разрывъ пуповины. Въ случаѣ, описанномъ Westphal'емъ, вслѣдствіе сильнаго натяженія короткой пуповины, водная оболочка сдвинулась отчасти съ внутренней поверхности дѣтскаго мѣста, произошелъ разрывъ одной изъ артерій, плодъ по-

гибь во время родовъ. Въ другомъ случаѣ образовалась haematoma пуповины вслѣдствіе разрыва v. umbilicalis.

Легко перечисляетъ слѣдующіе признаки и послѣдствія укроченія пуповины: значительная продолжительность родовъ, слабость маточныхъ сокращеній; внутреннее кровотеченіе, выворотъ матки, сдавленіе пуповины, асфиксія плода, amputatio spontanea его членовъ, разрывъ пуповины и частое окончаніе родовъ положеніемъ щипцовъ.

7. Перекручиваніе пуповины.

При перекручиваніи пуповины число оборотовъ иногда достигаетъ 100—200 и болѣе, оно распространяется на всю пуповину и переходитъ иногда даже на наружные покровы живота младенца и на водную



Фиг. 161. Сильно перекрученная пуповина, отъ чего послѣдовала смерть плода.

оболочку, выстилающую внутреннюю поверхность дѣтскаго мѣста. Отдѣльные извороты пуповины образуютъ углубленія, гдѣ количество студенистаго вещества уменьшено или послѣднее даже совершенно исчезло. Раскручиваніе пуповины въ обратную сторону невозможно; такъ какъ, вслѣдствіе мѣстныхъ измѣненій ткани, скручиваніе представляется неподвижнымъ. При этомъ неизбежно происходитъ суженіе и даже закрытіе просвѣта сосудовъ.

Рѣже перекручиваніе пуповины происходитъ на ограниченномъ пространствѣ, причиняя сильное истонченіе пуповины и закрытіе ея сосудовъ. Перекручиваніе пуповины можетъ произойти при жизни пло-

да, причиняя смерть послѣдняго, или же подобное явленіе развивается только послѣ смерти зародыша.

Въ первомъ случаѣ оно происходитъ вслѣдствіе активныхъ движеній плода, во второмъ — является только послѣдствіемъ движеній матери. Въ доказательство прижизненнаго происхожденія перекручиванія пуповины говорятъ мѣстныя расширенія пупочныхъ венъ, образованіе серозныхъ кистъ на мѣстѣ накопленія Вартоновой студени, невозможность раскрутить пуповину въ противоположномъ направленіи и въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезмѣрное количество околоплодной жидкости. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эти явленія отсутствуютъ, скручиваніе пуповины слѣдуетъ считать явленіемъ посмертнымъ.

8. Врожденная пупочная грыжа, omphalocele.

Въ нормальномъ состояніи уже въ концѣ второго мѣсяца беременности кишечная петля, находившаяся въ пупочномъ отверстіи, втягивается внутрь живота, такъ какъ желточный протокъ рано разъединяется отъ тонкой кишки (intest. ileum). Въ патологическихъ случаяхъ это соединеніе остается на болѣе продолжительное время, послѣдствіемъ чего является врожденная пупочная грыжа; причеиъ въ начальной части пуповины заключаются или только петли тонкихъ кишекъ, или же кромѣ нихъ часть печени, рѣже другія внутренности живота.

Такимъ образомъ вмѣсто нормальнаго пупка образуется опухоль величиною отъ волошкаго орѣха до дѣтской головки, въ которую переходитъ нерѣдко сбоку правильно развитая часть пуповины съ ея сосудами. Поверхность опухоли покрыта лишенною сосудовъ водною оболочкою, подъ которой находится иногда слой студенистой ткани, и затѣмъ брюшина, непосредственно прилегающая къ вышедшимъ изъ живота внутренностямъ.

Иногда эта аномалія осложняется укороченіемъ пуповины, или атрезіа ані и hyperlordosis тѣла младенца. Послѣднія два уродства зависятъ отъ сильнаго натяженія брыжейки кишекъ, почему они наблюдаются только при большихъ пупочныхъ грыжахъ. Рѣже встрѣчаются другія аномаліи.

Симптомы и теченіе. Значительная пупочная грыжа рѣдко затрудняетъ выходненіе плода и служитъ показаніемъ къ извлеченію послѣдняго. Въ исключительныхъ случаяхъ чрезмѣрнаго разгибанія плода lordosis, при операціи поворота, трудно найти ножки, которыя могутъ находиться возлѣ спинки плода. Разрывъ пуповины можетъ послѣдовать только при чрезмѣрномъ укороченіи ея. Дѣти съ врожденною пупочною грыжей обыкновенно рождаются живыми, но при значительной степени этой аномаліи, будучи предоставлены силамъ природы, болѣею частію умираютъ; такъ какъ грыжевой мѣшокъ лопається и появляется воспаленіе брюшины. Рѣже послѣ омертвѣнія водной оболочки поверхность брюшины покрывается грануляціями, рана постепенно суживается и заживаетъ.

Терапія. Въ послѣднее время съ успѣхомъ нѣсколько разъ въ по-

добныхъ случаяхъ было произведено чревосѣченіе, причемъ края грыжевого отверстія, послѣ вправленія внутренностей, соединялись посредствомъ швовъ.

9. *Опухоли въ пуповинѣ* встрѣчаются крайне рѣдко. Budin и Kaufmann описали подобные случаи, гдѣ опухоли достигали величины кулака. Въ случаѣ Budin'a опухоль состояла изъ нѣсколькихъ полостей. Опухоль, которую видѣлъ Kaufmann, имѣла кавернозный характеръ. Вава видѣлъ кисту пуповины величиною въ дѣтскую головку; внутри она была выстлана эндотеліемъ. Ehrendorf собралъ нѣсколько случаевъ мѣшчатыхъ опухолей пуповины. Такія кисты развиваются подъ водною оболочкой, а также въ существѣ Вартоновой студени; послѣднія происходятъ вслѣдствіе миксоматознаго перерожденія этой ткани и могутъ достигать величины кулака. Кисты пуповины, выстланныя эпителиемъ, развиваются изъ остатковъ желточныхъ ходовъ и *gachus*.

Глава 7.

Аномаліи и патологическія измѣненія въ дѣтскомъ мѣстѣ.

1. Ненормальности въ формѣ дѣтскаго мѣста.

Вмѣсто обыкновенной круглой формы иногда дѣтское мѣсто представляется овальнымъ, или образуетъ по краямъ значительные выступы, *pl. lobulata*, въ рѣдкихъ случаяхъ контуры его получаютъ полулунное очертаніе. Рѣдко среди ткани дѣтскаго мѣста находятся промежутки, состоящіе изъ однихъ оболочекъ яйца, *pl. fenestrata*. Гораздо чаще встрѣчается одна или нѣсколько добавочныхъ долекъ плаценты, расположенныхъ отдѣльно отъ ея края на ворсистой оболочкѣ и соединенныхъ сосудами съ дѣтскимъ мѣстомъ. Происхожденіе такихъ *pl. succenturiata* объясняется переходомъ сосудовъ *alantois* на завороченную оболочку, причемъ только нѣкоторыя ворсинки получаютъ дальнѣйшее правильное развитіе. Другою ближайшею причиною *pl. succenturiata* считаютъ отложеніе фибрина въ ткани плаценты съ послѣдовательною атрофіей. Описаны случаи, гдѣ плацента состояла изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ частей, раздѣленныхъ оболочками яйца, лишенными ворсинокъ, *pl. duplex*, *pl. triplex* и проч. Крайне рѣдко встрѣчается такъ называемое плевистое дѣтское мѣсто, *pl. membranacea*. Оно представляетъ собственно недоразвившееся дѣтское мѣсто, образованное тонкимъ слоемъ ворсинокъ, покрывающихъ, даже въ послѣдніе мѣсяцы беременности, большую часть поверхности ворсистой оболочки. Обыкновенно такое мѣсто чрезвычайно плотно срастается съ маткою, и его приходится при родахъ удалять изъ матки рукою. Weiss причиною развитія этой ненормальной плаценты считаетъ *endometritis chron.*

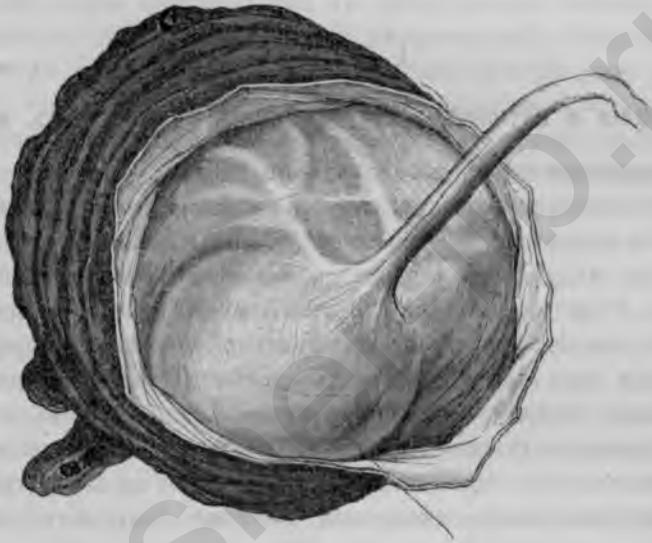
2. Кровоизліянія на поверхности дѣтскаго мѣста.

Изслѣдуя наружную поверхность плаценты послѣ родовъ, мы находимъ довольно часто болѣе или менѣе плотно приставшіе къ ней кровяные свертки. Большею частью они находятся возлѣ нижняго края плацен-

ты, на мѣстѣ ближайшемъ къ разрыву оболочекъ яйца, гдѣ они имѣютъ наиболѣе темный цвѣтъ, указывая на болѣе раннее кровеизліяніе. Когда кровеизліяніе происходитъ во время беременности, за-долго до родовъ, то свертки, расположенные на отпадающей оболочкѣ, представляются, вслѣдствіе всасыванія пигмента, болѣе свѣтлыми и плотно пристають къ наружной поверхности мѣста, къ покрывающей его отпадающей оболочкѣ; здѣсь они даже бывають внѣдрены въ ткань плаценты.

3. Воспаленіе плацентарной ткани, *placentitis*.

Подъ этимъ именемъ описано нѣсколько различныхъ процессовъ, изъ которыхъ нѣкоторые вовсе не имѣютъ, въ тѣсномъ смыслѣ, воспалительнаго характера.



Фиг. 162. *Placenta marginata*. На внутренней ея поверхности возлѣ корня пуповины находится большая киста.

Анатомическія измѣненія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ воспалительныя явленія замѣчаются на *decidua serotina*, остающейся при отслоеніи дѣтскаго мѣста на его наружной поверхности. Она представляетъ утолщенію, сѣрватаго цвѣта перепонку. Въ другихъ случаяхъ воспалительныя явленія идутъ дальше, и мѣстами въ отпадающей оболочкѣ появляются плотныя нучки ткани, тѣсно соединяющіе ткань послѣда съ маточною стѣнкой. Одновременно съ воспалительными явленіями въ *decidua serotina*, а гораздо чаще при отсутствіи ихъ, замѣчаются измѣненія въ самой ткани дѣтскаго мѣста, извѣстныя подъ именемъ бѣлаго инфаркта плаценты. Прежніе авторы описывали ихъ подъ именемъ фиброзныхъ или фибринозныхъ узловъ, апоплексіи, скирознаго перерожденія послѣда и проч.

Эти измѣненія представляются въ разнообразной формѣ: наичаще

инфаркты образуютъ въ ткани плаценты бѣловатые узлы отъ горошины до нѣсколькихъ сантиметровъ, или же представляются въ видѣ бѣловатой плотной, болѣе или менѣе широкой каймы, занимающей край плаценты и распространяющейся иногда на всю ея окружность, *placenta marginata*, *margo fibrosus placentae*. Эта бѣловатая масса находится ближе къ зародышной поверхности плаценты; иногда она располагается непосредственно подъ водною оболочкой.

Микроскопическое изслѣдованіе такихъ плотныхъ бѣловатыхъ узловъ показываетъ, что они состоятъ главнымъ образомъ изъ мелкой сѣти фибрина, рѣже изъ зернистаго фибрина; между волоконцами сѣти расположены клѣтки отпадающей оболочки, кровь и плацентарныя ворсы, болѣе или менѣе измѣненныя регрессивно. Въ болѣе толстыхъ стволахъ ворсинокъ замѣчается сильное разращеніе соединительной ткани, которое повидимому начинается отъ наружной оболочки артерій и мѣстами совершенно сдавливаетъ просвѣтъ сосудовъ. Свернувшійся фибринъ главнымъ образомъ выполняетъ пространство между ворсинками, гдѣ циркулировала прежде кровь.

Этіологія. Происхожденіе фиброзныхъ узловъ объясняется различнымъ образомъ. Повидимому эти процессы не зависятъ отъ одной только причины. Кромѣ причинъ мѣстнаго характера, въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказываютъ вліяніе на происхожденіе этихъ измѣненій глубокія разстройства питанія въ организмѣ беременной — чахотка, сильная анемія, воспаленіе почекъ и проч. При болѣзни почекъ, Rossier наблюдалъ инфаркты дѣтскаго мѣста въ 60%, беременности, между тѣмъ какъ у здоровыхъ ихъ находили только у 15% случаевъ. Часто появленіе инфарктовъ можно объяснить единственно разстройствомъ кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ, гдѣ оно легко можетъ возникнуть, вслѣдствіе особенностей строенія плаценты, преимущественно на краяхъ послѣдней. Эти измѣненія, въ незначительной степени, встрѣчаются чрезвычайно часто. Достаточно застоя крови или мѣстной анемии въ ткани послѣда, чтобы вызвать измѣненіе въ паренхимѣ ворсинокъ и распаденіе покрывающаго ихъ эпителія, что должно неминуемо повлечь за собою свертываніе крови въ полостяхъ, куда вѣдряются ворсинки. Вѣроятно подобнымъ образомъ возникаетъ фиброзный край на *plac. marginata*. Толстый фиброзный приподнятый край такого дѣтскаго мѣста образуется вслѣдствіе того, что ворсы, вѣдрившіяся первоначально въ *decidua reflexa*, при атрофіи послѣдней, не могли прикрѣпиться къ истинной отпадающей оболочкѣ и подверглись заустѣнію, что послужило ближайшею причиной образованія бѣлаго инфаркта, окаймляющаго всю плаценту. Этотъ толстый край часто представляется отвороченнымъ и приподнятымъ кверху, такъ какъ такое дѣтское мѣсто лишено возможности разрастаться по плоскости, *placenta circumvallata*. Слабость и недостаточное развитіе плода, неправильное устройство пуповины также вѣроятно до извѣстной степени благоприятствуетъ воз-

никновенію этихъ процессовъ. Къ сифилису они повидимому отношенія не имѣютъ.

Schwab причиною развитія *pl. marginata* считаетъ хроническое воспаленіе отпадающей оболочки во время беременности, послѣдствіемъ котораго бываетъ сращеніе *dec. reflexa* съ *dec. serotina* и образованіе плотнаго кольца, препятствующаго дальнѣйшему росту плаценты по плоскости. Постепенно ворсы, расположенныя по краямъ мѣста, преодолѣваютъ препятствіе, выпячивая, при своемъ размноженіи и ростѣ, кверху отпадающую оболочку; вслѣдствіе чего приподнимаются значительно края плаценты на всей ея окружности.

Ebergardt наичаше находилъ отложеніе фибрина на плацентарной поверхности ворсистой оболочки, а на второй половинѣ беременности на поверхности ворсинокъ и въ *dec. serotina*. Отложеніе фибрина, по его мнѣнію, происходитъ отъ измѣненія большихъ клѣтокъ отпадающей оболочки, паренхима которыхъ претерпѣваетъ фиброзное перерожденіе.

Симптомы и теченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бѣлый инфарктъ захватываетъ весьма значительную часть дѣтскаго мѣста; четвертая и даже третья часть плаценты утрачиваетъ свои отправленія, что безъ сомнѣнія, не можетъ не отразиться вредно на питаніи плода. Правда, плодъ умираетъ рѣдко, но иногда онъ рождается слабымъ, въ состояніи атрофіи. По наблюденіямъ Hansen'a, *plac. marginata* встрѣчалась 29 разъ на 300 родовъ. Обыкновенно при ней плоды вѣсили менѣе 3000,0 и были короче 50 см. длиною.

Placenta marginata иногда причиняетъ во время беременности кровотеченія, наступающія безъ видимыхъ причинъ на второй половинѣ. Кровотеченія иногда являются періодически и могутъ достигать значительной степени.

4. Отложеніе извести.

Анатомическія измѣненія и этиологія. Въ ткани дѣтскаго мѣста часто встрѣчается отложеніе извести; большею частію оно равномерно распредѣляется по всей наружной поверхности плаценты, при ощупываніи которой получается ощущеніе, какъ будто бы она посыпала пескомъ. Большею частію отложеніе извести происходитъ въ видѣ мелкихъ зеренъ; очень рѣдко оно образуетъ различной величины пластинки. Когда процессъ не достигаетъ значительной степени, то ворсинки плаценты не представляютъ рѣзкихъ измѣненій; если же отложеніе извести идетъ глубже и происходитъ даже въ стволахъ ворсинокъ, то послѣднія подвергаются перерожденію.

Этотъ процессъ повидимому можетъ происходить, когда въ плацентѣ кровообращеніе встрѣчаетъ болѣе или менѣе значительныя затрудненія и даже совершенно прекращается. Почему наичаше значительное отложеніе извести въ ткани дѣтскаго мѣста находятъ при умершихъ и остающихся долго въ маткѣ плодахъ, или въ задержанныхъ частяхъ дѣтскаго мѣста.

5. Кисты и другія опухоли дѣтскаго мѣста.

Иногда на внутренней поверхности дѣтскаго мѣста встрѣчаются

кисты обыкновенно небольшой величины, часто по нѣскольку. Онѣ возникаютъ въ ткани ворсистой оболочки. Ихъ внутренняя поверхность не покрыта эпителиемъ, кромѣ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ. Содержимое представляетъ желтоватую или слегка красноватую серозную или слизистую жидкость.

Ehrendorfer описываетъ рѣдко встрѣчающіяся кисты на внутренней поверхности плаценты подъ водной оболочкою. Въ кожистой оболочкѣ дѣтскаго мѣста кисты развиваются вслѣдствіе миксоматознаго перерожденія ткани. Въ существѣ плаценты встрѣчались кисты, расположенныя поверхъ бѣлаго инфаркта, внутренняя поверхность ихъ выстлана эпителиемъ или эндотелиемъ. Въ материнской части мѣста очень рѣдко попадаются небольшія кисты, въ горошину и болѣе, образовавшіяся повидимому вслѣдствіе сращенія складокъ этой оболочки.

Еще рѣже встрѣчаются другія опухоли въ дѣтскомъ мѣстѣ. Kramer описалъ опухоль, которая росла отъ ворсистой оболочки. Alin наблюдалъ три случая наростовъ въ дѣтскомъ мѣстѣ фибромиксоматознаго характера; одинъ былъ величиною въ куриное яйцо, другой меньше. Simler описалъ сосудистую опухоль плаценты. Vode видѣлъ наростъ дѣтскаго мѣста величиною въ кулакъ, который оказался фибросаркомой. Изслѣдованныя этимъ врачомъ опухоли въ плацентѣ встрѣчаются крайне рѣдко—однажды разъ на 7—8 тысячъ родовъ. Steinbüchel наблюдалъ два случая fibroma въ дѣтскомъ мѣстѣ. Winkel описалъ мyxosarkoma theleng. Lehmann наблюдалъ 2 раза туберкулезные узлы въ ткани плаценты. Плодъ заражается повидимому только при общей бугорчаткѣ беременной.

6. Сифилитическія измѣненія.

Такія измѣненія въ ткани дѣтскаго мѣста встрѣчаются при однородныхъ заболѣваніяхъ внутренностей и костей плода. Въ ткани пла-



Фиг. 163. Измѣненія въ ткани ворсинокъ при сифилисѣ
утробнаго плода.

центы замѣчаются мелкіе узлы отъ коноплянаго зерна до величины боба, желтоватаго цвѣта съ различными отгѣнками.

Узлы никогда не достигаютъ значительной величины, обыкновенно ихъ бываетъ нѣсколько, и сидятъ они по преимуществу на наружной маточной поверхности послѣда, чѣмъ отличаются отъ фибринозныхъ

отложеній, всегда расположенныхъ ближе къ зародышной поверхности мѣста.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказываются измѣненными преимущественно ворсинки послѣда. Они представляются утолщенными, колбовидно расширенными на концахъ; ткань ихъ состоитъ изъ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ, которыя, подобно эпителию ворсинокъ, находятся въ состояніи жирового перерожденія. Гораздо рѣже находили узлы подобной ткани въ decidua serotina; они встрѣчались здѣсь при явленіяхъ кондиломатознаго періода у беременныхъ. Такіе узлы также имѣютъ характеръ гуммозныхъ новообразованій, въ центрѣ которыхъ замѣчается распаденіе ткани.

По изслѣдованіямъ Aulnay, измѣненія въ дѣтскомъ мѣстѣ при сифилисѣ начинаются воспаленіемъ внутренней оболочки артерій, endarteritis, потомъ происходятъ закупорка и запустеніе кровеносныхъ сосудовъ и послѣдовательное фиброзное перерожденіе ворсинокъ. При небольшихъ измѣненіяхъ въ дѣтскомъ мѣстѣ, беременность прерывается на VI—VII мѣс.

Глава 8.

Внутриматочныя заболѣванія плода, имѣющія значеніе въ акушерскомъ отношеніи.

1. Явленія указывающія на опасность для жизни плода во время родовъ.

Нерѣдко жизнь плода подвергается серьезной опасности во время родовъ, причемъ его часто можно спасти, только ускоривъ окончаніе родовъ. При этомъ всегда обнаруживается одинъ или нѣсколько признаковъ, указывающихъ на развитіе асфиксіи утробнаго плода. Этихъ симптомовъ сравнительно немного; сюда относятся—значительное замедленіе, крайне рѣдко чрезмѣрное ускореніе сердцебіенія плода, большая опухоль на подлежащей головкѣ, выхожденіе первоначальнаго кала, значительное кровотеченіе, вслѣдствіе отслойки дѣтскаго мѣста, накопецъ выпаденіе и сдавливаніе пуповины.

1. Подъ конецъ родовъ мы часто наблюдали нѣкоторое замедленіе *сердцебіенія*; въ тѣхъ случаяхъ, когда сердцебіеніе падаетъ до 110 или 100 ударовъ въ минуту, начинается асфиктическое состояніе плода. Оно зависитъ наичаще отъ разстройства кровообращенія въ плацентѣ, гдѣ вслѣдствіе продолжительныхъ маточныхъ сокращеній и нѣ котораго прижатія дѣтскаго мѣста послѣ истеченія водъ, нарушается и замедляется правильное движеніе материнской крови. Послѣдствіемъ этого является накопленіе CO_2 въ крови плода; это вызываетъ раздраженіе нервныхъ центровъ, въ томъ числѣ центра n. vagi, что выражается замедленіемъ сердцебіенія утробнаго плода. Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдается чрезмѣрное ускореніе сердечныхъ тоновъ и вмѣстѣ съ тѣмъ ихъ ослабленіе. Повидимому оно развивается иног-

да вслѣдъ за замедленіемъ, какъ дальнѣйшее послѣдствіе раздраженія мозговыхъ центровъ измѣненной кровью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вѣроятно замедленіе сердцебіенія плода можетъ происходить непосредственно отъ увеличенія давленія въ полости черепа, зависящаго отъ сдавливанія головки, при прохожденіи ея чрезъ тазовый каналъ или при извлеченіи щипцами.

2. *Образованіе значительной плотной опухоли на головкѣ плода* происходитъ при подлежащей головкѣ на тѣхъ частяхъ ея, которыя находятся ниже плотнаго кольца родового канала, которое облегаетъ въ поперечномъ направленіи черепъ. Всѣ части плода, лежащія выше этого кольца, подвержены болѣе значительному давленію, зависящему отъ дѣйствія потугъ, нежели часть головки, расположенная ниже кольца. На мѣстѣ наименьшаго давленія происходитъ усиленный приливъ крови и накопленіе въ ткани трансудата, такимъ образомъ возникаетъ отечная опухоль, caput succedaneum. Одновременно въ полости черепа давленіе крови увеличивается, происходитъ значительный застой, иногда даже является болѣе или менѣе значительное кровоизліаніе. Эти явленія вызываютъ, между прочимъ, замедленіе сердечныхъ тоновъ, вслѣдствіе раздраженія нервныхъ центровъ.

3. *Выдѣленіе первоначальнаго кала*, meconium, во время родовъ иногда является послѣдствіемъ механическаго сдавливанія плода; наиболѣе рѣзко это бываетъ выражено при ягодичныхъ предлежаніяхъ. Тѣмъ не менѣе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, оно происходитъ отъ раздраженія мозговыхъ центровъ, которое передается на n. vagus, и выражается усиленіемъ кишечной перистальтики, результатомъ которой является выходеніе кала. Rossa нашель въ 16% всѣхъ родовъ примѣсь кала къ водамъ при родахъ; тѣмъ не менѣе въ этихъ случаяхъ 79% дѣтей родились совершенно здоровыми, и только 17% находились въ состояніи асфиксіи.

4. Отслойка дѣтскаго мѣста во время родовъ вызываетъ *значительное маточное кровотеченіе*, оно уменьшаетъ область соприкосновенія ворсинокъ съ кровью матери; эта область становится тѣмъ ограниченнѣе чѣмъ болѣе значительная часть плаценты отслаивается. Одновременно материнская кровь, вслѣдствіе значительныхъ потерь, становится жиже. Этого вполне достаточно для наступленія явленій асфиксіи утробнаго плода. Кромѣ того иногда вытекаетъ кровь изъ зародышной части плаценты, что влечетъ за собой анэмію плода. При такихъ условіяхъ легко наступаетъ смерть младенца.

5. *Сдавливаніе пуповины*, происходящее при выпаденіи петли ея, а также прижатіе и сильное натяженіе ея, при обвиваніи пуповины около шеи плода, немедленно отражается на состояніи послѣдняго, вызывая асфиксію, которая выражается замедленіемъ сердечныхъ тоновъ и постепеннымъ ихъ ослабленіемъ. Только скорымъ окончаніемъ родовъ возможно спасти жизнь плода.

2. Внутриматочные переломы и вывихи.

Кости младенца могут подвергаться переломам во время беременности внутри матки; причиною этого явления большею частью бывает внешнее насилие, подѣйствовавшее на животъ беременной. Наичаще подвергается переломамъ голень, гораздо рѣже замѣчаются переломы на другихъ костяхъ младенца. Къ происхожденію переломовъ костей внутриутробнаго младенца располагаетъ неправильное развитіе костей скелета.



Фиг. 164.

Врожденные вывихи встрѣчаются чаще всего въ тазобедренномъ сочлененіи, въ одномъ или въ обоихъ суставахъ, преимущественно подвздошный видъ. Вывихи въ другихъ суставахъ младенца составляютъ большую рѣдкость. Происхожденіе вывиха въ тазобедренномъ сочлененіи нельзя объяснить дѣйствіемъ внешнего насилія, оно происходитъ вслѣдствіе неправильнаго образованія вертлужныхъ впадинъ и ихъ хрящей.

3. Неправильное строеніе костей утробнаго младенца.

Описано много случаевъ, гдѣ скелетъ новорожденнаго младенца представлялъ измѣненія сходныя съ рахитическими процессами, хотя тщательное изслѣдованіе нѣкоторыхъ изъ такихъ случаевъ показало, что кости плода не во всѣхъ случаяхъ представляютъ измѣненія, вполне сходныя съ англійской болѣзью. Однако наичаще скелетъ новорожденнаго представляетъ или вполне законченныя рахитическія измѣненія — *rachitis foetalis*, или же патологическій процессъ въ костяхъ плода еще продолжается, *rachitis congenita*.

При первомъ видѣ, который нѣкоторые авторы описываютъ подъ именемъ — *rachitis micromelica*, младенецъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго укороченія конечностей и отложенія жира подъ кожей, представляется неуклюжимъ и толстымъ со складками на тѣлѣ и конечностяхъ. Его кости толсты и грубы съ искривленными и укороченными діафизами, при одновременномъ значительномъ утолщеніи эпифизовъ. При второмъ видѣ врожденнаго рахитизма, *rachitis congenita*, иначе *rachitis micromelica annulans*, плодъ рождается съ размягченными костями. На нѣкоторыхъ костяхъ находятся свѣжіе переломы, а также зажившіе посредствомъ образованія ясно выраженнаго костнаго кольца (*callus*).

4. Смерть утробнаго плода. — Измѣненія умершаго плода при задержаніи яйца въ полости матки.

Этіологія. Часто встрѣчающееся умираніе плода въ утробѣ матери происходитъ въ первые мѣсяцы или на второй половинѣ бере-

менности отъ крайне разнообразныхъ причинъ. Сравнительно рѣдко плодъ умираетъ вслѣдствіе уродливаго развитія, чаще отъ ненормальнаго состоянія оболочекъ яйца и decid. veta, а также отъ различныхъ ненормальностей пуповины и дѣтскаго мѣста. Нерѣдко онъ погибаетъ отъ различныхъ общихъ и мѣстныхъ болѣзней, поражающихъ беременную женщину, но въ особенности часто вслѣдствіе сифилиса. Въ исключительныхъ случаяхъ причина смерти утробнаго плода бываетъ травма. Westphalen недавно описалъ два такихъ случая.

Анатомическія измѣненія. Обыкновенно послѣ смерти плода яйцо извергается черезъ недѣлю, 10 дней, иногда даже раньше. Въ началѣ беременности яйцо при такихъ условіяхъ иногда дольше задерживается въ маткѣ; въ иныхъ случаяхъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, и затѣмъ выходитъ наружу наичаще цѣликомъ. При разрѣзѣ яйца въ мутной околоплодной жидкости въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже не находятъ плода, который послѣ своей смерти легко распадается и растворяется въ водахъ. Въ тѣхъ случаяхъ когда смерть плода наступаетъ позже, именно въ концѣ III, на IV мѣсяцѣ а тѣмъ болѣе на второй половинѣ беременности, раствореніе его тѣла въ околоплодной жидкости не происходитъ; потому что такіе плоды имѣютъ довольно плотный скелетъ.

Малый плодъ, умершій между III и IV мѣсяцемъ беременности, оставаясь долгое время въ маткѣ, наичаще подвергается высыханію, иначе мумификаціи. Околоплодная жидкость постепенно всасывается; тѣло плода высыхаетъ, теряя значительное количество воды, кожа плотно прилегаетъ къ скелету, представляется сухою, морщинистою, темно-бураго цвѣта, и кости черепа западаютъ. Вообще наружный видъ его получаетъ сходство съ плодомъ, лежавшимъ долгое время въ спиртѣ. Тѣло такого плода на разрѣзѣ сухое, сѣровато-краснаго цвѣта. Дѣтское мѣсто представляется сухимъ и ломкимъ. Крайнюю степень вышеописанныхъ измѣненій представляетъ такъ называемый foetus parvaceus, который встрѣчается исключительно при двойняхъ. Тѣло такого плода сплющено, вслѣдствіе сдавливанія другимъ яйцомъ, содержащимъ правильно развивающійся плодъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ измѣненія, происходящія при такихъ условіяхъ въ ткани мертваго плода, носятъ характеръ омыленія. Въ тканяхъ можно различить нормальные элементы, но кромѣ того всюду находятъ кристаллы холестеарина и зерна пигмента.

Плоды болѣе поздняго періода беременности, умершіе между V и X мѣсяцами беременности и задержанные на нѣсколько дней или недѣль въ маткѣ, при цѣлости оболочекъ яйца, обыкновенно не подвергаются гніенію, но вымокаютъ, иначе мацерируются, и представляютъ особенныя характерныя измѣненія, свойственныя исключительно мацерированному плоду, извѣстному также подъ именемъ foetus sanguinolentus.

Въ особенности важны въ судебномедицинскомъ отношеніи и заслу-

живають вниманія измѣненія, происходящія въ тѣлѣ плода и зависящія отъ большей или меньшей продолжительности его пребыванія послѣ смерти въ утробѣ матери. Въ первые дни послѣ смерти плода красновато-бурая окраска замѣчается только на головѣ и лицѣ, а затѣмъ распространяется къ концу недѣли на всю поверхность тѣла. Одновременно развивается пропитываніе тканей кровянистою жидкостью. Раньше всего пропитывается зародышный конецъ пуповины и мошонка. Околоплодная жидкость становится буроватокрасною. Къ концу первой недѣли согнеа получаетъ кровянистое окрашиваніе. Начиная съ 8 дня, кожаца легко отслаивается на всемъ тѣлѣ, кромѣ волосистой части головы и лица. Съ этого времени тѣло младенца, если его положить на спину, представляется плоскимъ, кости черепа дѣлаются подвижными, важнѣйшія серозныя полости наполняются кровянистою жидкостью. На 12 день хрусталикъ получаетъ кровянистое окрашиваніе, кожаца на лицѣ отслаивается. У мацерированнаго плода, умершаго 2 недѣли тому назадъ, вся поверхность тѣла бываетъ обнажена отъ кожицы; уплощеніе тѣла достигаетъ весьма значительной степени, брюшина легко отстаетъ отъ печени, содержимое кишекъ и желудка получаетъ кровянистое окрашиваніе. Красящее вещество крови проникаетъ во все полости и органы тѣла плода. Черепъ утрачиваетъ свои нормальные контуры. При болѣе продолжительной мацерации, онъ превращается въ вялый кожный мѣшокъ, въ которомъ заключаются плоскія подвижныя кости. Пуповина представляется мягкою, темно-бураго цвѣта.

На ворсистой оболочкѣ находится толстый слой отпадающей оболочки. Winckler нашель въ отпадающей оболочкѣ воспалительный процессъ вокругъ венъ и размноженіе клѣтокъ. Эндотелій исчезаетъ, въ ткани decidua и въ утолщенныхъ ворсинкахъ мѣстами находятъ отложеніе извести. Дѣтское мѣсто представляется рыхлымъ и пропитаннымъ серозно-кровянистою жидкостью. Franqué находилъ въ плацентѣ мертвыхъ плодовъ частичную или полную облатерацию сосудовъ, вслѣдствіе воспаления ихъ внутренней оболочки, а иногда активный процессъ размноженія клѣточекъ въ amnion и chorion, какъ бы воспалительнаго характера.

При микроскопическомъ изслѣдованіи клѣтки различныхъ органовъ представляются помутнѣвшими и вообще въ состояніи распада. Красныя кровяныя шарики становятся блѣдными и зазубренными. Въ крови находятъ кристаллы гематина.

Все вышеописанныя измѣненія бывають выражены тѣмъ рѣзче, чѣмъ болѣе продолжительное время плодъ остается въ полости матки. Огромное большинство такихъ мацерированныхъ плодовъ, не менѣе 75%, можно отнести къ сифилитическимъ. При изслѣдованіи внутренностей плода, нерѣдко находятъ сифилитическія пораженія, въ особенноси въ печени и легкихъ, а на длинныхъ костяхъ—osteochondritis syphilitica.

Черезъ 5—6 недѣль послѣ смерти, мацерированный плодъ представляетъ чрезвычайное размягченіе своего тѣла. Даже на волосистой части

головки кожица отслаивается, полости тѣла наполняются мутною кровянистою жидкостью, мозгъ по своей консистенціи напоминаетъ эмульсію.

Въ рѣдкихъ случаяхъ, при быстро наступающей смерти плода въ маткѣ во время родовъ, младенецъ подвергается трупному окоченію, при чемъ его тѣло утрачиваетъ гибкость, что, въ особенности при поперечныхъ положеніяхъ, можетъ причинить нѣкоторое затрудненіе при операціи поворота на ножки. Окоченіе недолго держится, оно проходитъ скоро, что обусловливается сравнительно высокою Т. въ утробѣ матери, по наблюденіямъ Lange.

Иногда умершій въ время родовъ въ маткѣ плодъ подвергается гніенію, обыкновенно это происходитъ послѣ истеченія водъ во время беременности или родовъ. Чѣмъ больше плодъ, тѣмъ скорѣе достигаютъ опасной степени явленія гнилостнаго зараженія. Въ подобныхъ случаяхъ развивается вздутіе матки, tympanites uteri, со всѣми его послѣдствіями, и является настоящее показаніе по возможности скорѣе окончить роды. Иногда гніеніе плода наступаетъ столь быстро и достигаетъ столь значительной степени, что его тѣло вздувается и значительно увеличивается въ объемѣ.

Исходы. При загниваніи плода, въ огромномъ большинствѣ случаевъ силами природы или при помощи акушерскихъ операцій удается извлечь плодъ и удалить послѣдъ чрезъ влагалище. Но были наблюдаемы случаи, гдѣ при тяжелыхъ гнилостныхъ и септическихъ явленіяхъ, родовая дѣятельность не наступала, и для спасенія жизни роженицы возникало показаніе опорожнить матку посредствомъ чревосѣченія и произвести операцію Рогго.

Описаны также исключительные случаи, гдѣ перешедшій въ гнилостное состояніе плодъ подвергался высокой степени распаденію, причемъ изъ полости матки сперва выходили вмѣстѣ съ ихорознымъ отдѣленіемъ части отслоившихся мягкихъ тканей плода, а затѣмъ кости скелета. Крайне рѣдко задерживается на продолжительное время въ маткѣ головка плода, отдѣленная при операціи обезглавливанія, или оторванная при извлеченіи туловища.

Въ исключительныхъ случаяхъ, которые встрѣчаются такъ рѣдко, что нѣкоторые акушеры отрицаютъ возможность этого явленія, задержанное яйцо въ маткѣ подвергается процессу окаменѣнія, совершенно аналогическому съ тѣмъ, который наблюдается иногда при внѣматочной беременности; хотя въ послѣдствіи можетъ иногда развиться даже въ такихъ случаяхъ нагноеніе, при которомъ вмѣстѣ съ гноемъ выходятъ изъ матки кости плода. Такой исходъ беременности, описанный впервые англійскими врачами, носятъ названіе missed labour, несовершившихся родовъ.

Глава 9.

Уродства плода. важныя въ акушерскомъ отношеніи.

1. Врожденная водянка головы, hydrocephalus congenitus.

Эта болѣзнь утробнаго плода, оказывающая неблагоприятное вліяніе на исходъ родовъ, къ счастью, встрѣчается очень рѣдко—не болѣе 1 раза на 2—3 тысячи родовъ. Жидкость, скопившаяся въ желудочкахъ мозга, достигаетъ 300—1000,0, очень рѣдко больше.

При такихъ условіяхъ мозговая кора сильно истончается, мозговые извилины сглаживаются, кости черепа сильно раздвигаются. На мѣстѣ швовъ и родничковъ появляются широкіе промежутки, покрытые перепонкою. Рѣдко такіе новорожденные представляютъ также другіе уродства и недостатки развитія.



Фиг. 165.

Симптомы и теченіе. При родахъ чаще такой плодъ находится въ головномъ или тазовомъ положеніи, послѣднее бываетъ довольно часто—въ 25% всѣхъ случаевъ, напротивъ поперечное никогда почти не встрѣчается. При головномъ положеніи обыкновенно предлежитъ черепъ, который, влѣдствіе большихъ размѣровъ при родахъ, не можетъ опуститься въ тазовой каналъ и стоитъ высоко надъ входомъ. Влѣдствіе такого

непормального отношенія, нижній сегментъ матки, шейка и рѣдко влагалище подвергаются сильному растяженію, при энергическихъ маточныхъ сокращеніяхъ, которыя вызываются неустранимымъ препятствіемъ со стороны таза, каналъ котораго оказывается недостаточнымъ для прохожденія такой предлежащей головки. При подобныхъ родахъ развиваются признаки сильнаго сдавливанія стѣнокъ родового канала, а также симптомы угрожающаго разрыва матки. При отсутствіи рациональной помощи, можетъ послѣдовать разрывъ матки, и роженица можетъ умереть, не разрѣшившись. Окончаніе родовъ силами природы возможно при небольшой степени развитія головной водянки, когда размѣры черепа мало увеличены. При тазовыхъ положеніяхъ обыкновенно тѣло младенца рождается силами природы, но головка задерживается, и большею частію для окончанія родовъ требуется акушерское пособіе. Въ исключительныхъ случаяхъ, при сильныхъ маточныхъ сокращеніяхъ, мягкіе покровы черепа разрываются, жидкость изливается наружу и уменьшенная головка рождается самопроизвольно. При тазовыхъ положеніяхъ разрыва матки не бываетъ, такъ какъ роды продолжаются

сравнительно недолго, и къ врачебной помощи прибѣгаютъ обыкновенно своевременно.

Распознаваніе возможно только во время родовъ и при томъ только въ случаяхъ рѣзко выраженныхъ, когда при достаточномъ расширеніи маточнаго зѣва можно убѣдиться въ огромныхъ размѣрахъ родничковъ и чрезмѣрной ширинѣ швовъ, а иногда въ слишкомъ большой величинѣ головки, высоко расположенной надъ входомъ таза. Описаны случаи, когда перепончатые промежутки на черепѣ были приняты за напряженный околоплодный пузырь. Для точнаго распознаванія въ нѣкоторыхъ случаяхъ нужно ввести во влагалище полруки. Случаи умѣренной водянки черепа часто не распознаются во время родовъ, даже при черепномъ положеніи. При тазовыхъ положеніяхъ, вѣроятное распознаваніе во время родовъ возможно только путемъ исключенія другихъ патологическихъ осложнений, причиняющихъ задержаніе послѣдующей головки надъ входомъ въ тазъ.

Предсказаніе при черепныхъ положеніяхъ наиболѣе неблагоприятно для матери, вслѣдствіе нерѣдко поздняго распознаванія головной водянки, а также вслѣдствіе нецѣлесообразныхъ пособій. Болѣе двухъ третей родовъ, осложненныхъ этою аномаліей, были окончены при помощи различныхъ акушерскихъ пособій. Въ 13% всѣхъ случаевъ произошла разрывъ матки, и около 20% матерей умерло, вслѣдствіе тяжелыхъ ненормальныхъ родовъ. До 80% дѣтей родились мертвыми, изъ остальныхъ значительное число умерло чрезъ короткое время послѣ родовъ.

Льченіе. Своевременно примѣненная раціональная терапія оказываетъ чрезвычайно важное значеніе на исходъ родовъ.

При черепномъ положеніи, когда ясно прощупываются широкіе швы или одинъ изъ родничковъ, необходимо сдѣлать проколъ чрезъ перепончатые покровы головки и удалить по возможности большое количество водяночной жидкости изъ полости черепа, который послѣ этого спадается; затѣмъ надо предоставить, если нѣтъ противопоказаній, дальнѣйшее теченіе родовъ силамъ природы. При необходимости ускорить роды, операція поворота въ подобныхъ случаяхъ болѣе частью соединена съ рискомъ и неудобопримѣнима, тѣмъ болѣе, что младенецъ имѣетъ мало вѣроятности остаться въ живыхъ. Почему слѣдуетъ нѣсколько расширить сдѣланное въ черепѣ отверстіе и наложить краниоклясть для извлеченія плода. Наложеніе щипцовъ при головной водянкѣ представляетъ грубую ошибку, которая можетъ окончиться печально для матери. Только при опущеніи головки въ каналъ таза, что возможно при незначительной степени водянки, или послѣ истеченія жидкости изъ черепа младенца, можно произвести безопасно извлеченіе щипцами.

При тазовыхъ положеніяхъ задержанная головка, если она не поддается извлеченію ручными приѣмами, служить показаніемъ къ совер-

шенію операціи прободенія; младенецъ, какъ извѣстно, при такихъ условіяхъ скоро умираетъ. Salus съ успѣхомъ извлекъ большую послѣдовательную головку съ врожденною водянкой, не прибѣгая къ прободенію.

2. Мозговая грыжа, hydrancephalocoele.

Анатомическія измѣненія. Мозговая грыжа представляетъ сходную съ предыдущимъ патологическимъ явленіемъ ненормальность; она представляетъ осложненіе головной водянки расщепленіемъ черепа въ какомъ либо мѣстѣ, позволяющемъ выходненіе мозговыхъ оболочекъ и вещества мозга, которыя выпячиваются содержащеюся въ его желудочкахъ жидкостью. Такимъ образомъ образуется опухоль, мозговая грыжа, покрытая наружными покровами головы, величиною отъ лѣсного орѣха до цѣлой головки младенца.

Симптомы. Такая опухоль можетъ образоваться въ различныхъ мѣстахъ черепа, преимущественно на мѣстахъ швовъ и родничковъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда она достигаетъ значительнаго объема, она можетъ представлять препятствіе при родоразрѣшеніи, хотя грыжевой мѣшокъ часто разрывается при родахъ. При большихъ опухоляхъ, плодъ сравнительно часто лежитъ въ тазовомъ положеніи, почему распознаваніе возможно большею частію только послѣ родовъ. Johansen собралъ изъ литературы много случаевъ мозговой грыжи у новорожденныхъ; оказалось, что на ходъ родовъ эти аномаліи особеннаго вліянія не имѣютъ.

3. Зачаточный плодъ на головкѣ младенца, intrafoetatio capitis, epignatus.

Въ исключительныхъ случаяхъ зачаточный плодъ, или паразитъ, сидитъ на головкѣ другого доношеннаго плода и представляетъ безформенную массу, вырастающую отъ нѣба или верхней челюсти; эта опухоль можетъ достигать величины кулака и даже дѣтской головки.

Терапія. Когда въ подобныхъ случаяхъ головка остается высоко надъ входомъ таза, слѣдуетъ сдѣлать поворотъ; роды въ большинствѣ случаевъ можно окончить ручнымъ извлеченіемъ. При задержаніи послѣдующей головки, слѣдуетъ дѣлать прободеніе или, буде опухоль доступна, производить ея отсѣченіе при помощи ножницъ. Marchand описалъ случай epignatus, въ которомъ опухоль была величиною съ дѣтскую головку; epignatus надо было немедленно удалить, чтобы новорожденный младенецъ не задохся.

4. Полуголовый уродъ, haemicephalus.

Анатомическія измѣненія. Въ рѣдкихъ случаяхъ большая часть головного мозга и верхняя часть черепа не развиваются. Головка младенца состоитъ преимущественно изъ лица, сформированнаго довольно правильно, и основанія черепа. Въмѣсто кожныхъ покрововъ на послѣднемъ находится красноватая губчатая мягкая масса, или пузырьчатые выступы. Иногда подобный дефектъ покрововъ распространяется также

на шейную часть позвоночника. Шея чрезвычайно укорочена, основание черепа сидитъ непосредственно на туловищѣ, почему уши касаются плечиковъ. Лицо обращено кверху. Изо рта выстоитъ языкъ, глаза выпячены.

Такое уродство возникаетъ въ самомъ раннемъ періодѣ развитія зародыша, вѣроятно вслѣдствіе расщепленія головного конца мозговой трубки, или вслѣдствіе сращенія послѣдней съ водною оболочкою.

Послѣдствія аномалии. Полу-головые уроды неспособны къ внѣутробной жизни, они большею частію умираютъ вскорѣ послѣ рожденія на свѣтъ. Подобно какъ при головной водянкѣ, наблюдали повторное появленіе этой аномалии у одной и той же роженицы.

Тазовыя и поперечныя положенія при этой аномалии встрѣчаются часто, но все-таки рѣже, нежели головныя. Большею частію предлежитъ черепъ, или вѣригѣ основаніе черепа. При родахъ иногда удается ощупать *sella turcica* и *clivus*, а также передній край черепнаго свода. Сравнительно часто предлежитъ личико. Когда расщепленіе распространяется на шею, такое предлежаніе становится неизбѣжнымъ при головномъ положеніи, потому что головка лишена возможности сгибаться.



Фиг. 166.

Головка младенца, лишенная черепа, конечно не можетъ встрѣчать препятствія при родахъ; тѣмъ не менѣе прохожденіе младенца чрезъ родовой каналъ нерѣдко представляетъ значительныя трудности, вслѣдствіе большой ширины его плечъ.

5. Врожденные опухоли на шеѣ младенца.

Анатомическія измѣненія. Врожденные опухоли на шеѣ могутъ представлять въ рѣдкихъ случаяхъ препятствіе при родахъ. Онѣ являются въ видѣ кистъ на задней или передней поверхности шеи, которыя также врастаютъ глубоко въ ткань этой части тѣла плода. Эти кисты происходятъ отъ перерожденія лимфатическихъ сосудовъ и могутъ достигать величины дѣтской головки. Въ другихъ случаяхъ врожденная опухоль на шеѣ происходитъ отъ щитовидной железы и представляется въ видѣ зоба большею частію небольшой величины; однако въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ врожденный зобъ, *struma cystica*, можетъ даже превосходить величину дѣтской головки.

Симптомы и теченіе. Въ подобныхъ случаяхъ опухоль конечно можетъ представлять препятствіе при родахъ. Вообще же зобъ скорѣе можетъ вліять на разгибаніе головки и происхожденіе лицевого



Фиг. 167.

предлежанія, или причинить давленіе на сосуды шеи, при затылочныхъ предлежаніяхъ, и вызывать асфиксію или даже смерть плода.

Распознаваніе. Опухоли шеи могутъ быть распознаны только по рожденіи головки или туловища; въ послѣднемъ случаѣ, когда изслѣдованіе производится четырьмя пальцами или всею рукой.

Лѣченіе. Когда простое извлеченіе головки недостаточно для выведенія младенца на свѣтъ, необходимо сдѣлать проколъ троакарномъ или надрѣзъ опухоли ножницами, чтобъ уменьшить ея объемъ. Въ другихъ случаяхъ при мертвомъ плодѣ достаточно прободенія головки, чтобъ окончить роды.



Фиг. 168.

6. Врожденное увеличеніе груди и живота; опухоли туловища и конечностей.— Чрезмѣрная величина плода.

Анатомическія измѣненія. Въ рѣдкихъ случаяхъ грудная клѣтка младенца представляется сильно растянutoю, вслѣдствіе накопленія жидкости въ плевритическихъ мѣшкахъ. Чаше увеличеніе груди въ объемѣ составляетъ послѣдствіе общей врожденной водянки плода.

Животъ младенца можетъ увеличиваться значительно въ объемѣ вслѣдствіе различныхъ причинъ. Заращеніе и закрытіе мочевого канала ведетъ къ накопленію

большого количества мочи въ пузырь, причемъ объемъ тѣла младенца достигаетъ 40 см. и болѣе.

Въ исключительныхъ случаяхъ тѣло плода можетъ даже измѣнить свою форму, принимая шаровидное очертаніе. Одновременно существуетъ

расширеніе мочеточниковъ и кистообразное перерожденіе почекъ, hydro-nephrosis. Эта болѣзнь можетъ развиться также отъ другихъ причинъ, причемъ почки плода могутъ представлять опухоли въ нѣсколько фунтовъ вѣсомъ.

Гораздо рѣже опухоли печени и селезенки могутъ достигать значительной величины. Въ одномъ случаѣ довольно значительное увеличеніе живота зависѣло отъ развитія aneurysma aortae abdominalis. Intrafoetatio abdominalis представляетъ также крайне рѣдкое явленіе.

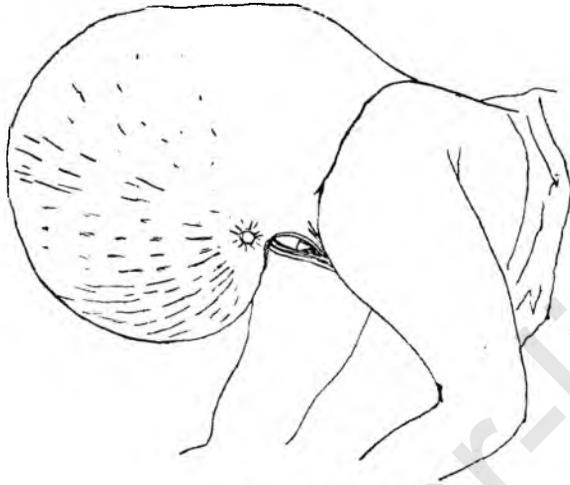
При всѣхъ этихъ аномаліяхъ въ полости живота часто замѣчается накопленіе свободной жидкости, ascites, въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ. Водянка живота наичаще происходитъ вслѣдствіе разстройства кровообращенія, въ особенности при сифилитическихъ измѣненіяхъ въ печени, а также вслѣдствіе разстройства компенсаціи, при врожденныхъ порокахъ сердца. Водянка причиняетъ обыкновенно значительное увеличеніе живота.

Въ исключительныхъ случаяхъ врожденные опухоли сидятъ на конечностяхъ или на передней поверхности туловища. Онѣ представляютъ врожденные лимфомы или относятся къ разряду тератомъ. Наиболѣе обычное мѣсто врожденныхъ опухолей представляетъ позвоночникъ, въ особенности крестцовая область. Врожденная спинномозговая грыжа, hydrorhachis sacralis s. sacrolumbalis, и расщепленіе позвоночника, spina bifida, представляютъ опухоли, достигающія иногда величины апельсина или кулака, на ощупь эластичныя, съ гладкою или бугристою поверхностью. Гораздо большихъ размѣровъ достигаютъ кистовидныя опухоли въ крестцовой области, которыя представляются въ видѣ многополостной кисты или сложной опухоли, образованной изъ различныхъ тканей. Въ другихъ случаяхъ источникомъ развитія такихъ опухолей служить копчиковая железа. Иногда такая опухоль представляетъ всѣ свойства врожденнаго рака. Здѣсь гораздо чаще, чѣмъ на другихъ мѣстахъ туловища, сидитъ недоразвившійся зародышъ, intrafoetatio sacralis, въ видѣ безформенной опухоли или съ ясными признаками нѣкоторыхъ частей плода. Иногда эти опухоли также имѣютъ значительныя размѣры. Описаны случаи, гдѣ врожденные крестцовыя опухоли были величиною почти въ голову человѣка.

Относительно *увеличенія всего тѣла младенца*, именно его длины и вѣса, существуютъ достовѣрныя наблюденія, служащія доказательствомъ, что въ исключительныхъ случаяхъ вѣсъ новорожденнаго можетъ превышать въ 2 раза и болѣе нормальный, считая послѣдній въ 3.200 grm., т.-е. достигаетъ 6000,0 — 7500,0. Недавно Eberhart наблюдалъ рожденіе плода 6000,0 вѣсомъ и 59 см. длины. Такія наблюденія, описанныя преимущественно англійскими и американскими врачами, представляютъ величайшую рѣдкость. Въ нашей мѣстности вѣсъ новорожденнаго даже въ 5000,0 встрѣчается какъ очень рѣдкое исключеніе.

Длина плода обыкновенно не увеличивается параллельно съ его вѣсомъ, даже у самыхъ тяжелыхъ новорожденныхъ длина тѣла не превышала 60—65 см. Объемъ головки рѣдко превосходилъ 40 см. Нужно замѣтить, что величина послѣдней не всегда соотвѣтствуетъ большому вѣсу плода. При врожденной микроцефалии и у полуголовыхъ уродовъ, haemicerphalus, размѣры тѣла и ширина плечъ въ особенности достигаютъ большихъ размѣровъ.

Въ послѣднее время такіе случаи описаны Vilperolle'емъ. Hanner



Фиг. 169.

въ одномъ случаѣ сильного окостенѣнія головки окончили роды прободеніемъ. Чрезмѣрно большая величина плода, даже при хорошемъ тазѣ, можетъ причинять значительное затрудненіе при родахъ.

Симптомы и распознаваніе. Перечисленные выше разнообразныя патологическія измѣненія туловища плода, влекущія за собою затрудненія,

при родахъ, распознаются почти всегда только во время родовъ. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ большіе размѣры плода можно констатировать, при внимательномъ изслѣдованіи беременной, не задолго до наступленія родовъ. Для распознаванія во время родовъ увеличенія живота и опухолей на поверхности тѣла, необходимо введеніе руки въ полость матки. Увеличеніе груди и слишкомъ большая ширина плечъ распознаются въ большинствѣ случаевъ уже по выходѣ головки.

Предсказаніе. Роды при вышеуказанныхъ ненормальностяхъ нерѣдко бываютъ трудные и продолжительные; для окончанія ихъ приходится прибѣгать иногда къ энергическимъ мѣрамъ и оперативнымъ пособіямъ. Сравнительно часто бываютъ послѣ трудныхъ родовъ послѣродовыя заболѣванія. Огромное большинство уродливыхъ или чрезмѣрно большихъ дѣтей рождаются мертвыми, или умираютъ вскорѣ послѣ родовъ.

Терапія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ выхожденія наружу головки, несмотря на сокращенія матки и потягиванія за головку, плечики не выходятъ, хотя шейка младенца не обхвачена петлей пуповины, и тазъ правильный; почти всегда, за нѣкоторыми исключеньями, затрудненіе при родахъ зависитъ отъ большой ширины плечиковъ.

Оно представляет обыкновенное явление при чрезмерной величине младенца. Рѣдко задержание плода зависитъ отъ чрезмернаго увеличенія живота.

Въ такихъ случаяхъ сперва слѣдуетъ попытаться извлечь плодъ, примѣняя различные приемы, обыкновенно употребляемые при извлеченіи за плечики. Когда такіе приемы остаются безъ результата, необходимо произвести низведение одной или обѣихъ ручекъ плода, всегда рискуя сломать ихъ. При продолжительныхъ попыткахъ произвести извлечение плода, онъ обыкновенно умираетъ. Въ такомъ случаѣ можно примѣнить эмбриотомію. Только въ исключительныхъ случаяхъ, при большихъ, выступающихъ наружу опухоляхъ, можетъ представиться необходимость, послѣ уменьшенія объема плода, низвести одну изъ его ножекъ. Когда препятствіе для выхода туловища заключается въ чрезмерномъ увеличеніи живота младенца, вводя послѣ выхода плечиковъ 4 пальца или цѣлую руку въ родовую каналъ, можно распознать вполне отчетливо увеличенный объемъ живота. Для уменьшенія объема этой части тѣла нужно сдѣлать проколъ троакаромъ, или вскрыть животъ ножницевиднымъ перфораторомъ, послѣ чего извлечение туловища удастся. Еще легче, въ случаѣ надобности, можно произвести такую же операцію, когда чрезмерное увеличеніе живота является препятствіемъ для окончанія родовъ при тазовомъ положеніи младенца.

При опухоляхъ, сидящихъ въ крестцовой области, почти всегда достаточно ручного извлеченія плода для окончанія родовъ; ткани этихъ опухолей мягки, легко разрываются, и кромѣ того опухоли легко вмѣстѣ съ нижними конечностями вступаютъ въ полость таза. Могутъ встрѣчаться также случаи, гдѣ необходимо прибѣгнуть къ проколу или надрѣзу крестцовой опухоли, если она доступна. При ягодичныхъ положеніяхъ чаще необходимо бываетъ низведение ножки.

Вообще при тѣхъ препятствіяхъ, которыя представляютъ различныя патологическія состоянія туловища плода, не слѣдуетъ въ потягиваніи за ножки или плечики плода видѣть единственный способъ родоразрѣшенія, но необходимо тщательно ориентироваться и, сохраняя надлежащее хладнокровіе, подавать пособія, которыя скорѣе всего могутъ привести къ цѣли, не причиняя въ то же время вреда здоровью матери.

Braun, Bar, Сазоновъ, Heinrich, Beaston, Riviere и др. наблюдали трудные роды при большихъ опухоляхъ въ области крестцовой кости. Beaston различаетъ здѣсь слѣдующія опухоли: развитіе паразита, кистовидное, фиброзное или саркоматозное новообразование и хвостообразный наростъ.

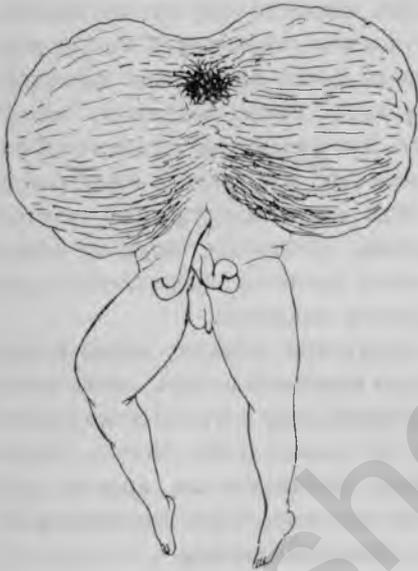
Чрезмѣрное растяженіе живота Schwuzer наблюдалъ вслѣдствіе скопленія въ пузырь плода мочи до 6000,0. Peters наблюдалъ скопленіе жидкости въ животѣ при зараженіи *d. venos. Arantii*. Nieberding видѣлъ кистообразное перерожденіе почекъ, образовавшее большую опухоль, при отсутствіи *d. Batali*. Voyot наблюдалъ скопленіе жидкости въ животѣ у сифилитическихъ плодовъ. Forluse собралъ 62 случая растяженія живота плода; 32 раза потребовалось оперативное пособіе, количество жидкости было отъ 20,0 до 6000,0. Woerz наблюдалъ при родахъ флюктуирующую опухоль *lymphangioma*, величиною въ головку младенца, сидѣвшую на лѣвой сторонѣ груди. Blackwood сопо-

ставилъ извѣстные случаи врожденнаго hydronephrosis. Изъ 18 плодовъ 14 были мужского пола. Только въ 4 случаяхъ были перерождены обѣ почки. Во всѣхъ случаяхъ было наблюдаемо полное или неполное закрытіе мочевого канала. Steffek, Stevens Neumann и др. въ послѣднее время описали подобные случаи.

Крайне рѣдко препятствіе при родахъ является вслѣдствіе трупнаго окоченѣнія плода. Lange и Feis полагаютъ, что рѣдкость этого осложненія зависитъ отъ вліянія теплоты. При $t^{\circ} 37,5^{\circ}$ С. окоченѣніе проходитъ гораздо скорѣе, нежели при 20° . Свѣнцицкій наблюдалъ затрудненіе при родахъ вслѣдствіе врожденнаго анкилоза въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ.

7. Безсердечные уроды, asordiaci.

Этимъ названіемъ обозначается цѣлая группа уродствъ, встрѣчающихся исключительно при другомъ правильно развитомъ плодѣ, когда двойни происходятъ изъ одного яйца. Эти уроды бываютъ незначительной величины и никогда не представляютъ препятствія при родахъ. Они происходятъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго преобладанія плацентарнаго кровообращенія одного плода, причемъ дѣятельность его сердца также поддерживаетъ кровообращеніе въ другомъ уродливомъ плодѣ, гдѣ при такихъ условіяхъ токъ крови совершенно извращается, — его art. umbilicales несутъ кровь въ тѣло, а пупочная вена служитъ относительнымъ сосудомъ. Сердце всегда отсутствуетъ. Къ этой группѣ уродствъ нужно отнести asorni, ascephali, amorphi и проч., особенности кото-



Фиг. 170.

рыхъ воплнѣ ясны изъ ихъ наименованій.

8. Сросшіяся двойни, monstra duplicia.

Анатомическія отношенія. Плоды, развивающіеся изъ одного яйца, въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ при родахъ представляются различнымъ образомъ сросшимися между собою, образуя многочисленный классъ уродствъ, извѣстныхъ подъ общимъ именемъ monstra duplicia. Въ акушерскомъ отношеніи представляютъ практической интересъ тѣ виды этихъ уродствъ, которые достигаютъ значительныхъ размѣровъ и могутъ представлять значительное препятствіе при родоразрѣшеніи. Встрѣчаются такіе случаи крайне рѣдко; многіе акушеры, имѣвшіе большой кругъ практической дѣятельности, во всю свою жизнь ни разу не встрѣчали подобныхъ уродствъ.

Происхожденіе сросшихся двойней объясняется чрезвычайно близкимъ расположеніемъ двухъ зародышныхъ пятенъ въ одномъ оплодо-

творенномъ яйцѣ или расщепленіемъ одного зародышнаго пятна на двѣ части. Съ давнихъ поръ сросшіяся двойни раздѣляются въ акушерскомъ отношеніи на 3 группы.

1. Удвоеніе существуетъ только на головномъ или тазовомъ концѣ, туловище общее.

2. Два младенца соединены между собою только на головномъ или тазовомъ концѣ.

3. Два младенца соединены между собою на туловищѣ; къ этой группѣ можно отнести также двухъ и трехголовыхъ уродовъ.

Въ огромномъ большинствѣ этихъ уродствъ отдѣльныя тѣла плодовъ меньше нормальной величины, какъ это вообще бываетъ при двойняхъ; часто, кромѣ сращенія, существуютъ другія болѣе или менѣе важныя уклоненія отъ правильнаго развитія. Сравнительно рѣдко сросшіяся двойни рождаются на свѣтъ живыми, и только въ исключительныхъ случаяхъ остаются въ живыхъ тѣ формы, гдѣ сращеніе происходитъ на небольшомъ протяженіи на туловищѣ.

Распознаваніе, теченіе родовъ и терапия.

Во время беременности можно только установить иногда распознаваніе двойней; что же касается ихъ сращенія, то объ этомъ можно сдѣлать только предположеніе, коль скоро, при значительномъ раскрытіи зѣва, умѣренномъ количествѣ водъ, правильномъ тазѣ и хорошихъ сокращеніяхъ матки, предлежащая головка близнеца не опускается въ тазовой каналъ. Вполнѣ достовѣрнымъ дѣлается распознаваніе въ тѣхъ случаяхъ, когда при введеніи руки въ полость матки можно осязать непосредственно самое сращеніе.

Перѣдко роды бываютъ трудны и продолжительны; но, не смотря на относительно большую массу двухъ сросшихся тѣлъ и увеличеніе числа членовъ плода, роды довольно часто оканчиваются силами природы. Въ этихъ случаяхъ природа стремится примѣнить для каждаго вида уродствъ подходящій, вполнѣ цѣлесообразный механизмъ, который слѣдуетъ знать врачу, чтобъ имѣть возможность подражать этому механизму, въ тѣхъ случаяхъ, когда роды не могутъ окончиться самопроизвольно. Въ такихъ исключительныхъ случаяхъ, только придерживаясь известной руководящей идеи, можно окончить роды безъ поврежденія родовыхъ путей матери, здоровье которой пужно имѣть главнымъ образомъ въ виду.

Къ первой группѣ слѣдуетъ отнести удвоеніе лица *diprosopus*, удвоеніе лица и груди—*cephalothoracopagus* и удвоеніе нижней части туловища—*dipygus*.

При первыхъ двухъ формахъ, когда плодъ достигъ зрѣлости и предлежитъ головной конецъ, послѣдній представляется слишкомъ большимъ,

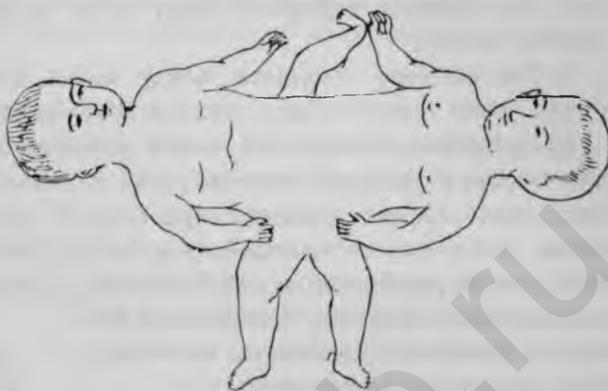


Фиг. 171. *Diprosopus*.

даже при хорошем тазѣ, чтобы опуститься въ тазовой каналъ; почему приходится прибѣгать къ наложенію щипцовъ или прободенію головки съ наложеніемъ краниоукляста. Если препятствіемъ служить большой объемъ



Фиг. 172. Craniopagus.



Фиг. 173. Ischiopagus.

груди, слѣдуетъ дѣлать эмбриотомію. При удвоеніи тазоваго конца, *dirugus*, и тазовомъ предлежаніи, необходимо низвести всѣ 3 или 4 ножки.

Ко второй группѣ относится сращеніе двухъ плодовъ головками—*craniopagus*, или тазовыми концами *ischiopagus* и *rugopagus*. Такіе уроды легко принимаютъ относительно другъ друга продольное положеніе.



Фиг. 174. Dicerphalus, Поперечное положеніе плода.

Наиболѣе естественный механизмъ родовъ состоитъ въ прохожденіи этихъ плодовъ чрезъ каналъ таза въ такомъ положеніи, чтобы первый плодъ шелъ ножками, а слѣдующій за нимъ рождался головнымъ концомъ. При сращеніи плодовъ на нижнемъ концѣ, по той же причинѣ наиболѣе благоприятнымъ является головное положеніе. При

тазовомъ положеніи уродовъ, сросшихся нижнимъ концомъ, главное затрудненіе должно представлять освобожденіе ручекъ.

Третья группа наиболѣе обширная; нѣкоторыя формы уродствъ, къ ней относящіяся, именно сращеніе въ области грудной кѣтки, *thoracopagus*, встрѣчается наичаще. Сюда принадлежатъ также двухголовые уроды, *dicerphalus dibrachius*, и *dicerphalus quadribrachius*. Отличи-

тельное свойство сросшихся туловищами близнецовъ заключается во взаимной подвижности ихъ туловищъ, одного возлѣ другого, иногда въ значительной степени. Такіе близнецы часто становятся накрестъ одинъ относительно другого. Почему въ то время, когда первый плодъ лежитъ головкою или тазовымъ концомъ, второй часто имѣетъ поперечное или косое положеніе въ маткѣ.

Когда выходитъ головка перваго плода, благодаря подвижности, головка второго младенца можетъ прижаться къ груди перваго и вмѣстѣ съ нею пройти чрезъ тазовой каналъ, при небольшой величинѣ плодовъ. Когда извлеченіе за плечики не помогаетъ, слѣдуетъ низвести ножки, принадлежащія плоду, котораго головка вышла наружу.



Фиг. 175. Dicerphalus. Одна головка въ полости таза, другая въ подвздошной ямкѣ.



Фиг. 176. Thoracopagus. Одинъ плодъ въ продольномъ, другой въ поперечномъ положеніи.

При тазовыхъ положеніяхъ необходимо низвести всѣ 4 ножки, чтобы возможно было извлеченіе, причемъ головки проходятъ чрезъ каналъ таза одна за другою; но всегда сперва выходитъ головка, лежащая къзади въ крестцовой впадинѣ. Еслибы въ такихъ случаяхъ послѣдовало затрудненіе, вслѣдствіе ущемленія въ тазу двухъ головокъ, одну изъ нихъ, наиболѣе доступную, необходимо перфорировать.

Наибольшее затрудненіе могутъ представлять при родахъ двухголовые уроды—dicerphalus, если удвоеніе ограничивается только головою и шейю, при головномъ положеніи. Съ выхожденіемъ одной головки обыкновенно роды останавливаются, потому что другая головка упирается въ край таза и остается неподвижной, несмотря на энергическое потягиваніе за плечики. Попытка ввести руку для поворота на ножки не удается, такъ какъ тазъ выполненъ опустившимися плечиками и грудью младенца. Въ подобныхъ случаяхъ наиболѣе цѣлесообразно удалить родившуюся головку, такъ какъ плодъ скоро умираетъ, и затѣмъ произвести decapitatio задержанной надъ входомъ таза головки, или сдѣлать поворотъ на ножки.

Описаны также встрѣтившіеся при родахъ уроды съ 3 головками при простомъ туловищѣ. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ, при головномъ положеніи плода, пришлось произвести послѣдовательно прободеніе и отсѣченіе двухъ головокъ и наложить щипцы на третью, чтобъ извлечь плодъ.

При правильномъ тазѣ врядъ ли можетъ возникнуть показаніе произвести кесарское сѣченіе при сросшихся двойняхъ. Такъ какъ жизнь плода въ этихъ случаяхъ имѣетъ мало значенія, то въ крайнемъ случаѣ роды можно всегда окончить, уменьшая объемъ одного или даже обоихъ сросшихся близнецовъ.

Глава 10.

Ненормальное состояніе водныхъ оболочекъ.

1. Слишкомъ тонкія оболочки яйца и раннее истеченіе водъ.

При вполнѣ нормальномъ теченіи родовъ, разрывъ оболочекъ совершается послѣ полного расширенія маточнаго зѣва въ началѣ второго періода родовъ. Но въ практикѣ нерѣдко наблюдаются случаи, гдѣ этотъ разрывъ происходитъ раньше, чѣмъ устье успѣло достаточно раскрыться, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже прежде, чѣмъ начались родовыя сокращенія матки. Статистика показываетъ, что преждевременное истеченіе водъ наблюдается почти въ одной третьей части родовъ.

Этіологія. Сравнительно часто этому подвержены пожилыя первороженицы и многороженицы, имѣвшія много дѣтей. Причиной этого явленія бываютъ различныя ненормальности, къ числу которыхъ слѣдуетъ отнести врожденную тонкость оболочекъ яйца, узкій тазъ, неправильное положеніе или предлежаніе плода, частое и неосторожное изслѣдованіе роженицы и гонорройное воспаленіе канала шейки, которое можетъ причинить размягченіе оболочекъ. При неправильномъ положеніи и узкомъ тазѣ, предлежащая часть находится высоко, сокращенія матки имѣютъ возможность всецѣло обнаруживать давленіе на нижній сегментъ оболочекъ яйца, который вставляется въ маточный зѣвъ. Предлежащая часть не въ состояніи умѣрять вліяніе этого давленія, почему оболочки легче и скорѣе подвергаются разрыву.

Симптомы и теченіе. Преждевременное истеченіе водъ, при нормальномъ состояніи остальныхъ важнѣйшихъ факторовъ родовъ, большею частію не влечетъ за собою вредныхъ послѣдствій. У перворождающихъ иногда происходитъ замедленіе родовъ, вслѣдствіе удлиненія перваго періода; но въ большинствѣ случаевъ замѣчается даже ускореніе родового акта. Нерѣдко появляющіяся спазматическія сокраще-

нія матки и рвота во время родовъ зависятъ отъ того, что обнаженная отъ оболочекъ предлежащая головка производитъ раскрытіе маточнаго зѣва съ большимъ насиліемъ, нежели сравнительно нѣжный и эластичный сегментъ околоплоднаго пузыря. Что касается выпаденія пуповины и мелкихъ частей плода, иногда наблюдаемаго при преждевременномъ истеченіи водъ, то это обыкновенно обусловливается другими причинами. Вступленіе въ матку воздуха возможно только при слабыхъ сокращеніяхъ матки и подвижномъ плодѣ, когда роженица принимаетъ ненадлежащее положеніе. Болѣе частыя послѣродовыя заболѣванія, въ особенности развивавшіяся въ прежнее время, можно поставить въ связь съ болѣе глубокимъ разрывомъ зѣва, что нерѣдко наблюдается послѣ ранняго истеченія водъ.

Терапія. Для избѣжанія вредныхъ послѣдствій ранняго истеченія водъ, роженица должна соблюдать извѣстныя предосторожности; именно лежать въ постели на спинѣ или на боку съ нѣсколько приподнятою верхнею частію туловища, чтобы по возможности препятствовать дальнѣйшему истеченію водъ. При вялыхъ брюшныхъ покровахъ и отсутствіи сокращеній матки, быстрая перемѣна положенія можетъ способствовать вступленію воздуха въ матку. Когда истеченіе водъ происходитъ до родовъ во время беременности, иногда проходитъ нѣсколько дней, даже цѣлыя недѣли до начала родовъ; почему полезно такимъ женщинамъ примѣнять влагалищныя впрыскиванія изъ слабого раствора карболовой или борной кислоты, и по возможности надо избѣгать внутренняго изслѣдованія. Когда устье раскрывается медленно, вполне умѣстны теплые души. При спазматическихъ боляхъ успѣшно дѣйствуютъ теплыя ванны и хлоралгидратъ, назначенный внутрь или въ клистирахъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ для усиленія маточныхъ сокращеній можетъ понадобиться введеніе во влагалище кольпейринтера.

2. Слишкомъ плотныя оболочки яйца.

Симптомы и послѣдствія. Слишкомъ плотныя оболочки яйца могутъ быть причиною замедленія родовъ, въ особенности при небольшомъ количествѣ околоплодной жидкости. Предлежащая часть не можетъ опуститься; такъ какъ вслѣдствіе чрезмѣрной плотности оболочекъ околоплодная жидкость находится впереди ея, роды затягиваются, сокращенія матки принимаютъ спазматическій характеръ, иногда даже появляется лихорадочное состояніе. При болѣе значительномъ количествѣ водъ, нижній сегментъ оболочекъ яйца опускается во влагалище, даже выпадаетъ, т.-е. выдается наружу между большихъ губъ. Вслѣдствіе этого можетъ послѣдовать отслоеніе нижней части дѣтскаго мѣста, влекущее за собою болѣе или менѣе значительное кровотеченіе.

При преждевременныхъ и въ исключительныхъ случаяхъ при срочныхъ родахъ, яйцо можетъ даже выходить цѣликомъ наружу; если оболочки не будутъ скоро разорваны, плодъ можетъ погибнуть.

Распознаваніе. При невнимательномъ изслѣдованіи, можно смѣшать съ околоплоднымъ пузыремъ мошонку младенца и головку мертвого или гидроцефальнаго плода.

Терапія. Коль скоро при вполне открытомъ зѣвѣ, несмотря на правильныя сокращенія матки, пузырь не разрывается, слѣдуетъ сдѣлать проколъ оболочекъ, для чего можно употребить хорошо дезинфицированную головную шпильку, вязальный пруть, чулевые щипцы и пр. При чрезмѣрной плотности оболочекъ, проколъ слѣдуетъ производить въ моментъ сокращенія матки.

3. Приращеніе оболочекъ яйца въ нижней части матки.

Этіологія. Эта ненормальность встрѣчается довольно рѣдко при родахъ. Причиною плотнаго сращенія ворсистой оболочки съ отпадающею, вѣроятноѣ всего, является воспалительное состояніе слизистой оболочки матки во время беременности. Обыкновенно сращеніе происходитъ въ окружности внутренняго зѣва, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ повидимому ворсистая оболочка прирастаетъ также въ каналѣ шейки.

Симптомы, теченіе и терапія. Въ скоромъ времени послѣ наступленія родовъ, сокращенія матки принимаютъ спазматическій характеръ, становятся чрезвычайно болѣзненными и частыми. Роженица сильно жалуется, громко кричитъ и становится безпокойной. Въ поясницѣ и нижней части живота боли не прекращаются. Тѣмъ не менѣе роды ни сколько не подвигаются впередъ. При внимательномъ внутреннемъ изслѣдованіи, находятъ края зѣва напряженными и чувствительными; проходя концомъ указательнаго пальца въ каналъ шейки, мы убѣждаемся, что его невозможно обвести даже на небольшомъ пространствѣ около нижняго сегмента яйца, между нимъ и областю внутренняго зѣва матки. Только при нѣкоторомъ надавливаніи это удается, и мы явственно убѣждаемся, что при этомъ отдѣляется и освобождается нижняя верхушка яйца отъ стѣнокъ матки. Такой приѣмъ не сопровождается особенною болью. Врядъ ли можетъ оказаться надобность прибѣгать къ помощи зонда для совершенія этой маленькой операціи. Коль скоро уничтожено приращеніе, прекращаются спазматическія боли и роды быстро подвигаются впередъ.

Глава 11.

Невременное прекращеніе беременности.

1. Выкидышъ, ранніе преждевременные роды.

Этіологія. Начиная съ того времени, когда оплодотворенное яйцо вступаетъ въ полость матки, беременность можетъ прерваться во всякое время до наступленія срока родовъ. Когда это случается въ пер-

вые 3 мѣсяца, то явленіе носитъ названіе выкидыша, abortus. Прекращеніе беременности болѣе позднее, съ 12 до 28 недѣли, носитъ названіе раннихъ родовъ, partus immaturus. Родоразрѣшеніе въ теченіе трехъ послѣднихъ мѣсяцевъ, между 28 и 38 недѣлями беременности, извѣстно подъ именемъ несвоевременныхъ родовъ, partus praematurus.

Причины наступленія невременнаго родоразрѣшенія крайне разнообразны, хотя ихъ можно соединить въ нѣсколько болѣе общихъ положеній.

1. *Смерть плода и различныя неправильности въ развитіи яйца.* Сюда принадлежатъ различныя уродства — spina bifida, aserphalia и проч. Далѣе обвитіе пуповины въ первые мѣсяцы около шеи и сильное затягиваніе петли, а также чрезмѣрное скручиваніе пуповины. Безъ сомнѣнія, самую частую причину смерти плода составляетъ наследственный сифились, въ особенности часто отъ этой болѣзни погибаетъ плодъ на второй половинѣ беременности. Гораздо рѣже первичною причиною выкидышей и преждевременныхъ родовъ являются неправильности въ оболочкахъ яйца или въ дѣтскомъ мѣстѣ, именно: атрофія ворсистой оболочки, слизистое перерожденіе ея ворсинокъ, предлежаніе и неправильное образованіе дѣтскаго мѣста и проч.

2. Неблагопріятное вліяніе на теченіе беременности оказываютъ также *патологическія состоянія внутреннихъ половыхъ органовъ женщины*, въ особенности матки, рѣже органовъ смежныхъ—endometritis chronica, metritis chronica, retroversio et retroflexio uteri, fibromyoma матки, ракъ маточной шейки, воспаленіе придатковъ матки, смѣщеніе матки кзади, prolapsus uteri и проч. Въ рѣдкихъ случаяхъ причиною преждевременнаго родоразрѣшенія бываютъ кисты яичника, или острое воспаленіе мочевого пузыря и прямой кишки. Часто причиною этого явленія бываютъ различнаго рода травмы и раздраженія матки, иногда вызываемыя преднамѣренно — прижиганіе маточной шейки, скарификаціи, введеніе зонда въ полость матки и проч.

3. *Хроническія и острыя заболѣванія*, поражающія весь организмъ или важнѣйшіе органы. Наичаще такими причинами являются—сифились, tuberculosis, pneumonia, тифъ, холера, острыя сыпи, желтуха, воспаленіе почекъ и проч. Подобнымъ же образомъ дѣйствуютъ чрезмѣрно усиленныя движенія и душевныя волненія, паденіе съ высоты и пр. Иногда неблагоприятное вліяніе на беременность оказываютъ хирургическія операціи, въ особенности, когда онѣ сопровождаются сильными страданіями, большою потерею крови или послѣдовательной лихорадкою. Въ тѣхъ случаяхъ, когда не бываетъ такихъ осложненій, не только операціи на поверхности тѣла или на конечностяхъ, но даже чревосѣченіе, отсѣченіе шейки или зашиваніе мочевыхъ фистулъ, часто не влекутъ за собою выкидыша.

Женщины, у которыхъ случилось преждевременное прекращеніе беременности, при слѣдующей беременности оказываютъ большое пред-

расположеніе къ повторенію подобной же ненормальности. Иногда это происходит повидимому безъ всякаго повода или отъ самыхъ незначительныхъ причинъ. Такое явленіе носить название *привычнаго аборта*.

Roemheld въ 235 случаяхъ, которые были наблюдаемы въ клиникѣ Kehrer'a, нашелъ ближайшею причиною выкидышей въ 27,2⁹/₁₀ сифилисъ, 58⁰/₁₀ загибъ матки кзади, 10—15⁰/₁₀ metritis et endometritis, 4,7⁰/₁₀ другія болѣзни. Aulnay считаетъ, что болѣе 30⁰/₁₀ выкидышей обусловливаются сифилисомъ родителей. Lantos на 100 случаевъ выкидыша насчиталъ 21 первораждающихъ и 79 многоражающихъ. Наиболѣе частою причиною онъ считаетъ retroflexio uteri и plac. praevia. Fehling полагаетъ, что перѣдко выкидышъ вызывается endometritis gonorrhoeica.

Анатомическія измѣненія. Въ рѣдкихъ случаяхъ извергнутое преждевременное яйцо не представляетъ никакихъ патологическихъ измѣненій и ненормальностей, кромѣ признаковъ, указывающихъ на незрѣлое состояніе его частей. Въ первые мѣсяцы беременности наичаще наблюдаются измѣненія на оболочкахъ яйца, въ особенности на отпадающей оболочкѣ, которая представляется въ состояніи сплошной или бугристой гипертрофіи, гораздо рѣже она бываетъ истончена и атрофирована.

Часто находятъ экстрavasаты въ ткани отпадающей оболочки или болѣе значительныя кровоизліянія на ея внутренней поверхности, приподнимающія ворсистую и водную оболочку и выступающія въ видѣ бугровъ въ полость яйца. Если въ такихъ случаяхъ яйцо выдѣляется сразу, то оно представляетъ довольно плотный кровяной клубокъ, извѣстный подъ именемъ *мясистаго заноса*, *moia carnosa*. При разрѣзѣ толетыхъ, пропитанныхъ кровью стѣнокъ такого заноса, обыкновенно не находятъ плода, который выдѣляется уже раньше, или же погибаетъ и подвергается всасыванію. На оболочкахъ яйца, которыя задерживаются въ маткѣ продолжительное время послѣ удаленія плода, обыкновенно находятъ рѣзко выраженные регрессивныя измѣненія. Иногда плотно прикрѣпившійся къ этимъ частямъ кровяной свертокъ принимаетъ полипообразную форму, образуя такъ называемый *пляцентарный* или *фибринозный полипъ*. Въ тѣхъ случаяхъ, когда яйцо выходитъ не разорваннымъ, на его поверхности часто не оказывается отпадающей оболочки, иногда даже не достаетъ ворсистой.

Когда ближайшею причиною выкидыша является смерть плода, яйцо часто болѣе или менѣе продолжительное время задерживается въ маткѣ. При этомъ всѣ части его подвергаются регрессивнымъ измѣненіямъ. Околоплодная жидкость всасывается, особенно въ первые мѣсяцы. Яйцо становится меньше, содержащійся въ немъ плодъ на первой половинѣ беременности подвергается такъ называемой мумификаціи. Сравнительно рѣдко на такихъ плодахъ удается ясно констатировать причину смерти. На второй половинѣ беременности умершій въ маткѣ плодъ и оставшійся тамъ въ теченіе одной или нѣсколькихъ недѣль обыкновенно подвергается вымоканію, мацерируется. Пока цѣлость яйца не нарушена, обыкновенно гніенія не происходитъ, хотя плодъ получаетъ

особенный неприятный, но отнюдь не зловонный запахъ. Въ тѣлѣ младенца происходятъ измѣненія, свойственныя мацерированному плоду, достигающія различной степени, смотря по продолжительности пребыванія плода въ утробѣ матери. При изслѣдованіи внутренностей такого плода, нерѣдко въ немъ находятъ сифилитическія пораженія. Рѣже сифилитическія измѣненія встрѣчаются въ дѣтскомъ мѣстѣ и въ сосудахъ пуповины.

Преждевременное прерываніе беременности въ практикѣ встрѣчается часто, именно 1 разъ на 8 своевременныхъ родовъ. Такое же отношеніе недавно нашелъ Keyssner. Выкидыши встрѣчаются гораздо чаще, нежели ранніе или несвоевременные роды; наичаще они бываютъ между 8 и 12 недѣлями беременности

Emanuel, при изслѣдованіи decidua на выкидышахъ, постоянно находилъ въ ней, кокки и короткія палочки, лежащія обыкновенно внѣ клѣтки, рѣже въ самой ячейкѣ. Между прочимъ, два раза онъ нашелъ микробъ похожій на gonococcus Neisser' a и однажды bact. coli.

По изслѣдованіямъ Graefe, задержаніе яйца, при ранней беременности, въ полости матки дольше 6 недѣль наблюдается рѣдко. Онъ собралъ 69 такихъ случаевъ. Ни плацента, ни оболочка яйца не растутъ послѣ смерти плода. Въ ворсахъ замѣчаются регрессивныя измѣненія; въ большинствѣ ворсъ слизистая ткань превращается въ плотную клѣтчатку. Эпителій мѣстами исчезаетъ, мѣстами измѣняется и даже набухаетъ. Куничъ сопоставилъ 27 случаевъ продолжительнаго задержанія яйца въ маткѣ. Наичаще это бываетъ у многорождающихъ, около 80%. Беременность большею частію оканчивается до срока, рѣже выкидышъ происходитъ на X мѣсяцѣ и даже позже. Въ 38% яйцо было пустое,—небольшой плодъ всосался.

Патологія и терапія преждевременнаго прекращенія беременности.

Клиническія наблюденія показываютъ, что теченіе выкидыша во многомъ отличается отъ невременныхъ родовъ, partus immaturus et praematurus. Между тѣмъ какъ послѣдніе представляютъ замѣтно сходство съ теченіемъ обыкновенныхъ срочныхъ родовъ, выкидышъ большею частію представляетъ значительныя уклоненія отъ типа родовъ. Нерѣдко его теченіе скорѣе напоминаетъ нѣкоторыя разстройства мѣсячныхъ или заболѣванія слизистой оболочки матки. Почему мы считаемъ вполне умѣстнымъ изложить отдѣльно патологию и терапію различныхъ видовъ преждевременнаго прекращенія беременности.

а) Патологія и терапія выкидыша.

Симптомы и теченіе выкидыша. Часто явленія выкидыша обнаруживаются безъ всякихъ предвѣстниковъ; въ другихъ случаяхъ уже за нѣсколько дней до начала выкидыша появляются усиленныя, нерѣдко кровянистыя отдѣленія буроватаго цвѣта. При внутреннемъ изслѣдованіи, шейка и нижній сегментъ матки оказываются нѣсколько опущенными, влагалищная часть укорочена. При начавшемся выкидышѣ, боли рѣдко бываютъ значительны; обыкновенно онѣ гораздо сильнѣе выражены у женщинъ беременных въ первый разъ, нежели у многорождавшихъ. Кровь появляется въ большомъ количествѣ, иногда кровете-

ченіе достигаетъ значительной степени; въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ оно даже представляетъ опасность для жизни.

Коль скоро появилось значительное кровотеченіе, почти всегда неизбежно наступаетъ выкидышъ. При продолжающихся сокращеніяхъ матки, каналъ шейки становится проходимымъ для пальца, влагалищная часть размягчается и укорачивается, но до совершеннаго сглаживанія краевъ зѣва обыкновенно не доходитъ. Нижняя часть яйца опускается въ каналъ шейки, иногда до наружнаго отверстія. Если послѣднее уступчиво и околоплодный пузырь остался цѣлымъ, то яйцо, подъ вліяніе родовыхъ болей, иногда при дѣйствіи брюшнаго пресса, изгоняется во влагалище и наружу. У женщинъ, забеременѣвшихъ въ первый разъ, иногда наружное маточное устье при выкидышѣ остается неуступчивымъ и не раздается. Въ такихъ случаяхъ все яйцо въ первые мѣсяцы беременности изъ полости матки переходитъ въ шейку и нѣкоторое время задерживается здѣсь, сильно растягивая стѣнки послѣдней. Это довольно рѣдкое явленіе въ прежнее время описывалось, какъ *graviditas cervicalis*. Яйцо, даже извергнутое изъ матки цѣликомъ, не всегда представляетъ всѣ свои оболочки. Задержанныя оболочки или части ихъ, выходятъ нерѣдко только спустя нѣсколько дней или удаляется искусственно. Въ другихъ случаяхъ выдѣленное яйцо представляется въ видѣ кровянистаго клубка съ сильно утолщенными стѣнками, *mola carnosae*.

Отъ начала выкидыша до изгнанія яйца часто проходитъ нѣсколько дней, рѣже дѣло оканчивается въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Въ особенности затяжное теченіе представляютъ тѣ случаи, когда яйцо разрывается при выдѣленіи изъ полости матки,—конечно, если своевременно не будетъ оказано рациональнаго пособія. Вмѣстѣ съ кровяными свертками часто незамѣтнымъ образомъ удаляется плодъ, послѣ разрыва оболочекъ яйца. Кровотеченіе, иногда остановившееся на время, въ такихъ случаяхъ возобновляется опять и можетъ продолжаться съ перерывами нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, пока не будетъ удаленъ задержанный послѣдъ или его части. Въ такихъ случаяхъ остатки яйца, будучи плотно прикрѣплены къ стѣнкамъ матки, рѣдко загниваютъ и подвергаются распаденію. Большею частію въ ихъ ткани замѣчаются только регрессивныя измѣненія — жировое перерожденіе, отложеніе известковыхъ солей и проч.; кромѣ кровотеченій и кровянистыхъ отдѣленій, никакихъ мѣстныхъ явленій не замѣчается. Обыкновенно такія женщины представляютъ болѣе или менѣе значительную степень анеміи. Въ неблагопріятныхъ случаяхъ наблюдается образованіе плацентарнаго или фибринознаго полипа. Полость матки остается увеличенной, и чрезъ каналъ шейки легко проходитъ указательный палецъ. Въ затяжныхъ случаяхъ, даже послѣ удаленія задержанныхъ остатковъ яйца, матка остается долге время увеличенною, *involutio incompleta*, и обнаруживаетъ склонность къ кровотеченіямъ. Рѣже задержанные въ маткѣ остатки яйца загниваютъ и распадаются, что происходитъ вслѣдствіе

занесенія въ полость матки микробовъ. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно появляется лихорадочное состояніе, и могутъ развиваться самыя разнообразныя формы заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, гнило-стнаго или септического характера, начиная отъ незначительнаго катар-рального воспаленія матки до самыхъ ужасныхъ формъ септицеміи и піеміи.

Когда причину выкидыша является смерть плода, то иногда въ первые мѣсяцы беременности яйцо задерживается, какъ уже сказано, въ полости матки въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ. При такихъ условіяхъ объемъ матки съ теченіемъ времени не увеличивается, мѣсячныхъ очищеній не бываетъ, груди утрачиваютъ напряженіе и при надавливаніи выдѣляютъ молоко. Влагалищная часть опускается ниже, иногда изъ полости матки показывается темное отдѣ-леніе грязнаго цвѣта. Обыкновенно такое яйцо выходитъ цѣликомъ, подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній, иногда появляющихся внезапно, при незначительной потерѣ крови.

Распознаваніе. Кровотеченія изъ матки на первой половинѣ бере-менности представляютъ серьезное явленіе, указывающее на возможность выкидыша. Коль скоро на маточномъ зѣвѣ и въ шейкѣ матки обнару-жились ясные признаки родовой дѣятельности, долженъ послѣдовать не-минуемо выкидышъ; въ особенности, когда нижній конецъ яйца опу-стился въ расширенный каналъ шейки. Если въ маткѣ задерживается послѣдъ или его части, то она остается увеличенной, кровотеченіе про-должается, и часто каналъ шейки пропускаетъ палець. Въ тѣхъ слу-чаяхъ, когда выкидышъ совершился вполнѣ, только спустя нѣсколько часовъ можно безъ насилія войти въ опорожненную полость матки и прощупать неровную площадку плаценты. При дальнейшемъ наблюденіи можно замѣтить постепенное прекращеніе кровянистыхъ отдѣленій и уменьшеніе объема матки. Тамъ, гдѣ приходится удалять задержанные въ маткѣ небольшіе остатки яйца, наиболѣе характерными признаками бывшаго выкидыша является нахожденіе въ удаленныхъ кускахъ яйца ворсинокъ дѣтскаго мѣста.

Предсказаніе. Только въ рѣдкихъ случаяхъ, при отсутствіи пра-вильныхъ пособій, женщина можетъ погибнуть отъ кровотеченія при выкидышѣ. Нѣсколько чаще въ практикѣ встрѣчаются случаи смерти отъ септическихъ заболѣваній, въ особенности при выкидышахъ кри-минальнаго характера. Напротивъ, различнаго рода хроническія болѣз-ни въ половомъ аппаратѣ женщины часто представляютъ послѣд-ствія выкидыша; въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда женщи-ны, часто не придающія надлежащаго значенія выкидышу, не принима-ютъ никакихъ предосторожностей въ послѣродовомъ періодѣ. Тѣмъ болѣе, что послѣ выкидыша не достигшія значительной степени гипер-трофіи мышцы матки препятствуютъ правильному энергическому со-кращенію этого органа.

Лѣченіе. При появленіи даже небольшого кровотеченія изъ матки

у беременной, необходимо немедленно уложить больную въ постель, назначить ей кислое питье изъ лимоннаго или клюквеннаго сока, или микстуру съ прибавленіемъ Elix. acid. Halleri 3,0 на 200,0 aq. destill. съ сиропомъ. Полезно также назначить suppositorii съ прибавленіемъ extr. opii aquosi 0,03, или 12—15 капель tinct. opii crocat. въ небольшой клизмѣ. Въмѣсто кислоты можно назначить также успокоивающую микстуру изъ natrum bromat. cum codeino. Коль скоро кровотеченіе усиливается, слѣдуетъ прибѣгнуть къ тампонаціи влагалища чрезъ маточное зеркало; для этой цѣли нужно употреблять исключительно 5—10% іодоформную марлю и обезпложенную гигроскопическую или 4% салициловую вату. Менѣе удобна тампонація стерлизованною марли, налитанной въ слабомъ растворѣ сулемы. Выполнивъ хорошо все влагалище, слѣдуетъ примѣнить давящую Т-образную повязку изъ полотенца или бинта, чтобъ усилить кровеостанавливающее дѣйствіе тампоновъ. При этомъ на животъ выше лоннаго соединенія кладутъ свернутую салфетку, а на наружныя части слой салициловой ваты. Хорошо положенный тампонъ не только останавливаетъ маточныя кровотеченія механически, посредствомъ давленія и свертыванія крови, но одновременно усиливаетъ маточныя сокращенія и уменьшаетъ родовыя боли. Тампоны не слѣдуетъ держать болѣе сутокъ. Иногда, по удаленіи тампоновъ, вышедшее изъ матки яйцо находятъ во влагалищѣ, откуда его можно удалить пальцемъ руки, или захвативши корнцангомъ. Вынувъ тампоны, влагалище слѣдуетъ промыть 2% растворомъ карболовой кислоты, если этому не мѣшаетъ сильное кровотеченіе. Если каналъ шейки остается закрытымъ, тампонацію слѣдуетъ повторить.

При отсутствіи опасныхъ явленій, къ удаленію яйца изъ полости матки слѣдуетъ приступить, только когда указательнымъ пальцемъ можно легко войти въ полость матки. Однако при опасныхъ и продолжительныхъ кровотеченияхъ и въ началѣ септического заболѣванія, необходимо прибѣгнуть, даже при отсутствіи сокращеній матки, къ расширенію канала шейки посредствомъ ламинарій, или палочекъ tupelo, а при болѣе податливомъ каналѣ можно прямо примѣнить бужи Negar'a. Иногда приходится употреблять эти средства одно послѣ другого. При выкидышахъ въ первыя 6—10 недѣль беременности, нѣтъ надобности широко раскрывать каналъ шейки; такъ какъ удаленіе задержаннаго яйца удобнѣе всего произвести ложечкою Симса, шириною въ 7—10 mm. Такимъ же образомъ слѣдуетъ поступать при задержаніи остатковъ яйца, даже при болѣе поздней беременности. Начиная съ конца III мѣсяца, для удаленія яйца, находящагося въ маткѣ, лучше расширять каналъ шейки настолько, чтобы въ полость матки можно было свободно ввести палець. Подробности этихъ манипуляцій, а равнымъ образомъ способы удаленія яйца при выкидышахъ, изложены въ отдѣлѣ акушерскихъ операцій.

Eckstein изъ клиники Martin'a, а также Dührssen, Döderlein и многіе другіе со-вѣтуютъ активное лѣченіе при выкидышѣ. Напротивъ Winckel высказывается про-

тивъ употребленія ложки послѣ выкидыша, а равно и послѣ преждевременныхъ родовъ. Онъ наблюдалъ, при своемъ болѣе консервативномъ способѣ лѣченія, 0,6% смертности отъ септического зараженія. Между тѣмъ какъ Döderlein и другіе, примѣняющіе активный способъ лѣченія, подобныхъ исходовъ не наблюдали.

Примѣненіе горячихъ душей, предложенное Намон'омъ и другими акушерами, нераціонально. Невѣренъ также выводъ Вепеске и Noble'я, будто бы ложечкой можно удалять яйцо только въ первые 2 мѣсяца беременности; воплишь умѣстно это до конца III мѣсяца, послѣ предварительнаго расширенія канала шейки. Нѣкоторые акушеры, наприм. Якубъ, совершенно несправедливо отвергаютъ примѣненіе ложечки для удаленія выкидыша изъ полости матки.

Профилактическое лѣченіе примѣнимо наичаще при такъ называемомъ привычномъ выкидышѣ, не зависящемъ отъ сифилиса. Слѣдуетъ прежде всего надлежащимъ лѣченіемъ устранить общія и мѣстная заболѣванія, а при новой беременности совѣтовать женщинѣ оставаться въ постели въ теченіе того мѣсяца беременности, въ которомъ обыкновенно происходятъ абортъ, соблюдая возможное спокойствіе. Изъ внутреннихъ средствъ наичаще приносятъ пользу приемы assae foetidae въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Polak совѣтуетъ extr. fluid. Viburni prun. Когда причиною выкидыша является сифилисъ, который въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко поражаетъ обоихъ родителей, и часто даже обнаруживается ясными признаками, слѣдуетъ предпослать новой беременности специальное лѣченіе жены и мужа. Когда удается констатировать смерть плода въ первые мѣсяцы беременности, никогда не слѣдуетъ безъ основательныхъ показаній вызывать искусственно абортъ. Слѣдуетъ выжидать появленія маточныхъ сокращеній, чтобы плотная связь между яйцомъ и стѣнками матки нѣсколько ослабѣла.

Недавно Waitmann снова совѣтовалъ назначать, для предупрежденія привычнаго выкидыша, assa foetida во время беременности. Routh видѣлъ пользу отъ назначенія калии iodati при endometritis decid. Melengreau совѣтуетъ массировать небеременную матку для предупрежденія привычнаго выкидыша.

б) Патологія и терапія раннихъ и преждевременныхъ родовъ.

Симптомы и теченіе. Часто наступленію раннихъ и преждевременныхъ родовъ предшествуетъ смерть утробнаго плода. Беременная перестаетъ ощущать движенія плода, ея груди часто становятся вялыми, и при подавливаніи изъ нихъ выдѣляется молоко особенно у многораждавшихъ. Часто беременная жалуется на общее недомоганіе, боли въ поясницѣ, чувство опущенія въ животѣ, иногда появляются ознобы, потеря аппетита. Klein объясняетъ эти явленія самоотравленіемъ организма, происходящимъ вслѣдствіе всасыванія околоплодной жидкости и поступленія въ кровь продуктовъ мацерациі плода. Беременная перестаетъ увеличиваться въ вѣсъ, изъ половыхъ частей ея часто показывается темнобурое или кровянистое отдѣленіе.

При внутреннемъ изслѣдованіи часто можно найти, что шейка матки нѣсколько опустилась въ тазъ, укорочена, и нерѣдко ея каналъ пропускаетъ указательный палецъ, даже у беременныхъ раньше IX мѣсяца.

Положеніе плода иногда измѣняется. При повторномъ выслушиваніи живота, движенія плода не замѣчается. Если роды долгое время не наступаютъ, то можно убѣдиться, что объемъ матки не увеличивается, иногда она становится даже замѣтно меньше.

Начало и ходъ такихъ несвоевременныхъ родовъ, въ противоположность выкидышу, представляетъ большое сходство съ обыкновенными срочными родами. Родовыя сокращенія матки на второй половинѣ беременности достигаютъ значительной силы и сопровождаются иногда сильными болями. Оболочки яйца сравнительно часто рано разрываются и, при продольныхъ положеніяхъ, плодъ легко выходитъ изъ матки чрезъ зѣвъ, не вполне раскрытый. Въ періодъ изгнанія плода роженица обыкновенно прибѣгаетъ къ содѣйствию брюшного пресса. Плодъ сравнительно часто представляется при родахъ въ ягодичномъ или поперечномъ положеніи. При раннихъ родахъ только въ 69% всѣхъ случаевъ предлежитъ головка. Начиная съ VIII мѣсяца, отношеніе между положеніями плода болѣе приближается къ нормальнымъ, какія наблюдаются при срочныхъ родахъ. До начала VII мѣсяца, пока вѣсъ плода не достигаетъ 1000,0, дѣтороженіе можетъ совершиться въ большинствѣ случаевъ, даже при неправильныхъ положеніяхъ плода, силами природы. Начиная съ VII мѣсяца приходится прибѣгать въ такихъ случаяхъ къ обычнымъ акушерскимъ пособіямъ. Дѣти, родившіяся живыми до исхода VII мѣсяца беременности, спустя короткое время послѣ родовъ погибаютъ, несмотря на самый тщательный уходъ. Старинныя акушеры такіе плоды характеризовали выраженіемъ—*foetus vivus sed non vitalis*. Только начиная съ 28 недѣли беременности родившійся живымъ плодъ, вѣсъ котораго превышаетъ 1000,0, можетъ при благоприятныхъ условіяхъ оставаться въ живыхъ. Въ третьемъ періодѣ несвоевременныхъ родовъ, въ особенности когда они послѣдовали внезапно подъ вліяніемъ травмы и другихъ причинъ, нерѣдко обнаруживается наклонность къ задержанію послѣда или его части.

Повторные несвоевременные роды мертвымъ плодомъ почти всегда обуславливаются скрытымъ сифилисомъ одного изъ родителей. Тиснѣ наблюдалъ исчезновеніе varices и отековъ на нижнихъ конечностяхъ послѣ прекращенія движенія плода. Миѣніе Koettiz'a, будто бы пептонурія во время беременности указываетъ на смерть плода, невѣрно. Не всегда возможно установить правильную этиологію въ случаѣ смерти утробнаго плода, иногда дѣло вполне уясняется только послѣ анатомическаго изслѣдованія мертворожденнаго младенца. Вообще въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ умираетъ въ утробѣ матери на второй половинѣ беременности, роды наступаютъ спустя 1—2 недѣли; рѣже мертвый плодъ извергается чрезъ 3—4 недѣли, еще рѣже онъ можетъ задерживаться въ маткѣ до 6 недѣль. Однако въ исключительныхъ случаяхъ это возможно также въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, даже цѣлые годы. Если изъ числа такихъ случаевъ исключить роды двойнями, въ которыхъ одинъ

плодь умеръ въ началѣ беременности, а другой продолжаетъ развиваться правильно, и роды оканчиваются въ срокъ; то окажется весьма немного описанныхъ наблюдений, гдѣ мертвый плодь, умершій на второй половинѣ беременности, оставался въ маткѣ, подвергаясь, при цѣлости яйца, мумификаціи или даже окаменѣнію, lithoraedion. Послѣ разрыва оболочекъ яйца, мертвый плодь обыкновенно, спустя короткое время, извергается изъ матки. Однако описаны исключительные случаи, гдѣ плодь подвергался гніенію или распаденію, при общихъ тяжкихъ явленіяхъ въ организмѣ беременной. Иногда даже приходилось удалять части его скелета чрезъ мало раскрытый каналъ шейки. Недавно подобный случай описанъ Liebmann'омъ. Описаны также случаи когда въ маткѣ задерживалось продолжительное время оторванная при извлеченіи головка плода.

Не легко подыскать объясненіе для такихъ исключительныхъ исходовъ. Graefe объясняетъ это особенно нечувствительностію матки (!). Возможно, что въ число ихъ попали переспознанные случаи виѣматочной беременности или даже разрывы матки.

Dunlop, König и Semb недавно описали случаи продолжительнаго задержанія мертваго плода и яйца въ маткѣ отъ 8 до 12 мѣс. Англійскіе акушеры называютъ такіе случаи *missed abortus* или *missed labour*.

Toth описалъ случай, гдѣ кости черепа были задержаны въ маткѣ въ теченіе 16 мѣс. Подобные случаи наблюдали Loissnel, Жемчужниковъ и Соловьевъ, Рѣзниковъ видѣлъ случай, гдѣ цѣлый скелетъ плода, умершаго при тифѣ на VII мѣсяцѣ беременности, оставался въ маткѣ почти 4 года и былъ извлеченъ только послѣ расширенія матки.

Jud приводитъ 40 случаевъ преждевременныхъ родовъ, послѣ которыхъ дѣти оставались въ живыхъ. Наиболье ранніе изъ этихъ плодовъ родились, будто бы на 20 недѣль беременности. Vellemin наблюдалъ оставшійся въ живыхъ плодь, родившійся, по его расчету, чрезъ 165 дней послѣ зачатія.

Предсказаніе. Заболѣванія послѣ несвоевременныхъ родовъ встрѣчаются вообще чаще, нежели при родахъ срочныхъ. Это объясняется отчасти ненормальнымъ состояніемъ яйца, отчасти нерѣдко случающимся задержаніемъ частей послѣда. Впрочемъ на счастливый исходъ оказываютъ преобладающее вліяніе правильный уходъ и рациональныя пособія.

Лѣченіе. При раннихъ и преждевременныхъ родахъ необходимо подавать такія же акушерскія пособія, какъ при своевременномъ родо-разрѣшеніи. Для сохраненія жизни недоношеннаго новорожденнаго необходимо его держать даже лѣтомъ въ первыя недѣли жизни въ ватѣ или възаячемъ мѣху. Въ клиникѣ и въ родильныхъ домахъ для этой цѣли имѣется особенный аппаратъ, представляющій ванну съ двумя стѣнками, въ промежутокъ между которыми можно наливать теплую воду; въ средину ванны помѣщаютъ младенца. Такой аппаратъ, *la souveuse*, введенъ въ акушерскую практику извѣстнымъ парижскимъ профессоромъ М. Tarnier. Достаточно, чтобы внутри аппарата, куда кладутъ ребенка, держалась по возможности постоянная температура около 25—30° С. Смотря по степени незрѣлости плода, его слѣдуетъ держать въ теченіе 2—6 недѣль въ такой температурѣ. Ребенка вынимаютъ изъ аппарата

только для кормленія; слѣдуетъ позаботиться также, чтобы температура въ комнатѣ не падала ниже 15° R. Въ томъ случаѣ, когда недоношенный плодъ не можетъ сосать грудь, нужно прикармливать его изъ ложечки материнскимъ молокомъ, выжатымъ изъ грудей, каждые два часа. Далеко не часто, при всѣхъ предосторожностяхъ, удается сохранить жизнь недоношеннаго младенца, родившагося ранѣе 32 недѣль беременности. Чѣмъ болѣе онъ приближается по своему развитію къ зрѣлому плоду, тѣмъ больше надежды сохранить его въ живыхъ. Хотя иногда при самомъ тщательномъ уходѣ недоношенныя дѣти погибаютъ отъ атрофіи или склеремы.

Что касается третьяго періода родовъ, то въ большинствѣ случаевъ, особенно при преждевременныхъ родахъ, послѣдъ выдѣляется силами природы. Тамъ, гдѣ онъ задерживается при преждевременныхъ родахъ, слѣдуетъ примѣнять тѣ же пособія, какъ при срочныхъ родахъ. При раннихъ родахъ иногда приходится дѣйствовать выжидательно. Когда послѣ рожденія плода кровотеченіе не появляется, мѣсто, при внутреннемъ изслѣдованіи, оказывается высоко прикрѣпленнымъ въ полости матки и сократительное кольцо сжато; попытка удалить такой послѣдъ, даже подъ наркозомъ, нерѣдко остается безуспѣшною, потому что соединеніе его со стѣнками матки бываетъ чрезвычайно плотное, неподдающееся разъединенію, при обыкновенныхъ осторожныхъ пріемахъ. Почему въ подобныхъ случаяхъ, когда нѣтъ лихорадочнаго состоянія, наиболѣе цѣлесообразно выжидать нѣкоторое время, пока послѣдъ хотя отчасти отдѣлится отъ стѣнокъ матки. Роженицу слѣдуетъ оставить подъ наблюденіемъ опытной акушерки; ежедневно 2 раза нужно дѣлать впрыскиваніе во влагалище изъ слабаго раствора карболовой кислоты, и наружныя части необходимо постоянно закрывать обезпложенною ватой. Коль скоро появится кровотеченіе, и при внутреннемъ изслѣдованіи окажется, что часть послѣда опустилась въ каналъ шейки, слѣдуетъ приступить къ удаленію послѣдняго, если окажется необходимо, при полномъ наркозѣ. При задержаніи небольшихъ остатковъ дѣтскаго мѣста, примѣняются тѣ же пособія, какъ при подобныхъ осложненіяхъ, происходящихъ послѣ выкидыша. При продолжительномъ задержаніи въ маткѣ мертваго плода, въ противоположность мнѣнію нѣкоторыхъ акушеровъ, мы не считаемъ необходимымъ вызывать преждевременные роды безъ надлежащихъ показаній. Въ числѣ этихъ показаній на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить маточное кровотечіе и септическое или гнилостное зараженіе беременной, что наичаще происходитъ чрезъ слизистую оболочку матки. Другія показанія къ этой акушерной операціи имѣютъ болѣе индивидуальный характеръ—*nephritis*, болѣзни сердца и пр. При такомъ нѣсколько консервативномъ лѣченіи, дѣтское мѣсто и оболочки умершаго плода, подвергаясь регрессивнымъ измѣненіямъ, успѣютъ въ достаточной степени разъединиться отъ маточной стѣнки, и при наступившемъ родоразрѣшеніи выдѣляются, какъ при физиологическихъ родахъ,

всѣ части яйца. На первой половинѣ беременности иногда выходитъ даже все яйцо цѣликомъ, послѣдовательнаго кровотечія не бываетъ.

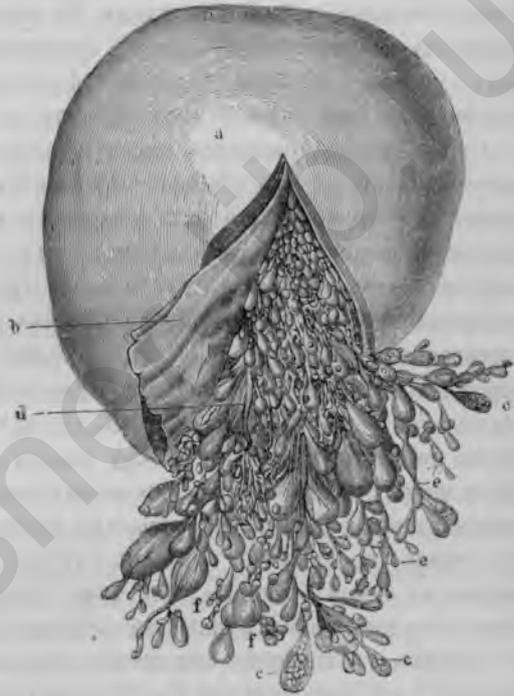
Профилактическое лѣченіе наичаще примѣняется, когда причиною преждевременныхъ, часто повторныхъ родовъ, является сифилитическое заболѣваніе одного изъ родителей. Такихъ субъектовъ, предъ наступленіемъ новой беременности, слѣдуетъ подвергать специальному лѣченію. При беременности, если есть основаніе подозрѣвать *lues latentia* у женщины или ея мужа, необходимо въ теченіе беременности назначать ртутные и іодистые препараты въ небольшихъ приѣмахъ. Наиболее умѣстнымъ въ такихъ случаяхъ оказывается *protojodetum hydrargyri*. Küstner съ успѣхомъ назначалъ *kalii jodatum*. Изъ 25 случаевъ привычнаго выкидыша, 18 женщинъ послѣ такого лѣченія родили живыхъ дѣтей.

Stäger причиною смерти плода въ 54, собранныхъ имъ случаяхъ на второй половинѣ беременности, 32 раза нашелъ сифилисъ и 7 разъ воспаленіе почекъ. Задержаніе плода иногда продолжалось до 6 недѣль. Винау наблюдать при мертвомъ плодѣ возбуждающее дѣйствіе *natrii salicylicii* на сокращенія матки.

2. Пузырный заносъ, *mola hydatidosa*, *мухома chorii multiplex*.

Анатомическія измѣненія. Вслѣдствіе причинъ, до сихъ поръ невыясненныхъ, хоріальныя ворсинки въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ подвергаются значительному увеличенію въ объ-

емѣ и слизистому перерожденію. Первичныя ворсинки, толщина которыхъ въ нормальномъ состояніи не больше тонкаго волоска, сильно удлиняются и превращаются въ рядъ соединенныхъ между собою пузырьковъ, величиною отъ коноплянаго зерна до горошины, иногда до вишни. Эпителий пузырьковъ сохраняется, и подъ нимъ находится тонкій слой веретенообразныхъ и звѣздчатыхъ клѣтокъ, а внутри заключается жидкое студенистое вещество. Marchand и Graenkel находили также разрастаніе ворсинокъ и отечную ихъ припухлость. Эпителий наименѣе измѣненъ на малыхъ сосочкахъ. При набуханіи ворсинокъ происходитъ разращеніе ихъ эпителиальнаго покрова—*syncytium*, и клѣтокъ слоя Langhans'a. Клѣт-



Фиг. 177. Пузырный заносъ. а—матка, б—оболочки яйца, cdef—отдѣльные пузырьки и ихъ стебельки.

ки подвергаются миксоматозному перерожденію. Только мало увеличенныя ворсинки сохраняютъ характерное строеніе; разросшіяся клітки погибаютъ и распадаются, вслѣдствіе миксоматознаго перерожденія и отека. Пограничный фиброзный слой исчезаетъ, и разросшіяся ворсы вѣдряются глубоко въ существо decidua serot. Перегородки въ плацентѣ изъ ткани, происходящей изъ отпадающей оболочки, совершенно отсутствуютъ. Короче сказать, образовательные процессы происходятъ главнымъ образомъ въ эпителиѣ ворсинокъ, въ соединительной ткани ихъ совершаются главнымъ образомъ дегенеративныя измѣненія. Сосуды сохраняются только въ нѣкоторыхъ пузырькахъ; среди ткани заноса обыкновенно находятъ кровяные свертки. Отпадающая оболочка утолщена и богата сосудами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пластинка ворсистой оболочки представляетъ значительныя отложенія въ видѣ плотныхъ узловъ, *muxoma fibrosum placentae*. Иногда такое измѣненіе встрѣчается безъ совмѣстнаго пузырьчатаго перерожденія ворсинокъ.

Сильно разрастающаяся масса пузырьковъ совершенно выполняетъ полость матки. Плодъ обыкновенно погибаетъ, и если это случается въ ранней беременности, то онъ совершенно растворяется въ околоплодной жидкости; вообще его не находятъ, при значительномъ развитіи этой болѣзни. Содержащаяся въ маткѣ масса пузырьковъ, происходящихъ изъ перерожденныхъ ворсинокъ, образующихъ пузырьный заносъ, *mola hydat.* достигаетъ отъ 500 до 6000 grm., рѣдко больше. При частичномъ перерожденіи ворсинокъ, количество пузырьной массы не превышаетъ иногда нѣсколькихъ граммъ. При такихъ условіяхъ, большая часть дѣтскаго мѣста остается здоровой, почему иногда плодъ живетъ и развивается правильно. Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ разрастающіяся перерожденныя ворсы пузырьчатаго заноса, при вростаніи въ маточную ткань, проникаютъ довольно глубоко въ мышечныя стѣнки матки, иногда до самой брюшины, или даже вѣдряются въ просвѣтъ венозныхъ сосудовъ, *mola hydatidosa destruens*.

Этіологія. Наиболѣе вѣроятною причиною этой болѣзни слѣдуетъ считать особенныя измѣненія въ условіяхъ зародышнаго кровообращенія, послѣдствіемъ которыхъ является застой крови въ сосудахъ ворсинокъ. Пузырный заносъ встрѣчается наичаще у женщинъ уже рожавшихъ. Львовъ на 6000 родовъ наблюдалъ 4 раза *mola hydatidosa*, а Engel видѣлъ 5 разъ это перерожденіе яйца на 4000 родовъ. При двойныхъ пузырьчатому перерожденію въ исключительныхъ случаяхъ подвергается только одно яйцо, или даже часть плаценты одного яйца, что именно указываетъ на зависимость этой болѣзни отъ зародыша.

Принадки и теченіе. Характерное явленіе представляетъ быстро увеличивающаяся матка, объемъ которой далеко не соотвѣтствуетъ времени беременности. Иногда въ теченіе всего 4—6 недѣль дно беременной матки, едва возвышавшееся до этого времени надъ лоннымъ соединеніемъ, достигаетъ до мочевиднаго отростка. При ощупываніи матки,

въ ней не замѣчается яснаго зыбленія, составляющаго отличительный признакъ, накопленія большого количества околоплодной жидкости, *hydramnion*. Не ощущается также частей плода, и не слышно сердечныхъ тоновъ.

Беременность при пузырьномъ заносѣ продолжается отъ 3 до 7 мѣс., въ исключительныхъ случаяхъ до 10, даже до 14 мѣсяцевъ. Почти всегда при значительномъ развитіи болѣзни появляется кровь изъ матки, иногда даже значительное кровотеченіе, что сопровождается тупыми болями, принимающими въ нѣкоторыхъ случаяхъ потужной характеръ. Кровотеченіе происходитъ изъ сосудовъ гипертрофированной отпадающей оболочки, вслѣдствіе разединенія ворсѣ отъ маточной стѣнки. Въ исключительныхъ случаяхъ оно можетъ происходить отъ нарушенія цѣлости маточныхъ венъ. Часто ослабленная потерей крови беременная представляетъ рѣзко выраженныя явленія острой анеміи. Выкидышъ при этой аномалии нанчаще происходитъ на IV и V мѣс. беременности.

Сильно растянутыя и истонченныя стѣнки матки плохо реагируютъ на раздраженіе; сокращеніе ихъ бываетъ слабое и недостаточное для удаленія содержащагося въ маткѣ пузырьнаго заноса. Почему нерѣдко проходятъ цѣлыя недѣли, иногда даже нѣсколько мѣсяцевъ со времени начала кровотеченія, прежде чѣмъ будетъ извергнута *mola hydatidosa*. Обыкновенно при этомъ между массама заноса находятъ старые кровяные свертки. Часто приходится удалять пузырьчатый заносъ искусственно. Въ томъ случаѣ, когда выходненіе заноса совершается силами природы, шейка изглаживается, наружное устье широко раскрывается; изъ него, при болѣе или менѣе сильномъ кровотеченіи, выдѣляется въ короткое время масса пузырьчатаго заноса въ столь значительномъ количествѣ, что иногда окружающіе и даже врачъ бываютъ крайне удивлены.

По изслѣдованіямъ Кергера, собравшаго 50 случаевъ пузырьчатаго заноса, оказалось, что въ $\frac{2}{3}$ случаевъ выдѣленіе его оканчивалось въ теченіе 6 часовъ, и только 5 разъ оно продолжалось болѣе 24 часовъ. Болѣе $\frac{1}{3}$ женщинъ получили заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ. Иногда при рожденіи пузырьчатаго заноса потеря крови бываетъ такъ велика, что приходилось прибѣгать къ переливанію крови, какъ это въ одномъ случаѣ произвелъ Сроомъ.

Сравнительно нерѣдко послѣ пузырьчатаго заноса развиваются въ полости матки раковыя новообразованія, что доказывается изслѣдованіями Marchand'a, Kossman'a, Lönnberg'a, Gottschalk, Schauta, Ruge, Reineke, Franqué и многихъ другихъ.

Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ злокачественность новообразованія успѣла уже проявиться, когда пузырьчатый заносъ находился еще въ маткѣ, образованіемъ вторичныхъ узловъ въ стѣнкахъ влагалища, какъ это наблюдалъ Schauta. Neumann, при изслѣдованіи *mola* убѣдился, что оно само не всегда бываетъ доброкачественнымъ образованіемъ; на нѣкоторыхъ препаратахъ онъ наблюдалъ востаніе большихъ клѣтокъ въ самую ткань ворсинокъ.

Чѣмъ раньше распознано это злокачественное новообразованіе, тѣмъ скорѣе можно спасти больную удаленіемъ матки. Eiertmann приводитъ 30 такихъ операций, 10 больныхъ вскорѣ погибли отъ послѣдствій операціи и отъ метастазовъ.

Это новообразованіе, развивающееся въ маткѣ главнымъ образомъ послѣ рожденія пузырьнаго заноса, имѣетъ всѣ свойства крайне злокачественной опухоли, кото-

раи начинается въ стѣнкахъ матки, быстро распространяется на окружающія ткани и легко даетъ метастазы въ различныхъ внутреннихъ органахъ. Въ послѣднее время описано много подобныхъ случаевъ, преимущественно нѣмецкими врачами, подъ именемъ *deciduoma malignum*, *sarcoma deciduale* и пр. Въ недавнее время Marchand разъяснилъ ея происхожденіе изъ эпителия ворсинокъ и причислялъ ее къ ракамъ; Kossmann называлъ ее *sarcoma syncytiale*, именемъ, довольно вѣрно обозначающимъ ея особенности. Въ послѣднее время Eiermann собралъ 35 случаевъ этой болѣзни, изъ коихъ въ 18 случаяхъ она развилась послѣ пузырьнаго заноса, въ остальныхъ послѣ обыкновеннаго выкидыша и нормальныхъ родовъ. Принимая во вниманіе рѣдкость появленія пузырьнаго заноса, нельзя не признать тѣснаго соотношенія между этими обоими патологическими явленіями. Послѣ изслѣдованія Marchand'a, Neumann и друг. вполне ясно доказали, что безпорядочное, атипичное разрастаніе эпителия ворсинокъ легко можетъ принять вполне злокачественный характеръ. Обыкновенно при нормальной беременности ничего подобнаго не замѣчается, однако тщательныя изслѣдованія Schmorl'a и Bolius'a показали, что чрезмѣрное разращеніе эпителиальнаго покрова ворсинокъ, особенно syncytium, въ исключительныхъ случаяхъ, наблюдается не только въ ранніе, но даже въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности. Почему дѣлается понятнымъ возможность развитія *sarcoma syncytiale* послѣ аборота и даже послѣ нормальныхъ родовъ.

При изслѣдованіи подѣ микроскопомъ, новообразованіе, взятое изъ стѣнки матки, представляетъ узлы эпителиальной ткани, состоящіе изъ довольно крупныхъ угловатыхъ клѣтокъ, между которыми встрѣчаются гиганты. Узлы расположены среди стромы, состоящей изъ ткани съ нѣжными волокнами.

Распознаваніе. Точное распознаваніе возможно наичаще въ тѣхъ рѣзко выраженныхъ случаяхъ, когда чрезъ расширенный каналъ шейки можно достигнуть пальцемъ до пузырьной массы, а также когда пузырьки заноса выдаются изъ наружнаго зѣва, или даже нѣсколько ихъ выходятъ наружу.

Предсказаніе. Какъ сказано выше, беременная при этой ненормальности подвергается серьезной опасности, вслѣдствіе продолжительныхъ и сильныхъ кровотеченій, въ особенности при выхожденіи заноса. Въ маткѣ легко задерживаются части такого перерожденнаго послѣда, что можетъ повлечь за собою различныя послѣродовыя заболѣванія. Не слѣдуетъ также упускать изъ виду возможности развитія *sarcoma syncytiale*.

Лѣченіе. Во время беременности, пока кровотеченіе незначительно, можно ограничиться назначеніемъ *extr. secalis cornuti cum elix. acid. Halleri* для возбужденія маточныхъ сокращеній. Какъ скоро установлено точное распознаваніе пузырьчатаго заноса, что бываетъ не часто, слѣдуетъ приступить къ его удаленію. При значительномъ кровотеченіи, необходимо прибѣгнуть къ тампонаціи влагалища, что одновременно можетъ поддерживать и усиливать родовыя сокращенія матки. Въ такихъ случаяхъ часто приходится прибѣгать также къ введенію во влагалище кольпейринтера. Когда кровотеченіе изъ матки принимаетъ угрожающій характеръ, или продолжается долго, причиняя значительную анемію, показуется искусственно расширить шейку посредствомъ *laminaria* или *tupelo*, а затѣмъ мѣшками Barnes'a или небольшимъ кольпейринтеромъ. Обыкновенно ма-

точный зѣвъ при этой болѣзни бываетъ податливъ, и въ теченіе 24—36 часовъ расширеніе можно довести до такой степени, что въ матку удаётся ввести 2, даже 4 пальца, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже цѣлую руку. Надавливая другой рукою на дно матки, можно безъ всякихъ затрудненій удалить такимъ образомъ пузырьный заносъ, постепенно отдѣляя его отъ стѣнокъ матки концами пальцевъ. Имѣя въ виду значительное истонченіе стѣнокъ матки, а также возможность прокипновенія перерожденныхъ ворсинокъ въ ткань ея, отнюдь не слѣдуетъ примѣнять насилія или употреблять острую ложку, чтобы не продыравить матки. Лучше оставить въ полости матки часть новообразованія, чѣмъ подвергать опасности жизнь больной излишнимъ и настойчивымъ отдѣленіемъ и отсепаровкою пузырьнаго заноса. Когда послѣ удаленія этого новообразованія, появляется послѣродовое значительное кровотеченіе, слѣдуетъ немедленно затампонировать матку и влагалище 5% іодоформной марлей и положить ледъ на животъ. Внутри назначается вино и *extr. secalis cornuti aquosi*. При умѣренномъ отдѣленіи крови, послѣ удаленія пузырьнаго заноса, слѣдуетъ промыть полость матки 1 или 2 литрами стерилизованной, или недавно прокипяченной воды, нагрѣтой до 40° R.

Глава 12.

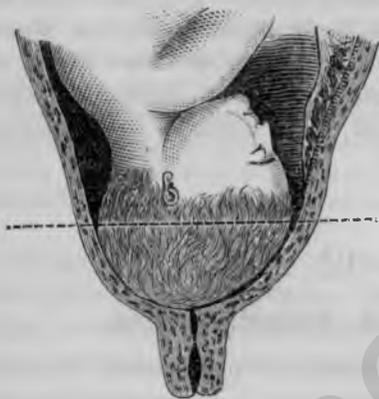
Предлежаніе дѣтскаго мѣста, *placenta praevia*.

Этіологія. Этимъ названіемъ обозначается прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста на большемъ или меньшемъ пространствѣ въ нижнемъ сегментѣ матки, что представляетъ одну изъ наиболѣе опасныхъ аномалій во время беременности и родовъ; такъ какъ обычнымъ послѣдствіемъ такого расположенія дѣтскаго мѣста является сильное кровотеченіе, подвергающее большой опасности жизнь матери и еще въ большей степени жизнь плода.

Наиболѣе вѣроятною причиною предлежанія дѣтскаго мѣста считаютъ хроническій катарръ матки, при которомъ полость матки часто бываетъ нѣсколько увеличена, стѣнки утолщены, эпителий, выстилающій внутреннюю поверхность матки, мѣстами отслаивается и обыкновенно теряетъ свои ворсинки. Почему вышедшее изъ трубы оплодотворенное яйцо легко можетъ, при такихъ ненормальныхъ условіяхъ, опуститься въ нижнюю часть матки. Продолжая развиваться далѣе, оно прикрѣпляется своими ворсинками къ слизистой оболочкѣ нижняго сегмента, гдѣ такимъ образомъ впослѣдствіи образуется настоящее дѣтское мѣсто. Согласно съ этимъ, наичаще предлежаніе дѣтскаго мѣста встрѣчается у многорожавшихъ, или имѣвшихъ выкидыши. На одну первороженницу съ *placenta praevia* приходится въ практикѣ не менѣе 4 многорожавшихъ. Въ послѣднее время Hofmeier и Kaltentbach, на осно-

ваніи собственныхъ изслѣдованій, пришли къ заключенію, что предлежаніе дѣтскаго мѣста происходитъ вслѣдствіе первоначальнаго внѣдренія ворсинокъ въ decid. reflexa, покрывающую нижнюю часть яйца. Эта часть завороченной оболочки срастается впоследствии съ decid. vera и, благодаря чрезмѣрному обилію сосудами послѣдней, ворсы, внѣдрившіяся первоначально въ decid. reflexa, продолжаютъ постепенно развиваться, образуя нижній, болѣе или менѣе значительный отдѣлъ дѣтскаго мѣста. Къ подобному выводу пришли, на основаніи своихъ изслѣдованій, Keilmann и Herff. Напротивъ, Frommel и многіе другіе придерживаются прежняго мнѣнія.

Другія причины, приведенныя нѣкоторыми авторами, какъ условія, предрасполагающія къ этой аномаліи, не доказаны, мало вѣроятны, а нѣкоторыя наблюдаются крайне рѣдко. Къ числу ихъ можно отнести ракъ



Фиг. 173. Проведенная поперекъ линія обозначаетъ нижнюю границу правильнаго прикрѣпленія дѣтскаго мѣста.

и фиброидъ матки, неправильное образованіе этого органа, наступленіе беременности въ позднемъ возрастѣ, низкое расположеніе отверстій Фаллопиевыхъ трубъ, слишкомъ большую величину дѣтскаго мѣста, двойни, судорожныя сокращенія матки въ первое время беременности и проч.

Анатомическія отношенія. Смотри по мѣсту прикрѣпленія плаценты въ нижнемъ сегментѣ матки, различаютъ *центральное* предлежаніе дѣтскаго мѣста, *plac. praevia centr.*, *бокoвое*, *plac. praevia lateral.* и *краевое*, *plac. praevia marginal.* Такое раздѣленіе не лишено практическаго

значенія, хотя эти различныя виды предлежанія мѣста можно установить съ точностію только при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, когда устье матки раскрыто настолько, что допускаетъ введеніе руки въ полость органа. Когда, при такомъ расширеніи маточнаго зѣва, въ немъ вездѣ ощущается, при изслѣдованіи пальцемъ, наружная губчатая поверхность дѣтскаго мѣста, то предлежаніе несомнѣнно центральное. При бoковомъ предлежаніи дѣтскаго мѣста, пока околоплодный пузырь цѣлъ, при такихъ условіяхъ, имъ выполняется только часть раскрытаго зѣва, а при красвомъ предлежаніи ощущается только край дѣтскаго мѣста.

Точныя анатомическія изслѣдованія послѣдняго времени не оставляютъ сомнѣнія, что, при предлежаніи плаценты, она прикрѣпляется на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи въ нижнемъ сегментѣ матки, между тѣмъ какъ остальная часть ея находится выше сократительнаго кольца. До послѣдняго времени не наблюдали, чтобы мѣстомъ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста служила отчасти внутренняя поверхность

шейки матки, въ каналъ которой обыкновенно можетъ вѣдриться только отслоившаяся во время родовъ часть дѣтскаго мѣста. Но недавно Weiss наблюдалъ приращеніе части дѣтскаго мѣста къ слизистой оболочкѣ передней губы матки; подобное же наблюденіе описалъ Keilmann. Эти факты, достовѣрность которыхъ не подлежитъ сомнѣнію, объясняются послѣдовательнымъ опущеніемъ части плаценты въ каналъ шейки. Предлежащее мѣсто нерѣдко представляетъ особенности и измѣненія, имѣющія не маловажное значеніе. Иногда часть его, прикрѣпляющаяся къ нижнему сегменту матки, представляется истонченной, въ другихъ случаяхъ подлежащее мѣсто имѣетъ продолговатую форму, или же представляетъ небольшіе придатки, *pl. succenturiatae*. Въ его ткани обыкновенно находятъ фибриновые узлы, а также утолщенія на его внутренней поверхности, ниже водной оболочки. Нерѣдко также встрѣчается *pl. marginata*. По окончаніи родовъ, предлежавшая часть дѣтскаго мѣста представляетъ обыкновенно неровную, часто разорванную поверхность, на которой мѣстами находятъ старые кровяные сгустки и кровоизліянія въ ткань плаценты. Нерѣдко также находили краевое или плевистое прикрѣпленіе пуповины къ подлежащему дѣтскому мѣсту.



Фиг. 179. Центральное предлежаніе дѣтскаго мѣста.

Симптомы и теченіе. Важнѣйшее явленіе, вызываемое почти неизбѣжно предлежаніемъ дѣтскаго мѣста, какъ сказано выше, представляетъ *опасное маточное кровотеченіе*, которое появляется въ различное время беременности, или же начинается только съ наступленіемъ родовой дѣятельности матки, а въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ даже только во второмъ періодѣ родовъ. Во всѣхъ случаяхъ оно обусловливается отслоеніемъ дѣтскаго мѣста, причемъ кровь вытекаетъ изъ разорванныхъ сосудовъ матки; слѣдовательно преимущественно происходитъ потеря крови матери, хотя въ то же время изъ разорванныхъ долекъ плаценты можетъ вытекать кровь младенца, иногда даже въ довольно значительномъ количествѣ.



Фиг. 180. Боковое предлежаніе дѣтскаго мѣста.

Наиболѣе понятно и наиболѣе легко объяснимо такое отслоеніе плаценты во время родовъ, когда нижній сегментъ, гдѣ прикрѣпляется часть мѣста, и шейка матки должны, при дѣйстви маточныхъ сокращеній, превратиться въ цилиндрическую трубку такой ширины, чтобы чрезъ нее могла пройти головка младенца, слѣдовательно образовать округленный каналъ, діаметръ котораго не менѣе 11 см. Въ то время, когда наружное устье матки достигаетъ во время родовъ такихъ раз-

мѣровъ, нижній сегментъ и каналъ шейки матки претерпѣваютъ, какъ извѣстно, также значительное растяженіе въ длину, по направленію снизу вверхъ. Само собою разумѣется, коль скоро болѣе или менѣе значительная часть дѣтскаго мѣста, имѣющаго ничтожную эластичность, прикрѣпляется въ области нижняго сегмента, оно не въ состояніи растягиваться совмѣстно съ маточною стѣнкой; почему дѣтское мѣсто по необходимости отслаивается отъ нея на мѣстѣ своего прикрѣпленія. Понятно также, что чѣмъ дальше отъ края внутренняго зѣва начинается прикрѣпленіе послѣда, тѣмъ позже можетъ начаться кровотеченіе. Оно можетъ также не послѣдовать или быть крайне незначительнымъ, если опустившаяся въ тазъ головка, успѣетъ прижать отслоившійся край плаценты и мѣсто на внутренней поверхности нижняго сегмента, откуда идетъ кровь.

Труднѣе объяснить появленіе кровотеченія во время беременности при предлежаніи мѣста. Большею частію этобываетъ въ теченіе послѣдняго мѣсяца беременности, въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ кровотеченіе появляется уже на первой половинѣ беременности. Безъ сомнѣнія, во всѣхъ случаяхъ оно является какъ послѣдствіе отслаиванія части плаценты, прикрѣпляющейся въ нижнемъ сегментѣ матки. Такое отслаиваніе трудно представить себѣ безъ растяженія этой части матки. Это растяженіе можетъ происходить или вслѣдствіе роста яйца, или же оно зависитъ также отъ сокращенія матки во время беременности. Вѣроятно, обѣ эти причины обусловливаютъ растяженіе въ это время нижняго сегмента матки, послѣдствіемъ чего является отслаиваніе части дѣтскаго мѣста.

Клиническія наблюденія показываютъ, что, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, въ половинѣ случаевъ кровотеченіе начинается только съ наступленіемъ своевременныхъ родовъ; весьма часто также оно появляется въ послѣдніе 3 мѣсяца беременности, и только въ 12% всѣхъ случаевъ кровотеченіе начинается ранѣе 28 недѣли беременности.

Чѣмъ болѣе облегаеъ плацента внутреннее устье матки, тѣмъ раньше во время беременности или родовъ должно появляться кровотеченіе. На основаніи теоретическихъ соображеній, раньше всего оно должно появляться при центральномъ предлежаніи, позже при боковомъ и еще позже при краевомъ. Но эти положенія представляютъ много исключеній; такъ какъ на появленіе кровотеченія оказываютъ вліяніе, какъ мы уже говорили, не одно только прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста. Можно допустить только вообще, что при центральномъ предлежаніи кровотеченіе начинается между 28 и 36 недѣль беременности, рѣдко раньше; при боковомъ позже 32 недѣль, а при краевомъ большею частію въ послѣдніе дни беременности, или въ началѣ своевременныхъ родовъ.

Во время беременности кровотеченіе въ такихъ случаяхъ большею частію повторяется. Въ первый разъ оно появляется безъ всякихъ

видимыхъ причинъ, нерѣдко ночью, когда женщина находится въ постели, при этомъ беременная не ощущаетъ никакихъ болей. Идетъ жидкая кровь и выходятъ сгустки. Вообще потеря крови бываетъ сравнительно значительная, но рѣдко сразу развивается острая анемія. Если не появляется родовая дѣятельность, то кровотеченіе на время останавливается, беременная встаетъ и нѣкоторое время можетъ чувствовать себя вполне здоровой, причемъ часто кровь продолжаетъ по временамъ показываться въ маломъ количествѣ. Спустя нѣсколько дней, иногда чрезъ 1—2 недѣли, снова появляется кровотеченіе, которое бываетъ часто сильнѣе прежняго и можетъ причинить всѣ явленія острой анеміи. Вслѣдъ за сильнымъ маточнымъ кровоточеніемъ обыкновенно начинаются маточныя сокращенія, даже въ ранней беремености. Эти сокращенія вызываются анеміей нервныхъ центровъ и, вѣроятно, обезкровленіемъ самой паренхимы матки. Обыкновенно они бываютъ слабыя, вялыя и не оказываютъ часто замѣтнаго вліянія на расширеніе маточнаго зѣва, хотя послѣдній въ большинствѣ случаевъ представляется рыхлымъ и податливымъ. Такой же характеръ имѣютъ родовыя боли и при своевременныхъ родахъ, если въ самомъ началѣ ихъ появилось значительное кровотеченіе. При появленіи маточныхъ сокращеній, кровь усиленно идетъ во время паузы; такъ какъ въ это время расслабляются мышечныя стѣнки матки, въ которыхъ проходятъ разорванные сосуды. Во время схватокъ кровотеченіе уменьшается. Но во многихъ случаяхъ этой особенности не замѣчается, и кровотеченіе продолжается безъ перерывовъ. Количество потерянной крови при такихъ родахъ бываетъ иногда громадно, наичаще однако оно колеблется между 1000,0 и 1500,0. Въ большинствѣ случаевъ безъ рациональнаго акушерскаго пособія роженица подвергается опасности погибнуть. Тѣмъ болѣе, что при предлежаніи мѣста неправильныя положенія встрѣчаются часто, въ особенности поперечное; оно наблюдается въ 25% случаевъ предлежанія мѣста. Однажды на 10 родовъ встрѣчается, при предлежаніи мѣста, тазовое положеніе. До нѣкоторой степени эти неправильности объясняются частымъ наступленіемъ преждевременныхъ и раннихъ родовъ. Однако не остается безъ вліянія на положеніе плода также наполненіе части нижняго сегмента матки сидящимъ здѣсь дѣтскимъ мѣстомъ.

Вслѣдствіе всѣхъ этихъ причинъ роды при *plac. praevia* рѣдко оканчиваются благополучно силами природы; число такихъ родовъ, вѣроятно, не составляетъ и 25%. Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ акушерское пособіе бываетъ необходимо для остановки кровотечения и скорѣйшаго окончанія родовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ мѣсто отдѣляется и выходитъ впереди плода. Обыкновенно оно выдѣляется само или его приходится удалять искусственно, спустя нѣкоторое время послѣ рожденія младенца. Нерѣдко также появляются послѣродовыя кровотечения, вслѣдствіе атошіи матки, рѣже вслѣдствіе

надрывовъ маточной шейки. Впрочемъ такихъ поврежденій почти всегда можно избѣжать, при рациональномъ веденіи родовъ.

Распознаваніе. Когда во время беременности или въ началѣ родовъ появляется кровотеченіе изъ матки, то акушеру прежде всего приходитъ на мысль, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ предлежаніемъ дѣтскаго мѣста. При внутреннемъ изслѣдованіи мы находимъ сильное разрыхленіе нижняго сегмента матки, который представляется пастообразнымъ, утолщеннымъ повсюду или съ одной стороны, гдѣ предлежащая часть ощущается менѣе явственно. Большею частію, особенно въ концѣ беременности, въ каналъ шейки возможно проникнуть указательнымъ пальцемъ; его конецъ въ такихъ случаяхъ ощущаетъ губчатую ткань послѣда, которая своею резистенціею рѣзко отличается отъ легко отдѣляемыхъ кровяныхъ свертковъ. Болѣе значительное раскрытіе зѣва, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, позволяетъ распознать видъ предлежанія мѣста, какъ объ этомъ было уже упомянуто. При краевомъ предлежаніи, край дѣтскаго мѣста ощущается въ нѣкоторыхъ случаяхъ только при значительно раскрытомъ зѣвѣ.

Наиболѣе возможно смѣшать предлежаніе мѣста съ пузырьчатымъ заносомъ; но при этой аномаліи яйца, величина матки не соотвѣтствуетъ времени беременности, далѣе не ощущается частей плода, кромѣ того, при введеніи пальца въ матку, можно вывести наружу нѣсколько пузырьковъ заноса. Выхожденіе изъ матки decidua при доношенной виѣматочной беременности, что всегда сопровождается кровотеченіемъ, можно принять за предлежаніе дѣтскаго мѣста, только при поверхностномъ изслѣдованіи. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ дѣтское мѣсто, прикрѣпленное правильно выше сократительнаго кольца, можетъ отдѣлиться во время родовъ и выходить впереди младенца. Это такъ называемое *выпаденіе дѣтскаго мѣста*, при своевременныхъ родахъ и живомъ плодѣ, возможно почти исключительно только при разрывѣ матки, когда сократившееся тѣло этого органа изгоняетъ плодъ въ полость живота, а мѣсто чрезъ родовой каналъ наружу.

Предсказаніе. Въ настоящее время, при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей и примѣненіи рациональныхъ акушерскихъ пособій, предсказаніе при этой аномаліи гораздо благопріятнѣе, чѣмъ въ прежнее время. Если свѣдущій врачъ будетъ призванъ къ такой беременной или роженицѣ своевременно, т. е. въ то время, когда потеря крови не причинила тяжелыхъ явленій острой анеміи, то съ большою вѣроятностію слѣдуетъ предположить, что жизни женщины особенная опасность не угрожаетъ. Въ настоящее время вслѣдствіе предлежанія мѣста погибаетъ при рациональной помощи не болѣе 10%, у нѣкоторыхъ акушеровъ, даже менѣе 5% такихъ случаевъ. Роженица можетъ умереть отъ кровотеченія до окончанія родовъ или послѣ нихъ, вслѣдствіе острой анеміи. Далѣе такіе обезкровленные субъекты значительно

расположены къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, почему иногда погибаютъ отъ септическихъ зараженій. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдали также смерть роженицы отъ вхожденія воздуха въ вены маточной стѣнки на мѣстѣ отслоенія плаценты, между прочимъ еще недавно такіе случаи описали Weiss, Lesse и Neuck; наичаще это бываетъ при введеніи руки въ матку для поворота. Иногда внезапно наступаетъ въ исключительныхъ случаяхъ летальный исходъ въ послѣродовомъ періодѣ, вслѣдствіе переноса тромбовъ изъ матки въ легкія. Въ прежнее время смертность родильницъ, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, была гораздо большая; она достигала до 30% даже до 40%. Нѣчто подобное возможно и теперь въ глуши, гдѣ нѣтъ рациональной акушерской помощи. Къ счастью въ частной практикѣ предлежаніе мѣста встрѣчается сравнительно рѣдко, не болѣе 1 раза на 1000 даже на 1500 родовъ.

Что касается дѣтей, то и въ настоящее время, даже при усовершенствованныхъ методахъ акушерской терапіи, ихъ погибаетъ не менѣе 50%, вслѣдствіе анеміи и асфиксии во время родовъ; не малое число новорожденныхъ умираетъ также вскорѣ послѣ родовъ, вслѣдствіе слабости или отъ послѣдствій тяжелыхъ родовъ.

Льченіе. Какъ уже сказано, рациональныя акушерскія пособія имѣютъ чрезвычайно важное значеніе при этой аномалии. Когда врачъ приглашенъ къ беременной, у которой недавно появилось обильное маточное кровотеченіе, но нѣтъ еще явленій острой анеміи, и маточная шейка не пропускаетъ указательнаго пальца, то прежде всего слѣдуетъ тщательно затампонировать влагалище, при посредствѣ маточнаго зеркала Кюско или Симса. Первые тампоны нужно положить изъ 10% іодоформенной марли, остальные изъ 4% салициловой ваты до совершеннаго наполненія влагалища. Къ каждому тампону слѣдуетъ навязать отдѣльную дезинфицированную мягкую нить изъ толстой бумажной пряжи, что даетъ возможность легко и безболѣзненно удалить тампоны изъ влагалища, которые могутъ оставаться тамъ не болѣе 24 часовъ, если кровь не пройдетъ наружу; въ противномъ случаѣ ихъ нужно удалить раньше. Во всякомъ случаѣ, если бы даже кровотеченіе остановилось, и явленія, указывающія на наступленіе родовъ, не обнаруживаются, беременная должна оставаться въ постели не менѣе недѣли и затѣмъ не отлучаться изъ дому, коль скоро у ней констатировано предлежаніе послѣда. Такая беременная должна находиться подъ наблюденіемъ опытной акушерки, которая немедленно обязана извѣстить врача, при появленіи новаго кровотечения, причемъ на дому у больной должны быть заготовлены необходимыя средства для временной остановки кровотечения. Иногда даже послѣ перваго сильнаго кровотечения приходится приступить къ возбужденію или ускоренію родовъ, коль скоро вполне установлено предлежаніе мѣста, а слѣдовательно предстоитъ неизбѣжная опасность обильныхъ повторныхъ кровотеченій.

Если мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣняемъ выжидательное лѣченіе послѣ перваго кровотеченія, то это дѣлается единственно съ цѣлью дать возможность плоду достигнуть большаго развитія. Само собою разумѣется, при этомъ здоровье беременной должно находиться въ удовлетворительномъ состояніи.

Назначеніе внутреннихъ кровоостанавливающихъ средствъ не имѣетъ большого значенія, хотя врачи часто прописываютъ въ такихъ случаяхъ минеральныя кислоты и вяжущія средства. На эти средства ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ полагаться. Для вызванія преждевременныхъ родовъ при закрытой маточной шейкѣ, рѣдко бываетъ необходимо ввести нѣсколько палочекъ *laminariae*. Гораздо удобнѣе для этой цѣли расширеніе бужами Негар'а. Коль скоро удалось провести бужъ 17 — 20 mm., то указательный палецъ легко проходитъ чрезъ каналъ шейки, и въ матку можно ввести малый расширитель R. Barnes'a или небольшой кольпейринтеръ съ цѣлью дальнѣйшаго растяженія канала шейки и маточнаго зѣва. Совмѣстно съ растяженіемъ зѣва, эти мѣшки дѣйствуютъ кровоостанавливающимъ образомъ и вызываютъ правильныя маточныя сокращенія. Достаточно нѣсколькихъ часовъ, чтобы растянуть зѣвъ на ширину 4 пальцевъ, и провести чрезъ него руку въ полость матки, не опасаясь большихъ надрывовъ шейки, и безотлагательно произвести поворотъ на ножку, которую слѣдуетъ вывести наружу до колѣннаго сустава. Дальнѣйшее теченіе родовъ предоставляется часто силамъ природы. Только когда ягодицы младенца прошли чрезъ маточный зѣвъ, можно приступить къ извлеченію плода, въ особенности, если обнаруживаются явленія, угрожающія жизни матери.

Такой способъ родоразрѣшенія при *plac. praevia* мы считаемъ наиболѣе удобовыполнимымъ даже для малоопытнаго врача; при этомъ сравнительно часто дѣти рождаются живыми. Способъ представляетъ неудобства въ томъ отношеніи, что врачу приходится оставаться при больной безотлучно въ теченіе нѣсколькихъ часовъ. Кромѣ того не всегда у врача находятся подъ рукою эти аппараты.

При кровотеченияхъ, угрожающихъ жизни беременной, иногда необходимо быстро окончить роды; въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ примѣнить комбинированный поворотъ на ножку, коль скоро каналъ шейки пропускаетъ 2 пальца, по способу Braxton Hicks'a; эта операція обыкновенно производится подъ хлороформомъ. При потягиваніи за выведенную ножку, весьма удобно можно производить давленіе на кровоточащую часть нижняго сегмента. Кромѣ того низведенная ножка причиняетъ раздраженіе канала шейки и вызываетъ энергическія сокращенія матки, при посредствѣ которыхъ ягодицы вступаютъ въ каналъ таза и постепенно растягиваютъ маточный зѣвъ. Во время паузы полезно слегка тянуть за вышедшую ножку, единственно съ цѣлью произвести прижатіе ягодицами нижняго сегмента матки, гдѣ произошло отслоеніе дѣтскаго мѣста.

Во всѣхъ отношеніяхъ менѣе благоприятные результаты даетъ способъ, который по преимуществу примѣнялся въ прежнее время, именно тампонація влагалища до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ значительно расширится и позволитъ провести въ матку руку для поворота на ножку.

Насильственное родоразрѣшеніе, *accouchement forcé*, представляетъ способъ, сопряженный съ большою опасностью для матери, вслѣдствіе почти неизбѣжныхъ разрывовъ шейки.

Искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, при начавшемся во время родовъ кровотеченія, примѣняемое R. Barnes'омъ, далеко не во всѣхъ случаяхъ ведетъ къ остановкѣ кровотеченія и обыкновенно влечетъ за собою смерть плода, почему оно не вошло въ акушерскую практику.

Что касается разрыва оболочекъ яйца при предлежаніи дѣтскаго мѣста, съ цѣлью воспрепятствовать дальнѣйшему отслоенію послѣда и произвести давленіе предлежащей частью на кровоточащее мѣсто нижняго сегмента, то это средство можно примѣнять крайне рѣдко. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ, особенно въ началѣ родовъ оно можетъ принести только вредъ; такъ какъ кровотеченіе можетъ продолжаться, а между тѣмъ послѣ истеченія воды рѣдко удается произвести комбинированный поворотъ. Разрывъ околоплоднаго пузыря можно примѣнить только при опущеніи предлежащей головки во входъ таза и при значительномъ раскрытіи растяжимаго зѣва въ нѣкоторыхъ случаяхъ боковаго или краеваго предлежанія дѣтскаго мѣста. При явленіяхъ острой анеміи послѣ окончанія родовъ необходимо примѣнять надлежащія общія и мѣстныя средства.

Въ послѣднее время Meurer, и въ особенности Dührssen, съ успѣхомъ производили расширеніе маточнаго зѣва преимущественно посредствомъ кольцеиринтера. Pinard и многіе французскіе акушеры употребляютъ для этой цѣли балонъ Champretier de Ribes. При центральномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста Dührssen совѣтуетъ даже продырявить его посрединѣ, чтобы легче было ввести въ матку кольцеиринтеръ. Введенный въ матку спавшійся гуттаперчевый пузырь наполняютъ растворомъ борной кислоты; затѣмъ можно производить потягиваніе за трубку кольцеиринтера до тѣхъ поръ, пока растянутый аппаратъ не пройдетъ постепенно чрезъ маточный зѣвъ, который такимъ образомъ, сравнительно въ короткое время, можно расширить достаточно для введенія руки въ полость матки. Нельзя считать цѣлесообразнымъ предложеніе Ваимп'а, который совѣтуетъ тампонировать влагалище и въ то же время дѣлать наружный поворотъ на ножки. Далеко не всегда маточный зѣвъ пальцемъ можно безопасно расширять такъ быстро, какъ это дѣлалъ Harris, который могъ войти рукой въ матку, уже спустя 16'—22' послѣ начала расширенія зѣва.

Braxton Hicks совѣтуетъ врачу не оставлять роженицы, у которой обнаружилось кровотеченіе при рі. praevia до конца родовъ. Наилучшіе результаты получаются при комбинированномъ поворотѣ и при употребленіи внутриматочныхъ балонновъ для расширенія зѣва. Obermann потерялъ при этомъ способѣ лѣченія всего 2,1% роженицъ, Donald—3%, Lomer—4,5%, Pinard—2,6%. Между тѣмъ какъ при другихъ способахъ лѣченія смертность матерей достигаетъ 20, даже 30%, дѣтей погибаетъ при всѣхъ способахъ лѣченія, много отъ 20 до 50%. Nordmann въ 45 слу-

чаяхъ рl. праев. нашель 16 разъ центральное предлежаніе, 24 боковое и 2 раза краевое. По Weber'у, при 53 случаяхъ предлежанія мѣста, только 38% родовъ наступили въ срокъ. Lohrer въ 236 случаяхъ этой аномаліи нашель, при разныхъ способахъ лѣченія, смертность матерей, доходящую до 10%; смертность дѣтей превосходить 60%.

В. Ненормальности при родахъ, зависящія отъ матери.

Глава 13.

Кровотеченія во время беременности и родовъ, вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста, при нормальномъ прикрѣпленіи послѣдняго въ маткѣ. Кровотеченіе въ III періодѣ родовъ.

1. Кровотеченіе во время родовъ при нормальномъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста.

Этіологія. Если исключить выкидыши и раніе роды, а также небольшія кровотеченія, иногда появляющіяся во второмъ періодѣ родовъ, то относящіяся сюда случаи, въ которыхъ возникаетъ опасность для жизни матери, вслѣдствіе сильной потери крови, встрѣчаются крайне рѣдко.

При нормальномъ расположеніи дѣтскаго мѣста въ маткѣ, кровотеченіе можетъ послѣдовать отъ различныхъ причинъ. *Травматическое насиліе*, непосредственно дѣйствующее на матку, а также чрезмѣрное напряженіе при усиленной работѣ, сильное сотрясеніе при паденіи, или душевное волненіе могутъ вызвать на большемъ или меньшемъ протяженіи отдѣленіе мѣста. Во всѣхъ этихъ случаяхъ происходитъ нарушеніе цѣлости кровеносныхъ сосудовъ, большею частію непосредственно вслѣдствіе травмы, безъ участія маточныхъ сокращеній.

Гораздо чаще причиною такихъ кровотеченій бываетъ ненормальное состояніе отпадающей оболочки, именно *хроническое воспаленіе, экстравазаты* и припуханіе deciduae verae. Сюда слѣдуетъ отнести кровотеченія, появляющіяся во время беременности и родовъ, при мертвомъ плодѣ и цѣломъ пузырьѣ, а также при общихъ острыхъ заболѣваніяхъ матери, какъ оспа, тифъ, скарлатина и проч. Съ нѣкоторою вѣроятностію можно допустить, что отъ тѣхъ же причинъ иногда происходятъ маточныя кровотеченія у беременныхъ, одержимыхъ *хроническимъ воспаленіемъ почекъ*; въ этихъ случаяхъ вѣроятно кровотеченіе находится въ зависимости отъ особенныхъ измѣненій въ стѣнкахъ кровеносныхъ сосудовъ.

Родовыя сокращенія, наступающія послѣ *значительнаго уменьшенія въ объемъ матки*, также могутъ иногда причинять подобныя кровотеченія, даже угрожающія жизни роженицы. Такія осложненія имѣютъ мѣсто наичаще при двойняхъ, послѣ рожденія перваго младенца, а

также при чрезмѣрномъ накопленіи околоплодной жидкости, послѣ быстраго истеченія водъ. Въ исключительныхъ случаяхъ сильное кровотеченіе можетъ появиться во второмъ періодѣ продолжительныхъ родовъ, при ослабленіи маточныхъ сокращеній.

Отъ какой бы причины ни послѣдовало нарушеніе связи между дѣтскимъ мѣстомъ и стѣнкою матки, неизбѣжно оно влечетъ за собою кровоизліяніе, произойдетъ ли это во время беременности или при родахъ. Вытекающая изъ сосудовъ кровь наичаще изливается во влагалище и наружу, это бываетъ преимущественно въ тѣхъ наиболѣе частыхъ случаяхъ, когда дѣтское мѣсто отслаивается съ края. При этомъ кровь изливается болѣе или менѣе значительною струей или просачивается въ небольшомъ количествѣ. Во время родовъ при каждой потугѣ истеченіе крови усиливается. Такія кровотечения извѣстны подъ именемъ *наружныхъ*. Если маточныя сокращенія еще не появились, то женщина никакихъ болей въ маткѣ не ощущаетъ, и ея общее состояніе всецѣло зависитъ отъ количества потерянной крови. При значительныхъ потеряхъ, явленія острой анеміи обнаруживаются въ болѣе или менѣе значительной степени и служатъ показаніемъ къ примѣненію болѣе или менѣе энергическихъ акушерскихъ пособій. Небольшое кровоизліяніе изъ матки наружу во время беременности, если плодъ живъ, нерѣдко самостоятельно прекращается, въ особенности если беременная соблюдаетъ необходимое спокойствіе; отдѣлившаяся часть послѣда въ такихъ случаяхъ чрезъ нѣкоторое время срастается съ маткою, и беременность протекаетъ далѣе благополучно.

Крайне рѣдко встрѣчаются такъ называемыя *внутреннія* кровотечения, преимущественно во время беременности, при которыхъ дѣтское мѣсто отслаивается по срединѣ, и вытекающая изъ маточныхъ сосудовъ кровь скопляется между маткою и отслоившеюся поверхностію мѣста; причемъ плацента отдавливается въ полость матки, а соответствующая маточная стѣнка замѣтно выпячивается наружу, образуя болѣе или менѣе значительно выступающій бугоръ. При обычной въ подобныхъ случаяхъ вялости мышечнаго существа матки, такое кровоизліяніе иногда достигаетъ значительной степени, хотя наружу можетъ не показаться ни капли крови, или же послѣдняя появляется, только спустя нѣкоторое время. Между тѣмъ у беременной обнаруживаются все признаки обильной потери крови—чрезмѣрная блѣдность, дурнота, частый слабый пульсъ и обморочное состояніе. При этомъ она жалуется на сильныя постоянныя боли въ маткѣ, въ особенности на мѣстѣ образовавшагося выпячиванія; иногда появляется лихорадочное состояніе. Неизбѣжно наступающія сокращенія матки обыкновенно бываютъ слабы. Объемъ матки значительно увеличенъ. Описаны случаи, гдѣ такія беременныя умирали, не разрѣшившись, единственно вслѣдствіе острой анеміи. Однако болѣею частію удается спасти жизнь матери цѣлесообразнымъ пособіемъ; при менѣе обильныхъ внутреннихъ

кровеизліяніяхъ, роды могутъ окончиться даже силами природы. Младенець обыкновенно рождается мертвымъ. Вышедшая наружу плацента на мѣстѣ своего отслоенія представляется сдавленною и покрытою кровяными сгустками; въ тяжелыхъ случаяхъ наружная поверхность дѣтскаго мѣста представляется даже какъ бы разможженною.

Масловскій наблюдалъ кровотеченіе при родахъ, вслѣдствіе гоноройнаго воспаленія слизистой оболочки матки у беременной. Главнѣйшею причиною преждевременнаго отдѣленія мѣста считаетъ также заболѣванія отпадающей оболочки. Gottschalk ставитъ это явленіе въ зависимость отъ неудовлетворительнаго питанія decid. serotina, гдѣ развиваются регрессивныя измѣненія, что влечетъ за собою ослабленіе связи между плацентой и стѣнками матки. Weiss въ одномъ случаѣ преждевременнаго отслоенія плаценты, сопровождавшемъ periphritis chron., наблюдалъ также измѣненіе въ мышцахъ матки; именно мелкія кровоизліянія, а также припуханіе и разрошеніе соединительной ткани между мышечныхъ пучковъ.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ не представляетъ затрудненій. Наружныя кровотеченія во время беременности и въ началѣ родовъ можно смѣшать съ предлежаніемъ мѣста, но при внимательномъ внутреннемъ изслѣдованіи, если каналъ шейки пропускаетъ указательный палець, ошибки легко избѣжать, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, а при значительномъ раскрытіи маточнаго зѣва отличное распознаваніе возможно всегда. Когда кровотеченіе появляется во второмъ періодѣ родовъ, можетъ явиться предположеніе относительно разрыва матки; но продолжающіяся родовыя сокращенія и ясно очерченные контуры растянутой матки вскорѣ устраняютъ всякую мысль о нарушеніи цѣлости этого органа.

Признаки, сопровождающіе обильное внутреннее кровотеченіе, болѣе всего представляютъ сходство съ отдѣленіемъ послѣда отъ стѣнокъ околоплоднаго мѣшка при внѣматочной беременности. Если чрезъ правильно развитой нижній сегментъ матки удастся прощупать части плода и наружнымъ изслѣдованіемъ опредѣлить положеніе круглой связки, то предположеніе относительно внѣматочной беременности теряетъ всякое значеніе. Равнымъ образомъ ясно очерченные контуры матки и отсутствіе свободной крови въ полости живота, должны исключить всякую мысль о разрывѣ матки, о возможности появленія котораго иногда можно думать послѣ дѣйствія насилія на животъ беременной женщины.

Предсказаніе. Наименѣе благопріятно предсказаніе при обильномъ внутреннемъ кровотеченіи, но такіе случаи, къ счастью, встрѣчаются крайне рѣдко. При наружныхъ кровотеченияхъ, зависящихъ отъ различныхъ причинъ, на исходъ осложненія оказываетъ вліяніе, кромѣ количества потерянной крови, также время, когда кровотеченіе обнаружилось. Въ большинствѣ случаевъ легче справиться съ подобнымъ кровотеченіемъ во время родовъ, нежели когда оно появляется въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Точно также, какъ при предлежаніи мѣ-

ста, громадное значеніе имѣеть здѣсь цѣлесообразное примѣненіе акушерской помощи.

Льченіе. Когда значительное кровотеченіе появляется во время родовъ, всегда возникаетъ показаніе ускорить или поскорѣе окончить роды, но такимъ способомъ, чтобы отнюдь не причинить вреда матери. Въ первомъ періодѣ родовъ вначалѣ умѣстна тампонація влагаллица, какъ это дѣлается при предлежаніи мѣста. Если это недостаточно, слѣдуетъ примѣнить баллонъ Tarnier, кольпейринтеръ или мѣшокъ Barnes'a, а при достаточномъ раскрытіи зѣва, прибѣгнуть къ повороту на ножку и къ извлеченію плода. Послѣ чего отдѣлившееся мѣсто обыкновенно выходитъ само или легко выжимается рукою. Подобныя же средства слѣдуетъ примѣнять и во время беременности, если наружное кровотеченіе достигаетъ значительной степени или часто повторяется.

Негу на 21 тысячу родовъ нашли 27 случаевъ преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста. Rombach собралъ 27 такихъ случаевъ во время беременности. Weiss описалъ 8 случаевъ; 5 разъ кровотеченіе находилось въ зависимости отъ измѣненія почекъ и перерожденія отпадающей оболочки. Въ одномъ случаѣ больная умерла, въ другомъ нужно было прибѣгнуть къ операциіи Roggo для спасенія жизни беременной. Jurdine въ числѣ причинъ преждевременнаго отдѣленія мѣста считаетъ сифилисъ, трауму и патологическія измѣненія въ дѣтскомъ мѣстѣ. Graefe приводитъ 7 случаевъ, изъ которыхъ 3 окончились смертью. По наблюденіямъ Rousseau-Dumorget, изъ 13 случаевъ въ 3 послѣдовалъ летальный исходъ. По мнѣнію Budin'a преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста наичаще ограничивается разрывомъ *sin. circularis plac.* Feinberg видѣлъ при срочныхъ родахъ выпаденіе отдѣливагося дѣтскаго мѣста. Плодъ умеръ во время родовъ.

2. Кровотеченія послѣ рожденія плода.

Этіологія. Эти кровотечения появляются въ третьемъ періодѣ родовъ или вскорѣ послѣ выхожденія послѣда; нерѣдко они бываютъ чрезвычайно обильны и становятся опасными для жизни родильницы. Въ большинствѣ случаевъ причиною такихъ кровотеченій является слабость маточныхъ сокращеній, такъ называемая *атонія матки*. Эта слабость маточныхъ сокращеній наичаще представляетъ явленіе вторичное. При этомъ дѣтское мѣсто можетъ находиться въ полости матки, отдѣлившись не вполне, или же оно уже вышло наружу. Въ обоихъ случаяхъ кровоточащіе сосуды не закрываются на мѣстѣ отслоенія послѣда, вследствие *слабости или полного отсутствія мышечныхъ сокращеній въ стѣнкахъ матки*. При кровотеченияхъ, появляющихся въ третьемъ періодѣ родовъ, большею частію прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста ничего ненормальнаго не представляетъ. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается частичное приращеніе, сопровождающееся образованіемъ фиброзныхъ узловъ въ ткани мѣста, или даже сплошнымъ фибрознымъ измѣненіемъ краевъ плаценты (*pl. marginata*). Часто *плотное соединеніе плаценты* со стѣнкою матки зависитъ отъ преждевременнаго наступленія родовъ. Иногда причиною задержанія мѣста, или части его, является *неправильное образованіе дѣтскаго мѣста*—*pl.*

membranacea, lobularis, succenturiata и пр. Вообще при плотномъ соединеніи мѣста съ маткою нерѣдко задерживаются части послѣдняго, тѣсно соединенныя со стѣнками матки.

Ближайшею причиною слабости маточныхъ сокращеній наичаще является чрезмѣрное растяженіе матки двойнями, или большимъ количествомъ водъ; далѣе трудные и затыжные роды, измѣненія въ мышечной стѣнкѣ матки, развитіе фиброзныхъ опухолей, неправильное развитіе матки и проч. Нѣкоторые акушеры допускаютъ слабость, или вѣрнѣе отсутствіе маточныхъ сокращеній на мѣстѣ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, какъ это всегда бываетъ при предлежаніи плаценты. Нерѣдко атонія матки вызывается быстрымъ опорожненіемъ этого органа, когда плодъ поспѣшно извлекаютъ, или слишкомъ рано примѣняютъ способъ Среде для удаленія послѣда. Задержаніе небольшихъ частей отпадающей оболочки, и даже яйцевыхъ оболочекъ, представляетъ, при поспѣшномъ удаленіи послѣда, довольно частое явленіе; гораздо рѣже задерживается значительная часть оболочекъ. Такія осложненія, рѣже *задержаніе частей дѣтскаго мѣста*, составляютъ также одну изъ частыхъ причинъ позднихъ послѣродовыхъ кровотеченій, появляющихся на первой или второй недѣлѣ послѣ родоразрѣшенія. Гораздо рѣже причиною кровотеченія въ третьемъ періодѣ родовъ является *глубокій надрывъ на шейкѣ матки*, который наичаще происходитъ, когда извлекаютъ младенца при недостаточно раскрытомъ зѣвѣ, или когда проводятъ, при такихъ условіяхъ, руку въ полость матки. Въ рѣдкихъ случаяхъ глубокий надрывъ на шейкѣ происходитъ при родахъ, оканчивающихся силами природы.

Разрывъ влагалища преимущественно въ нижней, рѣже въ средней части, иногда можетъ причинить значительное кровотеченіе. Въ особенности оно бываетъ обильно, при надрывахъ слизистой оболочки *возль мочеиспускательнаго канала и клитора*, гдѣ находятся большія сосудистыя сплетенія, расположенныя поверхностно, а также пещеристыя тѣла клитора. Только въ исключительныхъ случаяхъ причиною послѣродовыхъ кровотеченій можетъ быть *кровоточивость*, haemophilia, и пораненія другихъ частей наружныхъ половыхъ органовъ при родахъ. Даже глубокіе полные разрывы промежности не сопровождаются почти никогда обильными кровотечениями.

Симптомы и теченіе. При значительныхъ потеряхъ крови, лицо роженицы блѣднѣетъ, пульсъ ускоряется, становится слабымъ и менѣе напряженнымъ, появляется жажда. Если маточныя кровотечения продолжаются съ прежнею силой, то являются болѣе рѣзкіе признаки анеміи—головокруженіе, потемнѣніе въ глазахъ, лицо еще болѣе блѣднѣетъ, его черты осовываются, конечности холодѣютъ, иногда на кожѣ появляется холодный потъ. Появляется тошнота, затрудненное дыханіе, иногда рвота и безпокойство; пульсъ въ лучевой артеріи дѣлается неощутимъ. Обнаруживается обморочное состояніе, наступаетъ

потеря сознания и наконец смерть, которой иногда предшествуют конвульсии. Къ счастью, такой печальный исходъ наблюдается рѣдко. При описанныхъ выше явленіяхъ, жидкая красная кровь вытекаетъ болѣе или менѣе значительною струей изъ половыхъ частей. При этомъ контуры сократившейся матки ясно обозначаются въ нижней части живота, когда причиною кровотеченія бываетъ глубокой надрывъ шейки или стѣнки влагалища. При атоніи, или слабости сокращеній матки, этотъ органъ напротивъ представляется сильно увеличеннымъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ контуры разслабленной матки даже вовсе не ощущаются чрезъ стѣнки живота. Они становятся замѣтными только при треніи и разминаніи живота. Часто въ такихъ случаяхъ наружу выходитъ немного крови, и значительное количество ея скопляется въ полости матки. Кровотеченіе является внутреннимъ по преимуществу. Въ такихъ случаяхъ, при надавливаніи на матку, изъ нея извергается наружу жидкая кровь и свертки, часто вмѣстѣ съ отдѣлившимся послѣдомъ, послѣ удаленія котораго обыкновенно кровотеченіе продолжается. Нерѣдко оно усиливается, даже послѣ удаленія послѣда. Когда самопроизвольно или при надлежащихъ пособіяхъ кровотеченіе прекращается, то появляются сокращенія въ маткѣ, которая плотно сжимается; въ такомъ состояніи ея дно прощупывается почти посрединѣ между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ.

Угрожающія явленія анеміи постепенно проходятъ; обморочное состояніе прекращается, появляется и поднимается пульсъ, конечности согреваются, тошнота и головокруженіе прекращается. Однако на болѣе или менѣе долгое время остается слабость; при попыткахъ приподняться, въ глазахъ темнѣетъ; пульсъ частъ, языкъ влажный, но обложенъ, зрачки расширены. Довольно характерныя явленія представляютъ сильныя головныя боли; иногда въ видѣ мигрени, въ другихъ случаяхъ онѣ сопровождаются ощущеніемъ какъ бы пустоты, оглушенія и стучанья въ головѣ. Часто въ такихъ случаяхъ инволюція матки происходитъ не вполне правильно. Количество потерянной крови достигаетъ 1000—1500,0, а въ случаяхъ болѣе тяжелыхъ до 2000,0 и даже 3000,0.

Распознаваніе. Для примѣненія успѣшной терапіи необходимо узнать ближайшую причину кровотеченія, что почти всегда удается при осмотрѣ наружныхъ частей, входа во влагалище, а также при ощупываніи живота. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ особенности, когда роды оканчиваются при помощи акушерской операціи, возможно совпаденіе атоніи матки и нарушенія цѣлости родовыхъ путей, которое также причиняетъ кровотеченіе. При такихъ условіяхъ сильное кровотеченіе начинается немедленно послѣ рожденія младенца и продолжается послѣ удаленія дѣтскаго мѣста и появленія хорошихъ сокращеній въ маткѣ. Когда этотъ органъ становится плотнымъ, кровотеченіе не прекращается, а только нѣсколько уменьшается.

Необходимъ тщательный осмотръ вышедшаго изъ матки или уда-

ленного послѣда, чтобы распознать задержаніе его части въ полости матки. Не трудно также ощупываніемъ поверхности матки черезъ брюшные покровы распознать развитіе въ ея стѣнкахъ фиброзныхъ опухолей. Наблюдения, сдѣланные во время родовъ, даютъ возможность иногда точно опредѣлить ближайшую причину послѣродоваго кровотеченія.

Предсказаніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ не представляется дурнымъ *quoad vitam*, хотя такія родильницы вообще представляютъ значительное расположеніе къ послѣродовымъ заболѣваніямъ. Вѣроятно немаловажное значеніе въ этомъ отношеніи имѣетъ подаваемое пособіе, такъ какъ нерѣдко приходится врачу вводить руку въ полость матки. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда исчезаетъ въ лучевой артеріи пульсъ, не слѣдуетъ терять надежды на спасеніе родильницы, коль скоро удастся остановить вполне дальнѣйшую потерю крови, разумѣется при рациональныхъ и дѣйствительныхъ пособіяхъ.

Льченіе. Во многихъ случаяхъ можно предупредить значительныя потери крови послѣ родовъ, если внимательно слѣдить за сокращеніемъ матки послѣ изгнанія плода, слегка растирая ея дно, и не спѣшить съ примѣненіемъ выжиманія послѣда. Не слѣдуетъ никогда дѣлать этого безъ надлежащихъ показаній раньше полчася послѣ рожденія младенца. Если не удастся выжать послѣдъ, можно ожидать около 2 часовъ, не прибѣгая безъ крайней надобности къ введенію руки въ матку. Никогда не слѣдуетъ забывать, что при тяжелыхъ формахъ послѣродовыхъ кровотеченій внутреннія лѣкарства имѣютъ второстепенное значеніе. Они медленно и слабо дѣйствуютъ на матку, хотя многія изъ нихъ оказываютъ благотворное вліяніе на общее состояніе организма, сильно ослабленнаго обильною потерей крови. Мы изложимъ сперва пособія при наиболѣе частыхъ первичныхъ послѣродовыхъ кровотеченияхъ, зависящихъ отъ *атоніи матки*. Когда послѣдъ еще не вышелъ и между тѣмъ кровотеченіе чрезвычайно обильно, прежде всего послѣдъ необходимо удалить. Большею частію это удается при надавливаніи на матку снаружи, по способу *Credé*; такъ какъ въ такихъ случаяхъ послѣдъ уже отдѣлился вполне, или же только на незначительномъ пространствѣ соединенъ съ маткою. Если бы этотъ способъ оказался не дѣйствительнымъ, необходимо ввести руку въ полость матки для отдѣленія и выведенія послѣда. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ только послѣ удаленія дѣтскаго мѣста можно, какъ уже сказано выше, распознать настоящую причину маточнаго кровотеченія.

По удаленіи послѣда, слѣдуетъ продолжать разминаніе матки черезъ брюшные покровы, чтобы вызвать сокращенія въ этомъ органѣ. Съ этою же цѣлью также, немедля нужно дать родильницѣ 2 или 3 приема по 0,2 *extr. secalis cornut. aquos.* черезъ 10 минутъ, или по 1,0 *pulv. secalis cornut. Cornutin*, который многіе хвалили, дѣйствуютъ не лучше *extr. secalis*, какъ это показали наблюденія *Ludwig'a* и *Savor'a*.

Если этихъ средствъ для сокращенія матки и остановки кровотеченія недостаточно, то слѣдуетъ ввести два пальца или полруки во влагалище, прижимать концами пальцевъ переднюю стѣнку матки или лучше ея нижнй сегментъ. Въ тоже время производить надавливаніе чрезъ брюшныя покровы, выше лоннаго соединенія, на дно и заднюю поверхность матки, сжимая такимъ образомъ двумя руками тѣло этого органа, а слѣдовательно и область матки, гдѣ сидѣло дѣтское мѣсто. Такимъ способомъ временно можно прекратить кровотеченіе при атоніи матки, пока успеютъ приготовить горячую воду для впрыскиванія въ ея полость. Для этой цѣли нужно брать 2—3 литра прокипяченной воды, Т. до 40° R. съ прибавленіемъ 2—3% *acid. borici*. Подъ руководствомъ руки въ полость матки вводятъ большой катетеръ *Bozeman'a*, чрезъ который и производятъ впрыскиваніе этой жидкости. Сперва



Фиг. 181.

ва вытекаетъ чистая кровь, потомъ сильно окрашенная кровью жидкость, наконецъ начинаетъ выходить почти безцвѣтная вода, что служитъ признакомъ остановки кровотеченія. Тамъ, гдѣ легко можно имѣть чистый ледъ, можно примѣнить впрыскиваніе ледяной воды, также съ прибавленіемъ *acid. borici* или *acid. salycilici*. Впрочемъ, при значительныхъ потеряхъ крови и развившемся колапсѣ, слѣдуетъ предпочитать впрыскиваніе горячей воды. Въ настоящее время избѣгаютъ вяжущихъ впрыскиваній въ полость матки, по крайней мѣрѣ при первичныхъ послѣродовыхъ кровотеченияхъ.

При внутреннемъ кровотеченіи, сперва необходимо опорожнить матку отъ находящихся въ ней кровяныхъ свертковъ и жидкой крови; для этой цѣли достаточно произвести надавливаніе на матку чрезъ брюшныя стѣнки, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ этотъ пріемъ недостаточенъ, приходится съ этой цѣлью ввести руку въ полость матки. Къ такому же пріему иногда также приходится прибѣгать, при задержаніи дольки послѣда или значительной части оболочекъ яйца, чтобы отдѣлить отъ маточной стѣнки эти остатки и удалить ихъ наружу. Въ настоящее время рѣдко прибѣгаютъ, при атоническомъ кровотеченіи, къ введенію руки въ полость матки единственно съ цѣлью раздраженія, посредствомъ тренія ея внутренней поверхности или при-

жатія мѣста, гдѣ сидѣла плацента при помощи другой руки. Во всѣхъ случаяхъ, когда послѣ этихъ пособій матка сократилась и кровотеченіе уменьшилось, слѣдуетъ положить подъ ягодицы и половыя части родильницы чистую подстилку или кусокъ обезпложенной ваты, чтобы составить себѣ вѣрное понятіе о количествѣ истекающей изъ матки крови.

По наблюденіямъ Ahlfeld'a послѣдъ задерживается только въ 0,7% родовъ. Слѣдуетъ удалить, вопреки мнѣнію Veit'a и другихъ акушеровъ, куски дѣтскаго мѣста, задержавшіеся въ маткѣ; что касается оболочекъ яйца, послѣднія нужно удалять только въ томъ случаѣ, если ихъ много осталось въ полости матки. Strauss и нѣкоторые другіе акушеры удаляютъ оболочки только въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ находятся въ зѣвѣ. Velits нашелъ задержаніе небольшихъ кусковъ оболочекъ въ 52% всѣхъ родовъ (?). Наилучшіе результаты въ послѣродовомъ періодѣ дастъ удаленіе оболочекъ.

Если, несмотря на промываніе матки горячею водою или прижатіе этого органа, кровотеченіе продолжается, и матка легко расслабляется; то при значительной потерѣ крови, уже повліявшей на пульсъ и цвѣтъ лица больной, необходимо прибѣгнуть къ тампонаціи матки для предупрежденія появленія болѣе тяжелыхъ симптомовъ анеміи. Лучше всего для этой цѣли употребить полоски обезпложенной 5% іодоформенной марли, менѣе годна 4% салициловая марля. Можно также брать нѣкоторое количество 10% іодоформенной марли, и заканчивать тампонацію обезпложенной ватою. Роженицу слѣдуетъ положить на поперечную кровать съ приподнятыми къ животу бедрами, затѣмъ ввести большое зеркало Sims'a и верхній подъемникъ. Удаливъ кровь, переднюю губу захватываютъ пулевыми щипцами, послѣ чего верхній подъемникъ удаляется прочь, и вмѣсто него вводятъ 2 боковыхъ. Удерживая матку щипцами, въ полость ея вводятъ сложенные полоски марли, шириною не меньше 4 пальцевъ, при помощи корнцанга, пока вся полость матки не будетъ выполнена марли; тогда тампонируютъ влагалище, для чего можно брать обезпложенную или салициловую вату. По окончаніи тампонаціи необходимо большой кусокъ ваты положить на наружныя половыя части и укрѣпить его помощію Т-образной повязки, проходящей также чрезъ животъ. Контуры матки, наполненной марли, ясно ощущаются, и самъ этотъ органъ представляется плотнымъ. Если на дно матки положить снаружи живота туго сложенную салфетку, то Т-образная повязка будетъ производить съ двухъ сторонъ давленіе на матку, чрезъ влагалище и брюшныя покровы, и не дозволитъ этому органу растягиваться. Въ противоположность мнѣнію нѣкоторыхъ гинекологовъ, мы, по собственному опыту, пришли къ убѣжденію, что вообще тампонаціи матки 5% іодоформенной марли не препятствуетъ сама по себѣ сжиманію этого органа. Нерѣдко мы замѣчали вскорѣ послѣ введенія марли появленіе схватокъ, сопровождающихся болями. Хорошо произведенная тампонаціи съ приложеніемъ давящей Т-образной повязки, по нашимъ наблюденіямъ,

представляетъ наиболѣе вѣрное средство для остановки атоническихъ кровотеченій.

Единственное неудобство этого способа состоитъ въ необходимости имѣть помощниковъ, что въ частной практикѣ не всегда возможно; но при надлежащемъ навыкѣ можно произвести тампонацію при помощи одной акушерки, которой слѣдуетъ поручить держать зеркало и боковой подъемникъ. Въ крайности можно произвести тампонацію даже безъ участія помощника. Для этой цѣли слѣдуетъ ввести лѣвую руку во влагалище и полость матки, при чемъ тыльная поверхность ручной кисти должна быть обращена къ крестцовой впадинѣ; нужно слегка надавливать ею кзади, чтобы достаточно раскрыть входъ во влагалище. По передней поверхности ручной кисти при помощи корнцанга проводятъ полоски марли и выполняютъ ими сперва полость матки, затѣмъ, нѣсколько вытянувъ руку, каналъ влагалища. Хотя такимъ способомъ не всегда удастся произвести тампонацію вполне удовлетворительно, и чрезъ нѣкоторое время иногда приходится ее производить вновь; тѣмъ не менѣе и при такомъ способѣ кровотеченіе всегда рѣзко уменьшается, а иногда даже прекращается. По окончаніи тампонаціи, на нижнюю часть живота слѣдуетъ положить пузырь со льдомъ на нѣсколько часовъ. Введенную въ матку марлю мы оставляемъ на сутки. Обыкновенно уже чрезъ нѣсколько часовъ изъ половыхъ частей начинаетъ просачиваться кровянистая жидкость въ умѣренномъ количествѣ. После удаленія марли, что совершенно безболѣзненно, влагалище промываютъ 2% растворомъ карболовой кислоты. Если встрѣтится въ практикѣ случай послѣродоваго атоническаго кровотечения, въ которомъ вышеописанная тампонація оказалась бы средствомъ недействительнымъ, необходимо вмѣсто іодоформенной марли ввести въ полость матки нѣсколько тампоновъ изъ обезпложенной марли или гигроскопической ваты, пропитанныхъ 8% воднымъ растворомъ liq. ferri sesquichlorati.

При кровотеченіи изъ наружныхъ половыхъ частей и влагалища помогаетъ прижатіе ватой, а въ упорныхъ случаяхъ наложеніе швовъ. Гораздо труднѣе остановить опасное кровотеченіе, являющееся послѣдствіемъ *глубокаго надрыва шейки*. Прежде всего слѣдуетъ прибѣгнуть къ прижатію матки, по вышеописанному способу, двумя руками, при чемъ пальцы руки, введенной во влагалище, должны непремѣнно прижимать рыхлую шейку матки къ передней стѣнкѣ этого органа. Это пособіе помогаетъ большею частію только временно, пока окажется возможнымъ примѣнить другія болѣе радикальныя мѣры.

Самымъ дѣйствительнымъ средствомъ и здѣсь является наложеніе швовъ на мѣсто разрыва. Къ сожалѣнію, для выполнения этой маленькой операциіи нужно имѣть, по крайней мѣрѣ двухъ помощниковъ, потому что для правильнаго наложенія швовъ необходимо роженицѣ придать положеніе на спинѣ съ приподнятыми къ животу бедрами, и ввести во влагалище зеркало Симса. Иногда впрочемъ удается захва-

тять губы шейки крѣпкими пулевыми щипцами и вытянуть ихъ наружу, надавливая на нижнюю часть живота выше лоннаго соединенія. Швы накладываются изогнутой хирургической иглой шелкомъ въ поперечномъ направленіи. Когда у врача нѣтъ помощниковъ и не оказывается необходимыхъ инструментовъ для наложенія швовъ, при разрывахъ шейки слѣдуетъ прибѣгнуть къ тампонадіи матки и влагалища, чтобы остановить кровотеченіе давленіемъ. Нѣкоторые совѣтуютъ въ такихъ случаяхъ на кровоточащія мѣста прикладывать ватные тампоны, напитанные 8% растворомъ *liqu. ferri sesquichlorati*, что во всякомъ случаѣ слѣдуетъ примѣнить только въ крайности.

Въ то время, когда примѣняютъ эти мѣстные средства для остановки кровотеченія, врачъ никогда не долженъ упускать изъ вида общее состояніе родильницы. Коль скоро у нея обнаружилия явленія анемии, необходимо примѣнить возбуждающія и укрѣпляющія средства. Внутрь глотками даютъ вино (портвейнъ, хересъ, шампанское и проч.) или крѣпкій холодный кофе. Когда нѣтъ тошноты, родильницѣ можно давать молоко или бульонъ, а для питья чай или холодную воду. При тошнотѣ полезно глотать кусочки льда, а также пить понемногу сельтерской или содовой воды; на область желудка нужно класть горчичники. Нѣкоторые примѣняютъ также питательный клистиръ—бульонъ съ желткомъ и съ прибавленіемъ столовой ложки вина. Когда появилось головокруженіе и обморочное состояніе, родильницу слѣдуетъ положить на спину и принять подушку изъ подъ головы. Въ виду развившейся острой анеміи мозга, нужно на голову прикладывать горячіе компрессы, подъ кожу необходимо впрыскивать эфиръ одинъ или съ камфорой, въ количествѣ 2—4 шприцевъ, подносить къ носу нашатырный спиртъ на платкѣ, а также открыть двери и окна, если это позволяетъ время года.

При значительномъ упадкѣ пульса, слѣдуетъ не медля перевязать всѣ 4 конечности поближе къ тѣлу, *autotransfusio*, и поставить клистиръ изъ теплаго солянаго раствора—7:1000, въ количествѣ 1—2 стакановъ; еще лучше изъ такого же раствора сдѣлать впрыскиваніе подъ кожу въ количествѣ 1—3 литровъ при посредствѣ воронки.

Ziemssen на основаніи своихъ опытовъ нашелъ этотъ способъ особенно полезнымъ при быстрыхъ потеряхъ крови. Пока осталось 30% гемоглобина и 2 милл. кровяныхъ шариковъ въ 1 смм. крови, можно надѣяться на спасеніе жизни. При хроническихъ потеряхъ крови болѣе умѣстно переливаніе крови, которое иногда одно можетъ спасти больную, у которой осталось не болѣе 25% гемоглобина и 1 милл. кровяныхъ шариковъ въ 1 смм. Въ послѣднее время эти способы стали примѣнять большинство клиницистовъ. Подкожное введеніе искусственной сыворотки посредствомъ аппарата Potain'a между прочимъ хвалить Pinard, Leclerc и др. Впрыскиваніе этой жидкости въ вены или артеріи, какъ совѣтуетъ Kelly, по меньшей мѣрѣ излишне. Neules пашель, что введеніе горячей воды въ прямую кишку также дѣйствуетъ успокаивающимъ образомъ и останавливаетъ послѣродовое кровотеченіе, зависящее отъ атоніи матки. Совершенно напрасно Veit и нѣкоторые другіе врачи сомнѣваются въ пользѣ прижатія матки и тампонадіи при послѣродовыхъ кровотеченияхъ. Недавно

Klumpf совѣтовалъ для остановленія кровотеченія въ такихъ случаяхъ производить чрезъ брюшныя покровы надавливаніе на матку соединенное съ легкимъ но быстрымъ сотрясеніемъ. Считаемо не лишнимъ упомянуть, что въ Харьковской акушерской клиникѣ тампонація матки при послѣродовомъ кровотеченіи была произведена мною еще въ 1886 году, слѣдовательно раньше сообщенія Dührssen'a.

Прижатіе брюшной аорты также слѣдуетъ временно примѣнять въ серьезныхъ случаяхъ, чтобы задержать кровотеченіе, пока будетъ примѣнено болѣе радикальное пособіе. Въ многихъ случаяхъ спасеніе жизни родильницы зависитъ отъ энергіи и самообладанія врача. Не слѣдуетъ забывать, что пока дѣйствуетъ сердце, не должно терять надежды спасти женщину. Въ особенности молодыя роженицы хорошо переносятъ даже сильнѣйшія потери крови.

Важное значеніе имѣетъ послѣдовательный уходъ и лѣченіе родильницъ, перенесшихъ большія потери крови. Ихъ слѣдуетъ продолжительное время оставлять въ постели, не позволяя первые дни даже ворочаться на бокъ и запрещая сидѣть ранѣе 10—14 дней. Тишина и спокойствіе безусловно необходимы. Slѣдуетъ давать питательную и удобоваримую пищу по немногу, но часто, черезъ 2—3 часа, и поддерживать T. въ комнатѣ не ниже 15° R. При сильныхъ и продолжительныхъ головныхъ боляхъ, наилучшимъ средствомъ являются горячіе компрессы на голову и холодный настой крѣпкаго кофе, который больная пьетъ глотками. Кормленіе можно дозволить, спустя 1—2 дня послѣ родовъ, когда уже исчезли угрожающіе признаки острой анеміи.

Veit на 47 тысячъ родовъ въ клиникѣ нашелъ 5 случаевъ смерти родильницъ отъ атоническаго кровотеченія, между тѣмъ въ частной практикѣ на 6.700 родовъ умерли отъ этой причины 12 женщинъ. Schauta вполне справедливо обращаетъ вниманіе врачей на правильное и дѣлсообразное веденіе 3 періода родовъ для избѣжанія большихъ потерь крови.

Глава 14.

Неправильности маточныхъ сокращеній и дѣйствія брюшного пресса.

Сокращеніе матки и дѣйствіе брюшного пресса представляютъ одинъ изъ необходимыхъ факторовъ родовъ, именно изгоняющую силу. Уклоненія въ проявленіи этой силы встрѣчаются часто, въ особенности при ненормальномъ состояніи другихъ факторовъ родовъ и въ зависимости отъ этихъ аномалій. Неправильности родовой дѣятельности матки и брюшного пресса можно разсматривать какъ самостоятельныя разстройства только при нормальномъ состояніи остальныхъ факторовъ родовъ. По крайней мѣрѣ только при такихъ условіяхъ мы въ состояніи вполне оцѣнить значеніе этихъ разстройствъ, и въ случаѣ надобности направить наши врачебныя пособія противъ послѣднихъ. Родовая дѣятельность матки въ огромномъ большинствѣ случаевъ соотвѣтствуетъ сопротивленію,

встрѣчаемому подлежащую частію. Въ этомъ смыслѣ только можно допустить мнѣніе Assonci, который полагаетъ, что сокращенія матки совершаются правильно, коль скоро нервные аппараты этого органа находятся въ нормальномъ состояніи. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ родовыя сокращенія бываютъ чрезвычайно сильными, въ другихъ слишкомъ слабыми и наконецъ нерѣдко они принимаютъ судорожный характеръ. Слѣдовательно всѣ ненормальныя проявленія родовой дѣятельности матки и брюшного пресса можно раздѣлить на три вида: 1) слишкомъ сильныя родовыя сокращенія, 2) чрезчуръ слабыя и 3) спазматическія сокращенія матки.

1. Чрезмѣрно сильныя сокращенія матки и брюшного пресса.

Этіологія. Такія сокращенія встрѣчаются вообще рѣдко при нормальномъ или ослабленномъ сопротивленіи, представляемомъ родовымъ каналомъ. Они наблюдаются чаще у многороженицъ, нежели у первороженицъ. Причиною этой неправильности считаютъ гипертрофію мышцъ тѣла и дна матки, слишкомъ короткую пуповину, малую величину плода, испугъ и внезапныя душевныя волненія. Иногда чрезмѣрно сильныя потуги появляются у роженицъ, одержимыхъ острыми лихорадочными заболѣваніями.

Симптомы и теченіе. Чрезвычайно энергичныя сокращенія матки, появляющіяся иногда внезапно, продолжаются почти непрерывно или перемежаются очень короткими паузами, и рано вызываютъ соотвѣтственную дѣятельность брюшного пресса. Роженица неудержимо жидится и напрягается, ея лицо сильно краснѣетъ, и шейныя вены напрягаются; часто это сопровождается сильными болями въ животѣ и вызываетъ у роженицы громкіе крики, иногда даже тошноту и рвоту.

Роженица сильно мучится, становится безпокойной и чрезмѣрно напрягается. При такихъ условіяхъ можетъ послѣдовать изгнаніе плода даже у первороженицъ необыкновенно быстро, въ теченіи 1—2 часовъ отъ начала родовъ, а у многороженицъ чрезъ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа и даже скорѣе. Такіе роды носятъ названіе *partus praecipitatus*. Въ подобныхъ случаяхъ у многороженицъ плодъ изгоняется одною или нѣсколькими схватками; роженица иногда не успѣваетъ даже лечь въ постель, младенецъ съ силою выбрасывается на полъ изъ половыхъ частей, при стоячемъ или сидячемъ положеніи женщины, при чемъ пуповина разрывается, и на головкѣ плода иногда замѣчается ушибъ. Если роженица остается въ постели, и акушерка успѣетъ прибыть во время, роды могутъ окончиться благополучно даже у перворождающихъ. Въ противномъ случаѣ можетъ произойти глубокой надрывъ маточной шайки, а еще чаще болѣе или менѣе значительный, иногда даже полный разрывъ пременности, особенно у перворождающихъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезмѣрно сильныя родовыя боли появляются только во второмъ періодѣ родовъ; само собою разумѣется, такіе случаи представляютъ менѣе опасностей.

Послѣ изгнанія плода, при чрезмѣрно быстрыхъ родахъ, иногда наблюдается кровотеченіе, обморочное состояніе роженицы, задержаніе дѣтскаго мѣста, въ рѣдкихъ случаяхъ даже выворотъ матки; въ исключительныхъ случаяхъ развивается подкожная эмфизема въ верхней части тѣла. Большинство этихъ осложненій объясняется расслабленіемъ матки, наступающимъ всегда за чрезмѣрно усиленной дѣятельностью этого органа, хотя иногда послѣродовое кровотеченіе можетъ также происходить вслѣдствіе глубокихъ разрывовъ родового канала. Что касается подкожной эмфиземы, то появленіе ея обусловливается наичаще небольшими разрывами мелкихъ бронховъ и вступленіемъ воздуха, въ зависимости отъ чрезмѣрнаго напряженія брюшного пресса, изъ дыхательныхъ путей въ подкожную клетчатку, причемъ покровы шеи, затылокъ и грудь вздуваются, и при дотрагиваніи обнаруживаютъ крепитацию. Этотъ рѣдкій симптомъ замѣчается еще нѣсколько дней послѣ родовъ.

Часто слишкомъ быстрые роды повторяются у одной и той же женщины, въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта ненормальность представляетъ явленіе наследственное.

Лѣченіе. Акушерская помощь нѣрѣдко имѣетъ важное значеніе въ подобныхъ случаяхъ. Роженицу съ чрезвычайно сильными родовыми сокращеніями, или у которой уже были прежде *partus praecipitatus*, слѣдуетъ рано уложить въ постель и дать ей положеніе на боку. Внутрь наиболѣе умѣстно назначить опій по 0,03 *pro dosi*, еще лучше поставить небольшой клистиръ съ прибавленіемъ *tinct. opii gtt. X—XV* или 1,0 *chloralhydrati*. Въ началѣ родовъ умѣстно также впрыскиваніе подъ кожу живота 0,01 *morphii muriatici*. Въ періодъ изгнанія плода роженицѣ слѣдуетъ совѣтовать не напрягаться; при этомъ нужно тщательно поддерживать промежность, при боковомъ положеніи роженицы, во время выхожденія головки. Въ это время большую услугу могутъ оказать вдыханія хлороформа до легкаго наркоза. При опасныхъ явленіяхъ, иногда обнаруживающихся въ третьемъ періодѣ родовъ, слѣдуетъ дѣйствовать сообразно показаніямъ.

2. Слишкомъ слабыя родовыя сокращенія матки.

Этіологія. Слишкомъ слабыя маточныя сокращенія, или слабое дѣйствіе брюшного пресса можно признать только въ тѣхъ случаяхъ, когда родовыя схватки по своей силѣ, продолжительности и частотѣ не проявляются съ достаточною энергіей, соотвѣтственно періоду родовъ; вслѣдствіе чего при нормальномъ соотношеніи другихъ факторовъ, ходъ родовъ значительно замедляется, и даже роды на время могутъ совершенно остановиться.

Слабость родовыхъ сокращеній иногда проявляется въ началѣ перваго періода и продолжается во все время хода родовъ. Это такъ называемая *первичная слабость потугъ*. Въ другихъ случаяхъ эта ненормальность обнаруживается, какъ явленіе послѣдовательное во второмъ или третьемъ періодѣ родовъ, послѣ болѣе или менѣе продолжительныхъ энергическихъ сокращеній матки. Такая аномалія носитъ назва-

ніе *вторичной слабости потугъ*. Слабость потугъ зависитъ отъ измѣненій въ самой маткѣ или же отъ ненормальностей въ другихъ органахъ живота и въ общемъ состояніи организма. Причиною ея бываетъ слабое развитіе и врожденная неправильность матки, *hypoplasia uteri*, различные виды *uterus duplex*, далѣе заболѣванія матки острого и хроническаго характера—*perimetritis*, *metritis chron.*, *fibroid. uteri* и пр., обильная потеря крови при родахъ, наичае при *pl. praev.*, значительное растяженіе матки яйцемъ при двойняхъ и *hydramnion*, а также чрезмѣрное растяженіе нижняго сегмента матки. Иногда слабость потугъ у многоороженецъ зависитъ отъ измѣненія въ мышцахъ матки вслѣдствіе частыхъ или тяжелыхъ родовъ, влекущихъ за собою образованіе большого количества плотной клѣтчатки, похожей на рубцовую ткань. Послѣ разрыва матки потуги всегда ослабѣваютъ или прекращаются совершенно,

Наиболѣе частою причиною, независящею непосредственно отъ матки, слѣдуетъ считать истощеніе силъ роженицы вслѣдствіе продолжительныхъ или крайне болѣзненныхъ родовъ. Слабость потугъ есть довольно частое явленіе у тучныхъ женщинъ; она замѣчается также при общихъ или тяжелыхъ мѣстныхъ заболѣваніяхъ, при переполненіи и вздутіи кишечнаго канала и при переполненіи пузыря мочею. Иногда неблагоприятное вліяніе на маточныя сокращенія оказываетъ душевное волненіе. Нерѣдко мы не въ состояніи опредѣлить причину слабости потугъ въ данномъ случаѣ. Клиническія наблюденія показываютъ, что эта ненормальность чаще замѣчается у первороженецъ.

Недавно Schaeffer представилъ результаты своихъ изслѣдованій при помощи кимографіона надъ нормальными и ненормальными родовыми сокращеніями матки. Онъ нашелъ что при слабости потугъ сокращенія матки въ I и II періодѣ родовъ слабѣе и паузы длиннѣе. Средняя продолжительность сокращеній въ I періодѣ была 94" и 88", во II 79" и 82", паузы 245", 94", 133" и 72". Отъ начала родовъ до изгнанія плода послѣдовало 108 родовыхъ схватокъ, изъ нихъ въ I періодѣ 69, во II 39; слѣдовательно вдвое больше, нежели при нормальной дѣятельности матки по даннымъ того же изслѣдователя. Пока эти изслѣдованія практическаго значенія не имѣютъ.

Симптомы и теченіе. При слабости потугъ маточныя сокращенія являются чрезъ большіе промежутки, бываютъ коротки и мало выражены. Влагалищная часть или маточный зѣвъ по цѣлымъ часамъ остаются безъ всякой перемѣны. Околоплодный пузырь мало или вовсе не напрягается, расширеніе наружнаго устья совершается крайне медленно, и плодъ остается подвижнымъ во время схватки. Послѣ истеченія околоплодной жидкости, на подлежащей головкѣ опухоль не образуется, не смотря на продолжительное стояніе ея на одной высотѣ въ тазу, и не происходитъ захожденіе швовъ при маточныхъ сокращеніяхъ. Если головка стоитъ высоко, то вылые края зѣва располагаются въ тазовомъ каналѣ. Пульсъ и температура наичае остаются нормальными во все время родовъ. Роженица совершенно спокойна и часто имѣетъ хорошій аппетитъ, даже во второмъ періодѣ родовъ.

Иногда потуги совершенно прекращаются, женщина засыпаетъ на

нѣсколько часовъ; нерѣдко въ такихъ случаяхъ ея силы какъ бы восстанавливаются. Послѣ сна появляются хорошія схватки, брюшной прессъ дѣйствуетъ правильно, и роды могутъ окончиться благополучно.

Въ другихъ случаяхъ, послѣ истеченія водъ во второмъ періодѣ родовъ, маточныя сокращенія дѣлаются судорожными, являются постоянныя боли въ животѣ и поясницѣ, роженица становится безпокойною и нетерпѣливою. Продолжительное стояніе подлежащей части въ родовомъ каналѣ можетъ повлечь за собою мѣстами прижатіе стѣнки послѣдняго съ послѣдовательнымъ омертвѣніемъ и образованіемъ свищей. При такихъ условіяхъ нерѣдко обнаруживаются явленія, указывающія на опасность для жизни плода. Слабость маточныхъ сокращеній въ третьемъ періодѣ родовъ представляетъ явленіе весьма опасное, такъ какъ оно неизбѣжно сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ, вслѣдствіе атоніи матки.

Обыкновенно въ основѣ всѣхъ вышеизложенныхъ явленій лежитъ слабая или недостаточная дѣятельность всей матки, а иногда также брюшного пресса. Кромѣ общей слабости сокращеній матки, безъ сомнѣнія, существуетъ также слабая сократительность нѣкоторыхъ отдѣловъ, или даже частей этого органа. Эта ненормальность можетъ проявляться преимущественно въ днѣ, въ маточной шейкѣ, на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты или на мѣстѣ расположенія фиброзной опухоли, а также въ области, гдѣ переходитъ въ матку труба, и въ какомъ-либо другомъ мѣстѣ тѣла матки. Такая частичная или мѣстная слабость маточныхъ сокращеній врядъ ли имѣетъ какое-либо практическое значеніе въ теченіе двухъ первыхъ періодовъ родовъ, коль скоро цѣлость матки не нарушается.

Распознаваніе. Внимательно слѣдя за ходомъ родовъ, за мѣстными измѣненіями въ состояніи маточнаго зѣва и за движеніемъ подлежащей части, всегда можно установить правильное распознаваніе слабой родовой дѣятельности. Гораздо труднѣе распознать непосредственную причину этой ненормальности. При родахъ преждевременныхъ или срочныхъ, когда маточныя сокращенія слабы, каналъ шейки долгое время не укорачивается, и края зѣва не сглаживаются въ первомъ періодѣ родовъ. Во второмъ періодѣ родовъ нерѣдко, при правильныхъ предложеніяхъ, значительное сопротивленіе тазоваго дна въ практикѣ принимается за слабость родовыхъ сокращеній, какъ показаніе къ положенію щипцовъ.

Предсказаніе. Въ первомъ періодѣ родовъ, пока пузырь цѣлъ, слабость потугъ обыкновенно не оказываетъ вреднаго вліянія на мать и младенца; но если по истеченіи водъ характеръ родовой дѣятельности не измѣняется къ лучшему, то при слишкомъ замедленныхъ родахъ съ одной стороны возникаетъ большая возможность зараженія, а съ другой стороны, при продолжительномъ прижатіи младенца и дѣтскаго мѣста, иногда развивается асфиксія и можетъ даже послѣдовать смерть

плода. Во второмъ періодѣ родовъ, какъ сказано выше, замедленіе родовъ можетъ сопровождаться также опасными послѣдствіями для здоровья матери. Большею частію положеніе становится серьезнымъ, если не послѣдуетъ выхожденіе плода чрезъ 7—8 часовъ послѣ истеченія водъ и расширенія зѣва. Сама по себѣ значительная продолжительность родовъ, когда послѣдніе тянутся двое сутокъ или болѣе, даже если они оканчиваются силами природы, располагаетъ къ послѣродовымъ заболѣваніямъ.

Льченіе. Въ первомъ періодѣ родовъ, пока околоплодный пузырь цѣль, всякія оперативныя пособія излишни. Если животъ вздуть газами и кишечный каналъ наполненъ экскрементами, слѣдуетъ поставить клистиръ изъ настоя ромашки съ прибавленіемъ прованскаго масла. Рѣдко переполненіе желудка служитъ показаніемъ къ назначенію рвотныхъ. Съ этою цѣлью можно примѣнить pulv. Ipecacuanh. 0,1—0,15 или Tartar. emet. 0,01—0,02 pro dosi, черезъ полчаса до дѣйствія. При кишечныхъ коликахъ полезно пить настой мяты. При лихорадочномъ состояніи слѣдуетъ назначать роженицѣ тепловатую ванну или дать небольшой приемъ антипирина. Если въ этотъ періодъ родовъ силы роженицы нѣсколько ослабѣли, нужно дать немного хорошаго вина, кофе, чай и питательную преимущественно жидкую пищу; изъ лѣкарствъ наиболѣе умѣстны небольшія дозы chinini muriatici. Болѣе 0,3 на приемъ этого средства давать не слѣдуетъ, такъ какъ у нѣкоторыхъ женщинъ хининъ несомнѣнно производитъ сильныя судорожныя сокращенія матки. Рекомендуютъ нѣкоторыми врачами разрывъ околоплоднаго пузыря, какъ средство усиливающее потужную дѣятельность матки, можно въ большинствѣ случаевъ примѣнить только при полномъ раскрытіи зѣва, въ особенности если подлежащая часть еще не опустилась во входъ таза; но когда головка стоитъ низко и неподвижно въ тазу въ правильномъ предлежаніи, или когда количество водъ слишкомъ велико, можно произвести раньше проколъ оболочекъ яйца, съ цѣлью усилить родовыя сокращенія матки.

Если при неполномъ раскрытіи зѣва воды прошли, то при слабости маточныхъ сокращеній уже является показаніе къ примѣненію мѣстныхъ средствъ, въ числѣ которыхъ важное значеніе имѣютъ теплые или даже горячіе души въ количествѣ 2—3 литр., повторяемые чрезъ $\frac{1}{2}$ —1 часъ; къ жидкости не мѣшаетъ прибавлять небольшое количество acid. salicylici cum natro salicylico или около 2—3% acid. borici. Далѣе благоприятное вліяніе оказываетъ примѣненіе кольпейринтера С. Браунъ'a, который, растягивая влагалище и надавливая на нижній сегментъ матки, вызываетъ и усиливаетъ маточныя сокращенія. Когда является показаніе усилить родовую дѣятельность матки въ то время, когда влагалищная часть еще не изгладилась, слѣдуетъ расширить каналъ шейки постепенномъ введеніемъ также бужей Hegar'a, за тѣмъ аппарата Tarnier. Коль скоро въ матку проходитъ указательный палецъ, можно приступить къ введенію мѣшковъ R. Barnes'a.

Назначение препаратов рожковъ, *secalis cornuti*, показывается только въ концѣ второго періода родовъ, такъ какъ рожки въ порошокъ и различные ихъ препараты—*extr. aquos.*, *ergotin.*, *cornutin.*, *extr. fluid. secalis cornut.* и пр., введенные въ организмъ въ дѣйствительной дозѣ, вызываютъ несомнѣнно сокращенія матки; но послѣднія вскорѣ принимаютъ судорожный характеръ, послѣдствіемъ чего является нарушение правильной функции дѣтскаго мѣста, что часто влечетъ за собою смерть плода. Если чрезъ $\frac{1}{2}$ —1 часъ, послѣ значительнаго приема этого средства, роды не окончатся,—младенецъ часто рождается мертвый или же съ явлениями сильнѣйшей асфиксіи; почему принято за правило назначать рожки роженицамъ не раньше, какъ въ концѣ второго періода. Въ такихъ случаяхъ роды возможно окончить искусственно въ тѣхъ случаяхъ, если чрезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ назначенія рожковъ не послѣдуетъ изгнаніе плода. Наичаще это средство назначается въ видѣ свѣже приготовленнаго порошка, по 0,6 чрезъ 10 минутъ, дается три такихъ приема или по 1,0, два приема. Удобнѣе назначать *extr. secalis cornuti aquos.* по 0,15—0,2 *pro dosi*, 2—3 приема чрезъ 10 минутъ, съ прибавленіемъ нѣсколькихъ капель *tinct. cinnamomi*.

Когда сокращенія матки и дѣятельность брюшного преса недостаточны для изгнанія плода, даже послѣ приема рожковъ и другихъ средствъ, а между тѣмъ возникаетъ показаніе поскорѣе окончить роды, слѣдуетъ примѣнить соответственное оперативное пособіе.

Совершенно иначе нужно дѣйствовать въ тѣхъ случаяхъ, когда замедленіе родовъ по преимуществу зависитъ отъ недѣятельности брюшного преса, который иногда роженицы избѣгаютъ примѣнять при изгнаніи плода, чтобы не усиливать болевыхъ ощущеній въ маткѣ и въ особенности во входѣ во влагалище. Въ подобныхъ случаяхъ оказывается полезнымъ вдыханіе хлороформа до неполнаго наркоза. Почувствовавъ уменьшеніе болей, роженица начинаетъ болѣе энергично употреблять въ дѣло свой брюшной пресъ, причемъ роды иногда могутъ окончиться силами природы.

Многія другія средства, предложенныя въ разное время, большею частію мало или вовсе недѣйствительны; къ числу такихъ медикаментовъ слѣдуетъ отнести *bo-gaх*, *pilocarpin. muriat.* и пр. Абрамоновъ нашелъ дѣйствительными средствами при слабости потугъ *strichin. nitr.*, но это средство можетъ причинить отравленіе плода. Bossi приписываетъ хорошее вліяніе на родовыя сокращенія матки приемъ обыкновеннаго сахара въ растворѣ 1 : 8, а Gundrum—настойкѣ *Kola. Cowen* нашелъ, что *suppositoria* изъ глицерина въ *rectum* усиливаютъ родовыя сокращенія. *Mitra* при слабости потугъ назначаетъ *rad. iprecasualphae* по 0,2 *pro dosi*. Примѣненіе постоянного электрическаго тока—одинъ полюсъ на поясницу, другой на животъ, хотя иногда сопровождается появленіемъ усиленныхъ сокращеній матки, но въ частной практикѣ врядъ ли удобопримѣнимо. Раздраженіе груди и введеніе пальца въ каналъ шейки также не заслуживаютъ примѣненія, точно также какъ измѣненіе положенія роженицы въ сидячее, къ чему часто прибѣгаютъ повитухи.

3. Судорожныя сокращенія матки.

Нерѣдко сокращенія матки во время родовъ становится спазматическими, причемъ наичаще они имѣють клоническій, рѣже тоническій характеръ.

а) *Судорожныя сокращенія матки клонического характера.*

Этіологія. Судорожныя сокращенія клоническія обыкновенно распространяются на всю матку и появляются наичаще въ первомъ періодѣ родовъ. Причины происхожденія этого уклоненія потужной дѣятельности матки не всегда легко опредѣлить. Наичаще оно развивается послѣ ранняго истеченія водъ. Причину спазматическихъ сокращеній часто является неправильное предлежаніе и положеніе плода, сдавливаніе маточной шейки предлежащею головкою при узкомъ тазѣ, часто повторяющееся или грубое внутреннее изслѣдованіе. Чрезвычайно рѣдко бываютъ выражены спазматическія сокращенія матки, при сращеніи оболочекъ яйца съ маткою возлѣ внутренняго зѣва, зависящемъ отъ воспаленія deciduae verae. То же самое явленіе мы наблюдаемъ при чрезмѣрно плотныхъ оболочкахъ яйца. Во всѣхъ такихъ случаяхъ слѣдуетъ предполагать, что первоначальныя причины лежатъ въ раздраженіи маточной шейки, откуда уже ненормальное состояніе переносится на всю мышечную ткань матки. Напротивъ душевныя волненія, столь часто приводимыя какъ причина спазматическихъ сокращеній, оказываютъ вліяніе на мышцы матки, при посредствѣ центральной нервной системы. Горячительныя и возбуждающіе напитки, принятые въ большомъ количествѣ, и нѣкоторыя лѣкарства, въ особенности *secale cornutum*, по всей вѣроятности, дѣйствуютъ подобнымъ же образомъ, отчасти чрезъ измѣненіе сердечной дѣятельности.

Симптомы и теченіе. Судорожныя сокращенія клонического характера сопровождаются болѣе или менѣе сильною болью, промежутки между ними коротки, схватки появляются какъ бы группами, которыя раздѣляются нѣсколько болѣе длинными паузами. Матка даже въ промежуткахъ между сокращеніями чувствительна, при ощупываніи ея чрезъ стѣнки живота. Края маточнаго устья представляются истонченными и какъ бы натянутыми, пузырь почти постоянно напряженъ, и если воды прошли, то на предлежащей головкѣ появляется скоро родовая опухоль. Несмотря на сокращенія матки, по цѣлымъ часамъ зѣвъ остается въ одномъ положеніи, и ходъ родовъ замедляется. Роженица становится чрезвычайно безпокойною, громко кричитъ и жалуется на сильныя, иногда невыносимыя боли. Нерѣдко у роженицъ бываютъ тошнота и рвота. Изслѣдованіе крайне болѣзненно. Иногда температура поднимается до 38,5—39° С. Въ другихъ случаяхъ появляются признаки, указывающіе на опасное состояніе плода, плацентарное кровообращеніе котораго легко разстраивается, при такой ненормальной родовой дѣятельности матки. Нерѣдко судорожныя сокращенія матки переходять во второмъ или въ третьемъ періодѣ родовъ въ слабость потугъ.

Schaeffer также производил изслѣдованія, примѣняя кимографіонъ при судорожныхъ сокращеніяхъ матки. На полученныхъ изображеніяхъ горизонтальныя линіи паузы почти совершенно исчезали; подобно волнамъ маточнаго сокращенія, эти линіи состояли изъ ряда неправильно расположенныхъ зубцовъ въ углубленіяхъ между волнами. Иногда нѣсколько сокращеній слѣдовали непосредственно одно за другимъ, затѣмъ появлялись малыя волны.

b) *Судорожныя сокращенія матки тонического характера.*

Этіологія. Такой характеръ имѣютъ *спазматическія стриктуры и тетаническое сокращеніе матки, tetanus uteri*. Первые представляютъ сопровождающееся сильными болями циркулярное сокращеніе въ частяхъ матки, гдѣ преимущественно расположены круговыя волокна, именно на наружномъ и внутреннемъ устьѣ, а также въ области перехода въ матку Фаллопиевой трубы. *Tetanus uteri* есть сокращеніе всей матки тонического характера, продолжающееся непрерывно, безъ замѣтныхъ перемѣжекъ.

Кромѣ вышеизложенныхъ причинъ, обусловливающихъ появленіе клоническихъ судорогъ, тоническія спазмы матки также развиваются, вслѣдствіе раздраженія ея внутренней поверхности повторнымъ введеніемъ руки и неудачными попытками произвести внутренней поворотъ на ножу, а также попытками извлечь плодъ за тазовой конецъ или лежащую головку щипцами, при недостаточномъ расширеніи маточнаго зѣва. Потягиваніе за пуповину съ цѣлю удалить послѣдъ, когда дѣтское мѣсто остается еще плотно соединеннымъ съ маткою, можетъ причинить спазмъ въ области внутреннего зѣва или въ сократительномъ кольцѣ. Наболѣе упорныя тоническія спазмы въ третьемъ періодѣ родовъ мы наблюдали послѣ приемовъ большого количества рожковъ во время родовъ.

Симптомы и теченіе. Симптомы при спазматической стриктурѣ и тетаническомъ сокращеніи матки обыкновенно сходны и различаются только по силѣ. *Tetanus* матки сопровождается часто тяжелыми явленіями. Роженица безпокойна, жалуется на сильныя боли, мечется, иногда даже бредитъ, температура въ иныхъ случаяхъ повышается до 39—40° С. Позывы на мочу, давленіе на задній проходъ, боли въ поясницѣ и нижнихъ конечностяхъ, судороги въ икрахъ, нерѣдко тошнота и рвота, представляютъ обыкновенныя симптомы и жалобы. Внутренне изслѣдованіе болѣзненно, при *tetanus* даже ощупываніе матки чрезъ наружныя покровы сопровождается болями, причемъ этотъ органъ представляется чрезвычайно плотнымъ, въ состояніи непрерывнаго сокращенія. Вслѣдствіе рѣзкаго нарушенія плацентарнаго кровообращенія, плодъ вскорѣ умираетъ, и дальнѣйшій ходъ родовъ останавливается; рѣдко обнаруживается кровотеченіе вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста.

При *спазматической стриктурѣ* всѣ явленія выражены менѣе рѣзко. Боли въ маткѣ менѣе значительны, и температура обыкновенно не повышается. Если стриктура занимаетъ наружное устье, то края зѣва

представляются натянутыми какъ шнурокъ и крайне чувствительными. Тоническій спазмъ внутренняго зѣва иногда наблюдаютъ при преждевременныхъ родахъ; въ рѣдкихъ случаяхъ это явленіе сопровождается сильными болями и служитъ препятствіемъ дальнѣйшему теченію родовъ. Гораздо чаще такой спазмъ, а также боковыя стриктуры въ маткѣ, появляются въ третьемъ періодѣ родовъ, обуславливая задержаніе мѣста и своеобразно измѣняя форму матки. Тетаническое сокращеніе и стриктура матки продолжаютъ иногда по цѣлымъ часамъ; въ другихъ случаяхъ, особенно при надлежащихъ пособіяхъ, они разрѣшаются гораздо скорѣе; послѣ чего маточныя сокращенія дѣлаются болѣе или менѣе правильными, но нерѣдко развивается также послѣдовательная слабость потугъ.

Предсказаніе. Наболѣе неблагопріятное предсказаніе представляетъ tetanus uteri; не только плодъ всегда умираетъ, но часто жизнь матери подвергается серьезной опасности, такъ какъ въ послѣродовомъ періодѣ нерѣдко обнаруживаются тяжелыя заболѣванія. Роды, осложненные спазматическою стриктурою и судорожными болями матки, большею частію оканчиваются благополучно. Не слѣдуетъ забывать, что послѣ спазматическихъ сокращеній различнаго рода, нерѣдко въ третьемъ періодѣ родовъ, обнаруживается слабость потугъ; почему оперативныя пособія при клоническихъ судорогахъ слѣдуетъ подавать только при крайней надобности, а при тоническихъ никогда не слѣдуетъ оперировать, не устранивъ предварительно это осложненіе. Иногда можно легко повредить шейку матки, даже причинить разрывъ этого органа, что конечно повлечетъ за собою крайне тяжелыя послѣдствія.

Лѣченіе. Къ счастью, въ огромномъ большинствѣ случаевъ мы въ состояніи устранить спазматическія сокращенія матки. Когда при внутреннемъ изслѣдованіи оказывается приращеніе ободочекъ яйца въ области внутренняго зѣва, слѣдуетъ осторожно провести чрезъ него конецъ указательнаго пальца и разъединить эти сращенія. Коль скоро спазматическія сокращенія зависятъ отъ чрезмѣрно плотныхъ оболочекъ яйца, слѣдуетъ сдѣлать проколъ пузыря, при достаточномъ расширеніи маточнаго зѣва. Въ другихъ случаяхъ наилучшими и наболѣе дѣйствительными средствами противъ этихъ ненормальныхъ осложненій слѣдуетъ считать narcotica. При спазматическихъ родовыхъ боляхъ, въ настоящее время наичаще примѣняютъ chloral-hydratum внутрь по 1,0—1,5 pro dosi, обыкновенно достаточно 2—3 приемовъ въ теченіе часа до появленія сонливости. Это же средство можно примѣнить въ клистирахъ не менѣе 1,5—2,0 pro dosi. Вдыханіе хлороформа до неполнаго наркоза дѣйствуетъ подобнымъ же образомъ. Tinct. opii., extr. opii aquos., tinct. cannabis ind. представляютъ также весьма дѣйствительные медикаменты, которые прежде примѣнялись гораздо чаще нежели въ настоящее время. Прекрасно дѣйствуетъ также впрыскиваніе morphii muriatici подъ кожу живота. Ipecacuanha et tartar. emetic. въ

настоящее время примѣняются рѣдко въ небольшихъ дозахъ, какъ pauseosa, хотя вліяніе ихъ на спазматическія сокращенія матки не подлежитъ сомнѣнію.

Прежде чѣмъ прибѣгать къ назначенію внутреннихъ средствъ, или одновременно съ ними, роженицу можно посадить въ теплую ванну на $\frac{1}{2}$ —1 часъ, которая также замѣтно успокоиваетъ и урегулируетъ родовыя боли. Wheeler совѣтуетъ сидячія полуванны. Подобное же дѣйствіе оказываютъ теплые души, теплые припарки или японскія грѣлки на животъ. Совершенно излишне прибѣгать къ назначенію болеутоляющихъ мазей, или къ употребленію горчичниковъ на животъ. Farrar, при нерастяжимости маточнаго зѣва спазматическаго характера, наблюдалъ благоприятное дѣйствіе тампона, напитаннаго 10% растворомъ кокаина, которое обнаруживалось довольно скоро.

При спазматическихъ боляхъ изслѣдованіе нужно производить какъ можно рѣже и по возможности щадить околоплодный пузырь. Спазматическія стриктуры матки устраняются обыкновенно вышеупомянутыми наркотическими средствами. Въ третьемъ періодѣ родовъ иногда приходится примѣнять вдыханіе хлороформа до полного наркоза, чтобы возможно было отдѣлить и удалить послѣдъ. Когда маточный зѣвъ въ первомъ періодѣ родовъ, несмотря на примѣненіе вышеозначенныхъ средствъ, не расширяется, съ большою пользою можно примѣнить поверхностные надрѣзы его краевъ.

Для устраненія tetanus uteri назначаютъ теплую ванну, затѣмъ производятъ впрыскиванія подъ кожу живота изъ gr. 0,01 morphii murici и 0,001 atropini sulf. pro dosi, и если необходимо сдѣлать поворотъ, то прибѣгаютъ къ вдыханію хлороформа до полного наркоза.

Глава 15.

О неправильныхъ, преимущественно о суженыхъ тазахъ.

Когда тазъ настолько уклоняется въ своихъ размѣрахъ отъ нормальнаго, что оказываетъ болѣе или менѣе значительное вліяніе, если не всегда, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ, на теченіе родовъ, при правильномъ образованіи и нормальной величинѣ плода, такой тазъ получаетъ съ акушерской точки зрѣнія названіе *неправильнаго таза*. Подъ этимъ именемъ главнымъ образомъ слѣдуетъ разумѣть различныя формы узкихъ тазовъ, нѣкоторые или всѣ размѣры которыхъ меньше, нежели въ правильномъ тазѣ. Гораздо меньшее значеніе въ акушерской практикѣ имѣютъ тазы, размѣры которыхъ нѣсколько превышаютъ нормальную величину. Такіе тазы носятъ названіе *слишкомъ большихъ* или обширныхъ тазовъ; они встрѣчаются не часто, и только въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ оказывать неблагоприятное вліяніе при родахъ на

мать и младенца. Напротив *суженные тазы* встречаются довольно часто. Если принять 10 — 9,5 см. за высшую мѣру внутренняго прямого размѣра, при которой мы можем отнести тазъ къ числу суженныхъ, то не менѣе 15% женщинъ, ищущихъ помощи во время родовъ въ нашей клиникѣ, представляютъ различныя степени узкаго таза. Такіе тазы иногда уже во время беременности оказываютъ неблагоприятное вліяніе на положеніе матки, а также на положеніе и предлежаніе плода. Въ особенности же во время родовъ часто обнаруживается ихъ значеніе въ различной степени и неодинаково, оказывая вліяніе на сокращенія матки, расширение зѣва, на механизмъ родовъ, на состояніе родовыхъ путей, а также на жизнь плода и здоровье матери.

Узкіе тазы встречаются въ различныхъ странахъ неодинаково часто. Они рѣдки въ Англіи и часто попадаются въ Германіи, гдѣ въ различныхъ родильныхъ домахъ они встрѣчаются отъ 14—24%. Наименѣе ихъ въ Мекленбургѣ, гдѣ Schatz нашелъ всего ихъ только у 9% рожениць. Приблизительно такой же % въ Австріи. Во Франціи, именно, въ Ліонѣ онѣ составляютъ 21%, въ Италіи 18%, въ Нью-Йоркѣ 11,5%. Въ Россіи наибольшее число узкихъ тазовъ найдено въ Варшавѣ, гдѣ число узкихъ тазовъ доходитъ до 45%. Въ родильныхъ домахъ другихъ мѣстностей, по изслѣдованіямъ Михайлова, число ихъ составляетъ отъ 1,8 до 11%. Въ Малороссіи узкіе тазы встрѣчаются чаще, нежели въ Великороссіи. Въ Харьковской клиникѣ число узкихъ тазовъ составляетъ въ общемъ не менѣе 15%.

Неправильные тазы проявляются въ крайне разнообразныхъ формахъ, изученіе которыхъ въ анатомическомъ и акушерскомъ отношеніи значительно облегчается раздѣленіемъ тазовъ на нѣсколько видовъ. Въ основу этого раздѣленія принимаютъ авторами различные отличительные признаки. Намъ казалось наиболѣе цѣлесообразнымъ принять въ основу этого подраздѣленія *направленіе, въ которомъ увеличены или уменьшены размѣры таза и этиологическіе моменты*. Такимъ образомъ всѣ неправильные тазы допускаютъ слѣдующія подраздѣленія:

- А) Слишкомъ обширные тазы.
 - 1. Тазъ увеличенный во всѣхъ размѣрахъ.
 - 2. Расщепленный тазъ.
- В) Тазы суженные, преимущественно въ прямомъ размѣрѣ.
 - 1. Простой плоскій тазъ.
 - 2. Рахитическій плоскій тазъ.
 - 3. Плоскій тазъ при врожденномъ вывихѣ въ обоихъ тазобедренныхъ сочлененіяхъ.
 - 4. Плоскій тазъ при врожденномъ отсутствіи обѣихъ нижнихъ конечностей.
 - 5. Spondylolisthesis.
- С) Тазы, суженные въ большей или меньшей степени во всѣхъ размѣрахъ.
 - 1. Простой общесуженный тазъ.
 - 2. Рахитическій общесуженный тазъ.
 - 3. Остеомалягическіе тазы.

Д) Тазы суженные, преимущественно в нижней части.

1. Простой воронкообразный тазъ.

2. Кифотическій тазъ.

3. Воронкообразный тазъ при уродливости обѣихъ стопъ.

Е) Косвенносуженные тазы.

1. Анкилотическій тазъ.

2. Коксальгическій тазъ.

3. Сколиотическій косою тазъ.

4. Кифосколиотическій тазъ.

Ф) Поперечносуженные тазы.

Г) Тазы неправильно суженные.

1. Вслѣдствіе наростовъ.

2. Послѣ переломовъ каріознаго процесса и омертвѣнія тазовыхъ костей.

А) Слишкомъ обширные тазы.

1. Тазъ увеличенный во всѣхъ размѣрахъ.

Признаки ненормальности. Такіе тазы встрѣчаются у женщинъ черзчуръ высокаго роста, рѣже они наблюдаются при обыкновенномъ ростѣ. Размѣры таза рѣдко бываютъ удлинены болѣе, нежели на 2 см. Наиболѣе обширный тазъ, извѣстный въ акушерствѣ, имѣлъ въ прямомъ размѣрѣ входа 14,9 см. Тазы этого рода представляются иногда равномерно увеличенными во всѣхъ размѣрахъ, въ другихъ случаяхъ увеличеніе замѣчается въ особенности въ верхнихъ отдѣлахъ таза.

Распознаваніе основывается на измѣреніяхъ таза у беременныхъ.

Вліяніе на родильное состояніе. У женщинъ съ обширными тазами головка во время беременности опускается рано въ тазовой каналъ. При родахъ иногда головка не дѣлаетъ поворота затылкомъ напередъ. При сильныхъ потугахъ и незначительномъ сопротивленіи со стороны родового канала, роды могутъ протекать слишкомъ быстро, у многороженницъ даже неожиданно. При отсутствіи надлежащаго пособия, иногда происходитъ значительный разрывъ промежности. Тѣмъ не менѣе въ большинствѣ случаевъ такіе тазы обнаруживаютъ скорѣе благопріятное вліяніе на ходъ родовъ.

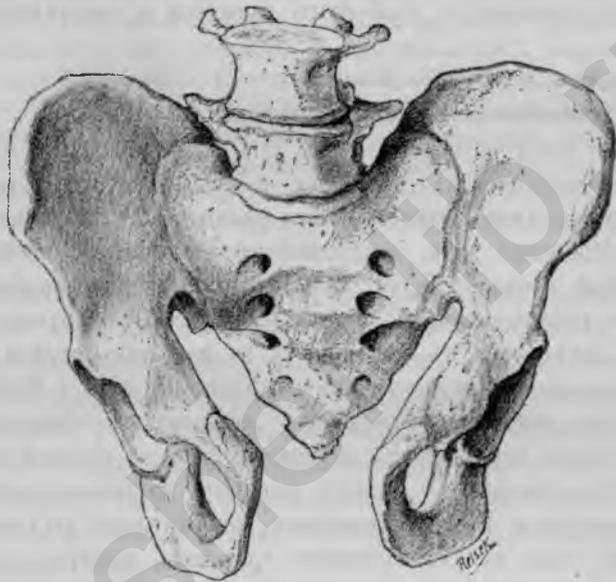
2. Расщепленный тазъ, pelvis fissa.

Признаки ненормальности. Подъ этимъ именемъ описываются крайне рѣдко встрѣчающіеся тазы съ врожденнымъ отсутствіемъ лоннаго соединенія, что въ большинствѣ случаевъ сопровождается расщепленіемъ передней стѣнки пузыря или мочеваго канала. Съ возрастомъ разстояніе между костей на передней стѣнкѣ таза постепенно увеличивается и достигаетъ иногда даже 8—14 см., что происходитъ подъ вліяніемъ тяжести тѣла, при стояніи и хожденіи. Однако часто оно бываетъ меньше этой величины.

Тазъ взрослыхъ субъектовъ съ такимъ врожденнымъ недостаткомъ представляетъ рѣзкія характерныя особенности. Крестецъ, и въ особен-

пости его верхняя часть, сильно вдаётся въ полость таза. Почему задняя части безыменныхъ костей сближаются между собою, а передняя, при отсутствіи лоннаго соединенія, удаляются одна отъ другой. Размѣры таза значительно увеличиваются въ ширину. Ягодичная область у такихъ субъектовъ представляется чрезвычайно широкою, внутреннія поверхности бедеръ при стояніи не соприкасаются.

Часто ниже пупка на передней стѣнкѣ живота находится широкое врожденное отверстіе, и выпячивается вывороченная слизистая оболочка пузыря, *ectopia vesicae*. Даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ расщеплена только передняя стѣнка мочевого канала, весь пузырь представляется вывороченнымъ наружу, и можетъ развиваться полное выпаденіе матки



Фиг. 182.

и влагалища даже у дѣвушки. Какъ это мы наблюдали въ одномъ случаѣ, гдѣ расхожденіе лонныхъ костей не превышало 4 см. Левицкій описалъ расщепленный тазъ съ разхожденіемъ костей лоннаго соединенія на 9 см.

Вліяніе на родильное состояніе. При болѣе или менѣе значительномъ недоразвитіи передней стѣнки таза, роды протекають безпрепятственно, совершаются скоро и легко, но послѣдствіемъ ихъ является обыкновенно выпаденіе матки.

В) *Тазы суженные преимущественно въ прямомъ размѣрѣ.*

1. **Простой плоскій тазъ.**

Признаки ненормальности. Такой тазъ составляетъ самую обыкновенную форму суженнаго таза; около 40% суженныхъ тазовъ слѣ-

дуетъ отнести на долю этой аномаліи, которая встрѣчается у женщинъ обыкновеннаго или ниже средняго роста, на скелетѣ которыхъ не замѣчается никакихъ слѣдовъ англійской болѣзни.

Характерную особенность этого таза представляетъ укороченіе прямого размѣра входа въ тазъ въ умѣренной степени; никогда при простыхъ плоскихъ тазахъ этотъ размѣръ не бываетъ менѣе 8 см., обыкновенно онъ больше этой величины. Прямые размѣры въ другихъ отдѣлахъ таза также укорочены, хотя въ меньшей степени. Поперечные и косые размѣры остаются нормальными; рѣдко они бываютъ нѣсколько удлинены. Уменьшеніе прямыхъ діаметровъ таза зависитъ отъ болѣе или менѣе значительнаго вдавливанія всей массы крестцовой кости въ полость таза, причемъ эта кость не дѣлаетъ вращенія около своей поперечной оси, какъ это обыкновенно наблюдается при рахитическомъ тазѣ. Иногда выдающіеся хрящи между первымъ и вторымъ крестцовыми позвонками образуютъ какъ бы второй мысъ. Сама крестцовая кость съ правильною продольною и поперечною кривизною нѣсколько уже нормальной. Spinae super. poster., вслѣдствіе вдавливанія крестца, значительно выстоять и нѣсколько сближены между собою. Передняя часть верхняго тазоваго кольца короче нежели въ нормальномъ тазу.



Фиг. 183.

Этіологія. Большинство акушеровъ полагаютъ, что простой плоскій тазъ развивается вслѣдствіе пошенія тяжестей въ нѣжномъ возрастѣ, или же когда дѣтей слишкомъ рано заставляютъ подолгу сидѣть. Новѣйшія изслѣдованія надъ тазомъ новорожденныхъ показали, что отклоненіе отъ правильной формы таза иногда бываетъ врожденнымъ.

Распознаваніе возможно исключительно только при внимательномъ наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи. Скелетъ женщины, имѣющей эту форму суженнаго таза, какъ уже сказано, не представляетъ никакихъ особенностей въ своемъ строеніи. Наружный прямой размѣръ обыкновенно укороченъ, наружные поперечные размѣры нормальны или немного меньше. Spinae post. super. нѣсколько сближены. При внутреннемъ изслѣдованіи, conj. diagonalis оказывается укороченной, изъ ея длины нужно вычесть, какъ при правильномъ тазѣ, 1,8 см. для опредѣленія conj. vera. Встрѣчаются иногда плоскіе тазы, въ которыхъ кромѣ прямого нѣсколько укорочены другіе размѣры. Такія формы составляютъ переходъ къ общему суженнымъ тазамъ. По наблюденіямъ Ahlfeld'a часто рахитическій тазъ принимаютъ за простой плоскій.

2. Плоскій рахитическій тазъ.

Признаки ненормальности. Такой тазъ до нѣкоторой степени сходенъ съ предыдущимъ и подобно ему встрѣчается часто; на его долю слѣдуетъ отнести почти 30% суженныхъ тазовъ, встрѣчающихся въ акушерской практикѣ.

У женщинъ, имѣющихъ такой тазъ, почти всегда можно найти измѣненія, зависящія отъ перенесенной въ дѣтствѣ англійской болѣзни, которая причиняетъ также всѣ особенности, свойственныя этому тазу. При этой болѣзни, какъ извѣстно, кости становятся мягкими и гибкими въ различной степени, кромѣ того ихъ ростъ на время задерживается. Почему кости таза испытываютъ значительныя измѣненія, подъ вліяніемъ тяжести туловища и мышечныхъ сокращеній. Иногда копчикъ сильно вдается въ тазъ. Кости рахитическаго таза вообще тонки и сравнительно малы, рѣдко онѣ бываютъ толстыя и плотныя. Нѣкоторые выступы таза представляются замѣтно заостренными. Поясничная часть позвоночника



Фиг. 184.

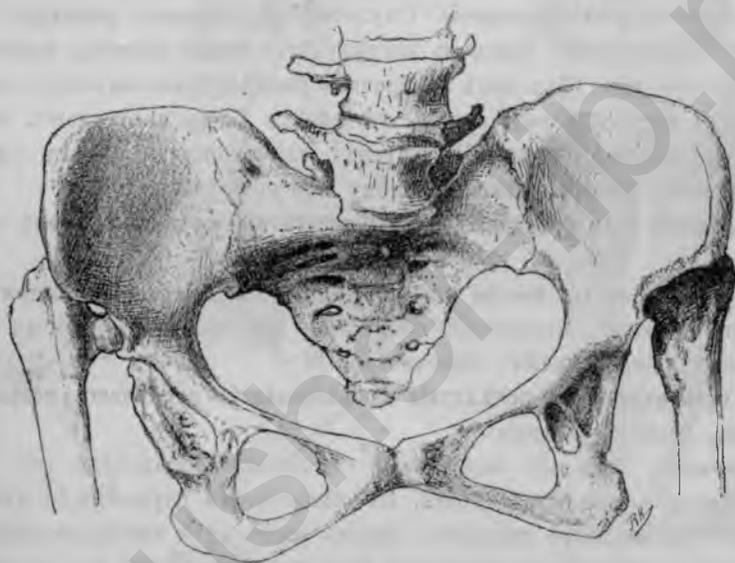
образуетъ болѣе или менѣе значительный выгибъ напередъ, *lordosis*, боковыя стѣнки таза и лонное соединеніе низки. Мысль рѣзко вдается во входъ таза, при этомъ крестцовая кость какъ бы повернута около своей поперечной оси, почему крестецъ нѣсколько выпрямляется и направленъ къзади своею верхушкою. *Spinae post. sup.* рѣзко выстоятъ сзади надъ плос-

костью крестца и нѣсколько сближены между собою. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ болѣе или менѣе ясно выступаютъ на внутренней поверхности этой кости, вслѣдствіе чего крестцовая ямка уменьшается и даже иногда превращается въ выпуклость. Лобковая дуга шире нормальной; разница въ разстояніяхъ между *spin. ilei sup. ant.* и между *crist. ilei* значительно сглаживается, иногда эти размѣры бываютъ равны или даже между ними существуетъ обратное отношеніе. Наклоненіе таза увеличено, и онъ представляется замѣтно сдавленнымъ спереди назадъ, особенно во входѣ.

Укороченіе прямого разрѣза входа можетъ достигать болѣе значительной степени, нежели при простомъ плоскомъ тазѣ, почему плоскость входа получаетъ овальное очертаніе, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при сильномъ выступѣ мыса, переходитъ въ почкообразное. Прямые размѣры полости и выхода бываютъ обыкновенно больше, нежели *conj. vera*. Часто встрѣчаются плоскіе рахитическіе тазы, въ которыхъ также другіе размѣры уменьшены. При такихъ условіяхъ прямой размѣръ входа иногда

не превышаетъ 7 см., а въ исключительныхъ случаяхъ бываетъ даже не болѣе 5 см. Такіе тазы описываются подѣ именемъ *плоскихъ рахитическихъ общесуженныхъ тазовъ*. Операція кесарскаго сѣченія чаще производится именно при этой формѣ узкаго таза. Для рациональнаго объясненія происхожденія такихъ формъ необходимо допустить врожденную малость костей таза, подвергшихся въ дѣтствѣ рахитическому процессу.

Распознаваніе. При распознаваніи рахитическихъ тазовъ, вообще слѣдуетъ обращать вниманіе на этиологію даннаго случая и на слѣды англійской болѣзни на скелетѣ. Кромѣ вышеназложенныхъ особенностей плоскихъ рахитическихъ тазовъ, наиболѣе характерно уменьшеніе или исчезновеніе разницы между обоими поперечными размѣрами большого



Фиг. 185.

таза. При внутреннемъ изслѣдованіи, сильно вдающійся въ тазъ мысъ стоитъ низко, крестцовая впадина болѣе или менѣе сглажена, а верхушка крестца сильно вдается въ тазъ. При опредѣленіи *conj. vera*, слѣдуетъ изъ величины *conj. diagonalis* вычесть около 2 см.

3. Плоскій тазъ вслѣдствіе врожденнаго двухсторонняго вывиха въ тазобедренныхъ сочлененіяхъ.

Признаки ненормальности. При врожденномъ вывихѣ, головки бедренныхъ костей или выходятъ изъ вертлужныхъ впадинъ, находящихся на своемъ обыкновенномъ мѣстѣ, или же эти ямки образуются выше въ области паружной *fossa iliaca*. Такое неправильное положеніе головокъ бедренныхъ костей относительно таза начинаетъ оказывать вліяніе на его форму уже въ раннемъ дѣтствѣ.

Крестцовая кость сильнѣе нормальнаго выпячивается въ полость таза, при этомъ задніе lig. ileosacralia напрягаются, и обѣ безымянные кости оттягиваются въ противоположныя стороны въ болѣе значительной степени; такъ какъ смѣщенные кзади и кверху головки бедренныхъ костей не оказываютъ надлежащаго противодѣйствія. Крылья подвздошныхъ костей получаютъ болѣе отвѣсное направленіе. Тазъ становится плоскимъ, прямой размѣръ входа укорачивается, а поперечный удлиняется. Кромѣ того для поддержанія равновѣсія туловище рѣзко отклоняется кзади, и поясничные позвонки образуютъ болѣе значительный выгибъ впередъ, lordosis. Поперечный размѣръ выхода таза также увеличенъ. Женщины съ такимъ тазомъ отличаются особенною, такъ называемой, утиною походкой, — ихъ туловище при ходбѣ сильно переваливается въ сторону.

Вліяніе на родоразрѣшеніе. Суженіе въ прямомъ размѣрѣ рѣдко бываетъ значительно; большею частію длина этого размѣра колеблется между 9—10 см. Такъ какъ поперечные размѣры таза во всѣхъ частяхъ увеличены и стѣнки таза низки, то иногда роды протекаютъ вполне нормально и даже быстро. Въ другихъ случаяхъ при родахъ замѣчаются явленія, свойственныя простому плоскому тазу.

4. Плоскій тазъ при врожденномъ отсутствіи обѣихъ нижнихъ конечностей.

Такой тазъ встрѣчается крайне рѣдко. Уплотненіе въ прямомъ размѣрѣ происходитъ вслѣдствіе отсутствія давленія на боковыя части таза со стороны нижнихъ конечностей.

5. Тазъ суженный вслѣдствіе соснальзыванія послѣдняго поясничнаго позвонка, spondylolisthesis.

Этіологія. Каждый поясничный позвонокъ образуется изъ трехъ отдѣльныхъ точекъ окостенѣнія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ дѣтствѣ, рѣже въ юношескомъ возрастѣ, задняя часть дуги пятаго поясничнаго позвонка соединяется съ переднею посредствомъ хряща или даже плотной фиброзной ткани. Когда при такихъ условіяхъ, а иногда также при нормальномъ ходѣ окостенѣнія пятаго поясничнаго позвонка, въ раннемъ возрастѣ подѣйствуетъ значительная травма въ направленіи позвоночника, напр. поднятіе большой тяжести на спину, паденіе съ значительной высоты и пр.; то тѣло послѣдняго крестцоваго позвонка можетъ разъединиться отъ дуги и смѣститься, какъ бы соскользнуть, въ болѣе или менѣе значительной степени, впередъ и книзу въ полость таза. При этомъ задняя часть дуги позвонка остается на мѣстѣ и даже значительно удлиняется, почему направленіе позвоночнаго канала мало или вовсе не измѣняется. Подобныя же измѣненія возможны повидимому при переломѣ дуги послѣдняго поясничнаго позвонка вблизи его тѣла, вслѣдствіе сильной травмы.

Признаки ненормальности. Такое смѣщеніе тѣла послѣдняго поясничнаго позвонка происходитъ въ различной степени. Иногда оно только

выступает надъ крестцовой костью, въ другихъ случаяхъ его нижняя поверхность опускается впереди крестца и даже прилегаетъ къ передней поверхности перваго, рѣдко втораго позвонка этой кости, при этомъ прилежающія поверхности костей обыкновенно срастаются. Вслѣдствіе этого поясничная часть позвоночника западаетъ въ полость таза, суживая послѣднюю въ большей или меньшей степени по направленію спереди назадъ. Задняя точка значительно укороченнаго прямого размѣра входа находится на передней поверхности тѣла 4, 3 или даже 2 поясничнаго позвонка.



Фиг. 186.



Фиг. 187.

Большею частію при такихъ тазахъ наклоненіе бываетъ уменьшено. Braun въ одномъ случаѣ нашелъ его всего 14°, рѣже оно увеличено. Именно при незначительныхъ степеняхъ соскальзыванія. Съ уменьшеніемъ наклоненія таза верхняя часть крестца отходитъ замѣтно кзади и *spinae post. super.* нѣсколько раздвигаются; въ то же время увеличивается напряженіе *lig. ileo-femorales*, отчего такіе тазы подобно кифотическимъ приорѣтаютъ также суженіе въ выходѣ.

Распознаваніе. Спондилолистетическіе тазы встрѣчаются рѣдко. Женщины съ такимъ тазомъ представляютъ характерныя особенности въ своемъ тѣлосложеніи. Чресленная область укорочена, и туловище какъ бы западаетъ въ полость таза. Поясничная область получаетъ сѣдловидную форму. При ходьбѣ такія женщины дѣлаютъ черезчуръ малые шаги. Во время беременности животъ сильно выпячивается, такъ какъ

матка въ послѣдніе мѣсяцы беременности не помѣщается въ укороченной брюшной полости.

При внутреннемъ изслѣдованіи, конецъ указательнаго пальца прощупываетъ уголъ между смѣщеннымъ послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ и крестцовой костью; при полномъ соскальзываніи, этого признака не бываетъ и тазъ можно смѣшать съ кифолитическимъ, при которомъ горбъ находится въ крестцовопоясничной области. Отличительными признаками можетъ служить возможность прощупать, при внутреннемъ изслѣдованіи, раздвоеніе аорты и убѣдиться, что крылья крестца заходятъ съ обѣихъ сторонъ выше смѣщеннаго поясничнаго позвонка. Далѣе, при наклоненіи тѣла напередъ, поясничная область сильно выгибается, между тѣмъ какъ такого измѣненія никогда не происходитъ при существованіи горба въ этой области.

С. Тазы суженные во всѣхъ размѣрахъ.

1. Простой равномерно общесуженный тазъ.

Этіологія. Онъ встрѣчается наичаще у женщинъ малаго роста, хотя



Фиг. 188.

такой тазъ иногда имѣютъ женщины обыкновеннаго средняго роста. По мнѣнію Frank'a и другихъ акушеровъ, общесуженный тазъ встрѣчается чаще, чѣмъ полагаютъ. Большею частью кости таза представляются тонкими, гораздо рѣже онѣ бываютъ утолщены, отличаются грубой формою и похожи на кости мужского таза. По внѣшности общемалый тазъ очень сходенъ съ нормальнымъ, только

отдѣльныя кости его имѣютъ меньшую величину. Однако при болѣе внимательномъ изслѣдованіи обнаруживаются нѣкоторыя особенности. Крестцовая кость мало вдается въ тазъ, мысь стоитъ сравнительно высоко надъ входомъ. Крестецъ менѣе искривленъ въ продольномъ направленіи. Кости, окружающія снизу закрытую дыру, сравнительно укорочены. Вообще общесуженный тазъ въ своемъ строеніи въ большей или меньшей степени носитъ характеръ дѣтскаго таза. Въ наиболѣе рѣзко выраженныхъ формахъ этого таза, какія встрѣчаются только у карлицъ, отдѣльныя кости таза представляютъ даже между собою хрящевыя соединенія. Уменьшеніе всѣхъ размѣровъ таза никогда не бываетъ строго пропорціональное, и общесуженный тазъ только приблизительно можно признать за уменьшенную копію нормальнаго.

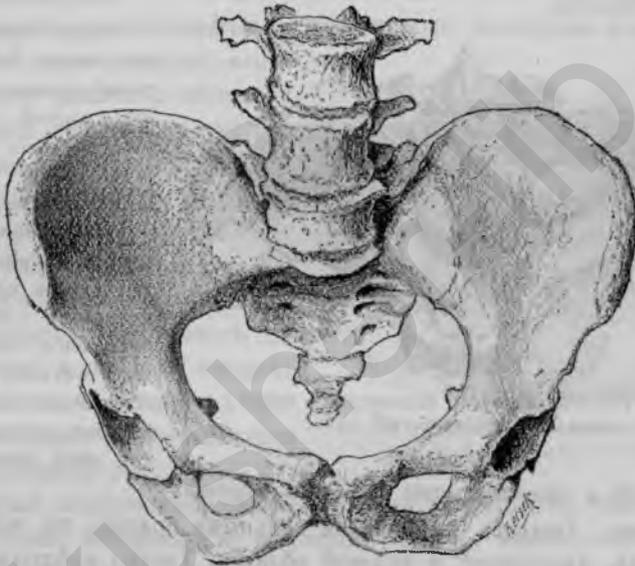
При простомъ общесуженномъ тазѣ, внутренній прямой размѣръ рѣдко бываетъ менѣе 9,5 см., и даже у карлицъ только въ исключительныхъ случаяхъ находили *conj. vera* менѣе 8 см. При уменьшеніи всѣхъ размѣровъ, тазъ можетъ оказывать вліяніе на теченіе родовъ

уже при сопр. 9,75—10 см. Riese собралъ 81 случай общесъуженныхъ тазовъ, ни разу сопр. не была меньше 8 см.

Распознаваніе. При распознаваніи слѣдуетъ обращать вниманіе на уменьшеніе всѣхъ наружныхъ размѣровъ, причемъ нормальное отношеніе между поперечными размѣрами большого таза сохраняется. Объемъ таза значительно уменьшенъ. На скелетѣ женщинъ, имѣющихъ такой тазъ, даже при маломъ ростѣ не замѣчается слѣдовъ англійской болѣзни. Рѣзко выраженныя формы такого таза встрѣчаются у насъ не часто, напротивъ въ другихъ странахъ, напр. въ Швейцаріи, онѣ составляютъ въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ до 25% всѣхъ случаевъ узкихъ тазовъ.

2. Общесъуженные рахитическіе тазы.

Такія формы встрѣчаются крайне рѣдко. Иногда боковыя стѣнки



Фиг. 189. Рахитическій общесъуженный тазъ.

такого таза представляются вогнутыми, причемъ полость таза получаетъ форму, приближающуюся къ буквѣ *U*, иногда она даже превращается въ щель.

3. Остеомалатическій тазъ.

Этіологія. Размягченіе костей, *osteomalacia*, вообще встрѣчается рѣдко; наичаще эта болѣзнь была наблюдаема въ Верхней Италіи, на берегахъ средняго Рейна и Дуная. Fehling въ теченіе не многихъ лѣтъ видѣлъ въ Базелѣ 14 случаевъ рѣзко выраженной остеомалации. Latzko въ Вѣнѣ за 3½ года наблюдалъ 50 случаевъ этой болѣзни, большею частію въ начальномъ періодѣ. Въ Россіи остеомалация встрѣчается крайне рѣдко. Я видѣлъ размягченіе костей только два раза. Артемьевъ наблюдалъ 5 случаевъ. Эта болѣзнь преимуще-

ственно поражаетъ беременныхъ женщинъ или кормящихъ грудью. Подъ вліяніемъ длительныхъ процессовъ, *osteitis* и *osteomyelitis chron.*, кости постепенно теряютъ свою твердость и упругость, становятся гибкими, неровными и податливыми. Химическія изслѣдованія такихъ костей указываютъ на сильную потерю извести. Ribbert нашелъ, что при остеомаляціи вначалѣ происходитъ раствореніе извести, преимущественно въ костной ткани, окружающей мозговья пространства. Вслѣдствіе этого обнаруживается разрѣженіе и даже совершенное исчезновеніе большихъ отдѣловъ костной ткани. Одновременно съ этими атрофическими процессами, замѣчается новообразование костной ткани въ видѣ перекладинокъ, въ которыхъ окостивленіе замѣчается только въ срединѣ.

Развитіе остеомаляціи вслѣдствіе возрастанія щелочности крови не доказано. Мнѣніе Petrone о микробномъ происхожденіи размягченія костей опровергнуто Чистовичемъ и Löhlein'омъ.



Фиг. 190. Рахитическій щеловидный, иначе псевдоостеомалятичскій тазъ.

Болѣе вѣроятія имѣетъ теорія Neisser'a, который производитъ размягченіе костей отъ особеннаго вліянія симпатическаго нерва на костный мозгъ. Fehling допускаетъ первичное заболѣваніе яичниковъ, въ которыхъ Rossieг нашелъ мелкія кровоизліянія и гіалиновое перерожденіе вѣтокъ сѣменныхъ сосудовъ. Остеомаляція наибаче появляется у женщинъ, которыя при плохой пищѣ обременены тя-

желю работой, а также вслѣдствіе душевныхъ волненій.

Признаки. Болѣзнь начинается сильными болями, въ особенности въ поясницѣ, крестцовой и тазовой области. Latzko наблюдалъ въ началѣ болѣзни боли въ суставахъ, паретическое состояніе нижнихъ конечностей, усиленіе колыниныхъ рефлексовъ и контрактуры приводящихъ мышцъ, при этомъ общую анемію и слабость. Neumann нашелъ увеличеніе отдѣлений фосфорно-кислыхъ солей, количество которыхъ въ мочѣ уменьшается, коль скоро состояніе больной начинаетъ улучшаться. Изслѣдованіе количества N въ мочѣ указываетъ на значительное разстройство въ питаніи организма при размягченіи костей. Боли усиливаются при движеніи и при надавливаніи на суставы и кости таза. Подъ вліяніемъ всѣхъ факторовъ, вліяющихъ обыкновенно на форму таза, онъ претерпѣваетъ чрезвычайно рѣзкія и важныя измѣненія. Мысь и верхняя часть крестцовой кости подаются и западаютъ въ полость таза, куда въ нѣкоторыхъ случаяхъ опускаются даже 1 и 2 послѣдніе поясничные позвонки. Нижняя половина крестца сильно сгибается п своей верхушкой также вдается въ тазъ. Вслѣдствіе сдавливанія боковыхъ частей

таза бедренными головками при стояніи и хожденіи, безыменная линія и боковыя стѣнки таза вдвигаются внутрь, въ особенности въ области сѣдалищныхъ бугровъ. Кости, образующія лонное соединеніе, также приближаются одна къ другой, и эта часть таза выдается наружу въ видѣ клюва, а лонная дуга становится уже и постепенно превращается въ продольную щель. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ гребешки обоихъ крыльевъ подвздошныхъ костей загибаются внутрь.

Входъ таза сперва принимаетъ форму трехъугольника, а потомъ, при дальнѣйшемъ развитіи болѣзни, переходитъ въ трехъугольную щель, имѣющую форму буквы У. Выходъ таза суживается иногда до такой степени, что изслѣдованіе чрезъ влагалище становится затруднительнымъ. Хотя нерѣдко стѣнки таза, особенно во время родовъ, значительно раздуются, и каналъ таза расширяется при надавливаніи изнутри кнаружи.

Одержимыя размягченіемъ костей женщины, вслѣдствіе болей, общаго истощенія и значительныхъ измѣненій въ ихъ скелетѣ, иногда не въ состояніи ходить. Ростъ ихъ значительно убавляется, вслѣдствіе уменьшенія высоты позвоночника и опущенія его въ полость таза. Въ тѣхъ случаяхъ, когда силы беременной позволяютъ ходить, больная невысоко поднимаетъ ноги и ставитъ ихъ одну впереди другой; почему весь корпусъ при ходьбѣ нѣсколько поворачивается около продольной оси.



Фиг. 191. Тазъ сильно измѣненный процессомъ размягченія костей.

Во время беременности болѣзнь всегда ухудшается. Она часто причиняетъ столь значительное суженіе тазоваго канала, что для окончанія родовъ иногда приходится прибѣгать къ кесарскому сѣченію, если кости таза не представляются значительно гибкими и податливыми. Въ одномъ случаѣ Löhlein могъ сдѣлать поворотъ при тазѣ, сѣдалищные бугры котораго были сближены до 4,75 см.

Лѣченіе. До послѣдняго времени эта болѣзнь считалась почти неизлѣчимою, только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ наступало выздоровленіе. Обыкновенно такимъ больнымъ совѣтовали употреблять хорошую пищу, избѣгать половыхъ сношеній, внутрь давали небольшія дозы фосфора въ *ol. jecoris aseli* безъ особеннаго успѣха. Эти средства и въ настоящее время хвалятъ Sternberg и Latzko; послѣдній прописываетъ обыкновенно 0,03 phosphor., *ol. jecoris aseli* 100,0 по десертной ложкѣ въ день въ теченіе 3—4 мѣсяцевъ.

Въ послѣднее время примѣняется при лѣченіи этой болѣзни кастрація, удаленіе трубъ и яичниковъ. Извѣстно болѣе 25 случаевъ, гдѣ

послѣ этой операціи, предложенной Fehling'омъ, быстро слѣдовало излѣченіе. Хотя въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ неправильность таза удерживалась, но кости тѣмъ не менѣе становились опять плотными.

Fischer и Labusquière также хвалятъ дѣйствіе фосфора при этой болѣзни. Allison видѣлъ пользу отъ назначенія сырого костнаго мозга въ количествѣ 2,0—6,0 три раза въ день. Weiss рекомендуетъ сѣрные ванны, Eckstein—лѣченіе ваннами въ Теплицѣ.

Porre собралъ 113 случаевъ, гдѣ была произведена кастрація при остеомаляціи. Къ сожалѣнію, встрѣчаются также случаи, гдѣ кастрація оказывается бесполезной. Подобные случаи описали Beaucamp, Winckel, Neumann и Orthmann.

Fehling произвелъ 12 кастрацій, изъ коихъ полное выздоровленіе получилось у 10 больныхъ, и 6 разъ операцію Porro, послѣ которой получилось излѣченіе въ 4 случаяхъ и въ одномъ улучшеніе. Умерла 1 больная. Многіе другіе врачи также производили эти операціи болшею частью съ хорошими результатами.

D) *Тазы суженные преимущественно въ выходѣ.*

1. Простой воронкообразный тазъ.

Признаки ненормальности. Если при каждомъ изслѣдованіи таза производить измѣреніе его выхода, то эту форму неправильнаго таза можно найти довольно часто. По наблюденіямъ Fleischmann'a, при воронкообразномъ тазѣ ягодичная область представляется узкою, р. *genito-cruralis* сильно наклонны, и лобковая кость иногда выдается впередъ. На анатомическихъ препаратахъ подобныхъ тазовъ



Фиг. 192. Простой воронкообразный тазъ.

боковыя стѣнки имѣютъ значительную высоту, крестецъ удлинень, продольная кривизна мало выражена. Въ выходѣ таза сѣдалищные бугры нѣсколько сближены, лонная дуга сравнительно узка, и верхушка крестца сильно вдается въ полость таза. Не подлежитъ сомнѣнію, что всѣ эти неправильности зависятъ отъ врожденныхъ особенностей таза. Въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаются воронкообразные *ассимиляціонные тазы*, въ которыхъ крестецъ состоитъ изъ 6 позвонковъ, вслѣдствіе превращенія послѣдняго поясничнаго въ первый крестцовый или перваго копчиковаго въ послѣдній крестцовый позвонокъ. Наклоненіе въ воронкообразныхъ тазахъ нѣсколько меньше нормальнаго.

На основаніи изслѣдованія Walther'a объ этихъ тазахъ, неблагоприятное вліяніе ихъ на роды не подлежитъ сомнѣнію. Walther нашелъ, что въ 117 случаяхъ этой аномалии умерло матерей 13,6%, дѣтей погибло 25,6%. Carbonelli наблюдалъ воронкообразный тазъ у женщинъ, которыя долгое время лежали въ дѣтствѣ въ постелѣ.

2. Кифотическій тазъ.

Признаки. Этотъ видъ узкаго таза встрѣчается у горбатыхъ жен-

щинъ и представляетъ въ большинствѣ случаевъ воронкообразный тазъ, особенности котораго здѣсь бывають выражены болѣе рѣзко, чѣмъ въ предыдущей формѣ. Когда у женщины образуется горбъ въ верхней части позвоночника, то вслѣдствіе болѣе сильнаго развитія выгиба поясничныхъ позвонковъ, туловище приходитъ въ необходимое равновѣсіе; такимъ образомъ вліяніе горба на форму таза уничтожается, и послѣдній можетъ оставаться по своимъ размѣрамъ вполне нормальнымъ. Но когда горбъ развивается на границѣ между груднымъ и поясничнымъ отдѣломъ позвоночника, или же въ послѣднемъ, а также въ верхней части крестца, то такое патологическое искривленіе позвоночника не замедлитъ вызвать важныя измѣненія въ формѣ входа таза и его полости. Такъ какъ вслѣдствіе этого центръ тяжести туловища перемѣщается кпереди, то для удержанія равновѣсія женщина старается отклонить свое туловище къзади, результатомъ чего бываетъ значительное уменьшеніе наклоненія таза, и тѣ измѣненія въ формѣ, которыя свойственны воронкообразному тазу. Верхняя часть крестца отодвигается къзади. Крестецъ становится уже, вогнутость крестца въ поперечномъ направленіи углубляется, безыменная линія нѣсколько выпрямляется по направленію спереди назадъ; вслѣдствіе чего во входѣ таза прямой размѣръ увеличивается, а поперечный нѣсколько суживается. Кости въ нижней части таза сближаются въ болѣе значительной степени, въ особенности въ поперечномъ направленіи. Лонное соединеніе въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ выступаетъ въ видѣ клюва; лонная дуга становится уже, прямой и въ особенности поперечный размѣры выхода всегда болѣе или менѣе укорочены. Вообще тазъ получаетъ рѣзко выраженную воронкообразную форму.

Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, при горбѣ въ нижней части позвоночника, туловище остается наклоненнымъ кпереди, и женщины ходятъ сильно согнувшись и опираясь на палку. Поясничная часть позвоночника располагается надъ входомъ въ тазъ, какъ бы его закрывая, почему такой тазъ носить названіе закрытаго, *pelvis obtecta*.

Этіологія. Кифотическіе тазы развиваются, при заболѣваніи поясничныхъ позвонковъ туберкулезнаго характера, рѣже вслѣдствіе травмы. Наиболѣе важный размѣръ въ этихъ тазахъ—поперечный выхода, который всегда бываетъ суженъ, иногда доходитъ до 7 см. и въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ даже короче.

3. Воронкообразный тазъ вслѣдствіе уродливости обѣихъ стопъ.

Вслѣдствіе этого недостатка, при хожденіи исключительно опорою являются пятки; такъ какъ колѣнный суставъ также почти не сгибается, почему при ходьбѣ тазъ получаетъ болѣе рѣзкій и значительный напоръ. При этомъ бедро поворачивается къвнутри, и наклоненіе таза увеличивается, вслѣдствіе болѣе значительнаго напряженія *lig. ileo-femorale*. Почему мысъ болѣе обыкновеннаго вдается въ полость таза, чѣмъ такой тазъ отличается отъ другихъ видовъ воронкообразнаго таза, съ

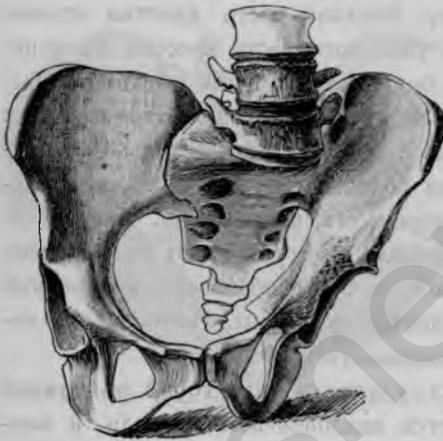
которымъ онъ вполне сходенъ представляя также суженіе въ вы- ходѣ, преимущественно въ поперечномъ направленіи, что объясняется увеличеннымъ надавленіемъ на тазъ обѣихъ бедренныхъ головокъ.

Е) *Тазы суженные по преимуществу въ косомъ размѣрѣ.*

1. Анкилотическій косой тазъ.

Этіологія. Это названіе вполне вѣрно для большинства тазовъ этого вида; обыкновенно въ такихъ тазахъ одно изъ крестцовоподвздошныхъ сочлененій представляется сросшимся, только въ исключительныхъ слу- чаяхъ у взрослыхъ женщинъ, при такомъ тазѣ, не развивается анки- лозъ въ этомъ сочлененіи.

Наиболѣе рѣзко выраженныя формы анкилотическихъ косвенно- суженныхъ тазовъ наблюдаются у субъектовъ, у которыхъ суще- ствуетъ врожденное отсутствіе одного крыла крестцовой кости. Тазы эти впервые описаны Naegele и до сихъ поръ носятъ его имя. Менѣ



Фиг. 193.

значительныя суженія въ ко- сомъ размѣрѣ представляютъ та- зы, гдѣ существуетъ врожденное недоразвитіе одного крыла крест- цовой кости. Въ акушерской практикѣ также встрѣчаются ко- сые анкилотическіе тазы, пред- ставляющіе послѣдствія перене- сеннаго въ нѣжномъ возрастѣ воспаленія въ одномъ изъ тазо- бедренныхъ сочлененій. У та- кихъ субъектовъ на поясницѣ и въ ягодичной области замѣ- чаются глубокіе рубцы, а так- же экзостозы и утолщеніе костей сросшагося сочлененія. Въ исклю-

чительныхъ случаяхъ наблюдали неравномѣрное развитіе крыльевъ крестца, при врожденномъ расщепленіи этой кости, *hydrorrhachis sacralis*.

Признаки. Чѣмъ раньше въ дѣтскомъ возрастѣ начался воспалитель- ный процессъ, тѣмъ въ большей степени онъ оказываетъ вліяніе на форму таза. Степень суженія находится въ прямомъ соотношеніи съ вели- чиною врожденнаго дефекта. При отсутствіи, или значительномъ недо- развитіи крыла крестцовой кости, уже у новорожденныхъ тазъ предст- авляется нѣсколько скошеннымъ. Однако наиболѣе значительныя измѣненія въ тазу въ такихъ случаяхъ возникаютъ послѣ рожденія на свѣтъ, въ особенности съ тѣхъ поръ, какъ ребенокъ начинаетъ ходить; эти измѣне- нія продолжаютъ развиваться непрерывно пока происходитъ ростъ костей.

При неодинаковой ширинѣ обѣихъ половинъ крестца, тяжесть ту- ловища распредѣляется неравномѣрно между обѣими нижними конеч- ностями; она надавливаетъ болѣе на ту сторону, на которой крыло

крестцовой кости отсутствует или же недостаточно развито. Почему здѣсь бедренная головка чрезъ ветлужную впадину обнаруживаетъ гораздо большее давленіе, нежели на противоположной сторонѣ. Послѣдствіемъ этого является вдавливаніе внутрь передней части соотвѣтствующаго тазоваго полукольца и приподнятіе его кверху на этой же сторонѣ безыменной линіи, причемъ лонное соединеніе передвигается болѣе или менѣе рѣзко въ противоположную сторону. Безыменная кость на больной сторонѣ приподнимается нѣсколько кверху и въ большинствѣ такихъ тазовъ смѣщается также кзади. Этого смѣщенія не бываетъ только при косвенносѣуженныхъ тазахъ, развившихся вслѣдствіе воспаленія въ крестцовоподвздошномъ сочлененіи, окончившагося анкилозомъ. Сѣдалищный бугоръ и вѣтвь лонной дуги на этой сторонѣ обыкновенно стоятъ выше, нежели на здоровой. Крестецъ поворачивается нѣсколько къ больной сторонѣ, и его мышь выдается въ этомъ направленіи. Въ поясничномъ отдѣлѣ позвоночника, какъ послѣдовательное явленіе, развивается scoliosis, обращенный выпуклостью къ больной сторонѣ; такимъ образомъ туловище до нѣкоторой степени восстанавливаетъ равновѣсіе.

Входъ въ тазъ получаетъ яйцевидную форму, узкій конецъ которой соотвѣтствуетъ патологической части крестца; разстояніе отъ мыса до области надъ ветлужною впадиной, *dist. sacro-cotyloid.*, на этой сторонѣ гораздо меньше, нежели на здоровой; слѣдовательно, сѣуженіе происходитъ въ противоположномъ косомъ размѣрѣ таза. Женщины, имѣющія анкилотическій косвенносѣуженный тазъ, ходятъ правильно, рѣдко онѣ немного прихрамываютъ.

Распознаваніе. Осматривая тазовую область такой женщины при стоячемъ положеніи, мы найдемъ вышеописанныя неправильности въ безыменныхъ костяхъ таза и въ крестцѣ, почему распознаваніе такихъ тазовъ при внимательномъ изслѣдованіи не представляетъ затрудненій. Вслѣдствіе укороченія одного крыла крестцовой кости, *spin. post. super.* на больной сторонѣ стоитъ ближе къ остистому отростку послѣдняго поясничнаго позвонка.

Чтобы опредѣлить степень сѣуживанія и особенности такого таза, необходимо прибѣгнуть къ измѣренію размѣровъ. Кромѣ обыкновенныхъ измѣреній, слѣдуетъ опредѣлить и сопоставить между собою разстоянія на обѣихъ сторонахъ таза между слѣдующими пунктами.

1. Отъ нижняго края лоннаго соединенія до *spin. poster. super.* справа и слѣва.
2. Отъ *sp. ant. sup.* до *spin. post. super.* другой стороны.
3. Отъ *proc. spinos.* послѣдняго поясничнаго позвонка до *spin. ant. sup.* на обѣихъ сторонахъ.
4. Отъ *tuber ischii* до *spin. post. sup.* противоположной стороны.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разница между этими разстояніями превышаетъ 1 см., она указываетъ на асимметрію въ строеніи таза. Болѣе

точное понятие о степени этой ненормальности, а также о степени сужения таза, мы получаемъ, при внутреннемъ изслѣдованіи и ощупываніи стѣнокъ таза, а также при опредѣленіи важнѣйшихъ размѣровъ входа и выхода таза.

Расстояніе отъ мыса до области надъ ветлужной впадиной можно опредѣлить, только введя 4 пальца въ каналъ таза. Въ нормальномъ тазу *dist. sacrocoty.* имѣетъ около 9 см.

2. Коксальгическіе носвенносуженные тазы.

Этиологія. Сюда относятся ассиметричные тазы, образовавшіеся вслѣдствіе анкилоза или вывиха въ одномъ тазобедренномъ сочлененіи, а также рѣдко встрѣчающійся у женщины косою тазъ, происшедшій послѣ вылуценія бедра въ раннемъ возрастѣ. Измѣненія въ коксальгическихъ тазахъ въ значительной степени сходны съ вышеописанными особенностями косыхъ анкилотическихъ тазовъ, съ тою разницею, что въ большинствѣ случаевъ измѣненія не ограничиваются только одною стороною таза и бывають неодинаковы въ особенности въ выходѣ таза. Послѣдствіемъ воспаленія тазобедреннаго сустава является, какъ извѣстно, часто неподвижность этого сочлененія, неудобное положеніе и укороченіе конечности. Подобныя же измѣненія замѣчаются при вывихѣ этого сустава, когда головка бедренной кости смѣщается кверху въ наружную подвздошную ямку. Почему пораженная болѣзнию нижняя конечность часто не принимаетъ непосредственно участія при ходженіи, больная замѣняетъ ее костылемъ. То же бываетъ при вылуценіи бедра. При ходьбѣ тя-



Фиг. 194.

жестъ туловища въ этихъ случаяхъ падаетъ по преимуществу на здоровую ногу. Вслѣдствіе чего на этой сторонѣ развиваються всѣ явленія ассиметріи, свойственныя косому тазу. Одновременно на другой сторонѣ, гдѣ находится анкилозъ бедра, существуютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженыя явленія атрофіи во всей половинѣ таза. Чѣмъ моложе субъектъ, тѣмъ болѣе рѣзко выражены эти измѣненія, зависящія отъ бездѣйствія мышцъ бедра на больной сторонѣ. Въ особенности подвергается уменьшенію верхняя половина безыменной кости, хотя и другія кости этой половины таза бывають также нѣсколько атрофированы. Въ рѣдкихъ случаяхъ, когда субъектъ страдалъ *coxitis chron.* очень долго, и все время до самой смерти оставался въ постели, тазъ обнаруживаетъ только эти атрофическія измѣненія, сопровождающіяся суженіемъ на больной сторонѣ. Выходъ коксальгическаго таза представляетъ суженіе большею частью въ томъ

же направлени, какое развилось во входѣ таза, нерѣдко въ меньшей степени. Иногда перекошивание таза здѣсь принимаетъ противоположное направлени, что зависитъ отъ положенія и взаимнаго отношенія сѣдалищныхъ бугровъ и нижней части крестца.

Если при этихъ тазахъ одновременно развивается на больной сторонѣ анкилозъ въ *symphond. sacro-iliaca*, то суженіе таза достигаетъ значительной степени. *Salus* и *Cutti* недавно описали случаи, гдѣ при такомъ тазѣ понадобилось К. С. для окончанія родовъ.

3. Сколиотическій тазъ.

Этіологія и признаки. Искривленіе позвоночника въ сторону, *scolio-sis*, оказываетъ влияніе на форму таза въ тѣхъ случаяхъ, когда нижележащее компенсирующее искривленіе въ противоположномъ направлени распространяется на крестецъ; оно влечетъ за собою смѣщеніе его въ бокъ и до нѣкоторой степени поворачиваетъ около продольной оси верхніе крестцовые позвонки. Такимъ образомъ тяжесть туловища неравномѣрно распредѣляется на обѣ нижнія конечности; она сильнѣе надавливаетъ на сторонѣ противоположной первоначальному искривленію позвоночника, которое наибаче бываетъ въ грудной части и развивается большею частью въ дѣтствѣ, вслѣдствіе англійской болѣзни. Эта болѣзнь почти исключительно причиняетъ рѣзко выраженные формы сколіоза позвоночника.

Та бедренная головка, которая подвергается большому дѣйствию тяжести туловища, смѣщаетъ соотвѣтствующую безыменную кость вкнутри, кзади и кверху. По этой причинѣ развивается асиметрія и суженіе таза въ косомъ діаметрѣ.

Вслѣдствіе уступчивости рахитическихъ костей, сѣдалищный бугоръ этой стороны большею частію отодвигается кнаружи. Крыло крестцовой кости, на которую происходитъ болѣе значительное давленіе, со временемъ становится уже, и его сочленовная поверхность срастается иногда съ прилежащею безыменною костью. Сама ветлужная впадина этой стороны также подается впередъ.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда значительное искривленіе позвоночника развивается въ поясничной области, тяжесть туловища дѣйствуетъ по преимуществу на сторонѣ этого первоначальнаго сколіоза; такъ какъ смѣщеніе верхней части туловища въ противоположную сторону для компенсаціи не въ состояніи уравновѣсить поясничное искривленіе.

4. Нифосколиотическій тазъ.

Этіологія и признаки. Какъ показываетъ само названіе, эта форма узкаго таза представляетъ послѣдствіе совмѣстнаго дѣйствія рахитическаго сколіоза и одновременно развившагося горба. Искривленіе



Фиг. 195.

позвоночника происходит большею частью на границѣ его грудной и поясничной части. Последовательное искривленіе является въ поясничной области кпереди и въ противоположную сторону, что влечетъ за собою смѣщеніе крестца, какъ при сколіотическомъ тазѣ, хотя въ меньшей степени, со всѣми его послѣдствіями. Сообразно этому и асимметрія при этихъ тазахъ большею частью бываетъ незначительная. Хотя тазъ представляетъ всегда признаки перенесенной англійской болѣзни, но тѣмъ не менѣе, вслѣдствіе значительнаго горба и перемѣщенія тяжести туловища напередъ, онъ постепенно принимаетъ воронкообразную форму, свойственную кифотическому тазу, который вмѣстѣ съ тѣмъ представляетъ нѣкоторую асимметрію. Мысль стоитъ высоко и мало выдается во входъ таза, крестецъ длинный, вытянутый сверху внизъ, поперечное искривленіе его больше нормальнаго, потому такой тазъ бываетъ нѣсколько суженъ въ этомъ направленіи. Нижняя часть крестца вдается въ полость таза, сѣдалищные бугры сближены. При



Фиг. 196. Поперечно-суженный тазъ.

этомъ длина согл. верха имѣетъ нормальную величину, или даже нѣсколько большую.

Г. Поперечно-суженные тазы.

Этіологія и признаки. Тазы суженные по преимуществу въ поперечномъ размѣрѣ можно соединить въ одну группу, такъ какъ всѣ они представляютъ одинаковыя особенности и различаются только по степени укороченія этого размѣра.

Суженіе въ поперечномъ направленіи происходитъ вслѣдствіе недостаточнаго развитія или полнаго отсутствія обоихъ крыльевъ крестцовой кости, что является какъ состояніе врожденное, или же зависитъ отъ воспаленія въ обоихъ тазобедренныхъ сочлененіяхъ. При дальнѣйшемъ развитіи таза, онъ сравнительно мало расширяется въ поперечномъ направленіи. Когда недостаточное развитіе крыльевъ крестца съ обѣихъ сторонъ одинаково, тазъ представляется симметричнымъ. При значительномъ укороченіи боковыхъ частей крестца, у взрослыхъ женщинъ оба крестцовоподвздошныя сочлененія срастаются. Ягодичная область представляется узкою, поперечный размѣръ большаго таза, *dist. trochant.*, значительно сужены. *Spin. post. super.* сближены. Лобковая дуга очень узка, и лонное соединеніе выдается въ видѣ клюва. Кривизна безымянной линіи уменьшается; прямой размѣръ входа имѣетъ нормальную величину, но всѣ поперечные діаметры укорочены, иногда весьма значительно.

Въ тазу, описанномъ Robert'омъ, поперечный размѣръ во входѣ равнялся 7 см., а въ выходѣ 5,1 см. Недавно Billiteri описанъ такого рода тазъ, въ которомъ попе-

речный размѣръ выхода былъ всего 2,5 см. Менѣе рѣзко выраженныя формы этого таза составляютъ переходъ къ общесъуженнымъ тазамъ.

Г. Неправильно суженные тазы.

Этіологія. Этимъ именемъ можно обозначить тазы суженные вслѣдствіе развитія въ каналѣ таза различныхъ опухолей, сидящихъ на стѣнкахъ таза, а также неправильности въ формѣ таза, образовавшіяся послѣ заживленія поврежденій и переломовъ тазовыхъ костей.

1. Опухоли тазовыхъ костей.

Признаки. Наиболѣе часто встрѣчающіяся опухоли на стѣнкахъ таза составляютъ экзостозы, развивающіеся обыкновенно изъ хрящей тазовыхъ сочлененій. Они находятся возлѣ крестцовой кости или на задней стѣнкѣ лоннаго соединенія, гдѣ они образуютъ небольшія выдающіяся или округленныя костныя образования, которыя въ рѣдкихъ случаяхъ достигаютъ величины лѣсного орѣха или голубинаго яйца.

На передней поверхности *synchondrosis sacroiliacae* образуются обыкновенно выдающіеся валики вдоль краевъ сочлененія. Экзостозы наичаще находятся на рахитическихъ тазахъ, форма которыхъ измѣнена вслѣдствіе этой болѣзни. Сами по себѣ экзостозы, развившіеся на тазѣ правильно сформированномъ, только въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ на столько суживать тазъ, чтобъ это оказывало вліяніе на ходъ родовъ.



Фиг. 197.

Костныя разращенія, извѣстныя подъ именемъ остеофитовъ, представляются въ видѣ шиповъ, или приподнятаго и заостренаго костнаго края или угла. Наичаще они сидятъ на мѣстѣ *tuberculum ileo-recteum*, на *recten pubis*, рѣже на другихъ мѣстахъ. Ихъ слѣдуетъ разсматривать какъ окостенѣніе сухожилій, мышцъ и фасцій. Тазы, въ которыхъ находятся такіе остеофиты, носятъ названіе *pelvis spinosa*, *асантопелъс*. На нихъ часто замѣчаются ясно выраженныя послѣдствія англійской бозѣзни. Разрывы матки, которые были наблюдаемы при описанныхъ тазахъ, не всегда можно поставить въ прямую связь съ остеофитами, хотя нельзя отрицать, что они могутъ иногда причинить пораненіе маточной стѣнки при родахъ.

Другія новообразованія представляютъ болѣе значительной величины опухоли, вырастающія наичаще изъ передней поверхности крестца или въ области *synchondrosis sacro-iliacae*, и лоннаго соединенія; онѣ заклады-

ваютъ въ большей или меньшей степени полость малаго таза. Чаще всего здѣсь развиваются остео-саркомы, растущія быстро, и энхондромы, ростъ которыхъ происходитъ болѣе медленно и консистенція бываетъ гораздо плотнѣе. Рѣже находили фибромы и раки, послѣдніе почти всегда метастатическаго происхожденія. Нѣкоторыя опухоли могутъ осложняться образованіемъ кистъ. Къ числу кистообразныхъ опухолей тазовыхъ стѣнокъ можно причислить также эхинококковъ и переднюю грыжу мозговыхъ оболочекъ позвоночника, *hydro-rachis sacralis ant.*

Вліяніе на роды. Всѣ эти опухоли сидятъ обыкновенно на широкомъ основаніи и бываютъ, за рѣдкими исключеніями, неподвижны; большею частью онѣ имѣютъ плотную консистенцію, почему удаление ихъ для устранения препятствія во время родовъ немислимо. Только при кистообразныхъ опухоляхъ мы можемъ этого достигнуть, удаливъ

содержимое посредствомъ прокола. Во всѣхъ другихъ случаяхъ приходится оканчивать роды посредствомъ различныхъ акушерскихъ операцій.

2. Переломы тазовыхъ костей.

Переломы въ этой части скелета встрѣчаются сравнительно рѣдко и часто сопровождаются столь значительными пораненіями внутренностей или сотрясеніемъ

мозга, что женщина не часто остается въ живыхъ. Чаще всего подвергается переломамъ лонная, затѣмъ подвздошная, рѣже сѣдалищная кость, вертлужная впадина и наконецъ крестецъ. Почти неизбѣжное при этихъ переломахъ, смѣщеніе обломковъ, и затѣмъ образованіе неправильной костной мозоли, можетъ причинить суженіе таза въ различныхъ направленіяхъ, иногда достигающее значительной степени. Подобные тазы представляютъ вообще большую рѣдкость въ акушерской практикѣ.



Фиг. 198.

Глава 16

Вліяніе различныхъ видовъ узкаго таза на беременность, роды и послѣродовое состояніе.

Нерѣдко по одному наружному осмотру беременной врачъ можетъ сдѣлать предположеніе о свойствѣ ея таза. При узкомъ тазѣ часто, хотя далеко не всегда, даже женщина беременная въ первый разъ

имѣть висячій животъ; это замѣчается по преимуществу въ тѣхъ случаяхъ, когда суженіе входа не позволяетъ подлежащей головкѣ опуститься въ тазъ. Въ другихъ случаяхъ это явленіе обуславливается укороченіемъ полости живота, зависящимъ отъ анатомическихъ измѣненій въ костяхъ позвоночника. При такихъ условіяхъ, сильно наклоненная кпереди матка, не встрѣчая опоры со стороны стѣнокъ живота и тазовыхъ костей, становится гораздо болѣе подвижною. Головка плода, даже въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, стоитъ высоко, хотя при умѣренной степени суженія таза она иногда находится во входѣ таза. Наклоненіе матки и загибъ назадъ сравнительно рѣдко встрѣчаются при узкомъ тазѣ въ первые мѣсяцы беременности, но иногда такое ненормальное положеніе упорно удерживается, при сильно выступающемъ мысѣ крестцовой кости. Узкій тазъ вліяетъ также на положеніе и предлежаніе плода. Если сопоставить роды при всѣхъ видахъ суженныхъ тазовъ, то окажется, что теменные предлежанія встрѣчаются почти на 10% менѣе часто, нежели въ нормальномъ состояніи, и чѣмъ значительнѣе укороченіе размѣровъ таза, тѣмъ рѣже наблюдаются эти предлежанія. Послѣднія встрѣчаются значительно чаще при первой беременности, нежели у многорожениць.

Роды при узкомъ тазѣ болѣею частію продолжаются дольше, вслѣдствіе болѣе значительнаго сопротивленія со стороны родового канала. По той же самой причинѣ родовыя сокращенія матки часто бываютъ весьма сильныя и энергическія, въ особенности при первыхъ родахъ, въ исключительныхъ случаяхъ влекуція за собою даже развитіе подковообразной эмфиземы у роженицы. Послѣ усиленной родовой дѣятельности, иногда наступаетъ вторичная слабость потугъ. У многорожениць нерѣдко съ самаго начала родовъ сокращенія матки бываютъ слабы, что вѣроятно, зависитъ отъ истощенія мышечной ткани, вслѣдствіе чрезмѣрной родовой дѣятельности при предшествовавшихъ родахъ. Околоплодный пузырь чаще, нежели при правильномъ тазѣ, разрывается преждевременно; это объясняется отчасти непосредственною передачею внутриматочнаго давленія на нижнюю часть оболочекъ яйца; такъ какъ высоко стоящая головка не плотно прилегаетъ къ стѣнкамъ въ нижнемъ сегментѣ матки. По той же причинѣ воды истекаютъ въ болѣе значительномъ количествѣ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда въ началѣ родовъ головка вступаетъ во входъ таза, и оболочки разрываются своевременно, расширеніе устья совершается вполне правильно. При болѣе значительномъ суженіи таза, когда головка не можетъ вступить въ тазовой каналъ, расширеніе устья происходитъ исключительно при посредствѣ околоплоднаго пузыря. Когда наружное маточное отверстіе достигаетъ значительной степени расширенія, то при такихъ условіяхъ, послѣ истеченія околоплодной жидкости, края маточнаго зѣва, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ, въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ отодвигаются высоко квер-

ху за головку. Нижний сегмент матки, ея шейка и верхняя часть влагалища сильно растягиваются, сократительное кольцо поднимается высоко. Если такой роженицѣ не будетъ подано надлежащее пособие, то при энергичныхъ родовыхъ потугахъ можетъ послѣдовать разрывъ въ стѣнкахъ шейки, иногда въ сводѣ влагалища или въ нижнемъ сегментѣ самой матки. Къ счастью, чаще подъ вліяніемъ сокращеній матки, головка опускается въ полость таза и постепенно расширяетъ маточный зѣвъ. Иногда предлежащая головка устанавливается довольно плотно надъ входомъ или во входѣ таза и не опускается ниже. Въ такихъ случаяхъ раскрытіе маточнаго зѣва, послѣ истеченія водъ, не подвигается впередъ, сдавленные края его припухаютъ и дѣлаются отечными. Между тѣмъ нижній сегментъ и шейка матки продолжаютъ растягиваться, стѣнки тѣла и дно матки уплотняются, сократительное кольцо сильно приподнимается кверху. Въ подобныхъ случаяхъ иногда можетъ послѣдовать даже разрывъ нижней части матки.

Вообще предлежащая головка при узкомъ тазѣ гораздо чаще стоитъ надъ входомъ таза въ послѣднее время беременности и въ началѣ родовъ. Рѣдко она опускается въ верхій отдѣлъ таза раньше разрыва оболочекъ яйца. Однако болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ узкихъ тазовъ она находится здѣсь послѣ полного расширенія зѣва; въ остальныхъ случаяхъ головка устанавливается своею наибольшею периферіею въ плоскости входа, только спустя нѣкоторое время, иногда послѣ продолжительныхъ и сильныхъ сокращеній. При значительномъ укороченіи размѣровъ таза, сравнительно въ немногихъ случаяхъ, головка остается, даже послѣ продолжительной родовой дѣятельности матки, надъ входомъ таза, куда можетъ вдаваться только небольшой ея сегментъ.

При прохожденіи предлежащей головки чрезъ тазовой каналъ, само собою разумѣется, она встрѣчаетъ сопротивленіе болѣе значительное, нежели при правильномъ тазѣ. Почему она въ болѣе значительной степени должна приспособляться къ формѣ тазоваго канала и, что чрезвычайно важно, головка совершаетъ особенныя цѣлесообразныя движенія, чтобы получить возможность пройти черезъ суженное мѣсто. Эти движенія, зависящія отъ формы суженнаго таза, представляютъ особенныя отступленія въ механизмъ родовъ, свойственныя извѣстному виду узкихъ тазовъ. Они происходятъ, смотря по свойству суженія, или на всемъ протяженіи родового канала, или же въ извѣстной его части, гдѣ размѣры таза укорочены. Конечно тамъ, гдѣ предлежащая головка не можетъ вступить во входъ таза, не можетъ быть и рѣчи о механизмѣ родовъ. Всѣ же тазы, степень суженія которыхъ допускаетъ прохожденіе цѣлой, неуменьшенной предлежащей головки чрезъ родовой каналъ, относительно механизма родовъ, можно привести къ немногимъ сравнительно типамъ. Слѣдуетъ различать механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ, при общесуженномъ, и при воронкообразномъ. При другихъ вышеописанныхъ видахъ узкаго таза

механизмъ родовъ сходенъ съ механизмомъ при какомъ-либо изъ вышеупомянутыхъ тазовъ.

При *плоскомъ тазѣ* головка вставляется во входъ таза такимъ образомъ, что ея стрѣловидный шовъ проходитъ въ поперечномъ направлении и находится вблизи мыса, почему передняя темянная кость стоитъ ниже задней и занимаетъ большее пространство входа въ тазъ, *obliquitas Naegele eximia*. Рѣже стрѣловидный шовъ располагается возлѣ лоннаго соединенія. Такъ какъ головка своимъ большимъ поперечнымъ размѣромъ не можетъ помѣститься въ продольномъ диаметрѣ входа въ тазъ, то подѣ влияніемъ потугъ передняя часть головки, именно лобная кость, нѣсколько опускается, слѣдовательно головка отчасти разгибается и большой родничокъ располагается ниже малаго, при этомъ съ прямымъ диаметромъ таза совпадаетъ малый поперечный размѣръ головки въ большей или меньшей степени. При переднетеменномъ предлежаніи, какъ это изображено на фиг. 199, вступленіе головки происходитъ чрезъ постепенное опусканіе задней теменной кости возлѣ мыса, а при заднетеменномъ предлежаніи, это достигается опусканіемъ подлѣ лоннаго соединенія теменной кости, лежащей впереди. Когда головка пройдетъ суженное мѣсто и опустится въ полость таза, гдѣ прямой размѣръ длинѣе, головка нѣсколько сгибается, малый родничокъ опускается и становится ниже большого. Достигнувъ дна таза, головка совершаетъ дальнѣйшее поступательное движеніе уже обыкновеннымъ образомъ, какъ при правильномъ тазѣ. Послѣдующая головка, при прохожденіи чрезъ входъ таза, совершаетъ сходный механизмъ. Подбородокъ отходитъ отъ груди, отчего головка получаетъ возможность пройти своимъ меньшимъ поперечнымъ размѣромъ чрезъ укороченную *conj. vera*.



Фиг. 199. Вступленіе головки во входъ плоскаго таза.

При *плоскихъ тазахъ съ значительнымъ укороченіемъ прямого размѣра*, мысъ сильно выдается впередъ, и при этомъ существуетъ значительный *lordosis* въ поясничной части позвоночника. Головка иногда отклоняется нѣсколько отъ средней линіи и располагается подѣ правую или лѣвую половину таза, что извѣстно подѣ именемъ *viѣсрединнаго* вставленія головки, *praesentatio extramediana*. Въ такихъ случаяхъ головка далеко не всегда имѣетъ возможность опуститься въ тазовой каналъ, такъ какъ половина плоскаго таза представляетъ для этого слишкомъ небольшое пространство. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, прохожденіе головки происходитъ по типу, свойственному общесуженному тазу, съ тою разницею, что въ началѣ родовъ головка почти всегда стрѣловиднымъ швомъ располагается въ поперечномъ размѣрѣ.

Kohn наблюдалъ 9 разъ вѣсрединное вставленіе головки въ плоскихъ тазахъ съ согн. 8—9,5 см. Такое вставленіе происходило вслѣдствіе отклоненія головки къ одной изъ подвздошныхъ костей. Во всѣхъ случаяхъ это было на лѣвой сторонѣ таза; при этомъ головка была сильно согнута. Вхожденіе головки въ тазъ совершалось въ косомъ размѣрѣ; 5 разъ роды оканчивались силами природы.

При *общесъуженномъ тазѣ* въ началѣ родовъ головка наичаще находится въ косомъ размѣрѣ таза, и ея малый родничокъ стоитъ ниже большого. Головка, встрѣчая препятствіе со всѣхъ сторонъ, сгибается въ значительной степени. Это сгибаніе еще усиливается, когда она достигаетъ дна таза, въ это время малый родничокъ находится на проводной линіи. При прохожденіи головки чрезъ половую расщелину, онъ появляется ближе къ промежности, такъ какъ подъ лоннымъ соединеніемъ показывается прежде всего затылокъ. Дальнѣйшій ходъ механизма родовъ ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ обыкновеннаго. Когда, при предлежаніи головки, затылокъ обращается кзади, то родоразрѣшеніе силами природы становится невозможнымъ. Сходное съ этимъ прохожденіе совершаетъ головка при тѣхъ формахъ *косвенносъуженныхъ асимметричныхъ тазовъ*, въ которыхъ на сплющенной половинѣ таза утрачивается для механизма родовъ часть тазоваго пространства возлѣ *symphysis sacro-iliaca*. Тамъ, гдѣ этого не бываетъ, и асиметрія незначительна, механизмъ родовъ совершается какъ въ симметричномъ тазѣ.

При *воронкообразныхъ тазахъ* головка часто уже во время беременности опускается во входъ таза, и механизмъ родовъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго, пока головка не достигнетъ суженнаго выхода таза. Здѣсь она останавливается, вращеніе затылка напередъ затрудняется, и головка остается въ поперечномъ или косомъ стояніи. Окончаніе родовъ нерѣдко становится возможнымъ только при помощи оперативнаго пособія, тѣмъ болѣе, что часто въ этомъ періодѣ родовъ наступаетъ вторичная слабость потугъ. Fleischmann иногда наблюдалъ при такихъ тазахъ раненіе въ области сѣдалищныхъ бугровъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда роды оканчивались силами природы. Сдавливаніе головки въ выходѣ таза часто причиняетъ смерть плода.

Наиболѣе тяжелые и трудные роды наблюдаются при кифотическихъ тазахъ, представляющихъ суженіе въ нижней части таза. Klein сопоставилъ 172 родовъ при такихъ тазахъ у 95 женщинъ. Смертность дѣтей была не менѣе 40%, матерей погибла отъ 6—17%.

Значительное препятствіе, которое необходимо преодолѣть предлежащей части, при прохожденіи чрезъ каналъ различныхъ видовъ суженнаго таза, не можетъ оставаться безъ вліянія на состояніе плода. Продолжительная родовая дѣятельность матки разстраииваетъ плацентарное кровообращеніе, причиняя асфиксію плода, и способствуетъ образованію значительной родовой опухоли, чему благоприятствуетъ раннее истеченіе околоплодной жидкости. Въ такихъ случаяхъ на го-

ловкѣ новорожденнаго замѣчаютъ болѣе или менѣе значительныя слѣды, оставленные стѣнками таза. Если подлежащая головка сдавливается со всѣхъ сторонъ, какъ это бываетъ при общесъуженномъ тазѣ, то развивается большая опухоль, происходитъ удлиненіе головки, иногда даже значительная набухлость и отекъ вѣкъ, вслѣдствіе сдавленія главной вены въ глазной щели.

Гораздо чаще причиняютъ давленіе выдающіяся части тазовыхъ стѣнокъ — мысь, лонное соединеніе, *spin. ischii* и какая-нибудь часть безыменной линіи. Чаще всего знаки давленія, въ видѣ красноватыхъ пятенъ или полосы, замѣчаются на той теменной и лобной костяхъ, которыя во время трудныхъ родовъ были обращены кзади. При сильномъ надавливаніи на этихъ мѣстахъ даже можетъ развиваться омертвѣніе кожныхъ покрововъ. При плоскихъ тазахъ, при которыхъ наичаще мысь обнаруживаетъ сильное давленіе на головку, эти знаки находятся наичаще на теменной кости: возлѣ вѣнечнаго шва и направляются чрезъ високъ на щеку. Менѣе рѣзкіе слѣды давленія оставляетъ лонное соединеніе на половинѣ черепа, обращенной вперед.

При воронкообразныхъ тазахъ иногда сѣдалищныя кости оставляютъ красное пятно на одномъ изъ теменныхъ бугровъ. Такое же давленіе оказываютъ экзостозы таза на проходящую при родахъ возлѣ нихъ черепную кость.

Давленіе выступовъ тазовыхъ стѣнокъ при узкихъ тазахъ иногда бываетъ столь значительно, что на костяхъ черепа, подвергшихся давленію во время родовъ со стороны крестцоваго мыса, остаются иногда желобообразныя углубленія. Иногда находятъ даже ложкообразное вдавленіе на костяхъ головки, возлѣ теменнаго бугра или на лобной кости; на послѣдней наичаще такое вдавленіе оставляютъ верхушки щипцовъ при употребленіи этого инструмента. Когда вдавленіе на костяхъ достигаетъ значительной степени, оно сопровождается переломами и образованіемъ трещинъ въ сводѣ черепа. Изрѣдка наблюдаемое нарушеніе цѣлости позвоночника и отрывъ сочленовыхъ отростковъ затылочной кости происходитъ исключительно при послѣдующей головкѣ, вслѣдствіе сильнаго потягиванія при извлеченіи. Обращенная кзади во время родовъ половина черепа представляется нѣсколько уплощенной; напротивъ лежащая вперед образуетъ нѣкоторую выпуклость. Только при



Фиг. 200. Слѣды давленія со стороны мыса на головкѣ младенца родившагося при 2-й позиціи въ теменномъ предлежаніи.

значительномъ укороченіи прямого размѣра, уплощается также половина черепа, обращенная кпереди.

Значительное захожденіе на швахъ краевъ черепныхъ костей представляетъ обычное явленіе при узкихъ тазахъ. Наичаще края обращенной кзади теменной и лобной костей, задержанныхъ въ своемъ движеніи выдающимся мысомъ, подходятъ подъ края одноименныхъ костей передней половины черепа. При общесъуженныхъ тазахъ во время родовъ, кромѣ того еще края затылочной и лобной костей подходятъ подъ смежные края теменныхъ костей. Вслѣдствіе смѣщенія костей, форма головки представляется болѣе скошенной, чѣмъ при нормальномъ тазѣ; половина черепа, лежавшая кзади, уплощается въ болѣе значительной степени. При сильномъ захожденіи швовъ, соединенія костей растягиваются или даже разрываются, послѣдствіемъ чего является разрывъ сосудовъ въ полости черепа и внутречерепное кровоизліяніе, которое можетъ происходить иногда также, вслѣдствіе сильного сдавленія головки.



Фиг. 201. Ложкообразное вдавленіе со стороны верхушки крестца на правой лобной кости.

Мы уже упоминали о разрывахъ матки, которые иногда наблюдаются послѣ энергическихъ родовыхъ сокращеній, при узкомъ тазѣ и при чрезмѣрномъ истонченіи растянутого нижняго сегмента матки, что случается наичаще у многораждающихъ. Гораздо чаще чѣмъ это тяжелое поврежденіе, во время продолжительныхъ родовъ при узкомъ тазѣ, происходитъ сдавливаніе, протираніе и нарушеніе цѣлости мягкихъ стѣнокъ родового канала, которыя, подобно подлежащей головкѣ, подвергаются всестороннему давленію, или же такое давленіе причиняетъ какой-нибудь выдающийся выступъ таза, наичаще мысъ крестцовой кости и верхній край лоннаго соединенія; рѣдко верхушка крестца и ости сѣдалищныхъ костей. Сильно выдающийся мысъ, надавливая на заднюю стѣнку истонченной и растянутой шейки, рѣже на сводъ владалища, можетъ причинить ушибы и даже омертвѣніе, послѣдствіемъ чего является мѣстное, иногда даже разлитое воспаленіе брюшины въ послѣродовомъ періодѣ. Впрочемъ омертвѣніе ткани гораздо чаще происходитъ на передней стѣнкѣ владалища, рѣже въ маточной шейкѣ, если эти части подвергаются продолжительному прижатію между пред-

лежащую головку и лоннымъ соединеніемъ. Обыкновенно это случается во входѣ таза, рѣже въ тазовой полости. Ближайшимъ послѣдствіемъ омертвѣнія являются фистулы, *fistula vesico-vaginalis*, рѣже *utero-vesicalis*, или свищъ прямой кишки. Въ исключительныхъ случаяхъ происходитъ даже нарушение цѣлости мочевого канала или одного изъ мочеточниковъ. Обыкновенно произвольное истеченіе мочи въ такихъ случаяхъ обнаруживается только спустя нѣсколько дней послѣ родовъ, когда отдѣляется куски омертвѣлой ткани. При фистулахъ, являющихся послѣдствіемъ при-мѣненія грубой силы при родахъ, недержаніе мочи обнаруживается обыкновенно непосредственно вѣдѣ за окончаніемъ родоразрѣшенія. *Spinae ischii* оказываютъ давленіе исключительно на стѣнки влагалища, въ особенности при воронкообразномъ тазѣ. Безъименная линія, въ какой-нибудь своей части, можетъ оказывать опасное давленіе въ узкомъ тазѣ, при косвенномъ положеніи матки, но въ особенности при существованіи въ этой части таза остеофитовъ.

При такихъ условіяхъ, постепенно развивается припухлость и отечное состояніе маточнаго зѣва, постепенно застой крови и припухлость распространяются на стѣнки влагалища и наружныя половыя части, на которыхъ иногда образуется даже значительный отекъ. Эти мѣстные явленія въ родовомъ каналѣ нерѣдко вызываютъ реакцію со стороны всего организма. Температура постепенно повышается до $38,5^{\circ}$, даже 39° С. Маточныя сокращенія принимаютъ часто спазматическій характеръ. Частый и мало напряженный пульсъ и нѣсколько осунувшіяся черты лица имѣютъ еще бо-



Фиг. 202. Слѣды давленія на головкѣ младенца при общеслуженномъ тазѣ въ I тѣмномъ предлежаніи.

лѣе важное значеніе; онѣ выражаютъ нервное истощеніе и упадокъ силъ, вѣдствіе продолжительныхъ усилій и сильныхъ болей. Иногда онѣ представляютъ признаки послѣдовавшей инфекции. Тамъ, гдѣ появляются во время продолжительныхъ родовъ подобные симптомы, они должны служить показаніемъ къ скорѣйшему окончанію родовъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ при узкихъ тазахъ во время родовъ, въ особенности при извлеченіи головки щипцами, были наблюдаемы разрывы тазовыхъ сочлененій, наичаще лоннаго соединенія, иногда совмѣстно съ однимъ изъ крестцовоподвздошныхъ. Въ моментъ возникновенія этого поврежденія иногда слышится въ тазу хрустѣніе, и затѣмъ головка стано-

вится ниже. Края лоннаго соединенія замѣтно расходятся, въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывается также при этомъ передняя стѣнка влагалища.

Предсказаніе относительно исхода родовъ при узкихъ тазахъ зависитъ отъ свойства и особенностей 3 важнѣйшихъ факторовъ родовъ—потужной родовой дѣятельности, величины плода, главнымъ образомъ объема его головки, и степени суженія таза. О значеніи и различныхъ видахъ неправильныхъ потугъ мы уже говорили. Никогда нельзя вполнѣ точно предсказать свойство маточныхъ сокращеній при имѣющихся въ виду родахъ,—напротивъ, о другихъ факторахъ мы можемъ составить въ послѣднее время беременности довольно часто приблизительно вѣрное понятіе, въ особенности относительно особенностей таза.

Всѣ суженные тазы по степени суженія раздѣляются на четыре разряда. Къ первому слѣдуетъ отнести плоскіе тазы, *conj. vera* которыхъ заключается между 9,5 и 8,5 см. и общесуженные съ прямымъ размѣромъ входа въ тазъ между 10 и 9 см. Женщины, имѣющія подобные тазы, часто рожаютъ благополучно, въ особенности при первыхъ и вторыхъ родахъ. Затѣмъ вълѣдствіе, истощенія мышечной ткани матки и болѣе значительной величины плодовъ, приходится иногда оканчивать роды посредствомъ акушерскихъ операций, а въ рѣдкихъ случаяхъ даже прибѣгать, при чрезмѣрно большихъ дѣтяхъ, къ уменьшенію подлежащей головки.

Вторую степень суженія представляютъ плоскіе тазы, продольный размѣръ которыхъ не превышаетъ 8,5—7 см. и общесуженные съ конъюгатой между 9—8 см. Здѣсь вполнѣ умѣстны вызваніе преждевременныхъ родовъ и родоразрѣшающія операціи. Самопроизвольное окончаніе родовъ наблюдается сравнительно нечасто при доношенномъ плодѣ. Тазы, относящіяся къ третьей степени, имѣютъ *conjugata vera* 7,—5,5 см. При подобныхъ тазахъ наичаще приходится дѣлать раздробленіе головки плода, чтобъ имѣть возможность окончить роды. При тазѣ, котораго поперечный размѣръ менѣе 7 см., противопоказуется поворотъ на ножки и вызваніе искусственныхъ родовъ, даже рѣдко примѣняли при такихъ тазахъ разсѣченіе лоннаго соединенія. Чтобы получить живой плодъ, по желанію и съ согласія роженицы, слѣдуетъ произвести при срочныхъ родахъ кесарское сѣченіе. Въ настоящее время въ нѣкоторыхъ клиникахъ предпочитаютъ при суживаніяхъ второй степени, при *conj. 9—7 см.*, разсѣченіе лоннаго соединенія, *symphyseotomia*. Исключенія крайне рѣдки. Старов наблюдалъ рожденіе живого плода вѣсомъ 2230,0 и 44 см. длины, при *conj. 6,5*. Мы наблюдали при *conj. 7 см.* рожденіе живого плода 2500,0. Къ четвертой степени слѣдуетъ отнести всѣ узкіе тазы, внутренній прямой размѣръ которыхъ менѣе 5,5, т.-е. не достигаетъ половины длины прямого размѣра правильнаго таза. Когда беременность достигла нормальнаго срока, кесарское сѣченіе при такихъ тазахъ показано безусловно и представляетъ единственный рациональный способъ родоразрѣшенія.

Какъ извѣстно, мы не имѣемъ для опредѣленія величины головки утробнаго плода такихъ точныхъ способовъ, какіе мы примѣняемъ для опредѣленія прямого размѣра таза. Кромѣ способа Ahlfeld'a, нѣкоторые врачи совѣтуютъ не упускать изъ виду соотношенія, существующаго между размѣрами черепа матери и головкою плода. Размѣры послѣдняго въ концѣ X мѣс. беременности, составляютъ среднимъ числомъ 0,6 одноименныхъ размѣровъ головы матери, которые легко опредѣляются циркулемъ. Начиная съ третьихъ родовъ, слѣдуетъ прибавить къ полученной величинѣ 0,5—0,75 см.

Въ недавнее время P. Müller предложилъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности производить надавливаніе рукою выше лоннаго соединенія на предлежащую головку, стараясь продвинуть ее во входъ таза. Въ тѣхъ случаяхъ узкаго таза, когда головка опускается во входъ до половины, плодъ навѣрное можетъ пройти чрезъ тазовой каналъ безъ уменьшенія предлежащей части. Во время родовъ о величинѣ головки опытный акушеръ можетъ судить приблизительно только при внимательномъ внутреннеемъ изслѣдованіи, принимая во вниманіе разстояніе между родничками, величину швовъ, плотность костей и пр. Можно признать довольно вѣрнымъ положеніе, даже въ настоящее время, что чѣмъ значительнѣе суженъ тазъ, тѣмъ предсказаніе менѣе благоприятно для младенца. Eisenhart нашель, что мнѣніе Olshausen'a, будто бы при узкихъ тазакъ особенно часто рождаются мальчики, невѣрно. При узкихъ тазакъ дѣтей погибаетъ не менѣе 20—30%, вслѣдствіе трудныхъ и продолжительныхъ родовъ, а также вслѣдствіе оперативныхъ пособій при родахъ. Рациональная и своевременно поданная помощь можетъ въ значительной степени уменьшить эту смертность.

Что касается матерей, то въ послѣднее время ихъ умираетъ гораздо менѣе, чѣмъ въ прежнее время, благодаря широкому и настойчивому примѣненію антисептики, которая пріобрѣтаетъ особенную важность и значеніе при затыжныхъ трудныхъ родахъ, часто сопровождающихся травматическими поврежденіями. Заболѣваемость матерей въ послѣродовомъ періодѣ достигаетъ 15—20%, а смертность отъ 0,9 до 1,7%.

Громадное значеніе имѣетъ также своевременное и цѣлесообразное примѣненіе акушерской помощи. Необходимо оперировать только при надлежащихъ показаніяхъ, а также избѣгать обобщеній. Врачъ не долженъ забывать, что на ходъ родовъ оказываетъ вліяніе не одинъ тазъ, но одновременно съ нимъ другіе факторы родовъ и общее состояніе здоровья роженицы. Изъ 444 узкихъ тазовъ, которые были наблюдаемы въ Вѣнской клиникѣ, въ 163 случаяхъ роды окончились силами природы, что составляетъ почти 35%. По наблюденіямъ Lehmann'a, наибаче оканчиваются силами природы первые роды, почти въ 50%. Затѣмъ съ каждымъ послѣдующими родами акушерская помощь оказывается необходимою все чаще и чаще. У женщинъ, родившихъ болѣе 5 разъ при

сѣуженіи таза, только 10% роды протекають безъ оперативной помощи.

Терапія. Акушерскія пособія, а также вообще помощь беременнымъ и роженицамъ, имѣющимъ узкій тазъ, какъ можно заключить изъ вышеизложеннаго, должны представлять значительное разнообразіе. Часто, при небольшихъ степеняхъ сѣуженія таза, во время беременности всѣ наши пособія ограничиваются назначеніемъ широкаго пояса на животъ для поддерживанія сильно отвисшаго живота и для нѣкотораго противодѣйствія чрезмѣрному наклоненію матки напередъ. Кромѣ того слѣдуетъ такимъ беременнымъ совѣтовать не употреблять слишкомъ много пищи, въ особенности по вечерамъ, избѣгать жирныхъ и мучнистыхъ блюдъ, не пить много воды и другихъ жидкостей, не спать послѣ обѣда и вообще не оставаться въ постели болѣе 8 часовъ въ сутки. Полезно 2 раза въ день дѣлать прогулки отъ 1/2 до 1 часу по ровной мѣстности. Много разъ, съ цѣлью не допустить значительнаго разрастанія плода, мы примѣняли съ успѣхомъ такую діету, предложенную Prochownik'омъ. Въ послѣднее время это испыталъ Hagner также съ хорошими результатами. Florschütt собралъ 25 случаевъ беременности, въ которыхъ примѣнялся способъ Prochownik'a. Во всѣхъ случаяхъ, кромѣ одного, получились хорошіе результаты. При такомъ образѣ жизни и діетѣ, похожей отчасти на режимъ при сахарной болѣзни, часто удается избѣгать слишкомъ большаго разрастанія плода.

Если узкій тазъ распознается во время беременности, то можетъ возникнуть весьма естественный вопросъ, можетъ ли женщина въ данномъ случаѣ родить живаго доношеннаго младенца? У женщинъ беременныхъ въ первый разъ, при первой степени сѣуженія таза и при нормальной величинѣ плода, слѣдуетъ ожидать нормальнаго срока родовъ. Къ искусственному возбужденію родовъ слѣдуетъ прибѣгать при узкихъ тазахъ у многораждавшихъ, если предыдущіе роды были крайне трудны и окончены прободеніемъ головки. Къ сожалѣнію, въ такихъ случаяхъ слабость родовыхъ сокращеній нерѣдко составляетъ крайне неблагоприятное осложненіе, которое можетъ причинить смерть плода и вызвать явленія, опасныя для здоровья и жизни матери, что можетъ послужить показаніемъ къ скорѣйшему окончанію родовъ, при неполнѣ подготовленныхъ родовыхъ путяхъ.

У женщинъ беременныхъ въ первый разъ слѣдуетъ вызывать преждевременные роды только въ тѣхъ случаяхъ, когда прямой размѣръ при плоскомъ тазѣ не превышаетъ 8,5, а при общесѣуженныхъ 9 см. Эту операцію слѣдуетъ производить между 32 и 36 недѣлями беременности и отнюдь не раньше 30 недѣли. Conjugata vera 7 см. составляетъ крайнюю границу, при которой возможно эту операцію примѣнить при плоскихъ тазахъ. При общесѣуженныхъ тазахъ, даже когда прямой размѣръ немного менѣе 8 см., врядъ ли эта операція можетъ окончиться счастливо для плода.

Подобными же показаніями слѣдуетъ руководствоваться въ этомъ отношеніи при малыхъ плоскихъ тазахъ и при тазахъ косвенносуженныхъ различнаго происхожденія, при которыхъ за прямой размѣръ также слѣдуетъ принимать не только разстояніе между верхнимъ краемъ лоннаго соединенія и серединою мыса крестцовой кости, но также *distancia sacrocostyloidea* здоровой половины таза. Въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдняя менѣе 8,0, искусственные роды противопоказуются. При воронкообразныхъ тазахъ слѣдуетъ обращать вниманіе на величину размѣровъ выхода таза. Преждевременные роды показываются, если разстояніе между сѣдалищными буграми не превышаетъ 8—8,5 см. Въ раннемъ періодѣ беременности, при третьей и въ особенности при четвертой степени узкихъ тазовъ, существуетъ полное показаніе къ вызванію искусственнаго выкидыша, если при внутреннемъ изслѣдованіи можно достигнуть влагалищной части матки, что, къ сожалѣнію, не всегда возможно при четвертой степени узкаго таза. Только при *conj. vera*, близкой по величинѣ къ 7 см., при плоскомъ тазѣ можно прибѣгнуть еще къ вызванію преждевременныхъ родовъ между 30 и 32 недѣлей беременности. Когда при четвертой степени суженія таза беременная не соглашается прибѣгнуть къ искусственному выкидышу, то при доношенномъ плодѣ необходимо будетъ произвести кесарское сѣченіе. Исключеніе могутъ представлять остеомалятические тазы съ податливыми уступчивыми костями, которыя могутъ значительно раздвигаться при родахъ, во время прохожденія подлежащей части.

Когда врача призываютъ къ роженію, у которой онъ находитъ суженіе таза, то прежде всего необходимо устранить всѣ случайности, которыя могутъ способствовать преждевременному разрыву оболочекъ яйца, чтобы подлежащая головка успѣла, по возможности до истеченія водъ, пройти чрезъ входъ таза. Для этого часто необходимо нѣсколько и даже много часовъ, пока головка совершитъ свои особенныя цѣлесообразныя движенія и достаточнымъ образомъ приспособится къ размѣрамъ таза. Rosenthal настойчиво совѣтуетъ употребленіе кольпейринтера, въ особенности при раннемъ истеченіи водъ, что мы также нашли вполне цѣлесообразнымъ. Когда при зѣвѣ, раскрытомъ въ значительной степени, съ краями податливыми и удоборастяжимыми, головка остается подвижною надъ входомъ таза, при этомъ пузырь цѣль или воды прошли недавно, то слѣдуетъ произвести поворотъ на ножки, чтобы поскорѣе окончить роды. Часто при этомъ удается извлечь живой плодъ у женщинъ, у которыхъ при предыдущихъ родахъ, происходившихъ при предлежаніи головки, приходилось прибѣгать къ прободенію черепа; такъ какъ устройство черепа, узкая часть котораго находится на основаніи и широкая на крышкѣ черепа, способствуетъ болѣе удобному проведенію послѣдующей головки, которая проходитъ чрезъ входъ въ тазъ, подобно клину. Кромѣ того производимое съ достаточною энергіей влеченіе за туловище въ значительной степени можетъ увеличить силу

родовыхъ потугъ, не причиняя въ то же время вреда матери и часто оставаясь безвреднымъ для младенца. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда мы не въ состояніи извлечь ручными приѣмами послѣдующую головку, когда плодъ неминуемо умираетъ, а окончить роды приходится посредствомъ краніотоміи, мать избавляется отъ тяжелыхъ мученій и травматическихъ поврежденій, сопряженныхъ съ продолжительными родами при предлежаніи головки.

Поворотъ на ножки даетъ наилучшіе результаты при различныхъ формахъ плоскихъ тазовъ. Къ сожалѣнію, при другихъ видахъ узкаго таза эта операція не представляетъ никакихъ преимуществъ, кромѣ скорѣйшаго окончанія родовъ. При общесъуженномъ тазѣ, Dührssen совѣтуетъ поворотъ только при заднезатылочномъ предлежаніи, при поперечномъ положеніи и выпаденіи пуповины, а также при опасности, угрожающей матери. Поворотъ на ножки умѣстенъ при узкихъ тазахъ, прямой размѣръ которыхъ не менѣе 7 см., при достаточномъ раскрытіи зѣва, когда пузырь еще цѣль или же воды прошли недавно. Наичаще поворотъ приходится производить у многороженицъ; такъ какъ у нихъ при умѣренномъ сѣуженіи таза, головка въ 1-мъ періодѣ родовъ чаще остается подвижною надъ входомъ таза. Когда прошло нѣсколько часовъ послѣ истеченія водъ, то даже при достаточно раскрытомъ зѣвѣ эта операція становится трудною и опасною, почему лучше ее избѣгать, при этихъ условіяхъ, и приступать къ наложенію высокихъ щипцовъ, а при неудачѣ этой операціи, къ прободенію головки, даже при живомъ плодѣ.

Когда головка, совершая свой механизмъ, начала опускаться во входъ таза и установилась неподвижно, не слѣдуетъ безъ надобности слѣпить съ акушерскимъ пособіемъ, а нужно выждать по возможности дѣйствія родовыхъ сокращеній и потугъ. Hofmeier и другіе въ послѣднее время совѣтуютъ производить подъ наркозомъ надавливаніе на головку, чтобы ввести ее скорѣе во входъ таза. Коль скоро предлежащая часть опустилась въ полость таза, роды можно окончить при помощи обыкновенныхъ щипцовъ, или извлеченіемъ за ягодицы, если плодъ находится въ тазовомъ положеніи. Въ такихъ случаяхъ полезно, по совѣту Walcher'a, опустить нижнія конечности роженицы, причѣмъ происходитъ увеличеніе прямого размѣра входа въ тазъ на 0,8—0,9 см., а по мнѣнію Varnier—только 0,5—0,6 см.

Когда головка, при умѣренной степени сѣуженія таза, установилась неподвижно надъ входомъ въ тазъ, поворотъ противопоказуется. Въ такихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ операціи, извѣстной подъ именемъ высокаго наложенія щипцовъ. Если головка не подается, то для окончанія родовъ слѣдуетъ произвести прободеніе черепа, или, при живомъ плодѣ, кесарское сѣченіе, коль скоро роженица изъявитъ согласіе на эту операцію. Послѣ прободенія головки приходится прибѣгать къ извлеченію плода, нерѣдко даже при неполнѣ раскрытомъ маточномъ

звѣтъ, коль скоро обнаруживаются опасныя явленія, указывающія на сильное прижатіе родовыхъ путей или на растяженіе нижняго сегмента матки.

Недавно д-ръ Мацѣвскій представилъ интересное клиническое изслѣдованіе по этому предмету. Оказывается, что щипцы на высоко стоящую головку при узкихъ тазѣхъ вообще даютъ смертность дѣтей гораздо меньшую, нежели поворотъ на ножки. Если сравнить роды при узкомъ тазѣ, гдѣ примѣняемъ былъ такъ-называемый выжидательный способъ и поворотъ на ножки при стоячихъ водахъ, то при послѣднемъ смертность новорожденныхъ оказывается 25%, на 10% больше. Если сравнить щипцы и прободеніе съ одной стороны и поворотъ чрезъ 3 часа послѣ истеченія воды, то послѣдняя операція даетъ колоссальную смертность плодовъ — 62,5%, на 25,8% больше, чѣмъ при извлеченіи за предлежащую головку при такихъ условіяхъ. Число заболѣваній рожицы и смертность ихъ при поворотѣ также нѣсколько больше. Въ Бернской клиникѣ поворотъ на ножки при узкомъ тазѣ производится только у много-рожавшихъ.

Въ послѣднее время Fehling, Tothergill, Currier и многіе другіе врачи настойчиво рекомендуютъ при извлеченіи послѣдующей головки положеніе Walcher'a, въ пользу этого приѣма я также имѣлъ случаи не разъ убѣдиться. Wehle, примѣняя это положеніе въ 25 случаяхъ узкихъ тазовъ, гдѣ роды были окончены поворотомъ на ножки, получалъ 80% живыхъ дѣтей, на 11,5% больше, чѣмъ прежде при подобныхъ условіяхъ. Въ рѣдкомъ случаѣ, описанномъ Tucker'омъ, вдавнившійся въ тазъ копчикъ причинилъ серьезное затрудненіе при извлеченіи головки; въ подобныхъ случаяхъ его слѣдуетъ насильственно отдавить кзади.

Глава 17.

Осложненія при родахъ, зависящія отъ аномалій и новообразованій въ половыхъ органахъ женщины.

1. Пороки развитія матки и влагалища.

Беременность возможна только при нѣкоторыхъ порокахъ развитія матки, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда внутренніе половые органы, не смотря на уродливость, достигли достаточной степени развитія, и ихъ функціональная дѣятельность совершается правильно. Беременность и роды были наблюдаемы при слѣдующихъ уродствахъ матки и влагалища.

а) *Однорогая матка*, uterus unicornis. При этой аномаліи соотвѣтствующій яичникъ и труба правильно развиты, матка имѣетъ на лобномъ разрѣзѣ щелевидную форму; сверху по направленію къ трубѣ полость матки суживается, почему дно отсутствуетъ, и стѣнки въ этомъ мѣстѣ нѣсколько истончены. Другая половина матки рѣдко совершенно не существуетъ. Обыкновенно находятъ широкую связку, и въ ней заключена другая недоразвитая половина матки, cornu rudimentarium. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ рогъ имѣетъ полость и открытую Фаллопиеву трубу.

Беременность въ развитомъ рогѣ матки не сопровождается особен-

ными симптомами, хотя матка представляется сильно смѣщенной въ сторону; иногда наступаетъ преждевременное родоразрѣшеніе. Вслѣдствіе косої формы матки, является предрасположеніе къ происхожденію неправильнаго предлежанія и положенія плода. Нерѣдко замѣтна слабость сокращеній матки при родахъ. Въ одномъ случаѣ произошелъ даже самопроизвольный разрывъ этого органа. Во время беременности возможно только вѣроятное распознаваніе, на основаніи особенной формы матки. При возможности такого уродства, во время родовъ при подачѣ акушерскаго пособія, слѣдуетъ принимать во вниманіе истонченіе стѣнокъ матки. Какъ уже изложено выше, въ рѣдкихъ случаяхъ возникаетъ беременность въ зачаточномъ рогѣ матки, что представляетъ

крайне опасное осложненіе.

б) *Двойная матка, uterus duplex.* Сюда относятся слѣдующія уродства: двурога я матка, *uterus bicornis*, двухполостная, *uterus septus*, и удвоенная матка, *uterus didelphys*. Наичаще при этихъ уродствахъ влагалище бываетъ раздѣлено продольною перегородкою на двѣ части, правую и лѣвую, *vagina septa, s. duplex*; въ другихъ случаяхъ влагалище бываетъ одиночное или раздвоенное перепонкою только въ нижней



Фиг. 203. Двойная матка, *uterus didelphys*, раздѣленное перегородкою влагалище. Беременность была въ правой половинѣ матки.

части. Последнее встрѣчается нерѣдко, при нормальномъ строеніи прочихъ внутреннихъ половыхъ органовъ. При всѣхъ этихъ видахъ уродствъ матки, была наблюдаема беременность; наичаще только въ одной половинѣ матки, гдѣ въ рѣдкихъ случаяхъ развивалась даже сложная беременность. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раздвоеніе матки не идетъ глубоко, *uterus bicornis unicoroneus*, яйцо помѣщается въ обѣихъ половиннахъ матки, при этомъ дѣтское мѣсто находится въ одной половинѣ. Подобный случай мы наблюдали при искусственномъ выкидышѣ въ прошломъ году у больной, которой была произведена при мочевоомъ свищѣ *colporrhaphia transv.* При болѣе совершенномъ раздвоеніи матки, иногда наблюдалась одновременная беременность въ обѣихъ половиннахъ матки. Такой случай

мы также видѣли у одной молодой женщины съ *uterus didelphys*. Изъ правой половины послѣдовалъ на 3 мѣсяцѣ выкидышъ, напротивъ въ лѣвой половинѣ удержалась беременность почти до срока и окончилась рожденіемъ живого и жизнеспособнаго плода въ ягодичномъ предлежаніи. Подобные случаи представляютъ рѣдкое исключеніе. При беременности въ одной половинѣ матки, въ другой половинѣ ея происходитъ сочувственная гипертрофія, которая бываетъ выражена тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе тѣсно соединены обѣ половины матки. Почему она достигаетъ наиболѣе значительной степени при *uterus septus* и наименѣе выражена при *uterus didelphys*. Само собою разумѣется, въ ней также развивается *decid. vera*, какъ при внѣматочной беременности. Относительно возможности появленія мѣсячныхъ во время беременности изъ другой небеременной половины матки въ связи съ овуляціей, нельзя сказать ничего положительнаго, по отсутствію точныхъ наблюденій.

Незаятая беременностью половина двурогой матки, или *uterus didelphys*, иногда такъ разрастается во время беременности, что ее можно легко смѣшать съ опухолью, угрожающею тазовой каналъ. Обыкновенно при родахъ она приподнимается кверху. Иногда распознаваніе затрудняется, при родахъ у женщины съ двойнымъ влагалищемъ, когда при изслѣдованіи попадаетъ палецъ во влагалище, не соответствующее беременной маткѣ.

Въ зависимости отъ уродства матки, положеніе плода довольно часто бываетъ неправильное. Иногда наблюдается слабость маточныхъ сокращеній. Наибольшее препятствіе при родахъ представляетъ перегородка влагалища, которая суживаетъ рукавъ и препятствуетъ опусканію головки. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ въ нашей практикѣ перегородка надорвалась въ верхней части, въ другомъ случаѣ ее пришлось разрѣзать во время родовъ ножницами; тоже дѣлали Winckel и друг. При первыхъ родахъ, врядъ ли возможно войти рукою во влагалище, не разрѣзавъ этой перегородки. Гораздо рѣже разрывается или подвергается омертвѣнію перегородка въ нижней части матки, какъ это мы наблюдали въ одномъ случаѣ двойной матки, послѣ наложенія высокихъ щипцовъ. Въ большинствѣ случаевъ выходеніе плода совершается силами природы. Иногда бываетъ въ третьемъ періодѣ родовъ кровотеченіе, и послѣдъ приходится удалять искусственно.

Продольная перемычка, нерѣдко встрѣчающаяся въ нижней части влагалища, представляетъ остатокъ перегородки на нижнемъ концѣ Мюллеровыхъ каналовъ. Большею частію она не достигаетъ толщины указательнаго пальца. Она сильно напрягается и растягивается при прорѣзываніи головки. Наичаще она разрывается подъ напоромъ сокращеній матки, рѣже ее приходится разрѣзывать ножницами.

При двурогой маткѣ, имѣющей перегородку только въ концѣ шейки, *uterus bicornis subseptus bicollis cum vagina duplex*, Jakesch наблюдалъ чрезвычайно трудные роды, вслѣдствіе своеобразнаго расположенія плода, головка котораго находилась въ одной половинѣ, а туловище и конечности въ другой. Magyrier при двурогой маткѣ

встрѣтилъ большое затрудненіе при отдѣленіи дѣтскаго мѣста, сидѣвшаго въ правую рогъ матки.

Pfannenstiel собралъ 18 случаевъ uterus didelphys, изъ коихъ въ 12 случаяхъ были наблюдаемы роды. При беременности въ одной половинѣ, на другой сторонѣ образовалась decidua. Smith наблюдалъ двойни при двойной маткѣ, въ каждой половинѣ находилось яйцо. Althen и Treub видѣли то же самое при uterus septus. Schwarz наблюдалъ роды при uterus bicornis 3 раза, однажды было предлежаніе мѣста, причѣмъ оно находилось въ одномъ рогѣ, а плодъ—въ другомъ. К. Braun однажды принялъ пустой рогъ матки при родахъ за дермоидную кисту; matka находилась въ тетаническомъ сокращеніи, было произведено кесарское сѣченіе. Больная выздоровѣла. Picot при uterus unicorniformis наблюдалъ поперечное положеніе плода.

2. Суженія и зарращенія на протяженіи родового канала.

а) *Суженіе и зарращеніе влагалища, неподатливость наружныхъ частей.*

Неуступчивость въ области наружныхъ половыхъ органовъ, служащая препятствіемъ для раскрытія входа во влагалище и недостаточнаго растяженія промежности, можетъ зависѣть отъ недостаточнаго развитія этихъ частей, отъ старыхъ плотныхъ рубцовъ, которые иногда находятся въ этой области, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ она является послѣдствіемъ пластическихъ операцій, именно возстановленія промежности послѣ глубокихъ или полныхъ разрывовъ.

Во входѣ влагалища суженіе происходитъ вслѣдствіе уплотнѣнія дѣвственности плевы, что замѣчается наичаще у пожилыхъ первородящихъ. Не особенно рѣдко наблюдаются роды при цѣлости дѣвственной плевы. Чаще въ нижней части влагалища суженіе зависитъ отъ образованія рубцоваго кольца въ этой области послѣ продолжительныхъ родовъ, при которыхъ головка младенца стояла долгое время въ этомъ мѣстѣ. На протяженіи влагалища циркулярное суженіе различной ширины является также наичаще послѣдствіемъ трудныхъ родовъ, рѣже оно бываетъ врожденнымъ, или развивается въ раннемъ дѣтствѣ, при тяжелыхъ заразныхъ болѣзняхъ. Очень рѣдко наблюдается беременность и роды при полномъ зарращеніи влагалища. Въ одномъ случаѣ мы наблюдали это у первородящей, у которой было зарращеніе влагалища въ средней части; въ двухъ другихъ случаяхъ просвѣтъ влагалища былъ закрытъ, вслѣдствіе операціи colporaphia transv. Въ первомъ случаѣ несомнѣнно существовало небольшое отверстіе на мѣстѣ рубца, чрезъ которое проникло сѣмя въ верхнюю часть влагалища и затѣмъ въ каналъ матки. Это отверстіе подъ вліяніемъ гипереміи и отслойки эпителия закрылось во время беременности. Послѣ вполне удавшейся операціи colporaphia transv., сѣмя можетъ проникнуть въ матку также чрезъ мочевоу каналъ. Нерѣдко при мочевоыхъ фистулахъ находятъ значительное суженіе влагалища и образованіе рубцовой ткани на значительномъ протяженіи въ его стѣнкахъ, что сопровождается укороченіемъ и неуступчивостью рукава и часто атрофіею влагалищной части матки. Pippingsköld наблюдалъ на 7.000 родовъ 8 разъ суженіе влагалища, зависѣвшее большею частью отъ прежнихъ тяжелыхъ родовъ.

Послѣдствіемъ такихъ ненормальностей являются затрудненія при родахъ. Предлежащая головка, при правильномъ тазѣ, опускается до мѣста суженія или зарощенія и здѣсь останавливается. Встрѣтившееся препятствіе обыкновенно вызываетъ сильныя родовыя боли и потуги, подъ вліяніемъ которыхъ рубецъ нерѣдко постепенно уступаетъ, чаще въ немъ дѣлаются болѣе или менѣе значительныя надрывы. При неуступчивости входа во влагалище и неподатливости наружныхъ половыхъ частей, иногда можетъ произойти центральный разрывъ промежности, въ нѣкоторыхъ случаяхъ совмѣстно съ разрывомъ передней стѣнки прямой кишки. При суженіи влагалища надрывъ можетъ распространиться на тазовую кльчатку или брюшину, отдѣляющую задній сводъ. Изъ 10 случаевъ суженія влагалища только трое родовъ окончились самопроизвольно, въ остальныхъ случаяхъ примѣнялись акушерскія операціи. Умерло 2 родильницы.

Терапія. Когда рубцовыя сращенія слишкомъ плотны и не раздаются подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній, слѣдуетъ сдѣлать, преимущественно съ боковъ, надрѣзы въ нѣсколькихъ мѣстахъ тупоконечнымъ ножомъ, послѣ чего роды оканчиваются самопроизвольно или же при посредствѣ наложенія шипцовъ. Намъ приходилось нѣсколько разъ такимъ образомъ оканчивать роды благополучно для матери и плода при правильномъ тазѣ, хотя до родовъ суженное мѣсто влагалища не во всѣхъ случаяхъ пропускало указательный палець. При родахъ, осложненныхъ полнымъ зарощеніемъ влагалища, нужно дѣлать небольшой надрѣзъ на зарощемъ мѣстѣ и, дошедши до околоплоднаго пузыря, расширить суженное мѣсто ножомъ въ нѣсколькихъ направленіяхъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ послѣ надрѣзовъ у первородящей роды окончились благополучно. Спустя 1 мѣсяць послѣ родовъ суженное мѣсто едва пропускало малое цилиндрическое зеркало. При суженіи и неподатливости входа во влагалище, также слѣдуетъ дѣлать боковые надрѣзы, эпизиотомію, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ наложить щипцы, чтобы медленно и постепенно вывести наружу головку. Къ прободенію головки чаще приходится прибѣгать въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ умираетъ во время родовъ, и только въ исключительномъ случаѣ при живомъ плодѣ. При отсутствіи надлежащей помощи слѣдуетъ опасаться разрыва свода влагалища и даже матки, въ особенности у многорожавшихъ. Крайне неблагоприятнымъ осложненіемъ является, при суженіи влагалища, узкій тазъ и въ особенности неправильныя положенія, именно поперечныя. Въ первомъ случаѣ часто плодъ рождается мертвымъ, во второмъ случаѣ проведеніе руки въ матку, вслѣдствіе суженія влагалища, можетъ оказаться невозможнымъ или крайне опаснымъ. Для окончанія родовъ приходится прибѣгать къ кесарскому сѣченію. Эта операція показывается также при продольныхъ положеніяхъ, когда плотное зарощеніе занимаетъ на большомъ протяженіи верхнюю часть влагалища и въ особенности задній сводъ.

б) Заращеніе и оплотнѣніе наружнаго зѣва и маточной шейки.

Этіологія. Заращеніе маточнаго зѣва при родахъ встрѣчается рѣдко. Съ давнихъ поръ въ акушерствѣ различается слипаніе зѣва, conglutinatio, и настоящее заращеніе, artesia orif. ext. uteri. Первое встрѣчается обыкновенно у пожилыхъ перворождающихъ, у которыхъ вслѣдствіе катарра шейки, или воспалительнаго уплотненія ткани въ окружности наружнаго зѣва, послѣдній утрачиваетъ свою податливость и растяжимость. Впрочемъ не во всѣхъ случаяхъ во время беременности происходитъ совершенное заращеніе, иногда зѣвъ существуетъ въ видѣ маленькаго, не больше булавочной головки, отверстія, изъ котораго выстоитъ капля густой слизи. Настоящее заращеніе происходитъ наичаще послѣ тяжелыхъ родовъ, когда мышечная ткань подвергается сильному давленію и ушибамъ, или же оно развивается послѣ нѣкоторыхъ операций въ этой части матки. Въ прежнее время, когда было въ ходу примѣненіе ѣдкихъ средствъ при лѣченіи изъязвленій шейки, рубцовое заращеніе зѣва иногда встрѣчалось, какъ послѣдствіе подобной терапіи.

Неуступчивость и плотность наружнаго маточнаго зѣва также наичаще зависитъ отъ хроническихъ процессовъ въ этой области, а также она развивается послѣ заживленія ссадинъ и послѣ нѣкоторыхъ пластическихъ операций. Въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчается оплотнѣніе внутренняго маточнаго отверстія, вслѣдствіе образованія рубцовой ткани. Оплотнѣніе всей шейки наблюдается наичаще при выпаденія матки и гипертрофіи port. supravaginalis, или при значительномъ удлинении влагалищной части. Въ этихъ случаяхъ во время родовъ влагалищная часть находится возлѣ входа, или даже выстоитъ наружу.

Симптомы и послѣдствія. При слипаніи наружнаго зѣва, подлежащая головка, подъ вліяніемъ сокращеній матки, постепенно опускается въ полость таза, сильно рѣстягивая шейку и нижній сегментъ матки. Неопытный врачъ, не ощущая краевъ зѣва, можетъ принять это состояніе за полное раскрытіе зѣва, послѣ истеченія водъ. Почти всегда, при внимательномъ изслѣдованіи, можно концомъ пальца осязать маленькую поверхностную ямочку въ задней части растянутой шейки, которая иногда вдругъ уступаетъ давленію пальца. Въ такихъ случаяхъ наичаще зѣвъ начинаетъ растягиваться, и постепенно края его отходятъ кверху. При неподатливости наружнаго маточнаго зѣва, наичаще мы встрѣчаемъ чрезвычайно болѣзненные сокращенія матки, которыя проходятъ, коль скоро зѣвъ начинаетъ правильно раскрываться. Не слѣдуетъ смѣшивать слабость потугъ или спазматическія сокращенія матки, при которыхъ зѣвъ плохо раскрывается, съ неподатливостью и плотностью краевъ маточнаго зѣва.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ рубцовое сращеніе зѣва или чрезвычайная плотность шейки, послѣ сильныхъ маточныхъ сокращеній, въ особенности при узкомъ тазѣ, можетъ ущемиться нижняя часть шейки и отдѣлиться по всей окружности неуступчиваго зѣва,

или же надрывъ происходитъ съ одной стороны. Разрывъ матки при подобныхъ условіяхъ встрѣчается рѣдко. Въ другихъ случаяхъ потуги ослабѣваютъ, плодъ умираетъ, развиваются, вслѣдствіе гніенія частей яйца, газы въ маткѣ, *tympanites uteri*, и гнилостное распуханіе плода, одновременно съ лихорадочнымъ состояніемъ роженицы. Эти симптомы представляютъ довольно опасныя явленія, указывающія на неотложную необходимость скорѣе окончить роды.

Терапія. При слипаніи наружнаго маточнаго зѣва достаточно пройти черезъ него зондомъ или указательнымъ пальцемъ, чтобы вызвать податливость его краевъ. Вскорѣ послѣ этого расширеніе совершается быстро, въ особенности если концомъ пальца удается отдѣлить въ окружности зѣва оболочки яйца. Рубцовое зарращеніе устраняется посредствомъ разрѣза ножомъ. Эта небольшая операція совершается при помощи зеркала Симса обычными приѣмами. При неподатливости маточнаго зѣва, обыкновенно назначаются теплыя ванны и души во влагалище, затѣмъ наркотическія средства. Нѣкоторые врачи настойчиво совѣтуютъ мѣстно примѣнять на область зѣва растворъ *sosaini purgatici*. Коль скоро эти средства не помогаютъ, слѣдуетъ произвести небольшіе надрѣзы на краяхъ маточнаго зѣва длинными ножницами Скандони. Что касается неуступчивости маточной шейки, то кромѣ упомянутыхъ средствъ, для растяженія ея канала примѣняются мѣшки Barnes'a. Маеуеръ совѣтуетъ вводить въ шейку кольпейринтеръ Брауна, растягивать его водою, и, постепенно вытягивая, расширять зѣвъ.

Dührssen во многихъ случаяхъ съ успѣхомъ примѣнялъ этотъ способъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это не оказываетъ пользы, нужно дѣлать глубокіе надрѣзы чрезъ всю толщю шейки. Seutsch совѣтуетъ сейчасъ же, если возможно, провести лигатуры чрезъ края раны, которые слѣдуетъ соединить послѣ окончанія родовъ. Когда сильно припухаетъ передняя губа шейки во время родовъ, нужно во время паузы стараться занести ее за головку плода. Blanc дѣлалъ на шейкѣ нѣсколько надрѣзовъ, чтобы уменьшить объемъ припухлости. Rissmann наблюдалъ продолжительное пребываніе мертвого плода въ маткѣ, при рубцовомъ суженіи влагалищной части. Вѣроятно и въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ это осложненіе причинило задержаніе и распаденіе плода въ полости матки. Недавно, при неподатливомъ суженіи внутренняго зѣва и появленія *endometritis sub partu*, я вынужденъ былъ окончить роды операціей Porro. Мать и младенецъ оставили клинику здоровыми.

3. Осложненія при родахъ, зависящія отъ новообразованій въ половыхъ органахъ женщины.

а) *Осложненіе родильнаго состоянія ракомъ маточной шейки, cancer colli uteri.*

Беременность крайне рѣдко осложняется ракомъ маточной шейки; какъ показываетъ статистика, едва одинъ случай приходится на 2500 родовъ. Сутугинъ наблюдалъ на 9.000 родовъ только два раза ракъ шейки, а Scheibe четыре раза на 10.000 родовъ. Это объясняется появленіемъ рака въ болѣе позднемъ возрастѣ женщины и загражденіемъ канала шейки, причиняемымъ этимъ новообразованіемъ, что препят-

ствуетъ проникновенію въ матку сѣмени и наступленію беременности. Однако беременность въ исключительныхъ случаяхъ возможна, какъ это доказываетъ случай изъ клиники Рокитанскаго, даже при сильно распространенномъ ракъ шейки, когда удаленіе матки уже было невыполнимо. Наичаще наблюдается поверхностная форма рака шейки, развивающаяся на наружной или на внутренней поверхности этой части матки.

Симптомы и теченіе. Большею частью ракъ существуетъ еще до начала беременности, или же развивается уже съ наступленіемъ послѣдней. Во всѣхъ случаяхъ беременность обнаруживала неблагоприятное вліяніе на ходъ болѣзни. Новообразование быстро разрастается, поражаетъ клѣтчатку вокругъ шейки, прилежащую часть влагалища и поднимается кверху въ ткань матки. Отдѣленія изъ влагалища усиливаются; наичаще они бываютъ съ примѣсью крови и отвратительнаго запаха. Кромѣ того, нерѣдко появляются болѣе или менѣе значительныя кровотечения. Иногда обнаруживаются сильныя стрѣляющія боли въ тазу, задержаніе или частые позывы на мочу. Въ затяжныхъ случаяхъ рѣзко выступаютъ явленія кахексіи, исхуданіе, отекъ нижнихъ конечностей, лихорадочное состояніе и проч. Вообще нормальное теченіе беременности наблюдается при ракъ шейки только въ исключительныхъ случаяхъ. Беременность часто прерывается до срока. По статистикѣ, приведенной Cohnstein 'омъ, только въ 68% произошли роды своевременно.

Теченіе родовъ часто сопровождается явленіями, опасными для матери и младенца. Въ тѣхъ случаяхъ, когда новообразование поражаетъ только одну губу или одну половину шейки, подъ вліяніемъ гипереміи, размягченная здоровая часть шейки бываетъ способна къ растяженію. Зѣвъ матки можетъ раскрываться настолько, что чрезъ него проходитъ предлежащая часть, и роды оканчиваются силами природы; при этомъ новообразование сильно размягчается, и съ поверхности шейки его часть можно иногда удалить ногтями пальцевъ.

Положеніе роженицы становится гораздо болѣе опаснымъ, когда ракъ уже обхватилъ всю влагалищную часть, или даже всю шейку матки, и образовалъ плотное неподатливое кольцо. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при сильныхъ сокращеніяхъ матки, или при извлеченіи за предлежащую часть, это кольцо разрывается, или же раздается послѣ надрывовъ, и допускаетъ возможность рожденія плода чрезъ родовой каналъ; хотя нерѣдко послѣдствіемъ этихъ надрывовъ или надрывовъ является глубокой разрывъ шейки, даже стѣнки матки, клѣтчатки и свода влагалища, что влечетъ за собою опасное для жизни больной кровотеченіе и септическія осложненія въ послѣродовомъ періодѣ. Бываютъ случаи, когда развивается въ области пораженной ракомъ шейки, слишкомъ плотное затвердѣніе. Несмотря на сильныя родовыя боли, продолжающіяся съ перерывами иногда цѣлую недѣлю и болѣе, въ такихъ случаяхъ каналъ шейки не раздается. Воды истекаютъ, плодъ

умираетъ, тѣмъ не менѣе родоразрѣшенія не происходитъ. Если дальнѣйшее теченіе родовъ предоставить силамъ природы, то начинается гніеніе плода, и беременная погибаетъ отъ истощенія, ихореміи или септицеміи.

Предсказаніе вообще неблагоприятно; оно лучше, когда въ ранней беременности происходитъ выкидышъ, нежели послѣ своевременныхъ родовъ, когда смертность родильницъ доходитъ до 40—50%. Смертность дѣтей достигаетъ не менѣе 60%.

Распознаваніе рака маточной шейки обыкновенно не представляетъ особенныхъ затрудненій. Гораздо труднѣе распознать при этой болѣзни беременность въ первые мѣсяцы, такъ какъ повторяющіяся кровотечения можно принять за мѣсячныя. Тѣмъ не менѣе, руководствуясь обычными признаками беременности, внимательный врачъ не сдѣлаетъ ошибки въ распознаваніи, когда это состояніе продолжается не менѣе 2—3 мѣсяцевъ.

Терапія. Коль скоро въ первые мѣсяцы беременности распознанъ ракъ шейки, никогда врачъ не долженъ относиться пассивно къ состоянію больной. Необходимо примѣнить радикальную операцію для удаленія раковаго новообразованія. Когда ракъ обнаружился на поверхности влагалищной части, сидитъ только въ нижней части возлѣ зѣва и часто на одной только губѣ, показуется высокая ампутація шейки. При новообразованіи, дошедшемъ до свода влагалища или распространившемся кверху на ткань матки по слизистой оболочкѣ канала шейки, показуется въ первые мѣсяцы беременности удаленіе всей матки чрезъ влагалище. Начиная съ V мѣсяца, сперва слѣдуетъ вызвать преждевременное родоразрѣшеніе, а затѣмъ чрезъ 1—2 недѣли удалить матку чрезъ влагалище. При родахъ, когда перерожденная ракомъ маточная шейка плотна и неуступчива, показуется операція Roggo и немедленно вслѣдъ за этимъ удаленіе остатка матки чрезъ влагалище.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда матка утратила отчасти свою подвижность, новообразование перешло на тазовую клѣтчатку и своды влагалища, когда пораженіе представляетъ *cusus inoperabilis*, показуется въ первые мѣсяцы произвести искусственный выкидышъ.

Во время родовъ, когда шейка и края зѣва раздаются вслѣдствіе родовыхъ сокращеній, никакихъ особыхъ мѣръ принимать не слѣдуетъ, кромѣ цѣлесообразной дезинфекціи, а иногда удаленія размягченныхъ частей опухоли ногтями пальцевъ. При неподатливости краевъ зѣва или нижней части шейки, прибѣгаютъ къ растяженію, при помощи пальцевъ, рѣже дѣлаютъ надрѣзы и, смотря по обстоятельствамъ, оканчиваютъ роды щипцами, поворотомъ, или при помощи перфорациі головки плода. Наконецъ въ тѣхъ случаяхъ, когда при родахъ обнаруживается сплошная плотность и неподатливость шейки матки, лучше всего своевременно произвести операцію Roggo; такъ какъ при такихъ условіяхъ глубокое разсѣченіе шейки представляетъ большую опасность

Всѣ почти гинекологи высказываются въ пользу удаленія матки чрезъ влагалище въ первые мѣсяцы беременности, при ракъ шейки. Alterthum насчитываетъ 28 такихъ случаевъ, всѣ больныя оправились послѣ операціи. Менѣе удачны результаты дасть комбинированный способъ удаленія беременной матки, совместно чрезъ влагалище и брюшную полость, который примѣняется преимущественно на второй половинѣ беременностей, когда матка достигаетъ значительной величины и не поддается извлеченію чрезъ каналъ таза. Изъ 12 подобныхъ случаевъ выздоровѣли только 7 больныхъ. Мы въ прошломъ году потеряли одну больную, у которой въ концѣ шестого мѣсяца беременности мы произвели удаленіе матки по этому комбинированному способу. Въ подобныхъ случаяхъ легко развивается септический peritonitis чрезъ переносъ зараженія отъ распадающейся шейки матки, несмотря на предварительное выскабливаніе и прижиганіе. Почему намъ кажется болѣе цѣлесообразнымъ вызывать въ подобныхъ случаяхъ искусственные преждевременные роды, чтобы уменьшить объемъ матки, и чрезъ 1—2 недѣли удалить этотъ органъ чрезъ влагалище, какъ это совѣтуютъ также Сутугинъ, Fehling и Scheibe. Удаленіе беременной матки исключительно чрезъ брюшную полость мы считаемъ еще болѣе опасною операціей, нежели комбинированный способъ.

По статистикѣ, приводимой Сутугинымъ, операціи кесарскаго сѣченія была произведена при осложненной родовъ ракомъ шейки 16 разъ; 11 больныхъ пережили операцію. Операція Ротго была произведена 6 разъ, 4 родильницы выздоровѣли. Гораздо труднѣе и опаснѣе производить въ среднѣе и въ концѣ беременности, а также во время родовъ, при ракъ шейки, удаленіе матки чрезъ влагалище, предварительно опорожнивъ ее, по способу Dührssen'a, sect. caesarea vaginalis. Такую операцію производили Alterthum, Fritsch и др. Zweifel и Оттъ съ успѣхомъ удаляли беременную матку чрезъ влагалище на 6 мѣсяцѣ, Меу на 5 мѣсяцѣ.

Theilhaber собралъ 163 случая беременности, осложненной ракомъ матки; въ огромномъ большинствѣ радикальное лѣченіе не могло быть примѣнено. Нѣкоторые гинекологи совершенно отвергаютъ высокую ампутацію шейки даже въ начальномъ періодѣ рака матки, что, по моему мнѣнію, не вполнѣ основательно. Въ нашей практикѣ встрѣчались случаи, гдѣ послѣ этой операціи больныя оставались совершенно здоровыми въ теченіе многихъ лѣтъ.

б) Осложненіе родильнаго состоянія фиброміомами матки.

Съ давнихъ поръ врачамъ извѣстно, какъ часто это новообразованіе встрѣчается у женщинъ, приближающихся къ сорокалѣтнему возрасту. У молодыхъ женщинъ фиброміомы матки находятъ гораздо рѣже и обыкновенно небольшихъ размѣровъ, вслѣдствіе вообще медленнаго роста этихъ новообразованій. Весьма часто такіе субъекты остаются безплодными. Это вполнѣ объясняетъ, почему фиброміомы матки сравнительно рѣдко встрѣчаются во время беременности, а еще рѣже онѣ причиняютъ болѣе или менѣе значительныя разстройства во время родильнаго состоянія женщины.

Симптомы и теченіе. Наиболѣе опасное осложненіе представляютъ фиброміомы, развивающіяся въ шейкѣ матки, въ особенности интрастициальныя опухоли, т.-е. развивающіяся въ толщѣ ткани маточной шейки.

По изслѣдованіямъ Сутугина, отношеніе во время беременности между фиброидами шейки и тѣла матки, какъ 1 : 5; между тѣмъ какъ въ небеременномъ состояніи оно не превышаетъ 1 : 20.

Большою частью беременность обнаруживаетъ болѣе или менѣе за-

мѣтное вліяніе на эти опухоли. Чѣмъ тѣснѣе связь опухоли съ существомъ матки и чѣмъ большее сходство онѣ представляютъ между собою въ строеніи, тѣмъ значительнѣе обнаруживается на нихъ вліяніе беременности. Обыкновенно опухоли болѣе или менѣе разрастаются и увеличиваются въ объемѣ, вслѣдствіе размноженія соединительной ткани, кровоизліяній въ ихъ ткань, а также вслѣдствіе отечнаго состоянія и въ нѣкоторыхъ случаяхъ колоиднаго перерожденія ткани. Въ послѣднихъ, — правда, рѣдкихъ случаяхъ, — образуются болѣе или менѣе значительныя полости. отчасти съ омертвѣніемъ промежуточной ткани, вслѣдствіе чего въ опухоли даже обнаруживается зыбленіе. Замѣчено, что фиброміомы, сидящія въ шейкѣ матки, подвергаются размягченію только въ теченіе 3 послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Благодаря размягченію своей ткани, эти опухоли становятся податливыми и допускаютъ въ извѣстномъ направленіи уменьшеніе въ объемѣ, вслѣдствіе прижатія подлежащей частью во время родовъ.

Въ силу тѣхъ же усилій до нѣкоторой степени увеличивается подвижность новообразованія. Въ послѣродовомъ періодѣ часто замѣчается уменьшеніе объема и даже атрофія опухоли, въ другихъ случаяхъ даже сплошное омертвѣніе ихъ ткани, съ склонностью опухоли къ энуклеаціи со всѣми послѣдствіями этого процесса. Вліяніе фиброміомъ на беременность довольно разнообразно и далеко не во всѣхъ случаяхъ проявляется въ одинаковой степени. Выкидыши и преждевременные роды наблюдаются не чаще, какъ у 15⁰/₀ беременныхъ, представляющихъ подобныя осложненія. Замѣчательно рѣзко присутствіе этой опухоли отражается на положеніи плода. Статистика представляетъ слѣдующія отношенія въ круглыхъ цифрахъ:

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| головныя положенія | 51 ⁰ / ₀ |
| тазовыя „ | 32 ⁰ / ₀ |
| поперечныя „ | 17 ⁰ / ₀ |

Сравнительно часто встрѣчается предлежаніе дѣтскаго мѣста, а также умираніе плода въ утробѣ матери и задержаніе частей яйца въ полости матки. Въ числѣ исключительныхъ явленій беременности, осложненной фиброміомой матки, слѣдуетъ упомянуть загибъ матки назадъ, а также болѣе или менѣе значительное надавливаніе на окружающія части, обусловливающее запоры, геморрой, затрудненіе при выдѣленіи мочи, отекъ нижнихъ конечностей, а иногда даже припадки со стороны желудка и сердцебиеніе. Въ исключительныхъ случаяхъ во время беременности наступаетъ распаденіе фиброида, какъ это наблюдали Braun и Müller. Гораздо чаще это происходитъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Вліяніе фиброміомы матки на ходъ родовъ далеко не одинаково. Во многомъ оно зависитъ отъ положенія и величины опухоли. Когда опухоль располагается выше входа въ тазъ, она механическаго препятствія

для хода родовъ не представляетъ, но можетъ быть причиною ненормальныхъ сокращеній—спазматическихъ или слабыхъ; можетъ вызывать также кровотеченія во 2 періодѣ родовъ или послѣ изгнанія плода. Напротивъ тамъ, гдѣ опухоль болѣе или менѣе опускается глубоко въ полость таза, она часто суживаетъ родовой каналъ и представляетъ болѣе или менѣе значительное препятствіе для прохожденія подлежащей части, въ особенности при неподатливости и неподвижности новообразования. Тѣмъ не менѣе въ такихъ случаяхъ роды могутъ оканчиваться самопроизвольно довольно часто. Если фиброміома представляется въ видѣ полипа или подслизистой опухоли шейки, то она смѣщается подлежащею частію книзу во влагалище, и даже можетъ выдвинуться на-

ружу и отдѣлиться, допуская также дѣтороженіе силами природы.



Фиг. 204. Разрѣзъ беременной матки при большой фиброміомѣ шейки, загрождающей каналъ таза.

При интерстиціальнхъ и подбрюшиннхъ опухоляхъ шейки, во время родовъ новообразование, запружающее родовые пути, вслѣдствіе маточнхъ сокращеній, направленныхъ къ растяженію нижняго сегмента и раскрытію зѣва, можетъ подняться вполнѣ или отчасти кверху, выше входа въ тазъ, дозволяя подлежащей части опуститься возлѣ опухоли въ тазъ, чему до нѣкоторой степени способствуетъ размягченіе новообразования во время беременности. Почему даже при шейчныхъ фиброміомахъ почти половина родовъ протекали самопроизвольно, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ они были продолжительны и сопровождались энер-

гическими родовыми схватками. Такіе случаи часто сопровождаются обильнымъ послѣродовымъ кровотеченіемъ, и нерѣдко задержаніемъ послѣда.

Съ другой стороны описано не мало случаевъ, гдѣ фиброміома, затрудняющая входъ въ малый тазъ, несмотря на продолжительныя и сильныя потуги, не двигается съ мѣста. Если въ такихъ случаяхъ не будетъ оказано надлежащее пособіе своевременно, то нижній сегментъ можетъ сильно истончиться, и послѣдуетъ разрывъ матки. Иногда женщина можетъ даже умереть, не разрѣшившись.

Предсказаніе представляется относительно неблагоприятнымъ. По изслѣдованія Stavely, изъ 597 случаевъ беременности, осложненной фибридомъ матки, окончившихся срочными родами, погибло 220 женщинъ, что составляетъ 37%; по даннымъ, собраннымъ Сутугинымъ, изъ 13 случаевъ погибло 7 родильницъ. Число мертворожденій до 65%. Почти

6% родильницъ умерли, не разрѣшившись. Слѣдуетъ замѣтить, что эти цифры принадлежатъ главнымъ образомъ прежнему времени; со времени примѣненія антисептики смертность стала гораздо меньше.

Распознаваніе беременности при фиброміомахъ иногда бываетъ не легко, въ особенности когда опухоль достигаетъ размѣровъ дѣтской головки или болѣе; при такихъ условіяхъ растяженіе матки яйцомъ въ первые мѣсяцы оказывается мало замѣтнымъ, да кромѣ того по временамъ появляется изъ матки истеченіе крови, или же обостряется нерѣдко сопровождающее интерстиціальныя и подсерозныя фиброміомы хроническое воспаленіе тазовой брюшины. Въ такихъ случаяхъ только внимательное, нерѣдко довольно продолжительное наблюденіе, съ появленіемъ многихъ вѣроятныхъ признаковъ беременности, дастъ возможность вполне выяснитъ данный случай. Что касается фиброміомъ, то свойственная имъ плотность остается долгое время; даже во время родовъ онѣ на ощупь оказываются нерѣдко гораздо плотнѣе существа матки. Руководствуясь такими отличительными признаками, можно отличить беременность, осложненную фиброміомой, отъ *placenta praevia*, *graviditas extrauterina*, *retroversio uteri gravidi* и проч.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, послѣ выхожденія младенца, матка съ фиброидомъ, имѣющая значительную величину, можетъ внушить мысль о присутствіи второго плода въ маткѣ, но внимательное изслѣдованіе внутреннее и наружное легко позволяетъ установить надлежащее распознаваніе.

Терапія. При небольшихъ фиброміомахъ, сидящихъ въ тѣлѣ матки выше входа въ тазъ, беременность должно предоставлять дальнѣйшему теченію, совѣтуя женщинѣ соблюдать необходимыя предосторожности. Но если опухоль сидитъ глубоко и неподвижно въ тазу, то слѣдуетъ въ началѣ беременности или удалить опухоль, тамъ, гдѣ это возможно, или же вызвать выкидышъ. Когда опухоль достигаетъ значительной величины, и болѣе или менѣе въ ней, въ связи съ маткою, обнаруживается подвижность, слѣдуетъ предложить чревосѣченіе для удаленія опухоли наичаще вмѣстѣ съ тѣломъ матки; это будетъ наиболѣе рациональнымъ и радикальнымъ пособіемъ. Hofmeier и Rosenberger совѣтуютъ выжидать. Напротивъ Leopold предпочитаетъ оперировать между IV и V мѣс. беременности во избѣжаніе опасныхъ явленій и осложнений. По нашему мнѣнію, рѣшеніе этого вопроса зависитъ всецѣло отъ особенностей даннаго случая, равнымъ образомъ отъ тѣхъ же условій зависитъ выборъ операціи. Въ однихъ случаяхъ было примѣняемо удаленіе фиброзной опухоли, въ другихъ *amputatio supravaginalis* и даже удаленіе всей матки.

Въ тѣхъ случаяхъ шеечныхъ опухолей, когда беременность перешла на вторую половину, наилучше выжидать родовъ.

Во время родоразрѣшенія тамъ, гдѣ опухоль лежитъ выше входа въ тазъ, не слѣдуетъ безъ надобности вмѣшиваться въ теченіе родовъ. Врачу

наичаще приходится подавать пособие въ такихъ случаяхъ, когда опухоль болѣе или менѣе глубоко опустилась въ тазъ и закладываетъ родовую каналъ, что препятствуетъ сглаживанію шейки и правильному раскрытію маточнаго зѣва, а также одновременно мѣшаетъ вступленію подлежащей части въ тазъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ попытаться отодвинуть фиброміому кверху, въ большой тазъ и въ полость живота. Такъ какъ эта манипуляція болѣзненна и требуетъ расслабленія стѣнокъ живота, то обязательно нужно примѣненіе хлороформа до полного наркоза. Роженицу кладутъ на бокъ или на спину, въ послѣднемъ случаѣ поперекъ кровати, и, вводя во время паузы лѣвую руку во влагалище, концами пальцевъ упираютъ въ опухоль и осторожно поднимаютъ ее кверху выше безымянной линіи и мыса, возлѣ одного изъ подвздошно-крестцовыхъ сочлененій. Наиболѣе рационально, коль скоро удалось выдвинуть изъ малаго таза опухоль, вслѣдъ за этимъ, не вынимая руки, сдѣлать поворотъ на ножку, если зѣвъ достаточно раскрытъ или растяжимъ, и младенецъ въ маткѣ подвиженъ. Спустя нѣкоторое время, можно окончить роды извлеченіемъ плода. Конечно, если немедленно послѣ вправленія опухоли головка занимаетъ входъ въ тазъ, поворотъ дѣлать нѣтъ надобности; но при тазовыхъ положеніяхъ необходимо низведеніе ножки, а при поперечныхъ положеніяхъ и при высокомъ стояніи головки поворотъ вполнѣ умѣстенъ, еслибъ даже для этого надо было предварительно растянуть зѣвъ пальцами или введеніемъ кольпейринтера.

Гдѣ вправленіе опухоли не удается, а между тѣмъ каналъ таза не вполнѣ заложенъ новообразованіемъ, и подлежащая головка доступна, можно иногда окончить роды наложеніемъ щипцовъ или краниотоміей, въ особенности когда опухоль нѣсколько размягчена. При большой, плотной, неподвижной опухоли и высокомъ стояніи головки, наиболѣе рационально кесарское сѣченіе или операція Roggo. Описаны случаи, гдѣ во время родовъ можно было чрезъ влагалище удалить опухоль, сидѣвшую на шейкѣ матки или въ ея существѣ, послѣ чего роды оканчивались силами природы. Это возможно только при полипахъ, или подслизистыхъ фиброміомахъ шейки. Landau допускаетъ такую операцію только при внутривлагалищныхъ фиброидахъ; при опухоляхъ же, сидящихъ за маткой и влагалищемъ, показуется кесарское сѣченіе, коль скоро онѣ заграждаютъ тазовую каналъ. Въ послѣродовомъ періодѣ нерѣдко наблюдали кровотеченіе, распадніе подслизистой опухоли, септическія формы заболѣваній, иногда воспаленіе брюшины, вслѣдствіе омертвѣнія подбрюшинныхъ или интерстиціальныхъ фиброміомъ. Такія осложненія крайне опасны и большею частію оканчиваются смертью.

Thomlin собралъ 55 случаевъ міоматоміи во время беременности, 31 беременная выздоровѣли, 15 имѣли выкидыши, умерли 9. Смертность матерей 16,30%, дѣтей погибло 43,60%. Kirschheimer, на основаніи своихъ изслѣдованій, нашелъ смертность при міоматоміи вообще 190/0, при осложненіи выкидышемъ—400/0, при удаленіи

тѣла матки—26%, Stawely собрали 33 случая удаленія фиброидовъ во время беременности, умерло 25% больныхъ, между тѣмъ какъ изъ 23 случаевъ, сопоставленныхъ Viermer'омъ, погибла всего одна беременная. Frommel съ успѣхомъ удалилъ всю беременную матку на V мѣс., а Smyly даже въ концѣ беременности комбинированнымъ способомъ. Въ недавнее время я произвелъ 2 раза удаленіе тѣла матки съ успѣхомъ на 3 и 4 мѣс. беременности, осложненной большими фиброидами матки.

с) *Осложненіе родильнаго состоянія кистой яичника.*

Женщины, имѣющія кисту яичника, часто остаются безплодными, вслѣдствіе глубокаго нарушенія нормальныхъ соотношеній между трубами и яичниками, а также нерѣдко по причинѣ существующаго эндометрита. Осложненіе беременности кистой яичника въ Берлинской клиникѣ было наблюдаемо 5 разъ на 17.832 родовъ. Наичаще это бываютъ кисты колоидныя или дермоидныя, рѣже ворсистыя, смѣшанныя или опухоли, развивающіяся изъ раговarium.

Симптомы, теченіе болѣзни. Осложненіе родильнаго состоянія кистой яичника нерѣдко оказываетъ неблагоприятное вліяніе на теченіе беременности, которая въ 23% такихъ случаевъ окончилась преждевременнымъ родоразрѣшеніемъ. Если опухоль велика, то въ послѣдніе мѣсяцы беременности обнаруживаются тягостныя припадки, зависящія отъ сдавленія брюшныхъ и грудныхъ органовъ, и выражающіяся диспепсіей, рвотою, одышкой, бессонницей, значительнымъ исхуданіемъ, отекомъ нижнихъ конечностей, уменьшеніемъ количества мочи и пр. Даже при небольшихъ сравнительно опухоляхъ, удерживаемыхъ сращеніями въ полости малаго таза, могутъ обнаружиться явленія давленія, выражающіяся запорами, затрудненнымъ мочеиспусканіемъ, появленіемъ геморроидальныхъ шишекъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ опущеніемъ и выпаденіемъ матки и части влагалища. Впрочемъ послѣднее бываетъ рѣдко. При умѣренной величинѣ кисты и нахожденіи ея въ полости живота выше безыменной линіи, обыкновенно киста и беременная матка лежатъ одна возлѣ другой, причѣмъ киста заходитъ нѣсколько напередъ, смѣщая матку въ сторону. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія брюшныхъ покрововъ, такія беременныя испытываютъ боли, въ особенности, въ чресленной и паховыхъ областяхъ. Съ другой стороны беременная матка нерѣдко оказываетъ неблагоприятное вліяніе на кисту. Обыкновенно ростъ кисты продолжается, иногда это зависитъ отъ злокачественнаго перерожденія ткани этого новообразованія. Брюшныя стѣнки, прилегающія къ кистѣ, становятся крайне чувствительными при дотрогиваніи, больная ощущаетъ боли, начинается лихорадка, но большею частію процессъ ограничивается слипчивымъ мѣстнымъ воспаленіемъ брюшины; крайне рѣдко дѣло доходитъ до нагноенія въ полости кисты. Скручиваніе ножки рѣдко наблюдается во время беременности; такъ какъ въ это время ножка кисты обыкновенно укорачивается отъ растяженія и приподнятія кверху маточной связки. Скручиваніе ножки сопровождается часто внутреннимъ кровотеченіемъ въ полость кисты и тяжелыми воспалительными явленіями. Разрывъ кисты

во время беременности представляет еще болѣе опасное явленіе, въ особенности когда онъ случается послѣ скручиванія ножки при кистахъ коллоидныхъ и дермоидныхъ. Обыкновеннымъ результатомъ, если не будетъ подана скоро хирургическая помощь, является общее воспаленіе брюшины съ летальнымъ исходомъ.

Кисты, приподнимающіяся выше тазоваго входа въ полость живота, обыкновенно не оказываютъ прямого вліянія на ходъ родовъ. Вслѣдствіе растяженія живота и смѣщенія матки въ сторону, родовыя сокращенія бываютъ слабы, а также дѣйствіе брюшного пресса не можетъ обнаружиться съ надлежащею силою. Напротивъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда часть кисты или вся опухоль находится въ полости таза и выполняетъ крестцовую ямку, препятствуя вступленію во входъ таза и опусканію подлежащей части, могутъ возникнуть опасныя для матери и плода осложненія, хотя въ 30% всѣхъ случаевъ роды тѣмъ не менѣе оканчивались однѣми силами природы, благодаря уступчивости жидкаго содержимаго кисты. Въ другихъ случаяхъ пришлось прибѣгать для окончанія родовъ къ болѣе или менѣе энергической акушерской помощи. Описаны случаи, гдѣ, вслѣдствіе непреодолимаго препятствія при родахъ, происходилъ разрывъ матки, разрывъ кисты, скручиваніе ея ножки и проч. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда роды оканчивались сравнительно благополучно, могутъ въ послѣродовомъ періодѣ обнаружиться опасныя явленія, какъ послѣдствіе травмы кисты во время родовъ. Иногда эта опухоль, опустившись въ тазъ, можетъ препятствовать свободному истеченію послѣродовыхъ отдѣленій изъ матки.

Въ исключительныхъ случаяхъ, подъ вліяніемъ сильныхъ потугъ, киста сильно вдается въ полость таза и можетъ причинить разрывъ задней стѣнки влагалища, какъ это наблюдалъ Славянский, или передней стѣнки прямой кишки, какъ это видѣлъ Гельштромъ. Въ подобныхъ случаяхъ небольшая киста можетъ выпадать наружу. Kgrönig недавно описалъ случай разрыва кисты яичника на 7 мѣсяцѣ беременности; больная была спасена операцией чревосѣченія, за которой послѣдовало несвоевременное родоразрѣшеніе. Почему вполне рационаленъ совѣтъ Нонн'я удалять кисты по возможности скорѣе въ послѣродовомъ періодѣ.

Предсказаніе зависитъ отъ положенія, свойства и подвижности кисты, отъ ея величины, а также отъ появленія различныхъ осложненій во время беременности, отъ хода родовъ, подаваемыхъ въ это время пособій и степени травмы, причиненной во время родовъ новообразованію.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ легко. Оно представляется затруднительнымъ при слишкомъ большихъ кистахъ, когда, въ особенности въ первое время беременности, невозможно прощупать матку. Въ концѣ беременности, при огромныхъ выполняющихъ весь животъ кистахъ, можно это новообразование смѣшать съ hydramnion, или съ свободно жидкостью въ животѣ. При отличительномъ распознаваніи въ такихъ случаяхъ, слѣдуетъ обратить вниманіе на длину влагалищной части и свойство ея канала; на выпячиваніе задняго свода, на харак-

теръ тона, являющагося при постукиваніи боковой части живота, при положеніи на спинѣ и при перемѣнномъ положеніи на бокахъ. Не мѣшаетъ также принять во вниманіе анамнезъ тамъ, гдѣ это возможно.

При небольшихъ опухоляхъ, находящихся въ полости таза, первое время такое осложненіе беременности можно принять за *retroflexio uteri gravidi* или за внѣматочную беременность. Однако въ первомъ случаѣ нахождение дна матки выше лоннаго соединенія, а во второмъ отсутствіе при надавливаніи болѣе въ предполагаемомъ плодовомъ мѣшкѣ, отсутствіе маточнаго шума, а при дальнѣйшемъ наблюденіи неизмѣняемость въ объемѣ, несмотря на замѣтно развивающееся увеличеніе матки, представляютъ достаточно данныхъ для отличительнаго распознаванія.

Терапія. Во время беременности въ первые мѣсяцы, коль скоро будетъ распознана киста, слѣдуетъ предложить операцію — оваріотомію, которая, какъ показываетъ статистика, протекаетъ въ этихъ случаяхъ удивительно благопріятно въ настоящее время, давая не болѣе 6—7% смертности. Выкидыши наступаютъ послѣ операціи сравнительно рѣдко. Только при папиллярныхъ или смѣшанныхъ кистахъ, сильно разросшихся въ соединительной ткани таза, можно прибѣгнуть къ вызванію искусственнаго выкидыша. Если беременность достигла послѣднихъ мѣсяцевъ, то къ оваріотоміи слѣдуетъ прибѣгать только при тяжелыхъ осложненіяхъ, такъ какъ въ это время лапоротомія часто влечетъ за собою преждевременное прекращеніе беременности, почему лучше ожидать наступленія родовъ.

При родахъ, когда опухоль располагается высоко надъ входомъ таза, не слѣдуетъ безъ надлежащихъ показаній прибѣгать къ оперативнымъ акушерскимъ пособіямъ. Напротивъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда киста находится въ маломъ тазу, заграждая родовую каналъ, слѣдуетъ принять необходимыя мѣры, чтобъ избѣжать вредныхъ послѣдствій для матери и плода. Прежде всего слѣдуетъ попытаться подъ наркозомъ произвести приподнятіе опухоли кверху въ полость живота при помощи тѣхъ же пріемовъ, которые мы описали при вправленіи фиброміомъ. Когда это не удастся, нужно прибѣгнуть, при строгомъ соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, къ проколу опухоли чрезъ задній сводъ влагалища сперва тонкимъ, а потомъ болѣе толстымъ троакаромъ, и удаленію содержимаго посредствомъ аппарата Dieulafoi. Если содержимое слишкомъ густо, какъ это бываетъ при дермоидныхъ кистахъ, или киста состоитъ изъ многихъ малыхъ полостей, то слѣдуетъ произвести разрѣзъ стѣнки опухоли, чтобы возможно было ее опорожнить. Въ такихъ случаяхъ опасно ограничиваться однимъ проколомъ. Wertheim потерялъ въ послѣродовомъ періодѣ больную, у которой онъ ограничился проколомъ дермоидной кисты, загроздавшей тазовой каналъ. Въ подобномъ случаѣ необходимо, при помощи зеркала Симса и подъемника, сдѣлать доступнымъ задній сводъ влагалища, который въ та-

кихъ случаяхъ бываетъ выпяченъ опухолью. Разрѣзъ дѣлается въ продольномъ направленіи, начиная отъ мѣста соединенія влагалища съ заднею губой матки, длиною въ 3—4 см. Послойно доходятъ до стѣнокъ опухоли и разрѣзаютъ ее. Коль скоро показывается содержимое, стѣнку опухоли и края раны съ каждой стороны захватываютъ пулевыми щипцами или большими зубчатыми пинцетами, проводятъ кривую иглу съ шелковою нитью и закрѣпляютъ на ткани узломъ. Съ каждой стороны такимъ образомъ стѣнка опухоли соединяется со стѣнкою влагалища. Удлинивъ рану, слѣдуетъ положить еще нѣсколько швовъ по всей ея окружности, чтобы достигъ полного соединенія опухоли со стѣнками влагалища, и не дозволить попасть содержимому кисты въ полость брюшины. Иногда нужно войти въ полость кисты пальцемъ, чтобы удалить ея содержимое, разрушая перегородки. Коль скоро удалено содержимое, опухоль спадается, и препятствіе для прохожденія плода исчезаетъ. Подобнымъ образомъ поступалъ Ostermayer, при осложненіи дермоидной кистою родовъ, которые онъ закончилъ перфорацией.

Дальнѣйшее теченіе родовъ предоставляется силамъ природы, или же, если укажетъ надобность, роды оканчиваютъ, примѣняя цѣлесообразное акушерское пособіе. По окончаніи родовъ, сдѣланное отверстіе нужно дренировать при помощи іодоформной марли и назначить антисептическія впрыскиванія во влагалище. Еще болѣе цѣлесообразно въ такихъ случаяхъ произвести на другой день послѣ родовъ чревосѣченіе и удалить остатки кисты, разрѣзавъ предварительно швы, соединявшіе ея стѣнку со влагалищемъ.

Usirne собралъ 135 случаевъ оваріотоміи во время беременности. Смертность оказалась всего 5,90%. Weiss считаетъ ее 7,40%. Не болѣе 20% оперированныхъ получаютъ выкидыши. Даже при удаленіи обонхъ яичниковъ во время беременности получаютъ хорошіе исходы, хотя рановременное прекращеніе беременности наступаетъ чаще. Mainzer изъ 17 такихъ чревосѣченій наблюдалъ 5 разъ эти явленія.

d) *Болѣе рѣдкія осложненія, представляющія препятствія для родоразрѣшенія.*

Здесь относятся, между прочимъ, *опухоль влагалища*. Güder собралъ 60 случаевъ, въ которыхъ онъ встрѣчался при родахъ:

| | |
|------------------------------|-------------|
| Кисты и эхинококки | 23 случая |
| Фиброзныя опухоли | 18 случаевъ |
| Злокачественныя | 15 случаевъ |
| Haematoma | 4 случая. |

Только въ 14 случаяхъ роды окончились силами природы, въ 46 оказалось необходимымъ акушерское или хирургическое пособіе.

Камни мочевого пузыря во время беременности и родовъ встрѣчаются рѣдко. F. Winkel насчитываетъ 29 случаевъ; къ этому числу слѣдуетъ присоединить еще случай проф. Ястребова. Въ 4 случаяхъ

удаление камня было произведено во время беременности и 7 раз во время родовъ. 9 роженицъ разрѣшились силами природы, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ сопровождалось тяжелыми поврежденіями родовыхъ путей. Въ остальныхъ случаяхъ роды окончились при посредствѣ различныхъ акушерскихъ операций.

Въ акушерствѣ извѣстны исключительные случаи, когда препятствіе для прохожденія плода заключалось въ *застарѣломъ кровоизлитіи haematocoele retrouterina, эксудатахъ* въ тазовой клѣтчаткѣ, *влагалищныхъ грыжахъ, enterocoele vaginalis, ракъ кишки, cancer recti*, и развитіи кистъ *эхиноккка* въ тазовой клѣтчаткѣ. Winckel приводитъ 9 подобныхъ случаевъ, въ которыхъ эхиноккки располагались между маткою и прямою кишкой. Во время родовъ такая опухоль представляется плотною на ощупь и не даетъ ощущенія зыбленія. Когда является предположеніе о мѣшечатомъ строеніи опухоли, слѣдуетъ произвести проколъ троакаромъ для уменьшенія объема опухоли, послѣ чего нужно примѣнить подходящія оперативныя пособія, если роды не совершаются силами природы.

Недавно Runge описалъ случай удаленія у беременной большой фибросаркомы, сидѣвшей въ нижней части таза подъ стѣнками влагалища и прикрѣпившейся къ сѣдалищной кости таза и lig. sacrotuberosum. Опухоль была величиною 8 см. и 6 см. Прежніе роды окончились перфорацией, а слѣдующіе послѣ операціи прошли самопроизвольно. Другіе крайне рѣдкіе случаи этого рода описаны Drew, Burns и Abernethy. Abers-Schönberg наблюдалъ опустившуюся въ тазъ почку. Hirst приводитъ 27 случаевъ осложненія беременности и родовъ enterocoele. Эта грыжа происходитъ при сильномъ напряженіи во время родовъ, упорныхъ запоровъ во время беременности, при расслабленіи влагалища и брюшины. Ничаще выпадаетъ задній сводъ, рѣже передній. При родахъ необходимо вправить грыжу; если это не удастся, то для окончанія родовъ прибѣгаютъ къ акушерскимъ операциямъ. Hollaender наблюдалъ препятствіе при родахъ вслѣдствіе нахожденія въ тазу опухоли, образовавшейся при развитіи рака прямой кишки, Felsenreich—отъ эксудата въ тазовой клѣтчаткѣ, а Runge вслѣдствіе подковообразной почки. Rosenfeld сдѣлать sect. alta во время беременности на V мѣс. для удаленія мочевого камня, послѣдовали ранніе роды и смерть.

Глава 18.

Выворотъ матки, *inversio uteri*.

Выворотъ матки принадлежитъ къ числу наиболѣе рѣдкихъ осложненій при родахъ; онъ представляетъ чрезвычайно опасное явленіе, которое часто оканчивается смертью роженицы. Pricg на 20 тысячъ родовъ нашелъ 2 раза выворотъ матки. G. Braun наблюдалъ это осложненіе только 5 разъ въ своей обширной клинической и частной практикѣ. Обыкновенно оно обнаруживается непосредственно вслѣдъ за рожденіемъ плода, гораздо рѣже оно появляется послѣ выхожденія

послѣда. Замѣчаемое въ рѣдкихъ случаяхъ снаружи углубленіе въ днѣ матки, на мѣстѣ, гдѣ сидѣла плацента, *depressio uteri*, можно считать первую степень выворота. Когда запавшее во внутрь дно матки пройдетъ сократительное кольцо, оно быстро вступаетъ во влагалище и затѣмъ появляется наружу. Такимъ образомъ возникаетъ выворотъ матки.

Этіологія. Основною причиною этого осложненія слѣдуетъ признать атонію матки. Если при такомъ состояніи матки, ея дно подвергается давленію сверху внизъ, какъ это бываетъ при дѣйствіи брюшного прессы во время изгнанія плода, или выхожденія послѣда, то на немъ иногда образуется углубленіе, которое затѣмъ легко можетъ перейти въ выворотъ матки. То же самое можетъ произойти, когда при атоніи матки на дно ея будетъ происходить надавливаніе рукою для выжиманія послѣда. Еще легче выворотъ можетъ послѣдовать при потягиваніи за пуповину, когда дѣтское мѣсто, сидящее у дна матки, остается еще плотно прикрѣпленнымъ.

При чрезмѣрно короткой пуповинѣ, такое натяженіе происходитъ самопроизвольно въ моментъ рожденія младенца. Въ такихъ случаяхъ, подъ вліяніемъ атоніи матки, запавшее дно этого органа иногда не выравнивается нормальными родовыми сокращеніями матки. Къ счастью, въ это время матка почти всегда проявляетъ энергическую дѣятельность, иначе мы имѣли бы несравненно чаще выворотъ матки послѣ родовъ.

Происхожденіе этого смѣщенія послѣ выхожденія послѣда повидимому всецѣло зависитъ отъ усиленнаго дѣйствія брюшного прессы, при полной атоніи матки. Во многихъ случаяхъ выворотъ матки происходитъ вслѣдствіе неправильнаго примѣненія акушерскихъ пособій при родахъ,—слѣдовательно, по винѣ врача или акушерки. Тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что это опасное смѣщеніе матки можетъ развиваться при родахъ совершенно самопроизвольно.

Векманн собралъ 100 случаевъ выворота матки, изъ коихъ 54 раза это осложненіе послѣдовало самопроизвольно, 25 разъ вслѣдствіе насилія, въ остальныхъ случаяхъ причины выворота не были указаны.

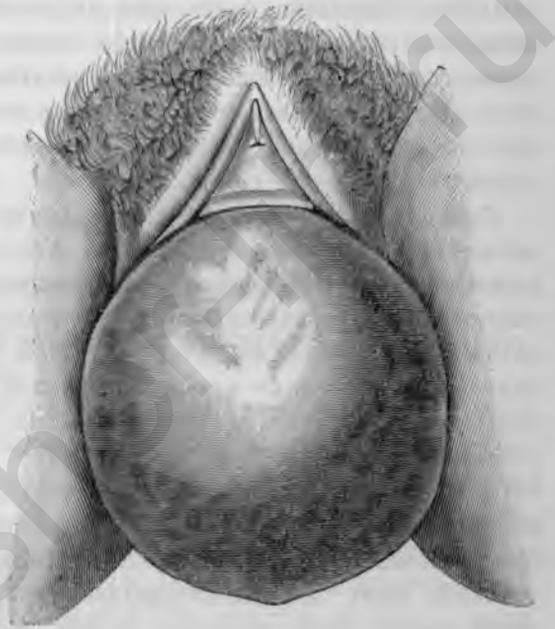
Симптомы и теченіе. Выворотъ матки при родахъ представляетъ въ полномъ смыслѣ слова острое заболѣваніе. Оно сопровождается весьма тяжелыми и опасными симптомами. Дурнота, обморочное состояніе, тошнота и рвота, малый, едва ощутительный пульсъ, холодныя конечности, чрезвычайная блѣдность лица, мучительныя боли, вызывающія крики и стоны, составляютъ обычныя явленія при этой аномалии. Обыкновенно роженица невольно нажимается, причѣмъ изъ половыхъ частей, при сильномъ кровотеченіи, выступаетъ большая темнобагровая опухоль—матка съ прикрѣпленнымъ къ ней дѣтскимъ мѣстомъ, покрытая кровяными свертками. Это сопровождается выворотомъ части влагалища и смѣщеніемъ мочевого пузыря. Животъ чувствителенъ при

достоверности. Въ другихъ случаяхъ, особенно когда мѣсто успѣло отдѣлиться, матка задерживается во влагалищѣ. Когда совершился выворотъ матки, въ послѣдней появляются сокращенія, стѣнки ея становятся плотными и каналъ шейки, обхватывающій вывернутое тѣло матки, сжимается.

Описанные симптомы нельзя всецѣло объяснить кровотеченіемъ, хотя послѣднее только въ рѣдкихъ случаяхъ не бываетъ сильнымъ. Въ значительной степени они обусловливаются шокомъ и переполненіемъ сосудовъ живота, вслѣдствіе внезапнаго смѣщенія матки и рѣзкаго уменьшенія давленія въ брюшной полости. Смѣщается не одна матка; въ образовавшуюся воронку втягиваются трубы, связки, начинающіяся отъ угловъ матки, отчасти яичники, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ сюда западетъ даже петля тонкихъ кишекъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ появленіе остраго выворота матки не сопровождается тяжелыми симптомами.

Если родильница переживетъ описанныя выше опасныя явленія, образовавшійся выворотъ матки сопровождается почти постояннымъ кровянистымъ отдѣленіемъ, которое временами переходитъ въ настоящее кровотеченіе. Ближайшимъ послѣдствіемъ этого является сильная анемія и слабость. Тѣмъ не менѣе постепенно совершается обратное развитіе матки, хотя не вполне правильно, и болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе, *inversio uteri chronica*. Впрочемъ нерѣдко послѣродовой періодъ протекаетъ при лихорадочныхъ явленіяхъ, вслѣдствіе развитія воспалительныхъ процессовъ въ половыхъ органахъ.

Распознаваніе большею частью не представляетъ затрудненій. При надавливаніи на нижнюю часть живота, дно и тѣло матки не ощущаются. При введеніи 2 пальцевъ или полруки во влагалище, здѣсь находятъ вывернутую матку въ видѣ большой округленной опухоли, переходящей въ отверстіе, ограниченное вялыми и податливыми лоскутами растянутаго шейки. Опухоль чувствительна и кровоточива при



Фиг. 205.

дотрогиваніи. Распознаваніе можно дополнить изслѣдованіемъ чрезъ прямую кишку, что дастъ иногда возможность прощупать воронку, образуемую вывернутою маткой въ полости живота. Только крайне неопытная и несвѣдущая акушерка можетъ смѣшать выворотъ матки съ большимъ фибридомъ или съ послѣдомъ, если дѣтское мѣсто остается отчасти прикрѣпленнымъ къ вывернутой маткѣ. Извѣстны примѣры, гдѣ такія ошибки имѣли роковыя послѣдствія для родильницы, когда повитуха или акушерка, подъ видомъ отдѣленія дѣтскаго мѣста, отрывала вывернутую матку.

Предсказаніе. Рѣдко, при надлежащей помощи, можно устранить происшедшее осложненіе или по крайней мѣрѣ спасти жизнь родильницы. Благодаря болѣе основательному обученію повивальныхъ бабокъ и врачей, выворотъ матки теперь рѣже, чѣмъ въ прежнее время, сопровождается летальнымъ исходомъ. Тѣмъ не менѣе смертность слѣдуетъ при этомъ осложненіи не ниже 50%. Самопроизвольное излѣченіе наблюдалось крайне рѣдко, и то спустя нѣсколько недѣль послѣ родовъ.

Терапія. Во всѣхъ случаяхъ остраго выворота матки является показаніе произвести вправление матки. Когда врачъ присутствуетъ при родильницѣ въ самый моментъ образованія этого смѣщенія, или когда вывернутая матка находится еще въ атоническомъ состояніи съ прикрѣпленнымъ къ ней послѣдомъ или безъ него, слѣдуетъ, не медля, сжавъ правую руку въ кулакъ, приложить его ко дну матки и, нажимая, приподнимать этотъ органъ изъ таза кверху, одновременно надавливая другою рукою на нижнюю часть живота. При такихъ приемахъ дно матки легко поднимается кверху, проходитъ чрезъ вялую и расслабленную шейку, и смѣщеніе вправляется. Если послѣдъ остался прикрѣпленнымъ, лучше его предварительно отдѣлить.

Чаще врачу приходится видѣть родильницу, спустя нѣкоторое время, иногда чрезъ нѣсколько часовъ, послѣ образованія выворота; въ подсобныхъ случаяхъ послѣдъ успѣлъ уже отдѣлиться, и матка представляется сократившеюся и болѣе или менѣе плотною. При такихъ условіяхъ необходимъ полный наркозъ хлороформомъ, и самое вправленіе слѣдуетъ производить иначе. Родильницу нужно положить на столъ съ приподнятыми къ животу бедрами и согнутыми колѣнами, которыя должны удерживать два помощника. Ягодицы и половыя части больной должны находиться у края стола. Тщательно дезинфицировавъ руки, врачъ вводитъ обмазанную карболовымъ масломъ или вазелиномъ правую руку во влагалище и обхватываетъ вывернутую матку всѣми пальцами, такъ чтобы дно матки прилегало къ ладони. Ладонь лѣвой руки кладутъ выше лоннаго соединенія, на нижнюю часть живота, чтобы давленіемъ на это мѣсто препятствовать излишнему растяженію и поднятію влагалища кверху въ то время, когда рука, введенная во влагалище, плотно обхватываетъ матку и концами пальцевъ надавливаютъ

на верхнюю часть органа, которая находится возлѣ свода влагалища. Такимъ образомъ стараются продвинуть ее кверху чрезъ растянутый каналъ шейки, а вслѣдъ за нею провести постепенно и остальные части матки; если это не удастся, пытаются провести сперва одинъ уголь матки, надавливая на него большимъ пальцемъ. Коль скоро удастся его продвинуть высоко въ каналъ шейки, остальная часть матки легко проскальзываетъ кверху.

Когда вправленіе удалось, слѣдуетъ положить во влагалище на нѣкоторое время тампонъ изъ іодоформной марли, а на животъ — пузырь со льдомъ. Внутри необходимо назначить нѣсколько пріемовъ *extr. secalis cornuti* или произвести подкожное впрыскиваніе этого препарата въ количествѣ 0,06 — 0,1, нѣсколько разъ въ теченіе дня. Если вправленіе вышеописаннымъ способомъ не удастся, нужно при-мѣнить кольпейринтеръ, какъ это дѣлается при затяжныхъ выворотахъ матки.

Глава 19.

Нарушеніе цѣлости матки и родового канала.

А. Нарушеніе цѣлости матки во время беременности и родовъ.

а) Во время беременности.

Этіологія. Это осложненіе во время беременности принадлежитъ къ числу явленій крайне рѣдкихъ. Наибольше обыкновенною причиною служитъ внѣшнее насиліе, подѣйствовавшее на самую матку, — сильный ушибъ или раненіе живота. Попытки ввести въ полость матки зондъ или металлическій пруть, съ цѣлью вызвать криминальный абортъ, иногда влекли за собою продыравленіе матки. Общее сильное сотрясеніе всего тѣла беременной, наприм. при паденіи съ большой высоты, повидимому, можетъ также причинить разрывъ этого органа. Въ исключительныхъ случаяхъ былъ наблюдаемъ самопроизвольный разрывъ матки, который обусловливался патологическими измѣненіями маточной стѣнки, зависящими отъ неправильнаго образованія этого органа, иногда вслѣдствіе истонченія рубца, оставшагося послѣ кесарскаго сѣченія. Въ такихъ исключительныхъ случаяхъ единственною причиною подобныхъ самопроизвольныхъ разрывовъ остается признать естественный ростъ яйца.

Давидовъ нашель, что къ разрыву матки предрасполагають регрессивныя измѣненія эластическихъ волоконъ въ особенности въ нижнемъ сегментѣ матки. Эти волокна въ такихъ случаяхъ представляются припухшими, укороченными, мѣстами узловатыми, зернистыми и скопканными. Иногда траума бываетъ незначительная, наприм. въ случаѣ описанномъ Петковичемъ, въ которомъ разрывъ беременной матки произошелъ на VII мѣс. Въ другихъ случаяхъ разрывъ беременной матки можетъ послѣдовать безъ всякаго насилія. Weil наблюдалъ такой случай на IX мѣс. беременности, находившейся въ одномъ роуѣ *uteris bicornis*.

Симптомы и течение. Во всѣхъ случаяхъ нарушеніе цѣлости матки во время беременности сопровождается тяжелыми симптомами, въ числѣ которыхъ болѣе или менѣе выдающееся значеніе имѣютъ кровотеченіе, острое воспаленіе брюшины и выступленіе плода и дѣтскаго мѣста въ полость живота. Вся истекающая кровь или только часть ея выходитъ наружу; при значительныхъ ранахъ живота и матки, часть плода или весь младенецъ выпадаетъ наружу. При сампроизвольныхъ разрывахъ кровотеченіе и выступленіе плода происходитъ въ полость живота, причемъ обнаруживаются симптомы внутренняго кровотечения—упадокъ силъ, чрезвычайная слабость и острые боли въ животѣ. При пораненіяхъ матки, случающихся при введеніи въ нее инструментовъ для вызванія выкидыша, преобладающимъ симптомомъ является септическое воспаленіе брюшины; рана бываетъ обыкновенно невелика. Подобные случаи также имѣютъ печальный конецъ.

Распознаваніе. Наибольшее затрудненіе представляетъ распознаваніе пораненій матки при криминальномъ абортѣ. Быстрое развитіе и тяжелые симптомы общаго перитонита у беременной, осложненные истеченіемъ крови изъ влагалища, указываютъ на возможность раненія матки, въ особенноти если врачу извѣстно, что предпринимались попытки прекратить беременность. Однако во многихъ случаяхъ точное распознаваніе возможно только на секціонномъ столѣ.

Предсказаніе при разрывѣ и пораненіи беременной матки неблагоприятно, въ особенноти въ тѣхъ случаяхъ, когда потеряно много крови, или развилось воспаленіе брюшины.

Лѣченіе. При проникающей ранѣ матки, если даже она не велика, слѣдуетъ дѣлать кесарское сѣченіе. При вступленіи плода въ полость живота, послѣ разрыва беременной матки, показуется чревосѣченіе. Воспаленіе брюшины требуетъ соответственнаго лѣченія. При септическомъ заболѣваніи матки, совмѣстно съ пораненіемъ этого органа, показуется удаленіе тѣла матки.

б) Разрывы и другія пораненія матки во время родовъ.

Гораздо чаще, нежели во время беременности, происходитъ нарушеніе цѣлости матки во время родовъ. Въ практическомъ отношеніи имѣетъ значеніе свойство и особенноти этой ненормальности. Въ одномъ случаѣ нарушеніе цѣлости можетъ происходить вслѣдствіе чрезмѣрнаго или насильственнаго растяженія матки, въ другихъ случаяхъ оно является послѣдствіемъ продолжительнаго давленія предлежащей части на стѣнку нижней части матки, прижатую къ выстоящимъ костямъ тазоваго канала. Слѣдуетъ также различать, въ какой части матки послѣдовало нарушеніе цѣлости—въ шейкѣ, нижнемъ сегментѣ или въ тѣлѣ матки.

1. Надрывы маточной шейки при родахъ.

Этіологія. Разрывы маточной шейки въ продольномъ направленіи представляютъ наиболѣе частія пораненія матки. При первыхъ ро-

дахъ поверхностные, рѣдко глубокіе надрывы краевъ зѣва являются почти неизбѣжнымъ послѣдствіемъ прохожденія младенца чрезъ эту часть родового канала. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти надрывы доходятъ до сводовъ влагалища чрезъ ткань шейки, наичаще въ боковомъ направленіи.

Глубокіе надрывы шейки иногда происходятъ даже при родахъ, окончившихся силами природы, при которыхъ замѣчалась усиленная и ранняя дѣятельность брюшного пресса, въ особенности послѣ раняго истеченія водъ. Такія пораненія наблюдали также при раковомъ перерожденіи влагалищной части матки, или при развитіи рубцовъ въ ея шейкѣ. Наичаще же глубокіе надрывы представляютъ послѣдствіе несвоевременныхъ, или не вполне рациональныхъ акушерскихъ пособій, при извлеченіи щипцами или руками, а также при насильственномъ введеніи руки въ матку, когда эти операціи производятся при недостаточно раскрытомъ и неподатливомъ зѣвѣ, въ особенности, когда еще не изгладилась шейка.

Симптомы и теченіе. Неглубокіе надрывы шейки обыкновенно не причиняютъ никакихъ патологическихъ явленій въ послѣродовомъ періодѣ. Они приобрѣтаютъ значеніе въ томъ случаѣ, когда распространяются на стѣнку влагалища или поднимаются выше за внутреннее устье; въ такихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ разорвана вся толщина шейки до тазовой клѣтчатки. Подобныя глубокія пораненія преимущественно происходятъ по бокамъ шейки, рѣже въ передней или задней части ея. Въ первомъ случаѣ они могутъ переходить на стѣнку мочевого пузыря, а сзади на брюшинный покровъ и сводъ влагалища.

При такихъ условіяхъ, немедленно послѣ родовъ обнаруживается непроизвольное истеченіе мочи и затѣмъ развивается воспаленіе тазовой брюшины, цѣлость послѣдней рѣдко нарушается, но неизбѣжно бываетъ обнажена клѣтчатка между маткою и пузыремъ. При проникающемъ разрывѣ задней стѣнки шейки, симптомы обнаруживаются совершенно сходные съ припадками, появляющимися послѣ разрыва нижняго сегмента матки. Наиболѣе характерныя явленія представляютъ глубокіе боковые разрывы шейки. Вслѣдствіе пораненія вѣтвей маточной артеріи, проходящихъ въ ткани шейки или *art. vaginales* въ сводъ влагалища, и въ рѣдкихъ случаяхъ ствола *art. uterinae*, немедленно послѣ выходения плода начинается маточное кровотеченіе, которое продолжается также послѣ выходения послѣда, при хорошо сократившейся маткѣ. Изъ влагалища вытекаетъ струей алая кровь, или же она изливается оттуда чрезъ извѣстныя промежутки вмѣстѣ со свертками. Довольно скоро развиваются явленія острой анеміи, и жизнь родильницы подвергается серьезной опасности.

Распознаваніе не представляетъ затрудненій, если можно исключить атонію матки и пораненіе наружныхъ половыхъ частей, а также стѣнки влагалища. Введя руку, съ необходимыми предосторожностями, въ

каналъ рукава, можно, при надлежащемъ навыкѣ, ощупать самое мѣсто надрыва, которое находится большею частію съ одной стороны. Труднѣе распознать глубокіе надрывы на передней или задней стѣнкѣ, такъ какъ шейка послѣ родовъ спадается въ рыхлыя складки; почему подобныя пораненія могутъ остаться незамѣченными, тѣмъ болѣе, что при надрывахъ на передней и задней части шейки кровотеченіе не всегда бываетъ значительно. Иногда только въ послѣродовомъ періодѣ, когда развиваются тяжелыя явленія, распознаютъ подобное пораненіе, при внутреннемъ изслѣдованіи.

Предсказаніе. Нерѣдко, при своевременной и рациональной помощи, возможно сохранить жизнь родильницы, при глубокихъ надрывахъ шейки. Въ послѣродовомъ періодѣ можетъ развиваться воспаленіе тазовой клетчатки и брюшины, въ особенности если не были наложены швы. Описаны также случаи позднихъ послѣродовыхъ кровотеченій съ летальнымъ исходомъ. Оставшіеся послѣ заживленія раны рубцы въ сводѣ могутъ причинить непріятныя болевыя ощущенія при движеніи или совокупленіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они поддерживаютъ упорный катарръ и воспалительное состояніе въ маткѣ.

Льченіе. Наиболѣе дѣйствительнымъ и единственно рациональнымъ средствомъ, при глубокомъ боковомъ надрывѣ шейки, слѣдуетъ признать наложеніе шва чрезъ толщю кровоточащаго мѣста въ поперечномъ направленіи, о чемъ было подробно сказано при изложеніи послѣродовыхъ кровотеченій. При проникающихъ пораненіяхъ шейки, слѣдуетъ поступать, какъ при разрывѣ матки.

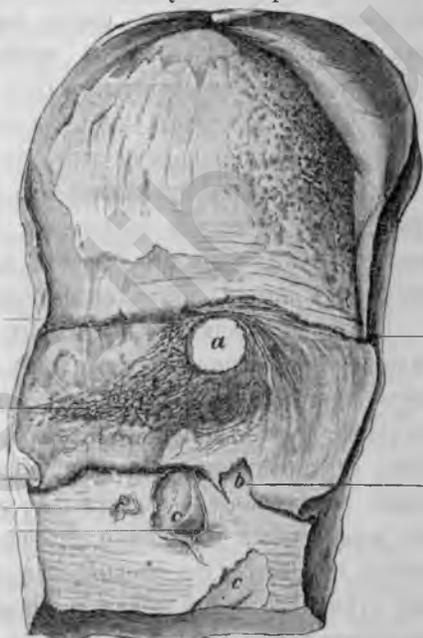
2. Другія пораненія маточной шейки.

Этіологія. Крайне рѣдко наблюдается во время родовъ отрываніе или отдавливаніе передней губы или всей влагалищной части матки. Такой случай недавно описалъ Letzius, который наблюдалъ отщемленіе круглаго куска растянутой шейки матки около 6 см. въ діаметрѣ. Подобное осложненіе возможно, какъ изложено выше, только при ущемленіи маточной стѣнки между стѣнками таза и подлежащей головкою, причемъ отрываніе передней губы было наблюдаемо при гипертрофіи послѣдней, а также при нормальной ея величинѣ. Наложеніе щипцовъ, при подобныхъ условіяхъ, способствуетъ этому, преимущественно когда ущемленная отекшая губа не вправлена и не продвинута за подлежащую головку. Отдавливаніе всей влагалищной части было наблюдаемо послѣ продолжительныхъ родовъ, при общесъуженныхъ тазахъ и при неуступчивости черезчуръ плотнаго маточнаго зѣва; въ такихъ случаяхъ сильно растянутая влагалищная часть не имѣла возможности отойти кверху за подлежащую головку. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолжительное давленіе головки на шейку и влагалище влечетъ за собой мѣстное омертвѣніе и прорываніе влагалища и маточной шейки.

Симптомы и теченіе. Ущемленіе маточной шейки, или передней губы ея, во время родовъ сопровождается спазматическими сокращеніями

матки и сильными болями въ нижней части живота, который въ такихъ случаяхъ бывасть чрезвычайно чувствителенъ при дотрогиваніи. Пульсъ роженицы ускоряется, и нерѣдко развивается лихорадочное состояніе. Моча задерживается, вслѣдствіе сдавливанія мочевого канала. Края маточнаго зѣва сильно припухаютъ. Иногда въ ткани ея происходитъ кровоизліяніе. Если во время родовъ полнаго отщемленія не происходитъ, то придавленная часть шейки или губа отдѣляется, спустя нѣкоторое время послѣ родовъ; при такихъ условіяхъ, очищеніе, вслѣдствіе распаденія и омертвенія ткани, получаетъ чрезвычайно зловонный запахъ и представляется ихорознымъ.

Подобныя нарушенія цѣлости матки часто служатъ причиною воспалительныхъ послѣродовыхъ заболѣваній; опасныя кровотеченія появляются рѣдко. Довольно обычный симптомъ представляетъ задержаніе мочи. Послѣ заживленія пораненія, нерѣдко остается суженною верхняя часть влагалища или каналъ шейки. Гораздо чаще, чѣмъ вышеозначенное осложненіе, наблюдается при узкихъ тазахъ протираніе или раздавленіе маточной шейки, часто одновременно со сводомъ влагалища, какъ послѣдствія трудныхъ и затяжныхъ родовъ, зависящихъ отъ суженія таза. По отпаденіи струпа, образуется углубленіе, заживающее рубцомъ, что нерѣдко ведетъ къ суженію просвѣта влагалища и дѣлаетъ послѣднее мало податливымъ. Не только передній, но также задній сводъ,



Фиг. 206. поврежденія матки и влагалища, при трудныхъ родахъ, вслѣдствіе суженія таза. *a*—протертое мѣсто на задней стѣнкѣ матки выступающимъ мысомъ, *b* - надрывъ шейки, *c* и *c*—надрывы влагалища.

гдѣ иногда обнаруживается давленіе мыса крестцовой кости, сильно укорачивается, шейка оттягивается кзади, и подвижность матки значительно уменьшается. Послѣ отпаденія омертвѣвшей ткани, нерѣдко обнаруживается свищъ, ведущій наичаще въ мочевой пузырь, рѣже въ тазовую клѣтчатку или въ прямую кишку.

Такъ какъ подобныя осложненія встрѣчаются только при тяжелыхъ родахъ, при которыхъ приходится производить различныя акушерскія операціи, съ цѣлью поскорѣе окончить роды, почему одновременно съ омертвѣніемъ части шейки или влагалища встрѣчаются иногда также продольные разрывы или нарушеніе цѣлости влагалища. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ слишкомъ продолжительное

извлечение подлежащей головки щипцами, съ примѣненіемъ большой силы, можетъ способствовать раздавливанію маточной шейки и продавливанію влагалища.

Лѣченіе. При появленіи признаковъ ущемленія стѣнокъ родового канала подлежащею частью, необходимо по возможности скорѣе оканчивать роды, имѣя главнымъ образомъ въ виду здоровье матери. Когда признаки ущемленія во время родовъ были рѣзко выражены, по окончаніи родоразрѣшенія, кромѣ обычныхъ предосторожностей и ухода, нужно назначить промываніе влагалища теплымъ 1% растворомъ карболовой или 4% борной кислоты. При затрудненномъ мочеиспусканіи, или когда въ мочѣ примѣшана кровь, слѣдуетъ прибѣгать къ введенію катетра. Коль скоро мочеиспусканіе дѣлается произвольнымъ, слѣдуетъ ввести въ мочевоу пузырь эластическій катетеръ изъ гуттаперчи и оставить его тамъ, чтобы предупредить накопленіе мочи. Опытъ показалъ, что маточнопузырные свищи, преимущественно предъ другими видами этой болѣзни, обнаруживаютъ наклонность къ самопроизвольному заживленію. Послѣ отпаденія струпа, появляются грануляціи, отверстіе постепенно уменьшается и стягивается посредствомъ рубца, хотя это бываетъ, къ сожалѣнію, нечасто. Смазываніе по временамъ *argent. nitric.* способствуетъ скорѣйшему заживленію свища.

Когда на стѣнкахъ влагалища откладываются мочекислыя соли и развивается воспаленіе влагалища съ налетами, необходимо примѣнить постоянное орошеніе растворомъ *acid. salicylic.* или *acid. boric.* Къ сожалѣнію, часто послѣ такихъ трудныхъ родовъ, осложненныхъ сильнымъ сдавливаніемъ стѣнки рукава или шейки, развивается послѣродовое заболѣваніе — воспаленіе тазовой клетчатки, а также мѣстное или вообще воспаленіе брюшины; послѣднее обыкновенно оканчивается смертью. Оно развивается въ особенности при протираніи задней стѣнки маточной шейки и свода влагалища. Въ рѣдкихъ случаяхъ появляется обильное кровотеченіе, послѣ отпаденія струпа, изъ сосудовъ стѣнки которыхъ подверглись изъязвленію. Оставшіеся свищи пузыря, а также стриктура влагалища, разрывы и фистулы прямой кишки требуютъ оперативнаго пособія, по окончаніи послѣродового періода.

3. Разрывъ матки при родахъ.

Этіологія и анатомическія измѣненія. Это нарушеніе цѣлости принадлежитъ къ числу наиболѣе тяжелыхъ осложненій. Даже въ настоящее время, при строгомъ соблюденіи антисептики, сравнительно немногія женщины остаются въ живыхъ. Къ счастью, въ практикѣ мы встрѣчаемъ весьма рѣдко такое нарушеніе цѣлости матки, — не болѣе 1 раза на 2.000—3.000 родовъ. К. Braun на 38 тыс. родовъ видѣлъ 19 случаевъ разрыва матки, изъ нихъ 15 полныхъ и 4 неполныхъ разрыва.

Извѣстны исключительные случаи, гдѣ подобное поврежденіе произошло, при родахъ правильныхъ и не трудныхъ, самопроизвольно, вслѣд-

стве значительныхъ патологическихъ измѣненій въ ткани матки. До появленія изслѣдованій Bandl'я, настоящія причины разрыва матки во время родовъ врачамъ были неизвѣстны. Современныя наши свѣдѣнія основываются такимъ образомъ на этихъ изслѣдованіяхъ, съ нѣкоторыми позднѣйшими измѣненіями и дополненіями. Для правильнаго теченія родовъ необходимо, чтобы не только главнѣйшіе факторы родовъ были въ гармоническомъ соотношеніи между собою, но также нужно, чтобы нѣкоторыя ихъ частности находились въ должномъ соотвѣтствіи между собою. Необходимо, чтобы раскрытіе зѣва, растяженіе нижняго сегмента матки, поднятіе кверху сократительнаго кольца и опусканіе подлежащей головки совершались съ должною правильностью. Разсмотрѣнныя выше нарушенія цѣлости шейки въ большинствѣ случаевъ происходятъ при отсутствіи правильнаго соотношенія между этими явленіями. Еще болѣе рѣзко выражается эта дисгармонія при разрывахъ самой матки. Наблюдая за ходомъ правильныхъ родовъ, мы находимъ, что къ тому времени, когда устье совершенно раскрывается, головка въ правильной позиціи, послѣ истеченія водъ, стоитъ плотно во входѣ, даже въ полости таза, сократительное кольцо находится большею частью нѣсколько выше лоннаго соединенія. При такихъ условіяхъ, нижній сегментъ матки испытываетъ умѣренное растяженіе, и вслѣдствіе выхожденія части головки изъ матки и вступленія ея въ тазъ, ось плода въ маткѣ значительно укорачивается. Почему при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, совершающемся уже при содѣйствіи брюшнаго пресса, хотя сократительное кольцо нѣсколько поднимается кверху, чрезмѣрнаго растяженія нижняго сегмента не происходитъ; тѣмъ болѣе, что головка постепенно совершаетъ свое поступательное движеніе.

Совершенно иныя условія возникаютъ, когда головка не можетъ вступить въ тазъ; несмотря на сильныя сокращенія матки, поддерживаемыя вполнѣ дѣйствіемъ брюшнаго пресса, наибольшая периферія подлежащей части остается надъ плоскостью входа въ тазъ. Это можетъ зависѣть отъ различныхъ причинъ. Наичаще опусканію подлежащей головки препятствіе представляетъ суженіе костнаго таза, рѣже нахожденіе въ его полости какихъ либо мягкихъ опухолей, — фиброміомы матки, кисты яичника и др., заграждающихъ родовые пути. Неправильныя положенія и предлежанія плода — поперечныя положенія, предлежаніе лобикомъ, аномаліи его развитія — hydrocephalus, нѣкоторыя врожденныя опухоли и сросшіеся уроды, приводятъ къ тѣмъ же послѣдствіямъ, отклоняя головку совершенно въ сторону отъ тазоваго входа или же удерживая ее надъ входомъ.

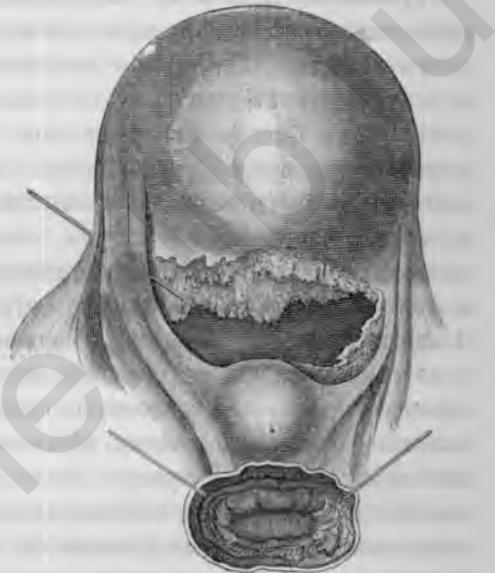
Необходимымъ послѣдствіемъ всѣхъ этихъ ненормальностей является почти совершенная неизмѣняемость длины оси плода въ маткѣ, или вѣриѣ — въ отдѣлѣ родового канала, расположенномъ выше плоскости входа въ тазъ, что допускаетъ чрезмѣрное растяженіе нижняго сегмента и шейки въ продольномъ направленіи. Тѣмъ болѣе, что при тѣхъ,

часто непреодолимыхъ препятствійхъ, какія встрѣчаетъ подлежащая часть въ такихъ случаяхъ, при опусканіи и вхожденіи въ тазовой каналъ, потужная дѣятельность матки чрезвычайно усиливается; отдѣльныя сокращенія бываютъ сильны, продолжительны и слѣдуютъ одно за другимъ чрезъ короткіе промежутки. Сравнительно рано начинается дѣятельность брюшного пресса, которая часто также отличается особенною интенсивностью. Почему въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при совпадении этихъ двухъ неблагопріятныхъ условій, является самопроизвольный разрывъ матки. При родовыхъ сокращеніяхъ матки, постепенно растягивается зѣвъ и сократительное кольцо поднимается кверху; края устья почти всегда остаются между стѣнками таза и подлежащею частью, рѣже они настолько поднимаются кверху, что ихъ трудно, иногда даже невозможно ощупать. Въ подобныхъ случаяхъ подвергается чрезмѣрному растяженію также сводъ влагалища. Такъ какъ подлежащая часть остается почти неподвижною, то вся родовая дѣятельность направляется исключительно на растяженіе нижняго сегмента матки и связанныхъ съ нимъ частей родового канала, что составляетъ при нормальныхъ родахъ только, такъ сказать, побочный и второстепенный результатъ этой дѣятельности. Тѣло матки рѣзко раздѣляется на двѣ части — верхнюю, полый мускуль Шредера, съ толстыми стѣнками, и нижнюю, стѣнки которой, можно сказать, съ каждою потугой становятся тоньше, причемъ сократительное кольцо, находящееся на границѣ между ними, постепенно поднимается выше. Часто въ подобныхъ случаяхъ оно переходитъ даже линію пупка и располагается въ косвенномъ направленіи. При правильныхъ позиціяхъ наиболѣе истончена бываетъ стѣнка нижняго сегмента на мѣстѣ, гдѣ прилегаетъ затылокъ, слѣдовательно сбоку и нѣсколько кзади; при поперечныхъ положеніяхъ истонченіе соотвѣтствуетъ положенію головки. Подготовленный такими ненормальными условіями разрывъ матки совершается или *самопроизвольно*, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, или же происходитъ вслѣдствіе какого-нибудь даже незначительнаго насилія, наприм. — введеніе руки въ полость матки для поворота, даже при попыткѣ наложить щипцы и пр. Разрывъ матки случается гораздо чаще у многображдающихъ, потому что у нихъ головка плода бываетъ крупнѣе, стѣнки живота болѣе податливы, почему легко могутъ развиваться неправильныя положенія и предлежанія. Schultz изъ 14 случаевъ разрыва матки въ 13 случаяхъ нашелъ это поврежденіе у многорожавшихъ. Въ такихъ самопроизвольныхъ случаяхъ разрывъ происходитъ обыкновенно въ нижнемъ сегментѣ матки, откуда нарушеніе цѣлости иногда распространяется на шейку и даже на сводъ влагалища. Въ рѣдкихъ случаяхъ разрывъ происходитъ именно въ этихъ частяхъ, если при родахъ шейка и верхняя часть влагалища подвергались чрезмѣрному растяженію, что возможно при высокихъ степеняхъ суженія таза и при висячемъ животѣ, вслѣдствіе сильнаго наклоненія матки напередъ. Рѣдко самопроизвольный разрывъ распространяется кверху чрезъ со-

кратительное кольцо. Чаще это случается при насильственных поврежденіях матки.

Разрывъ обыкновенно начинается съ маточной ткани, рѣдко отъ стѣнки влагалища, и затѣмъ переходитъ на брюшину. Въ подобныхъ случаяхъ разъединеніе цѣлости происходитъ въ задней или передней стѣнкѣ матки, обыкновенно въ косвенномъ или поперечномъ направленіи; разрывы, происходящіе въ боковой части, имѣютъ болѣе продольное направленіе. Величина проникающихъ разрывовъ почти всегда довольно велика; въ подобныхъ случаяхъ часто плодъ и затѣмъ послѣдъ чрезъ образовавшееся отверстіе вступаютъ въ полость брюшины. Иногда, въ особенности при боковыхъ разрывахъ, брюшина неразрывается, но на значительномъ пространствѣ отслаивается излившеюся кровью или выступившею изъ матки частью плода, которая раздвигаетъ серозные листки одной изъ широкихъ связокъ. Sän-ger наблюдалъ при родахъ самопроизвольный разрывъ одной брюшины на маткѣ, причинившій сильное кровотеченіе и упадокъ силъ.

Насильственные разрывы могутъ происходить также при отсутствіи вышеописаннаго чрезмѣрнаго растяженія нижняго сегмента, въ чемъ нѣтъ ничего удивительнаго, если операція поворота или наложенія щипцовъ производится крайне грубо и лицомъ невѣжественнымъ; для насилія нѣтъ предѣла. Изъ 19 случаевъ разрыва матки К. Вауп видѣлъ



Фиг. 207. Поперечный самопроизвольный разрывъ въ передней стѣнкѣ, нижняго сегмента матки.

9 насильственныхъ. Въ подобныхъ случаяхъ разрыву можетъ подвергнуться нижній сегментъ, сводъ влагалища, а равнымъ образомъ сократительное кольцо, тѣло и даже дно матки. Иногда встрѣчаются также рѣдкіе случаи самопроизвольнаго разрыва матки и свода влагалища, гдѣ это опасное осложненіе можетъ происходить, такъ сказать, внезапно, безъ всякихъ *подготовительныхъ симптомовъ*, въ исключительныхъ случаяхъ даже вскорѣ послѣ начала родовъ. Оставляя въ сторонѣ тѣ измѣненія маточной ткани, о которыхъ была уже рѣчь при изложеніи разрыва матки во время беременности, мы должны прійти къ заключенію, что подобные неожиданные разрывы происходятъ наичаще у многороженницъ, у которыхъ предыдущіе роды были затяжные и сопровождались сильнымъ растяженіемъ нижняго сегмента; слѣдовательно, гдѣ возможно допустить развитіе атрофическихъ измѣненій въ

ткани, при которыхъ она утратила свою прежнюю резистенцію. Когда при подобныхъ условіяхъ происходитъ самопроизвольный разрывъ свода влагалища, слѣдуетъ допустить его недостаточное развитіе или также значительныя измѣненія въ его ткани при предыдущихъ родахъ.

Koblanck собралъ 80 случаевъ разрывовъ матки во время родовъ, изъ нихъ только 32 можно отнести къ числу самопроизвольныхъ, въ 48 случаяхъ разрывы были насильственные, вслѣдствіе акушерскихъ операций—поворота и щипцовъ. По изслѣдованіямъ Tote, чаще это поврежденіе бываетъ при мальчнкахъ, нежели при дѣвочкахъ. Mann и другіе наблюдали случаи, гдѣ при удаленіи частей аборта ложечкой, послѣдовало прободеніе матки. Freund наблюдалъ разрывъ матки при hydramion, послѣдовавшей въ моментъ истеченія водъ. Freund объясняетъ это неожиданное явленіе сильнымъ напряженіемъ и истеченіемъ маточныхъ стѣнокъ.

Симптомы и теченіе. Клиническая картина родовъ, при которой роженица угрожаетъ разрывъ матки, въ огромномъ большинствѣ случаевъ представляетъ рѣзкія особенности, которыя не могутъ ускользнуть отъ вниманія даже не особенно опытнаго врача. Родовыя сокращенія матки быстро слѣдуютъ одно за другимъ; роженица усиленно нажимается, пульсъ ускоряется, дыханіе учащено; лицо представляется раскраснѣвшимся, вслѣдствіе усиленной работы все тѣло въ испаринѣ, часто каждая потуга сопровождается стономъ и громкими криками. При наружномъ изслѣдованіи живота, мы находимъ дно матки высоко поднятымъ до мечевиднаго отростка и до края правыхъ реберъ. Ясно выраженная бороздка, идущая въ нѣсколько косвенномъ направленіи выше или возлѣ пупка, раздѣляетъ тѣло матки на двѣ части—верхнюю чрезвычайно плотную, представляющую полный мускуль, и нижнюю—болѣе податливую, нѣсколько выдающуюся и напоминающую наполненный мочевой пузырь. Этотъ нижній отдѣлъ матки при дотрогиваніи представляется болѣзненнымъ, даже въ промежуткахъ между сокращеніями матки; напряженіе его стѣнокъ мало измѣняется съ наступленіемъ потуги, и роженица постоянно ощущаетъ сильныя боли въ нижней части живота.

При внутреннемъ изслѣдованіи, подлежащая часть стоитъ высоко надъ входомъ таза; на ея поверхности, обращенной въ полость таза, находится обыкновенно большая родовая опухоль. Края зѣва, въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляются припухшими, особенно спереди; часто однако они имѣютъ нормальную толщину, иногда уже отянуты за головку кверху. Если при такихъ чрезмѣрныхъ усиліяхъ со стороны матки и брюшнаго пресса, подлежащая головка преодолѣетъ препятствіе и опустится въ полость таза, опасность разрыва устраняется; но въ тѣхъ случаяхъ, когда это не происходитъ, при отсутствіи рациональной помощи, наступаетъ разрывъ матки.

Во время потуги и энергическаго нажима, появляется сильная боль въ животѣ, иногда соединенная съ ощущеніемъ, какъ будто бы что-то лопнуло. Потужная дѣятельность внезапно обрывается, и въ состояніи роженицы обнаруживается рѣзкая перемѣна. Только при неполныхъ

разрывахъ возможно еще рожденіе младенца силами природы, какъ это наблюдалъ Керрнер и др. Пульсъ становится малымъ и ускореннымъ, лицо блѣднѣетъ, иногда оно получаетъ восковую блѣдность, глаза западаютъ, носъ становится острѣе; вскорѣ холодный потъ покрываетъ тѣло, появляется тошнота, часто рвота, головокруженіе и дурнота; въ животѣ ощущается постоянная боль, которая въ первое время рѣдко бываетъ велика. Въ то же время изъ влагалища показывается въ большемъ или меньшемъ количествѣ жидкая кровь, истекающая наружу изъ разрыва маточной стѣнки; впрочемъ сильное кровотеченіе бываетъ рѣдко. При ощупываніи живота, когда произошелъ полный разрывъ, мы чрезвычайно легко чрезъ брюшные покровы осязаемъ части плода, и возлѣ младенца сбоку мы находимъ сократившуюся матку, въ видѣ плотнаго тѣла съ шарообразною поверхностію. Произведя внутреннее изслѣдованіе непосредственно послѣ разрыва, мы замѣчаемъ, что предлежащая головка значительно поднялась кверху; иногда спустя нѣкоторое время она становится недосыгаемой, или въ замѣнъ ея предлежатъ другія части тѣла младенца. Развитіе эмфиземы въ брюшныхъ покровахъ, какъ послѣдствіе вступленія воздуха въ тазовую клетчатку, наблюдается рѣдко.

При неполномъ разрывѣ замѣчаются тѣ же явленія съ тою разницею, что здѣсь не прощупываются такъ легко части плода, которые иногда образуютъ выступы возлѣ сократившейся матки, хотя предлежащая часть остается въ нижнемъ сегментѣ матки. Во всѣхъ случаяхъ сердцебіеніе плода прекращается, и плодъ умираетъ вскорѣ послѣ разрыва матки. Въ исключительныхъ случаяхъ, при неполномъ разрывѣ матки или при разрывѣ свсда влагалища, роды оканчивались иногда даже силами природы, и только, при наступившихъ затѣмъ явленіяхъ упадка силъ, внутреннее изслѣдованіе показало присутствіе разрыва. Описаны рѣдкіе случаи, гдѣ при разрывѣ задняго свода происходило выпаденіе кишечныхъ петель во влагалище, которыя неопытною акушеркою могутъ быть приняты за пуповину. Дѣтское мѣсто часто выступаетъ вслѣдъ за плодомъ въ полость живота или подъ отслоенную брюшину; въ другихъ случаяхъ оно выдѣляется сокращеніями верхней части матки во влагалище и даже изгоняется наружу.

При насильственныхъ разрывахъ матки, явленія упадка силъ обнаруживаются обыкновенно послѣ родовъ. Изслѣдуя родовыя пути, врачъ находитъ болѣе или менѣе значительное нарушеніе цѣлости. Въ рѣдкихъ случаяхъ явленія коляпса бывають мало выражены, но даже при неполныхъ разрывахъ родовыя сокращенія матки прекращаются.

Распознаваніе не представляетъ особенныхъ затрудненій, если врачъ внимательно изслѣдуетъ роженицу. Чрезвычайно важно распознать опасное положеніе больной, которой угрожаетъ разрывъ матки, чтобы во-время принять необходимыя мѣры и устранить опасность. Высокое стояніе предлежащей части послѣ истеченія водъ, несмотря

на сильныя и продолжительныя сокращенія матки, чрезмѣрное растяженіе нижняго сигмента матки, его значительная болѣзненность, учащенный пульсъ и дыханіе указываютъ на угрожающую опасность въ особенности у многораждающихъ. Послѣдовавшій разрывъ матки почти всегда сопровождается столь рѣзкими явленіями, что онъ не можетъ остаться незамѣченнымъ даже для малоопытнаго врача, если послѣдній съ должнымъ вниманіемъ изслѣдуетъ состояніе роженицы. Такъ какъ въ такихъ случаяхъ врачъ приглашается къ роженицѣ обыкновенно для оказанія акушерской помощи, то понятно, какъ важно въ практическомъ отношеніи распознать это опасное состояніе раньше, нежели врачъ приступитъ къ производству необходимой операціи. Въ тѣхъ случаяхъ, когда является предположеніе о возможности насильственного разрыва, чрезвычайно важное значеніе имѣетъ точный анамнезъ.

Предсказаніе. Кровотеченіе и воспаленіе брюшины представляютъ два наиболѣе опасныя послѣдствія разрыва матки. Въ рѣдкихъ случаяхъ родильница умираетъ, при явленіяхъ коляпса и внутренняго кровотеченія. При полномъ разрывѣ на сохраненіе жизни можно надѣяться только, когда удастся окончить роды или удалить плодъ съ его послѣдомъ, одновременно остановить кровотеченіе изъ разорванной раны и предохранить брюшину отъ зараженія. Описаны крайне рѣдкіе исходы неполныхъ разрывовъ матки, когда плодъ задерживался въ утробѣ матери и впослѣдствіи подвергается распаденію, причемъ кости его скелета постепенно выходили или были удаляемы искусственно изъ полости матки. Обыкновенно же роженицы, которымъ послѣ разрыва матки не было подано акушерское пособіе, и плодъ остался въ полости живота, даже оправившись отъ коляпса, вскорѣ погибаютъ отъ остраго воспаленія брюшины или септицеміи. Даже послѣ удаленія плода сравнительно немногія родильницы остаются въ живыхъ. Такъ какъ, вслѣдствіе тяжелыхъ и продолжительныхъ родовъ, стѣнки родового канала претерпѣваютъ ушибы, мѣста которыхъ представляютъ благопріятную почву для внѣдренія микробовъ. Кромѣ того, септическіе кокки имѣютъ полную возможность проникнуть чрезъ рану матки въ полость брюшины или въ тазовую клѣтчатку. Наичаще родильницы, у которыхъ произошелъ при родахъ разрывъ матки, умираютъ отъ воспаленія брюшины, рѣдко смерть наступаетъ отъ послѣдовательнаго кровотеченія или вслѣдствіе эмболии легочныхъ артерій. Крайне рѣдко выпавшія черезъ сквозную рану свода влагалища кишечныя петли могутъ подвергнуться ущемленію, результатомъ котораго будетъ омертвеніе стѣнки кишки и образованіе кишечно-маточной или кишечно-влагалищной фистулы. Даже въ настоящее время смертность между родильницами, у которыхъ послѣдовалъ разрывъ матки, чрезвычайно велика, — она въ частной практикѣ доходитъ до 85%. За рѣдкими исключеніями почти всѣ дѣти являются на свѣтъ мертвыми.

Личеніе. Цѣлесообразная терапия при явленіяхъ, во время родовъ, указывающихъ на угрожающій разрывъ матки, имѣетъ чрезвычайно важное значеніе. То же самое можно сказать о профилактическихъ мѣрахъ въ особенности при узкомъ тазѣ. Не слѣдуетъ болѣе 1—2 часовъ, когда зѣвъ вполне открытъ, послѣ истеченія водъ, оставлять подвижную головку надъ входомъ таза; необходимо произвести поворотъ на ножки или наложить щипцы; исключеніе составляетъ hydrocephalus cong. и нѣкоторыя уродства плода. Fritsch совѣтуетъ при сильныхъ потугахъ не забывать класть роженицу на бокъ, соотвѣтствующій затылку. Вообще сущность акушерскихъ пособій при угрожающей опасности сводится къ одному общему положенію—къ необходимости окончить роды. Конечно, нужно примѣнять такія пособія, при которыхъ можно избѣжать дальнѣйшаго напряженія чрезмѣрно растянутого нижняго сегмента матки. Когда зѣвъ мало раскрытъ, нужно сдѣлать небольшіе надрѣзы или ввести для его расширенія пузырь R. Barnes'a, если при раннемъ истеченіи водъ показуется окончить роды наложеніемъ щипцовъ. Коль скоро, при осторожныхъ тракціяхъ, не удалось подлежащую головку ввести въ каналъ суженнаго таза, ничего не остается какъ приступить въ такомъ случаѣ къ перфорации и наложенію краніокляста. Только въ исключительныхъ случаяхъ, при желаніи матери родить живого ребенка, можно произвести кесарское сѣченіе. При поперечныхъ положеніяхъ, коль скоро нижній сегментъ чрезмѣрно растянутъ, не слѣдуетъ настаивать на производствѣ поворота, гораздо безопаснѣе произвести обезглавленіе или эмбриотомію, тѣмъ болѣе что въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно плодъ уже раньше умираетъ.

Коль скоро разрывъ совершился, слѣдуетъ поспѣшить съ окончаніемъ родовъ. Когда плодъ находится еще въ полости матки, или по крайней мѣрѣ не вполне вышелъ въ полость живота, необходимо слѣдуетъ сдѣлать поворотъ на ножку и произвести извлеченіе плода, наложеніе щипцовъ рѣдко примѣнимо. Послѣ окончанія родовъ, если кровотеченіе прекратилось, нужно ввести чрезъ рану матки въ полость брюшины широкія полоски 10⁰/₀ іодоформной марли, которая слѣдуетъ оставить на мѣстѣ нѣсколько дней, одновременно назначить внутрь опій и положить на животъ одинъ или два пузыря со льдомъ. Подобное пособіе, иногда одновременно съ тампонаціею матки, въ особенности пригодно для частой практики. Когда, послѣ удаленія per vias naturales плода, кровотеченіе не останавливается, или когда не подлежитъ сомнѣнію загрязненіе полости брюшины, слѣдуетъ произвести чревосѣченіе, которое показуется также во всѣхъ случаяхъ, когда младенецъ вышелъ изъ матки въ полость живота.

Schultz при полныхъ разрывахъ матки приводитъ слѣдующія данныя относительно исходовъ поврежденія. Выздоровленіе наступило, при выжидательномъ способѣ лѣченія, въ 20,2⁰/₀, при тампонадѣ въ 36⁰/₀, при чревосѣченіи въ 47,6⁰/₀. Peskocsek собралъ 80 случаевъ изъ недавняго времени: при чревосѣченіи смертность равняется 60,8⁰/₀.

при дренированіи раны и тампонаціи 56,1%. Особенно часто дурные исходы были наблюдаемы при разрывѣ передней стѣнки матки. Нѣкоторые акушеры, Merz, Brossard и друг., совѣтуютъ дѣлать чревосѣченіе даже послѣ извлеченія плода per vias naturales. Dumont, Wallich и др. производили эту операцію при сильномъ кровотеченіи изъ разрыва матки и накладывали швы. Холмогоровъ и другіе шивали черезъ влагалище разрывъ матки. Iohanowsky въ 3 случаяхъ дѣлалъ операцію Poggio при разрывѣ матки.

Fritsch полагаетъ, что тампонадией и давленіемъ невозможно остановить кровотеченіе вполнѣ при разрывѣ матки. Это достигается только при чревосѣченіи. Freund наблюдалъ значительное кровотеченіе при переходѣ разрыва матки на широкую связку. Green и Iohanowsky также считаютъ чревосѣченіе необходимымъ, коль скоро кровотеченіе изъ раны не останавливается. Реѣ недавно съ успѣхомъ произвелъ чревосѣченіе при разрывѣ матки, въ полости которой осталась оторванная головка младенца. Diepen совѣтуетъ избѣгать беременности женщинамъ, которыя выздоравлили послѣ разрыва матки. Разрывъ матки въ клиникѣ Braun'a далъ 63% смертности.

В. Разрывы влагалища при родахъ.

Этіологія. Значительные разрывы стѣнокъ влагалища рѣдко наблюдаются при нормальныхъ родахъ. Причиною пораненія бываетъ врожденная узкость и недоразвитіе рукава, а также приобрѣтенное суженіе этого канала. У пожилыхъ первороженицъ иногда такіе разрывы происходятъ вслѣдствіе неподатливости стѣнокъ рукава. Въ исключительныхъ случаяхъ причиною поврежденія бываетъ развитіе новообразованія въ стѣнкахъ влагалища. Гораздо чаще нарушеніе цѣлости рукава происходитъ при акушерскихъ операціяхъ, въ особенности при паложеніи щипцовъ, когда этимъ инструментомъ слишкомъ поспѣшно извлекаютъ предлежащую головку, причѣмъ стѣнки влагалища, при быстромъ растяженіи, легко разрываются. Кромѣ того при быстромъ поднятіи рукоятки щипцовъ кверху, сами края ложекъ иногда производятъ поврежденіе задней стѣнки рукава. Поврежденіе влагалища возможно также при неосторожныхъ попыткахъ измѣнить заднезатылочный видъ предлежанія въ переднезатылочный, въ особенности на передней стѣнкѣ рукава. Довольно рѣдко происходитъ пораненіе влагалища осколками костей черепа, при извлеченіи послѣ прободенія головки плода.

Анатомическія измѣненія. Поврежденія влагалища замѣчаются преимущественно въ боковыхъ частяхъ, возлѣ columna rugarum, а также въ области spina ischii, рѣже на передней стѣнкѣ. Большею частію они имѣютъ незначительные размѣры, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ рана можетъ достигать до 5, даже до 10 см. длины. Разрывъ ограничивается иногда только слизистой оболочкой, но чаще нарушеніе цѣлости распространяется на мышечные слои и даже на всю стѣнку рукава до околовагалищной клѣтчатки. Раненія въ нижней части влагалища обыкновенно соединяются съ разрывомъ промежности.

Симптомы и теченіе. Послѣ рожденія младенца разрывы влагалища рѣдко сопровождаются значительными кровотечениями; боли также бываютъ незначительны. Довольно часто бываетъ задержаніе мочи. При хорошемъ уходѣ и отсутствіи зараженія, разрывъ влагалища обнаружи-

ваесть наклонность къ заживленію и протекають иногда даже безъ лихорадки. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при пораненіяхъ задней стѣнки влагалища, подъ вліяніемъ послѣродовыхъ очищеній, начинается воспаленіе въ ранѣ, и можетъ развиваться нагноеніе въ окружающей клѣтчаткѣ со всѣми его послѣдствіями, свойственными септическимъ послѣродовымъ процессамъ. Однако въ огромномъ большинствѣ случаевъ, въ настоящее время, разрывъ влагалища не представляетъ опасности для жизни. Послѣ его заживленія остаются рубцы, иногда причиняющіе суженіе влагалища, или свищевые ходы, выдѣляющіе гной, а въ исключительныхъ случаяхъ ненормальное отверстіе въ пузырь или кишку.

Распознаваніе. Для изслѣдованія этихъ поврежденій большею частію достаточно введенія пальца во влагалище; къ употребленію зеркала прибѣгаютъ довольно рѣдко вскорѣ по окончаніи родовъ. Двойное изслѣдованіе, при помощи введенія металлическаго катетера въ мочевою пузырь или пальца въ прямую кишку, вполне умѣстно, чтобы точно опредѣлить размѣры и глубину поврежденія.

Лѣченіе. Тщательный уходъ и ежедневно повторныя промыванія влагалища дезинфицирующими растворами представляютъ необходимыя условія для благопріятнаго исхода этихъ поврежденій. Коль скоро обнаружилась во влагалищѣ воспалительныя явленія, слѣдуетъ рану присыпать іодоформомъ или смазывать ее *tinct. jodi* и примѣнить постоянную ирригацію. Сильно кровоточащія или большіе разрывы влагалища слѣдуетъ шивать шелковыми нитями вскорѣ послѣ родовъ, что удобнѣе всего дѣлать при посредствѣ зеркала Симса.

С. Пораненія наружныхъ половыхъ частей при родахъ.

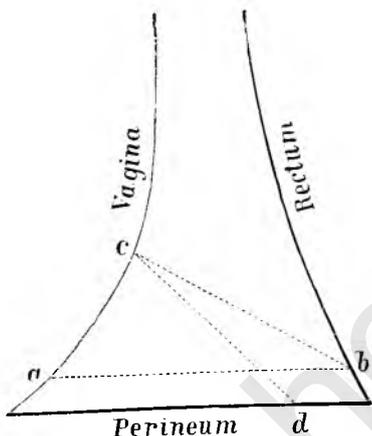
1. Разрывъ промежности, *ruptura perinei.*

Несмотря на значительное растяженіе промежности во время родовъ, причеъ длина ея увеличивается до 6 — 8 см. и болѣе, она нерѣдко разрывается; при осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ послѣ родовъ мы довольно часто находимъ это поврежденіе въ болѣе или менѣе значительной степени. Наичаще разрывъ промежности происходитъ, вслѣдствіе *неумѣнья* поддерживать ее при нормальныхъ родахъ. Нерѣдко *быстрое прохожденіе головки* чрезъ входъ влагалища, при извлеченіи головки щипцами или ручными приѣмами при тазовыхъ положеніяхъ плода, влечетъ за собой это поврежденіе. *Слишкомъ широкія плечи* младенца и неправильное прохожденіе ихъ чрезъ выходъ таза, *большая величина плода*, сильное *безпокойство* роженицы, неудобное положеніе ея и *черезчуръ сильныя потуги* также нерѣдко причиняють это поврежденіе. Часто разрывъ промежности происходитъ также при *неправильномъ предлежаніи головки*, при *суженіи выхода* таза и *маломъ наклоненіи* послѣдвьяго. Въ другихъ случаяхъ ближайшею причиною этого поврежденія является *слишкомъ короткая или отечная* промежность у пожилыхъ женщинъ, плотные и неподатливые *рубцы* на ней,

образовавшіеся послѣ заживленія бывшихъ разрывовъ или послѣ произведенной пластической операціи, а также отъ причинъ случайныхъ, — ожоговъ, глубокихъ язвъ и проч.

Симптомы и теченіе. У перворождающихъ вообще разрывы случаются по крайней мѣрѣ въ 4 раза чаще, нежели у многоороженецъ. Вообще же это поврежденіе наблюдается у 20—25% всего числа роженецъ, считая всѣ, даже незначительные разрывы. Моос въ Генской клиникѣ наблюдалъ разрывы промежности у 37% перворождающихъ и у 15% многоороженецъ. Наичаще разрывъ промежности начинается съ уздечки, въ другихъ случаяхъ сослизистой оболочки нижней части влагалища; рѣдко съ самаго начала разрывается кожа промежности. Смотря по величинѣ нарушенія цѣлости промежности, различаютъ 3 степени разрыва.

Первая степень, когда, промежность разрывается, начиная отъ края



Фиг. 207. Схематическое изображеніе разрывовъ промежности; *ad*—поверхностный, *cd*—глубокий, *cb*—полный разрывъ.

уздечки, иногда также кожные покровы промежности. При второй степени разрывъ чрезъ толщу промежности доходитъ до заднепроходнаго отверстія. Нерѣдко это поврежденіе распространяется также на влагалище, гдѣ разрывъ проходитъ возлѣ *columna rug.* по задней стѣнкѣ. Третья степень разрыва, или полный разрывъ, бываетъ въ тѣхъ случаяхъ когда разрывается не только собственно промежность, но также кишечно-влагалищная перегородка на протяженіи 1—3см., рѣдко нарушеніе цѣлости идетъ выше.

Смотря по толщинѣ разорванной ткани промежности, можно различить поверхностные и глубокіе раз-

рывы въ этой области. При поверхностныхъ поврежденіяхъ, разрывается только кожа и поверхностная фасція, а при глубокихъ—мышцы промежности, — *m. constrictor cunni*, *transversus perinei superfic. et profundus*, *fascia media* и часть задней стѣнки влагалища.

Въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ такъ-называемый *центральный разрывъ*. Онъ бываетъ почти исключительно у перворождающихъ, имѣющихъ слишкомъ длинную промежность или неполнѣй правильный тазъ съ малымъ наклоненіемъ.

Во время прохожденія головки чрезъ нижнюю часть родового канала, верхняя часть теменн въ такихъ случаяхъ напираетъ преимущественно на задній проходъ, сильно выпячиваетъ и растягиваетъ шарообразно промежность, не показываясь въ то же время во входѣ влагалища. Если присутствующій при родахъ врачъ не сдѣлаетъ глубо-

кихъ боковыхъ надрѣзовъ въ задней части растянутыхъ большихъ губъ и не приступитъ къ выведенію головки чрезъ отверстіе влагалища наружными приѣмами или при посредствѣ шипцовъ; то при слѣдующихъ потугахъ истонченная промежность продыравится между переднимъ и заднимъ проходомъ, и въ образовавшемся отверстіи появится лежащая на проводной линіи таза часть черепа. Вслѣдъ за этимъ чрезъ эту дыру проходитъ вся головка, потомъ плечи, туловище и остальная часть тѣла младенца. При этомъ отверстіе разрыва значительно увеличивается, часто оно переходитъ на прямую кишку, представляя огромное поврежденіе.

Fergusson наблюдать это поврежденіе при тазѣ, имѣющемъ нѣсколько мужской тилъ. Delestoix причины этого поврежденія видитъ въ сильномъ искривленіи крестца, высокомъ лонномъ соединеніи, узкой лонной дугѣ, затѣмъ въ ненормальныхъ свойствахъ промежности и окружающихъ мягкихъ частяхъ, а также въ чрезмѣрно сильныхъ потугахъ. Въ случаѣ, описанномъ Vaudry, во время изгнанія плода сперва произошла разрывъ задней стѣнки влагалища и ручка плода оказалась въ заднемъ проходѣ, затѣмъ уже разорвалась промежность.

Вообще всѣ разрывы промежности вскорѣ послѣ родовъ имѣютъ болѣе значительную величину, нежели спустя нѣсколько часовъ, когда растянутая промежность успѣла нѣсколько сократиться.

Боли и кровотечения даже при значительныхъ разрывахъ промежности бываютъ незначительны; весьма рѣдко нужны какія-либо особенныя мѣры, напримѣръ перевязка небольшихъ сосудовъ, чтобъ остановить потерю крови. При глубокихъ незащитыхъ разрывахъ, родильница долго ощущаетъ тупую боль возлѣ задняго прохода. Такой разрывъ оказываетъ неблагоприятное вліяніе на здоровье родильницы, если края пораненія не будутъ соединены, потому что самопроизвольно они безъ нагноенія заживаютъ рѣдко. При существованіи свѣжей раны, часто обнаруживается ресорбціонная лихорадка, и чрезъ нее можетъ послѣдовать даже зараженіе въ послѣродовомъ періодѣ. Клиническія наблюденія показываютъ, что такія родильницы часто заболѣваютъ. Предоставленный самому себѣ, разрывъ промежности заживаетъ медленно, почти всегда при посредствѣ образованія рубцовой ткани. При такомъ заживленіи, половая щель остается открытою и удлинненною, задняя стѣнка влагалища укорачивается. Вслѣдствіе укороченія канала влагалища, матка подвергается травмѣ при сношеніяхъ, что въ свою очередь вызываетъ воспаленіе матки и ея придатковъ, иногда также тазовой клѣтчатки, и катарральное состояніе влагалища, въ которое легко попадаютъ извнѣ съ пылью и грязью множество микробовъ. При полныхъ разрывахъ, ко всему этому присоединяется невозможность удерживать вѣтры и жидкія испражненія. Даже при обыкновенномъ стулѣ женщинѣ трудно соблюдать опрятность. Заживленіе вторымъ натяженіемъ значительнаго разрыва промежности требуетъ отъ 3 до 5 недѣль времени.

Распознаваніе разрыва промежности легко, нужно только тщательно осмотрѣть наружныя половыя части и входъ во влагалище. Для этой цѣли женщину слѣдуетъ положить на правый бокъ и приподнять верхнюю ягодицу. Если желаютъ сдѣлать осмотръ этихъ частей при положеніи на спинѣ, родильницу слѣдуетъ положить поперекъ кровати.

Лѣченіе. При рациональной терапіи, предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благопріятное. Только небольшіе разрывы уздечки не требуютъ особаго лѣченія; во всѣхъ же другихъ случаяхъ, во избѣжаніе вредныхъ послѣдствій, при *разрывѣ промежности необходимо наложить швы не позже 12 часовъ послѣ родовъ.* Чѣмъ скорѣе сдѣлать это, тѣмъ лучше. Поверхности свѣжей разорванной раны не требуютъ освѣженія, и хорошо прилегаютъ одна къ другой.

Предсказаніе при этой операціи весьма благопріятно. Если не послѣдовало зараженія раны, то заживленіе первымъ натяженіемъ почти всегда достигается вполне или по крайней мѣрѣ отчасти. Послѣродовой періодъ протекаетъ обыкновенно въ такихъ случаяхъ безъ лихорадки. Если прошло нѣсколько дней послѣ родовъ и разрывъ остался незащитымъ, то поверхность раны начинаетъ гранулировать. Заживленіе промежности чрезъ образованіе рубцовой ткани далеко не всегда сопровождается благопріятными результатами. Въ подобныхъ случаяхъ, въ особенности при полномъ разрывѣ промежности, операцію слѣдуетъ отложить до полного послѣродового періода. При разрывѣ второй степени намъ удавалась иногда операція зашиванія промежности даже во время образованія грануляцій. Въ такихъ случаяхъ послѣ обеззараживанія раны, слѣдуетъ удалять грануляціи изогнутыми къ поверхности ножницами и сшить края кровотокающей раны.

Операція сшиванія свѣжаго разрыва промежности чрезвычайно проста. Необходимо тщательно промыть поверхность раны и ея окружность слабымъ растворомъ сулемы, что нужно повторять нѣсколько разъ во время операціи, которую наиболѣе удобно при глубокихъ разрывахъ производить, при положеніи на спинѣ съ приподнятыми къ животу и нѣсколько разведенными бедрами. Поверхностные разрывы можно шивать также при положеніи родильницы на боку.

Кромѣ кружки со слабымъ сулемнымъ растворомъ и обезпложенной гигроскопической ваты, для производства операціи необходимо зеркало Симса средней величины, прямыя и согнутыя по плоскости ножницы, зубчатый и обыкновенный пинцеты, иглодержатель, нѣсколько кривыхъ иголокъ различной величины, плетенный шелкъ № 8 и № 6 и пара Пеановскихъ пинцетовъ. Шелковыя нити, предварительно обезпложенныя, слѣдуетъ положить въ 0,1% сулемный растворъ, а инструменты въ спиртъ, налитый въ тарелку. Акушерка или помощникъ удерживаетъ зеркало Симса, которымъ приподнимаютъ переднюю стѣнку. Сшивание начинается со стороны влагалища по направленію книзу. Врачъ накладываетъ нѣсколько узловатыхъ швовъ, прока-

лывая иглою глубоко края раны почти до самого дна разрыва въ поперечномъ направленіи и дѣлая швы приблизительно на 0,5—1 см. одинъ отъ другого до самой уздечки. Наружные швы на промежность накладываются также въ поперечномъ направленіи на томъ же разстояніи.

При полномъ разрывѣ нужно сперва сшить прямую кишку, лучше всего металлической проволокою, захватывая ткань промежности и закручивая швы со стороны кишки. Послѣ этого накладываются шелковые швы со стороны влагалища, наконецъ глубокими и поверхностными швами соединяется промежность. При такомъ положеніи швовъ съ трехъ сторонъ важно, чтобы въ глубинѣ ткани не осталось незахваченнаго швомъ пространства. Родильница съ зашитой промежностію должна лежать больше на боку; сшитая рана промежности обсыпается порошкомъ іодоформа и покрывается ватою или мягкой марли, которая мѣняется, коль скоро послѣдняя загрязнится послѣ родовымъ отдѣленіемъ. Нижнія конечности лучше связывать первые дни полотенцемъ или бинтомъ. Влагалище слѣдуетъ промывать два раза въ день слабымъ карболовымъ растворомъ. Родильница получаетъ преимущественно жидкую пищу въ теченіе 7 дней. Наружныя швы со стороны промежности снимаютъ на 8 день, а внутреннія спустя еще одинъ-два дня. Если на швѣ гдѣ-либо является нагноеніе, его раньше немедленно удаляютъ. Въ концѣ 7 дня даютъ слабительное, и при первыхъ позывахъ ставятъ клистиръ съ прованскимъ масломъ для разжиженія кала.

2. Другія пораненія наружныхъ половыхъ частей при родахъ.

Кромѣ разрыва промежности у перворождающихъ, иногда замѣчаются поврежденія на другихъ мѣстахъ *наружныхъ половыхъ частей*. Большею частью такія пораненія крайне незначительны и поверхностны. Въ области преддверья и на наружной поверхности малыхъ губъ нерѣдко находятся трещины, изъ которыхъ образовавшіяся возлѣ мочевого отверстія иногда бываютъ чрезвычайно кровоточивы; онѣ причиняютъ боль при мочеиспусканіи и даже задержаніе мочи, въ особенности когда превращаются въ изъязвленія. Рѣже замѣчаются поперечные надрывы большихъ губъ или продольныя поврежденія и продырявливаніе малыхъ губъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ незначительныя поврежденія наружныхъ половыхъ частей могутъ причинить сильныя потери крови вскорѣ послѣ родовъ, почему, при распознаваніи причины послѣродового кровотечения, слѣдуетъ тщательно осматривать наружныя половыя части. Наилучшее терапевтическое средство въ подобныхъ случаяхъ представляетъ наложеніе довольно глубокаго шва, чтобы хорошо закрыть кровоточащую рану. Небольшія кровотечения останавливаются отъ прижатія кровоточащей раны салициловою ватой. Употребленіе liq. ferri sesquichlor. слѣдуетъ по возможности избѣгать. Дальнѣйшее лѣченіе состоитъ въ соблюденіи надлежащей чистоты и опрятности. Необходимо обмываніе наружныхъ частей 0,05% растворомъ сулемы и при-

мѣненіе на поверхность небольшихъ ранъ присыпки изъ порошка іодоформа.

3. Разрывъ лоннаго соединенія. *Этіологія.* Это поврежденіе встрѣчается рѣдко при родахъ. Наичаще оно обнаруживается послѣ наложенія шипцовъ или труднаго извлеченія послѣдующей головки. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывъ лоннаго соединенія былъ наблюдаемъ послѣ родовъ, окончившихся силами природы, при которыхъ особенныхъ отклоненій не замѣчалось. Къ происхожденію такого поврежденія предрасполагаетъ разрыхленіе связокъ и подвижность въ лонномъ соединеніи, которая, по наблюденіямъ Браунъ'a, всегда въ небольшой степени замѣчается у женщинъ въ концѣ беременности.

Симптомы и теченіе. Послѣ родовъ женщина ощущаетъ боли въ области лоннаго соединенія, которыя усиливаются при попыткахъ раздвинуть ноги или перемѣнить положеніе тѣла. Родильница можетъ лежать спокойно только на спинѣ съ согнутыми въ колѣнахъ нижними конечностями. Моча часто задерживается. Ощупываніе лоннаго соединенія и введеніе пальца во влагалище вызываютъ боль. Небольшое расхожденіе костей лоннаго сочлененія представляетъ обычныя явленія; иногда расхожденіе достигаетъ 3—4 см. Часто это поврежденіе осложняется воспаленіемъ, съ образованіемъ нарыва въ области лоннаго сочлененія. Гной скопляется или впереди мочевого канала, ниже тазовой фасціи, или же въ *sacum Rhezii*, выше лоннаго соединенія. Въ первомъ случаѣ нарывъ вскрывается возлѣ мочевого канала, большею частію самопроизвольно; въ второмъ случаѣ скопленіе гноя бываетъ болѣе значительное, зыблющаяся опухоль образуется медленно и она замѣчается въ нижней части живота надъ лоннымъ соединеніемъ. Образование такого глубокаго нарыва обыкновенно сопровождается продолжительнымъ лихорадочнымъ состояніемъ, которое длится отъ 1 до 3 недѣль, смотря по мѣсту и обширности нагноенія. Ahlfeld нашелъ въ литературѣ всего 100 случаевъ разрыва лоннаго соединенія во время родовъ, Холмогоровъ за послѣднія 9 лѣтъ не могъ собрать болѣе 15 случаевъ.

Терапія. Боли значительно успокоиваются и движенія становятся менѣе болѣзненными послѣ наложенія циркулярной плотной повязки на тазовую область родильницы. Наиболѣе удобна повязка изъ толстой двойной парусины съ пришитыми ремнями и пряжками. При появленіи лихорадки, указывающей на воспаленіе въ области лоннаго соединенія, слѣдуетъ прикладывать ледъ, за тѣмъ согрѣвающие компрессы или припарки. При обнаруженіи ясно выраженаго зыбленія, не слѣдуетъ медлить со вскрытіемъ нарыва. Во всѣхъ наблюденныхъ нами случаяхъ болѣзнь оканчивалась выздоровленіемъ и полнымъ возстановленіемъ цѣлости лоннаго соединенія.

D. Кровоизліянія въ ткань родовыхъ путей, haematoma vulvae, vaginae et labiae colli uteri.

При осмотрѣ половыхъ органовъ послѣ родовъ, въ особенности у

первороженицъ, часто замѣчаются на промежности, въ лоскутахъ дѣвственной плевы, а также въ слизистой оболочкѣ влагалища и преддверія, небольшія поверхностныя кровеизліянія величиною отъ горошины до волошскаго орѣха. Отъ этихъ незначительныхъ кровоподтековъ, *sugillationes*, нужно строго различать значительныя кровоизліянія въ болѣе глубокихъ слояхъ ткани половыхъ органовъ, когда кровь скопляется подъ поверхностною или глубокою фасціей промежности, а въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ въ ткани одной изъ маточныхъ губъ или даже выше фасціи таза, — подъ брюшину. Только такія внутреннія кровотеченія носятъ названія *haematoma* или *trombus*.

Анатомическія измѣненія. Такія кровеизліянія образуютъ опухоли величиною отъ куриного яйца до дѣтской головки. Они появляются во время или тотчасъ послѣ родовъ; смотря по мѣсту ихъ возникновенія, они сидятъ болѣею частію съ одной стороны въ большой губѣ, иногда выпячиваютъ стѣнку влагалища, или причиняютъ, вслѣдствіе припуханія, значительное увеличеніе маточной губы. Въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда внутреннее кровотеченіе происходитъ выше тазовой фасціи въ глубинѣ таза, выступающая подъ значительнымъ давленіемъ изъ сосудовъ кровь отслаиваетъ на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи брюшину, преимущественно сзади и съ боковъ; кровь скопляется въ такихъ случаяхъ иногда даже въ области почекъ и въ подвздошныхъ ямкахъ. Болѣею частью эти внутреннія кровеизліянія носятъ венозный характеръ, рѣдко кровь изливается изъ артеріальныхъ сосудовъ.

Этіологія. Только въ исключительныхъ случаяхъ эти кровеизліянія встрѣчаются во время беременности. Между прочимъ я наблюдалъ особенно большое кровеизліяніе на IV мѣсяцѣ въ правую широкую связку. Сутугинъ также видѣлъ образованіе кровяной опухоли у одной беременной. Болѣею частью кровяныя опухоли происходятъ самопроизвольно, вслѣдствіе разрыва кровеносныхъ сосудовъ во время родовъ, причемъ часто стѣнки сосудовъ не представляютъ никакихъ измѣненій. Въ такихъ случаяхъ главною причиною является давленіе и поступательное движеніе подлежащей части, причемъ стѣнка влагалища не только придавливается, но также болѣе или менѣе смѣщается. Кроме того, нѣкоторое вліяніе на происхожденіе кровеизліянія въ ткань половыхъ частей и таза, безъ сомнѣнія, оказываетъ увеличенное кровяное давленіе у роженицы, подъ вліяніемъ мышечнаго напряженія и дѣйствія брюшнаго пресса.

При родахъ, оконченныхъ наложеніемъ щипцовъ на подлежащую головку, ложки этого инструмента могутъ причинить ушибы стѣнокъ родового канала, что также иногда сопровождается разрывомъ кровеносныхъ сосудовъ. Иногда ограниченное омертвѣніе стѣнокъ влагалища, при продолжительныхъ и тяжелыхъ родахъ, можетъ сопровождаться подобными же послѣдствіями, которыя въ такихъ случаяхъ обнаруживаются немедленно послѣ родовъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ образованію кровяныхъ опухолей способствуютъ патологическія измѣненія стѣнокъ сосудовъ, именно ихъ истонченіе, при появляющихся у беременныхъ женщинъ варикозныхъ расширеніяхъ венъ въ половыхъ органахъ. Иногда при такихъ условіяхъ внутреннее кровеизліаніе можетъ послѣдовать даже во время беременности, вслѣдствіе незначительнаго усилія, наприм. при поднятіи тяжести, при кашлѣ и проч. Въ другихъ случаяхъ появленіе такихъ опухолей зависитъ отъ случайныхъ ушибовъ въ это время и отъ поврежденія половыхъ частей.

Симптомы и теченіе. Образование кровяной опухоли сопровождается появленіемъ во влагалищѣ или въ наружныхъ частяхъ сильной боли, сопряженной съ ощущеніемъ растяженія и давленія. Появившаяся припухлость быстро увеличивается и выпячиваетъ наружные покровы половыхъ частей и стѣнку влагалища, которая принимаетъ болѣе или менѣе темный синебагровый оттѣнокъ. Явленія острой анеміи обнаруживаются рѣдко, при образованіи кровяной опухоли; только въ исключительныхъ случаяхъ глубокаго внутренняго кровеизліанія появляются слабость, дурнота, упадокъ пульса и чрезвычайная блѣдность лица. Описаны даже случаи, окончившіеся смертью вслѣдствіе кровеизліанія.

Обыкновенно же при значительномъ напряженіи наружныхъ покрововъ или стѣнокъ влагалища, ростъ опухоли останавливается. Наощупъ она представляется плотною, послѣ свертыванія крови, или же въ ней обнаруживается явственно зыбленіе, пока кровь остается жидкою. Когда опухоль достигаетъ величины кулака или болѣе, она оказываетъ давленіе на сосѣдніе органы, причиняетъ затрудненное мочеиспусканіе и можетъ даже болѣе или менѣе препятствовать истеченію послѣродовыхъ очищеній, вслѣдствіе суженія просвѣта рукава. Когда опухоль не велика и ея покровы не слишкомъ напряжены, излившаяся кровь подвергается медленному всасыванію, что обыкновенно происходитъ при лихорадочномъ состояніи родильницы. При значительномъ напряженіи опухоли, покровы, большею частью на внутренней поверхности большой губы, истончаются и разрываются. Содержимое опораживается наружу, причемъ кровотеченіе прекращается, или же разорванный сосудъ продолжаетъ кровоточить, и кровь вытекаетъ наружу. Введенный въ отверстіе опухоли палецъ, попадаетъ въ болѣе или менѣе значительную полость съ гладкими, пропитанными кровью стѣнками. Послѣ опорожненія опухоли, стѣнки ея спадаются и въ нѣкоторыхъ случаяхъ срастаются между собою, безъ всякаго нагноенія; обыкновенно же опорожившаяся полость постепенно выполняется грануляціями. Въ тѣхъ случаяхъ, когда продыравленіе опухоли образуется самопроизвольно, спустя нѣсколько дней послѣ родовъ, этому предшествуетъ обыкновенно мѣстное омертвѣніе части наружныхъ покрововъ опухоли, иногда съ образованіемъ гангренозныхъ пузырей. Въ рѣдкихъ случаяхъ, въ такой полости происходитъ нагноеніе, и обра-

зуются нарывъ, который вскрывается возлѣ промежности или въ прямую кишку, оставляя свищевые ходы. Возможно также гнилостное распаденіе содержамаго кровяной опухоли и появленіе піэмическихъ или септическихъ заболѣваній. Послѣдовательныя кровотеченія наблюдаются рѣдко.

Кровяныя опухоли въ стѣнкахъ родового канала вообще встрѣчаются рѣдко, одинъ разъ на 1.600 родовъ. Stadfeldt на 5000 родовъ наблюдалъ 4 случая haemato-ma pelvis suprafascialis у перворожавшихъ, у которыхъ роды окончились силами природы. Матка стояла постоянно высоко, и долгое время продолжалось кровянистое отдѣленіе. Въ верхней части влагалища было найдено колбасовидное возвышеніе, переходящее въ кѣтчатку, на ощупь настоящее и безболѣзненное. Черезъ разрѣзъ стѣнки влагалища удалены свертки крови. Klautsch собралъ 15 случаевъ такихъ глубокихъ кровоизліяній.

Распознаваніе обыкновенно не представляетъ затрудненій, если не упускать изъ виду характерныхъ признаковъ этой опухоли—быстраго появленія острыхъ болей, багроваго окрашиванія покрововъ, ощущенія эластичности или даже зыбленія въ опухоли, а въ исключительныхъ случаяхъ появленія признаковъ общей анеміи. Ни одна изъ опухолей, которыя мы можемъ встрѣтить въ половыхъ частяхъ родиницы, не представляетъ подобныхъ симптомовъ. Врядъ ли внимательный врачъ можетъ смѣшать съ кровяною опухолью паховую грыжу, или кисту влагалища и Бартолиновой железы, cystocele и проч.

Предсказаніе. Въ настоящее время, при соблюденіи правилъ антисептики, предсказаніе гораздо благопріятнѣе, нежели прежде. Огромное большинство случаевъ, гдѣ опухоль развивается ниже тазовой фасціи, оканчивается выздоровленіемъ.

Наилучшее предсказаніе представляютъ небольшія опухоли, которыя послѣ опорожненія спадаются и не обнаруживаютъ распаденія, или же всасываются самопроизвольно. Гангренозное разрушеніе покрововъ на значительномъ пространствѣ и большія потери крови, а также появившееся распаденіе ткани въ кровяной опухоли, значительно ухудшаютъ предсказаніе, заставляя опасаться воспаленія тазовой кѣтчатки и брюшины, или септического зараженія. Кровоизліяніе выше тазовой фасціи внушаетъ также опасенія дурного исхода, вслѣдствіе отсложенія брюшины и сосѣдства толстыхъ кишекъ, а также вслѣдствіе значительнаго разрушенія такимъ кровоизліяніемъ тазовой кѣтчатки. Кровяныя опухоли маточной шейки не опасны.

Лѣченіе. При появленіи кровяной опухоли послѣ родовъ наиболѣе умѣстно мѣстное примѣненіе холода, чтобы препятствовать дальнѣйшему увеличенію опухоли. Пузырь со льдомъ или ледяной компрессъ слѣдуетъ прикладывать къ наружнымъ половымъ частямъ. Когда образовавшаяся кровяная опухоль выпячивается преимущественно во влагалище, можно испытать введеніе кольпейринтера Braun'a или мѣшка R. Barnes'a, наполняя его ледяною водою. При боляхъ внутрь наичаще приходится назначать препараты опія или морфіи. Когда образованіе кро-

вяной опухоли закончилось, при небольшой величинѣ ея и незначительномъ напряженіи наружныхъ покрововъ, можно ограничиться, по крайней мѣрѣ первое время, употребленіемъ разрѣшающихъ средствъ, наилучше въ видѣ холодныхъ примочекъ. Когда же появляется истонченіе и мѣстное омертвѣніе покрововъ, или когда опухоль достигаетъ величины болѣе кулака, то нельзя надѣяться на разрѣшеніе ея. Спустя нѣсколько дней послѣ родовъ, такую опухоль необходимо вскрыть широкимъ разрѣзомъ и, опорожнивъ содержимое, тщательно промыть полость растворомъ борной кислоты. Къ этому времени кровотокащій сосудъ успѣетъ закупориться, и обыкновенно послѣдовательнаго кровотечения не происходитъ.

Бываютъ рѣдкіе случаи, гдѣ вскрытіе кровяной опухоли необходимо сдѣлать уже спустя нѣсколько часовъ послѣ родовъ, именно когда опухоль непрерывно продолжаетъ увеличиваться, достигаетъ значительныхъ размѣровъ, и выпятившіеся покровы сильно истончаются. Сдѣлавъ широкій разрѣзъ покрововъ, слѣдуетъ въ глубинѣ перевязать кровотокащій сосудъ; остановивъ такимъ образомъ кровотеченіе, полость нужно выполнить іодоформною марли и наложить давящую повязку.

Дальнѣйшее лѣченіе требуетъ введенія дренажа и ежедневнаго промыванія полости. Равнымъ образомъ слѣдуетъ при всякой кровяной опухоли дѣлать разрѣзъ и удаленіе содержимаго, коль скоро въ послѣднемъ началось гнилостное разложеніе.

При появленіи кровяной опухоли во время беременности въ стѣнкахъ родового канала или въ тазовой клятчкѣ примѣняется преимущественно выжидательное лѣченіе.

Глава 20.

Эклампсія во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ. Eclampsia.

Этимъ названіемъ обозначаются общія судороги, которыя сопровождаются потерей сознанія и повторяются нѣсколько разъ черезъ короткіе промежутки времени. Такія конвульсіи появляются 1 разъ на 250 родовъ. Наичаще эклампсія появляется во время родовъ, почти въ половинѣ случаевъ, рѣже во время беременности и еще рѣже въ послѣродовомъ періодѣ. Во время беременности крайне рѣдко эклампсія обнаруживается раньше 6 мѣсяца беременности, обыкновенно она является въ теченіе 3 послѣднихъ мѣсяцевъ.

Этіологія. Наичаще эклампсія встрѣчается у женщинъ, беременныхъ въ первый разъ, у которыхъ она почти въ 4 раза чаще наблюдается, нежели у многороженицъ. Большою частію эклампсія у женщинъ бываетъ однажды; ея рецидивы при слѣдующихъ беременностяхъ и родахъ довольно рѣдки. Далѣе къ появленію эклампсіи располагаетъ сильное растяженіе матки двойнями, затяжные роды, узкій тазъ и низкое

опусканіе головки; нѣкоторые врачи допускаютъ вліяніе наслѣдственности. Ближайшими причинами, вызывающими эклямпсію, слѣдуетъ признать:—1) наичаще различныя формы воспаленія почекъ, 2) затѣмъ прижатіе подлежащей частіи въ нижнемъ отдѣлѣ матки мочеточниковъ; 3) описаны также случаи эклямпсіи, гдѣ при вскрытіи умершихъ родильницъ были найдены въ печени измѣненія дегенеративнаго характера. Врядъ ли возможно допустить вліяніе микроорганизмовъ, по крайней мѣрѣ до сихъ поръ вѣскихъ доказательствъ въ пользу такого вліянія мы не имѣемъ.

Bidder въ 455 случаяхъ эклямпсіи нашель, что приступы появлялись во время беременности 38 разъ, во время родовъ 283 раза, послѣ родовъ 134 случая. Seeger, который приводитъ 115 случаевъ, нашель, что наичаще припадки появляются передъ родами, 62 случая; во время родовъ болѣзнь обнаружилась 29 разъ, а послѣ родовъ 34 раза. Отношеніе первораждающихъ къ многораждающимъ также неодинаково при эклямпсіи: Seeger нашель его 94 : 21, Bidder 74,3 : 25,7, Lantos 4,46 : 1, Feustel 83,7 : 17,3. Частота появленія эклямпсіи повидному также неодинакова въ различныхъ странахъ. Навертговъ въ Москвѣ насчиталъ за 12 лѣтъ одинъ случай эклямпсіи на 162 родовъ, Lantos нашель въ Германіи 1 : 268.

Pliquet, Polak, Массенъ и друг. ближайшую причину эклямпсіи считаютъ отравленіе организма. Goldberg придаетъ значеніе ослабленію организма и разстройству нервной системы; Herff полагаетъ, что эклямпсія зависитъ отъ возбужденія психомоторныхъ центровъ, влѣдствіе отравленія организма и врожденнаго расположенія, причемъ заболѣваютъ одновременно многіе органы. Повидному само по себѣ состояніе беременной и роженицы способно въ исключительныхъ случаяхъ вызвать эклямпсію. Kaltensbach и Gerdes считали эклямпсію за инфекцію плацентарнаго происхожденія. Gerdes въ крови умершихъ отъ этой болѣзни находилъ особыя палочки, которыя, будучи введены мышамъ, причиняли отравленіе и убивали ихъ. Hofmeier и Haegler считаютъ эти палочки за *proteus vulg.* Blanc также паходитъ микробы, культура которыхъ производила у кроликовъ задержаніе мочи и альбуминурію. Favre и Pfyffer находили микробы въ инфарктахъ дѣтскаго мѣста, обыкновенно встрѣчающихся при болѣзни почекъ и эклямпсіи. Эти микробы, по ихъ мнѣнію, вызываютъ эклямпсію! Kollmann видитъ причину эклямпсіи въ появленіи въ крови большой глобулина до 0,7 и даже до 0,9%, на что указываетъ увеличенное количество фибрина. По наблюденіямъ Bidder'a, къ появленію эклямпсіи, въ особенности расположены пожилыя первораждающія. Hanemann наблюдалъ эклямпсію у 2 сестеръ близнецовъ. Lantos полагаетъ, что эклямпсія вызывается раздраженіемъ маточныхъ нервовъ, которое передается чрезъ n. splanchnicus на почки и сосудодвигательный центръ, расположенный въ продолговатомъ мозгу.

Симптомы и теченіе. Припадки эклямпсіи представляютъ наибольшее сходство съ уремическими судорогами. Они начинаются иногда внезапно, но часто ихъ появленію предшествуютъ нѣкоторые характерные симптомы: головная боль, тошнота, иногда даже рвота, одышка, разстройство зрѣнія и притупленіе сознанія. Въ рѣдкихъ случаяхъ больная испытываетъ родъ *auraе epilepticae*. Обыкновенно припадки начинаются подергиваніями лица, за которыми быстро слѣдуютъ судороги тонического характера. Онѣ начинаются въ мускулахъ лица и быстро переходятъ на конечности и туловище, при этомъ больная всегда теряетъ сознаніе. Все тѣло и конечности вытягиваются, челюсти сильно сжимаются, глазныя яблоки закатываются вверхъ, спина выгибается, дыханіе останавливается.

ливается, почему лицо больной становится синебагровымъ. Непосредственно вслѣдъ за этимъ начинаются клоническіе спазмы въ видѣ сильныхъ подергиваній головы, лица, конечностей и туловища. Появляется хриплое, прерывистое дыханіе, изъ рта показывается пѣна, окрашенная кровью вслѣдствіе укуса языка. Пульсъ въ это время бываетъ малый, температура нѣсколько повышается. Черезъ 1—1½, рѣже черезъ 2 минуты отъ начала припадка, судороги прекращаются, дыханіе восстанавливается, кожа покрывается потомъ, но роженица лежитъ безъ сознанія въ глубокомъ снѣ, въ коматозномъ состояніи. Послѣ перваго припадка постепенно возвращается до извѣстной степени сознаніе; больная жалуется на головную боль и общую слабость, но не имѣетъ никакого представленія о бывшемъ приступѣ. Если затѣмъ слѣдуютъ вскорѣ новые приступы эклямпсіи, то сознаніе болѣе не возвращается. Больная впадаетъ въ коматозное состояніе, дыханіе остается хриплымъ, хотя иногда роженица обнаруживаетъ безпокойство, при появленіи родовыхъ болей. Маточныя сокращенія появляются у беременныхъ, задолго до срока родовъ послѣ нѣсколькихъ сильныхъ приступовъ эклямпсіи. Во время родовъ приступы эклямпсіи не оказываютъ на нихъ особеннаго вліянія; судороги повторяются черезъ неопредѣленные промежутки времени, число ихъ бываетъ отъ 1 до 50, въ исключительныхъ случаяхъ даже болѣе, въ теченіе всей болѣзни, которая продолжается обыкновенно не болѣе одного, рѣже 2 дней. Температура повышается значительно почти въ половинѣ случаевъ, съ окончаніемъ родовъ конвульсіи часто прекращаются.

Когда эклямпсія оканчивается выздоровленіемъ, приступы прекращаются, сопорозное состояніе переходитъ въ здоровый покойный сонъ, при нормальномъ состояніи пульса и дыханія. Температура падаетъ до нормы. Тѣмъ не менѣе полнѣе нормальное состояніе возвращается часто только черезъ 2—3 дня. Появляется аппетитъ, кожа становится влажною, и отдѣленіе мочи усиливается. Иногда на нѣкоторое время остается потемнѣніе зрѣнія, amaurosis; къ рѣдкихъ случаяхъ развивается hemiplegia или маниакальное состояніе.

Довольно часто болѣзнь принимаетъ неблагоприятное теченіе; приступы учащаются, развивается отекъ легкихъ и наступаетъ смерть въ сопорозномъ состояніи. Летальный исходъ наичаще наступаетъ по окончаніи родовъ, хотя онъ можетъ послѣдовать въ исключительныхъ случаяхъ до рожденія младенца и даже во время беременности. Ближайшею причиною смерти въ большинствѣ случаевъ является уремія, т.-е. отравленіе организма ядовитыми веществами, которыя не въ состояніи были выдѣлить почки, пораженныя воспаленнымъ процессомъ. Рѣже наступаетъ смерть отъ кровезліянія въ мозгу, отъ септического зараженія и послѣдствій хронической Брайтовой болѣзни. Иногда температура передъ смертью сильно подымается. Bouveret находилъ ее 43,1, даже 43,6° С. Обыкновенно послѣ нѣсколькихъ сильныхъ приступовъ

судорогъ плодъ умираетъ, что объясняется разстройствомъ дыханія матери и накопленіемъ большого количества CO_2 въ крови.

Когда эклампсія появляется во время беременности, большею частію наступаютъ преждевременные роды; только въ исключительныхъ случаяхъ послѣ смерти плода въ утробѣ матери, конвульсии прекращаются, и младенецъ рождается спустя нѣкоторое время, иногда чрезъ нѣсколько недѣль. Крайне рѣдко было наблюдаемо также прекращеніе припадковъ эклампсіи, когда плодъ оставался живымъ.

Въ послѣродовомъ періодѣ эклампсія появляется большею частью въ теченіе первыхъ часовъ, или первыхъ дней, по окончаніи родоразрѣшенія. Въ исключительныхъ случаяхъ приступы были наблюдаемы даже чрезъ 1 — 2½ недѣли послѣ родовъ, иногда подъ вліяніемъ случайныхъ причинъ.

Наиболѣе обыкновенныя явленія, которыя наичаще находятъ у женщинъ съ приступами эклампсіи, представляетъ отекъ наружныхъ покрововъ, въ болѣе или менѣе значительной степени, въ особенности на нижнихъ конечностяхъ, наружныхъ половыхъ частяхъ и на лицѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается иктерическое окрашиваніе кожи, *ecclampsie cholémique* французскихъ врачей. Количество мочи бываетъ чрезвычайно уменьшено, и она сильно концентрирована, красноватобураго цвѣта; при изслѣдованіи ея находятъ большое количество бѣлка. Послѣ прибавленія нѣсколькихъ капель уксусной кислоты, иногда вся порція мочи створаживается при кипяченіи. Изслѣдованіе подъ микроскопомъ показываетъ различнаго рода цилиндры, наичаще гіалиновые, рѣже эпителиальные или зернистые, а также бѣлые и красные кровяные шарики, жирно перерожденныя кѣтки эпителия мочевыхъ канальцевъ и крупинки жира, свободныя или приставшія въ большемъ или меньшемъ количествѣ къ поверхности мочевыхъ цилиндровъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ моча при изслѣдованіи оказывается нормальной. Это бываетъ крайне рѣдко. Olshausen въ 168 случаяхъ эклампсіи 163 раза находилъ много бѣлка, 4 раза мало, и только въ 1 случаѣ моча не содержала вовсе бѣлка. Вскорѣ по окончаніи родовъ, при эклампсіи наблюдаются довольно часто маточныя кровотеченія. Krönig ихъ видѣлъ въ 60% всѣхъ случаевъ, которые онъ наблюдалъ.

Olshausen наблюдалъ прекращеніе съ окончаніемъ родовъ припадковъ эклампсіи 85 разъ изъ 200 случаевъ, въ клиникѣ Chrobak'a въ 64,7% случаевъ, а по наблюденіямъ Bidder'a только въ 33%. Въ другихъ случаяхъ бываетъ еще нѣсколько приступовъ въ послѣродовомъ періодѣ. Toggler, Woyer и Dohrn наблюдали у новорожденныхъ, родившихся при эклампсіи, появленіе приступовъ этой болѣзни, вслѣдствіе которыхъ дѣти погибали.

По наблюденіямъ Senlesq, послѣдовательная манія наблюдается у женщинъ, расположенныхъ къ нервнымъ разстройствамъ, и въ большинствѣ случаевъ сопровождается благоприятнымъ исходомъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣ тяжелой эклампсіи появлялось hemiplegia. Такіе случаи описали Beaudelocque, Velpeau, Charpantier, Schwab и друг.

Massin полагаетъ, что въ крови беременных въ послѣдніе мѣсяцы содержится

много левкомаиновъ, которые, при недостаточной дѣятельности печени и послѣдовательномъ разстройствѣ почекъ, задерживаются, вызывая отравленіе организма. При изслѣдованіи мочи во время эклампси онъ нашель сильно уменьшенное количество мочевины, 5—7⁰/₁₀₀ вмѣсто 29⁰/₁₀₀, и увеличеніе до 1—6⁰/₁₀₀ левкомаиновъ вмѣсто 0,5⁰/₁₀₀.

Анатомическія измѣненія. Въ случаяхъ, окончившихся смертью, при вскрытіи обыкновенно находятъ болѣе или менѣе значительныя патологическія измѣненія въ почкахъ, за рѣдкими сравнительно исключеніями. Въ иныхъ случаяхъ измѣненій въ почкахъ не оказалось, быть можетъ, потому что врачи ограничивались однимъ макроскопическимъ изслѣдованіемъ. Острое воспаленіе почекъ, существующее не долго, распознается, какъ извѣстно, только при помощи микроскопа, который даетъ возможность наблюдать различныя стадіи измѣненія почечнаго эпителия. Наичаще почки представляются набухшими, при этомъ ихъ ткань бываетъ блѣдная или красная, иногда на поверхности почки замѣчаются кровоподтеки. При хроническомъ воспаленіи, почка представляется часто увеличенною въ объемъ, съ приросшею капсулой; ея корковое вещество оказывается сѣровато-краснымъ, пестрымъ или желтымъ. Въ другихъ случаяхъ поверхность почекъ представляется сѣрватою, крупно-зернистою, при этомъ объемъ почки остается нормальнымъ, чаще однако онъ меньше обыкновеннаго. Расширеніе мочеточниковъ представляетъ также нерѣдкое явленіе, зависящее отъ сдавленія ихъ подлежащею частью во входѣ таза. Olshausen во всѣхъ случаяхъ эклампси, окончившихся смертью, наблюдалъ болѣе или менѣе значительныя измѣненія въ почкахъ. Въ сердцѣ находятъ явленія гипертрофіи; рѣдко въ мышцахъ его замѣчается такъ называемая бурая атрофія. Безспорно важное значеніе имѣютъ находимыя нерѣдко измѣненія въ печени. Эти измѣненія, описанныя Schmorl, Pilliet, Letienne, Bouffe, Массеномъ, Никифоровымъ и другими, иногда ограничиваются рѣзко выраженною гипереміей; при дальнѣйшихъ степеняхъ процесса находятъ въ долькахъ печени капиллярныя кровезизліянія, послѣдствіемъ которыхъ является сдавливаніе и затѣмъ атрофія или распаденіе кѣловокъ. Почему въ однихъ случаяхъ печень представляется увеличенною, въ другихъ случаяхъ она уменьшена, и въ ней замѣчаются всѣ признаки острой атрофіи. На поверхности печени подъ ея капсулой также часто замѣчаются мелкія кровезизліянія. Въ мозгу наичаще находятъ рѣзко выраженную анемію съ послѣдовательнымъ отекомъ существа этого органа, причемъ мозговія извилины представляются сдавленными на своей поверхности. Довольно часто была находима также гиперемія мозга, доходившая до волосныхъ кровезизліяній; въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчались даже болѣе значительныя апоплексическія гнѣзда и воспаленіе мозговыхъ оболочекъ.

Объ измѣненіяхъ мозга у женщинъ, погибшихъ отъ эклампси, упоминаетъ Olshausen, Schmorl и друг. Никифоровъ, Leusden и друг. описываютъ также и капиллярныя эмболіи въ различныхъ органахъ. Chambrelent находилъ у мертворожденныхъ

дѣтей при эклампсiи въ легкихъ и печени такія же измѣненія, какъ у матерей. Viscagelli находилъ у женщинъ, умершихъ отъ эклампсiи, въ сосудахъ мозга тромбы, состоящiе изъ гiалиновыхъ шариковъ и ядеръ.

Теорiя происхожденiя болъзни. Хотя ближайшiя причины эклампсiи до сихъ поръ еще не вполне выяснены, тѣмъ не менѣе нельзя не признать, на основанiи явленiй, замѣчаемыхъ при жизни, а также принимая во вниманiе вышеизложенныя анатомическiя измѣненiя, что между поражениемъ почекъ, а также печени, и появлениемъ эклампсiи должно существовать самое тѣсное соотношенiе. Связь эту врачи подмѣтили уже давно, съ тѣхъ поръ, какъ было доказано присутствiе бѣлка въ мочѣ при эклампсiи. При вышеописанныхъ патологическихъ измѣненiяхъ въ почкахъ, эти органы не могутъ вполне удовлетворительно выполнить своего назначенiя; именно выводить изъ организма различныя ненужныя для организма продукты обмѣна веществъ, представляющiе собою болѣе или менѣе сильныя яды. Сюда относятся не только продукты распада, но также воспринятая кровью отдѣленiя различныхъ органовъ. Нѣкоторыя изъ этихъ веществъ образуются при усвоенiи и распаденiи пищи въ кишечномъ каналѣ. Коль скоро таковыя вещества не удаляются вмѣстѣ съ мочою, они накапливаются въ крови и, по необходимости, должны оказывать влiяние на организмъ больной, въ особенности на ея нервную систему. Неоспоримо доказано Bouchard'омъ и его послѣдователями, что съ мочою выводятся изъ организма нѣкоторыя крайне ядовитыя птомаины, пагубное дѣйствiе которыхъ на животный организмъ подтверждается прямыми опытами. Такiя вещества постоянно находятся въ крови человека. Исслѣдованiя Chambrelent'a показали, что при эклампсiи количество мочи обыкновенно уменьшено; кромѣ того эта жидкость, будучи введена подъ кожу кролику, обнаруживаетъ меньшую степень ядовитости, нежели моча здоровой роженицы. Чтобы убить извѣстнаго вѣса кролика, нужно взять гораздо больше мочи, выдѣленной при эклампсiи, нежели мочи отъ женщины здоровой. Напротивъ при эклампсiи сыворотка крови оказывается при такихъ опытахъ въ 2—3 раза болѣе вредоносною, нежели кровяная сыворотка, взятая отъ здороваго субъекта. Этимъ доказывается вполне наглядно, что появленiе эклампсiи зависитъ отъ задержанiя въ крови и въ тканяхъ организма продуктовъ, предназначенныхъ къ выдѣлѣнiю мочою.

Болѣе или менѣе глубокое пораженiе печени, выше описанное, конечно, должно до извѣстной степени понизить функцiи этого важнаго органа, къ числу которыхъ слѣдуетъ отнести переработку и разрушенiе нѣкоторыхъ вредныхъ для организма веществъ, поступающихъ въ нее чрезъ воротную вену изъ кишечнаго канала. Слѣдовательно, беременная или роженица, у которой, кромѣ воспаленiя почекъ, окажутся вышеописанныя измѣненiя въ печени, имѣетъ тѣмъ болѣе шансовъ получить эклампсiю.

Прижатiе мочеточниковъ, которое было наблюдаемо въ 20 — 25⁰/₀

случаевъ на трупахъ родильницъ, погибшихъ отъ эклямпсіи, конечно должно затруднять отдѣленіе мочи, что можетъ вызвать съ своей стороны острое заболѣваніе почекъ, а тѣмъ болѣе усиливать уже существующее воспаленіе, слѣдовательно препятствовать выдѣленію мочою вредныхъ для организма веществъ. Подъ вліяніемъ родовъ, когда кровообращеніе въ почкахъ затрудняется, и прижатіе мочеточниковъ становится болѣе значительнымъ, воспалительный процессъ въ почкахъ долженъ несомнѣнно ухудшиться, и вмѣстѣ съ тѣмъ должно уменьшиться отдѣленіе мочи. Почему неудивительно, что именно во время родовъ наичаще появляются припадки эклямпсіи.

Исслѣдованія Chambrelent'a въ общемъ подтвердили Ludwig, Savor и Azzurrini. Прежде господствовавшее мнѣніе въ наукѣ о происхожденіи эклямпсіи, принадлежащее Traube и Rosenstein'у, не имѣетъ достаточныхъ основаній. Какъ извѣстно, эти врачи признавали причиною эклямпсіи гидремію и усиленное давленіе крови въ артеріальной системѣ, что должно было, по ихъ мнѣнію, повлечь за собою отечное состояніе головного мозга и послѣдовательную анемію этого органа.

Распознаваніе. Приступы эклямпсіи вполне сходны съ припадками падучей болѣзни. Конечно, проявленіе послѣдней возможно у роженицы, но обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ хорошо извѣстно окружающимъ, что эта женщина давно уже страдаетъ эпилепсіей. Почему настоящее значеніе припадка вскорѣ разъясняется, тѣмъ болѣе, что онъ обыкновенно не повторяется въ теченіе нѣсколькихъ дней.

Истерическіе припадки представляютъ рѣзкія особенности. Припадокъ истеріи сопровождается смѣхомъ, криками; сознаніе часто теряется неполнѣ, и самыя судороги появляются наичаще въ отдѣльныхъ мышцахъ. При *hystero-epilepsia*, иначе *grande hysterie*, когда бываетъ потеря сознанія, только начало припадка напоминаетъ эклямпсію, а затѣмъ появляются вмѣстѣ съ криками разнообразныя странныя движенія, послѣ чего больная принимаетъ извѣстныя позы, что сопровождается бредомъ и галлюцинаціями. Такіе припадки продолжаются гораздо дольше, нежели приступы эклямпсіи.

Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ также сопровождается судорогами и потерю сознанія; но эти судороги часто представляютъ сокращенія отдѣльныхъ мышечныхъ группъ. Кромѣ того больная уже нѣсколько дней имѣетъ лихорадку и лежитъ въ безсознательномъ состояніи; вскорѣ развиваются параличи. Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо тщательное изслѣдованіе мочи.

Предсказаніе. Эклямпсія, при самомъ внимательномъ уходѣ и рациональномъ лѣченіи, довольно часто оканчивается летально; даже въ настоящее время умираетъ не менѣе 20 — 30% матерей. Прежде смертность доходила до 50%. Не менѣе 40—50% дѣтей является на свѣтъ мертвыми. У каждой беременной, у которой появились отеки и распознано воспаленіе почекъ, при живомъ плодѣ, можно ожидать появленія припадковъ эклямпсіи во время родовъ; къ счастью, это сбывается да-

леко не всегда. Въ особенности рѣзко утрачивается предрасположеніе къ этой болѣзни, когда плодъ умираетъ при дальнѣйшемъ теченіи беременности, что происходитъ нерѣдко при выдѣленіи мочею большого количества бѣлка. Предсказаніе вообще болѣе благопріятно при эклямпси, развившейся при остромъ заболѣваніи почекъ, нежели въ тѣхъ случаяхъ, когда причиною болѣзни является nephritis chron. Наичаще оканчиваются выздоровленіемъ тѣ случаи, когда первые припадки эклямпсіи обнаружатся въ концѣ второго періода родовъ, или вскорѣ по окончаніи родовъ. Уже число приступовъ эклямпсіи, превышающее 15—20 припадковъ, само по себѣ дѣлаетъ предсказаніе сомнительнымъ. Наболѣе серьезными слѣдуетъ считать случаи, когда приступы появляются въ самомъ началѣ родовъ, часто повторяются, не становятся рѣже и слабѣе въ періодъ изгнанія плода, и съ прежнею силой продолжаются по окончаніи родовъ. Во многихъ случаяхъ можно надѣяться, что, съ окончаніемъ родовъ, приступы эклямпсіи совершенно прекратятся, или по крайней мѣрѣ сдѣлаются рѣже. По наблюденіямъ Goldberg'a, предсказаніе у первораждающихъ при эклямпси благопріятнѣе вообще, нежели у многораждающихъ. Появившійся отекъ легкихъ, слабый частый пульсъ и сильная лихорадка служатъ предвѣстниками дурного исхода. Конечно, чѣмъ раньше къ больной будетъ приглашенъ врачъ, тѣмъ болѣе онъ въ состояніи принести пользы при этой опасной болѣзни. Тѣмъ не менѣе, во всѣхъ случаяхъ, при появленіи припадковъ эклямпсіи, слѣдуетъ ставить сомнительное предсказаніе; потому что никогда нельзя быть вполне увѣреннымъ, какое теченіе приметъ болѣзнь въ данномъ случаѣ.

Лѣченіе. Во всѣхъ случаяхъ, когда у беременной обнаруживается альбуминурія, сопровождающаяся часто отеками, слѣдуетъ примѣнить профилактическое лѣченіе. Какъ вообще при болѣзняхъ почекъ, въ большинствѣ случаевъ вполне умѣстно молочное лѣченіе и теплыя ванны, съ послѣдующимъ обертываніемъ въ шерстяныя одѣяла для вызванія испарины. Для усиленія сердечной дѣятельности назначаютъ различныя cardiasa. Слабительныя показуются только при запорахъ, при этомъ слѣдуетъ избѣгать назначенія среднихъ солей и ртутныхъ препаратовъ. Наболѣе умѣстны extr. rhei. compos., extr. aloës, podophyllum, rad. rhei и проч. Профессоръ Tagnier въ такихъ случаяхъ очень хвалитъ, при молочномъ лѣченіи, продолжительное употребленіе хлоралгидрата въ небольшихъ дозахъ, какъ средства, предотвращающаго приступы эклямпсіи.

При появленіи припадковъ эклямпсіи, дѣятельность врача должна быть направлена, главнымъ образомъ, на уменьшеніе числа и прекращеніе этихъ не безопасныхъ для жизни припадковъ. Въ то же время слѣдуетъ наблюдать за ходомъ родовъ, съ окончаніемъ которыхъ, какъ упомянуто выше, нерѣдко прекращаются конвульсіи. Клиническія наблюденія показали, что наболѣе дѣйствительнымъ средствомъ для достиженія этой цѣли слѣдуетъ считать наркотическія средства, которыя

слѣдуетъ назначать до снотворнаго дѣйствія. Въ послѣднее время по преимуществу примѣняются *chloral-hydratum* и морфій. Первое средство обыкновенно вводится въ видѣ небольшихъ клистировъ, для которыхъ берутъ 2,0 *chloral-hydrat.* на первый клистиръ и затѣмъ по 1,0 на послѣдующіе, какъ скоро обнаружится новый приступъ. Въ теченіе сутокъ иногда приходится употребить до 15,0—20,0 и болѣе этого средства безъ всякой опасности для больной. При такомъ способѣ лѣченія, F. Winckel потерялъ только 7 изъ 92 роженицъ, у которыхъ была эклампсія.

Въ клиникѣ покойнаго проф. С. Braun'a въ Вѣнѣ, съ давнихъ поръ, съ успѣхомъ примѣнялось лѣченіе подкожными впрыскиваніями морфія. Для этой цѣли берутъ обыкновенно *morphii muriat.*, и тотчасъ послѣ появленія приступа впрыскиваютъ 0,03 этого средства подъ кожу живота; при появленіи новыхъ припадковъ эклампсіи впрыскиваніе повторяютъ. Въ теченіе дня употребляютъ при этомъ способѣ лѣченія отъ 0,10—0,20 *morphii muriat.* Хлороформъ слѣдуетъ примѣнить только во время приступа для вдыханія; ни въ какомъ случаѣ не должно эти вдыханія дѣлать по нѣсколько часовъ подъ-рядъ, такъ какъ они обнаруживаютъ крайне вредное вліяніе на жизнь плода. Кромѣ того вдыханіе значительнаго количества хлороформа, въ чемъ мы имѣли случай убѣдиться, опасно для матери, вслѣдствіе вреднаго вліянія хлороформа на почки и на кровяные шарики; оно можетъ повлечь за собою смертельный исходъ въ послѣродовомъ періодѣ. Вообще всѣ наркотическія лѣкарства слѣдуетъ считать исключительно палліативными средствами, которыя назначаются единственно съ цѣлью уменьшить число и силу припадковъ эклампсіи; одновременно они даютъ возможность подготовить роженицу для безопаснаго окончанія родовъ. Кровопусканіе, именно венесекція, умѣстно только при явленіяхъ угрожающаго отека легкихъ, при сильной гипереміи мозга и полномъ твердомъ пульсѣ. Оно въ такихъ случаяхъ не только улучшаетъ кровообращеніе, но также выводитъ изъ организма часть вредоносныхъ птомаиновъ вмѣстѣ съ кровью, и такимъ образомъ уменьшаетъ отравленіе нервныхъ центровъ. Однако не слѣдуетъ брать болѣе 300,0—400,0 крови.

Акушеръ, призванный для оказанія помощи роженицѣ, страдающей эклампсіей, долженъ по возможности спѣшить съ окончаніемъ родовъ. Конечно, оперативныя пособія слѣдуетъ примѣнять только при условіяхъ, чтобы не послѣдовало никакихъ поврежденій, опасныхъ для жизни или вредныхъ для здоровья матери. Сообразуясь съ этимъ, смотря по ходу родовъ, приходится производить при эклампсіи разныя акушерскія операціи, ускоряющія роды, начиная отъ разрыва околоплоднаго пузыря и искусственнаго расширенія канала шейки, до наложенія щипцовъ, производства поворота, прободенія головки мертваго плода и проч. Слѣдуетъ всегда руководствоваться вышеприведеннымъ положеніемъ: чѣмъ меньше послѣдуетъ припадковъ эклампсіи, другими словами, чѣмъ скорѣе окончатся роды, тѣмъ благопріятнѣе предсказаніе. Эта идея должна лежать

въ основѣ всей нашей терапіи при эклямпсіи беременныхъ и роженицъ.

Когда приступы эклямпсіи появляются еще у беременной и не бываютъ сильны и часты, является часто возможность дѣйствовать на ближайшую причину болѣзни, способствуя выведенію черезъ кожу задержанныхъ въ организмѣ продуктовъ обмѣна веществъ. Съ этою цѣлью назначаютъ продолжительныя горячія ванны, отъ 30° R. и болѣе, и потомъ обвертываніе тѣла въ шерстяныя одѣяла для вызыванія по возможности сильной испарины. Губаревъ совѣтуетъ также теплыя припарки на поясничную область. Одновременно необходимо приступить къ вызыванію и ускоренію родовъ. Съ этою цѣлью необходимо раскрыть каналъ шейки посредствомъ бужей Негар'а и мѣшковъ R. Barnes'а или кольпейринтера. Менѣе удобно и болѣе опасно дѣлать это пальцами. Если опасность велика, и шейка матки уже изгладилась, можно сдѣлать на краяхъ зѣва небольшіе или болѣе глубокіе надрѣзы ножницами Scanzoni. Глубокіе разрѣзы шейки Dührssen'а небезопасны, ихъ нужно дѣлать только въ крайности. Коль скоро зѣвъ будетъ достаточно раскрытъ, слѣдуетъ оканчивать роды при помощи щипцовъ, или поворота на ножки и извлеченія. Однимъ словомъ, въ виду крайней опасности для жизни больной, нужно примѣнить нѣсколько смягченное *accouchement forcé*. Въ послѣднее время при эклямпсіи производили даже кесарское сѣченіе; но, принимая во вниманіе опасность этой операціи для роженицы, слѣдуетъ оставить ее для тѣхъ случаевъ, гдѣ нѣтъ никакой возможности окончить роды иначе, въ особенности когда шейка матки не сглаживается и остается длиною.

Когда эклямпсія появляется или продолжается по окончаніи родовъ, назначаютъ *narcotica*, преимущественно хлоралгидратъ. При наступившемъ выздоровленіи, необходимо въ послѣродовомъ періодѣ назначить молочное лѣченіе, а также соблюдать спокойствіе и крайнюю осторожность въ пищѣ, въ особенности избѣгать раздражающихъ веществъ. Больную слѣдуетъ тепло одѣвать и заботиться о правильномъ мочеотдѣленіи. При сильныхъ головныхъ боляхъ, нужно класть на голову холодныя примочки или пузырь со льдомъ. Психическія заболѣванія послѣ протекшей эклямпсіи встрѣчаются не особенно рѣдко. Olshausen на 200 случаевъ наблюдалъ 11 разъ развитіе психоза въ послѣродовомъ періодѣ. Никомъ образомъ не слѣдуетъ позволять кормить дѣтей родильницамъ, перенесшимъ эклямпсію, въ особенности страдающимъ хроническимъ воспаленіемъ почекъ.

Veit и Tweedy даже въ настоящее время отдають предпочтеніе морфію при эклямпсіи предъ другими средствами. Jones, Reamy, Alister, Jewitt и другіе американскіе врачи совѣтуютъ *tint. veratri viridis* внутрь отъ 5 до 15 капель *p. dos.* нѣсколько разъ въ день. Ferré предложилъ подкожныя впрыскиванія соленого раствора. Краинскій предлагаетъ большія дозы *lithii carbonici*.

Большинство современныхъ акушеровъ держится активнаго способа лѣченія эклямпсіи, въ особенности нѣмецкіе акушеры, — Leopold, Zweifel, Knorr, Döderlein,

Lehmann, König и др. Другіе, подобно Veit'у и Charpentier примѣняютъ болѣе выжидательный способъ. При активномъ способѣ а Zweifel потерялъ менѣе 15⁰/₁₀ матерей, а въ послѣдніе годы даже только 5,5⁰/₁₀, между тѣмъ какъ Charpentier, Holmes, и Chrobak болѣе 20⁰/₁₀, а другіе даже 30⁰/₁₀ и болѣе. Вообще въ родильныхъ домахъ, гдѣ активный методъ дѣченія примѣняется менѣе настойчиво, получилась смертность между 17—30⁰/₁₀; дѣтей погибаетъ при эклампсiи отъ 25 до 40⁰/₁₀.

Глава 21.

Внезапная смерть роженицы.

При изложеніи различныхъ осложненій родовъ и аномалій, сопровождающихъ родоразрѣшеніе, мы упоминали, что при нѣкоторыхъ изъ этихъ ненормальностей роженица въ исключительныхъ случаяхъ можетъ внезапно умереть. *Предлежаніе дѣтскаго мѣста*, а также *выкидыши и отслоеніе плаценты*, прикрѣпляющейся правильно, иногда сопровождаются такими страшными кровотечениями, что беременная или роженица можетъ погибнуть, при отсутствіи раціональной акушерской помощи. Тяжелые *экламписческіе припадки* могутъ причинить остановку дыханія, *большой зобъ*,—задушеніе. При *порокахъ сердца*, съ сильно разстроенной компенсаціею, смерть можетъ послѣдовать отъ паралича сердца, гораздо рѣже отъ разрыва стѣнки сердца или аневризматическаго мѣшка аорты, или отъ мозговой эмболии. *Кровоизмѣненіе въ существо головного мозга*, апроplexia, наблюдается рѣдко во время родовъ, преимущественно при значительныхъ атерматозныхъ измѣненіяхъ въ стѣнкахъ сосудовъ. При предлежаніи мѣста и при раковомъ пораженіи шейки, были наблюдаемы случаи *вступленія воздуха* въ зіяющія маточныя вены, что причинило быструю смерть, вслѣдствіе закупорки воздухомъ маточныхъ артерій. Внезапная смерть, иногда наступающая послѣ *разрыва матки*, зависитъ главнымъ образомъ отъ шока и потери крови. Polowko описалъ случай, гдѣ беременная погибла внезапно отъ *кровоизмѣненія въ полость живота*, послѣдовавшаго отъ разсѣдиненія воспалительныхъ приращеній. Winkel собралъ 7 случаевъ внезапной смерти роженицы, вслѣдствіе *разрыва селезенки*, которая въ этихъ случаяхъ представлялась измѣненною и сильно увеличенною, подъ вліяніемъ тифа или перемежающейся лихорадки. Кромѣ родовыхъ потугъ, иногда наступленію разрыва способствовалишибы и сильное сдавливаніе этого органа.

При наступленіи внезапной смерти роженицы, нужно возможно скорѣе извлечь плодъ, если онъ достигъ второй половины беременности. Часто это возможно только при посредствѣ кесарскаго сѣченія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда плодъ оставался въ утробѣ умершей роженицы, начавшіеся при жизни роды иногда самопроизвольно оканчивались въ теченіи перваго часа послѣ смерти, подъ вліяніемъ посмертныхъ мышечныхъ сокращеній матки. Въ другихъ случаяхъ, при наступленіи гніенія тѣла, младенецъ изгонялся наружу уже въ гробу, подъ напоромъ гнилостныхъ газовъ и трупнаго разрыхленія родовыхъ путей.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Неправильный механизмъ, неправильныя положенія плода, выпаденіе мелкихъ частей и ненормальности пуповины. Многоплодные роды.

Auvard. Double poche des eaux et grossesse gémellaire. Arch. de toc. 1888.— Ahlfeld. Zur Diagnose der Zwillingschwangerschaft. Zeit. f. Geb. und Gyn. 35.— Bokelmann. Drillingsnachgeburt. Zeit. f. Geb. und Gyn. 22.—Blanc, Des occipito postérieures irréductibles positions. Arch. de toc. 1888.—Balin. Drillingsgeburt. Mangel vom Fruchtwasser. Arch. f. Gyn. 1888. Buchanan. A very rare presentation in midwifery. Lancet. 1887.—Bousquet. Cas de grossesse quadruple. Ann. de gyn. et d'obst. 1894.—Dührssen. Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 22.—Ensor. A difficult case of turning. Brit. med. J. 1890.—Ehrendorfer. Ueber Cysten und cystoide Bildungen der Nabelstranges. 1893.—Fürst. Ueber den Gebrauch der Kopfzange zur Beförderung der Geburt des Steisses. Arch. f. Gyn. 33.—Funke. Ueber einen Fall von spontan intrauterin gerissener Nabelschnur. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Frommel. Spontaner Uebergang einer Gesichtslage in Hinterhauptslage. W. med. Presse. 1888.—Guedeke. Zur Behandlung unkomplizirter Querlagen. 1889.—Gehrke. Beiträge zur Aetiologie, Therapie u. Prognose der Stirnlage. 1888.—Goenner. Zur Hinterscheitelbeineinstellung. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 31.—Gottschalk. Zur Lehre von der hinteren Scheitelbeineinstellung. Berl. kl. W. 1894.—Gottschalk. Zur Lehre von den Placentarverhältnissen und den placentaren Gefäßverbindungen eineiigen Zwillingen. Arch. f. Gyn. 51. — Jellinghaus. Ueber fötale Schädelformen mit Berücksichtigung der Hecker'schen Aetiologie der Gesichtslagen. Arch. f. Gyn. 51.—Koettnitz. Ueber Beckenendlagen. Volk. S. kl. V. 1893.—Какушкинъ. Роды тройнями, осложненные эклампсией. Журн. акуш. и жен. бол. 1894.—Kötz. Beobachtungen über 300 Fälle von Beckenendlagen. 1893.—Krukenberg. Zur Aetiologie der Caput obstipum. Arch. f. Gyn. 46.—Kaeser. Ueber Extremitätenvorfall bei Kopflage. 1890.—Knopp. Eineiige Zwillingplacenta; velamentöse Insertion. Arch. f. Gyn. 51.—Kietz. Ueber Fussvorfall bei Schädelage. 1890.—Loviot. Application de forceps sur le siège décomplété. Ann. de gyn. 33.—Léroy. Etude sur la briéveté du cordon ombilical. 1894.—Lasseloës. Contribution à l'étude de quelques procédés d'intervention dans les positions occipito postérieures. 1890.—Mantel. D'une nouvelle manoeuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation de siège décomplété. 1890. — Meyer. Zur Behandlung der Geburt in Schädelage bei nach hinten gerichtetem Hinterhaupte. Arch. f. Gyn. 1891. — Meyer. Einige Fälle von intrauteriner Verletzung der Nabelschnur. Arch. f. Gyn. 53. — Mirabeau. Ueber Drillingsgeburten 1894. — Muret. Des positions transversales du sommet. 1894.—Nagel. Weitere Beiträge zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss. Arch. f. Gyn. 44. — Oliver. De l'intervention dans la présentation du siège mode de fesses. Ann. de gyn. 1890.—Ostermann. Die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes. Berl. kl. W. 1893.—Porak. Statistique des présentations du siège à propos de pronostic et du traitement de ces présentations. N. arch. d'obst. et de gyn. 1887.—Potocki. De l'abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Ann. de gyn. 1893.—Peters. Die manuelle Correctur der Deflexionslagen. Beitr. zur kl. Med. u. Chir. 1894.—Rubeska. Ueber den Dammschutz bei Entwicklung des nachfolgenden Kopfe. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Reynolds. The value of forceps uncomplicated high arrest of the breech. Tr. am. gyn. soc. 1892.—Reynolds. The treatment of face presentations. N. y. j. of obst. 1894.—Rosincki. Ueber die Schädelverletzungen. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 26.—De Soyere. De l'intervention dans les présentations de la face. Arch. de toc. 1887.—Sänger. Porro-Operation bei verschleppter Querlage, Tetanus und Ruptura uteri. Centr. f. Gyn.

1892.—Siron. Le cordon ombélical recoursi, la mort de foetus. *Gaz. med. de P.* 1896.—Stoker. A case of fyfling. *Lanc.* 1895.—Schatz. Die Gefässverbindungen der Placentarkreislaufe eineiger Zwillingen. *Arch. f. Gyn.* 53.—Staedler. Die Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopfe. *Arch. f. Gyn.* 40.—Southwick. Cephalic version previous to labour for breech presentations. *Am. J. of Obst.* 1893.—Соловьевъ. Терапія лобныхъ положеній. *Ann. de gyn.* 1890.—Steinbüchel. Ueber Gesichts und Stirnlagen. 1894.—Thorn. Zur manuellen Umwandlung der Gesichts und Stirnlagen in Hinterhauptlagen. *Zeitr. f. Geb. und Gyn.* 31.—Theilhaber. Zur Frage der Behandlung des nachfolgenden Kopfes. *Centr. f. Gyn.* 1895.—Torggler. Ueber die Gefährdung des Dammes bei Gesichtslagen. *Centr. f. Gyn.* 1887.—Vassali. Un cas de grossesse sesquigémelaire. *Gaz. med. Ital.* 1888.—Volland. Zur Behandlung der Gesichtslagen mit nach hinten gerichtetem Kinn. *Therap.-Mon.* 1894.—Veit. Ueber Drillingsgeburt.—Wullstein. Die Gesichtslage. 1891.—Weiss. Zur Behandlung der Vorderscheitellagen. *S. kl. V.* 1892.—Wells. Shoulder presentations and their management. *Ann. obst. j.* 1890.—Winter. Zur Behandlung der Steisslagen. *D. med. W.* 1891.—Wyss. Zur Lehre von den Beckenendlagen. 1894.

2. Ненормальности въ развитіи плода и послѣда, ихъ патологія.

Aubert. Dystocie par briéveté réelle du cordon. *Ann. de gyn.* 1893.—Bode. Ueber Tumoren der Placenta. *C. Bl. f. Gyn.* 1895.—Aulnay. De l'influence de l'hérédosyphilis. *Arch. de toc.* 21.—Ahlfeld. Giebt Tympania uteri eine Indikation zur Entfernung der Uterus in partu. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 35.—Budín. Description d'un tumeur ombilical. *Arch. de toc.* 1888.—Blackwood. Congenital hydronephrose. *Ed. Med. J.* 1896.—Braun, C. Demonstration eines Kindes bei dem in grosser Sacraltumor ein Geburtshinderniss abgab. *Sitz. d. geb. gyn. Ges. in Wien.* 1888.—Beaston. Congenital sarco-coccygeal tumors. *Glasg. med. J.* 1891.—Bar. Foetus atteint de tumeur sacro-coccygienne. *Ann. de gyn.* 35.—Bagot. Dystocia due to a cyst in the liver of a foetus. *Dubl. med. J.* 1892.—Ballantyne. Maternal impressions. *Ed. med. J.* 1891.—Ballantyne. A series of thirteen cases of alleged maternal impression. *Id.*—Ballantyne. The diseases and deformities of the foetus. 1892.—Baudoin. Les monstres doubles operables. *Rev. sc.* 1890.—Barker. Bemerkungen über die Häufigkeit der spatelförmigen Placenta. *N. J. med. j.* 1894.—Charpentier. Monstre xiphophage. *Ann. de gyn.* 36.—Cold. Abgestorbene in der Gebärmutter zurückgehaltene Frucht. *Centr. f. Gyn.* 1893.—Холмогоровъ. Ein Fall von seltener Missbildung. *Zeitr. f. Geb. und Gyn.* 22.—Dührssen. Fall von Ascites bei einer 7 monatl. Frucht. *Zeitr. f. Geb. und Gyn.* 21.—Dareste. Teratogenie expérimentale. *Bull. de la soc. d'anthr.* 1892.—Eberhart. Riesenkind. *D. med. W.* 1892.—Freund. Geburtshinderniss in Folge eines dicephalus. *Int. kl. Rund.* 1888.—Franqué. Ueber histologische Veränderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum Tode der Frucht. *C. Bl. f. Gyn.* 1897.—Fordyce. Intrauteriner Ascites, seine geburtshilfliche Bedeutung und Pathologie. 1894.—Feyerabend. Ueber das Vorkommen der Rachitis bei Neugeborenen, 1890.—Funke. Ueber einen Fall von spontan intrauterin gerissener Nabeschnur. *C. Bl. f. Gyn.*—Feis. Ueber intra-uterine Leichenstarre. *Arch. f. Gyn.* 46.—Franqué. Anatomische und klinische Beobachtungen ueber Placentarerkrankungen. 1894.—Goth. Ueber Retention der Frucht im Uterus (missed labour). *Pest. med. chir. Presse.* 1888.—Grosemann. Ein Fall von Selbstentwicklung bei einer Primipara. *C. Bl. f. Gyn.* 1895.—Gueniot. Kystes séreux du foie chez une foetus à terme. *Ann. de gyn.* 35.—Giacomini. Sur les anomalies de developpement de l'embryon humain. *Arch. it. de biol.* 1892.—Guisard. *Precis de tératologie.* 1893.—Herrgott. Un cas de la putrescence d'un foetus mort. *Gaz. hebdom.* 1896.—Hummelsheim. Ueberhemia umbilicalis. 1890.—Hansen. Placenta marginata und schlechte Entwicklung der Frucht. 1890.—Heinrich. Sacralteratom als absolutes Geburtshindernis. *C. Bl. f. Gyn.* 1895.—Honner. Verzeitige Verknöcherung der fötalen Schädels. *Kraniotomic. Med. ag.* 1894.—Herz -

stein. Ueber Ascietes der Frucht. 1891.—Hirst and Piersol. Human monstrosities. 1891—1893.—Jilden. Ein Fall von Geburtshinderniss in Folge übermässiger Ausdehnung des kindlichen Harnblase mit gleichzeitigen Ascites. 1890.—Жемчужниковъ. Случай продолжительнаго пребыванія головки плода въ маткѣ послѣ деканитаци. Пр. Кіев. гин. общ. 1892.—Ивановъ. О кровавомъ расширеніи шейки во время родовъ. 1895.—Iohansen. Ueber die Geburt bei Hydromeningo-und Hydrocephalocoele. M. med. W. 1896.—Kramer. Fibrom der Chorion. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 18.—Kleinhaus. Zur Komplikation von Schwangerschaft mit Myomen. Pr. med. W. 1894.—Kaufmann. Ueber eine Geschwulstbildung des Nabelstranges. Virch. Arch. 121.—Lehmann. Weitere Mittheilungen über Placentartuberculose. Berl. kl. W. 1894.—Lefour. Imperforation oesophogienne. Ab. med. 1896.—Loisnel. Tête de foetus restée 3½ mois dans l'uterus. N. Arch. d'obst. 1892.—Lange. Ueber intrauterine Leichenstarre. Centr. f. Gyn. 1894.—Lönnberg und Mannheim. Zur Kasuistik der bösartigen Seratinalen Uterusgeschwülste. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Mekus. Eine seltene Missbildung. C. Bl. f. Gyn. 1888.—Marchand. Missbildung. Berl. kl. W. 1894.—Müller. Zur Kasuistik der Erschwerung der Geburt durch Erweiterung der kindlichen Harnblasen. Arch. f. Gyn. 47.—Maygrier. Un enfant enorme du poids de 6750 gm. Arch. de toc. 18.—Nieberding. Cystöse Nierendegeneration des Foetus als Geburtshinderniss. M. med. W. 1887.—Neumann. Dystokie in Folge abnormer Vergrösserung des kindlichen Bauches. Mon. f. Geb. u. Gyn. 3.—Olshausen. Missgeburt. Zeit. f. Geb. und Gyn. 21.—Rossier. Klinische und hystolog. Untersuchungen über Infarkte der Placenta. Arch. f. Gyn. 33.—Rosenthal. Ueber congenitalen Hydrocephalus. 1891.—Riviere. Dystocie par tumeur sacrococydienne. N. arch. d'obst. 1895.—Рѣзниковъ. Vierjährige Retention in utero eines Skelettes der im 7 Monate abgestorben Frucht. Centr. f. Gyn. 1895.—Rossa. Ueber Bedeutung und Aetiologie der vorzeitigen Maconiumabganges. Arch. für Gyn. 46.—Swayne. Hydrocephalus as a complication of labour. Tr. Obst. soc. L. 24.—Сазонова. Опухоль на крестцѣ, представляющая препятствіе при родахъ. Врачъ. 1887.—Swiegicki. Die Geburt eines Janiceps. Arch. f. Gyn. 1887.—Schwab. Contribution sur la placenta marginata. Arch. de toc. 1895.—Steffeck. Nierentumor als Geburtshinderniss. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Stevens. Foetus with absence of urethra and ascites. Tr. Lond. obst. soc. 1895.—Schnell. Ueb. ein Fall von Gasblasen in Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1896.—Sperling. Ueber die Aetiologie der sogenannten intrauterinen Fracturen. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 24.—Turbil. Ueber frühzeitigem Blasensprung. Rev. gen. 1893.—Veit. Fall von Absterben durch wahren Nabelschnurknoten. Zetr. f. Geb. u. Gyn. 25.—Weston. Knots in the umbilical cord. Am. j. of obst. 1893.—Вьродекиѣ. Eine siebenmalige Nabelschnurumschlingung um den Hals des Kindes als Geburtshindernis. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Walther. Dystokie durch übermässiger Ausdehnung der fötalen Harnblase. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 27.—Westphalen. Beitrag zur Kasuistik der Nabelschnurverletzungen unter der Geburt. Arch. f. Gyn. 45.—Werden. Rupture of the umbilical cord during labour. Am. J. obst. 1889.—Winckler. Beitrag zur Kenntnis der anatomischen Veränderungen in der menschlichen Placenta bei macerirter Frucht. 1895.—Woerz. Ein Fall von Lymphangiom submaxillare als Geburtshindernis. Centr. f. Gyn. 1894.—Weiss. Zur Behandlung von Gesichts und Stirnlagen. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 32.—Weiss. Placenta membranacea. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Westphalen. Zwei Fälle von Fruchttod im letzten Schwangerschaftsmonate. Mon. f. Geb. u. Gyn. 2.—Winckel. Ueber angeborene solide Geschwülste der perennirenden Theils der Nabelschnur. S. kl. V. 140.

3. Преждевременное родоразрѣшеніе; кровотеченіе во время беременности и родовъ.

Ahlfeld. Die Entstehung der Placenta praevia. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1891.—Braxton Hicks. The treatment of placenta praevia. Brit. med. Assoc. 1889.—Boss.

Ueber Placenta praevia. 1894.—Baumm. Zur Behandlung der Placenta praevia. C. f. Gyn. 1896.—Bourdiers. Placenta praevia et le tamponement. 1895.—Bué. Decollement prématuré du placenta à insertion normale. Arch. de toc. 1894.—Benecke. Die Behandlung des Abortus. All. med. Centr. 1895.—Baumm. Zur Behandlung der Placenta praevia. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Bulius. Gutartige Wucherungen der Syncytiums. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Bayer. Bemerkungen über die Diagnose des Placentarsitzes und über Cervixverhältnisse. Centr. f. Geb. und Gyn. 1895.—Barnes. Placenta praevia. Lancet. 1887.—Budin. Hémorrhagies causées par la rupture du sinus circulaire. Ann. de gyn. 1893.—Croom, J. Case of myxomatous degeneration of the chorion, profusse haemorrhage. Tr. Ed. obst. soc. 1887.—Doornkeat. Ueber Lysol bei atonischen Blutungen. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Démelin. De l'insertion vicieuse du placenta dite complète. Ann. de gyn. 1895.—Donald. The treatment of placenta praevia. Med. chron. 1892.—Duncan. Case of missed abortion. Tr. of Lon. obst. soc. 37.—Dührssen. Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittels intrauteriner Kolpeuryse. D. med. W. 1894.—Eckstein. Zur Behandlung der Fehlgeburt. Pr. med. W. 1892.—Eiermann. Deciduum malignum. 1897.—Emanuel. Endometritis in der Gravidität. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Fraenkel. Die Histologie der Blasenmolen. Arch. f. Gyn. 49.—Fehling. Die Bedeutung der Gonorrhoea für Schwangerschaft. M. med. W. 1895.—Franqué. Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorions nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 34.—Frommel. Beitrag zur Frage der Wachstumsrichtung der Placenta. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 35.—Fraenkel. Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen Uterustumoren. Arch. f. Gyn. 49.—Fleming. Placenta praevia. Dubl. J. 1887.—Freudenberg. Zur Luftembolie bei Placenta praevia. Centr. f. Gyn. 1895.—Feinberg. Zur Kasuistik der Prolapsus placentae. Centr. f. Gyn. 1893.—Gottschalk. Zur Lehre von der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Gottschalk. Ueber die Entsteung des Deciduum. C. Bl. f. Gyn., 1895.—Graefe. Ueber Retention des menschlichen Eies in uterus nach dem Fruchttod. 1896.—Gottschalk. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen, placentalvillösen Geschwülsten. Arc. f. Gyn. 51.—Holmes. Tetanus nach Abort. Bost. med. j. 1887.—Hart. Placenta praevia. Ed. med. J. 1890.—Heuck. Ein neuer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 28.—Hofmeier. Zur Entstehung der Placenta praevia. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 29.—Herff. Beitrage zur Lehre von der Placenta. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 35.—Harris. A new method of performing rapid manuel dilatation of the os uteri. Am. of obst. 1894.—Hofmeier. Beitrage zur Anatomie und Entwicklung der menschlichen Placenta. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 35.—Якубъ. Ein Beitrag zur Behandlung des Abortus. Mon. f. Geb. u. Gyn. 2.—Hamon. Contributions à l'étude du traitement des complications de l'avortement. 1896.—Henry. De l'hémorrhagie utérine mixte. Ann. de gyn. 36.—Jardine. Hémorrhagie accidentale. Gl. med. J. 1892.—Küstner. Die Behandlung des habituellen Abortirens in Folge von Lues paterna. 1895.—Koncy. Beitrag zur Kasuistik der Retention abgestorbener Früchte im Uterus. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Kehrer. Ueber Traubenmolen. Arch. f. Gyn. 45.—Keyssner. Ueber relative Häufigkeit der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. 1895.—Kramer. Ueber den Lufteintritt in die Venen des Uterus bei placenta praevia. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 14.—Jud. Zur Lehre von der Lebensthätigkeit unzeitig Gebornner. 1895.—Кунигъ. Къ вопросу о запоздаломъ выкидышѣ. Врачъ. 1897.—Klein. Giftwirkung macerirten Föten. 1895.—Keilmann. Eine Cervixplacenta. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Keilmann. Die Entwicklungsbedingungen der Placenta praev. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 33.—Kaltenbach. Zur Pathogenese der Placenta praevia. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 18.—Ludwig und Savor. Zur Wirksamkeit des Cornutins. W. kl. W. 1895.—Lesse. Ein weiterer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 35.—Lavjot. Dystocie par l'insertion vicieuse du placenta. N. arch. d'obst. 1893.—Marchand. Ueber den Bau der Blasenmole. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 32.—Lomer. Ueber kombinierte Wendung in der Behandlung der Placenta praevia. Ber. klin. W. 1888.—Масловскій. Къ этиологии преждевре-

менного отслоения дѣтскаго мѣста при нормальномъ его прикрѣпленіи. Ж. ак. и ж. бол.—
Malengreau. De certains avortements repetés, traités par le massage. Arch. de toc:
 21. — **Nordmann.** Zur Statistik und Therapie der Plac. praevia. Arch. f. Gyn.
 22. — **Neumann.** Beitrag. zur Kenntnis der Blasenmolen. W. kl. W. 1897. — **Ober-**
mann. Ein Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia. Arch. f. Gyn. 32. **Пальхов-**
скій. Ein Fall von Placenta praevia bei Zwillingen. Centr. f. Gyn. 1895.—**Runge.**
 Placenta praevia totalis. Arch. f. Gyn. 41.—**Rüder.** 12 Fälle von placenta praevia. M.
 med. W. 1893.—**Routh.** Haemorrhge in the first months of gestation. Lon. 1896.—
Reinicke. Zur Frage des Sarcoma deciduocellulare. Arch. f. Gyn. 53.—**Ruge.** Ueber
 maligne syncytiale Neubildungen. 1906.—**Rausch.** Ueber vorzeitige Lösung der Placen-
 ta vom normalen Sitz in den letzten Monaten der Schwangerschaft. 1893.—**Roemhelf.**
 Ueber Ursachen und Behandlung der habituellen Früh- und Fehlgeburten. 1895.—**Rom-**
bach. Die Lösung der normal liegenden Placenta während der Schwangerschaft. 1894.—
Ransford. A case of concealed accidental haemorrhage. Br. med. J. 1890.—**Rous-**
seau-Dumarcet. Ueber vorzeitige Lösung der normalinserirten Placenta. 1892.—**Schra-**
der. Vorzeitige Lösug der Placenta. 1892.—**Rosenberg.** Accidental hemorrhage. Am. j.
 obst. 1893.—**Schilling.** Ueber subcutane Kamphoroelinjektion. M. med. W. 1895.—
Smith. Tetanus nach Abort. Am. obst. j. 1887. — **Schwartz.** Placenta praevia in
 utero bicornis unicollis septa. Jahr. Fortr. der Geb. in 1891. — **Stäger.** Symptome
 und Behandlung der Schwangerschaft und Geburt bei in der 2 Hälfte der Gravi-
 ditat abgestorbenen Früchten. 1895.—**Schauta.** Ueber die Blasenmole. C. Bl. f. Gyn.
 1897. — **Strausmann.** Placenta praevia succenturiata centralis. Zeitr. f. Geb. und
 Gyn. 26. — **Stratz.** Ueber placenta praevia. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 26. — **Fridon-**
dani. Une cause rare de la provocation de l'avortement. Gaz. med. P. 1893. —
Toth. Задержание въ теченіи 16 мѣс. костей головы въ полости матки. Fromm.
 Ber. 1895. — **Villemin.** Observation d'un enfant, nê en Vmois de la grossesse.
 Arch. de toc. 1895. — **Weiss.** Ueber vorzeitige Lösung der normalsitzenden Placenta.
 Arch. f. Gyn. 46. — **Watkins.** Complete atony of the uterus, following antepartum
 hemmorrhage. Lancet. 1890. — **Weber.** Kasuistischer Beitrag zur Placenta praevia
 auf Grund von 55 Beobachtungen. 1892.—**Warren.** Accidental hemorrhage in labour.
 Am. obst. J. 1888.—**Wartmann.** Assa foetida in der geburtshilflichen und gynaeko-
 logischen Praxis. Ther. Mon. 1895. — **Weiss.** Zur Kasuistik der Placenta praevia
 centralis. C. Bl. f. Gyn. 1897.—**Weiss.** Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden
 Placenta. Arch. f. Gyn. 46.—**Ziemssen.** Bluttransfusion oder Salzwasserinfusion. M.
 med. W. 1895.

4. Осложненія въ III періодѣ родовъ.

Ahlfeld. Die Ursachen der Placentaretention nach Geburten reifer oder nahezu rei-
 fer Früchte. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 16.—**Brauns.** Ueber vorzeitige Lösung der Placenta.
 1893.—**Braun.** 19 tägige Retention einer Placenta im Uterus. W. med. W. 1890.—
Blanc. Retention der Placenta durch ein Deciduarcarcom C. Bl. f. Gyn. 1892.—
Dührssen. Die Anwendung der Jodoformgaze in der Geburtshilfe. 1888.—**Dirska.**
 Zur Therapie der Postpartum-Blutungen. B. kl. W. 1890.—**Davies.** Plugging the ute-
 rus in severe cases of postpartum haemorrhage. Brit. med. J. 1890.—**Dührssen.** Ueber
 die Uterustamponade bei atonischen Postpartum-Blutungen. B. kl. W. 1889. — **Eber-**
hardt. Ueber Gerinnungen in der Placenta. 1891.—**Fehling.** Zur Pathologie und The-
 rapie der Blutungen unmittelbar nach der Geburt. D. med. W. 1894. **Feis.** Experimen-
 telles und Kasuistisches über den Werth der Kochsalzwasserinfusion bei acuter Anaem-
 mie. Virch. Arch. 138.—**Freund.** Ueber die durch Verengerung des Contractionsringes
 bedingte Retention der Placenta. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 16. — **Gudden.** Ueber den
 Einfluss grösserer Blutverluste auf die Pulsfrequenz in Wochenbette. 1890. — **Frois-**

se. Tamponade Intrauterine. Arch. de toc. 1891. — Hegles. Sur l'action de l'eau chaude, introduit dans le rectum. Rev. inter. 1896. — Huber. Ueber Charionretention. 1891. — Kortüm. Die Kreolintamponade bei Atonie der Uterus postpartum. C. f. Gyn. 1888. — Küstner. Die Behandlung der Postpartum-Blutungen. D. med. W. 1890. — Kelly. Infusion of normal saline solution. Frommel's. Ber. 1894. — Klümpf. Ueber ein einfaches Verfahren gegen post partum Blutungen in atonia uteri. C. Bl. f. Gyn. 1897. — Kohlden. Ueber destruirende Placentarpolypen. C. f. allg. Path. 1891. — Lange. Ueber eine besondere Art von Placentarretention. Z. f. Geb. u. Gyn. 1888. — Leclerc. Ueber die blütstillende Wirkung der intravenösen Injektion von künstlichem Serum. C. Bl. f. Gyn. 1896. — Lambinon. Profuse Blutung in Folge von Placentarretention. C. Bl. f. Gyn. 1891. — Leisse. Fall von fester Placentaradhaesion. C. Bl. f. Gyn. 1891. — Лазаревичъ. Задержание оболочек яйца. Журн. акуш. и жен. бол. 1887. — Moses. Uterustamponade bei atonischer Blutung postpartum. D. med. W. 1890. — Leopold. Ueber postpartum Blutungen. Geb. Ges. zu Dresden. 1894. — Maygrier et Ledamany. Injection dans les veins de serum artificiel dans les cas des hémorrhagies puerpérales. Gaz. habd. 1896. — Пожуровскій. Тампонація матки при послѣродовыхъ кровотеченияхъ. Журн. акуш. и жен. бол. 1891. — Ростовцевъ. Послѣродовая кровотеченія. Пр. Моск. Мед. Общ. 1891. — Schlesinger. Zur Lehre und Behandlung der Blutungen postpartum. W. med. Bl. 1887. — Schauta. Die Behandlungen der Blutungen postpartum. All. W. med. Zeitr. 1891. — Strauss. Ueber Retention der Eihäute. 1890. — Steinbüchel. 2 Fälle von sogenanntem Myxomioma fibrosum placentae. C. Bl. f. Gyn. 1892. — Velits. Postpartum-Blutungen. Jahr. Fort. der Geb. in 1890. — Velits. Ueber Retention des Charions und ihre Behandlung. Jahr. Fort. der Geb. in 1891. — Veit. Zur Pathologie und Therapie der Blutungen nach der Geburt. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 28.

5. Узкій тазъ и ненормальная дѣятельность матки при родахъ.

Артемьевъ. Osteomalacia таза. Прот. Кавк. Мед. Общ. 1891. — Аброжановъ. Le traitement des contractions utérines faibles par le strychninum. 1896. — Ahlfeld. Die Diagnose der einfach platten Beckens an der Lebenden. Zeit. f. Geb. und Gyn. 32. — Allison. Ein Fall von Osteomalakia erfolgreich mit Knochenmart behandelt. C. W. f. Gyn. 1897. — Beaucamp. Recidiv von Osteomalakie nach Parro. C. Bl. f. Gyn. 1895. — Budin. Bassin oblique ovulaire. Ann. de gyn. 1893. — Boeckh. Ueber Zwergbecken. Arch. f. Gyn. 43. — Бурковъ. Роды при кифотическомъ тазѣ. Врачъ. 1890. — Bossi. Sugar in the treatment of uterine inertia during labor. Frommel's. Ber. 1894. — Braun. Ein Beitrag zur Kenntniss des spodylolisthetischen Beckens. Arch. f. Gyn. 52. — Busche Haddenhausen. Operirte Fälle von Osteomalacie. Arch. f. Gyn. 49. — Billiteri. Un cas rare du bassin de Robert. Frommel's. Ber. 1894. — Buchheister. Geschichte der Aetiologie der Spondylolisthesis. 1894. — Cowen. Neue Methode zur Beseitigung der Wehenschwäche. Fromm. Ber. 1895. — Currier. Walcher's position in parturation. C. W. f. Gyn. 1896. — Cutts. Fall von Porro's Kaiserschnitt bei Ancylose des Hüftgelenks. C. Bl. f. Gyn. 1897. — Carbonelli. Trichterförmiges Liegensthenbecken. — Dittel. Zur Uterusruptur. Arch. f. Gyn. 44. — Eckstein. Ueber den Einfluss der Kastration auf die Osteomalakie. P. med. W. 1896. — Farrar. The use of cocaine in rigidity of the cervix during labour. Lond. obs. coc. 1895. — Fehling. Ueber Verwendung der Hängelage nach Walcher. M. med. Woch. 1894. — Fidelmann. 595 Fälle von engen Becken mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. 1894. — Farabeuf et Varnier. Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. 1891. — Fehling. Ueber Osteomalacie. Zeis. f. Geb. u. Gyn. 30. — Fischer. Weitere Beiträge zur Behandlung der Osteomalacie. Pr. med. W. 1895. — Fehling. Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie. Arch. f. Gyn. 48. — Fischer. Kasuistischer Beitrag zur Behandlung der Osteomalakie. Prag. med. Woch. 1894. — Florschütz. Kritik der Versuche durch eine bestimmte Diät der Mutter die Gefahren der Beckenenge zu umgehen. 1895. — Fothergill. Walcher's position in parturation. Ed.

med. J. 1895.—Fleischmann. Zur Kenntniss des Trichterbeckens. Prag. Zeitr. f. Heilk. 9.—Fehling. Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalacie. Arch. f. Gyn. 39.—Frankel. Ueber die Einstellungen der Kopfes bei engem Becken und die hohe Zange. 1892.—Gundrum. Kola während der Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Grapow. Die Indicationsstellung beim engem Becken. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 13.—Hart. On the treatment of rupture of the uterus. Edinb. med. J. 1890.—Holowko. Ueber das Einpressen der hochstehenden Kopfes. Ther. Mon. 1891.—Herzfeld. 2 Fälle von Uterusruptur. Pr. der geb. Ger. zu Wien. 1893.—Jellinghaus. Ein neuer klinisch beobachteter Fall von Spondylolisthesis. Arch. f. Gyn. 52.—Klien. Die Geburt beim Kyphotischen Becken. Arch. f. Gym. 52.—Klein. Eine Geburt bei Spaltbecken mit Blasen-Ectopie. Arch. f. Gyn. 43.—Klein. Zur Mechanik des Ileosacralgelenkes. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 21.—Klaus. Das gonalgische schraegverengte Becken. 1891.—Kohn. Zur Kenntniss der extramedianen Einstellung des Kopfes. Pr. Zeitr. für Heilk. 1888.—Löhlein. Die geb. Therapie bei osteomalacischer Beckenenge. Gyn. Tagestr. 2.—Löhlein zur Frage von der Entstehung der puerperalen Osteomalacie. C. W. f. Gyn. 1894.—Левинский. Рашенный тазъ. Ж. ак. и ж. бор. 1895.—Labusquière. De la nature et du traitement de l'ostéomalacie. Ann. de gyn. 1895.—Latzko. Zur Phosphortherapie bei Osteomalakie. W. med. Zg. 1894.—Latzko. Ueber Osteomalakie. Centr. f. Gyn. 1894.—Lehmann. Beobachtungen an den Geburten bei engem Becken. 1891.—Ludwig. Kyphotisches Becken mit Exostosen. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Leopold. Geburtshülfe und Gynaekologie. 2 Bd. 1895.—Mitra. Cloral und Iperca. bei der Geburt. C. Bl. f. Gym. 1896.—Мацкевский. Профилактический поворотъ при узкихъ тазахъ. Ж. ак. и ж. бол. 1897.—Михайловъ. Средніе русскіе акушерскіе итоги. 1895.—Neumann. Quantitative Bestimmung des Calcium, Magnium und der Phosphorsäure im Harn und Koth bei Osteomalakie. Arch. f. Gyn. 47.—Nicaise. De l'emphysème souscutané produit pendant accouchement. Ab. med 1896.—Neumann. Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalakie. Arch. f. Gyn. 50.—Poppe. Ueber die Kastration bei Osteomalakie. 1895.—Peters. Ein Beitrag zur Lehre des koxalgischen Beckens. Arch. f. Gyn. 50.—Petronc. Microorganismes de la nitrofication et osteomalacie. Rif. med. 1892.—Pineus. Beiträge zur Lehre der Geburt beim engen Becken geringeren Grades. 1892.—Kibbert. Anatomische Untersuchungen über die Osteomalacie. Frommel's. Ber. 1894.—Rossier. Anatomische Untersuchungen der Ovarien in Faelle von Osteomalacie. Arch. f. Gyn. 48.—Rosenthal. Die Wendung und Extraction bei engem Becken. 1893.—Riese. Zur Therapie der allgemein gleichmässig verengten Beckens. 1887.—Runge. Gravide mit congenital verlagerteter Niere und Ovarialtumor. Arch. f. Gyn. 41.—Runge. Osteomalacie-Perrooperation. Arch. f. Gyn. 41.—Riedinger. Ein Fall von Schwangerschaft in der geschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis. W. kl. W. 1889.—Rosenthal. Enges Becken und Kolpeurynter. Arch. f. Gyn. 45.—Ribbert. Anatomische Untersuchungen über die Osteomalakie. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Schultz. Wendung oder hohe Zange. Zeit. f. Geb. u. Gym. 34.—Schaeffer. Pathologische Wehen und ihre Behandlung. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Salus. Ueber einen Fall von schrägnerengten Becken. Arch. f. Gyn. 51.—Schatz. Ueber das enge Becken in Norddeutschland. 1895.—Sternberg. Ueber Diagnose und Therapie der Osteomalacie. Zeitr. f. klin. Med. 1893.—Sperling. Zur Kasuistik der Embolie der Lungenarterie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 27.—Skutsch. Die Beckenmessung an der lebenden Frau. 1887.—Stern. 2 Fälle von Kastration bei Osteomalacie. M. med. W. 1893.—Sielmann. Die Application der Axenzugzange und der Wendung bei den engen Becken. 1888.—Treib. Extirpatio uteri im Wochenbett. C. Bl. f. Gyn.—Tauffer. Osteomalacie. Fromm. Ber. 1895.—Tucker. Deformed coccyx causing dystoria. Am. j. of obst. 1895.—Tauffer. Ueber Osteomalakie. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Черепанинъ. 122 observations sur les bassins retrécis obliques. 1893.—Чистовичъ. Ueber neue Osteomalakietheorie des Dr. Petrone. B. kl. W. 1893.—Ulrik. Subcutanes Emphysem. Fromm. Ber. 1895.—Varnier. Peut on dilater le bassin sans l'opération? Ann. de gyn. 1894.—Velits. Ueber die Heilung der

Osteomalacie. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 23.—Walcher. Die Erweiterungsfähigkeit der Conjugata eines engen Beckens. C. Bl. f. Gyn. 1891.—Weisz. Besserung der Osteomalacie nach Gebrauche der Schwefelthermen. Frommel's. Ber. 1894.—Wegschneider. Ein Kyphotischquerverengter Becken. Arch. f. Gyn. 42. — Walther. Beiträge zur Kenntniss des trichterförmigen Becken. 1896 —Штольцъ. Вызываніе родовъ при наиболѣе обыкновенныхъ формахъ суженныхъ тазовъ. Журн. акуш. и жен. бол. 1892.

6. Ненормальности и аномалии матки, а также другихъ половыхъ органовъ, осложняющія роды.

Auvard. Cancer uterin. Grossesse, rupture uterine, mort. Ann. de Gyn. 1889. — Ahlfeld. Ueber Geburten bei nahezu verschlossenen Vagina oder resistenten Hymen. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 1891.—Abers-Schönberg. Ein Fall vom Uterusruptur durch kongenitaler Dislokation der linken Niere. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Alterthum. Vaginale Exstirpation eines Carcinomata uterus aus der VI Schwangerschaftsmonat. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Abegg. Dermoidcyste eines Eierstocks als Geburts Hinderniss. Fest. der. 50 Jub. der Berl. geb. Ges. 1894.—Acconci. Ueber Uteruskontraction und Wehenschwäche. Jahrb. Fortr. der Geb. 1891.—Branox. Narbiger Verschluss der Scheide bei einer II para. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Braun. Vereiterung eines Myoms in der Gravidität. C. Bl. f. Gyn. 1894. — Biermer. Ein Fall von Erukulation eines interstitiellen Myoms bei bestehender Schwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1897.—K. Braun. Sectio caesarea wegen uterus bicornis. Pr. der geb. Ges. zu Wien. 1895.—Blanc. De la rigidité syphilitique du col comme cause de dystocie. Arch. de toc. 1891.—Clopät. (Peppingsköld) Einige Fälle von Stricture der Scheide als Geburtshinderniss. Jahr. Fortr. der Geb. in 1893.—Chrobak. Eingeklemmtes Dermoid als die Geburtshinderniss. Pr. geb. Ges. zu Wien. 1894.—Dührssen. Ueber die Bedeutung der mechanischen Dilatation des Muttermundes. C. Bl. f. Gyn. 1893.—Etienne. Du gonflement de la lévre antérieure du col uterin. Arch. de toc. 1892.—Flaischlen. Dermoid als Geburtshinderniss. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 26.—Felsenreich. Dystocie durch eine parametranne und peritoneale Scheide. W. med. W. 1889.—Farino. Persistence de la membran hymenal et l'incision au moment de l'accouchement. Gaz. de Gyn. 1887.—Fehling. Ueber die Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane. D. med. W. 1888. — Goldberg. Acquirirte ringförmige Stricture der Scheide als Geburtshinderniss. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Gelstrom. Forfall einer Dermoidcyste per rectum während der Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1889.—Güder. Ueber Geschwülste der Vagina als Schwangerschaft—und Geburtskomplikationen. 1889. — Hohl. Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. f. Gyn. 52.—Hofmeier. Ueber den Einfluss der Fibromyome der Uterus auf die Konzeption, Schwangerschaft und Geburt. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 30. —Hogan. Fibroidtumor of the uterus. Am. obst. j. 1893. —Holzapfel. Retroflexio der nicht graviden Hälte eines Uterus didelphys als Geburtshinderniss. C. Bl. f. Gyn. 1893.—Hirst. Vaginal enterocele in pregnancy and labor. Ann. obst. j. 1893.—Holowko. Eine seltene Todesursache bei einer Kreissender. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1891.—Holländer. Ueber die vom Mastdarm ausgehenden Geburtsstörungen. Arch. f. Gyn. 44.—Iakesch. Partus bei Uterus duplex subseptus bicolis cum vagina duplici. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Isset. The treatment of myomata of the uterus complicating pregnancy. The Brit. med. journ. 1894.—Jentzen. Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice uterin. Arch. de tocol. 1890.—Kirchheimer. Zur operativen Behandlung der Myome der Gebärmutter in der Schwangerschaft und Geburt. 1895.—Knoch. Ueber die Berechtigung der seitlichen Incisionen der Cervix bei unvollkommen eröffnetem Muttermund. 1888.—Krukenberg. Ueber Dührssen's tiefe Cervix und Scheiden-Damm-Einschnitte. Arch. f. Gyn. 42.—Kessler. Ueber die Behandlung der Geburt bei vollständigem Verschluss der Vagina. B. kl. W. 1887.—Leinzinger. Ein Fall von Konzeption nach curettirten Cervix-Carcinom. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Landau. Zur Behandlung durch Myome komplizirten Schwangerschaft

und Geburt. V. kl. Vor.—Кочурова. Fistula vesico-vaginalis отъ родовъ вслѣдствіе мочевого камня. Журн. акуш. и жен. бол. 1892.—Mäurer. Neue Methode der Eröffnung des Muttermundes bei der Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1887.—Mainzer. Die doppelseitige Ovariectomie bei Schwangeren. M. Med. W. 1895.—Meyer. Schwangerschaft und Eierstockcyste. Frommel's. Ber. 1894.—Maygrier. Insertion du placenta dans une corne utérine. N. Arch. d'obst. 1895.—Mey. Carcinoma uteri gravidi. Fromm. Ber. 1895.—Mann. Zerfall von Uterusfibroiden nach Abort und Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Mitchell. Rigidity of the os uteri. Am. obst. j. 1893.—Meyer. C. Die Uterusfibroide in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett. 1887.—Оттъ. Къ терапіи рака матки во время беременности. Ж. ак. и ж. бол. 1894.—Орловъ. Случай кольцевиднаго суженія влагалища въ нижней трети вслѣдствіе родовъ. Врачъ. 1897.—Ostermayer. Dermoidcyste als Geburtshinderniss. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Picot. Missbildungen des Uterus und der Scheide von geburtshilflichen Standpunct. 1891.—Schönberg. Ueber den Einfluss der Stenosen des Genitalkanals auf die Geburt unter besonderer Berücksichtigung der Aetiologie. 1889.—Rosenfeld. Grosser Blasenstein in der Gravidität. Sectio alta. M. med. W. 1896.—Runge. Extirpation eines Beckentumors in der Gravidität. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Scutsch. Ueber Incisionen und Blutungen der Cervix uteri bei Geburten. 1887.—Славянский. Случай родовъ при цѣлости дѣвственной плевы. Журн. акуш. и жен. бол. 1887.—Сутугинъ. Къ вопросу о терапіи беременности, осложненной фиброидами, суживающими малый тазъ. Врачъ. 1892.—Theilhaber. Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und Geburt. Arch. f. Gyn. 47.—Томсонъ. Къ вопросу консервативной миоматомии при беременности. Ж. ак. и ж. бол. 1897.—Tautfer. Durch einen Uterus didelphys erschwerte Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1888.—Vinay. Mort subite chez les accouchées. Arch. de toc. 1893.—Wheeler. Dystocia from rigidity of the cervix and its management. C. Bl. f. Gyn. 1887.—Watson. Rigidity of the os uteri, incisions. Brit. med. J. 1890.—Wallich. Etude sur la rigidité dite anatomique du col de l'uterus pendant le travail. Ann. de gyn. 1893.—Wertheim. Ovarialtumor als die Geburtshinderniss. Pr. geb. Ges. zu Wien. 1894.—Zweifel. Totalexstirpation der carcinomatösen Gebärmutter in 6 Monat der Schwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1889.

7. Нарушеніе цѣлости родовыхъ путей, разрывы и выворотъ матки во время родовъ.

Bode. Ueber Ruptura Uteri inter partum. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Breisky. Beobachtung frischer Inversio uteri post partum. Wien. med. kl. 9.—Braun. Ueber Uterusruptur. 1894.—Braun. Ueber Symphisenlockerung und Symphisenruptur. Arch. f. Gyn. 47.—Baudry. Rupture de la cloison rectovaginale pendant accouchement. Ann. de Gyn. 42.—Braun, G. Ueber habituelle Inversio uteri in der Nachgeburtsperiode. W. kl. W. 1889.—Beckman. Zur Aetiologie der Inversio uteri post partum. Zeitr. für Geb. und Gyn. 31.—Brossard. Etude sur le traitement des ruptures de l'uterus. 1890.—Mc. Coy. Acute puerperal inversion of the uterus. Am. obst. j. 1890.—Холмогоровъ. Разрывъ лоннаго соединенія во время родовъ. Врачъ. Холмогоровъ. Zur Behandlung der kompletен Uterusruptur. Zeitr. f. Geb. und Gyn 31.—Deutsch. Geburtsverlauf bei einer vor 4 Jahren nach traumatischer Uterusruptur Laparatomirten. Centr. f. Gyn. 1889.—Давыдовъ. Объ измѣненіи эластической ткани матки при самопроизвольныхъ разрывахъ ея во время беременности и родовъ. Ж. ак. и ж. бол. 1895.—Diepen. Ruptura uteri durante partu. 1894.—Dohrn. Ein Fall geheilter Uterusruptur. 1894.—Duncan, W. Remarks on the accident which not infrequently occur to parturient woman. Lancet. 1887.—Delcroix. Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchement. 1891.—Doormann. Die Behandlung der Ruptura uteri. Jahr. Forr. der Geb. 1893.—Fehling. Ueber Uterusruptur. S. kl. Vort. 1892.—Freund. Die Mechanik und Therapie der Uterus und Scheidengewölbrisse. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 23.—Fritsch. Die Uterusruptur in foro. D. med. W. 1891.—Freund. Neue Befunde bei Zerreiſsung der Gebäremut-

ter und des Scheidengewölbes. Frommel's. Ber. 1894.—Freund. Ein Fall von Gebärmutter und Scheidenzerreuzung bei Hydramios. D. med. W. 1896.—Fritsch u. Sängler. Die Behandlung der Uterusruptur. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Graham. A fatal case of complete inversion of the uterus during labour. Lancet. 1890.—Gessner. 2 Falle von spontaner Uterusruptur. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Herff. Zur Mechanik der Inversio uteri puerperalis. M. med. W. 1895.—Hirst. Detachment and explosion of the vaginal portion of the cervix during labour. Med. news. 1890. — Johanowsky. Zur Therapie der Uterusruptur. Pr. med. W. 1894. — Koblanck. Beitrag zur Lehre von der Uterusrupture. 1895.—Klautsch. Haematoma vulvae et vaginae post partum. M. med. W. 1896.—Львовъ. Къ этиологии и терапиі разрывовъ свода влагалища во время родовъ. Врачъ. 1891.—Јециуъ. Случай кругового открыванія port. vaginalis во время родовъ. Журн. акуш. и жен. бол. 1892.—Laviot. Inversion utérine de la délivrance. Ann. de gyn. 1890.—Mars. Fall von Umstuelung und Vorfall der Harnblase durch die Harnröhre in der Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1890. —Macé. Deux cas de la mort subite pendant l'accouchement à cause de la maladie du coeur. Gar. heb. 1896.—Mann. Perforation of the uterus. C. Bl. f. Gyn. 1896. — Merz. Zur Behandlung der Uterusruptur. Arch. f. Gyn. 45.—Porak. De l'inversion utérine. Arch. de toc. 1892.—Piskacék. Beiträge zur Therapie und Kasuistik der Uterusrupturen. S. kl. Vor. 1889. — Петкевичъ. Разрывъ матки во время беременности. Журн. акуш. и жен. бол. 1896.—Рейнъ. Разрывъ матки во время родовъ. Врачъ. 1896. — Reusing. Ein Fall von traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Сицинскій. Къ казуистикѣ центральныхъ разрывовъ промежности. Ж. ак. и ж. бол. 1895. — Сутугинъ. Zur Frage der inneren Blutung während der Schwangerschaft. Zeitr. f. Geb. und. Gyn. 1892.—Schwartz. Uterusrupturen herbeigerufen durch äussere Gewaltanwendung. C. Bl. f. Gyn. 1892.—Swayne. Cases of ruptured uterus. Tr. obst. L. soc. 1887.—Schultz. Aetiologie und Therapie der Ruptura uteri. C. Bl. f. Gyn. 1891.—Stadfeld. Die suprafasciaeren Beckenhaematome waehrend Geburt und Wochenbett. 1894.—Weissenberg. Inversio uteri nach Abort. Rasche und spontane Reduction durch Tamponade. Frauenarzt. 1889.—Weil. Spontanruptur des graviden Hornes bei Uterus bicornis im 9 Schwangerschaftsmonate mit tödlichen Ausgang. C. B. f. Gyn. 1896.—Vallois. Observations d'inversion complète de l'uterus après l'accouchement. Arch. de toc. 21.—Walker. Inversio uteri Lanc. 1896.—Wasten. Ruptura uteri. subpartu. Журн. акуш. и жен. бол. 1892.—Wander. Gebärmutterruptur, Operation mit Amputation eines Darmstückes. C. Bl. f. Gyn. 1891.—Walcher. Ueber Uterusruptur. C. Bl. f. Gyn. 1890.—Wilson. Rupture of uterus. Brit. med. J. 1887.

8. ЭКЛАМПСІЯ.

Arnaud. Traitement préventif de l'éclampsie puerpérale par le chloral longtemps continué. Gaz. des hop. 1891.—M. Allister. Puerperale Eklampsie. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Bidder. Ueber 455 Falle von Eklampsie aus der St.-Pet. Gebäranstalt. Arch. f. Gyn. 44.—Bidder. Ueber alte Erstgebärende. 1894. — Bouffe. Des lésions anatomiques que l'on trouve dans l'autointoxication gravidique à forme convulsion. Ann. de gyn. 1893. — Баскинъ. О влияніи оперативнаго вмѣшательства при эклампсіи во время родовъ. Русск. Мед. 1893.—Butte. De l'urée du sang dans l'éclampsie. Ann. de pol. 1893.—Blanc. Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclampsiques. Arch. de toc. 1889.—Blanc. Pathogénie de l'éclampsie. Arch. de toc. 1890.—Chambrelet. Toxicité de sérum maternel et foetal dans un cas d'éclampsie puerpérale. Frommel's. Ber. 1894. — Charpentier. Sur le traitement de l'éclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1893.—Chambrelet. Recherches expérimentales et bactériologiques sur trois cas de l'éclampsie puerpérale. Ann. de Gyn. 1893.—Dührssen. Ueber Eklampsie. Arch. f. Gyn. 42.—Döderlein. Zur Therapie der Eklampsie. M. med. W. 1894.—Deshayes. Injections du chloral sous-cutanées dans les convulsions puerpérales. Ann. de gyn. 1892. Feustel. Beiträge zur

Pathologie und Therapie der puerp. Eclampsie. 1888.—Féré. Sur le traitement de l'éclampsie. N. arch. d'obst. 1894.—Gerder. Zur Aetiologie der Puerperaleclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1892.—Goldberg. Beiträge zur Eclampsie auf Grund von 81 Fällen. Arch. f. Gyn. 41. — Hanemann. Zwei Fälle puerperaler Eclampsie bei Zwillingschwernern. M. Med. W. 1896.—Holmer. Puerperal convulsions cerulivus. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Haegler. Zur Frage Eclampsiebacillus. C. Bl. f. Gyn. 1889.—Halberstma. Operative Behandlung bei Eclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1891.—Губаревъ. Ueber die Behandlung der Eclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Jones. Eclampsia puerperalis. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Krönig. Zur Behandlung der Eclampsie. C. Bl. für Gyn. 1894.—Knapp. Klinische Beobachtungen ueber Eclampsie. 1896.—Kollmann. Zur Aetiologie und Therapie der Eclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1897. — Löhlein. Häufigkeit, Prognose und Therapie der puerperalen Eclampsie. Gyn. Tag. 2.—Lantos. Beiträge Zur Lehre von der Eclampsie und Albuminurie. Arch. f. Gyn. 32.—Lehmann. Beitrag zur Lehre von der Eclampsie. 1894. — Ludwig und Savor. Studien zur Pathogenese der Eclampsie. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1.—Lewitt. Note on the treatment of puerperaleclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1887.—Массень. Патогенезъ эклимпсиа. Журн. акуш. и жен. бол. 1893. — Никифоровъ. Къ вопросу объ эклимпсиа при родахъ. Мед. Обоз. 1893.—Olshausen. Ueber Eclampsie. S. kl. Vor. 39.—Olshausen. Beitrag zu der puerperalen Psychosen. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 21. — Павпертовъ. Эклимпсиа у роженницъ и родильницъ. Журн. акуш. и жен. бол. 1891.—Pels Leusden. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Puerperaleclampsie. Virch. Arch. 142.—Pliqué. Thérapie de l'éclampsie. Pr. med. 1893.—Pruth. Ueber das anatomische Verhalten der Nieren bei der puerperale Eclampsie. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 23.—Pilliet. Eclampsie. Lesions du foie et des reins. Ann. de gyn. 38.—Pilliet. La sinus hépatique dans l'éclampsie puerperale. N. arch. d'obst. 1888.—Reamy. The treatment of puerperal eclampsia. Fromm. Ber. 1895. Schmorl. Pathologisch-anatomische Befunde bei Eclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1891. — Schreiber. Ein Beitrag zur Statistik der Eclampsie. Arch. f. Gyn. 51.—Schmid. Eclampsie bei Mütter und Kind. C. Bl. f. Gyn. 1897. — Schwab. Un cas de hemiplegie après coma eclampticum. Gaz. hebdom. 1896. — Соловьевъ. Случай излечения эклимпсиа кровопусканиемъ. Журн. акуш. и жен. бол. 1891.—Stumpf. Beiträge zur Symptomatologie und Behandlung der puerperalen Eclampsie. M. med. W. 1887. — Schwab. Des hémorrhagies dans le foie et dans l'encephale après l'éclampsie. Ann. de gyn. 1895.—Thweedy. Eclampsie and her treatment. D. med. J. 1896.—Vicarelli. Hyaline Thrombose in der Gehirngefäßen bei Eclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Woyer. Ein Fall von Eclampsie bei Mütter und Kind. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Zweifel. Zur Behandlung der Eclampsie. C. Bl. f. Gyn. 1895.

ОТДѢЛЪ Ш.

Патологія и терапія послѣродоваго періода.

Глава 1.

Общая свѣдѣнія о послѣродовыхъ болѣзняхъ.

Родильницы могутъ подвергаться самымъ разнообразнымъ заболѣваніямъ. Однѣ изъ этихъ патологическихъ разстройствъ представляютъ болѣзни случайныя, другія находятся въ непосредственной связи съ родами и послѣродовымъ состояніемъ. Послѣродовыя заболѣванія въ большинствѣ случаевъ имѣютъ заразный характеръ. Ихъ можно раздѣлить на двѣ большія группы—А) *болѣзни, начинающіяся*, за крайне рѣдкими исключеніями, *въ половыхъ органахъ*, — собственно послѣродовыя заболѣванія въ тѣсномъ смыслѣ, и В) *болѣзни случайныя*, поражающія весь организмъ или отдѣльные органы родильницы.

Этіологія. Относительно происхожденія послѣродовыхъ болѣзней въ разные времена возникали различныя теоріи, которыя не имѣя подъ собою твердой почвы, оказывались несостоятельными; почему предлагаемыя на основаніи ихъ мѣры для пресѣченія заразныхъ заболѣваній, и способы лѣченія этихъ болѣзней долгое время оставались бесполезными. На основаніи своихъ наблюденій, Semmelweis еще въ 1847 году доказалъ инфекціонное происхожденіе и сильную заразительность родильной горячки. Самопроизвольно заразныя послѣродовыя заболѣванія развиваются только въ рѣдкихъ случаяхъ. За немногими исключеніями, инфекція передается во время родовъ почти всегда посредствомъ переноса заразы въ половые органы женщины рукою врача, акушерки или самой родильницы, а также инструментами, бѣльемъ и водою; иногда при посредствѣ зараженнаго воздуха помѣщенія. Гораздо рѣже это случается во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ.

Начиная съ 1880 года, между акушерами почти не осталось врачей, которые не были бы убѣждены, что заразныя послѣродовыя заболѣванія возникаютъ чрезъ занесеніе особыхъ патогенныхъ микроорганизмовъ, а иногда гнилостныхъ грибовъ, сапрофитовъ. Первые вы-

зываютъ наиболѣе опасныя септическія и пѣмическія послѣродовыя заболѣванія, не рѣдко общаго характера, такъ называемыя родильныя горячки. Сапрофиты же причиняютъ обыкновенно мѣстныя болѣзни въ половомъ аппаратѣ родильницы и только въ исключительныхъ случаяхъ общія заболѣванія организма. Изъ числа патогенныхъ микробовъ, причиняющихъ послѣродовыя заболѣванія, наичаще въ послѣродовомъ отдѣленіи находятъ *streptococcus pyog.*, рѣже различные виды *staphylococcus pyog.* довольно часто также встрѣчается *gonococcus Neisser'a*. Во многихъ случаяхъ находятся только анаэробные сапрофиты, въ особенности *bact. coli comm.*

Въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчаются *bacillus oedematis maligni*, *bac. pyocyaneus*, *diplococcus pneum.* и др. Въ пораженныхъ тканяхъ, въ экссудатахъ и въ крови наичаще при тяжелыхъ формахъ находили *streptoc. pyog.*



Фиг. 209. *Streptococcus pyog.* изъ секрета матки заболѣвшей родильницы; мѣстами видны палочки сапрофитовъ.



Фиг. 210. *Staphylococcus pyog.*

Fehling полагаетъ что самопроизвольное зараженіе наблюдается только у 5—10% заболѣвшихъ. Kaltenbach и Ahlfeld также признаютъ возможность этого явленія. Болѣе сдержанно высказываются Leopold, Fritsch и др. Leopold изъ 510 роженицъ, которыя воегъ не были изслѣдованы, у 9 наблюдавъ тяжелыя послѣродовыя заболѣванія. Kaempfer видѣлъ случай септицеміи съ детальнымъ исходомъ у родильницы, при подобныхъ же условіяхъ.

Возможность самозараженія въ послѣродовомъ періодѣ нѣкоторыя акушеры желали объяснить присутствіемъ патогенныхъ микробовъ во влагалищѣ беременныхъ. Точныя изслѣдованія Строганова, Krönig'a, Menge, Döderlein'a, Goenner'a и другихъ показали, что здѣсь преимущественно находятся анаэробные микроорганизмы; патогенные же грибки встрѣчаются сравнительно рѣдко. Döderlein придаетъ важное значеніе кислой реакціи влагалищнаго отдѣленія, которое, подобно секрету маточной шейки, оказываетъ вредоносное вліяніе на патогенныя бактеріи. Тѣмъ не менѣе такой секретъ не вполне защищаетъ отъ послѣродовыхъ заболѣваній. Burkhart изслѣдовалъ 116 беременныхъ, изъ коихъ 59% имѣли нормальное и 27% патологическое отдѣленіе изъ влагалища, въ числѣ ихъ почти 60% были съ гонококками. Болѣе $\frac{2}{3}$ заболѣвшихъ послѣ родовъ принадлежали къ числу имѣвшихъ ненормальный секретъ влагалища. Не слѣдуетъ забывать, что на наружныхъ половыхъ органахъ беременной часто находятся патогенныя микробы, которые женщина легко можетъ перенести на стѣнки влагалища. Изслѣдованія Winter'a, Walthard'a и Масловскаго, наблюдавшихъ часто *streptoc. et staphyloc. pyog.* въ секретѣ влагалища здоровыхъ беременныхъ, находятся въ противорѣчій съ результатами изслѣдованій другихъ гинекологовъ, что объясняется отчасти неодинаковыми приемами изслѣдованія.

По изслѣдованіямъ Черневскаго, Строганова, Döderlein'a, Menge, Krönig'a, Отта и др. у здоровыхъ родильницъ отдѣленіе изъ матки бесплодно, за рѣдкими исключеніями. Черневскій на 57 случаевъ здоровыхъ родильницъ только 1 разъ нашелъ микробы въ маточномъ секретѣ, Döderlein изъ 30 случаевъ 3 раза, Franqué въ 10 случаяхъ 2 раза. Напротивъ lochia во влагалищѣ, въ особенности съ 3—4 дня послѣ родовъ, содержатъ массу микробовъ, преимущественно анаэробныхъ, хотя также встрѣчаются патогенные даже у здоровыхъ родильницъ. Въ первую недѣлю послѣродовое отдѣленіе повидимому не обнаруживаетъ вреднаго вліянія на микробы.

У родильницъ, подвергшихся гнилостнымъ и септическимъ послѣродовымъ заболѣваніямъ, присутствіе въ лохіяхъ потогенныхъ микробовъ представляетъ обычное явленіе. Черневскій у такихъ больныхъ видѣлъ 35 разъ streptoc. pyog., 13 разъ совместно съ другими микробами; въ 24 случаяхъ микробовъ не было найдено. Menge и Krönig въ 19% послѣродовыхъ заболѣваній встрѣчали streptoc. pyogenes, въ 11% былъ найденъ gonococcus Neisser'a, но въ особенности часто встрѣчались анаэробные микробы. Franqué, изслѣдовавшій 11 заболѣвшихъ, въ 3 случаяхъ нашелъ маточный секретъ стерильнымъ. Hahn на трупахъ умершихъ отъ родильной горячки въ экссудатѣ находилъ streptoc., иногда вмѣстѣ съ staphyloc. Petruschky въ 14 тяжелыхъ заболѣваніяхъ 9 разъ нашелъ патогенные микробы въ крови. Czemetschka описалъ случай послѣродоваго заболѣванія съ летальнымъ исходомъ отъ зараженія diplococcus pneum., а Eisenhardt наблюдалъ подобный же исходъ вслѣдствіе зараженія bact. coli comm.

Различныя формы и неодинаковая степень злокачественности послѣродовыхъ заболѣваній обуславливаются зараженіемъ родовыхъ путей различными видами микробовъ и неодинаковою вредоносностью одного и того же вида микроорганизмовъ. Не остается безъ вліянія на ходъ болѣзни, повидимому, также одновременное зараженіе нѣсколькими видами микробовъ. Кромѣ того далеко не всѣ родильницы обнаруживаютъ одинаковое расположеніе къ заразнымъ заболѣваніямъ. Уже стариннымъ акушерамъ было извѣстно, что роженицы, перенесшія тяжелые продолжительные роды, въ особенности сопровождавшіеся поврежденіемъ родовыхъ путей, заболѣваютъ чаще другихъ. Въ настоящее время при антисептикѣ такая склонность утратилась въ значительной степени. То же можно сказать относительно предрасположенія перворождающихъ сравнительно съ многорождающими. Съ другой стороны даже теперь обнаруживаютъ особенное расположеніе къ септическимъ и сапремическимъ заболѣваніямъ родильницы, потерявшія при родахъ много крови; равнымъ образомъ родильницы, у которыхъ въ маткѣ бывають задержаны значительные куски оболочекъ или части дѣтскаго мѣста. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣродовое заболѣваніе обуславливается гонорройнымъ воспаленіемъ родоваго канала, въ особенности при зараженіи беременныхъ. Сильныя душевныя потрясенія и приступы остраго кишечнаго катарра также могутъ вызвать появленіе послѣродовыхъ заболѣваній.

По мнѣнію Dogin'a въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже во время беременности возникаетъ расположеніе къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, вслѣдствіе самопроизвольнаго отравленія организма. Voхall нашелъ, что въ родильныхъ домахъ даже въ настоящее время больше умираетъ родильницъ отъ септицеміи зимою, нежели лѣтомъ.

Случаи переноса врачомъ родильной горячки случаются нерѣдко и въ настоящее

время. Braxton Hicks и MacLagen недавно описали подобные случаи. Douen наблюдалъ у родильницы заболѣваніе, которое причинила сидѣлка, имѣвшая рожистый процессъ.

Течение родовъ иногда не остается безъ вліянія и въ настоящее время на состояніе родильницы. Ahlfeld нашелъ, что чаще другихъ заболѣваютъ родильницы, которыя подвергались повторному изслѣдованію, и которыхъ роды были ненормальны. По изслѣдованіямъ Stern'a, на 150 случаевъ послѣродовыхъ заболѣваній, 27% выпадаетъ на долю тяжелыхъ родовъ у перворожающихъ, въ 58% были наблюдаемы спазматическія сокращенія матки, въ 37% узкій тазъ, въ 66% были произведены акушерскія операціи, и въ 46% отмѣчены продолжительные роды. Свѣнцицкій на 247 случаевъ рожденія мацерированнаго плода нашелъ въ 57 случаяхъ ненормальное течение послѣродового періода. Saft также убѣдился, что большинство послѣродовыхъ заболѣваній возникаетъ наичаще послѣ родовъ, требовавшихъ оперативнаго пособія. Лихорадка во время родовъ, которая въ настоящее время наблюдается сравнительно рѣдко, часто оказываетъ вредное вліяніе на течение послѣродового періода; дѣти умираютъ въ половинѣ случаевъ еще во время родовъ, и лихорадочное состояніе нерѣдко продолжается въ послѣродовомъ періодѣ. Часто также послѣродовыя заболѣванія развиваются послѣ tympanites uteri. Вредное вліяніе гонорреи беременныхъ на течение послѣродового періода дознаю давно клиническими наблюденіями. По наблюденіямъ Ahlfeld'a, изъ 17 такихъ больныхъ только у 3 послѣродовой періодъ протекалъ безъ лихорадки. Не много найдется врачей, которые подобно Kroeber'у сомнѣваются въ такомъ воздѣйствіи гонорреи.

Fehling также допускаетъ возможность развитія тяжелыхъ даже эпидемическихъ послѣродовыхъ заболѣваній, вслѣдствіе вліянія испорченнаго воздуха помѣщенія. При подобныхъ условіяхъ нельзя отрицать воспріятія инфекціи легкими.

Общая патологія послѣродовыхъ заболѣваній. При легкихъ заболѣваніяхъ наичаще находили только сапрофиты, сидящіе на поверхности въ какой либо части родового канала. Иногда впрочемъ встрѣчаются и патогенные микробы, которые также, не смотря на быстрое размноженіе, не проникаютъ въ такихъ случаяхъ въ глубину ткани, а остаются въ слизистой оболочкѣ. При такихъ условіяхъ возникаютъ наиболѣ легкія мѣстные заболѣванія—sarpaemia, иначе febris resorptionis, ulcus puerperalis, endocolpitis et endometritis supp. Эти заболѣванія продолжаютъ не долго и рѣдко переходятъ въ болѣе тяжелыя формы.

При болѣе серьезныхъ зараженіяхъ, пока патологическій процессъ сохраняетъ мѣстный характеръ, патогенные микробы, проникая въ глубь ткани, вызываютъ своимъ присутствіемъ воспалительную реакцію и образованіе экссудата, что затрудняетъ переходъ ихъ въ кровь, и не допускаетъ переноса заразы въ другіе органы. Такимъ образомъ организмъ больной предохраняется отъ общаго зараженія, отъ котораго онъ находитъ защиту въ мѣстной воспалительной реакціи.

Такія явленія мы наблюдаемъ при metritis, parametritis et pelveoperitonitis puerp. и въ исключительныхъ случаяхъ даже peritonitis difusa въ послѣродовомъ періодѣ. При всѣхъ этихъ формахъ заболѣваніе удерживаетъ на всегда или на время мѣстный характеръ.

Однако даже при такихъ условіяхъ быстро размножившіеся микробы и вырабатываемые ими токсины производятъ значительныя измѣненія въ пораженныхъ частяхъ. Одновременно въ кровь переходятъ въ боль-

шемъ или меньшемъ количествѣ продукты жизнедѣятельности микробовъ, ядовитые токсины и птомаины, вызывая лихорадку, общее недомоганіе и различныя тяжелья явленія. Если количество поступающихъ въ кровь ядовитыхъ веществъ невелико, она не утрачиваетъ способности убивать микробы. Однако такое спасительное свойство можетъ ослабѣть или уничтожиться, если заболѣваніе продолжается долгое время, и организмъ родильницы значительно истощается. Такимъ образомъ можно объяснить иногда наблюдаемые переходы мѣстныхъ процессовъ въ общее септическое или пѣмическое заболѣваніе и переносы инфекции въ различныя органы.

Общія заразные заболѣванія родильницъ, извѣстныя подъ именемъ послѣродовой септицеміи, пѣміи и смѣшанной формы, *septicaemia, pyaemia et septicopyaemia puerperalis*, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, хотя не всегда, представляютъ въ началѣ также мѣстныя пораженія полового аппарата женщины, откуда патогенные микробы и продуцируемыя ими ядовитыя вещества безпрепятственно поступаютъ въ кровь чрезъ посредство лимфатическихъ или кровеносныхъ сосудовъ. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ предположить, что особенная злокачественность микробовъ и быстрота ихъ размноженія преодолеваютъ преграды, представляемыя мѣстными воспалительными процессами, которые къ тому же бываютъ при такихъ условіяхъ иногда слабо выражены. Производимыя микробами токсины и птомаины, поступая въ значительной массѣ въ кровь, уменьшаютъ жизненную энергію тканевыхъ элементовъ и отравляютъ весь организмъ, въ которомъ микробы получаютъ при такихъ условіяхъ возможность безпрепятственно размножаться, что обыкновенно влечетъ за собою смерть больной.

Профилактика. Для предупрежденія появленія заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, врачъ и акушерка должны строго соблюдать правила обеззараживанія, которыя нами изложены подробно въ физиологическомъ отдѣлѣ акушерства. По нашему мнѣнію, подтвержденному долготѣннымъ опытомъ, въ клиникѣ для сохраненія здоровья родильницъ необходимо примѣнить во время родовъ теплыя обеззараживающія впрыскиванія во влагалище, изъ коихъ наиболѣе дѣйствительное представляетъ слабый растворъ сулемы, 0,02—0,03%, чтобы противодѣйствовать заразѣ, которую иногда могутъ занести въ родовой каналъ практиканты и акушерскія ученицы.

Tarnier, Kaltenbach, Plaifair, Hofmeier и другіе акушеры завѣдующіе родовспомогательными учебными учрежденіями, также съ успѣхомъ примѣняли во время родовъ обеззараживающія впрыскиванія. Вообще не слѣдуетъ въ акушерствѣ увлекаться асептикой и довольствоваться одною только субъективною дезинфекціей. Немаловажное значеніе имѣетъ строгое соблюденіе правила, чтобы врачъ, сильно загрязнившій свои руки и одежду при анатомическихъ занятіяхъ и при пользованіи заразныхъ больныхъ, воздерживался 1—3 дня отъ акушерской практики. Sarwey и Hertmann снова обращаютъ на это вниманіе акушеровъ.

Статистическія данныя. Съ тѣхъ поръ, какъ антисептика получила широкое примѣненіе въ акушерской практикѣ, смертность, а также

заболѣваемость среди родильницъ чрезвычайно уменьшилась. Число смертныхъ случаевъ въ акушерскихъ клиникахъ и родильныхъ домахъ въ настоящее время почти сравнялось съ послѣродовою смертностью населенія; она не превышаетъ 0,7—0,8%. Заболѣваемость въ клиникахъ колеблется между 5—20%.

Къ сожалѣнію антисептика на заболѣваемость и смертность послѣ родовъ въ частной практикѣ не вездѣ оказала такое благоприятное вліяніе, какое наблюдается въ родильныхъ учрежденіяхъ. До сихъ поръ въ Западной Европѣ смертность мѣстами остается прежняя или мало уменьшившаяся, всего до 0,6—0,5%. Здѣсь въ г. Харьковѣ въ настоящее время еще не рѣдки случаи тяжелыхъ септическихъ заболѣваній послѣ родовъ. Еще хуже въ этомъ отношеніи стоитъ дѣло въ небольшихъ городахъ и по деревнямъ, гдѣ уходъ за родильницами и пособія главнымъ образомъ находятся въ рукахъ невѣжественныхъ повитухъ.

Въ русскихъ родильныхъ учрежденіяхъ за 1889 годъ смертность не превышала 0,77%, изъ коихъ на долю септическихъ заболѣваній приходилось всего 0,28%, какъ показали изслѣдованія проф. Славянскаго. Въ клиникахъ въ 1889 году смертность послѣ родовъ доходила до 1,21%, изъ коихъ собственно на долю септическихъ заболѣваній приходилось около 0,43%. Сильно уменьшилась также заболѣваемость въ родильныхъ учрежденіяхъ и клиникахъ, гдѣ въ прежнее время она доходила до 40%, даже 60%. Если считать болною всякую родильницу, у которой спустя сутки или болѣе послѣ окончанія родовъ утромъ обнаружилось повышеніе температуры до 38°C, то въ настоящее время во многихъ нѣмецкихъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ заболѣваемость упала до 15—10%. Въ русскихъ родильныхъ домахъ и акушерскихъ клиникахъ въ 1889 году она опустилась до 14,3%, изъ коихъ почти въ половинѣ случаевъ повышеніе температуры продолжалось не болѣе одного дня. Въ Харьковской акушерской Клиникѣ, не смотря на тѣсное нецѣлесообразное помѣщеніе и большое число учащихъ съ 1890—1895 годъ при 1385 родахъ, число заболѣваній не превышало 5—6%. Другими словами 94—95% родильницъ имѣли вполне нормальный послѣродовый періодъ. Умерло всего 8 родильницъ, что составляетъ 0,57%, изъ коихъ отъ септическихъ заболѣваній погибло только 3 женщины. Есть родильные дома, гдѣ годами не бываетъ смертныхъ случаевъ отъ родильной горячки. Въ Дублинѣ на 2403 родовъ ни одна родильница не погибла отъ этой болѣзни. Но заболѣваемость въ нѣкоторыхъ учрежденіяхъ еще значительна. Въ Мюнхенѣ она достигаетъ 27,7%, въ Дрезденѣ 16%, въ Берлинѣ и Копенгагенѣ 12%.

Въ нѣкоторыхъ странахъ З. Европы наблюдаются, сравнительно съ прежнимъ временемъ, болѣе благополучные исходы родовъ. По Ehlers'у, послѣ примѣненія антисептики въ Берлинѣ смертность упала до 0,33%, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ Англии до 0,39%. Недавно Weichard привелъ чрезвычайно отрадный фактъ—въ 1331 случаѣ родовъ изъ практики различныхъ акушерокъ округа не было ни одного смертнаго случая. Въ противорѣчій съ этими данными находятся изслѣдованія Nogar'a въ Баденѣ, гдѣ будто-бы смертность послѣ родовъ въ послѣдніе годы не уменьшается и доходить до 0,75%.

Распознаваніе различныхъ формъ заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній основывается въ настоящее время на общихъ и мѣстныхъ признакахъ, на измѣненіяхъ, производимыхъ въ половыхъ органахъ и въ цѣломъ организмѣ родильницы дѣйствіемъ инфекціи. Микроскопическое и бактериологическое изслѣдованіе послѣродовыхъ очищеній, ча-

стиць тканей и крови до сихъ поръ еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ не представляетъ достаточныхъ данныхъ для установленія точнаго своевременнаго распознаванія послѣродового заболѣванія, и не всегда допускаетъ достаточно обоснованное предсказаніе. Тѣмъ болѣе, что для точнаго распознаванія вида и свойства микроорганизмовъ иногда необходимо нѣсколько дней.

Часто одного микроскопическаго изслѣдованія недостаточно для опредѣленія вида и свойства микробовъ. Необходимо дѣлать разводки, иногда даже прививки животнымъ, а въ исключительныхъ случаяхъ приходится примѣнять т. наз. сывороточное распознаваніе.

Изслѣдованія Pasteur'a, Doleris, Lomer'a, Kehrer'a и др. показали, что заразные послѣродовыя болѣзни обуславливаются различными микробами, иногда нѣсколькими одновременно. Далѣе одинъ и тотъ же микробъ можетъ проявлять не одинаковую степень злокачественности, которую можно ослабить или усилить, какъ выяснили опыты Fraenkel'a. По изслѣдованіямъ Mixius'a, streptoc. ruog., взятый изъ послѣродовыхъ отдѣленій и привитый животнымъ, обнаруживаетъ неодинаковое вліяніе. Обыкновенно онъ приобретаетъ болѣшую злокачественность въ организмѣ животныхъ. Взятый изъ свѣжихъ нарывовъ, онъ болѣе вредоносенъ, нежели тотъ же микробъ изъ застарѣлыхъ абсцессовъ. Выросшій въ экссудатѣ брюшины, streptoc ruog. гораздо вреднѣе, нежели взятый изъ полости матки. При продолжительномъ пребываніи въ питательной средѣ, этотъ микробъ утрачиваетъ свою злокачественность. Изслѣдованія въ этомъ направленіи Lingelsheim'a показали, что strept. ruog. имѣть даже неодинаковую морфологическую форму. До сихъ поръ точно невыяснено, почему иногда зараженіе, перенесенное отъ тяжко больной родильницы, производитъ иногда легкую форму болѣзни; въ другихъ случаяхъ наблюдается совершенно обратное вліяніе.

Предсказаніе въ началѣ болѣзни установить не легко. Организмъ заболѣвшей роженицы борется съ болѣзнью всѣми находящимися въ его распоряженіи средствами—противобактерійными свойствами своей крови, соковъ и отдѣленій, жизненною функціею своихъ морфологическихъ элементовъ и дѣятельностью своихъ выдѣлительныхъ органовъ. Дѣло врача помочь организму надлежащими средствами въ этой борьбѣ. Здѣсь одновременно возникаетъ столько разнообразныхъ явленій и столько разнообразныхъ вліяній, что врачу часто не легко уловить и сопоставить ихъ, чтобы дать надлежащую оцѣнку состоянію больной. Тѣмъ болѣе, что не всегда можно предвидѣть дальнѣйшее распространеніе процесса. Виттъ справедливо замѣчаетъ, что, при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, оказываетъ вліяніе на организмъ не только инфекция, но также вызванное ею отравленіе, о которомъ мы пока знаемъ очень мало. Многое относительно исхода болѣзни зависитъ также отъ выносливости организма и его индивидуальныхъ особенностей, оцѣнить которыя нелегко и не всегда возможно.

Предпославши эти общія свѣдѣнія о заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, перейдемъ къ изложенію отдѣльныхъ формъ этихъ патологическихъ процессовъ. Принимая во вниманіе ихъ существенныя свойства и особенности, мы можемъ раздѣлить ихъ на 2 группы:

I. Заразные послѣродовыя болѣзни мѣстныхъ, въ которыхъ главное значеніе имѣютъ мѣстные процессы.

II. Заразные послеродовыя болѣзни общаго характера, при которыхъ преобладающее значеніе имѣеть общее заболѣваніе организма родильницы.

А. Послеродовыя заболѣванія, почти всегда начинающіяся въ половыхъ органахъ родильницы.

1. Заразные послеродовыя болѣзни мѣстныя.

Глава 2.

Скоротечная лихорадка послѣ родовъ, мѣстныя заболѣванія наружныхъ половыхъ частей, влагалища и матки.

а. Скоротечная послеродовая лихорадка, febris resorptionis, sargaemia.

Этіологія. Значительная часть легкихъ формъ послеродовыхъ заболѣваній выпадаетъ на долю скоротечной лихорадки. Она обнаруживается иногда уже въ самый день родовъ, большею частію тяжелыхъ, иногда оконченныхъ при посредствѣ акушерской операціи. Заболѣваніе обуславливается, вѣроятно, размноженіемъ микроорганизмовъ, преимущественно саприфитовъ, въ родовомъ каналѣ и всасываніемъ токсиновъ чрезъ небольшія пораненія въ его стѣнкахъ. Отъ тѣхъ же причинъ зависитъ кратковременная лихорадка, появляющаяся на 3 или 4 день послѣ родовъ, которая въ прежнее время была известна подъ именемъ febris lactea и ставилась въ зависимость отъ прилива молока къ грудямъ и ихъ нагрубанія. Budin и Dumont считаютъ возможнымъ также появленіе лихорадки въ послеродовомъ періодѣ, вслѣдствіе самоотравленія организма со стороны кишечнаго канала при запорахъ.

Симптомы и теченіе болѣзни. Наичаще скоротечная лихорадка бываетъ у первородившихъ. Послѣ легкаго познабливанія замѣчается ускореніе пульса, иногда краснота лица и усиленная испарина ночью. Температура рѣдко поднимается выше 38, 5—39°C, при пульсѣ не свыше 80—100 ударовъ въ минуту. Обыкновенно никакихъ жалобъ родильница не заявляетъ, и нерѣдко только одна лихорадка указываетъ на ненормальное состояніе. Лихорадочное состояніе продолжается иногда не болѣе сутокъ, чаще около 2—3 дней. При этомъ животъ представляется мягкимъ, матка хорошо прощупывается и безболѣзненна при дотрогиваніи, послеродовыя очищенія имѣють часто нормальный характеръ, иногда впрочемъ лохія имѣють буроватый цвѣтъ. На губахъ и во входѣ влагалища большею частію измѣненій не замѣчается.

Распознаваніе вполне точное въ началѣ болѣзни часто установить

невозможно. Одинаковымъ образомъ могутъ начинаться другія болѣе тяжелыя формы послѣродовыхъ заболѣваній. При микроскопическомъ изслѣдованіи послѣродового отдѣленія, находятъ гнилостные микробы, иногда *staphylococcus pyog. aureus*.

Лѣченіе. Коль скоро родильница захворала, обязательно слѣдуетъ назначить теплыя впрыскиванія во влагалище 1% раствора карболовой кислоты три раза въ день, въ количествѣ одного литра. Наружныя половыя части нужно обмывать чаще обыкновеннаго 0,5%₀₀ растворомъ сулемы. Если лихорадка появилась спустя нѣсколько дней послѣ родовъ, вполне уместно назначеніе *ol. ricini* или *citrat. magnes.* и *patri sulphur. pur.* для слабительнаго дѣйствія.

b. Послѣродовыя язвы и воспаленіе влагалища, *ulcera puerperalia, vulvitis et colpitis puerperalis. Colpitis traumatica.*

Свойство болѣзни. Въ тѣ самые дни, когда наиболѣе проявляется *febris resorptionis*, у родильницы обнаруживается иногда болѣе серьезное заболѣваніе—*ulcera puerperalia*. Изъязвленія наиболѣе появляются въ ладьевидной ямкѣ, на внутренней поверхности малыхъ губъ, возлѣ наружнаго мочевого отверстія, во входѣ и на нижней части влагалища, рѣже въ среднемъ или верхнемъ отдѣлѣ рукава. Однимъ словомъ на всѣхъ мѣстахъ, гдѣ наиболѣе происходятъ при родахъ ссадины, трещины или надрывы.

Симптомы, теченіе, исходъ болѣзни. Въ здоровомъ состояніи послѣ родовъ пораненія имѣютъ бурокрасный цвѣтъ, ихъ края не воспалены, и съ поверхности отдѣляется кровянистый секретъ съ примѣсью гноя. Но коль скоро эти незначительныя раны подвергаются зараженію патогенными и гнилостными микробами, картина быстро мѣняется,—на нихъ появляются сѣроватыя, а въ случаяхъ болѣе тяжелыхъ даже желтоватыя налеты, *ulcera puerperalia*. Въ окружности пораненій появляется оплотнѣніе и краснота, на наружныхъ половыхъ частяхъ обнаруживается припухлость и отечное состояніе. Края раны становятся неровными, какъ бы изъѣденными. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ язвы увеличиваются въ объемѣ, большія губы и промежность сильно припухаютъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ секретѣ, взятомъ съ поверхности такой язвы находятъ *streptococcus pyog.* и сапрофиты, рѣже *staphylococcus pyog.* Въ рѣдкихъ случаяхъ развивается настоящая воспалительная инфильтрація этихъ частей. Одна или обѣ большія губы становятся плотными, припухаютъ, краснѣютъ, появляется въ ткани гнойная инфильтрація, *phlegmone*, и образуется нарывъ. Когда такому зараженію подвергаются раны влагалища, въ нихъ замѣчаются подобныя же измѣненія, при этомъ ткань влагалища представляется припухшею и отечною, отчего иногда даже суживается каналъ влагалища. При этой болѣзни родильницы главнымъ образомъ жалуются на боли и жженіе въ наружныхъ половыхъ частяхъ, которое усиливается при мочеиспусканіи. Послѣродовое очищеніе имѣетъ

темнобурое окрашивание и часто неприятный запах. Лихорадочное состояние рѣдко держится болѣе недѣли и Т. не всегда поднимается выше 39°C. Язвы постепенно очищаются, отекъ половыхъ губъ и промежности исчезаетъ скоро, но полное заживленіе наступаетъ не ранѣе 2 недѣль.

При флегмонозномъ воспаленіи губъ, боли гораздо сильнѣе, лихорадочное состояніе держится дольше. Мочиспусканіе совершается съ трудомъ, иногда нужно прибѣгать къ употребленію катетера.

Воспаленіе влагалища вслѣдствіе травмы, colpitis traumatica. Болѣе тяжелое и продолжительное заболѣваніе представляютъ тѣ формы заболѣванія влагалища, которыя развиваются вслѣдствіе значительной травмы. Такія заболѣванія наблюдаются наичаще при узкомъ тазѣ, когда второй періодъ родовъ продолжался долгое время, и извлеченіе плода было очень трудное; часто остаются значительные ушибы, кровезлиянія, или же глубокіе надрывы и разможеніе ткани. На этихъ мѣстахъ стѣнки влагалища подвергаются воспалительной инфильтраціи, *colpitis partialis traumatica*, которая иногда распространяется на весь рукавъ, *colpitis diffusa*. Въ большинствѣ случаевъ на поверхности раненіе происходитъ болѣе или менѣе сильное нагноеніе, въ другихъ случаяхъ поверхностный слой ткани влагалища омертвѣваетъ; но въ болѣе глубокихъ слояхъ воспалительный процессъ разрѣшается. Только при продолжительномъ надавливаніи подлежащею частью плода, можетъ развиваться омертвѣніе всей толщи стѣнки рукава. Образовавшийся буроватаго или темносѣраго цвѣта струпъ отслаивается только въ началѣ второй недѣли, иногда даже позже, послѣ чего появляются грануляціи, и образуется рубцовая ткань. Послѣдствіемъ омертвѣнія стѣнки влагалища является укороченіе и суженіе свода, въ особенности задняго, свищи въ мочевой пузырь и прямую кишку, рѣже обнаженіе кости, наичаще въ области *spina ischii*. При такихъ условіяхъ, часто развивается болѣе или менѣе значительное суженіе и атрофія влагалища, а въ рѣдкихъ случаяхъ даже полное зарощеніе этого канала. Въ подобныхъ тяжелыхъ случаяхъ болѣзнь продолжается долгое время; обыкновенно страдаютъ не только стѣнки влагалища, но также тазовая клѣтчатка и отчасти даже брюшина. Тѣмъ не менѣе такія длительныя и тяжелыя заболѣванія обыкновенно удерживаютъ характеръ мѣстнаго процесса.

При поврежденіяхъ стѣнокъ влагалища во время родовъ и развившемся вслѣдствіе этого воспаленіи, родильница жалуется на боли въ глубинѣ таза. Надавливаніе живота выше лоннаго соединенія часто усиливаетъ ощущеніе тупой боли. Отдѣленіе мочи бываетъ задержано или совершается съ трудомъ. Часто больная жалуется также на боли въ крестцовой области. Послѣродовыя очищенія получаютъ буроватый цвѣтъ, и почти всегда обнаруживаютъ гнилостный запахъ. На большемъ или меньшемъ пространствѣ, на припухшихъ стѣнкахъ влагалища находятся темныя, сѣроватыя пятна, которыя бываютъ видны

иногда уже при раздвиганіи губъ или же при введеніи зеркала. Лихорадочное состояніе иногда держится цѣлыя недѣли, повышаясь по вечерамъ, хотя температура рѣдко доходитъ до 40°C. Теченіе болѣзни сопровождается общею слабостью, отсутствіемъ аппетита, головною болью и пр.

Распознаваніе всѣхъ выше описанныхъ процессовъ не представляетъ затрудненій. Ulcera puerperalia распознаются при осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей. Во влагалище можно ввести цилиндрическое зеркало, но дѣлать это слѣдуетъ по возможности осторожно, и вообще къ этому нужно прибѣгать только въ крайности; такъ какъ при употребленіи зеркала слипшіеся края ссадинъ могутъ разъединиться вновь и сдѣлаться мѣстомъ новой инфекціи.

Предсказаніе. Вышеописанныя мѣстныя заболѣванія обыкновенно не угрожаютъ жизни больной; температура не превышаетъ 39°C., пульсъ не подымается выше 100—110 ударовъ въ минуту; при этомъ общее состояніе здоровья остается удовлетворительнымъ, и отсутствуютъ потрясающіе ознобы. Только въ исключительныхъ случаяхъ ulcera puerperalia, занимающія значительное пространство, могутъ представлять одно изъ первыхъ проявленій септического заболѣванія, быстро переходящаго на другіе органы и ткани полового аппарата. Въ подобныхъ случаяхъ во влагалищѣ находятъ на значительномъ протяженіи сѣроватые налеты; температура бываетъ высока, пульсъ очень учащенъ, и нерѣдко уже съ самого начала болѣзни появляются тяжелыя общія разстройства. Даже значительныя травматическія поврежденія влагалища рѣдко осложняются общимъ септическимъ заболѣваніемъ или піэміею, но они часто сопровождаются воспаленіемъ тазовой клѣтчатки, иногда даже брюшины.

Леченіе. Коль скоро одновременно съ повышеніемъ температуры на наружныхъ частяхъ родильницы появляются послѣродовыя язвы, слѣдуетъ назначать тѣ же наружныя и внутреннія средства, какъ при скоротечной лихорадкѣ. Кромѣ того, нужно присыпать язвы pulv. jodoformi, или смѣсью — acid. salicylic. cum amylo (1:3). При появленіи отековъ наружныхъ частей, наиболѣе дѣйствительно смазываніе язвъ tinct. jodi или liq. ferri sesquihlor. Ануфриевъ и Траhon съ успѣхомъ примѣняли 3% растворъ перекиси водорода. Когда язвы подобнаго же характера находятся во влагалищѣ, послѣ впрыскиванія нужно вводить въ рукавъ свѣчи изъ ol. sassa сь прибавленіемъ 1,0—2,0 jodoformi pulv.

При травматическихъ воспаленіяхъ, кромѣ этихъ средствъ иногда вполне умѣстно назначеніе постоянной ирригаціи изъ раствора салициловой кислоты съ бурою. Чтобы способствовать скорѣйшему очищенію ранъ влагалища, на ночь полезно вводить въ рукавъ небольшіе тампоны, напитанные растворомъ ol. terebinthinae сь ol. olivar. (1:3), или смазывать язвы tinct. jodi. Впослѣдствіи, для скорѣйшаго заживленія гранулирующихъ язвъ полезно примѣнять прижиганіе arg. nitric. При флегмонозномъ воспаленіи наружныхъ частей, сначала употребля-

ють примочки изъ раствора борной кислоты или aq. plumbi; затѣмъ, если замѣчается переходъ въ нагноеніе, назначаютъ припарки изъ гигроскопической ваты, намоченной въ горячей водѣ. Коль скоро въ толщѣ большой губы обнаружится зыбленіе, нужно сдѣлать разрѣзъ чрезъ наружные покровы.

Изъ внутреннихъ средствъ наичаще назначается при этихъ заболѣваніяхъ вино въ количествѣ не менѣе 100,0 въ день, сѣрно-кислый хининъ 1,0, или салициловый натръ не менѣе 2,0—3,0 въ сутки.

Коль скоро выяснился заразный характеръ послѣродового заболѣванія, какъ бы легко оно ни было, ухаживающая за больною акушерка не должна принимать роды и посѣщать здоровыхъ родильницъ до полного выздоровленія больной и до выполненія рациональныхъ правилъ обеззараживанія своей особы. Въ акушерскихъ отдѣленіяхъ заболѣвшихъ родильницъ обыкновенно отдѣляютъ въ особое помѣщеніе.

Опытъ показываетъ, что даже легкія послѣродовыя заболѣванія могутъ послужить источникомъ зараженія и вызвать у другихъ родильницъ самыя тяжелыя формы родильной горячки.

с. Послѣродовое воспаленіе слизистой оболочки матки, endometritis puerperalis simplex s. suppurativa.

Этіологія. Болѣзнь происходитъ чрезъ занесеніе въ полость матки патогенныхъ или гнилостныхъ микробовъ, наичаще во время родовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ это совершается еще во время беременности, наприм. зараженіе гонореей. Зараженіе возможно также въ послѣродовомъ періодѣ. Попавшіе въ полость матки микробы находятъ тамъ вполне подходящую почву для быстраго размноженія. Въ значительной степени располагаетъ къ развитію этой болѣзни въ послѣродовомъ періодѣ уже существовавшее во время беременности хроническое воспаленіе шейки и влагалища. Еще въ большей степени подаетъ поводъ къ появленію endometritis puerperalis задержаніе въ полости матки оболочекъ яйца и частей дѣтскаго мѣста, представляющихъ крайне благопріятную среду для развитія гнилостныхъ микробовъ.

Патолого-анатомическія измѣненія. Такъ какъ простое, такъ наз. гнойное, послѣродовое воспаленіе слизистой оболочки матки почти всегда оканчивается выздоровленіемъ, то анатомическія измѣненія при этой болѣзни главнымъ образомъ изучены въ клиникѣ.

Влагалищная часть представляется значительно припухшею, ея отечные края разворочены, покрыты легко кровоточащими ссадинами; въ тяжелыхъ случаяхъ на нихъ сидятъ всегда puerperalia на мѣстахъ поверхностныхъ надрывовъ. Внутренняя поверхность матки покрыта слизисто-гнойнымъ буроватымъ отдѣленіемъ, по удаленіи котораго на разныхъ мѣстахъ слизистой оболочки, въ особенности на мѣстѣ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, находятъ сѣроватыя, довольно плотныя, островки, выстоящіе надъ поверхностью. Они происходятъ вслѣдствіе воспалительной инфильтраціи и некроза отпадающей оболочки; по отпа-

деніи этихъ струпевь, остаются поверхностныя, покрытыя гноемъ углубленія, доходящія иногда до мышечнаго слоя. На выступающемъ нѣсколько въ полость матки мѣстѣ, гдѣ сидѣла плацента, тромбы иногда распадаются, и видны зіяющія отверстія венъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ полости матки на стѣнкахъ сидятъ крупозныя перепонки. Когда въ маткѣ остались части оболочекъ яйца, они представляютъ омертвѣлыя, сѣровато-грязныя перепонки или куски различной величины, отчасти отслоившіеся, отчасти слабо соединенные со стѣнками матки.

Мышечная ткань темно-краснаго цвѣта находится въ отечномъ состояніи и вся матка нѣсколько разрыхлена. При послѣродовомъ endometritis гонорройнаго происхожденія Madlener находилъ гонококки даже между мышечными пучками, гдѣ они располагались отдѣльными кучками, образуя какъ бы мелкіе нарывы въ стѣнкахъ матки. Одновременно развивается иногда pyosalpinx съ обѣихъ сторонъ.



Фиг. 211. Простое воспаленіе слизистой оболочки матки послѣ родовъ; микробы преимущественно находятся въ распадѣ deciduae.

Симптомы и теченіе болѣзни.

Воспаленіе слизистой оболочки матки обнаруживается наичаще между 2 и 4 днями послѣ родовъ, рѣже позже; хотя извѣстны случаи, гдѣ оно появлялось даже на второй недѣлѣ. Небольшой ознобъ въ началѣ болѣзни представляетъ обыкновенное явленіе; познабливаніе повторяется иногда, при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. Т. повышается постепенно и доходитъ до 39, даже 40° С. по вечерамъ, понижаясь болѣе или менѣе къ утру. Вообще лихорадка протекаетъ съ значительными ремиссіями, продолжается до

5—7 дней, рѣже она прекращается только на второй недѣлѣ. Кромѣ обыкновенныхъ общихъ жалобъ на тяжесть или боль въ головѣ, отсутствіе аппетита, общее недомоганіе, больныя въ началѣ заболѣванія иногда жалуются на маточныя колики, хотя при изслѣдованіи животъ представляется уступчивымъ, контуры матки ощущаются вполне ясно, и надавливаніе на нее часто совершенно нечувствительно. Груды напряжены и отдѣленіе молока происходитъ безъ особенныхъ измѣненій.

Совмѣстно съ лихорадочнымъ состояніемъ важнѣйшимъ признакомъ болѣзни, являются не всегда одинаковыя измѣненія свойствъ послѣродового очищенія. Послѣднее принимаетъ буроватый или грязно-бурый цвѣтъ и получаетъ зловонный запахъ, иногда въ сильной степени; часто въ немъ находятъ частицы распадающейся ткани. При микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ измѣненныхъ кровяныхъ ша-

риковъ и гнойныхъ клѣтокъ, въ немъ различаютъ патогенный цѣпочковый микробъ, нерѣдко съ примѣсю различныхъ гнилостныхъ микроорганизмовъ, наичаще бациллъ. *Staphylococcus pyogenes* также находили при болѣе легкихъ формахъ воспаленія матки. Въ другихъ случаяхъ были найдены только одни сапрофиты. Болѣзнь тянется не менѣе 8—14 дней; она не вполне прекращается съ паденіемъ Т.; лихорадка, при несоблюденіи необходимыхъ предосторожностей, нерѣдко появляется вновь. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь переходитъ даже въ хроническій катарръ матки, который иногда осложняется недостаточною инволюціею и *retroversio uteri*. Въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь распространяется на слизистую оболочку трубъ, что можетъ повести къ воспаленію тазовой брюшины.

Krönig произвелъ бактериологическія изслѣдованія въ 179 случаяхъ *endometritis puerperalis*. 75 разъ онъ нашелъ *streptoc. pyog.*, 4 раза *staphyloc. pyog. aureus*, 50 разъ гонококки и также въ 50 случаяхъ сапрофиты. Цѣпчатый микробъ даетъ наиболѣе тяжелыя заболѣванія. Изъ сапрофитовъ въ 46 случаяхъ найдены исключительно анаэробныя формы, иногда къ нимъ присоединялся *streptoc. pyog.*, который быстро вытѣсняетъ сапрофиты. *Bact. coli* причиняетъ легкія заболѣванія.

Предсказаніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ благоприятно, коль скоро больная пользуется правильнымъ уходомъ и рачительною врачебною помощью. Въ подобныхъ случаяхъ наиболѣе неблагоприятнымъ послѣдствіемъ представляется возможность перехода болѣзни въ хроническое состояніе со всеми его проявленіями. Однако иногда воспаленіе можетъ перейти на клѣтчатку таза, на слизистую оболочку трубъ и даже на тазовую брюшину, въ особенности при гонорройныхъ формахъ болѣзни.

Лѣченіе. Коль скоро обнаружатся явленія, указывающія на появленіе у родильницъ воспаленія слизистой оболочки матки, необходимо со строгою послѣдовательностью примѣнить мѣстное лѣченіе, которое не только можетъ сократить теченіе болѣзни, ослабить ея симптомы, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ также предупредить распространеніе воспалительнаго процесса въ глубину тканей внутреннихъ половыхъ органовъ. Въ числѣ этихъ средствъ первое мѣсто занимаетъ прополаскиванія полости матки.

Предварительно нужно тщательно обмыть наружныя части мыломъ и 0,05% растворомъ сулемы, затѣмъ промыть влагалище однимъ или двумя литрами 2% карболоваго раствора, чтобы по возможности удалить зловонное отдѣленіе. Только послѣ этого можно приступить къ прополаскиванію матки, которое наиболѣе удобно можно произвести посредствомъ катетера *Vozeman'a* средней величины изъ стеклянной воронки или кружки; послѣднюю не слѣдуетъ подымать болѣе $\frac{1}{2}$ аршина выше наружныхъ половыхъ частей больной, которую для этой цѣли лучше всего положить полперекъ кровати, причѣмъ обѣ согнутыя въ колѣнахъ и нѣсколько разведенныя нижнія конечности должны упираться каждая на близъ стоящій стулъ. Сидящій передъ больною врачъ вводитъ, при помощи 2 пальцевъ руки, катетеръ осторожно въ полость матки до самаго ея дна. При первой промывкѣ матки, сперва нужно пропустить не больше 500 gm. 0,02% раствора сулемы, затѣмъ одинъ или два литра 0,5% 1% раствора карболовой кислоты; температура жидкости не должна быть менѣе 30° R.

Вообще промываніе матки слѣдуетъ продолжать до тѣхъ поръ, пока вытекающая обратно изъ влагалища жидкость не утратитъ своей мутности. Окончивъ впрыскиваніе, слѣдуетъ ввести въ полость матки поглубже свѣчу, содержащую 1,0—2,0 *jodoformi pulv.*, а еще лучше медленно впрыснуть около 5,0 смѣси *tinct. jodi cum glycerino* (1 : 3).

Нерѣдко послѣ промыванія матки температура понижается на 1—2°, иногда даже падаетъ до нормы. Промываніе матки всегда долженъ производить самъ врачъ, такъ какъ оно представляетъ далеко не безопасную манипуляцію. Если струя жидкости, вводимая въ полость матки, будетъ чрезчуръ сильная, она можетъ отдѣлить венозные тромбы; вслѣдствіе чего явится болѣе или менѣе значительное кровотеченіе изъ матки. У больной могутъ быстро обнаружиться по той же причинѣ явленія отравленія карболовой кислотою, — блѣдность лица, шумъ въ головѣ, дурнота, упадокъ пульса, стѣсненіе въ груди, холодныя конечности и потеря сознанія. Коль скоро во время промыванія послѣдовали подобныя явленія, впрыскиваніе жидкости слѣдуетъ прекратить и немедленно примѣнить оживляющія средства, чтобы предотвратить возможную для жизни больной опасность. Другое неблагоприятное послѣдствіе промыванія полости матки, которое бываетъ чаще, представляетъ потрясающій, болѣе или менѣе продолжительный ознобъ, указывающій на всасываніе продуктовъ зараженія кровеносными сосудами изъ полости матки. Этому явленію, которое обнаруживается вскорѣ послѣ промыванія матки, обыкновенно предшествуетъ незначительное отдѣленіе крови. Въ большинствѣ случаевъ особенно важнаго значенія такой ознобъ не имѣетъ.

Послѣ перваго промыванія матки второе слѣдуетъ примѣнить, смотря по количеству и степени заболѣванія, чрезъ 12 и 24 часа съ тѣми же предосторожностями, употребляя только 0,5—1% растворъ карболовой кислоты и избѣгая сулемы. Нерѣдко впрыскиваніе приходится продолжать въ теченіе нѣсколькихъ дней, пока послѣродовыя отдѣленія и Т. не сдѣлаются нормальными. Если моча становится темною, нужно оставить карболовую кислоту и перейти къ раствору *acid. salicylici* съ бурою или 3% раствору борной кислоты.

Выскабливаніе матки большою притупленною ложкою, при появленіи послѣ родовъ воспаленія слизистой оболочки, умѣстно примѣнить только при задержаніи оболочекъ яйца; въ обыкновенныхъ случаяхъ оно принести пользы не можетъ. Во всякомъ случаѣ ему должно предшествовать тщательное промываніе матки, а послѣ него необходимо введеніе разведенной *tinct. jodi*. Когда въ маткѣ осталась часть послѣда и оболочекъ, какъ только появятся симптомы эндометрита, слѣдуетъ войти въ матку однимъ или двумя пальцами и удалить задержанныя части яйца, что почти всегда возможно; такъ какъ воспаленіе слизистой оболочки появляется въ такихъ случаяхъ обыкновенно въ первые дни послѣ родовъ. Вслѣдъ за этимъ нужно сдѣлать выскабливаніе притупленною ложкою.

Обнаружившееся распространение воспаления на тазовую клетчатку и брюшину составляет противопоказание для промывания матки и вообще для всяких внутриматочных манипуляций. При некоторой чувствительности живота полезно употребление согревающих компрессов. Когда явления острого воспаления матки прекратятся, для устранения или уменьшения катарра шейки полезно продолжительное употребление легких вяжущих впрыскиваний.

Изъ внутреннихъ средствъ въ началѣ показуется употребленіе слабительнаго изъ среднихъ солей, затѣмъ умѣстно назначить chinin. sulfuric. или muriat. по 0,2 отъ 3 до 4 разъ въ день или natrum salicylicum. Нѣкоторые находятъ умѣстнымъ давать extr. secalis cornuti aquos., что, по нашему мнѣнію, слѣдуетъ назначать только при наклонности къ кровотеченію и послѣ удаленія остатковъ послѣда. Большимъ, даже при легкой формѣ болѣзни, не должно позволять вставать съ постели раньше 2 недѣль. Если же лихорадочное состояніе продолжалось долго, то не слѣдуетъ становиться на ноги раньше 3, даже 4 недѣль послѣ родовъ, чтобы избѣжать возобновленія болѣзни.

Если во время промыванія матки примѣнять надлежащія предосторожности, то кровотечения и вышеописанныхъ явленій отравленія карболовой кислотою не бываетъ; между тѣмъ какъ появленіе потрясающаго озноба возможно при самомъ осторожномъ дѣйствіи.

Большинство акушеровъ считаютъ необходимымъ промываніе матки, при лѣченіи endometritis puerp. Chiara, Gallois и др. французскіе врачи настаиваютъ даже на промываніи сулемою. Miller совѣтуетъ предварительно производить микроскопическое изслѣдованіе лохий. Нѣкоторые акушеры примѣняютъ болѣе энергическое мѣстное лѣченіе. Kühne совѣтуетъ введеніе дренажа, Planks, Гусарчикъ и Carossa—тампонацію матки іодоформенною марли. Послѣдній, кромѣ того, методическое введеніе въ матку 25% раствора спирта съ примѣсью дезинфицирующаго средства. Kahn примѣнялъ съ успѣхомъ перегрѣтый паръ для прижиганія полости матки при этой болѣзни. Съ другой стороны, Friderick, Schrader и немногіе другіе считаютъ мѣстное лѣченіе при endometritis puerp. бесполезнымъ и даже вреднымъ. Parvin также больше довѣряетъ общимъ средствамъ.

Выскабливаніе полости матки при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ введено въ практику С. Braun'омъ, который эту операцію примѣнялъ обыкновенно въ началѣ заболѣванія. Weiss подробно ее описалъ. Въ большинствѣ случаевъ онъ находилъ сапремическую форму катарра матки. Изъ 101 больной выздоровѣло 96. Wimm, Charrier, Duke, Denis и др. считаютъ выскабливаніе матки вполнѣ умѣстною операціей, между тѣмъ какъ Fritsch, Olshausen и большинство акушеровъ высказываются противъ нея.

Глава 3.

Послѣродовое воспаление матки и тазовой клетчатки — metritis et parametritis puerperalis circumscripta, phlegmone pelvis, pelvicultitis.

Этіологія. Наичаще эта болѣзнь развивается при надрывахъ маточной шейки во время родовъ, при разрывѣ промежности, преимуще-

ственно, когда не были наложены швы, а также при поверхностном воспалении наружных половых частей и влагалища, осложненном появлением *ulcera puerperalia*. Редко воспаление клѣтчатки таза является вслѣдъ за острымъ воспалениемъ слизистой оболочки матки.

Воспаление тазовой клѣтчатки было одно изъ первыхъ послѣродовыхъ заболѣваній, при которомъ было доказано видѣреніе патогенныхъ микробовъ чрезъ пораненія родового канала въ окололежащую ткань. Обыкновенно такимъ микробомъ является *streptococcus pyog.* рѣже различные виды *staphylococcus pyog.* Иногда къ нимъ примѣшиваются сапрофиты.

Анатомическія измѣненія. При быстромъ размноженіи видѣрившихся въ ткань микробовъ чрезъ лимфатическіе сосуды, въ тазовой клѣтчаткѣ обнаруживается сильное воспалительное раздраженіе. Въ маткѣ находятъ часто воспаленіе слизистой оболочки, красноту и набуханіе мышечной ткани, а въ тазовой клѣтчаткѣ вслѣдъ шейки—рѣзко выраженную гиперемію и припухлость. Изъ сосудовъ выступаетъ серозная жидкость и множество



Фиг. 212. Стрептококки между мышечными волокнами.

бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Одновременно происходитъ размноженіе клѣточекъ соединительной ткани. Клѣтчатка таза становится отечною, пропитывается мутнымъ выпотомъ, содержащимъ множество клѣточковыхъ элементовъ, вслѣдствіе этого ткань сильно набухаетъ. Послѣ обратнаго всасыванія жидкости, образуется довольно плотная опухоль, расположенная въ началѣ болѣзни обыкновенно вслѣдъ матки сбоку, рѣже сзади. Въ это время воспалительная опухоль, при изслѣдованіи подъ микроскопомъ, представляется пронизанною мелкими клѣтками и микробами въ различныхъ направленіяхъ. Сравнительно рѣдко воспаленіе ограничивается ближайшею окружностью раны шейки, обыкновенно оно захватываетъ болѣе или менѣе значительную область тазовой клѣтчатки, которая, прилегая къ различнымъ органамъ и тканямъ и выполняя промежутки между ними, составляетъ въ то же время одно непрерывное цѣлое. Почему воспаленіе отъ исходнаго пункта можетъ распространиться въ различныхъ направленіяхъ, образуя различной величины плотныя опухоли, отъ волошскаго орѣха до величины головы взрослого человѣка.

Поднимаясь вверхъ, воспалительная инфильтрація раздвигаетъ листки широкой связки, доходитъ до стѣнокъ таза и, непосредственно прилегая широкою полосою къ боку матки, отодвигаетъ этотъ органъ въ противоположную сторону. Редко воспалительная опухоль распространяется на подвздошную впадину, подъ *fascia iliaca*. Въ другихъ случаяхъ она направляется выше по направленію круглой связки впереди или съ боку мочевого пузыря, отслаивая на нѣкоторомъ пространствѣ брюшину и образуя опухоль въ паховой области, *reg. inguinalis*; рѣже она переходитъ *in cavo Retzii* на переднюю стѣнку живота, поднимаясь иногда до пупка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ

Поднимаясь вверхъ, воспалительная инфильтрація раздвигаетъ листки широкой связки, доходитъ до стѣнокъ таза и, непосредственно прилегая широкою полосою къ боку матки, отодвигаетъ этотъ органъ въ противоположную сторону. Редко воспалительная опухоль распространяется на подвздошную впадину, подъ *fascia iliaca*. Въ другихъ случаяхъ она направляется выше по направленію круглой связки впереди или съ боку мочевого пузыря, отслаивая на нѣкоторомъ пространствѣ брюшину и образуя опухоль въ паховой области, *reg. inguinalis*; рѣже она переходитъ *in cavo Retzii* на переднюю стѣнку живота, поднимаясь иногда до пупка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ

бываетъ поражена воспаленіемъ значительная часть клѣтчатки таза, контуры тѣла матки почти совершенно исчезаютъ, и она вполне утрачиваетъ свою подвижность. Рѣдко воспаленіе переходитъ на одинъ изъ яичниковъ, поражая его струму. Часто воспалительный процессъ гнѣздится въ клѣтчаткѣ, позади матки, откуда онъ распространяется по lig. utero-sacralia кзади, обхватывая прямую кишку. Чаще однако воспаленіе, начавшись возлѣ матки, идетъ по направленію книзу, образуя опухоль сбоку и сзади влагалища; книзу предѣломъ его служитъ тазовая фасція. На этомъ протяженіи воспалительный процессъ охватываетъ расположенныя здѣсь нервныя сплетенія и стволы. Рѣдко воспаленіе переходитъ на клѣтчатку, расположенную между маткою и мочевымъ пузыремъ. Въ исключительныхъ случаяхъ воспаленіе переходитъ на клѣтчатку бедра, расположенную въ Скарповскомъ треугольникѣ, и даже ниже подъfascia ilio-femoralis, въ видѣ phlegmone передней поверхности бедра. Пораженіе забрюшинной клѣтчатки на задней стѣнкѣ живота, мы наблюдали только при септицеміи.

Когда заболѣваніе обнаруживается въ мѣстахъ, покрытыхъ брюшиною, то этотъ серозный покровъ также подвергается воспалительному раздраженію, которое наичаще принимаетъ слипчивый характеръ. Захвативши извѣстную область, воспалительный выпотъ часто начинаетъ постепенно всасываться. Въ другихъ случаяхъ мелкія клѣтки, пронизывающія ткань, постепенно сучиваются, разрушая клѣтчатку, и образуютъ нарывъ, который вскрывается въ сосѣднія полости и наружу. Черезъ образовавшееся отверстіе выдѣляется гной и клочки омертвѣлой ткани. Въ исключительныхъ случаяхъ происходитъ гниlostное распаденіе, причемъ воспаленная ткань омертвѣваетъ и пропитывается зловонною буровато-грязною жидкостью.



Фиг. 214.
Лобный разрѣзъ черезъ женскій тазъ; ниже брюшины темными стріхами обозначено мѣсто экссудата.

Симптомы и теченіе болѣзни. Воспаленіе тазовой клѣтчатки въ послѣродовомъ періодѣ наичаще начинается между 2 и 4 днями послѣ родовъ, рѣже въ концѣ первой или на второй недѣлѣ. Обыкновенно является потрясающій ознобъ или познабливаніе, развивается лихорадочное состояніе, появляется боль, рѣдко значительная, возлѣ матки, которая усиливается при надавливаніи. При этомъ животъ часто бываетъ нѣсколько вздутъ. Боль происходитъ отъ давленія выпота на нервы, иногда отъ раздраженія брюшины. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ родильница вовсе не ощущаетъ боли, Т. сразу поднимается до 39°, даже 40° С., а пульсъ до 100 — 120 ударовъ въ минуту. Общая слабость, недомоганіе, потеря аппетита обнаруживаются уже съ самаго начала болѣзни. Спустя нѣсколько дней, когда экссудатъ успѣетъ

отвердѣть, при внутреннемъ изслѣдованіи, возлѣ матки ощущается припухлость съ контурами не вполне ясными, иногда продолговатая. Припухлость въ слѣдующіе дни обыкновенно увеличивается, доходитъ до стѣнки таза, нерѣдко достигаетъ величины кулака, отодвигая матку, въ которую она непосредственно переходитъ, въ противоположную сторону. Смотря по дальнѣйшему теченію болѣзни и направленію, которое принимаетъ распространяющійся воспалительный процессъ, данныя, получаемыя при изслѣдованіи, и клиническое теченіе представляютъ большое разнообразіе. Часто уже при наружномъ изслѣдованіи живота, мы ощущаемъ болѣе или менѣе значительную опухоль возлѣ матки, рѣже въ подвздошной впадинѣ, причемъ брюшные покровы бываютъ довольно уступчивы. Увеличеніе экссудата всегда сопровождается усиленіемъ болей. Въ тѣхъ случаяхъ, когда бываетъ одновременно воспаленіе смежной брюшины, напряженіе и вздутіе живота бываетъ рѣзко выражено; боли достигаютъ значительной степени, появляется обыкновенно тошнота и рвота, контуры матки прощупываются съ трудомъ. Обыкновенно проходитъ одна или нѣсколько недѣль отъ начала болѣзни, прежде чѣмъ опухоль достигнетъ значительныхъ размѣровъ. Въ исключительныхъ случаяхъ она такъ сильно выдается кверху изъ полости таза, что можетъ симулировать новообразованіе матки или яичника. Когда воспаленіе распространяется на подбрюшинную клѣтчатку, расположенную на передней стѣнкѣ живота, въ паховой области, рѣже за лоннымъ соединеніемъ, появляется плотная неподвижная, болѣзненная при дотрогиваніи опухоль. Въ тѣхъ случаяхъ, когда воспаленіе переходитъ изъ таза на клѣтчатку бедра, припухлость и затвердѣніе появляются сперва въ области Скарповскаго треугольника и затѣмъ распространяются дальше. Здѣсь воспаленіемъ поражается расположенная ниже *lig. Poupartii* рыхлая клѣтчатка, окружающая большіе сосуды бедра. Все бедро припухаетъ, иногда къ этому присоединяется тромбозъ бедренной вены или одной изъ ея вѣтвей.

При внутреннемъ изслѣдованіи, наичаще матка представляется неподвижною. Смотря по величинѣ мѣста, занятаго воспаленіемъ, припухлость ощущается съ одной или обѣихъ сторонъ матки, или сзади, рѣже спереди этого органа. Иногда матка бываетъ охвачена со всѣхъ сторонъ воспалительною припухlostью. Когда воспаленіе опускается книзу, образовавшійся экссудатъ выпячиваетъ стѣнки влагалища, *ragascolpitis*; въ другихъ случаяхъ процессъ распространяется на клѣтчатку, расположенную возлѣ прямой кишки — *paraproctitis*, или на соединительную ткань, отдѣляющую пузырь отъ матки, *paracystitis*. Изслѣдующій палецъ находитъ въ соответствующихъ мѣстахъ плотную и неподвижную припухлость. Когда воспаленіемъ поражена *lig. uterosacralia*, просвѣтъ кишки въ этой области представляется суженнымъ, вслѣдствіе прижатія опухолью.

Такія больныя часто жалуются на болѣзненное мочеиспусканіе, постоянныя боли въ тазу и запоры на низъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ задерживается моча, вслѣдствіе сдавленія мочеточниковъ эксудатомъ. Иногда воспаленіе отъ тазовой клѣтчатки переходитъ на окололежащія нервныя сплетенія, *plex. cruralis* и *plex. ischiadicus*, или на отдѣльные нервы, что влечетъ за собою сильныя боли въ поясничной и крестцовой областяхъ, иногда въ бедра и голени, а также параличныя явленія въ соотвѣтствующей конечности, которыя, при продолжительномъ теченіи болѣзни, причиняютъ атрофію различныхъ мышечныхъ группъ голени и бедра.

Послѣродовыя очищенія обыкновенно бываютъ при этой болѣзни уменьшены. Дурной запахъ лохій въ началѣ болѣзни ощущается только при развитіи *colpitis et endometritis*. Очищеніе долгое время остается кровянистымъ. Теченіе болѣзни, по крайней мѣрѣ въ первое время, сопровождается лихорадочнымъ состояніемъ, которое наичаще имѣетъ ремиссіонный характеръ съ утренними послабленіями и вечерними ожесточеніями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вечернее повышеніе доходитъ до 41° С., сообразно съ этимъ частота пульса можетъ достигать 130 ударовъ въ минуту. Но вообще учащеніе пульса идетъ рядомъ съ повышеніемъ Т., что слѣдуетъ считать однимъ изъ признаковъ мѣстнаго процесса. Въ рѣдкихъ случаяхъ лихорадочное состояніе продолжается только одну недѣлю; обыкновенно же, даже при благопріятномъ теченіи болѣзни, оно не прекращается ранѣе 2, даже 4 недѣль, причемъ, подъ конецъ, иногда теченіе Т. принимаетъ перемежающійся характеръ. Именно это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда воспаленіе обнаруживаетъ склонность переходить въ разрѣшеніе; вмѣстѣ съ этимъ Т. падаетъ.

Когда довольно высокая лихорадка держится болѣе двухъ недѣль, процессъ обнаруживаетъ склонность къ переходу въ нагноеніе, хотя это бываетъ далеко не всегда. Встрѣчаются случаи, гдѣ лихорадка держится $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца, и тѣмъ не менѣе наступаетъ всасываніе эксудата. Прекращеніе лихорадки еще не доказываетъ исчезновенія болѣзни, эксудатъ обыкновенно остается и исчезаетъ постепенно. При малѣйшей неосторожности, иногда даже, повидимому, безъ всякихъ причинъ, появляется ознобъ и затѣмъ лихорадочное состояніе, которое держится нѣкоторое время. Иногда болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе. Въ рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе клѣтчатки принимаетъ какъ бы ползучій характеръ, —прекращаясь въ одномъ мѣстѣ, оно обнаруживается въ другомъ и причиняетъ снова лихорадку. Не мало встрѣчается случаевъ, гдѣ большіе эксудаты существуютъ многіе мѣсяцы, даже годы, почти въ одномъ положеніи, причемъ у больныхъ по временамъ появляется лихорадка, указывающая на переходъ въ кровь пирогенныхъ веществъ изъ области, занятой воспалительнымъ процессомъ.

Большою частью въ этихъ случаяхъ на мѣстѣ воспаления существуетъ уже нарывъ, лежащій глубоко. Чѣмъ дольше продолжается болѣзнь, тѣмъ сильнѣе развивается исхуданіе больной, и тѣмъ рѣже бывають выражены ея истощеніе и анемія. Всасываніе эксудата происходитъ постепенно и большою частью довольно медленно. Если воспаление продолжалось долго, и эксудатъ достигъ значительной величины, то нужны недѣли и даже цѣлыя мѣсяцы, пока онъ исчезнетъ. Только при небольшомъ и непродолжительномъ воспаленіи, клѣтчатка таза не претерпѣваетъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій. Во всѣхъ другихъ случаяхъ послѣ всасыванія эксудата остается рубцовая ткань и нѣкоторая степень атрофіи тазовой клѣтчатки, что иногда влечетъ за собою послѣдовательныя разстройства въ половой сферѣ.

Переходъ эксудата въ нагноеніе съ образованіемъ нарыва случается не часто; по изслѣдованіямъ F. Wipke'я, изъ 100 больныхъ только у 18 былъ наблюдаемъ подобный исходъ. Когда обнаруживается наклонность къ подобному исходу, температура поднимается, принимаетъ гектический характеръ съ обильными ночными потами, и въ опухоли замѣчается болѣзненность. Тамъ, гдѣ это наблюдается, часто удается констатировать размягченіе и болѣе или менѣе ясную флюктуацію. При глубокомъ и менѣе удобномъ для изслѣдованія положеніи эксудата, этого явленія можно не замѣтить. Наичаще нарывъ самопроизвольно вскрывается въ прямую кишку, рѣже черезъ задній сводъ во влагалище или въ мочевою пузырь. Описаны рѣдкіе случаи вскрытія такихъ нарывовъ въ полость брюшины. Наружу наичаще нарывъ вскрывается въ паховой области, рѣже возлѣ *spin. ilei* или выше лоннаго соединенія. Мѣсто, гдѣ готовится вскрытіе нарывъ, начинаетъ выдаваться, появляется въ глубинѣ зыбленіе, вскорѣ кожные покровы становятся отечными и сильно краснѣютъ. Крайне рѣдко гной прокладываетъ себѣ путь *in fossa ischio-rectale* или черезъ *for. ischiadicum majus*, причиняя воспалительную инфильтрацію въ нижнеягодичной и крестцовой области соотвѣтственной стороны. Послѣ опорожненія нарыва температура, обыкновенно падаетъ. Въ большинствѣ случаевъ полость нарыва быстро выполняется грануляціями и заживаетъ, причемъ образовавшаяся рубцовая ткань можетъ причинить укороченіе маточныхъ связокъ, послѣдствіемъ котораго является смѣщеніе матки и въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ большей или меньшей степени нарушеніе функцій внутреннихъ половыхъ органовъ. Иногда остается свищъ, упорно не заживающій, особенно при вскрытіи нарыва въ прямую кишку.

Въ исключительныхъ случаяхъ, при обширной инфильтраціи тазовой клѣтчатки, можетъ образоваться нѣсколько нарывовъ одинъ послѣ другого. Гнойные ходы пронизываютъ въ разныхъ направленіяхъ полость таза, нагноеніе продолжается, и больная впадаетъ въ состояніе маразма, влекущаго за собою смерть. Такой исходъ наблюдается вообще рѣдко. Истощенная больная можетъ умереть даже раньше вскрытія

нарыва, вслѣдствіе продолжительной лихорадки и упадка питанія организма. Встрѣчались исключительные случаи, гдѣ причиною летальнаго исхода было вскрытіе нарыва въ полость брюшины. Попаданіе въ полость брюшины гноя, содержащаго патогенные микроорганизмы, влечетъ неизбѣжно *peritonitis diffusa acutissima*. Гнилостное распаденіе, которое обнаруживается иногда послѣ продолжительнаго теченія болѣзни, обыкновенно сопровождается воспаленіемъ брюшины и упадкомъ силъ; оно также оканчивается летально.

Распознаваніе. Въ первое время болѣзни распознаваніе не представляетъ особенныхъ затрудненій. Отъ катарра матки она отличается болѣе высокою и продолжительною температурой и присутствіемъ экссудата, который уже можно найти чрезъ 2—3 дня отъ начала болѣзни. Отъ остраго мѣстнаго воспаленія брюшины, воспаленіе клѣтчатки таза отличается отсутствіемъ сильнаго вздутія живота и рефлекторныхъ явленій со стороны желудка, а также сравнительно незначительною болью на мѣстѣ воспаленія. Въ случаяхъ болѣе затяжныхъ отличительнымъ признакомъ этихъ двухъ процессовъ часто можетъ служить мѣсто занимаемое экссудатомъ. Если выпоть распространяется въ полость таза и располагается возлѣ влагалища сбоку, то такой экссудатъ можетъ находиться только въ тазовой клѣтчаткѣ. Съ опухолью яичника *parametritis exsudativa* можно смѣшать только при поверхностномъ изслѣдованіи. Форма опухоли яичника, отсутствіе воспалительныхъ явленій, возможность убѣдиться въ ея подвижности и опухать отдѣльные отъ матки контуры опухоли, наконецъ анамнезъ, — все это, вмѣстѣ взятое, часто даетъ возможность установить отличительное распознаваніе на точныхъ основаніяхъ.

Предсказаніе. Какъ вполне ясно изъ вышеизложеннаго, воспаленіе тазовой клѣтчатки въ послѣродовомъ періодѣ представляетъ серьезное, нерѣдко даже тяжелое заболѣваніе. Хотя при этой болѣзни сравнительно рѣдко наступаетъ смертельный исходъ, но тѣмъ не менѣе заболѣвшая родильница часто въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, нерѣдко цѣлые мѣсяцы, должна оставаться въ кровати. При затяжномъ теченіи болѣзни, сопровождающейся сильною лихорадкой и явленіями раздраженія брюшины, слѣдуетъ опасаться перехода экссудата въ ихорозное состояніе. Большое значеніе имѣетъ своевременное вскрытіе образовавшагося нарыва. Что касается послѣдствій, причиняемыхъ этою болѣзнию въ половой сферѣ женщины, то во всякомъ случаѣ они, вообще говоря, далеко не имѣютъ такого значенія, какъ слѣды, которые оставляетъ иногда протекшее тазовое воспаленіе брюшины. Паретическое состояніе нижнихъ конечностей и атрофія мышцъ обыкновенно постепенно проходятъ послѣ прекращенія воспаленія въ тазу, при надлежащемъ лѣченіи и содержаніи больной.

Лѣченіе. При появленіи первыхъ симптомовъ лихорадки и болей въ нижней части живота, необходимо опорожнить кишечный каналъ при

помощи клистира и назначить прикладывание холодных компрессов, или лучше мѣшка со льдомъ на нижнюю часть живота. Чѣмъ значительнѣ лихорадочное состояніе и боли, тѣмъ энергичнѣ должно примѣнять холодъ. На слѣдующій день, коль скоро появленіе paracetritis становится несомнѣннымъ, нужно приступить къ втиранью *ung. hydrargyri ciner* въ нижнюю часть живота, не прекращая употребленія холода, не менѣе 4,0—6,0 въ сутки, въ два или три приема. Это слѣдуетъ продолжать въ теченіе нѣсколькихъ дней. При боляхъ нужно назначить внутрь *extr. opii aquosi* по 0,015—0,03 на приемъ или *codeinum purum* въ такихъ же дозахъ. Хорошо дѣйствуютъ въ такихъ случаяхъ небольшіе клистиры съ прибавленіемъ 15 капель *tinct. opii*. Кромѣ этихъ средствъ, необходимо дѣлать не менѣе двухъ разъ въ день теплыя впрыскиванія во влагалище изъ 1% раствора карболовой кислоты. Среди гинекологовъ до сихъ поръ не нашлось много послѣдователей *Jacobs'a* и *Fritsch'a*, предложившихъ разрѣзъ *lig. lat.* или Дугласова пространства чрезъ влагалище въ началѣ болѣзни и введеніе дренажа.

При значительномъ повышеніи температуры, можно назначить *chinin. muriaticum* въ количествѣ 1,0—1,5, или *natrum salicylicum* отъ 2,0 до 3,0 *pro die*, и нѣсколько разъ въ день обтирать тѣло больной водою съ прибавленіемъ $\frac{1}{4}$ части *acet. aromatici*. Вообще внутреннихъ лѣкарствъ слѣдуетъ избѣгать и назначать ихъ только въ крайней необходимости, чтобы не ухудшить состояніе желудочно-кишечнаго канала; такъ какъ хорошее усвоеніе пищи имѣетъ важное значеніе, при лѣченіи этой болѣзни, въ особенности ея затяжныхъ формъ. Питательный бульонъ съ яйцомъ, хорошей супъ, крѣпкое вино, чай, кофе, мясной порошокъ съ небольшимъ количествомъ подсушеннаго бѣлаго хлѣба, — имѣютъ важное значеніе при питаніи такихъ больныхъ, желудокъ которыхъ, вслѣдствіе продолжительнаго лихорадочнаго состоянія, не можетъ переносить болѣе плотной питательной пищи.

При дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, ледъ становится неприятымъ для больныхъ и не облегчаетъ ихъ болѣе; почему слѣдуетъ перейти къ употребленію согрѣвающихъ компрессовъ или припарокъ, въ особенности, когда обнаружится наклонность къ образованію нарывава. Вскрытіе нарыва слѣдуетъ дѣлать въ большинствѣ случаевъ только при появленіи совершенно яснаго зыбленія; иначе его приходится вскрывать выше Пупартовой связки, кнаружи отъ *art. epigastrica interna*, рѣже въ другихъ мѣстахъ на животѣ. Разрѣзъ наружныхъ покрововъ слѣдуетъ дѣлать достаточной величины, нужно разсѣкать ткани послыбно, пока не дойдемъ до самаго нарывава. Послѣ истеченія гноя, нужно положить широкій дренажъ или полоски марли; выскабливанія полости нарывава слѣдуетъ избѣгать. Въ большинствѣ случаевъ, при обыкновенномъ лѣченіи, полость скоро выполняется грануляціями и зарастаетъ.

Когда нарывъ обнаруживаетъ наклонность вскрыться во влагалище,

вскрытіе нужно дѣлать, при помощи зеркала Симса, чрезъ задній сводъ обыкновеннымъ остроконечнымъ ножомъ. Сдѣлавъ ножомъ проколъ нарыва, отверстіе слѣдуетъ расширить книзу въ продольномъ направленіи стѣнки влагалища. Весьма удобенъ также для вскрытія тазовыхъ нарывовъ чрезъ влагалище инструментъ, предложенный Landau. Въ пузырь и прямую кишку, само собою разумѣется, происходитъ только самопроизвольное вскрытіе. Когда, вслѣдствіе отдѣленія гноя, обнаружится раздраженіе слизистой оболочки пузыря, слѣдуетъ промывать пузырь ежедневно 1—2 раза 3% растворомъ борной кислоты или 0,1% *acidi salicylici*.

Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ, при переходѣ эксудата въ нагноеніе въ глубинѣ таза и значительномъ истощеніи больной, можетъ явиться показаніе произвести вскрытіе нарыва, хотя послѣдній еще находится далеко отъ передней стѣнки таза или влагалища. Убѣдившись въ существованіи нарыва, его можно вскрыть чрезъ разрѣзъ стѣнокъ живота по бѣлой линіи, или чрезъ широкій разрѣзъ сверху Пупартовой связки и *sp. anter. sup.*, производя затѣмъ осторожно отсепаровку брюшины, переходящей въ малый тазъ. Врядъ ли даже въ исключительныхъ случаяхъ умѣстно примѣнять крестцовый способъ Kraske для вскрытія тазоваго нарыва, какъ совѣтуютъ нѣкоторые хирурги. Въ тѣхъ случаяхъ, когда эксудатъ прилегае къ передней стѣнкѣ живота, ускорить образованіе нарыва иногда удастся приставленіемъ на этомъ мѣстѣ мушки. Встрѣчаются случаи, гдѣ послѣ самопроизвольнаго или оперативнаго вскрытія нарыва, по цѣлымъ мѣсяцамъ отдѣляется гной изъ фистулы, сильно истощая больную. Если проведеніе дренажа и образованіе сквознаго отверстія въ ходѣ отдѣляющемъ гной, непримѣнимо или не оказываетъ пользы, то для спасенія больной не слѣдуетъ останавливаться предъ вырѣзываніемъ матки чрезъ влагалище.

Въ свѣжихъ случаяхъ, когда лихорадка спадаетъ, но эксудатъ еще остается, не слѣдуетъ позволять больнымъ оставлять постель раньше совершеннаго исчезновенія эксудата; потому что лихорадочное состояніе легко возобновляется, а вмѣстѣ съ тѣмъ снова возбуждается воспалительный процессъ. Въ затянувшихся упорныхъ случаяхъ, когда эксудатъ держится цѣлыя недѣли безъ перемѣны, показуется употребленіе наружныхъ и внутреннихъ средствъ, способствующихъ всасыванію. Слѣдуетъ примѣнить горячіе души, согрѣвающие компрессы изъ Крейцнахской соли, сидячія или общія соляныя ванны, *suppositoria* съ прибавленіемъ *jodoformii* или *jodoli pulv.* Внутрь наичаще даютъ *kali jodatum* или *ferrum jodatum* и укрѣпляющія средства. Кромѣ того во многихъ случаяхъ полезно осторожное примѣненіе мѣстнаго массажа по способу Thure Brandt'a.

Глава 4.

е. Послѣродовая опухоль бедра, *phlegmasia alba dolens*.

Свойства болѣзни. Именемъ послѣродовой опухоли бедра до сихъ поръ еще въ акушерской практикѣ обозначаются различные процессы, развивающіеся въ области большею частью одного, очень рѣдкообоихъ бедеръ. Одною изъ этихъ процессовъ, именно воспаленія клѣтчатки бедра, *phlegmone scuris*, мы отчасти коснулись, при описаніи *parametritis puerperalis*. Гораздо чаще встрѣчается острое припуханіе бедра и всей нижней конечности, развившееся вслѣдствіе первичнаго образованія тромбовъ въ венахъ бедра. Наичаще эта болѣзнь, по своему теченію, представляетъ мѣстное заболѣваніе, начинающееся отъ причинъ неодинаковыхъ.

Этіологія. По изслѣдованіямъ Chantemesse и Riviere'a, *phlegmasia alba dolens* наичаще появляется на 10—15 день послѣ родовъ. Первичное образованіе тромбовъ можетъ послѣдовать или въ небольшихъ венахъ голени, или въ въ подкожной венѣ бедра, *v. saphena*. Это бываетъ иногда вслѣдствіе *внѣшней травмы*, въ особенности при существованіи венозныхъ расширеній, *varices*, или вслѣдствіе *замедленія кровотока* въ венахъ нижней конечности. При надавливаніи матки или *экссудата въ тазу* на подвздошную вену, *v. iliaca ext.*, можетъ также произойти образованіе тромбовъ въ бедренной венѣ, или въ *v. saphena*.

Иногда причиною закупорки венъ на ногѣ въ послѣродовомъ періодѣ бываетъ *сильная потеря крови* во время родовъ, или вообще слабая дѣятельность сердца и анемія. Въ другихъ случаяхъ причиною этой болѣзни можно считать раннее вставаніе съ постели, душевное потрясеніе, погрѣшности въ діетѣ и другія *случайныя обстоятельства*. Однако наиболѣе частою причиною закупорки бедренныхъ венъ слѣдуетъ считать распространеніе на *v. femoralis* тромбовъ, которые, при воспалительныхъ процессахъ въ тазу въ послѣродовомъ періодѣ, распространяются отъ *закупоренныхъ пляцентарныхъ маточныхъ венъ и венозныхъ сплетеній въ тазу, metrophlebitis puerperalis*. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно развитію опухоли бедра предшествуютъ явленія этой болѣзни. Большею частью съ образованіемъ *phlegmasia alba dolens*, послѣродовое заболѣваніе получаетъ мѣстный характеръ. Гораздо рѣже причиною закупорки бедренныхъ венъ бываетъ *воспаленіе тазовой клѣтчатки*, переходящее на область Скарповскаго треугольника изъ полости таза. Въ такихъ случаяхъ тромбозъ развивается или вслѣдствіе перехода воспаленія на стѣнки бедренной вены, или вслѣдствіе сдавленія экссудатомъ въ полости таза одной изъ подвздошныхъ венъ. Припуханіе бедра и голени представляетъ иногда также одно изъ явленій *піеміи*, вслѣдствіе эмболии мелкихъ артерій. Въ этихъ случаяхъ опухоль дер-

жится преимущественно въ области голени, бедро рѣдко опухаетъ въ значительной степени.

Анатомическія измѣненія. По изслѣдованіямъ Widal'я, Chantemesse и др., при тромбозѣ бедренной вены наичаще первично поражается внутренняя оболочка сосуда. Тромбозъ имѣетъ восходящій или нисходящій характеръ, смотря по направленію, въ какомъ распространяется дальнѣйшее образованіе кровяной пробки. Въ началѣ процесса стѣнки закупоренныхъ венъ бедра представляются на извѣстномъ протяженіи утолщенными, съ неровною внутреннею поверхностью; просвѣтъ ихъ выполненъ красноватобурными свертками крови, которые съ теченіемъ времени получаютъ желтоватое окрашиваніе. Въ большинствѣ случаевъ кровяные свертки постепенно уплотняются, обезцвѣчиваются и пронизываются пучками соединительной ткани, вырастающими изъ стѣнокъ вены, которыя постепенно сближаются. Такимъ образомъ происходитъ облитерація сосуда. Вѣроятно, въ рѣдкихъ случаяхъ, послѣ организациі кровяного свертка, можетъ возстановиться, хотя отчасти, проходимость вены.

Когда явленія піэміи продолжаютъ, зараженный микробами тромбъ распадается, переходитъ въ нагноеніе; гной, находящійся въ такихъ случаяхъ въ самомъ каналѣ сосуда, можетъ переходить въ кровь и ея токомъ переноситься въ различные органы. При полной закупоркѣ бедренной вены, въ соответствующей конечности быстро развивается отечное состояніе въ сильной степени. Только благодаря расширенію подкожныхъ венъ, постепенно и медленно возобновляется въ голени побочное кровообращеніе. Довольно рѣдко чрезъ инфильтрованные гноемъ стѣнки бедренной вены или одной изъ ея вѣтвей нагноеніе переходитъ на клѣтчатку, при чемъ развивается поверхностный или глубокій флегмонозный процессъ наичаще въ Скарповскомъ треугольникѣ или вообще въ передней части бедра, рѣже въ области голени.

Симптомы, теченіе болѣзни, исходы. Припадки, наблюдаемые при бѣлой опухоли бедра, различны, что обусловливается неодинаковымъ характеромъ болѣзни. При воспаленіи клѣтчатки на одномъ или на обоихъ бедрахъ, пораженная нога припухаетъ, и больная ощущаетъ обыкновенно сильныя боли. Отслоившаяся вслѣдствіе нагноенія клѣтчатка и апоневрозы подвергаются омертвѣнію на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ. Наичаще подобные случаи представляетъ только одно изъ проявленій септицеміи и піэміи.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда закупорка начинается въ развѣтвленіяхъ бедренной вены, первое время лихорадочнаго состоянія иногда не бываетъ, оно развивается спустя нѣкоторое время. По ходу венъ на голени и бедрѣ прощупывается уплотнѣвшая ткань въ видѣ шнура. Кожные покровы на этихъ мѣстахъ представляются покраснѣвшими и чрезвычайно чувствительными при дотрагиваніи. Въ нижней части ноги появляется онѣмѣніе и болѣе или менѣе значительная боль, которая

усиливается вмѣстѣ съ припухlostью; послѣдняя распространяется по направленію отъ ладышки къ Пупартовой связкѣ. Кожные покровы ноги сильно напряжены, блѣдные или мѣстами слегка покраснѣвшіе. Эта форма болѣзни чисто мѣстнаго характера развивается обыкновенно вскорѣ послѣ родовъ, изрѣдка даже въ послѣдніе дни беременности и сопровождается умѣренной лихорадкой послабляющаго характера. Общее состояніе не представляетъ ничего угрожающаго, хотя больныя жалуются на сильныя боли, которыя усиливаются при малѣйшемъ движеніи и лишаютъ больную необходимаго сна. Флегманозное воспаление развивается только въ исключительныхъ случаяхъ.

Нѣсколько иной характеръ обнаруживаетъ закупорка вень, распространяющаяся отъ маточныхъ вень. Наичаще эта наиболѣе часто встрѣчающаяся форма болѣзни обнаруживается сильною болью и припуханіемъ бедра на второй недѣлѣ послѣ родовъ. Обыкновенно еще до развитія этого явленія родильница находится въ лихорадочномъ состояніи и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже имѣетъ потрясающіе ознобы. Часто они появляются предъ образованіемъ припухлости бедра, которая, при сильныхъ боляхъ, вскорѣ распространяется отъ бедра на голень и переходитъ даже на стопу. Въ нѣсколько дней отеочное состояніе ноги достигаетъ значительныхъ размѣровъ до образованія пузырей. Больная старается избѣгать всякаго движенія. Обыкновенно съ развитіемъ значительной опухоли бедра ознобы прекращаются; но лихорадочное состояніе держится долгое время, иногда цѣлые мѣсяцы. Послѣродовыя очищенія имѣютъ кровянистый характеръ. Отсутствие аппетита, продолжительная лихорадка, мучительныя боли и бессонница сильно истощаютъ больныхъ. Тѣмъ не менѣе въ большинствѣ случаевъ, коль скоро болѣзнь сохраняетъ мѣстный характеръ, наступаетъ выздоровленіе спустя 4—15 недѣль послѣ начала болѣзни. Боли и припухлость постепенно уступаютъ, и процессъ медленно разрѣшается постепеннымъ всасываніемъ; хотя еще на долгое время, иногда навсегда, остается небольшая припухлость нижней конечности.

Въ рѣдкихъ случаяхъ обычное теченіе болѣзни нарушается переносомъ тромбовъ и появленіемъ метастатическихъ воспаленій въ разныхъ органахъ. Такіе случаи болшею частію оканчиваются летально.

Распознаваніе представляется иногда затруднительнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда врача призываютъ въ самый разгаръ болѣзни. Въ такомъ случаѣ не всегда легко рѣшить, имѣемъ ли мы предъ собою мѣстное заболѣваніе или же общій септический и піэмическій процессъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда припухлость покрововъ невелика, когда можно прощупать плотныя шнурки по ходу закупоренныхъ сосудовъ, и болѣзнь началась въ первые дни послѣ родовъ безъ ознобовъ и лихорадки, не подлежитъ сомнѣнію, что въ данномъ случаѣ закупорка вень носитъ характеръ мѣстнаго заболѣванія. Сравнительно позднее развитіе закупорки бедреной вены указываетъ на піэмическій характеръ

заболѣванія. При этомъ опухоль появляется сперва въ верхней части бедра, и появленію ея предшествуютъ обычные симптомы умѣренной послѣродовой піэміи. Въ подобныхъ случаяхъ только дальнѣйшее наблюденіе за ходомъ болѣзни можетъ выяснитъ намъ, какое теченіе приметъ заболѣваніе.

Предсказаніе крайне неблагопріятно, при глубокомъ разлитомъ воспаленіи клѣтчатки бедра, которое распространяется изъ полости таза. Во всѣхъ случаяхъ, когда закупорка бедреной вены представляетъ съ самаго начала мѣстное заболѣваніе или становится таковымъ при дальнѣйшемъ теченіи, можно надѣяться на выздоровленіе больной, если организмъ ея въ состояніи вынести продолжительное лихорадочное заболѣваніе. Кромѣ того такіа больныя расположены къ закупоркѣ легочныхъ артерій.

Неблагопріятные признаки представляютъ вновь появившіеся ознобы, эмболии и развитіе переносныхъ воспалительныхъ процессовъ. Переходъ воспалительной опухоли бедра въ нагноеніе встрѣчается очень рѣдко. Смертность при phlegmasia alba dolens, развившейся при закупоркѣ маточныхъ и тазовыхъ венъ, достигаетъ 30%.

Лѣченіе. Основую лѣченія различныхъ формъ phlegmasia alba dolens должно быть по возможности совершенно спокойное положеніе больной конечности, которую впрочемъ сами больныя стараются по возможности держать неподвижно; такъ какъ малѣйшее движеніе причиняетъ имъ сильныя боли. Положеніе припухшей конечности должно быть нѣсколько приподнятое. Больная лежитъ обыкновенно на спинѣ, и ея нога, иногда нѣсколько согнутая въ колѣнномъ суставѣ, покоится на мягкихъ подушкахъ. Въ началѣ болѣзни наибольшее облегченіе приносятъ холодныя примочки изъ чистой или свинцовой воды, иногда приходится прикладывать даже пузырь со льдомъ. Спустя нѣсколько дней, когда припухлость достигла значительной степени, холодъ дѣлается непріятнымъ для больныхъ; наиболѣе умѣстнымъ представляется смазываніе ol. camphorat, обертываніе ватой и флавелевыми бинтами, что слѣдуетъ продолжать до постепеннаго уменьшенія припухлости или до появленія гнойной инфильтраціи. Иногда при сильныхъ боляхъ приходится прибѣгать къ подкожному впрыскиванію морфія. При воспаленіи клѣтчатки на бедрѣ, нужно дѣлать достаточной длины разрѣзы, чтобъ удалить гной и омертвѣлую ткань. Всякія растиранья вредны и даже опасны, способствуя отдѣленію и переносу венозныхъ тромбовъ. Изъ внутреннихъ средствъ въ разгарѣ болѣзни приходится ограничиться легкими наркотическими или небольшими приемами хинина. При появленіи признаковъ, указывающихъ на піэмію и септицемию, назначаютъ соотвѣтственное лѣченіе.

Когда лихорадка исчезла, но отечное состояніе остается, приноситъ пользу осторожное бинтованье, а спустя нѣсколько недѣль употребленіе теплыхъ соленыхъ ваннъ. Изъ внутреннихъ средствъ въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ давать укрѣпляющіе медикаменты, а также

назначить больной питательную пищу и вино, чтобы способствовать скорѣйшему возстановленію кровообращенія въ больной конечности.

Глава 5.

f. Послѣродовое воспаление матки и брюшины, *metroperitonitis, pelveo-peritonitis puerperalis, perimetritis puerperalis.*

Свойства болѣзни, этиологія. Мѣстный характеръ этого заболѣванія наичаще бываетъ наиболѣе ясенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда оно начинается рѣзко выраженнымъ катарральнымъ воспаленіемъ матки, которое затѣмъ переходитъ на паренхиму этого органа. Такой же мѣстный характеръ представляетъ *pelveo-peritonitis*, когда оно присоединяется къ затяжному воспаленію тазовой клѣтчатки или когда обнаруживается вслѣдъ за воспаленіемъ влагалища и матки, развившемся послѣ тяжелыхъ поврежденій родового канала — надрывовъ, ушибовъ и пр. Иногда гонорройное воспаленіе слизистой оболочки матки и трубы распространяется въ послѣродовомъ періодѣ на брюшину, причиняя *pelveo-peritonitis*. Ближайшею причиною болѣзни является зараженіе роженицы наичаще тѣми же патогенными кробами, которые вызываютъ воспаленіе тазовой клѣтчатки. Нѣкоторые французскіе акушеры признаютъ также возможность инфекціи со стороны кишечнаго канала.

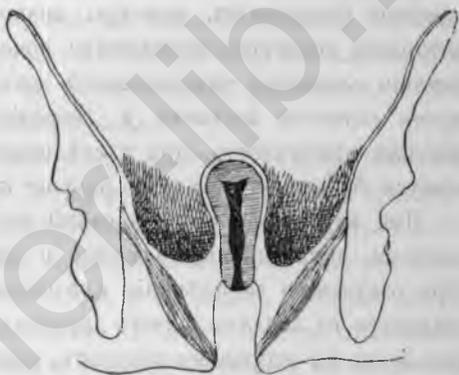
Dumont, а еще раньше Budin, Chantemesse, Widal и др. описали случаи, гдѣ воспаление брюшины будто бы послѣдовало вслѣдствіе инфекціи со стороны кишечнаго канала. Давленіе беременной матки и накопленіе кала причиняетъ серозное пропитываніе стѣнокъ кишекъ и отслойку эпителия, что даетъ возможность *bact. coli comm.* проникать въ брюшину, гдѣ этотъ микробъ причиняетъ воспалительный процессъ.

Анатомическія измѣненія представляютъ значительное разнообразіе. При легкихъ степеняхъ заболѣванія, а также въ началѣ болѣзни, находятъ припухлость матки; при разрѣзѣ ея стѣнки, ткань представляется покрасѣвшею и довольно мягкою. Внутренняя поверхность матки покрыта слизисто-гнойнымъ или гноевиднымъ секретомъ, по соскабливаніи котораго открывается темно-бурая или грязно-сѣрая поверхность размягченной слизистой оболочки. При болѣе тяжелыхъ формахъ *metritis puerperalis*, на разрѣзахъ маточной стѣнки мѣстами показывается гной, который скопляется преимущественно въ междумышечной клѣтчаткѣ и лимфатическихъ сосудахъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ преимущественно въ шейкѣ, рѣже въ тѣлѣ матки, встрѣчаются темно-сѣрые куски омертвѣлой и зловонной маточной ткани различной толщины, окруженные гиперемированною темно-багровою тканью.

Одновременно находятъ пораженіе брюшины въ различной степени. Воспаленіе обыкновенно начинается съ серознаго покрова матки, кото-

рый въ началѣ представляется покрасившимъ и припухшимъ. На поверхности этой части брюшины появляется свѣтлая серозная жидкость, которая скоро мутнѣетъ отъ примѣси гноя и крови, причемъ изъ жидкости выдѣляется фибринъ и осаждается въ болѣе глубокихъ частяхъ малаго таза. Смотря по содержанію гноя, экссудатъ получаетъ серозно-фибринозный или гнойный характеръ. Такъ какъ въ области брюшины, пораженной воспаленіемъ, эндотелій вскорѣ отслаивается и поверхность становится неровною; то соприкасающіяся части, расположенныя выше экссудата, срастаются между собою. Въ другихъ мѣстахъ образуются ложныя перепонки, при посредствѣ которыхъ срастаются между собою и съ пристѣнною брюшиною различные органы, здѣсь расположенные, а также нерѣдко кишечныя петли и сальникъ. Осумкованный экссудатъ большею частью сгущается, претерпѣваетъ жировое перерожденіе и постепенно всасывается. Сращения же остаются, причиняя нерѣдко смѣщеніе матки и ея придатковъ. Подобный исходъ наступаетъ въ наиболѣе легкихъ формахъ заболѣваній, при простомъ, рѣже при гнойномъ воспаленіи матки.

Рѣже въ капсулированной полости продолжается образованіе гноя, и формируется настоящій нарывъ, который прокладываетъ себѣ путь въ сосѣдніе органы, крайне рѣдко чрезъ наружную стѣнку живота. При воспаленіи тазовой брюшины поражаются придатки матки. Иногда страдаетъ только ихъ брюшинный покровъ, въ другихъ случаяхъ одинъ или оба яич-



Фиг. 214.

Лобный разрѣзъ чрезъ женскій тазъ; обозначенное темными штрихами мѣсто показываетъ скопленіе экссудата при perimetritis въ полости брюшины.

ника и стѣнки трубы припухаютъ, иногда въ значительной степени, происходитъ кровоизліяніе въ пузырьки яичника или нагноеніе. Описаны случаи, гдѣ яичникъ былъ превращенъ въ гнойный мѣшокъ. Чаше встрѣчается скопленіе гноя въ сильно растянутой трубѣ. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ воспаленіе распространяется выше и постепенно принимаетъ характеръ общаго воспаленія брюшины, peritonitis diffusa. Такое распространеніе воспалительнаго процесса происходитъ нерѣдко уже въ первые дни, рѣже спустя болѣе продолжительное время, иногда отъ пораженныхъ придатковъ матки. Въ исключительныхъ случаяхъ можетъ послѣдовать даже гнилостное распаденіе экссудата.

Симптомы и теченіе болѣзни. Болѣзнь обыкновенно появляется въ первые дни послѣ родовъ. По наблюденіямъ Garnier, въ 80% эта болѣзнь обнаружилась не позже 3 сутокъ послѣ родовъ. Въ большинствѣ

случаевъ она начинается потрясающимъ ознобомъ, сильными болями въ нижней части живота и лихорадкою. Т. въ началѣ и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни не всегда достигаетъ 40° С, большею частью она представляетъ утреннія послабленія; но пульсъ, нерѣдко уже съ самаго начала болѣзни, не соотвѣтствуетъ повышенію Т. и поднимается до 120 — 130 ударовъ въ минуту.

Область живота ниже пупка становится крайне чувствительною при дотрогиваніи, вздутою; появляется тошнота и рвота. Языкъ представляется обложеннымъ, аппетитъ исчезаетъ, развивается сильная жажда. Испраженія наичаще задержаны, даже вѣтры не отходятъ по цѣлымъ днямъ. Иногда отдѣленіе мочи также задерживается и сопровождается болью. Вообще больная представляетъ картину тяжелаго заболѣванія. Спустя нѣсколько дней послѣ появленія воспаленія тазовой брюшины, чрезъ наружныя стѣнки живота можно ощущать какъ бы контуры опухоли въ нижней части живота, посрединѣ или болѣе сбоку. Эта опухоль наичаще обозначаетъ контуры кишечныхъ петель, серозный покровъ которыхъ подвергся воспаленію; почему на мѣстѣ опухоли при постукиваніи слышится тимпаническій тонъ. Образовавшійся эксудатъ долгое время остается жидкимъ и твердѣетъ медленно; почему настоящая плотная припухлость, при изслѣдованіи чрезъ наружные покровы, ощущается большею частью не раньше конца второй недѣли болѣзни.

При внутреннемъ изслѣдованіи пальцемъ чрезъ влагалище въ началѣ болѣзни, дотрагиваніе до матки и сводовъ вызываетъ сильную боль. При отсутствіи заболѣванія клѣтчатки, кромѣ особенной мягкости или рыхлости въ сводахъ, ничего другого осязать нельзя. Но спустя нѣкоторое время мы ощущаемъ эксудатъ, расположенный позади матки, въ видѣ разлитаго оплотнѣнія. При воспаленіи придатковъ, припухлость образуется сбоку и сзади матки. Если она бываетъ съ одной стороны, то, достигая значительной степени, смѣщаетъ матку въ противоположную сторону.

Въ рѣдкихъ случаяхъ выпоть прощупывается спереди матки, между нею и мочевымъ пузыремъ. Воспалительная припухлость, находящаяся съ боковъ и спереди, обыкновенно лежитъ высоко; только при совмѣстномъ воспаленіи тазовой клѣтчатки, выпоть въ этихъ мѣстахъ ощущается глубоко въ полости таза. Когда катарральное воспаленіе матки отсутствуетъ, послѣродовое очищеніе выдѣляется обыкновенно въ маломъ количествѣ, и вскорѣ даже прекращается совершенно. Въ исключительныхъ случаяхъ изъ влагалища выдѣляются куски омертвѣлой маточной ткани что происходитъ въ концѣ первой или въ началѣ второй недѣли послѣ родовъ. Такая форма воспаленія матки извѣстна подъ именемъ *metritis puerp. dissecans*.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни бываетъ различно, смотря потому, распространяется ли воспаленіе дальше на всю брюшину или, что бываетъ нерѣдко, происходитъ всасываніе осумкованнаго эксудата. Сравнительно рѣдко послѣдній переходитъ въ нарывъ, или въ гнило-

стное распадёніе. При дальнѣйшемъ распространёніи воспалёніа увеличивается вздутіе, животъ представляется бочкообразнымъ, ухудшается общее состояніе больной, пульсъ становится малымъ, рвота учащается; больная слабѣетъ, и почти всегда, спустя нѣсколько дней, умираетъ. Напротивъ, при исходѣ въ разрѣшеніе, лихорадка, спустя одну или двѣ недѣли, прекращается или проявляется еще нѣкоторое время только въ видѣ вечернихъ повышеній. Одновременно съ этимъ прекращаются боли, проходитъ вздутіе и тошнота, появляются самопроизвольныя испражненія на низъ, и силы больной возстанавливаются постепенно. При появленіи нагноенія, лихорадочное состояніе усиливается, и вмѣстѣ съ этимъ увеличиваются боли на мѣстѣ эксудата. Гной прокладываетъ себѣ путь въ прямую кишку, мочевоу пузырь, чрезъ сводъ влагалища, и въ исключительныхъ случаяхъ чрезъ переднюю стѣнку живота. Послѣ удаленія гноя самопроизвольно или чрезъ разрѣзъ, температура обыкновенно падаетъ, полость постепенно уменьшается въ объёмъ и закрывается. Наблюдавшееся въ исключительныхъ случаяхъ изліяніе гноя изъ яичника или трубы въ свободную отъ воспалёніа часть брюшной полости всегда влечетъ за собою дурной исходъ, въ особенности если не поспѣшатъ съ чревосѣченіемъ.

Распознаваніе. Въ началѣ болѣзни, пока существуютъ острые явленія, свойственныя воспалёнію тазовой брюшины, распознаваніе не представляетъ затрудненій, даже при одновременномъ воспалёніи тазовой кѣлѣчатки. Другое дѣло, когда болѣзнь приняла хроническое теченіе, когда образовалась воспалительная припухлость и эксудатъ, который разрѣшается крайне медленно. Въ подобныхъ случаяхъ иногда приходится принять во вниманіе не только данныя гинекологическаго изслѣдованія, но также этиологію, теченіе болѣзни, ея симптомы, чтобы прійти къ опредѣленному заключенію. Не слѣдуетъ также упускать изъ виду, что оба процесса *pelveo-peritonitis* и *parametritis exsudativa* могутъ существовать совмѣстно. Мы ограничимся краткимъ перечисленіемъ отличительныхъ признаковъ и симптомовъ этихъ процессовъ.

Pelveo-peritonitis puerp.

Въ началѣ болѣзни сильныя боли и вздутіе живота. При надавливаніи сильная боль.

Частота пульса значительно опережаетъ степень лихорадки.

Уплотнѣніе эксудата наступаетъ медленно. Когда воспалительная припухлость занимаетъ боковое положеніе возлѣ матки, она распо-

Parametritis puerp.

Начинается часто при умѣренныхъ боляхъ, которыя увеличиваются нѣсколько при надавливаніи.

Пульсъ учащается параллельно съ повышеніемъ температуры. Эксудатъ скоро становится плотнымъ и прощупывается сбоку матки низко въ полости таза.

Эксудатъ, окружающій иногда матку сзади, не опускается низко въ тазъ.

лагается высоко. Напротивъ, при положеніи его позади матки, онъ часто опускается низко въ тазъ.

Даже при небольшомъ боковомъ эксудатѣ матка утрачиваетъ подвижность. Матка подвижна, если эксудатъ, расположенный сбоку ея, не великъ.

Предсказаніе вообще нельзя назвать благопріятнымъ; въ началѣ болѣзни слѣдуетъ опасаться распространенія воспаленія. Даже въ случаяхъ сравнительно легкихъ, когда теченіе принимаетъ благопріятный характеръ, почти всегда остаются послѣдствія воспаленія тазовой брюшины на внутреннихъ половыхъ органахъ. Продолжительное лихорадочное состояніе, при ограниченіи воспаленія полостью таза, должно всегда внушать опасеніе относительно образованія нарыва или перехода эксудата въ гнилостное распаденіе.

Льченіе ничѣмъ особеннымъ не отличается отъ терапіи, которая примѣняется вообще при острыхъ воспаленіяхъ брюшины. Необходимо полнѣйшее спокойствіе. Больная должна лежать на спинѣ, по возможности неподвижно. Впрыскиваній во влагалище не должно дѣлать безъ крайней необходимости, чтобы напрасно не тревожить больную; большею частью достаточно ограничиться обмываніемъ наружныхъ частей, съ соблюденіемъ необходимой опрятности.

При появленіи первыхъ признаковъ воспаленія тазовой брюшины, нужно назначить пузырь со льдомъ или холодныя примочки на животъ, а внутрь давать narcotica, преимущественно препараты опія—extr. opii aq., tinct. opii и пр. При тошнотѣ и рвотѣ, эти средства можно употреблять въ клистирѣ, или же сдѣлать подкожное вспрыскиваніе раствора morphii muriat. На подкожную область умѣстно класть горчишники, а внутрь давать кусочки льда, растворъ codeini puri чайными ложками, или смѣсь—tinct. opii simpl., tinct. belladonn. ana 2,0, aq. Laurocerasi 4,0. Принимать по 20 — 30 капель нѣсколько разъ въ день. Кромѣ льда слѣдуетъ прибѣгнуть къ осторожному втиранію въ нижнюю часть живота ртутной мази въ количествѣ 4,0 — 6,0 pro die, до прекращенія острыхъ явленій или до появленія слюнотеченія. Давать жаропонижающія средства нѣтъ необходимости; такъ какъ лихорадка большею частью не бываетъ особенно высока.

Когда скоро острые явленія уменьшаются, боли успокаиваются, ледъ можно оставить и замѣнить его согрѣвающими компрессами, чтобы способствовать всасыванію эксудата. Слабительныхъ лучше не давать, въ особенности въ началѣ болѣзни; такъ какъ возбужденіе перистальтики кишокъ можетъ усилить воспалительный процессъ. При ослабленіи воспаленія, испражненіе на низъ большею частью происходитъ самопроизвольно, или же этому можно способствовать небольшими клистирами изъ настоя ромашки съ прибавленіемъ глицерина. Для ускоренія всасыванія эксудата можно втирать іодистую мазь въ нижнюю

часть живота или употреблять свѣчки въ задній проходъ съ прибавленіемъ jodoformii или jodoli pulv. въ количествѣ 0,2 pro die.

Вставать съ постели больной можно разрѣшить, только спустя 2 недѣли послѣ прекращенія лихорадки, когда эксудатъ почти всосался. Въ это же время для ускоренія всасыванія полезно назначить общія соленыя ванны, увеличивая постепенно ихъ крѣпость и температуру. При появленіи признаковъ, указывающихъ на образованіе нарыва, слѣдуетъ прибѣгнуть къ употребленію припарокъ. Коль скоро появилось зыбленіе въ заднемъ сводѣ, слѣдуетъ разрѣзать послѣдній и лѣчить по правиламъ хирургіи. Оставшіяся перемычки, приращенія матки и яичниковъ, а также смѣщеніе этихъ органовъ, лѣчатся горячими душами, тампонами и массажемъ.

Такъ какъ воспаленіе тазовой брюшины представляетъ болѣзнь большею частью тяжелую и нерѣдко затяжную, то слѣдуетъ поддерживать силы больной легкою удобоваримою, преимущественно жидкою пищей и питательными клистирами.

г. Послѣродовое сплошное воспаленіе брюшины мѣстнаго характера; peritonitis diffusa puerperalis.

Свойства и причины болѣзни. Наичаще сплошное воспаленіе брюшины въ послѣродовомъ періодѣ представляетъ одно изъ проявленій септицеміи; однако изрѣдка встрѣчаются случаи, гдѣ воспалительный процессъ является какъ мѣстное самостоятельное заболѣваніе. Это происходитъ наичаще отъ тѣхъ же причинъ, которыя причиняютъ воспаленіе тазовой брюшины, и въ подобныхъ случаяхъ peritonitis puerperalis diffusa слѣдуетъ разсматривать какъ дальнѣйшее распространеніе воспалительнаго процесса, начавшагося въ полости таза. Тяжелые продолжительные роды при узкомъ тазѣ, значительная траума оставшаяся послѣ акушерской операціи, глубокіе надрывы шейки, разрывъ матки и свода влагалища, разможеніе стѣнки верхней части родового канала являются наиболѣе частыми причинами воспаленія брюшины. Гораздо рѣже острое воспаленіе имѣетъ перфорационный характеръ, развиваясь вслѣдъ за вскрытіемъ въ полость брюшины нарыва, образовавшагося въ яичникѣ, въ осумкованномъ эксудатѣ, или въ полости Фаллопиевой трубы. Въ исключительныхъ случаяхъ причиною peritonitis diffusa puerperalis является перекручиваніе ножки кисты яичника или разрывъ ея, еще рѣже распадненіе фиброміомы матки.

Анатомическія измѣненія. Серозный покровъ кишекъ и брюшныхъ стѣнокъ, въ особенности брюшина, покрывающая тазовые органы, представляется сильно покрасившею и припухшею; поверхность ея вначалѣ гладкая, потомъ является шероховатой и мѣстами на ней отлагается сѣроватый или желтоватый слой фибрина. Кишечныя петли представляются вздутыми, сальникъ значительно припухшимъ и багрово-краснымъ. Въ полости брюшины въ короткое время образуется отъ $\frac{1}{2}$ —1 литра эксудата, и нерѣдко гораздо больше. Мѣстами брюшныя

внутренности, въ особенности сальникъ и кишечныя петли, образуютъ между собою склейки. Kellermann наичаще находилъ придатки матки здоровыми. Въ нѣкоторыхъ наиболѣе безнадежныхъ случаяхъ выпотъ остается жидкимъ, не выдѣляя фибрина, получаетъ буроватый или грязный цвѣтъ и зловонный запахъ. Это бываетъ преимущественно при омертвѣннн части маточной ткани послѣ тяжелой траумы. Въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ капсулированіе эксудата, и воспаленіе принимаетъ болѣе хроническое теченіе. Во всѣхъ случаяхъ самостоятельнаго воспаленія брюшины въ эксудатѣ были найдены streptococcus pyogenes, иногда совмѣстно съ другими, преимущественно гнилостными, микробами.

Симптомы и теченіе болѣзни. Въ тѣхъ случаяхъ, когда peritonitis diffusa развивается какъ послѣдствіе траумы, оно обыкновенно начинается въ первые дни послѣ родовъ, иногда еще до окончанія родового акта, рѣже въ концѣ первой недѣли. Всѣ грозныя симптомы обыкновенно обнаруживаются быстро, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитіе ихъ идетъ болѣе медленно, и только въ теченіе 2 — 3 дней вполне развертывается картина болѣзни. Въ тѣхъ случаяхъ, когда въ полость брюшины изливается гной изъ нарыва яичника или трубы, болѣзнь обнаруживается сразу крайне тяжелыми и бурными симптомами. Обыкновенно почти всегда острое воспаленіе брюшины начинается ознобомъ; появляются сильныя острыя боли въ нижней части живота, онѣ вскорѣ распространяются на весь животъ, поясницу и на наружныя половыя части, а также кверху на грудную клѣтку и плечи.

При малѣйшемъ движеніи родильницы, боли усиливаются. Часто сильная, невыносимая боль вызываетъ стоны и даже громкіе крики, она сопровождается общею слабостью, тошнотою и рвотою. Больныя страшатся сдѣлать малѣйшее движеніе, не выносятъ даже легкаго дотрогиванія до живота. Вздутіе живота обнаруживается въ самомъ началѣ болѣзни въ нижней части, оно постепенно увеличивается; контуры матки исчезаютъ, и животъ принимаетъ бочкообразную форму. Ощупываніе чрезвычайно болѣзненно. При осторожномъ постукиванн, всюду слышится тимпаническій тонъ. Только послѣ накопленія эксудата на мѣстахъ болѣе отложихъ, появляется притупленіе. Когда выпотъ появляется въ достаточномъ количествѣ, задній сводъ немного выпячивается, въ другихъ случаяхъ, при изслѣдованн чрезъ влагалище, замѣчается только сильная чувствительность и нѣкоторое укороченіе или спаденіе сводовъ. Грудобрюшная преграда поднимается кверху вмѣстѣ съ печенью. Сердце также замѣтно смѣщается кверху.

Съ образованіемъ выпота уменьшаются замѣтно боли въ животѣ, но вмѣстѣ съ тѣмъ усиливаются другіе симптомы. Появляющаяся иногда съ самого начала болѣзни тошнота сопровождается рвотою, которая часто принимаетъ характеръ тяжелаго мучительнаго симптома; не

только извергается все поступившее въ желудокъ, но примѣшивается желчь, а иногда даже кишечная слизь. Съ переходомъ воспаления на грудобрюшную преграду появляется икотка, представляющая явленіе крайне тягостное. Ко всему этому обыкновенно присоединяется сильная жажда. Губы сухіе. Языкъ представляется обложеннымъ, на немъ образуется налетъ, нерѣдко темнаго цвѣта. Языкъ иногда остается влажнымъ до конца болѣзни, въ другихъ случаяхъ онъ дѣлается сухимъ. Кишечныя испражнения задержаны, иногда по нѣскольку дней не выходятъ вѣтры. Нерѣдко также появляется упорный поносъ, въ особенности послѣ пріема слабительныхъ. Количество мочи скоро уменьшается; при изслѣдованіи въ ней часто находятъ бѣлокъ и гіалиновые цилиндры.

Температура повышается сразу до 39, даже 40° С. или же поднимается постепенно, но вообще при этихъ формахъ воспаление брюшины рѣдко бываетъ значительное повышение. Довольно характерно несоотвѣтствіе въ тяжелыхъ случаяхъ между температурою и пульсомъ, который иногда при температурѣ 38—39° С. достигаетъ 130—140, болѣе ударовъ въ минуту. Такую чрезмѣрную частоту пульса слѣдуетъ считать явленіемъ неблагоприятнымъ. Дыханіе значительно учащается, вслѣдствіе поднятія діафрагмы кверху. Смерть представляетъ обычный исходъ этой болѣзни.

Вслѣдствіе истощенія, лихорадки и стѣсненія грудныхъ органовъ, дѣятельность сердца разстраивается, мышца его утомляется, пульсъ становится слабымъ и затѣмъ исчезаетъ; конечности холодѣютъ, черты лица больной осовываются, дыханіе учащается, появляются хрипы въ груди, указывающіе на отекъ легкихъ. Больная теряетъ сознаніе, иногда только спустя 6—12 часовъ отъ начала этихъ тяжелыхъ явленій. Въ другихъ случаяхъ уже за нѣсколько дней до смерти сознаніе помрачается, и развивается угнетенное состояніе.

При изліяніи гноя изъ нарыва въ полость брюшины, смерть наступаетъ нерѣдко чрезъ 2—3 дня. При воспаленіи брюшины, развившемся вслѣдствіе травмы, летальный исходъ наблюдается наичаще въ концѣ первой или на второй уже недѣлѣ послѣ родовъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ экссудатъ капсулируется, и болѣзнь принимаетъ болѣе хроническое теченіе со всѣми его послѣдствіями.

Предсказаніе при peritonitis diffusa puerperalis чрезвычайно неблагоприятно, почти 95% больныхъ погибаютъ, выздоровленіе наступаетъ только въ исключительныхъ случаяхъ, при болѣе затяжномъ теченіи болѣзни. Чрезвычайно частый пульсъ, при сравнительно невысокой температурѣ, представляетъ неблагоприятное предсказаніе. Обыкновенно такое несоотвѣтствіе бываетъ выражено наиболѣе рѣзко въ послѣдніе дни болѣзни. Холодные конечности, при чрезвычайно частомъ и слабомъ пульсѣ, при повышенной температурѣ тѣла и осунувшихся чертахъ лица, указываютъ на безнадежное состояніе.

Льченіе въ главныхъ своихъ основаніяхъ совершенно сходно съ

лѣченіемъ при тазовомъ воспаленіи брюшины. Еще въ большей степени необходимо для больной покойное, по возможности неподвижное положение на спинѣ. Въ началѣ болѣзни ледъ въ пузыряхъ, или ледяные компрессы на животъ и опій внутрь или въ клизмахъ составляютъ наиболѣе рациональныя средства. Вмѣстѣ съ этимъ примѣняется прикладываніе на животъ *ung. hydrargyri ciner.*

Если больная удерживаетъ питье, нужно давать переваренную ледяную или углекислыя воды, большею частью глотками, прибавляя хорошее бѣлое вино или коньякъ. Изъ питательныхъ веществъ можно позволять немного бульона или какого-нибудь жидкаго слизистаго супа съ прибавленіемъ мясного порошка. Для облегченія больной, при сильномъ вздутіи кишекъ, полезны небольшіе клистиры изъ настоя ромашки съ прибавленіемъ нѣсколькихъ капель *ol. terebinthinae*, а также введеніе въ прямую кишку длинной трубки, чтобы чрезъ нее вывести хотя небольшое количество газовъ. Съ образованіемъ экссудата слѣдуетъ перейти къ согрѣвающимъ компрессамъ. Питательные клистиры рѣдко удерживаются такими больными. При ослабленіи и упадкѣ силъ, нужно назначать возбуждающія средства, — вино, гофманскія капли, *camphora* и пр. Если они не переносятся желудкомъ, слѣдуетъ растворъ камфоры въ эфирѣ или *Sol. coffeini circ.* впрыскивать подъ кожу.

Въ случаяхъ тяжелой травмы, когда можно ожидать воспаленія брюшины, напр., при разрывѣ матки или при пораненіи матки во время беременности и родовъ, слѣдуетъ дѣлать чревосѣченіе. При развившемся воспаленіи брюшины, чревосѣченіе умѣстно только при кистѣ, вызвавшей воспаленіе брюшины, а также при капсулированномъ экссудатѣ или когда можно удалить содержащія гной маточныя придатки, отъ которыхъ послѣдовало общее воспаленіе брюшины. Во всѣхъ этихъ случаяхъ не слѣдуетъ медлить съ операцией.

Hanks совѣтуетъ производить чревосѣченіе, при ограниченномъ скопленіи гноя въ полости брюшины. Denise и Winkel оперировали съ успѣхомъ при *periton. diffus.*, гдѣ было скопленіе гноя въ полости таза. Noble считаетъ умѣстнымъ чревосѣченіе при гнойномъ воспаленіи придатковъ въ послѣродовомъ періодѣ, а также въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ мѣстныхъ воспаленій въ тазу постепенно развивается *peritonitis diffusa*. Въ подобныхъ случаяхъ въ особенности надо спѣшить съ операцией. Во всѣхъ другихъ случаяхъ общаго воспаленія брюшины, развившихся вслѣдствіе травмы или гангрены родовыхъ путей, когда воспаленіе не ограничилось, операциа бесполезна и можетъ только ускорить летальный исходъ. L. Tait изъ 4 случаевъ чревосѣченія *peritonitis diffusa* только въ одномъ случаѣ наблюдалъ выздоровленіе.

II. Послѣродовыя заразныя заболѣванія общія.

Глава 6.

Послѣродовая септицемія, рожа и пізмія.

а. Послѣродовая септицемія. гнилокровіе, *septicaemia puerperalis, metro-lymphangitis.*

Свойство болѣзни. До сихъ поръ намъ не вполне извѣстны всѣ микробы, которые, попадая въ лимфатическіе сосуды внутреннихъ половыхъ органовъ родильницы, могутъ быстро размножиться и причинять эту болѣзнь. Они непрерывно по лимфатическимъ путямъ поступаютъ въ кровь и разносятся въ различныя области организма. Наичаще, при изслѣдованіи пораженныхъ тканей, находили *streptococcus pyogenes*, въ другихъ случаяхъ *staphylococcus pyogenes* и *bacillus saprogenes*. Въ нѣкоторыхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ септицемія обуславливается *bacillus oedematis maligni*. Этотъ микробъ былъ обстоятельно изслѣдованъ и описанъ Pasteur'омъ. Онъ представляетъ подвижную анаэробную бациллу. Развитие ея въ тѣлѣ сопровождается образованіемъ газовъ, гнилостнымъ омертвѣніемъ тканей и отекомъ, при крайне тяжелыхъ общихъ явленіяхъ.

Этіологія. Почти всегда зараженіе чрезъ переносъ случается во время родовъ или въ первые дни послѣродоваго періода, въ исключительныхъ случаяхъ даже предъ наступленіемъ родовъ. Упомянуты въ литературѣ случаи, гдѣ зараженіе происходило чрезъ легкія, при вдыханіи зараженнаго патогенными микробами воздуха.

Анатомическія измѣненія. На секціонномъ столѣ обыкновенно находятъ крайне разнообразныя измѣненія у родильницъ, погибшихъ отъ этой болѣзни. На первомъ планѣ стоятъ измѣненія въ половомъ аппаратѣ, чрезъ который послѣдовало зараженіе; здѣсь мы находимъ обыкновенно явленія, свойственныя дифтеритному или гангренозному воспаленію. Внутренняя поверхность матки покрыта сѣровато-бурымъ слоемъ вонючаго секрета, часто на ней замѣчаются ложныя перепонки, крупознаго или дифтеритическаго характера въ особенности на шейкѣ и на мѣстѣ плаценты, въ видѣ сѣрыхъ, грязно-бурыхъ или зеленоватыхъ палетовъ и островковъ, которые часто легко отстаютъ отъ подлежащей ткани, въ другихъ случаяхъ соединяются съ нею плотно.



Фиг. 215. Септическое воспаленіе слизистой оболочки матки, микробы видѣются въ живую ткань.

Иногда вся внутренняя поверхность матки ими покрыта, представляя картину сплошного дифтерита матки.

Мышечная ткань матки, расположенная под слизистой оболочкою, представляет значительное размягчение на различную глубину, такая измененная ткань имеет сѣровато-грязный цвѣтъ. Часто маточная стѣнка легко разрывается пальцами. Въ другихъ случаяхъ на поверхности матки просвѣчиваютъ въ видѣ желтоватыхъ пятенъ, наполненныхъ гноемъ, растянутые лимфатическіе сосуды. На разрывахъ мышечной стѣнки выступаютъ мелкія гнойныя гнѣзда въ ткани между мышечными пучками. Въ широкихъ связкахъ возлѣ матки также замѣчаются растянутые гноемъ лимфатическіе сосуды.

Почти всегда при этомъ существуетъ воспалительная инфильтрація тазовой клѣтчатки и болѣе или менѣе ясно выраженный pelveo-peritonitis. Часто находятъ дифтеритическіе сѣроватые налеты на стѣнкахъ влагалища и даже на половыхъ губахъ. Нерѣдко также на трубахъ находятъ рѣзко выраженные явленія общаго воспаления брюшины съ изменениями въ придаткахъ. Довольно часто (1 : 10) встрѣчается воспаление подреберной плевы съ образованіемъ серознаго или гнойнаго экссудата, рѣже воспаление мозговыхъ оболочекъ, meningitis. Въ кишечномъ каналѣ слизистая оболочка оказывается припухшею, часто усѣянною изъязвленіями и мелкими кровезлияніями. Большія железы всѣ представляются припухшими, особенно селезенка; печеночныя клѣтки въ состояніи жировой инфильтраціи. Подобнымъ же измененіямъ подвергается эпителий почечныхъ канальцевъ; сосуды въ Мальпигиевыхъ клубочкахъ бывають запружены микробами.

Въ исключительныхъ случаяхъ, при быстро протекающихъ формахъ септицеміи, въ половыхъ органахъ находили только незначительныя измененія на секціонномъ столѣ—начало endometritis, начальныя измененія, свойственныя pelveo-peritonitis и пр.

Наиболее септицемія развивается изъ полости матки, въ слизистой оболочкѣ которой размножаются streptoc. ruog., нерѣдко совмѣстно съ staphyloc. ruog. или съ палочкой гніенія. Пока воспалительный процессъ имеетъ мѣстный характеръ, въ маточной ткани, по наблюденіямъ Widal'a и Bumm'a, подъ слизистой оболочкой находятъ ясно выраженную клѣтчковую инфильтрацію, защищающую отъ дальнѣйшаго виждренія микробовъ. Когда же заболѣваніе принимаетъ общій характеръ, микробы появляются въ междумышечной клѣтчаткѣ маточной стѣнки, откуда переходять прямо на брюшину или же виждряются въ лимфатическіе и кровеносные сосуды.

Послѣ смерти отъ септицеміи, болшею частію можно найти микробы въ крови. Септицемія можетъ развиваться при различныхъ формахъ endometritis. Widal различаетъ endometritis purulenta et endometritis dyphtherit. Онъ видалъ случаи быстрого наступленія смерти, когда попавшіе въ матку микробы не успѣли еще произвести замѣтныхъ измененій. Подобный же случай недавно описалъ Heinricius. Наиболее легко проникають микробы чрезъ мѣсто, гдѣ сидѣла плацента.

Симптомы и теченіе. Въ настоящее время тяжелые случаи септицеміи встрѣчаются гораздо рѣже прежняго. Благодаря широкому при-

мѣненію обеззараживающихъ средствъ, измѣнился самый характеръ послѣродовыхъ заболѣваній. Labadie Lagrave нашель, что во Франціи, какъ всюду въ культурныхъ странахъ, наичаще встрѣчаются теперь болѣе легкія формы заболѣваній, продолжающіяся отъ 5—10 дней

Болѣзнь наичаще начинается на 2 и 3 день послѣ родовъ значительнымъ, иногда даже потрясающимъ ознобомъ. Гораздо рѣже наблюдается позднее появленіе септицеміи, именно на 2 недѣль послѣ родовъ. Doleris полагаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ не всегда бываетъ свѣжее зараженіе, иногда наступаетъ возвратъ раньше начавшейся болѣзни. Довольно характерно чрезвычайно высокое поднятіе температуры до 41—42° С., при этомъ пульсъ доходитъ до 120—140, а при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни даже до 160 ударовъ въ минуту. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь развивается постепенно; угрожающія явленія обнаруживаются только по истеченіи нѣсколькихъ дней. Пульсъ всегда бываетъ слабѣе обыкновеннаго. Одновременно появляется сильная головная боль. Сознаніе иногда сохраняется въ теченіе всей болѣзни, въ особенности въ болѣе легкихъ формахъ, которыя встрѣчаются въ настоящее время. Но часто также оно бываетъ болѣе или менѣе помрачено; больная лежитъ въ забытіи, какъ при тифѣ, большею частію она бываетъ апатична и ни на что не жалуется. Молоко въ грудяхъ пропадаетъ. Въ другихъ случаяхъ напротивъ обнаруживается сильное возбужденіе и буйный бредъ; больную едва можно удержать въ постели.

Уже въ первые дни болѣзни цвѣтъ лица нерѣдко получаетъ желтоватый оттѣнокъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ оно становится сѣровато-желтымъ; черты лица осовываются, языкъ дѣлается сухимъ и совмѣстно съ деснами покрывается черноватымъ налетомъ. Пока сознаніе не утрачено вполнѣ, больныя обнаруживаютъ сильную жажду и жадно поглощаютъ питье, несмотря на частую рвоту.

Часто наблюдается довольно сильный профузный поносъ съ крайне вонючими зеленоватыми испражненіями, смѣшанными съ слизью, которая иногда бываетъ окрашена кровью. Повторные ознобы появляются нерѣдко. Нижняя часть живота обыкновенно чувствительна при дотрагиваніи и замѣтно вздута.

Если болѣзнь оканчивается выздоровленіемъ, температура постепенно падаетъ, прекращается тошнота и головныя боли. Появляются обильныя лохіи, прибавляется количество мочи и улучшается самочувствіе. При неблагопріятномъ исходѣ болѣзни, тягостныя симптомы усиливаются, и обнаруживаются иногда явленія, указывающія на воспаленіе брюшины. Животъ вздувается, задерживаются газы и испражненія. Послѣродовыя истеченія большею частію принимаютъ буроватый цвѣтъ, иногда съ примѣсью чистой крови, обыкновенно лохіи бываютъ зловонны. При появленіи parametritis или pelveoperitonitis, количество ихъ быстро уменьшается. Микроскопическое изслѣдованіе обнаруживаетъ въ лохіяхъ громадное количество микробовъ, наичаще streptococcus pyog.

При изслѣдованіи половыхъ органовъ, находятъ различныя измѣненія. Воспалительная инфильтрація клѣтчатки изъ таза иногда поднимается кверху до почекъ, подъ брюшиною задней стѣнки живота, или переходитъ на глубокую клѣтчатку бедра, производя крайне болѣзненную припухлость на бедрахъ, иногда съ послѣдовательнымъ тромбозомъ бедреной вены. Больныя часто жалуются на одышку, зависящую отъ разрушенія большого числа кровяныхъ шариковъ или же отъ развившагося pleuritis exsudativa. Незадолго до смерти, вслѣдствіе слабой дѣятельности сердца, часто развивается отеочное состояніе легкихъ, выражающееся учащеннымъ дыханіемъ и появленіемъ громкихъ хриповъ въ груди.

Количество мочи постепенно уменьшается до совершеннаго почти прекращенія выдѣленія за день и болѣе до смерти. Моча мутная, обыкновенно въ ней находятъ бѣлокъ и цилиндры. Въ случаяхъ оканчивающихся благополучно, прекращенія отдѣленія мочи не бываетъ. Молоко пропадаетъ часто уже въ самомъ началѣ болѣзни.

На кожѣ, которая большею частію остается сухою, появляются иногда на туловищѣ и конечностяхъ сыпи въ видѣ красноватыхъ пятенъ, иногда urticaria, въ другихъ случаяхъ водянистые пузыри или прыщи. Иногда наблюдаютъ также мѣстные воспалительные инфильтраты, особенно на конечностяхъ, и очаги омертвѣнія. Это бываетъ при смѣшанныхъ формахъ этой болѣзни, извѣстныхъ подъ именемъ septico-pyæmia. Въ случаяхъ выздоровленія послѣ тяжелыхъ формъ септицеміи, обратное развитіе матки замедляется. Погибаетъ значительное количество мышечной ткани, вслѣдствіе настоящаго некроза или гіалиноваго перерожденія. Даже оболочки маточныхъ артерій претерпѣваютъ подобныя измѣненія, по наблюденіямъ Dittrich'a.

Смерть наступаетъ иногда уже, правда въ исключительныхъ случаяхъ, чрезъ 2—3 дня послѣ начала болѣзни, часто въ концѣ первой недѣли. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь продолжается дольше, и летальный исходъ наблюдался, спустя 2—4 недѣли послѣ заболѣванія.

Bourget нашель при септицеміи много ядовитыхъ веществъ въ мочѣ, а также въ заболѣвшихъ органахъ. Fracconi и другіе находили у заболѣвшихъ streptoc. pyog. иногда совмѣстно съ staphylococcus pyog. въ молокѣ, мочѣ и въ крови. Въ крови наблюдали эти микробы также Чернявскій, Gärtner и др., въ особенности Petruschky, который изъ 14 тяжело больныхъ нашель патогенные микробы въ крови у 9 родильницъ. Въ противорѣчій съ этимъ находятся наблюденія Brieger'a.

Распознаваніе болѣзни въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ легко. При этомъ слѣдуетъ руководствоваться наиболѣе характерными симптомами болѣзни, — сильно учащеннымъ пульсомъ, высокой температурою, сухимъ языкомъ, желтоватосѣрымъ цвѣтомъ лица, а также часто обнаруживающимися явленіями воспаления брюшины. Въ началѣ болѣзни ее можно смѣшать съ мѣстными послѣродовыми процессами, пока отличительные признаки не выяснятся вполне. Peritonitis diffusa появляется

наичаще послѣ значительныхъ поврежденій въ половыхъ частяхъ. Прободныя же формы являются внезапно, большею частью спустя нѣкоторое время послѣ появленія pelveo-peritonitis.

Предсказаніе въ легкихъ случаяхъ небезнадежно; нерѣдко больныя выздоравливаютъ, при надлежащемъ уходѣ и лѣченіи. Предсказаніе неблагоприятно въ тяжелыхъ формахъ, въ особенности когда падаетъ и сильно учащается пульсъ, развивается peritonitis diffusa, или появляется упорная рвота и помраченіе сознанія.

Лѣченіе. Въ настоящее время большинство врачей пришли къ убѣжденію, что различныя внутреннія средства, понижающія температуру, бесполезны при септицеміи. Большія надежды, возлагавшіяся прежде на эти средства, нимало не оправдались. Теперь при лѣченіи послѣродовой септицеміи вездѣ, гдѣ возможно, примѣняется укрѣпляющій и возбуждающій силы способъ лѣченія, наиболѣе разработанный Runge у котораго изъ 20 случаевъ при такомъ лѣченіи выздоровѣли 16 больныхъ.

При первомъ появленіи лихорадки и симптомовъ, указывающихъ на послѣродовую инфекцію и заболѣваніе въ половыхъ органахъ, врачъ долженъ спѣшить примѣнить обычное мѣстное лѣченіе — обеззараживающія впрыскиванія во влагалище, промываніе матки, введеніе въ нее tinct. jodi cum glycerino или suppositor. изъ іодоформа и пр. Снегиревъ предложилъ для лѣченія endometritis puerп. перегрѣтый водяной паръ, который вводится въ матку, при посредствѣ особенной трубки. Другіе врачи также примѣняли съ успѣхомъ это средство.

Изъ внутреннихъ средствъ самымъ дѣйствительнымъ и рациональнымъ оказывается алкоголь. Наичаще назначаютъ коньякъ, хорошій бѣлый портвейнъ или марсалу въ большихъ приемахъ. Больныя септицеміей прекрасно переносятъ даже большіе количества этихъ средствъ. Слѣдуетъ назначать не менѣе 30 — 60 gm. коньяку и кромѣ того $\frac{1}{2}$ — 1 бутылку вина въ сутки, смотря по выносливости больной. Одновременно съ этимъ назначаютъ усиленное питаніе. Каждые 2—3 часа больной даютъ крѣпкій бульонъ съ яйцомъ, мясной сокъ или супъ съ прибавленіемъ мясного порошка. Кромѣ того чай, кофе и молоко или молочный супъ. Пока не появляется симптомовъ peritonitis, эти питательныя средства прекрасно переносятся. вмѣстѣ съ алкоголемъ они поддерживаютъ силы больныхъ въ борьбѣ съ заразною болѣзью, паразившею организмъ.

Большое значеніе имѣетъ также назначеніе тепловатыхъ ваннъ не выше 24° R., въ которыя сажаютъ больныхъ на 5 — 10 минутъ, постепенно охлаждая воду на 2 — 3 градуса. Такія ванны уменьшаютъ жаръ, дѣйствуютъ укрѣпляющимъ образомъ на организмъ и даже усиливаютъ аппетитъ. Они противопоказуются при воспаленіи брюшины. Кромѣ ваннъ, съ значительною пользой можно примѣнять обтиранье тѣла больныхъ разведеннымъ уксусомъ или обвертываніе во влажныя простыни.

При появлении сильных поносовъ съ обильными испражнениями, назначаютъ decoct. rad. Colombo или salol cum tinct. opii croc., tan-nigenum и пр. При уменьшении отдѣленія мочи полезны углекислыя воды,—зельтерская, боржомская и пр. При бессонницѣ назначаютъ въ клистирѣ хлораль-гидратъ или sulfonal.

При веденіи такой терапіи, необходимо одновременно надлежащій уходъ и попеченіе о больныхъ. Нужно строго соблюдать чистоту и опрятность и принять возможные мѣры противъ появленія пролежней. Подкожное введеніе антистрептококковой или антистафилококковой сыворотки, къ сожалѣнію, рѣдко оказывается полезнымъ.

Pestalozza наиболее точно обозначилъ принципы современнаго лѣченія родильной горячки въ слѣдующихъ немногихъ положеніяхъ. 1. Мѣстное лѣченіе пораженныхъ частей родового канала, преимущественно матки. 2. Когда узвана натура инфекціи, слѣдуетъ примѣнить надлежащую сыворотку, противъ стрептококковъ или противъ стафилококковъ. 3. Выдѣленіе наружу изъ организма токсиновъ черезъ кожу, кишки и почки; для ускоренія этихъ процессовъ слѣдуетъ подъ кожу вводить физиологическій растворъ поваренной соли. 4. Укрѣпляющее лѣченіе посредствомъ назначенія надлежащей пищи и разведеннаго алкоголя.

Для промыванія матки Frank совѣтуетъ 1—2% раствора лизола, а Rose смазываетъ полость матки смѣсью tinct. iodi съ феноломъ. Изъ числа общихъ средствъ Свѣнцицкій примѣнялъ подкожныя впрыскиванія pilocarpini muriat. Martens вводилъ подъ кожу kreosot. fagi пополамъ съ ol. camphorat. по 3,0 ежедневно. Kezmarysky примѣнялъ способъ Bossi съ успѣхомъ, впрыскивая отъ 3 до 5 разъ въ сутки въ вену по 1,0 раствора сулемы, 1:1000, нѣсколько дней подъ рядъ. Свѣнцицкій пользовался также способомъ Fochier, усиливая эмиграцію бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ посредствомъ впрыскиванія подъ кожу ol. Terebinth. rect. Съ тою же цѣлью Hofbauer назначалъ внутрь nucleinum отъ 5,0—10,0 p. dos. Противомикробную сыворотку съ успѣхомъ употребляли Marmorek, Kennedy, Josné, Vinay, Imlach, Brinkmann и др. въ количествѣ отъ 10,0 до 30,0 p. dos. въ теченіе нѣсколькихъ дней. Недавно съ этою цѣлью мы примѣняли мазь Credé cum argent. solub. Въ послѣднее время Sippel, Baldy, Davis, Carpenter и др. удаляли черезъ влагалище всю матку въ случаяхъ септического metritis puerperalis.

b. Рожа у родильницъ, erysipelas in puerperio.

Этіологія. Эта болѣзнь встрѣчается сравнительно рѣдко; это тѣмъ болѣе удивительно, что найденные при ней Fehleisen'омъ микробы морфологически нисколько не отличаются отъ streptococcus pyogenes, которые находятъ при септическихъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Причину болѣзни является зараженіе рожистыми микробами пораненій, которыя такъ часто бываютъ на наружныхъ половыхъ частяхъ родильницъ. Наичаще рожа появляется при разрывахъ промежности.

Анатомическія измѣненія на трупахъ родильницъ, погибшихъ отъ этой болѣзни находятъ свойственныя рожистому процессу пораженія кожныхъ покрововъ. Кромѣ того часто встрѣчаются различнаго рода септическія заболѣванія въ половыхъ органахъ родильницы, а иногда и въ другихъ частяхъ тѣла.

По изслѣдованіямъ Hartmann'a, рожистые микробы не только находятъ въ кожѣ, но также въ слизистой оболочкѣ верхней части пищеварительныхъ путей и дыха-

тельныхъ органовъ, откуда грибокъ Fehleisen'a идентичный съ Streptococcus pyogenes, переходитъ въ подслизистую ткань и въ кровь.

Симптомы и теченіе. Болѣзнь начинается на первой или второй недѣлѣ послѣ родовъ потрясающимъ ознобомъ, сильнымъ повышеніемъ температуры и учащеннымъ пульсомъ. При осмотрѣ, находятъ наружныя половыя части припухшими; въ окружности ихъ кожныя покровы представляютъ характерную красноту. Начавшаяся рожа быстро переходитъ на ягодицы и крестцовую область, далѣе она поднимается на туловище и конечности. Въ такой формѣ болѣзнь можетъ тянуться иногда нѣсколько недѣль и окончиться выздоровленіемъ, но часто также больныя умираютъ.

Обыкновенно, при заболѣваніи рожею, молоко у родильницъ пропадаетъ и послѣродовыя очищенія уменьшаются. При внутреннемъ изслѣдованіи, наичаще находятъ воспаленіе тазовой клѣтчатки. Такія сложныя заболѣванія оказываются наиболѣе тяжелыми. Рожа легко переходитъ на новорожденныхъ, у которыхъ болѣзнь всегда оканчивается смертю.

Распознаваніе легко, коль скоро появилась характерная краснота возлѣ припухшихъ наружныхъ половыхъ частей.

Предсказаніе довольно неблагоприятно, около 50% заболѣвшихъ родильницъ умираетъ.

Лѣченіе. Кромѣ обыкновенныхъ мѣстныхъ средствъ, примѣняемыхъ при рожѣ въ послѣродовомъ состояніи, умѣстны тепловатыя ванны и назначеніе внутрь хорошаго вина или коньяку. Прикладываніе къ пораженной кожѣ холодныхъ компрессовъ изъ раствора сулемы или карболовой кислоты имѣетъ вполне рациональное основаніе.

с. Послѣродовая пізмія, гноенровіе, pyaemia puerperalis, metrophlebitis puerperalis.

Свойство болѣзни. Эта опасная и тяжелая болѣзнь происходитъ вслѣдствіе зараженія тромбовъ маточныхъ венъ патогенными микробами. Совмѣстно съ streptococcus pyogenes въ отдѣленіяхъ изъ матки часто встрѣчаются другіе микробы. Вслѣдствіе разжиженія кровяныхъ пробокъ и поступленія ихъ частицъ въ общій токъ крови, болѣзнь становится общою и поражаетъ весь организмъ.

Этіологія. Къ заболѣванію пізміей особенно расположены родильницы, у которыхъ послѣ родовъ развивается атонія матки, а также родильницы потерявшія много крови, вслѣдствіе предлежанія послѣда, и вообще субъекты анемичные, у которыхъ ослаблена сердечная дѣятельность. При этихъ условіяхъ особенно легко образуются длинныя пробки, переходящія изъ маточныхъ синусовъ въ различныя вены таза. Въ другихъ случаяхъ причиною появленія тромбовъ слѣдуетъ считать эксудатъ въ полости таза, перешедшій въ нагноеніе. Болѣзнь развивается черезъ переносъ, хотя нельзя отрицать, въ исключительныхъ случаяхъ, возможности самозараженія.

Анатомическія измѣненія. Когда кровяныя пробки подвергаются дѣйствію патогенныхъ микроорганизмовъ, онѣ распространяются и удлиняются въ тазовыхъ венахъ. Въ началѣ онѣ представляютъ темнокрасные или черные кровяные свертки, мѣстами обезцвѣченные, различной консистенціи, затѣмъ пробки начинаютъ размягчаться и пропитываются гноемъ, который постепенно въ видѣ сѣровой или желтой жидкости наполняетъ каналъ нѣкоторыхъ венъ. Постепенно инфильтруется гнойная ткань, окружающая эти сосуды. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гной превращается даже въ зловонную гнилостную жидкость.

Въ венозныхъ сосудахъ матки, вышолненныхъ тромбами, при паденіи кровяныхъ свертковъ, внутренняя оболочка теряетъ эндотелій, вся стѣнка вены набухаетъ, становится темнобагровой и постепенно подвергается гнойной инфильтраціи; нагноеніе нерѣдко переходитъ на окружающую ткань. Одновременно находятъ различныя формы остраго воспаленія слизистой оболочки и паренхимы матки; въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже *parametritis, metrolymphangitis, salpingo-oophoritis et peritonitis*. Съ другой стороны встрѣчаются случаи, гдѣ кромѣ закупорки венъ и воспаленія ихъ стѣнокъ, никакихъ другихъ измѣненій не находятъ. Наичаще подобные процессы поражаютъ вены, расположенныя по бокамъ матки, на мѣстахъ, гдѣ отходятъ широкія связки.

Размягченные и превратившіеся въ гной кровяные свертки уносятся въ токъ крови чрезъ нижнюю полую вену. Попадая въ различныя органы гной, содержащій микробы, причиняетъ метастатическіе инфаркты и нарывы. По изслѣдованіямъ Tonnelé и Behier на 231 вскрытій, гдѣ былъ констатированъ *metrophlebitis puerp.*, были найдены 18 разъ нарывы въ легкихъ, 6 разъ въ печени и въ 34 случаяхъ было обнаружено нагноеніе въ мышцахъ или въ сочлененіяхъ. Образовавшіеся въ легкихъ метастатическіе нарывы иногда сопровождаются воспаленіемъ подреберной плевы съ образованіемъ гнойнаго экссудата. Большія железы брюшной полости обыкновенно припухаютъ, въ особенности селезенка. Печеночныя клѣтки и эпителий почечныхъ канальцовъ подвергаются жировому перерожденію. Chantemesse находилъ въ селезенкѣ и почкахъ почти чистыя культуры *streptococcus ruog*. Сравнительно нечасто при піэміи встрѣчается общее воспаленіе брюшины. Въ мозгу и его оболочкахъ метастазы встрѣчаются рѣдко. При закупоркѣ *art. centralis retinae*, происходитъ гнойное воспаленіе глазного яблока; содержимое глаза вытекаетъ, и зрѣніе въ пораженномъ глазу утрачивается навсегда.

При изслѣдованіи крови, находятъ въ ней микроорганизмы, въ особенности въ послѣдніе дни жизни больной. Нерѣдко наблюдаются значительныя измѣненія въ сердцѣ. Его серозный внутренній покровъ представляетъ бѣловатыя пятна и изъязвленія, покрытыя сѣроватыми или бѣловатыми отложеніями фибрина. Микроскопъ показываетъ въ этихъ мѣстахъ, а также въ подлежащей ткани, большое количество

гноеродныхъ микробовъ. Такія измѣненія встрѣчаются преимущественно на митральномъ клапанѣ въ лѣвомъ сердцѣ, рѣже на заслонкахъ аорты и только въ исключительныхъ случаяхъ въ правомъ сердцѣ; они влекутъ за собою болѣе или менѣе значительныя разрушенія клапановъ. Иногда находятъ, совместно съ вышеописанными піэмическими процессами, также нагноеніе въ лимфатическихъ сосудахъ матки, metrolymphangitis. Такіе случаи, представляющіе при жизни явленія свойственныя септицеміи и піэміи, носятъ названіе septicopyaemia. Ries находилъ значительное разрушеніе мышечной ткани въ маткѣ при піэмическихъ процессахъ; ткань была замѣнена организовавшимися тромбами и клѣтчаткою. Ginnito, специально описывавшій поражение глаза при піэміи, различаетъ—кровоизліянія въ сѣтчатку, retinitis sept. и panophthalmitis.

Симптомы и теченіе болѣзни. Піэмія наичаще начинается въ концѣ первой или въ началѣ второй недѣли послѣ родовъ обыкновенно сильнымъ потрясающимъ ознобомъ, который большею частью длится не менѣе $\frac{1}{2}$ часа, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ до часа и болѣе. Одновременно температура повышается быстро и достигаетъ 41—42° С., при пульсѣ 110—120 ударовъ въ минуту. Сильный жаръ держится въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, и затѣмъ, при сильнѣйшемъ потѣ, температура спадаетъ до нормы, или же по крайней мѣрѣ значительно понижается. Такое пониженіе держится до новаго озноба, который обыкновенно появляется уже на другой день, рѣже спустя нѣсколько дней. Появляющійся ознобъ указываетъ на поступленіе въ кровь какого-то пирогеннаго вещества, но не указываетъ непременно на образованіе метастазовъ. При изслѣдованіи живота, легко прощупывается матка, болѣзненная при изслѣдованіи. Боль ощущается въ особенности по бокамъ матки и усиливается при кашлѣ и перемѣнѣ положенія. Послѣродовыя очищенія рѣдко бываютъ нормальны, часто количество лохій уменьшено, нерѣдко отдѣленія принимаютъ грязнобурый цвѣтъ и получаютъ дурной запахъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи, находятъ мягкую припухшую шейку; своды обыкновенно свободны, нѣсколько чувствительны при ощупываніи; только при значительномъ распространеніи закулорки венъ, удается найти затверденіе въ области широкихъ связокъ или придатковъ. Если болѣзнь принимаетъ благопріятное теченіе, то ознобы прекращаются и температура медленно спадаетъ. Въ противномъ случаѣ ознобы повторяются, и въ организмѣ родильницы обнаруживаются неблагопріятныя измѣненія. Аппетитъ теряется, количество мочи уменьшено; она становится мутною, содержитъ бѣлокъ и цилиндры. Молоко въ грудяхъ пропадаетъ. Испражненія на низъ большею частью задержаны, въ концѣ болѣзни появляется поносъ, иногда съ примѣсью крови. Когда образовались инфаркты и обнаружались воспалительныя явленія въ легкихъ, появляется кашель съ кровянистой мокротою, колотье въ бокахъ, иногда припадки одышки. При выслушива-

ни груди, находятъ мелкіе хрипы, иногда шумъ тренія. Находимое при постукиваніи, ограниченное притупленіе въ заднихъ доляхъ легкихъ указываетъ на разившееся воспаленіе легочной ткани, или появленіе экссудата въ полости грудной плевры. При выслушиваніи сердечной области, находятъ иногда рѣзко выраженный систолическій шумъ. При изслѣдованіи живота, мы находимъ припухшую и на ощупь чувствительную селезенку. Иногда больныя жалуются на покальваніе въ правой подреберной области, но припухлость печени обнаруживается рѣдко. Острая боль въ поясницѣ иногда зависитъ отъ пораженія почекъ, въ чемъ можно убѣдиться изслѣдованіемъ мочи. Больныя часто жалуются на сильныя острия боли въ сочлененіяхъ, въ особенности въ локтевомъ и колѣнномъ, которыя представляются припухшими и крайне чувствительными при дотрагиваніи. Иногда появляется воспалительная припухлость мѣстами на рукахъ и ногахъ, сопровождающаяся сильною болѣзненностью.

Въ другихъ случаяхъ находятъ сильную отечную припухлость одной или обѣихъ нижнихъ конечностей, которая, въ особенности на голени, принимаетъ постепенно характеръ флегмонознаго воспаленія. Wanner даже наблюдалъ развитіе гангрены въ ногѣ, послѣ закупорки art. poplit.

Цвѣтъ лица такихъ больныхъ послѣ повторныхъ ознобовъ становится сѣровато-желтымъ. Нерѣдко желтуха ясно бываетъ выражена окрашиваніемъ склеры и всей поверхности кожи. Подъ конецъ болѣзни на кожѣ появляется сыпь, въ видѣ красноватыхъ пятенъ, петехій, пузырей, или мелкихъ пузырьковъ. Не задолго до наступленія смерти, въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется трясеніе въ мышцахъ шеи и верхнихъ конечностей, а иногда паретическое состояніе. Языкъ становится сухимъ, пульсъ падаетъ, дѣлается малымъ и весьма частымъ. Наичаще смерть наступаетъ, при явленіяхъ спячки и потери сознанія. Это бываетъ большею частью черезъ 2—3 недѣли послѣ начала піэміи, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь тянулась до 5—6 недѣль.

Распознаваніе піэміи въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ не представляетъ особенныхъ затрудненій. Болѣзнь трудно смѣшать съ febr. intermittens, которая легко проходитъ отъ назначенія нѣсколькихъ приемовъ хинина. Иногда можетъ ввести въ заблужденіе появленіе отечной или воспалительной припухлости на одной или обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, въ особенности, когда ознобы на время прекращаются. Въ теченіе нѣ котораго времени врачъ можетъ объяснять такія явленія образованіемъ пробокъ въ бедренныхъ венахъ, вслѣдствіе удлиненія тромбовъ, закупоривающихъ нѣкоторыя вены таза, въ особенности при появленіи воспаленія въ тазовой клѣтчаткѣ; но въ подобныхъ случаяхъ температура не бываетъ особенно повышена, опухоль плотна, чувствительность при ощупываніи замѣчается преимущественно по ходу венозныхъ стволовъ. При phlegmasia alba dolens. теченіе болѣзни хроническое; улучшеніе наступаетъ медленно, при постепенномъ уменьшеніи припухлости.

Предсказаніе ухудшается, при появленіи метастазовъ въ легкихъ,

печени и при поражении почек; заболѣванія суставовъ и флегмвнзное воспаление на конечностяхъ также указываютъ на крайне тяжелое состояніе. Сухой языкъ, желтоземлистый цвѣтъ лица, частыя жидкія испраженія, слабый, весьма учащенный пульсъ служатъ признаками безнадежнаго состоянія. Пораженіе сердечныхъ клапановъ, *endocarditis rheumatica ulcerosa*, даетъ также крайне дурное предсказаніе. Что касается числа ознобовъ, то пока они не сопровождаются метастазами въ важнѣйшихъ органахъ, предсказаніе не безнадежно. Описаны случаи, гдѣ выздоровленіе наступало даже послѣ 50—60 ознобовъ.

Леченіе. До сихъ поръ вѣрныхъ специфическихъ средствъ противъ этой болѣзни мы не имѣемъ. Къ счастью, мы встрѣчаемъ ее теперь гораздо рѣже и въ формѣ менѣе ужасной. Большія дозы хинина, съ первымъ появленіемъ озноба до 1,0—1,5 въ день, мы считаемъ вполне рациональною терапіей. Умѣстны также умѣренные приемы *natrīi salicylicī*; напротивъ, назначеніе другихъ жаропонижающихъ средствъ бесполезно. Усиленное кормленіе и тепловатая ванны, о чемъ мы подробно говорили при леченіи септицеміи, а также вспрыскиваніи антимикробной сыворотки и втираніе мази *argent. solub. Credé*, вполне умѣстны при піеміи. При появленіи симптомовъ, указывающихъ на пораженіе легкихъ и грудной плевры, полезны согрѣвающие компрессы на грудь и назначеніе средствъ, помогающихъ выведенію мокроты наружу. Чтобы способствовать отдѣленію мочи, назначаютъ углекислые напитки, наичаще сельтерскую воду, *Gleichenberg*, *Боржомъ* и пр. Чрезвычайно важное значеніе имѣетъ хорошій уходъ и строгое соблюденіе чистоты и опрятности. При пораженіи сердца, нужно класть ледъ на грудь и внутрь назначить *inf. hb. Digitalis* или *inf. fl. Convallar. maj.* При явныхъ признакахъ нагноенія въ суставахъ или клѣтчаткѣ, нужно дѣлать разрѣзы для выхода гноя. При гнойномъ эксудатѣ въ плеврѣ, показуется резекція ребра для вскрытія гнойной полости.

Глава 7.

Скарлатина и столбнякъ въ послѣродовомъ періодѣ, *scarlatina et tetanus in puerperio.*

d. Скарлатина въ послѣродовомъ періодѣ.

Этіологія. Скарлатина представляетъ крайне серьезное заболѣваніе въ послѣродовомъ періодѣ. Зараженіе, повидимому, можетъ послѣдовать не только чрезъ дыхательные органы, но также чрезъ родовой каналъ. Нѣкоторые врачи полагали, что описанное подъ именемъ скарлатины заболѣваніе въ послѣродовомъ періодѣ, имѣло на самомъ дѣлѣ септической характеръ и представляло одну изъ формъ родильной горячки. Такое мнѣніе не вѣрно, такъ какъ болѣзнь передавалась, какъ скарлатина, окружающимъ, а иногда даже новорожденнымъ. Хотя, съ другой

стороны, не подлежит сомнѣнію, что скарлатина въ послѣродовомъ періодѣ часто влечетъ за собою септическихъ заболѣваній половыхъ органовъ родильницы.

Симптомы болѣзни, теченіе. Скарлатина наичаще начинается въ первые два дня послѣ родовъ, рѣже на третій. Характерная сыпь появляется сперва на передней части туловища, затѣмъ на ягодицахъ и спинѣ, на верхнихъ конечностяхъ и бедрахъ. На прочихъ мѣстахъ тѣла она большею частью не бываетъ. Она держится наичаще до 6 дней. Пораженіе почекъ было наблюдаемо въ половинѣ случаевъ. На наружныхъ половыхъ частяхъ часто замѣчаются ulcera puerperalia. При болѣе тяжелыхъ септическихъ осложненіяхъ, появляются боли въ нижней части живота, послѣродовыя отдѣленія прекращаются, пропадаетъ молоко, пульсъ становится малымъ и частымъ, языкъ дѣлается сухимъ, и появляется бредъ. Часто такіе случаи оканчиваются смертію. Когда скарлатина въ послѣродовомъ періодѣ не осложняется септическими заболѣваніями, теченіе ея самое обыкновенное. Шелушеніе большею частью происходитъ въ видѣ мелкой присыпки. Новорожденнымъ болѣзнь передается рѣдко.

Теченіе скарлатины въ послѣродовомъ періодѣ повидимому довольно разнообразно. Voхall наблюдалъ 16 случаевъ, причемъ только у одной больной было наблюдаемо заболѣваніе въ половыхъ органахъ. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ совершенно иное теченіе, какъ это доказываютъ наблюденія Chalmers, Jones, Mackness'a и др. Meyer во время эпидеміи скарлатины въ Копенгагенскомъ Р. Д. изъ 18 случаевъ у 10 больныхъ наблюдалъ ulcera puerperalia, изъ нихъ у 8 женщинъ развилось тяжелое заболѣваніе и 2 раза послѣдовала смерть.

Предсказаніе. По статистикѣ прежняго времени умирали почти 40% родильницъ, заболѣвшихъ скарлатиною. Со введеніемъ антисептики въ акушерствѣ можно надѣяться, что эта ужасающая смертность должна значительно уменьшиться, доказательствомъ чему служатъ клиническія наблюденія послѣдняго времени, относящіяся къ этому заболѣванію.

Распознаваніе иногда бываетъ затруднительно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при септическихъ заболѣваніяхъ также появляется сыпь, похожая на скарлатинную. Обыкновенно она показывается позже, притомъ красноты въ зѣвѣ и припуханія шейныхъ железъ при ней не бываетъ. Самая краснота кожи при септической сыпи имѣетъ фіолетовый оттѣнокъ, и на ней иногда появляется пузырчатая сыпь, вродѣ pemphigus. Кромѣ того почти всегда одновременно развиваются мѣстные заболѣванія. Труднѣе смѣшать скарлатинную сыпь съ высыпаніемъ вслѣдствіе дѣйствія лѣкарствъ, въ особенности при отравленіи сулемой. Въ такихъ случаяхъ сыпь появляется въ видѣ красныхъ пятенъ, въ особенности на шеѣ и на сгибахъ тѣла, причемъ она сопровождается сильнымъ зудомъ и держится короткое время. При этомъ температура мало повышается или остается нормальною.

Кромѣ сыпей, появляющихся рѣдко при септическихъ и пѣзмическихъ заболѣваніяхъ, въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдали появленіе эритемы идиопатическаго харак-

тера. Подобные случаи описали Gaertig и Липинскій; краснота начиналась отъ наружныхъ половыхъ частей и распространялась постепенно.

Лѣчение. Необходимо хорошо изолировать заболѣвшую родильницу и по возможности тщательнo примѣнять обеззараживающія средства, при уходѣ за нею, чтобы избѣжать септическихъ осложнений. Въ другихъ отношеніяхъ лѣчение скарлатины не представляетъ особенныхъ отступленій отъ общепринятаго.

е. Столбнякъ, tetanus.

Этіологія. Эта ужасная болѣзнь въ настоящее время, къ счастью, встрѣчается крайне рѣдко у родильницъ, по крайней мѣрѣ въ клиникахъ и среди городского населенія.

Какъ извѣстно, столбнякъ развивается вслѣдствіе зараженія раны микробомъ, въ видѣ короткихъ палочекъ, открытымъ въ недавнее время Nicolaier'омъ. Перенесенные на рану, микробы продолжаютъ развиваться и выдѣляютъ особенный токсинъ, при дѣйстви котораго на организмъ появляются характерныя судороги. Болѣзнь была наблюдаема послѣ выкидыша, а также послѣ родовъ, наичаше у многорождающихъ, преимущественно въ случаяхъ, гдѣ производилась операція или примѣняли тампонацію. Дурныя гигиеническія условія, тѣсное помѣщеніе и нечистоплотность способствуютъ появленію этой болѣзни. Въ рѣдкихъ случаяхъ она переносилась роженицъ врачами отъ пораженныхъ столбнякомъ субъектовъ. Болѣзнь иногда появлялась совмѣстно съ родильной горячкою на первой или второй недѣли послѣ родоразрѣшенія.

По изслѣдованіямъ Smith'a, наичаше tetanus развивается послѣ выкидыша. Heuse наблюдалъ появленіе этой болѣзни у родильницы, у которой развилась одновременно endometritis diphtheritica. Въ маткѣ были найдены обыкновенные патогенные микробы совмѣстно съ bacil. tetanus.

Симптомы, теченіе болѣзни, исходъ. Столбнякъ начинается сведеніемъ челюстей, неподвижностью, болью въ мышцахъ затылка и затрудненіемъ при глотаніи. Тоническій спазмъ обыкновенно распространяется на другія мышцы тѣла, въ особенности на спину, которая выгибается и на конечности, которыя вытягиваются, хотя такое распространеніе замѣчается не всегда. По временамъ въ напряженныхъ мышцахъ появляются сокращенія, сопровождающіяся сильными болями и клоническими судорогами, которыя продолжаютъ обыкновенно нѣсколько минутъ, но въ тяжелыхъ случаяхъ длятся цѣлые часы. Они вызываются движеніемъ больной, или даже прикосновеніемъ къ ея тѣлу, иногда безъ всякой видимой причины. Съ развитіемъ болѣзни температура повышается, и пульсъ учащается до 140—150 ударовъ въ минуту. Болѣзнь большею частью имѣетъ острое теченіе и длится не болѣе 2—3 дней, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ она тянулась до 10—15 дней.

Предсказаніе неблагоприятное, 89% больныхъ умираютъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь обнаруживается позже, не осложняется

септическими заболѣваніями и затягивается на недѣлю и больше, можно питать надежду на выздоровленіе. Наступающее улучшеніе и даже прекращеніе спазматическихъ сокращеній еще не обезпечиваетъ выздоровленія; такъ какъ можетъ послѣдовать возвратъ болѣзни.

Распознаваніе обыкновенно не трудно. Внимательный врачъ врядъ ли смѣшаетъ столбнякъ съ *torticolis* или съ истерическими судорогами.

Лѣченіе. Столбнякъ—болѣзнь заразительная, почему, пользуя больную, пораженную этою болѣзью, врачъ не долженъ присутствовать при родахъ и лѣчить родильницъ. При развитіи болѣзни слѣдуетъ прописывать обеззараживающія средства на рану, или же на части родового канала, откуда могла произойти инфекція. Наичаще въ настоящее время при лѣченіи столбняка примѣняютъ въ большихъ дозахъ хлоралгидратъ внутрь или въ клистирахъ, а также вдыханіе хлороформа. Умѣстны общія теплыя ванны и вызываніе испарины обвертываніемъ тѣла во влажныя простыни и шерстяныя одѣяла. Въ послѣднее время иногда прибѣгали къ выпрыскиванію подъ кожу заболѣвшихъ кровяной сыворотки, взятой отъ животнаго, едѣлавшагося невоспримчивымъ къ столбняку. При этомъ способѣ получено уже нѣсколько случаевъ выздоровленія, и повидимому такое лѣченіе есть наиболѣе рациональное, но къ сожалѣнію трудно выполнимое.

Недавно Walko безъ успѣха примѣнялъ *antitoxinum Tizzoni* по 0,2 нѣсколько разъ въ день. Въ другихъ случаяхъ даже вырѣзываніе всей матки чрезъ влагалище не принесло пользы. Fehling упоминаетъ также *erythrophlainum*, по 0,001—0,005 подъ кожу.

В) Болѣзни въ послѣродовомъ періодѣ естественнаго характера.

Глава 8.

а) Позднія кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ.

Этіологія. Къ числу такихъ кровотеченій наиболѣе цѣлесообразно отнести всѣ кровотеченія, происходящія отъ различныхъ причинъ изъ полового аппарата женщины въ разное время послѣродоваго періода, если они начинаются не раньше 24 часовъ по окончаніи родовъ, и если появленіе ихъ находится въ непосредственной связи съ беременностью и родами. Одной изъ наиболѣе частыхъ причинъ такихъ кровотеченій является *недостаточная инволюція матки*. Этимъ названіемъ обозначается неправильное теченіе процесса обратнаго развитія матки, когда этотъ органъ сохраняетъ сравнительно большой объемъ, не соответствующій времени послѣродоваго періода. Наичаще это наблюдается у родильницъ, которыя послѣ совершенно нормальныхъ родовъ рано оставили постель и приступили къ своимъ обычнымъ занятіямъ.

Къ сожалѣнію, есть врачи, считающіе совершенно излишнимъ держать своихъ родильницъ въ постели въ теченіе общепринятаго срока—9 дней. Есть даже родильные пріюты, откуда выписываютъ женщинъ, спустя 3—4 дня послѣ родовъ, что часто влечетъ за собою дурныя послѣдствія для здоровья такихъ женщинъ. При подобныхъ условіяхъ тяжелая послѣродовая матка опускается книзу, и ея дно западаетъ въ крестцовую впадину; развивается *retroversio et descensus uteri*. При такомъ неправильномъ положеніи, кровообращеніе въ маткѣ дѣлается ненормальнымъ и развивается застойная гиперемія, вызывающая кровотеченія и задерживающая правильный ходъ обратнаго развитія матки.

Нерѣдко также недостаточное обратное развитіе матки замѣчается у женщинъ, которыя рожаютъ часто и при этомъ сами не кормятъ. Въ этихъ случаяхъ имѣетъ значеніе недостатокъ рефлекторнаго раздраженія матки отъ груди и часто повторяющаяся колоссальная гиперплазія этого органа. У женщинъ отъ природы слабого здоровья, а также у родильницъ, потерявшихъ много крови во время родовъ, также часто наблюдается недостаточная инволюція матки. Равнымъ образомъ обратное развитіе матки совершается неудовлетворительно, если послѣродовое состояніе осложнялось заразнымъ заболѣваніемъ тазовой кѣлѣтчатки или брюшины.

Другою причиною позднихъ кровотеченій въ послѣродовомъ періодѣ является *задержаніе въ маткѣ остатковъ яйца*, именно частей дѣтскаго мѣста или большихъ кусковъ оболочекъ яйца. Наичаще это бываетъ послѣ выкидышей и невременныхъ родовъ, когда связь между маткою и дѣтскимъ мѣстомъ болѣе плотная, нежели при срочномъ родоразрѣшеніи. При сокращеніяхъ матки, отслаивается задержанная часть послѣда и разрываются сосуды, что неизбѣжно влечетъ за собою кровотеченіе.

Рѣже встрѣчаются случаи, въ которыхъ позднее кровотеченіе въ послѣродовомъ періодѣ вызывается *сильнымъ душевнымъ волненіемъ, приступомъ сильной лихорадки, околоматочнымъ воспаленіемъ, глубокимъ разрывомъ шейки, отпаденіемъ струпа омертвѣлой ткани отъ стѣнокъ родового канала, вскрытіемъ кровяной опухоли влагалища, новообразованіемъ въ маткѣ и пр.*

Анатомическія измѣненія. Позднія послѣродовыя кровотеченія очень рѣдко оканчиваются смертію; она обыкновенно наступаетъ вслѣдствіе заразныхъ заболѣваній. Въ такихъ случаяхъ наичаще находятъ измѣненія въ маткѣ и въ окружающей ткани, мѣстнаго характера или свойственныя септицеміи и піеміи. Если смерть родильницы наступаетъ при недостаточной инволюціи матки, то этотъ органъ на трупѣ находятъ большимъ, съ толстыми стѣнками. Даже спустя нѣсколько недѣль послѣ родовъ, полость матки остается большою, каналъ шейки широкимъ, мѣсто, гдѣ сидѣла плацента, рѣзко выдается своей неровною поверхностью, на которой замѣчаются выстоящіе тромбы. Остальная часть слизистой оболочки матки представляется утолщеною. Передняя и задняя губы влагалищной части покрыты ссадинами.

Симптомы и течение болезни. Хотя во всех случаях наблюдается истечение крови из матки, но далеко не всегда этот симптомъ представляетъ одинаково важное значеніе. При задержаніи частей послѣда, кровотеченіе продолжается долгое время и по временамъ перемежается съ слизистыми отдѣленіями. Незначительныя кровянистыя отдѣленія часто смѣняются, иногда совершенно неожиданно, болѣе или менѣе значительными кровотечениями, которыя могутъ тянуться цѣлыя недѣли, въ особенности если больная не получаетъ рациональныхъ пособій. Въ другихъ случаяхъ сильное кровотеченіе продолжается не долго, но больная успѣваетъ потерять массу крови и впадаетъ въ состояніе остраго малокровія. Иногда въ такихъ случаяхъ вмѣстѣ съ кровяными свертками извергаются задержанныя въ маткѣ части яйца. Больныя всегда представляютъ явленія анеміи и жалуются на множество припадковъ, свойственныхъ этому патологическому состоянію.

Когда кровотеченіе изъ полового канала появляется, вслѣдствіе нарушенія цѣлости кровеносныхъ сосудовъ, напр. при отпаденіи струпа, или когда оно вызывается отпаденіемъ тромбовъ изъ венозныхъ сосудовъ дѣтскаго мѣста, то оно наступаетъ совершенно неожиданно. Крови теряется много, иногда до наступленія обморока и потери пульса.

При недостаточной инволюціи матки въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотечения также могутъ достигать значительной степени, однако чаще наблюдается кровянистое отдѣленіе, которое появляется даже спустя 2—3 недѣли послѣ родовъ, взамѣнъ lochia alba. Лихорадочное состояніе въ такихъ случаяхъ замѣчается только при осложненіи болѣзни воспаленіемъ пузыря, матки или тазовой клѣтчатки.

Распознаваніе. При изслѣдованіи живота, иногда надъ лоннымъ соединеніемъ прощупываютъ, при пустомъ пузырьѣ, дно увеличенной матки. Важное значеніе имѣетъ изслѣдованіе чрезъ влагалище. Матка представляется значительно и равномерно увеличенною, находится въ положеніи anteversio или бываетъ наклонна кзади, retroversio. Наружное отверстіе зияетъ, образовавшіеся во время родовъ боковые надрывы не срослись, палецъ свободно проходитъ не только въ каналъ шейки, но часто въ полость матки, даже спустя 3 и болѣе недѣль послѣ родовъ; въ особенности это часто бываетъ при задержаніи частей дѣтскаго мѣста. Иногда свернувшаяся кровь задерживается въ маткѣ, оплотнѣвшій сгустокъ прикрѣпляется къ частямъ послѣда, сидящимъ на стѣнкѣ матки или къ неровностямъ мѣста, гдѣ сидѣла плацента. Образовавшаяся опухоль, т.-наз. плацентарный или фибринозный полипъ, достигаетъ иногда величины куриного яйца, рѣдко большей величины. Опухоль обыкновенно остается въ маткѣ, но иногда выходятъ изъ нея во влагалище.

При задержаніи въ маткѣ небольшихъ остатковъ послѣда, обыкновенно каналъ шейки бываетъ закрытъ. Однако ея объемъ остается увеличеннымъ, и кровотеченіе упорно продолжается цѣлыя недѣли, несмотря

на пользование внутренними средствами. Двойное изслѣдованіе чрезъ влагалище даетъ возможность убѣдиться въ присутствіи экссудатовъ или воспалительныхъ опухолей въ полости таза. Внутриматочный фиброидъ или ракъ маточной шейки, которые иногда бываютъ также причиною послѣродовыхъ кровотеченій, представляютъ слишкомъ характерныя мѣстныя измѣненія, чтобы они могли ускользнуть отъ вниманія даже мало опытнаго врача. Въ случаяхъ недостаточной инволюціи матки, при изслѣдованіи зеркаломъ, влагалищная часть обыкновенно представляется припухшею, наружный зѣвъ широко открытымъ, часто губы сильно разворочены, и на нихъ сидятъ ссадины, покрытыя кровянистою слизью.

Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благоприятно, если больная своевременно обращается къ врачебной помощи. Опасны сильныя кровотечения, являющіяся неожиданно, вслѣдствіе нарушенія цѣлости артеріальныхъ сосудовъ въ стѣнкахъ родового канала, именно кровотеченія при глубокихъ разрывахъ шейки, послѣ отпаденія струпа и пр. Септическія заболѣванія, вслѣдствіе распаденія задержанныхъ частей послѣда въ маткѣ, встрѣчаются рѣдко; они значительно ухудшаютъ предсказаніе.

Лѣченіе. Сильное, внезапно появляющееся кровотеченіе изъ родового канала требуетъ энергическихъ пособій. Необходимо удалить свертки и произвести, смотря по надобности, тампонацію одного влагалища или одновременно и матки. На нижнюю часть живота слѣдуетъ положить ледъ и предписать внутрь, при маточномъ кровотеченіи, крѣпкій настой *secalis. cornuti*. При простой недостаточной инволюціи матки, слѣдуетъ больную уложить на 10 — 15 дней въ постель, назначить изъ слабаго раствора буры горячіе души отъ 30 до 38° R., два раза въ день, и также тампонацію влагалища изъ іодоформной марли. Внутрь наиболѣе умѣстно давать *extr. fluid. hydrastis Canadensis* 3—4 раза въ день по 20 кап. на приемъ, или небольшія дозы *extr. secalis cornuti aq.* Препараты желѣза часто въ послѣродовомъ періодѣ вызываютъ или усиливаютъ кровотеченіе, кромѣ *liq. ferri sesquichlor.*; почему назначать ихъ слѣдуетъ только спустя 4, даже 6 недѣль послѣ родовъ.

Если кровотеченіе вызываетъ или сопровождается воспалительными явленіями въ придаткахъ матки, то наиболѣе цѣлесообразно назначить ледъ на животъ, тампонировать влагалище, а внутрь дать наркотическія средства или *inf. hb. Digitalis*. Пока воспалительный процессъ находится въ остромъ или подостромъ состояніи, внутриматочное леченіе противопоказуется. Даже при задержаніи въ маткѣ остатковъ яйца, лучше не приступать, при такихъ условіяхъ, къ ихъ удаленію. Напротивъ хроническіе воспалительные процессы не должны служить противопоказаніемъ къ этой операціи, если только можно исключить существованіе капсулированнаго гнойника въ тазу. Большіе куски дѣтскаго мѣста слѣдуетъ удалять пальцемъ, а мелкіе остатки послѣда хорошо выскабли-

ваются ложечкою, послѣ предварительнаго расширения матки бурами Hegar'a до 7—10 mm. Полость матки слѣдуетъ промывать слабымъ растворомъ acid. carbolici, а послѣ выскабливанія слѣдуетъ смазывать tinct. jodi. cum acid. carbolic.

Когда инволюція матки сопровождается загибомъ назадъ, retroversio uteri, то слѣдуетъ примѣнить, кромѣ упомянутыхъ внутреннихъ средствъ, мѣстный массажъ и тампонацію, затѣмъ ввести правильно подобранный пессарій Hodge'a или Thomas'a, который больная должна носить въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Глава 9.

в) Болѣзни грудной железы въ послѣродовомъ періодѣ.

1. Ссадины и изъязвленія грудныхъ сосковъ, excoriations et ulcera papillarum.

Этіологія. Эта болѣзнь часто встрѣчается у кормящихъ женщинъ и нерѣдко служитъ исходнымъ пунктомъ заболѣваній болѣе важныхъ. Предрасполагающими причинами является сдавливаніе груди во время беременности ношеніемъ плотно прилегающаго въ тѣлу лифа и въ особенности туго стянутаго корсета. Вслѣдствіе чего грудные соски уплощаются, и вмѣстѣ съ тѣмъ задерживается вытекающій секретъ, который засыхаетъ въ видѣ плотнаго струпа, пристающаго къ поверхности соска; при отпаденіи струпа, часто слущивается эпителий. Нерѣдко встрѣчаются отъ природы плоскіе, неправильно сформированные соски, или же соски, представляющіе множество складокъ и бороздокъ на поверхности.

Производящею причиною слѣдуетъ считать кормленіе грудью. Сосаніе груди младенцемъ, безвредное само по себѣ, при вышеупомянутыхъ условіяхъ, влечетъ за собою часто образованіе ссадинъ, вслѣдствіе слущенія эпителия, или даже появленіе небольшихъ кровяныхъ подтековъ, послѣдствіемъ которыхъ является иногда поверхностное изъязвленіе. Особенно часто появляются подобныя измѣненія, если младенецъ недоношенъ и съ трудомъ беретъ грудь. Если противъ этихъ поверхностныхъ ссадинъ не примѣняютъ никакихъ мѣръ, и родильница продолжаетъ кормить грудью, то образуются болѣе глубокія изъязвленія, развивающіяся между сосочками на верхушкѣ соска, или же у самаго основанія соска, которое постепенно отдѣляется отъ околососкового кружка болѣе или менѣе глубокимъ язвеннымъ желобкомъ.

Симптомы и теченіе болѣзни. Изъязвленія и ссадины сосковъ встрѣчаются весьма часто, почти у 30% кормящихъ женщинъ, хотя далеко не у всѣхъ это заболѣваніе достигаетъ значительной степени. Главный симптомъ, на который жалуются такія больныя, представляетъ сильная боль при кормленіи грудью младенца, въ особенности въ тотъ

моментъ, когда дитя захватываетъ сосокъ. Послѣ захватыванія, боль нѣсколько уменьшается и почти совершенно прекращается, когда ребенокъ выпускаетъ грудь. При глубокихъ ссадинахъ, боль настолько сильна, что одна мысль о кормленіи ребенка вызываетъ слезы; у нервныхъ женщинъ кормленіе иногда вызываетъ истерическій припадокъ. Ссадины во время кормленія рѣдко кровоточатъ; обыкновенно, если ихъ не промываютъ и не перевязываютъ, онѣ покрываются желтоватымъ струпомъ, въ которомъ при микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ часто *staphylococcus pyogenes*. При простыхъ ссадинахъ, не осложняющихся воспаленіемъ грудной железы, лихорадки не бываетъ. Въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ чрезъ трещину на соскѣ можетъ даже послѣдовать общее септическое зараженіе въ послѣродовомъ періодѣ.

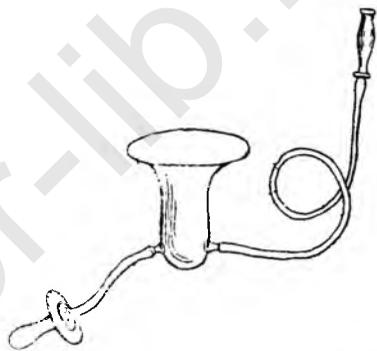
Льченіе. Важное значеніе имѣютъ профилактическія мѣры относительно ухода за грудными сосками во время беременности. Во время кормленія слѣдуетъ соблюдать возможную чистоту и опрятность. Послѣ каждого кормленія нужно вытирать соски ватой, напитанною 3% растворомъ борной кислоты. Когда появляются ссадины, полезно послѣ кормленія смазывать соски слѣдующей мазью: *balsami Peruviani 2,0, acidi carbolici 1,0, mucilag. gummi tragac, 5,0. M. f. ung.* Въ-место карболовой кислоты можно взять *salol*. Хорошо дѣйствуетъ также прикладываніе обезжиреннаго глицерина чистаго или съ примѣсью 3% *acidi borici*. При сильной болѣзненности ссадинъ, уместна мазь изъ *bismuthi salicylici 2,0, salol 1,0, vaselini 10,0.*

Глубокія ссадины слѣдуетъ прижигать ежедневно 10% растворомъ *acid. carbolici* или *argent nitric*. Когда эти средства оказываются не-дѣйствительными, нужно прибѣгнуть къ употребленію стеклянныхъ накладокъ; нужно выбирать такія, въ которыхъ бы сосокъ не ущемлялся. При употребленіи ихъ, ребенокъ сосетъ чрезъ гутаперчевый сосокъ. Наилучшею изъ числа этихъ накладокъ, мы считаемъ введенную въ практику Auvard'омъ, при употребленіи которой присасыванію молока можетъ помогать сама родильница.

Одновременно съ примѣненіемъ этихъ приспособленій, слѣдуетъ по возможности сократить число прикладываній младенца къ груди. Коль скоро появляется лихорадочное состояніе и воспалительное затвердѣніе въ груди, кормленіе этою грудью слѣдуетъ немедленно приостановить.

2. Грудница у родильницъ, *mastitis puerperalis*.

Этіологія. Болѣзнь, повидимому, имѣетъ исключительно заразной



Фиг. 216. Накладка на грудной сосокъ Auvard'a.

характеръ и развивается вслѣдствіе внѣдренія патогенныхъ микробовъ, именно *streptococcus pyog.* или *staphylococcus pyog.*, въ существо железы. Наичаще причиною болѣзни являются развившіяся на соскахъ ссадины, представляющія открытыя раны, чрезъ которыя удобно проникаютъ патогенные микробы. Гораздо рѣже воспаленіе грудной железы обнаруживается у родильницъ, у которыхъ соски были повидимому здоровы. Въ подобныхъ случаяхъ внѣдреніе микробовъ происходитъ вѣроятно чрезъ молочные ходы или чрезъ незамѣтные глазу ссадины на соскахъ или на кожѣ. Зараза заносится наичаще руками родильницы или акушерки, въ особенности при втираніи разныхъ мазей. Въ настоящее время врядъ ли можно признать причиною воспаленія грудной железы застой молока въ груди. По крайней мѣрѣ до сихъ поръ не встрѣчались случаи, гдѣ бы грудница развилась безъ участія патогенныхъ микробовъ. Въ настоящее время еще не доказано, можетъ ли развиваться *mastitis* вслѣдствіе осажденія грибковъ изъ крови въ грудной железнѣ. При родильной горячкѣ, *septicaemia*, въ молоко больныхъ входятъ *streptococcus pyogenes*.

Анатомическія измѣненія удавалось изслѣдовать въ немногихъ случаяхъ. Воспаленіемъ поражается вся железа или часть ея. Воспаленное мѣсто желѣзы набухаетъ, дѣлается плотнымъ и бугристымъ. При разрѣзѣ изъ него вытекаетъ молоко, его ткань представляется мягкой и сочною. Въ междужелезистой клѣтчаткѣ образуется гной. При микроскопическихъ изслѣдованіяхъ, произведенныхъ Billroth'омъ, окружающая отдѣльная дольки соединительная ткань, оказалась инфильтрированной мелкими клѣтками и лимфатическіе сосуды переполнены микробами. Другіе находили въ железистыхъ пузырькахъ слущиваніе эпителия, большое количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и микробовъ, проникающихъ отсюда въ междужелезистую клѣтчатку. Воспаленіе несомнѣнно поражаетъ не только клѣтчатку, но также нѣкоторыя дольки железы, которыя нѣрѣдко подвергаются распаденію.

При переходѣ болѣзни въ разрѣшеніе, микробы захватываются бѣлыми кровяными шариками и подвергаются разрушенію, припухлость груди проходитъ. При переходѣ въ нагноеніе, размноженіе грибковъ идетъ неудержимо; появляются мелкіе абсцессы, которые сливаясь образуютъ болѣе или менѣе значительныя гнойныя полости. Иногда гной прокладываетъ себѣ дорогу чрезъ отдѣвающую железу фасцію въ клѣтчатку, находящуюся впереди *m. pectoral. major*, и здѣсь скопляется, *paramastitis post.*

Симптомы и теченіе болѣзни. *Mastitis puerperalis* въ настоящее время встрѣчается, по крайней мѣрѣ въ клиникѣ, рѣже прежняго. Вообще не болѣе 4% кормящихъ женщинъ получаютъ эту болѣзнь. Болѣзнь начинается легкимъ ознобомъ, вслѣдъ за которымъ развивается повышеніе температуры, доходящей до 38,5—39° С., иногда выше. Пораженная воспаленіемъ грудь припухаетъ, и въ ней появляются болѣе или

менѣе значительныя постоянныя боли, которыя усиливаются при дотрогиваніи. Наружные покровы заболѣвшей груди представляются покраснѣвшими, или же краснота замѣчается только въ видѣ полосокъ, по ходу лимфатическихъ сосудовъ. Если температура не падаетъ до нормы на 3 день заболѣванія, то слѣдуетъ ожидать образованія нарыва. При надлежащемъ леченіи, такой исходъ наблюдается только у 20% родильницъ, заболѣвшихъ воспаленіемъ грудной железы. Иногда опухоль грудной железы достигаетъ большихъ размѣровъ и становится крайне чувствительною на оцупь. Въ исключительныхъ случаяхъ воспаленная железа какъ бы покоится на эластической подушкѣ, когда происходитъ скопленіе гноя также въ глубокой клѣтчаткѣ. Въ настоящее время рѣдко встрѣчаются случаи, бывшіе до примѣненія антисептики довольно обыкновеннымъ явленіемъ, когда въ воспаленной грудной железнѣ постепенно одинъ за другимъ появлялись до 10 и болѣе отдѣльныхъ нарывовъ

Распознаваніе. Не слѣдуетъ смѣшивать съ грудницею воспаленіе Монтгомеровыхъ желѣзокъ, которое обнаруживается въ видѣ прыщей окруженныхъ ободкомъ инфильтрированной ткани или представляетъ небольшой нарывъ въ кожѣ околососкового кружка. Простое задержаніе молока, причиняя припухлость груди, не сопровождается лихорадкою.

Предсказаніе. Всѣ больныя выздоравливаютъ, если не присоединяются тяжелыя осложненія въ видѣ рожи или септицеміи.

Лѣченіе. При первыхъ симптомахъ болѣзни, слѣдуетъ пріостановить кормленіе заболѣвшею грудью, не прекращая въ тоже время давать ребенку здоровую. На заболѣвшую грудь нужно положить пузырь со льдомъ и назначать больной соляное слабительное—*natr. sulfuric., sel de Guindre., magnes. citric., magnes. sulf* и пр. Послѣ опорожненія кишечнаго канала, назначаютъ *chinin. muriat.* до 1,0 въ день.

Если на 3 день лихорадка не пройдетъ, ледъ слѣдуетъ оставить и перейти къ согрѣвающимъ компрессамъ, а при сильной рвущей боли,—даже къ горячимъ припаркамъ. При появленіи флюктуаци, нужно вскрыть нарывъ при полномъ наркозѣ широкимъ разрѣзомъ, соблюдая строго правила дезинфекціи. Когда полость нарыва велика, необходимо сдѣлать другое отверстіе въ самой нижней части его, и провести сквозной дренажъ, чрезъ который слѣдуетъ промывать полость абсцесса до заживленія слабымъ растворомъ карболовой кислоты. Только когда совершенно прекратится выдѣленіе гноя, удаляютъ дренажъ.

Когда обращается за совѣтомъ больная, у которой уже вскрылся нарывъ и долго не заживаетъ, нужно подъ хлороформомъ также сдѣлать широкій разрѣзъ, изслѣдовать зондомъ или пальцемъ полость нарыва, и если она велика, необходимо сдѣлать одну или нѣсколько контрапертуръ. Полость и узкіе ходы нужно вычистить ложкой Симса и вездѣ, гдѣ необходимо, провести дренажныя трубки. До заживленія нарыва, на больную грудь накладывается повязка въ видѣ косынки или марлевыхъ бинтовъ.

Глава 10.

с) Болѣзни мочевого пузыря въ послѣродовомъ состояніи.

Этіологія. При родахъ мочевой пузырь подвергается значительному давленію во время прохожденія подлежащей части чрезъ тазовой каналъ; при этомъ пузырь, а еще въ большей степени мочевой каналъ, претерпѣваетъ нѣкоторое смѣщеніе книзу, въ особенности послѣ ранняго истеченія околоплодныхъ водъ. Эти причины обуславливаютъ расположеніе къ функціональнымъ расстройствамъ и къ воспалительнымъ заболѣваніямъ мочевого пузыря въ послѣродовомъ періодѣ.

1. Недержаніе мочи, *incontinentia urinae*.

Симптомы и теченіе. Недержаніе мочи зависитъ отъ расслабленія и паретическаго состоянія сжимающихъ мышцъ пузыря. Оно обнаруживается преимущественно у многорожавшихъ послѣ трудныхъ родовъ, при которыхъ второй періодъ продолжался долгое время, а также послѣ тяжелыхъ щипцовъ и значительныхъ затрудненій при извлеченіи плода.

Предсказаніе. Если нѣтъ нарушенія цѣлости мочевого пузыря, *fistula vesicovaginalis*, то недержаніе мочи проходитъ, спустя нѣсколько дней или недѣль послѣ родовъ. Нерѣдко, впрочемъ, эта функція возстановливается не вполне. При напряженіи брюшного пресса у такихъ женщинъ, небольшое количество мочи истекаетъ непроизвольно.

Лѣченіе. Такихъ родильницъ слѣдуетъ удерживать въ постели нѣсколько недѣль. Во влагалище назначаются сперва обеззараживающія, затѣмъ вяжущія впрыскиванія. Послѣ прекращенія послѣродового періода, слѣдуетъ примѣнять массажъ половыхъ органовъ и въ особенности мочевого канала. Иногда приходится вкладывать во влагалище пессарій. Въ упорныхъ случаяхъ, не поддающихся такому лѣченію, остается прибѣгнуть къ оперативному лѣченію.

2. Задержаніе мочи, *ischuria*, и болѣзненное мочеиспусканіе, *dysuria*.

Причины, симптомы и теченіе болѣзни. Эти функціональныя расстройства пузыря встрѣчаются въ первые дни у родильницъ гораздо чаще, нежели недержаніе мочи. Задержаніе мочи встрѣчается преимущественно у перворождающихъ. Это расстройство зависитъ иногда всецѣло отъ непривычки женщины мочиться при горизонтальномъ положеніи, или отъ расслабленія мышцъ живота. Въ другихъ случаяхъ причиною задержанія мочи наичаще является припуханіе шейки пузыря, вслѣдствіе прижатія или ушиба ея во время родовъ. Иногда отъ тѣхъ же причинъ, а также отъ повторнаго введенія катетра, образуются небольшія, но крайне болѣзненные трещины слизистой оболочки въ этой области, послѣдствіемъ которыхъ является упорная *dysuria*.

Лѣченіе. Коль скоро женщина въ теченіе 12—15 часовъ послѣ родовъ не можетъ выпустить мочу, несмотря на неоднократныя попыт-

ки, нужно совѣтовать ей попытаться сдѣлать это, при положеніи на животѣ или въ боковомъ положеніи. Послѣ трудныхъ родовъ, можно прибѣгнуть къ прикладыванію на половыя части ваты, смоченной теплымъ растворомъ acid. borici, и назначить внутрь aq. petroselini или aq. foeniculi, какъ противосудорожныя средства. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда эти мѣры не увѣнчаются успѣхомъ, необходимо прибѣгнуть, соблюдая извѣстныя предосторожности, къ употребленію катетера.

Для устраненія болѣзненныхъ и частыхъ позывовъ на мочеиспусканіе прибѣгаютъ къ назначенію теплыхъ припарокъ на нижнюю часть живота и обильнаго питья, — миндальнаго молока, или настоя flor. tiliae, слабыхъ щелочныхъ водъ пополамъ съ горячимъ молокомъ и пр. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится назначать внутрь небольшія дозы кодеина или pulv. Doveri, и приписать небольшія цилиндрическія suppositoria съ прибавленіемъ кокаина и іодоформа для мочевого канала.

3. Катарръ мочевого пузыря, cystitis, въ послѣродовомъ періодѣ.

Этіологія. Катарръ мочевого пузыря нерѣдко встрѣчается въ послѣродовомъ періодѣ, наичаще вслѣдствіе занесенія въ мочевой пузырь нѣкоторыхъ патогенныхъ микробовъ, преимущественно staphylococcus pyogenes albus и bacillus coli, которые обыкновенно находятся въ послѣродовыхъ очищеніяхъ, а иногда даже въ мочевомъ каналѣ. Онъ обнаруживается наичаще у такихъ роженицъ, у которыхъ приходится прибѣгать къ введенію катетера при задержаніи мочи. Въ рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе пузыря является послѣдствіемъ родильной горячки или же развивается вслѣдствіе вскрытія въ пузырь нарыва, образовавшагося въ тазовой клѣтчаткѣ. Къ появленію этой болѣзни располагаетъ гиперемія пузыря во время беременности и родовъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ также задержаніе мочи и тяжелые роды, иногда съ нарушеніемъ цѣлости мочевого пузыря.

Kolischer видѣлъ отечное состояніе слизистой оболочки пузыря при parametritis, воспаленіи матки, а также во время родовъ. Norris описалъ общее септическое зараженіе отъ мочевого пузыря. Подобный случай былъ наблюдаемъ нами. Заболѣваніе въ этихъ случаяхъ наичаще имѣетъ восходящій характеръ, рѣже нисходящій, — отъ почекъ къ пузырю.

Симптомы и теченіе. Болѣзнь начинается наичаще въ срединѣ первой или на второй недѣлѣ послѣ родовъ частыми позывами на мочу, сопровождающимися болями и жженіемъ въ мочевомъ каналѣ, въ особенности подѣ конецъ мочеиспусканія. Моча мутная, содержитъ въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ гной. Въ легкихъ случаяхъ сохраняется слабая кислая реакція, въ болѣе тяжелыхъ она переходитъ въ щелочную.

Предсказаніе вообще благопріятное. При надлежащемъ уходѣ и леченіи, болѣзнь проходитъ вполне черезъ 2—3 недѣли; въ другихъ случаяхъ теченіе ея затягивается, и является возможность перехода катарральнаго воспаленія пузыря чрезъ мочеточники на лоханки.

Лѣченіе. Слѣдуетъ по возможности избѣгать употребленія катетера у родильницъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ является необходимость въ примѣненіи этого инструмента, необходимо его предварительно тщательно обеззараживать, и передъ введеніемъ въ мочевоі каналъ инструмента, необходимо хорошо обмыть и обеззаразить наружныя половыя части и входъ во влагалище. При появленіи катарра мочевого пузыря слѣдуетъ безотлагательно примѣнить надлежащее лѣченіе.

Глава 11.

д) Нервные болѣзни у родильницъ.

1. Параличи нижнихъ конечностей.

Этіологія. Въ послѣродовомъ періодѣ иногда наблюдаются въ различной степени параличныя явленія въ нижнихъ конечностяхъ, развивающіеся вскорѣ послѣ родовъ. Такіе параличи происходятъ наичаще отъ прижатія части сѣдалищнаго сплетенія, именно его верхняго отдѣла, образуемаго передними вѣтвями IV и V поясничныхъ нервовъ, которыя, направляясь къ нижней части сплетенія, огибають сбоку крестцовой кости lin. innominata. Остальная часть сплетенія располагается возлѣ incis. ileosacralis, и кромѣ того закрыта плотнымъ листкомъ фасціи, слѣдовательно гораздо болѣе защищена отъ придавливанія подлежащею частью. Ближайшими причинами такихъ параличей слѣдуетъ признать чрезвычайно длительные роды, узкій тазъ, преимущественно общесъуженный, заднезатылочные предлежанія и трудное наложеніе щипцовъ.

Симптомы и теченіе болѣзни. Вскорѣ по окончаніи родовъ, больная ощущаетъ онѣмѣніе и тупыя боли въ одной или обѣихъ нижнихъ конечностяхъ и въ ягодичной области; при движеніи ногъ она также испытываетъ боль и неловкость. Спустя нѣсколько дней, при внимательномъ изслѣдованіи больной родильницы, въ одной, наичаще въ лѣвой, ногѣ можно убѣдиться въ существованіи параличныхъ явленій, преимущественно въ сферѣ распространенія n. peronei на передней и наружной поверхности голени и стопы. Въ составъ этого нерва входятъ преимущественно волокна, происходящія отъ IV и V переднихъ вѣтвей поясничныхъ нервовъ. Затруднено бываетъ также вращеніе внутрь нижней конечности, и при сгибаніи ноги не замѣчается напряженія широкой фасціи. Рѣже параличныя явленія распространяются на заднюю часть голени или даже на всю конечность. При рѣзко выраженныхъ формахъ, стопа представляется вытянутою, больная не можетъ поднять ее, не можетъ двигать большимъ пальцемъ, движеніе приведенія стопы совершается также неполнѣ.

Въ началѣ болѣзни не замѣчается измѣненій въ сферѣ чувстви-

тельности кожи, но спустя нѣсколько недѣль начинаетъ развиваться анестезія наружныхъ покрововъ и появляются трофическія измѣненія, влекущія за собой исхуданіе нижней конечности. На больныхъ мѣстахъ реакція на прерывистый токъ значительно ослабѣваетъ. Походка становится затруднительною или даже невозможною безъ помощи костылей.

Предсказаніе зависитъ отъ степени потери чувствительности и отношенія парализованныхъ мышцъ къ электрическому току. Чѣмъ меньше замѣчается отступленій отъ нормы въ этомъ отношеніи, тѣмъ скорѣе исчезнутъ параличи. Напротивъ того, чѣмъ сильнѣе выражены эти ненормальности, тѣмъ труднѣе исцѣленіе. Нерѣдко нужны цѣлые мѣсяцы систематическаго лѣченія, прежде чѣмъ въ пораженной конечности возстанутся нормальныя движенія.

Лѣченіе. Въ легкихъ случаяхъ достаточно покоя и раздражающихъ растираній, въ случаяхъ затажныхъ необходимо примѣнять постоянный токъ умѣренной силы. Коль скоро обнаружится улучшение, можно прибѣгнуть къ прижиганію, прерывистому току, массажу, горячимъ душамъ и пр. Часто назначаются въ этихъ случаяхъ съ пользою также сѣрные ванны.

2. Воспаленіе нервовъ въ послѣродовомъ періодѣ, *neuritis puerperalis, polyneuritis*

Этіологія. Въ послѣродовомъ періодѣ, и въ рѣдкихъ случаяхъ во время беременности, встрѣчается особенное состояніе въ нервахъ конечностей, ведущее постоянно къ параличному состоянію и анестезіи. Повидимому эта болѣзнь развивается, вслѣдствіе дѣйствія на ткань нѣкоторыхъ нервовъ особыхъ токсиновъ и птомаиновъ, которые иногда вырабатываются въ организмѣ беременной, при сильномъ упадкѣ питанія организма, а въ послѣродовомъ періодѣ являются продуктами воздѣйствія на организмъ нѣкоторыхъ микробовъ, наичаще цѣпчатаго грибка, при тяжелыхъ и продолжительныхъ заболѣваніяхъ. Lantz различаетъ *polyneuritis puerp.* вслѣдствіе инфекціи и развившійся вслѣдствіе истощенія.

Симптомы и теченіе болѣзни. По изслѣдованіямъ Eulenburg'a встрѣчаются легкія и тяжелыя формы этой болѣзни, напоминающія по своимъ симптомамъ параличи Landry. Болѣзнь начинается обыкновенно въ нижнихъ конечностяхъ, гдѣ обнаруживаются ненормальныя ощущенія, — ползаніе мурашекъ, стрѣляющія боли, холодъ, зудъ, жженіе и покалываніе въ пальцахъ. Вскорѣ обнаруживаются явленія паралича, которыя постепенно усиливаются, а иногда даже переходятъ на верхнія конечности. Въ тяжелыхъ случаяхъ больная не въ состояніи подняться съ постели, не можетъ даже принимать пищи безъ посторонней помощи. На лицо и туловище параличъ обыкновенно не переходитъ; хотя въ одномъ случаѣ мы наблюдали затрудненіе глотанія и отчасти рѣчи, Schanz видѣлъ пораженіе *n. optici*. Постепенно электрическая раздражительность умень-

шается, члены начинают худеть, появляются признаки перерождения мышц; рефлексy исчезают, но чувствительность въ кожѣ сохраняется. Иногда къ этому присоединяются психическія разстройства различной формы—меланхолія, манія, бредовое помѣшательство и пр.

Распознаваніе. Отъ истерической формы и отъ травматическаго паралича, polyneuritis отличается отчасти этиологическими моментами и отсутствіемъ признаковъ истеріи, а также быстро наступающимъ исхуданіемъ конечностей и скорымъ появленіемъ признаковъ перерожденія въ пораженныхъ мышцахъ.

Предсказаніе относительно возстановленія правильной функціи конечностей тѣмъ лучше, чѣмъ менѣе данныхъ, указывающихъ на измѣненія въ мышцахъ дегенеративнаго характера. Наибольѣ неблагоприятно предсказаніе при neuritis puerperalis, осложненномъ душевнымъ разстройствомъ, а также при утратѣ электрической возбудимости мышцъ. Относительно рѣдко болѣзнь оканчивается летально.

Лѣченіе. Въ первое время беременности при упорной рвотѣ, осложнившейся вышеописаннымъ пораженіемъ периферическихъ нервовъ, можетъ возникнуть показаніе къ вызыванію искусственнаго выкидыша. Въ другихъ случаяхъ до окончанія родовъ примѣняютъ только палліативное лѣченіе. Послѣ родовъ надо слѣдить примѣнять обычное лѣченіе, какъ при параличахъ вообще,—сперва постоянный токъ, затѣмъ прерывистый, массажъ, прижиганіе, возбуждающія втиранія и пр. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ пришлось прибѣгать къ насильственному выпрямленію конечности и къ тенотоміи.

Нѣкоторые врачи видѣли пользу отъ назначенія въ послѣродовомъ періодѣ ext. secalis cornuti aq. въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній. Eulenburg въ началѣ болѣзни совѣтуетъ подкожное впрыскиваніе 2% раствора acidi carbolicі.

3. Психическія разстройства въ послѣродовомъ періодѣ и во время кормленія.

Этіологія. Относительно появленія этихъ болѣзней, преобладающее значеніе имѣетъ наследственность, вліяніе которой замѣчено въ 30—40% всѣхъ заболѣваній, кромѣ того оказываетъ вліяніе пріобрѣтенное лично расположеніе къ психозамъ безпорядочнымъ образомъ жизни, злоупотребленіемъ спиртными напитками и пр. Въ числѣ причинъ, непосредственно вызывающихъ психозъ послѣ родоразрѣшенія, слѣдуетъ считать трудные затыжные роды, послѣродовыя заболѣванія, кровотеченія, эклампсію и сифилитическое зараженіе, проявившееся мѣстными и общими симптомами. Въ послѣднее время нѣкоторые врачи старались доказать, что всѣ психическія заболѣванія, развивающіяся послѣ родовъ, обусловливаются исключительно заразными послѣродовыми заболѣваніями, но безпристрастныя клиническія наблюденія далеко не въ пользу этой теоріи.

У кормящихъ женщинъ ближайшими причинами психическаго раз-

стройства является значительное истощение организма вследствие кормления, а также душевные потрясения и случайные болезни.

Особенное расположение к психическим заболеваниям обнаруживают первороженцы. Послеродовое сумасшествие вообще встречается редко, не более 1 раза на 500—800 родов. Тем не менее, на основании статистики специалистов, оказывается, что на 100 женщин, заболевших острыми психическими расстройствами, у 10 сумасшествие находилось в связи с родильным состоянием.

Симптомы и течение болезни. В послеродовом периоде психическое расстройство чаще обнаруживается между 5 и 10 днями, часто при нормальной температуре; в других случаях ему предшествует лихорадочное состояние, общее недомогание, бессонница, жажда и проч., зависящая от септической или септической инфекции. *Маниакальная форма* встречается чаще. В начале заболевания появляется чрезмерная и безвзвешенная болтливость, раздражительность, обнаруживаются неловкие поступки и выходы относительно окружающих. Вскоре больная становится беспокойной и начинает буйствовать. Родильница быстро худеет и отказывается от пищи; молоко и послеродовые отделения обыкновенно скоро пропадают. При психозах, развивающихся после эклампсии, заболевание чаще начинается спустя 1—2 дня по прекращении конвульсий.

Меланхолия развивается реже мании, иногда она обнаруживается в форме *melancholia attonita*. В редких случаях наблюдается также *бредовое галлюцинаторное помешательство* и *монomania* в форме насильственного импульса к совершению убийства. *Буйный маниакальный бред*, *delirium acutum*, при высокой температуре, составляет обыкновенно одно из проявлений тяжелой септицемии, он быстро оканчивается смертью.

Продолжительность послеродовых психозов различна, — некоторые формы проходят скоро, через несколько недель, другие длятся 6—12 месяцев. Если болезнь продолжается долее одного года, то большую частью помешательство становится хроническим.

У *кормящих* психическое расстройство чаще развивается в течение первого полугодия после родов, иногда уже во время прекращения кормления. Чаще бывает меланхолия и мания. Были наблюдаемы также рапаожа, галлюцинирующее бредовое помешательство и пр.

Предсказание более благоприятно, нежели при послеродовых психозах. Часто уже через 3 месяца наступает выздоровление.

Ковалевский и некоторые другие психиатры различают только манию и аменцию в послеродовом периоде. По исследованиям Savage, умирает всего 80% вследствие послеродового помешательства. 20% остаются более или менее слабоумными. Полное выздоровление было наблюдаемо у 72% заболевших. По Mc. Cuaig, из числа 69 женщин, доставленных в психиатрическое заведение с различными формами

послѣродового помѣшательства, выздоровѣло въ теченіе 2 лѣтъ 53, что составляетъ 85,4⁰/₁₀₀, изъ нихъ 32 были одержимы маніей и 21 меланхоліей.

Лѣченіе. Коль скоро у родильницы обнаруживается психическое разстройство съ лихорадкою, слѣдуетъ тщательно изслѣдовать половые органы; въ случаѣ появленія воспаленія слизистой оболочки матки, нужно примѣнить промываніе полости этого органа обеззараживающими растворами, избѣгая по возможности употребленія сулемы. Умѣстно также для дезинфекціи кишечнаго канала назначать салолъ или benzo-naphtholum. Теплыя ванны, и внутрь hyoscinum, sulfonalum, natrum bromatum и пр. часто назначаютъ, при бессонницѣ и нервномъ возбужденіи. При психозахъ кормящихъ женщинъ, кормленіе грудью слѣдуетъ немедленно прекратить. При сильномъ истощеніи, полезно назначеніе укрѣпляющихъ средствъ. Само собою разумѣется, при серьезныхъ формахъ психическаго разстройства, необходимо помѣщать больныхъ въ спеціальныя заведенія.

Глава 12.

Внезапная смерть въ послѣродовомъ періодѣ.

Этіологія. Къ счастью, эта страшная и неожиданная случайность наблюдается крайне рѣдко. Безъ сомнѣнія, наиболее ужасною внезапная смерть является для врача и окружающихъ, когда она наступаетъ среди полнѣйшаго благополучія у родильницы, повидимому здоровой. Одною изъ главныхъ причинъ такой смерти слѣдуетъ считать *закупорку ствола или одной изъ большихъ вѣтвей art. pulmonalis* кровянымъ сгусткомъ, который отрывается отъ тромба одной изъ тазовыхъ или бедренныхъ венъ, наичаще изъ *plex. ramificiformis*. Иногда это случается у роженицы повидимому совершенно здоровой. Ближайшими поводами считаютъ раннее вставанье съ постели, бѣлая опухоль бедра, сильное возбужденіе, припадки гнѣва и проч.

Sperling сопоставилъ 33 случая легочной эмболии. Въ 14 случаяхъ была *phlegmasia alba dolens*, въ 4 случаяхъ тромбы отдѣлялись изъ венъ таза и бедра, въ остальныхъ случаяхъ изъ сосудовъ дѣтскаго мѣста. Feinberg недавно описалъ 2 случая закупорки легочной артеріи у здоровыхъ родильницъ. У больной Drews'a развилась эмболія *art. pulm.* при *phlegmas. alba dolens* на 43 день послѣ родовъ, вслѣдствіе быстрого движенія. Mahler сопоставилъ 22 случая легочной эмболии. Въ большинствѣ случаевъ была *phlegmasia alba dolens*. При закупоркѣ тазовыхъ венъ рѣзкихъ симптомовъ не бываетъ, только пульсъ вдругъ учащается и остается частымъ даже послѣ паденія ¹⁰. Затѣмъ появляются головныя боли и тянущія, рвущія боли въ нижнихъ конечностяхъ.

Болѣзни сердца тоже являются иногда причиною такой неожиданности, въ особенности хроническое воспаленіе и недостаточность клапановъ, сопровождающаяся разстройствомъ компенсаціи. Далѣе внезапная смерть родильницы можетъ послѣдовать отъ *сильнаго душевнаго*

волненія, а также вслѣдствіе *продолжительныхъ и сильныхъ болей*. Впрочемъ послѣднее возможно скорѣе во время родовъ. Иногда обморочное состояніе, вызванное сильною *потерей крови*, можетъ перейти въ смерть, въ особенности при недостаточномъ присмотрѣ за родильницею. *Вступленіе большого количества воздуха въ вены* также можетъ причинить смерть. Воздухъ вступаетъ обыкновенно въ зіяющія вены матки, при неосторожномъ введеніи руки въ матку для поворота или для удаленія кровяныхъ свертковъ. Еще скорѣе можно вогнать воздухъ въ эти сосуды, при впрыскиваніи въ полость матки жидкости, если предварительно не былъ удаленъ воздухъ изъ трубки. Со времени примѣненія обеззараживающихъ растворовъ, было описано нѣсколько случаевъ внезапной смерти родильницъ, вслѣдствіе *впрыскиванія раствора acidі carbolici или сулемы въ матку*. Въ этихъ случаяхъ смерть наступала отъ паралича сердца, вслѣдствіе остраго отравленія.

Въ исключительныхъ случаяхъ внезапная смерть можетъ наступить въ послѣродовомъ періодѣ вслѣдствіе *ансвризмы, апоплексии, при воспаленіи легкихъ, при pleuritis exsudativa*, и вслѣдствіе *остраго мочекровія, uremia acutissima*. Во время злокачественныхъ эпидемій — *оспы, холеры*, и въ прежнее время при повальныхъ *родильныхъ горячкахъ*, наблюдали иногда быстро наступавшую смерть родильницъ при заболѣваніи этими болѣзнями.

Случаевъ остраго и хроническаго отравленія сулемой извѣстно въ литературѣ довольно много. Они описаны между прочимъ Tarnier, Gebhard, Steffæk, Weinhold, Legrand, Sommer, Troquart и др. Отравленіе карболовой кислотою чрезъ матку было наблюдаемо Larcen'омъ, Tarnier и др. Значительное число подобныхъ случаевъ остались неизвѣстными. Tissier на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ заключенію, что поднятіе кружки на 40 ст. или болѣе выше матки, даетъ возможность вводимой въ матку жидкости попадать въ кровеносные сосуды. Bonvolot наблюдалъ внезапную смерть у родильницы, которой на V мѣсяцѣ впрыснули въ матку индифферентную жидкость. Описанный Zweifel'емъ случай внезапной смерти, вслѣдствіе *uremia acutissima* не представляетъ единичнаго явленія. Подобные неожиданные исходы наблюдаются у женщинъ больныхъ почками, которымъ давали много хлороформа во время родовъ. Еще недавно намъ встрѣтился подобный случай. Marchand описалъ внезапную смерть чрезъ 6 часовъ послѣ родовъ, причину которой разъяснило только тщательно произведенное изслѣдованіе трупа. При вскрытіи найдена отечная инфильтрація брюшины и забрюшинной клѣтчатки, а также припуханіе селезенки. Въ содержимомъ млечныхъ сосудовъ, *gl. mesenter.*, въ крови, въ паренхиматозныхъ органахъ были найдены bacilli anthracis, которые находились также въ крови младенца, умершаго на 4 день послѣ рожденія. Родильница и ея младенецъ погибли отъ сибирской язвы.

Симптомы и теченіе. При закупоркѣ ствола *art. pulmonalis*, обыкновенно смерть наступаетъ моментально, сопровождаясь судоргами и подергиваніемъ тѣла. Иногда больная даже не успѣетъ вскрикнуть. Когда закупоривается одна изъ большихъ вѣтвей этой артеріи, у больной внезапно появляется ужасное стѣсненіе въ груди, чувство страха, задышка. Родильница запрокидываетъ голову назадъ, ея лицо сперва блѣднѣетъ, затѣмъ дѣлается синеватымъ, дыханіе становится частымъ,

пульсъ необыкновенно ускоряется, температура падаетъ на 1° и болѣе, и конечности холодѣютъ. При выслушиваніи, слышится жесткое дыханіе, иногда на нѣкоторомъ пространствѣ оно ослаблено; при развитіи отечнаго состоянія легкихъ, слышны мелкіе влажные хрипы. Въ такихъ случаяхъ смерть наступаетъ, спустя нѣсколько часовъ или дней, проведенныхъ больною въ мучительномъ состояніи. Описаны однако случаи выздоровленія.

При вступленіи большого количества воздуха въ вены, больная падаетъ безъ сознанія, появляются конвульсіи и моментально наступаетъ смерть. Острое отравленіе карболовою кислотой сопровождается шумомъ въ ушахъ, тошнотою, сильною блѣдностью лица, упадкомъ пульса, обморочнымъ состояніемъ, вслѣдъ за которымъ можетъ послѣдовать смерть.

Лѣченіе. Большою частію при тромбозѣ *art. pulmonalis* призванный врачъ застаётъ родильницу мертвою. Въ тѣхъ случаяхъ, когда появляются вышеописанные симптомы, указывающіе на закупорку одной изъ большихъ вѣтвей легочной артеріи, слѣдуетъ прикладывать горчичники на грудь, подъ кожу впрыскивать камфору въ эфиръ или *coffeinum citricum*, давать внутрь возбуждающія, — кофе, вино, *tinct. valerian. aether.* и пр. На различныя мѣста тѣла надо класть гуттаперчевые пузыри съ теплою водою и закрывать больную шерстянымъ одѣяломъ. При появленіи влажныхъ хриповъ въ заднихъ доляхъ легкихъ, нужно прибѣгать къ приставленію сухихъ банокъ.

ОТДѢЛЪ IV.

Болезни новорожденныхъ.

Глава 1.

Мнимая смерть, asphyxia neonatorum.

Определение. Когда жизнеспособный младенецъ, родившійся съ признаками жизни, не кричитъ, дышетъ медленно и поверхностно, или же вовсе не дѣлаетъ дыхательныхъ движеній, онъ находится въ состояніи мнимой смерти. Асфиксія плода обыкновенно развивается уже во время родовъ, гораздо рѣже она наступаетъ только послѣ появленія младенца на свѣтъ. Мы находимъ болѣе удобнымъ изложить отдѣльно эти два вида мнимой смерти новорожденныхъ.

а) Мнимая смерть развившаяся во время родовъ.

Этіологія. Наичаще она наступаетъ, вслѣдствіе нарушенія кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ, что происходитъ при преждевременномъ отдѣленіи плаценты, отъ прижатія пуповины, при продолжительныхъ родахъ, при предлежаніи дѣтскаго мѣста и пр. Чрезмѣрное сдавленіе дѣтской головки въ тазу, которое сопровождается сильною гипереміей мозга, а иногда даже кровоизліяніемъ въ полость черепа, нарушаетъ также отправленіе дыхательныхъ центровъ и можетъ причинить мнимую смерть. Рѣже причиною асфиксіи является быстро паступившій упадокъ силъ или смерть роженицы.

Анатомическія измѣненія. Когда родившійся въ асфиксіи плодъ не удастся оживить, при вскрытіи находятъ явленія, указывающія на самопроизвольное задушеніе плода. Сердце и большіе сосуды, а также сосуды черепной полости и печень, сильно переполнены жидкою темною кровью. На мягкой мозговой оболочкѣ, грудной плевѣ, на pericardium, на брюшинномъ покровѣ печени, а также на капсулѣ почекъ находятъ всюду кровяные подтеки. Въ полостяхъ встрѣчается очень часто изліяніе кровянисто-серозной жидкости. Легкія переполнены кровью темнокраснаго цвѣта; въ гортани, дыхательномъ горлѣ, иногда въ большихъ бронхахъ, находятъ слизь, околоплодную жидкость, часто смѣшанную

съ mesonium. Среди плотной кожистой легочной ткани мѣстами выступаетъ въ видѣ островковъ болѣе свѣтлая ткань, содержащая воздухъ, который иногда также наполняетъ желудокъ младенца.

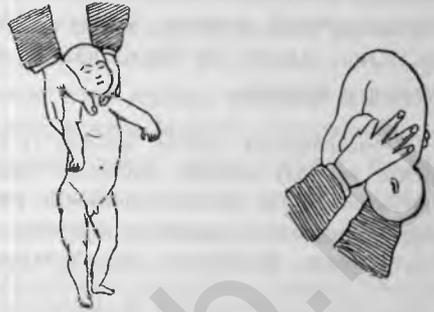
Симптомы. При разстройствѣ плацентарнаго кровообращенія, въ организмъ утробнаго младенца накапливается CO_2 , причиняя возбужденіе дыхательныхъ центровъ въ продолговатомъ мозгу. Младенецъ дѣлаетъ дыхательныя движенія въ маткѣ, причѣмъ за недостаткомъ воздуха онъ вытягиваетъ въ дыхательныя пути околоплодную жидкость, слизь и первоначальный калъ, который уже въ самомъ началѣ асфиксіи выходитъ изъ кишечнаго канала. При сдавливаніи головки, дыхательныхъ движеній можетъ не быть, хотя въ этомъ случаѣ также страдаютъ дыхательныя центры. Сердцебиеніе младенца при такихъ условіяхъ большею частью сильно замедляется, падаетъ до 100, даже 90 ударовъ въ минуту. Гораздо рѣже оно чрезвычайно ускоряется.

При появленіи младенца на свѣтъ, мнимая смерть обнаруживается въ различной степени. Болѣе легкая форма извѣстна подъ именемъ *апоплектической*, *asphyxia livida*, болѣе тяжелую представляетъ *анемическая*, *asphyxia palida*. При первой формѣ, лицо новорожденнаго представляется вздутымъ, синебагровымъ, ціанозъ распространяется также на всѣ покровы тѣла, мышцы сохраняютъ упругость, пуповина хорошо пульсируетъ. При введеніи въ зѣвъ пальца для удаленія слизи, возбуждаются дыхательныя и глотательныя движенія, младенецъ реагируетъ также на раздраженіе кожи. При анемической формѣ, наружныя покровы блѣдны, мышцы вялы, младенецъ не реагируетъ на внѣшнія раздраженія, въ пуповинѣ пульсація не замѣчается, сердцебиеніе замедленно и не всегда правильно.

Предсказаніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ благоприятно при апоплектической формѣ. Хотя встрѣчаются случаи осложненные внутричерепными кровоизліянiями, когда, несмотря на энергическія попытки оживить младенца, онъ умираетъ. При анемичной формѣ, гораздо труднѣе возвратитъ къ жизни младенца. Иногда такіе дѣти, даже будучи оживлены, спустя нѣкоторое время, погибаютъ отъ спаденія легкихъ. Pinard'у удалось изъ 50 асфиктическихъ дѣтей оживить 44, изъ коихъ впрочемъ 19 вскорѣ умерли.

Льченіе. Прежде всего у новорожденныхъ, родившихся въ состояніи мнимой смерти, слѣдуетъ удалить пальцемъ слизь изо рта и зѣва; затѣмъ нужно ввести, при помощи пальца, эластическій катетеръ толщиной въ 5 mm. въ дыхательное горло и чрезъ него высасывать ртомъ, или малымъ баллономъ, находящуюся здѣсь и въ большихъ бронхахъ жидкость. Иногда уже послѣ этого плодъ дѣлаетъ поверхностныя вздохи. Послѣ удаленія жидкости, попавшей въ дыхательныя пути, слѣдуетъ немедленно перевязать и перерѣзать пуповину и не медля примѣнить искусственное дыханіе по способу Schultze, который намъ кажется наиболѣе удобнымъ и дѣйствительнымъ.

Младенецъ захватывается обѣими руками за верхнюю часть груди по обѣ стороны шеи такимъ образомъ, чтобы большіе пальцы находились спереди, а остальные на задней части груди. Держа такимъ образомъ новорожденнаго, врачъ нѣсколько разставляетъ ноги и начинаетъ дѣлать движенія по извѣстнымъ правиламъ. Сперва младенецъ опускается книзу, затѣмъ врачъ дѣлаетъ полный размахъ снизу вверхъ и поднимаетъ младенца въ уровень или нѣсколько выше своей головы, причемъ тѣло младенца сгибается напередъ со стороны живота, а головка обращается книзу.



Фиг. 217 и 218.

При такомъ движеніи, которое передано на приложенныхъ изображеніяхъ, грудь младенца пассивно расширяется и спадается, слѣдовательно втягиваетъ и выгоняетъ воздухъ, при этомъ нерѣдко выходитъ попавшая въ дыхательные пути жидкость. Физиологическія изслѣдованія Kupffer'a показали, что при способѣ Schultze происходитъ наиболѣе значительный обмѣнъ воздуха въ легкихъ.

Когда появляются дыхательныя движенія, необходимо принять мѣры для возбужденія дѣятельности сердца. Съ этою цѣлью нужно новорожденнаго перенести въ теплую ванну и въ ней производить растираніе его членовъ, груди и спинки щетками. При тяжелыхъ формахъ асфиксіи, иногда оказываетъ хорошее дѣйствіе погруженіе ребенка на нѣсколько секундъ въ горячую ванну $34-40^{\circ}\text{R}$. и затѣмъ обливаніе его груди, темени и спины струею холодной воды, что можно поочередно повторять нѣсколько разъ. Не менѣе полезны подкожныя впрыскиванія ээира въ количествѣ $\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$ шприца.



Фиг. 219. Способъ оживленія плода Лазаревича.

Употребленіе прерывистаго тока на пп. phrenicі и грудныя мышцы своевременно удается примѣнить только въ клиникѣ. Иногда приходится цѣлый часъ и больше продолжать попытки оживленія мнимоумершаго плода. Въ тѣхъ случаяхъ, когда дыхательныя движенія послѣ неоднократнаго примѣненія способа Schultze, не появились, можно при существующемъ сердцебіеніи испытать вдунаніе воздуха чрезъ

введенный эластическій катетеръ съ правильными промежутками. Когда вышеописанныя средства оказываютъ надлежащее дѣйствіе, — порывистыя дыхательныя движенія самопроизвольно повторяются, появляется дыханіе съ громкими хрипами, кожа краснѣетъ, члены теряютъ вялость и начинаютъ двигаться; младенецъ постепенно оживаетъ. Коль скоро дыханіе сдѣлалось правильнымъ, хрипы исчезли или стали менѣе рѣзки, младенецъ началъ сильно кричать, можно надѣяться на благополучный исходъ. Такихъ дѣтей слѣдуетъ держать тепло закрытыми, класть на бокъ, часто переворачивать и по временамъ заставлять кричать.

Общепринятому способу Schultze въ значительнѣйшей степени уступаютъ бывшіе прежде въ ходу способы оживленія мнимоумершихъ Marschal-Hall'я и Silvester'a. При первомъ, съ цѣлю произвести ритмическое расширение и спаденіе грудной клѣтки, быстро переворачиваютъ младенца, лежащаго на боку, на животикъ и обратно. По временамъ производятъ также сдавливаніе грудной клѣтки руками. При второмъ способѣ стараются подражать дыхательнымъ движеніямъ, приподнимая и опуская руки и плечи младенца. Zuntz и Strassmann предпочтительно примѣняютъ эти способы у слабыхъ недоношенныхъ дѣтей, у которыхъ грудная клѣтка обладаетъ еще малою эластичностью. Rosenthal при оживленіи новорожденнаго кладетъ его на спину и сильно приподнимаетъ нижнія конечности къ животу, захвативъ ихъ выше стопы, чтобы колѣни пришились къ груди, и послѣдовало бы сгибаніе позвоночника. Это движеніе совершается ритмически. Dew примѣняетъ при оживленіи подобныя же движенія и одновременно съ ними производитъ приподнятіе головки и плечиковъ. Лазаревичъ, Rosenthal, Prochownik, Schröder и другіе прибѣгаютъ къ подвѣшиванію асфиктическаго плода за ножки, при чемъ головка его покоится на колѣняхъ врача, и одновременно производится ритмически сдавливаніе грудной клѣтки. Forest кладетъ младенца на животикъ и, поддерживая головку, производитъ надавливаніе на спинку плода. Latzko предпочитаетъ быстрыя ритмическія сжиманія грудной клѣтки, 150—200 разъ въ минуту. Laborde совѣтуетъ захватить кончикъ языка асфиктическаго младенца и за него производить быстро потягиванія. Gillard и Touchaint хвалятъ этотъ способъ; напротивъ Pinard и большинство акушеровъ не видятъ въ немъ особыхъ преимуществъ.

Въ послѣднее время Winter и Körber описали случаи, гдѣ оживленіе по способу Schultze сопровождалось кровоизліяніемъ въ полость живота, вслѣдствіе надрыва капсулы печени. Gebhard видѣлъ случай, гдѣ, вслѣдствіе разрыва плевры, послѣдовало кровоизліяніе въ грудную полость. Врядъ ли можно поставить эти пораженія въ прямую зависимость отъ качаній тѣла плода. Тѣмъ не менѣе подобныя наблюденія указываютъ на необходимость соблюдать надлежащую осмотрительность, при примѣненіи способа Schultze. Несмотря на увѣренія Schultze, Keilmann'a и Beutner'a, врядъ ли умѣстно примѣнять этотъ способъ оживленія, при переломахъ ключицы и конечностей новорожденнаго. Слѣдуетъ при такихъ осложненіяхъ предпочитать другіе способы.

в) Асфиксія, развившаяся послѣ рожденія младенца.

Этіологія. Наичаще эта форма асфиксіи обнаруживается у недоношенныхъ дѣтей, слабыя мышцы и мягкіе реберные хрящи которыхъ служатъ препятствіемъ правильному дыханію. Рѣже причиною появленія асфиксіи у появившагося на свѣтъ младенца бываетъ сильное сдавливаніе черепа при родахъ. Въ исключительныхъ случаяхъ это состояніе замѣ-

чается у дѣтей, родившихся съ значительными уродствами или съ патологическими измѣненіями важнѣйшихъ органовъ.

Анатомическія измѣненія. Наичаще при вскрытіи дѣтей, умершихъ отъ этой болѣзни, находятъ спаденіе легочной ткани, atelectasis pulmonum, иногда на значительномъ пространствѣ. На разрѣзѣ такая легочная ткань представляется плотною, хотя она легко раздувается воздухомъ чрезъ соотвѣтствующіе бронхи. Нерѣдко находятъ кровоизліянія въ мозговыхъ оболочкахъ или въ существѣ мозга, а также въ другихъ внутреннихъ органахъ.

Симптомы и теченіе. Доношенные дѣти иногда вначалѣ дышатъ правильно, или же дыханіе ихъ съ самаго начала бываетъ поверхностно. Такой же характеръ дыханія наблюдается почти всегда у дѣтей, явившихся на свѣтъ преждевременно. Ихъ кожные покровы имѣютъ синеватый цвѣтъ, конечности скоро становятся холодными, и температура тѣла падаетъ. При изслѣдованіи груди, хриповъ нигдѣ не слышно; но ниже лопатокъ въ области нижнихъ долей легкихъ замѣчается притупленіе. Дѣти пораженные асфиксіей бываютъ сонливы, кричатъ слабымъ голосомъ, не берутъ груди. Часто, не смотря на подаваемые пособія, спячка усиливается и младенецъ умираетъ. Дѣти, прожившія нѣсколько дней, обыкновенно получаютъ рѣзкую желтушную окраску.

Предсказаніе наиболѣе благоприятно у недоношенныхъ дѣтей, которые родились не ранѣе 9 мѣсяца.

Лѣченіе. Слѣдуетъ примѣнить наружное раздраженіе кожи различными механическими средствами. Коль скоро дыханіе ухудшается, полезно дѣйствовать на младенца попеременно холодною и теплою водою. Внутрь даютъ по нѣсколько капель вина или spirit. aether. sulf. Умѣстно также подкожное введеніе ээира въ количествѣ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ с. с. Такія дѣти нуждаются въ неусыпномъ попеченіи и внимательномъ уходѣ. Каждые $1\frac{1}{2}$ —2 часа ихъ нужно кормить женскимъ молокомъ изъ ложечки. При сонливости слѣдуетъ часто ихъ будить, переворачивать на другой бокъ и заставлятъ кричать.

Обыкновенно недоношенныхъ дѣтей держать въ мѣху или въ пуховомъ одѣялѣ; въ клиникѣ ихъ помѣщаютъ въ особую ванну съ двойными стѣнками, la souveuse.

Глава 2.

Болѣзни пупка у новорожденныхъ.

1. Изъязвленіе пупка, excoriatio, blennorrhoea umbilici, fungus umbilicalis.

Причины, симптомы и теченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, преимущественно при дурномъ уходѣ за ребенкомъ и загрязненіи пупочной раны, оставшейся послѣ отпаденія пуповины, краснота и припухлость пупка достигаютъ значительной степени, пупочная рана увеличивается, гноевидное отдѣленіе усиливается. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ пу-

почная рана покрывается сѣроватымъ налетомъ. Въ большинствѣ случаевъ, при надлежащемъ лѣченіи, такое осложненіе проходитъ. Часто краснота и припухлость исчезаютъ, но гнойное отдѣленіе изъ раны пупка продолжается. Болѣзнь протекаетъ безъ лихорадки.

Вслѣдствіе разрастанія грануляцій, на поверхности пупочной раны образуется небольшой, часто грибовидный, наростъ, *fungus imbricalis*, скрытый между складокъ кожи пупка. Величина его наичаще отъ горошины до вишни. Въ другихъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ изъясвленіе пупка можетъ вызывать заболѣваніе пупочныхъ сосудовъ, воспаленіе и даже гангрену пупка.

Лѣченіе. При развившемся изъясвленіи пупка, слѣдуетъ заботиться объ опрятномъ содержаніи пупочной раны. Наичаще назначается присыпка изъ смѣси *acid. salicylici 1,0 et amyli tritici 5,0 M. f. pulv.* Можно примѣнить также перевязку 1—2% воднымъ *acid. salicyl. cum borace.* растворомъ. Когда образовался пупочный грибокъ, наилучше его можно устранить повторными прижиганіями ляписомъ.

2. Воспаленіе, рожа и гангрена пупка, *erysipelas, phlegmone et gangraena umbilici.*

Причины, симптомы и теченіе. Воспаленіе пупка имѣетъ всѣ свойства обыкновеннаго флегмонознаго процесса. Пупокъ и окружающія его части брюшнаго покрова представляются припухшими и покрасившимися, почему область пупка значительно выпячивается. Ребенокъ безпокоенъ, имѣетъ лихорадку и не принимаетъ пищи. Нижнія конечности пригнуты къ животу, повидимому, всякое движеніе живота причиняетъ боль. Болѣзнь наичаще начинается на второй или третьей недѣлѣ жизни. Рѣдко она оканчивается раньше недѣли, часто тянется дольше, въ особенности когда воспалительная инфильтрація рѣзко выражена и распространяется на большое пространство. Часто воспаленіе пупка оканчивается разрѣшеніемъ, въ другихъ случаяхъ образуются одинъ или нѣсколько нарывовъ или развивается рожа. Рѣдко наблюдается осложненіе воспаленіемъ брюшины или пораженіемъ пупочныхъ сосудовъ.

Переходъ въ *омертвѣніе* наблюдается при воспаленіи пупка преимущественно у слабыхъ, недоношенныхъ дѣтей. Въ такихъ случаяхъ края воспаленной раны пупка принимаютъ грязноватую окраску и распадаются, причиняя потерю ткани. Когда омертвѣніе занимаетъ небольшое пространство, рана можетъ очиститься и наступаетъ заживленіе. Если омертвѣніе распространяется далеко или идетъ въ глубь, наступаетъ летальный исходъ, которому иногда предшествуетъ воспаленіе брюшины, рѣже прободеніе кишекъ. Рожа у новорожденнаго представляетъ заболѣваніе, которое всегда оканчивается смертю.

Лѣченіе. Сперва примѣняютъ такое же лѣченіе, какъ при изъясвленіи пупка. При переходѣ воспалительной инфильтраціи въ нагноеніе, назначаютъ припарки, затѣмъ дѣлаютъ разрѣзъ нарыва. Внутри назначаютъ вино и укрѣпляющія средства, которыя въ особенности

умѣстны, коль скоро обнаруживается омертвѣніе ткани. Съ цѣлью остановить омертвѣніе слѣдуетъ пораженное гангреною мѣсто прижечь аппаратомъ Пакелена.

3. Пораженіе пупочныхъ сосудовъ, *arteritis et phlebitis umbilicalis*.

Причины. Артеріи поражаются гораздо чаще, нежели вены; иногда всѣ пупочные сосуды заболѣваютъ одновременно.

Причину болѣзни слѣдуетъ считать септическое зараженіе, которое можетъ послѣдовать уже во время перевязки пуповины; чаще, однако, оно обнаруживается послѣ отпаденія пуповины. Какъ мы уже видѣли, пораженію пупочныхъ сосудовъ можетъ иногда предшествовать изъязвленіе, воспаленіе или омертвѣніе пупка. Въ родильныхъ домахъ эта болѣзнь прежде наблюдалась какъ эпидемическая, нерѣдко одновременно съ септическими послѣродовыми заболѣваніями.

Анатомическія измѣненія. Сдѣлавъ разрѣзъ на трупѣ младенца чрезъ пупочную рану, можно видѣть какъ воспалительная инфильтрація отъ пупка переходитъ на околососудистую клѣтчатку, а отсюда передается на стѣнки сосудовъ. При разрѣзѣ сосудовъ въ продольномъ направленіи изъ полости ихъ вытекаетъ гной, смѣшанный съ кровянымъ распадомъ. Поверхность внутренней оболочки сосудовъ представляется помутнѣвшею. Иногда сосуды значительно расширены и представляются при вскрытіи живота въ видѣ толстыхъ и плотныхъ снурковъ. Наиболѣе частымъ осложненіемъ является воспаленіе легкихъ. Нерѣдко обнаруживаются септическія пораженія другихъ важныхъ органовъ, — набуханіе селезенки, пораженіе печени, почекъ, воспаленіе брюшины и пр. Поверхность тѣла часто представляетъ желтушное окрашиваніе.

Симптомы и теченіе. Нерѣдко болѣзнь протекаетъ быстро, при явленіяхъ не вполне ясно выраженныхъ. Ребенокъ со здоровымъ видимому пупкомъ становится безпокойнымъ, перестаетъ сосать грудь, у него развивается общая слабость, и вскорѣ наступаетъ смерть. Рѣже болѣзнь принимаетъ болѣе затяжной характеръ. Въ такихъ случаяхъ часто бываетъ изъязвленіе или воспаленіе пупка. Обнаруживаются признаки истощенія, высокая температура, слабость, постепенно развивается общая атрофія. Часто замѣчаются признаки, указывающіе на заболѣваніе легкихъ, а также обнаруживаются нерѣдко сильное вздутіе живота, дотрогиваніе до котораго причиняетъ боль. Наичаще воспаленіе пупочныхъ сосудовъ начинается на первой, рѣже на второй недѣлѣ жизни.

Распознаваніе затруднительно, такъ какъ точныхъ патогномическихъ признаковъ болѣзни мы не знаемъ. Наичаще ее съ вѣроятностью удастся распознать при появленіи тяжелыхъ явленій у ребенка съ заболѣваніемъ пупка, рѣже путемъ исключенія.

Предсказаніе особенно неблагоприятно у дѣтей недошенныхъ и слабыхъ. Только легкія степени заболѣванія, протекающія безъ осложненій, могутъ окончиться выздоровленіемъ.

Лечение. Въ виду крайней опасности пораженія пупочныхъ сосудовъ, важное значеніе имѣетъ строгое выполненіе правилъ обеззараживанія при уходѣ за новорожденными. Клиническія наблюденія показываютъ, что лохи здоровыхъ родильницъ, перенесенныя на пупочную рану, могутъ вызвать иногда септическое заболѣніе младенца. Почему акушерка, явившись къ родильницѣ, должна сперва купать и убрать ребенка, а затѣмъ уже заняться туалетомъ матери.

При появленіи признаковъ, указывающихъ на заболѣваніе пупочныхъ сосудовъ, слѣдуетъ давать младенцу вино и хининъ. Назначеніе мѣстныхъ средствъ зависитъ отъ состоянія пупка.

4. Кровотеченія изъ пупка, *omphalorrhagia*.

Причины. Наичаще эти кровотеченія появляются изъ сосудовъ пуповины, рѣже изъ пупочной раны по отпаденіи пуповины. Въ первомъ случаѣ причиною кровотеченія бываетъ недостаточно тщательная перевязка пуповины акушеркою. Дѣти съ толстою пуповиною, а также асфиктическіе и недоношенные младенцы, въ особенности расположены къ появленію кровотеченія изъ сосудовъ перевязанной пуповины.

Гораздо болѣе серьезныя причины, еще до сихъ поръ не вполне выясненныя, лежатъ въ основѣ сильныхъ кровотеченій, появляющихся въ рѣдкихъ случаяхъ изъ пупочной раны, послѣ отпаденія пуповины. Въ настоящее время не подлежитъ сомнѣнію, что такія кровотеченія представляютъ одно изъ проявленій тяжелыхъ общихъ болѣзней, именно врожденнаго сифилиса, септического заболѣванія и т. наз. остраго жирового перерожденія младенца.

Симптомы и теченіе. Кровотеченіе изъ пупочныхъ сосудовъ обнаруживается наичаще, спустя нѣсколько часовъ послѣ рожденія, гораздо рѣже чрезъ нѣсколько дней. Наичаще крови вытекаетъ немного, но бываютъ случаи, гдѣ у новорожденнаго развивается анемія, и можетъ даже послѣдовать смерть отъ потери крови изъ сосудовъ дурно перевязанной пуповины.

У здоровыхъ дѣтей послѣ отпаденія пуповины обыкновенно кровотеченія не бываетъ, иногда только оказываются на повязкѣ небольшія кровавистыя пятна. Напротивъ у дѣтей, пораженныхъ упомянутыми выше тяжелыми заболѣваніями, иногда вскорѣ послѣ отпаденія пуповины начинается сочиться изъ пупочной раны кровь; спустя нѣкоторое время, или даже съ самаго начала, кровь начинаетъ бѣжать струйкою. Вытекающая кровь плохо створаживается. Рѣдко такія дѣти имѣютъ здоровый видъ, часто они сонливы, ихъ кожа имѣетъ синеватую или желтушную окраску. Иногда одновременно являются кровотеченія изъ желудка и кишекъ, или же на различныхъ мѣстахъ тѣла замѣчаются кровоподтеки. Болѣзнь продолжается обыкновенно нѣсколько дней, рѣже она затягивается на 1—2 недѣли. 83% дѣтей погибаютъ; смерть наступаетъ при усиливающейся общей анеміи, упадкѣ силъ и коматозномъ состояніи.

Лечение. Для избѣжанія послѣдовательной потери крови изъ сосудовъ перевязанной пуповины, акушерка должна тщательно перевязывать пуповину и осмотрѣть ее спустя нѣсколько часовъ. При слишкомъ толстыхъ пуповинахъ надо дѣлать непременно 2 одиночныхъ узла, затягивать ихъ потуже и затѣмъ уже вязать петлю, или второй глухой узелъ. Нѣкоторые совѣтуютъ въ такихъ случаяхъ употреблять эластическій шнурокъ.

Гораздо труднѣе справиться съ сильнымъ кровотеченіемъ, появляющимся изъ пупочной раны. Въ большинствѣ такихъ случаевъ примѣняли растворъ хлористаго желѣза на ватѣ и давящую повязку на пупокъ. Другіе совѣтовали заливать кровоточащую язву жидкимъ гипсомъ, который, превращаясь въ твердую массу, можетъ оказывать давленіе на кровоточащую поверхность. Наиболее дѣйствительнымъ средствомъ слѣдуетъ считать проведеніе длинныхъ булавокъ чрезъ пупокъ и стягиваніе послѣдняго шелковыми лигатурами ниже булавокъ.

Громадное значеніе для предупрежденія различныхъ заболѣваній пупочной раны имѣетъ рациональная перевязка остатка пуповины.

5. Врожденная пупочная грыжа, *hernia funiculi umbilicalis, omphalocele.*

Этіологія. Въ раннемъ періодѣ утробной жизни плода въ исключительныхъ случаяхъ происходитъ, вѣдствие недоразвитія, неполное зарощеніе брюшныхъ покрововъ; при этомъ въ области пупка выступаетъ изъ полости живота часть брюшныхъ внутренностей. Дѣти большею частію рождаются преждевременно, иногда мертвыми, часто они представляютъ также различныя другія уродства.

Анатомическія измѣненія. Опухоль, образуемая врожденною пупочною грыжей, наичаще бываетъ величиною отъ волошкаго орѣха до апельсина, рѣдко больше. Пуповина переходитъ непосредственно въ опухоль, большею частію ближе къ основанію. Наружные покровы опухоли состоятъ изъ водной оболочки и брюшины, между которыми расположены сосуды пуповины, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ находится слой Вартоновой студени. Основаніе опухоли, образующее отверстіе грыжевого мѣшка, окружено краемъ кожныхъ покрововъ, подъ которыми расположены апоневрозы и мышцы живота. Содержимое грыжевого мѣшка наичаще составляютъ кишечныя петли, рѣже кромѣ нихъ находится здѣсь часть печени, желудка и другихъ внутренностей.

Симптомы и теченіе. Наружная поверхность опухоли имѣетъ сѣроватый или темный цвѣтъ; на ощупь опухоль большею частію мягка, рѣже она тверда при нахожденіи въ ней части печени. При безпокойствѣ и крикѣ младенца не всегда ощупываніе даетъ точные результаты. Предоставленная самой себѣ опухоль быстро измѣняется. Пуповина засыхаетъ, покровы опухоли получаютъ землисто-сѣрую окраску, на границѣ кожныхъ покрововъ образуется красноватый желобокъ. Водная оболочка отдѣляется, при обильномъ нагноеніи, если младенецъ остается въ живыхъ въ теченіе нѣсколькихъ дней. Только при небольшихъ опухоляхъ можетъ образоваться плотный рубецъ и послѣдовать

самопроизвольно заживленіе раны. Обыкновенно же омертвѣніе распространяется на брюшныя внутренности, дѣти умираютъ отъ септического или гнилостнаго зараженія, часто также отъ воспаленія брюшины.

Терапія. Выжидательное лѣченіе, состоящее въ перевязкѣ опухоли обеззараживающими растворами и присыпки порошкомъ іодоформа, сопровождается дурными исходами; смертность дѣтей доходитъ до 80%. Въ послѣднее время начали примѣнять чревосѣченіе, которое даетъ болѣе благопріятные результаты, если операція производится вскорѣ послѣ рожденія младенца. Наружные покровы живота и опухоли обеззараживаются по обыкновеннымъ правиламъ; слѣдуетъ конечно у дѣтей избѣгать сулемы и карболовой кислоты, замѣняя ихъ спиртомъ и растворомъ салициловой и борной кислоты. Сдѣлавъ разрѣзъ наружныхъ покрововъ по срединѣ опухоли, ихъ отдѣляютъ ножомъ съ боковъ настолько, чтобы захватить на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ст. кожи. Если оказываются сращенія, ихъ слѣдуетъ разъединить, послѣ чего уже легко удастся произвести вправленіе внутренностей въ полость живота. Въ заключеніе брюшную рану сшиваютъ посредствомъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ. Почти 75% такихъ случаевъ оканчиваются благополучно.

Предложеніе Olshausen'a—производить соединеніе краевъ грыжевого отверстія безъ вскрытія брюшины, врядли возможно часто примѣнять на практикѣ, тѣмъ болѣе что, при соблюденіи строгой антисептики, особыхъ преимуществъ этотъ способъ операціи не имѣетъ. Въ сопоставленныхъ недавно Марьяничкомъ 31 случаѣ чревосѣченія, при врожденной пупочной грыжѣ, только 8 разъ наблюдался летальный исходъ.

Глава 3.

Септическія заболѣванія новорожденныхъ.

Причины. Зараженіе патогенными микробами чрезъ пупочную рану, рѣже чрезъ пуповину, въ большинствѣ случаевъ сперва ведетъ къ мѣстнымъ заболѣваніямъ, которыя впослѣдствіи, какъ уже было изложено, являются источникомъ общаго зараженія организма младенца. Однако въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ повидимому можетъ развиться общее заболѣваніе при отсутствіи мѣстныхъ осложнений, какъ это наблюдается въ исключительныхъ случаяхъ у родильницъ, при быстротечныхъ формахъ септицеміи.

Гораздо рѣже чѣмъ чрезъ пупокъ, возможна инфекция другими путями. Септическое зараженіе можетъ послѣдовать у младенца чрезъ легкія, чрезъ полость рта, чрезъ кишечный каналъ, съ кожныхъ покрововъ, при случайныхъ пораненіяхъ; оно можетъ также передаваться во время беременности и родовъ чрезъ загнившія околоплодныя воды и вѣроятно чрезъ плаценту.

Симптомы и течение болезни. Припадки болезни представляют большое разнообразие. Иногда болезнь протекает быстро, при явлениях разложения крови. Въ другихъ случаяхъ она тянется медленно подъ видомъ атрофіи, сопровождаясь мозговыми припадками. Лихорадочное состояніе смѣняется рѣзкимъ упадкомъ силъ. Наружные покровы часто представляютъ желтушное окрашиваніе, рѣже синевато-багровое, вслѣдствіе ціаноза. Иногда замѣчаются кровоподтеки на слизистыхъ оболочкахъ и подъ кожею. Въ другихъ случаяхъ появляется кровотеченіе изъ пупочной раны и слизистыхъ оболочекъ.

Съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ къ острымъ септическимъ формамъ можно отнести заболѣваніе новорожденнаго, описанное Buhl' емъ подъ именемъ *остраго жирового перерожденія новорожденнаго*. Эта болезнь встрѣчается рѣдко, протекаетъ безъ лихорадки, при динамическихъ явленіяхъ и оканчивается смертью. При вскрытіи находили паренхиматозное воспаленіе важнѣйшихъ органовъ тѣла младенца съ исходомъ въ жировое перерожденіе, а также кровоизліянія въ различныхъ органахъ. Эти данныя напоминаютъ анатомическія измѣненія, находимыя при задушеніи.

На тѣхъ же основаніяхъ, къ числу острыхъ септическихъ заболѣваний новорожденнаго можно отнести *болъзнь, описанную Винкелемъ* въ 1879 г., которая въ теченіе короткаго времени господствовала эпидемически въ Дрезденскомъ родильномъ домѣ. Она выражалась ціанозомъ, желтухою, гемоглобинуріей, сонливостью и быстрымъ упадкомъ силъ, при безлихорадочномъ теченіи. Болѣзнь начиналась на 4 день послѣ рожденія, средняя продолжительность ея не превышала 1½ сутокъ. Смертность между заболѣвшими младенцами доходила до 83%. Моча больныхъ дѣтей имѣла свѣтло-бурый цвѣтъ, въ ней находили гемоглобинъ, а въ осадкѣ между прочимъ зернистые цилиндры и кровяные шарики. При вскрытіи оказывалось необыкновенно густая черная кровь въ венахъ; повсюду мелкія кровоизліянія и жировое перерожденіе важнѣйшихъ органовъ, преимущественно печени.

Уже съ меньшею вѣроятностью къ числу острыхъ септическихъ формъ можно отнести крайне рѣдко встрѣчающуюся *melæna neonatorum*, причины которой намъ совершенно неизвѣстны. Она обнаруживается наичаще уже въ первые дни жизни. У новорожденнаго появляется *кровяная рвота и кровяныя испраженія на низъ*. Дѣти становятся безпокойными, стонутъ, вскорѣ развивается анемія и сильная слабость. Излившаяся кровь представляетъ неодинаковое окрашиваніе. Постепенно наружные покровы становятся холодными, пульсъ исчезаетъ, и спустя 1—3 дня младенецъ погибаетъ.

Лѣченіе. Преобладающее значеніе, при септическихъ заболѣваніяхъ, имѣетъ профилактика—употребленіе обезпложеннаго матеріала для перевязки пупка, внимательный уходъ за ребенкомъ, соблюденіе чистоты и опрятности, забота о чистомъ воздухѣ и о правильномъ питаніи но-

ворожденнаго. Когда развилась одна изъ вышеописанныхъ острыхъ формъ, лѣченіе вообще обѣщаетъ мало успѣха. Оно состоитъ главнымъ образомъ въ назначеніи внутрь возбуждающихъ и укрѣпляющихъ средствъ— коньяка, хорошаго вина и малыхъ дозъ хинина. При лихорадочномъ состояніи, хорошее вліяніе оказываютъ общія тепловатыя ванны. Когда замѣчается упадокъ силъ, надо обложить младенца бутылками съ горячею водою, сдѣлать довольно горячую ванну съ примѣсью spec. aromatici или горячія обвертыванія.

При испражненіи и рвотѣ кровью, наиболѣе цѣлесообразно давать внутрь по одной каплѣ liq. ferri sesquichlor. въ разбавленномъ водою бѣломъ винѣ.

Назначеніе мѣстныхъ средствъ зависитъ отъ локализаціи и свойства заболѣванія.

Повидимому, слѣдуетъ считать доказаннымъ возможность передачи новорожденному септического зараженія при посредствѣ молока матери, одержимой родильною горячкою. Подобные случаи приводятъ Legry, Brindeau, Finkelstein и др. Walzupski объясняетъ болѣзнь Winkel'я зараженіемъ организма новорожденнаго *bact. coli comm.* Другіе находили streptoc. ruog. Preuschen, Pomorski, Langerhans, Schultze, Müller и др. наблюдали кровавую рвоту у новорожденныхъ послѣ поврежденія головного мозга при родахъ. Тѣмъ не менѣе эта болѣзнь гораздо чаще бываетъ у дѣтей, появившихся на свѣтъ послѣ легкихъ родовъ; Clivio полагаетъ, что она является вслѣдствіе отравленія токсинами организма новорожденнаго. Gärtner изъ кала и крови новорожденныхъ, одержимыхъ кровавою рвотой, культивировалъ особенную подвижную палочку съ 6 бичами. По изслѣдованіямъ Preuschen'a, въ 45 случаяхъ *melæna neonat.*, 30 разъ были найдены язвы въ желудкѣ и кишкахъ. Behrend и Baginski въ нѣкоторыхъ случаяхъ этой болѣзни находили сифились.

Глава 4.

Желтуха новорожденныхъ, *icterus neonatorum.*

Этіологія. У новорожденныхъ наблюдаются двѣ формы желтухи— *симптоматическая* и *физиологическая*, которыя рѣзко различаются между собою. Первая является однимъ изъ симптомовъ различныхъ тяжелыхъ заболѣваній новорожденнаго,—при сифилисѣ, септическихъ заболѣваніяхъ, при облитераціи желчныхъ путей, при катаррѣ *duodeni*, при заболѣваніяхъ печени и пр. Во всѣхъ этихъ случаяхъ значеніе желтухи зависитъ отъ свойства болѣзни, ее вызвавшей.

Совершенно иное значеніе имѣетъ *физиологическая* желтуха. Она представляетъ самостоятельное явленіе, которое обусловливается, по всей вѣроятности, всасываніемъ желчи волосными сосудами печени, въ которую, послѣ перевязки пуповины, постукаетъ меньшее количество крови. Къ появленію желтухи особенно расположены недоношенные дѣти, а также младенцы, у которыхъ ждали долго съ перевязкою пуповины.

Анатомическія измѣненія показываютъ, что при самостоятельной формѣ желтухи, окрашиваются не только наружные покровы, но также всѣ внутренніе органы.

Симптомы и теченіе болѣзни. Самостоятельная форма желтухи развивается у 80% всѣхъ новорожденныхъ; она начинается наичаще со второго дня жизни и не всегда одинаково рѣзко бываетъ выражена; въ болѣе интенсивныхъ случаяхъ окрашивается также соединительная оболочка глазъ. Желтушное окрашиваніе иногда держится только 3 дня, иногда больше недѣли.

Пульсъ вполнѣ нормаленъ, лихорадки нѣтъ, общее состояніе новорожденного не представляетъ никакихъ разстройствъ. Тѣмъ не менѣе такія дѣти представляютъ значительную убыль въ вѣсѣ. Въ мочѣ можно доказать присутствіе желчныхъ пигментовъ,

Предсказаніе вполнѣ благопріятное.

Лѣченіе. Назначеніе лѣкарствъ излишне, слѣдуетъ обращать вниманіе на питаніе и содержаніе младенца.

Глава 5.

Другія случайныя заболѣванія новорожденныхъ.

1. Грудница у новорожденныхъ, mastitis neonatorum.

Причины. Наичаще грудница развивается у новорожденныхъ, при нерациональномъ уходѣ. Повитухи и няньки иногда выдавливаютъ отдѣленіе изъ припухшихъ грудей младенца, или усердно втираютъ въ нихъ различныя мази. При этомъ нерѣдко происходитъ зараженіе патогенными микробами. Рѣже послѣдніе проникаютъ, при иныхъ условіяхъ, въ ткань железы.

Симптомы и теченіе. Воспаленіе обнаруживается большею частью на второй недѣлѣ послѣ рожденія младенца. Появляется лихорадка, краснота кожи, плотная опухоль въ заболѣвшей груди, которая часто, постепенно размягчаясь, переходитъ въ нарывъ. Послѣ истеченія обыкновенно скоро наступаетъ выздоровленіе. Рѣже краснота и припухлость распространяется за предѣлы грудной железы, воспаленіе принимаетъ болѣе опасный характеръ и сопровождается тяжелыми явленіями. Такое воспаленіе, parmastitis, иногда можетъ вызвать общее септическое заболѣваніе и окончиться смертельнымъ исходомъ.

Лѣченіе. Когда обнаруживается на первой недѣлѣ жизни ребенка припуханіе грудей, ихъ слѣдуетъ покрывать обезжиренной ватой, или кускомъ марли, избѣгая употребленія мазей. При начавшемся воспаленіи наиболѣе умѣстны согрѣвающие компрессы изъ 2% раствора ас. borici. Коль скоро обнаружится скопленіе гноя, нарывъ слѣ-

дуетъ немедленно вскрыть разрывомъ по радиусу отъ соска къ периферіи.

2. Воспаленіе глазъ, *ophthalmoblenorrhoea*.

Этіологія. Причиною этой болѣзни служитъ занесеніе гонококковъ Нейссера на соединительную оболочку глаза. Когда беременная женщина страдаетъ гонорройнымъ воспаленіемъ влагалища, то зараженіе глазъ младенца можетъ произойти уже во время родовъ. Въ другихъ случаяхъ зараженіе происходитъ послѣ рожденія на свѣтъ младенца отъ матери или же передается сидѣлкой, которая можетъ перенести заразу также отъ другого ребенка, страдающаго воспаленіемъ глазъ.

Симптомы и теченіе. Наичаще на второй день послѣ родовъ у новорожденнаго замѣчается краснота, припухлость вѣкъ и небольшое гнойное отдѣленіе. Если на это не будетъ обращено должнаго вниманія, то въ слѣдующіе дни припухлость вѣкъ увеличивается до такой степени, что ребенокъ не можетъ открыть глазъ. При раздвиганіи вѣкъ, появляется гнойное отдѣленіе. Соединительная оболочка вѣкъ представляется сильно покраснѣвшею, припухшею, образуетъ поперечныя складки. При дальнѣйшемъ теченіи, поражается роговая оболочка, на которой появляются изъязвленія и помутнѣніе; иногда можетъ даже послѣдовать прободеніе, влекущее за собою неизлѣчимую слѣпоту.

Въ исключительныхъ случаяхъ воспаленіе глазъ у новорожденныхъ осложняется *гонорройнымъ пораженіемъ полости рта*, которое обнаруживается иногда также какъ отдѣльное заболѣваніе, въ видѣ сперва бѣловатыхъ, потомъ желтоватыхъ пятенъ на поверхности языка, въ задней части полости рта и на деснахъ. Появляется отдѣленіе гноя и реактивная краснота въ окружности пятенъ, начиная съ 3 дня болѣзни. Только при соблюденіи надлежащей чистоты полости рта, пораженные мѣста постепенно покрываются эпителиемъ. Рѣже вмѣсто пятенъ появляются небольшіе пузырьки съ серозногнойнымъ содержимымъ на слизистой оболочкѣ полости рта. Гонорройное пораженіе полости рта описано въ недавнее время Rosinski'mъ. Отдѣльныя наблюденія сообщили также Kast и Leyden.

Предсказаніе. Когда правильное лѣченіе при гонорройномъ воспаленіи вѣкъ примѣняется съ самаго начала болѣзни, обыкновенно наступаетъ полное излѣченіе. При переходѣ воспаленія на роговую оболочку возникаетъ опасность потерять зрѣніе.

Лѣченіе. Въ настоящее время во всѣхъ благоустроенныхъ родильныхъ домахъ и акушерскихъ клиникахъ примѣняется съ поразительнымъ успѣхомъ профилактическая мѣра, для предотвращенія этой болѣзни. Наиболѣе полезными оказались повторныя выпрыскиванія во влагалище роженицы во время родовъ 0,5‰ раствора сулемы, а главнымъ образомъ введеніе на соединительную оболочку въ каждый глазъ дитяти по 1—2 капли 2‰ воднаго раствора *argent. nitrici*, по возможности вскорѣ послѣ рожденія младенца на свѣтъ.

Благодаря этимъ профилактическимъ мѣрамъ, въ настоящее время воспаленіе глазъ у новорожденныхъ въ родильныхъ заведеніяхъ сдѣла-

лось крайне рѣдкою болѣзною. Въ частной практикѣ бленнорейныя воспаления глазъ встрѣчаются чаще.

При первомъ появленіи признаковъ этой болѣзни на одномъ глазу, слѣдуетъ другой здоровый глазъ закрыть ватною повязкой. Въ больной глазъ нужно пускать по каплямъ 2% растворъ *arg. nitrici* и прикладывать ледяные компрессы. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ, отвернувъ вѣки, должно производить разъ въ день смазываніе ихъ 5% растворомъ *argent. nitrici*; иногда даже ихъ прижигаютъ *lapid. mitigat.* Когда воспаление перешло на роговую оболочку, слѣдуетъ примѣнять капли изъ $\frac{1}{2}\%$ раствора *atropini sulf.*

3. Молочница, *soor.*

Этіологія. Эта болѣзнь рѣдко появляется уже на первой недѣль жизни дѣтей. Она происходитъ вслѣдствіе разращенія особаго грибка, *saccharomycetes albicans*, въ полости рта, рѣже въ зѣвѣ, и только въ исключительныхъ случаяхъ, у дѣтей крайне истощенныхъ, въ пищепроводѣ и желудкѣ. Грибныя нити гнѣздятся между клѣточками и на поверхности эпителія.

Симптомы и теченіе. Въ полости рта, наичаще на языкѣ и за губами, а также возлѣ зѣва появляются бѣлыя пятнышки, похожія на круинки творога. Такія пятна сидятъ на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ. Дѣти ощущаютъ боль при сосаніи и глотаніи молока, сухость и жженіе во рту. Нерѣдко при появленіи молочницы обнаруживаются упорные поносы, зависящіе отъ нерациональнаго кормленія младенца.



Фиг. 220.

Лѣченіе. У дѣтей съ удовлетворительнымъ питаніемъ болѣзнь легко проходитъ чрезъ нѣсколько дней, при употребленіи 5% раствора *boracis derig.* въ сиропѣ, который дается дѣтямъ по $\frac{1}{2}$ чайной ложкѣ 2 раза въ день. Въ упорныхъ случаяхъ нужно смазывать пораженныя мѣста 2% растворомъ *argent. nitrici*.

4. Тоническія судорги, *trismus et tetanus.*

Этіологія. Причиною болѣзни является зараженіе пупочной раны особю палочкой, *bacillus Nicolaier'a*, что въ исключительныхъ случаяхъ наблюдается послѣ отпаденія пупка, вслѣдствіе грязнаго и неряшливаго содержанія младенца.

Симптомы и теченіе. Ребенокъ становится безпокоенъ, у него замѣчается дрожаніе нижней челюсти, вслѣдъ за которымъ является сильное сжатіе челюстей. Жевательныя мышцы представляются сильно напряженными, губы плотно сжаты, и открываніе рта оказывается невозможнымъ. Вскорѣ появляются приступы общихъ тоническихъ судорогъ, *opisthotonus*. Припадки, чередующіеся паузами, слѣдуютъ одинъ за другимъ, и младенецъ почти всегда погибаетъ отъ задушенія или истощенія.

Лѣченіе. Необходимо поддерживать силы ребенка, вводя пищу при помощи зонда или питательныхъ клистировъ. Такимъ же путемъ можно вводить лѣкарства, изъ коихъ наичаще назначаютъ *kalı bromat.* по 0,05, и *chlor. hydrat.* по 0,03 *pro dosi.*, можно испытать также вдыханіе хлороформа.

5. Оплотнѣніе подкожной клѣтчатки, *sclerema neonatorum.*

Этіологія. Причины болѣзни въ точности неизвѣстны. Весьма вѣроятно, что развитіе ея зависитъ отъ физическихъ и химическихъ особенностей подкожнаго жира у слабыхъ дѣтей.

Симптомы и теченіе. Болѣзнь наблюдается у слабыхъ истощенныхъ дѣтей, наичаще у недоношенныхъ. Она обнаруживается обыкновенно появленіемъ плотной отеочной опухоли на ступняхъ и голеняхъ, откуда припухлость подымается кверху и переходитъ на бедра и туловище. При этомъ температура постепенно падаетъ, развивается ціанозъ, пульсъ слабѣетъ, дыханіе дѣлается поверхностнымъ, отдѣленіе мочи прекращается, лицо какъ бы сжимается, и младенецъ умираетъ.

Лѣченіе. При появленіи первыхъ признаковъ болѣзни, слѣдуетъ держать тепло ребенка, назначить горячія ароматическія ванны, массажъ, а внутрь давать разведенный коньякъ или крѣпкое вино.

Глава 6.

Поврежденія младенца при родахъ. Статистика смертности новорожденныхъ.

Поврежденія младенца при родахъ.

Во время беременности поврежденіе утробнаго плода происходитъ только въ исключительныхъ случаяхъ, большею частію совмѣстно съ поврежденіями живота и матки беременной. Однако бывали случаи, когда при незначительныхъ сравнительно слѣдахъ отъ ушибовъ брюшныхъ стѣнокъ матери, находили переломы конечностей, ушибы, болѣе или менѣе глубокія раны на поверхности тѣла и разрывы внутренностей плода, послѣдствіемъ которыхъ была смерть утробнаго младенца. Гораздо чаще и въ болѣе разнообразной формѣ встрѣчаются поврежденія во время родовъ. Въ большинствѣ случаевъ ихъ находятъ на головкѣ, рѣже на конечностяхъ и на туловищѣ плода.

1. Поврежденія на головкѣ плода.

Этіологія. Узкій тазъ, большая величина головки плода, неправильныя предлежанія, а также ненормальныя, въ особенности сильныя и продолжительныя родовыя сокращенія матки и брюшнаго пресса, могутъ причинить различныя поврежденія на головкѣ плода. Однако наи-

болѣе тяжелыя пораненія происходятъ при акушерскихъ родоразрѣшающихъ операціяхъ, наичаще при наложеніи щипцовъ и ручномъ извлеченіи плода.

Симптомы и теченіе. Наичаще на головкѣ новорожденнаго находятъ ссадины и различной величины кровоподтеки, въ другихъ случаяхъ различной величины и формы ушибы, на мѣстѣ которыхъ иногда происходитъ омертвеніе покрововъ головки. При прохожденіи головки черезъ узкій тазъ, въ особенности плоскій, на ней остаются характерныя слѣды, въ видѣ *багровой полосы*, или *углубленія*, находящагося на темянной кости и переходящаго иногда на височную область и даже на щеку. Эта полоса, иногда двойная, находится всегда на половинѣ головки, обращенной кзади, и происходитъ вслѣдствіе надавливанія рѣзко выступающаго мыса во входѣ таза. Менѣе характерны слѣды надавливанія при общесъуженномъ тазѣ, при которомъ во время родовъ происходитъ на головку давленіе со всѣхъ сторонъ.

Довольно рѣдко, въ 0,5% всѣхъ родовъ, встрѣчается *на черепѣ кровеизліяніе подѣ надкостницею*, извѣстное подѣ именемъ *cephalhaematoma*. Оно представляетъ выдающуюся опухоль величиною нѣсколько болѣе серебрянаго рубля, окруженную плотнымъ валикомъ, образовавшимся вслѣдствіе воспаленія ткани надкостницы. Излившаяся кровь долгое время остается жидкой, что даетъ ощущеніе зыбленія. Опухоль не переходитъ черезъ костный шовъ; наичаще она сидитъ на одной, рѣдко на обѣихъ теменныхъ костяхъ, и только въ исключительныхъ случаяхъ находится на другихъ мѣстахъ черепа. Наружныя покровы надъ нею остаются неизмѣненными. *Cephalhaematoma* наичаще замѣчается у перворождающихъ, иногда послѣ нормальныхъ родовъ. Причиною ея возникновенія слѣдуетъ считать отслойку надкостницы, вслѣдствіе насильственнаго сгибанія теменной кости во время прохожденія головки черезъ каналъ таза; при этомъ иногда происходятъ небольшіе переломы и кровеизліяніе въ полость черепа подѣ мѣстомъ опухоли. Наибольшей величины опухоль достигаетъ въ концѣ 2 недѣли. Всасываніе излившейся крови происходитъ медленно; предоставленная естественному теченію опухоль исчезаетъ только черезъ 10—15 недѣль. Обыкновенно она протекаетъ безъ лихорадки, и всѣ отправления младенца совершаются правильно. Появившееся недомоганіе и мозговые симптомы указываютъ на осложненіе *cephalhaematoma* кровеизліяніемъ внутрь черепа. Иногда въ опухоли начинается нагноеніе и образуется нарывъ. Описаны даже случаи флегмонознаго воспаленія покрововъ головы и развитіе каріознаго процесса въ обнаженной кости.

Кровяная опухоль головки легко отличается отъ отечной опухоли, *caput succedaneum*, которая развивается уже во время родовъ въ видѣ разлитой опухоли, исчезающей черезъ 1—2 дня. Мозговая грыжа обыкновенно находится на мѣстѣ шва или родничка, пульсируетъ и увеличивается при крикѣ младенца, иногда она даже вправляется; почему

ее не легко смѣшать съ кровяною опухолью головы. То же самое можно сказать о сосудистой опухоли, которая отличается синевато-багровымъ окрашиваніемъ своихъ покрововъ.

Поврежденія костей черепа представляются въ видѣ *глубокихъ ложкообразныхъ и болѣе поверхностныхъ углубленій*, имѣющихъ форму желоба, на тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ находятся на кожныхъ покровахъ ушибы вслѣдствіе давленія мыса, слѣдовательно на теменной и височной костяхъ, сравнительно рѣдко на лбу. Болѣе глубокія вдавленія кости обыкновенно сопровождаются образованіемъ въ кости трещинъ и надломовъ въ ея наружномъ листкѣ. При трудныхъ извлеченіяхъ щипцами, верхушки этого инструмента и края ложекъ, въ особенности при неправильномъ захватываніи головки, иногда причиняютъ глубокія вдавленія на черепъ, рѣже *переломы костей и даже разрывы швовъ*. Одно изъ наиболее тяжелыхъ поврежденій, именно отрывъ *partes condyloideae* отъ верхней части затылочной кости, происходитъ наичаще при трудномъ извлеченіи младенца руками, рѣже при наложеніи щипцовъ на подлежащую головку. *Поврежденія мочки* встрѣчаются сравнительно нечасто. Иногда верхушка ложки щипцовъ оставляетъ значительное вдавленіе въ глазной области, крайне рѣдко повреждается глазъ. При ручномъ извлеченіи, по способу Lachapelle, возможны также небольшіе надрывы на углахъ рта, ушибы языка и даже переломъ нижней челюсти.

Предсказаніе. Небольшія поврежденія черепа, въ особенности на теменной и лобной костяхъ, часто не влекутъ опасныхъ послѣдствій для здоровья и жизни плода, хотя слѣды поврежденія остаются иногда на всю жизнь. Нерѣдко поврежденія черепныхъ костей, въ особенности въ области швовъ, осложняются значительнымъ кровоизліяніемъ въ полость черепа, послѣдствіемъ котораго является смерть плода.

Кровоизліянія въ ткань мозга встрѣчаются нерѣдко; въ особенности неблагоприятны экстравазаты на основаніи мозга, влекушіе за собою *параличи* nn. *oculomotorii, trochlearis, abducens* и въ исключительныхъ случаяхъ n. *facialis*. Параличи послѣдняго зависятъ обыкновенно отъ придавливанія верхушкою ложки щипцовъ области *for. stylomastoidei*, находящейся ниже ушной раковины. Послѣдствіемъ бываетъ неподвижность мышцъ соответствующей половины лица и параличъ вѣкъ, почему глазъ остается открытымъ. Коль скоро отрываются *partes condyloid.* отъ затылочной кости, младенецъ моментально умираетъ отъ раздавливанія продолговатаго мозга или отъ кровоизліянія въ его окружность.

Терапія. Кровяная опухоль, предоставленная самой себѣ, почти всегда разсасывается крайне медленно. Этотъ процессъ можно значительно сократить, если произвести высасываніе крови изъ опухоли приборомъ Dieulefois и затѣмъ положить давящую повязку. Только при переходѣ опухоли въ нагноеніе нужно дѣлать разрѣзы.

Значительныя вдавленія костей черепа и переломы болѣею частью

не требуют особеннаго лѣченія. Однако описаны случаи, гдѣ необходимо было приподнять иногда обломки кости. Параличи n. facialis у новорожденныхъ обыкновенно проходятъ самопроизвольно черезъ нѣсколько дней; рѣдко приходится прибѣгать къ примѣненію прерывистаго тока.

2. Поврежденія конечностей и туловища.

Этіологія. Различнаго рода поврежденія на туловищѣ и конечностяхъ, за крайне рѣдкими исключеніями, происходятъ почти всегда вслѣдствіе примѣненія различныхъ акушерскихъ операцій и пособій при родахъ; наичаще такія поврежденія замѣчаются послѣ извлеченія плода за плечики, за ножки или за ягодицы, рѣже при операціи поворота на ножки.

Симптомы и теченіе. Не особенно рѣдко встрѣчается *переломъ ключицы*, преимущественно на границѣ средней и наружной трети кости, гораздо рѣже возлѣ внутренняго эпифиза. Ближайшею причиною является непосредственное очень сильное надавливаніе на плечики, при извлеченіи послѣдующей головки. Гораздо чаще это поврежденіе происходитъ, при освобожденіи ручекъ младенца, когда акушеръ рукою, введенною въ родовую каналъ, причиняетъ значительное насиліе на плечики или когда захваченная ручка не слѣдуетъ сильному влеченію книзу.

Переломъ плечевой кости происходитъ также почти исключительно при освобожденіи ручекъ, когда пальцы акушера производятъ сильное надавливаніе вмѣсто локтя на плечевую кость по срединѣ ея. Какъ извѣстно, плечевая кость у дѣтей легко ломается. При переломахъ ключицы и плечевой кости обнаруживаются у новорожденнаго обычные симптомы этихъ поврежденій.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчается очень тяжелое и сравнительно мало извѣстное поврежденіе, — *разъединеніе верхняго эпифиза плечевой кости*, заключающагося въ сочленовной сумкѣ, отъ діафиза. Это случается при извлеченіи младенца за плечики, когда подъ заднее плечо подводятъ палецъ крючкомъ и производятъ сильное влеченіе. Сила въ такихъ случаяхъ дѣйствуетъ на головку плеча и отрываетъ ее отъ діафиза кости. Такое же поврежденіе возможно, при сильномъ вращательномъ движеніи плечевой кости младенца, напр. при освобожденіи ручекъ черезъ спинку младенца. Характернымъ признакомъ этого перелома является неподвижность поврежденной руки, вращеніе плечевой кости кнутри, а также гиперпронація предплечья и ручки.

При внимательномъ изслѣдованіи, можно замѣтить, что продольная ось плечевой кости уклоняется отъ своего правильнаго направленія, верхній конецъ діафиза смѣщенъ въ подкрыльцовую ямку, или кзади за *cavitas glenoidea*. Иногда можно также ощущать крепитацию на обломкахъ кости. Ниже крючковиднаго отростка лопатки углубленія не замѣчается. Смѣщенный верхній конецъ діафиза плечевой кости производитъ надавливаніе на нервы плеча, послѣдствіемъ чего являются

параличи mm. deltoïd., infraspinat., biceps brach. и brachial. ant., которые остаются навсегда, а также на всю жизнь утрачивается движение въ плечевомъ суставѣ; такъ какъ концы перелома никогда тѣсно и правильно не прилегаютъ одинъ къ другому, и кромѣ того плечевая кость сократившимися mm. latissim. dorsi et teres major. остается повернутою кнутри. Часто описываемые параличи верхней конечности Erb'a, не поддающіеся лѣченію у дѣтей, вѣроятно также возникаютъ вслѣдствіе отслоенія верхняго epiphysis humeri. Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдали у новорожденныхъ *переломы лопатки и отрываніе proc. acromion.*

На нижнихъ конечностяхъ ссадины и кровоподтеки встрѣчаются не рѣдко при поворотахъ и извлеченіяхъ плода, напротивъ, поврежденія костей принадлежатъ къ явленіямъ исключительнымъ. При неумѣлыхъ и невнимательныхъ приемахъ, когда при извлеченіи за ножки допускаютъ вращательныя движенія, или насильственное разгибаніе нижнихъ конечностей, происходятъ переломы, вслѣдствіе *разединенія верхняго или нижняго эпифизовъ костей голени отъ діафиза*, рѣже отслойка нижняго эпифиза бедренной кости. При этомъ нога пріобрѣтаетъ необычайную подвижность, и ея пальцы иногда смотрятъ совершенно кзади. При извлеченіи младенца пальцами или крючкомъ за паховой сгибъ, возможны *переломы въ верхней части бедра* въ тѣхъ случаяхъ, когда палецъ, и въ особенности инструментъ, соскальзываетъ и опускается по передней поверхности бедра, причиняя сильное надавливаніе на протяженіи бедренной кости. Въ противоположность плечу, отрываніе верхняго эпифиза бедра отъ діафиза никогда не происходитъ, вслѣдствіе ихъ чрезвычайно плотнаго соединенія и скрѣпленія. Въ исключительныхъ случаяхъ были наблюдаемы *вывихи бедренной головки у новорожденныхъ.*

Параличи въ нижнихъ конечностяхъ развиваются только при поврежденіи позвоночника; въ исключительныхъ случаяхъ они бываютъ центрального происхожденія, вслѣдствіе кровезлиянія въ полость черепа при трудныхъ родахъ.

На туловищѣ, кромѣ незначительныхъ ссадинъ, рѣдко замѣчаются *поврежденія*. Наичаще они бываютъ на шеѣ и происходятъ обыкновенно, при извлеченіи послѣдующей или подлежащей головки ручными приемами. Непосредственное надавливаніе пальцами на mm. sterno-cleido-mastoideus, cucullaris, scaleni и влеченіе, производимое съ значительною силой, причиняютъ разрывы сосудовъ и кровоизліаніе въ мышцахъ шеи и возлѣ нихъ. M. sterno-cleido-mastoideus претерпѣваетъ иногда растяженіе отъ вращенія подлежащей головки плода, при прохожденіи ея чрезъ тазовой каналъ, когда плечики остаются на мѣстѣ. Тоже самое происходитъ при послѣдующей головкѣ, когда послѣдняя, при вращеніи плечиковъ, не слѣдуетъ за этимъ движеніемъ. При такихъ условіяхъ *происходитъ кровезліаніе или раненіе въ существо этихъ*

мышцъ. Послѣдствіемъ этого бываетъ такъ называемая *caput obstipum*, искривленіе шеи, которое чрезъ 1—3 мѣс. въ большинствѣ случаевъ проходитъ безслѣдно, хотя далеко не всегда; иногда эта ненормальность остается не всю жизнь. При болѣе значительныхъ гематомахъ на шеѣ, иногда поражается *pl. brachialis*, и развиваются параличи одной изъ верхнихъ конечностей.

При значительномъ насиліи во время извлеченія головки, иногда происходитъ *переломъ или вѣрнѣе разрывъ* одного или 2 *позвонковъ*, большую частію на шеѣ. При этомъ отрывается обыкновенно верхній или нижній эпифизъ позвонка съ поперечными отростками, дуга же остается въ соединеніи съ тѣломъ. Подобное поврежденіе смертельно. Даже и безъ перелома позвонковъ не рѣдко находили у дѣтей, погибшихъ послѣ энергическихъ попытокъ извлеченія, *кровоизліянія въ спинномъ мозгу*. Въ рѣдкихъ случаяхъ при чрезмѣрныхъ усиліяхъ, употребленныхъ для извлеченія младенца, находятъ *поврежденіе въ synch. sacroiliaca*. Крайне рѣдко также, послѣ тяжелыхъ поворотовъ и извлеченій, находили *кровоизліяніе въ полость брюшины*, вслѣдствіе разрыва капсулы печени или селезенки, а также *въ грудной клеткѣ*, при пораненіи межреберной артеріи или вены.

Разрывъ пуповины происходитъ въ исключительныхъ случаяхъ въ утробѣ матери обыкновенно же по выходѣ плода наружу. Въ первомъ случаѣ причиною бываетъ короткость пуповины или *ins. velamentosa*. Когда разрываются только сосуды въ пуповинѣ, то образуется болѣе или менѣе обширная *haematoma*. Утробный разрывъ пуповины есть крайне опасное для младенца осложненіе, отъ котораго онъ обыкновенно погибаетъ. Послѣ выхожденія младенца наружу, разрывъ пуповины можетъ послѣдовать при крайне быстромъ рожденіи плода, особенно при стояннн роженицы, а также при тазовомъ положеніи, когда пуповина располагается между ногъ младенца. Обыкновенно она отрывается ближе къ пупку.

Предсказаніе. Теранія. При переломахъ ключицы и плечевой кости, вполне достаточна обыкновенная повязка изъ марлевыхъ бинтовъ. У дѣтей скоро образуется толстый *callus*, при посредствѣ котораго происходитъ сращеніе концовъ перелома костей; и ребенокъ впослѣдствіи вполне владѣетъ этою рукою. Гораздо болѣе неблагоприятно положеніе новорожденнаго, у котораго произошло вышеописанное разъединеніе верхняго эпифиза отъ діафиза плеча. Въ подобныхъ случаяхъ даже наложенная по всѣмъ правиламъ повязка не въ состояннн вполне устранить послѣдствія увѣчья и обезпечить полное владѣніе рукою. Совѣтуютъ руку, въ состояннн супонаціи, привязать къ туловищу, положивъ между ними достаточный слой ваты или марли. Helfrich предлагаетъ соединить концы перелома костнымъ швомъ, чтобы возстановить вполне правильное отношеніе между головкою и діафизомъ переломленнаго плеча.

Переломъ голени лѣчится посредствомъ желоба или неподвижной повязки. Что касается переломовъ бедра, то при нихъ необходимо вытяженіе конечности, которое Credé совѣтуетъ замѣнить сильнымъ пригнутіемъ бедра къ тѣлу плода, удерживая переломленную конечность простою повязкою, идущею подъ коленно и на шею плода. *Caput obstip.* требуетъ примѣненія прерывистаго тока, если чрезъ 1—2 мѣсяца оно самопроизвольно не проходитъ.

Поврежденія утробнаго плода, при значительныхъ ушибахъ живота матери, вполне возможны. Bayert описываетъ переломы и ушибы утробнаго плода и поврежденія дѣтскаго мѣста. Paul, при сильномъ ушибѣ живота беременной, наблюдалъ даже разрывъ брюшныхъ покрововъ утробнаго младенца съ выпаденіемъ брюшныхъ внутренностей. При т. наз. врожденномъ рахитѣ переломы обнаруживаются въ значительномъ числѣ. Недавно Herzfeld описалъ подробно подобный случай. При этой болѣзни переломы происходятъ единственно вслѣдствіе маточныхъ сокращеній.

Не только легкія, даже тяжелыя поврежденія черепа могутъ происходить при родахъ, окончившихся силами природы, что имѣетъ немаловажное значеніе въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Вдавленія на черепныхъ костяхъ, по замѣчанію Holzhausen'a происходятъ только у живыхъ дѣтей. По изслѣдованіямъ Richardier, кровоизліянія въ мозгъ часто причиняютъ смерть плода.

Переломы бедра, по изслѣдованіямъ Bludau, изъ 9 случаевъ 5 разъ произошли при поворотѣ на ножки. Только въ исключительныхъ случаяхъ, какъ наблюдалъ Vanesek, они возникаютъ самопроизвольно. Послѣ операциі поворота, Gessner наблюдалъ также отдѣленіе эпифиза плечевой кости отъ діафиза.

Параличи наичае встрѣчаются въ области *p. facialis*, большею частію послѣ наложенія щипцовъ, но бываетъ также при самопроизвольныхъ родахъ, какъ это наблюдали Goyl, Schultze и другіе. Edgeworth, Laskin, Glorieux и др. наблюдали послѣ щипцовъ параличи *p. facialis* даже съ обѣихъ сторонъ. 21 случай описанныхъ параличей верхней конечности, судя по этиологій и симптомамъ, произошли, по крайней мѣрѣ нѣкоторыя, вслѣдствіе отдѣленія верхняго эпифиза плечевой кости. Хотя, съ другой стороны, нельзя отрицать возможности происхожденія паралича верхней конечности отъ сильнаго надавливанія на *pl. brachialis*, какъ это допускаютъ Walton, Budin и др.

По изслѣдованіямъ Pincus и Parvin'a, *haematoma et myositis m. sterno-cleido-mastoidei* могутъ происходить отъ надавливанія на мышцу верхушкою щипцовъ, Mikulicz считаетъ причиною *caput obstipum* исключительно воспаленіе, *myositis*, развившееся вслѣдствіе надрыва мышцы; *haematoma* имѣетъ второстепенное значеніе. Köster полагаетъ, что такая ненормальность можетъ образоваться еще въ утробѣ матери. Krukenberg видѣлъ это поврежденіе въ одномъ случаѣ при переднетеменномъ предлежаніи.

Stefan нашель, что поврежденіе глаза младенца происходитъ наичае при наложеніи щипцовъ, рѣдко при извлеченіи; послѣдствіемъ поврежденія нерѣдко является слѣпота. Къ числу рѣдкихъ пораженій надо отнести оторваніе головки, при извлеченіи туловища, описанное Ayers'омъ, и др., поврежденіе грудной плевы, которое наблюдалъ Niebaum и промежности плода, упоминаемое Savitzky'мъ.

По опытамъ Samage'a, пуповина разрывается при быстромъ дѣйствіи тяжести въ 1—2 *kgm.* Она можетъ разорваться не только при родахъ въ стоячемъ положеніи, но даже при родоразрѣшеніи на спинѣ. Koch описалъ 6 случаевъ крайне быстрыхъ родовъ, при которыхъ произошло такое поврежденіе пуповины.

Смертность новорожденныхъ въ первые дни жизни.

По изслѣдованіямъ проф. F. Winckel'я, въ первые 10 дней послѣ

родовъ остается въ живыхъ около 90% дѣтей, изъ нихъ около 2,9% умирають во время беременности, 5% во время родовъ и вслѣдствіе родовъ, и 2,2% отъ различныхъ болѣзней въ первые дни внѣтробной жизни младенца.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Общая этиологія, профилактика и статистика послѣродовыхъ заболѣваній.

Ahlfeld. Welche Faktoren sind bei der Desinfection der Hände zu berücksichtigen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.* 1.—Ahlfeld. Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbette und von der Selbstinfection. *Zeitr. f. Geb. und Gyn.* 27.—Brieger. Ueber bacteriologische Untersuchungen bei einigen Fällen von Puerperalfieber. 1888.—Burckhardt. Ueber den Einfluss des Verlauf des Wochenbettes. *Arch. f. Gyn.* 45.—Braxton Hicks. Further contribution to the clinical knowledge of puerperal diseases. *Tr. obst. soc. Lond.* 1894.—Budín. Des rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique. *Arch. de toc.* 1895.—Bumm. Ueber die Aufgaben weiterer Forschungen auf dem Gebiete des puerperalen Wundinfection. *Arch. f. Gyn.* 34.—Czemet-schka. Zur Kenntniss der Pathogenese der puerperalen Infection. *Pr. med. W.* 1895.—Dumont. Pseudoinfection puerpérale. *Arch. de toc.* 1894.—Doleris. Inflammation puerpérale. *N. arch. d'obst.* 1894.—Doederlein. Klinisches und Bakteriologisches über eine Puerperalfieberepidemie. *Arch. f. Gyn.* 40.—Doderlein und Gunther. Zur Desinfection des Geburtskanales. *Arch. f. Gyn.*—Ehlers. Zur Statistik, des Puerperalfiebers. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* 14.—Fürbringer. Untersuchungen und Verschriften über die Desinfection der Hände des Arztes. 1888.—Franqué. Bakteriologische Untersuchungen bei normalem und fieberhaftem Wochenbett. *Zeitr. f. Geb. und Gyn.* 25.—Fürbringer. Die neuesten experimentellen Grundlagen der Händedesinfection. *D. med. W.* 1895.—Fehling. Einige Bemerkungen über die nicht auf directer Uebertragung beziehenden Puerperalerkrankungen. *Arch. f. Gyn.* 32.—Frascani. Recherches bactériologiques sur l'infection puerpérale. *Ann. de gyn.* 1895.—Goenner. Sind Fäulniskeime im normalen Scheidensekret Sehwaniger? *C. Bl. f. Gyn.* 1897.—Herman. Asepsis and Antisepsis in private practice. *Lanc.* 1895.—Hofmeier. Die Verhütung des Kindbettfiebers in des geburtshülfligen Unterrichtsanstalten. *S. Kl. V.* 1897.—Hahn. Zur Leichendiagnose der septischer und pyaemischen Prozesse. *Virch. Arch.* 123.—Hübener. Ueber Sublimat und Karbolsäurepülungen des puerperalen Uterus. 1890.—Hartmann. Ueber die Aetiologie von Erysipel und Puerperalfieber. *Arch. f. Hyg.* 7.—Hegar. Zur puerperalen Infection und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe. *Volk. Samml. klin. Vort.* 351.—Ingerslev. Die Sterblichkeit an Wochenbettfieber in Dänemark. *Zeitr. f. Gyn.* 26.—Якубъ. О заболѣваніяхъ и смертности въ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ европейской Россіи. Съѣздъ русскихъ врачей въ Москвѣ 1887.—Kortüm. Das Kreolin ein zweckmässiges Desinfectionsmittel für die Geburtshilfe. *Centr. f. Gyn.* 1888, p. 81.—Kaempffer. Beitrag, zur Frage des Selbstinfection im Wochenbett. *D. med. W.* 1896.—Kroner. Zur Frage des puerperalen Erysipel. *Arch. f. Gyn.* 32.—Kroner. Ueber die Beziehungen der Gonorrhoea zu den Generationsvorgängen. *Arch. f. Gyn.* 31.—Kehrer. Ueber Entstehung, Erscheinungen und Verhütung des Wochenfiebers. 1889.—Kellersmann. Zur Aetiologie der puerperalen Peritonitis. 1890.—Kaltenbach. Selbstinfection. *Centr. f. Gyn.* 1889.—Leopold. Vergleichende Untersuchungen ueber die Entbehrlichkeit der Scheidenausspülungen. *Arch. f. Gyn.* 47.—Mixius. Bakteriologische Untersuchungen einiger Fälle von puerperaler Sepsis 1892.—Mermann. Bericht über Geburten ohne innere Desinfection. *C. Bl. f. Gyn.* 1894.—Marval. Ueber Mortalität und Mor-

bidität des Puerperalfiebers. 1897. — Масловскій. Къ учению о самозараженіи въ послѣродовомъ періодѣ. Ж. ак. и ж. бол. 1892. — Menge und Krönig. Bacteriologie des weiblichen Genitalkanals. 1897. — Müller. La fièvre puerpérale pendant la grossesse. Progrès med. 1890.—v. Ott. Zur Bakteriologie der Lochien. Arch. f. Gyn. 32.—Poten. Versuche über die Desinfektion der Hände. Mon. f. Geb. und Gyn. 2.—Petruschky. Untersuchungen über Infektion mit gezoogenen Kokken. Zeit. f. Hyg. 1895.—Szabo. Ueber Sublimatgebrauch in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. 1887, 30. — Stern. Ueber die näheren Beziehungen zwischen Geburtsverlauf und Wochenbettserkrankungen. 1892.—Sarwey. Ueber die Nothwendigkeit einer geburtshilflichen Abstinenz für infizierte Studenten. S. kl. V. 1895.—Sorel. Puerperale Infection vom Darm ausgehend. Gaz med. 1894.—Schaeffer. Ueber Desinfektion der Hände. Ther. Mon. 1895.—Saft. Zur Prophylaxe und Therapie des Wochenbettfiebers. Arch. f. Gyn. 52.—Swiecicki. Ueber macerirte Früchte und ihren Einfluss auf den Wochenbettsverlauf. Jahrb. über die Fortr. der Geb. und Gyn. in 1891.—Smyly and Glenn. Midwifery at the rotunda at Dublin. Dubl. med. I. 1894.—Строгановъ. Bakteriologische Untersuchungen des Genitalkanals beim Weibe. Mon. f. Geb. 2.—Steffeck. Bakteriologische Begründung der Selbstinfektion. Zeitr. für Geb. und Gyn. 20.—Соловьевъ. The microbiologie of the cervical canal in enometritis. Ann. of. Obst. 1890. Tarnier. De l'asepsie et de l'antiseptie en obstétrique. 1895.—Thorn. Wider die Lehre von der Selbstinfektion. Volkm. Samml. klin. Vorträge, 327.—Veit. Zur Prophylaxis des Puerperalfiebers. Berl. kl. Woch. 1891.—Winter. Fieber in der Geburt. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 23.—Weichardt. 1331 Geburten in der Hebammenpraxis ohne Wöchnerinentodesfall. Mon. f. Geb. 3.—Walthard. Bakteriologische Untersuchungen des weiblichen Genitalsekretes. Arch. f. Gyn. 48.

2. Послѣродовыя заразныя заболѣванія.

Ануфріевъ. Къ лѣченію послѣродовыхъ язвъ перекисью водорода. Frommel's Ber. 1894.—Bumm. Histologische Untersuchungen über die puerperale Endometritis. Arch. f. Gyn. 40.—Bumm. Ueber Diphtherie und Kindbettfieber. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 33.—Brinkmann. 2 Fälle von Scheidendiphtherie mit Behring'schen Heilserum behandelt. D. med. W. 1896.—Baldy. Removal of the uterus and adnexa for puerperal sepsis. Ann. de gyn. 1894.—Cherniewski. Zur Frage von den puerperalen Erkrankungen. Arch. f. Gyn. 33.—Credé. Weitere Erfahrungen nach gesunde und kranke Wöchner. Arch. f. Gyn. 1887, 30. — Chartier. Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus. 1889.—Carpenter. Vaginale Hysterectomy bei puerperaler Sepsis. C. Bl. f. Gyn. 1897. — Chantemesse. L'infection puerperale. Arch. de Toc. 1890, 17.—Carossa. Behandlung des Kindbettfiebers. 1896.—Davis. Coeliotomy in the treatment of puerperal sepsis. Am. j. of obst. 1895.—Dittrich. Ueber das Verhalten der Musculatur des puerperalen Uterus unter pathologischen Verhältnissen. Zeitsch. f. Heilk. 10.—Duke. On curetting the uterus in cases of puerperale septicaemia. Lanc. 1895.—Denucé. Traitement chirurgical de la péritonite puerpérale. Congrès français de chirurgie. 1889.—Doleris. Accidents tardifs de l'infection puerpérale. N. arch. d'obst. 1895.—Eisenhart. Puerperale Infektion mit tödlichem Ausgang, verursacht durch Bacterium coli communis. Arch. f. Gyn. 47.—Fritsch. Ueber Auskratzung des Uterus nach reifen Geburten. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1891.—Gärtner. Beitrag zur Lehre von der septischen und pyämischen Infektion des Uterus. Arch. f. Gyn. 43.—Gebhard. Fall von Metritis dissecans. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 22.—Gebhard. Klinische und bakteriologische Untersuchungen über Tympania uteri. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 26.—Ginnato. Ueber Veränderungen des Augenhintergrundes bei kranken Wöchnerinnen. 1893.—Gal-lois. Les lavages uterins en obstétrique. Arch. de toc. 1895.—Heinricius. Ein seltener Fall von Puerperalfieber. Mon. f. Geb. und Gyn. 2.—Гусарчикъ. Лѣчение endometritis puerperalis посредствомъ тампонаціи полости матки. Врачъ 1896. Hecht. Zur Aetiology der Paracolpitis puerperalis. Münch. med. Woch. 1894.—Hofbauer. Zur Verwerth-

ung einer künstlichen Leucocytose bei der Behandlung septischer Puerperalprocesse. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Josné et Hermary. Antistreptokokkenserum bei puerperaler Septicaemie. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Kahn. Die therapeutische Anwendung des Dampfes gegen Endometritis puerperalis. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Kennedy. Puerperal septicaemia, use of streptococcus antitoxin. *Lanc.* 1895.—Kzsmarszky. Intravenöse Sublimatinjektionen. C. Bl. f. Gyn. 1894. Krönig. Aetiologie und Therapie der puerperalen Endometritis. *Mon. f. Geb. u. Gyn.* 1.—Ludwig. Ueber Veränderungen der Frauenmilch und des Kolostrum bei Krankheiten der Wöchnerinnen. *Arch. f. Gyn.* 41.—Labadie-Lagrave. La fièvre puerperale. *Ann. de gyn.* 1891.—Landau. Zur Lehre von den puerperalen Scheidengeschwüren. *Mon. f. Geb. u. Gyn.* 2.—Madlener. Ueber Metritis gonorrhoeica. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Незведскій. О постоянномъ орошеніи влагалища при гипостныхъ заболѣваніяхъ въ послѣродовомъ періодѣ. *М. Обзор.* 1889.—Noble. Coeliotomy for puerperal septicaemia and peritonitis. *Am. j. of obst.* 1895.—Pestalozza. Die heutige Therapie des Puerperalfiebers. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Ries. Ueber die Atrophie des Uterus nach puerperaler Erkrankung. *Zeitr. f. Geb. und Gyn.* 27.—Rivière. De la phlegmasia alba dolens puerpérale. *Arch. de toc.* 1892.—Runge. Die Allgemeinbehandlung der puerperalen Sepsis. *Arch. f. Gyn.* 30.—Roberts. On the common form of white leg after confinement. *Tr. Obst. soc. Lond.* 1895.—Swiecicki. Abscés de fixation Fochier bei der Puerperalinfektion. *Ther. Monath.* 1894.—Smith. A case of puerperal peritonitis treated by amputation of the uterus. *Am. obst. J.* 1892.—Славянскій. Russische Puerperalstatistik. *Centr. f. Gyn.* 1890, p. 47.—Schultze. Die prolongirte und permanente intrauterine Irrigation bei puerperaler Sepsis. *Int. Klin. Rund.* 1888.—Stahl. Beitrag zur supravaginalen Amputation des puerperalen septischen Uterus. *Centr. f. Gyn.* 1889.—Schabell. Ueber die Mercurialbehandlung gewisser puerperaler Entzündungsformen des Uterus und seiner Adnexa. 1889.—Schrader. Woher der therapeutische Misserfolg der antisepsis beim Puerperalfieber? *V. s. kl. v.* 1894.—Снегиревъ. О примѣненіи пара какъ новаго кровеостанавливающаго средства. *Лекц. Пр. Захарына.* 4 выпускъ. Sippel. Supravaginale Amputation des septischen puerperalen Uterus. *Centr. f. Gyn.* 1894.—Swiecicki. Zur Genese und Aetiologie der Parametritis. *Münch. med. Woch.* 1894.—Tait. A series of 8 consecutive cases of acute peritonitis treated by abdominal section and drainage. *Ann. de gyn.* 1889.—Vossius. Fall von metastatischer Ophthalmie im Puerperium. *Zeitr. f. Geb. u. Gyn.* 1890.—Vinay Le traitement de la sepsis puerpérale par le serum antistreptococcum. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Walther. Ueber einen Fall von metritis dessecans puerp. *M. med. W.* 1894.—Winckel. Ueber die Kōliotomie bei der diffusen eitrigen puerperalen Peritonitis. *Ther. Mon.* 1895.—Weinhold. Das Sublimat in der Geburtshilfe. 1888.—Weiss. Das Curettement bei Endometritis puerperalis. 1891.—Widal. Infection puerpérale et phlegmasia alba dolens. *Gaz. des hôp.* 1889.

3. Случайныя послѣродовыя заболѣванія.

Ahlfeld. Spaetblütungen. *Bericht. u. Arb.* 1887.—Ahlfeld. Ueber Exantheme im Wochenbett. *Zeitr. f. Geb. u. Gyn.* 25.—Ahlfeld. Lungenembolie im Wochenbett. *Heilung. Ber. u. Arb.* 1887.—Bernhardt. Ueber Neuritis puerperalis. *D. med. Woch.* 1894.—Braun, K. Ueber Symphysenlockerung und Symphysenruptur. *Arch. f. Gyn.* 47.—Boxall. Scarlatina during pregnancy and the puerperal state. *Brit. Med. J.* 1888.—Durand. Etude historique et critique sur la scarlatine puerpérale. 1891.—Mc. Cuaig. Die Prognose der puerperalen Psychose. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Dührssen. Ueber die Ruptur und Vereiterung der Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbette. *Arch. f. Gyn.* 35.—Ehrendorfer. Ueber plötzliche Todesfälle im Wochenbett. *Wien. med. Press.* 1892.—Eiermann. Deciduoma malignum. 1897.—Ellis. Remarks on a case of acute goitre accuring during the puerperal period. *Brit. med. J.* 1890.—Eulenburg. Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis. *D. med. Woch.* 1895.—Feinberg. Zur Kasuistik des plötzlichen Todes im Wochenbett durch Embolie der Lungenschlagader. *Centr. f.*

Gyn. 1895.—Филипповъ. Случай подкожной эмфиземы послѣ родовъ. Мед. Обзор. 1890. Gaerstig. — Ueber Erythem im Wochenbett. Centr. f. Gyn. 1894. — Gebhard. Ueber Sublimat-Intoxikation. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1891, 21.—Gottschalk. Das Sarcom der Chorionzotten. Arch. f. Gyn. 46. — Hünermann. Ueber Nervenlähmung im Gebiete des Nervus ischiadicus nach Entbindungen. Arch. f. Gyn. 42.—Hansen. Ueber das Verhältniss zwischen der puerp. Geisteskrankheit und puerp. Infection. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 15.—Hochstetter. Spontane Gungrän beider unteren Extremitäten nach dem Puerperium. Wien. med. Woch. 1888.—Krukenberg. Ueber Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei peritonealen Narbensträngen und Eiterherden. Arch. f. Gyn. 33.—Kossmann. Das Carcinoma syncytiale uteri. Mon. f. Geb. und Gyn. 2.—Kolischer. Des bullöse Oedem der weiblichen Blase. Centr. f. Gyn. 1895, 27.—Ковалевскій. О послѣродовыхъ психозахъ. Русс. мед. 1894.—Liegois. Metrorrhagies de cause paludéenne après la délivrance. Arch. de Toc. 1891.—Lapinsky. Ein Fall von Erythema im Wochenbette. C. Bl. f. Gyn. 1894. — Legrand. Intoxication mortelle par le sublimé. Ann. de Gyn. et d'obst 31. — Luckinger. Transitorische Aphasie im Spätwochenbette. Münch. med. Woch. 1888.—Lantz. О множественномъ невритѣ. Врачъ. 1894. — Lamy. Des neurites puerpérales. Arch. de toc. 1893. — Mahler. Thrombose, Lungenembolie und plötzlicher Tod. D. med. W. 1895. Marchand. Ueber die sogen. deciduellen Geschwulste in Anschluss an normale Geburt, Abort et caet. 1896.—Maxwell. Tetanus puerperarum. Jour. of am med. as. 1894.—Menge. Ueber Deciduosarcoma uteri. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 30.—Marchand. Ueber einen merkwürdigen Fall von Milzbrand bei einer Schwangeren mit tödtlicher Infection des Kindes. Virch. Arch. 109.—Mangin. Contribution à l'étude du goitre puerpéral. 1895.—Moebius. Ueber Nephritis puerperalis. Munch. med. Woch. 1887.—Meyer. Ueber Scharlach bei Wöchnerinnen. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1888, 14.—Norris. Infection of the urinary tract and bladder after labor. Frommel's. Ber. 1894.—Olshausen. Beitrag zu den puerperalen Psychosen. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 1891.—Quincke. Ueber puerperale Hemiplegien. D. med. Woch. 1893.—Sommer. Erfahrungen über Sublimatverwendung in der Gebäranstalt der Charité. Charité-Ann. 13.—Stadfeldt. Die suprafasciären Berkenhaematome unter der Geburt und dem Wochenbette. Centr. f. Gyn. 1895.—Schrader. Zur Behandlung wunder Warzen. Centr. f. Gyn. 1894. Stumpf. Ueber haemorrhagische Erkrankungen im Wochenbett und während der Menstruation. Arch. f. Gyn. 34.—Sänger. Deciduoma malignum. Arch. f. Gyn. 1893. — Tissier. Recherches expérimentales sur la pénétration des liquides dans les veines de l'utérus puerpéral. Sem. med. 1892.—Troquart. Les accidents dans les injection intrautérines. J. de med: de Bard. 1892.—Tarnier. Des accidents syncopaux et de la mort subite pendant les injections intrautérines post partum. Ann. de Gyn. 1892. — Vinay. Du tétanos puerperal. Arch. de toc. 1892.—Vinay. Polyneurites dans la grossesse et après accouchement. N. arch. d'obst. 1895. — Webers. Ueber Puerperalpsychosen. 1893.—Walko. Ueber einen Fall von Tetanus puerperalis. D. med. W. 1895. — Zweifel. Ueber plötzliche Todesfälle von Schwangeren und Wöchnerinnen. C. Bl. f. Gyn. 1897.

4. Болѣзни новорожденныхъ дѣтей.

Beuttner. Schultze'sche Schwingungen bei gebrochenem Schlüsselbein. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Brindeau. Infection de nouveauné par sa mère. Ann. de Gyn. 1894.—Clivio. Contribution sur l'étude de haemorrhagies des nouveaunés. 1894.—Dew. Neue Methode der Kunstlicher Athmung. Fromm. Ber. 1894.—Ehrendorfer. Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage bezüglich der Nabelinfection. W. med. W. 1895.—Eröss. Ueber die Verhältnisse der Neugeborenen. Irb. f. Kind. 29.—Finkelstein. Zur Kenntniss seltner Erkrankungen der Neugeborenen.—Gärtner. Indentischer Bacterienbefund bei zwei Me-laena-Fällen Neugeborener. Arch. f. Gyn. 45.—Gillard. Le procédé de Laborde comme traitement de la mort apparente. 1896.—Grosz. Die aseptische Behandlung des Na-

belschnur-Restes. W. kl. R. 1895.—Hermes. Untersuchungen über Temperaturverhältnisse. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Keilmann. Schultze'sche Schwingungen bei gebrochenem Schlüsselbein. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Karlinski. Zur Aetiologie der Puerperalinfection der Neugeborenen. Wien. med. Woch. 1888.—Kupffer. Das Verhalten der Druckschwankungen. 1894.—Laborde. Die rhythmischen Zungentraktionen zur Wiederbelebung. Gaz. med. 1894.—Leyden. Ein Beitrag zu der Lehre von der gonorrhöischen Affection der Mundhöhle bei Neugeborenen. Centr. f. Gyn. 1894.—Latzko. Ein Beitrag zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Wien. med. Press. 1893.—Лазаревичъ. Zur Behandlung des Asphyxia neonatorum. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Legry et Dubrisay. Infection à streptococce du foetus par contamination buccale. Arch. de toc. 1894.—Langerhans. Ueber Melaena traumatica. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Müller. Zur Kasuistik und Therapie der Melaena neonatorum. M. med. W. 1894.—Марьяничъ. Ein Fall von Laparatomie an einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis. C. Bl. f. Gyn. 1891.—Prochownik. Zur Behandlung der Asphyxia neonatorum. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Pinard. Erfolge bei Scheintod der Neugeborenen. Gaz. med. 1895.—Preuschen. Die Lösung der central Organe bei der Geburt. C. f. Gyn. 1894.—Rosenthal. Zur Behandlung des Asphyxia neon. Ther. Mon. 1894.—Roesing. Beobachtungen an 100 Neugeborenen über Temperaturverhältnisse und Nabelkrankungen. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 30.—Rosinski. Ueber gonorrhöische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 22.—Runge. Die Krankheiten der ersten Lebensstage. 1893.—Sippel. Zur spontanen Nabelblutung Neugeborener. Centr. f. Gyn. 1892.—Schliep. Zur Behandlung des Nabels der Neugeborenen. Ther. Mon. 1895.—Touvenaint. Tractions rythmés de la lange. Arch. de toc. 1895.—Tavel. Haemorrhagien bei neugeborenen. Centr. f. Bact. 1893.—Walzynski. Ueber 2 Epidemien von Icterus afebrilis neonatorum haemoglobinuria. Int. kl. Rund. 1895.

5. Повреждения у новорожденныхъ дѣтей.

Ayers. Decapitation by traction upon the body of the child. Am. j. of obst. 1894.—Bludau. Beitrag zum Kapitel der intrauterinen Fracturen. 1893.—Budin. Des paralysies obstétricales du membre supérieur chez le nouveau-né. 1889.—Bayerl. Ueber intrauterine Verletzungen der Frucht. Friedr. Bl. für gericht. Med. 38.—Dittrich. Ueber Geburtsverletzungen des Neugeborenen. Fromm. Ber. 1895.—Edgeworth. Bilateral facialparalysis. Br. med. J. 1894.—Glorieux. Deux cas de paralysie radicaulaire brachiale. Arch. de toc. 1895.—Gebhard. Ein Fall von traumatischen Haemathorax. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 30.—Gessner. Ein Fall von Epiphysendevulsion am unteren Ende der Humerus. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 31.—Holzhausen. Gerichtsärztliche Bedeutung der Schädeleindrücke. Fromm. Ber. 1895.—Herzfeld. Angeborene Rhachitis. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Hösslin. Ueber Verletzungen des Kindes, vorzugsweise des Schädels bei spontaner Geburt. 1890.—Hirst. Double cephalomatoma. Med. news. 1890.—Iennigs. Behandlung von Schädeldepressionen der Neugeborenen. N. J. med. J. 1894.—Köbner. Schultze'sche Schwingungen. Tod des Kindes. St. Pet. med. Woch. 1892.—Küster. Ueber muskulären Schiethals. D. med. W. 1895.—Krukenberg. Zur Aetiologie des Caput obstipum. Arch. f. Gyn. 46.—Koch. Ueber praecipitirte Geburten und Nabelschnur-Zerreissung. Arch. f. Gyn. 29.—Lamare. De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical. 1888.—Laskine. Sur un cas de paralysie suite d'application du forceps. Progrès med. 1895.—Mertens. Zur Aetiologie des Cephalhaematoma neonatorum. Zeit. f. Geb. 24.—Mikulitz. Ueber die Extirpation des Kopfnickers. Bl. f. Chir. 1895.—Pincus. Die Geburtsverletzung des m. sternocleidomastoideus. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 31.—Peters. Eigentliche und Pseudo-Paralysen der oberen Extremitäten bei Neugeborenen. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Paul. Durch ein Trauma intra uterum entstandene penetrirende Ruptur. Pr. med. W. 1894.—Rosinski. Ueber Schädelverletzungen bei Beckenendgeburten. Zeitr. f. Geb. und Gyn. 26.—Richardière. Des hemorrhagies méningées

comme cause de mort chez le nouveau-né. Med. mod. 1890.—Sperling. Ueber die Aetio-
logie der sogenannten intrauterinen Fracturen an den Extremitäten. Zeitr. f. Geb. u.
Gyn. 24.—Schultze. Ueber facial Lähmung bei Neugeborenen. 1891.—Sawicky. Steis-
lage. Fromm. Ber. 1895.—Schültze. Druckmarke rechts am Hinterhaupt. Zeitr. f. Geb.
u. Gyn. 31.—Steffan. Geburtsakt und Sehorgan. Fromm. Ber. 1894.—Vanecek. Fractura
femoris bei spontaner Geburt. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1.—Webster. Ruptur des Si-
nus longitudinalis. Ed. med J. 1892.—Witzel. Ueber die Entstehung des sogen. ange-
borenen muskulären Schiefhalses. Arch. f. Gyn. 41.—Walton. Obstetrical paralysis.
N. J. med. J., 1895.

akusher-lib.ru

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ.

—

АКУШЕРСКІЯ ОПЕРАЦІИ.

акusherlib.ru

ОТДѢЛЪ I.

Общія свѣдѣнія объ акушерскихъ операціяхъ.

Глава 1.

Общія замѣчанія.—Важное значеніе и особенности акушерскихъ операцій.—Необходимость точнаго распознаванія.—Благопріятныя условія для успѣха акушерскихъ операцій.

При изложеніи нормальнаго хода родовъ, и въ особенности при описаніи различныхъ аномалій и уклоненій, сопровождающихъ беременность, роды и послѣродовой періодъ, мы часто упоминали о различныхъ акушерскихъ операціяхъ, подробное изложеніе которыхъ составляетъ содержаніе этой части книги.

Подъ именемъ *акушерскихъ операцій* слѣдуетъ разумѣть совокупность различныхъ манипуляцій и оперативныхъ пособій, имѣющихъ цѣлью, при замѣченныхъ въ половомъ аппаратѣ или въ яйцѣ ненормальностяхъ во время родильнаго состоянія, устранить опасности для здоровья и жизни матери, и гдѣ возможно сохранить также жизнь плода, способствуя по возможности безвредному для нихъ ходу и окончанію родоразрѣшенія и нормальному теченію послѣродового періода.

Наиболѣе важная особенность акушерскихъ операцій безспорно заключается въ ихъ *неотложности*; такъ какъ совершеніе большинства изъ нихъ ограничивается извѣстными опредѣленными моментами родового акта, временемъ крайне ограниченнымъ; даже когда нѣкоторыя изъ этихъ пособій примѣняются во время беременности, болшею частью въ распоряженіи врача имѣется короткій срокъ времени для ихъ выполненія. Мы не говоримъ уже о послѣродовомъ періодѣ, гдѣ врачъ почти всегда также ограниченъ и стѣсненъ временемъ, какъ во время родовъ. Такая особенность акушерскихъ операцій требуетъ со стороны врача основательныхъ знаній и практическаго навыка.

Только обладая этими преимуществами, молодой врачъ можетъ сохранять въ критическія минуты ясность сужденія и самообладаніе, кото-

рыя такъ необходимы въ акушерской практикѣ. Наичаще врача на роды приглашаютъ ночью, неожиданно прерывая его сонъ; въ домѣ роженицы онъ часто застаётъ ея родныхъ крайне встревоженныхъ, часто въ слезахъ и смятеніи, которыя еще больше разстраиваютъ роженицу, часто безпокойную и умоляющую о помощи и скорѣйшемъ окончаніи родовъ. Въмѣсто свѣдующей акушерки, иногда въ провинціальной практикѣ ведетъ роды простая повитуха, не имѣющая никакихъ свѣдѣній не только о дезинфекціи, но даже о необходимой опрятности, имѣющая къ тому же самыя смутныя понятія о родовомъ актѣ.

Передъ предстоящею задачей и передъ нравственною отвѣтственностью мало-свѣдущимъ врачомъ невольно овладѣваетъ смущеніе, утрачивается увѣренность, нападаетъ тревожное нервное состояніе, препятствующее до нѣкоторой степени правильности соображенія и сохраненію самообладанія. При такихъ условіяхъ операція не всегда предпринимается врачомъ своевременно; онъ легко теряется, встрѣтивъ неожиданность, а при затрудненіяхъ и неожиданомъ препятствіи со стороны родовыхъ путей, легко прибѣгаетъ къ насилію, въ особенности, если окружающими овладѣваетъ нетерпѣніе. Если такой малоопытный врачъ отъ природы человѣкъ нервный и впечатлительный, то потеря самообладанія иногда можетъ дойти до такой степени, что онъ утрачиваетъ сознаніе о своихъ дѣйствіяхъ; на него находятъ какъ бы самозабвеніе, и въ такомъ состояніи онъ можетъ совершить рядъ нелѣпныхъ и даже дикихъ дѣйствій. Такое состояніе старые врачи называли *furor obstetricus*. Самые ужасные разрывы матки, отрываніе головки плода, прорываніе свода влагалища, отрѣзываніе вынавшихъ кишечныхъ петель и другія подобныя безумства становятся возможными. Правда, въ настоящее время, благодаря лучшей постановкѣ преподаванія акушерства и большей подготовкѣ врачей о такихъ несчастіяхъ бываетъ слышно очень рѣдко. Съ другой стороны, пассивное, безучастное выжидательное отношеніе къ труднымъ случаямъ родоразрѣшенія, нерѣдко влечетъ за собою смерть плода и тяжелыя, иногда даже смертельныя поврежденія родовыхъ путей матери.

Для того, чтобы акушерская операція окончилась вполне удачно, или по крайней мѣрѣ не повлекла за собою неблагоприятныхъ послѣдствій для репутаціи врача, ему никогда не слѣдуетъ забывать, что прежде чѣмъ рѣшиться на оперативное вмѣшательство при родахъ, или вообще при родильномъ состояніи, нужно вполне ознакомиться основательно съ условіями даннаго случая, — другими словами, установить вполне правильное и всестороннее распознаваніе. Для этой цѣли необходимо проинформировать, если только позволяетъ время, возможно подробное изслѣдованіе роженицы, какъ объ этомъ было изложено въ своемъ мѣстѣ. Не всегда будетъ у врача время отобрать подробныя свѣдѣнія относительно анамнеза, но всегда почти возможно произвести акушерское изслѣдованіе. 1) Общій наружный осмотръ роженицы. 2) Изслѣдованіе пульса, дыханія, дѣятельности сердца, ощупываніе живота, иногда измѣреніе температуры тѣла и простой качественный анализъ мочи. 3) Изслѣдованіе половыхъ органовъ и родового канала, наружное и внутреннее, чрезъ введеніе во влагалище одного или нѣсколькихъ пальцевъ, въ исключительныхъ случаяхъ—цѣлой руки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ необходимо

также произвести измѣреніе таза, если это не было сдѣлано до родовъ, въ особенности, коль скоро есть основаніе заподозрить неправильность въ его строеніи. Въ особенности внимательно надо изслѣдовать родовые пути, если уже раньше дѣлались неудачныя попытки врачомъ или акушеркою ускорить или окончить роды, или же когда обнаруживаются у роженицы болѣе или менѣе важныя ненормальности. Чтобы самопроизвольныя поврежденія или же причиненная другими травма и нарушеніе цѣлости родового канала вполнѣ не были поставлены акушеру въ вину. 4) Не менѣе важное значеніе имѣетъ изслѣдованіе, касающееся плода. Врачъ долженъ вполнѣ уяснить себѣ не только положеніе и предлежаніе, а иногда членорасположеніе плода; но также онъ долженъ опредѣлить, имѣетъ ли онъ дѣло въ данномъ случаѣ съ плодомъ живымъ или мертвымъ, или находящимся въ состояніи асфиксіи. Добытыя изслѣдоваціемъ точныя данныя въ своей совокупности допускаютъ всестороннее заключеніе о положеніи роженицы, объ ея плодѣ и ходѣ родовъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ даютъ возможность установить правильное показаніе къ оперативному вмѣшательству.

Исключеніемъ изъ этого являются неотложные случаи съ опасными явленіями, угрожающими жизни; наичаще сильныя кровотеченія во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ, гдѣ нѣтъ времени производить всестороннее изслѣдованіе, а надо немедленно принять мѣры къ спасенію жизни женщины.

При всѣхъ акушерскихъ операціяхъ, какъ при всякомъ сложномъ человѣческомъ дѣйствіи, необходимы для успѣха извѣстныя *благопріятныя условія*, конечно, особыя при каждой отдѣльной операціи. Чѣмъ больше ихъ оказывается, тѣмъ вѣрнѣе успѣхъ операціи.

Внимательное изслѣдованіе роженицы даетъ врачу возможность, за исключеніемъ немногихъ случаевъ, составить правильное понятіе о наличности этихъ благопріятныхъ условій, что выражается наичаще правильностью размѣровъ таза, подготовкою родовыхъ путей для прохожденія плода, нормальнымъ состояніемъ младенца и благопріятнымъ отношеніемъ къ своему вмѣстилищу, къ маткѣ. Далеко не всегда эти благопріятныя условія со стороны роженицы и плода существуютъ полностью и въ надлежащей степени проявленія.

Сплошь и рядомъ, при *настоятельныхъ показаніяхъ* для совершенія акушерскихъ операцій, мы встрѣчаемся на практикѣ съ недочетомъ въ этомъ отношеніи. Знаніе и навыкъ должны помочь врачу въ такихъ болѣе или менѣе осложненныхъ случаяхъ найти путь для наиболѣе правильныхъ и цѣлесообразныхъ дѣйствій. Кто находитъ такой путь, тотъ всегда имѣетъ успѣхъ въ акушерской практикѣ.

При описаніи отдѣльныхъ операцій, мы обратимъ вниманіе на способы, какимъ образомъ врачъ иногда долженъ создавать или по крайней мѣрѣ расширить эти потребныя для успѣха операціи условія. Даже дѣй-

ствуя при надлежащихъ показаніяхъ и вполне благопріятныхъ условіяхъ, акушеръ не долженъ упускать изъ виду, что всякая акушерская операція сопровождается извѣстною травмой, въ огромномъ большинствѣ случаевъ большею, чѣмъ при родоразрѣшеніяхъ однѣми силами природы; почему никогда не слѣдуетъ легкомысленно и безъ надобности примѣнять оперативныя пособія, во избѣжаніе различныхъ послѣродовыхъ осложненій со стороны матери и плода.

Сопоставляя всѣ вытекающія изъ вышеизложеннаго частности, мы можемъ ихъ выразить въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) Не слѣдуетъ предпринимать оперативныхъ пособій, выполнение которыхъ влечетъ за собою большія опасности, нежели выжиданіе. 2) Никогда не слѣдуетъ производить операціи единственно для спасенія жизни плода въ такихъ случаяхъ, когда неминуемымъ послѣдствіемъ этого неизрѣнно явятся поврежденія родовыхъ путей, вредныя для здоровья или даже опасныя для жизни матери. 3) При акушерскихъ операціяхъ слѣдуетъ щадить части матери и тѣло плода, отнюдь не прибѣгая къ насилію, но производя родоразрѣшеніе по правиламъ искусства—*non vi, sed arte*. 4) Если родовые пути вполне подготовлены, акушерскую операцію всегда слѣдуетъ оканчивать въ одинъ пріемъ. 5) Въ тѣхъ случаяхъ, когда предположенная операція оказалась невозможною, не смущаясь слѣдуетъ произвести другую. Здоровье и жизнь беременной и роженицы въ глазахъ врача должны стоять на первомъ планѣ, для сохраненія ихъ иногда приходится жертвовать жизнью плода. Въ послѣднее время, къ счастью, число такихъ случаевъ постепенно уменьшается; такъ какъ современное акушерство неукоснительно стремится къ возможному осуществленію своего идеала—*цѣлесообразнымъ примѣненіемъ акушерскихъ пособій не вредитъ здоровью матери и сохраняетъ жизнь плода*.

Strassmann обращаетъ вниманіе на важное значеніе наружныхъ пріемовъ въ акушерствѣ, которые могутъ замѣнять и существенно дополнять внутренніе пріемы при акушерскихъ операціяхъ. До послѣдняго времени на это акушеры не обращали должнаго вниманія и не придавали наружнымъ пріемамъ надлежащаго значенія.

Глава 2.

Обстановка при акушерскихъ операціяхъ.—Наркозъ.— Положеніе роженицы.—Раздѣленіе акушерскихъ операцій.—Акушерскій наборъ врача.

Благополучный исходъ акушерскихъ операцій находится въ зависимости не только отъ искусства и знанія акушера, но также въ равной степени обуславливается строгимъ примѣненіемъ правилъ дезинфекціи. Объ этихъ мѣрахъ мы уже говорили подробно, при изложеніи изслѣдованія беременныхъ и роженицъ.

Само собою разумѣется, тамъ, гдѣ врачъ призывается только къ родамъ, большею частью уже продолжающимся много часовъ, самое большее, что возможно сдѣлать для устраненія зловонія и спертаго воздуха, — это провентилировать комнату и распылить смѣсь *ol. terebinthini gallici* со спиртомъ, а также укусуъ или одеколонъ съ водою.

Нужныя для операціи инструменты слѣдуетъ отобрать, помыть теплой водою съ мыломъ, прокипятить въ теченіе 10 минутъ въ 1% растворѣ *natrui carbonici*, затѣмъ перенести ихъ въ 4% растворѣ *acidii carbonici*, въ которомъ они остаются до употребленія.

При большой акушерской операціи нужно имѣть кромѣ акушерки по крайней мѣрѣ 1—2 помощницъ для удержанія ногъ. Если нуженъ наркозъ, при такихъ условіяхъ самъ врачъ долженъ хлороформировать, и когда роженица уснетъ, онъ поручаетъ акушеркѣ слѣдить за дыханіемъ и пульсомъ, слегка поддерживая наркозъ роженицы. Производя операцію, врачъ не долженъ ни на минуту терять изъ виду состояніе роженицы. Конечно гораздо цѣлесообразнѣе на помощь пригласить другого врача, что всегда, гдѣ возможно, слѣдуетъ дѣлать. Ему слѣдуетъ поручить хлороформированіе. Приглашеніе другого врача почти безусловно необходимо въ тѣхъ случаяхъ, когда предвидится трудная и сложная операція, напр. прободеніе головки, *embryotomia* и пр.

Роженицу нужно надлежащимъ образомъ подготовить къ операціи. Когда роды продолжаются уже давно, то большею частью женщина уже успѣвала принять ванну. Повивальная бабка еще до прихода врача должна очистить роженицѣ желудокъ посредствомъ клистира, а также вымыть мыломъ и обеззараживающими веществами наружныя части, животъ, бедра и ягодицы. Кромѣ того, самъ врачъ непосредственно предъ операціей долженъ обмыть влагалище, а также влагалищную часть и ея каналъ, если таковой еще сохранился, намыленною ватой и 0,05% теплымъ растворомъ сулемы. Такимъ же образомъ слѣдуетъ еще разъ обмыть и дезинфицировать наружныя половыя части. Мочу нужно выпустить катетромъ.

Положеніе роженицы при акушерскихъ операціяхъ наиболѣе употребительное — 1) *на спинѣ поперекъ кровати*, описываемое наичаще подъ именемъ положенія на поперечной кровати. Одной стороною кровать представляется къ креслу или стулу, въ крайности къ стѣнѣ, сзади кладется подъ голову подушка; роженицу помѣщаютъ поперекъ кровати, чтобы на подушкѣ оставалась только голова, остальная часть туловища лежитъ на тюфякѣ. Половыя части находятся непосредственно у края кровати, подъ нихъ подкладывается клеенка, спускающаяся съ кровати внизъ и закрывающая тюфякъ, подъ нею ставятъ на полу тазъ, или кладутъ скомканную простыню. Согнутыя въ колѣняхъ и разведенныя нижнія конечности роженицы ставятъ на 2 стула, стоящіе возлѣ кровати спинками въ сторону; между стульями остается свободный доступъ къ половымъ частямъ роженицы. Во время операціи ступни ногъ должны упираться на

одной плоскости съ ягодицами; часто ихъ должны держать въ такомъ положеніи помощники. Иногда ихъ нужно нѣсколько приподнимать или опускать внизъ по желанію оператора, чтобы дать роженицѣ такъ называемое положеніе Walcher'a. При операци, ноги роженицы могутъ удобно держать два помощника, сидящіе на этихъ стульяхъ, возлѣ которыхъ съ обѣихъ сторонъ остается свободный доступъ къ роженицѣ, что оказывается крайне удобнымъ и необходимымъ для хлороформирования, оживленія и пр.

2) *Обыкновенное горизонтальное положеніе на спинѣ* съ согнутыми колѣнями и разведенными ногами, какое обыкновенно дается роженицамъ, рѣдко сохраняется при оперативныхъ пособіяхъ. Ни одной сколько-нибудь серьезной акушерской операци при такомъ положеніи произвести невозможно, даже отодвинувъ кровать отъ стѣны. Хотя половья части сдѣлаются при этомъ болѣе доступными, но врачу приходится принять согнутое, неестественное и тягостное положеніе.

Горизонтальное положеніе на спинѣ съ протянутыми нижними конечностями употребляется почти исключительно при совершеніи чревосѣченія у беременныхъ и роженицъ.

3) *Боковое положеніе съ нѣсколько принатыми къ животу бедрами* и съ приближеніемъ половыхъ частей къ краю кровати, положеніе, похожее на то, какое мы придаемъ при поддержаніи промежности у первороженицъ, — примѣняется сравнительно рѣдко; такъ какъ дно матки при этомъ становится мало доступнымъ. При мало разведенныхъ ягодицахъ введеніе инструментовъ затруднительно, а необычность положенія препятствуетъ оператору слѣдить за взаимнымъ соотношеніемъ младенца и родовыхъ путей.

4) *Колѣнно-локтевое* или колѣнно-грудное положеніе на спинѣ въ настоящее время примѣняется при родахъ въ рѣдкихъ случаяхъ. Вслѣдствіе опущенія передней половины тѣла, матка поднимается кверху, и давленіе въ полости таза значительно уменьшается; тѣмъ болѣе, что нерѣдко вмѣстѣ съ маткою нѣсколько приподнимается кверху предлежащая часть плода. Половья части доступны для введенія руки со стороны ягодицъ, но тѣло матки находится виѣ контроля. Самое важное неудобство этого положенія—это, въ противоположность другимъ вышеописаннымъ положеніямъ, трудность или даже невозможность при немъ примѣнять наркозъ. Кромѣ того роженица такое положеніе въ состояніи выносить только короткое время, почему къ нему прибѣгаютъ только въ исключительныхъ случаяхъ.

5) Тоже самое можно сказать о *положеніи роженицы на животѣ*, которое рекомендуютъ нѣкоторыя акушеры въ случаяхъ труднаго поворота младенца на ножки.

Большинство акушерскихъ операци совершается на простой кровати, если она имѣетъ обыкновенную высоту, въ противномъ случаѣ нужно роженицу перенести на столъ. Это необходимо дѣлать при осо-

бенно серьезных и тяжелых операцияхъ. Причемъ во всѣхъ случаяхъ, когда операция производится чрезъ естественные пути, ягодицы приближаются къ краю стола и 2 помощника удерживаютъ нижнія конечности. Туловище больной лежитъ вдоль стола, одна только голова покоится на подушкѣ, при этомъ доступъ къ роженицѣ возможенъ со всѣхъ сторонъ, что представляетъ при трудныхъ операцияхъ большое удобство. Кроме того, операторъ менѣе утомляется, онъ можетъ гораздо дольше выдерживать напряженіе и спокойно работать; такъ какъ ему не приходится сгибать спины и вообще принимать вынужденное неестественное положеніе.

Примѣненіе наркоза. Наркозъ необходимъ во всѣхъ случаяхъ, особенно когда предстоитъ операция, сопровождающаяся значительными болями и если нужно войти рукою въ полость матки, причемъ необходимымъ условіемъ является расслабленіе стѣнокъ этого органа. Роженицы вообще прекрасно переносятъ наркозъ, легко засыпаютъ и большую часть просыпаются вскорѣ послѣ окончанія операции или послѣ рожденія плода. Конечно, тамъ гдѣ операция мало болѣзненна, наркозъ является лишнимъ. Далѣе, примѣненіе наркоза опасно у роженицъ съ сильнымъ упадкомъ силъ, при отека легкихъ, при большомъ зобѣ, сильно выраженной острой анеміи, при значительныхъ расстройствахъ кровообращенія и при порокахъ сердца. Наичаще для наркоза примѣняется хлороформъ; у слабыхъ малокровныхъ субъектовъ употребляютъ поравной части хлороформъ съ эфиромъ, а также смѣсь Schleich'a, — Chloroform 30,0, aether. sulf. 80,0, aether petrolei depur. 5,0. Нѣкоторые предлагаютъ болѣе крѣпкую смѣсь Billroth'a — chloroformi 100, aetheris sulf. et spirit. vini rectif. ana 30. Хлороформированіе производится наичаще при помощи самаго простаго снаряда, или маски, именно проволочной сѣтки, обтянутой бѣлою фланелью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, приступая къ наркозу, слѣдуетъ впрыснуть подъ кожу около 1,0 слѣдующаго раствора: morphii muriat. 0,1, atropini sulf. 0,01, aq. destillatae 10,0. Къ этой жидкости при надлежащихъ показаніяхъ можно прибавить 0,5 coffein. natrobenz. или 0,2—0,3 Spart. sulf.

Нѣкоторыя особенности ухода за родильницей, у которой роды окончились оперативнымъ путемъ. Если былъ примѣненъ наркозъ, и родильница по окончаніи родовъ находится подъ вліяніемъ хлороформа, не слѣдуетъ ее настойчиво пробуждать, если пульсъ и дыханіе вполне удовлетворительны и нѣтъ обильнаго кровотеченія. Нужно воспользоваться этимъ временемъ для промыванія влагалища и матки, если входили въ этотъ органъ рукою, 3% теплымъ растворомъ борной кислоты въ количествѣ 1—2 литровъ. Затѣмъ слѣдуетъ осмотрѣть наружныя части, и если есть разрывы, или были сдѣланы глубокіе надрѣзы, то края ихъ слѣдуетъ соединить шелковыми швами. Послѣ этого слѣдуетъ привести родильницу въ сознаніе, дать ей одинъ или два приема по 0,2 extr. secalis cornut. aquos. и положить на нѣкоторое время на животъ пузырь со льдомъ.

Частота акушерскихъ операций. Если принять во вниманіе только т. наз. большія операции, имѣющія предметомъ плодъ или дѣтское мѣсто, то въ частной практикѣ онѣ примѣняются не болѣе какъ у 6% всѣхъ роженицъ; въ клиникѣ приходится оперировать нѣсколько чаще, здѣсь не менѣе 8—10% родовъ оканчиваются оперативнымъ путемъ.

Раздѣленіе акушерскихъ операций. Наиболѣе простымъ и естественнымъ является раздѣленіе акушерскихъ операций по цѣлямъ, чрезъ нихъ достигаемымъ. Разсматривая съ этой точки зрѣнія акушерскія операции, мы замѣчаемъ, что однѣ изъ нихъ направлены главнымъ образомъ къ вызыванію родовой дѣятельности и къ подготовленію родовыхъ путей или самого плода для прохожденія его чрезъ каналъ таза, другія представляютъ различные способы, приемы и пособія для окончанія родовъ и для удаленія изъ родовыхъ путей наружу плода и послѣда. Такимъ образомъ безъ всякой натяжки мы получаемъ опредѣленные группы или отдѣлы акушерскихъ операций, связанныхъ между собою одною общей идеей.

I. Операции подготовляющія родоразрѣшеніе.

1. Расширеніе и надрѣзы маточнаго зѣва.
2. Надрѣзы наружныхъ частей и влагалища.
3. Разрывъ оболочекъ яйца.
4. Искусственный выкидышъ.
5. Искусственные преждевременные роды.
6. Различные виды поворотовъ на ножки и на головку.
7. Устраненіе не вполнѣ правильныхъ предлежаній головки.
8. Исправленіе неправильнаго членорасположенія плода.

II. Операции родоразрѣшающія.

1. Наложеніе щипцовъ.
2. Извлеченіе плечиковъ.
3. Извлеченіе за тазовой конецъ плода.
4. Выжиманіе плода.
5. Accouchement forcé.
6. Пробожденіе головки плода съ извлеченіемъ.
7. Embryotomia.
8. Чревосѣченіе во время беременности и родовъ.
9. Разсѣченіе лоннаго соединенія и вѣтвей лонной кости.
10. Отдѣленіе и удаленіе послѣда и его остатковъ.

Акушерскій наборъ. Всѣ необходимые инструменты для акушерскихъ операций наиболѣе удобно размѣстить въ двухъ мѣшкахъ или въ двухъ отдѣленіяхъ одного мѣшка. Въ одномъ должны находиться наиболѣе употребительные акушерскіе инструменты, въ другомъ инструменты, употребляемые рѣдко или только въ исключительныхъ случаяхъ, а также нѣкоторые лѣкарственные вещества и принадлежности для родовъ.

Мѣшокъ, заключающій акушерскіе инструменты, имѣть различное устройство. Наичае такой мѣшокъ имѣть форму напоминающую въ большомъ масштабѣ простой лекарскій наборъ. Онъ обыкновенно готовится изъ кожи; внутренняя поверхность его выложена бумажнымъ бархатомъ и заключаетъ отдѣльные петли, въ которыя продѣваютъ инструменты; а также два кармана. Верхняя и нижняя части мѣшка прилегаютъ къ средней, и все вмѣстѣ скатывается въ трубку и закрывается при помощи пряжекъ и ремней. Такой мѣшокъ занимаетъ мало мѣста, портативенъ, но въ немъ нельзя помѣщать необходимыхъ для акушерской практики лѣкарствъ. Гораздо удобнѣе въ этомъ отношеніи продолговатый sac de voyage, который болѣе по-

мѣстителейъ и съ каждымъ годомъ все больше входитъ въ употребленіе. Въ послѣднее время Dührsser, Herff, Albers-Schoenberg и др. предложили весьма удобные, хотя довольно дорогіе акушерскіе мѣшки.

Въ акушерскомъ мѣшкѣ должны находиться слѣдующіе акушерскіе инструменты:

1. Акушерскіе щипцы.
2. Тупой крючокъ.
3. Крючокъ Брауна для отдѣленія головки.
4. Перфораторъ.
5. Краниокласть Брауна или Овара (Auvard).
6. Длинные ножницы Скандони.
7. Ножницы для эпизиотоміи.
8. Пара эластическихъ англійскихъ катетероу и обыкновенный металлическій женскій катетеръ.
9. Щипцы Menard'a.
10. Не менѣе 10 искривленныхъ хирургическихъ иголоу средней величины.
11. Пглотержатель.
12. Двѣ петли для поворота изъ простой тесмы.
13. Шприць Праваца.
14. Зеркало Симса съ 3 подъемниками.
15. Длинный корнцангъ и 2 пулевыхъ щипцовъ.
16. Ложка Брауна и ложки Симса разной величины.
17. Катетеры Vozeman'a, большой и меньшій.
18. Гуттаперчевый твердый наконечникъ для промыванія влагалища.
19. Нѣсколько мотковъ заранѣе обеззараженного плетеного шелка, №№ 8, 6 и 4.
20. Два или 3 кольпейринтера разной величины съ эластическимъ баллономъ для ихъ наполненія.
21. Щипцы Champetier.
22. Простая обыкновенная маска для хлороформированія.

Заключающіеся въ этомъ мѣшкѣ инструменты и аппараты волюѣ достаточны для наиболѣе обыкновенныхъ случаевъ въ городской акушерской практикѣ. При поѣздкѣ же въ деревню, а также въ земской практикѣ врачъ долженъ на всякій случай захватить съ собою еще нѣкоторые другіе акушерскіе инструменты и принадлежности. Въ добавочной сумкѣ должны находиться.

1. Металлическая трубка для введенія въ матку небольшого баллона.
2. Нѣсколько тонкихъ гуттаперчевыхъ пузырей, полъ-аршина гуттаперчевой трубки толщиной въ мизинецъ и столько же другой толщиной въ обыкновенный карандашъ.
3. Особый наборъ для кесарскаго сѣченія, состоящій изъ нѣсколькихъ ложей, ножницъ и 6 кровеостанавливающихъ пинцетовъ Pean'a.
4. Расширители Негар'a, отъ 4 до 17 нумера включительно.

5. Подюжины обезпложенныхъ палочекъ ламинаріи.

6. Медикаменты и перевязочный матеріалъ: карболоваго вазелина 30,0, acid. carbolіc. liq. 60,0, спиртнаго 5% раствора сулемы 60,0, aether sulf. 30,0, liquor ammonii caust. 60,0, chloroform opt. 100,0, solut. morph. muriat. 1% раствора 10,0 съ прибавкою 0,01 atropin. sulf. tinct. opii 15,0, 10%-воднаго раствора extr. Secalis. cornut. aquos. 10,0, 4% салициловой ваты 100,0, обезпленной гигроскопической ваты 200,0, 10% іодоформленной марли 3 арш. и обеззараженныхъ толстыхъ бумажныхъ нитокъ 5 арш.

акusher-lib.ru

ОТДѢЛЪ II.

Операціи подготовляющія родоразрѣшеніе.

Г л а в а I.

Расширеніе канала шейки и наружнаго зѣва, dilatatio colli uteri et orificii externi uteri.—**Разсѣченіе родового канала, hysterostomatoma, colpoma et episeotoma.**—**Проколъ оболочекъ яйца, punctio velamentorum.**

1. Операція расширенія зѣва исключительно подготовительная, дающая возможность заблаговременно приступить къ опорожненію матки. Она примѣняется, при надлежащихъ показаніяхъ, во всѣ періоды беременности и во время родовъ. Конечно, не всегда требуется одинаковая степень раскрытія шейки.

Благопріятными условіями при этихъ операціяхъ слѣдуетъ считать нормальную доступность влагалищной части матки и удоборастяжимость канала шейки.

Показанія къ операціи.

1. *Необходимость провести палецъ или инструментъ въ матку* для совершенія выкидыша преимущественно въ первые IV мѣсяца беременности или для удаленія частей яйца. Иногда также въ послѣдніе мѣсяцы беременности является надобность въ незначительномъ расширеніи канала шейки, преимущественно у первобеременныхъ, чтобы дать возможность ввести въ полость матки необходимые инструменты.

2. *Необходимость войти въ матку 2-мя пальцами или цѣлою рукою* для совершенія поворота на ножки. Паи чаще это бываетъ нужно при центральномъ или боковомъ предлежаніи дѣтскаго мѣста, а также въ нѣкоторыхъ случаяхъ преждевременныхъ родовъ, сопровождающихся недѣятельностью матки, когда обнаруживается лихорадочное состояніе, typhlites uteri и пр.,—однимъ словомъ настойчивое показаніе къ окончанію родовъ.

3. *Задержаніе послѣда* вслѣдствіе спазматическаго сжатія сократительнаго кольца, когда спазмъ не уступаетъ хлороформому, и матка упорно удерживаетъ форму песочныхъ часовъ.

Производство операций.

Если имѣется въ виду небольшое расширеніе, то часто можно довольствоваться методическимъ проведеніемъ плотныхъ бужей чрезъ каналъ шейки.

Изъ большаго числа инструментовъ этого рода наиболѣе удобными мы считаемъ бужи Хегара изъ крѣпкой гуттаперчи отъ 1 до 25 мм. въ діаметрѣ. Эти бужи хорошо закруглены на концахъ, гладко подпирваны и снабжены плоскими рукоятками. Длина бужа 20 см., болѣе короткіе менѣе удобны для употребленія. Матеріаль, изъ котораго они приготовлены, даетъ возможность всякій разъ предъ операцией вполне обеззаразить ихъ кипяченіемъ въ содовомъ растворѣ. Предъ употребленіемъ ихъ кладутъ въ растворъ сулемы, или карболовой кислоты, откуда непосредственно ихъ вынимаютъ для проведенія въ матку. Такой же формы бужи, до 10 мм. толщины, удобно также имѣть мѣдные никелированные.

Введеніе бужей производится при помощи зеркала Симса въ горизонтальномъ положеніи беременной на спиѣ съ приподнятыми къ животу бедрами. Операторъ захватываетъ переднюю губу пулевыми щипцами и сперва проводитъ чрезъ каналъ шейки металлическій зондъ 3—4 мм. толщиною, чтобы точно опредѣлить направленіе, по которому слѣдуетъ проводить инструменты. Бужи берутъ въ лѣвую руку, какъ писчее перо, и одинъ за другимъ проводятъ ихъ въ полость матки, оставляя ихъ въ ней не болѣе 1—2 минутъ. Введеніе бужей продолжается до тѣхъ поръ пока удается безъ особеннаго насилія преодолѣвать сопротивленіе внутренняго зѣва. Вообще при посредствѣ бужей Хегара, даже при удоборастяжимой шейкѣ, рѣдко удается ее расширить болѣе, чѣмъ нужно для проведенія указательнаго пальца. Закончивъ введеніе бужей, необходимо обеззаразить влагалище и полость матки; для промыванія послѣдней можно взять теплый 4% растворъ *acid. borici* или 0,5% растворъ *acid. salicylici cum natro biborico*.

Тамъ, гдѣ каналъ шейки мало уступчивъ, для его расширенія необходимо прибѣгнуть къ употребленію разбухающихъ веществъ. Наиболѣе годны для этой цѣли цилиндрическія палочки *laminae*, длиною отъ 5 до 6 см. и отъ 2 до 5 мм. въ діаметрѣ, а также палочки *Tupelo*, отъ 5—10 мм. въ діаметрѣ, такой же приблизительно длины. Въ настоящее время прессованныя карболизованныя губки почти вышли изъ употребленія. Ихъ трудно обеззараживать, и кромѣ того онѣ сильно раздражаютъ матку.

Онѣ имѣютъ коническую форму длиною отъ 5 до 10 ст. Въ своей нижней части губки толщиною отъ обыкновеннаго карандаша до большаго пальца руки. Чрезъ наружный конецъ всѣхъ разбухающихъ расширителей проводится крѣпкая шелковая нитка. Ляминаріи, *tupelo* и прессованныя губки обеззараживаются въ сухомъ воздухѣ при температурѣ около 130° R въ теченіи часа. Ляминаріи и *tupelo* держатъ обыкновенно въ крѣпкомъ спиртѣ или эфирѣ, къ которому прибавлено до 5% салициловой кислоты. Губки сохраняются обернутыми въ салициловую вату въ сухой герметически закупоренной стеклянкѣ. Эти расширители вводятся въ матку чрезъ каналъ шейки, подобно бужамъ. Наичае употребляются ляминаріи, и въ огромномъ большинствѣ случаевъ можно обойтись одними ими.

Непосредственно предъ употребленіемъ палочекъ ламинариі, ихъ погружаютъ на нѣсколько секундъ въ горячій 5⁰/₀ растворъ acid. carbolicі; затѣмъ нѣсколько стѣбаютъ, сообразуясь съ направленіемъ канала матки.

Смотря по ширинѣ канала шейки, одну или нѣсколько палочекъ вводятъ въ матку настолько глубоко, чтобы только наружный конецъ ихъ былъ виденъ въ зѣвъ, а нитка находилась бы во влагалищѣ. Для удержанія ихъ кладутъ нѣсколько полосокъ іодоформенной марли и тампоновъ изъ салициловой ваты. Палочки остаются въ маткѣ въ теченіи 12 часовъ, ихъ удаляютъ, соблюдая обычныя предосторожности. Наружныя части омываютъ растворомъ сулемы, влагалище 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты, а полость шейки и матки 4⁰/₀ растворомъ acid borici. Введенная въ матку палочка ламинариі въ поперечномъ размѣрѣ разбухаетъ почти вдвое и крайне мало удлинняется. Если необходимо дальнѣйшее расширение, то такими же приѣмами вводятъ въ полость матки еще нѣсколько палочекъ. Турело и прессованныхъ губокъ нельзя погружать предъ употребленіемъ въ карболовый растворъ; ихъ смазываютъ только карболованнымъ вазелиномъ. Уже спустя 6 часовъ послѣ введенія въ матку, эти распратели разбухаютъ вполнѣ.

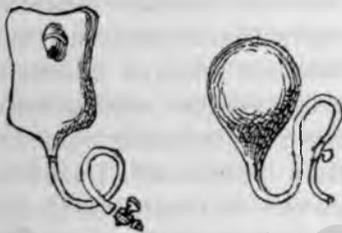
Для расширенія болѣе значительнаго въ послѣдніе мѣсяцы беременности или во время родовъ, вышеописанныя разбухающіе расширители не годятся. Попытка Kleinblüth'a, примѣнять для этой цѣли большія прессованныя губки, не нашла послѣдователей. Равнымъ образомъ не годны всѣ старинныя металлическія инструменты, состоящіе изъ 2—3 и болѣе створокъ. Они дѣлаютъ слишкомъ большую травму и въ то же время мало дѣйствительны. Наиболѣе пригодны такія приспособленія, которыя растягиваютъ каналъ шейки и внутренній зѣвъ постепенно, отчасти при посредствѣ маточныхъ сокращеній. Наиболѣе цѣлесообразны различной величины каучуковые баллоны, извѣстные подъ названіемъ кольпейринтеровъ, или скрипкообразные мѣшки R. Barnes'a изъ такого же матеріала, которыхъ можно имѣть нѣсколько номеровъ, различающихся между собою толщиной и длиною.

Вопреки мнѣнію Barnes'a, эти мѣшки слѣдуетъ вводить не въ каналъ шейки, а въ полость матки, въ внутренній зѣвъ. Нерѣдко приходится прибѣгать для введенія каучуковаго мѣшка въ полость матки къ помощи зеркала Симса и подъемниковъ, причемъ передняя губа захватывается пинцетомъ. Употребленіе щипцовъ Champetier значительно облегчаетъ эту операцію и дѣлаетъ часто излишнимъ введеніе зеркала; мѣшокъ удается ввести въ матку подъ руководствомъ пальца. Черезъ трубку мѣшокъ или кольпейринтеръ наполняютъ воднымъ растворомъ борной кислоты и растягиваютъ его стѣнки.

Небольшой мѣшокъ можно провести, коль скоро каналъ шейки пропускаетъ указательный палецъ. Такой эластическій расширитель не только постепенно растягиваетъ каналъ шейки, но вмѣстѣ съ тѣмъ вызываетъ и поддерживаетъ сокращенія матки, которыми спустя нѣкоторое время онъ выталкивается наружу, послѣ чего можно ввести болѣе объемистый кольпейринтеръ, или мѣшокъ. Большею частью чрезъ нѣсколько часовъ зѣвъ раскрывается настолько, что въ полость матки можно свободно войти рукою.

Расширеніе маточнаго зѣва можно значительно ускорить настойчивымъ потягиваніемъ за трубку, а потомъ за шейку каучуковаго пузыря введеннаго въ матку, что можно производить при стоячихъ водахъ или же послѣ истеченія ихъ.

Съ давнихъ поръ прибѣгали къ растяженію канала шейки во время родовъ *пальцами*. Въ тѣхъ случаяхъ, когда шейка плотна и неуступчива, конечно, это невыполнимо; но встрѣчаются случаи, когда родовая дѣятельность уже произвела сглаживаніе шейки, маточный зѣвъ раскрылся на 1—2 пальца, края его размягчились и стали податливыми. Наичаще это имѣеть мѣсто у многораждающихъ. Иногда зѣвъ, раскрытый и растянутый околоплоднымъ пузыремъ, при высокомъ стояніи лежащей части, по истеченіи водъ, опять нѣсколько стягивается. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, иногда подъ наркозомъ, удается, постепенно вводя въ маточный зѣвъ одинъ палецъ за другимъ и осторожно раздвигая ихъ, провести сперва сложенные конусомъ 4 пальца, за ними, если нужно, 5-й палецъ и наконецъ всю ручную кисть.



Фиг. 221 и 222. Мѣшокъ Barnes'a и кольпейринтеръ.

При задержаніи дѣтскаго мѣста, вслѣдствіе спазматическаго сжатія сократительнаго кольца, также приходится постепенно преодолевать препятствіе вводя одинъ палецъ за другимъ пока не войдетъ цѣлая рука въ полость матки. И въ этомъ случаѣ надо дѣйствовать медленно и осторожно, не прибѣгая къ насилію. Большею частію приходится примѣнять наркозъ или назначать опій въ клизмѣ.

Наименьшій изъ мѣшковъ Barnes'a въ ширину не толще указательнаго пальца, а наибольшій имѣеть въ поперечномъ размѣрѣ не менѣе 4 пальцевъ. Длина мѣшковъ безъ трубокъ отъ 8 до 12 см. Сбоку въ верхней части мѣшка находится небольшой карманъ, въ который опирается верхушка зонда или концы корнцанга, при введеніи мѣшка въ полость матки.

Для замѣны мѣшковъ Barnes'a въ недавнее время французскимъ врачомъ Champetier de Ribes предложенъ особый каучуковый баллонъ конической формы. Въмѣсто этихъ аппаратовъ съ большимъ удобствомъ можно пользоваться различной величины кольпейринтерами Брауна. Большой кольпейринтеръ наичаще употребляется, для тампонаціи влагалища.

Mäurer предложилъ въ матку вводить кольпейринтеръ; его способъ былъ разработанъ Dührssen'омъ, и въ настоящее время эта манипуляція примѣняется многими акушерами. Въ послѣднее время Greder, Müller, Herff и Braun-Fernwald горячо рекомендовали введеніе кольпейринтеровъ въ полость матки. Въ благоприятномъ дѣйствіи этого средства мы имѣли случаи не разъ убѣдиться въ своей практикѣ.

Металлическіе инструменты для растягиванія въ настоящее время примѣняются лишь немногими врачами. Итальянскій акушеръ Bossi совѣтуеть свой dilatator, который онъ самъ, а также Paoli и др., примѣняли съ успѣхомъ въ 112 случаяхъ. Этотъ инструментъ, по его увѣреніямъ, вполне примѣнимъ даже при длинной шейкѣ и закрытомъ зѣвѣ. Въ теченіе короткаго времени имъ будто-бы достигается столь значительное

расширение, что возможно приступить къ извлеченію доношеннаго плода. Онъ также хорошо возбуждаетъ родовыя сокращенія. Врядъ ли быстрое расширение такимъ инструментомъ можетъ послѣдовать безъ значительныхъ надрывовъ маточной шейки.

2. Расширеніе родового канала при помощи рѣжущихъ инструментовъ.

Такое расширеніе производится въ области краевъ маточнаго зѣва и на протяженіи влагалища; чаще же на наружныхъ половыхъ частяхъ. Такимъ образомъ сюда относится нѣсколько отдѣльныхъ операцій, имѣющихъ однородное назначеніе подготовить родовые пути и ускорить окончаніе родовъ.

Разсѣченіе краевъ маточнаго зѣва, hysterostomatia.

Благопріятными условіями слѣдуетъ считать нормальную доступность маточнаго зѣва и значительное выпячиваніе нижняго сегмента матки въ тазовой каналъ. Никогда не слѣдуетъ вообще прибѣгать, за крайне рѣдкими исключеніями, къ надрѣзамъ, пока влагалищная часть не изгладилась вполнѣ, и края зѣва не сдѣлались утолщенными.

Показанія къ операціи.

1. *Заращеніе наружнаго маточнаго зѣва* болѣею частью представляется въ видѣ слипанія краевъ наружнаго отверстия, *conglutinatio orif. exter.*, что происходитъ во время беременности, вслѣдствіе слущиванія эпителия. Гораздо чаще встрѣчается *плотность и неуступчивость краевъ наружнаго зѣва*, вслѣдствіе хроническаго воспаленія въ существѣ шейки или измѣненій, присущихъ пожилому возрасту, а также когда на шейкѣ образовались плотные рубцы. Во всѣхъ такихъ случаяхъ нижній сегментъ матки, подъ вліяніемъ родовыхъ сокращеній, выпячивается въ каналъ таза; стѣнки этой части матки сильно истончаются; нерастяжимый маточный зѣвъ часто отходитъ къзади и помѣщается въ крестцовой впадинѣ. Маточныя сокращенія принимаютъ спазматическій характеръ, и если не будетъ подано своевременное пособіе, сильно растянутая шейка можетъ разорваться; иногда даже она отрывается.

При *выпаденіи матки*, зависящемъ отъ гипертрофіи маточной шейки, послѣдняя имѣетъ длинный каналъ и крайне плотныя стѣнки, мало поддающіяся размягченію и расширенію даже подъ вліяніемъ сильныхъ сокращеній матки. Часто шейка выстоитъ наружу.

2. Рѣже чѣмъ при оплотнѣннн краевъ зѣва, акушеру приходится прибѣгать къ разсѣченію краевъ этого отверстия *съ цѣлью ускоренія родовъ*, замедленіе которыхъ можетъ сопровождаться опасностью для здоровья и даже жизни матери; наприм. при эклампсіи, при раннемъ истеченіи водъ, при явленіяхъ прижатія и проч.

3. Иногда для спасенія жизни *младенца, извлекаемаго за ножки при неполномъ раскрытіи зѣва*, прибѣгаютъ къ надрѣзу краевъ послѣдняго, если ими плотно обхватывается шейка ребенка. При насильственномъ извлеченіи въ такихъ случаяхъ, безъ надрѣзовъ зѣва, получаютъ часто глубокіе надрывы.

Производство операциі. При заращеніи наружнаго маточнаго зѣва, если концомъ пальца удастся прощупать углубленіе, достаточно иногда надавливанія верхушки зонда или пальца, чтобъ образовалось отверстіе, которое быстро растягивается, подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній. Въ тѣхъ случаяхъ, когда это не удастся, а также при чрезмѣрной плотности краевъ неподдающагося растяженію зѣва, слѣдуетъ прибѣгнуть къ помощи ножа. Посредствомъ зеркала Симса и подъемниковъ открываютъ область маточнаго зѣва, и если признаковъ отверстія не оказывается, то на мѣстѣ существующаго рубца ткань шейки захватываютъ пулевыми щипцами и дѣлаютъ остроконечнымъ ножомъ крестообразный разрѣзъ, который, въ случаѣ надобности, можно расширить боковыми надрѣзами. Наичаще однако наружное отверстіе существуетъ и даже раскрыто приблизительно на палець. Въ такихъ случаяхъ надрѣзы краевъ зѣва производятъ тупоконечнымъ ножомъ или изогнутыми по краю и подъ угломъ ножницами Scanzoni. Надрѣзы дѣлаются не больше 1 см., но въ разныхъ направленіяхъ. Наболѣе удобно это дѣлать упомянутыми ножницами, которыя вводятся во влагалище по пальцу. Края зѣва и шейку, при выпаденіи матки, можно надрѣзать даже обыкновенными ножницами, если зѣвъ выстоитъ наружу.

При плотномъ обхватываніи краями зѣва шейки младенца, для небольшихъ надрѣзовъ также наболѣе годны ножницы Scanzoni.

Въ послѣднее время Dührssen предложилъ дѣлать глубокіе надрѣзы маточнаго зѣва съ цѣлію окончить роды, когда здоровье и жизнь роженицы подвергается опасности. Наичаще онъ эту операцию производилъ при эклампсіи, когда частые судорожные припадки обнаруживались уже въ первомъ періодѣ родовъ. Онъ дѣлаетъ такіе надрѣзы ножницами, безъ помощи зеркала, подъ руководствомъ пальца въ боковомъ направленіи по 2 съ каждой стороны до самыхъ сводовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ добавляетъ еще передній и задній разрѣзы.

Безъ сомнѣнія, въ акушерской практикѣ не часто встрѣчаются показанія къ этой операциі. Глубокіе разрѣзы краевъ зѣва во всякомъ случаѣ представляютъ серьезную операцию. Дальнѣйшіе надрывы и сильныя кровотеченія возможны, какъ показываютъ наблюденія другихъ акушеровъ. Почему глубокіе разрѣзы краевъ зѣва можно примѣнять только для окончанія родовъ, при опасныхъ для жизни осложненіяхъ и въ тѣхъ только случаяхъ, когда имѣются подъ рукою необходимыя для наложенія швовъ въ глубинѣ родоваго канала инструменты и надежныя помощники.

По собственному опыту, а также на основаніи наблюденій Gessner'a и другихъ акушеровъ, нельзя считать безопасными глубокіе надрѣзы шейки Dührssen'a. Возможно появленіе сильнаго кровотеченія, хотя не всегда; тѣмъ не менѣе не всѣ были такъ счастливы, какъ Dührssen и Meyer, которые при этой операциі ни разу не наблюдали опасныхъ осложненій.

Послѣ такихъ глубокихъ надрѣзовъ, зѣвъ раскрывается настолько, что можно приступить къ наложенію шпильки, или къ повороту на ножки. Dührssen не наблю-

дать, при извлеченіи плода, надрывовъ по направленію надрѣзовъ, кровотеченіе изъ нихъ большею частію было невелико. Нерѣдко для ускоренія извлеченія плода и предупрежденія разрывовъ влагалища и промежности, при выведеніи головки чрезъ половую щель, въ такихъ случаяхъ онъ дѣлаетъ одинъ или два боковыхъ довольно глубокихъ надрѣзовъ по направленію къ сѣдалищнымъ буграмъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что надрѣзы влагалища также могутъ иногда значительно кровоточить; послѣ родовъ обязательно ихъ надо шить шелкомъ или кетгуттомъ по длинѣ раны. Для успѣшнаго примѣненія глубокихъ надрѣзовъ шейки Dührssen считаетъ необходимыми слѣдующія условія:

1) Верхняя часть шейки должна быть вполне растянута, остаются только края зѣва.

2) Тазъ правильный или умѣренно суженный, каналъ котораго былъ бы достаточно для прохожденія плода.

3) Плодъ умѣренной величины.

4) Правильное положеніе, предлежаніе и членорасположеніе; если существуютъ въ этомъ отношеніи отклоненія, то возможность легкаго поворота на ножки.

Только при существованіи этихъ условій, онъ совѣтуетъ производить глубокіе надрѣзы краевъ зѣва.

Разрѣзы стѣнки влагалища при родахъ рѣзущими инструментами, colpotomia. discisio vaginae.

Операция примѣняется сравнительно рѣдко.

Показанія.

1. Наичаще встрѣчаются *врожденные или приобретенныя суженія, stenosis*, и крайне рѣдко *заращенія, atresia*. На мѣстѣ суженія существуетъ рубцовая ткань, образующая плотное кольцо различной ширины, которое часто расширяется подъ вліяніемъ сокращеній матки, и, при надавливаніи предлежащей головки, постепенно раздается. Однако, при суженіяхъ на значительномъ протяженіи, этого можетъ не случиться. Въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчается полное заращеніе влагалища при родахъ. Иногда кольцо дѣвственной плевы бываетъ отъ природы такъ неуступчиво, что является необходимость сдѣлать по краямъ его надрѣзы. Какъ уже упомянуто выше, Dührssen предлагаетъ дѣлать боковые разрѣзы въ нижней части влагалища и промежности по направленію къ срединѣ между *tuber ischii* и заднимъ проходомъ для ускоренія извлеченія головки щипцами. Такое пособіе можетъ понадобиться только въ исключительныхъ случаяхъ, именно при чрезвычайно узкомъ влагалищѣ отъ природы или вслѣдствіе пластической операции, *colporrhaphia*, новообразованія въ стѣнкахъ рукава и пр.

2. Не особенно рѣдко въ нижней части влагалища встрѣчается *остатокъ эмбриональной перегородки влагалища*, въ видѣ тесьмы или шнура, онъ можетъ при родахъ препятствовать прохожденію головки. Нередко эта перемычка разрывается при потугахъ самопроизвольно.

Производство операціи.

Наиболѣе благопріятное время для операціи представляетъ моментъ, когда предлежащая головка съ околоплоднымъ пузыремъ, начинаетъ напирать на мѣсто заращенія и часто болѣе или менѣ замѣтно его выпячиваетъ. Наичаще можно оперировать на ощупь, только въ рѣдкихъ

случаяхъ нужно вводить зеркало Симса и растягивать нижнюю часть влагалища подъемниками. При операціи слѣдуетъ дѣлать разрѣзъ остроконечнымъ ножомъ и затѣмъ концомъ пальца, осторожно раздвигая ткань, проникнуть до подлежащей головки. Коль скоро образовалось отверстіе, слѣдуетъ поступить, какъ при *stenosis vaginae*. Подъ руководствомъ пальца вводится въ отверстіе метротомъ Симпсона и, надавливая на рукоятку, дѣлаютъ лезвіемъ надрѣзы. Вполнѣ годится для этой цѣли также тупоконечный ножъ. Надрѣзы дѣлаются отъ центра суженія къ периферіи, преимущественно въ поперечномъ направленіи. Лучше дѣлать много малыхъ надрѣзовъ, чѣмъ одинъ или два глубокихъ. Кровотеченіе вообще небольшое. Сдѣлавъ достаточной величины надрѣзы, роды предоставляютъ естественному теченію или же приступаютъ къ извлеченію головки щипцами.

По окончаніи родовъ края глубокихъ надрѣзовъ влагалища слѣдуетъ соединить швами; въ особенности это необходимо, если надрѣзы сдѣланы для ускоренія извлеченія головки по *Dührssen's*, или когда пораненія влагалища кровоточатъ.

Поперечныя и ягодичныя положенія составляютъ крайне неблагопріятныя осложненія въ особенности при плотныхъ суженіяхъ влагалища на значительномъ пространствѣ. Тоже можно сказать о значительномъ суженіи въ сводѣ влагалища, особенно при узкомъ тазѣ; при такихъ условіяхъ, даже при подлежащей головкѣ, иногда безопасно окончить роды кесарскимъ сѣченіемъ, чѣмъ прибѣгать къ разнымъ способамъ родоразрѣшенія *per vias naturales*.

Разрѣзы наружныхъ половыхъ частей, *episiotomia*.

Операція состоитъ въ надрѣзахъ большихъ губъ для предотвращенія разрыва промежности.

Показанія.

1. *Узкость и неподатливость половой щели* служитъ наиболѣе частымъ показаніемъ для примѣненія этой операціи у перворождающихъ. Въ моментъ, предшествующій прорѣзыванію головки, когда теменные бугры охватываются краями растянутыхъ большихъ губъ, во время потуги край уздечки сильно истончается и начинаетъ бѣлѣть; вслѣдъ за этимъ онъ разрывается по направленію сверху внизъ въ то время, когда подлежащая головка дѣлаетъ разгибаніе и появляется наружу.

2. Нерѣдко разсѣченіе большихъ губъ приходится дѣлать также преимущественно у перворождающихъ при *неполнѣ нормальномъ механизмѣ родовъ*, когда головка рождается при заднезатылочномъ предлежаніи, а также при лицевыхъ и лобныхъ предлежаніяхъ, *при выхожденіи головки вмѣстѣ съ ручкою, при большой величинѣ головки* и пр. Во взѣхъ этихъ случаяхъ требуется болѣе значительное растяженіе промежности и краевъ половой щели.

3. Далѣе показаніемъ къ разсѣченію наружныхъ губъ можетъ служить *подготавливающийся центральный разрывъ*, когда темя сильно рас-

тягиваетъ и выпячиваетъ промежность въ видѣ полушарія, а между тѣмъ половая щель не раскрывается, и въ ней сегментъ головки мало показывается. Въ подобныхъ случаяхъ, при помощи глубокихъ надрѣзовъ большихъ губъ и при надавливаніи 2 пальцами чрезъ задній проходъ, или наложеніемъ щипцовъ, можно предотвратить центральный разрывъ, оставляющій во всякомъ случаѣ тяжелое поврежденіе.

4. При наложеніи щипцовъ у перворождающихъ, часто приходится прибѣгать къ эпизіотоміи, въ особенности если требуется скоро провести головку чрезъ половую щель. Да кромѣ того, какъ бы мы ни старались подражать природѣ, при проведеніи захваченной щипцами подлежащей головки чрезъ выходъ таза, какіе бы щипцы мы ни употребляли, обыкновенно необходимо нѣсколько большее растяженіе краевъ половой щели, чѣмъ при нормальныхъ родахъ.

5. Рѣже служитъ показаніемъ къ этой операціи *произведенная раньше perineoraphia, врожденное недоразвитіе наружныхъ частей, глубокіе рубцы, сильный отекъ наружныхъ половыхъ частей* и пр.

Производство операціи.

Обыкновенно эпизіотомію производятъ въ тотъ моментъ, когда подлежащая часть, наичаще головка, сильно растягиваетъ края половой щели. Надрѣзы наиболѣе удобно дѣлать колѣнчатыми ножницами Купера, всегда въ моментъ маточнаго сокращенія или при щипцахъ въ моментъ тракцій. Надрѣзы слѣдуетъ дѣлать сбоку, на границѣ нижней и средней трети большихъ губъ, края которыхъ въ это время уже значительно истончаются, по направленію къ сѣдалищнымъ буграмъ. Наичаще достаточно надрѣзать на 1—1,5 см.; рѣже нужны болѣе глубокіе надрѣзы, вродѣ предложенныхъ Dührssen'омъ. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгнуть къ помощи ножа. При обыкновенной эпизіотоміи, кровотеченіе обыкновенно незначительное; до прохождения головки кровь можно останавливать прижатіемъ. Послѣ родовъ слѣдуетъ зашивать только глубокіе надрѣзы, поверхностные же, имѣющіе не болѣе 1 см., скоро заживаютъ при надлежащемъ уходѣ. Къ ранѣ прикладываютъ марли и ol. carbolisatum, или присыпаютъ порошокъ іодоформа. Въ пользу этой небольшой операціи должно сказать, что послѣ надрѣзовъ губъ несомнѣнно половая щель расширяется и легко раздается. Надрывовъ по направленію надрѣзовъ почти никогда не наблюдаютъ, между тѣмъ какъ часто надрывъ уздечки переходитъ легко въ глубокій разрывъ промежности. Каждому акушеру много разъ приходилось убѣждаться въ благотвѣльномъ вліяніи эпизіотоміи на сохраненіе промежности.

3. Разрывъ или проколъ оболочекъ яйца, punctio velamentorum.

При описаніи нормальныхъ родовъ подробно было изложено значеніе при родахъ оболочекъ яйца и околоплодной жидкости. Когда нарушается цѣлость пузыря, истекаетъ тѣмъ большее количество околоплодной жидкости, чѣмъ менѣе совершенно подлежащая часть закрывается

собою входятъ въ тазъ, при чемъ легко нарушается правильное членорасположеніе; впрочемъ, даже въ такихъ случаяхъ всегда остается еще въ маткѣ нѣкоторое количество околоплодной жидкости. Послѣ разрыва пузыря, объемъ матки уменьшается, стѣнки ея становятся толще и прилегаютъ ближе къ тѣлу плода, почему послѣдній утрачиваетъ въ болѣе или менѣе значительной степени свою подвижность.

Предположивъ эти общія замѣчанія, намъ станетъ понятно, что при разрывѣ оболочекъ яйца имѣетъ выдающееся значеніе не самая операція, которая чрезвычайно легка, но тѣ послѣдствія, которыя она влечетъ за собою для матери и плода. При совершеніи ея **благоприятными обстоятельствами** слѣдуетъ считать:

1. Размѣры таза близкіе къ нормальному.
2. Правильное положеніе, предлежаніе и членорасположеніе.
3. Если имѣются ненормальности и отклоненія, неблагоприятныя для хода родовъ, то должна существовать полная возможность для врача ихъ устранить цѣлесообразнымъ пособіемъ.

Показанія къ операціи.

1. *Полное раскрытіе маточнаго зѣва*, причѣмъ пузырь выпячивается, а иногда даже отчасти выступаетъ между большихъ губъ. Нерѣдко при этомъ оболочки яйца бываютъ плотны и толсты. Въ такихъ случаяхъ пузырь исполнилъ свое назначеніе, сохранять его долѣе, значитъ напрасно замедлять роды и способствовать преждевременному отдѣленію дѣтскаго мѣста и появленію кровотечения.

2. *Чрезмѣрное количество околоплодной жидкости*. При этой аномаліи стѣнки матки сильно истончаются, родовыя сокращенія бываютъ слабы и малодѣйствительны. Необходимо, чтобы жидкость истекала не сразу, а постепенно.

3. *Кровотеченіе изъ матки* вслѣдствіе частичнаго отдѣленія нормально расположеннаго дѣтскаго мѣста. Въ такихъ случаяхъ приходится дѣлать проколъ пузыря, даже при малораскрытомъ зѣвѣ. Послѣ нарушенія цѣлости оболочекъ, уничтожается при потугахъ напряженіе послѣда, и дѣтское мѣсто плотнѣе прилегаетъ къ стѣнкѣ матки. При боковомъ или краевомъ предлежаніи мѣста, разрывъ оболочекъ, какъ основная операція, умѣстенъ только, при значительномъ раскрытіи зѣва и хорошо установившейся головкѣ плода.

4. Въ исключительныхъ случаяхъ проколъ оболочекъ яйца примѣняется для возбужденія преждевременныхъ или раннихъ родовъ.

5. Разрываются оболочки *при всѣхъ операціяхъ, сопряженныхъ съ введеніемъ руки въ полость матки*, при цѣломъ пузырьѣ, для производства акушерскихъ операцій, наичаще для поворота на ножки.

Способы производства операціи.

Операція крайне простая. При полномъ раскрытіи зѣва и выпячиваніи околоплоднаго пузыря изъ матки, часто оболочки можно разорвать концомъ пальца, если во время сокращенія матки произвести сильное

надавливаніе на пузырьъ подь переднюю губою, по направленію спереди къ крестцовой впадинѣ. Можно также проколоть его въ это время головною шпилькою, введенною подь руководствомъ пальца. При введеніи руки въ полость матки, наичаще пузырьъ разрывается оть давленія рукою. Если оболочки плотны, то ихъ разрываютъ, захвативъ между двухъ пальцевъ, а въ исключительныхъ случаяхъ при помощи пулевыхъ щипцовъ.

Глава 2.

Вызываніе искусственнаго выкидыша, *abortus artificialis*.

При вызываніи искусственнаго выкидыша, имѣется въ виду исключительно сохраненіе здоровья и жизни матери. Операция предпринимается въ первые мѣсяцы беременности, наичаще между 8 и 12 недѣлями,—это наиболѣе удобное время для совершенія этой операціи. Объемъ матки не великъ и плацентарныя ворсы легко отдѣляются оть стѣнокъ матки. Въ это время такое пособіе представляетъ операцію *sui generis*. Чѣмъ болѣе подвинулась беременность впередъ, тѣмъ чаще приходится примѣнять для вызыванія выкидыша способы и приемы, сходные съ манипуляціями для вызыванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ; такъ какъ родоразрѣшеніе въ эти мѣсяцы, *partus immaturus*, становится сходнымъ съ преждевременными родами. Вызываніе искусственнаго выкидыша, какъ акушерское пособіе, въ первый разъ было примѣнено въ Англіи W. Couper'омъ въ 1771 году, гораздо позже оно вошло въ акушерскую практику во Франціи и Германіи.

Благопріятныя условія для производства операціи.

1. Доступность маточнаго зѣва и шейки.
2. Присутствіе яйца въ полости матки.

Показанія къ операціи.

1. *Опасныя для жизни матери болѣзни и припадки*, находящіяся въ связи съ беременностію. Въ настоящее время наичаще искусственный выкидышъ вызывается при *неукротимой рвотѣ беременныхъ*, во второмъ періодѣ болѣзни, когда всѣ другія средства оказались неэффективными, и жизни беременной угрожаетъ серьезная опасность. Рѣже производится выкидышъ *при остромъ и хроническомъ воспаленіи почекъ*. Эта болѣзнь несомнѣнно ухудшается подь вліяніемъ беременности, и припадки нефрита могутъ сдѣлаться опасными для жизни беременной женщины; почему, коль скоро въ первые 3 мѣсяца беременности эта болѣзнь констатирована, искусственный выкидышъ является вполне рациональнымъ пособіемъ. То же самое можно сказать относительно *болѣзней сердца* съ разстроеною компенсаціей и тягостными припадками. Въ начальномъ періодѣ *легочной чахотки* также вполне умѣстно прерывать беременность въ первые мѣсяцы, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, чтобы продлить жизнь больнымъ и дать возможность примѣнить рациональное лѣченіе.

2. Нѣкоторыя ненормальныя осложненія въ половой сферѣ, обус-

ловливаемые отчасти измѣненіями въ яйцѣ, отчасти въ половыхъ органахъ. Сюда слѣдуетъ отнести *упорныя маточныя кровотеченія*, вслѣдствіе нарушенія связи между яйцомъ и маткою; *септическое или гнилостное зараженіе* яйца и оболочекъ матки, которое большею частью является послѣдствіемъ преступныхъ попытокъ вызвать выкидышъ.

Пузырный заносъ также представляетъ одно изъ показаній къ искусственному выкидышу.

Изъ числа болѣзней половыхъ органовъ могутъ представлять показанія къ этой операціи: *затѣбь беременной матки кзади*, если иначе вправленіе органа невозможно, и далеко распространившійся *ракъ матки*, при которомъ немыслимо примѣненіе радикальной операціи, а также неподвижная *киста яичника*, разросшаяся въ тазовой клѣтчаткѣ и въ широкихъ связкахъ. Описаны также случаи искусственного выкидыша при большихъ *опухоляхъ влагалища, прямой кишки и неврвпимой грыжѣ* матки.

3. *Четвертая степень суженія таза, при которой внутренней прямой размѣръ не больше 5,5—6 см.*

Такое суженіе обусловливается неправильнымъ развитіемъ и болѣзнями костей таза, или разросшимися на его внутреннихъ стѣнкахъ новообразованіями въ видѣ твердыхъ наростовъ и костными мозолями послѣ переломовъ.

Ляffe раздѣляетъ показанія къ вызванію искусственного выкидыша на неизбѣжныя и условныя. Къ числу первыхъ онъ относитъ только неукротимую рвоту, ущемленіе матки въ грыжевомъ мѣшкѣ, закрытіе опухолями тазоваго канала, злокачественную анемію и тяжелую снoгoа. Всѣ другія показанія онъ причисляетъ къ условнымъ. Такое раздѣленіе невѣрно и не оправдывается акушерскою практикою.

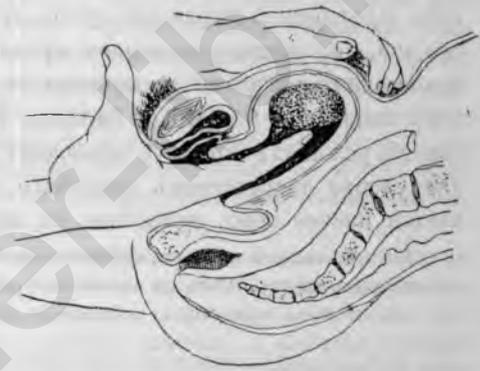
Производство операціи. Мы опишемъ здѣсь способъ, примѣняемый преимущественно въ первые 4 мѣс. беременности.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда примѣняется наркозъ, необходимо не менѣе 2 помощниковъ.

Наичае операція производится послѣ предварительнаго расширенія канала маточной шейки посредствомъ введенія палочекъ ламинаріи, которыя часто приходится вводить во второй разъ, чтобы достигнуть достаточнаго расширенія для введенія указательнаго пальца, что впрочемъ необходимо только въ концѣ III и въ IV мѣсяцѣ беременности. Если палецъ не можетъ пройти, то слѣдуетъ, послѣ удаленія ламинарій, ввести одинъ за другимъ нѣсколько бужей Хегара отъ 10 до 17 mm. въ діаметрѣ, что обыкновенно легко удастся.

Такимъ образомъ яйцо дѣлается доступнымъ для удаленія. Операція часто, особенно у женщинъ нервныхъ, производится подѣ хлороформомъ. Послѣ выведенія катетеромъ мочи, передняя губа матки захватывается пулевыми щипцами, инструментъ передаютъ помощнику. Операторъ, надавливая правой рукой на дно матки выше лоннаго соединенія чрезъ брюшныя покровы, входитъ указательнымъ пальцемъ въ полость матки

и осторожными движениями проникаетъ между яйцомъ и стѣнками матки, стараясь отдѣлить яйцо и преимущественно дѣтское мѣсто. При этомъ необходимо пальцемъ разорвать оболочки яйца, если цѣлость послѣднихъ не была нарушена раньше. Отдѣленіе мѣста и оболочекъ производится легкими сепарирующими движениями пальца, боковыми и поступательными. Даже въ концѣ IV мѣсяца подѣ наркозомъ удается, при надавливаніи на дно матки, дойти пальцемъ до мѣста прикрѣпленія плаценты и отдѣлить его. Небольшой плодъ часто выскальзываетъ прежде послѣда, при удаленіи пальца изъ матки, а вслѣдъ за нимъ сокращеніями матки удаляется послѣдъ. Иногда плаценту приходится удалять при помощи пальца, который не слѣдуетъ сгибать крючкомъ, а только нужно надавливать концомъ на послѣдъ и выводить послѣдній по стѣнкѣ матки во влагалище. Въ другихъ случаяхъ помогаетъ давленіе снаружи на дно матки, или захватываніе послѣда корнцангомъ въ каналѣ маточной шейки. Тамъ, гдѣ отдѣленный послѣдъ весь, или часть его задерживается въ маткѣ, нужно, при помощи зеркала и подъемниковъ, удалить его большою или среднею ложечкой Симса, при этомъ отдѣляется также слой отпадающей оболочки. Выскабливаніе частей яйца со стѣнокъ матки продолжается до тѣхъ поръ, пока не появится характерный шумъ скребленія, издаваемый сократившеюся стѣнкою матки. При этомъ появившееся въ началѣ операциі кровотеченіе постепенно уменьшается и часто почти совершенно прекращается.



Фиг. 223.

Въ теченіе первыхъ 2, даже 3 мѣсяцевъ беременности, когда матка меньше дѣтской головки, нѣтъ надобности для удаленія яйца входить въ матку пальцемъ. Достаточно расширить каналъ ламинаріями и бу-
жамми до 10 — 12 mm., послѣ чего можно ложкою Симса вычерпать и удалить содержимое матки. Въ первыя 6 недѣль беременности, для расширения канала шейки даже достаточно ввести въ матку нѣсколько бу-
жей Хегара, и затѣмъ можно немедленно приступить къ удаленію яйца по частямъ среднею ложечкой Симса.

Послѣ удаленія яйца, слѣдуетъ промыть полость матки теплымъ или горячимъ 0,5% растворомъ *acidi salicyl.* съ буржою или 4% борной кислоты. Когда возможность зараженія не исключается, слѣдуетъ впрыснуть въ полость матки 2,0—3,0 смѣси *tinct. jodi* съ глицериномъ, 1 : 3, и положить нѣсколько тампоновъ изъ іодоформной марли во влагалище. Въ тѣхъ случаяхъ, когда кровотеченіе изъ матки послѣ операциі продол-

жается, нужно ввести въ полость одну или нѣсколько полосокъ іодоформной марли и оставить ихъ тамъ на 24 часа.

Большую часть въ первые 4 мѣсяца беременности операція вызванія искусственнаго выкидыша протекаетъ вышеописаннымъ способомъ. Однако бываютъ случаи, представляющіе исключеніе. У нѣкоторыхъ немолодыхъ женщинъ, беременныхъ въ первый разъ, а также у женщинъ, рожавшихъ давно, шейка матки иногда представляется плотною и крайне неуступчивою. Введенная палочка ламинаріи ущемляется въ каналъ и ее трудно удалить; она представляетъ перехватъ, соответствующій неподатливому внутреннему зѣву, который не раздается также при введеніи бужей. Въ такихъ случаяхъ никогда не слѣдуетъ форсировать; врачъ долженъ помнить, что стѣнки такой шейки могутъ сдѣлаться уступчивыми только при продолжительной гипереміи матки, размягченіе ихъ вызывается родовою дѣятельностью матки. Почему въ подобныхъ случаяхъ на III и IV мѣсяцѣ беременности, нужно ввести въ матку полоску 10% іодоформной марли на сутки. Это слѣдуетъ повторить въ слѣдующіе дни, постепенно увеличивая куски вводимой въ полость матки марли, пока каналъ шейки не раскроется въ достаточной степени. Весьма удобенъ также для этой цѣли баллонъ Tarnier. Менѣе цѣлесообразенъ при такихъ условіяхъ проколъ оболочекъ яйца, который производится наиболѣе удобно посредствомъ маточнаго зонда, на конецъ котораго насаживается писчее перо, очиненное въ видѣ зубочистки.

При надлежащей осмотрительности ложечка Sims'a представляетъ вполне безопасный инструментъ. Тѣмъ не менѣе по временамъ появляются описанія случаевъ, гдѣ ложкою было произведено прободеніе маточной стѣнки. Какъ показываетъ наблюденіе Langballe'a, подобные случаи къ удивленію не всегда сопровождаются тяжелыми послѣдствіями.

Начиная съ конца IV мѣсяца беременности для вызванія выкидыша, вѣрнѣе раннихъ родовъ, *partus immaturus*, примѣняются тѣ же способы, какіе употребляются для возбужденія преждевременныхъ родовъ. Такъ какъ полость матки бываетъ въ это время настолько велика, что даже при полномъ наркозѣ нѣтъ возможности концомъ пальца дойти до дна матки, сейчасъ послѣ выхожденія плода. Почему необходимо вызвать дѣятельность родовыхъ сокращеній матки, чтобы они предварительно произвели хотя отчасти отдѣленіе яйца отъ стѣнокъ матки, и чтобы, по изгнаніи плода, дѣтское мѣсто могло отдѣлиться и опуститься въ нижній отдѣлъ матки, откуда его можно удалить однимъ или двумя пальцами. Вхожденіе всей рукою въ матку для удаленія мѣста возможно не ранѣе конца VII мѣсяца беременности.

При неврвпавимомъ загибѣ матки назадъ, когда маточный зѣвъ находится высоко за лоннымъ соединеніемъ и мало доступенъ, иногда удается провести въ каналъ шейки зондъ, плотный или эластическій бужъ и даже изогнутую палочку ламинаріи. Въ тѣхъ же исключительныхъ случаяхъ, когда это не удается, ничего не остается какъ прибѣгнуть къ проколу задней стѣнки матки чрезъ влагалище тонкимъ троакаромъ и къ удаленію части околоплодной жидкости аппаратомъ Dieulefois, чтобы вызвать уменьшеніе въ объемѣ и родовыя сокращенія матки.

Предсказаніе при искусственномъ выкидышѣ, если онъ вызывается при благопріятныхъ условіяхъ и надлежащихъ показаніяхъ и притомъ рациональнымъ образомъ, почти всегда благопріятное. Приводимая въ нѣкоторыхъ монографіяхъ статистика съ большею смертностью, около 25—30%, принадлежитъ прежнему времени.

Глава 3.

Возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ *partus praematurus provocatus*.

Въ противоположность предыдущей операціи, вызваніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ имѣетъ цѣлью сохранить не только здоровье и жизнь матери, но также жизнь плода; въ нѣкоторыхъ случаяхъ главнымъ мотивомъ къ этой операціи служитъ именно желаніе родить живого и жизнеспособнаго младенца. Такъ какъ такіе плоды всегда имѣютъ вѣсъ свыше 1000,0 и рождаются только спустя 28 недѣль послѣ начала беременности, почему для вызванія преждевременныхъ родовъ нужно избирать срокъ не раньше VIII мѣсяца. Къ сожалѣнію, дѣтвей даже такого возраста крайне рѣдко удается-сохранить въ живыхъ, почему предпочитаютъ, гдѣ только возможно, производить эту операцію на IX мѣсяцѣ беременности, т.-е. позже 32 недѣли, когда вѣсъ плода достигаетъ 2000—2500 grm. Чѣмъ ближе къ концу родовъ, тѣмъ жизнеспособнѣе младенецъ.

Въ первый разъ искусственные преждевременные роды были вызваны въ Англіи врачомъ Масауау въ 1756 г. Въ началѣ настоящаго столѣтія начали производить эту операцію въ Германіи, гораздо позже во Франціи и другихъ странахъ.

Благопріятными условіями для производства операціи слѣдуетъ считать:

1. Состояніе здоровья больной настолько удовлетворительное, чтобы она могла вынести эту операцію.
2. Живой и жизнеспособный плодъ.
3. Правильность установленнаго показанія.

Показаніями къ вызванію преждевременныхъ родовъ мы считаемъ слѣдующія ненормальности.

1. *Узкій тазъ*, конечно только въ извѣстныхъ границахъ. Особенно у женщинъ беременных въ первый разъ нужно быть осмотрительнымъ въ этомъ отношеніи; такъ какъ первыя дѣти обыкновенно бываютъ меньше послѣдующихъ, и родовыя сокращенія у первороженицы болѣе энергичны.

Большинство современныхъ акушеровъ допускаютъ, что узкіе тазы, относящіеся ко второй степени, должны наичаще служить показаніемъ къ этой операціи. Именно общесъуженный съ прямымъ размѣромъ 9—8 см. и плоскій при conj. 8,5—7 см. У первораждающихъ вызывать роды нужно наичаще въ такихъ случаяхъ, гдѣ величина прямого размѣра заключается между вышеприведенными числами. Напротивъ, у много-рожавшихъ, у которыхъ были трудные роды, и дѣти погибали во время

родовъ, при затруднительномъ прохожденіи ихъ чрезъ каналъ таза, приходится вызывать преждевременные роды не только при второй, иногда даже при первой степени узкихъ тазовъ, если беременная рождаетъ особенно крупныхъ дѣтей.

Для болѣе точнаго выбора времени, принимаютъ во вниманіе соотношеніе между временемъ беременности, длиною плода и поперечнымъ размѣромъ головки. Къ сожалѣнію, точно опредѣлить время беременности при узкомъ тазѣ не всегда возможно. Способъ Ahlfeld'a — измѣреніе длины угробнаго плода, неточенъ. Что касается поперечнаго размѣра головки, то мы имѣемъ только общія отношенія между временемъ беременности, длиною тѣла плода и величиною поперечнаго размѣра головки. Но нельзя упускать изъ виду также способность головки сжиматься.

Отношенія эти выражаются въ слѣдующихъ круглыхъ цифрахъ:

| | |
|---------------------|---|
| Срокъ беременности. | Величина поперечнаго размѣра головки плода. |
| 28—32 недѣл. | 8 см. |
| 32—36 „ | 8,5 „ |
| 36—40 „ | 9 „ |
| Длина плода. | Величина поперечнаго размѣра головки плода. |
| 53 см. | 10 см. |
| 50 „ | 9 „ |
| 49—47 „ | 8,75 „ |
| 46—41 „ | 8 „ |

Гораздо болѣе надежнымъ и болѣе практичнымъ представляется способъ P. Müller'a для опредѣленія времени вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ; къ сожалѣнію, онъ примѣнимъ исключительно при черепныхъ предлежаніяхъ. При обыкновенномъ положеніи беременной на спиць, съ согнутыми и нѣсколько разведенными нижними конечностями, пальцами обѣихъ рукъ, приложенными плашмя, заставляютъ ассистента производить на головку, сверху внизъ, умѣренное, но непрерывное надавливаніе въ теченіе 1—2 минутъ. Самъ врачъ производитъ въ это время внутреннее изслѣдованіе, чтобы убѣдиться, опускается ли головка достаточно глубоко во входъ таза. Пока это удастся, преждевременные роды вызывать не должно. Изслѣдуя беременную разъ въ недѣлю, при такомъ приѣмѣ мы можемъ подмѣтить время, когда при нажатіи головка остается надъ входомъ въ тазъ; тогда наступаетъ настоящій моментъ для вызванія преждевременныхъ родовъ. При дѣйствіи родовыхъ сокращеній матки можно надѣяться, что головка, благодаря своей податливости, во второмъ періодѣ родовъ вступитъ въ каналъ таза. Немаловажное значеніе имѣетъ также распознаваніе двойней, потому что въ такихъ случаяхъ плоды имѣютъ небольшой объемъ.

2. Въ рѣдкихъ случаяхъ показаніемъ можетъ служить *чрезмѣрная величина младенца*, которая была наблюдаема при первыхъ родахъ,

когда для извлечения плода приходилось прибѣгать къ прободенію головки, несмотря на правильный тазъ. Въ большинствѣ случаевъ соблюденіемъ особенной діеты, усиленными прогулками и ограниченіемъ сна удавалось противодѣйствовать чрезмѣрному развитію утробнаго плода.

3. *Бользни беременной*, сопровождающіяся опасными для жизни припадками, прекращеніе или ослабленіе которыхъ можно ожидать отъ прекращенія беременности. Сюда слѣдуетъ отнести *опасныя послѣдствія болъзней почекъ*,—водянку, начинающійся отекъ легкиихъ, уремию, эклампсію. Рѣже показаніемъ служатъ *пороки сердца* съ глубоко разстроеною компенсаціей. *Виттова пляска*, *эмфизема лежкиихъ* съ обострившимся катарромъ бронховъ, *злокачественная анемія* и нѣкоторыя другія опасныя заболѣванія только въ исключительныхъ случаяхъ подаютъ поводъ къ возбужденію преждевременныхъ родовъ.

4. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ показаніемъ къ вызванію искусственныхъ родовъ служатъ болъзни яйца, именно: *чрезмѣрное количество околоплодной жидкости*, *hydramnion*, и *предлежаніе дѣтскаго мѣста*, сопровождающесся опасными кровотечениями. Большинство авторовъ упоминаетъ еще о *привычномъ умираніи плода* въ теченіе послѣдняго мѣсяца беременности, жизнь котораго будто бы можно спасти, вызвавъ преждевременные роды предъ наступленіемъ этого момента. Въ настоящее время не подлежитъ сомнѣнію, что большинство такихъ привычныхъ, или вѣрнѣе—повторныхъ мертворожденій, обусловливаются сифилисомъ матери или отца, или обоихъ родителей. Если эту причину можно навѣрно исключить, то останутся крайне рѣдкіе случаи, гдѣ смерть жизнеспособнаго плода въ утробѣ матери зависитъ отъ другихъ причинъ, изъ коихъ только весьма немногіе, и то не всегда, можно устранить преждевременнымъ родоразрѣшеніемъ.

5. *Развившіяся въ тазу опухоли* могутъ представлять непреодолимое препятствіе при срочныхъ родахъ для прохожденія головки младенца. Подобное вліяніе могутъ оказывать *экзостозы тазовыхъ костей*, *застарѣлыя выпоты или эхинококки*, развившіеся въ тазовой клѣтчаткѣ. Эти крайне рѣдкія осложненія могутъ представлять показанія для вызванія родовъ.

Новообразованія матки и яичниковъ, по нашему мнѣнію, показанія къ преждевременнымъ родамъ не представляютъ. Даже при большихъ кистахъ яичника, осложненныхъ беременностью, болѣе цѣлесообразно дѣлать чревосѣченіе, коль скоро обнаружатся одышка и вообще опасныя явленія, указывающія на отекъ легкиихъ.

Beuttner обращаетъ вниманіе врачей на способъ Müller'a вдавливанія предлежащей головки во входъ таза во время беременности, какъ на весьма важное указаніе на срокъ, когда слѣдуетъ вызывать преждевременные роды. Ahlfeld предпочитаетъ свой способъ измѣренія утробнаго плода.

Dohrn наичае показаніемъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ считаетъ узкіе тазы съ conj. 7—8 cm. Löhlein при заразныхъ болъзняхъ держится выжидательнаго

способа; напротивъ, при тяжелыхъ явленіяхъ бугорчатки, при воспаленіи почекъ и болѣзняхъ сердца онъ совѣтуетъ прибѣгать къ вызыванію преждевременныхъ родовъ.

Физиологическія основанія возбужденія преждевременныхъ родовъ. При изложеніи нормальныхъ родовъ, мы указали на процессы постепенно подготавливающіе матку и содержащееся въ ней яйцо къ родовому акту. Это постепенное подготовленіе представляетъ явленіе сложное, воспроизвести которое искусственно во всей его полнотѣ мы лишены возможности. Желая вызвать преждевременныя роды, мы непосредственно или косвенно дѣйствуемъ на матку, желая возбудить въ ней родовыя сокращенія, или дѣйствуемъ на яйцо, стараясь превратить его въ постороннее тѣло нарушая его цѣлость или раздѣляя болѣе или менѣе связь его съ маткою. Для достиженія этихъ цѣлей, мы пользуемся механическими, термическими, электрическими раздражителями различнаго рода. Въ настоящее время почти никогда не прибѣгаютъ къ фармацевтическимъ средствамъ для вызванія родовъ.

Различные способы вызванія преждевременныхъ родовъ.

а) *Способы, дѣйствующіе на влагалище и на нижнюю часть матки.*

1. Тампонація рукава.
2. Расширеніе канала шейки.
3. Отдѣленіе нижняго сегмента яйца отъ стѣнокъ матки.
4. Восходящія влагалитные души.

б) *Способы, дѣйствующіе на всю матку.*

1. Электричество.
2. Введеніе бужа.
3. Впрыскиваніе жидкости между яйцомъ и стѣнкою матки.
4. Проколъ оболочекъ яйца.

Способовъ, имѣющихъ исключительно историческое значеніе, напр., раздраженіе грудей, введеніе въ организмъ нѣкоторыхъ лѣкарствъ, мы не считаемъ нужнымъ излагать; такъ какъ они не имѣютъ практическаго значенія.

1а. *Тампонація рукава.* Послѣ промывки и надлежащей дезинфекціи влагалища, каналъ его раскрывается, при помощи зеркала Суссо или Симса и постепенно наполняется, начиная отъ сводовъ, полосками 10% іодоформной марли, а затѣмъ 4% салициловою, или обезпложеною гигроскопической ватой, производя легкое надавливаніе, и стараясь по возможности совершенно выполнить влагалище. Такой тампонъ можетъ оставаться на мѣстѣ цѣлые сутки, не вызывая загниванія секрета и не обнаруживая при удаленіи дурнаго запаха. Для болѣе удобнаго удаленія ватныхъ шариковъ и кусковъ марли, къ каждому изъ нихъ можно прикрѣпить тонкую тесемку, или толстую бумажную нитку, предварительно обезпложенную, концы которыхъ должны выходить наружу изъ влагалища. Наружныя половыя части закрываются сулемнымъ компрессомъ, который удерживается Т—образною повязкой. Если подъ руками нѣтъ іодоформной марли, приходится въ неотложныхъ случаяхъ для тампонаціи довольствоваться обыкновенною гигроскопическою ватой или мягкою марлей, въ видѣ круглыхъ шариковъ, которые слѣдуетъ предварительно проварить въ водѣ, или же намачивать въ теченіе $\frac{1}{2}$ часа въ 0,1% растворѣ сулемы или въ 5% растворѣ

acidi. carbolici. Затѣмъ эти шарики отжимають, кладуть въ чистую переваренную воду, и употребляютъ, предварительно сильно выжавъ, для тампонаціи.

Въ другихъ случаяхъ, въ особенности у многорожавшихъ, для тампонаціи употребляется кольпейринтеръ, смазанный корболизованнымъ вазелиномъ. Растянутый пузырь самопроизвольно держится во влагалищѣ, конецъ его трубки привязываютъ тесемкою къ бедру. Во влагалищѣ кольпейринтеръ наичаще оставляють на 12 часовъ; когда его желаютъ удались, нужно сперва выпустить воду, открывъ трубку, а затѣмъ уже извлекать баллонъ.

Сама по себѣ тампонаціи влагалища рѣдко вызываетъ наступленіе преждевременныхъ родовъ. Этотъ способъ имѣетъ свойство усилить уже начавшіяся родовыя сокращенія и останавливать маточное кровотеченіе, почему наичаще примѣняется, когда нужно ускорить роды, при plac. praevia.

2а. *Расширеніе канала шейки матки.*

Въ такихъ случаяхъ, когда шейка длинна и каналъ ея не пропускаетъ указательнаго пальца, прибѣгаютъ къ введенію палочекъ laminae или tuteurs. Коль скоро можно пройти пальцемъ чрезъ внутренній зѣвъ матки, слѣдуетъ примѣнять малый кольпейринтеръ или мѣшокъ R. Barnes'a и растянуть его посредствомъ введенія въ него воднаго раствора acid. boric изъ плотнаго гуттаперчеваго баллона. Менѣе пригоденъ для этой цѣли баллонъ, предложенный Champetier de Ribes.

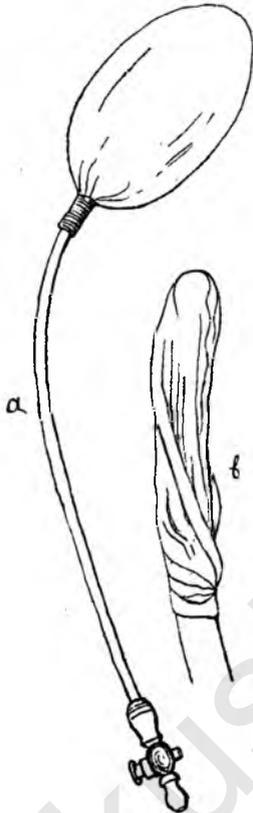
Родовыя сокращенія обыкновенно появляются скоро, и вслѣдъ за выталкиваніемъ баллона, околоплодный пузырь съ подлежащею частью вставляется и начинаетъ растягивать маточный зѣвъ. Нерѣдко расширение производится лишь съ тѣхъ поръ, пока не явится возможность совершить поворотъ на ножки.

Какъ уже изложено выше, въ тѣхъ случаяхъ, когда надо ускорить расширение канала шейки, слѣдуетъ слегка потягивать за трубку введеннаго въ матку кольпейринтера, въ особенности во время маточныхъ сокращеній, подражая такимъ образомъ дѣйствию околоплоднаго пузыря.

3а. *Отдѣленіе нижняго сегмента яйца отъ стѣнокъ матки.*

Старинный способъ, предложенный Hamilton'омъ, именно отдѣленіе нижняго сегмента яйца отъ матки пальцемъ, въ настоящее время не примѣняется для вызыванія родовъ; равнымъ образомъ мало дѣйствительны различныя видоизмѣненія его, при которыхъ употребляется зондъ или другіе инструменты. Въ настоящее время идея, лежащая въ основѣ этого способа, наиболѣе цѣлесообразно выполняется инструментомъ французскаго акушера Tarnier или его видоизмѣненіемъ, предложеннымъ профессоромъ Цвейфелемъ, а также мною. Въ моей клиникѣ для этой цѣли употребляется обыкновенный дѣтскій баллонъ, который вымачивается предварительно въ смѣси спирта съ амміакомъ и тщательно обеззараживается; онъ прикрѣпляется къ концу нѣсколько

изогнутой металлической трубки, имѣющей кривизну мужского катетра. Черезъ наружный конецъ инструмента, на который надѣта гуттаперчевая трубка, баллонъ можно наполнить и растянуть воднымъ растворомъ *acid. borici* изъ плотнаго гуттаперчеваго шара. Когда баллонъ пустъ, онъ спадается и облегаетъ конецъ металлической трубки. Смазавъ карболовымъ вазелиномъ, его проводятъ въ матку за внутреннее устье. Это возможно уже при каналѣ шейки чрезъ который прошелъ бужъ 8 мм. толщины. При растяженіи, онъ располагается и удерживается выше внутренняго зѣва, причиняя разъединеніе нижней части яйца отъ маточной стѣнки.



Фиг. 224. Видоизмѣненный аппаратъ Tarnier: а — баллонъ растянутый жидкостью, б — пустой баллонъ, облегающій верхній конецъ трубки.

Настоящій аппаратъ Tarnier болѣе сложенъ; онъ состоитъ изъ каучуковаго мѣшка, *dilatateur intrauterin*, верхняя часть котораго болѣе тонка и способна растягиваться въ видѣ шара. Этотъ мѣшокъ вводятъ въ матку при помощи особеннаго инструмента, проводника, который, послѣ растяженія мѣшка водою, удаляется. Въ недавнее время Hofmeister съ этою цѣлью примѣняли введеніе въ нижнюю часть матки и въ каналъ шейки полосокъ іодоформной марли. Это средство повидимому не во всѣхъ случаяхъ оказывается дѣйствительнымъ для вызванія родовъ. То же можно сказать о введеніи въ матку питательной глицериномъ ваты, которую примѣняли въ своей клиникѣ профессоръ Kehrer.

4а. *Влагалищныя души* впервые примѣнены для вызванія родовъ профессоромъ Kivisch'емъ въ Прагѣ 1848 года. Въ настоящее время, послѣ предварительной дезинфекціи беременной, для этой цѣли употребляютъ стеклянную кружку и дѣлаютъ душъ изъ 2 — 3% раствора *acidі borici*, T. 30—34 R. чрезъ обыкновенный стеклянный маточный наконечникъ со многими отверстиями. Кружка приподнимается не болѣе какъ на 1 метръ выше половыхъ частей беременной.

Слѣдуетъ впрыскивать сразу не менѣе 3 литровъ жидкости и повторять это 3—4 раза въ сутки. Дѣйствуя такимъ образомъ, мы замѣчаемъ появленіе гипереміи и постепенное разрыхленіе влагалища съ нижнимъ сегментомъ матки, что сопровождается тупыми болями въ крестцѣ и въ нижней части живота, которыя постепенно переходятъ въ правильныя родовыя сокращенія. Къ сожалѣнію, это наступаетъ не всегда. Иногда маточныя сокращенія начинаются только послѣ дѣйствія души въ теченіе 2—3 дней, а въ нѣкоторыхъ даже болѣе продолжительное примѣненіе души остается безъ всякаго результата. Почему въ настоящее время въ большинствѣ случаевъ теплые или горячіе души назначаются при плотности и неподатливости половыхъ частей

беременной, какъ средство подготовительное для примѣненія другихъ болѣе дѣйствительныхъ способовъ.

Нѣкоторые акушеры совѣтуютъ доводить до 37—40° R. Т. выпрыскиваемой жидкости, но такіе души, будучи примѣняемы продолжительное время, могутъ произвести ожоги наружныхъ частей и влагалища; кромѣ того они не остаются безъ вліянія на жизнь младенца. Недавно для этой цѣли предложены души переменнѣй температуры 6° и 35° R. въ теченіе 10 минутъ. Нѣкоторые акушеры сдѣлали наблюденіе, что при продолжительномъ примѣненіи душей часто рождаются мертвые дѣти.

Перейдемъ теперь къ изложенію способовъ для вызыванія родовъ, *обнаруживающихъ дѣйствіе на всю матку.*

16. *Электричество* для вызыванія родовъ не имѣетъ между акушерами особенныхъ сторонниковъ, по невѣрности, малой дѣйствительности и хлопотливости этого метода. Сокращенія матки можно вызвать прерывистымъ токомъ, прикладывая электричество по бокамъ матки, или же одинъ Е на шейку, другой на дно матки. Постоянный токъ примѣняется наичаще прикладываніемъ А къ крестцу или ко дну матки, а К къ влагалищной части. Нужно часто повторять дѣйствіе тока, чтобы поддерживать маточныя сокращенія, которыя легко успокаиваются. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣдовала родовая дѣятельность матки, послѣ прикладыванія — Е къ грудямъ а + Е чрезъ широкій электродъ къ животу.

26. *Введеніе бужа въ матку* между оболочками яйца и стѣнкою этого органа. Способъ, предложенный Lehmann'омъ и разработанный Krause. Наболѣе удобенъ для этой цѣли англійскій эластическій бужъ толщиною около 8 mm. Предварительно его слѣдуетъ хорошо вымыть мыломъ и затѣмъ подержать нѣсколько часовъ въ 0,1% растворѣ сулемы. Введеніе бужа въ полость матки по пальцу большею частью бываетъ затруднительно; такъ какъ нижній сегментъ матки образуетъ значительный выступъ кпереди въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Многіе врачи примѣняютъ для этой цѣли боковое положеніе беременной. Намъ кажется наболѣе удобнымъ введеніе бужа, предварительно открывъ влагалищную часть при помощи зеркала и удерживая переднюю губу пулевыми щипцами. Въ зеркало наливаютъ 2% растворъ карболовой кислоты, затѣмъ берутъ бужъ и пальцемъ правой руки вводятъ его въ каналъ шейки и оттуда въ полость матки по возможности медленно и осторожно, измѣняя направленіе бужа, коль скоро встрѣчается препятствіе.

Наичаще бужъ идетъ по задней или боковой стѣнкѣ матки. Когда онъ входитъ настолько, что изъ наружныхъ половыхъ частей выстоитъ только небольшой кусокъ его, то введеніе вполне удалось. Во влагалищѣ вокругъ бужа кладутъ кусокъ іодоформной марли, а къ концу бужа привязываютъ нитку или тесемку. Иногда при подвиганіи бужа въ полость матки, изъ матки показывается кровь; это происходитъ вслѣдствіе частичнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста концомъ бужа. Въ

такихъ случаяхъ бужь слѣдуетъ нѣсколько вынуть и дать ему другое направленіе. При обильномъ кровотеченіи изъ матки, надо совсѣмъ удалить бужь и тампонировать влагалище и даже каналъ шейки іодоформною марли.

Введенный въ матку бужь часто, спустя нѣсколько часовъ, вызываетъ сокращеніе матки; обыкновенно его оставляютъ до полного закрытія зѣва, во всякомъ случаѣ не болѣе 24 часовъ. Бываютъ случаи, что даже спустя сутки маточныя сокращенія не появляются; тогда бужь слѣдуетъ вынуть, и послѣ дезинфекціи влагалища, ввести другой или даже 2 новыхъ бужа въ полость матки. Равнымъ образомъ повышение Т., зависящее, вѣроятнѣе всего, отъ внесенія заразы на decidua, также служитъ показаніемъ для удаленія бужа. Иногда при введеніи бужа онъ прокалываетъ оболочки яйца, послѣ чего обыкновенно истекаетъ часть околоплодной жидкости. Въ такихъ случаяхъ бужь слѣдуетъ удалить, такъ какъ истеченіе водъ само по себѣ возбуждаетъ родовую дѣятельность. Нерѣдко встрѣчаются случаи, гдѣ при вполне правильномъ и повторномъ введеніи бужа въ теченіе нѣсколькихъ дней роды не начинаются. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ другому, болѣе дѣйствительному способу.

36. *Проколъ оболочекъ яйца* является наиболѣе дѣйствительнымъ и вѣрнымъ способомъ для возбужденія преждевременныхъ родовъ. Къ сожалѣнію, стоящая высоко при узкомъ тазѣ предлежащая часть и нерѣдко встрѣчающіяся неправильности въ положеніи и членорасположеніи плода при такихъ условіяхъ, а также отсутствіе околоплоднаго пузыря при родахъ въ значительной степени, ограничиваютъ его примѣненіе на практикѣ. Удобнѣе всего дѣлать проколъ оболочекъ при помощи зонда, на конецъ котораго надѣвается гусиное перо, очищенное въ видѣ зубочистки. Зондъ вводится въ матку также при помощи зеркала Симса, при положеніи больной на спинѣ съ приподнятыми къ животу бедрами. Послѣ истеченія небольшого количества водъ, во влагалище вкладываютъ тампонъ изъ 10⁰/₀ іодоформной марли; беременная не должна оставлять постели. Родовыя боли большею частью начинаются чрезъ нѣсколько часовъ, рѣдко проходитъ до начала ихъ 1—3 дня. Способъ этотъ главнымъ образомъ ввелъ въ акушерскую практику покойный вѣнскій профессоръ К. Браунъ.

46. *Введеніе жидкости въ полость матки.* Этотъ способъ принадлежитъ нѣмецкому врачу Cohen'у. Въ настоящее время для впрыскиванія жидкости наичаще вводятъ въ матку, какъ бужь при способѣ Krause, эластическій англійскій катетеръ толщиною въ 7—8 mm., конечно новый и предварительно хорошо обеззараженный. Къ наружному концу прикрѣпляется эластическая трубка, въ которую вставляется короткая стеклянная трубка. Впрыскиваніе жидкости совершается при помощи плотнаго гуттаперчеваго баллона. Вставленный кусокъ стеклянной трубки даетъ возможность слѣдить за движеніемъ жидкости и не

допускаетъ введеніе воздуха въ матку. Впрыскивается наичаще теплый 4% растворъ *acidi borici* въ количествѣ 50—150,0. Впрыскиваніе дѣлается постепенно, катетеръ осторожно вынимается и беременной предписываютъ оставаться въ постели. Нерѣдко вскорѣ послѣ впрыскиванія жидкости, которая распредѣляется между стѣнками матки и оболочками яйца, начинаются сокращенія матки. Если родовая дѣятельность останавливается, впрыскиваніе слѣдуетъ на другой день повторить.

Въ послѣднее время было предложено вмѣсто воды впрыскиваніе 50,0—100,0 обезцвѣченного глицерина. Но вскорѣ замѣтили, что введеніе большого количества глицерина вызываетъ воспаленіе почекъ и кровавую мочу. Почему такое видоизмѣненіе оставлено.

Практическіе выводы.

Сопоставляя изложенные выше наиболѣе употребительные способы для возбужденія преждевременныхъ родовъ, легко прійти къ заключенію, что между ними нѣтъ ни одного, который бы былъ годенъ для всѣхъ случаевъ. Почему между различными способами слѣдуетъ дѣлать выборъ, принимая во вниманіе особенности даннаго случая.

1. При кровотеченіяхъ изъ матки слѣдуетъ прибѣгать преимущественно къ тампонаціи влагалища или къ расширенію канала шейки.

2. Когда родовые пути мало подготовлены и шейка матки плотна, умѣстны влагалищные души.

3. Въ другихъ случаяхъ, при отсутствіи вышеупомянутыхъ осложненій, слѣдуетъ вызывать роды по способу Tarnier, который въ нашей практикѣ давалъ гораздо болѣе благоприятные результаты, нежели введеніе булжа по Krause, или способъ Cohen'a.

4. Когда эти способы не ведутъ къ цѣли, при правильныхъ положеніяхъ можно прибѣгнуть къ проколу пузыря. Въ другихъ случаяхъ наиболѣе цѣлесообразно, въ особенности при вызваніи раннихъ родовъ, ввести въ каналъ шейки и въ матку полоски 10% іодоформной марли.

5. Когда родовая дѣятельность замедляется, вслѣдствіе слабости потугъ и каналъ шейки пропускаетъ 1—2 пальца, слѣдуетъ дѣлать комбинированный поворотъ на ножку. Такимъ образомъ нерѣдко можно значительно сократить теченіе родовъ и принести большое облегченіе женщинѣ, а также спасти жизнь плода. Можно также въ этихъ случаяхъ предварительно расширить значительно маточный зѣвъ, введя въ матку кольпейринтеръ по способу Mäurer'a, разработанному Dührssen'омъ, и затѣмъ ввести руку и произвести внутренній поворотъ на ножку.

Большинство нѣмецкихъ акушеровъ до сихъ поръ еще предпочитаетъ способъ Krause, какъ это можно заключить по сообщеніямъ Kleinwächter'a, Ahlfeld'a, Strauch'a, Fehling'a, Winkel'я, Schrader'a, Schönberg'a и др. Во Франціи примѣняется способъ Tarnier и его видоизмѣненіе—способъ Champetier de Ribes. Къ сожалѣнію, до сихъ поръ эти способы мало распространены среди русскихъ врачей. Oui нашелъ,

что при употребленіи баллона Tarnier роды оканчиваются вдвое скорѣе. Въ послѣднее время Tarnier и Bossi предложили металлическіе расширители, еcarteurs, для вызванія преждевременныхъ родовъ. Sandheim и Wonnaire нашли инструментъ Tarnier весьма цѣлесообразнымъ. Ballantyne предпочитаетъ баллонъ Champetier. Fehling начинаетъ вызваніе преждевременныхъ родовъ примѣненіемъ способа Кивиша. Въ клиникѣ Braun'a до сихъ поръ предпочитаютъ, повидимому, прободеніе оболочекъ яйца. Frank въ 5 случаяхъ съ успѣхомъ примѣнялъ введеніе іодоформной марли въ каналъ шейки и въ полость матки. Примѣненіе постоянного тока Freund, Brühl, Baye'омъ и др. на матку и на груди не дало ожидаемыхъ результатовъ. Впрыскиваніе въ матку 30,0—50,0 очищеннаго глицерина, предложенное Pelzer'омъ, сопровождалось часто опасными явленіями. Feggarі и Nures наблюдали даже летальные исходы. Смазываніе эластическихъ бужей смѣсью глицерина съ желатиной, предложенное Theilhaber'омъ и Flatau, особеннаго значенія не имѣетъ. Довольно странное мнѣніе высказалъ покойный Баландинъ, будтобы преждевременные роды возбуждаются только при развитіи sepsis.

Предсказаніе при вызваніи преждевременныхъ родовъ въ настоящее время гораздо благопріятнѣе, чѣмъ было до примѣненія антисептики, когда при такихъ родахъ смертность дѣтей и роженицъ при узкихъ тазахъ была вдвое или втрое больше, нежели при срочномъ родоразрѣшеніи женщинъ съ такими аномаліями таза. Въ настоящее время смертность родильницъ, у которыхъ были вызваны преждевременные роды, не превышаетъ 3%, нѣкоторые считаютъ ее гораздо ниже; но смертность дѣтей весьма значительна, — ихъ умираетъ 30—40%, тѣмъ не менѣе ихъ погибаетъ почти вдвое меньше, нежели у этихъ же роженицъ при срочныхъ родахъ.

По изслѣдованіямъ Buschbeck'a и Beuttner'a въ 491 случаяхъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ смертность родильницъ не превышаетъ 20%. По Ahlfeld'у въ послѣднее время она упала даже ниже 1%; заболеваемость доходитъ до 16%. Между тѣмъ какъ у Dohrn'a смертность родильницъ достигаетъ 5,6%, у Wyder'a — 5,3% послѣ этой операціи. На смертность дѣтей наиболѣе значительное вліяніе оказываетъ степень служенія таза. По изслѣдованіямъ Ahlfeld'a, при conj. 9,25—8,5 см., оставались въ живыхъ 84% дѣтей, при conj. 8,5—7, только 66,6%. Между тѣмъ какъ при тазахъ съ conj. менѣе 7 см. ни одинъ новорожденный не остался въ живыхъ. Корpenheim нашелъ, что даже при conj. меньшей 8 см. остается въ живыхъ только 30%. Въ клиникахъ Schroeder'a, Fehling'a, Leopold'a, Säxinger'a, Pinard'a, и др., гдѣ преждевременные роды не вызывались при тазахъ съ conj. менѣе 7 см., смертность новорожденныхъ была отъ 30 до 50%. Немногіе акушеры, подобно Kuppferath'у, находятъ цѣлесообразнымъ производить эту операцію даже при тазахъ съ conj. 6,5—5,5 см. Ягодичная предлежанія при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ увеличиваютъ смертность новорожденныхъ. По наблюденіямъ Wöflinger'a, средняя продолжительность искусственно вызванныхъ родовъ 79 часовъ, но при способѣ Tarnier и Champetier роды протекаютъ гораздо скорѣе—отъ 20 до 30 часовъ.

По изслѣдованіямъ Dohrn'a смертности родильницъ послѣ преждевременныхъ родовъ не превышаетъ смертность послѣ краніотоміи и гораздо меньше, нежели при К. С.—Walther нашелъ, на основаніи 25 собственныхъ наблюденій, что своевременные роды въ этихъ случаяхъ дали всего 27% живыхъ дѣтей, между тѣмъ какъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ остались въ живыхъ 68,5% дѣтей.

Глава 4.

Акушерскій поворотъ, *versio obstetrica*.

Поворотъ представляетъ одну изъ важнѣйшихъ акушерскихъ операций. Поворотомъ въ акушерствѣ называется произведенное внутренними или наружными приемами измѣненіе поперечнаго положенія въ продольное, а также превращеніе одного продольнаго положенія въ другое, съ цѣлью способствовать благополучному родоразрѣшенію или получить возможность окончить роды безъ замедленія.

Акушерскій поворотъ одна изъ наиболѣе старинныхъ операций; она была извѣстна римскимъ и греческимъ врачамъ, потомъ была забыта, и только въ XVI столѣтіи Ambroise Paré и другіе французскіе хирурги стали ее примѣнять и указали надлежащія правила и способы для ея производства, которые непрерывно разрабатываются до настоящаго времени.

Такъ какъ вышечисленные цѣли операции достигаются не при одинаковыхъ условіяхъ и неодинаковыми способами, почему различаютъ нѣсколько видовъ акушерскаго поворота.

А. Внутренній поворотъ.

В. Комбинированный поворотъ.

С. Наружный поворотъ.

А. Внутренній акушерскій поворотъ представляетъ, безъ сомнѣнія, наиболѣе важный видъ этой операции. Для совершенія его надо ввести руку въ матку. Въ настоящее время почти безъ исключенія онъ совершается на одну, рѣже на обѣ ножки плода. Въ то время, когда младенецъ постепенно получаетъ продольное положеніе, иначе сказать вращается, во влагалище и затѣмъ наружу постепенно низводятся одна или обѣ ножки плода. Такой поворотъ совершается какъ при поперечныхъ, такъ и при головныхъ положеніяхъ. Ось вращенія проходитъ черезъ матку и тѣло младенца спереди назадъ, а верхняя и нижняя конечныя точки тѣла младенца совершаютъ вращеніе, въ первомъ случаѣ описывая дугу не болѣе 90° , во второмъ почти 180° .

Внутренній поворотъ на головку въ настоящее время совершается крайне рѣдко. Почти во всѣхъ случаяхъ его можно замѣнить съ большею пользою для матери и плода поворотомъ на ножки.

1. Внутренній поворотъ на ножки, *versio ad pedes*.

Благопріятными условіями для этой операции слѣдуетъ признать:

1. Достаточное раскрытіе маточнаго зѣва, или его растяжимость, что даетъ возможность проникнуть рукою въ полость матки безъ надрыва его краевъ. Рука свободно проходитъ въ матку, если съ обѣихъ сторонъ зѣва остаются края шириною въ $1-1\frac{1}{2}$ пальца. Въ другихъ случаяхъ края зѣва, раскрытаго приблизительно на 3—4 пальца, мягки и податливы, особенно у многорожавшихъ, которыя въ этомъ отношеніи представляютъ предъ первороженницами огромное пре-

имущество. У первороженицъ, какъ извѣстно, края зѣва вообще плотнѣе и въ меньшей степени поддаются растяженію. Пока околоплодный пузырь цѣль и роды не сопровождаются опасными для роженицы осложнениями, слѣдуетъ выждать по возможности большаго раскрытія зѣва.

2. Подвижность плода составляетъ одно изъ существенныхъ условій для успѣха операціи. Наибольшую подвижность имѣетъ плодъ при стоящихъ водахъ или вскорѣ послѣ разрыва пузыря. Затѣмъ стѣнки матки, вслѣдствіе родовыхъ сокращеній, начинаютъ тѣснѣе обхватывать тѣло плода, постепенно прилегая къ нему. Вслѣдствіе этого подвижность плода уменьшается.

3. Отсутствие спазматическихъ сокращеній, нормальное состояніе и положеніе сократительнаго кольца матки. Тамъ, гдѣ встрѣчаются ненормальности въ этомъ отношеніи, необходимо назначеніемъ ваннъ и наркотическихъ средствъ устранить эти спазматическія сокращенія, прежде чѣмъ приступить къ операціи поворота.

4. Тазъ долженъ быть нормальный или по крайней мѣрѣ имѣть размѣры вполнѣ достаточные для проведенія руки чрезъ тазовой каналъ, а равнымъ образомъ и для извлеченія младенца.

5. Въ остальныхъ частяхъ родового канала не должно быть никакихъ препятствій для прохожденія рукою въ полость матки.

6. Плодъ долженъ имѣть не менѣе 6 мѣсяцевъ; такъ какъ плоды болѣе ранняго возраста, не достигающіе 700—800 gm. вѣса, могутъ легко проходить чрезъ тазовой каналъ при поперечномъ положеніи, посредствомъ *evolutio spontanea* или *conduplicato corpore*. Почему только въ исключительныхъ случаяхъ при такихъ малыхъ плодахъ нужно прибѣгать къ повороту.

Нельзя назвать рациональнымъ совѣтъ Winter'a ожидать во всѣхъ случаяхъ полнаго раскрытія зѣва для совершенія внутренняго поворота на ножки. Слѣдуетъ принять за правило приступать къ операціи, коль скоро чрезъ зѣвъ можно пройти рукою въ полость матки. Такимъ образомъ часто можно предупредить раннее истеченіе воды, послѣ чего операція поворота становится труднѣе.

Показанія довольно разнообразны.

1. *Поперечныя положенія.*
2. *Предлежаніе дѣтскаго мѣста*, сопровождающееся во время родовъ обильнымъ кровотеченіемъ, которое заставляетъ спѣшить съ окончаніемъ родовъ.
3. *Выпаденіе пуповины*, а также другія *нарушенія членорасположенія плода*, несомвѣстныя съ правильнымъ теченіемъ родовъ.
4. *Ненормальныя головныя предлежанія*, могущія затруднить роды, именно — лицевое и въ особенности лобное, если предлежащая часть стоитъ высоко и подвижна. При тѣхъ же условіяхъ, показуется совершеніе поворота даже при нормальныхъ теменныхъ предлежаніяхъ, если родовыя пути вполнѣ подготовлены, когда состояніе роженицы требуетъ

немедленнаго окончанія родовъ, наприм. при эклямпси, пристунахъ сильной одышки и проч.

5. *Нѣкоторыя формы узкаго таза* служатъ показаніемъ къ повороту на ножки при теменныхъ предлежаніяхъ. Такое показаніе представляютъ наичаше плоскіе тазы второй степени съ *conj. 8¹/₂ — 7*, а иногда даже съ *conj. 9¹/₂—8¹/₂*, при крупныхъ плодахъ. Конечный предѣлъ, при которомъ слѣдуетъ дѣлать поворотъ на ножки, тотъ же, что при вызываніи преждевременныхъ родовъ, именно при плоскихъ тазахъ онъ представляетъ *conj. 7 ст.*; такъ какъ при размѣрѣ нѣсколько меньшемъ ни рука оператора, ни послѣдующая головка плода обыкновенно не можетъ пройти чрезъ входъ такого таза, за рѣдкими исключеніями.

Рѣже производятъ поворотъ при другихъ формахъ суженія таза, при которыхъ труднѣе удастся извлечь живой плодъ, напр. при общесуженныхъ тазахъ, или при плоскихъ общесуженныхъ. Тѣмъ не менѣе во всѣхъ этихъ случаяхъ теченіе родовъ сокращается къ немалой пользѣ для матери, хотя иногда приходится дѣлать прободеніе послѣдующей головки.

6. Слѣдуетъ оканчивать роды поворотомъ въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда, при достаточно раскрытомъ зѣвѣ, удастся приподнять кверху *заграждающую входъ въ тазъ фиброміому или кисту яичника*, чтобы при дальнѣйшемъ теченіи родовъ она снова не смѣстилась въ полость таза. *При разрывѣ матки* во время родовъ также приходится оканчивать роды часто поворотомъ на ножки.

7. Поворотомъ на ножки иногда оканчиваютъ роды при *различныхъ видахъ monstra duplicia*.

Во многихъ учебникахъ приводится еще показаніе къ повороту въ такихъ случаяхъ перфорациі подлежащей головки, когда извлеченіе плода за головку представляется невозможнымъ. Въ настоящее время, когда мы обладаемъ вполне дѣлесообразными инструментами для захватыванія головки послѣ прободенія, а также и для дробленія основанія черепа, врядъ ли можетъ встрѣтиться необходимость произвести поворотъ при этихъ условіяхъ.

Наиболѣе благоприятнымъ моментомъ для совершенія такъ называемаго профилактическаго поворота при узкомъ тазѣ слѣдуетъ считать цѣлость околоплоднаго пузыря. Послѣ истеченія воды операція гораздо труднѣе, а при раннемъ отхожденіи околоплодной жидкости часто даже невыполнима. Своевременно произведенный профилактическій поворотъ на ножки даетъ благоприятные результаты. Wehle совѣтуетъ дѣлать его при узкихъ тазахъ, даже при *conj 7 ст.* Опуская нижнія конечности роженицы, по способу Walcher'a, книзу, удавалось даже при такихъ тазахъ извлекать живыхъ дѣтей.

Приготовленія къ операціи.

Кромѣ обыкновенныхъ принадлежностей для родовъ вообще, слѣдуетъ имѣть наготовѣ акушерскую петлю.

Лучше употреблять каждый разъ новую петлю изъ крѣпкой холщовой тесьмы, длиною около 80 см. На одномъ изъ ея концовъ должно находиться продоль-

ное отверстіе, чтобы было возможно образовать и затянуть петлю. Возлѣ этого конца, на разстояніи 5 см. не мѣшаетъ сдѣлать два небольшихъ кармана глубиною въ 4 см., а шириною въ палецъ. Петля обеззараживается кипяченіемъ, послѣ чего ее кладутъ въ растворъ карболовой кислоты или сулемы, откуда вынимаютъ непосредственно предъ употребленіемъ.

Необходимо также имѣть подъ рукою все необходимое для оживленія младенца, который часто рождается въ асфиксін. Само собою разумѣется, слѣдуетъ также тщательно обеззаразить больную. Только въ легкихъ случаяхъ, напр. при цѣломъ пузырьѣ, и притомъ у много-раждающихъ, можно дѣлать операцію безъ хлороформа. Во всѣхъ другихъ случаяхъ необходимъ полный наркозъ, почему весьма желательно присутствіе товарища, которому бы можно поручить хлороформированіе.

При совершеніи операціи, даютъ роженицѣ обыкновенное горизонтальное положеніе на поперечной кровати, рѣже боковое, на той сторонѣ, гдѣ находятся ножки плода. Нижнія конечности при положеніи на спинѣ удерживаются помощникомъ; операторъ сидитъ на низкой скамейкѣ предъ роженицей. Кишечный каналъ слѣдуетъ опорожнить при посредствѣ клистира и выпустить мочу катетромъ.

Mensinga, при трудныхъ случаяхъ поворота, совѣтуетъ класть роженицу на животъ. При этомъ матка становится короче, утрачиваетъ свою подвижность, боли при операціи бываютъ меньше и промежность остается на виду. Почему значительно облегчается захватываніе и низведеніе ножки. Тѣмъ не менѣе это положеніе крайне неудобно, почти во всѣхъ случаяхъ его можно съ удобствомъ замѣнить положеніемъ роженицы на боку, соответствующему ножкамъ. Неудобно также при внутреннемъ поворотѣ положеніе роженицы на колѣняхъ и локтяхъ, которое иногда примѣняли прежніе акушеры и которое въ недавнее время рекомендуютъ Gergb и Cutts. Предлежащее плечико отходитъ кверху, уменьшается внутрибрюшное давленіе и уничтожается напряженіе живота. Коль скоро поворотъ при этомъ положеніи оконченъ, роженицу слѣдуетъ положить на спину.

Нужно поставить себѣ за правило никогда не приступать къ повороту, въ особенности послѣ истеченія водъ, не уяснивши себѣ сперва вполне обстоятельно положенія и предлежанія плода, а также не составивъ себѣ вполне опредѣленнаго понятія объ общемъ состояніи роженицы. Когда роженица начинаетъ засыпать подъ вліяніемъ хлороформа, акушеръ обнажаетъ обѣ свои руки выше локтей, тщательно ихъ дезинфицируетъ; одну изъ нихъ, именно ту, которую нужно вводить въ матку, онъ смазываетъ карболовымъ вазелиномъ, именно нижнюю часть плеча, предплечіе и тыльную поверхность ручной кисти. Ладонь покрываетъ вазелиномъ не слѣдуетъ, чтобы пальцы не соскользнули съ захваченной ножки.

Выборъ руки. слѣдуетъ поставить за общее правило вводить въ матку ту руку, которая соответствуетъ, когда акушеръ стоитъ предъ роженицей, сторонѣ матки, гдѣ находятся ножки. слѣдовательно, при первой позиціи—лѣвую, при второй—правую; все равно будетъ-ли это поперечное или продольное головное положеніе.

Производство операціи.

Операція внутренняго акушерскаго поворота на ножки состоитъ изъ 3-хъ моментовъ:

1. Введеніе руки въ матку.
2. Захватываніе одной или обѣихъ ножекъ.
3. Собственно поворотъ.

1. *Введеніе руки.* Пальцы избранной руки складываются конусообразно, причемъ ихъ концы прилегаютъ одинъ къ другому; верхушка большого пальца находится въ желобкѣ, образуемьми остальными пальцами. Раздвигая другою рукою большія и малыя губы, сложенными концами пальцевъ проникаютъ въ половую щель, при чемъ ширина ладони соотвѣтствуетъ направленію половой щели. Сперва проходятъ 4 пальца, затѣмъ съ ними проникаетъ и большой палецъ. Ручная кисть нѣсколько поворачивается въ сторону и медленно проходитъ во влагалище, гдѣ руку немедленно надо повернуть тыльною поверхностью къ крестцовой впадинѣ, при чемъ концы сложенныхъ пальцевъ входятъ въ зѣвъ матки. Проведеніе руки во влагалище происходитъ при полномъ наркозѣ и во время паузы. Это правило слѣдуетъ соблюдать въ особенности строго при дальнѣйшихъ манипуляціяхъ рукою въ полости матки.

Коль скоро верхушка ручной кисти коснулась маточнаго зѣва, немедленно слѣдуетъ другою рукою обхватить дно матки и, удерживая его, нѣсколько надавливать сверху по направленію таза, чтобы дать маткѣ надлежащую опору во время прохожденія въ ея полость руки, уже находящейся во влагалищѣ. Такъ какъ въ противномъ случаѣ, въ особенности послѣ истеченія водъ, вводимая въ матку рука можетъ отодвигать и проподнимать этотъ органъ кверху, растягивая его нижній сегментъ или задній сводъ влагалища. Въ особенности при узкомъ тазѣ, а равно во всѣхъ случаяхъ, гдѣ родовая дѣятельность тянулась уже довольно долго, матка бываетъ особенно подвижна, вслѣдствіе значительнаго растяженія нижняго сегмента. При такихъ условіяхъ, можетъ легко послѣдовать разрывъ матки или свода влагалища. Почему во всѣхъ случаяхъ внутренняго поворота нужно принять за правило свободною рукою удерживать дно матки. Когда околоплодный пузырь еще сохранился, его слѣдуетъ разорвать, при проведеніи руки чрезъ маточный зѣвъ. Такъ какъ, не сдѣлавъ этого, проникновениемъ руки между оболочками яйца и стѣнкою матки можно отслоить дѣтское мѣсто и вызвать кровотеченіе. Введенная въ матку рука отчасти препятствуетъ въ такихъ случаяхъ дальнѣйшему истеченію околоплодной жидкости.

Чрезъ маточный зѣвъ слѣдуетъ вообще проводить сложенную руку медленно, во время паузы и прежде всего должно обратить вниманіе на предлежащую часть, будетъ-ли это плечико или головка, которую нужно *приподнять* слегка этою рукою кверху и стараться по возмож-

ности *отодвинуть* въ сторону противоположную ножкамъ, чтобы получить возможность свободно провести руку далѣе въ полость матки. Здѣсь слѣдуетъ расположить руку такимъ образомъ, чтобы ладонь находилась на тѣлѣ младенца, а тыльная поверхность ручной кисти была обращена къ стѣнкамъ матки.

2. *Захватываніе ножки.* Когда врачу хорошо извѣстно положеніе младенца, въ большинствѣ случаевъ не трудно дойти до ножекъ. Подвигать руку слѣдуетъ осторожно, при этомъ надо избѣгать быстрыхъ и порывистыхъ движеній; рука прилегающая къ тѣлу младенца должна какъ бы ползучими движеніями двигаться далѣе.



Фиг. 225. Проведеніе руки по боку младенца къ ножкамъ.

Съ давнихъ поръ при акушерскомъ поворотѣ придерживаются двухъ путей для достиженія ножекъ младенца. Путь короткий, когда введена въ матку рукою направляются къ животу младенца, гдѣ наичаще, при правильномъ членорасположеніи, находятся пригнутыя къ животу и согнутыя въ коленныхъ ножки. Этимъ путемъ нужно проникать, когда плодъ сохраняетъ свое правильное членорасположеніе; слѣдовательно во всѣхъ случаяхъ при головныхъ положеніяхъ, а при поперечныхъ, когда пузырь цѣль, или векоръ послѣ истеченія водъ, когда правильное членорасположеніе плода еще сохранилось.

Однако въ большинствѣ случаевъ при поперечныхъ положеніяхъ плода приходится избирать болѣе длинный, за то болѣе надежный путь къ ножкамъ. Отодвинувъ нѣсколько предлежащую часть, ладонь руки располагаютъ по нижнему боку груди и живота младенца, отсюда постепенно поднимаются къ нижележащей ягодицѣ, а съ нея переходятъ къ нижнему бедру, возлѣ котораго не трудно найти голень. Съ этою цѣлью надо подвигаться по бедру къ голени или провести пальцы руки съ бедра кверху на переднюю поверхность младенца. Когда, при такомъ поступательномъ движеніи руки, въ маткѣ появляются родовыя схватки, ладонь надо держать неподвижно, приложивъ вплотную къ поверхности тѣла младенца. Никогда не слѣдуетъ прибѣгать къ насилію при подвиганіи руки. Перѣдко матка сокращается

такъ сильно, что введенная въ ея полость рука акушера испытываетъ значительную боль и на время утрачиваетъ способность къ движенію. При этомъ легко можно убѣдиться въ сильномъ напряженіи сократительнаго кольца. Коль скоро сокращенія матки прекратились, руку слѣдуетъ подвинуть дальше, пока не дойдемъ до ножекъ плода. Въ этотъ моментъ надавливаніемъ на дно матки, мы облегчаемъ захватываніе ножекъ, подвигая ихъ давленіемъ снаружи какъ бы навстрѣчу пальцамъ руки, находящейся въ маткѣ.

Которую ножку слѣдуетъ захватывать—нижнюю или верхнюю? Между акушерами въ этомъ отношеніи существуетъ нѣкоторое разногласіе. Возможность захватыванія ножки значительно облегчается, когда берутъ ближайшую, т.-е. нижележащую ножку. Но можно ли поступать такимъ образомъ во всѣхъ случаяхъ? Въ практикѣ желательно, чтобы при переходѣ плода въ продольное положеніе, въ чемъ заключается сущность поворота, тѣло младенца совершало по возможности наиболѣе простыя цѣлесообразныя движенія, чтобы тотчасъ по совершеніи поворота спереди находилась ягодица, ножка которой была захвачена. Когда при поперечномъ положеніи спинка младенца обращена кпереди, другими словами, когда мы имѣемъ передній видъ этого положенія; то, захвативши нижнюю ножку, мы всегда почти достигаемъ этой цѣли.

Иное дѣло при поперечныхъ положеніяхъ со спинкою, обращенною кзади. Здѣсь захватывая нижнюю ножку, обыкновенно наиболѣе доступную, мы не всегда можемъ надѣяться, что соответствующая ягодица, при совершеніи поворота, установится возлѣ лоннаго соединенія. Такъ какъ при движеніи тѣла младенца около оси, проходящей спереди назадъ, скорѣе лежащая кверху ягодица можетъ занять переднюю часть таза. Почему, прежде чѣмъ роды подвинутся впередъ, туловище младенца должно еще совершить добавочное вращательное движеніе около своей продольной оси, чтобы ягодица, соответствующая захваченной ножкѣ, обратилась къ передней части таза. При этомъ иногда нарушается правильное расположеніе ручекъ, которыя легко запрокидываются, и также пуповина иногда можетъ обвиться вокругъ тѣла плода. Въ другихъ случаяхъ верхняя ягодица можетъ зацѣпиться за выдающийся край входа въ тазъ и здѣсь задержаться, препятствуя совершенію поворота. Все это приходится акушерамъ наблюдать нерѣдко.

Къ сожалѣнію подобныя же неправильности и осложненія далеко не всегда устранимы захватываніемъ выше расположенной ножки, что болѣею частью труднѣе выполнимо. При захватываніи и низведеніи верхней ножки, младенецъ также долженъ совершить вращательное движеніе на 90° около своей продольной оси, также его ягодичная щель можетъ иногда упереться въ край входа въ тазъ. Даже захвативши эту верхнюю ножку, мы не всегда можемъ ее низвести наружу; этому можетъ препятствовать ниже лежащая ножка, которая, при такихъ манипуляціяхъ, иногда разгибается въ коленномъ суставѣ. Почему нѣтъ достаточныхъ основаній строго придерживаться правила,—захватывать при второмъ видѣ поперечнаго положенія непременно верхнюю ножку плода.

На практикѣ наперекоръ теоретическимъ соображеніямъ, наичаще и при заднетеменныхъ поперечныхъ положеніяхъ приходится довольствоваться захватываніемъ ближе лежащей ножки, но во избѣжаніе разныхъ случайностей, тамъ, *идь возможно, надо захватывать при задне-спинномъ поперечномъ положеніи обѣ ножки плода* что значительно облегчаетъ переходъ изъ поперечнаго въ продольное положеніе младенца. Этотъ приемъ надо стараться примѣнять также во всѣхъ случаяхъ, гдѣ матка плотно обхватываетъ тѣло плода, если только удастся достигнуть обѣихъ ножекъ.



Фиг. 226. Отодвиганіе предлежащей головки въ сторону и проведеніе руки въ матку для поворота на ножки при тѣмномъ предлежаніи.

При головныхъ положеніяхъ вездѣ, гдѣ возможно, слѣдуетъ захватывать переднюю ножку, слѣдовательно, при первой позиціи—правую, при второй—лѣвую, а когда матка плотно прилегаетъ къ тѣлу плода, нужно стараться также захватить обѣ ножки.

Наиболѣе цѣлесообразно захватывать за стопу младенца; такъ какъ рука акушера совершаетъ при этомъ наименѣе энергичныя движенія. При этомъ указательный и средній палецъ обхватываютъ виллообразно оба мышцелка, а большой палецъ располагается на нихъ спереди. Когда захватываютъ обѣ ножки, то между обѣихъ стопъ

помѣщается средній палецъ, указательный же и четвертый захватываютъ мышцелки, большой помѣщается на нихъ спереди. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наиболѣе доступна голень, ее слѣдуетъ захватывать всю рукою, какъ толстую вѣтку дерева, которую мы желаемъ изогнуть.

Иногда наиболѣе доступною частью является колѣно; его слѣдуетъ захватить крючкообразно изогнутымъ указательнымъ пальцемъ, при чемъ рука сжимается въ кулакъ, и большой палецъ кладутъ поверхъ указательнаго. Крайне рѣдко приходится захватывать весь паховой сгибъ и низводить ягодицы.

3. *Совершеніе собственно поворота.* Колъ скоро захвачена одна или

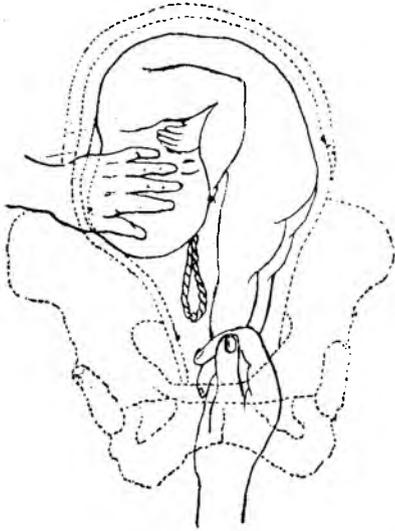
обѣ ножки, слѣдуетъ низводить ихъ книзу во время паузы, по направленію къ мысу крестцовой кости, и возлѣ соответствующаго крестцовоподвздошнаго сочлененія въ крестцовую впадину; если движеніе совершается плавно и легко, захваченную ножку проводятъ чрезъ влагалище наружу до колѣннаго сустава. Въ это время рука, расположенная снаружи на маткѣ способствуетъ нѣсколько этому движенію, сперва надавливая на ягодицы младенца, затѣмъ слегка отодвигая его головку вверхъ. Коль скоро ножка выведена изъ наружныхъ частей до колѣна,



Фиг. 227. Захватываніе передней ножки при совершеніи поворота на ножку младенца, находившагося въ теменномъ предлежаніи.

поворотъ слѣдуетъ считать удавшимся и оконченнымъ. Въ это время ягодицы располагаются во входѣ таза, а головка у дна матки. Когда поворотъ младенца совершился совершенно правильно, другими словами, когда ягодица, соответствующая выведенной ножкѣ, располагается возлѣ лоннаго соединенія; мизинецъ и наружный край стопы этой ножки бываетъ обращенъ кнаружи и кпереди, а большой палецъ къзади. Такое неполное ножное предлежаніе слѣдуетъ признать вполне нормальнымъ послѣ поворота на одну ножку. Напротивъ, когда ягодица, соответствующая низведенной ножкѣ, находится къзади, то кпереди бываетъ обращенъ большой палецъ и внутренній край стопы низведенной ножки. Въ послѣднемъ слу-

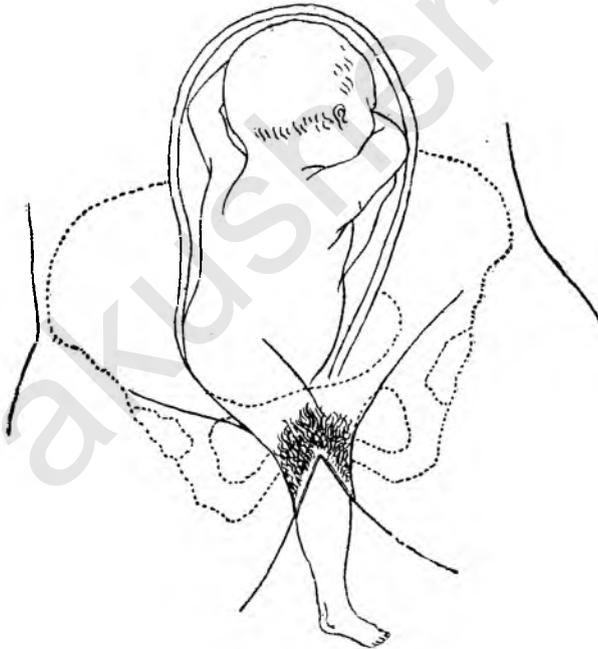
чаѣ при дальнѣйшемъ теченіи родовъ должно сперва послѣдовать вращеніе плода около его продольной оси почти на 180°, прежде чѣмъ послѣдуетъ дальнѣйшее поступательное движеніе плода. Захваченная въ полную руку при поворотѣ голень выше-



Фиг. 228. Низведеніе ножекъ плода при поворотѣ, другая рука акушера способствуетъ движенію головки кверху.

изложеннымъ способомъ также выводится чрезъ родовой каналъ наружу. Что же касается захваченнаго колѣна, то низведши его въ нижнюю часть матки, къ наружному зѣву, слѣдуетъ его здѣсь разогнуть единственно при помощи пальцевъ руки, его захватившей; во влагалище для разгибанія меньше мѣста. Затѣмъ захватываютъ стопу или голень и продолжаютъ дальнѣйшее низведеніе ножки.

Послѣ совершения поворота, хлороформированіе слѣдуетъ немедленно прекратить. Обѣ руки акушера оказываются свободными. Онъ имѣетъ полную возможность освѣδοчиться о состояніи матери и посредствомъ стетоскопа произвести выслушиваніе сердечныхъ тоновъ младенца. При раздраженіи щекотаніемъ подошвы выведенной ножки, послѣдняя обнаруживаетъ явныя рефлекторныя движенія, служащія однимъ изъ доказательствъ, что плодъ живъ.



Фиг. 229. Правая ножка младенца выведена наружу до колѣна; поворотъ окончень.

Поворотъ, даже не особенно трудный, нерѣдко оказываетъ неблагоприятное вліяніе на живого младенца. Раздраженіе стѣнокъ матки, иногда вступленіе воздуха въ ея полость прижатіе пуповины, наконецъ измѣненіе положенія плода, все это

въ состояніи возбудить у плода преждевременную потребность дыханія и причинить болѣе или менѣе глубокую асфиксію. Замедленіе седцебіенія плода, которое находятъ векорѣ послѣ поворота, указываетъ именно на такое опасное состояніе плода. Почему во всѣхъ случаяхъ, гдѣ зѣвъ былъ вполне раскрытъ, по совершеніи поворота необходимо безотлагательно приступить къ извлеченію плода, которое надо совершать медленно, чтобы опорожненіе матки послѣдовало не сразу, а постепенно, съ цѣлью предупредить ея атонію.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ внутренній поворотъ былъ сдѣланъ при не вполне раскрытомъ зѣвѣ, нужно выждать прохожденія ягодиць чрезъ маточный зѣвъ, и тогда приступить къ извлеченію. Это правило можно нарушить только въ исключительныхъ случаяхъ, чтобы предотвратить угрожающую опасность для жизни матери, придерживаясь строго обычныхъ пріемовъ и примѣняя надлежащія пособія, чтобы предотвратить глубокой разрывъ шейки.

Затрудненія при совершеніи поворота. Они довольно разнообразны, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ обнаруживаются уже въ самомъ началѣ операціи. Мы рассмотримъ важнѣйшія затрудненія.

1. *Узкость половой щели и влагалища.* Половая щель и входъ во влагалище у перворажающихъ иногда представляютъ значительное сопротивленіе при проведеніи руки, если даже она вводится по всѣмъ правиламъ акушерскаго искусства. При насильственномъ введеніи руки легко можно причинить болѣе или менѣе глубокой надрывъ, почему удобнѣе, при встрѣтившемся затрудненіи, сдѣлать на краяхъ большихъ губъ нѣсколько надрѣзовъ такимъ же способомъ, какъ это дѣлается при эпизиотоміи.

Приобрѣтенное или врожденное суженіе влагалища иногда можетъ представлять серьезное препятствіе для проведенія руки въ матку, даже послѣ глубокихъ разрѣзовъ. Тамъ, гдѣ можно опасаться за цѣлость сводовъ, проведеніе руки въ матку сопряжено съ большимъ рискомъ. Крайне рѣдко встрѣчающіяся загражденія родового канала опухолями должны быть устранены соответственными средствами съ пути, чтобы сдѣлать возможнымъ операцію поворота.

2. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ врачъ призывается къ роженицѣ съ поперечнымъ положеніемъ, у которой уже прошли воды. При изслѣдованіи оказываются *края зѣва плотными, онъ открытъ всею на 1—2 пальца*, часто еще существуетъ каналъ шейки. При такихъ условіяхъ, дѣйствіе врача всецѣло зависитъ отъ особенностей даннаго случая. Тѣмъ не менѣе, врядъ ли такіе роды слѣдуетъ предоставлять даже на время силамъ природы, ожидая спокойно дальнѣйшаго раскрытія зѣва, пока явится возможность войти всею рукою въ матку и сдѣлать поворотъ, мотивируя такое пассивное отношеніе тѣмъ, что въ настоящее время никакой опасности для роженицы не существуетъ. Опасность возникаетъ при дальнѣйшемъ истеченіи водъ и при дѣй-

ствіи маточныхъ сокращеній, тѣло младенца постепенно плотно обхватывается стѣнками матки, и подвижность плода становится меньше. Иногда появляются спазматическія сокращенія, даже *tetanus uteri*. Почему въ такихъ случаяхъ роженицу слѣдуетъ уложить въ постель и ввести во влагалище кольпейринтеръ, чтобы помѣшать дальнѣйшему истеченію водъ въ тоже время поддерживать этимъ родовую дѣятельность матки и воспрепятствовать выпаденію ручки и пуповины. Когда возникаетъ несомнѣнная опасность для роженицы, необходимо



Фиг. 230. Поворотъ на ножки при выпавшей ручкѣ плода.

приступить къ расширенію зѣва посредствомъ мѣшковъ Barnes'a, или ввести въ матку за внутренній зѣвъ кольпейринтеръ. Въ другихъ случаяхъ, если края нѣскольکو раскрытаго зѣва не толсты, можно сдѣлать, чтобы провести руку для поворота, обыкновенные надрѣзы. Глубокіе надрѣзы до сводовъ могут понадобиться только въ исключительныхъ случаяхъ, при опасныхъ осложненіяхъ, угрожающихъ жизни родильницы.

3. *Малая подвижность плода.* Подвижность плода обыкновенно

уменьшается, какъ уже сказано, послѣ излитія водъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда маточныя сокращенія бываютъ слабы или совершенно прекращаются, не смотря на прилегание стѣнокъ матки къ тѣлу плода, онъ сохраняетъ свою подвижность иногда довольно долго. Намъ случалось дѣлать много разъ поворотъ, спустя 1—2 дня и болѣе послѣ истеченія водъ, безъ особенныхъ затрудненій. Однако тамъ, гдѣ матка начинаетъ сокращаться энергично, она не только плотно сжимаетъ тѣло младенца, но въ тоже время вгоняетъ предлежащее плечико во входъ, гдѣ оно устанавливается плотно, и даже при полномъ наркозѣ, плечико не уступаетъ и не поднимается кверху, при умѣренномъ надавливаніи рукою, введенною во влагалище. Въ такихъ случаяхъ поворотъ невозможенъ, и акушеръ долженъ примѣнить иной способъ родоразрѣшенія для спасенія роженицы. Если даже дѣло не доходитъ до глубокаго вѣдренія



Фиг. 231. Поворотъ на ножку при запущенномъ передне-спинномъ видѣ поперечнаго положенія, во 2 позиціи. Членорасположеніе плода нарушено; введена въ матку правая рука и захвачена голень ниже лежащей ножки.

плечика въ тазъ, то уменьшеніе подвижности плода осложняется ненормальнымъ членорасположеніемъ плода.

Выпаденіе пуповины при поперечныхъ положеніяхъ представляетъ крайне неблагоприятное осложненіе для младенца, который въ большинствѣ случаевъ извлекается мертвымъ. Часто плодъ, находящійся внутри матки, также измѣняетъ болѣе или менѣе свое нормальное членорасположеніе. Сторона груди, лежащая ниже, сильно выпячивается, ягодицы сближаются съ головкою, колѣни отходятъ отъ живота, нижнія

конечности вытягиваются и стопы иногда запрокидываются къ ягодичамъ. Конечно это возможно, только при измѣненіи формы матки подъ вліяніемъ ея родовыхъ сокращеній.

4. Иногда, спустя нѣкоторое время послѣ истеченія водъ, родовыя сокращенія матки, при поперечныхъ положеніяхъ, утрачиваютъ свой нормальный характеръ подъ вліяніемъ частыхъ изслѣдованій, неудачныхъ попытокъ къ повороту, душевныхъ волненій, а также послѣ назначенія *sesale cornutum*, или просто влѣдствіе непреодолимаго сопротивленія. *Родовыя боли становятся спазматическими*, промежутки укорачиваются, стѣнки матки становятся чувствительными при ошупываніи, края внутренняго зѣва представляются напряженными и болѣзненными при дотрогиваніи. Рѣже развивается такъ называемый *tetanus uteri*, когда этотъ органъ постоянно находится въ состояніи сильнѣйшаго сокращенія, плотно сжимая со всѣхъ сторонъ тѣло плода. Въ другихъ случаяхъ, при продолжительныхъ и чрезмѣрно сильныхъ сокращеніяхъ матки, сократительное кольцо постепенно поднимается кверху, по направленію къ пупку, и располагается косвенно. При этомъ *нижній сегментъ*, особенно та часть его, гдѣ располагается головка, иногда также *сводъ влагалища, сильно истончаются*. При дальнѣйшихъ родовыхъ сокращеніяхъ, иногда при попыткѣ къ повороту, въ этомъ мѣстѣ легко происходитъ разрывъ маточной стѣнки, или отдѣленіе ея отъ свода влагалища. Такія отступленія отъ правильной дѣятельности матки сопровождаются нерѣдко болѣе или менѣе значительною лихорадкою, неправильнымъ пульсомъ, ощущеніемъ сильныхъ болей въ маткѣ. При значительномъ растяженіи нижняго сегмента матки, подлежащее плечико въ значительной степени утрачиваетъ свою подвижность. Во всѣхъ такихъ случаяхъ необходимо назначеніе теплыхъ ваннъ и душей, а также наркотическихъ средствъ, чтобъ устранить эти ненормальныя сокращенія, прежде чѣмъ будетъ возможно приступить къ совершенію поворота. Хлороформированію слѣдуетъ предпослать подкожное впрыскиваніе морфія съ атропиномъ. Rp. Morphii muriatici 0,1, Atropini sulfurici 0,01, Aq. destill 10,0 M. D. S. По 1,0 для подкожнаго впрыскиванія.

5. *Выпавшая ручка* въ огромномъ большинствѣ случаевъ не препятствуетъ совершенію поворота; она даже облегчаетъ распознаваніе, хотя, конечно, въ такихъ случаяхъ подвижность плода въ маткѣ уменьшена. Прежде чѣмъ приступить къ повороту, акушеръ долженъ на выпавшую ручку наложить петлю, чтобы при совершеніи поворота, когда она по необходимости уйдетъ въ полость матки, ручка не вытянулась бы возлѣ головки и не запрокинулась бы за нее. Въ исключительныхъ случаяхъ, наичаще при плодѣ умершемъ во время родовъ, вся рука младенца иногда представляется до такой степени распухшею и увеличенною въ объемъ, что она можетъ препятствовать про-

веденію руки оператора въ матку и затруднить совершеніе поворота, въ особенности у перворожениць. Въ такихъ случаяхъ, при мертвомъ плодѣ, слѣдуетъ вылушить ручку плода изъ плечеваго сустава, что сдѣлать нетрудно. Напрасно нѣкоторые акушеры считаютъ это ошибкою или лишнею операціей; по собственному опыту долженъ сказать, что бываютъ случаи, гдѣ иначе невозможно провести руки въ матку до ножекъ плода. Это бываетъ преимущественно въ запущенныхъ случаяхъ, когда поворотъ все-таки иногда удается.

6. *Не всегда легко дойти до ножекъ плода.* Часто этому препятствуютъ сильныя маточныя сокращенія, которыя сдавливаютъ введенную руку, причиняя значительную боль и препятствуя временно возможности движенія. Большею частью во время паузы удается подвинуть руку дальше и захватить ножку. Но если рука занѣмѣтъ и сдѣлается неспособною дѣйствовать, несмотря на отсутствіе маточныхъ сокращеній, ее слѣдуетъ замѣнить другою рукою, чтобы получить возможность окончить операцію.

Далѣе, проведенію руки къ ножкамъ младенца можетъ препятствовать чрезмѣрное напряженіе сократительнаго кольца. Это бываетъ чаще въ запущенныхъ случаяхъ, когда воды отошли давно. Здѣсь надо соблюдать большую осторожность и проникать чрезъ это препятствіе медленно, подвигая руку безъ насилія и придерживаясь вплотную тѣла младенца. Само собою разумѣется, предвигать руку слѣдуетъ только во время паузы.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ акушеръ при такихъ условіяхъ не можетъ проникнуть рукою до голени, слѣдуетъ попытаться захватывать ниже лежащій паховой сгибъ и, низводя ягодицы во входъ таза, совершить поворотъ. Иногда это удается. Такой приѣмъ извѣстенъ подъ именемъ *поворота на ягодицы* и примѣняется только въ исключительныхъ случаяхъ. Описаны наблюденія, гдѣ захватываніе за ниже лежащій паховой сгибъ, или за половину ягодицы, примѣнялось по необходимости при нѣкоторыхъ уродствахъ, напр. при врожденномъ анкилозѣ бедра, при недоразвитіи нижнихъ конечностей и пр.

Въ другихъ случаяхъ препятствіемъ для захватыванія ножекъ служитъ ихъ высокое положеніе. Это чаще бываетъ при заднеспинныхъ поперечныхъ положеніяхъ, въ особенности, когда воды прошли рано, и членорасположеніе нарушилось. Чрезмѣрно выдающійся висячій животъ роженицы также составляетъ одну изъ причинъ удаленія ножекъ ко дну матки. Въ такихъ случаяхъ захватываніе ножекъ нерѣдко значительно облегчается, при боковомъ положеніи роженицы, которую при полномъ наркозѣ кладутъ на тотъ бокъ, гдѣ находятся ножки плода. Нижнія конечности нѣсколько сгибаютъ и между колѣнъ роженицы просовываютъ подушку. Ягодицы и половыя части располагаются у края кровати. Акушеръ становится сзади роженицы и вводитъ соотвѣтственную руку во влагалище. При положеніи роже-

ниці на лѣвомъ боку вводится правая рука и наоборотъ. Другою рукою акушеръ удерживаетъ матку и надавливаетъ на дно ея. Mäurer въ такихъ случаяхъ совѣтуетъ, какъ сказано выше, давать роженицѣ положеніе на животѣ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ можно вѣрнѣе доходить до ножекъ плода, подвигаясь такъ называемымъ длиннымъ путемъ по нижнему боку младенца, причемъ иногда приходится вводить руку очень высоко. Боковое положеніе, вообще нѣсколько неудобное для врача, для роженицы представляетъ выгоду въ томъ отношеніи, что предлежащая часть самопроизвольно, при этомъ положеніи, отходитъ нѣсколько кверху.

Прежніе акушеры въ такихъ случаяхъ во время совершенія операціи иногда заставляли роженицѣ принимать положеніе на колѣняхъ и локтяхъ. Въ настоящее время этого избѣгаютъ, такъ какъ при такомъ положеніи примѣненіе хлороформа затруднительно и небезопасно. Коль скоро поворотъ при боковомъ положеніи удался, роженицу поворачиваютъ на спину.

До сихъ поръ описывается въ руководствахъ приемъ Deutsch'a, заключающійся въ повертываніи тѣла младенца около его продольной оси пальцами введенной руки. Съ этою цѣлью совѣтовали захватывать поперекъ тѣло младенца и пальцами руки вращать его такимъ образомъ, чтобы спинка младенца, обращенная кзади, повернулась кверху и кпереди, причемъ ножки младенца должны приблизиться нѣсколько къ нижней части матки и сдѣлаться болѣе доступными для введенной въ матку руки. Такой приемъ неисполнимъ въ трудныхъ случаяхъ поворота, когда матка плотно обхватываетъ тѣло плода, а при подвижности послѣдняго излишенъ; потому что и безъ него ножки захватываются удобно. Въ моей практикѣ я ни разу не примѣнялъ его.

Въ исключительныхъ случаяхъ захватываніе ножекъ, при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ и при запрокидываніи ножекъ къ ягодицамъ, легче удастся при введеніи въ матку несоотвѣтствующей руки, т.-е. при первой позиціи правой, а при второй лѣвой руки. Въ тяжелыхъ случаяхъ поворота это иногда можно примѣнить съ пользою.

7. Несмотря на захватываніе и низведеніе ножекъ въ маточный зѣвъ и даже во влагалище, *поворотъ можетъ не совершиться*. Насильственное потягиваніе за захваченную ножку можетъ причинить вредъ матери и плоду. Связки и мышцы ножки плода подвергаются значительному вытяженію, иногда можетъ даже произойти переломъ ея костей. Нижній сегментъ и шейка матки роженицы, при такомъ насиліи, подвергаются насильственному растяженію, которое можетъ повести къ глубокому надрыву. Почему во всѣхъ случаяхъ, когда поворотъ на захваченную ножку не удастся, слѣдуетъ распознать причину и сообразно съ этимъ оказывать дальнѣйшія пособія.

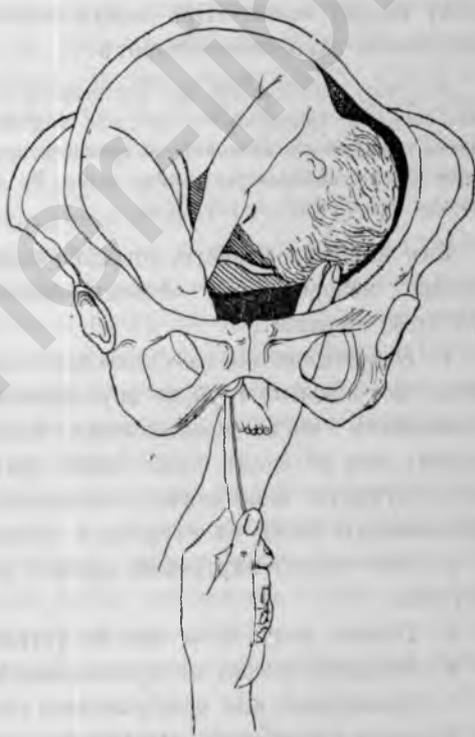
При поперечныхъ положеніяхъ въ такихъ случаяхъ поворотъ не удастся, когда матка плотно прилегаетъ къ тѣлу младенца, при нарушенномъ членорасположеніи плода, а иногда также, если захвачена въ такихъ случаяхъ несоотвѣтствующая ножка. Единственнымъ рациональнымъ

пособіємъ при такихъ обстоятельствахъ является низведеніе другой ножки. Для этой цѣли прежде всего на захваченную ножку слѣдуетъ наложить описанную выше петлю. Наичаще это дѣлается такимъ образомъ, что акушеръ, надѣваетъ на свою руку петлю и продвигаетъ ее до пальцевъ, удерживающихъ въ зѣвѣ или во влагалищѣ ножку, на которую онъ сбрасываетъ петлю дѣй-



Фиг. 232.

ствіемъ большого пальца. Или же петля удерживается двумя раздвинутыми пальцами, среднимъ и указательнымъ, причемъ свободный ея конецъ натягивается; въ такомъ видѣ петля надѣвается на низведенную ножку во влагалищѣ. Только въ исключительныхъ случаяхъ, когда низведенная ножка находится еще высоко, приходится прибѣгать къ помощи петлевода. Вполнѣ удобенъ для этой цѣли длинный корнцангъ съ замкомъ, а также тупой крючокъ, верхушка котораго вкладывается въ карманъ петли. Коль скоро на низведенную ножку удалось наложить и затянуть петлю, конецъ ея передаютъ помощнику, который долженъ только слегка натягивать тесьму. Въ это время акушеръ входитъ рукою, уже находящеюся въ родовыхъ путяхъ, снова въ полость матки, удерживая одновременно свободною рукою дно матки, и старается найти и захватить другую ножку, которая выводится во влагалище. Послѣ чего, захвативъ обѣ ножки, ихъ низводятъ дальше, чрезъ каналъ влагалища и половую щель. При такихъ условіяхъ, это движеніе совершается легко и плавно, и поворотъ обыкновенно удается.



Фиг. 233. Двойной приемъ при совершеніи труднаго поворота.

Нѣсколько иначе представляется положеніе дѣла, когда при головномъ положеніи, несмотря на захватываніе и отчасти низведеніе

ножки, поворотъ плода не удается. Въ такихъ случаяхъ неудача зависитъ отъ малой подвижности головки, которая, отошедши нѣсколько въ сторону, при проведеніи руки въ матку, не отодвигается дальше кверху, вслѣдствіе плотнаго прилеганія стѣнокъ матки, которая успѣла приспособиться къ формѣ плода. Въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно примѣняется такъ называемый двойной приемъ, приписываемый повивальной бабкѣ Siegemundin. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ. На захваченную ножку накладывается по вышеописанному способу и затягивается петля, конецъ которой акушеръ захватываетъ снаружи половыхъ частей и потягиваетъ за нее въ то время, когда матка расслабляется. Другою рукою онъ входитъ въ матку, и концами пальцевъ старается приподнять головку. Если это не удастся, нужно пробовать обхватить пальцами темя плода и стараться, при потягиваніи за ножку, отодвигать головку снаружи внутрь къ животику плода. Эти движенія слѣдуетъ совершать осторожно, въ особенности когда есть указанія на растяженіе нижняго сигмента матки. Подвигать сильно головку кверху опасно. При такихъ совмѣстныхъ движеніяхъ, обыкновенно удается закончить поворотъ.

Къ числу случайностей при внутреннемъ поворотѣ, не оказывающихъ вліянія на ходъ операціи, принадлежитъ такъ наз. *vagitus uterinus*, слабый крикъ младенца въ маткѣ, указывающій на появленіе преждевременныхъ дыхательныхъ движеній плода. Такое явленіе наблюдается крайне рѣдко. Въ последнее время подобныя наблюденія описаны Schaller'омъ и Jewitt'омъ.

Изъ вышеизложеннаго, довольно подробнаго описанія операціи внутренняго поворота мы можемъ вывести слѣдующія **противопоказанія** при этой операціи.

1. *Неподвижность предлежащей части.* При предлежаніи плечика, когда оно довольно глубоко опустилось во входъ таза. При головныхъ положеніяхъ когда предлежащая часть стоитъ неподвижно надъ входомъ или во входѣ таза. Даже при глубокомъ наркозѣ въ подобныхъ случаяхъ невозможно отодвинуть умѣреннымъ надавливаніемъ предлежащую часть въ сторону и нѣсколько кверху.

2. *Узкіе тазы, внутренній прямой размѣръ* которыхъ не доходитъ до 7 см.

3. *Tetanus uteri*, пока онъ не устраненъ.

4. *Возрастъ плода*, не превышающій 6 мѣсяцевъ.

5. Врожденное или приобрѣтенное *заращеніе или суженіе влагалища на большомъ протяженіи*, а также *опухоли* въ родовомъ каналѣ, не позволяющія провести руку въ полость матки, несмотря на различныя пособія.

2. **Внутренній поворотъ на головку, *versio ad caput*.**

Выше мы высказали мнѣніе, что внутренній поворотъ на головку представляется какъ бы лишнею операціей, которую почти во всѣхъ отношеніяхъ можно замѣнить поворотомъ на ножки. Для полноты изложенія мы приводимъ краткое описаніе этой операціи.

Въ числѣ **благоприятныхъ условий**, необходимыхъ для успѣха этой операціи наиболѣе необходимы слѣдующія:

1. Полное или достаточное для проведенія руки въ матку раскрытіе зѣва.
2. Значительная подвижность младенца, которая мыслима только при цѣломъ пузырьѣ, или же при недавнемъ истеченіи водъ.
3. Нормальный газъ.
4. Отсутствие опасныхъ явленій, требующихъ скорѣйшаго окончанія родовъ.
5. Расположеніе головки въ области одной изъ подвздошныхъ впадинъ.

Показанія къ операціи.

Единственнымъ показаніемъ является неправильное, иначе *поперечное положеніе* плода.

Производство операціи.

1. *Способъ Буша*. При положеніи роженицы на спинѣ, акушеръ вводитъ во влагалище, по вышеизложеннымъ правиламъ, руку, соотвѣтствующую головкѣ. Во время паузы рука проникаетъ въ матку, разрываетъ въ зѣвѣ околоплодный пузырь, затѣмъ обхватываетъ темя и затылокъ головки и, придвигая, низводитъ ее во входъ таза. Другая рука во все время этой операціи удерживаетъ дно матки, слегка надавливая сверху внизъ. Коль скоро головка оказалась надъ входомъ таза, надавливаніемъ снаружи ее опускаютъ въ тазъ.

2. *Способъ d'Outrepoint'a*. При томъ же положеніи роженицы во влагалище вводится рука, соотвѣтствующая ножкамъ; она виллообразно захватываетъ подлежащее плечико и во время паузы приподнимаетъ его кверху, отодвигая нѣсколько въ противоположную сторону. Въ это же время другая рука удерживаетъ сперва дно матки, а затѣмъ надавливаетъ чрезъ брюшныя покровы на головку по направленію входа въ тазъ, пока она не установится правильно.

Операцію внутренняго поворота на головку, на основаніи вышеизложеннаго, можно производить только въ рѣдкихъ случаяхъ. Даже тамъ, гдѣ примѣненіе этой операціи возможно, всегда можно совершить легкій поворотъ на ножки, который даетъ возможность быстро окончить роды въ случаѣ надобности извлеченіемъ за ножки.

Въ большинствѣ случаевъ при совершеніи внутренняго поворота на головку наркозъ необходимъ.

В. Комбинированный акушерскій поворотъ.

Этотъ видъ поворота на ножки, требуетъ введенія въ матку одного или двухъ пальцевъ, рѣже полруки. Подобная операція была предложена еще Нohl'емъ; но собственно комбинированный акушерскій поворотъ былъ подробно описанъ и разработанъ англійскимъ врачомъ Graxton Hicks'омъ, благодаря которому эта операція сдѣлалась общеизвѣстною и вошла въ акушерскую практику.

Мы считаемъ единственно рациональнымъ по этому способу только

поворотъ на ножки, хотя Nicks и другіе описываютъ повороты по этому способу на головку и даже на ягодицы, что въ акушерской практикѣ врядъ ли можетъ найти примѣненіе.

Благопріятныя условія для операціи комбинированнаго поворота:

1. Состояніе роженицы, позволяющее употребленіе хлороформа. Безъ наркоза эта операція удается только въ исключительныхъ случаяхъ.

2. Открытіе зѣва, позволяющее провести въ матку по крайней мѣрѣ одинъ указательный палецъ, хотя удобнѣе оперировать, если возможно пройти двумя пальцами черезъ наружный зѣвъ.



Фиг. 234.

3. Полная подвижность плода, предполагающая пѣлость пузыря, или недавнее отхожденіе водъ.

4. Брюшные покровы умеренной толщины. Чѣмъ они тоньше и болѣе уступчивы, тѣмъ легче и скорѣе удается произвести эту операцію.

Показанія.

1. *Сильное кровотеченіе* въ началѣ родовъ и въ послѣдніе мѣсяцы беременности, при плаценте праевіа или при преждевременномъ отдѣленіи правильно расположеннаго дѣтскаго мѣста.

2. *Слабость потугъ и опасная для жизни роженицы явленія*, при преждевременныхъ родахъ, вызванныхъ искусственно.

3. *Accouchement forcé*. Въ этихъ случаяхъ иногда каналъ шейки предварительно прихо-

дится раскрывать посредствомъ бужей, эластическихъ расширителей, или просто пальцами руки.

Производство операціи.

Прежде чѣмъ приступить къ операціи, чрезвычайно важно точно опредѣлить положеніе плода, — только вполнѣ уяснивъ это, можно приступить къ операціи. Роженицу слѣдуетъ непременно помѣстить на поперечной кровати, а еще удобнѣе для врача на столѣ. Полный наркозъ. По вышеизложеннымъ правиламъ, во влагалище вводится вся рука, соответствующая ножкамъ. Другою рукой удерживаютъ дно матки.

Одним или двумя пальцами находящейся во влагалищѣ руки проникаютъ чрезъ внутренній зѣвъ, при этомъ остальные пальцы держатъ пригнутыми къ ладони и нѣсколько надавливаютъ ими, если нужно пройти въ матку глубже. При головномъ положеніи концами 2 введенныхъ въ матку пальцевъ отодвигаютъ головку въ сторону, гдѣ находится затылокъ, не разрывая оболочекъ яйца. Одновременно другою рукою чрезъ брюшные покровы стараются отодвинуть ягодицы младенца въ противоположную сторону. Оттѣснивъ головку въ сторону, концами пальцевъ отталкиваютъ въ томъ же направленіи опустившееся книзу плечико младенца, чему также помогаетъ рука, расположенная на животѣ снаружи. Послѣ чего концами пальцевъ ощущаютъ бочокъ младенца. Если теперь во время паузы, не отнимая наружной руки, провести въ полость матки поглубже пальцы, то можно легко достигнуть до нижележащей ножки, наичаще до колѣна или голени, которую захватываютъ двумя пальцами и низводятъ къ маточному зѣву. Въ этотъ именно моментъ слѣдуетъ разорвать оболочки и, разогнувъ колѣно, вывести ножку изъ наружнаго отверстія матки во влагалище и далѣе наружу. Коль скоро ножка покажется изъ половой щели до колѣна, поворотъ слѣдуетъ считать оконченнымъ. Точно также поступаютъ при поперечныхъ положеніяхъ съ тою разницею, что



Фиг. 235.



Фиг. 236.

здѣсь отодвиганіе плода приходится начинать прямо съ подлежащаго плечика. Гораздо труднѣ операція при отсутствіи водъ; въ такихъ случаяхъ она часто не удается. Послѣ выведенія ножки наружу обыкновенно начинаются энергическія сокращенія матки; ягодицы начинаютъ надавливать на нижній сегментъ матки, и если отсюда происходило кровотечение, какъ это бываетъ при предлежаніи мѣста, то оно останавливается, въ особенности, когда нѣсколько потягивать за выведенную ножку плода. Въ виду незначительнаго раскрытія зѣва, никогда не слѣдуетъ дѣлать извлеченіе плода вскорѣ послѣ операціи, кромѣ исключительныхъ случаевъ, гдѣ обнаруживаются явленія опасныя для жизни матери. Обыкновенно приходится ожидать прохожденія ягодицъ и туловища чрезъ маточный зѣвъ или даже чрезъ половую щель и ограничить пособіе освобожденіемъ ручекъ и извлеченіемъ головки.

Изъ вышеизложеннаго легко усмотрѣть, что комбинированный поворотъ есть въ сущности внутренній поворотъ, который совершается не цѣлою рукой, а посредствомъ 1 — 2 пальцевъ, хотя во влагалище всегда нужно вводить всю ручную кисть.

С. Наружный поворотъ.

При описаніи беременности мы обратили вниманіе на частоту поперечныхъ и тазовыхъ положеній въ средніе мѣсяцы беременности и на сравнительную рѣдкость этихъ положеній при срочныхъ родахъ. Такой переходъ поперечныхъ положеній въ продольныя, преимущественно въ головныя, происходитъ исключительно силами природы и представляетъ самый частый видъ самопроизвольнаго поворота. Распознавъ неправильное положеніе у беременной, мы совѣтуемъ ей лежать преимущественно на той сторонѣ, гдѣ находится головка; въ то время, когда она на ногахъ, — ношеніе бандажа для нея обязательно. Такими простыми средствами мы стараемся поддерживать наклонность къ самопроизвольному повороту во время беременности.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда поперечное положеніе удерживается и бываетъ распознано своевременно въ началѣ родовъ, призванный врачъ долженъ попытаться его исправить одними наружными приемами. **Благоприятными условіями** для успѣха операціи являются:

- 1) цѣлость пузыря,
- 2) брюшныя покровы умѣренной толщины,
- 3) правильныя сокращенія матки и
- 4) нормальный тазъ.

Показанія.

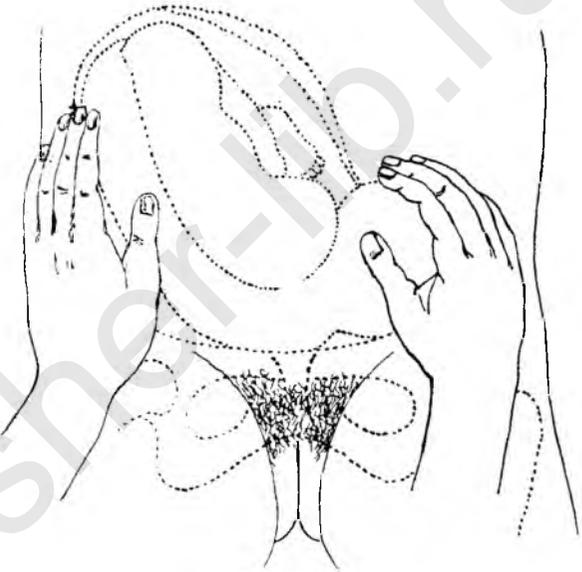
Поперечное или ягодичное положеніе плода. Показаніе къ этой операціи вполнѣ понятно при поперечномъ положеніи плода. Что же касается ягодичнаго предлежанія, при которомъ эту операцію производитъ Pinard и нѣкоторые другіе, то такое показаніе вполнѣ рационально только въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Какъ извѣстно, ягодичное предлежаніе при суженіи таза, а также при большей величинѣ плода, въ особен-

ности у перворождающихъ, можетъ быть причиною крайне трудныхъ родовъ. Почему желательно, при такихъ условіяхъ, измѣнять положеніе тазовымъ концомъ въ головное въ началѣ родовъ, чѣмъ въ значительной степени можно облегчить и ускорить роды при подобныхъ условіяхъ.

Производство операціи.

Наружный поворотъ совершается исключительно *на головку*. Операцію слѣдуетъ производить въ первомъ періодѣ родовъ. Роженица лежитъ на спинѣ на обыкновенной кровати съ согнутыми и нѣсколько разведенными нижними конечностями. Наркозъ не примѣняется. Акушеръ становится возлѣ кровати съ той стороны, гдѣ находятся ножки и ягодичы плода. Руки надо прикладывать ладонями къ животу, одну на мѣстѣ, гдѣ прощупывается головка, другая на ягодичный конецъ младенца.

Во время паузы акушеръ, слегка надавливая на животъ, дѣйствуетъ своими руками въ противоположномъ направленіи, стараясь головку приблизить ко входу таза и въ то же время ягодичы плода приподнять кверху. Съ наступленіемъ родовой схватки, рука отнимается отъ поверхности матки, но съ прекращеніемъ боли опять начинаетъ дѣйствовать въ томъ же направленіи, пока головка



Фиг. 237.

ка младенца не окажется стоящею надъ входомъ таза. Здѣсь ее стараются удержать въ промежуткахъ между родовыхъ схватокъ и, слегка нажимая снаружи рукою, опустить во входъ таза. Когда зѣвъ вполне раскроется и головка установится надъ входомъ, нужно сдѣлать проколъ пузыря и нажимать нѣкоторое время на головку, чтобы сохранить правильное положеніе плода. Попытки произвести поворотъ наружными приемами можно продолжать съ перерывами все время, пока зѣвъ не раскроется настолько, чтобы чрезъ него могла пройти рука. Если до того времени не удалось наружными приемами исправить положеніе плода, то не слѣдуетъ болѣе медлить съ операціею внутренняго поворота на ножки. Наружный поворотъ производится вообще рѣдко; такъ какъ практическому врачу не часто приходится присутствовать при родахъ въ первомъ

періодъ, а во второмъ совокупность благоприятныхъ условий, необходимыхъ для удачі этой операціи, встрѣчается крайне рѣдко.

Статистическія данныя и предсказаніе при акушерскомъ поворотѣ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ производится внутренній поворотъ, о которомъ имѣются наиболѣе точныя свѣдѣнія. Въ родильныхъ домахъ и клиникахъ приходится на 1000 родовъ не менѣе 11 поворотовъ, а въ частной практикѣ отъ 8—9 такихъ операцій. Наичаще акушерскій поворотъ совершается при неправильныхъ положеніяхъ, 75%, затѣмъ 15% падаютъ на долю предлежанія мѣста, 5% на выпаденіе пуповины. Остальные 5% приходятся на долю другихъ показаній. При внутреннемъ поворотѣ погибаютъ отъ 30—40% всѣхъ дѣтей и около 8% матерей. Особенно часто встрѣчается мертворожденіе при комбинированныхъ поворотахъ. Въ настоящее время смертность между родильницами послѣ поворота въ клиникахъ несомнѣнно меньше вышеприведенной. Въ деревняхъ, гдѣ встрѣчаются много запущенныхъ поперечныхъ положеній, цифра смертности вѣроятно даже превышаетъ вышеприведенную. При поворотѣ на головку, дѣти чаще рождаются живыми, смертность ихъ нѣсколько меньше 30%. При поперечныхъ положеніяхъ, при которыхъ роды оканчиваются внутреннимъ поворотомъ, много дѣтей гибнетъ, вслѣдствіе ранняго истеченія водъ, затѣмъ отъ кровотеченія, выпаденія пуповины, въ особенности когда она располагается между ножекъ плода и сильно напрягается при извлеченіи. Само собою разумѣется, наружный поворотъ никакого вліянія на смертность дѣтей и родильницъ имѣть не можетъ.

Новѣйшія наблюденія въ клиникахъ указываютъ на болѣе благоприятные результаты. Leopold на 143 случаевъ поворота на ножки и извлеченія, изъ коихъ 102 операціи были произведены при узкихъ тазахъ, потерялъ всего 6 родильницъ; въ 81 случаѣ наблюдалось вполне нормальное теченіе послѣродового періода. Вгаип при поворотѣ, показаніемъ къ которому главнымъ образомъ служило суженіе таза, потерялъ 1,14% матерей и 26,7% дѣтей. Послѣродовыя заболѣванія встрѣчались въ 6,5% всѣхъ случаевъ.

Глава 5.

Превращеніе лицевыхъ и лобныхъ предлежаній въ теменныя. Исправленіе нарушеннаго членорасположенія плода.

1. Измѣненіе неправильныхъ предлежаній головки въ теменныя предпринимается рѣдко, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ роды при лицевыхъ предлежаніяхъ не представляютъ особыхъ патологическихъ осложненій, а лобныя предлежанія крайне рѣдки; во-вторыхъ, условія, требующія для успѣшнаго примѣненія этихъ операцій, при существующихъ показаніяхъ, встрѣчаются не часто въ акушерской практикѣ. Есть не мало акушеровъ, совершенно отвергающихъ превращеніе лицевыхъ и лобныхъ предлежаній въ теменныя.

Мы считаемъ **благоприятными условиями** для этой операціи:

1. Цѣлость пузыря или недавнее отхожденіе водъ.
2. Достаточное раскрытіе зѣва, въ особенности когда исправленіе дѣлается посредствомъ внутреннихъ приемовъ.
3. Подвижность головки.
4. Тазъ приблизительно правильный.
5. Отсутствіе явленій, которыя вынуждали бы спѣшить съ окончаніемъ родовъ; такъ какъ при опасностяхъ, угрожающихъ жизни или здоровью роженицы, слѣдуетъ преимущественно прибѣгать къ повороту или наложенію щипцовъ, чтобы быстро окончить роды.

Показаніями къ операціи служатъ:

1. *Лобное или неправильное лицевое предлежаніе съ подбородкомъ кзади.*
2. *Значительная величина плода.*

Большинство акушеровъ, писавшихъ въ послѣднее время объ исправленіяхъ лицевыхъ предлежаній, — Steinbüchel, Peters, Weiss, Jewitt, Baldwin, Jungmann, Gossman и др. считаютъ показаніемъ къ этой операціи упорное стояніе подбородка кзади. При лобныхъ—предлежаніяхъ такое направленіе подбородка конечно не должно служить показаніемъ къ операціи. Volland'у въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при лицевыхъ предлежаніяхъ, удалось внутреннимъ приемомъ во время паузы постепенно подвинуть подбородокъ впередъ. Такой приемъ мы можемъ рекомендовать по собственному опыту. Для этого вполне достаточно ввести 2 или 4 пальца руки соответствующей подбородку.

Приготовленіе къ операціи.

Положеніе на спинѣ продольное или на поперечной кровати. Наркозъ примѣняется при внутреннихъ приемахъ. Необходимо выпустить мочу и клистиромъ очистить кишечный каналъ.

Thorn предпочитаетъ при этой операціи положеніе роженицы на боку, соответствующему лобу, Schauta напротивъ совѣтуетъ класть ее на бокъ, куда обращенъ подбородокъ.

Производство операціи.

а) Наружный способъ Schatz'a. Акушеръ становится сбоку роженицы, соответствующему положенію ножекъ. Во время паузы правой рукою чрезъ брюшные покровы онъ старается приподнять плечики младенца кверху и отодвинуть ихъ въ сторону по направленію затылка. Въ тоже время другая рука приподнимаетъ ягодицы плода, стараясь отодвинуть ихъ кверху и въ сторону личика, а потомъ нѣсколько книзу. При этихъ сложныхъ движеніяхъ плечиковъ и ягодицъ въ противоположныхъ направленіяхъ, разогнутая головка младенца должна принять согнутое положеніе и перейти изъ лицевого въ теменное предлежаніе. Этотъ способъ рѣдко сопровождается успѣхомъ, какъ показали клинической опытъ и наблюденія.

б) Внутренний способъ Baudelocque'a примѣняется двоякимъ образомъ.

1. Акушеръ, находящійся противъ роженицы, вводитъ во влагалище руку соответствующую подбородку и, дойдя до верхней челюсти, ста-

рается отодвинуть эту часть лица кверху; въ то же время другою рукою чрезъ брюшные покровы онъ производитъ давленіе на затылокъ въ противоположномъ направленіи книзу.

2. Акушеръ вводитъ во влагалище руку, соответствующую затылку, обхватываетъ ею по возможности высоко и старается низвести затылокъ книзу, въ то же время другая рука приподнимаетъ кверху и двигаетъ въ противоположномъ направленіи плечико.

с) Комбинированный способъ, предложенный въ послѣднее время Thorn'омъ и другими нѣмецкими акушерами. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: въ то время какъ акушеръ примѣняетъ одинъ изъ внутреннихъ приемовъ Baudelocque'a, помощникъ, по способу Schatz'a, дѣйствуетъ наружными приемами на туловище младенца.

Въ клиникахъ Olshausen'a и С. Braun превращеніе лицевыхъ предлежаній въ теменные было примѣнено съ успѣхомъ 13 разъ. Всѣ матери остались здоровы. Baldwin наблюдалъ 8 подобныхъ случаевъ.

2. Вправленіе выпавшихъ конечностей плода во время родовъ. Наичаше выпадаетъ *ручка возлѣ головки*. Это происходитъ въ моментъ прохожденія водъ, если оказывается свободнымъ промежуткомъ между головкою и стѣнками таза. При плодахъ болѣе или менѣе доношенныхъ такая случайность обыкновенно нарушаетъ правильное теченіе родовъ. Для устраненія этого осложненія иногда необходимо исправить нарушенное членорасположеніе, производя вправленіе ручки.

Благопріятными условіями мы считаемъ:

1. Ручка лежитъ возлѣ головки въ маточной шейкѣ или во влагалищѣ.

2. Головка подвижна, стоитъ надъ входомъ таза.

3. Зѣвъ вполне раскрытъ.

4. Тазъ правильный.

5. Опасныя явленія, побуждающія къ немедленному окончанію родовъ, отсутствуютъ. Въ противномъ случаѣ производятъ поворотъ на ножки съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ, или же примѣняютъ наложеніе щипцовъ, иногда даже краніотомію.

Приготовленія къ операціи. Необходимъ полный наркозъ. Положеніе наичаше боковое, противоположное сторонѣ, гдѣ находится выпавшая ручка.

Производство операціи.

Находясь сзади роженицы, акушеръ вводитъ, при положеніи женщины на лѣвомъ боку, правую руку, а когда она лежитъ на правомъ боку—лѣвую, съ соблюденіемъ обыкновенныхъ приемовъ. Въ промежуткѣ между родовыми сокращеніями нужно захватить ручку двумя пальцами и приподнять кверху, проводя ее между головкою и стѣнками родового канала. Ручку нужно завести за головку и расположить ее на груди, затѣмъ слѣдуетъ отодвинуть кверху локоть. Въ тѣхъ случаяхъ, когда предлежитъ локоть, нужно дѣйствовать непосредственно на него, ста-

раясь завести его въ томъ же направленіи за головку. Когда вправленіе ручки окончено, нужно производить надавливаніе на головку сверху, чтобы низвести ее во входъ таза; затѣмъ слѣдуетъ осторожно вынуть руку, продвинувъ ее по головкѣ нѣсколько въ сторону. Коль скоро вправленіе не удалось, слѣдуетъ примѣнить другой способъ для окончанія родовъ. Когда ручка подлѣ головки выходитъ наружу изъ половой щели, не слѣдуетъ даже пытаться ее вправлять.

Выпаденіе ножки возлѣ головки случается рѣдко. При плодѣ, недостигшемъ 7 мѣсяцевъ, можно ограничиться положеніемъ роженицы на бокъ, соотвѣтствующій головкѣ, чтобы способствовать опущенію ея въ тазъ. При плодахъ доношенныхъ, выпаденіе нижней конечности возлѣ головки, должно служить показаніемъ къ повороту на ножку. Выпаденіе ножки представляетъ какъ бы начало поворота. Во время паузы нужно, большею частью при полномъ наркозѣ, ввести руку во влагалище, отодвинуть головку въ сторону, гдѣ находится затылокъ и, захвативъ ножку пальцами, низвести ее до колѣннаго сустава наружу. Одновременно другою рукою надо удерживать дно матки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда поворотъ обыкновеннымъ способомъ не удастся, слѣдуетъ примѣнить такъ наз. двойной приемъ.

3. Вправленіе выпавшей пуповины.

Эта операція наичаще примѣняется при головныхъ положеніяхъ. Исключительная цѣль операціи сохранить жизнь младенца. Операція производится при помощи инструментовъ, когда зѣвъ мало раскрытъ, или же ручными приемами, когда онъ раскрытъ настолько, что допускаетъ введеніе руки въ матку. **Благопріятными условіями** для этой операціи слѣдуетъ считать:

1. Достаточное раскрытіе зѣва.

2. Живой плодъ. Для распознаванія жизни плода кромѣ ощупыванія пуповины слѣдуетъ производить выслушиваніе живота роженицы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при отсутствіи пульсаціи въ пуповинѣ, плодъ можетъ еще жить нѣкоторое время и даже родиться живымъ.

3. Прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста выше сократительнаго кольца. При предлежаніи плаценты и низкомъ прикрѣпленіи пуповины, вправленіе ея не можетъ быть успѣшно.

4. Предлежащая головка стоитъ подвижно надъ входомъ таза.

5. Петля выпавшей пуповины невелика. Вправленіе длинной петли гораздо труднѣе, такъ какъ сряду приходится вводить нѣсколько петель пуповины.

6. Тазъ правильный.

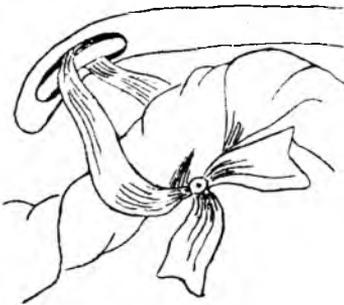
7. Отсутствие опасныхъ осложнений, требующихъ немедленнаго окончанія родовъ. Въ противномъ случаѣ приходится прибѣгать къ окончанію родовъ, примѣняя для этой цѣли соотвѣтствующія пособія.

Производство операціи.

При помощи инструментовъ предпринимаютъ вправленіе пуповины,

какъ уже сказано, только при мало раскрытомъ зѣвѣ. Изъ множества предложенныхъ для этой цѣли инструментовъ наиболѣе удобнымъ мы считаемъ длинный тупоконечный корнцангъ съ зажимомъ. На пуповину накладывается петля изъ тонкой тесьмы, которая свободно можетъ передвигаться по пуповинѣ.

Роженицѣ даютъ положеніе на боку, противоположномъ той сторонѣ, гдѣ находится выпавшая пуповина. Захвативъ длиннымъ корнцангомъ тесьму, въ которой находится пуповина, всю соответствующую руку, или только 4 пальца, вводятъ во влагалище и по ней проводятъ пуповину кверху чрезъ маточный зѣвъ, стараясь ее завести выше головки и расположить на груди младенца. Послѣ чего корнцангъ замыкаютъ и выводятъ наружу. Когда петля выпавшей пуповины находится въ передней части таза, вправленіе можно производить также при положеніи роженицы на спинѣ. Если вправленіе не удастся, а слабая пульсація въ пуповинѣ и замедленіе сердечныхъ тоновъ указываютъ на опасность для жизни плода, слѣдуетъ попытаться, при мало раскрытомъ зѣвѣ, произвести комбинированный поворотъ на ножку.



Фиг. 238. Петля пуповины при помощи тесьмки захвачена для вправленія пруткомъ толстаго эластическаго катетера.

Прежде мы употребляли для этой цѣли толстый эластическій катетеръ, введенный въ практику французскимъ врачомъ Dudaп'омъ. Палочка Штейна почти вышла изъ употребленія. Не особенно удобенъ также толстый металлическій зондъ съ 2 отверстиями на концѣ для проведенія толстой шелковицы, которая можетъ удерживать петлю пуповины.

Вправленіе пуповины рукою предпринимается при зѣвѣ настолько раскрытомъ, что руку удастся провести безъ насилія между головкою и стѣнками родового канала. При этой операціи большею частью необходимо примѣнять полный наркозъ. Роженицѣ даютъ положеніе на боку, противоположномъ тому, гдѣ выпала пуповина. Пальцами по возможности легко захватывается петля, и при проведеніи руки ее продвигаютъ въ матку между головкою и стѣнками маточной шейки, стараясь не причинять никакого насилія. Концами пальцевъ стараются поднять пуповину за головку и расположить ее по возможности на груди младенца.

Советъ нѣкоторыхъ акушеровъ—обвести въ такихъ случаяхъ пуповину вокругъ какой либо конечности плода, не имѣетъ практическаго значенія. Вправивъ пуповину, стараются, надавливая снаружи, опустить головку во входъ таза, затѣмъ медленно выводятъ изъ матки руку,

обходя ея нѣсколько около головки. Для удержанія пуповины на мѣстѣ, въ послѣднее время нѣкоторые англійскіе врачи совѣтуютъ вводить возлѣ головки кусокъ обеззараженной мягкой губки, привязанной къ тесьмѣ. Коль скоро вправленіе не удастся, или вправленная пуповина снова выпадаетъ, слѣдуетъ прибѣгнуть къ повороту на ножки съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ.

При ягодичныхъ предлежаніяхъ, когда зѣвъ вполне раскрытъ, вправленіе пуповины не имѣетъ смысла. Въ такихъ случаяхъ, коль скоро обнаруживаются опасныя явленія для жизни плода, нужно низвести ножку плода и приступить къ извлеченію, въ надеждѣ извлечь живого младенца.

Вправленіе выпавшей пуповины далеко не во всѣхъ случаяхъ даетъ благоприятные результаты; отъ 25 до 35% дѣтей рождаются мертвыми.

При головкѣ, опустившейся во входъ или въ полость таза, и при вполне открытомъ зѣвѣ не слѣдуетъ даже пытаться вправлять пуповину, а нужно по возможности скорѣе окончить роды щипцами.

Brothers совѣтуетъ при вправленіи пуповины давать роженицѣ положеніе съ поднятымъ тазомъ. Schrader для предупрежденія выпаденія пуповины прижимаетъ рукою нижнюю часть матки къ головкѣ, при разрывѣ оболочекъ яйца во время паузы. При ручномъ вправленіи пуповины, онъ совѣтуетъ другою рукою подвигать петлю пуповины по личику кверху снаружи чрезъ брюшныя покровы, что врядъ ли удобно исполнимо. вмѣсто губки, слѣдуетъ употреблять влажную вату, обернутую въ марли.

ОТДѢЛЪ III.

Операціи родоразрѣшающія.

Глава 1.

Наложеніе щипцовъ, applicatio forcipis.

Акушерскіе щипцы исключительно накладываются на головку плода; это одна изъ наиболѣе частыхъ акушерскихъ операцій. Будучи произведена опытною рукою, она одинаково благодѣтельна для матери и для плода.

Различныя виды акушерскихъ щипцовъ.

Современныя акушерскіе щипцы состоятъ изъ двухъ вѣтвей, brachia,—правой и лѣвой. Каждая изъ нихъ раздѣляется на ложку, которая вводится въ тазъ и накладывается на головку, и рукоятку, за которую удерживаютъ инструментъ. Широкая верхняя часть ложки образуетъ окно, ограниченное довольно узкими краями, ребрами щипцовъ. Верхніе края ложекъ представляютъ верхушку щипцовъ. Въ нижней части ложка суживается, образуя шейку. Одна изъ ложекъ называется лѣвою, другая правую. Первая захватывается при операціи лѣвой рукою и вводится возлѣ лѣвой стѣнки таза; правая берется въ правую руку и вводится возлѣ правой стѣнки таза. Рукоятки въ прежнее время наичаще были деревянныя, кромѣ впрочемъ французскихъ щипцовъ, теперь дѣлаются наичаще металлическія съ рубчатую поверхность. Въ верхней части рукоятки въ большинствѣ щипцовъ находятся боковые отростки для болѣе удобнаго дѣйствія инструмента. Въ горизонтальномъ направленіи ложки представляютъ искривленіе, извѣстное подъ именемъ головной кривизны; этою частью ложекъ обхватывается головка младенца. Искривленіе по переднему ребру, слѣдовательно въ вертикальномъ направленіи, извѣстно подъ именемъ тазовой кривизны. Есть также акушерскіе щипцы, имѣющіе только одну головную кривизну.

Вѣтви щипцовъ соединяются между собою посредствомъ замка, имѣющаго неоднаковое устройство. Въ огромномъ большинствѣ щипцовъ вѣтви при соединеніи скрещиваются. Англійскіе щипцы имѣютъ наиболѣе упрощенный замокъ, состоящій изъ выемки въ видѣ глубокаго желоба, находящагося возлѣ шейки лѣвой ложки при началѣ рукоятки, въ эту выемку помѣщается конецъ шейки правой ложки. Такой замокъ допускаетъ нѣкоторую подвижность ложекъ во всѣхъ направленіяхъ, даже когда онѣ сложены, или, какъ говорятъ, замкнуты. Гораздо сложнѣе замокъ во французскихъ щипцахъ; наичаще онъ состоитъ изъ шпильки въ концѣ лѣвой ложки, который вкладывается, при замыканіи инструмента, въ отверстіе, находящееся въ соотвѣтственномъ

мѣстѣ на правой ложкѣ. Повертываніемъ спинька ложки сдавливаются и становятся неподвижными.

Въ началѣ настоящаго столѣтія нѣмецкій врачъ Brüninghausen предложилъ замокъ, составляющій нѣчто среднее между англійскимъ и французскимъ образомъ. Въ концѣ лѣвой ложки находится короткій штифтикъ съ плоскою пуговкой, а на правой ложкѣ вырѣзка, которая, при замыканіи щипцовъ, закладывается на стержень штифта. При этомъ замокъ подвижность ложекъ сохраняется только въ горизонтальномъ направленіи. Подобнымъ замкомъ снабжены многіе щипцы, видоизмѣненные нѣмецкими врачами.

Число щипцовъ, предложенныхъ въ разное время акушерами различныхъ странъ, въ настоящее время превышаетъ 200 образцовъ, и до сихъ поръ еще изобрѣтательность врачей въ этомъ направленіи не оскудѣла. Въ большинствѣ этихъ изобрѣтеній играетъ немаловажную роль индивидуальность врача и особия, иногда даже парадоксальныя, воззрѣнія на механизмъ родовъ и на дѣйствіе щипцовъ. Вотъ почему наичаще новоизобрѣтеннымъ инструментомъ пользуется только самъ изобрѣтатель, и то далеко не всегда. Тѣмъ не менѣе для пракческаго прирѣшенія существуетъ большой выборъ дѣйствительно хорошихъ инструментовъ. Если опытный акушеръ почти всякими щипцами можетъ хорошо произвести операцію извлеченія головки плода, то для начинающаго имѣетъ громадное значеніе выборъ инструмента. Въ особенности въ этомъ отношеніи клинической преподаватель несетъ извѣстную нравственную отвѣтственность. Даже въ недавнее время Мс. Gillicuddy, Dewees, Burke и др. предложили новые щипцы. Реноуэ устроилъ особенные щипцы для накладыванія на головку въ переднезаднемъ размѣрѣ таза. Мс. Саhey придумалъ особенный инструментъ для извлеченія головки, изъ твердой гуттаперчи въ видѣ вогнутой крышки, которую онъ прикладываетъ къ черепу плода послѣ истеченія воды и раскрытія зѣва. Крышка плотно прилегаетъ и держится съ силою 25—30 ф.

Какія достоинства должны совмѣщать въ себѣ *щипцы наиболее годные для акушерской практики?*

1. Они должны быть устроены сообразно съ фізіологическими и анатомическими условіями механизма родовъ и родового канала.

2. По возможности совершенно выполнить свое назначеніе во всѣхъ случаяхъ, гдѣ они необходимы, какъ захватывающій и влекущій головку инструментъ, сообразно принципамъ раціональной школы.

3. Наложеніе ихъ по возможности должно быть облегчено.

4. Инструментъ даже въ рукахъ начинающаго, при надлежащихъ показаніяхъ, не долженъ причинять вреда роженицѣ и младенцу.

5. Инструментъ долженъ быть годенъ для обыкновеннаго пракческаго врача; въ устройствѣ его менѣе всего должны быть выражены особенности отдѣльной личности.

6. Хорошіе щипцы должны обладать извѣстнымъ техническимъ совершенствомъ, — сдѣланы изъ хорошо закаленной стали, не должны пружинить, не тяжелы и просто устроены, чтобъ обеззараживаніе ихъ было легко.

Конечно, противъ этихъ положеній можно сказать многое, но въ общемъ они вѣрны. Если мы подобныя требованія предъявимъ массѣ находящихся въ употребленіи въ настоящее время акушерскихъ щипцовъ, то въ наибольшей мѣрѣ отвѣчающими этимъ требованіямъ мы должны признать англійскіе щипцы J. Simpson'a. Почему мы считаемъ

умѣстнымъ привести здѣсь краткое описаніе этого инструмента, вѣрнѣе сказать—наиболѣе цѣлесообразной модели этихъ щипцовъ, такъ какъ существуетъ много измѣненій этого инструмента. Щипцы Симпсона, которыми мы работаемъ много лѣтъ, имѣютъ слѣдующіе размѣры:

| | |
|---|--------|
| Длина вѣтвей | 35 см. |
| „ ложки | 21,5 „ |
| „ рукоятки | 13,5 „ |
| Разстояніе поперечныхъ выступовъ отъ замка | 2,5 „ |
| Головная кривизна спереди | 7,5 „ |
| Головная кривизна сзади | 8 „ |
| Разстояніе между верхушками ложекъ, при замкнутыхъ щипцахъ | 2 „ |
| Наибольшая ширина ложекъ | 4,5 „ |
| Высота верхушекъ щипцовъ надъ горизонтальной плоскостью | 5 „ |
| Разстояніе отъ верхушки ложки до наиболѣе широкаго мѣста головной кривизны | 6 „ |

Достоинство этихъ щипцовъ выражается въ нѣкоторыхъ особенностяхъ ихъ устройства. Достаточная длина ложекъ позволяетъ ихъ накладывать даже при высокомъ стояніи головки. Близкая къ малому поперечному размѣру головки, головная кривизна и достаточная подвижность въ замкѣ даетъ возможность ложкамъ хорошо прилегать къ поверхности головки и плотно на ней удерживаться при извлеченіи. Надежное захватываніе головки въ значительной степени обезпечивается скрещиваніемъ ложекъ. Небольшая сравнительно тазовая кривизна значительно облегчаетъ введеніе и правильное наложеніе ложекъ, въ особенности при высокомъ стояніи головки. Вполнѣ рациональнымъ мы находимъ также горизонтальный изгибъ въ нижней части ложекъ впереди замка. Это значительно увеличиваетъ удобство, при захватываніи рукоятокъ щипцовъ.



Фиг. 239. Щипцы Симпсона.

По собственному долготѣтному опыту мы можемъ сказать, что достаточно однихъ щипцовъ Симпсона въ акушерскомъ наборѣ для обыкновенной акушерской практики.

Дѣйствіе акушерскихъ щипцовъ. Щипцы въ огромномъ большинствѣ случаевъ имѣютъ исключительно значеніе извлекающаго инструмента. Обыкновенно, примѣняемая при извлеченіи щипцами, сила не превышаетъ силы обыкновеннаго человѣка, она равняется 45—50 kg. При дальнѣйшемъ ходѣ операціи, она падаетъ до 20 kg., а въ концѣ операціи бываетъ еще гораздо меньше.

При извлеченіи щипцами, главнымъ образомъ вслѣдствіе сжатія рукоятокъ, происходитъ сжиманіе головки въ томъ размѣрѣ, въ которомъ

наложены щипцы. Сжатіемъ иногда достигается уменьшеніе этого размѣра головки на 1 см., а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже болѣе, безъ всякаго вреда для младенца и безъ замѣтнаго увеличенія головки въ размѣрѣ противоположномъ направленію сжатія; такъ какъ вслѣдствіе сжатія головки края черепныхъ костей заходятъ одинъ на другой, и черепно-спинная жидкость отчасти уходитъ изъ черепа въ спинной каналъ.

Cohnstein, при умѣренномъ сдавливаніи черепа въ прямомъ размѣрѣ, нашель, что поперечный размѣръ головки большею частью остается безъ измѣненія и только въ 20% нѣсколько увеличивается. При сжатіи въ поперечномъ размѣрѣ, прямой диаметръ черепа въ половинѣ случаевъ также остается безъ измѣненій. Иногда увеличивается вертикальный размѣръ головки.

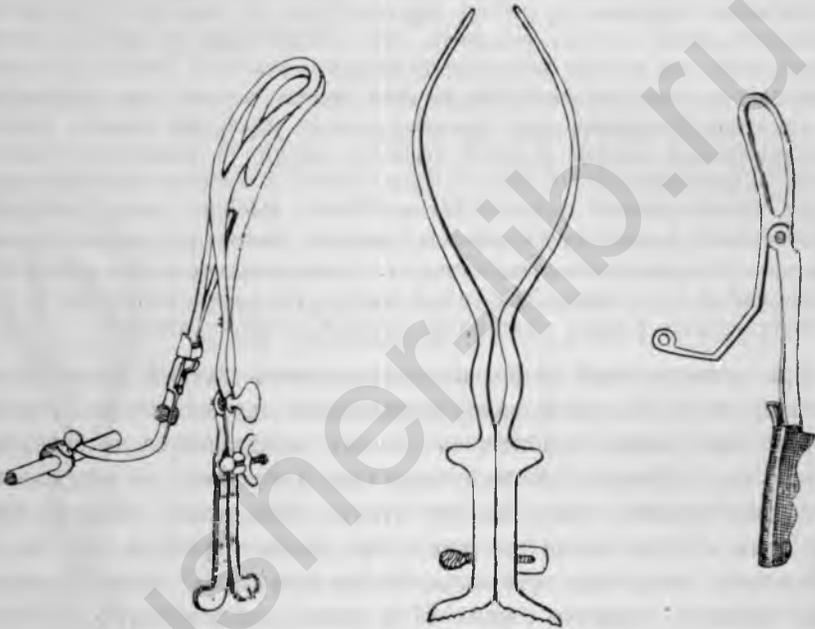
Благодаря особенностямъ устройства большинства щипцовъ, у которыхъ разстояніе отъ точки приложенія на головкѣ сжимающей силы до замка больше, нежели разстояніе отъ замка до конца рукоятокъ, сила употребляемая на сжиманіе головки гораздо менѣе той, которая употребляется на сжатіе рукоятокъ щипцовъ при извлеченіи головки, а эта послѣдняя сила въ свою очередь меньше силы примѣняемой для извлеченія. Напротивъ, когда концами рукоятокъ замкнутыхъ щипцовъ дѣлаютъ маятникообразныя движенія съ одной стороны на другую, то каждая ложка превращается въ двулучный рычагъ, опора котораго лежитъ въ наиболѣе выдающейся части ложекъ, обхватывающихъ головку; слѣдовательно въ родовомъ каналѣ дѣйствуетъ короткое плечо рычага, длинное находится снаружи. Почему, при движеніи концами рукоятокъ, сила, придавливающая головку къ стѣнкамъ родового канала, должна быть гораздо больше силы, двигающей рукоятки щипцовъ. На этомъ основаніи надо по возможности избѣгать всякихъ качательныхъ движеній рукоятокъ щипцовъ.

При существующей въ большинствѣ щипцовъ тазовой кривизнѣ, извѣстная часть полезной силы, развиваемой при извлеченіи, утрачивается; такъ какъ дѣйствіе ея отчасти направляется на переднюю стѣнку таза. Живая дѣйствительная сила дѣйствуетъ по направленію равнодѣйствующей; чѣмъ больше уголъ, образуемый направленіемъ этой силы и осью входа въ тазъ, тѣмъ болѣе теряется силы на сопротивленіе таза. Lohs показала, что на каждые 10° тазоваго наклоненія щипцовъ теряется около 17% живой силы, которую употребляетъ акушеръ для извлеченія высокостоящей головки. Почему, чѣмъ больше тазовая кривизна щипцовъ, тѣмъ большая потеря живой силы происходитъ при извлеченіи.

Для устраненія этого недостатка извѣстный французскій акушеръ Tagnier предложилъ въ 1877 году особенные щипцы, представляющіе довольно сложный инструментъ, который онъ много разъ измѣнялъ, пока не получилась модель, изображенная на прилагаемомъ рисункѣ.

Щипцы Tagnier, извѣстные подъ именемъ осевыхъ щипцовъ, имѣютъ 42 см. длины; что касается ложекъ, замка, то инструментъ удержалъ въ обихѣ чертахъ характеръ стариннаго инструмента Levret. Тамъ, гдѣ оканчиваются окна щипцовъ, съ каждой стороны къ ложкѣ придѣланъ подвижной металлическій пруть, который за-скакиваетъ и плотно прилегаетъ къ ложкѣ, при наложеніи щипцовъ на головку. Замыканіе щипцовъ происходитъ не только въ замкѣ, но также еще ниже его, на рукояткахъ, посредствомъ особаго горизонтальнаго винта. Когда наложенный инструментъ замкнутъ, вышеупомянутые пруть отстегиваются, отводятся отъ щипцовъ книзу и къ

нимъ прикрѣпляется, при посредствѣ особаго простаго механизма, выгнутый къзади металлическій стержень поперечной рукоятки. Эти щипцы примѣняются только при стоящей головкѣ надъ входомъ таза. При дѣйстви на рукоятку, направленіе извлекающей силы совпадаютъ съ направлениемъ оси тазоваго канала въ разныхъ отдѣлахъ послѣдняго. Еще раньше Tarnier, профессоръ Лазаревичъ предложилъ свои прямыя параллельныя щипцы безъ тазовой кривизны; ихъ ложки не скрещиваются. Образцы этихъ щипцовъ, находящіеся въ Харьковской Акушерской клиникѣ, принадлежатъ по своему устройству, въ особенности по выработкѣ ложекъ, къ числу наиболѣе совершенныхъ инструментовъ этого рода. При извлеченіи прямыми щипцами Лазаревича головки, стоящей надъ входомъ таза, направленіе силы, конечно, не можетъ совпадать съ осью входа въ тазъ, тѣмъ не менѣе при отсутствіи тазовой кривизны, потеря силы будетъ значительно меньшая, чѣмъ при щипцахъ Simpson'a. Къ сожалѣнію, у первородящихъ ихъ трудно наложить на высокостоящую головку,



Фиг. 240. Осевые щипцы Tarnier.

Фиг. 241. Прямые щипцы Лазаревича.

Фиг. 242. Ложка щипцовъ Breus'a.

но при головкѣ, опустившейся въ полость таза, инструментъ держится хорошо и прекрасно извлекаетъ. При всемъ томъ мы не можемъ рекомендовать эти щипцы неопытному врачу уже по той причинѣ, что постоянной модели инструмента не существуетъ, въ виду многихъ измѣненій, сдѣланныхъ изобрѣтателемъ. Придуманый въ послѣднее время проф. Лазаревичемъ къ его щипцамъ кольцеобразный замокъ нѣсколько измѣняетъ идею, лежащую въ основѣ устройства этихъ щипцовъ. Наиболѣе цѣлесообразною намъ кажется модель 1887 года.

Щипцы Breus'a представляютъ значительное упрощеніе инструмента Tarnier и вполнѣ могутъ замѣнить послѣдніе. Они гораздо проще и кромѣ того влеченіе производится за рукоятки вѣтвей; это достигается устройствомъ шарнира на протяженіи каждой ложки, тотчасъ ниже окошекъ, допускающаго движеніе рукоятокъ къзади по вертикальной плоскости.

Французскій акушеръ Lepage предложилъ особенное приспособленіе въ видѣ рычага, которое можно приладить къ каждымъ щипцамъ и превратить ихъ въ осевые.

Ястребовъ предпочитаетъ параллельныя щипцы безъ тазовой кривизны; такіе щипцы, по его мнѣнію, примѣнимы во всѣхъ случаяхъ, гдѣ показывается эта операція, и значительно ее упрощаютъ.

При извлеченіи щипцами, кромѣ влеченія за рукоятки, иной силы обыкновенно не примѣняется. Врядъ-ли основательно предложеніе Pöfmeier'a, которое поддерживается также Muret, Deutsch и Strassmann'омъ,—производить надавливаніе на извлекаемую головку руками чрезъ брюшныя покровы. При этомъ концы ложекъ должны производить не всегда безопасное давленіе на истонченныя стѣнки нижняго сегмента матки.

Что касается *динамическаго дѣйствія* щипцовъ, о которомъ упоминаютъ многіе авторы, то оно безспорно въ большинствѣ случаевъ существуетъ, хотя обнаруживается въ слабой степени. Ложки щипцовъ, при наложеніи на головку и отъ прикосновенія къ нижней части матки, должны конечно производить нѣкоторое раздраженіе, которое выражается возбужденіемъ и усиленіемъ маточныхъ сокращеній.

Благопріятныя условія для наложенія щипцовъ.

1. Маточный зѣвъ долженъ быть вполне открытъ. При такомъ состояніи съ боковъ обыкновенно края зѣва не ощущаются изслѣдующимъ пальцемъ, но передняя губа иногда существуетъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже оказывается припухшею. Это обстоятельство не служитъ противопоказаніемъ къ наложенію щипцовъ. Только въ исключительныхъ случаяхъ, когда во время родовъ возникаютъ явленія угрожающія жизни или здоровью матери, можно накладывать щипцы при не вполне раскрытомъ зѣвѣ. Иногда зѣвъ въ такомъ состояніи имѣетъ края удоборастяжимые, въ другихъ случаяхъ, особенно у перворождающихъ, края зѣва плотны; въ послѣднемъ случаѣ надрѣзы представляютъ наиболѣе рациональное средство.

2. Всегда щипцы на головку накладываются послѣ разрыва пузыря. Врядъ ли даже малоопытный начинающій врачъ не распознаетъ, что околоплодный пузырь еще цѣлъ. Подобное упущеніе должно имѣть послѣдствіемъ нарушеніе прикрѣпленія дѣтскаго мѣста и маточное кровотеченіе.

3. Головка въ теменномъ предлежаніи должна находиться во входѣ или въ полости таза съ обращеннымъ кпереди затылкомъ, причемъ стрѣловидный шовъ стоитъ въ одномъ изъ косыхъ, или даже въ направленіи близкомъ къ прямому размѣру таза. Чѣмъ больше опустилась головка въ полость таза и чѣмъ болѣе затылокъ обратился кпереди, тѣмъ стояніе головки удобнѣе для наложенія на нее щипцовъ. Нѣмецкіе акушеры выражаютъ такое стояніе головки словомъ „zangenrecht“. Такое расположеніе головки, конечно, далеко не всегда встрѣчается на практикѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится прибѣгать къ наложенію щипцовъ.

4. Тазъ долженъ имѣть приблизительно нормальныя размѣры, но въ практикѣ часто приходится прибѣгать къ наложенію щипцовъ при тазахъ суженныхъ. Большинство акушеровъ считаетъ за крайній пре-

дѣль суженія, когда возможно еще наложеніе щипцовъ, наименьшій размѣръ таза 8 см. Однако въ исключительныхъ случаяхъ удавалось извлекать небольшихъ доношенныхъ дѣтей живыми при сол. vera 7,5. даже 7 см.

5. Плодъ или его головка не должны достигать слишкомъ большихъ размѣровъ. Каждому практическому акушеру встрѣчались случаи, когда при совершенно нормальномъ тазѣ, вслѣдствіе чрезмѣрнаго развитія плода, иногда приходилось прибѣгать къ уменьшенію объема головки, чтобъ окончить роды.

Показанія къ наложенію щипцовъ на подлежащую головку.

Со стороны матери.

1. *Чрезмѣрное сопротивленіе дна таза.* Это одно изъ частыхъ показаній для этой операціи у перворождающихъ, у которыхъ связки и фасціи дна таза, а также входъ во влагалище представляются плотными и малоуступчивыми. Въ такихъ случаяхъ головка не можетъ пройти чрезъ выходъ таза, несмотря на хорошія маточныя сокращенія и нормальную дѣятельность брюшнаго пресса.

2. *Слабость маточныхъ сокращеній* не рѣдко встрѣчается въ первичной или вторичной формѣ. Въ такихъ случаяхъ можно опасаться атоническаго кровотеченія послѣ извлеченія младенца. Почему слѣдуетъ поставить себѣ за правило, предъ наложеніемъ щипцовъ дать роженицѣ хорошій приемъ ext. secalis. cornuti. около 0,30, или же слѣдуетъ сдѣлать подкожное впрыскиваніе этого средства въ количествѣ 0,10, чтобы усилить сокращенія матки. Нужно также приготовить заблаговременно все, что необходимо для остановки послѣродоваго кровотеченія.

3. *Затяжные роды*, когда прошло послѣ расширенія зѣва около 3—4 часовъ, и скорое окончаніе родовъ не предвидится. Въ такихъ случаяхъ, между прочимъ, является опасность сильнаго прижатія подлежащею частью стѣнокъ родового канала, что можетъ повлечь за собою ихъ омертвѣніе на мѣстѣ прижатія.

4. *Лихорадочное состояніе роженицы*, развивающіеся большею частію при продолжительныхъ родахъ, когда температура доходитъ свыше 38,5° С. Въ этихъ случаяхъ зараженіе имѣетъ сапремическій, рѣдко септической характеръ.

5. Показаніемъ къ наложенію щипцовъ иногда служатъ *явленія, угрожающія жизни роженицы*—эклампсія, маточное кровотеченіе, сильная одышка при болѣзняхъ легкихъ и сердца и пр.

6. Въ рѣдкихъ случаяхъ наложеніе щипцовъ производится при *выпаденіи ручки возлѣ головки*, если вправленіе ручки не удалось или немислимо, и роды останавливаются.

Показанія къ наложенію щипцовъ со стороны плода.

1. *Замедленіе сердцебиенія плода*, доходящее во время паузы до 100 ударовъ въ минуту и менѣе, или же, наоборотъ, необыкновенно ускоренное сердцебиеніе плода, свыше 160 ударовъ въ минуту.

2. *Примъсь первоначальнаго кала къ околородной жидкости.* Этотъ признакъ имѣть значеніе только совмѣстно съ другими явленіями, указывающими на опасное состояніе утробнаго плода.

3. *Большая опухоль на головкѣ* младенца, постепенно увеличивающаяся.

4. *Выпаденіе пуповины*, которую не удастся вправить за головку въ полость матки, при значительно раскрытомъ зѣвѣ.

Приготовленія къ операціи.

Кромѣ обыкновенныхъ принадлежностей для родовъ, необходимо приготовить все, необходимое для оживленія младенца и для останovenія послѣродового кровотеченія, которое часто появляется послѣ этой операціи. Кромѣ щипцовъ, нужно имѣть подъ рукою ножницы для эпизиотоміи, если надо накладывать щипцы у первороженицы, эластическій катетеръ и необходимые инструменты для зашиванія разрыва промежности, а также нѣсколько кусковъ стерилизованной гигроскопической ваты. Непосредственно предъ наложеніемъ щипцовъ нужно удалить мочу катетромъ, потомъ обеззаразить наружныя половыя части и влагалище. Вездѣ, гдѣ предвидится трудное наложеніе щипцовъ, въ особенности у перворождающихъ, слѣдуетъ примѣнять наркозъ хлороформомъ, кромѣ легкихъ или спѣшныхъ случаевъ, гдѣ нельзя терять времени. Кромѣ акушерки желательно имѣть двухъ помощниковъ, въ особенности, гдѣ предстоитъ примѣненіе хлороформа; однимъ изъ помощниковъ долженъ быть врачъ.

Наиболѣе удобное положеніе для наложенія щипцовъ — горизонтальное на поперечной кровати. Ноги роженицы во время наркоза должны удерживаться акушеркою и помощникомъ, сидящими на стульяхъ по бокамъ роженицы возлѣ кровати. Самъ врачъ помѣщается лицомъ къ роженицѣ на низкой скамейкѣ. Всѣ нужные инструменты и принадлежности должны находиться возлѣ него.

Производство операціи.

Акушерскіе щипцы накладываются на головку при различныхъ позиціяхъ, предлежаніяхъ и видахъ предлежаній. Въ рѣдкихъ случаяхъ они накладываются также на послѣдующую головку.

Въ послѣдующемъ изложеніи мы опишемъ производство различныхъ видовъ этой операціи. Прежде всего мы должны по возможности обстоятельно изложить *наиболѣе обыкновенное наложеніе щипцовъ*, которое нѣкоторые акушеры называютъ *типичнымъ*, когда эта операція производится при теменномъ предлежаніи съ затылкомъ обращеннымъ впередъ и нѣсколько въ сторону, опустившимся въ полость таза, при чемъ стрѣловидный шовъ расположенъ въ косомъ размѣрѣ таза или даже въ размѣрѣ близкомъ прямому.

А) Наиболѣе обыкновенное наложеніе щипцовъ.

Предварительнымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ нужно опредѣлить позицію теменного предлежанія, иначе стояніе затылка, а также направленіе стрѣловиднаго шва.

Операція раздѣляется на 3 момента:

- 1) *введеніе ложекъ щипцовъ,*
- 2) *замыканіе ихъ и*
- 3) *извлеченіе головки.*

1. **Введеніе ложекъ щипцовъ.** Во второмъ періодѣ родовъ головка плода представляетъ шаръ, заключенный въ каналъ, имѣющемъ закру- гленные стѣнки; очевидно для того, чтобы обхватить головку, щипцы должны совершить въ рукахъ акушера довольно сложное движеніе: 1) войти въ полость таза, 2) обойти головку, 3) охватить ее въ наи- большей периферіи. Правильнымъ *наложеніемъ ложекъ щипцовъ* въ строгомъ смыслѣ будетъ такое расположеніе ихъ, когда они обхваты- ваютъ головку въ ея поперечномъ размѣрѣ, при чемъ стрѣловидный



Фиг. 243. Наложеніе правой ложки щипцовъ; лѣвая уже наложена.

шовъ долженъ проходить по срединѣ между перед- ними краями верхней час- ти ложекъ, а самыя ложки лежатъ на вискахъ и воз- лѣ ушей младенца. При этомъ ихъ вогнутые пе- редніе края всегда обра- щены въ сторону затылка. Къ достиженію такого иде- альнаго распредѣленія ло- жекъ щипцовъ мы должны по возможности всегда стремиться.

Имѣя въ виду эти об- щія положенія, для насъ будутъ вполнѣ понятны приемы наложенія щип- цовъ. Введеніе ложекъ щипцовъ производится во

время паузы. Обыкновенно сперва вводятъ лѣвую ложку, которую берутъ въ лѣвую руку, какъ смычокъ, или какъ писчее перо, ее держатъ параллельно правой Пупартовой связкѣ и вводятъ во влагалище и матку по желобку между указательнымъ и среднимъ пальцами лѣвой руки, которые вкладываютъ предварительно въ родовой каналъ, при- чемъ большой палецъ этой руки упирается въ нижній край лѣвой ложки, служа ей какъ бы опорой. Верхушку ложки сперва направляютъ въ лѣвую заднюю часть таза, проведя ее между стѣнками родоваго канала и головкою, къ крестцово-подвздошному соединенію, при со- отвѣтствующихъ движеніяхъ рукоятки щипцовъ. Когда ложка достиг- нетъ этого мѣста, одновременно дѣлаютъ тройное движеніе,—рукоятку ложки опускаютъ, слегка поворачиваютъ около продольной оси и по-

двигаютъ въ лѣвую сторону, причемъ ложка, обходя головку, погружается въ родовый каналъ и располагается сбоку головки, прилегая къ поверхности послѣдней. Рукоятку ложки опускаютъ и передаютъ держать помощнику. Затѣмъ правой рукой берутъ правую ложку щипцовъ, какъ писчее перо или смычокъ, два пальца лѣвой руки вводятся во влагалище, гдѣ концы ихъ располагаются между головкою и стѣнками родового канала. По желобку между этихъ двухъ пальцевъ и при посредствѣ большого пальца этой руки, ложка проходитъ между



Фиг. 244. Введеніе лѣвой ложки въ тазъ; тройкое движеніе.

стѣнками влагалища и головки въ правую заднюю часть таза до верхняго края крестцово-подвздошнаго сочлененія, при надлежащемъ опусканіи рукоятки щипцовъ. При этомъ совершается упомянутое тройкое движеніе, и правая ложка обхватываетъ справа головку младенца. Въ большинствѣ случаевъ введеніе правой ложки нѣсколько труднѣе, вслѣдствіе того, что послѣ наложенія лѣвой ложки уменьшилось нѣсколько и безъ того тѣсное пространство между головкою и стѣнками таза. Когда правая ложка введена, ея рукоятка располагается выше рукоятки лѣвой ложки и скрещивается съ нею. Коль скоро стрѣловидный шовъ стоитъ въ діаметрѣ близкомъ къ прямому размѣру таза, обѣ

ложки щипцовъ должны лежать въ направленіи поперечнаго размѣра таза.

Когда головка стоитъ въ косомъ размѣрѣ во входѣ и въ полости таза, нужно накладывать ложки придерживаясь по возможности косога размѣра таза, противоположнаго направленію стрѣловиднаго шва. При первой позиціи теменнаго предлежанія лѣвая ложка должна лечь возлѣ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, а правая спереди возлѣ правой закрытой дыры, *for. obturatum*. При второй позиціи расположе- ніе ложекъ должно быть обратное. Когда головка предлежитъ въ 1 по- зиціи, при наложеніи лѣвой ложки, легко удастся ее помѣстить въ ко- сомъ размѣрѣ таза, именно возлѣ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочле- ненія. Напротивъ, при передвиганіи правой ложки, которая должна



Фиг. 245. Два пальца лѣвой руки вводятся во влагалище, чтобы способствовать введенію правой ложки щипцовъ. Лѣвую ложку удерживаетъ помощникъ.

находиться нѣсколько кпереди, могутъ встрѣ- титься нѣкоторыя пре- пятствія, которыя обы- кновенно обусловлива- ются неровностями на головкѣ плода, наича- ще ушною раковиною; почему при передви- женіи ложки слѣдуетъ держаться поверхно- сти головки. Правая ложка, будучи прове- дена за головку, удер- живается большимъ пальцемъ правой руки возлѣ замка, между тѣмъ какъ ея широкая часть передвигается

по поверхности головки, при посредствѣ двухъ пальцевъ лѣвой руки, концы которыхъ надавливаютъ на нижній край этой ложки по направленію снизу вверхъ. При второй позиціи слѣдуетъ, при косомъ стояніи головки, поступать наоборотъ, — правую ложку щипцовъ нужно располагать нѣ- сколько кзади, приблизительно въ области праваго крестцово-подвздош- наго сочлененія, а лѣвую подвигать кпереди, приблизительно въ область лѣвой *for. ovale*. При такихъ условіяхъ, ложки щипцовъ обхватятъ головку младенца приблизительно также на вискахъ и возлѣ ушей, какъ при поперечномъ стояніи ея въ полости таза. Если не соблюдать этихъ правилъ, а накладывать щипцы всегда въ поперечномъ размѣрѣ таза, не обращая вниманія на стояніе и позицію головки, то при наложеніи ложекъ одна изъ нихъ, именно задняя, будетъ обхваты- вать затылокъ, а передняя расположится больше на лобикъ младенца.

При такихъ условіяхъ, хотя щипцы Симпсона держатся хорошо на головкѣ, но труднѣе замыкаются; концы рукоятокъ расходятся, и головка младенца при извлеченіи сильнѣе сдавливается ложками. Почему во всѣхъ случаяхъ, гдѣ это возможно, нужно стараться *наложить щипцы по бокамъ головки возлѣ ушей*. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда, при стояніи головки въ косомъ размѣрѣ таза, вышеупомянутое передвиженіе ложекъ не удастся, слѣдуетъ довольствоваться наложеніемъ ихъ на головку въ поперечномъ размѣрѣ таза.

2. **Замыканіе щипцовъ** въ большинствѣ случаевъ совершается легко, въ особенности когда ложки наложены на головку правильно. При замыканіи рукоятки захватываютъ каждую отдѣльно въ полную руку, такъ чтобы большой палецъ находился спереди поперечныхъ отростковъ рукоятки, а остальные 4 пальца обхватывали бы рукоятку сзади напередъ. Захваченныя такимъ образомъ рукоятки щипцовъ нагибають книзу и въ то же время надавливають большими пальцами на поперечные отростки ихъ, стараясь установить переднія поверхности рукоятокъ на одной плоскости и части замка на одномъ уровнѣ.



Фиг. 246. Замыканіе щипцовъ.

Одновременно съ этимъ рукоятки нѣсколько раздвигаютъ, затѣмъ въ выемку лѣвой вводится выступъ правой ложки, и рукоятки сближаются. Замыканіе ложекъ окончено. При этой манипуляціи со щипцами Simpson' a, въ замокъ врядъ ли можетъ попасть складка слизистой оболочки влагалища, развѣ при очень высокомъ стояніи головки, когда замокъ иногда прилегаетъ къ задней спайкѣ. Скорѣе можно захватить волосы наружныхъ половыхъ частей. Подобную случайность не слѣдуетъ упускать изъ виду, и прежде чѣмъ приступать къ извлеченію, слѣдуетъ убѣдиться, что ничего не захвачено въ замокъ щипцовъ. Въ противномъ случаѣ надо замокъ нѣсколько ослабить и освободить придавленную складку или волосы. При наложеніи щипцовъ, не имѣющихъ дугообразнаго выгиба на концѣ ложекъ, впереди замка, необходимо обойти еще пальцемъ около ложекъ выше замка во влагалищѣ, чтобы убѣдиться, что и тамъ слизистая оболочка рукава не ущемилась.

3. Извлечение щипцами головки. Коль скоро щипцы замкнуты, прежде чѣмъ приступить къ извлеченію головки, надо произвести пробную тракцію. При употребленіи щипцовъ Симпсона, для этой цѣли удобнѣ всего обхватить рукоятки щипцовъ правою рукою снизу; такъ чтобы указательный и средній палецъ легли на поперечныя перекладины, а остальные пальцы обхватили бы рукоятки. Производя этою рукою потягиваніе за рукоятки, два пальца лѣвой руки вводятъ во влагалище и ощупываютъ наложенныя ложки, причемъ убѣждаются, что онѣ лежатъ на головкѣ плотно и не сдвигаются. Подъ именемъ тракцій мы разумѣемъ потягиваніе за рукоятку щипцовъ въ теченіе извѣстнаго времени, которое продолжается рѣдко болѣе 1—1½ минутъ. Переходя къ настоящимъ тракціямъ, рукоятки щипцовъ захватываются обѣими руками.



Фиг. 247. Пробная тракція.



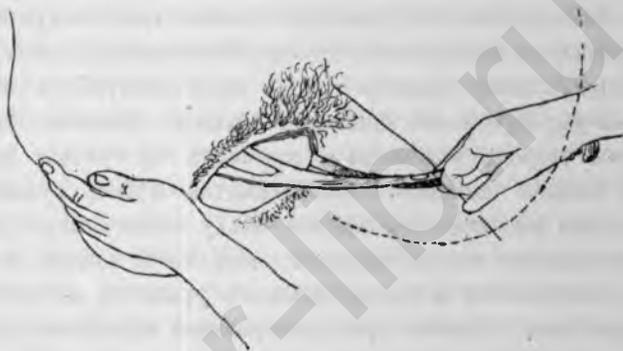
Фиг. 248. Настоящая тракція.

Лѣвая рука обхватываетъ ихъ всѣми пальцами, причемъ рукоятки лежатъ на ладони. Поверхъ этой руки располагается правая такимъ образомъ, чтобъ указательный и средній палецъ лежали на поперечныхъ отросткахъ, а прочіе пальцы располагались бы возлѣ правой руки. Когда нѣтъ особенныхъ указаній спѣшить съ операціей, извлеченіе слѣдуетъ дѣлать, по крайней мѣрѣ до появленія головки въ половой щели, только во время родовыхъ схватокъ. Въ промежуткѣ между тракціями не должно сжимать рукоятки щипцовъ; напротивъ давленіе на нихъ надо совершенно прекратить, въ особенности если головка захвачена щипцами не вполне правильно, и ложки не располагаются по краямъ ея поперечнаго размѣра, а концы ихъ нѣсколько расходятся. Въ подобныхъ случаяхъ можно ожидать, что головка, при своемъ поступательномъ движеніи, закончитъ свой поворотъ затылкомъ впередъ

между ложекъ щипцовъ. При болѣе правильномъ наложеніи ложекъ щипцовъ въ косомъ размѣрѣ, точно примѣняясь къ стоянію головки, ложки и рукоятки стоятъ косо. Когда головка въ такихъ случаяхъ при тракціяхъ опускается, она обыкновенно совершаетъ вмѣстѣ со щипцами вращеніе затылкомъ напередъ. Важное значеніе имѣетъ направленіе тракцій. Правильнымъ примѣненіемъ извлекающей силы можно значительно облегчить операцію; напротивъ, дѣлая тракціи не въ надлежащемъ направленіи, можно создать себѣ трудности въ самомъ обыкновенномъ случаѣ наложенія щипцовъ.

Общее правило, чтобы *тракціи имѣли направленіе по оси таза*, никогда не теряетъ своего значенія.

При стояніи въ полости таза головки, захваченной щипцами Simpson'a, направленіе рукоятокъ этого инструмента во время схватки указываетъ отчасти на то направленіе, котораго мы должны держаться при тракці-



Фиг. 249. Проведеніе головки щипцами черезъ половую щель; тракціи въ III позиціи.

яхъ, пока затылокъ не опустится изъ-подъ лоннаго соединенія. До этого момента слѣдуетъ дѣлать тракціи предварительно слегка опустивши рукоятки ложекъ книзу, принимая во вниманіе тазовую кривизну щипцовъ. Въ большинствѣ случаевъ, при типичной операціи наложенія щипцовъ, сперва тракціи направляются нѣсколько книзу отъ горизонтальной линіи, пока не покажется сегментъ головки между ложекъ въ наружномъ отверстіи. До этого момента часто приходится дѣлать сильныя тракціи. Такое направленіе тракцій книзу отъ горизонтальной линіи извѣстно въ акушерствѣ подъ именемъ I позиціи тракцій. Горизонтальныя тракціи, извѣстныя подъ именемъ II позиціи, дѣлаются гораздо слабѣе; такъ какъ начавшая показываться въ половой щели головка при своемъ дальнѣйшемъ поступательномъ движеніи, встрѣчаетъ препятствіе, главнымъ образомъ, со стороны мягкихъ частей, окружающихъ выходъ таза. Въ горизонтальномъ направленіи большею частью приходится дѣлать немногія тракціи. Когда промежность начинаетъ растягиваться, причемъ значительно напрягаться, и когда въ то же время задній проходъ начинаетъ раскрываться, слѣдуетъ перейти къ III позиціи тракцій, постепенно поднимая конецъ ложекъ кверху, чтобы провести головку изъ раскрытой и растянутой половой щели по промежности. Это наиболѣе трудный и деликатный моментъ операціи,

когда ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ сильно тянуть; такъ какъ быстрымъ выведеніемъ головки изъ родового канала легко порвать промежность. Не слѣдуетъ также быстро поднимать рукоятки щипцовъ кверху, иначе верхушками щипцовъ можно поранить заднюю стѣнку влагалища, откуда нарушение цѣлости легко переходитъ на промежность, гдѣ получается въ такихъ случаяхъ глубокій разрывъ. Рѣже, при такомъ неосторожномъ движеніи, передними ребрами щипцовъ можно произвести сильное надавливаніе на область клитора и на мочеиспускательное отверстіе, послѣдствіемъ чего бывають иногда глубокія трещины слизистой оболочки въ этихъ мѣстахъ, сильно и упорно кровоточащія.

Во избѣжаніе такихъ неблагоприятныхъ послѣдствій, акушеръ долженъ производить выведеніе головки чрезъ наружное отверстіе родового канала по возможности медленно и постепенно, соблюдая строго извѣстныя опредѣленныя правила. Коль скоро наступаетъ моментъ для поднятія кверху рукоятокъ щипцовъ, акушеръ долженъ сѣсть на стулъ съ правой стороны роженицы и поставить ея правую ногу на свое колѣно. Рукоятки щипцовъ захватываются лѣвою рукою такимъ образомъ, чтобы мизинецъ помѣщался между ложекъ надъ замкомъ, три пальца находились бы на передней поверхности ложекъ, а большой сзади. Рука обхватываетъ и прочно держитъ рукоятки на мѣстѣ поперечныхъ отростковъ. Правая рука одновременно подводится подъ ягодицы и своимъ выступомъ (тепаг) поддерживаетъ промежность, какъ это принято дѣлать при положеніи роженицы на спинѣ.

Для *сохраненія промежности* необходимо головку проводить чрезъ наружный проходъ такимъ образомъ: 1) чтобъ она прошла чрезъ него, какъ при нормальныхъ родахъ, въ своемъ наименьшемъ размѣрѣ, т.-е. въ маломъ косомъ; 2) прохожденіе головки должно совершаться медленно, чтобы промежность успѣла растянуться въ достаточной степени. Тракціи въ III позиціи слѣдуетъ дѣлать легко, сперва мало возвышая ложки щипцовъ надъ горизонтальною плоскостью, чтобы по возможности большая часть затылка вышла изъ-подъ лоннаго соединенія. Когда между губъ показался значительный сегментъ головки, не слѣдуетъ болѣе примѣнять тракціи во время потугъ; потому что при дѣйстви ихъ головка вмѣстѣ со щипцами можетъ быстро пройти чрезъ наружное отверстіе и причинить надрывъ промежности. Напротивъ въ этотъ моментъ рукоятки щипцовъ даже слѣдуетъ опустить, не переставая ихъ крѣпко удерживать въ лѣвой рукѣ въ этомъ направленіи, пока не окончится родовая схватка. При опусканіи ложекъ щипцовъ, головка входитъ назадъ въ родовую каналъ. Во время паузы снова поднимають нѣсколько концы ложекъ, чтобы вывести наружу нѣсколько болѣе сегментъ головки. Когда уздечка истончается и бѣлѣетъ, слѣдуетъ медленно примѣнить эпизиотомію.

Когда головка настолько выдвигается изъ наружнаго отверстія, что ея большой родничокъ находится позади уздечки, а теменные

бугры обхвачены краями растянутыхъ губъ, въ этотъ моментъ слѣдуетъ сильнѣе поднять вверхъ рукоятки щипцовъ, чтобы произвести разгибаніе головки. Движеніе это нужно произвести непременно во время паузы и возможно медленно, не переставая поддерживать промежность. Коль скоро покажется большой родничокъ, выступомъ ручной кисти помогаютъ сдвиганію промежности съ головки. Если до этого момента не послѣдовалъ разрывъ промежности, то этого не случится также при осторожномъ разгибаніи головки. Иногда приходится въ этотъ моментъ такъ высоко поднимать щипцы, чтобы освободить подбородокъ, что рукоятки касаются наружныхъ покрововъ живота. Это бываетъ въ особенности при головкѣ сильно удлинненной, вслѣдствіе продолжительной конфигураціи. Когда вся головка вышла наружу, слѣдуетъ снять щипцы; для этого достаточно развести концы рукоятокъ пальцами лѣвой руки, которою производились тракціи въ III позиціи, и ложки соскальзываютъ съ головки. Мы никогда не снимаемъ щипцовъ раньше полного выведенія наружу головки младенца и никому не совѣтуемъ этого дѣлать на слѣдующихъ основаніяхъ. 1) Щипцы даютъ намъ возможность вывести головку постепенно и во время паузы; 2) по снятіи щипцовъ, раньше окончанія прорѣзыванія головки, дальнѣйшее движеніе головки зависитъ отъ потугъ, которыя при наркозѣ часто ослабѣваютъ, или же для выведенія головки мы должны входить пальцемъ въ прямую кишку и производить надавливаніе на головку чрезъ ея переднюю стѣнку, рискуя поранить послѣднюю, или своею загрязненною рукою заразить родовые пути.

Возраженіе, что послѣ снятія ложекъ уменьшается растяженіе краевъ наружнаго отверстія и въ особенности промежности, не вѣрно. Толщина ложекъ щипцовъ Симпсона, не превышаетъ нѣсколько мм.; да кромѣ того примѣненіе боковыхъ надрѣзовъ съ избыткомъ можетъ покрыть это ничтожное добавочное растяженіе.

Б) Наложеніе щипцовъ при не вполне нормальномъ стояніи или предлежаніи головки.

1. Наложеніе щипцовъ при высокомъ стояніи неподвижной головки. Высокимъ стояніемъ головки, или расположеніемъ ея надъ входомъ таза, мы называемъ такое стояніе послѣдней, когда она не прошла еще входъ таза своею наибольшею окружностью. При этомъ въ тазъ вдается только болѣе или менѣе значительный сегментъ черепа, который отстоитъ отъ поперечнаго діаметра, соединяющаго обѣ spin. ischiі по крайней мѣрѣ на 2 или болѣе поперечныхъ пальцевъ. Большею частью мысъ крестцовой кости бываетъ закрытъ вдающимся въ тазъ сегментомъ головки; но когда она стоитъ очень высоко, мысъ легко достигается пальцами введенными въ родовой каналъ. Тѣмъ не менѣе и въ такихъ случаяхъ, подъ вліяніемъ сокращеній матки, головка утрачиваетъ подвижность, которую она имѣла въ началѣ родовъ. Причиной высокаго стоянія головки наичаще бываютъ препятствія, встрѣчаемая ею при

прохожденіи чрезъ входъ таза, — узкій тазъ, большая величина плода, находящіяся въ тазу опухоли и пр. При высокомъ стояніи головки, чаще ея прямой размѣръ находится въ направленіи поперечнаго размѣра входа въ тазъ, но иногда онъ имѣетъ болѣе или менѣе косое направленіе. Маточный зѣвъ рѣдко бываетъ раскрытъ вполне, большею частью еще со всѣхъ сторонъ можно прощупать его края.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно предварительно испытать, по совѣту Hofmeier'a, надавливаніе 2 руками на голову снаружи, при глубокомъ наркозѣ, чтобы сдвинуть ее ниже и ввести во входъ таза.

Къ наложенію щипцовъ, при высокомъ стояніи головки, прибѣгаютъ сравнительно рѣдко. При такихъ условіяхъ, никогда нельзя захватить головку въ ея поперечномъ размѣрѣ. При извлеченіи ея, маточная шейка и сводъ влагалища подвергаются сильному прижатію со стороны ложекъ щипцовъ и головки, въ особенности когда существуетъ нѣкоторое несоотвѣтствіе между величиною головки и размѣрами таза, не говоря уже о трудности наложенія ложекъ и о возможности ихъ соскальзыванія, въ особенности при тракціяхъ въ I позиціи. Почему нѣкоторые акушеры прибѣгаютъ въ этихъ случаяхъ къ наложенію такъ называемыхъ осевыхъ щипцовъ Tarnier'a или Breus'a. При употребленіи ихъ, конечно можно развить, при тракціи въ I позиціи, значительно большую живую силу и скорѣе преодолѣть препятствіе; тѣмъ не менѣе въ трудныхъ случаяхъ эти инструменты, при слишкомъ настойчивомъ примѣненіи, могутъ причинить еще болѣе значительныя поврежденія, нежели обыкновенныя щипцы. Кромѣ того въ обыкновенной акушерской практикѣ крайне неудобно имѣть въ мѣшкѣ нѣсколько щипцовъ; почему до сихъ поръ масса врачей не примѣняетъ этихъ осевыхъ щипцовъ, а довольствуется обыкновенными.

Въ особенности начинающій врачъ долженъ поступать осторожно относительно наложенія щипцовъ на высокостоящую головку. Онъ не долженъ считать выведеніе головки наружу непремѣннымъ послѣдствіемъ наложенія на нее ложекъ щипцовъ, при стояніи головки надъ входомъ таза. Головка далеко не всегда подается въ тазовой каналъ, даже послѣ сильныхъ тракцій. Если продолжать извлеченія настойчиво и долго, то неизбѣжнымъ послѣдствіемъ будутъ ушибы и глубокіе надрывы шейки и свода влагалища. При сильныхъ и продолжительныхъ тракціяхъ, черепъ младенца подвергается чрезмѣрному надавливанію, послѣдствіемъ чего являются опасныя для жизни плода поврежденія. Мы будемъ имѣть въ результатѣ мертваго или умирающаго младенца и значительныя поврежденія въ родовыхъ путяхъ матери, обычнымъ послѣдствіемъ которыхъ являются опасныя послѣродовыя заболѣванія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ трудно-устранимые мочевые свищи. Почему, наложивъ щипцы при высокомъ стояніи головки, ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ форсировать и стремиться во что бы ни стало окончить извлеченіе головки.

Предпославъ эти клиническія указанія, перейдемъ теперь къ описанію самой операціи.

Производство операціи.

Полный наркозъ хлороформомъ, въ особенности у перворождающихъ. Приемы при введеніи ложекъ такіе же самыя, какъ при обыкновенномъ наложеніи щипцовъ, съ тою разницею, что въ родовой каналъ вводится, вмѣсто 2 пальцевъ, полруки, причемъ концы пальцевъ проникаютъ отчасти между краями маточнаго зѣва и головкою. При введеніи щипцовъ въ родовой каналъ, нижній край ложки скользитъ по желобку между указательнымъ и среднимъ пальцами. Когда ложка проникаетъ въ матку, нижній концевъ рукоятокъ сильно опускается. Если захватить головку ложками въ поперечномъ размѣрѣ таза, то одна изъ нихъ ляжетъ на затылокъ, а другая на лицо; концы рукоятокъ будутъ сильно расходиться; такъ какъ прямой діаметръ головки, на концахъ котораго легли ложки щипцовъ, сравнительно великъ. Почему слѣдуетъ стараться, гдѣ возможно, произвести наложеніе щипцовъ въ косомъ размѣрѣ таза; тогда одна ложка ляжетъ сбоку на лобикъ, а другая косвенно на затылокъ. Когда головка первоначально стоитъ въ косомъ размѣрѣ таза, нужно попытаться наложить ложки даже въ поперечномъ размѣрѣ головки, прибѣгая къ приемамъ нами уже описаннымъ.

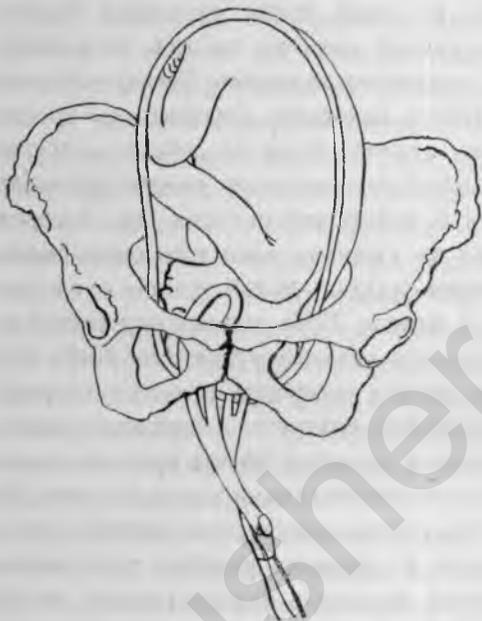
Послѣ замыканія щипцовъ, сперва слѣдуетъ дѣлать тракціи по направленію книзу и впередъ, т.-е. въ I позиціи. Если головка опускается въ тазъ, слѣдуетъ по временамъ ослаблять сжиманіе рукоятокъ, чтобы дать возможность затылку опуститься ниже и совершить вращеніе впереди. Въ особенности медленно и постепенно слѣдуетъ совершать тракціи, когда вмѣстѣ съ головкою опускается маточный зѣвъ и края его сильно напрягаются. Не рѣдко оказываются необходимыми надрѣзы зѣва. Въ случаѣ, еслибы вступившая въ тазъ головка повернулась вмѣстѣ со щипцами, которыя расположились почти въ прямомъ размѣрѣ таза, щипцы слѣдуетъ снять и вновь произвести наложеніе ихъ на головку, чтобы расположить правильно ложки возлѣ головки. Щипцы, лежащія на головкѣ, стоящей въ родовыхъ путяхъ, обыкновенно снимаются легко. Для этого надо разомкнуть и нѣсколько развести рукоятки и ложки выводятъ изъ таза, совершая движенія, обратныя тѣмъ, какія мы производили при наложеніи ихъ. Захвативъ рукоятку ложки пальцами руки, ее выводятъ, приподнимая кверху и вбокъ къ паховой области другой стороны, при чемъ рукоятка дѣлаетъ также небольшое вращательное движеніе. Когда послѣ 15—20 сильныхъ тракцій головка не сдвигается съ мѣста, слѣдуетъ снять щипцы и окончить роды прободеніемъ головки.

Примѣненіе въ подобныхъ случаяхъ кесарскаго сѣченія возможно, при согласіи больной, наичаще въ клиникѣ или родильномъ пріютѣ, если плодъ еще не обнаруживаетъ явленій, указывающихъ на асфиксію.

При энергическомъ употребленіи осевыхъ щипцовъ, также нерѣдко происходятъ поврежденія въ родовыхъ путяхъ матери и на головкѣ плода. Schmid изъ 13 случа-

свь высокихъ щипцовъ 6 разъ наблюдать разрывы на маточномъ зѣвѣ; только 7 матерей остались здоровыми, остальные заболѣли. Nagel при 28 подобныхъ операціяхъ извлекъ безъ поврежденія только 10 дѣтей, 7 было мертвыхъ. Въ частяхъ роженщъ онъ важныхъ поврежденій не наблюдалъ. Sielmann у первораждающихъ вовсе не совѣтуетъ даже примѣнять эту операцію. Папротивъ Gönner, Frank, Clemens и E. Braun получили хорошие результаты при наложеніи высокихъ щипцовъ. E. Braun при плоскихъ тазахъ извлекъ 84⁰/₀, а при общесуженныхъ 90⁰/₀ живыхъ дѣтей. Даже при сопj. 8 см., удавалось извлекать живыхъ дѣтей. Смертность родильницъ была всего 1,3⁰/₀, по заболѣваемость доходила до 20,6⁰/₀. Suren, при наложеніи щипцовъ Tarnier, видѣлъ пользу отъ примѣненія положенія Walcher'a, причемъ сопj. увеличивалась будто бы на 8—13 mm.

2. Наложеніе щипцовъ при глубокомъ поперечномъ стояніи головки.



Фиг. 250.

Наи чаще такое стояніе головки наблюдается при плоскомъ тазѣ и въ особенности когда въ началѣ родовъ головка была обращена затылкомъ къзади. При такихъ условіяхъ щипцы слѣдуетъ накладывать въ косомъ размѣрѣ таза; такъ чтобы, при первой позиціи, лѣвая ложка легла сзади на лѣвую часть затылка и на прилегающую часть темени, и находилась бы возлѣ лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія, а правая расположилась бы спереди на правую часть лба и прилегающую часть темени, и находилась бы возлѣ for. obturat. dextrum. При второй позиціи, расположеніе ложекъ должно быть обратное, но всегда вогнутость ихъ передняго края

должна быть обращена къ затылку. Головка въ этихъ случаяхъ будетъ захвачена косвенно, и концы ложекъ нѣсколько разойдутся.

Тракціи слѣдуетъ производить обыкновеннымъ порядкомъ, избѣгая вращательныхъ движеній ложками. Обыкновенно когда головка опускается, она сама вращается затылкомъ напередъ и вращаетъ въ этомъ направленіи также ложки щипцовъ, которыя иногда приходится снимать и вновь накладывать возлѣ правильно установившейся головки, коль скоро ложки передвинутся въ прямой размѣръ таза. Если головка не подается, надо направить тракціи нѣсколько наискось въ сторону личика, чтобы заставить опуститься затылокъ, послѣ чего вращеніе головки совершается легче. Коль скоро затылокъ повернулся

кпереди, дальнѣйшій ходъ операціи совершается по общепринятымъ правиламъ.

Ostermann совѣтуетъ производить чрезъ брюшныя покровы давленіе на переднее плечико младенца въ сторону его груди, чтобы способствовать вращенію въ полости таза затылка кпереди.

3. Наложеніе щипцовъ при заднезатылочныхъ предлежаніяхъ. Когда при полномъ раскрытіи зѣва затылокъ остается обращеннымъ къзади, между тѣмъ какъ темя съ большимъ родничкомъ нѣсколько опускается книзу и обращается къ лонному соединенію, роды, даже при нормальныхъ отношеніяхъ между головкою и тазомъ, протекаютъ медленно; сравнительно часто возникаютъ показанія къ наложенію щипцовъ.

Въ такихъ случаяхъ щипцы накладываются по бокамъ головки въ поперечномъ размѣрѣ таза или нѣсколько наискось, смотря по направленію стрѣловиднаго шва.

Вогнутость переднихъ краевъ ложекъ бываетъ направлена *не къ затылку, а къ лобу плода.*

При совершеніи тракціи сперва примѣняется I позиція, пока надъ лоннымъ соединеніемъ не окажется большой родничокъ; затѣмъ прямо переходятъ въ III позицію, чтобы вывести по промежности затылокъ, при этомъ рукоятки щипцовъ сильно поднимаютъ кверху. Въ верхушку лонной дуги



Фиг. 251. Извлеченіе головки при заднезатылочномъ предлежаніи; тракціи въ III позиціи.

упирается верхняя часть лба возлѣ большого родничка. Послѣ выведенія затылка переходятъ во II позицію, и дѣлаютъ тракціи въ горизонтальномъ направленіи, чтобы вывести изъ-подъ лоннаго соединенія лобъ и лицо съ подбородкомъ. Даже когда удастся провести головку вышеописаннымъ образомъ, промежность чрезмѣрно растягивается и напрягается. Растяженіе ея становится еще болѣе значительнымъ, если выдвинется изъ-подъ лоннаго соединенія лобикъ раньше, чѣмъ по промежности выкатится затылокъ; такъ какъ въ такомъ случаѣ прорѣзываніе головки послѣдуетъ въ периферіи ея прямого размѣра. Мы совершенно отвергаемъ исправленіе заднезатылочныхъ предлежаній и превращеніе ихъ посредствомъ щипцовъ въ переднезатылочные. Приемы, предложенные для этой цѣли Scanzoni и Lange, прекрасно удаются на фантомѣ, и оказываются не только недѣйствительными, но даже опасными на практикѣ. Тамъ, гдѣ головка лежитъ свободно въ каналѣ

таза, ее не трудно провести при лобикѣ, обращенномъ кпереди. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда она плотно вколочена, попытки повернуть затылокъ напередъ могутъ причинить разрывъ стѣнокъ влагалища, что влечетъ за собою иногда сильное кровотеченіе.

Scanzoni, при такомъ неправильномъ механизмѣ, совѣтовалъ производить неправоленіе стоянія головки щипцами. При первой позиціи сперва накладываютъ ложки въ правомъ косомъ размѣрѣ таза, послѣ замыканія ложекъ производятъ легкія тракціи и дѣлаютъ осторожно вращательныя движенія рукоятокъ слѣва направо, что бы повернуть затылокъ въ лѣвую сторону. Послѣ чего щипцы слѣдуетъ разомкнуть и переложить ихъ уже въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ; теперь ихъ вогнутость будетъ обращена къ затылку. Послѣ замыканія, при легкихъ тракціяхъ, производятъ рукоятками легкое вращательное движеніе слѣва направо, пока малый родничокъ не по-

вернется значительно кпереди. Подобные же приемы совѣтовалъ Lange съ тою разницею, что сперва слѣдуетъ накладывать щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза.



Фиг. 252. Извлеченіе головки при лицевомъ предлежаніи; тракціи въ III позиціи. Выведеніе головки чрезъ половую щель.

4. Наложеніе щипцовъ при лицевыхъ положеніяхъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда подбородокъ обращенъ въ большей или въ меньшей степени кпереди, наложеніе щипцовъ производится въ поперечномъ или косомъ размѣрѣ таза, проводя ложки повыше, такимъ образомъ, чтобы каждая изъ нихъ легла на щеку и прилежащую часть темени.

Послѣ замыканія ложекъ, производятъ тракціи сперва въ I позиціи, затѣмъ переходятъ во II, пока подбородокъ не покажется изъ-подъ лоннаго со-

единенія; нужно стараться его вывести по возможности до самыхъ угловъ нижней челюсти, чтобы въ переднемъ проходѣ показалось личико, послѣ чего рукоятки слѣдуетъ сильно поднимать и дѣлать тракціи въ III позиціи. При этомъ по промежути проходятъ лобъ, темя и затылокъ.

При поперечномъ стояніи личика въ полости таза, даже когда подбородокъ обращенъ пемного кзади, слѣдуетъ, при надлежащихъ показаніяхъ, накладывать щипцы, какъ при глубокомъ поперечномъ стояніи темени. Въ тѣхъ случаяхъ, когда подбородокъ совершенно повернулся въ крестцовую впадину, наложеніе щипцовъ примѣнять не должно; такъ какъ почти никогда невозможно, при такомъ видѣ лицевого пред-

лежання извлечь головку, опускающуюся во входъ таза одновременно съ грудью.

Чтобы сохранить при родахъ личикомъ промежность, которая претерпѣваетъ при этомъ предлежаніи значительное растяженіе, нужно прорѣзывающееся личико проводить чрезъ наружный проходъ постепенно и медленно, а также слѣдуетъ у перворождающихъ прибѣгать къ эпизиотоміи.

5. Наложеніе щипцовъ на послѣдующую головку. Эта операція примѣняется крайне рѣдко. Она наиболѣе умѣстна въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда обращенный кпереди подбородокъ, не смотря на потягиваніе за плечики, остается высоко за лоннымъ соединеніемъ, слѣдовательно гдѣ мы лишены возможности примѣнять обычные способы извлеченія головки руками. Далѣе можно прибѣгнуть къ наложенію щипцовъ, при суженіи въ выходѣ таза, или когда нельзя освободить одной ручки и приходится извлекать головку вмѣстѣ съ нею, если обыкновенные приемы для извлеченія головки окажутся неэффективными.



Фиг. 253.

Производство операціи.

При подбородкѣ обращенномъ къзади туловище младенца

сильно поднимается за ножки кверху, за которыя удерживается помощникомъ. Акушеръ накладываетъ щипцы на головку въ поперечныхъ размѣрахъ таза, ложки ложатся на щеки и темя младенца по бокамъ головки. Послѣ замыканія щипцовъ тракціи производятся въ первой позиціи, пока нижняя часть затылка не опустится подъ лонную дугу. Затѣмъ ложки переводятъ въ III позицію, по промежности проходятъ подбородокъ, личико, лобъ. Въ заключеніе, опустивъ нѣсколько рукоятки во II позицію, мы выводимъ изъ - подъ лоннаго соединенія затылокъ и темя.

Когда подбородокъ обращенъ къзади и находится высоко, туловище младенца поднимаютъ также кверху, щипцы накладываются какъ при высокомъ стояніи головки, но въ поперечномъ размѣрѣ таза. Тракціи производятъ сперва въ I позиціи, затѣмъ прямо переходятъ въ III,

чтобы вывести по промежности затылок, темя и лобъ. Промежность растягивается сильнѣйшимъ образомъ.

Когда подбородокъ при такомъ стояніи личика уже опустился нѣсколько въ тазъ, слѣдуетъ производить тракціи въ I позиціи книзу, пока изъ-подъ лонной дуги покажется личико до лба, затѣмъ переходятъ въ III позицію, чтобы провести по промежности затылокъ.

По настоящее время еще не прекращаются предложенія пользоваться щипцами для извлеченія ягодицъ. Недавно съ подобнымъ предложеніемъ выступилъ Drejer. Одну ложку онъ совѣтуетъ накладывать на крестцовую область, другую со стороны живота младенца. Подобныя предложенія не выдерживаютъ критики.

Большинство современныхъ акушеровъ довольствуются ручными приемами, при извлеченіи послѣдующей головки. Waynbaum соглашается съ мнѣніемъ Credè, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ полезно положить щипцы на послѣдующую головку. Oehlschläger считаетъ это иногда необходимымъ при плоскихъ тазахъ, когда головка ущемляется во входѣ таза. Müller также находитъ умѣстнымъ въ исключительныхъ случаяхъ накладывать щипцы на послѣдующую головку, когда ручные приемы не помогаютъ. Klien находилъ въ Баваріи нерѣдко суженіе въ выходѣ таза, почему считаетъ эту операцію полезною, такъ какъ ручное извлеченіе иногда не удается. Staedler въ 10 случаяхъ наложенія щипцовъ на послѣдующую головку извлекъ 8 живыхъ дѣтей.

Затрудненія при операціи наложенія щипцовъ.

1. *Невозможность опредѣлить видъ и позицію черепного предлежанія.* Это бываетъ исключительно при запущенныхъ родахъ, въ особенности при суженномъ тазѣ. На головкѣ, большею частью стоящей высоко, образуется огромная опухоль, совершенно закрывающая швы и роднички и дѣлающая невозможнымъ ихъ ощупываніе. Тамъ, гдѣ головка стоитъ ниже, удается иногда прощупать спереди лежащее ухо и по немъ опредѣлить предлежаніе.

Вслѣдствіе растяженія и значительнаго напряженія нижняго сегмента, части плода, при наружномъ изслѣдованіи, плохо прощупываются. Правда, мѣсто, гдѣ слышится наиболѣе отчетливо сердцебиеніе, опредѣляетъ позицію, но остается все-таки неизвѣстнымъ, куда обращенъ затылокъ. Въ подобныхъ случаяхъ приходится накладывать щипцы обыкновенно въ поперечномъ размѣрѣ таза, и если, при замыканіи, рукоятки слишкомъ расходятся, — попробовать наложеніе въ косомъ размѣрѣ таза. Когда головка при тракціяхъ станетъ опускаться въ полость таза, двигая ложки и совершая свое вращеніе, то направленіе послѣдняго почти всегда указываетъ на положеніе затылка. Послѣ опущенія головки въ тазъ, изслѣдованіе также иногда способствуетъ точному распознаванію предлежанія черепа.

2. Врядъ ли даже для мало опытнаго акушера, приступающаго къ операціи наложенія щипцовъ, можетъ явиться *предположеніе относительно цѣлости околоплоднаго пузыря.* Еслибъ возникло подобное сомнѣніе, оно легко разрѣшается введеніемъ маточнаго зеркала, чрезъ которое послѣ разрыва пузыря вполне ясно можно видѣть поверхность головки, покрытую волосами.

3. *Верхушки ложекъ при наложеніи не проходятъ за головку плода.* Когда возлѣ головки нѣтъ никакихъ мелкихъ частей, зѣвъ раскрытъ вполне и полость таза имѣетъ нормальное очертаніе, то подобное затрудненіе зависитъ наичаще отъ неправильнаго направленія, сообщаемого ложкамаъ при введеніи. Слѣдуетъ поглубже ввести 2 пальца, или полруки, между головкою и стѣнками родового канала и проводить нижній край щипцовъ по желобку между указательнымъ и среднимъ пальцами. Въ подобныхъ случаяхъ никоимъ образомъ не слѣдуетъ употреблять насилія, такъ какъ при форсированіи не трудно произвести прободеніе свода влагалища.

4. *Иногда послѣ введенія лѣвой ложки не удается правильное наложеніе правой.* Это бываетъ при стояннн головки въ косомъ размѣрѣ при лѣвой позиціи. Введенная ложка встрѣчаетъ неровности личика, а также ухо, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже лежащую возлѣ личика ручку и плечо, къ которому наклонена головка плода. Въ подобныхъ случаяхъ, подвигая ложку сзади напередъ пальцами и сообщая ей рычагообразное движеніе, большею частью удается помѣстить ложку на височную область головки. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это оказывается невозможнымъ, нужно вынуть лѣвую ложку обратно и сперва ввести правую, а потомъ уже лѣвую. При второй позиціи, отношеніе ложекъ щипцовъ будетъ обратное.

5. *Замыканіе ложекъ оказывается затруднительнымъ.* Это можетъ случиться отъ неправильнаго скрещиванія ложекъ, когда рукоятка правой ложки оказывается сзади лѣвой. Въ такомъ случаѣ концы рукоятокъ щипцовъ слѣдуетъ осторожно раздвинуть и той изъ нихъ, которая обнаруживаетъ наибольшую подвижность, слѣдуетъ сообщить обходное движеніе, чтобы правая рукоятка помѣстилась спереди лѣвой, послѣ чего замыканіе не представляетъ затрудненія. Въ другихъ случаяхъ оказывается, при сведеніи ложекъ, что части замка на ложкахъ не находятся на одномъ уровнѣ, причемъ одна рукоятка выстоитъ больше изъ половыхъ частей. Если осторожное вдвиганіе такой ложки, соединенное съ опущеніемъ, встрѣчаетъ препятствіе, то другую рукоятку слѣдуетъ нѣсколько вытянуть наружу, пока части замка на обѣихъ ложкахъ не будутъ находиться на одной высотѣ. Гораздо болѣе серьезное значеніе представляетъ встрѣчающееся при замыканіи неодинаковое расположеніе ложекъ по продольной оси, когда одна ложка повернута болѣе внутрь или кнаружи, чѣмъ другая. Наичаще въ этихъ случаяхъ выручаетъ опущеніе рукоятокъ книзу и надавливаніе на поперечные отростки рукоятокъ кнаружи, причемъ слѣдуетъ захватывать каждую рукоятку въ полную руку, какъ это уже было описано. Если этотъ приемъ, который нужно совершать безъ насилія, не удается, слѣдуетъ снять ложку, неправильно наложенную, именно ту, которая не легла на концѣ поперечнаго размѣра головки.

Когда рукоятки удастся замкнуть, между тѣмъ концы ихъ сильно

расходятся, то это во всякомъ случаѣ указываетъ на неправильное наложеніе ложекъ на головку, почему ихъ слѣдуетъ снять и переложить въ другомъ размѣрѣ таза.

6. *Соскальзываніе ложекъ щипцовъ* никогда не случается, при надлежащемъ ихъ наложеніи и правильныхъ тракціяхъ. Наичаще это возможно, при введеніи ложекъ не достаточно глубоко за головку плода, когда ложки обхватили только нижній сегментъ головки. Или же когда головка захвачена щипцами въ слишкомъ большомъ размѣрѣ, причемъ концы рукоятокъ сильно расходятся. Обѣ эти неправильности въ наложеніи щипцовъ скорѣе всего возможны при высокомъ стояніи головки. При подобныхъ условіяхъ, когда производятъ сильныя тракціи, ложки легко могутъ соскользнуть съ головки. Различаютъ, смотря по положенію ложекъ на головкѣ, вертикальное и горизонтальное соскальзываніе щипцовъ. Обѣ случайности одинаково неблагоприятны; такъ какъ при сильныхъ тракціяхъ соскользнувшія ложки могутъ причинить ушибъ передней стѣнки влагалища. Кромѣ того срываясь съ головки, щипцы быстро и съ большимъ насиліемъ проходятъ чрезъ наружный проходъ, производя поврежденіе и большіе разрывы. Въ особенности серьезныя послѣдствія могутъ произойти въ тѣхъ случаяхъ, когда акушеръ производитъ тракціи наперекоръ общепринятымъ правиламъ, вытянувъ руки и упираясь ногами въ ножку кровати.

7. *Недостаточное раскрытіе маточнаго зѣва* въ тѣхъ случаяхъ, когда края его удобо растяжимы и податливы, не представляетъ особенно неблагоприятнаго осложненія; такъ какъ при такихъ условіяхъ ложки ложатся на головку легко, и разрыва шейки не происходитъ. Неподатливые и плотные края препятствуютъ прохожденію головки чрезъ маточный зѣвъ; при сильныхъ тракціяхъ легко происходятъ глубокіе надрывы до самыхъ сводовъ влагалища, иногда даже до тазовой клѣтчатки. Для предупрежденія подобныхъ осложненій слѣдуетъ дѣлать своевременно надрѣзы краевъ маточнаго зѣва.

8. Часто послѣ извлеченія головки щипцами появляется *значительное кровотеченіе*; оно происходитъ не только вслѣдствіе атоніи матки, но отчасти изъ надрывовъ маточнаго зѣва, влагалища и преддверья. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ немедленно дать роженицѣ хорошую дозу *extr. secalis cornuti aq.* и, тотчасъ послѣ выхожденія послѣда, положить между большихъ губъ на наружныя половыя части большой кусокъ стерилизованной ваты; прижимая его правою рукой, нужно производить энергически чрезъ брюшныя покровы растираніе дна матки и разминаніе этого органа, пока не появятся хорошія сокращенія, и пока матка не сдѣлается плотною.

Неблагопріятныя послѣдствія наложенія щипцовъ.

Со стороны матери.

1. *Надрывы маточной шейки и влагалища* въ рѣдкихъ случаяхъ достигаютъ значительной степени. Въ исключительныхъ случаяхъ по-

слѣдствіемъ сильнаго и продолжительнаго прижатія головкою стѣнокъ родового канала бываетъ частичное омертвѣніе влагалища, мочевого и кишечные свищи. Большею частію такія поврежденія зависятъ отъ чрезмѣрно затяжныхъ родовъ, въ особенности, когда головка стояла высоко. Хотя нельзя отрицать, что, при чрезвычайно продолжительныхъ и настойчивыхъ тракціяхъ и грубомъ насиліи со стороны акушера, большинство этихъ поврежденій могутъ явиться послѣдствіемъ операціи. Описаны случаи продыравленія свода рукава уже въ самомъ началѣ операціи при проведеніи ложекъ, послѣдствіемъ чего было выпаденіе черезъ влагалище кишечныхъ петель.

2. *Разрывы промежности*, иногда очень глубокіе, составляютъ довольно частое явленіе при извлеченіи головки щипцами. Наичаще они зависятъ отъ неопытности и неловкости оператора; въ другихъ случаяхъ обуславливаются безпокойнымъ состояніемъ роженицы при операціи, а иногда представляютъ явленіе неизбежное даже въ рукахъ опытнаго акушера, когда они зависятъ отъ ненормальнаго предлежанія головки, выпаденія ручки возлѣ головки, патологическихъ особенностей ткани промежности и пр.

3. *Послѣродовыя заболѣванія* гнилостнаго или септического характера иногда являются послѣдствіемъ упомянутыхъ поврежденій; хотя сами по себѣ продолжительные роды, частыя изслѣдованія, производство операціи, даже безъ особенныхъ поврежденій въ родовомъ каналѣ, предрасполагаютъ такихъ роженицъ къ различнымъ послѣродовымъ заболѣваніямъ.

4. Вслѣдствіе *надавливанія на шейку пузыря* и моченспускательный каналъ, нерѣдко въ первые дни послѣродового періода бываетъ задержаніе мочи; рѣже слишкомъ частые позывы и непроизвольное истеченіе этой жидкости.

5. *Упорныя боли и паретическое состояніе нижнихъ конечностей* рѣдко зависятъ отъ наложенія щипцовъ. Они обуславливаются прижатіемъ верхнихъ частей крестцоваго сплетенія.

6. Крайне рѣдко случается *разрывъ тазовыхъ связокъ и сочлененій*, въ особенности лоннаго соединенія. Не всегда въ этихъ случаяхъ играетъ роль большое насиліе.

Со стороны младенца.

1. Въ большинствѣ случаевъ послѣ осмотра головки младенца, извлеченнаго щипцами, наичаще на лбу или на вискахъ, рѣже на темени или затылкѣ замѣчаются *слѣды давленія верхушекъ и краевъ ложекъ* въ видѣ красныхъ полосъ, ссадинъ и подтековъ; иногда даже наблюдается небольшое вдавленіе кости верхушкою ложки, особенно на лбу. Въ рѣдкихъ случаяхъ, вслѣдствіе надавливанія на лицевой нервъ, наблюдаютъ односторонній параличъ лица, который обыкновенно скоро проходитъ.

2. При трудномъ извлеченіи, когда головка продолжительное время

подвергалась сильному сжатию въ щипцахъ, и ложки лежали не вполне правильно, были наблюдаемы *переломы костей черепа*, разрывы сосудовъ и мозговое кровоизліяніе.

3. Встрѣчающіяся въ литературѣ описанія *различныхъ увѣчій младенца* при этой операциі, вроде выдавливанія глаза, поврежденія носа, уха и пр., можно объяснить только грубымъ насиліемъ и несоблюденіемъ обычныхъ правилъ при наложеніи щипцовъ.

Предсказаніе. Въ рукахъ опытнаго акушера щипцы только въ исключительныхъ случаяхъ могутъ причинить поврежденія въ половыхъ частяхъ матери, имѣющія нѣкоторое значеніе, наичаще глубокій разрывъ промежности. Что касается младенца, то въ этомъ случаѣ большее значеніе имѣетъ продолжительность операциі, частота и сила тракцій, употребляемыхъ для преодоленія препятствія при движеніи головки чрезъ каналъ таза. Въ настоящее время, при строгомъ соблюденіи правилъ дезинфекціи, исходы наложенія щипцовъ для родильницъ сдѣлались гораздо болѣе благоприятными, чѣмъ было въ прежнее время, когда смертность матерей доходила до 12,7%, а младенцевъ умирало 25,6%. Въ настоящее время въ хорошо устроенныхъ клиникахъ и родильныхъ домахъ послѣ этой операциі родильницъ умираетъ не болѣе 2—3%. Даже эту смертность нельзя поставить въ непосредственную зависимость отъ наложенія щипцовъ. Большинство родильницъ погибаютъ отъ послѣродовыхъ осложненій или отъ болѣзней, развившихся еще до родовъ. Смертность новорожденныхъ также нѣсколько уменьшилась. Въ настоящее время въ акушерской практикѣ наложеніе щипцовъ производятъ гораздо чаще, чѣмъ въ прежнее время. Въ клиникахъ и родильныхъ домахъ оно примѣняется 1 на 30, даже на 20 случаевъ, въ частной практикѣ нѣсколько рѣже.

Обширный статистическій матеріалъ о наложеніи щипцовъ мы имѣемъ въ отчетахъ изъ отечественныхъ и заграничныхъ родильныхъ домовъ и клиникъ. Въ особенности заслуживаютъ вниманія по удачной группировкѣ и обширности матеріала отчеты Надеждинскаго родовспомогательнаго заведенія, родильнаго отдѣленія при Голицинской больницѣ въ Москвѣ и нѣкоторыхъ отечественныхъ клиникъ. Въ иностранной литературѣ мы имѣемъ нѣсколько обстоятельныхъ изслѣдованій объ этой операциі, основанныхъ на большомъ числѣ клиническихъ случаевъ. Мы можемъ указать на работы Wahl'я, Schick'a, Münchmeyer'a, Schmidt'a, Hasemann'a, Winternitz'a и др.

Глава 2.

Извлеченіе за плечики.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ вскорѣ послѣ выхожденія головки наружу силами природы, или посредствомъ щипцовъ, она обращается личикомъ къ внутренней сторонѣ того бедра, къ которому она была обращена въ началѣ родовъ; въ это время происходитъ

переходъ плечиковъ изъ поперечнаго или косога размѣра въ прямой діаметръ таза. Затѣмъ, выполняя обыкновенный механизмъ, плечики прорѣзываются чрезъ наружный проходъ и являются наружу, а вслѣдъ за ними выходитъ туловище младенца.

Показанія. *Если въ теченіе минутъ послѣ рожденія головки плечики не выходятъ*, слѣдуетъ примѣнить пособія, чтобы туловище вышло наружу, иначе плодъ родится въ глубокой асфиксіи или мертвымъ. Наиболѣе серьезное значеніе имѣютъ тѣ случаи, когда *плечики не поворачиваются* для прохожденія въ прямой размѣръ таза. Это зависитъ наичаще отъ чрезмѣрной величины плода, а также наблюдается при узкомъ тазѣ и висячемъ животѣ, между тѣмъ какъ задержка установившихся въ прямомъ размѣрѣ плечиковъ зависитъ наичаще отъ слабости потугъ.

Производство операціи.

Когда плечики не показываются вскорѣ послѣ рожденія головки, роженицѣ совѣтуютъ потужиться, растираютъ матку и надавливаютъ на дно ея. Однако же, коль скоро эти средства оказываются безуспѣшными, не слѣдуетъ медлить. Подложивъ подъ крестецъ твердую подушку или даже помѣстивъ роженицу поперекъ кровати, захватываютъ вышедшую головку обѣими руками, расположенными по бокамъ ея, и производятъ потягиваніе сперва по направленію книзу, чтобы ввести въ каналъ таза плечики, что нерѣдко сопровождается успѣхомъ. Когда головка вмѣстѣ съ плечиками повернулась, чтобы закончить извлеченіе, нужно продолжать потягиваніе по направленію книзу, не позволяя себѣ никакихъ побочныхъ движеній, пока не покажется переднее плечо изъ-подъ лонной дуги. Извлеченіе можно закончить, поднимая осторожно головку кверху, а если этого не достаточно, то нужно указательный палецъ подвести въ подкрыльцовую впадину задняго плечика и, приподнимая его кверху, въ то же время тянуть впередъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда влеченіемъ за головку, которое никоимъ образомъ не слѣдуетъ форсировать, не удастся опустить плечики въ тазъ и перевести ихъ въ прямой размѣръ, нужно ввести 2 пальца лѣвой руки и, дойдя ими до плечика, которое должно повернуться кпереди, производить на него въ этомъ направленіи надавливаніе; въ то же время 2 пальцами другой руки стараются достигнуть задняго плечика и дѣйствуютъ на него въ противоположномъ направленіи. Такимъ приемомъ нерѣдко удается поставить плечики младенца въ прямой размѣръ таза.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда попытки повернуть плечики такимъ способомъ оказываются безуспѣшными, слѣдуетъ попытаться вывести наружу ручку, соотвѣтствующую плечу, расположенному болѣе кзади, проводя ее по передней поверхности плода, послѣ чего нужно стараться указанными приемами повернуть плечики въ прямой размѣръ таза. Когда при всѣхъ этихъ манипуляціяхъ не удастся извлечь младенца, обыкновенно онъ умираетъ.

На мертвомъ плодѣ можно примѣнить, для извлеченія его наружу,

тушой крючокъ, который подводятъ полъ заднее плечико, захватывая одновременно шейку плода полотенцемъ. Крайне рѣдко приходится примѣнять эмбриотомію. Въ такихъ исключительныхъ случаяхъ причину задержанія туловища плода бываетъ узкій тазъ, или растяженіе живота младенца жидкостью, двойной уродъ, огромная опухоль въ крестцовой области, но чаще всего чрезмѣрная величина плода. Описаніе способовъ родоразрѣшенія при такихъ аномаліяхъ изложено въ главѣ объ эмбриотоміи.

Глава 3.

Извлеченіе младенца за ножки.

При тазовыхъ положеніяхъ для окончанія родовъ приходится иногда прибѣгать къ извлеченію за подлежащую часть плода. Въ однихъ случаяхъ это бываютъ ножки, въ другихъ ягодицы. Въ этой главѣ мы изложимъ извлеченіе младенца за ножки.

Благопріятными условіями для благополучнаго окончанія операціи слѣдуетъ считать:

1. Полное раскрытіе зѣва и разрывъ околоплоднаго пузыря. Только въ исключительныхъ случаяхъ, когда жизни и здоровью роженицы угрожаетъ серьезная опасность, можно прибѣгать къ извлеченію при зѣвѣ не вполне раскрытомъ. Однако во всѣхъ случаяхъ, гдѣ края зѣва неподатливы и мало растяжимы, слѣдуетъ, во избѣжаніе глубокихъ надрывовъ, прибѣгать къ надрѣзамъ краевъ наружнаго маточнаго устья.

2. Отсутствие значительныхъ ненормальностей въ строеніи тѣла младенца. Здѣсь важны ненормальности тѣла плода, заключающіяся въ значительномъ увеличеніи объема его частей, — именно водянка головки, значительное накопленіе жидкости въ животъ, наростъ въ крестцовой области и пр. Въ такихъ случаяхъ плодъ часто извлекается мертвымъ, иногда только послѣ уменьшенія объема его тѣла.

3. Удовлетворительные размѣры таза. Прямой размѣръ 8 см. слѣдуетъ считать для большинства случаевъ наименьшимъ предѣломъ для извлеченія живого плода, въ особенности при общесъуженныхъ тазахъ. При тазахъ плоскихъ, изрѣдка удается извлечь за тазовой конецъ живой доношенный плодъ, при *conj. vera* 7,5, даже 7 см.

Показаніями къ операціи являются:

1. *Продолжительные затяжные роды*, угрожающіе опасностью для здоровья матери и жизни плода.

2. *Слабость родовыхъ сокращеній* матки и дѣятельности брюшнаго пресси.

3. Внезапно или постепенно обнаруживающіяся *опасныя явленія для жизни матери*, какъ-то: одышка, вслѣдствіе болѣзни сердца, отекъ

легкихъ, эмфизема и пр., далѣе—частые приступы эклампсіи, маточныя кровоточенія, разрывъ матки и пр.

4. *Признаки наступленія мнимой смерти младенца*, что наичаще обнаруживается продолжительнымъ замедленіемъ пульса до 100 ударовъ во время паузы. При выпаденіи пуповины можно убѣдиться въ состояніи плода, наблюдая въ ней пульсацію. Когда одна или обѣ ножки показались изъ наружныхъ половыхъ частей, то, вызывая у живого плода рефлекторныя движенія щекотаніемъ подошвы, мы можемъ по живости этихъ движеній судить о состояніи младенца. Напротивъ, выхожденіе первоначальнаго кала, которое постоянно наблюдается при ягодичныхъ предлежаніяхъ, никоимъ образомъ не можетъ служить указаніемъ на опасное положеніе плода; такъ какъ оно наступаетъ при тазовыхъ положеніяхъ, наичаще вслѣдствіе механическаго вліянія сжимающихся стѣнокъ матки на туловище плода.

Приготовление къ операціи.

Кромѣ обычныхъ принадлежностей, необходимыхъ для родовъ, слѣдуетъ приготовить все необходимое для оживленія плода, а также акушерскіе щипцы.

Положеніе роженицы. При извлеченіи за ножки, наиболѣе выгоднымъ и рациональнымъ положеніемъ роженицы слѣдуетъ признать положеніе на поперечной кровати. Къ наркозу хлороформомъ приходится прибѣгать не часто; такъ какъ въ большинствѣ случаевъ операція занимаетъ короткое время и не причиняетъ роженицѣ особенныхъ мученій. Когда извлеченіе дѣлается послѣ поворота, произведеннаго подъ наркозомъ, то наркозъ лучше поддерживать до окончанія операціи. Акушеръ помѣщается противъ роженицы на низкой скамейкѣ или табуретѣ.

Операція естественнымъ образомъ распадается на 4 момента:

1. Извлеченіе тазового конца младенца.
2. Извлеченіе туловища.
3. Освобожденіе ручекъ.
4. Извлеченіе головки плода.

1. Ножки могутъ находиться еще въ тазу, какъ это обыкновенно наблюдается при полномъ ягодичномъ предлежаніи, или одна, рѣже обѣ ножки, представляются уже выведенными до колѣнъ изъ наружныхъ половыхъ частей при совершеніи поворота. Въ первомъ случаѣ лѣвая рука вводится во влагалище, *захватываютъ находящіяся здѣсь обѣ ножки*, какъ при поворотѣ, причемъ указательный палецъ располагается между ними, а большой и средній снаружи выше мыщелковъ, остальные пальцы пригибаются къ ножкамъ. Легкимъ потягиваніемъ книзу ножки низводятся наружу до колѣннаго сустава, послѣ чего младенецъ имѣетъ такое же положеніе, какъ послѣ совершенія поворота. Ножки образуютъ всегда надежную опору для приложенія силы, которая на нижнія конечности должна дѣйствовать, начиная съ этого момента исключительно въ направленіи длины младенца; придавая дру-

гое направлѣніе извлекающей силы, мы рискуемъ нарушить цѣлость костей и сочлененій нижнихъ конечностей.

Когда изъ половыхъ частей выстоитъ одна ножка, то нужно захватить для извлеченія голень младенца обѣими руками, расположенными одна выше другой; такимъ образомъ чтобы 4 пальца помѣщались спереди, а большой сзади на голени, слѣдовательно захватить ее въ полную руку.

При нахожденіи обѣихъ ножекъ снаружи, захватываютъ каждую голень отдѣльно. Когда нѣтъ особенной надобности ускорять операцію,

извлеченіе должно производить по возможности во время сокращенія матки, чтобы при выхожденіи туловища не нарушить правильнаго расположенія ручекъ плода. Когда извлеченіе производится безъ соблюденія этого правила, необходимо, чтобы помощникъ надавливалъ на дно матки во время операціи, въ особенности при извлеченіи туловища. Примѣняемая при извлеченіи тракціи чередуются съ паузами; каждая тракція должна представлять плавное и непрерывное движеніе, которое усиливается постепенно и къ концу ослабѣваетъ. Движенія прерывистыя, вродѣ подергиваній, крайне вредны для младенца и не безопасны для матери.



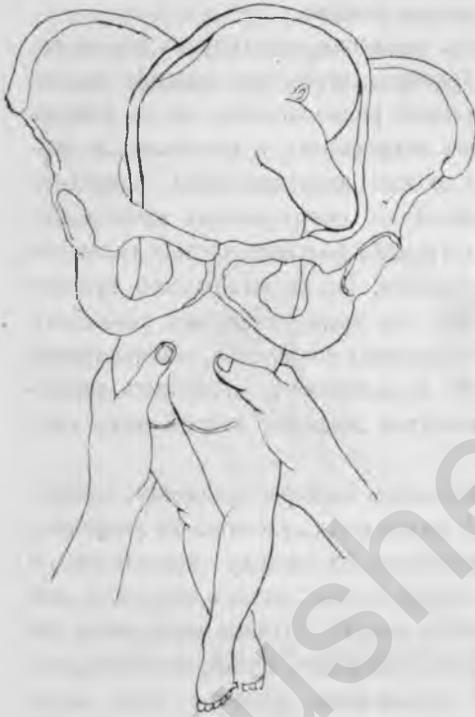
Фиг. 254. Захватываніе голеней при извлеченіи плода за ножки.

дѣйствіе, когда она направляется по линіи движенія тѣла и когда прилагается близко къ предмету. Такъ какъ линію движенія младенца, вѣрнѣе—наиболѣе объемистой части его, представляетъ ось таза, имѣющая не одинаковое направлѣніе въ разныхъ отдѣлахъ этого канала; то въ самомъ началѣ операціи, захвативъ вышеописаннымъ образомъ выведенныя ножки, слѣдуетъ направить тракціи впередъ и внизъ, а по мѣрѣ выхожденія бедеръ нужно перемѣщать руки кверху, обхвативъ ими бедра такимъ же образомъ, какъ были захвачены голени.

Когда покажется передняя ягодица въ половой щели, тракціямъ слѣдуетъ придать болѣе горизонтальное направлѣніе. Коль скоро про-

По законамъ физики, извлекающая сила тогда обнаруживаетъ наиболѣе совершенное

рѣжется передняя ягодица и задній проходъ плода покажется надъ промежностью, влеченіе нужно направить нѣсколько кверху, чтобы дать возможность задней ягодицѣ выкатиться изъ-за промежности наружу. Въ этотъ моментъ промежность наиболѣе напрягается, почему извлеченіе слѣдуетъ производить медленно, или даже совершенно прекратить во время потуги, одного дѣйствія которой достаточно для выведенія задней ягодицы. Когда извлеченіе производится за одну ножку, а другая остается протянутой, слѣдуетъ, при первой возможности, ввести согнутый указательный палецъ въ паховой сгибъ младенца, большой положить на крестецъ, а другіе пальцы пригибать къ ладони. Дѣйствуя на захваченную такимъ образомъ ягодицу, способствуемъ дальнѣйшему извлеченію туловища.



Фиг. 255. Захватываніе ягодицъ.



Фиг. 256. При извлеченіи за одну ножку, когда ягодицы выходятъ наружу, указательный палецъ соответствующей руки вводятъ въ паховой сгибъ и захватываютъ заднюю ягодицу.

Промежность слѣдуетъ поддерживать обыкновеннымъ способомъ, она рѣдко разрывается при осторожномъ проведеніи ягодицъ; тѣмъ не менѣе, при быстромъ и неосторожномъ извлеченіи у перворождающихъ, случаются разрывы, которые распространяются дальше по ткани, при выхожденіи головки. Коль скоро ягодицы пройдутъ чрезъ половую щель, одновременно съ ними выскальзываетъ нижняя часть туловища, вслѣдствіе выпрямленія согнутой продольной оси плода. Этимъ заканчивается первый моментъ операціи.

2. Второй моментъ начинается *захватываніемъ ягодицъ*, причѣмъ большіе пальцы кладутъ на крестецъ младенца, а остальные располагаютъ по сторонамъ таза младенца. Чтобы предохранить отъ охлаждения

тѣло младенца, нижнія конечности и ягодицы обвертываются въ небольшую пеленку. Тракцію снова слѣдуетъ направлять нѣсколько книзу, чтобы плечики могли удобно пройти чрезъ входъ таза и вступить въ надлежащемъ размѣрѣ въ родовую каналъ. При этомъ необходимо заблаговременно позаботиться, чтобы спинка младенца оставалась обращенною впередъ, что обыкновенно наичаще происходитъ самопроизвольно.

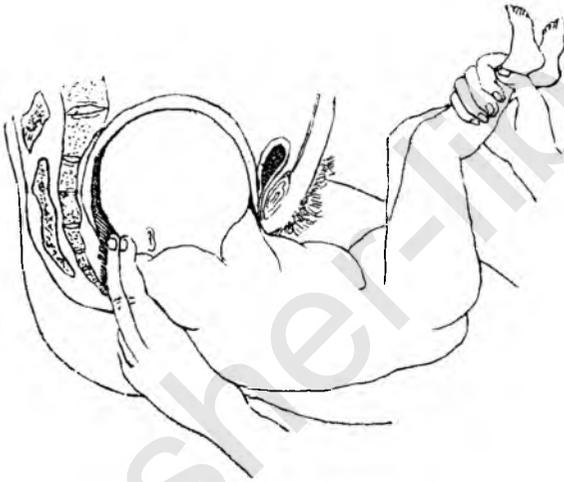
Коль скоро туловище извлечено настолько, что наружу показался пупокъ младенца, слѣдуетъ произвести потягиваніе за пуповину, если послѣдняя представляется напряженною, и нѣсколько вытянуть ее наружу. Послѣ чего извлеченіе продолжается дальше.

Когда показывается наружу грудь младенца, ее слѣдуетъ захватить обѣими руками по бокамъ такимъ образомъ, чтобы оба большіе пальца находились на позвоночникѣ, а остальные располагались бы по бокамъ грудной клѣтки. Никогда не слѣдуетъ захватывать и извлекать за животикъ младенца, потому что легко можно надавливаніемъ повредить печень и произвести разрывъ ея ткани со смертельнымъ кровоизліаніемъ въ полость живота. Отдѣльныя тракціи большею частью дѣлаются прямолинейныя въ извѣстномъ направленіи. Когда выходненіе туловища совершается съ трудомъ, можно къ прямолинейнымъ тракціямъ присоединить вращательныя, такъ называемыя коническія, — захваченное туловище нѣсколько приподнимають и сообщаютъ ягодицамъ движеніе по окружности. Коль скоро покажутся лопатки, второй актъ операціи законченъ.

3. *Освобожденіе ручекъ.* При правильномъ членорасположеніи, особенно у многораждающихъ, вскорѣ послѣ выходненія туловища до лопатокъ, при слѣдующей потугѣ, быстро опускаются къ выходу таза плечики, и ручка выпадаетъ самопроизвольно сперва задняя, потомъ передняя, или наоборотъ, при поднятіи тѣла младенца кверху. Однако едва ли не въ половинѣ всѣхъ родовъ, при тазовомъ положеніи, нужно особыми акушерскими приемами способствовать выходненію ручекъ; такъ какъ послѣ появленія наружу лопатокъ, необходимо, максимумъ въ теченіе 8 минутъ, окончить извлеченіе младенца, иначе послѣдній родится мертвымъ. Съ уменьшеніемъ объема матки, нарушается плацентарное кровообращеніе, сократившимися стѣнками матки пуповина прижимается къ головкѣ, а съ опусканіемъ плечиковъ къ выходу таза, она прижимается вступившею во входъ таза головкою къ неподатливой стѣнкѣ таза. Опустившіяся вмѣстѣ съ плечикомъ въ тазъ ручки младенца наичаще сохраняютъ правильное членорасположеніе, т.-е. располагаются на верхней части груди, причемъ локти нѣсколько приподнимаются кверху. Въ другихъ случаяхъ одна или обѣ ручки отходятъ отъ груди, встрѣтивъ препятствіе со стороны костнаго тазоваго кольца, рѣже со стороны плотнаго наружнаго зѣва матки. Вслѣдствіе этого одна или обѣ ручки находятся въ протянутомъ состояніи и располагаются по бокамъ головки младенца.

Рѣже, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда туловище плода вращалось около своей продольной оси, встрѣчается запрокидываніе одной, а въ исключительныхъ случаяхъ обѣихъ ручекъ плода за затылокъ. Въ положеніи ручекъ акушеръ убѣждается, когда произведетъ внутреннее изслѣдованіе пальцами.

Приступая къ освобожденію ручекъ, слѣдуетъ помнить, что наиболее удобно ихъ *освободить соименною рукою*, и притомъ по возможности *изъ задней половины таза*, гдѣ находится глубокая крестцовая впадина. Почему, коль скоро показалась наружу лопатка, слѣдуетъ произвести вращеніе тѣла младенца около его продольной оси такимъ образомъ, чтобы плечики стали въ прямомъ размѣрѣ полости таза. Такое вращеніе легко удается, если обѣими руками обхватить съ боковъ



Фиг. 257. Освобожденіе лѣвой ручки двумя пальцами.

грудную клѣтку, какъ это дѣлается при извлеченіи верхней части туловища, и повернуть бочокъ младенца книзу.

Когда правое плечико, какъ это бываетъ при первой позиціи, обратилось въ крестцовую впадину, то слѣдуетъ въ лѣвую руку захватить обѣ ножки младенца ниже колѣнъ и приподнять ихъ вмѣстѣ съ туловищемъ кверху и въ лѣвую сторону. Находящаяся кзади правая ручка освобождается правою рукою. Когда членорасположеніе мало нарушено, то освобожденіе ручки удается легко двумя пальцами. Указательный и средній палецъ вводятъ по плечику младенца до локтевого сустава и, надавливая на локтевой сгибъ, проводятъ ручку по передней поверхности груди книзу и выводятъ ее наружу. Немедленно послѣ этого тѣло младенца вращается по направленію спинки лѣвымъ плечомъ кзади. Чтобы такое вращеніе вышло вполнѣ удачнымъ, акушеръ вводитъ въ тазъ свою лѣвую руку до предплечія лѣвой руки младенца, затѣмъ, обхва-

тивъ обѣими руками съ боковъ грудь, сперва подаетъ ее нѣсколько кверху въ тазъ и въ тотъ же моментъ производитъ вращательное движеніе лѣваго плечика кзади въ крестцовую впадину, гдѣ вышеописаннымъ способомъ немедленно освобождаетъ соименную рукою ручку младенца. Вышеописанное подвиганіе туловища въ тазовой каналъ имѣетъ цѣлью приподнять головку и ручку нѣсколько выше, чтобъ онѣ не препятствовали вращенію туловища плода. При освобожденіи лѣвой ручки, правою рукою захватываютъ младенца за обѣ ножки и туловище его приподнимаютъ кверху и вправо.

Когда ручки протянуты возлѣ головки, а слѣдовательно, локтевой сгибъ находится высоко, необходимо при такихъ условіяхъ ввести высоко въ тазъ 4 пальца. Осторожно надавливая на плечико, чтобы не произвести переломъ плечевой кости, слѣдуетъ постепенно доходить до локтевого сгиба. Дѣйствуя на послѣдній, концами пальцевъ осторожно подвигаютъ локтевой суставъ по личику и передней поверх-



Фиг. 258. Вращеніе туловища младенца послѣ освобожденія одной ручки.

ности груди, пока ручка не выскользнетъ наружу. Затѣмъ производятъ вышеописаннымъ способомъ вращеніе тѣла плода, чтобы плечо другой протянутой ручки обратилось кзади, и приступаютъ къ освобожденію этой ручки. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ вращательное движеніе туловища не удается, слѣдуетъ освободить ручку изъ передней части таза одноименною рукою и обычными приемами.

4. *Извлеченіе головки* должно немедленно слѣдовать за совобожденіемъ ручекъ. При хорошемъ тазѣ у многорожавшихъ, у которыхъ дно таза и родовой каналъ чрезвычайно податливы, достаточно поднять кверху туловище плода, чтобы головка вышла наружу вскорѣ послѣ освобожденія ручекъ. Однако въ большинствѣ случаевъ для спасенія младенца необходимо примѣнять особые акушерскіе приемы для извлеченія головки. Послѣ освобожденія ручекъ, головка обыкновенно находится уже въ полости или во входѣ таза. Существуетъ множество способовъ этой операціи. F. Winckel насчитываетъ ихъ не менѣе 21. Мы изложимъ здѣсь наиболѣе употребительные и цѣлесообразные.

По нашему личному опыту, способ Mauriceau-Lachapelle слѣдуетъ считать наилучшимъ. Примѣняется онъ слѣдующимъ образомъ: завернутое въ пеленку туловище младенца акушеръ кладетъ на предплечіе своей лѣвой руки, при этомъ двумя пальцами онъ входитъ во влагалище и проникаетъ до подбородка и нижней челюсти младенца. Далѣе акушеръ вводитъ пальцы въ ротъ младенца, и согнувъ крючкомъ ихъ концы, притягиваетъ нижнюю челюсть книзу къ груди младенца. Одновременно два пальца правой руки—указательный и средній— онъ кладетъ виллообразно по сторонамъ шеи младенца и, надавливая на оба плечика младенца книзу, извлекаетъ головку. Извлекающая сила дѣйствуетъ преимущественно на плечики младенца, а введенные въ ротъ младенца 2 пальца способствуютъ извлеченію, ставя головку младенца ея ма-

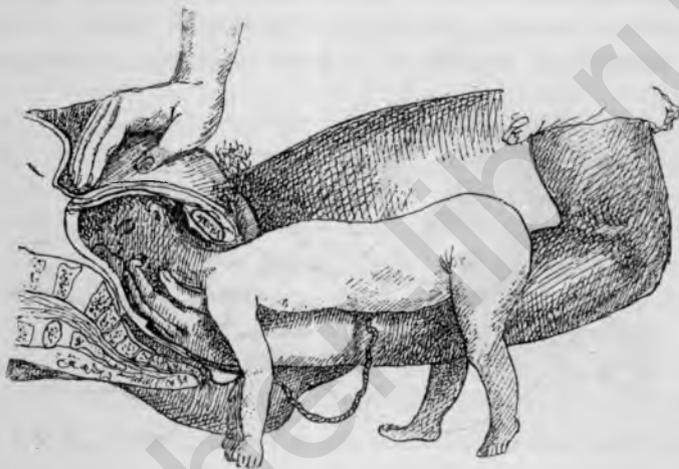


Фиг. 259. Извлечение послѣдующей головки по способу Mauriceau-Lachapelle.

лымъ косымъ размѣромъ въ прямые діаметры полости и выхода таза; не слѣдуетъ тянуть за нижнюю челюсть. При этомъ способѣ извлеченія головки, тракціи производятъ сперва книзу, пока затылокъ не покажется изъ-подъ лоннаго соединенія, и подбородокъ не опустится до промежности; затѣмъ потягиваютъ головку впередъ и кверху, постепенно приподнимая туловище. Нижняя часть затылка упирается въ лонное соединеніе, а изъ-за промежности выходятъ личико и темя; слѣдовательно прорѣзываніе головки происходитъ въ ея наименьшемъ размѣрѣ. Вышеописанный способъ пригоденъ какъ для легкихъ, такъ равнымъ образомъ для наиболѣе трудныхъ случаевъ извлеченія головки. Когда головка съ трудомъ проходитъ чрезъ входъ въ тазъ, слѣдуетъ, совершая извлеченіе вышеописаннымъ способомъ, поручить помощнику производить давленіе на головку правою рукою чрезъ брюшные покровы по направленію оси входа въ тазъ. Въ послѣднемъ случаѣ развивается значительная сила, и если при такихъ условіяхъ головка не

проходить через тазовой каналъ, то врядь ли можно спасти младенца наложеніемъ щипцовъ, за рѣдкими исключеніями.

Способъ Wigand-Martin'a похожъ на вышеописанный, хотя менѣе дѣйствителенъ. Точно также туловище младенца, послѣ освобожденія ручекъ, акушеръ кладетъ на предплечіе своей лѣвой руки, по обѣимъ сторонамъ котораго свѣшиваются ручки и ножки. Два пальца этой руки вкладываютъ въ ротъ младенца и приближаютъ нижнюю челюсть къ груди. Ладонь правой руки кладутъ на нижнюю часть живота, гдѣ выдается головка, и производятъ ею давленіе черезъ брюшные покровы выше лоннаго соединенія, чтобы продвинуть головку въ полость таза и провести ее черезъ родовый каналъ наружу. Этой *vis a tergo* помогаютъ до нѣкоторой степени пальцы лѣвой руки, захватывающіе нижнюю челюсть и



Фиг. 260. Извлеченіе послѣдующей головки по способу Wigand-Martin'a.

стремящіеся произвести сгибаніе головки. Способъ Wigand-Martin'a можетъ оказаться полезнымъ при высокомъ стояніи послѣдующей головки, когда къ тому же нѣтъ опытнаго помощника. Коль скоро головка вступаетъ въ тазъ, лучше всего сейчасъ же перейти къ способу Mauriceau-Lachapelle.

Остальные способы или развиваютъ слабую силу, или дѣйствуютъ главнымъ образомъ на головку черезъ туловище младенца, чѣмъ исключается точность оперативныхъ приѣмовъ. Почему такіе способы не имѣютъ практическаго значенія, и мы пропускаемъ ихъ описаніе.

Когда освобожденіе ручекъ и извлеченіе головки затруднительно, назначенное на это время, около 8 минутъ, истекаетъ, и младенецъ дѣлаетъ дыхательныя движенія, слѣдуетъ пальцами руки отодвинуть промежность кзади, чтобы дать доступъ воздуха ко рту младенца. Затѣмъ нужно опять возобновить попытки извлеченія головки или наложить щипцы.

Fehling, Kalt, Strassmann и др. совѣтуютъ, при извлеченіи послѣдующей головки, примѣнять при плоскихъ и общесъуженныхъ тазахъ положеніе Walcher'a, при которомъ иногда удавалось извлечь живой плодъ даже при согл. 8 см. По меньшей мѣрѣ неумѣстно предложеніе Pulvermacher'a, который совѣтуетъ при извлеченіи головки примѣнять тупой крючокъ, захватывая имъ лицо въ скуловой области. На основаніи 139 случаевъ извлеченія послѣдующей головки въ Вѣнской клиникѣ, изъ коихъ 32 раза было суженіе таза, Herzfeld отрицаетъ наложеніе щипцовъ. Изъ 141 дѣтей 98 родилось живыхъ, 28 въ состояніи асфиксіи и 15 мертвыхъ. Слѣдовательно смертность новорожденныхъ всего 12,7⁰/₀, она значительно ниже показанной въ статистикѣ Wigand'a, гдѣ она обозначена 22⁰/₀. Theilhaber наблюдалъ иногда самопроизвольное выходеніе послѣдующей головки чрезъ $\frac{1}{2}$ —1 часъ послѣ смерти плода, умершаго во время извлеченія.

Затрудненія и осложненія при извлеченіи младенца за ножки.

Далеко не всегда эта операція протекаетъ гладко. Затрудненія начинаются иногда съ самаго начала ея. Чаще всего однако они встрѣчаются въ теченіе двухъ послѣднихъ моментовъ, именно при освобожденіи ручекъ и извлеченіи головки. Для полноты изложенія мы опишемъ здѣсь важнѣйшія изъ этихъ затрудненій и осложненій.

1. *Направленіе спинки младенца кзади*, такъ называемый заднеспинной видъ тазовыхъ положеній, обнаружившееся иногда въ началѣ операціи, большею частью самопроизвольно переходитъ при дальнѣйшемъ ходѣ операціи въ переднеспинной. Чтобы способствовать такому обращенію туловища младенца, необходимо примѣнять цѣлесообразныя приемы уже во время извлеченія. Тамъ, гдѣ ножки были въ началѣ извлеченія обращены пятками кзади, или выведенная при поворотѣ одна ножка обращена большимъ пальцемъ кпереди, въ этихъ случаяхъ, находящаяся еще въ маткѣ, спинка плода бываетъ обращена кзади. Съ самаго начала извлеченія плода это необходимо имѣть въ виду и стараться перевести младенца въ переднеспинную позицію, представляющую огромное преимущество для проведенія черезъ тазовой каналъ ручекъ и головки плода.

Обыкновенно, при предлежаніи одной ножки и при цѣлесообразномъ извлеченіи за нее, соответствующая ягодица, если даже въ началѣ родовъ она находилась кзади, обращается обыкновенно напередъ къ лонному соединенію, а при прохожденіи туловища обращеніе тѣла плода идетъ дальше, и его спинка направляется нѣсколько кпереди. При выведеніи наружу двухъ ножекъ, обращенныхъ пятками кзади, слѣдуетъ за одну изъ нихъ, именно за переднюю, тянуть сильнѣе во время извлеченія; то же самое надо продолжать послѣ захватыванія обѣихъ половинокъ ягодицъ. Такими приемами обыкновенно удается получить передне-спинной видъ тазоваго положенія.

Однако въ исключительныхъ случаяхъ, даже послѣ извлеченія всего туловища, несмотря на примѣненіе вышеописанныхъ приемовъ, спинка остается обращенной кзади.

2. *Укороченіе пуповины* рѣдко бываетъ врожденное; оно наибаче происходитъ вслѣдствіе обвиванія ея около различныхъ частей тѣла мла-

денца. Вообще такіе случаи рѣдки. Тѣмъ не менѣе укороченіе пуповины случается иногда наблюдать, при прохожденіи ея петли между ножекъ ребенка, когда онъ, какъ выражались старинные акушеры, сидитъ верхомъ на пуповинѣ. Въ послѣднемъ случаѣ она напрягается, препятствуетъ поступательному движенію туловища и можетъ также одновременно причинить преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Для устраненія такихъ случайностей пуповину нужно нѣсколько вытянуть и перевести чрезъ одну изъ ягодицъ. Если же пуповину нельзя ослабить потягиваніемъ, то ее слѣдуетъ немедленно перерѣзать, а затѣмъ, перевязавши оба ея конца, стараться поскорѣе окончить извлеченіе плода.

3. *Узкость половой щели* и влагалища наблюдается преимущественно у перворождающихъ; она можетъ представлять серьезное препятствіе для введенія руки, при освобожденіи протянутыхъ возлѣ головки ручекъ младенца. При насильственномъ введеніи 4 пальцевъ, легко можно причинить глубокой разрывъ промежности, который при извлеченіи головки можетъ распространиться на прямую кишку. Чтобы избѣгнуть подобныхъ поврежденій, необходимо проникать въ половыя части медленно и постепенно, строго придерживаясь вышеизложенныхъ правилъ. Для сохраненія промежности въ этихъ случаяхъ, уже при прохожденіи ягодицъ, слѣдуетъ дѣлать эпизиотомию съ обѣихъ сторонъ.



Фиг. 261. Правая ручка младенца запрокинута на затылокъ, лѣвая протянута возлѣ головки.

4. *Запрокидываніе одной, рѣдко обѣихъ ручекъ, на затылокъ* младенца происходитъ чаще при переходѣ во время извлеченія заднеспинной позиціи въ переднеспинную, а также иногда при поспѣшномъ, не осмотрительномъ извлеченіи туловища младенца. Когда, приступая къ освобожденію ручекъ вышеописаннымъ способомъ, мы распознаемъ запрокидываніе одной ручки, сперва слѣдуетъ, повернувши тѣло младенца надлежащимъ образомъ, освободить изъ задней части таза незапрокинутую ручку, затѣмъ немедленно употреблять приемъ Scanzoni или Sthal-Hegar'a.

Въ первомъ случаѣ грудную клѣтку младенца обхватываютъ обѣими руками, расположивъ ладони вдоль бочка младенца, а на той сторонѣ, гдѣ запрокинута ручка, концы пальцевъ должны входить въ тазъ до плечика этой ручки. Захваченное такимъ образомъ туловище младенца слегка вдвигаютъ въ тазъ и производятъ вращеніе его попеременно направо и налево на $\frac{1}{4}$ окружности. Вслѣдствіе чего локоть запрокинутой ручки нѣсколько опускается и располагается возлѣ головки. Если теперь повернуть соответствующее плечико въ крестцовую впадину, то здѣсь его можно найти и освободить эту ручку обычнымъ спосо-

бомъ. Пріемъ примѣняемый въ клиникѣ Негар'а совершается нѣсколько иначе. Грудная клѣтка обхватывается обѣими руками и производятъ вращеніе тѣла по дугѣ въ 180° въ направленіи животика младенца, чтобы локоть запрокинутой ручки, двигаясь возлѣ мыса, соскользнулъ съ затылка.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда оказываются запрокинутыми обѣ ручки на затылокъ, слѣдуетъ, не приступая къ ихъ освобожденію, примѣнять одинъ или другой изъ этихъ пріемовъ вращенія тѣла младенца. Еслибы освобожденіе запрокинутой на затылокъ ручки не удавалось, слѣдуетъ попытаться извлечь головку вмѣстѣ съ ручкою, что при хорошемъ тазѣ иногда возможно. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ освобождать запрокинутую ручку, низводя ее по спинкѣ младенца, потому что при этомъ происходитъ неизбѣжно переломъ плеча или отдѣленіе эпифиза плечевой кости. Скорѣе въ такомъ случаѣ можно прибѣгнуть къ наложенію на головку щипцовъ.

5. *Умѣренно суженный плоскій тазъ*, представляющій иногда показаніе къ повороту на ножки, нерѣдко оказываетъ неблагоприятное вліяніе при совершеніи послѣднихъ моментовъ операціи извлеченія плода за тазовой конецъ.

При прохожденіи плечиковъ чрезъ входъ таза, скрещенныя на груди ручки младенца, встрѣчая выдающійся мысъ, приподнимаются кверху и рано протягиваются возлѣ головки по обѣимъ сторонамъ таза, иногда препятствуя ей устанавливаться въ поперечномъ размѣрѣ входа въ тазъ. Головка удерживается высоко, и попытки къ дальнѣйшему извлеченію оказываются иногда безуспѣшными. Протянутыя ручки также остаются надъ входомъ таза. Въ такихъ случаяхъ, которые встрѣчаются впрочемъ рѣдко, для освобожденія ручекъ недостаточно введенія 4 пальцевъ, необходимо *входитъ цѣлою рукою*.

Вращая нѣсколько туловище младенца, его приподнимаютъ кверху и отводятъ въ противоположную сторону; одноименную руку акушеръ проводитъ сперва въ крестцовую впадину, затѣмъ, осторожно протянувъ пальцы, входитъ ею возлѣ тѣла младенца въ матку. Дошедши до локтевого сгиба, и даже до предплечія, акушеръ захватываетъ эту часть ручки двумя пальцами, или крѣпче, при помощи большого пальца, и низводитъ ручку по лицу и груди младенца. Нельзя сказать, чтобы эта манипуляція была изъ легкихъ, даже при наркозѣ. Если послѣ этого повернуть туловище на другое плечо кзади, то наизяще до второй ручки можно бываетъ достигнуть уже 4 пальцами соименной руки.

Дальнѣйшія затрудненія плоскій тазъ иногда представляетъ при извлеченіи головки. Послѣ освобожденія ручекъ, головка въ такихъ случаяхъ стоитъ еще высоко; наибольшая поперечная окружность ея находится надъ входомъ таза. Приступая къ извлеченію головки при такихъ условіяхъ, не должно упускать изъ виду механизмъ ея прохожденія чрезъ входъ таза. Головка должна устанавливаться сперва своимъ

продольнымъ размѣромъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, затѣмъ нѣсколько разогнуться, чтобы помѣститься малымъ поперечнымъ размѣромъ въ прямомъ размѣрѣ таза; въ то же время головка иногда нѣсколько наклоняется къ заднему плечу, чтобы ея височная и затѣмъ теменная кость могли пройти возлѣ мыса крестцовой кости. Принимая во вниманіе эти условія, въ началѣ операціи слѣдуетъ главнымъ образомъ дѣйствовать правою рукою на плечики; лѣвая рука, если концами пальцевъ можно достигнуть рта младенца, должна только удерживать нижнюю челюсть, не позволяя ей запрокинуться за лонное соединеніе, но отнюдь не стараться произвести сгибаніе головки, пока она не прошла чрезъ входъ таза. Чрезвычайно важное значеніе и серьезную помощь можетъ оказать опытный помощникъ, который въ это время долженъ обхватить снаружи головку младенца и обѣими руками, положивъ одну на другую, производить надавливаніе чрезъ брюшные покровы, выше лоннаго соединенія по направленію оси тазоваго входа и отчасти къ мысу крестцовой кости. Такими соединенными усиліями часто удается провести головку при плоскихъ тазахъ чрезъ входъ; при этомъ она иногда опускается сразу, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже съ ясно слышнымъ трескомъ или короткимъ шумомъ, въ полость таза. Если во время не пріостановиться съ извлеченіемъ, то головка иногда можетъ слишкомъ быстро пройти чрезъ выходъ таза и наружныя половыя части, причинивъ значительный разрывъ промежности. Нѣкоторые акушеры не прибѣгаютъ къ примѣненію *vis a tergo*, а совѣтуютъ развить болѣе значительную извлекающую силу, заставляя, кромѣ оператора, дѣйствовать на плечики руками помощника, или набрасываютъ на шею младенца полотенце и за его концы производятъ извлеченіе. Но подобные совѣты не рациональны. Примѣненіе чрезмѣрной силы для извлеченія головки не остается безъ вреда для здоровья младенца. При такихъ условіяхъ можно причинить растяженіе и разрывы шейныхъ мышцъ а также поврежденіе позвоночника, въ особенности при движеніяхъ прерывистыхъ. Въ подобныхъ случаяхъ можетъ произойти даже отрываніе туловища отъ головки, которую не всегда удается потомъ извлечь руками, безъ помощи инструментовъ. Если произошло такое непріятное осложненіе, нужно ввести всю лѣвую руку въ родовую каналъ чтобы захватить головку. Двумя пальцами проникаютъ въ ротъ младенца, остальными пальцами обхватываютъ шею и затылокъ; головку обращаютъ затылкомъ кпереди и проводятъ чрезъ тазовый каналъ. Можно также одновременно захватывать крѣпкимъ корнцангомъ за остатокъ шеи плода.

6. *Общесъуженный тазъ*, чрезъ который сравнительно легко прошли ягодицы, также иногда оказываетъ вліяніе на расположеніе ручекъ, хотя въ меньшей степени, чѣмъ плоскій. Протянутыя ручки удается освободить 4 пальцами. Для проведенія головки чрезъ каналъ таза слѣдуетъ также примѣнять надавливаніе снаружи чрезъ брюшные покровы.

7. Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣ прохожденія туловища плода чрезъ тазовой каналъ, *спинка остается обращенной кзади*. При такихъ условіяхъ головка вмѣстѣ съ ручками опускается во входъ таза, затылокъ бываетъ направленъ кзади и въ сторону, а ручки находятся позади лоннаго соединенія. Если эти части не вколочены плотно въ тазъ, слѣдуетъ произвести вращеніе туловища около продольной оси по вышеописанному способу. Коль скоро удалось повернуть плечико кзади, приступаютъ къ освобожденію ручекъ обыкновеннымъ способомъ. Но когда тѣло младенца не повертывается, приходится освобождать ручки изъ передней части таза одноименною рукою, проведя 4 пальца до локтя или предплечія. Чтобы облегчить проведеніе своей руки, акушеръ долженъ отодвинуть извѣстнымъ пріемомъ туловище плода нѣсколько кзади и въ сторону противоположную той, гдѣ нужно освободить ручку.

Когда такимъ способомъ удалось вывести наружу обѣ ручки плода, одну за другою, слѣдуетъ попытаться, нельзя ли произвести вращеніе головки затылкомъ напередъ. Если пальцемъ можно достигнуть подбородка, то слѣдуетъ ввести два пальца въ ротъ и низвести по направленію къ груди нижнюю челюсть; 4 пальца другой руки нужно расположить сзади и сбоку головки, на затылкѣ и возлѣ ушей. Обхвативъ такимъ образомъ головку, нужно попытаться повернуть ее затылкомъ напередъ. При первой позиціи нужно дѣйствовать преимущественно пальцами правой руки, при второй—лѣвой, располагая ихъ на затылкѣ младенца. Чѣмъ болѣе прямой размѣръ головки приближается къ поперечному диаметру входа въ тазъ, тѣмъ легче удастся произвести такое вращеніе головки. Это облегчается еще болѣе, когда удастся 2 или 4 пальца провести выше на личико плода. Въ такомъ случаѣ этими пальцами можно еще болѣе удобно, чрезъ верхнюю челюсть, содѣйствовать вращенію головки затылкомъ кпереди. Введеніе цѣлой руки въ тазъ и захватываніе ею личика поперекъ, съ цѣлю повернуть затылокъ напередъ, какъ совѣтуетъ Lachapelle, крайне трудно выполнить.

Когда подбородокъ стоитъ высоко за лонными костями и недосыгаемъ для пальцевъ, то, по совѣту К. Браунъа, слѣдуетъ ввести цѣлую руку, обхватить затылокъ плода, а другую руку положить на грудь, или еще лучше выше, на плечики младенца и произвести вращательное движеніе, чтобы повернуть напередъ затылокъ вмѣстѣ съ туловищемъ младенца. Въ тѣхъ случаяхъ, когда все эти пріемы не сопровождаются успѣхомъ, и затылокъ остается обращеннымъ кзади, слѣдуетъ производить извлеченіе при такомъ стояніи головки.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда подбородокъ достижимъ, 2 пальца вводятъ въ ротъ младенца и приближаютъ нижнюю челюсть къ груди. Одновременно 2 пальцами правой руки производятъ извлеченіе за плечики. Сперва дѣлаютъ тракціи книзу. Когда покажется изъ-подъ лоннаго соединенія нижняя челюсть, личико и нижняя часть лба, туловище слѣдуетъ постепенно приподнимать къ животу матери. причѣмъ изъ-за

промежности выступают затылокъ и темя. Тамъ, гдѣ пальцами нельзя достигнуть подбородка, слѣдуетъ попытаться примѣнить способъ предложенный еще Asdrubali. Согнутые крючкомъ пальцы правой руки кладутъ на плечики, лѣвою рукою захватываютъ обѣ нижнія конечности выше лодышекъ. Извлеченіе производятъ за плечики, въ то же время сильно приподнимая за ножки туловище плода къ животу. При этомъ по промежности выкатывается сперва затылокъ, потомъ темя, лобъ и наконецъ личико. Коль скоро эти приемы не ведутъ къ цѣли, можно попытаться извлечь головку щипцами.

При извлеченіи послѣдующей головки затылкомъ кзади, будетъ ли это происходить при подбородкѣ приближенномъ къ груди, или при разогнутомъ состояніи головки, промежность подвергается значительному растяженію, и легко происходитъ большой разрывъ ея; такъ какъ прорѣзывающаяся головка проходитъ чрезъ выходъ таза своими большими размѣрами.

8. *Спазматическое суженіе наружнаго маточнаго зѣва* встрѣчается наичаще, когда приступаютъ къ извлеченію, при зѣвѣ неполнѣ раскрытомъ и малоуступчивомъ. Такой зѣвъ, подвергаясь растяженію, легко подвергается раздраженію, результатомъ котораго является спазматическое сжатіе. Оно обнаруживается обыкновенно при извлеченіи головки. Послѣдняя не выходитъ, несмотря на цѣлесообразныя тракціи; при изслѣдованіи пальцемъ оказывается, что шея младенца охвачена плотнымъ кольцомъ сократившагося маточнаго зѣва. Иногда при такихъ условіяхъ передняя губа матки при потягиваніи за головку даже высовывается наружу изъ-подъ лоннаго соединенія. Въ подобныхъ случаяхъ, если употреблять значительное усиліе, неминуемо послѣдуетъ глубокій надрывъ маточной шейки и появится опасное кровотеченіе. Почему тамъ, гдѣ есть возможность, слѣдуетъ выждать одну, двѣ минуты, и коль скоро спазматическое сокращеніе зѣва пройдетъ, и его края сдѣлаются неуступчивыми, снова слѣдуетъ приступить къ извлеченію головки. Тамъ, гдѣ это не удастся, или гдѣ дорога каждая минута, слѣдуетъ поручить помощнику держать туловище младенца, наклонивъ его книзу; въ это время акушеръ, подъ руководствомъ 2 пальцевъ, введенныхъ во влагалище, дѣлаетъ ножницами Сканцони нѣсколько неглубокихъ надрѣзовъ на краяхъ наружнаго маточнаго зѣва и затѣмъ приступаетъ къ извлеченію головки.

Глава 4.

Извлеченіе младенца за ягодицы.

Извлеченіе за ягодицы производится наичаще при глубокомъ стояніи этой части, т.-е. когда ягодицы вставились во входъ таза неподвижно

или даже опустились въ полость таза. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ является настоятельное показаніе приступить къ окончанію родовъ, при высокомъ стояніи ягодицъ. Такая операція требуетъ особенныхъ приѣмовъ и должна быть изложена отдѣльно.

А) Извлечение младенца при высокомъ стояніи ягодицъ.

Кромѣ обычныхъ благопріятныхъ условій для успѣшнаго извлечения плода, необходимо, чтобы ягодицы, стоявшія надъ входомъ въ тазъ, обнаруживали нѣкоторую подвижность.

Показанія къ операціи.

1. Продолжительные, *затянувшіеся* роды при ягодичномъ предлежаніи.
2. Слабость родовыхъ сокращеній.
3. Внезапно или постепенно появившіяся *явленія опасныя* для жизни матери.
4. *Признаки* наступленія мнимой смерти плода.
5. Слишкомъ большой величины младенца, особенно если это найдено у первороженицы.
6. Суженіе таза первыхъ 2 степеней.
7. Встрѣчающееся въ рѣдкихъ случаяхъ *косое вставленіе ягодицъ*, когда надъ входомъ въ тазъ находится только одна ягодица, а другая располагается въ подвздошной ямкѣ.

При такихъ неблагопріятныхъ условіяхъ роды, предоставленные собственному теченію, могутъ тянуться иногда въ теченіе нѣсколькихъ дней, измучивъ въ конецъ мать и подвергая опасности жизнь младенца, который часто умираетъ задолго до окончанія родовъ. Призванный врачъ иногда напрасно въ теченіе долгихъ часовъ выжидаетъ опущенія ягодицъ въ тазовой каналъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ заблаговременно низвести ножку плода, чтобы дать возможность уменьшеннымъ въ объемѣ ягодицамъ опуститься во входъ таза, а въ случаѣ надобности окончить роды извлеченіемъ за ножки.

Winter, Mittermaier, Klein, Remy и др., описавшіе свои наблюденія въ послѣднее время, совѣтуютъ производить низведеніе ножки только при надлежащихъ показаніяхъ,—узкій тазъ, эклампсія, выпаденіе пуповины и пр. Winter въ особенности совѣтуетъ избѣгать этой операціи у перворождающихъ. Введеніе руки въ полость матки и захватываніе ножки можетъ причинить раненіе родовыхъ путей, измѣнить правильную дѣятельность матки, вызвать у ребенка преждевременное дыханіе и причинить отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Изъ 172 ягодичныхъ предлежаній 137 протекли правильно; только 15 разъ понадобилось низвести ножку и 20 разъ произвести извлеченіе за ягодицы. Klein вполне справедливо указываетъ на косое стояніе ягодицъ, какъ на одно изъ главныхъ показаній для низведенія ножки. Mittermaier совѣтуетъ предвзвѣстно испытать выжиманіе плода по способу Kristeller'a.

Приготовленіе къ операціи. Положеніе на поперечной кровати, полный наркозъ. Подъ рукою нужно имѣть необходимыя при родахъ принадлежности для роженія, а также все нужное для оживленія плода.

Производство операціи. Опредѣливъ тщательно позицію и видъ ягодичнаго предлежанія, акушеръ вводитъ, по правиламъ искусства, во

влагалище руку, соответствующую положению ножек плода. Во время паузы рука вводится через маточный зев, как при внутреннем повороте, причем другая рука снаружи удерживает дно матки. Дошедши до ягодиц, их слѣдует осторожно и постепенно отодвинуть нѣсколько кверху и въ сторону, гдѣ находится спинка плода. Когда рука вошла въ матку, акушеръ располагаетъ ее такимъ образомъ, чтобы ладонь была обращена къ тѣлу младенца, а тыльная поверхность къ стѣнкѣ матки. Рука проводится кверху по ягодицамъ и по бедру расположенной впереди ножки. Дошедши до голени или стопы, ее захватываютъ пальцами, прижимаютъ бедро къ туловищу младенца и низводятъ осторожно книзу во время паузы, сперва сгибая, потомъ выпрямляя колѣнный суставъ въ полости матки. Одновременно другою рукой снаружи удерживаютъ спинку младенца. Изъ половыхъ частей выводятъ наружу ножку до колѣна, какъ при повороте. Дальнѣйшее извлеченіе, если оно необходимо, производится какъ при неполномъ ножномъ предлежаніи.

В) Извлеченіе плода при глубокомъ стояніи ягодицъ.

Показаніемъ для этой операціи служатъ всѣ тѣ же *ненормальности*, которыя мы перечислили при изложеніи операціи *извлеченія плода за ножки*.

Приготовленіе къ операціи. Кромѣ обычныхъ принадлежностей родовъ, слѣдуетъ имѣть подъ рукою тупой крючокъ, петлю и акушерскіе щипцы.

Наиболѣе удобнымъ для акушерской практики мы считаемъ тупой крючокъ Wigan'a съ металлической рукояткою. Длина инструмента около 30 см. конецъ изогнутъ въ видѣ полукруга съ діаметромъ въ 6 см. Толщина тупаго крючка на мѣстѣ сгиба около 6 мм., конецъ его нѣсколько утолщенъ до 8 мм. и продырявленъ спереди назадъ. Въ нижней части толщина инструмента доходитъ до 9 мм. Рукоятка прямая, утолщенная книзу, четырехугольная съ притупленными гранями и рубчатую поверхность, очень удобна для захватыванія. Она составляетъ около $\frac{1}{3}$ длины всего инструмента, т.-е. 10 см.

Положеніе роженицы на поперечной кровати. Хлороформированіе примѣняется у субъектовъ нервныхъ, наичаще при первыхъ родахъ.

Производство операціи. При глубокомъ стояніи ягодицъ, всегда удается достигнуть пальцемъ не только до передней ягодицы, но также до ея пахового сгиба. Задняя ягодица располагается нѣсколько выше и захватить ее въ сгибъ удается рѣдко. Операція извлеченія за ягодицы производится или при посредствѣ руки, но чаще при помощи тупого крючка или петли.

1. Извлеченіе за ягодицы руками.

Опредѣливъ точно позицію и видъ ягодичнаго предлежанія, акушеръ вводитъ во влагалище 2 или 4 пальца руки, одноименной съ переднею ягодицею; при первой позиціи лѣвую, при второй—правую руку. Указательный палецъ, иногда вмѣстѣ съ среднимъ, проводятъ за лоннымъ соединеніемъ по передней ягодицѣ до паховаго сгиба, въ который про-

никаютъ однимъ этимъ пальцемъ или двумя по возможности глубже. Сгибъ захватывается крючкообразно согнутымъ пальцемъ, при чемъ большой палецъ располагается на ягодицѣ, а другіе пальцы пригибаются къ ладони. Съ появленіемъ потуги производятъ извлеченіе ягодицъ захваченныхъ указательнымъ пальцемъ. Тракція поддерживается другою рукою, которая обхватываетъ руку, захватившую паховой сгибъ. При такомъ способѣ извлеченія за ягодицы, удается развить сравнительно небольшую силу, кромѣ того въ скоромъ времени палецъ устааетъ и въ немъ появляется ощущение боли. Поэтому извлеченіе руками только въ легкихъ случаяхъ сопровождается благопріятными результатами. Когда переднюю ягодицу удается вывести наружу, а задняя находится на промежности, въ паховой сгибъ ея слѣдуетъ ввести указательный палецъ другой руки; дѣлая притяженіе за обѣ ягодицы, доканчиваютъ выведение ягодицъ наружу и продолжаютъ извлеченіе туловища. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ освобождать протянутыя по передней поверхности тѣла ножки плода. Коль скоро туловище выходитъ наружу до грудной клѣтки, ножки выпадаютъ самопроизвольно. Послѣ чего операція ничѣмъ не отличается отъ вышеизложеннаго извлеченія за ножки.

2. Извлеченіе младенца при глубокомъ стояніи ягодицъ инструментальное.

Наичаще оно производится при помощи тупого крючка Wigand'a. Намъ приходилось дѣлать эту операцію много разъ, и никогда мы не замѣчали значительнаго поврежденія въ паховой складкѣ на мѣстѣ приложенія силы этимъ инструментомъ, кромѣ болѣе или менѣе глубокихъ ссадинъ и кровоподтековъ. Ни разу мы не наблюдали ни омертвѣнія ткани, ни перелома верхней части бедра. Для того, чтобы тупой крючекъ не причинилъ вреда, нужно, чтобы инструментъ имѣлъ надлежащую толщину; далѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда предвидится трудное извлеченіе, наприм., при узкомъ тазѣ, вмѣсто крючка слѣдуетъ употреблять петлю.

Тупой крючекъ накладывается всегда въ пахъ передней ягодицы; для этой цѣли вводятъ 2 пальца соименной руки до пахового сгиба и подъ ихъ руководствомъ проводится внутренній конецъ крючка между лоннымъ соединеніемъ и ягодицами. Рукоятка крючка удерживается полною рукою, и коль скоро конецъ крючка дойдетъ до пахового сгиба, посредствомъ поворота рукоятки онъ помѣщается въ паху такимъ образомъ, что его верхушку можно прощупать указательнымъ пальцемъ между бедеръ младенца. При появляющейся потугѣ, правую рукою за рукоятку крючка производятъ извлеченіе ягодицъ по оси таза, а указательный палецъ лѣвой руки, введенный во влагалище, соприкасается съ утолщеннымъ концомъ тупого крючка, и постоянно во время тракцій этотъ палецъ контролируетъ его положеніе. Извлеченіе производится до тѣхъ поръ, пока передняя ягодица не выйдетъ наружу. Тогда сни-

мають крючекъ и вмѣсто него въ передній, а также въ задній паховой сгибъ, вводятся указательные пальцы; захвативъ ягодицы вышеописаннымъ образомъ, приступаютъ къ дальнѣйшему извлеченію младенца.

Когда вмѣсто крючка желаютъ употребить петлю, проведеніе которой чрезъ передній паховой сгибъ во многихъ случаяхъ довольно трудно, берутъ обыкновенную шелковую или холщевую акушерскую петлю. Наиболе удобно провести ее чрезъ паховой сгибъ при помощи того же тупого крючка Wigand'a, если только конецъ его продыравленъ. Въ это отверстіе проводится длинная нитка изъ толстаго плетенаго шелка. Наружный конецъ которой свободенъ, а внутренній конецъ шелковинки, выстоящій изъ отверстія крючка, удерживается на мѣстѣ при помощи кусочка тонкой дренажной трубки. Когда тупой крючекъ обхватитъ передній паховой сгибъ и верхушка его окажется между бедеръ, то здѣсь же будетъ находиться кусокъ трубки, прикрѣпленный къ внутреннему концу нитки. Концемъ указательнаго пальца дренажную трубку легко захватить и вмѣстѣ съ ниткою вывести наружу. Къ нему можно теперь прикрѣпить конецъ акушерской петли, послѣ чего тупой крючекъ снимаютъ, и, притягивая свободный конецъ нитки, проводятъ легко петлю чрезъ передній паховой сгибъ. Концы проведенной петли захватываютъ въ обѣ руки, и при появленіи потугъ приступаютъ къ извлеченію. При посредствѣ петли можно приложить боле значительную силу и дольше производить извлеченіе, не опасаясь нанести тяжелыхъ поврежденій на тазовомъ сгибѣ и бедрѣ младенца. Конечно въ слишкомъ трудныхъ случаяхъ извлеченія, поврежденія возможны какъ при употребленіи крючка, такъ при захватываніи пахового сгиба петлею. При значительномъ суженіи таза, когда плодъ умеръ, можно произвести извлеченіе за ягодицы при помощи кранио-кляста, одна ложка котораго вводится повыше въ задній проходъ, а другая накладывается на крестецъ.

Предсказаніе. Статистика показываетъ, что при тазовыхъ положеніяхъ смертность матерей гораздо значительнѣе, чѣмъ при головныхъ; она доходитъ до 4—5%. Въ особенности неблагоприятнымъ оказываются эти положенія для дѣтей, которыхъ погибаетъ въ частной практикѣ не менѣе 25%, но въ родильныхъ домахъ гораздо меньше. Дѣти умираютъ во время родовъ наичаще отъ асфиксіи, нерѣдко они также погибаютъ отъ поврежденій въ спинномъ хребтѣ и въ головномъ мозгу. У новорожденныхъ часто замѣчаются самыя разнообразныя поврежденія.

Кромѣ неизбѣжныхъ параличъ, легкихъ ушибовъ и небольшихъ кровоподтековъ на поверхности тѣла, на шеѣ, иногда наблюдается разрывъ *m. sternocleido-mastoidei* съ образованіемъ гематомы; въ рѣдкихъ случаяхъ даже разрывы связокъ позвонковъ съ кровоизліянiami въ оболочкахъ продолговатаго мозга. На черепѣ встрѣчаются переломы и вдавленіе теменныхъ костей, разьединеніе костей образующихъ основаніе черепа, что сопровождается обыкновенно кровоизліаніемъ въ полости черепа. Въ числѣ поврежденій органовъ живота наичаще вслѣдствіе давленія находятъ разрывъ печени. На верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ замѣчаются переломы длинныхъ

костей и отрываніе эпифизовъ, наипаче на верхнемъ концѣ плечевой кости. Нерѣдко также былъ наблюдаемъ переломъ ключицы и параличи верхнихъ конечностей. вслѣдствіе сильнаго прижатія плечевого сплетенія, pl. brachialis. Отрываніе конечностей было наблюдаемо только на недоношенныхъ, мацерированныхъ или загнившихъ плодахъ. Напротивъ отрываніе головки происходило также у плодовъ вполне доношенныхъ и свѣжихъ.

По изслѣдованіямъ Herzfeld'a, смертность дѣтей при тазовыхъ положеніяхъ въ Вѣнской клиникѣ не превышаетъ 12,7%. Pincus совѣтуетъ во 2 періодѣ родовъ производить легкое надавливаніе на дно матки, чтобы препятствовать разгибанію головки и отхожденію ручекъ младенца. Fürst и Drejer предлагаютъ вмѣсто тупого крючка производить наложеніе щипцовъ на ягодицы.

Ягодичное предлежаніе при большихъ плодахъ и узкомъ тазѣ можетъ причинить иногда крайне трудные роды. Sperling въ одномъ случаѣ, гдѣ послѣ истеченія воды роды у первороженницы продолжались 36 часовъ и Т. поднялась до 39,2, на мертвомъ плодѣ прибѣгнувъ къ прободенію лѣваго sunch. sacroiliaca и извлеченію крючкомъ. Münster при подобныхъ же условіяхъ сдѣлалъ глубокіе надрѣзы во входѣ влагалища, ввелъ руку и захватилъ задній паховой сгибъ младенца, который былъ извлеченъ съ большимъ трудомъ. Въ подобныхъ трудныхъ случаяхъ для извлеченія мертвого плода наиболѣе рационально вводить черезъ задній проходъ младенца внутреннюю ложку краниокляста, а наружную накладывать на крестцовую область. Замкнутый краниоклястъ отлично держится и допускаетъ примѣненіе значительной силы при тракціяхъ.

Глава 5.

Выжиманіе плода, expressio foetus.

Выжиманіе плода обратило на себя вниманіе акушеровъ въ особенности послѣ того, какъ Kristeller въ 1867 году предложилъ примѣнять этотъ способъ въ различные моменты родовъ для содѣйствія рожденію младенца. Слѣдуетъ различать выжиманіе различныхъ частей плода, или яйца, и цѣлаго младенца.

1. **Выжиманіе части плода или послѣда.** Credé примѣнялъ способъ выжиманія послѣда, который получилъ широкое примѣненіе въ акушерской практикѣ. Надавливаніе на нижнюю часть живота для выведенія послѣдующей головки примѣнялось уже съ давнихъ поръ въ акушерствѣ. Объ этихъ приемахъ мы говорили уже подробно. Много лѣтъ тому назадъ, Ritgen примѣнялъ надавливаніе пальцами на заднюю часть промежности, расположенную между заднимъ проходомъ и копчиковой костью, для выведенія предлежащей головки при чрезчуръ медленномъ ея прорѣзываніи. Въ настоящее время нѣкоторые прибѣгаютъ также къ надавливанію на головку чрезъ переднюю стѣнку прямой кишки для выполненія тѣхъ же цѣлей. Наипаче производятъ эту манипуляцію тѣ акушеры, которые предъ разгибаніемъ прорѣзывающейся головки снимаютъ щипцы. Для этой цѣли вводятъ въ кишку одинъ или два пальца, и дошедши до личика, производятъ на него надавливаніе по направленію кпереди. Если на выведеніе головки надавливаніемъ чрезъ промежность

и кишку можно смотрѣть какъ на остатокъ старины въ акушерствѣ, то никоимъ образомъ этого нельзя сказать о примѣненіи выжиманія ея чрезъ брюшные покровы. Этотъ приѣмъ получилъ въ послѣднее время значительное примѣненіе. Недавно проф. Hofmeister съ успѣхомъ примѣнялъ его въ нѣсколькихъ случаяхъ для введенія въ тазъ высокостоящей головки при узкихъ тазахъ, прежде чѣмъ приступить къ наложенію щипцовъ.

Для **производства этой операціи** акушеръ садится или становится съ лѣвой стороны больной, обратившись къ ея лицу спиною. Во время паузы чрезъ брюшные покровы выше лоннаго соединенія головка захватывается такимъ образомъ, чтобы указательный палецъ пришелся на область подбородка, а другой палецъ на затылкѣ плода, или обратно; затѣмъ ладонью производятъ надавливаніе по направленію отъ входа въ тазъ. Можно также примѣнить давленіе обѣими руками одновременно, въ такомъ случаѣ можно низвести головку съ болѣе значительною силою. Не слѣдуетъ только сразу примѣнять сильное давленіе; нажатіе слѣдуетъ усиливать постепенно, чтобы быстрымъ движеніемъ головки въ каналѣ таза не произвести разрыва шейки.

2. Выжиманіе всего плода изъ родового канала въ настоящее время примѣняютъ не часто. Оно было извѣстно уже древнимъ и въ настоящее время въ большомъ ходу у дикихъ и малокультурныхъ народовъ, которые примѣняютъ выжиманіе безъ всякаго разбора. Многіе акушеры совершенно оставили этотъ приѣмъ. Даже тѣ врачи, которые его изрѣдка примѣняютъ, не согласны съ большинствомъ показаній Kristeller'a. Единственнымъ *общимъ показаніемъ*, которое можно признать для этой операціи, представляетъ замедленіе родовъ въ періодѣ изгнанія плода, когда подлежащая часть, черепъ или ягодицы, опустилась до выхода таза и даже уже появилась въ наружномъ проходѣ; но вслѣдствіе слабой родовой дѣятельности матки и брюшного пресса роды не подвигаются впередъ. Въ такихъ случаяхъ вполне рационально попытаться увеличить *vis a tergo*, примѣняя выжиманіе плода по способу Kristeller'a. Для успѣшнаго или, по крайней мѣрѣ, безвреднаго примѣненія этой операціи необходимы слѣдующія **благопріятныя условія**.

1. Правильное, или по крайней мѣрѣ продольное предлежаніе, и вполне нормальный тазъ.

2. Брюшныя стѣнки обыкновенной толщины, довольно уступчивыя. Отсутствие опухоли и воспалительныхъ процессовъ въ полости живота.

3. Предлежащая часть должна уже опуститься до дна таза и при потугахъ даже показываться въ половой щели.

4. Отсутствие опасныхъ явленій, требующихъ необходимаго и быстрого окончанія родовъ.

Производство операціи. Акушеръ садится съ правой стороны роженицы, повернувшись къ ней лицомъ. Во время паузы верхнюю часть

матки акушеръ обхватываетъ обѣими руками такимъ образомъ, что большой палецъ лежитъ на передней поверхности, остальные 4 пальца обхватываютъ матку сбоку и отчасти кзади. При этомъ стараются поставить матку по возможности правильно относительно плоскости входа въ тазъ. Съ появленіемъ сокращеній матки, на нее нажимаютъ по направленію къ оси входа въ тазъ въ теченіе 20—30 секундъ. Это повторяется съ каждымъ новымъ сокращеніемъ матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ предлежащая часть скоро начинаетъ прорѣзываться. Когда выдвинулся значительный сегментъ головки, можно одною рукой поддерживать промежность, а другою при положеніи роженицы на спинѣ, надавливать на дно матки, обхвативъ его по срединѣ, а въ промежуткѣ между сокращеніями производить растираніе и разминаніе матки, пока не совершится прорѣзываніе головки.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда при дѣйствіи на матку обоими руками выжиманіе не оказало дѣйствія, послѣ 10—12 нажатій слѣдуетъ для окончанія родовъ прибѣгнуть къ извлеченію младенца.

При тазовыхъ положеніяхъ во время извлеченія туловища вполне умѣстно примѣнять легкое выжиманіе, которое долженъ производить помощникъ. При извлеченіи послѣдующей головки плода требуется, какъ уже было изложено, иногда нажиманіе съ значительною силой, чтобъ окончить счастливо для плода извлеченіе.

Глава 6.

Насильственное родоразрѣшеніе, *accouchement forcé*.

Въ нѣкоторыхъ учебникахъ по акушерству эту операцію проходятъ молчаніемъ. Между тѣмъ на самомъ дѣлѣ ее приходится примѣнять, хотя довольно рѣдко, но въ случаяхъ крайне тяжелыхъ и опасныхъ. Подъ именемъ насильственнаго родоразрѣшенія мы разумѣемъ совокупность операцій, непосредственно слѣдующихъ сравнительно скоро одна за другою, которыми вызываются роды, и роды, вызванные искусственно или самопроизвольно наступившіе, оканчиваются въ сравнительно короткое время.

Въ настоящее время операція значительно утратила свой грубый и насильственный характеръ. Для расширенія шейки можно примѣнять бужи Негар'а, мѣшки Barnes'а, или кольнейринтеръ. Далѣе можно производить комбинированный поворотъ, надрѣзы маточнаго зѣва. При извлеченіи плода, въ случаѣ его смерти, можно даже сдѣлать прободеніе головки. Строгое соблюденіе правилъ антисептики позволяетъ надѣяться на благополучный исходъ, если удастся сохранить жизнь матери во время родовъ.

Описывать эти операции совершенно излишне, такъ какъ онѣ уже изложены съ достаточными подробностями.

Показанія къ насильственному родоразрѣшенію.

1. *Внутреннее и наружное кровотеченіе*, вслѣдствіе отслоенія правильно прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста. Такіе случаи бываютъ при morbus Brighti, вслѣдствіе траумы, а тоже при hydramnion, когда быстро истекаютъ воды.

2. Рѣзко выраженная *острая анемія*, при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

3. Во время *агоніи роженицы*, когда есть надежда извлечь младенца живымъ.

Carstens несправедливо называетъ искусственный выкидышъ также accouchement forcé. Boyd сперва расширяетъ каналъ шейки бужами, потомъ рукою. Онъ приводитъ нѣсколько случаевъ, гдѣ ему удалось при полномъ наркозѣ произвести полное расширеніе матки въ теченіи 15—30'.

Глава 7.

Прободеніе и извлеченіе головки плода, craniotomia.

Эта операция вмѣстѣ съ разсѣченіемъ тѣла плода, embryotomia, составляетъ отдѣльную группу акушерскихъ операций — уменьшеніе объема плода, brephotomia. Относящіяся сюда операции, въ виду ихъ важности, мы разсмотримъ отдѣльно.

При операции, извѣстной въ акушерствѣ подъ именемъ краниотоміи, совершается не только прободеніе черепа, — почти всегда оно составляетъ только первый актъ операции, за которымъ слѣдуетъ уменьшеніе черепа въ объемѣ и затѣмъ извлеченіе плода изъ родовыхъ путей.

Благопріятными условіями для этой операции слѣдуетъ считать:

1. *Достаточное открытіе маточнаго зѣва*. Чѣмъ болѣе онъ раскрытъ, тѣмъ удобнѣе производить прободеніе головки; хотя раскрытіе зѣва настолько, что можно провести чрезъ него ложку щипцовъ, вполне достаточно. Въ случаяхъ неотложныхъ приходится иногда производить прободеніе головки при зѣвѣ раскрытомъ всего на 2 пальца, но маточная шейка должна быть уже болѣе или менѣе изглажена.

2. *Тазъ долженъ имѣть такіе размѣры, чтобы чрезъ него можно было провести уменьшенную головку плода*. Крайнимъ предѣломъ краниотоміи большинство акушеровъ совершенно справедливо считаетъ conj. 5,5 см. Это главнымъ образомъ относится къ плоскимъ общесуженнымъ рахитическимъ тазамъ, между которыми преимущественно встрѣчается узкіе тазы 3 и 4 степени.

Показанія къ производству операции возникаетъ во время родовъ не только при мертвомъ, но даже при живомъ плодѣ.

Краниотомія при мертвомъ плодѣ при подлежащей или послѣдующей головкѣ показывается въ тѣхъ случаяхъ, когда состояніе роженицы требуетъ немедленнаго окончанія родовъ, и врачъ находитъ наиболее цѣлесообразнымъ окончить послѣдніе именно посредствомъ краниотоміи, вслѣдствіе суженія таза, недостаточнаго раскрытія зѣва и пр., или чтобъ избѣжать болѣе значительной траумы. Такіе случаи могутъ встрѣчаться при эклампсiи, сильной отдышкѣ, опасномъ кровотеченіи изъ матки и пр., а также при замедленіи родовъ вслѣдствіе слабости потугъ и значительномъ сопротивленіи дна таза у перворождающихъ.

Продыравленіе *послѣдовательной головки* всегда приходится производить на мертвомъ плодѣ, по весьма понятнымъ причинамъ.

При живомъ плодѣ краниотомія предпринимается только въ крайнихъ случаяхъ:

1. Когда *при предлежаніи головки* во время родовъ возникаютъ *опасныя осложненія*, угрожающія здоровью, даже жизни роженицы. Сюда относится лихорадочное состояніе, достигающее 38,5—39° и пульсъ ускоренный до 100—120 ударовъ въ минуту и больше, что зависитъ отъ *endometritis sub partu*, или обусловливается *продолжительнымъ прижатіемъ* стѣнокъ родового канала. Когда при этомъ головка стоитъ высоко, воды давно прошли и маточный зѣвъ часто раскрытъ мало или не вволиѣ. Обыкновенно эти явленія зависятъ отъ *суженія таза* или вообще отъ *несоответствія* между тазомъ и головкою, когда послѣдняя сравнительно велика или представляетъ неправильное предлежаніе. Въ подобныхъ случаяхъ предварительно прибѣгаютъ не рѣдко къ наложенію высокихъ щипцовъ. Коль скоро попытка оказывается неудачною, приступаютъ къ краниотоміи.

Въ послѣднее время въ акушерствѣ обнаружилось совершенно справедливое стремленіе по возможности ограничить число случаевъ прободенія на живомъ плодѣ. Эту операцію предлагаютъ замѣнять кесарскимъ сѣченіемъ, а нѣкоторые врачи также и разсѣченіемъ лоннаго соединенія. Къ сожалѣнію, обѣ эти операціи, какъ увидимъ ниже, трудно примѣнимы въ частной практикѣ. Для совершенія ихъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ необходимо согласіе роженицы. Въ тѣхъ случаяхъ, когда предварительно пытались извлечь головку щипцами, часто младенецъ находится уже въ состояніи тяжелой асфиксiи, при которой не всегда удается его оживить. Почему въ акушерской практикѣ и въ настоящее время приходится иногда прибѣгать къ прободенію головки на живомъ плодѣ.

2. *Опасныя явленія*, обнаружившіяся во время родовъ, *характера болѣе случайнаго*, при живомъ плодѣ, служатъ показаніемъ прежде всего къ примѣненію такихъ пособій, при которыхъ можно надѣяться сохранить жизнь плода. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда невозможно кончить роды щипцами или поворотомъ на ножки съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ, можно прибѣгнуть къ краниотоміи, какъ къ послѣднему средству. Въ подобныхъ случаяхъ младенецъ почти всегда успѣваетъ умереть раньше операціи прободенія головки. Такимъ образомъ надо

поступать при частыхъ и сильныхъ приступахъ эклампсін, при кровотеченіи вслѣдствіе предлежанія послѣда, при ракъ шейки и пр.

3. *При суженіи 3 степени*, когда плодъ доношенъ и головка стоитъ высоко надъ входомъ, слѣдуетъ къ прободенію черепа приступать своевременно, не выжидая появленія симптомовъ, угрожающихъ жизни матери. При такихъ условіяхъ трудно надѣяться, чтобы плодъ могъ остаться живымъ, коль скоро мать не соглашается на кесарское сѣченіе, или же когда эту операцію примѣнить въ данномъ случаѣ невозможно.

Большую частью достаточно продыравленія черепа и удаленія мозга чтобы возможно было извлечь младенца. Въ другихъ случаяхъ суженіе таза бываетъ столь значительно, что нужно, кромѣ этого, удалить кости черепного свода, или разрушить основаніе черепа, чтобы сдѣлать возможнымъ окончаніе родовъ. Почему слѣдуетъ различать обыкновенную, *простую краниотомию* и болѣе *сложную* операцію этого рода.

А. Простая краниотомія.

Приготовленія къ операціи. Необходимо очистить кишечникъ посредствомъ клистира и выпустить мочу. Операція должна происходить на поперечной кровати, при положеніи роженицы на спинѣ. Наркозъ полный. Необходимо имѣть хоть одного свѣдущаго помощника врача. Молодой врачъ поступитъ вполне благоразумно, пригласивъ для консультанціи болѣе опытнаго и свѣдущаго товарища; въ особенности, когда приходится дѣлать прободеніе голов-

Фиг. 262. Упрощенный перфораторъ Фрида.

Фиг. 263. Ножнице-видный перфораторъ.

ки живого плода, чтобъ избавить себя отъ нареканій.

Кромѣ обычныхъ принадлежностей родовъ слѣдуетъ приготовить перфораторъ, толстый катетеръ Боземана и краниокласть; въ нѣкоторыхъ случаяхъ скапель и пулевые щипцы.

Существуетъ много различнаго устройства перфораторовъ. Практическому врачу нужно употреблять инструменты наиболѣе простые, которые можно бы было легко содержать въ исправности и обеззараживать. Въ этомъ отношеніи наилучшимъ оказывается упрощенный копье-видный перфораторъ Фрида.

Онъ имѣетъ форму остроконечнаго обоюдоостраго ножа, посаженнаго на металлическую рукоятку. Длина инструмента 28 см. Инструментъ находится въ мѣдныхъ ножнахъ, въ которыя можно, двигая рукоятку, спрятать его заостренный конецъ или же выдвинуть его наружу. При этомъ ножны можно прикрѣпить къ ножу посредствомъ винта неподвижно, при любомъ положеніи клинка.

Предъ операціей необходимо убѣдиться, что остріе клинка не притупилось. Оно должно быть настолько же острымъ, какъ годный для операціи скальпель.

Многіе врачи употребляютъ ножницевидные перфораторы, изъ которыхъ наилучшіе Levret'a, Naegele и Blot. Гораздо болѣе сложные инструменты, легко подверженные порчѣ, представляютъ трепановидные прободатели, изъ коихъ наиболѣе удобный предложенъ французскимъ врачомъ Guyon'омъ. Для извлеченія перфорированной головки въ настоящее время наичаще употребляются особенные крѣпкія щипцы, извѣстныя подъ именемъ краниокласта.

Краниокласть давно уже употреблялся англійскими акушерами, но только послѣ существенныхъ улучшеній, сдѣланныхъ въ немъ К. Браун'омъ, получилъ почти повсемѣстное распространеніе.

Инструментъ длиною 46 см., состоитъ изъ двухъ стальныхъ крѣпкихъ вѣтвей, перекрещивающихся между собою; онѣ заходятъ одна на другую при посредствѣ замка, сходнаго съ замкомъ нѣмецкихъ щипцовъ. Верхнія части вѣтвей представляютъ двѣ ложки, изъ коихъ одна сплошная, образуетъ вышуклость по направленію внутрь, а другая окончатая—вогнутость; на краяхъ ихъ находится зарубки. На концѣ рукоятокъ, покрытыхъ твердою гуттаперчею, или же сплошь металлическихъ, приспособленъ винтъ, при посредствѣ котораго можно ихъ сблизать, когда вѣтви инструмента замкнуты и захватываютъ головку. Этихъ двухъ простыхъ инструментовъ, прободника Fried'a и краниокласта Брауна, вполне достаточно для вполне успешнаго производства простой краниотоміи на предлежащей и послѣдующей головкѣ.



Фиг. 264. Краниокласть Брауна.

1. Краниотомія предлежащей головки.

Операція распредѣляется на 3 момента:

- 1) Прободеніе головки и опорожненіе ея,
- 2) захватываніе головки краниокластомъ,
- 3) извлеченіе.

1. *Прободеніе.* Акушеръ садится предъ роженицей, лежащей поперекъ кровати, 4 пальца лѣвой руки, очень рѣдко вся рука, вводится во влагалище. Помощникъ, наичаще акушерка, производитъ надавливаніе 2 руками чрезъ брюшныя стѣнки выше лопнаго соединенія на предлежащую головку, чтобы дать опору головкѣ въ то время, когда акушеръ производитъ *прободеніе*, что всегда соединено съ болѣе или менѣе значительнымъ надавливаніемъ. Акушеръ захватываетъ закрытый ножами перфораторъ Фрида въ правую руку, и подъ руководствомъ пальцевъ лѣвой руки, находящихся во влагалищѣ, доходитъ верхнимъ концомъ инструмента до сегмента головки, обыкновенно окруженнаго краями маточнаго зѣва. Здѣсь вокругъ конца перфоратора располагаются концы

пальцевъ. Сдвигая нѣсколько ножны клизу, обнаженный острый конецъ инструмента придавливаютъ къ поверхности головки, а рукоятка этого ножа отклоняется нѣсколько кзади, чтобы острымъ его концомъ можно было дѣйствовать на головку въ болѣе выгодномъ направленіи. Надавливая и дѣлая небольшіе повороты и вращеніе рукоятки попеременно въ правую и лѣвую сторону, быстро проникаютъ чрезъ сводъ въ полость черепа. Въ особенности легко происходитъ прободеніе, когда конецъ инструмента попадаетъ на шовъ или родничокъ; хотя ножъ Фрида прекрасно также проникаетъ чрезъ тонкія кости черепного свода. При дальнѣйшемъ движеніи, туда же входятъ довольно легко ножны, если инструментъ, послѣ проникновенія въ черепъ, поворачивать около оси. Передвигая его въ различныхъ направленіяхъ, разрушаютъ мозговую массу, что слѣдуетъ дѣлать въ особенности въ глубинѣ, на основаніи мозга, чтобы мозгъ выходилъ чрезъ сдѣланное перфораторомъ отверстіе въ черепѣ. При живомъ плодѣ, только такимъ образомъ удастся прекратить въ его организмѣ жизненныя отправленія. Бывали примѣры, что, не принявъ такихъ предосторожностей, иногда извлекали младенца, который громко кричалъ и жилъ иногда нѣсколько часовъ, къ ужасу окружающихъ.

Такимъ же образомъ вводятся и дѣйствуютъ ножницевидные прободники, съ тою разницею, что послѣ прободенія черепа рукоятки нужно нѣсколько раздвинуть, чтобы увеличить отверстіе въ черепѣ. Нѣмецкіе трепаны крайне неудобны для обыкновенной практики. Акушеръ вводитъ инструментъ и удерживаетъ его конецъ, прижимая къ головкѣ; вращеніе рукоятки долженъ производить помощникъ. Гораздо удобнѣе трепаны Guyon'a,

Сдѣлавъ возможное разрушеніе мозгового вещества, инструментъ удаляютъ, предварительно надвигая на него ножны. Въ прежнее время дальнѣйшее теченіе родовъ иногда предоставляли дѣйствию родовыхъ потугъ. Современные акушеры не дѣлаютъ этого почти никогда, и они совершенно правы, принимая во вниманіе показанія, ради которыхъ предпринимаютъ прободеніе черепа. Послѣ удаленія перфоратора, надо произвести прополаскиваніе полости черепа, чтобы по возможности удалить мозговую массу. Это прополаскиваніе производится изъ обыкновенной стеклянной кружки Эсмарха, высоко приподнятой, при посредствѣ введеннаго въ полость черепа большого катетера *Vozeman'a*. Нужно употреблять для этой цѣли не менѣе 2 л. теплаго раствора борной кислоты.

2. *Захватываніе головки краниоклястомъ.* Окончивъ промывку черепа, подъ руководствомъ пальцевъ сперва *вводится* внутренняя сплошная ложка *краниокляста* въ полость черепа до его основанія; рукоятка ея передается помощнику. Для введенія второй ложки нужно поступать какъ при наложеніи щипцовъ на высоко-стоящую головку, т.-е. вводитъ 4 пальца руки, соотвѣтствующей той сторонѣ таза, куда нужно провести ложку. Если ложка накладывается съ лѣвой стороны

головки, вводятся пальцы правой руки, и на оборотъ. Когда предлежаніе головки вполнѣ выяснилось, то оператору при плоскомъ тазѣ слѣдуетъ наружную ложку накладывать съ той стороны, гдѣ находится лобъ, а при общесъуженныхъ тазахъ, напротивъ, на затылокъ. Потому что эти части черепа продвигаются первыми чрезъ входъ въ тазъ. Наружная ложка краниокласта вводится подъ руководствомъ пальцевъ, верхушки которыхъ располагаются между головкою и краями зѣва, чтобы предохранить послѣдній отъ захватыванія инструментомъ. При *замыканіи рукоятокъ* нужно сильно опустить ихъ книзу и смотрѣть, чтобы между ложками не ущемились складки влагалища. Концы рукоятокъ посредствомъ винта по возможности вполнѣ сближаются между собою, чтобы черепная крышка была по возможности крѣпко захвачена.

3. *Извлеченіе* производится вначалѣ обѣими руками, большею частью пока головка не опустится въ полость таза. Тракціи, какъ при щипцахъ, сперва дѣлаютъ въ I позиціи, затѣмъ, когда головка покажется въ наружномъ проходѣ, переходятъ во II позицію и, наконецъ, поднимая концы рукоятокъ, въ III позицію. Въ началѣ тракцій изъ черепа обыкновенно показывается въ довольно значительномъ количествѣ разрушенный мозгъ, при этомъ кости черепа сильно сближаются и заходятъ одна на другую. Для предохраненія стѣнокъ родового канала отъ выдающихся острыхъ обломковъ костей, торчащихъ на краяхъ продырявленнаго отверстія черепа, нужно закрыть послѣднее мокрою беззараженной ватой и при извлеченіи головки удерживать пальцами. Эти костные обломки могутъ поранить стѣнки влагалища въ особенности въ то время, когда головка вступила въ полость таза. Когда приступаютъ къ операциіи при неполнѣ раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, при тракціяхъ и опущеніи головки, это отверстіе постепенно раскрывается. Однако въ тѣхъ случаяхъ, когда края зѣва представляются плотными и неподатливыми, слѣдуетъ сдѣлать по краямъ его нѣсколько надрѣзовъ, преимущественно въ направленіи вправо и влѣво. Извлеченіе краниокластомъ представляетъ еще то преимущество, что, не опасаясь вреда для половыхъ частей матери, мы можемъ не только направить при тракціяхъ концы рукоятокъ нѣсколько въ сторону, но даже слегка повернуть ихъ, чтобы подвести подъ лонное соединеніе затылокъ подражая правильному механизму родовъ. Такимъ образомъ начиная операцию при задне-затылочномъ предлежаніи, мы можемъ ее окончить вставленіемъ затылка подъ лонное соединеніе. Такое же вращеніе, при вступленіи головки въ полость таза, можно примѣнить при неправильныхъ лицевыхъ предлежаніяхъ, подвигая постепенно подбородокъ подъ лонное соединеніе. Промежность поддерживается обыкновеннымъ способомъ.

При предлежаніи личика наиболѣе цѣлесообразно производить прободеніе чрезъ лобную кость, и только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это не удается, вслѣдствіе затруднительнаго доступа ко лбу, можно прибѣгнуть къ перфорациіи черепа чрезъ одну изъ глазныхъ впадинъ. Въ послѣд-

немъ случаѣ образуется слишкомъ длинный каналъ, неудобный для истеченія мозга.

Когда выведена наружу головка, ложки краниокласта передаются помощнику, самъ акушеръ выводитъ плечики и туловище по общепринятымъ правиламъ, если эти части плода не изгоняются наружу силою маточныхъ сокращеній и надавливаніемъ на дно матки черезъ брюшныя стѣнки. По выхожденіи послѣда, слѣдуетъ промыть полость матки и влагалище горячимъ 4% растворомъ борной кислоты въ количествѣ не менѣе 2—3 L.

Разсматривая извлеченную краниокластомъ головку, мы находимъ во всѣхъ случаяхъ сильное удлинненіе ея въ направленіи влеченія, т.-е. тазовой оси; во всѣхъ другихъ размѣрахъ головка представляется сжатою, кости черепа сильно заходятъ одна на другую. Соединеніе ихъ, въ особенности захваченной части черепа, нарушено въ болѣе или менѣе значительной степени. Однако при употребленіи краниокласта Брауна цѣлость основанія черепа, при сдавливаніи ложекъ, рѣдко нарушается въ значительной степени.

2. Краниотомія послѣдующей головки всегда совершается на мертвомъ плодѣ; она показуется во всѣхъ случаяхъ, когда ручными приѣмами или щипцами не удалось извлечь головку. Нѣкоторые акушеры считаютъ эту операцію гораздо труднѣе, чѣмъ прободеніе подлежащей головки; такое мнѣніе держится въ силу того, что для перфорации избираютъ крайне неудобныя мѣста на головкѣ младенца, которая въ подобныхъ случаяхъ стоитъ обыкновенно высоко, почему до полости рта или до боковыхъ родничковъ черепа трудно дойти инструментомъ. Въ особенности неудобенъ трепановидный перфораторъ, при прободеніи послѣдующей головки. Почему наилучше держаться способа Michaelis'a, примѣняемаго нами съ давнихъ поръ, который гораздо безопаснѣе и удобнѣе другихъ. При направленіи спинки напередъ, какъ это бываетъ наичаще при тазовыхъ положеніяхъ, помощникъ, положивъ 2 пальца на плечики младенца, сильно оттягиваетъ туловище книзу, чтобы сдѣлать наиболѣе доступной заднюю часть шеи. *Въ нижней части послѣдней дѣлается глубокій продольный разръзъ*, доходящій до остистыхъ отростковъ позвонковъ и продолжающійся нѣсколько ниже между лопатокъ. Захвативъ верхній край раны пулевыми щипцами, акушеръ проникаетъ скальпелемъ, постепенно отдѣляя мягкія части шеи отъ задней поверхности шейныхъ позвонковъ до нижней части затылка. Затѣмъ въ направленіи отслоенныхъ тканей проводится копьевидный *перфораторъ до задняго края большой дыры*, въ которую нетрудно проникнуть, сдѣлавъ нѣсколько вращательныхъ движеній инструментомъ, при чемъ обыкновенно нарушается цѣлость нижней части затылочной кости. Во все время операціи острый конецъ перфоратора остается прикрытымъ отслоенными мягкими частями. Послѣ разрушенія и удаленія части мозга, головка спадается до такой степени, что большею частью ее удастся извлечь по способу Mauriceau-Lachapelle. Черезъ сдѣланное

въ черепѣ отверстіе если окажется нужнымъ, чрезвычайно легко ввести также ложку *краниокляста*. При заднеспинныхъ позиціяхъ, операція прободенія послѣдующей головки производится подобнымъ же образомъ; съ тою разницею, что при совершеніи операціи туловище младенца нужно по возможности поднимать кверху, чтобы сдѣлать доступною заднюю часть шеи плода. При извлеченіи перфорированной послѣдующей головки краниокластомъ, наружную ложку нужно накладывать сбоку головки, чтобы дѣйствовать на основаніе черепа.

Многіе акушеры, какъ-то Perff, Hergenhahn, Roesing и др. производятъ при послѣдующей головкѣ прободеніе наиболее доступной части черепа, наимчае возлѣ уха. Strassman, Demmer и Lübske предпочитаютъ прободеніе основанія черепа чрезъ полость рта, при чемъ нижняя челюсть оттягивается крючкомъ Браунъа. Оні дѣлаютъ прободеніе чрезъ подъязычную область. Всѣ эти способы одинаково неудобны.

В. Сложная краниотомія.

Эта операція примѣняется при значительныхъ степеняхъ суженія таза, вслѣдствіе неправильнаго развитія этой части скелета и различнаго рода опухолей, заграждающихъ его каналъ. Извлеченіе продыравленной головки краниокластомъ при тазахъ, представляющихъ суженіе 3 степени, встрѣчаетъ иногда непреодолимое препятствіе; такъ какъ размѣры головки, даже лишенной мозга, превышаютъ размѣры подобныхъ тазовъ. Чрезчуръ большое насиліе въ такихъ случаяхъ, какъ вообще при акушерскихъ операціяхъ, представляется крайне неумѣстнымъ и опаснымъ для роженицы. Необходимо въ подобныхъ случаяхъ болѣе значительно уменьшить объемъ головки плода. Большинство инструментовъ, предложенныхъ для этого, предназначены для нарушенія цѣлости основанія, какъ наименѣе уступчивой части черепа. Уменьшенія величины головки можно достигнуть также иначе, именно удаляя кости черепнаго свода. Остатокъ головки можно провести даже чрезъ очень узкій тазъ, прямой размѣръ котораго не превышаетъ 5,5 см. Не слѣдуетъ производить краниотомію при тазахъ, представляющихъ суженіе 4 степени. Операція при такихъ условіяхъ бываетъ обыкновенно очень продолжительная и крайне трудная даже для специалиста, обладающаго большимъ навыкомъ и безукоризненною техникой. Почему никоимъ образомъ нельзя согласиться съ тѣми акушерами, которые отодвигаютъ крайнюю границу краниотоміи до величины прямого размѣра 4, даже 3,6 см. Въ настоящее время кесарское сѣченіе даетъ гораздо лучше результаты, чѣмъ краниотомія при суженныхъ тазахъ 4 степени.

1. *Сложная краниотомія при посредствѣ удаленія костей черепнаго свода.*

Приготовленія къ операціи тѣ же, какъ при простой краниотоміи, съ тою только разницей, что въ числѣ приготовленныхъ инструментовъ нужно имѣть такъ называемые щипцы Menard'a.

Инструментъ Menard'a представляетъ довольно массивные крѣпкіе щипцы, ложки которыхъ, нѣсколько изогнутыя, плотно прилегаютъ одна къ другой при сдавливаніи

рукоятокъ. На внутренней поверхности ложки снабжены зубцами, а по краямъ зубчиками. На концахъ рукоятокъ находятся иногда приспособленія въ видѣ замка для удержанія ихъ сведенными. Длина инструмента не превышаетъ 30 см. Другая также хорошая модель этого инструмента имѣетъ прямыя ложки, на внутренней поверхности ихъ насажены острые шпы.

Производство операціи. Сложная краниотомія производится коль скоро изслѣдованіе таза и опредѣленіе его размѣровъ показали, что сопр. не превышаетъ 5,5—7 см. Однако часто предпринимаютъ эту операцію, убѣдившись предварительно, что обыкновенное извлеченіе посредствомъ краниокласта не ведетъ къ цѣли. Въ основѣ этой операціи лежитъ разрушеніе черепного свода. Сперва слѣдуетъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ краевъ сдѣланнаго въ черепѣ отверстія произвести отдѣленіе наружныхъ покрововъ головки отъ костей свода; это можно сдѣлать при посредствѣ обыкновеннаго кориданга. Послѣ этого захватываютъ по возможности шире кости черепа щипцами Menard'a и, плотно зажавъ рукоятки, тянутъ за нихъ и вращаютъ около продольной оси. Такимъ образомъ отдѣляютъ болѣе или менѣе значительные куски костей, которые выводятъ наружу подъ руководствомъ пальцевъ, чтобы не поранить влагалища. Продолжая дѣйствовать такимъ образомъ въ разныхъ направленіяхъ отъ края отверстія, постепенно можно удалить весь сводъ черепа, оставивъ цѣлыми кожные покровы. Въ заключеніе, потягивая этими щипцами за костный край, представляющій остатокъ лобной кости, можно опустить нѣсколько книзу личико во входъ таза.



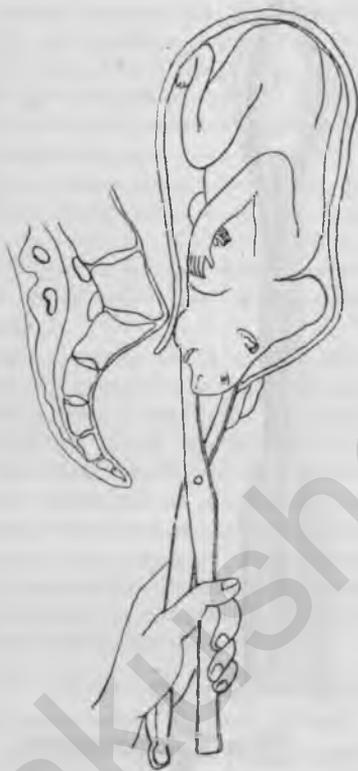
Фиг. 265. Щипцы Menard'a.

Если теперь остатокъ головки захватить краниоклястомъ такимъ образомъ, чтобы внутренняя ложка легла на остатки черепа, а наружная расположилась бы по личику младенца, и сильно сдавить рукоятки, то можно еще болѣе сплющить остатокъ головки. Личико и остатокъ черепа, въ видѣ довольно плоскаго сегмента шара, проводятъ въ поперечномъ размѣрѣ черезъ каналъ таза и затѣмъ извлекаютъ наружу въ наиболѣе удобныхъ размѣрахъ таза.

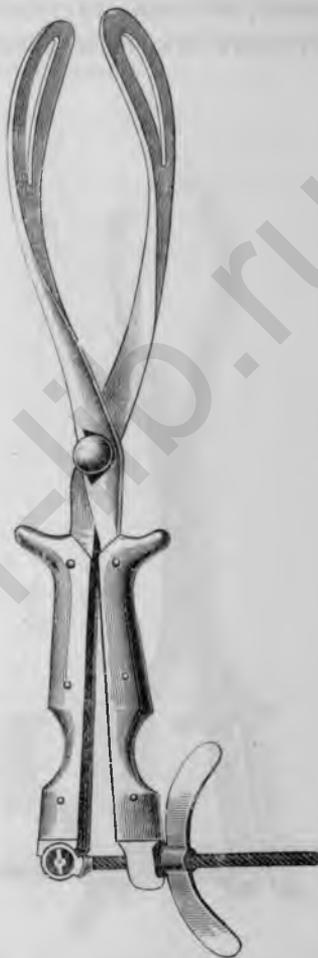
2. Другой способъ уменьшенія величины головки плода, основанный на *раздробленіи черепа*, вызвалъ изобрѣтеніе множества инструментовъ, изъ которыхъ только нѣкоторое имѣютъ практическое значеніе. Всѣ они безъ исключенія примѣняются только послѣ прободенія головки. Большая часть этихъ инструментовъ устроены такимъ образомъ, что они обхватываютъ головку плотно снаружи и, сильно сжимая, раздавливаютъ основаніе черепа, *cranioclasia externa*. Другіе готовятъ разрушеніе основанія черепа, продыравливая эту часть черепа. Послѣ

чего *basis cranii* теряет свою крѣпость и легко спадаетъ при надавливаниі. Предложены также инструменты, уменьшающіе объемъ головки чрезъ распиливаніе.

Къ числу инструментовъ, дѣйствующихъ непосредственно чрезъ раздробленіе черепа, слѣдуетъ отнести *кефалотрибъ*, изобрѣтенный французскимъ врачомъ *Vaudelocque* о́мъ въ 1827 году и претерпѣвшій множество измѣненій въ рукахъ акушеровъ всѣхъ національностей. Въ



Фиг. 266. Головка захваченная щипцами *Menard'a* послѣ удаленія костей черепного свода.



Фиг. 267. Кефалотрибъ Брейскаго.

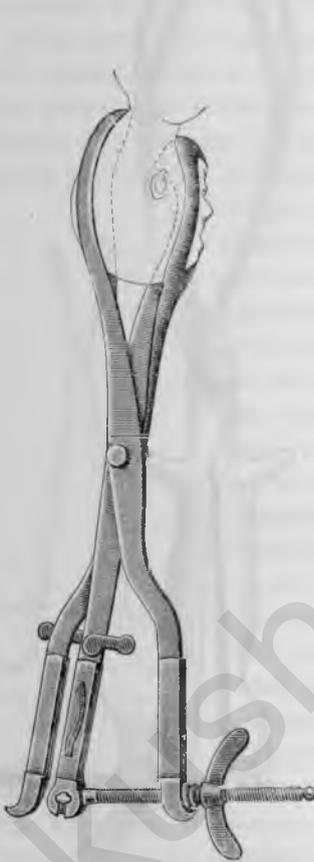
настоящее время кефалотрибъ примѣняется только немногими врачами въ исключительныхъ случаяхъ, при сильно суженномъ тазѣ.

Къ наилучшимъ образцамъ кефалотриба слѣдуетъ отнести инструменты *Breisky'а* и *Vailly*. Они представляютъ собою крѣпкіе, съ длинными и плотными вѣтвями, щипцы съ малою головою кривизною. Когда ложки наложены по бокамъ головки, концы рукоятокъ сближаются между собою при помощи такого же винта, какой приспособленъ къ краниокласту.

Бельгійскій акушеръ *Wasseige* описалъ, подъ именемъ *lamineur céphalique*, кефалотрибъ, верхушки ложекъ котораго при сильномъ сближеніи рукоятокъ не только

сближаются, но даже заходят одна на другую. Наложение кефалотриба вообще довольно трудно; как извлекающий инструментъ, онъ можетъ причинить значительную травму стѣнокъ родоваго канала.

Гораздо безопаснѣе въ этомъ отношеніи и выполняютъ болѣе совершенно свое назначеніе инструменты, которые производятъ не только наружное, но также внутреннее сдавленіе черепа, *cranioclasia interna*. Наилучшимъ изъ числа такихъ инструментовъ мы считаемъ *кранио-*



Фиг. 268. Краниоклясть Auvard'a.



Фиг. 269. Краниоклясть Auvard'a.

клясть Auvard'a, состоящей изъ 3 ложекъ, изъ коихъ одна, средняя, вводится внутрь черепа, двѣ другія предназначены захватывать головку снаружи. Это одинъ изъ наиболѣе совершенныхъ и удачныхъ инструментовъ, который можетъ замѣнить всѣ другіе краниоклясты.

Сперва производятъ прободеніе черепа обыкновеннымъ перфораторомъ. Послѣ удаленія мозга среднюю ложку инструмента вводятъ въ полость черепа и проникаютъ ею до большой овальной дыры, *foramen magnum*. Одну изъ наружныхъ ложекъ кладутъ на личико младенца

и посредством винта эти ложки сближаютъ, какъ въ простомъ краниокластѣ; сперва такимъ образомъ, чтобы средняя ложка была обращена къ наружной своей вогнутостью, затѣмъ послѣ размыканія своею выпуклостью. Такимъ образомъ захватываютъ плотно личико и основаніе черепа. Замкнувъ эти ложки крючкомъ, третью ложку накладываютъ на головку снаружи, и посредствомъ винта сближаютъ ее съ 2 уже замкнутыми ложками. При дѣйствіи этихъ инструментовъ головка сильно сжимается, и основаніе черепа разрушается.

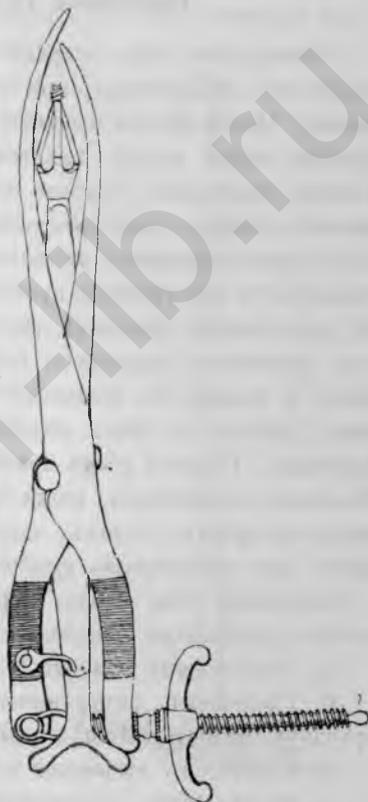
Менѣе удобенъ для этой цѣли basiotribe Tarnier, устроенный на томъ же принципѣ. Еще тенѣ пригодны для практическаго примѣненія инструменты разрушающіе основаніе черепа посредствомъ сверленія. Сюда относятся внутречерепные буравы и трепаны, — traphines Guyon'a, transforateur Hubert'a, basist Simpson'a и др.

Въ послѣднее время краниоклясть Auvard'a получилъ значительное распространеніе между акушерами въ Германіи. Zweifel, Winter, Dührssen и др. настойчиво рекомендуютъ этотъ инструментъ для производства краниотоміи.

Надо полагать, что съ примѣненіемъ рациональныхъ способовъ раздробленія основанія черепа, исчезнетъ надобность въ поворотѣ на ножки плода послѣ краниотоміи, съ цѣлью окончить роды, послѣ того какъ попытки произвести извлеченіе за предлежащую головку остались безуспѣшными. Поворотъ при такихъ условіяхъ представляетъ крайне тяжелую и опасную операцію. Нисколько не удивительно, что въ этихъ случаяхъ поворотъ часто оканчивался летальнымъ исходомъ.

Въ настоящее время *предсказаніе* при краниотоміи гораздо лучше, чѣмъ въ прежнее время. Въ нѣкоторыхъ клиникахъ число смертельныхъ исходовъ не превышаетъ 3%. Вообще же смертность не выше 11—10%. Чѣмъ болѣе своевременно приступаютъ къ этой операціи, пока у роженицы не развились еще опасныя для жизни явленія, тѣмъ лучше предсказаніе. До послѣдняго времени почти въ половинѣ случаевъ эту операцію производили при живомъ плодѣ.

Огромное большинство акушеровъ и въ настоящее время предпочитаетъ въ частной практикѣ прибѣгать къ краниотоміи при живомъ плодѣ, такъ какъ смертность при кес. сѣч. гораздо выше, чѣмъ при прободеніи головки. Отчеты изъ русскихъ и заграничныхъ родильныхъ домовъ и клиникъ показываютъ, что смертность послѣ краниотоміи въ послѣдніе годы значительно уменьшилась. По изслѣдованіямъ Dolder'a,



Фиг. 270. Basiotribe Tarnier, представляющій одновременно перфораторъ и краниоклясть.

въ 192 случаяхъ 86 разъ была сдѣлана операція на живомъ плодѣ и 95 на мертвомъ. Умерли 21 родильница, что составляетъ 10,9%. Такая же приблизительно смертность была наблюдаема въ клиникахъ Braun'a и Wyder'a. Въ Дрезденѣ она равнялась 9,5%, въ Берлинѣ около 10%.

Глава 8.

Разсѣченіе тѣла плода, *embryotomia*.

Относящіеся сюда операціи примѣняются преимущественно при *поперечныхъ положеніяхъ*, при которыхъ нельзя произвести поворотъ на ножки. Наичаще это бываетъ *при родахъ затупенныхъ*, гдѣ воды давно прошли; когда послѣ продолжительной родовой дѣятельности матки, *плечико опустилось глубоко въ тазовой каналъ*, или *нижній сегментъ матки подвергся значительному растяженію*. Въ другихъ случаяхъ долго продолжающееся *тетаническое сокращеніе* матки не уступаетъ, несмотря на энергическое примѣненіе ваннъ и наркотическихъ средствъ. Въ деревенской практикѣ иногда призываютъ врача, когда уже началось гнилостное зараженіе, *endometritis sub partu*, развитіе газовъ въ маткѣ и кожа на выпавшей ручкѣ мертваго плода мѣстами отслоилась. Вообще во всѣхъ подобныхъ случаяхъ мы застаемъ уже плодъ мертвымъ. Гораздо рѣже примѣняется разсѣченіе тѣла плода *при продольныхъ положеніяхъ*, когда послѣ извлеченія головки, плечики, наичаще при узкихъ тазахъ, задерживаются во входѣ таза. Рѣже это бываетъ *при нѣкоторыхъ уродствахъ* и *monstra duplicia*!

Разсѣченіе тѣла плода, выражая уменьшеніе его въ объемѣ, достигается различными способами.

- a. Отсѣченіемъ головки.
- b. Удаленіемъ внутренностей или жидкости, сильно растянувшей брюшную полость. Иногда разсѣченіемъ обѣихъ ключицъ.
- c. Удаленіемъ выпавшей ручки плода.
- d. Разсѣченіемъ позвоночника или всего тѣла плода въ поперечномъ направленіи.

Послѣ всѣхъ этихъ операцій, непосредственно вслѣдъ за ними, производятъ извлеченіе тѣла плода.

a. **Отсѣченіе головки, *decapitatio***, представляетъ наиболѣе частный видъ эмбриотоміи. Эта операція примѣняется при поперечныхъ положеніяхъ, когда головка находится близко отъ тазового входа, и можно удобно достигнуть рукою до шеи плода.

Приготовленіе къ операціи. Положеніе на поперечной кровати, полный наркозъ. Кромѣ обыкновенныхъ принадлежностей для родовъ, нужно приготовить крючокъ К. Braun'a, служащій для отдѣленія головки, или длинныя ножницы Dubois, а также щипцы Menard'a.

Наичаще у насъ въ Россіи для отсѣченія головки употребляется особеннаго устройства крючокъ, изобрѣтенный покойнымъ вѣнскимъ профессоромъ К. Braun'омъ.

Длина инструмента 30 см.; на наружномъ его концѣ находятся поперечная, плотно прикрѣпленная рукоятка, стержень инструмента представляетъ довольно массивный цилиндрическій прутъ, нѣсколько истончающійся къ верхнему концу, который сильно изогнутъ подь острымъ угломъ и оканчивается небольшимъ шаровиднымъ утолщеніемъ, отстоящимъ отъ стержня всего на 2 см. Изогнутый конецъ крючка коротокъ, имѣеть съ пуговкой не болѣе 3 см. длины.

Многіе врачи, въ особенности во Франціи, при этой операціи употребляютъ ножницы Dubois, имѣющія также около 30 см. длины; лезвіе ножницъ короткое и нѣсколько согнутое по плоскости; рукоятки обыкновеннаго устройства, длинныя и крѣпкія.

Производство операціи. При полномъ наркозѣ, помощникъ захватываетъ выпавшую ручку и потягиваетъ за нее книзу и въ сторону. Акушеръ вводитъ лѣвую руку возлѣ плечика и, дошедши до шеи плода, захватываетъ ее такимъ образомъ, что 2 пальца обхватываютъ шею сзади и сверху, а большой прикладывается спереди; остальные пальцы располагаются возлѣ него. Правую рукой крѣпко захватываютъ рукоятку крючка, конецъ его по лѣвой рукѣ акушеръ вводитъ въ родовой каналъ и подь руководствомъ большого пальца помѣщаетъ его на шеѣ плода такимъ образомъ, чтобы онъ обхватилъ шею спереди, а его пуговка находилась бы кзади, прикрытая ладонью руки, обхватывающей шею.

Когда инструментъ наложенъ на шею, нужно сильно потянуть за рукоятку крючка и въ то же время, плотно обхватывая шею пальцами, сдѣлать вращательное движеніе рукояткою непремѣнно по направленію къ головкѣ, чтобы произвести растяженіе связокъ и разъединеніе шейныхъ позвонковъ на мѣстѣ приложенія верхушки крючка. Происходящій при этомъ характерный трескъ и уменьшеніе сопротивленія при вращеніи рукоятки, которымъ разрываются мягкія части шеи, служатъ признакомъ успѣха операціи. Части кожныхъ покрововъ и вообще ткань шеи, оставшаяся неразорванною, захватываютъ крючкомъ и разрываютъ при потягиваніи книзу и скручиваніи, или же ихъ разрѣзываютъ обыкновенными ножницами. Когда шейка плода доступна, и крючекъ наложенъ какъ слѣдуетъ, отдѣленіе головки происходитъ



Фиг. 271.

довольно скоро, въ теченіе нѣсколькихъ минутъ. По окончаніи операціи и послѣ удаленіи крючка изъ половыхъ частей, достаточно потянуть за вышавшую ручку, чтобы вывести наружу туловище. Удаленіе головки при правильномъ тазѣ также не представляетъ особенныхъ затрудненій. Надавливаніемъ сверху головка низводится ко входу таза и здѣсь



Фиг. 272. Отдѣленіе головки плода крючкомъ (крючекъ) Брауна.

двумя пальцами лѣвой руки, введенными въ ротъ, захватывается нижняя челюсть; одновременно за остатокъ шейки можно зацѣпить щипцами Menard'a, и такимъ образомъ вывести чрезъ тазовой каналъ головку наружу затылкомъ впередъ. При узкомъ тазѣ головка остается иногда высоко надъ входомъ и не опускается въ тазъ, несмотря на

давление, производимое чрезъ брюшныя покровы. Въ такихъ случаяхъ иногда необходимо произвести сперва прободеніе головки и затѣмъ извлечь ее при помощи краниоукляста.

Акушеръ, желающій произвести отдѣленіе головки ножницами долженъ придерживаться пріемовъ, предложенныхъ Dubois. Шейка захватывается лѣвою рукой, какъ выше описано, затѣмъ за нее заводится тупой крючекъ Wigand'a спереди назадъ. Притяженіемъ за рукоятку крючка, шея плода по возможности опускается книзу и для удерживанія ея крючекъ передается помощнику. Акушеръ въ правую руку беретъ длинныя ножницы Dubois, и подъ руководствомъ пальцевъ короткими сѣченіями разсѣкаетъ шейную часть позвоночника, послѣ чего остальные мягкія части раздѣляются легко нѣсколькими рѣзущими движеніями ножницъ.

Наиболѣе значительныя статистическія данныя мы имѣемъ о примѣненіи крючка Брауна для отдѣленія головки плода. Изъ 104 оперированныхъ умерло 20, что составляетъ 19,2% смертности. Большинство этихъ случаевъ относятся къ тому времени, когда акушеры обеззараживающихъ средствъ не примѣняли. Въ настоящее время для роженицы можно установить гораздо болѣе благоприятное предсказаніе, при отдѣленіи головки крючкомъ Брауна; мы судимъ отчасти на основаніи собственнаго опыта. Тоже самое можно сказать относительно употребленія ножницъ Dubois. При этихъ операціяхъ громадное значеніе имѣетъ состояніе роженицы, при которомъ приступаютъ къ операціи.

Desaratio представляетъ болѣе удобный видъ эмбриотоміи, который слѣдуетъ производить во всѣхъ случаяхъ, гдѣ доступна шея младенца. Большинство акушеровъ пользуются при этой операціи крючкомъ Брауна. Отдѣленіе головки плода ножницами Dubois гораздо труднѣе. Въ недавнее время Zweifel, который считаетъ инструментъ Брауна не безопаснымъ для матери, устроилъ двойной крючокъ, который при расхожденіи рукоятокъ сгибаетъ насильственно шейку плода и производитъ переломъ позвонковъ, не передавая свое дѣйствіе на стѣнки матки. Врядъ ли этотъ инструментъ имѣетъ особыя преимущества предъ крючкомъ Брауна.

Другіе многочисленныя инструменты, предложенныя для этой цѣли, мало примѣняются, такъ какъ большинство изъ нихъ оказались непригодными на практикѣ; остальные представляютъ аппараты сложные, которые трудно держать въ исправности. Пастойчиво рекомендованный въ послѣднее время серповидный острый крючекъ Schultze требуетъ большого навыка,—имъ легко поранить свои пальцы и мягкія части роженицы.

в. Удаленіе внутренностей, evisceratio, или жидкости, сильно растягивающей стѣнки живота, punctio abdominis. Разсѣченіе обѣихъ ключицъ. При поперечныхъ предлежаніяхъ удаленіе внутренностей предпринимается



Фиг. 273. Ножницы Dubois для отсѣченія головки плода.

въ тѣхъ случаяхъ, когда шея плода недоступна для руки, или когда надъ входомъ таза непосредственно находится грудная клѣтка.

Приготовленія къ операци тѣ же, какъ при другихъ видахъ эмбриотоміи. Въ числѣ инструментовъ слѣдуетъ имѣть обыкновенный копьевидный перфораторъ, длинныя ножницы, щипцы Menard'a, пулевые щипцы, тупой крючокъ, иногда длинный троакаръ.

Производство операци. При выпаденіи ручки, помощникъ долженъ ее оттягивать кверху и въ сторону, чтобы дать возможность акушеру ввести 4 пальца, иногда всю лѣвую руку до груди младенца. Если нѣтъ выпаденія ручки, то, дошедши до грудной клѣтки, слѣдуетъ захватить мягкія части поглубже пулевыми щипцами и оттянуть ихъ книзу. Кромѣ того, чтобы сдѣлать тѣло младенца болѣе доступнымъ, слѣдуетъ поручить помощнику производить на него давленіе чрезъ брюшныя покровы. Наконецъ, при малой доступности плода, можно прибѣгнуть къ помощи зеркала Симса и подъемникамъ, чтобы сдѣлать на первое время видимымъ поле операци. Въ такомъ случаѣ вмѣсто перфоратора можно начать операцию обыкновеннымъ скальпелемъ.

Въ грудной клѣткѣ сбоку дѣлаютъ отверстіе, наичаще при помощи копьевиднаго перфоратора; ножницами отверстіе расширяется, если возможно параллельно ребрамъ. Въ полость груди, подъ руководствомъ пальцевъ, вводятся щипцы Menard'a повторно, и при посредствѣ ихъ одно за другими удаляется сердце и легкія. Сдѣлавъ проколъ чрезъ грудобрюшную преграду и расширивъ его ножницами, удаляютъ по возможности внутренности живота. Для этой цѣли иногда нужно также разрѣзать стѣнки живота. Еще болѣе удобно войти въ полость груди и живота младенца цѣлою рукою для удаленія внутренностей. Для этого нужно широко вскрыть грудную клѣтку и грудобрюшную преграду. Послѣ удаленія внутренностей, туловище плода спадается и дѣлается болѣе подвижнымъ. Извлеченіе наиболѣе удобно и наичаще удается, если рукою или тупымъ крючкомъ, введеннымъ чрезъ животъ, захватываютъ тазъ младенца и, надавливая другою рукою чрезъ брюшныя покровы, низводятъ его въ родовой каналъ и наружу. Такимъ образомъ совершается нѣчто вродѣ поворота на ягодицы. При этомъ предлежаніи и происходитъ родоразрѣшеніе.

При продольныхъ положеніяхъ удаленіе внутренностей плода примѣняется рѣдко, именно когда головка плода выведена наружу, а туловище при обыкновенныхъ способахъ извлеченія за плечики не выходитъ. Въ подобныхъ случаяхъ надо низвести ручку. Головку мертваго плода можно отдѣлить, если она мѣшаетъ дальнѣйшимъ манипуляціямъ. При помощи перфоратора и ножницъ, дѣлаютъ отверстіе въ грудной клѣткѣ и постепенно удаляютъ внутренности младенца. Извлеченіе можно произвести краниоклястомъ. Недавно Феноменовъ предложилъ производить *разсѣченіе ключицъ, cleidotomia*, въ подобныхъ случаяхъ при помощи крѣпкихъ ножницъ. Операциа вполнѣ рациональная и удобопри-

мѣнимая, которая была произведена уже нѣсколько разъ съ успѣхомъ. Послѣ разсѣченія ключичныхъ костей, поперечный размѣръ плечиковъ укорачивается и значительно уменьшается ихъ объемъ; почему они легче проходятъ чрезъ тазовой каналъ.

Когда при тазовыхъ и головныхъ положеніяхъ роды останавливаются, вслѣдствіе огромнаго растяженія живота младенца жидкостью, достаточно сдѣлать *прободеніе живота* перфораторомъ или труакаромъ, чтобъ удалить жидкость. Послѣ спаденія живота, нетрудно извлечь младенца.

Mergall настойчиво совѣтуетъ дѣлать большой разрѣзъ грудной кѣтки и діафрагмы плода ножницами Siebold'a, чтобы можно было ввести всю руку для удаленія внутренностей. Разсѣченіе обѣихъ ключицъ было также примѣнено съ успѣхомъ Strassman'омъ и другими врачами. Немногіе врачи подобно Friedländer'у находятъ серповидный ножъ Schultze вполне пригоднымъ для эмбриотоміи инструментомъ.

с. Удаленіе выпавшей ручки плода, brachiotomia, производится при плодѣ завѣдомо умершемъ. Необходимо основательно убѣдиться въ смерти плода ощупываніемъ артерій на выпавшей ручкѣ, а также вызывая въ ней рефлекторныя движенія, и кромѣ того тщательно производить выслушиваніе живота. Показаніемъ къ удаленію выпавшей ручки является *сильная припухлость ея и относительная узкость родовыхъ путей*. При такихъ условіяхъ, иногда не удается пройти рукою до шеи младенца или до его ножекъ. Удаленіе выпавшей ручки обыкновенно не представляетъ затрудненій. Помощникъ, наложивъ на ручку петлю, оттягиваетъ ее книзу и въ сторону по указанію акушера. Самъ акушеръ захватываетъ мягкія части на ручкѣ поглубже пулевыми щипцами, и обыкновенными ножницами отдѣляетъ ихъ по направленію плечевого сустава, изъ котораго легко вылуцается ручка ножницами при дальнѣйшемъ потягиваніи за нее.

d. Разсѣченіе позвоночника или всего плода въ поперечномъ направленіи, spondylotomia. Въ тѣхъ случаяхъ, когда недостаточно удаленія внутренностей, чтобы извлечь плодъ за ягодичный конецъ его, можно чрезъ полость живота младенца, подъ руководствомъ пальцевъ, крѣпкими ножницами раздѣлить позвоночникъ. Послѣ чего тѣло младенца спадается еще больше, и дѣлается возможнымъ его извлеченіе, даже *conduplicato corpore*. Въ крайности можно прибѣгнуть къ разсѣченію плода поперекъ въ направленіи раздѣленнаго позвоночника. Тогда каждую половину плода можно извлечь отдѣльно, при посредствѣ щипцовъ Menard'a.

Всѣ эти операціи въ большинствѣ случаевъ трудны и продолжительны; кромѣ того онѣ предпринимаются при такъ называемыхъ запущенныхъ родахъ. Почему предсказаніе при *evisceratio et spondylotomia* всегда почти сомнительное.

Глава 9.

Общія свѣдѣнія о чревосѣченіи при беременности и родахъ, laparotomia.

Эта операція производится при различныхъ условіяхъ. Иногда чревосѣченіе предпринимается для удаленія яйца изъ полости матки, въ другихъ случаяхъ эта операція совершается въ то время, когда плодъ съ послѣдомъ, или одинъ послѣдъ, вышелъ изъ матки, послѣ разрыва ея, въ полость брюшины, или когда яйцо развивалось и росло нѣкоторое время внѣ матки. Наконецъ сюда слѣдуетъ отнести чревосѣченіе во время беременности, показаніемъ для котораго служатъ опухоли, развившіяся въ яичникѣ и маткѣ. Описание этихъ новообразованій и производимыхъ при нихъ операцій всецѣло относится къ области гинекологіи, почему мы ограничимся только упоминаніемъ о нихъ.

Прежде чѣмъ описывать отдѣльныя операція, мы считаемъ умѣстнымъ изложить общія свѣдѣнія о чревосѣченіи, необходимыя для акушера.

Приготовленіе къ чревосѣченію. Во всѣхъ случаяхъ, когда дозволяютъ время и особенности даннаго случая, женщину необходимо подготовить къ чревосѣченію, примѣняя обычныя средства. По крайней мѣрѣ за сутки до операціи ей дадутъ слабительное, наичаще *ol. ricini*, и вызвавъ нѣсколько обильныхъ испраженій, для уменьшенія перистальтики и вздутія кишекъ ей назначаютъ нѣсколько приемовъ порошка—*magister. bismuth. 0,5, salol. 0,1 et extr. opii aquos. 0,01*. Изъ пищи позволяютъ одинъ бульонъ и немного молока. Въ то же время назначается общая теплая ванна съ мыломъ въ теченіе 15—20 минутъ. На всю ночь предъ операціею на животъ кладется согрѣвающій компрессъ изъ 0,05% раствора сулемы. Кромѣ того нужно по крайней мѣрѣ два раза вытереть стѣнки влагалища намыленною мокрою ватой, и затѣмъ промыть рукавъ сперва слабымъ растворомъ сулемы, затѣмъ 2% карболовымъ растворомъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется въ виду при чревосѣченіи разрѣзать влагалище, нужно кромѣ вышеписанныхъ предосторожностей, непосредственно предъ операціею, вытереть хорошо его стѣнки спиртомъ, разведеннымъ пополамъ съ водою и затампонировать его 10% іодоформною марли. Въ день операціи, которую всегда слѣдуетъ дѣлать утромъ, если назначеніе времени зависитъ отъ врача, больная не должна ничего ѣсть; слабымъ можно дать чашку крѣпкаго кофе, хорошаго чаю, или немного крѣпкаго вина съ водою за часъ до операціи. Когда операція предпринимается въ клиникѣ или больницѣ, ее слѣдуетъ дѣлать въ особой операціонной комнатѣ; въ частной практикѣ для этой цѣли надо заблаговременно приготовить надлежащимъ образомъ отдѣльную комнату.

Пациентка, одѣтая только въ чистую рубаху и кофту, въ свѣжевымытыхъ бѣлыхъ чулкахъ ложится на операціонный столъ. За немѣніемъ такового приходится довольствоваться обыкновеннымъ узкимъ столомъ, или составить два ломберныхъ вдоль, одинъ возлѣ другого, покрывъ ихъ вымытыми одѣялами и непромокаемою клеенкою. Волосы на лобкѣ и животѣ по средней линіи слѣдуетъ сбрить. Затѣмъ животъ вымываютъ при помощи щетки мыломъ, обмываютъ эфиромъ, сульмнымъ растворомъ, въ заключеніе виннымъ спиртомъ. Послѣ всего этого животъ нужно покрыть теплымъ марлевымъ компрессомъ. Никогда не слѣдуетъ забывать ввести катетеръ въ мочевой пузырь и удалить мочу.

Число помощниковъ при чревосѣченіяхъ во время беременности и родовъ не должно быть меньше 4,—три врача и акушерка. Одинъ помощникъ ведетъ наркозъ, второй, наиболѣе опытный, стоитъ сбоку больной противъ оператора, третій подаетъ инструменты. Акушерка завѣдуетъ марлевыми компрессами, салфетками, подаетъ необходимые растворы и пр. Ей передается также живой младенецъ, когда таковой будетъ удаленъ, первыя заботы о которомъ всецѣло лежатъ на ней.

Нужныя для операціи марлевые компрессы и салфетки должны быть въ запасѣ въ больницѣ или на дому у специалиста. Куски марли слѣдуетъ предварительно выварить въ 1% растворѣ углекислой соды, затѣмъ подвергнуть ихъ дѣйствию перегрѣтаго пара въ стерилизаціонномъ аппаратѣ. Ихъ слѣдуетъ держать въ ведеркахъ, герметически закрытыми. Предъ употребленіемъ эти компрессы кладутся въ теплый хорошо прокипяченный физиологическій растворъ поваренной соли. Наипаче для совершенія операцій нужны слѣдующіе инструменты:

- 2 брюшистыхъ скальпеля,
- 1 обыкновенныя ножницы,
- 1 обыкновенный и 2 зубчатыхъ пинцета.
- 1 ножницы согнутыя по ребру, съ пуговкой на концѣ одного лезвія.
- Нѣсколько пулевыхъ щипцовъ.
- 10 кровеостанавливающихъ пинцетовъ Реан'а.
- Шелковыя нитки.
- Кетгутъ.
- Гуттаперчевая трубка толщиною не менѣе 5—6 мм.
- Обыкновенныя хирургическія иглы различной величины.
- 2 иглодежателя.

Когда операція предвидится трудная и нетипичная, то кромѣ этихъ инструментовъ слѣдуетъ имѣть въ запасѣ.

- Шприцъ Праваца.
- Аппаратъ для введенія подъ кожу физиологическаго воднаго раствора.
- Длинную острую иглу для шейки матки.
- Нѣсколько щипцовъ Richelot и Douyen'а.
- Иглу Dechamps'а.
- Заостренный корщангъ для проведенія дренажа во влагалище.
- Толстый дренажъ гуттаперчевый или стеклянный.
- Расширители брюшной раны.
- Зеркало Симса и подъемники.
- Нѣсколько аршинъ 10% іодофорной марли и 1/2 фунта 4% салициловой ваты.

Когда назначеніе времени зависитъ отъ врача, онъ и его помощники должны принять ванну и вымыть голову и бороду мыломъ; въ особенности, если они изслѣдовали и пользовали больныхъ заразныхъ или съ нарывами и язвами, отдѣляющими гной или ихоръ. Въ такихъ случаяхъ надо кромѣ того переменить платье и бѣлье, особенно тщательно вымыть повторно въ теплой водѣ мыломъ и щеткою руки, хорошо дезинфицировать ихъ и въ теченіе 5 минутъ вытирать *of terebinthini gallici*. Операторъ и его помощники должны, прежде входа въ операционную комнату, надѣть свѣже вымытые и обеззараженные халаты и покрыть голову холщевой шапкою, или обвязать ее кускомъ марли.

Наркозъ производится наичаще хлороформъ, а также смѣсями Schleich'a или Билльрота, которыя примѣняются въ особенности у слабыхъ беременных и роженицъ. При острой анеміи съ самаго начала операціи нужно ввести подъ кожу физиологическій растворъ соли въ количествѣ одного или нѣсколькихъ литровъ, что оказываетъ чрезвычайно благотворное дѣйствіе на такихъ больныхъ. Къ операціи приступаютъ обыкновенно при полномъ наркозѣ.

Разрѣзъ передней стѣнки живота. Отвернувъ по сторонамъ компрессы, операторъ дѣлаетъ разрѣзъ по средней линіи живота, начиная его, смотря по надобности, ниже или выше пупка по направленію книзу, не доходя на 2 поперечныхъ пальца выше лоннаго соединенія. При толстыхъ брюшныхъ покровахъ, ножъ проводятъ крѣпче, чтобы разрѣзать сразу наружные покровы до фасціи. При истонченныхъ брюшныхъ стѣнкахъ, разрѣзъ надо вести очень легко, чтобы, разсѣкая брюшину, не повредить стѣнокъ матки или кишекъ. Разрѣзавъ передній листокъ фасціи, одѣвающей *m. rectus abdom.*, нужно искать въ верхней части раны, раздвигая ея края, узкій бѣловатый промежутокъ между обѣими прямыми мышцами. По направленію его дѣлаютъ разрѣзъ сверху внизъ, разрѣзаютъ осторожно фасцію и обыкновенно находящійся здѣсь жирный слой, и такимъ образомъ доходятъ до брюшины, которая въ здоровомъ состояніи просвѣчиваетъ. Захвативъ поперечную кладку 2 зубчатыми пинцетами, на верху ея дѣлаютъ небольшой разрѣзъ, чрезъ который часто уже бываетъ видна матка или кишечныя петли. Встрѣчаемые по средней линіи живота слои операторъ долженъ хорошо помнить; потому что при толстыхъ стѣнкахъ и сращеніи брюшины съ прилежащею къ ней опухолью, незнаніе топографіи покрововъ живота можетъ поставить въ затруднительное положеніе малоопытнаго оператора. При разрѣзѣ послыбно передней стѣнки живота, встрѣчающіеся небольшіе сосуды слѣдуетъ захватить кровоостанавливающими пинцетами или остановить кровотеченіе прижатіемъ. Только иногда на болѣе крупныя сосуды приходится накладывать лигатуры. Наиболѣе кровоточитъ брюшинная рана, при сращеніи брюшины съ маткою или съ подлежащею опухолью. Нужно поставить себѣ за правило дѣлать разрѣзъ въ брюшинѣ, только остановивъ кровотеченіе въ ранѣ. Чрезъ сдѣланное отверстіе въ полость брюшины вводятъ указательный палецъ, которымъ изслѣдуютъ отношеніе матки или опухоли къ окружа-

ющимъ частямъ. Подъ руководствомъ этого пальца крѣпкими тупоконечными ножницами дѣлають разрѣзъ сперва кверху до пупка или же выше его, обходя послѣдній съ лѣвой стороны, чтобы не поранить *lig. teres hepatis*. Въ случаяхъ вѣматочной беременности, надо осторожно дѣлать разрѣзъ передней брюшной стѣнки книзу, чтобы не поранить верхушки пузыря, которая иногда срастается съ околоплоднымъ мѣшкомъ и восходитъ довольно высоко кверху. Сперва слѣдуетъ осмотрѣть это мѣсто чрезъ отверстіе раны, а въ случаяхъ болѣе трудныхъ можно разрѣшить сомнѣніе, введя въ мочевою пузырь мужской катетеръ. Послѣ чего разрѣзъ продолжаютъ до нижняго конца наружной раны.

Когда предвидится операція нѣсколько продолжительная, проводятъ временно чрезъ боковые края раны по одному шву, чтобы сблизить брюшину съ наружными покровами и препятствовать ея отслойкѣ при дальнѣйшемъ ходѣ операціи въ полости живота; концы этихъ временныхъ швовъ не отрѣзываютъ, чтобы легче было потомъ удалить нитки.

Зашиваніе брюшной раны и ея перевязка. По окончаніи операціи, края брюшинной раны большею частью соединяются швами на всемъ протяженіи. Для этой цѣли наиболѣе цѣлесообразно сперва сшить очень тонкимъ шелкомъ брюшину, а затѣмъ накладывать глубокие и поверхностные швы изъ болѣе толстыхъ нитей, чтобы соединить края раны. Мѣстами глубокіе швы должны прихватывать также брюшину, чтобы въ глубинѣ раны не оставалось полостей. По окончаніи наложенія швовъ, поверхъ ихъ кладутъ нѣсколько полосокъ выжатой марли, пропитанной 0,1% растворомъ сулемы, поверхъ которой кладется обезпложенная вата, все закрывается сухимъ компрессомъ и удерживается циркулярными бинтами. Гораздо удобнѣе бинтовъ повязка изъ холста, скроенная на подобіе англійской послѣродовой повязки Salmon'a. Въ Харьковской Акушерской клиникѣ она введена проф. Лазаревичемъ и употребляется много лѣтъ. Ее весьма легко наложить и снять, и кромѣ того всегда можно ее ослабить или стянуть, смотря по надобности. Посредствомъ 2 марлевыхъ бинтовъ, прикрѣпленныхъ къ бокамъ повязки и проведенныхъ подъ бедра напередъ къ животу, можно предохранить ее отъ смѣщенія кверху.

Въ настоящее время при чревосѣченіяхъ исключительно дѣлается разрѣзъ чрезъ переднюю стѣнку живота по бѣлой линіи. Не такъ давно еще нѣкоторые преимущественно американскіе врачи стремились улучшить и примѣнять способъ, предложенный еще Ritgen'омъ, нѣмецкимъ акушеромъ. Чрезъ разрѣзъ параллельно лѣвой Пупартовой связки достигали брюшины, затѣмъ отслаивали ее въ глубинѣ, доходили до верхней части влагалища и матки. Стѣнку влагалища разрѣзывали и, расширивъ устье матки, извлекали чрезъ рану плодъ. Кромѣ значительнаго кровотеченія, которое трудно было остановить, и надрыва влагалища, при этой операціи легко нарушить цѣлость брюшины и даже одного изъ мочеточниковъ. Такая операція, описанная Т. Thomas'омъ подъ именемъ *laparo-elytrotomia*, давала огромную смертность и въ настоящее время оставлена совершенно.

Въ исключительныхъ случаяхъ брюшная полость вскрывается поперечнымъ разрѣзомъ чрезъ задній сводъ влагалища, *colpotomia*. Это

примѣняется иногда при вѣматочной беременности, когда задній сводъ сильно выпячивается во влагалище. Поле операціи открывається при помощи зеркала Симса и подъемниковъ. Сдѣлавъ ножомъ поперечный разрѣзъ, брюшину прикрѣпляютъ швами къ стѣнкѣ влагалища. Подъ руководствомъ пальца разрѣзъ можно расширить тупоконечными ножницами въ обѣ стороны, а также немного книзу, и затѣмъ обколоть края раны, чтобы остановить кровотеченіе.

Предписавъ въ общихъ чертахъ краткое описаніе разрѣза передней стѣнки живота по средней линіи и сшиваніе раны, перейдемъ теперь къ изложенію различныхъ видовъ ляпоротоміи, предпринимаемой во время родовъ и при беременности.

Глава 10.

Кесарское сѣченіе.

Историческія свидѣнія. Это безъ сомнѣнія одна изъ древнѣйшихъ акушерскихъ операцій, такъ какъ уже за 700 л. до Р. Х. въ Римѣ былъ изданъ законъ о разсѣченіи живота и матки умершихъ беременныхъ съ цѣлью извлечь живой плодъ. Этотъ законъ перешелъ во всѣ европейскія законодательства и между прочимъ въ Сводѣ Законовъ Россійской имперіи т. XIII ст. 1742 сказано: „когда беременная женщина скоростижно умерла, то немедленно въ семь случаевъ для спасенія плода и окрещенія онаго должны производить кесарское сѣченіе со всѣми предосторожностями, какія при семь обыкновенно наблюдаются у живыхъ“. Въ древности и средніе вѣка операціи въ силу такихъ постановленій дѣлались исключительно на умершихъ беременныхъ. Первое вполне достовѣрное кесарское сѣченіе на живой женщинѣ было произведено въ городѣ Виттеябергѣ хирургомъ Trautmann'омъ въ 1610 году. Съ тѣхъ поръ въ разныхъ странахъ стали производить эту операцію у роженицъ въ случаяхъ крайне рѣдкихъ, такъ какъ она давала смертность свыше 80%. Такіе печальные исходы зависѣли не только отъ несовершенства техники, но также отъ септического зараженія, которое сообщалось роженицѣ во время операціи или даже раньше; такъ какъ операціи часто предшествовали трудные роды, иногда продолжавшіеся нѣсколько дней. Обыкновенно рану матки не сшивали, почему вслѣдствіе паданія крови и послѣродовыхъ отдѣленій въ полость живота, легко могло развиться воспаленіе брюшины и причинить смерть родильницѣ. На этомъ основаніи въ 1876 году итальянскій врачъ Рогго началъ удалять при этой операціи тѣло матки и предложилъ способъ кесарскаго сѣченія, извѣстный подъ именемъ операціи Рогго. Эта операція, сопровождавшаяся болѣе частыми выздоровленіями, чѣмъ прежде, такъ называемое консервативное кесарское сѣченіе, нашла повсюду сторонниковъ; въ теченіе немногихъ лѣтъ было произведено болѣе 150 операцій со смертностью, не превышающей 40%. Спустя нѣсколько лѣтъ, врачъ Sängor предложилъ выработанный имъ способъ сшиванія раны матки при кесарскомъ сѣченіи. Въ скоромъ времени, благодаря примѣненію этого способа и улучшенію техники этой операціи вообще, а также повсемѣстному примѣненію антисептики, операція консервативнаго кесарскаго сѣченія начала давать результаты, далеко оставившіе позади счастливые исходы операціи Рогго. Къ этому надо присоединить большую легкость выполненія, сравнительно съ операціею Рогго, причѣмъ женщина, сохраняя матку, не теряетъ присутствующихъ ей особенностей. Тѣмъ болѣе, что въ тѣхъ случаяхъ, когда дальнѣйшая беременность нежелательна, можно удалить яичники и трубы, оставляя все-таки матку. Въ силу всѣхъ этихъ причинъ, консервативное кесарское сѣченіе снова заняло въ те-

ченіи послѣдняго десятилѣтія подобающее ему мѣсто. Въ нѣкоторыхъ клиникахъ насчитываютъ уже десятки удачныхъ исходовъ, со смертностью не превышающею 10⁰/₀. Другое дѣло въ обыкновенной практикѣ, гдѣ часто оперируютъ врачи не вполне опытные и гдѣ нѣтъ возможности строго примѣнять правилъ антисептики или асептики, тамъ смертность еще относительно велика—не менѣе 30⁰/₀. Число спасенныхъ дѣтей при кесарскомъ сѣченіи на живыхъ достигаетъ 80—90⁰/₀.

Въ настоящее время мы располагаемъ значительнымъ числомъ этихъ операций для статистическихъ выводовъ. Säger собралъ съ 1882 по 1894 годъ 460 случаевъ кес. сѣч.; 88 родильницъ умерли, что составляетъ 19⁰/₀ смертности. Между тѣмъ какъ въ 1894 году смертность равнялась 10,3⁰/₀, а въ 1895 году, по Donat'у, 21⁰/₀. Въ клиникѣ Leopold'a, который оперировалъ 25 разъ, смертность не превышала 8⁰/₀. Между тѣмъ какъ въ Америкѣ, по изслѣдованіямъ Harris'a, даже въ 1893 году умирало 25⁰/₀ оперированныхъ послѣ кес. сѣч. Во Франціи, по Demelin'у, 22⁰/₀. Вѣроятно дѣйствительная смертность еще болѣе значительна. Операция Porro даетъ болѣе значительную смертность. Harris за 16 лѣтъ собралъ 441 случай этой операции,—умерло 167 матерей, 35,6⁰/₀, и 98 дѣтей, 20⁰/₀. По Sanger'у смертность за 1894 годъ доходила до 17,1⁰/₀, а въ 1895 году, по даннымъ Donat'a, до 24⁰/₀. Въ клиникѣ Schauta она составляетъ не менѣе 25⁰/₀.

Вышеприведенный краткій историческій очеркъ к. с. и общія свѣдѣнія объ этой операциіи побуждаютъ насъ различать двѣ операциіи—консервативное к. с. и операцию Porro, иначе кесарское сѣченіе съ удаленіемъ тѣла матки.

1. Консервативное кесарское сѣченіе на живыхъ, sectio caesarea.

Благопріятными условіями для счастливаго исхода операциіи мы считаемъ слѣдующія данныя:

1. Первый періодъ родовъ еще не вполне оконченъ.
2. Отсутствие у роженицы септического зараженія.
3. Если операциія производится при такъ называемомъ относительномъ показаніи, то акушеръ долженъ точно знать, что въ маткѣ находится только одинъ живой плодъ. При двойняхъ надобность въ операциіи въ такихъ случаяхъ исключается.

Показанія раздѣляются на абсолютныя, когда никакими другими способами родовъ окончить нельзя, и относительныя, когда кесарское сѣченіе можно замѣнить другою операциею, пожертвовавъ жизнью плода.

Показанія абсолютныя.

1. *Съуженіе таза четвертой степени*, то-есть когда наименьшій размѣръ не превышаетъ 5,5 см. Такимъ размѣромъ при плоскихъ рахитическихъ и общесъуженныхъ тазахъ является прямой размѣръ входа въ тазъ. При болѣе рѣдкихъ формахъ сильно съуженныхъ косыхъ и остеомалятическихъ тазахъ, за такой размѣръ надо считать *distantia sacrocotyloidea*, а при поперечно-съуженныхъ поперечный размѣръ выхода.

2. *Неподвижныя опухоли разнаго рода, зараждающія каналъ таза* въ значительной степени и не допускающія прохожденіе плода, даже послѣ уменьшенія величины его головки. Сюда относятся фиброміомы, сидящія неподвижно въ Дугласовомъ пространствѣ и плотныя кистомы

лячниковъ, развившіяся въ тазовой клѣтчаткѣ, въ рѣдкихъ случаяхъ застарѣлый экссудатъ, эхинококи въ клѣтчаткѣ таза, ракъ прямойкишки и пр.

3. *Значительныя суженія влагалища* на большомъ пространствѣ, въ особенности въ области сводовъ. Въ такихъ случаяхъ, при надрѣзахъ и выведеніи даже уменьшеннаго плода возможны разрывы свода, переходящіе на брюшину. Почему кесарское сѣченіе является единственнымъ способомъ родоразрѣшенія.

Относительныя показанія.

Суженіе таза второй и третьей степени, когда прямой разрѣзъ заключается между 8,5—5,5 см. рѣдко при большей величинѣ Conj. v. Въ такихъ случаяхъ показаніе возникаетъ обыкновенно во время родовъ, когда головка плода остается надъ входомъ таза, и въ то же время поворотъ, при суженіи таза второй степени, почему-либо невозможенъ. Остается выборъ между прободеніемъ головки и кесарскимъ сѣченіемъ. Конечно роженицѣ слѣдуетъ поставить на видъ разницу между этими операціями относительно исходовъ; не слѣдуетъ отъ нея скрывать, что смертность при кесарскомъ сѣченіи по крайней мѣрѣ втрое больше, чѣмъ при прободеніи головки. Далѣе, подвергаясь краніотоміи, роженица конечно потеряетъ младенца, но оправившись можетъ забеременѣть снова, при чемъ у нея можно будетъ вызвать преждевременные роды съ надеждою сохранить жизнь плода. Если подобныя соображенія будутъ представлены роженицѣ, то навѣрно рѣдкая изъ нихъ согласится подвергнуться кесарскому сѣченію.

Klewitz и Schier приводятъ сходныя съ вышеизложеннымъ абсолютныя и относительныя показанія. Davis и Braun при суженіи таза совершенно справедливо отдають предпочтеніе К. С. предъ symphyseotomia. Halberstma и Hermann считаютъ показаннымъ кес. сѣч. въ нѣкоторыхъ случаяхъ эклампсiи. De Windt въ одномъ случаѣ запущеннаго поперечнаго положенія вынужденъ былъ окончить роды кес. сѣч., такъ какъ ни поворота, ни эмбриотоміи произвести не удалось. Подобнымъ же образомъ поступилъ Esser при родоразрѣшеніи уродливымъ плодомъ, у котораго было накопленіе жидкости въ груди и животѣ. Головка оторвалась при извлеченіи; роды оказались невозможнымъ окончить per vias naturales. Такіе случаи представляютъ рѣдкія исключенія. Всѣми силами акушеръ долженъ стремиться окончить роды чрезъ родовыя пути, если послѣднія нормальны.

Приготовленіе къ операціи. Если есть время, слѣдуетъ для надлежащаго подготовленія роженицы къ операціи примѣнять всѣ вышеупомянутыя мѣры. Наиболѣе благоприятнымъ моментомъ является середина или конецъ перваго періода, когда родовыя маточныя сокращенія прочно установились, шейка изгладилась, и зѣвъ открытъ по крайней мѣрѣ на 2—3 пальца. Предъ операціею, слѣдуетъ сдѣлать проколъ пузыря, если воды не отошли раньше, для того чтобы не дѣлать слишкомъ большого разрѣза чрезъ стѣнки живота. При неправильныхъ положеніяхъ слѣдуетъ принимать мѣры противъ выпаденія маленькихъ частей. Когда больная заснула, слѣдуетъ впрыснуть ей подъ кожу 0,1 extr. Secalis cornuti aquosi.

Производство операціи распадается на нѣсколько актовъ.

1. Разрѣзъ живота и выведеніе матки.
2. Разрѣзъ матки, извлеченіе плода и послѣда, остановка кровотечения.
3. Наложеніе на рану матки швовъ.
4. Введеніе матки обратно въ брюшную полость и закрытіе раны живота.

1-й актъ былъ уже нами подробно описанъ. Обыкновенно всегда надо начинать *разрѣзъ* выше пупка. Послѣ достаточнаго расширенія раны съ цѣлью вывести матку наружу, слѣдуетъ снаружи производить надавливаніе на ея дно такимъ образомъ, чтобы сперва въ ранѣ показался ея лѣвый уголь, вслѣдъ за которымъ обыкновенно появляется все дно и тѣло матки. Тотчасъ послѣ *выведенія матки наружу*, можно временно соединить пулевыми щипцами края брюшной раны, оставшіеся позади тѣла матки, и положить на животъ теплые влажные марлевые компрессы. Затѣмъ стоящій противъ оператора ассистентъ плотно обхватываетъ обѣими руками нижнюю часть матки и сжимаетъ ее.

2. Въ это время операторъ *обводитъ около нижней части матки эластическую трубку* около 6 мм. въ діаметрѣ, длиною 50 см., которая накладывается, но не затягивается, ниже рукъ помощника, обхватившихъ нижнюю часть матки. Послѣ чего большимъ брюшистымъ скальпелемъ акушеръ дѣлаетъ *разрѣзъ по передней поверхности матки*, начиная его не выше уровня перехода на матку трубъ и не доходя нѣсколько до истонченной части матки, ея нижняго сегмента. Длина этого разрѣза обыкновенно не менѣе 10 см. При разрѣзѣ въ первый моментъ идетъ изъ раны довольно много крови, но скоро кровотеченіе уменьшается. Однимъ или нѣсколькими штрихами ножа доходятъ до тѣла младенца, которое показывается въ глубинѣ раны. Введеннымъ пальцемъ разрѣзъ расширяется ножницами во всю толщину стѣнки. Нерѣдко разрѣзъ нападаетъ на послѣдъ, и появляется въ первый моментъ значительное кровотеченіе. Въ такихъ случаяхъ надо смѣло идти ножомъ глубже, разрѣзая послѣдъ, пока не достигнемъ до тѣла плода, послѣ чего рана расширяется вверхъ и внизъ, какъ обыкновенно. Такъ какъ положеніе плода обыкновенно хорошо извѣстно уже до операціи, то его извлекаютъ при черепныхъ положеніяхъ за ножки, а при тазовыхъ за головку, примѣняя по возможности пріемы, какіе обыкновенно употребляются при проведеніи плода чрезъ половую щель. Послѣ прохожденія головки, слѣдуетъ провести сначала одно плечико, затѣмъ другое; при извлеченіи за ягодицы нужно закладывать палецъ въ паховой сгибъ и пр. Никакихъ инструментовъ примѣнять для извлеченія не слѣдуетъ. Самое извлеченіе нужно производить не мѣшкая, но осмотрительно, чтобы не произвести надрыва въ ранѣ матки. Лучше сдѣлать добавочный разрѣзъ по направленіюверху или книзу, чѣмъ извлекать плодъ насильственно и причинять разрывы раны. По выведеніи плода наружу, немедленно перевязывается и отрѣзается пуповина. Младенецъ передается акушеркѣ для оживленія и дальнѣйшаго уха за нимъ.

Операторъ немедленно захватываетъ *жомъ*, обвивающій нижнюю часть матки, и *плотно затягиваетъ* его ниже рукъ помощника, укрѣпляя узелъ эластической трубки шелковою ниткою или зажимая его однимъ изъ длинныхъ кровеостанавливающихъ пинцетовъ. Введенною чрезъ рану въ полость матки рукою удаляется дѣтское мѣсто и по возможности, всѣ оболочки. Послѣ чего въ полость матки кладутъ сложенные марлевые комперессы, и покрываютъ ее мокрыми теплыми компрессами, оставляя открытою ее переднюю поверхность, гдѣ находится рана.

3. *Сшивание раны матки* производится посредствомъ плетенаго шелка № 8 и № 6. Первый употребляется для глубокихъ, второй для поверхностныхъ швовъ. Для наложенія швовъ берутъ хирургическія иглы и обыкновенный иглодержатель. Начиная съ верхняго края сперва накладываютъ глубокіе швы, отступая отъ края раны на 0,5 см. и даже больше, если стѣнки сократившагося тѣла матки очень толсты.



Фиг. 274. 1—поверхностные, 2—глубокіе швы на рану матки. Поперечный разрѣзъ тѣла матки.

Швы надо накладывать довольно густо на 0,75 — 1,0 см. одинъ отъ другого. Глубокіе швы должны обхватывать рану во всю толщину маточной стѣнки; иглы слѣдуетъ проводить такимъ образомъ, чтобы онѣ выходили непосредственно на внутреннемъ краѣ раны. Послѣ наложенія всѣхъ швовъ, марля изъ полости матки удаляется и швы стягиваются довольно плотно; такъ какъ надо имѣть въ виду возможность дальнѣйшаго сокращенія матки при

быстро наступающемъ въ первые дни послѣ родового періода уменьшеніи ея въ объемъ. Послѣ затягиванія глубокихъ швовъ, быстро накладываются поверхностные такимъ образомъ, чтобы съ каждой стороны раны брюшина была захвачена 2 уколами иглы; почему при затягиваніи такихъ швовъ серозныя поверхности придутъ въ тѣснѣйшее соприкосновеніе между собою. Окончивъ наложеніе швовъ, поверхность раны обтираютъ марлей, намоченной въ сулемномъ растворѣ, и снимаютъ жомъ, постепенно его разслабляя. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ изъ раны матки замѣтно просачиваніе крови, накладываются дополнительные швы. Изъ уколовъ кровотеченіе обыкновенно скоро прекращается. Однако если который-нибудь изъ нихъ упорно кровоточить, надо обколоть его въ направленіи параллельномъ ранѣ.

Если существовало показаніе къ удаленію яичниковъ и трубъ, то ихъ слѣдуетъ удалить послѣ затягиванія швовъ, по общепринятому способу. Приподнявъ яичникъ и конецъ трубы кверху, ниже ихъ чрезъ широкую связку проводятъ иглой Deschamps'a двойную лигатуру

и перевязываютъ ее такимъ образомъ, чтобы обѣ лигатуры скрещивались. Нѣсколько ниже двойной лигатуры кладутъ одну общую. Всѣ эти лигатуры сильно затягиваютъ и концы ихъ обрѣзываютъ. Послѣ чего выше лигатуры яичникъ и большая часть трубы срѣзывается ножницами. Такимъ образомъ можно съ большою пользою для такихъ женщинъ соединить кесарское сѣченіе съ кастраціей.

4. *По снятіи эластическаго жома* обыкновенно первое время матка сокращается вяло, и чрезъ влагалище вытекаетъ порядочное количество крови. Послѣ массажа матки и прикладыванія горячихъ компрессовъ, кровотеченіе обыкновенно значительно уменьшается, и матка становится плотною, вслѣдствіе сокращенія стѣнокъ. Въ такомъ видѣ ее опускаютъ въ полость живота, которую предварительно очищаютъ марлевыми компрессами отъ излившейся въ нее крови.

Затѣмъ приступаютъ къ *зашиванію большого разрыва стѣнокъ живота*, по изложеннымъ выше правиламъ. По окончаніи операціи на животъ накладывается обычная повязка и больную укладываютъ въ постель, гдѣ она первые дни должна по возможности лежать спокойно на спинѣ. Часто въ теченіе одного или двухъ дней послѣ операціи больная страдаетъ тошнотою и рвотою, почему не слѣдуетъ въ первое время давать пить воду или другія жидкости; только изрѣдка можно позволить глотать небольшія кусочки чистаго льда.

Послѣ прекращенія тошноты, можно дать немного горячаго чая или черный кофе, затѣмъ куриный бульонъ. Спустя одинъ или нѣсколько дней даютъ обыкновенный бульонъ съ желткомъ, немного молока, пюре изъ курицы или супъ съ манной крупю, растертымъ рисомъ и пр. Котлетку можно разрѣшить не раньше 7-го дня. Начиная со второй недѣли, можно позволить обыкновенный супъ съ черствымъ бѣлымъ хлѣбомъ, мясную котлету, соусъ изъ курицы и пр. Вино назначается при явленіяхъ слабости, начиная съ порвыхъ дней послѣ операціи.

При сильныхъ боляхъ въ животѣ умѣстны подкожныя впрыскиванія морфія и свѣчки съ опиумъ въ задній проходъ. Къ сожалѣнію, часто больная не въ состояніи мочиться сами, почему приходится выпускать мочу катетромъ съ надлежащими предосторожностями. Въ случаяхъ, протекающихъ благопріятно, послѣродовыя отдѣленія идутъ вполне правильно, и въ этомъ отношеніи уходъ за опирированной существенно не отличается отъ ухода за обыкновенною родильницей. На 5-й дней нужно очистить желудокъ при помощи обыкновеннаго клистира. Когда сама мать не желаетъ кормить младенца, груди слѣдуетъ завязать. Швы наичаще снимаютъ чрезъ 10—12 дней, чтобы дать возможность плотнѣе сростись краямъ раны. Если все идетъ хорошо, родильницу можно поднять съ постели чрезъ 3 недѣли послѣ операціи. На животѣ она должна постоянно носить бинтъ, или хорошо приготовленную подвязку, которую она должна снимать, только ложась въ постель.

Sänger, Rode, Столыпинскій и др. обратили вниманіе на вредное вліяніе продолжительнаго сжатія матки эластическимъ жгутомъ при операціи кес. сѣч. Продолжительное

сжатіе располагаетъ къ послѣдовательному кровотеченію. Russ въ одномъ случаѣ вынужденъ былъ по этой причинѣ удалить тѣло матки. Dudley совершенно напрасно опасается выводить матку изъ полости живота и дѣлаетъ на этомъ основаніи небольшой разрѣзъ на брюшной стѣнкѣ, что только можетъ затруднять операцію. Швы глубокіе и поверхностные слѣдуетъ накладывать шелковыми нитями и по возможности тщательно. Senn зашиваетъ матку швами въ 4 этажа. Leopold, не наложившій въ одномъ случаѣ поверхностныхъ швовъ на разрѣзъ матки, потерялъ родильницу. По наблюденіямъ Trogglеr'a, послѣ кес. сѣч. женщина вновь дѣлается беременной въ 10⁰/₀ случаяхъ, а если она замужемъ, то даже въ 25⁰/₀. Почему въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ новая беременность не желательна, умѣстно производить при кес. сѣч. кастрацію. Перевязка трубъ предлагаемая Champurs, не всегда ведетъ къ цѣли. Schloepfer описалъ случай, гдѣ нитки швовъ вышли изъ матки чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ кес. сѣч. Dundas наблюдалъ выходеніе кусковъ омертвѣлой маточной ткани. Обыкновенно же швы хорошо врастаютъ и постепенно всасываются. По крайней мѣрѣ при повторной операціи кес. сѣч. шелковыхъ нитей на мѣстѣ шва не находили, даже мѣсто рубца было трудно узнать. Schneider описалъ случай повторнаго кес. сѣч. чрезъ 1½ года послѣ первой операціи. Werth оперировалъ 3 раза, Michaelis и Oetter 4, а Birnbaum даже 5 разъ у одной и той же женщины. Изъ 135 случаевъ кес. сѣч., собранныхъ Sän-ger'омъ, 3 раза операція была повторная. Braun съ успѣхомъ провелъ искусственные преждевременные роды, а Deutsch наблюдалъ даже благополучные срочные роды послѣ счастливо перенесенной операціи кес. сѣч. Такія наблюденія служатъ наилучшею демонстраціей вполнѣ прочнаго сращенія маточной раны. Только Мазуркевичъ видѣлъ истонченіе стѣнки на мѣстѣ рубца.

Fritsch предпочитаетъ при кес. сѣч. разрѣзъ дна матки въ поперечномъ направленіи. Повидимому это видоизмѣненіе не улучшаетъ исходовъ операціи. Врядъ ли найдеть много раздражителей, предложенная Dührssen'омъ операція, которую онъ называетъ *sectio caesarea vaginalis*. Онъ разсѣкаетъ влагалище, отдѣляетъ шейку отъ сводовъ и брюшины. Послѣ разсѣченія преимущественно передней, иногда также задней стѣнки шейки, онъ производитъ поворотъ, затѣмъ извлеченіе плода и удаленіе послѣда. Въ заключеніе тампонація матки, наложеніе швовъ на пораненія матки и влагалища, внутрь *ext. secalis cornuti* и ледъ на животъ. Конечно эта операція примѣнялась въ кождѣ беременности только при нормальномъ таѣ.

Кесарское сѣченіе на мертвыхъ.

Въ силу существующаго постановленія закона, врача иногда приглашаютъ къ умирающей или недавно умершей беременной или роженицѣ для совершенія к. с. При производствѣ операціи въ такихъ случаяхъ вообще примѣняются тѣ же правила, какъ при операціи на живыхъ. Операцію слѣдуетъ дѣлать по возможности быстро въ надеждѣ извлечь живой плодъ. Однако эта надежда крайне рѣдко осуществляется.

По статистикѣ, приведенной Горецкимъ, изъ 379 случаевъ этой операціи только 5 дѣтей остались въ живыхъ.

Опыты надъ животными показываютъ, что только въ первые 6 минутъ послѣ смерти животнаго можно надѣяться извлечь вполнѣ живой плодъ. Позже, когда однако прошло не болѣе 10 минутъ послѣ смерти животнаго, извлекаютъ плоды въ асфиксіи, но способные еще къ оживленію. Спустя же 10—25 минутъ послѣ смерти, асфиктическіе плоды оживить не удается. Въ общихъ чертахъ выводы изъ этихъ опытовъ примѣнимы къ беременнымъ женщинамъ. Большое значеніе имѣетъ родъ смерти. При внезапной смерти плодъ гораздо долѣе остается въ живыхъ, нежели когда беременная умираетъ послѣ продолжительной агоніи. Въ послѣднемъ случаѣ даже сейчасъ послѣ смерти часто извлекали плодъ уже мертвымъ. Между тѣмъ, какъ послѣ

смерти, наступившей внезапно и быстро, удавалось даже через 15 минут извлечь асфиктический плод, который возможно было оживить. Предложение сдѣланное нѣкоторыми акушерами, чтобы Кесарское сѣченіе производить надъ умирающими беременными уже во время агоніи, для сохраненія жизни плода, врядъ ли найдетъ много сторонниковъ. Въ послѣднее время Erdheim, Hofmann и Davis описали случаи извлеченія живыхъ плодовъ при К. С., оперируя на мертвой роженицѣ, не позже 10' послѣ ея смерти.

2. Кесарское сѣченіе съ удаленіемъ тѣла матки и ея придатковъ, операція Рогго.

Эту операцію можно производить не только во время родовъ, но даже прежде появленія родовыхъ болей во время беременности, еслибы на это указывала надобность; такъ какъ для исхода операціи совершенно безразлична способность стѣнокъ матки къ сокращенію. Въ настоящее время, когда оказалось вполне возможнымъ, при надлежащихъ показаніяхъ, присоединить къ кесарскому сѣченію кастрацію, число показаній къ операціи Рогго значительно уменьшилось.

Мы признаемъ слѣдующія показанія.

1. *Fibromyoma uteri*. Когда на тѣлѣ матки оказывается нѣсколько опухолей различной величины, расположенныхъ въ ея ткани въ видѣ отдѣльныхъ узловъ, или одна большая промежуточная фиброзная опухоль..

2. *При сильно распространившемся ракъ маточной шейки*, представляющемъ неустранимое препятствіе для прохожденія плода чрезъ родовую каналъ, вполне рационально удалить тѣло матки и ея придатки, чтобъ избѣгнуть зараженія въ послѣдородовомъ періодѣ ихорознымъ отдѣленіемъ съ поверхности раковой язвы, не говоря уже о тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможно вслѣдъ за этимъ удалить остатокъ матки чрезъ влагалище. Хотя при подобныхъ условіяхъ иногда можно также рассчитывать на родоразрѣшеніе чрезъ родовую каналъ.

3. *Септическое зараженіе* развившееся во время родовъ у роженицы, у которой суженіе родовыхъ путей служитъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію. Рѣже въ такихъ случаяхъ показаніемъ служила невозможность иначе окончить роды, даже при вполне проходимомъ родовомъ каналѣ. Невозможность удалить изъ матки разложившееся дѣтское мѣсто, вызвавшее общее заболѣваніе, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ *разрывъ матки* на большомъ протяженіи также вынуждали прибѣгать къ этой операціи, чтобы спасти жизнь роженицы.

4. Въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда по удаленіи яйца и зашиваніи матки при кесарскомъ сѣченіи появляется *сильное маточное кровотеченіе*, которое не останавливается, несмотря на примѣненіе обычныхъ средствъ—*extr. secal. corn.*, горячихъ или ледяныхъ душей, тампонаціи матки, прижатія аорты и пр.

Сходныя показанія приводятъ Löhlein въ своей работѣ и Garow. Между прочимъ Löhlein совместно съ Klewitz и Truzzi совѣтуетъ производить Рогго у роженицъ, у

которых сильно сужены тазъ вследствие остеомаляціи. Ruhle и Weidrich оперировали при зарощеніи влагалища. Sippel удалил per laparotomiam тѣло и дно послѣродовой матки, пораженной септическимъ процессомъ. Fehling въ такихъ случаяхъ предпочитаетъ полное удаленіе матки per vaginam. Abel произвелъ операцію Porro однажды при родахъ, осложненныхъ ventrofixatio uteri, Ludwig при громадномъ гниломъ плодѣ съ распаденіемъ содержимаго матки. Въ 1895 году мнѣ пришлось произвести эту операцію при сходныхъ условіяхъ. Въ моемъ случаѣ было запущенное поперечное положеніе, туранитисъ uteri, полная неподвижность большого загниваемаго плода. Поворотъ и эмбриотомія оказались невозможными. Въ настоящемъ году я вынужденъ былъ прибѣгнуть къ операціи Porro у многороженицы при рубцовомъ плотномъ зарощеніи канала шейки и появившейся сильной лихорадкѣ. Въ обоихъ случаяхъ удалось спасти жизнь роженицы.

Приготовленія къ операціи въ сущности тѣ же, какія уже описаны при операціи консервативнаго кесарскаго сѣченія.

Въ числѣ инструментовъ и принадлежностей должны быть, между прочимъ 2 эластическихъ трубки, толщиною въ 5—6 мм. и болѣе тонкій эластическій снурокъ для второй лигатуры; далѣе большая, длинная игла на рукояткѣ для прокола маточной шейки и 2 прямыя, длинные иглы, или небольшіе пруты длиною около 10 см, заостренные на одномъ концѣ.

Производство операціи.

Операція распадается на слѣдующіе отдѣльные акты:

1. Разрѣзъ передней стѣнки живота по бѣлой линіи.
2. Разрѣзъ матки и удаленіе младенца съ послѣдомъ.
3. Наложеніе жома и удаленіе тѣла матки съ придатками.
4. Препаровка культи и зашиваніе брюшной раны.

Что касается 1 и 2 актовъ операціи, то она ничѣмъ не отличается отъ кесарскаго сѣченія. Отклоненія начинаются только послѣ опорожненія матки.

3. Послѣ удаленія плода, акушеръ *накладываетъ жомъ* ниже рукъ помощника, сжимающаго матку въ области шейки. Прежде удаленія матки, операторъ долженъ прійти къ окончательному заключенію относительно помѣщенія маточной культи. Въ этомъ отношеніи существуетъ два способа, — наружный, заключающійся въ выведеніи маточной культи наружу въ нижнемъ углу брюшной раны, и внутренній, когда культя или, какъ ее также называютъ, ножка, остается въ полости живота, и рана **брюшныхъ покрововъ** вполне закрывается. Мы опишемъ сперва *наружный способъ*, который до сихъ поръ наичаще примѣнялся при операціи Porro.

Послѣ затягиванія жома, кровотеченіе останавливается; очистивъ матку отъ кровяныхъ свертковъ, нужно тщательно осмотрѣть положеніе жома. Надо убѣдиться, что яичники и трубы находятся поверхъ его, и верхушка мочевого пузыря не захвачена въ жомъ. Незахваченный яичникъ легко подвести подъ жомъ, потягивая за его связку. Еслибы обнаружилось подозрѣніе относительно захвата жомомъ мочевого пузыря, то слѣдуетъ наложить болѣе аккуратно, нѣ-

эколько выше другой жомъ изъ эластической трубки на шейку матки, а прежній снять. Затянувъ новый жомъ, большой иглой прокалываютъ на 1 см. выше него маточную шейку посрединѣ спереди назадъ и, вынимая обратно иглу, при помощи крѣпкой шелковой лигатуры проводятъ эластическій снурокъ и туго перевязываютъ шейку поперекъ въ два пучка, при чемъ эластическіе снурки скрещиваются между собою. Затѣмъ ниже яичниковъ, съ обѣихъ сторонъ чрезъ существо матки недалеко отъ края проводится съ каждой стороны шелковая лигатура № 12 и при завязываніи сильно стягивается; она служитъ для перевязки art. spermat. и art. uterin. и накладывается нѣсколько выше второго жома.

4. Отступя на 3 см. выше второго жома, *тѣло матки срѣзывается* въ направленіи, перпендикулярномъ къ оси этого органа, со всѣми его придатками. Затѣмъ приподнимаютъ слегка за лигатуру шейку матки кверху и впередъ, очищаютъ отъ крови марлею ея окружность и поверхность. Въ нижнемъ углѣ раны пришиваютъ брюшину тонкою искривленною иглой къ поверхности матки, тотчасъ ниже жома. Такіе же швы накладываютъ съ боковъ и на задней поверхности культи, стараясь чтобы повсюду пристѣлочная брюшина плотно обхватывала культю ниже жома со всѣхъ сторонъ. Въ культю ниже жома не слѣдуетъ глубоко вкалывать, чтобы не вызвать изъ нея кровотеченія. Наложивъ эти швы и удерживая культю на мѣстѣ, обыкновеннымъ способомъ зашиваютъ брюшную рану. Чрезъ толщу ножки проводятъ въ косвенномъ направленіи 2 заостренныхъ стальныхъ тонкихъ прута на 1 см. выше верхняго жома. Послѣ чего верхнюю часть ножки еще нѣсколько срѣзываютъ, чтобы получилась вполне ровная поверхность, и сильно прижигаютъ аппаратомъ Raquelin'a. Острые концы прутковъ отрѣзываютъ костными щипцами.

Вокругъ культи, выведенной такимъ образомъ наружу, кладутъ полоски 10% іодоформной марли, а также и подкладываютъ ихъ подъ концы прутковъ. Поверхность культи и ея окружность обсыпаютъ порошкомъ іодоформа. Поверхъ кладутъ на культю и на рану нѣсколько слоевъ іодоформенной марли, затѣмъ все покрываютъ слоями ваты и накладываютъ обыкновенную повязку.

Если чрезъ повязку не проходитъ кровянистое отдѣленіе и общее состояніе родильницы удовлетворительно, не слѣдуетъ осматривать рану раньше 7 — 8 дней. По снятіи повязки, слѣдуетъ перемѣнить марли возлѣ ножки и обсыпать поверхность культи для достиженія мумификаціи порошкомъ изъ *tannini puri 30,0, acyd salicylici. pur. 10,0*. При появившемся нагноеніи вокругъ культи, нужно мѣнять перевязку ежедневно, удаляя отдѣленіе сухою ватою или вымывая гной растворомъ борной кислоты, пока не послѣдуетъ отдѣленія ножки, что обыкновенно наступаетъ не раньше конца 2 недѣли послѣ операціи.

Выведенная наружу шейка матки въ нижній уголь раны въ значительной степени осложняетъ уходъ послѣ операціи. Въ рѣдкихъ случаяхъ даже было наблюдаемо по-

слѣдовательное воспаленіе брюшины и опасныя кровотеченія изъ культи. Однако до сихъ поръ большая часть случаевъ выздоровленія, послѣ операціи Рогго, достигнута при выведеніи ножки наружу. Напротивъ оставленіе ея въ животѣ чаще сопровождалось смертельнымъ исходомъ. Тѣмъ не менѣе большинство акушеровъ высказывается за внутренній способъ, по аналогіи съ удаленіемъ тѣла матки при фиброміомахъ. Въ значительной степени не вполне удовлетворительные результаты при этомъ способѣ объясняются неумѣлымъ подготовленіемъ культи. Дѣйствительно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе было вполне остановлено и поверхность культи повсюду покрыта брюшиною, послѣоперационный періодъ проходилъ гладко, и больныя скоро выздоравливали. Тѣмъ не менѣе далеко не всегда зависитъ всецѣло отъ воли врача примѣнить наружный или внутренній способъ перевязки культи. Последний способъ не примѣнимъ при нѣкоторыхъ интерстиціальныхъ фиброміомахъ шейки, при залуценномъ ракѣ матки и наконецъ при септическомъ зараженіи. Во всѣхъ этихъ случаяхъ слѣдуетъ безусловно отдавать предпочтеніе наружному способу.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда акушеръ считаетъ умѣстнымъ примѣненіе *внутренняго способа*, наложеніе жома на шейку имѣетъ такое же временное значеніе, какъ при консервативномъ кесарскомъ сѣченіи. Очистивъ нижнюю часть матки и ея окружность отъ крови, послѣ затягиванія жома, операторъ долженъ внимательно осмотрѣть придатки и отношеніе мочевого пузыря къ передней стѣнкѣ матки.

Сперва накладываютъ обыкновеннымъ образомъ лигатуры подъ яичниками и трубами, и эти органы выше лигатуры удаляютъ ножомъ. Затѣмъ съ обѣихъ сторонъ матки, тотчасъ выше жома двумя лигатурами перевязывается *art. uterina* съ каждой стороны. Здѣсь же на передней и задней поверхности матки отсепааровываютъ нѣсколько брюшину книзу. Ткань матки срѣзываютъ приблизительно на уровнѣ внутренняго зѣва по направленію снаружи внутрь, чтобы изъ культи образовать 2 дольки—переднюю и заднюю. Послѣ этого жомъ снимаютъ, обыкновенно значительнаго кровотеченія не бываетъ. Каналь маточной шейки обезпложиваютъ посредствомъ крѣпкаго раствора карболовой кислоты, который вводятъ на зондѣ, обмотанномъ ватой. Затѣмъ въ направленіи спереди назадъ накладываютъ на культю матки глубокіе и поверхностные швы. Тамъ гдѣ продолжаетъ просачиваться кровь, прибѣгаютъ къ обкалыванію кровоточащихъ мѣстъ, а при упорныхъ кровотеченияхъ производятъ еще наложеніе поперечныхъ швовъ во всю толщю культи.

Въ такихъ случаяхъ, гдѣ есть основаніе опасаться послѣдовательнаго кровотеченія изъ ножки, можно примѣнить такъ называемый *переходный способъ* помѣщенія ножки. Въ нижнемъ углѣ раны пришиваютъ брюшину къ культѣ, какъ было уже описано, не выводя ножки наружу, а оставляя ее въ нижнемъ углѣ раны, который держится незакрытымъ, при посредствѣ іодоформной марли и дренажной трубки.

Несомнѣнно, что внутрибрюшной способъ удержанія ножки относительно послѣдующаго ухода представляетъ громадныя преимущества по своей простотѣ и отсутствію нагноенія, неизбѣжнаго при выведеніи культи наружу.

Frank совѣтуетъ послѣ удаленія плода производить выворотъ матки во влагалище, накладывать на нее жомъ и ниже его отрѣзывать тѣло матки съ придатками во влагалищѣ. Брюшную рану онъ зашиваетъ обыкновеннымъ способомъ. Подобное видоизмѣненіе можетъ только осложнить операцію Roggo и ухудшить исходъ. Если послѣ отпаденія ножки, брюшная рана не скоро закрывается, Сутугинъ совѣтуетъ ее освѣжать ножомъ и соединить швами.

Глава 11.

Чревостѣченіе при разрывѣ матки и при внѣматочной беременности.

А. Чревостѣченіе при разрывѣ матки.

Благоприятными условіями при этой операціи слѣдуетъ считать.

1. Удовлетворительное состояніе силъ больной.
2. Отсутствие септического зараженія.

Показанія.

1. Операція предпринимается во время беременности, при случайныхъ пораненіяхъ матки; въ рѣдкихъ случаяхъ при расхожденіи рубца послѣ кесарскаго сѣченія, или при разрывѣ матки вслѣдствіе патологическаго измѣненія ея ткани.

2. Гораздо чаще является показаніе къ этой операціи *во время родовъ, при самопроизвольныхъ или насильственныхъ полныхъ разрывахъ матки.* Когда чрезъ разрывъ матки въ полость брюшины вышелъ плодъ или только его послѣдъ. Когда въ брюшной полости находится значительное количество крови, и полость живота вообще загрязнена или же кровотеченіе продолжается.

3. *При отрываніи матки* на значительномъ протяженіи отъ нижняго сегмента или влагалища.

Обыкновенно показаніе къ операціи бываетъ настолько настоятельнымъ и неотложнымъ, что не оказывается времени для обычныхъ приготовленій, хотя почти всегда есть возможность произвести основательное обеззараживаніе брюшныхъ покрововъ и наружныхъ половыхъ частей. При сильной слабости, необходимо прибѣгать къ вливанію подъ кожу нѣсколькихъ литровъ фізіологическаго раствора и къ впрыскиванію aether. sulfur. cum camphor. или раствора coffeini natro-benzoici.

Производство операціи распадается на слѣдующіе акты:

1. Разрѣзъ живота.
2. Удаленіе плода или послѣда и скопившейся крови.
3. Осмотръ и примѣненіе необходимыхъ пособій, вызываемыхъ состояніемъ матки.

4. Закрытіе брюшной раны.

1, 2 и 4 акты операціи не представляютъ ничего особеннаго. Что же касается 3 акта, то послѣ осмотра прибѣгаютъ наичаще къ соединенію

разорванныхъ краевъ раны, предварительно сравнивъ ихъ при помощи ножницъ и перевязавъ кровоточащія сосуды, если удастся вполне хорошо приладить края раны. Наложение швовъ производится по тѣмъ же правиламъ, какія соблюдаются при шиваніи раны матки при кесарскомъ сѣченіи. Слѣдовательно накладываются сперва глубокіе швы, чрезъ всю толщю раны, а послѣ затягиванія ихъ поверхностные для соединенія брюшины. Смертность послѣ чревосѣченія при разрывахъ съ оставленіемъ матки отъ 35—50%.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда разрывъ, идущій въ поперечномъ направленіи, очень великъ или когда матка представляется какъ бы оторванною отъ влагалища, будетъ наиболѣе умѣстно произвести удаленіе тѣла матки и ея придатковъ. Причемъ культю оставляютъ въ полости живота или выводятъ наружу, смотря по особенностямъ даннаго случая. Случаи, гдѣ послѣ разрыва была удалена вся матка, до сихъ поръ сравнительно рѣдко оканчивались выздоровленіемъ.

В. Чревосѣченіе при внѣматочной беременности.

Въ практическомъ отношеніи вполне умѣстно отнести къ внѣматочной беременности также немногіе случаи беременности въ зачаточномъ рогѣ матки, которые встрѣчались въ акушерской практикѣ. Въ настоящее время чревосѣченіе при внѣматочной беременности производится несравненно чаще, нежели 15 лѣтъ тому назадъ. Главною причиною этого слѣдуетъ считать, безъ сомнѣнія, примѣненіе принципа обеззараживанія, но тѣмъ не менѣе выработанная временемъ техника этой операціи и болѣе частое распознаваніе внѣматочной беременности также не остались безъ вліянія; хотя чревосѣченіе при внѣматочной беременности принадлежитъ къ числу наименѣе типичныхъ операцій, въ особенности, когда она совершается на второй половинѣ беременности. Приступая къ ней, врачъ никогда не можетъ навѣрное знать, съ какими трудностями ему придется встрѣтиться, и какія неожиданности его ожидаютъ. Чревосѣченіе при такихъ условіяхъ нерѣдко представляетъ одну изъ труднѣйшихъ операцій, требующихъ отъ врача, кромѣ хладнокровія и самообладанія, хорошихъ знаній по анатоміи таза и живота, нерѣдко извѣстной находчивости и хорошаго соображенія.

Приготовленія обычныя для чревосѣченія. Въ слѣдующихъ случаяхъ слѣдуетъ довольствоваться обеззараживаніемъ наружныхъ покрововъ живота и половыхъ частей. Для операціи необходимо запастись большимъ числомъ длинныхъ кровоостанавливающихъ пинцетовъ и зажимающихъ щипцовъ Richelot и Douen'a. Положеніе больной въ началѣ операціи на спинѣ вдоль стола; при дальнѣйшемъ ходѣ операціи нерѣдко приходится сильно поднимать тазъ больной, для этой цѣли операціонный столъ долженъ имѣть надлежащее приспособленіе—откладную доску, которая подпирается рамой.

1. Чревостъченіе на первой половинѣ внѣматочной беременности.

Показанія къ нему.

1. Точно распознанная *внѣматочная беременность* съ плодомъ по всей вѣроятности живымъ.

2. *Послѣдствія внѣматочной беременности*—значительное *кровоизліяніе*, а также ограниченная *haematoma*, которая не поддается всасыванію и кромѣ того служитъ причиною упорнаго маточнаго кровотеченія.

3. *Разрывъ околоплоднаго мѣшка*, сопровождающійся сильнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ и болями, если врачъ призывается вскорѣ послѣ начала этихъ явленій.

Тѣ счастливые случаи, когда яйцо запусѣваетъ въ самой трубѣ вслѣдствіе смерти зародыша, также иногда возможно распознать. Такіе случаи обыкновенно сопровождаются мѣстнымъ воспаленіемъ брюшины, и при надлежащемъ лѣченіи нерѣдко проходятъ благополучно безъ операціи, протекая сходно съ *salpingoophoritis et perimetritis lateralis exsudativa*.

Производство операціи.

Она распадается на слѣдующіе акты:

1. Разрѣзъ передней стѣнки живота по бѣлой линіи.
2. Удаленіе кровяныхъ свертковъ или жидкой крови, очень часто разъединеніе приращеній.
3. Удаленіе околоплоднаго мѣшка или яйца. Остановка кровотечения.
4. Зашиваніе брюшной раны.

1. Разрѣзъ живота часто приходится дѣлать очень большой, при плотныхъ стѣнкахъ живота у нерожавшихъ женщинъ, иногда до половины между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, чтобы имѣть возможность оперировать въ глубинѣ таза. На каждомъ краѣ разрѣза однимъ швомъ справа и слѣва брюшина временно соединяется съ наружными покровами. Послѣ чего въ большинствѣ случаевъ нужно измѣнить положеніе больной при поднятіи ея таза.

2. При давнемъ кровотеченіи, черные кровяные свертки довольно крѣпко прилипаютъ къ стѣнкѣ таза и живота, а также къ кишкамъ. Свертки надо удалить насколько возможно осторожно, чтобы не вызвать въ окружающихъ частяхъ паренхиматознаго кровотеченія. Приращенія сальника наичаще съ передней стѣнкою живота и органами, расположенными въ тазу, легко разъединяются при помощи пальца или компресса. Обыкновенно довольно легко удается обособить цѣльный околоплодный мѣшокъ или его остатки.

3. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ околоплодный мѣшокъ, образуемый обыкновенно Фаллопиевою трубой, оказывается послѣ отдѣленія приращеній настолько подвижнымъ, что представляетъ опухоль, сидящую на болѣе или менѣе широкой ножкѣ. Въ такихъ случаяхъ удаляется

мѣшокъ очень легко. Черезъ ножку проводится нѣсколько лигатуръ тупой иглою Deschamps'a и накладывается цѣпоччатый шовъ изъ плетенаго шелка. Послѣ затягиванія нитокъ, поверхъ ихъ околоплодный мѣшокъ срѣзывается ножницами, и поверхность ножки прижигаютъ аппаратомъ Raquelin'a. Такимъ же способомъ производится операція при беременности въ рудиментарномъ рогѣ матки.

Гораздо болѣе трудностей представляютъ тѣ случаи, гдѣ яйцо, задержанное въ Фаллопиевой трубѣ, при дальнѣйшемъ развитіи помѣстилось между листками поперечныхъ связокъ. При этомъ оно иногда врастаетъ возлѣ матки до свода влагалища. Въ подобныхъ случаяхъ приходится яйцо вылуцчивать, подобно кистѣ широкой связки. Сдѣлавъ поперечный разрѣзъ черезъ передній или задній листокъ широкой связки, пальцемъ стараются быстро вылуцчить яйцо. Появляющееся при этомъ значительное кровотеченіе останавливаютъ прижатіемъ компрессовъ и захватываніемъ краевъ раны согнутыми и прямыми щипцами Richelot и Pean'a. Послѣ удаленія яйца, листки широкой связки насколько необходимо срѣзываютъ и остатки ихъ соединяютъ на всемъ протяженіи по возможности близко къ ихъ основанію посредствомъ цѣпоччатаго шва. При обшиваніи края матки, не должно спускаться слишкомъ глубоко, чтобы не захватить въ шовъ мочеточника. Въ случаяхъ *grav. extraut. interstitialis*, встрѣчающихся вообще очень рѣдко, послѣ удаленія яйца иногда приходится ампутировать тѣло матки, чтобы остановить кровотеченіе.

Еще болѣе трудностей представляютъ исключительные случаи брюшиной внѣматочной беременности, развивающейся большею частью въ Дугласовомъ пространствѣ и позади широкой связки. Въ этихъ случаяхъ послѣ удаленія зародыша и его послѣда приходится обкалывать и перевязывать отдѣльные сосуды и кровотокація мѣста. Тѣмъ не менѣе въ подобныхъ случаяхъ не всегда можно, даже послѣ удаленія мѣшка, останавливать вполне кровотеченіе. При такихъ условіяхъ, слѣдуетъ произвести тампонацію таза, по способу Микулича, 10% іодоформной марли послойно и конецъ ея вывести черезъ нижній уголъ раны наружу. Марли удаляютъ черезъ 3—4 дня, а вмѣсто нея вводятъ дренажную трубку, которую удаляютъ послѣ прекращенія отдѣленія.

4. Закрытіе брюшной раны происходитъ по общимъ правиламъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ нижней части раны выходитъ изъ живота дренажъ или полоски марли, нужно класть болѣе толстый слой іодоформной марли и ваты, который слѣдуетъ перемѣнить уже черезъ сутки, если онъ пропитается кровянистымъ отдѣленіемъ.

2. Чревосѣченіе при внѣматочной беременности на второй ея половинѣ.

Въ силу соображеній, почерпнутыхъ изъ опыта и клиническихъ наблюденій, при внѣматочной беременности на второй ея половинѣ мы допускаемъ чревосѣченіе при слѣдующихъ показаніяхъ:

1. Когда послѣ смерти плода не возникаетъ никакихъ опасныхъ

явленій на мѣстѣ яйца, слѣдуетъ предпринимать операцію не ранѣе какъ *чрезъ 6 недѣль послѣ смерти плода*, если на основаніи изслѣдованія нельзя надѣяться удалить весь околоплодный мѣшокъ.

2. Но коль скоро на второй половинѣ беременности обнаруживаются *опасныя явленія*, указывающія на кровоизліаніе въ околоплодный мѣшокъ или нагноеніе въ немъ, операція должна быть предпринята немедленно.

3. Во всѣхъ случаяхъ, когда на основаніи изслѣдованія мы убѣдились въ возможности *удалить мѣшокъ цѣликомъ, слѣдуетъ предпринять операцію еще при жизни плода*, или вскорѣ послѣ его смерти.

4. Когда беременность достигаетъ конца и плодъ живъ, необходимо произвести *чревостъченіе на X мѣсяцѣ* съ цѣлью спасти мать и младенца.

Производство операціи.

Операція распадается на слѣдующіе моменты:

1. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ.
2. Удаленіе околоплоднаго мѣшка или его содержимаго.
3. Остановка кровотеченія.
4. Закрытіе раны живота.

1. Разрѣзъ живота дѣлается сперва ниже пупка. Расширеніе наружной раны живота слѣдуетъ производить осторожно, такъ какъ часто мочевоу пузырь прирастаетъ къ околоплодному мѣшку и поднимается кверху. Обыкновенно при разрѣзѣ рана значительно кровоточитъ, вслѣдствіе приращенія мѣшка къ передней стѣнкѣ живота.

2. Во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ попытаться отсепаровать поверхность мѣшка отъ окружающихъ органовъ, сросшихся съ ними, избѣгая при этомъ насилія, чтобы не повредить при этомъ стѣнки кишекъ.

Сперва слѣдуетъ отдѣлить мѣшокъ отъ передней стѣнки живота, затѣмъ отъ кишечныхъ петель, сальника и тазовой брюшины. На поверхности кишекъ при плотномъ сращеніи нужно оставлять даже наружный слой стѣнокъ мѣшка, лишь бы не поранить стѣнки кишки. Кровотеченіе останавливаютъ на окололежащихъ частяхъ посредствомъ обкалыванія и наложенія лигатуръ, а на поверхности мѣшка посредствомъ пинцетовъ. Когда околоплодный мѣшокъ удастся отдѣлить отъ окружающихъ частей, онъ остается соединеннымъ съ маткою, и часто съ мочевоымъ пузыремъ, посредствомъ растянутой широкой связки. Въ такихъ случаяхъ возлѣ матки и пузыря сперва накладываютъ цѣпотчатый шовъ, затѣмъ отдѣляютъ мѣшокъ, остальная часть котораго вылуцчивается легко изъ листковъ широкой связки, при чемъ перевязываютъ *art. spermatica*. Иногда ниже мѣшка чрезъ всю широкую связку можно наложить швы и поверхъ ихъ срѣзать околоплодный мѣшокъ. Описаны случаи, въ которыхъ для останавливанія кровотеченія необходимо было удалить тѣло матки.

Довольно часто однако встрѣчаются случаи, гдѣ околоплодный мѣ-

шокъ представляетъ столь тѣсное и сплошное соединеніе съ прилегающими частями, и вмѣстѣ яйца опускается иногда такъ глубоко въ тазъ и клѣтчатку позади матки, что удаленіе его, въ особенности при живомъ плодѣ, представляется невозможнымъ.

Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ по возможности уединить мѣшокъ при посредствѣ введенія компрессовъ въ полость живота. Послѣ чего на передней поверхности его дѣлають продольный разрѣзь, чрезъ который выходитъ околоплодная жидкость, и чрезъ это отверстіе извлекають плодъ. При живомъ или недавно умершемъ плодѣ, дѣтское мѣсто не трогаютъ, но пуповину отрѣзываютъ по возможности коротко. Края разрѣза пришиваютъ къ краямъ раны живота. Полость мѣшка выполняется іодоформною и салициловою марли. Остальная часть раны живота сшивается обыкновеннымъ образомъ. На рану, особенно въ нижней части, кладутъ нѣсколько слоевъ марли и ваты, а на другой день ихъ мѣняютъ, если они пропитываются кровью. Изъ полости мѣшка не слѣдуетъ удалять марли ранѣе 5 дней; по удаленіи, ее замѣняютъ свѣжею, которая вводится въ меньшемъ количествѣ. Послѣдъ отходить не скоро и обыкновенно частями. Коль скоро наклонность къ кровотеченію изъ полости исчезаетъ, вводится дренажъ и полость промывается ежедневно.

При плодѣ давно умершемъ, при такихъ условіяхъ, большею частью удается удалить хотя часть мѣшка и отсепаровать все дѣтское мѣсто. Остальная часть мѣшка вшивается въ нижней половинѣ брюшной раны и дренируется посредствомъ іодоформной марли.

4. Сшиваніе брюшной раны дѣлается обыкновеннымъ способомъ, уже описаннымъ выше.

Глава 12.

Разсѣченіе лоннаго соединенія, symphyseotomia и разсѣченіе передней стѣнки таза, puboischiotomia.

Историческія замѣчанія. Въ 1777 году французскій врачъ Sigault первый произвелъ эту операцію. Послѣ него она производилась весьма рѣдко; такъ какъ исходы этой операціи были очень печальны,—около 25% оперированныхъ умерли и столько же женщинъ остались калѣками на всю жизнь, приобрѣвъ вслѣдствіе этой операціи недержание мочи, фистулу мочевого пузыря или расхожденіе лоннаго соединенія. Около 85% дѣтей рождались мертвыми. Почему всѣ выдающіеся акушеры считали эту операцію безсмысленною и опасною. Такое мнѣніе господствовало въ наукѣ до послѣдняго времени. Тѣмъ не менѣе въ настоящемъ столѣтіи операцію эту изрѣдка производили преимущественно въ Италіи, гдѣ между прочимъ проф. Morisani съ 1866 г. сталъ дѣлать ее довольно часто у роженицъ съ узкимъ тазомъ. Сперва смертность была довольно значительна, но съ теченіемъ времени неблагоприятные исходы стали гораздо рѣже. Съ 1891 г. по совѣту проф. Farabeuf'a, въ Парижѣ Pinard началъ примѣнять эту операцію. Судя по отчетамъ, исходы получались благоприятные. Въ кид-

никъ Baudelocque'a Pinard'омъ было впервые произведено, также по мысли проф. Faga-beuf'a, при анкилотическомъ косвенно-суженномъ тазѣ, на створѣ анкилоза разсѣченіе горизонтальной вѣтви лонной и восходящей вѣтви сѣдалищной кости. Операция эта носитъ названіе puboschiotomia.

Вскорѣ послѣ первыхъ удачныхъ опытовъ симфизотомію стали производить во многихъ нѣмецкихъ клиникахъ, въ Англіи, Америкѣ и въ нашемъ отечествѣ. Къ сожалѣнію исходы верѣдко получались неблагопріятные.

Анатомическія замѣчанія. Кожные покровы въ области лоннаго соединенія имѣютъ толстый жировой слой, разрѣзавъ который поперекъ или по средней линіи, мы встрѣчаемъ фиброзную ткань, состоящую изъ перекрещивающихся пучковъ, покрывающую переднюю поверхность соединенія лонныхъ костей. Къ нижней части лоннаго соединенія прикрѣпляется довольно плотная lig suspens. clitoridis. Если перерѣзать эту связку и оттянуть клиторъ книзу, то бываетъ видна lig arcuatum, имѣющая около 9 мм толщины, состоящая изъ плотной фиброзной ткани, придающей значительную крѣпость соединенію лонныхъ костей. Прилежащая къ лоннымъ костямъ часть пузыря отдѣлена рыхлою клѣтчаткой; здѣсь проходятъ довольно плотныя lig. vesicorubica, а подъ ними расположено венозное сплетеніе мочевого канала. Въ области лоннаго соединенія при разрѣзѣ его по средней линіи значительныхъ сосудовъ не встрѣчается. Длина лоннаго соединенія вмѣстѣ съ lig arcuatum не менѣе 5,5—6 см., безъ нея на 1 см. менѣе; толщина сочлененія на живой женщинѣ около 2 см. Образующія это соединеніе кости въ задней части его сближены, спереди и сверху нѣсколько расходятся. Это расхождение выполняется волокнистымъ хрящомъ.

1. Разсѣченіе лоннаго соединенія.

Благопріятными условіями для производства разсѣченія лоннаго соединенія считаютъ слѣдующія данныя:

1. Умѣренное суженіе таза.
2. Родовые пути должны быть подготовлены для скорѣйшаго окончанія родовъ; такъ какъ предоставлять дальнѣйшее теченіе родовъ силамъ природы возможно далеко не во всѣхъ случаяхъ. У перворождающихъ зѣвъ долженъ быть значительно раскрытъ, а у многораждающихъ края зѣва удоборастяжимы.
3. Само собою разумѣется, необходимо согласіе роженицы.
4. Младенецъ долженъ быть живой.

Показаніемъ къ операциіи наичаще служили такіе случаи суженія таза, которые представляли до сихъ поръ такъ называемое *относительное показаніе къ кесарскому съченію*, наименьшіе размѣры которыхъ находились между 6, 7 — 9 см. Только въ исключительныхъ случаяхъ, при чрезвычайно большомъ плодѣ, прибѣгали къ разсѣченію лоннаго соединенія при болѣе значительныхъ размѣрахъ.

При тазѣхъ болѣе узкихъ, значительные разрывы мягкихъ частей на передней поверхности родового канала являются почти неизбѣжными. Почему никоимъ образомъ нельзя согласиться съ тѣми врачами, которые считаютъ показанною эту операцию даже при conj. 6 см.

Примотовленія къ операциіи. Кромѣ обыкновенныхъ принадлежностей родовъ, для разсѣченія лоннаго соединенія необходимо имѣть еще:

1. Брюшистый скальпель.

1 крѣпкій тупоконечный ножъ,

1 ножницы,

Нѣсколько кривыхъ игловокъ разной величины.

Иглодержатель.

Нѣсколько кровоостанавливающихъ малыхъ и большихъ пинцетовъ Реан'а.

Нѣсколько корнцанговъ и пулевыхъ щипцовъ.

Марлевые компрессы.

10⁰/₀ йодоформной марли не менѣе 2 аршинъ.

Акушерскіе щипцы.

Простыя и зубчатая пинцеты.

2 расширителя раны.

Опытныхъ помощниковъ необходимо не менѣе 2, кромѣ того 2 акушерки или ученицы. Операцию лучше всего производить на столѣ, причемъ половыя части должны находиться у края. Роженица лежитъ на спинѣ, ноги ея нѣсколько разведенныя и согнутыя въ колѣняхъ, удерживаются 2 помощницами. Операцию дѣлаютъ при полномъ наркозѣ хлороформомъ. Наружныя части, а также влагалище и передняя поверхность живота обеззараживаются по общимъ правиламъ. Волосы на лобкѣ и большихъ губахъ слѣдуетъ сбрить.

Производство операциі.

Операция распадается на слѣдующіе акты:

1. Разрѣзъ наружныхъ покрововъ и фасцій.

2. Разсѣченіе лоннаго соединенія и разведеніе его краевъ.

3. Окончаніе родовъ.

4. Соединеніе краевъ раны и наложеніе повязки.

1. Удобнѣе всего дѣлать разрѣзъ наружныхъ покрововъ въ поперечномъ направленіи, на 1—1½ поперечныхъ пальца ниже верхняго края лоннаго соединенія. Края поперечной раны растягиваются въ продольномъ направленіи кверху и книзу. Затѣмъ разсѣкаютъ фасцію и апоневрозы непосредственно выше лоннаго соединенія, послѣ чего открывается *cavum Rhetzii*.

2. Далѣе слѣдуетъ ввести въ пузырь чрезъ мочевой каналъ женскій металлическій катетеръ и провести лѣвый указательный палець сверху чрезъ рану за лонное соединеніе по задней поверхности послѣдняго. Подъ руководствомъ этого пальца производится постепенно разсѣченіе лоннаго соединенія, по направленію сверху внизъ и сзади напередъ, крѣпкимъ тупоконечнымъ ножомъ. Разрѣзъ плотнаго хряща нѣсколько облегчается раздвиганіемъ приподнятыхъ къ животу бедеръ роженицы. При подвиганіи ихъ попеременно кверху и книзу, выясняется точно расположеніе сочленоваго хряща. Непосредственно послѣ разсѣченія *symphysis* и *lig. arcuatum* края лоннаго соединенія расходятся на 3—4 см. Зияющую рану слѣдуетъ выполнить 10⁰/₀ йодоформною марли.

3. Помощники, удерживая приподнятыя къ животу бедра, надавливаютъ отчасти на боковыя части таза, чтобы не допустить чрезмѣр-

наго расхожденія костей лоннаго соединенія. Катетеръ изъ пузыря удаляютъ. Роды оканчиваются наичаще наложеніемъ щипцовъ или поворотомъ на ножки. Въ тѣхъ случаяхъ, когда родоразрѣшеніе представляется силамъ природы, Zweifel совѣтуетъ наложить широкую циркулярную холщовую повязку вокругъ таза, послѣ чего роженица принимаетъ обыкновенное горизонтальное положеніе на кровати.

Въ моментъ прохожденія головки, края лоннаго соединенія расходятся на 6—7 см. Непосредственно вслѣдъ за рожденіемъ младенца начинается изъ глубины раны значительное кровотеченіе, которое вскорѣ можно уменьшить или даже остановить сближеніемъ костей лоннаго соединенія и тампонаціею раны іодоформною марли.

4. Послѣ выхожденія послѣда, слѣдуетъ снова ввести катетеръ въ пузырь чрезъ мочевоі кинналь, чтобы предохранить послѣдній отъ ущемленія. Сперва накладываютъ 3—4 шелковыхъ шва чрезъ хрящъ и фасцію, затѣмъ перемѣняютъ марли, заложенную позади лоннаго соединенія, и выводятъ ея конецъ чрезъ верхнее отверстіе раны. Нѣкоторые операторы примѣняютъ костные швы, при посредствѣ прободника. Поверхностными швами отчасти соединяется кожная рана. Въ заключеніе накладывается сзади и съ боковъ таза слой ваты и поверхъ ея широкая циркулярная повязка. Наружныя половыя части закрываются косынкою.

Въ глубинѣ заживленіе раны происходитъ постепенно, она выполняется грануляціями; по временамъ приходится мѣнять положенныя позади лоннаго соединенія полоски марли. Даже сшитая часть раны далеко не всегда заживаетъ первымъ натягиваніемъ. Часто кости расходятся и появляется нагноеніе, что чрезвычайно замедляетъ выздоровленіе. Нижнія конечности связываютъ въ колѣняхъ. Оперированная не должна двигать ногами и пытаться повернуться на бокъ. Мочу первое время большею частью приходится выводить катетеромъ.

Швы удаляютъ чрезъ 8—10 дней. Родильница не должна вставать съ постели 3—4 недѣли и еще около мѣсяца носить повязку, стягивающую тазъ въ поперечномъ направленіи.

Предсказаніе. На основаніи клиническихъ отчетовъ и сообщеній отдѣльныхъ врачей, большинство родильницъ вполне выздоравливаютъ послѣ разсѣченія лоннаго соединенія. Однако не особенно рѣдко встрѣчаются дурные исходы и неблагоприятныя послѣдствія, — опасныя кровотеченія изъ раны, развитіе острой sepsis, разрывы влагалища и мочевого канала, мочевоыя фистулы, продолжительное нагноеніе въ ранѣ, омертвѣніе костной ткани, шаткая походка и пр. Къ сожалѣнію, большинство этихъ осложненій невозможно предвидѣть и предупредить.

По нашему мнѣнію, разсѣченіе лоннаго соединенія представляетъ операцію, которая, при одинаковой почти смертности съ кесарскимъ сѣченіемъ, сопровождается гораздо чаще осложненіями, гораздо медленнѣе ведетъ къ выздоровленію и требуетъ болѣе тщательнаго и бо-

лѣе продолжительнаго ухода, при условіяхъ трудно выполнимыхъ даже въ клиникѣ. Не отрицая совершенно ея примѣненія, мы лично считаемъ ее скорѣе лишнею и неудобною въ акушерской практикѣ.

2. Разсѣченіе передней стѣнки таза, puboischiotomia.

Операція примѣняется при косыхъ, сильно сѣуженныхъ тазахъ, въ особенности при анкилотическихъ. На сторонѣ анкилоза операторъ, отступя на 5 см. отъ лоннаго соединенія, проводитъ вдоль горизонтальной вѣтви лонной кости и восходящей сѣдалищной разрѣзы до кости длиною около 5 см. Обнаженные отъ мягкихъ частей кости разъединяются посредствомъ цѣпочной пилы. Послѣ распиливанія костей, здоровая половина таза сильно отходитъ въ сторону, что даетъ возможность извлечь щипцами даже крупнаго младенца.

Не всѣ акушеры согласны относительно показаній къ симфизеотоміи. Schauta считаетъ ее показанной при среднихъ степеняхъ сѣуженія, Tarnier и Bar при тазахъ плоскихъ, съ conj. менѣе 8 см., а при общесѣуженныхъ съ conj. 8—9 см. Сходное же мнѣніе приводитъ Löhlein и Perret, который считаетъ наименьшею границею этой операціи conj. 7 см., Zweifel—6, 5 см.

Разъединеніе лоннаго соединенія не всегда бываетъ легко. Büssenmaker. и Watkins вынуждены были прибѣгнуть къ долоту и молотку. Varnier нашелъ, что при положеніи Walcher врядъ ли происходитъ расширеніе таза болѣе 0,5 см. въ прямомъ размѣрѣ. Для избѣжанія разрыва передней стѣнки влагаища Zweifel совѣтуетъ послѣ разсѣченія лоннаго соединенія дальнѣйшее окончаніе родовъ предоставлять силамъ природы. Съ тою же цѣлью Pinard совѣтуетъ не приподнимать слишкомъ захваченную щипцами головку; плечки лучше выводить въ косомъ размѣрѣ таза. Надавливаніемъ сверху можно способствовать опусканію головки въ тазъ. Предложенный Schauta костный шовъ концовъ лоннаго соединенія большинствомъ акушеровъ отвергается. Врядъ ли получить примѣненіе въ акушерской практикѣ предложенное Феноменовымъ и Frank'омъ увеличеніе размѣровъ таза посредствомъ вставленія въ лонное соединеніе куска резинированной кости. Frank и Pooth наблюдали послѣ такой операціи увеличеніе наружныхъ размѣровъ таза на 1,5—2 см., а conj. на 1—1,5 см. Woyer и Budin замѣтили нѣкоторое увеличеніе диаметровъ таза въ одномъ случаѣ послѣ обыкновенной симфизеотоміи. Bar упоминаетъ о вторичной операціи у одной и той же женщины. Löhlein видѣлъ полное окостенѣніе лоннаго соединенія послѣ symphyseotomia. Bar наблюдалъ 3 женщинъ ставшихъ хронически больными послѣ этой операціи. Zweifel у 3 изъ 31 оперированныхъ наблюдалъ пораненія мочевого канала. Неблагопріятные исходы и осложненія послѣ симфизеотоміи были описаны также изъ клиники Chrobak'a, C. Braun'a, Leopold'a и др. Даже Pinard видѣлъ появленіе мочевыхъ свищей и недержаніе мочи. Тѣмъ не менѣе онъ считаетъ S. операціею, которая должна замѣнить вполнѣ вызваніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, высокія трудныя щипцы и краніотомію на живомъ плодѣ при узкихъ тазахъ.

До примѣненія антисептики, смертность родильницъ послѣ S. не опускалась ниже 36%, а послѣ введенія обеззараживанія она упала до 13%; дѣтей погибаетъ почти 20%. По изслѣдованіямъ Neugebauer'a, 19 разъ операція была произведена повторно. Въ 1894 г. смертность родильницъ упала даже до 9%, а дѣтей до 15,3%. Въ Америкѣ по Harris'у смертность гораздо больше. Spaeth собралъ 25 случаевъ профилактическаго поворота послѣ S. Смертность родильницъ и дѣтей не превышала среднюю величину.

Глава 13.

Удаленіе послѣда или его частей.

Въ этой главѣ мы изложимъ слѣдующія операциі.

1. Удаленіе дѣтскаго мѣста и его оболочекъ при срочныхъ, преждевременныхъ и раннихъ родахъ.

2. Удаленіе остатковъ послѣда послѣ родовъ или выкидыша.

1. Операциія отдѣленія и удаленія послѣда.

Благопріятными условіями для этой операциі слѣдуетъ считать проходимый маточный зѣвъ и податливое сократительное кольцо, дающее возможность войти рукою для удаленія мѣста или оболочекъ. Такія условія обыкновенно существуютъ только тотчасъ послѣ рожденія младенца. Иногда задержаніе мѣста или оболочекъ сопровождается спазматическимъ сжатіемъ сократительнаго кольца, которое обыкновенно уступаетъ назначенію наркотическихъ средствъ.

Иногда, особенно земскимъ врачамъ, попадаются случаи задержанія послѣда, когда послѣ рожденія младенца прошли сутки, или даже нѣсколько дней. При глубокомъ наркозѣ, въ подобныхъ случаяхъ также почти всегда удается ввести въ матку руку и довершить отдѣленіе дѣтскаго мѣста.

Однако встрѣчаются исключительные случаи, когда такая операциія оказывается невозможною. При такихъ условіяхъ, коль скоро началось гнилостное распаденіе, слѣдуетъ предпринимать постоянное орошеніе матки. Описаны случаи удаленія матки, пораженной септическимъ заболѣваніемъ, по способу Porro, для спасенія больной.

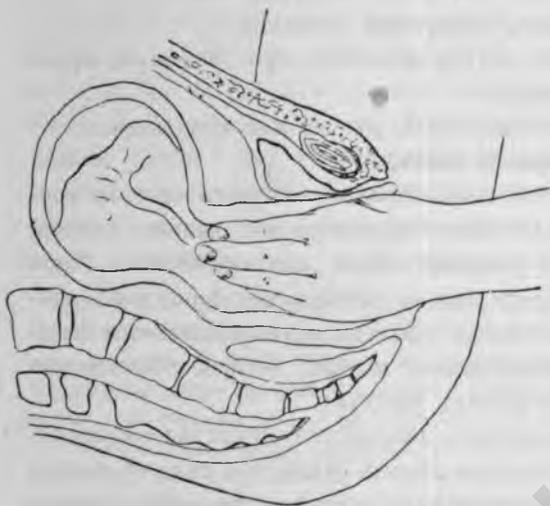
Приготовленія къ операциі. Слѣдуетъ произвести тщательное обеззараживаніе наружныхъ половыхъ частей и влагалища. Моча удаляется катетеромъ. Нужно имѣть въ запасѣ нѣсколько литровъ обезпложенной воды, а также необходимыя принадлежности для тампонаціи матки, пузырь для льда и 10% растворъ *extr. secalis corn. aquosi* для подкожныхъ впрыскиваній. Больную кладутъ на поперечную кровать. Часто прибѣгаютъ къ наркозу хлороформомъ. Акушеръ долженъ тщательно обеззаразить свою лѣвую руку и покрыть ее до локтя карболовымъ вазелиномъ, кромѣ ладони.

Для совершенія этой операциі существуютъ слѣдующія **показанія**:

1. Появленіе вскорѣ послѣ рожденія младенца *опаснаго кровотеченія*, зависящаго отъ атоническаго состоянія матки или отъ надрывовъ и раненій въ родовомъ каналѣ.

2. Хотя опасныхъ явленій не обнаруживается, но прошло около 2 часовъ или болѣе послѣ выхожденія младенца, а *послѣдъ остается задержаннымъ въ маткѣ*, причемъ примѣненіе способа Credé, послѣ удаленія мочи катетромъ, оказалось безуспѣшнымъ. Исключеніе изъ этого правила представляютъ случаи раннихъ родовъ, между V—VII мѣсяцами, когда послѣ выхожденія плода дѣтское мѣсто иногда остается плотно соединеннымъ со стѣнками матки. Въ подобныхъ случаяхъ часто

нельзя провести въ матку болѣе 2 пальцевъ. Почему слѣдуетъ произвести тампонацію полости матки іодоформенною марли и выжидать иногда нѣсколько дней, пока мѣсто отдѣлится и опустится до шейки матки.



Фиг. 275.

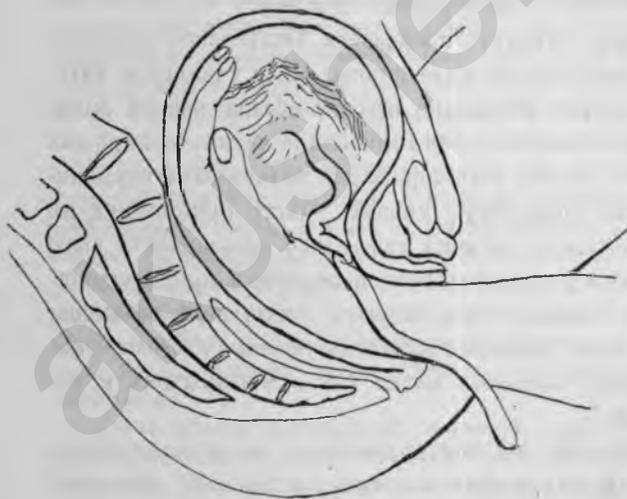
Раньше этого только при особыхъ показаніяхъ, — sepsis, гнилостное распаденіе и кровотеченіе — слѣдуетъ приступать къ отдѣленію и удаленію въ такихъ случаяхъ послѣда.

Производство операци.

Операция распадается на слѣдующіе акты:

1. Введеніе руки въ полость матки.
2. Отдѣленіе послѣда.
3. Выведеніе его наружу.

1. Рука вводится обыкновеннымъ способомъ; введеніе ея гораздо легче, нежели при поворотѣ, такъ какъ наружный проходъ достаточно растянуть рожденіемъ младенца. Коль скоро концы пальцевъ входятъ въ растянутый зѣвъ, надо другою рукою удерживать матку чрезъ брюшные покровы. Если сократительное кольцо оказывается болѣе или менѣе сжатымъ, слѣдуетъ выждать, пока окончится сокращеніе матки, и осторожно проводить чрезъ него сперва 2, потомъ 4 пальца и наконецъ всю руку. Для того, чтобы рука легко вошла въ полость матки, нужно придерживаться направленія пуповины, которая для этой цѣли слегка натягивается другою рукою.



Фиг. 276.

ка натягивается другою рукою.

2. Вошедши рукою въ полость матки, нужно дойти до края дѣтскаго мѣста и затѣмъ, проводя концы пальцевъ между его наружною поверхно-

1. Рука вводится обыкновеннымъ способомъ; введеніе ея гораздо легче, нежели при поворотѣ, такъ какъ наружный проходъ достаточно растянуть рожденіемъ младенца. Коль скоро концы пальцевъ входятъ въ растянутый зѣвъ, надо другою рукою удерживать матку чрезъ брюшные покровы. Если сократительное кольцо оказывается болѣе или менѣе сжатымъ, слѣдуетъ выждать, пока окончится сокращеніе матки, и осторожно проводить чрезъ него сперва 2, потомъ 4 пальца и наконецъ всю руку. Для того, чтобы рука легко вошла въ полость матки, нужно придерживаться направленія пуповины, которая для этой цѣли слегка

стью и стѣнками матки, легкими боковыми движеніями наружнаго края ручной кисти и пальцевъ производить постепенно сепаровку мѣста, пока не отдѣлимъ его на всемъ протяженіи. Если дѣтское мѣсто сильно приращено, то при его отдѣленіи встрѣчаются плотныя перемычки, которыя не поддаются сепаровкѣ и крѣпко бываютъ соединены со стѣнками матки,—ихъ слѣдуетъ обходить, выдѣляя изъ остальной ткани мѣста. Само собою разумѣется, все время этимъ манипуляціямъ содѣйствуетъ другая рука, которая удерживаетъ дно матки чрезъ брюшныя покровы. При раннихъ родахъ часто приходится производить отдѣленіе послѣда при помощи 2 пальцевъ или полруки; потому что провести въ матку цѣлую руку возможно только не раньше VII мѣс. беременности.

3. Коль скоро удалось отдѣлить дѣтское мѣсто на всемъ протяженіи, оно захватывается ладонью, причемъ пальцы остаются протянутыми и не сгибаются въ кулакъ. Захваченный такимъ образомъ послѣдъ медленно выводится наружу, при этомъ рука совершаетъ легкія вращательныя движенія.

Въ тѣхъ болѣе легкихъ случаяхъ, когда послѣдъ отдѣлился почти на всемъ протяженіи, но удерживается въ маткѣ, вслѣдствіе сжатія сократительнаго кольца, или остается въ соединеніи съ маткою на небольшомъ протяженіи, достаточно проникнуть рукою въ полость матки и обхватить дѣтское мѣсто, чтобъ удаленіе его сдѣлалось возможнымъ. Конечно, иногда приходится на небольшомъ пространствѣ доканчивать отдѣленіе мѣста отъ стѣнокъ матки. Удаленный послѣдъ слѣдуетъ внимательно осмотрѣть, въ особенности наружную поверхность дѣтскаго мѣста. Если не достаетъ какой-либо дольки, или, по распредѣленію сосудовъ, есть основаніе допустить задержаніе въ маткѣ прибавочнаго послѣда, то слѣдуетъ снова, обеззаразивъ руку, войти въ матку и отдѣлить прикрѣпленныя къ ея стѣнкамъ части мѣста. По окончаніи операціи, всегда нужно промыть матку 05,0% растворомъ карболовой кислоты, а въ случаѣ кровотеченія пропустить 2—3 литра



Фиг. 277.

борнаго раствора, нагрѣтаго до 40° R., чрезъ толстый катетеръ Вольманна.

2. Удаленіе оболочекъ яйца, задержавшихся въ маткѣ при родахъ.

Въ подобныхъ случаяхъ мы руководствуемся слѣдующими показаніями:

1. *Задержаніе всѣхъ или большей части оболочекъ яйца при выдѣленіи дѣтскаго мѣста.* Это происходитъ наичаще при преждевременныхъ родахъ, а также при plac. marginata, когда ворсистая оболочка у края плаценты крѣпко прирастаетъ къ маткѣ.

Такъ какъ введеніе руки въ матку вскорѣ послѣ выхожденія послѣда представляетъ извѣстный рискъ относительно благополучнаго теченія послѣродового періода, то большинство акушеровъ не прибѣгаютъ къ этой операциіи при задержаніи небольшой части оболочекъ, если онѣ не выстоятъ изъ маточнаго зѣва, а прикрѣпляются высоко въ маткѣ.

2. Въ послѣродовомъ періодѣ, когда при задержаніи части оболочекъ, обнаружатся ясно выраженные *явленія тилостнаго характера*, необходимо удалить немедленно задержанныя оболочки.

Производство операциі. Въ первомъ случаѣ, вскорѣ послѣ родовъ удаленіе оболочекъ производится обыкновенно при посредствѣ введенія лѣвой руки въ полость матки, что совершается съ предосторожностями и по правиламъ, вышеизложеннымъ. Дойдя до отдѣлившейся части оболочекъ, концами пальцевъ и при помощи ногтей, постепенно соскабливаютъ и сепарируютъ приросшія оболочки. Послѣ чего онѣ удаляются наружу при помощи пальцевъ или обыкновеннымъ корнцангомъ, которымъ ихъ захватываютъ въ зѣвѣ матки или во влагалищѣ. По окончаніи операциі обязательно слѣдуетъ дѣлать промываніе матки 0,5% растворомъ карболовой кислоты.

При второмъ показаніи, наичаще являющемся при родахъ раннихъ или преждевременныхъ, а также спустя нѣсколько дней послѣ срочныхъ родовъ, для удаленія оболочекъ слѣдуетъ прибѣгать къ выскабливанію полости матки посредствомъ большой ложки К. Braun'a.

При задержаніи частей яйца послѣ выкидыша, употребляютъ ложки Sims'a. Эта операциія уже была подробно описана при изложеніи выкидыша.

Задержаніе оболочекъ яйца при срочныхъ родахъ, при выжидательномъ способѣ, даетъ 6%, а при оперативномъ лѣченіи 13% заболѣванія. Изъ 73 случаевъ, собранныхъ Рейхен'омъ, въ которыхъ было задержано болѣе $\frac{1}{3}$ части оболочекъ яйца, 28 разъ онѣ были удалены и въ 43 случаяхъ предоставлены естественному теченію. Изъ числа первыхъ умерли 2 родильницы. Сравнительно неблагоприятные результаты активнаго вмѣшательства, вѣроятно въ значительной мѣрѣ зависѣли отъ недостаточнаго соблюденія правилъ антисептики.

НОВѢЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Обь акушерскихъ операціяхъ вообще. Расширеніе канала шейки, вызываніе искусственнаго выкидыша и преждевременныхъ родовъ.

Ahlfeld. Das Peter Müllersche Impessionsverfahren. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1.— Ahlfeld. 118 Fälle von Einleitung der künstl. Frühgeburt. Centr. f. Gyn. 1890.— Braun-Fernwald. Ueber intrauterine Kolpeuryse. W. med. Bl. 1895.—Ballantyne. Künstliche Frühgeburt wegen engen Beckens. Ed. med. J. 1894.—Bonnaire. De la dilatation artificielle du col de l'uterus dans l'accouchement. Arch. de toc. 1891.— Bruhl. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch den constanten Strom. Arch. f. Gyn. 30.— Beuttner. Zur Frage der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. Arch. f. Gyn. 48.—Bossi. Méthode pour provoquer l'accouchement rapide dans les cas graves de dystocie. N. arch. d'obst. 1892.—Becker. 25 Fälle von künstlichen Frühgeburt bei engen Becken. 1888.—Boyer. Ueber geburtshilffiche Electrotherapie. Samml. Klin. Vortr. 1890, 358.—Buschbeck. Beitrag zur künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge. Arb. aus der Frauenkl. zu Dresden. 1893.—Dohrn. Ueber künstl. Frühgeburt. Wien. med. Presse. 1890.—Donat. Künstliche Frühgeburt nach Kaiserschnitt. Centr. f. Gyn. 1892.—De Paoli. 50 Fälle von kunstlicher Erweiterung durch den Dilatator von Bossi. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Dührssen. Ueber den Werth der tiefen Cervix- und Scheiden-damm-Einschnitte in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. 44.—Frank. Einleitung der vorzeitigen Geburt mittels Jodoformgazetamponade des Uterus. W. med. W. 1896.—Flatau. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. M. med. W. 1894. Freund. Erfahrungen mit dem elektrischen Schröpfkopf. Centr. f. Gyn. 1891.—Fehling. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. Berl. kl. Woch. 1892.—Ferrari. Sur l'injection du glycerin dans la matrice pour provoquer l'accouchement prématuré. From. Ber. 1894.—Farrar. Eine neue und rasche Methode der Erweiterung des rigiden Muttermundes bei Gebärenden. Tr. London obst. soc. 1894.—Fritsch. Klinik der geburtshilffichen Operationen. 4 Aufl. 1888.—Garrigues. Artificial abortion. Am. j. of obst. 1895.—Gossner. Nachtheil der Cervix — Incisionen. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 32. Greder. Zur intrauterinen Anwendung von Gummiblasen bei der Geburt. Centr. f. Gyn. 1897.—Herff. Kaiserschnitt und tiefe Cervixincisionen, sowie der letzten Nachbehandlung bei Eclampsie. Münch. med. Woch. 1892, 44.—Jaffe. Ueber die Indikation zum künstlichen Abort. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Ивановъ. Къ вопросу о кровавомъ расширеніи шейки во время родовъ. 1895.—Kufferath. Die Indikation für die künstliche Frühgeburt, den Kaiserschnitt und die Embryotomie. Centr. f. Gyn. 1892.—Kleinwächter. Die künstl. Unterbrechung der Schwangerschaft. 1890.—Kuppenheim. Ueber Indikationen und Werth der künstlichen Frühgeburt. 1889.—Koppe. Eine seltene Indikation der künstlichen Frühgeburt und deren Einleitung auf ungewöhnlichen Wege. Centralbl. f. Gyn. 1887.—Kehrer. Lehrbuch der operativen Geburtshilfe. 1881.—Красовскій. Оперативное акушерство. СИБ. 1889.—Löhlein. Ueber den Werth der künstlichen Frühgeburt bei inneren Krankheiten. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 13.—Löhlein. Carcinoma recti als Indikation für die künstl. Frühgeburt. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 18.—Meyer. Beitrag zur operativen Eröffnung des Muttermundes unter der Geburt. C. Bl. f. Gyn. 1897.—Müller. Zur Technik der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. M. med. W. 1894.—Müller. Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier. Mon. f. Geb. 4.—Puech. Du curettage comme méthode d'avortement artificiel. Ann. de gyn. 1895.—Pinard. De l'accouchement provoqué. Ann. de gyn. 1891.—Panienski. Zur Kasuistik der künstlichen Frühgeburt. 1887.—Pelzer. Erregen der Wehenthätigkeit durch intrauterine Injection von Glycerin. Arch. f. Gyn. 42.—Pfannenstiel. Ueber Gefährlichkeit der intrauterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Prochownik. Ein Ver-

such zum Ersatze der künstlichen Frühgeburt. Centr. f. Gyn. 1889. — Schauta. Grundriss der operativen Geburtshilfe. 1896. — Schrader. Eine neue Methode zur Einleitung der künstl. Frühgeburt. Centr. f. Gyn. 1890. — Sondheimer. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch elektrische Reizung der Brustwarzen. M. med. W. 1894. — Stieda. Ueber die intrauterine Anwendung von Ballons zur Einleitung der Frühgeburt und des Abortus. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1897. — Schlaepfer. Fall von künstlichen Frühgeburt nach früher überstandenem Kaiserschnitt. Centr. f. Gyn. 1895. 6. — Sarwey. Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. 1896. — Strauch. Ueber künstl. Frühgeburt. Arch. f. Gyn. 31. — Torggler. Beitrag zur Einleitung der künstl. Frühgeburt durch Tamponade des Cervix mit Jodoformgaze. Med. chir. Rundschau. 1890. — Taubert. Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt. 1891. — Wöfflinger. Die Resultate von 60 Frühgeburts-einleitungen nach der Barnes—Fehling'schen Methode. 1895.

2. Акушерскій поворотъ, исправленіе предлежаній плода и вправленіе выпавшихъ мелкихъ частей.

Aronowitsch. Ueber den Werth der äusseren Wendung auf den Kopf bei Querlagen. 1892. — Baldwin. Manual interference to correct certain undesirable presentations. Am. j. of. Obst. 1895. — Brothers. A new postaral method of treating prolapsus of the umbilical cord. Am. J. of Obst. 1895. — Cutts. Der Werth der Kniebrustlage bei schwierigen Wendungen. Am. J. of Obst. 1887. — Dohrn. Ueber die zeitliche Trennung von Wendung und Extraction. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 14. — Grandin. Note on the manual rectification on occipito-posterior positions. Am. obst. j. 1892. — Gergö. Ueber verschleppte Querlage. Frommel's Ber. 1894. — Gossmann. Zur manuellen Umwandlung von Gesicht in Hinterhauptslage. M. med. Woch. 1895. — Jungmann. Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen durch manuelle Umwandlung in Hinterhauptslagen. Arch. f. Gyn. 51. — Jewitt. Child crying in utero. N. J. J. of. gyn. 1894. — Jewitt. The management of face-presentation. Tr. am. gyn. soc. 1894. — Kalt. Die Walcherische Hängelage. Korr. f. sch. Aerzte. 1894. — Lomer. Ueber kombinierte Wendung in der Behandlung der Placenta praevia. Berl. klin. Woch. 1888, 49. — Mensinga. Ueber die Wendung in der Bauchlage. C. Bl. f. Gyn. 1896. — Nagel. Die Wendung bei engem Becken. Arch. f. Gyn. 34. — Nagel. Zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss. Arch. f. Gyn. 39. — Nagel. Weitere Beiträge zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss. Arch. f. Gyn. 44. — Olshausen. Prophylaktische Wendung. C. Bl. f. Gyn. 1894. — Oui. Etude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré. Ann. de Gyn. 1892. — Peters. Die manuelle Korrektur der Deflexionslagen. C. Bl. f. Gyn. 1895. — Potocki. Ueber das Herunterholen des Fusses bei Steisslage in prophylaktischer und kurativer Beziehung. Ann. de gyn. 1893. — Pinard. Manuel opératoire de la version par manoeuvres externes dans la présentation du siège. Rev. prat. d'obst. 1893. — Rosenthal. Die Wendung und Extraktion beim engen Becken. Arb. aus Frauenkl. zu Dresden 1893. — Schaller. Zur Kasuistik der Vagitus uterinus. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 31. — Strassmann. Aeussere und Kombinitre geburtshilfliche Verfahren. Arch. f. Gyn. 49. — Schrader. Die Verbesserung von einigen die Geburt verzögernden Einstellungen des Kopfes. Geb. Ges. Hamburg. 1892. — Schurig. Statistik über 559 Fälle von innerer Wendung. 1892. — Steinbüchel. Ueber Gesicht und Stirnlagen. 1894. — Schrader. Zur Behandlung des Nabelschnurvorfalles. C. Bl. f. Gyn. 1895. — Thorn. Zur manuellen Umwandlung der Gesicht—und Stirnlagen in Hinterhauptlagen. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 31. — Volland. Zur Behandlung der Gesichtslagen mit nach hinten gerichtetem Kinn. Ther. Mon. 1894. — Wehle. Wendung und Extraktion oder Symphyseotomie. M. med. Woch. 1894. — Wehle. Die Walcher'sche Hängelage und ihre praktische Verwerthung bei geburtshilflichen Operationen. Arch. f. Gyn. 45. — Weiss. Zur Behandlung der Gesicht- und Stirnlagen Zeit. f. Geb. u. Gyn. 32. — Zweifel. Ueber die Dekapitation und die Grundsätze der Wendung bei dorso-posterioren Querlagen. C. Bl. f. Gyn. 1895.

3. Наложение щипцовъ, извлечение младенца за плечики и тазовой конецъ. Выжимание плода.

Budin. Application des forceps dans la paroi supérieure de bassin chez les rachitiques. Arch. de gyn. 1894.—Cohnstein. Die Zange bei hohem Kopfstande. Arch. f. Gyn. 30.—Clemens. Ueber die Anwendung der Tarnier'schen Achsenzuzange. 1891.—Mc. Cahey. Atmospheric tractor. Med. and surg. rep. 1891.—Deweese. A new axistrac-tion forceps. Am. j. of. obst. 1895.—Deutsch. Beiträge zur Hofmeier'schen Methode der Expression des Kindeskopfes. 1891.—Drejer. Anlegung der Zange an den Steiss. Jahrb. über die Fortr. der Geb. und Gyn. 1891.—Eisenhardt. Moriceau—Lachapelle'scher oder Wigand-Martinischer Handgriff. Arch. f. Gyn. 36.—Fürst. Kopfszange zur Beförderung der Geburt des Steisses. Arch. f. Gyn. 36. Frank. Ueber die verschiedenen Extractionmethoden bei nachfolgendem und vorangehendem Kopfe. 1888.—Fehling. Ueber Verwendung der Hän gelage nach Walcher zum Eintritt des vorangehenden Kopfes. Munch. med. Woch. 1894.—Mc. Gillicuddy. Axistrac-tion forceps. Am. j. of obst. 1895.—Gönnér. Einige Mittheilungen über Erfahrungen mit der Tarnier'schen Geburtzange. K. f. schw. Aerzte. 1891.—Herzfeld. Ueber die Behandlung des nachfolgenden Kopfes mit besonderer Berücksichtigung des Meauriceau Handgriffes. 1890.—Ястребовъ. Условія для примѣненія акушерскихъ щипцовъ. Сб. ст. Славянскаго. 1894.—Жемчужниковъ. Демонстрація больнои съ задержаніемъ дѣтскаго черепа въ полости матки послѣ отдѣленія головки. Врачъ. 1891.—Klein. Ueber die Behandlung der Steisslage. 1895. Лазаревичъ. Новые прямые щипцы. Ж. ак. и ж. бол. 1887.—Litzmann. Der Mauriceau-Levret Handgriff. Arch. f. Gyn. 31.—Mueller. Zur Anwendung der Zange an dem nachfolgenden Kopfe. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Mittermaier. Zur Behandlung der Steisslagen C. Bl. f. Gyn. 1895.—Münchmeyer. Ueber die Entbindungen mittelst der Zange an der Kgl. Frauenklinik in Dresden. Arch. f. Gyn. 36.—Nagel. Erfahrungen über die Anwendung der Achsenzange. Arch. f. Gyn. 39.—Nagel. Weitere Beobachtungen über die Anwendung der Achsenzuzange. Arch. f. Gyn. 44.—Ostermann. Ueber kombinierte Zangenextraktion. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 25.—Oehlschläger. Die Zange an den nachfolgenden Kopf. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Pinkus. Ein prophylactischer E. Martin'scher Handgriff in 2 Periode der Beckenendgeburt. Berl. Kl. 1896.—Pulvermacher. Neues Verfahren zur Herausbeförderung des nachfolgenden Kopfes. C. Bl. f. Gyn. 1894.—Roelsing. Zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Remy. Presentation du siège. Arch. de toc. 1890.—Sielmann. Ist bei hochstehendem Kopfe und engem Becke der Applikation der Achsenzange oder der Wendung auf die Füße mit nachfolgender Extraction den Vorzug zu geben? 1888.—Schmid. Die Prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen an der geburtshilfflichen Klinik zu Basel. Arch. f. Gyn. 47.—Staedler. Die Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopfe. Arch. f. Gyn. 40.—Stadtfeldt. On so called higt delivery with forceps. 1892.—Sperling. Beckenendlage. D. med. W. 1896.—Schick. Ueber die Zangenoperationen während der Jahre 1891—94. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1.—Suren. Von der Anwendung der Tarnier'schen Achsenzuzange. 1895.—Theilhaber. Zur Frage der Behandlung des nachfolgenden Kopfes. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Чудновскій. Усиленіе дѣйствія щипцовъ посредствомъ надавливанія рукою. Ж. ак. и ж. бол. 1887.—Winternitz. Ueber die Zangenentbindungen an Tübinger Frauenklinik. Mon. f. Geb. 4.—Wahl. Ueber die Entbindungen mit der Zange an der kgl. Frauenklinik Dresden 1889—94. Arch. f. Gyn. 50.—Winter. Zur Behandlung der Steisslagen. D. med. Woch. 1891.—Waynbaum. Des différents manoeuvres employés pour dégager la tête dernière arrêtée sur le plancher peri neal. 1888.

4. Уменьшение величины плода и accouchement forcé.

Auvard. Embryotome céphalique combiné. Arch. de Tocol. 1889.—Boyd. The accouchement forcé. Am. j. of obst. 1895.—Barsony. Ueber Kraniotomie. Arch. f. Gyn. 41.—

Condamin. Lebendes Kind nach Basiotrypsie. *Prov. med.* 1891.—Cadillac. Basiotrypsie pour rétrécissement du bassin avec précidence du cordon. *N. Montp. méd.* 1892.—Determann. Die Kraniotomie an der Berliner Frauenklinik. *Zeitr. f. Geb. u. Gyn.* 15.—Demmer. Zur Technik der Perforation les nachfolgenden Kopfes. *Contr. f. Gyn.* 1894.—Donald. Methods of craniotomy. *Brit. med. J.* 1939.—Determann. Die Kraniotomie an der Berliner Frauenklinik. *Zeit. f. Geb. und Gyn.* 1888.—Dührssen. Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes. *Zeitr. f. Geb. und Gyn.* 22.—Dolder. Die Stellung des Landarztes zur Perforation und Sectio caesarea. *S. kl. V.* 1894.—Феноменовъ. Zur Frage über Embryotomie. Ueber Durchschneidung des Schlüsselbeins. *Contr. f. Gyn.* 1895.—Friedländer. Die Embryotomie mit dem Schültze'schen Sichelmesser. 1887.—Gottschalk. Kraniotomie oder konservativer Kaiserschnitt? *Deutsch. med. Zeit.* 1889, 60.—Hergenhahn. Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes. *Arch. f. Gyn.* 51.—Herff. Zur Perforation des nachfolgenden Kopfes durch den Mundboden. *C. Bl. f. Gyn.* 1895.—Lübcke. 2 Fälle von Perforation des nachfolgenden Kopfes durch den Mundboden. 1896.—Lewers and Philips. Cases of craniotomy. *Tr. obst. soc. Lond.* 1894.—Mermann. Zur Behandlung verschleppter Querlage. *C. Bl. f. Gyn.* 1895.—Marta. Basiotrypsie dans un cas de grave rétrécissement du bassin. *Ann. de gyn.* 38.—Oui. Un cas d'hydrocéphalie, présentation du siège decouplété, mode le fesses. *Arch. de toc.* 1891.—Potocki. Des méthodes d'embryotomie. 1888.—Roelsing. Zur Perforation des nachfolgenden Kopfes. *Contr. f. Gyn.* 1894.—Розенгартъ. О показаніяхъ къ отнятію выпавшей ручки. *Прот. Кіев. гинек. общ.* 1891.—Rösing. Zur Perforation des nachfolgenden Kopfes. *C. Bl. f. Gyn.* 1894.—Saubert. Ueber die Methoden der Dekapitation. 1888.—Strassmann. Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes. *Contr. f. Gyn.* 1895.—Strassmann. Ueber die Geburt des Schultern und ueber den Schlüsselbeinschnitt (Cleidotomia). *Arch. f. Gyn.* 53.—Vilpelle. De la conduite à tenir dans les cas de dystocias dus aux épaules. 1891.—Winternitz. Zur Perforation des nachfolgenden Kopfes. *Contr. f. Gyn.* 1892.—Wyder. Perforation, künstliche Frühgeburt und sectio cesaria in ihrer Stellung zur Therapie beim engen Becken. *Arch. f. Gyn.* 32.—Windt. Présentation de l'épaule. Opération césarienne. 1892.—Zweifel. Ueber die Dekapitation und die Grundsätze der Wendung bei dorsoposterioren Querlagen. *Contr. f. Gyn.* 1895.—Zweifel. Ueber Cranio-Cephaloklasie. *C. Bl. f. Gyn.* 1897.—Zeitlmann. Die Kraniotomie auf Grund von 121 Fällen. 1893.

5. Чревосѣченіе въ акушерствѣ, разсѣченіе лоннаго соединенія и удаленіе дѣтскаго мѣста.

Abel. Eine neue Indikation zur Sectio caesarea nach Porro. *B. kl. W.* 1896.—Braun. Ueber Symphysenlockerung und Symphysenruptur. *Arch. f. Gyn.* 47.—Bar. Contribution à l'étude de la symphyséotomie. *From. Ber.* 1884.—Buschbeck. Zur Symphyseotomie und ihrer Indikationsstellung. *M. med. W.* 1894.—Braun v. Fernwald. Der Kaiserschnitt bei engem Becken. 1895.—R. Braun. Die Dauererfolge der Symphyseotomie. *Contr. f. Gyn.* 1894.—Barnstedt. Kaiserschnitt durch narbige Stenose der Vagina bedingt. 1893.—Beaucamp. Weiterer Beitrag zur Porro-Operation. *Arch. f. Gyn.* 40.—Beaucamp. Ein Beitrag zur Porro-Operation. *Arch. f. Gyn.* 36.—Baumann. Ueber den Einfluss der Porro-Operation und Kastration auf das Wesen der Osteomalacie. 1889.—Braun. E. Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt. 1888.—Bagger. Kaiserschnitt zur Entfernung des abgerissenen Kopfes. *Ber. über die Fortr. der Geb. und Gyn.* in 1893.—Caruso. Die neuesten Ergebnisse des Kaiserschnittes mit Uterusnaht. *Arch. f. Gyn.* 33.—Dührssen. Der vaginale Kaiserschnitt. 1896.—Demlin. Opération césarienne. *N. arch. d'obst.* 1895.—Donat. Statistik der konservativen Kaiserschnittoperationen im Jahre 1895. *From. Ber.* 1895.—Dudley. La technique de l'opération césarienne. *Arch. de toc.* 21.—Davis. Caesarean section after the tod of the partient. *Med. news.* 1896.—Donat. Statistik der Porro-operationen im Jahre 1895. *From. Ber. Erdheim.* Sectio caesarea in mortua. Lebendes Kind.

C. Bl. f. Gyn. 1896.—Esser. Ein Fall von Sectio caesarea bei einer übermässig grossen todtfaulen Missgeburt. C. Bl. f. Gyn. 1896. — Fritsch, Vier Symphyseotomien. Centr. f. Gyn. 1894. Farabeuf. De l'agrandissement momentané du bassin oblique ovulaire par ischiopubiotomie. An. de gyn. 1892. — Феломеновъ и Кочетовъ. Видоизмѣненіе симфізеоми. Врачъ. 1893. — Fraenkel. — Ueber Kaiserschnittmetho- den. D. med. Woch. 1891. — Frank. Ueber künstliche Erweiterung des engen Beckens. C. Bl. f. Gyn. 1895. — Fehling. Zur Frage der supravaginalen Amputa- tion des septischen Uterus. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Gottschalk. Ueber eine mit vorzei- tiger Kontraktion des inneren Muttermundes vergesellschaftete Nachgeburtshaltung. B. kl. W. 1896.—Heitzmann. Die künstliche Placentalösung. All. Wien. med. Zeit. 1894.—Halberstma. Eclampsia gravidarum. Centr. f. Gyn. 1889.—Hoffmann. Sectio caesarea in mortua, lebendes Kind. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Гороховъ и Хлѣбниковъ. Симфізеомиа въ сельской практикѣ. Врачъ. 1895.—Harris. Die Mortalität des Kai- serschnittes in Grossbritannien, in den letzten 8 Jahren. Lanc. 1894.—Jawcynski. Porro- Operation nach Uterusruptur in der Geburt. Ж. акуш. и женск. болѣз. 1889.—Ястре- бовъ. Консервативное кесарское сѣченіе. Врачъ. 1891.—Klewitz. Ueber die Berechti- gung d. konservat. Kaiserschnittes bei absol. und bei relat. Indikation. 1887.—Каау. Eine neue Indikation zur Anwendung des Kaiserschnittes. 1891.—Красовскій. Zwei Kaiserschnitte. Arch. f. Gyn. 32.—Leopold. Symphyseotomie. Centr. f. Gyn. 1894.— Löhlein. Symphyseotomie. D. med. W. 1896.—Leopold. 25 erhaltende Kaiserschnitte und die Stellung der Sectio caesarea zur Perforation. Arch. f. Gyn. 34.—Лезинъ. Двѣ симфозеотоміи въ деревенской практикѣ. Врачъ. 1895. — Ludwig. Sectio caesarea Porro bei übermässig entwickelter todtfauler Frucht. C. Bl. f. Gyn. 1896.—Misrochi. Contribution clinique à l'étude de traitement de la retention de délivre dans l'avortement. N. arch. d'obst. 1887. Münchmeyer. Beitrag zum Kaiserschnitte und über das Verhalten des bei demselben verwendeten Nahtmaterials. Arch. f. Gyn. 37.—Mermann. Zur Indi- kation und Technik der Operation nach Porro bei Gebärmuttererzeissung. Arch. f. Gyn. 39.—Morisani. De la symphyséotomie. Ann. de Gyn. 1892.—Мазуркевичъ. Случай по- вторнаго Кесарскаго сѣченія. Ж. ак. и жен. бол.—Neugebauer. Symphyseotomie. Ber. über die Fortr. der Geb. und Gyn. im Jahre 1893.—Повицкій. Современный взглядъ на Кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ. Врачъ. 1891.—Neugebauer. Sym- physeotomie. From. Ber. 1895.—Olshausen. Spontane Geburt, prophylaktische Wendung und Symphyseotomie. Centr. f. Gyn. 1891.—Оттъ. 3 случая Кесарскаго сѣченія. Врачъ. 1891.—Орловъ. Кесарское сѣченіе вследствие fibromыома retrocervicale. Врачъ. 1892.— Poten. Zur Technik und Prognose der konservativen Kaiserschnittes. Arch. f. Gyn. 1891.—Pinard. La symphyséotomie. Ann. de gyn. 41.—Perret. Accouchement artificiel prématuré et la symphyséotomie. 1894.—Pooth. Die künstliche Erweiterung des en- gen Beckens. Mon. f. Geb. 3.—Reihlen. Zur Frage der Behandlung der Chorionreten- tion. Arch. f. Gyn. 31.—Rollet. Symphyséotomie et accouchement prématuré artificiel 1896.—Rühle. Operation nach Porro wegen atresia vaginalis artif. From. Ber. 1894.— Runge. Osteomalacie, Porro-Operation. Arch. f. Gyn. 41.—Ruge. Beitrag zum Kaiser- schnitte. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 20.—Senn. Laparo-hysterotomie, her indikation and technik. Am. j. of obst. 1894.—Spaeth. Ueber die Resultate der Wendung bei Sym- physeotomie. Mon. f. Geb. u. Gyn. 2.—Spirelli. Les résultats de la symphyséotomie antiseptique à Pécole obstétricale de Naples, Ann. de gyn. 1892.—Sutugin. Die Be- deutung des Porroschen Kaiserschnittes und wünschenswerthe Verbesserung desselben. Centr. f. Gyn. 1889.—Schneider. Wiederholter Kaiserschnitt an derselben Person. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Schier. Ueber die Indicationen zum Kaiserschnitt und deren Werth. 1888. Schauta. Sectio caesarea mit abdominaler Totalexirpation. 1895.—Sippel. Zur Frage der supravaginalen Amputation des septischen Uterus. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Sänger. Statistik der Porro-Operationen bis dem Jahre 1894. From. Ber.—Sänger. Statistik des konservativen Kaiserschnittes im Jahre 1894.—From. Ber.—Truzzi. Contribution

pour l'étude de l'opération Porro. Ann. di ost. 1890.—Tait. Amputation of the pregnant uterus, an improvement of the modern caesarean section. Brit. med. J.—Torggler. Zur Prognose neuerlicher Schwangerschaft nach konservativen Kaiserschnitt. Wien. Kl. 1890.—Varnier. Les bassins viciés sont-ils dilatables sous symphyséotomie.—Ann. de gyn. 1894.—Vallois. Symphyséotomie dans les positions du front. Arch. de toc. 1894.—Veit. Zur Sectio caesarea. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 15.—Velits. Beiträge zur Kaiserschnittfrage. Zeitr. f. Geb. u. Gyn. 24.—Woerz. Enderfolge der Symphyseotomie. Geb. Ges. in Wien. 1894.—Wöyer. Kasuistischer Beitrag zur Symphyseotomie. C. Bl. f. Gyn. 1895.—Weidrich. Zwei Fälle von Porro-Operation bei Vaginalatresie. Zeitschr. f. Heilk. 1888.—Zweifel. Symphyseotomie. Centr. f. Gyn. 1894.

akusher-lib.ru

ВАЖНѢЙШІЯ ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ.

| Стр. | Строка. | Напечатано. | Надо читать. |
|------|---------|----------------------------------|----------------------------------|
| 2 | 16 | завѣстенъ | извѣстенъ |
| 11 | 4 | 3—крестецъ, 4—лонное соединеніе, | 3—лонное соединеніе, 4—крестецъ, |
| 12 | 2 | Павлова, | Павлова, |
| 21 | 10 | кончика | кончика |
| 25 | 4 | брюшины | брюшины |
| 26 | 14 | до середины середины | до середины |
| 28 | 8 | мочой | мочевой |
| 34 | 15 | открываютъ | открываютъ |
| 37 | 18 | порыта | покрыта |
| 55 | 2 | 3—thera | 3—theca |
| — | 3 | 5—descus proligerue | 5—discus proligerus |
| 68 | 1 | въ Preuschen, | Preuschen'a, |
| 74 | 1 | Постоянное | Постепенное |
| 83 | 1 | стѣнки чрезъ | чрезъ стѣнки |
| 94 | 17 | superfoetatio | superfoecundatio |
| 96 | 20 | одно | оно |
| 102 | 25 | лобикъ | лобикъ |
| 108 | 8 | возрѣвія | возрѣнія |
| — | 12 | Сиптическіе | Септическіе |
| 112 | 16 | въ концѣ | въ концѣ VIII мѣс. |
| 114 | 17 | опушается | опушается |
| 134 | 9 | ceiture | ceinture |
| 147 | 17 | темные | темные |
| 161 | 20 | обыкновенно не | обыкновенно |
| 166 | 18 | завоюетъ | зависитъ |
| — | 13 | прорѣзыванія | прорѣзыванія |
| 183 | 13 | слишкомъ | слишкомъ |
| 185 | 18 | степени | степени |
| 195 | 12 | развода | раствора |
| 196 | 17 | ѣмъ, | тѣмъ, |
| 207 | 15 | locuia | lochia |
| 242 | 7 | воличины | величины |
| 234 | 19 | кисти | кисты |
| 246 | 18 | совѣтываютъ | совѣтуютъ |
| 250 | 12 | qogici | borici |
| 253 | 13 | женіемъ | непиемъ |
| 277 | 10 | рециды | рецидивы |
| 279 | 2—3 | половыхъ | половыхъ |
| 294 | 4 | двадцатиперстной | двѣнадцатиперстной |
| 307 | 13 | образовав- | образовавша- |
| 358 | 14 | близнца | близнеца |
| 410 | 1 | мочевиднаго | мечевиднаго |
| 414 | 4 | ими | или |
| 448 | 7 | разрѣза | размѣра |
| 449 | 7 | сочленіяхъ | сочлененіяхъ |
| 455 | 6 | jocogis | jecogis |
| 467 | 19 | предложеніи | предлежаніи |
| 482 | 4 | artesia | atresia |
| 488 | 4 | наслѣдованія | изслѣдованія |
| 504 | 7 | Когда | Когда |
| 508 | 25 | полный | полный |
| 521 | 9 | шайки | шейки |
| 524 | 14 | къ | въ |
| 561 | 8 | оватываетъ | охватываетъ |
| 595 | 21 | съ | въ |
| 598 | 15 | важныхъ. | важныхъ органовъ. |
| 618 | 5 | заболѣніе | заболѣваніе |
| 746 | 11 | неуступчивыми | уступчивыми. |

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

Акушерскій наборъ врача 649.
Акушерскія операціи: общія свѣдѣнія о нихъ 641;—подготавливающія родоразрѣшеніе 651.
Акушерскій поворотъ: внутренній 675; комбинированный 693; наружный 696.
Анатомія женскихъ половыхъ органовъ 37.
Анатомическія измѣненія въ половыхъ органахъ женщины во время беременности 89.

Б.

Базедова болѣзнь у беременныхъ 285.
Безсердечные уроды 392.
Благопріятныя условія для успѣха акушерскихъ операцій 643.
Болѣзни: въ послѣродовомъ періодѣ случайныя 594;—наружныхъ половыхъ органовъ 233;—новорожденныхъ 611; пищеварительныхъ органовъ,—зубная боль 287;—пупка 615.
Болѣзненные судороги у беременныхъ 286.
Бѣлокровіе у беременныхъ 263.

В.

Вздутіе матки 322.
Витова пляска у беременныхъ 284.
Вліяніе нервной системы на матку 142;—различныхъ видовъ узкаго таза на родильное состояніе 464;—родовъ на головку младенца 167;—узкаго таза на головку младенца 469.
Внезапная смерть въ послѣродовомъ періодѣ 608;—роженицы 532.
Внутриматочные вывихи и переломы 280.
Внутреннее изслѣдованіе беременныхъ 117.
Внутренній поворотъ на головку 692.
Возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ 665.
Воспалительныя болѣзни матки и ея при-

датковъ 234, заболѣванія сердца у беременныхъ 269.

Воспаленіе: глазъ 624, грудной плевы у беременныхъ 266, десень у беременныхъ 288, мочевого пузыря и лоханокъ у беременныхъ 273, почекъ и альбунинурия во время беременности 274, плацентарной ткаки 374, нервовъ въ послѣродовомъ періодѣ 605, пупка 616, слизистой оболочки матки послѣ родовъ 555.

Вправленіе выпавшихъ конечностей плода во время родовъ 700,—выпавшей пуповины 701.

Врожденная водянка головки 384;—опухоль на шеѣ младенца 387, пупочная грыжа 372 и 619;—увеличеніе различныхъ частей и всего тѣла утробнаго младенца 388.

Выборъ кормилицы 223.

Выворотъ матки 495.

Выжиманіе плода 751.

Вызываніе искусственнаго выкидыша 661.

Выкидышъ 398.

Выпаденіе беременной матки 247,—конечностей возлѣ головки—364,—пуповины 367.

Внѣматочная беременность 297.

Г.

Гангрена пупка 616.

Главнѣйшіе факторы родовъ 149.

Глубокое поперечное стояніе 333.

Грыжи беременной матки 251.

Грудница у родильницъ 599,—у новорожденныхъ 623.

Д.

Діететика беременности 132.

Ж.

Желтуха новорожденныхъ 622,—у беременныхъ 293.

Женскій тазъ 7;—груди 50.

З.

Заболѣваніе сочлененій у беременныхъ 281.
 Загибъ беременной матки напередъ 239.
 Задержаніе мочи послѣ родовъ 602.
 Заразныя послѣродовыя болѣзни мѣстныя 551.
 Заращеніе и оплотнѣніе наружнаго зѣва и маточной шейки 482.
 Затрудненія и осложненія: при извлеченіи за ножки 741, при наложеніи щипцовъ 726, при совершеніи поворота на ножки 685.
 Зачатіе 63.
 Зачаточный плодъ на головкѣ младенца 386.
 Злокачественное малокровіе у беременныхъ 263.
 Значеніе костнаго таза 159, — околоплодной жидкости при родахъ 154.
 Зобъ у беременныхъ 261.
 Зрѣлое яйцо 49.
 Зрѣлый плодъ 70.

И.

Извлеченіе за плечики 730; — младенца за ножки 732, младенца при высокомъ стояніи ягодицъ 747, — плода при глубокомъ стояніи ягодицъ 748.
 Изгоняющія силы 151.
 Излишнее вращеніе головки и плечиковъ 332.
 Измѣненія въ половыхъ органахъ родильницы 203; — неправильныхъ предлежацій головки въ теменныя 698; — при беременности въ организмѣ женщины 94; — свойства околоплодной жидкости 321; умершаго плода при задержаніи яйца въ полости матки 381.
 Измѣреніе таза 119.
 Изслѣдованіе беременныхъ 111; роженицы 173.
 Изъявленіе пупка 615.
 Искусственное кормленіе 224.
 Истерія у беременныхъ 283.
 Историческое развитіе акушерства 1.

К.

Катарръ мочевого пузыря послѣ родовъ 603.
 Кесарское сѣченіе 776; — на мертвыхъ 782; — консервативное 777.
 Кисты яичника во время беременности и родовъ 491.
 Климактерическій возрастъ 58.
 Комбинированный акушерскій поворотъ 693.
 Конституціональныя болѣзни у беременныхъ 261.
 Краініотомія предлежащей головки 757; — послѣдующей головки 760.
 Кровеносныя сосуды таза 29.

Кровеизліянія въ дѣтскомъ мѣстѣ 373; — въ ткань родовыхъ путей 518.
 Кровотеченія во время беременности и родовъ, при нормальномъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста 422; — изъ пупка 618; — послѣ рожденія плода 425.
 Кровоточивость у беременныхъ 264.
 Крупозное воспаленіе легкихъ у беременныхъ 265.

Л.

Легочная чахотка у беременныхъ 267.
 Лимфатическіе сосуды таза 31.
 Лицевыя предлежанія 335.
 Лобныя предлежанія 340.

М.

Механизмъ родовъ: при второмъ теменномъ предлежаніи 166, при первомъ теменномъ предлежаніи 160, при узкихъ тазахъ 467, съ вращеніемъ затылка кзади 330.
 Мнимая смерть новорожденныхъ 611.
 Многоплодная беременность и роды 349.
 Мозговая врожденная грыжа 385.
 Молочница у новорожденныхъ 625.
 Мѣсячныя очищенія 51.

Н.

Надрывы и другія пораненія шейки при родахъ 500.
 Наиболѣе обыкновенное наложеніе щипцовъ 711.
 Наклоненіе беременной матки напередъ 240; — и загибъ кзади беременной матки 241.
 Накожныя болѣзни у беременныхъ: случайныя 278, chloasma uterinum, общій зудъ 279, herpes gestationis 280, impetigo herpetiformis и purpura 281.
 Наложеніе щипцовъ 704; — наиболѣе обыкновенное 711; — при не выполнѣннормальномъ стояніи или предлежаціи головки 719.
 Наркозъ при акушерскихъ операціяхъ 645.
 Наружное изслѣдованіе беременныхъ 112.
 Наружный поворотъ 698.
 Нарушенія цѣлости матки во время беременности 299.
 Насильственное родоразрѣшеніе 753.
 Настоящіе узлы въ пуповинѣ 365.
 Неблагопріятныя послѣдствія наложенія щипцовъ 728.
 Невралгіи у беременныхъ 285.
 Недержаніе мочи послѣ родовъ 602.
 Ненормальности околоплодной жидкости 317; — формы дѣтскаго мѣста 373.
 Ненормальное состояніе оболочекъ яйца 396.
 Неправильное строеніе костей утробнаго младенца 380.
 Неправильныя тазы 443; тазъ увеличенный во всѣхъ размѣрахъ, расщеплен-

ный тазъ 445; плоскій простой тазъ 446; плоскій рахитическій тазъ 448; тазъ уплощенный вслѣдствіе врожденнаго вывиха обѣихъ головокъ бедренныхъ костей 449; плоскій тазъ при врожденномъ отсутствіи нижнихъ конечностей, spondylolisthesis 450; простой равномерно общесуженный тазъ 452; общесуженные рахитическіе тазы, остеомалятический тазъ 453; простой воронкообразный тазъ, кифотическій тазъ 456; воронкообразный тазъ при уродливости обѣихъ стопъ 457; косвенносуженные тазы 458; поперечносуженные тазы 462; тазы неправильно суженные 462.

Первые болѣзни у беременныхъ 283.
Нервы женскаго таза 32.
Неукротимая рвота у беременныхъ 289.

О.

Обитіе пуповины около разныхъ частей тѣла младенца 366.
Обеззараживаніе въ акушерской практикѣ 105.
Оболочки яйца 73.
Образованіе дѣтскаго мѣста 77.
Обстановка при акушерскихъ операціяхъ 644.
Общая свѣдѣнія о послѣродовыхъ болѣзняхъ 544.
Общее состояніе роженицы 150.
Общая явленія въ организмѣ родильницы 199.
Овуляція 54.
Околоплодная жидкость 82.
Операція отдѣленія и удаленія послѣда 797;—Рого 783.
Операція родоразрѣшающія 704.
Описание различныхъ акушерскихъ щипцовъ 704.
Оплотнѣніе подкожной кѣтчатки 626.
Опредѣленіе срока беременности 125.
Опухоли: дѣтскаго мѣста 376; пуповины 373; тазовыхъ костей 463; переломы 464.
Осложненія беременности и родовъ новообразованіями въ половыхъ органахъ 483.
Особенности строенія женщины 6.
Острыя и хроническія заразные и міазматическія болѣзни у беременныхъ: корь, скарлатина 253, оспа, рожа 254; дифтеритъ, тифъ 255; холера, перемежающаяся лихорадка 256; гриппъ 257.
Отдѣленіе и выходженіе послѣда 170.
Отдѣленіе молока 209.
Отличительное распознаваніе беременности 131.
Отличіе повторной беременности отъ первой 131.
Отложение извести въ ткани дѣтскаго мѣста 376.
Отравленія, осложняющія беременность: свинцовое отравленіе 264; отравленіе

ртутью, фосфоромъ, никотиномъ и сѣроуглеродомъ 265.
Отсѣченіе головки плода 766.

П.

Параличи нижнихъ конечностей послѣ родовъ 604.
Перевязываніе пуповины 195.
Переднеплечевое и заднеплечевое вставленіе головки 333.
Перекручиваніе пуповины 371.
Плвитстое прикрѣпленіе пуповины 368.
Поврежденія младенца при родахъ 626.
Позиція плода 101.
Позднія кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ 594.
Положенія плода 100.
Положеніе роженицы при акушерскихъ операціяхъ 645.
Поддерживаніе промежности 183.
Полуголовый уродъ 384.
Поль плода 99.
Поперечныя положенія 357.
Пораженіе пупочныхъ сосудовъ 617.
Пораненія наружныхъ половыхъ частей при родахъ 517.
Пороки сердца у беременныхъ 269;—развитія матки и влагалища 477.
Послѣродовыя заболѣванія наружныхъ половыхъ частей и влагалища 511;—очищенія 207.
Послѣродовое: воспаленіе матки и брюшины 572; воспаленіе тазовой кѣтчатки 559;—сплошное воспаленіе брюшины 577.
Послѣродовая: піемія 587;—опухоль бедра 568.
Пособія при выходженіи плечиковъ и туловища 188.
Предвѣстники родовъ 143.
Предлежаніе дѣтскаго мѣста 413;—плода 101.
Предметъ акушерства 1.
Предсказаніе въ послѣродовомъ періодѣ 212;—при родахъ 178.
Признаки беременности 123.
Примѣненіе болеутоляющихъ средствъ и наркоза при родахъ 193;—дезинфекціи въ акушерствѣ 109.
Приращеніе оболочекъ яйца въ нижней части матки 398.
Причины наступленія родовъ 141.
Прободеніе и извлеченіе головки плода 754.
Продолжительность беременности 97;—родовъ 149.
Простая краниотомія 756.
Противопоказанія къ повороту на ножки 692.
Психическія разстройства въ послѣродовомъ періодѣ и во время кормленія грудью 606.
Пузырный заносъ 409.
Пуповина 80.

Р.

Развитіе зародыша и плода въ теченіе Х мѣс. беременности 64;—женскихъ половыхъ органовъ 24.
Раздѣленіе акушерскихъ операций 648.
Разрывы влагалища при родахъ 512;—матки при родахъ 504.
Разрывъ или проколъ оболочекъ яйца 659.
Разрывы промежности при родахъ 513.
Разсѣченіе доннаго соединенія 793,—передней стѣнки таза 796;—позвоночника 771, родового канала 655, обѣихъ ключиць 769, тѣла плода 766.
Ракъ маточной шейки у беременныхъ 483.
Ранніе и преждевременные роды 405.
Распознаваніе беременности 123;—послѣ родового періода 212.
Рожа послѣ родовъ 586, пухка 616.
Рожденіе скомканнаго плода 363.
Расширеніе вень у беременныхъ 272;—зѣва 155;—канала шейки и наружнаго зѣва 651.
Руководства по акушерству 5.
Рѣдкія осложненія родильнаго состоянія 494.

С.

Самоизворотъ 362.
Самопроизвольный поворотъ 360.
Сахарная болѣзнь у беременныхъ 262.
Септическая заболѣванія новорожденныхъ 620.
Сифилитическія измѣненія въ ткани пятенъ 377.
Сифились во время беременности 257.
Скарлатина послѣ родовъ 591.
Скоротечная лихорадка послѣ родовъ 551.
Слишкомъ малое количество водъ 320.
Слишкомъ слабыя родовыя сокращенія матки 435.
Слишкомъ тонкія оболочки яйца 396;—слишкомъ толстыя 397.
Сложная краниотомія 761.
Слюнотеченіе у беременныхъ 288.
Смертность новорожденныхъ 632.
Смерть утробнаго плода 129.
Смѣщенія матки, оказывающія вліяніе на беременность 239.
Сросшіяся двойни 392.
Ссадины и изъязвленія сосковъ послѣ родовъ 598.
Степени суженія таза 472.
Столбнякъ послѣ родовъ 593.
Судорожныя сокращенія матки 440
Суженія и заращенія влагалища, неподатливость наружныхъ частей 480.

Т.

Тазовое положеніе 342.
Таблицы положеній и предлежаній плода 102.
Теченіе родового акта 144.
Терапія при узкихъ тазахъ 414.
Тетанія у беременныхъ 286.
Тоническія судороги у новорожденныхъ 625.
Топографическая анатомія таза 20.

У.

Удаленіе: выпавшей ручки 771, внутрениостей плода 769, оболочекъ яйца 800.
Уклоненія въ механизмъ родовъ при тѣмныхъ предлежаніяхъ 330.
Укороченіе пуповины 369.
Уродства плода, важныя въ акушерскомъ отношеніи 384.
Устраненіе обвитія пуповины около шеи плода 187.
Уходъ: за новорожденнымъ 221, за здоровою родильницей 214, за роженицей и пособія при нормальныхъ родахъ 180, за роженицей въ 3 періодъ родовъ 189.

Ф.

Фиброиды матки во время беременности и родовъ 486.
Физиологическія особенности новорожденнаго 219;—отправленія утробнаго плода 83.

Ч.

Членорасположеніе утробнаго плода 100.
Чревосѣченіе: при внѣматочной беременности 788, при беременности и родахъ 772, при разрывѣ матки 787.
Чрезмѣрное количество водъ 317.
Чрезмѣрно сильныя сокращенія матки 434.

Э.

Эклямпсія во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ 522.

Я.

Явленія, указывающія на опасность для жизни плода во время родовъ 378.
Ягодничная предлежанія 343.
Яичниковая внѣматочная беременность 301.

224.087 Л. С. А.