

Маккед

УЧЕБНИКЪ
АКУШЕРСТВА

СО ВКЛЮЧЕНИЕМЪ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДИЛЬНАГО ПЕРІОДА.

УЧЕБНИКЪ АКУШЕРСТВА

СО ВКЛЮЧЕНІЕМЪ ПАТОЛОГІИ БЕРЕМЕННОСТИ
И
РОДИЛЬНАГО ПЕРІОДА.

Д-ра К. Шредера,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ДИРЕКТОРА УНИВЕРСИТЕТСК. ЖЕНСКОЙ КЛИНИКИ ВЪ БЕРЛИНѢ.

ПЕРЕВ. СЪ ДЕВЯТАГО ИСПРАВЛЕННАГО ИЗДАНІЯ

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ Г. Е. РЕЙНА,

ОРДИНАРНАГО ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ ВОЛЪЗНЕЙ И ДИРЕКТОРА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРИ УНИВЕРСИТЕТѢ СВ. ВЛАДИМИРА.

Съ 152 полиטיפажами въ текстѣ.

РУССКОЕ ИЗДАНИЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Изданіе Карла Риккера.
Невскій просп., № 14.
1888.

Типография ШРЕДЕР, Гороховая, 49.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Отъ редактора четвертаго русскаго изданія	XI
Отъ редактора перваго русскаго изданія	XV
Предисловіе къ первому изданію.	XVII
Мартынъ Исаевичъ Горвиць	XXIII
Карль Шредеръ	XXIX
Введеніе.	
Костный тазъ	1
Отдѣлы таза и его размѣры	1
Взаимныя отношенія отдѣльныхъ размѣровъ таза между собою	5
Наклоненіе таза и направленіе тазовой полости	6
Различіе женскаго таза отъ мужскаго	8
Различіе таза по индивидуальности и расамъ.	9
Тазъ новорожденнаго и его превращеніе въ развитой тазъ.	10
Малый тазъ съ его мягкими частями	16
Физиологія беременности.	
Неоплодотворенное яйцо	17
Анатомія	17
Физиологія	20
Оплодотворенное яйцо и его развитіе.	27
Оплодотвореніе	27
Яйцевыя оболочки человѣческаго плода.	30
Отпадающая оболочка	30
Ворсистая оболочка	34
Водная оболочка	39
Желточный пузырь или пупочный пузырекъ	41
Аллантоисъ	43
Плодь	47
Развитіе его въ отдѣльные мѣсяцы беременности.	47
Зрѣлый или доношенный плодь.	53
Кровообращеніе, дыханіе и питаніе плода	56
Положеніе, позиція и членорасположеніе плода въ маткѣ.	63
Многоплодная беременность	68
Продолжительность беременности	76
Измѣненія, вызываемыя беременностью въ организмъ матери	76
въ половыхъ и сосѣднихъ съ ними органахъ	76
во всемъ организмѣ.	84
Распознаваніе беременности	86
Методы акушерскаго изслѣдованія	86
Наружное изслѣдованіе	87
Внутреннее изслѣдованіе	91
Соединенное изслѣдованіе	93

	Стр.
Діагностическіе признаки беременности	95
Отдѣльные признаки беременности	95
Дифференціальное распознаваніе беременности	98
Распознаваніе первой и повторной беременности	101
Распознаваніе срока беременности	104
Распознаваніе многоплодной беременности	110
Распознаваніе жизни или смерти внутриутробнаго плода	112
Діэтетика беременности	113
Физиологія родовъ.	
О положеніяхъ младенца при родахъ	116
Распознаваніе положеній младенца	120
Наружное изслѣдованіе	120
Внутреннее изслѣдованіе	123
Соединенное изслѣдованіе	126
Теченіе родовъ	126
Механизмъ родовъ	129
Изгоняющія силы	129
Сокращенія матки	130
Иннервація матки	130
Анатомическія замѣчанія	130
Физиологическія замѣчанія	131
Способъ сокращеній матки	134
Погужная боль	135
Брюшной прессъ	135
Сокращенія рукава	136
Ближайшее разсмотрѣніе изгоняющихъ силъ и ихъ дѣйствій	136
Ближайшее разсмотрѣніе способа прохожденія младенца черезъ родовой каналъ, „Механизмъ родовъ“	156
При черепныхъ положеніяхъ	156
При лицевыхъ положеніяхъ	168
При тазовыхъ положеніяхъ	178
Многоплодные роды	182
Вліяніе родоваго акта на общее состояніе роженицы	184
Продолжительность родовъ	185
Діэтетика родоваго акта	185
Прибавленіе: О наркотизированіи роженицы	201
Физиологія послѣродоваго періода.	
Состояніе родильницы	206
Распознаваніе послѣродоваго состоянія	217
Состояніе младенца въ первое время по рожденіи	219
Діэтетика послѣродоваго періода	221
Уходъ за родильницей	221
Уходъ за ребенкомъ	225
Акушерскія операціи.	
Искусственный выкидышъ	231
Искусственные преждевременные роды	234
Насильственное родоразрѣшеніе	247

Способъ выжиманія плода	250
Извлеченіе младенца помощью акушерскихъ щипцовъ	252
Извлеченіе за одну или обѣ ножки	276
Извлеченіе за ягодицы	288
Поворотъ	290
Поворотъ на головку	291
Поворотъ на ягодицы	297
Поворотъ на ножку	298
Краніотомія	309
Уменьшеніе младенческаго черепа	310
Извлеченіе уменьшенной головки	316
Эмбриотомія	318
Бесарское съчненіе	323

Патологія и терапия беременности.

Болезни беременныхъ	331
Особенности нѣкоторыхъ острыхъ и хроническихъ болѣзней во время беременности	331
Болезни, зависящія отъ перемѣнъ, происходящихъ въ общемъ состояніи беременныхъ	340
Аномаліи половыхъ органовъ во время беременности	343
Аномаліи матки	343
Пороки развитія	343
Измѣненія въ положеніи	346
Наклоненія и искривленія	346
Загибъ беременной матки взадъ съ явленіями ущемленія	349
Выпаденіе беременной матки	349
Грыжи	356
Разрывы и раненія	357
Воспаленіе	359
Endometritis decidua	359
Endometritis decidua chronica	361
Endometritis decidua catarrhalis. Hydrorrhoea gravidarum	365
Metritis	366
Perimetritis	366
Новообразованія	366
Миомы	366
Ракъ	367
Опухоли въ сосѣднихъ органахъ	369
Аномаліи влагалища	370
Аномаліи грудей	372
Заболѣванія плоднаго яйца	372
Ненормальное мѣсто развитія. Виѣматочная беременность	372
Аномаліи прибавочныхъ частей плода	393
Неправильности оболочекъ яйца	393
Аномаліи дѣтскаго мѣста	399
Аномаліи развитія	399
Новообразованія послѣда	400

Неправильности водной оболочки и околоплодной жидкости . . .	402
Неправильности пуповины	407
Преждевременное прерывание беременности. Выкидышъ.	
Преждевременные роды	410
Этиология	411
Измѣненія яйца по смерти плода	416
Течение выкидыша	420
Распознаваніе	423
Предсказаніе	424
Леченіе	426
Чрезмѣрно продолжительная беременность. Запоздалые роды	433
Прибавленіе: смерть матери во время беременности	435

Патологія и терапія родовъ.

Аномаліи изгоняющихъ силъ	439
Слабость потугъ	441
Чрезмѣрно сильныя потуги	449
Аномаліи брюшнаго пресса	451
Аномаліи мягкихъ родовыхъ путей	453
Пороки развитія родоваго канала	453
Зарощеніе и суженіе матки	454
Зарощенія и суженія рукава и наружныхъ половыхъ частей	458
Измѣненія въ положеніи матки	460
Опухоли мягкихъ родовыхъ путей	461
Миомы	461
Ракъ	463
Опухоли рукава и дѣтородныхъ губъ	464
Опухоли сосѣднихъ органовъ	465
Аномаліи костнаго таза	469
Измѣненіе таза	469
Акушерски-неважныя аномаліи таза	479
Узкій тазъ	480
Объ узкомъ тазѣ вообще	482
Суженный въ прямомъ размѣрѣ входа или плоскій тазъ	486
Плоскій рахитическій тазъ	487
Плоскій рахитическій тазъ	489
Роды при плоскомъ тазѣ	483
Положеніе и членорасположеніе плода	493
Положеніе предлежащей части и механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ	495
Течение родовъ при плоскомъ тазѣ	499
Распознаваніе плоскаго таза	503
Послѣдствія и исходы родовъ при плоскомъ тазѣ для матери и плода	504
Терапія при плоскомъ тазѣ	514
Обще-равномѣрно-суженный тазъ	525
Течение родовъ при обще-равномѣрно суженномъ тазѣ	529
Обще-суженный плоскій или обще-неравномѣрно суженный тазъ	531
Течение родовъ при обще-неравномѣрно-суженномъ тазѣ	532

	Стр.
Спондилолистетическій тазъ	533
Тазъ, уплощенный вслѣдствіе двухсторонняго вывиха бедеръ	536
Тазъ со врожденнымъ расщепленіемъ лоннаго соединенія	537
Воронкообразно-сѣуженный тазъ	537
Кифотическій тазъ	540
Кифо-сколіотическій рахитическій тазъ	547
Сколіотико-рахитическій тазъ	547
Анкилотически-косвенно-сѣуженный тазъ	548
Анкилотически-поперечно-сѣуженный тазъ	562
Остеомалатическій тазъ	565
Ложноостеомалатическій (Michaelis) или спавшійся рахитическій (Litzmann) тазъ	573
Сѣуженіе таза вслѣдствіе костныхъ опухолей	574
Аномалія яйца	575
Аномалія плода	575
Чрезмѣрное развитіе плода	575
Сросшіяся двойни	578
Болѣзни плода	580
Неправильныя положенія плода	586
Неправильное членорасположеніе плода	592
Неправильности теченія родовъ при многоплодной беременности	593
Неправильности со стороны придаточныхъ частей плода	595
Аномалія родовъ вслѣдствіе опасныхъ осложненій не препятствующихъ механизму родового акта	597
Прижатіе пуповины	597
Поврежденія мягкихъ родовыхъ путей	606
Разрывы матки	606
Перфорирующіе разрывы матки съ изгнаніемъ черезъ нихъ младенца	606
Этіологія	606
Патологическая анатомія	612
Припадки	612
Распознаваніе	613
Предсказаніе	614
Терапія	615
Перфорирующія потери вещества матки, обусловленныя прижатіемъ	617
Неперфорирующіе разрывы шейки	619
Разрывы влагалища	621
Поврежденія входа во влагалище	623
Кровотеченія во время родовъ	627
Кровотеченія до изгнанія плода	627
Кровотеченія при нормальномъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста	627
Кровотеченіе при предлежаніи дѣтскаго мѣста	631
Кровотеченіе изъ сосудовъ пуповины	640
Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ	641
Выворотъ матки	644
Судороги роженицы. Eklampsia	647

	Стр.
Причины и происхождение	648
Припадки	653
Распознавание	654
Предсказание	654
Лечение	655
Прибавление: смерть матери во время родов	657
Преждевременное дыхание и смерть плода во время родов	658

Патология и терапия родильного периода.

Послѣродовая лихорадка	668
Сущность и происхождение послѣродовой лихорадки	670
Патологическая анатомія послѣродовой лихорадки	677
Припадки и течение послѣродовой лихорадки	692
Распознавание послѣродовой лихорадки	703
Предсказание при послѣродовой лихорадкѣ	706
Лечение послѣродовой лихорадки	707
Прибавление: Родильный столбнякъ (tetanus puerperalis)	719
Родильныя заболѣванія, не зависящія отъ зараженія	719
О нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ, которыя, не находясь въ связи съ воспаленіемъ половыхъ органовъ, вызываютъ лихорадку въ послѣ-родовомъ періодѣ	719
Измѣненія въ положеніи матки и влагалища	722
Загибы и наклоненія матки	722
Выпаденіе матки и влагалища	724
Новообразованія въ родильномъ періодѣ	725
Кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ	726
Болезни грудей	737
Заболѣванія грудной железы	737
Аномалии въ выдѣленіи молока	737
Заболѣванія сосковъ. Трещины	739
Воспаленія грудной железы. Молочная лихорадка Нарывы грудей	741
Флегмона грудей	743
Galactosele	744
Душевыя болѣзни родильницъ	744
Прибавление: Внезапная смерть въ послѣродовомъ періодѣ	747
Эмболія легочной артеріи	747
Вступленіе воздуха въ вены матки	748

ОТЪ РЕДАКТОРА

четвертаго русскаго изданія.

Прошло около 7 лѣтъ со времени выхода въ свѣтъ третьяго русскаго изданія предлагаемаго учебника. За это время скончался редакторъ первыхъ трехъ русскихъ изданій проф. М. И. Горвиць, а недавно смерть похитила и самого автора книги Карла Шредера.

Покойный М. И. Горвиць былъ хорошо извѣстенъ русской медицинской публикѣ, какъ плодовитый писатель, какъ знатокъ старинной акушерской литературы и какъ талантливый преподаватель. Ниже мы приводимъ изъ «Врача», съ согласіемъ автора, краткій очеркъ дѣятельности М. И., составленный однимъ изъ ближайшихъ учениковъ покойнаго. Избраіемъ руководства Шредера для перевода на русскій языкъ М. И. оказалъ не малую услугу русской учащейся молодежи. Уже при самомъ появленіи въ свѣтъ книги, онъ сумѣлъ вѣрно понять и оцѣнить ея достоинства, вполне опредѣлившіяся въ настоящее время, когда книга выдержала на нѣмецкомъ языкѣ въ 16 лѣтъ девять изданій, а на русскомъ появляется теперь въ четвертомъ.

Заслуги покойнаго автора руководства еще менѣе нуждаются въ комментаріяхъ. Каждая страница книги свидѣтельствуетъ о глубокихъ познаніяхъ автора и о чисто научномъ направленіи его изложенія. Тамъ, гдѣ авторъ не могъ привести собственныхъ изслѣдованій по излагаемому вопросу, онъ освѣщаетъ коротко и мѣтко мнѣнія, высказанныя другими изслѣдователями.

Краткій очеркъ трудовой жизни и дѣятельности Шредера, безспорно занимавшаго выдающееся мѣсто среди современныхъ представителей акушерской науки всѣхъ странъ, можетъ послужить вполне умѣстнымъ дополненіемъ къ одному изъ наиболѣе капитальныхъ произведеній покойнаго.

Что касается самой книги, то рекомендація ея излишня. До сихъ поръ она представляетъ, по нашему мнѣнію, наиболѣе удачное, краткое и вмѣстѣ съ тѣмъ полное изложеніе современной акушерской науки. Главный упрекъ, который до сихъ поръ дѣлають учебнику Шредера, былъ предвидѣнъ имъ еще при первомъ изданіи книги въ 1870 г. Автора упрекають въ слишкомъ сжатомъ изложеніи предмета, вслѣдствіе чего книга будто-бы трудно читается. Сжатость въ изложеніи составляетъ, напротивъ, достоинство учебника. Правда, вслѣдствіе этого учащемуся приходится при чтеніи глубже вникать въ прочитанное, и даже, можетъ быть, перечестъ иную страницу, но этимъ именно достигается главная цѣль учебника — прочность усвоенія предмета. При всемъ томъ, изложеніе, даже и самыхъ трудныхъ для пониманія отдѣловъ акушерской науки, совершенно ясно, отчетливо и логично и вполне принаровлено для чтенія хорошо подготовленными читателями — студентами медицины и врачами. Въ одномъ только отдѣлѣ — объ акушерскихъ операціяхъ — желательно было-бы, въ интересахъ учащихся, болѣе подробное изложеніе предмета, но для русской литературы этотъ пробѣлъ, вполне оправдываемый небольшимъ объемомъ книги, не такъ важенъ, ибо онъ выполненъ руководствомъ А. Я. Крассовскаго.

Раздѣляя взгляды покойнаго редактора предъидущихъ русскихъ изданій на достоинства книги Шредера, не могу согласиться съ нимъ въ необходимости примѣчаній въ томъ видѣ, въ какомъ они были приведены проф. Горвицемъ. Разсуждая принципиально, мнѣ кажется, что переводчикъ сдѣлаеть лучше, если позаботится только о вѣрной и точной передачѣ содержанія оригинала. Прибавлять что либо къ тексту мы имѣемъ столь-же мало права, какъ и сокращать его. Если несогласія съ авторомъ не существенны, то лучше не увеличивать объема книги, уменьшеніе котораго, вѣроятно, стоило не малаго труда автору. Если же редакторъ перевода не согласенъ съ авторомъ въ существенныхъ вопросахъ, то лучше вовсе отказаться отъ перевода такой книги и приступить къ составленію собственнаго руководства. Впрочемъ, такъ какъ изложенный взглядъ составляетъ лишь мое личное мнѣніе, то сдѣланныя равнѣе примѣчанія покойнаго редактора оставлены почти безъ измѣненій за подписью буквы Г. Справедливость требуетъ, однако, оговорить, что нѣкоторыя изъ

примѣчаній, какъ напр. на стр. 415 и 677, нынѣ значительно устарѣли.

Свои немногія замѣчанія, чисто редакторскаго характера, я подписываю буквою Р.

Передѣлка текста 3-го русскаго изданія, соотвѣтственно новѣйшему 9-му нѣмецкому изданію, и переводъ многочисленныхъ, разсѣянныхъ по всей книгѣ добавленій произведены бывшимъ ординаторомъ завѣдываемой мною клиники В. Г. Калюжнымъ. Желаящіе сравнить текстъ предлагаемаго русскаго изданія съ нѣмецкимъ могутъ убѣдиться, насколько тщательно и добросовѣстно исполнена переводчикомъ эта нелегкая работа.

Переводъ начать съ корректурныхъ листовъ, любезно предоставленныхъ въ мое распоряженіе покойнымъ авторомъ.

Цѣна книги, не смотря на значительныя улучшенія во внѣшнемъ видѣ изданія, оставлена г. издателемъ безъ измѣненія. Клише для рисунковъ выписаны изъ-за границы отъ издателя нѣмецкаго подлинника. Портреты покойныхъ Шредера и Горвица выписаны также изъ за границы.

Георгій Рейнь.

Кіевъ, 31 марта 1888 г.

ОТЪ РЕДАКТОРА.

къ ПЕРВОМУ РУССКОМУ ИЗДАНИЮ.

Бѣдность нашей медицинской литературы высказывается не только въ недостатокѣ монографической разработки разныхъ отраслей медицины, но и въ отсутствіи сколько нибудь годныхъ учебниковъ, которые можно было-бы рекомендовать учащимся. Какія бы надежды мы ни возлагали на будущее, пока по необходимости приходится прибѣгать къ переводамъ. Хотя отчасти нельзя не согласиться съ тѣми, которые нападаютъ на переводы, представляющіе до извѣстной степени эксплуатацію чужаго труда и потворствующіе бездѣятельности тѣхъ, на обязанности которыхъ лежало-бы составленіе руководствъ, — тѣмъ не менѣе учащійся не можетъ принимать всего этого въ соображеніе, такъ какъ ему прежде всего нужно руководство. Въ виду настоятельной необходимости въ современномъ учебникѣ акушерства, я рѣшился позаботиться о переводѣ предлагаемаго руководства и принять на себя редакцію его.

Книга Шредера пользуется совершенно заслуженною извѣстностью въ германской литературѣ, такъ какъ она отличается не только чрезвычайно добросовѣстнымъ изложеніемъ фактической стороны науки, но даетъ также учащемуся возможность судить о поступательномъ движеніи акушерства. Поэтому-то я постоянно рекомендовалъ его моимъ слушателямъ, какъ образцовый учебникъ. Если я, тѣмъ не менѣе, считалъ нужнымъ прибавить въ нѣкоторыхъ мѣстахъ примѣчанія къ оригиналу, то это объясняется тѣмъ, что авторъ о нѣкоторыхъ вещахъ говоритъ вскользь, между тѣмъ какъ онѣ заслуживаютъ болѣе подробнаго изложенія. Кромѣ того, примѣчанія казались мнѣ необходимыми тамъ, гдѣ авторъ излагаетъ слишкомъ исключительные взгляды на тѣ или другіе вопросы, между тѣмъ какъ

читателямъ, и въ особенности русскимъ, не безынтересно знать и взгляды другихъ авторовъ.

Что касается собственно перевода, то редакція имѣла главнымъ образомъ въ виду возможную точность при передачѣ подлинника. Не мало затрудненій представляла терминологія; передавать всѣ техническія выраженія по русски — было-бы положительно невозможно, такъ какъ приходилось-бы испещрять книгу длинными перифразами, или же нужно было-бы прибѣгать къ неологизмамъ. Вслѣдствіе этого мы оставили, гдѣ можно было, латинскую терминологію, хорошо знакомую всякому врачу и не нуждающуюся ни въ какихъ объясненіяхъ.

М. Горвицъ.

ПРЕДИСЛОВІЕ КЪ ПЕРВОМУ ИЗДАНІЮ.

Если, по выходѣ въ свѣтъ новаго учебника, оказывается, что онъ не удовлетворилъ существующей въ немъ потребности, то никакія предисловія не оправдаютъ такого учебника. Поэтому я предоставляю времени оцѣнку моей книги, тѣмъ болѣе, что мнѣ нельзя было бы обойтись безъ критики существующихъ учебниковъ, если-бы я хотѣлъ доказать необходимость новаго сочиненія этого рода. Только въ немногихъ словахъ я изложу планъ моей книги и попытаюсь оправдать нѣкоторыя отступленія отъ обыкновенно принятаго въ этомъ случаѣ порядка.

Форма изложенія нѣкоторыхъ доводовъ и доказательствъ, быть можетъ, покажется инымъ слишкомъ сжатой. Но я не хотѣлъ, съ одной стороны, чрезъ мѣру увеличивать объема книги и, съ другой стороны, я иногда нарочно не вдавался въ слишкомъ подробное изложеніе мелочей, такъ какъ, безъ всякаго сомнѣнія, главная задача научнаго изложенія состоитъ въ томъ, чтобы побуждать учащагося къ самостоятельному мышленію. Нѣтъ ничего ошибочнѣе, по моему мнѣнію, если въ книгѣ, назначенной для студентовъ, подробно и пространно изложены элементарныя вещи, и въ тоже время просто опускаются трудные спорные вопросы, рѣже встрѣчающіеся случаи и болѣе сложныя задачи. Вещи элементарныя должны быть изложены такъ, чтобы онѣ были удобопонятны, и изложеніе притомъ должно еще отличаться возможною краткостью, а остальное, хотя и не можетъ быть развито вездѣ подробно, все же должно быть намѣчено такъ, чтобы читающій видѣлъ, что знаніями, безусловно необходимыми для акушерской практики, еще не исчерпывается наша специальность. Эти-то намѣченные только вопросы и должны побуждать начинающаго къ самостоятельному мышленію и къ собственнымъ изслѣдованіямъ. Учебникъ для студентовъ не учебникъ вѣдь для повивальныхъ бабокъ.

Я считаю нужнымъ упомянуть о сдѣланномъ мною нововведеніи, по которому я опустилъ анатомію костей, образующихъ тазъ, и описаніе женскихъ половыхъ органовъ. Но я думаю, что какъ ни полезны были эти главы въ систематическихъ сочиненіяхъ по акушерству во время Deventer'a и даже еще въ началѣ этого столѣтія, — теперь, при нашихъ превосходныхъ анатомическихъ учебникахъ и при основательномъ изученіи анатоміи, изложеніе чисто анатомическихъ данныхъ въ учебникѣ акушерства стало точно также ненужнымъ, какъ описательная анатомія внутреннихъ органовъ въ учебникѣ внутренней патологии, или систематическое изложеніе всей топографической анатоміи въ руководствѣ къ хирургіи.

Я старался придерживаться въ моемъ сочиненіи, на сколько возможно, принятаго теперь вообще при изученіи медицины распредѣленія матеріала по физиолого- и патолого-анатомическимъ основамъ. Но это сдѣлано не сплошь, и исключенія изъ сказаннаго оправдываются практическими потребностями.

Такъ, кровотеченія, по ихъ чрезвычайной практической важности, хотя и обусловливаются, съ научной точки зрѣнія, самыми различными причинами, изложены какъ одно цѣлое, въ полной ихъ совокупности. Точно также узкіе тазы я раздѣлилъ на два большихъ отдѣла, хотя это и не выдерживаетъ строго научной критики, а именно — на обыкновенные виды узкаго таза и такіе, которые встрѣчаются рѣже. Я сдѣлалъ это потому, что первые, такъ какъ они одни лишь имѣютъ важное значеніе для пракческаго акушера, могутъ быть очень хорошо и цѣлесообразно изложены съ общей точки зрѣнія, между тѣмъ какъ остальные виды узкаго таза, по своимъ особенностямъ, не подходятъ подъ одну какую нибудь систему. Я поступилъ такъ еще потому, что убѣдился до какой степени, при обыкновенномъ способѣ изложенія, учащіяся не могутъ составить себѣ понятія о крайне различномъ практическомъ значеніи отдѣльныхъ видовъ узкаго таза. Такъ, имъ очень хорошо знакомъ анкилотически поперечно-сѣуженный тазъ, между тѣмъ какъ для нихъ многое не ясно въ рахитическомъ тазѣ, и они вовсе не знаютъ самаго частаго вида узкихъ тазовъ, именно — плоскій не рахитическій тазъ.

Точно такимъ же образомъ въ патологии послѣродоваго періода я выдѣлилъ самую важную группу послѣродовыхъ заболѣваній и

изложилъ ее исключительно съ этиологической точки зрѣнія, а именно — гнилостнаго зараженія. При чрезвычайной важности послѣродовой лихорадки, мнѣ кажется, не зачѣмъ оправдываться, — почему я въ этомъ случаѣ предпочелъ вышеупомянутое воззрѣніе на послѣродовые процессы патолого-анатомической классификаціи этихъ болѣзней.

Такъ какъ успѣшное изученіе акушерской техники возможно только при личныхъ указаніяхъ преподавателя на живыхъ субъектахъ или же, по мѣньшей мѣрѣ, на фантомѣ, то я, при изложеніи акушерскихъ операцій, ограничился только самыми необходимыми указаніями и на томъ же основаніи счелъ излишнимъ приводить рисунки обыкновенно употребляемыхъ акушерскихъ инструментовъ.

Что я не пренебрегъ исторической стороною излагаемой специальности, — едва-ли требуетъ извиненія. Я старался распредѣлить историческіе факты въ различныхъ отдѣлахъ книги такимъ образомъ, чтобы учащійся получилъ, хотя и краткій, но въ цѣломъ довольно полный очеркъ наиболѣе важнаго въ исторіи нашей науки. Но, съ другой стороны, я при этомъ считалъ лишнимъ приводить всѣ старыя, практически не важные взгляды, часто лишенные смысла и потому давно оставленные. Тѣ изъ моихъ товарищей, которые знакомы съ исторіей акушерства, замѣтятъ, что хотя мѣстами я пользовался слово въ слово Озіандеромъ и Зибольдомъ, тѣмъ не менѣе во многихъ другихъ мѣстахъ историческія примѣчанія основаны на собственныхъ трудныхъ и хлопотливыхъ изслѣдованіяхъ.

Привести вполне литературу нашей специальности — было бы невозможно при размѣрахъ этой книги, да оно едва-ли и нужно. Упустивъ большую часть старыхъ, менѣе важныхъ сочиненій, въ особенности диссертацій, не имѣющихъ уже теперь почти никакого значенія, я привелъ изъ старой литературы только дѣйствительно заслуживающія того сочиненія. Вездѣ я старался расположить указанія такимъ образомъ, чтобы чрезъ нихъ дѣлалась доступною вся литература, такъ-какъ въ цитированныхъ работахъ найдутся ссылки на другія, не цитированныя сочиненія. Казуистическія указанія, само собою разумѣется, могли быть допущены только въ исключительныхъ случаяхъ. Я обратилъ вниманіе главнымъ образомъ на нѣмецкую литературу, но

не оставлены также безъ вниманія изслѣдованія и результаты англійскихъ, американскихъ и французскихъ специалистовъ.

Въ заключеніе я считаю нужнымъ заявить, что нѣкоторыя уклоненія отъ принятыхъ до сихъ поръ воззрѣній составляютъ не вполне мою умственную собственность, а ведутъ начало свое отъ моего глубоко уважаемаго учителя — проф. Veit'a, въ Боннѣ. Я такъ проникся его ученіемъ, что не въ состояніи отдѣлать то, что составляетъ его собственность, отъ того, что принадлежитъ лично мнѣ; конечно, говоря это, я вовсе не думаю снять съ себя отвѣтственность за то, что написалъ, а только хочу этимъ заявить, — какъ много я обязанъ моему учителю.

Итакъ, я передаю мою книгу благосклонному суду собратьевъ и буду считать труды, которыхъ она мнѣ стоила, вполне вознагражденными, если, съ одной стороны, она возбудитъ въ учащихъ интересъ къ акушерству и если, съ другой стороны, приведенныя въ ней нѣкоторыя новыя мысли и положенія обратятъ на себя вниманіе специалистовъ.

К. Шредеръ.



МАРТЫНЪ ИСАЕВИЧЪ ГОРВИЦЪ.

1837—1883.

Мартынъ Исаевичъ родился въ 1837 г., первоначальное образование получилъ въ Полтавской гимназіи, а затѣмъ поступилъ въ Медико-Хирургическую Академію, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1860 г. Съ 1861 г., въ теченіи 3 лѣтъ, онъ находился за границей, слушалъ лекціи *Nélaton'a*, *Simpson'a*, *Seyfert'a* и др. Возвратившись изъ заграницы, М. И., въ 1865 г., защитилъ диссертацию на степень доктора медицины. Затѣмъ онъ поступилъ ординаторомъ въ Петербургскій Повивальный Институтъ и Крестовоздвиженскую Общину Сестеръ Милосердія. Съ 1870 г. онъ состоялъ директоромъ Маринскаго Родильнаго Дома, основаннаго его же трудами. Въ 1875 г. избранъ профессоромъ акушерско-гинекологической клиники, гдѣ съ этого времени, главнымъ образомъ, и сосредоточивалась его дѣятельность. Чтобы дать понятіе объ ученыхъ заслугахъ покойнаго, достаточно указать на перечень его ученыхъ трудовъ:

1) О медицинскихъ учрежденіяхъ въ Англіи (Медицинскій Вѣстникъ, 1863).

2) О задержаніи плоднаго яйца въ полости матки (тамъ-же, 1865).

3) Опытъ ученія о выкидышѣ (диссертация).

4) Объ отношеніи наклоненій матки къ загибамъ ея (Мед. Новости, 1865).

5) Объ органической дивменоррѣи (тамъ-же, 1866).

6) О піеміи вслѣдствіе карциномы матки (тамъ-же, 1865).

7) О хроническомъ спазмѣ рукава (тамъ-же, 1866).

8) Zur Pathologie der periuterinen Abscesse ausserhalb des Puerperiums (St.-Pet. med. Zeitschrift, 1867).

9) Критическій разборъ сочиненія М. Симса о маточной хирургіи (В.-М. Журналь, 1867).

10) Ein Fall von frühzeitiger Pubertät und Geburt (St.-Pet. Med. Zeitschr., 1867).

- 11) Ueber Complication des Wochenbettes durch fibröse Polypen der Gebärmutter (тамъ-же, а по англійски въ Journ. of the Gynec. Soc. of Boston).
- 12) Zur Casuistik der Graviditas extrauterina (St.-Pet. Med. Zeitschr., 1869).
- 13) Zur Diagnostik der Initialperioden der Schwangerschaft (тамъ-же).
- 14) Eine erfolgreiche Ovariectomie (тамъ-же).
- 15) Къ учению о задержаніи послѣда при двойняхъ (Мед. Вѣстникъ, 1869).
- 16) О положеніи и очертаніи матки въ родильномъ періодѣ (тамъ-же).
- 17) Клиническія записки по гинекологіи (особое изд., Спб.).
- 18) Учебникъ акушерства К. Шредера, пер. подъ ред. М. Горвица, съ примѣчаніями редактора.
- 19) Тоже — второе изданіе.
- 20) Тоже — третье изданіе.
- 21) Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы (2 тома).
- 22) О воспаленіи симфиза таза въ родильномъ періодѣ (В.-М. Журналъ 1878).
- 23) Contribution à l'étude de la version podalique (Arch. de tocol., 1878).
- 24) Ueber ein Perforationsverfahren in schwierigen Fällen (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1879).
- 25) Чрезмѣрная подвижность матки, какъ клиническая форма (Врачъ, 1880).
- 26) Dystocia foetalis spastica (тамъ-же).
- 27) О воспаленіи и нагноеніи стѣнокъ кистомъ яичника (тамъ-же, 1881).
- 28) Zur Lehre von der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft (особая книга).
- 29) Руководство къ патологіи и терапіи родильнаго періода Винкеля. Пер. подъ ред. М. Горвица.
- 30) О неукротимой рвотѣ беременныхъ (Мед. Библіотека, 1880).
- 31) Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы, 2-е изданіе.

Итого 31 трудъ. Послѣднимъ, какъ видно, вышло второе изданіе его руководства, по окончаніи котораго, какъ намъ извѣстно, покойный намѣревался приступить къ составленію руководства къ акушерству. Но оказалось, что второе изданіе гинекологіи было, такъ сказать, лебединой пѣсней М. И. Злой недугъ не далъ ему возможности осуществить свои планы.

Здѣсь не мѣсто дѣлать оцѣнку научныхъ трудовъ покойнаго. Это дѣло критики. Для насъ болѣе имѣетъ цѣны и значенія дѣятельность его, какъ профессора. Благодаря личнымъ качествамъ покойнаго, клиника его посѣщалась студентами весьма усердно, и занятіе гинекологіей сдѣлалось популярнымъ среди молодежи, наравнѣ съ другими первокласными отдѣлами практической медицины; аудиторія профессора всегда была полна. Сила и убѣдительность доводовъ, простота и ясность изложенія, вѣрный критическій

взглядъ на дѣло и строгая послѣдовательность — вотъ тѣ особен-ности, которыя столь выгодно отличали характеръ лекцій покойнаго. Кромѣ того, серьезное знакомство съ литературой и громадная клиническая опытность давали ему право говорить тономъ убѣжденнаго человѣка, вслѣдствіе чего его лекціи не были сухимъ, книжнымъ изложеніемъ предмета. Это былъ настоящій «живой голосъ учителя», который столь неотразимо дѣйствуетъ на слушателей. И они цѣнили это. Они видѣли въ М. И. человѣка, беззаветно преданнаго своему дѣлу, съ любовью и честно относящагося къ нему. Неоднократныя заявленія сочувствія со стороны молодежи достаточно доказываютъ справедливость сказаннаго.

Забываясь о развитіи научнаго акушерства и распространеніи его въ родной странѣ и желая поднять уровень спеціального образованія врачей, М. И., кромѣ клиники, воспользовался для этой цѣли еще и матеріаломъ Маріинскаго Родильнаго Дома, который широко раскрылъ свои гостепріимныя двери — и всякій, желавшій учиться, находилъ здѣсь сердечное участіе и руководство со стороны Мартына Исаевича. Указанія дорогаго учителя были особенно цѣнны; они давали возможность, и при сравнительно небольшомъ матеріалѣ, извлечь большую пользу и заставляли многихъ молодыхъ врачей, жаждавшихъ знаній, группироваться вокругъ него. Подъ его руководствомъ и при его содѣйствіи написанъ цѣлый рядъ работъ, въ формѣ докторскихъ диссертаций или статей. Въ этихъ работахъ проводились и развивались различные принципы и основныя положенія, которыя всю жизнь свою покойный проповѣдывалъ и защищалъ самъ и въ лицѣ своихъ учениковъ. Эти же воззрѣнія положены имъ были и въ основаніе той школы, надъ созданіемъ которой онъ энергически трудился. Но ему не суждено было видѣть въ полномъ развитіи плоды трудовъ своихъ. Къ сожалѣнію, *mens sana* была не *in corpore sano*. Уже съ осени 1882 года, друзья и ученики покойнаго съ грустью видѣли, что, хотя энергія и умственныя силы его были въ полномъ цвѣту, но организмъ быстро разрушался. М. И. видимо таялъ и, по настоянію проф. Э. Э. Эйхвальда, взялъ 4-хъ мѣсячный ступскъ. Проф. Эйхвальдъ призналъ сахарное мочеизнуреніе съ послѣдовательной чахоткой. Въ половинѣ января, все еще не сознавая себя тяжело больнымъ,

М. И. отправился въ Южную Италію. Проѣздомъ чрезъ Вѣну онъ спрашивалъ совѣта у своихъ заграничныхъ товарищей, и они дали благопріятный отзывъ о его болѣзни; дѣйствительно, нѣкоторое время получались успокоительныя вѣсти. Но, къ сожалѣнію, проф. *Эйхвальдъ* былъ правъ, и 29 марта 1883 г. телеграфъ принесъ извѣстіе, что Мартынъ Исаевичъ скончался.

Миръ праху твоему, дорогой учитель! Ты не щадилъ себя на трудномъ поприщѣ служенія страждущему человѣчеству и преждевременно сошелъ въ могилу, — но имя твое не будетъ забыто: оно будетъ жить въ исторіи русской науки!

Н. Феноменовъ.



КАРЛЪ ШРЕДЕРЪ.

1838—1887.

Шредеръ, сынъ школьнаго учителя, родился 11-го сентября 1838 г. въ Новомъ-Стрелицѣ. По окончаніи курса въ мѣстной гимназіи, онъ поступилъ, на 20-мъ году жизни, въ университетъ въ Вюрцбургѣ, а затѣмъ перешелъ въ Ростокъ. По отзывамъ товарищей по университету, онъ былъ прилежнымъ студентомъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, хорошимъ буршемъ, и принадлежалъ къ корпорации Гассо—Нассовія. Выдержавъ государственный экзамень въ Ростокѣ, Шредеръ оставался въ теченіи короткаго времени при университетѣ, въ качествѣ ассистента, при клиникѣ внутреннихъ болѣзней. Онъ уже строилъ планы поселиться, въ качествѣ практическаго врача, въ одномъ изъ маленькихъ городковъ Мекленбурга, но въ это время получилъ приглашеніе проф. Густава Фейта — переселиться съ нимъ въ Боннъ и занять должность ассистента акушерской клиники. Съ переселеніемъ въ Боннъ, въ 1864 г., началась собственно акушерская карьера Шредера. Сначала въ качествѣ ассистента, а спустя два года въ качествѣ начинающаго привать-доцента, онъ ревностно началъ изучать свою спеціальность подъ руководствомъ опытнаго и образованнаго знатока своего дѣла, какимъ былъ Фейтъ. Слушателей въ Боннѣ у него было въ первый семестръ всего трое. Времени для самостоятельныхъ работъ оставалось довольно, и главнымъ результатомъ изслѣдованій ревностно работавшаго молодаго ученаго явилась извѣстная монографія «Беременность, роды и послѣродовой періодъ», послужившая ядромъ будущаго учебника акушерства.

Въ 1868 г., на 30-мъ году жизни, Шредеръ былъ назначенъ экстраординарнымъ профессоромъ, а годъ спустя ординарнымъ, въ небольшой университетскій городъ Эрлангенъ. Аку-

шерская клиника въ Эрлангенѣ была очень невелика, гинекологической почти не существовало, такъ что въ первый годъ Шредеръ имѣлъ всего только 8 больныхъ съ женскими болѣзнями. При такихъ условіяхъ молодой профессоръ имѣлъ полную возможность предаться тщательному и всестороннему изученію своего небольшого кліническаго матеріала и литературнымъ занятіямъ. Главнымъ плодомъ Эрлангенскаго періода дѣятельности Шредера явились два капитальныхъ труда его — учебникъ акушерства (1870) и учебникъ гинекологіи (1874).

Чтобы дать возможность читателю оцѣнить значеніе для нѣмецкой литературы учебника акушерства Шредера, достаточно привести нѣсколько строкъ изъ рецензіи, написанной тотчасъ по появленіи книги современникомъ и строгимъ критикомъ Шредера — Шатцемъ (Arch. f. Gynäk. V. II. стр. 304, 1871).

«Шредеръ», говоритъ Шатцъ, «написалъ книгу, объемъ которой при достаточной полнотѣ, невеликъ; изложеніе коротко, вполне точно и легко понято. Книга лишена того запаха повивальной бабки, который составляетъ большой недостатокъ многихъ прежнихъ учебниковъ по акушерству, и, при своемъ строго опредѣленномъ изложеніи, рѣзко очерченныхъ показаніяхъ и точно описанныхъ методахъ леченія, она, безъ сомнѣнія, будетъ принята сочувственно учащимися».

Ту-же мысль, но еще болѣе рѣзко, высказываетъ приватъ-доцентъ Лёлейнъ, бывший студентомъ одного изъ старшихъ курсовъ въ эпоху выхода въ свѣтъ учебника Шредера.

«Студентъ», говоритъ Лёлейнъ, «только что прочитавшій учебникъ общей хирургіи Бильрота или возвратившійся съ курса Вирхова или изъ клиники Траубе, знакомясь съ акушерствомъ по руководству Негеле, нѣсколько напоминавшему учебникъ для повивальныхъ бабокъ, чувствовалъ какъ-бы болѣе низкое положеніе этой специальности въ ряду другихъ медицинскихъ наукъ».

Книга Шредера, своимъ чисто научнымъ изложеніемъ, основаннымъ на тщательномъ изученіи данныхъ анатоміи, физиологіи и патологической анатоміи, отвѣчала вполне потребностямъ времени, и потому неудивительно, что была принята необыкновенно сочувственно. Въ теченіи 16 лѣтъ она выдержала 9 изданій, по 5.000 экземпляровъ каждое, и была переведена почти на всѣ европейскіе языки. Къ чести автора нужно добавить, что

каждое новое издание, благодаря помощи Г. Фейта и К. Руге, являлось вполне исправленным и дополненным новыми данными, как самостоятельными, так и почерпнутыми из литературы всех стран.

В 1876 г. Шредеръ удостоился самой высокой чести, о которой может мечтать германскій профессоръ. Онъ былъ вызванъ въ Берлинъ на мѣсто умершаго Э. Мартина. и съ этого времени начинается послѣдній и наиболѣе блестящій періодъ его дѣятельности.

Найдя въ столицѣ Германіи громаднѣйшій гинекологическій матеріалъ, какого и не могло быть въ Эрлангенѣ, Шредеръ отдался весь только что начинавшему прививаться въ Германіи новому направленію современной гинекологіи, именно оперативному. Еще незадолго до того времени, успѣхи, полученные на этомъ поприщѣ въ Англіи и въ Америкѣ, казались едва-ли когда-либо достижимыми въ Германіи. Кѣмъ-то высказано было даже мнѣніе, что оваріотоміи въ рукахъ Спенсеръ-Уэллса и другихъ англійскихъ хирурговъ только потому давали результаты, считавшіеся въ то время блестящими — около 25% смертности. — что англичанки, благодаря своему крѣпкому организму, могли переносить такіа хирургическія травмы въ брюшной полости, на которыя никогда не окажутся способными нѣмки и женщины другихъ національностей. Успѣхи Симона, Ольсгаузена и Хегара значительно измѣнили дѣло, но Шредеру первому удалось доказать, что, при рациональномъ примѣненіи антисептики, хирургія брюшной полости въ Германіи могла не только сравняться по своимъ исходамъ съ результатами, полученными въ Англіи, но даже значительно превзойти ихъ. Кромѣ этого капитальнаго факта, заслуги Шредера въ оперативной гинекологіи заключаются въ упрощеніи техническихъ приѣмовъ и набора инструментовъ при оваріотоміи и далѣе — въ разработкѣ техники надвлагалищной ампутаціи шейки матки, полной экстирпаціи матки, міоматоміи etc Въ методахъ, предложенныхъ Шредеромъ, поражаетъ смѣлость и простота приѣма, какъ, напр., при суправагинальной ампутаціи, и рациональное обоснованіе методовъ на началахъ анатомическихъ и физиологическихъ, какъ, напр., при внутрибрюшинномъ методѣ міоматоміи.

Своею надвлагалищною ампутаціею матки и логически выте-

кающею изъ нея полною экстирпаціею матки черезъ влагалище, Шредеръ не только принесъ большую пользу гинекологіи, но и оказалъ важныя услуги всему страждущему человечеству въ борьбѣ съ однимъ изъ наиболѣе грозныхъ заболѣваній женскаго полового аппарата — ракомъ матки.

Въ Берлинѣ Шредеръ началъ группировать вокругъ себя школу. Богатый матеріалъ клиники далъ возможность большому числу ассистентовъ, кромѣ практическаго обученія акушерскому дѣлу, предаться и спеціальной разработкѣ многихъ научныхъ вопросовъ акушерства и гинекологіи. Краснорѣчивымъ доказательствомъ энергической и неутомимой дѣятельности Шредеровской школы служатъ 13 томовъ журнала «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie», издававшася подъ главнымъ редакторствомъ Шредера и наполненнаго, по преимуществу, работами самого Шредера и его учениковъ. Протоколы засѣданій Берлинскаго акушерскаго Общества, котораго Шредеръ былъ предсѣдателемъ, поочередно съ Гуссеровымъ, въ теченіи 11 лѣтъ, тоже представляютъ почти непрерывный списокъ работъ, сообщеній, съ демонстраціями больныхъ и препаратовъ, какъ самого Шредера, такъ и его учениковъ.

Изъ числа сообщеній и работъ Шредера отмѣтимъ слѣдующія: (по списку Лёлейна): аденома тѣла матки (1876), участіе въ извѣстной комиссіи по вопросу о предупрежденіи родильной горячки, избранной по его почину (1877), полное вырѣзываніе шейки матки при ракъ (1878), полная экстирпація матки при ракъ (1880), отчетъ о 250 оваріотоміяхъ (1881) и еще нѣсколько сообщеній о техникахъ оваріотоміи и міоматоміи, о кровавомъ расширеніи канала шейки (1878), о вагинизмѣ (1879), объ оперативномъ леченіи тазовыхъ абсцессовъ (1881), о полномъ удаленіи влагалища при ракъ и о вылуценіи междуточныхъ міомъ (1883), о дисменоррейномъ эндометритѣ (1884), объ оперативномъ леченіи зуда наружныхъ дѣтородныхъ частей (1884), о непрерывномъ кѣтъ-гутовомъ швѣ при пластическихъ операціяхъ (1885), объ общемъ воспаленіи брюшины не инфекціоннаго характера (1886). Изъ работъ по акушерству упомянемъ: о леченіи предлежащаго дѣтскаго черепа, о воспаленіи почекъ у беременныхъ, о вѣматочной беремености, о веденіи послѣдоваго періода родовъ, объ анестезіи во время родовъ, объ этиологии воспаленій грудной железы, о предупрежденіи бленнорройнаго воспаленія глазъ у новорожденныхъ и, наконецъ, два его послѣдніе капитальные труда: о физиологіи періода изгнанія и послѣдоваго періода, и анатомическая работа, произведенная при содѣйствіи Гофмейера, К. Руге и Штрапа — матка во время беременности и родовъ (Der schwangere und kreisende Uterus. Bonn 1886), съ великолѣпнымъ атласомъ рисунковъ.

Сверхъ того Шредеръ принималъ дѣятельное участіе и въ

засѣданіяхъ другихъ учёныхъ обществъ Берлина, а также и на ежегодныхъ съѣздахъ германскихъ врачей и естествоиспытателей. Изъ числа учениковъ его — Гофмейеръ и Фроммель — занимаютъ уже нынѣ самостоятельныя кафедры; нѣсколько другихъ преподаютъ акушерствѣ, въ качествѣ привать-доцентовъ, въ Берлинѣ и другихъ университетскихъ городахъ.

Наибольшіхъ размѣровъ достигла клиническая и преподавательская дѣятельность Шредера съ постройкою новаго зданія для клиники (1882). Новая Берлинская акушерско-гинекологическая клиника представляетъ безспорно наилучшее изъ существующихъ нынѣ учреждений этого рода. Она возведена по проекту Шредера, стоила очень большой суммы денегъ и выстроена даже съ роскошью, которую нѣкоторые ставятъ въ упрекъ строителямъ. Шредеръ въ своей рѣчи, произнесенной при открытіи клиники, мотивировалъ эту, какъ-бы излишнюю роскошь, слѣдующими прекрасными словами: «я считаю въ высокой степени желательнымъ, чтобы учащіяся, вступая въ самостоятельную практическую дѣятельность, нерѣдко весьма прозаическую, сохраняли въ своей памяти извѣстное идеальное впечатлѣніе отъ науки, даже во внѣшнихъ формахъ ея проявленія, и чтобы этотъ чистый идеалъ былъ ихъ руководителемъ во всей ихъ будущей дѣятельности».

Берлинская акушерская клиника скоро сдѣлалась центромъ, куда стекались отовсюду врачи, желавшіе усовершенствовать свои познанія по акушерству и гинекологіи. Громадность матеріала клиники видна изъ того, напр., что въ короткое время опубликованы статистическія данныя о 210 случаяхъ радикальныхъ операций рака матки, о 135 міоматоміяхъ, о 100 чревосѣченіяхъ при злокачественныхъ новообразованіяхъ яичника и т. д. — матеріаль едва-ли гдѣ либо находящійся въ распоряженіи одной клиники или когда либо преископавшійся въ однѣхъ рукахъ. Для посѣщающихъ клинику, въ томъ числѣ и для пишущаго эти строки, не было особенной рѣдкостью видѣть въ одно утро 3 чревосѣченія. При томъ надо замѣтить, что этотъ колоссальный матеріаль тщательно разрабатывался, какъ въ клиническомъ, такъ и въ патолого-анатомическомъ отношеніи.

Личность руководителя клиники не мало способствовала распространенію и укорененію ея славы. Всегда привѣтливый, хо-

та и серьезный, честный и прямодушный, неутомимый и аккуратный, хороший администраторъ и прекрасный лекторъ — онъ сразу завоевывалъ симпатіи лицъ, посѣщавшихъ клинику. Дѣятельности его надо было удивляться. При колоссальномъ оперативномъ матеріалѣ, при громадной частной практикѣ и трудахъ по преподаванію и веденію образцовой и обширной клиники, онъ находилъ время и для самостоятельныхъ работъ своихъ собственныхъ и ассистентовъ, обнаруживая при этомъ изумительную свѣжесть ума и силу мысли, свойственную только натурамъ, одареннымъ недюжиннымъ талантомъ. Его лекціи были краснорѣчивы, но краснорѣчіе не было основано только на искусственныхъ внѣшнихъ формахъ рѣчи и дикціи, нерѣдко въ ущербъ истинѣ; напротивъ того, рѣчь его, совершенно простая и безискусственная, невольно приковывала все вниманіе слушателя силою доводовъ, строгою послѣдовательностью, полнымъ объективизмомъ къ мнѣніямъ другихъ, а, главное, неподкупною логикою. Это была рѣчь вполне убѣжденнаго, много видѣвшаго и много размышлявшаго человѣка и притомъ вполне гуманнаго врача, друга страждущаго человѣчества.

Напряженная работа и изумительная дѣятельность, которую проявлялъ Шредеръ, вскорѣ подкосили его крѣпкое здоровье. Уже съ лѣта 1885 года стали замѣчаться припадки слабости пульса и другія неправильности сердечной дѣятельности, мѣшавшія иногда ему оперировать. Однако, общее состояніе здоровья, а вмѣстѣ съ тѣмъ и страсть къ работѣ оставались прежними, и никто не подозрѣвалъ столь скоро грозившей опасности. Еще 14 Января 1887 года Шредеръ дѣлалъ интересный докладъ въ акушерскомъ обществѣ; недѣлю спустя онъ уже слегъ въ постель и черезъ 16 дней отъ начала болѣзни скончался 7-го Февраля 1887 г. Болѣзнь не была распознана при жизни, а при вскрытіи, произведенномъ Вишковымъ, обнаруженъ старый, не менѣе года существовавшій абсцессъ въ мозгу, вскрывшійся въ правый боковой желудочекъ; кромѣ того, найденъ старый, инкапсулированный абсцессъ у корня бронховъ, вскрывшійся въ пищеводъ. Происхожденіе этихъ абсцессовъ осталось невыясненнымъ, но было высказано подозрѣніе о вѣроятной связи ихъ съ септическимъ зараженіемъ, чрезъ соединительную оболочку глазъ, развившемся у Шредера еще за

нѣсколько лѣтъ предъ тѣмъ отъ инфекціи конъюнктивы, происшедшей при операціи вскрытія ихорознаго тазоваго абсцесса.

Вѣсть о неожиданной смерти Шредера поразила всѣхъ истинныхъ друзей науки и была встрѣчена съ глубокой скорбью. Онъ погибъ на 49 году жизни, въ полномъ цвѣтѣ силъ и на высотѣ научной дѣятельности. Безспорно, имя его не будетъ забыто въ исторіи акушерства, но при тѣхъ счастливыхъ условіяхъ, при которыхъ работалъ покойный, при его талантѣ и энергіи, можно было-бы ожидать отъ него разрѣшенія еще многихъ трудныхъ научныхъ проблемъ!

Изъ памяти всѣхъ лично знавшихъ покойнаго, безъ сомнѣнія, никогда не изгладится его симпатичный обликъ.

Г. Рейнь.

грудь, вскрываютъ такимъ образомъ какое-нибудь межреберное пространство. (Если-бы въ какомъ-нибудь совершенно исключительномъ случаѣ выпавшая и сильно распухшая ручка служила помѣхою, то ее предварительно экзартикулируютъ въ плечевомъ суставѣ помощью крѣпкихъ ножницъ. Если, однако, возможно, то должно стараться сохранить выпавшую ручку, потому что вслѣдствіе удаленія ее лишаютъ себя весьма хорошей рукоятки при извлеченіи). Послѣ этого удаются пальцемъ на стюльмы раздвинуть ребра, чтобы проникнуть въ грудную полость нѣсколькими пальцами, которыми и удаляютъ содержащіяся въ ней органы. Изъ грудной полости, черезъ грудобрюшную преграду, проникаютъ въ брюшную полость, или-же проникаютъ въ нее черезъ отверстіе, сдѣланное прямо на брюхѣ, и такимъ образомъ удаляютъ брюшные органы. По удаленіи органовъ изъ грудной и брюшной полости, можно поступать различнымъ образомъ. Поворотъ на ножки и послѣ эвентраціи представляетъ еще значительныя трудности, и въ немъ, кромѣ того, нѣтъ никакой настоящей необходимости. Гораздо лучше въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ плечико стоитъ высоко, стянуть тазовой конецъ помощью пальцевъ или-же, если нужно, помощью крючка или краниокласта¹⁾ въ тазовой каналъ, подражая такимъ образомъ тому, что происходитъ при произвольномъ поворотѣ (*versio spont.*). Если-же плечо вколочено въ тазъ и ручка выпала, то стараются подражать тому, что происходитъ при произвольномъ самоизворотѣ (*evolut. spont.*), т. е. оттягиваютъ плечо какъ можно ниже и притомъ въ сторону противоположную той, въ которой находится тазъ, и затѣмъ тазовой конецъ извлекаютъ по груди младенца²⁾). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно, по совѣту *Michaelis*'а, сломать позвоночный столбъ и извлекать младенца *conduplicato corpore*, т. е. сначала грудь вмѣстѣ съ брюхомъ и затѣмъ уже головку вмѣстѣ съ ягодицами.

Разъединеніе тѣла поперечно лежащаго плода на двѣ части, въ большинствѣ случаевъ, заслуживаетъ предпочтеніе передъ экзентераціей. Если шея младенца хорошо доступна, то указанная цѣль лучше всего достигается путемъ обезглавленія (*decapitatio*). Если при этомъ ручка выпала, то тянутъ за нее крѣпко внизъ, чтобы еще болѣе приблизить шею, затѣмъ обхватываютъ послѣднюю крючкообразно согнутымъ пальцемъ или же, въ случаѣ нужды, тупымъ крючкомъ, и нѣсколько разъ оттягиваютъ ее внизъ, т. е. къ выходу таза. По исполненіи этого, нетрудно бываетъ ввести, подъ защитою одного или двухъ пальцевъ, обхватывающихъ шею, искривленныя по поверхности ножницы, причемъ короткими ударами разрѣзаютъ мягкія части шеи и позвоночный столбъ.

C. Braun изобрѣлъ свой декапитаціонный крючокъ (см. ф. 97), назначенный для того, чтобы помощью скручиванія отдѣлять го-

¹⁾ См. *Barnes*'а, *Obst. oper.* 2. ed. p. 216. — ²⁾ *Veit*, *M. f. G. V.* 18. p. 457.

ловку отъ туловища. Инструментъ этотъ состоитъ изъ стального стержня, имѣющаго внизу поперечную рукоятку и оканчивающагося сверху крючкомъ, изогнутымъ подь острымъ угломъ и снабженнымъ пуговкою. Сдѣлавши шею плода доступною по вышеупомянутому способу, крючекъ вводятъ подь защитою руки, заводятъ на шею и фиксируютъ посредствомъ нѣсколькихъ сильныхъ трапцій. Поворачивая нѣсколько разъ крючокъ въ извѣстномъ направленіи, причемъ не перестаютъ потягивать имъ книзу, достигаютъ того, что головка отдѣляется отъ туловища. На основаніи сдѣланныхъ до сихъ поръ наблюденій, обнимающихъ болѣе 70 случаевъ, крючокъ *Braun'a* заслуживаетъ особеннаго вниманія ¹⁾.



Фиг. 97. Крючокъ Брауна.

Кромѣ того, для декапитациі было предложено еще множество другихъ инструментовъ и изъ нихъ, по *Stiebel'ю* младш. ²⁾ и *Mann'у* ³⁾ экрасеръ заслуживаетъ наиболѣе преимущества. *Kidd* ⁴⁾ рекомендуетъ отпиливать головку помощью шнура, обведеннаго вокругъ шеи, а *Wright* ⁵⁾—помощію проволоки.

По отдѣленіи головки отъ туловища, послѣднее извлекается безъ всякаго труда за ручку или-же помощью крючка. Извлечение отдѣленной головки, если тазъ не очень суженъ, также не представляетъ особенныхъ затрудненій. Если головка не изгоняется сама собою потугами, то, при нормальныхъ отношеніяхъ со стороны таза, ее удаляютъ помощью наружнаго давления, подобно тому, какъ это дѣлается съ послѣдомъ, или-же вводятъ руку и извлекаютъ, захвативъ ее за нижнюю челюсть, или-же за глазныя впадины и основаніе черепа. При высокой степени суженія таза извлечение головки можетъ представить значительныя затрудненія, однако ихъ всегда можно преодолѣть, если къ потягиванію за нижнюю челюсть присоединить давленіе снаружи; это удается тѣмъ болѣе, что мозгъ при этомъ вытекаетъ чрезъ затылочную дыру. Если-бы извлечение при этихъ условіяхъ не удалось, то перфорируютъ фиксированную снаружи головку и затѣмъ снова приступаютъ къ извлеченію ея. Если-бы и послѣ этого нельзя

¹⁾ *G. Braun*, Wien. Med. Wochenschr. 1861. № 45—50; 1862. № 5, 11, 12, 23; 1864. № 2; 1866 № 102—104. — *E. Meissner*, 1867. № 59 и 60. — *Küneke*, Schuchardt's Zeitschr. f. pract. Heilkunde. 1864. H. 1; M. f. G. B. 25. p. 368; B. 28. p. 59 и *Wessels*, Ueber Embryotomie etc. D. i. Götting. 1869; — *Haake*, Schmidt's Jahrb. B. 135. p. 187. — *Schwarz*, Wien. medic. Presse. 1870. № 45. — *Huber*, Bair. ärztl. Intell. 1873. p. 305. Не смотря на нападки *Küstner'a* (Centr. f. Gyn. 1880. 8), предложившаго новый *Шумлевскій* серповидный ножъ для эмбриотоміи, вездѣ, въ особенности въ Вѣнѣ, вновь раздался голоса въ пользу декапитационнаго крючка *Braun'a*, за его удобопримѣнимость и безопасность (*Pawlik*, Archiv f. Gyn. XVI. p. 452. — *Schauta*, Wien. med. Woch. 1880. 32. — *Bidder*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI. 2). — ²⁾ M. f. G. B. 28. p. 68. — ³⁾ Centr. f. Gyn. 1882. № 21. — ⁴⁾ Dublin. quart. J. May 1871. p. 383 и Amer. J. of Obst. IV. p. 742. — ⁵⁾ Obst. J. of Great Britain. October. 1874. p. 425.

было извлечь головки, то прибѣгаютъ къ помощи краниокласта¹⁾, причемъ одна вѣтвь ихъ вводится чрезъ сдѣланное предварительно отверстіе въ полость черепа, или-же накладываютъ кефалотрибъ и притомъ такимъ образомъ, чтобы ложки его помѣстились въ наименьшемъ размѣрѣ таза, и затѣмъ приступаютъ къ извлеченію головки.

Если шейка, при поперечномъ положеніи плода, не легко доступна, то раздѣленіе плода предпринимается на подлежащей части туловища, т. е. дѣлаютъ спондилотомію по *Simpson*'у²⁾. Для этой цѣли крѣпкими ножницами *Siebold*'а разрѣзываютъ позвоночный столбъ и мягкія части и потомъ извлекаютъ одну и затѣмъ другую половину туловища.

Кесарское сѣченіе.

Литература: *François Rousset*, Traité nouveau de l'hysterotomotokie ou enfantement césarien etc. Paris 1581, на латинскомъ языкѣ издано *Caspar Bauhin*'омъ, 1586. — *Simon*, Mém. de l'acad. de chir. T. I. Paris 1743. p. 623 и T. II. 1753. p. 308. — *Levet*, Suite des observ. etc. Paris 1751. p. 237. — *Lauverjat*, Nouv. méth. de prat. l'opér. césar. etc. Paris 1788, на нѣмецкомъ языкѣ издано *Eysold*'омъ, Leipzig 1790. — *G. W. Stein*, Kleine Schriften. Marburg 1798. p. 205. — *Graefe*, Graefe u. Walther's J. f. Chir. 1826. B. IX. p. 1. — *Schenk*, Siebold's Journ. 1826. B. V. p. 461. — *Michaelis*, Geb. Abhandlungen. Kiel 1863. p. 34. — *Winckel*, M. f. G. B. 22. p. 40. — *Harris*, Amer. J. of Obst. IV. p. 409 и 622 и Amer. J. of the med. sciences. Jan. 1879. — *Radford*, Observ. on the cesarian sect. London 1880. — *Porro*, Della amputazione utero-ovarica etc. Milano 1876. — *Spaeth*, Wiener med. Woch. 1878. № 4. — *C. Braun*, e. l. 1879. № 2 и 1883. № 45 и 46. — *P. Müller*, Corresp.-Bl. f. Schweizer-Aerzte 1878. — *Litzmann*, Centrabl. f. Gyn. 1879. № 1. — *Breisky*, Arch. f. Gyn. B. XIV. p. 102. — *C. Braun*, Wien. med. Woch. 1879. № 12 etc. — *Imbert de la Touche*, De l'amputation utero-ovarique Paris 1878. — *Wasseige*, De l'opération Césarienne etc. Bruxelles 1878. — *Mangiagalli*, Annali d'ostetricia. Sett. 1879 и 1883—1884. — *Maygrier*, Etude sur l'opération de Porro. Paris 1880. — *Schlemmer*, die Porro-Operation. Stuttgart 1880. — *Harris*, Amer. Journ. of med. sc. July. 1880. — *Levy*, Wiener Klinik. Nov. Dec. 1880. — *Zweifel*, Arch. f. Gyn. XVII. p. 355. — *G. Veit*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. V. p. 256. — *Nicolini*, Annali univ. di med. 1881. Vol. 257. — *Werth*, Arch. f. Gyn. B. XVIII. p. 293. — *P. Müller*, Der moderne Kaiserschnitt. Festschrift. Berlin 1882 и Intern. Congress zu Copenhagen. См. Arch. f. Gyn. B. XXIV. H. 2. — *Saenger*, Der Kaiserschnitt bei Uterus-fibromen etc. Leipzig 1882; Beitr. z. Geb. und Gyn. Festschrift. Leipzig 1881; Arch. f. Gyn. B. XIX. p. 370. B. XX. p. 296 и Bd. XXVI. p. 163. — *Kehrer*, Arch. f. Gyn. B. XIX. p. 177. — *Leopold*, Arch. f. Gyn. B. XIX. p. 400. — *Fehling*, Arch. f. Gyn. B. XX. p. 399 и *Volkmann*'s Samml. klin. Vortr. № 248. — *Kabierske*, Centr. f. Gyn. 1883. № 18 и 19. *Fischel*, Prager med. Woch. 1883. I. — *Garrigues*, Amer. J. of Obst. April—Jun. 1883. — *Godson*, Brit. med. J. Jan. 26. 1884 и Jan. 17. 1885.

Истор. замѣч. Кесарское сѣченіе на мертвыхъ производилось уже въ древности. Первый несомнѣнный случай производства этой операціи на живой относится къ началу 17 вѣка. Хотя и нельзя отвергать, что въ Талмудѣ говорится о «*Jotze Dofan*», т. е. о родахъ чрезъ брюшныя стѣнки, съ счастливымъ исходомъ для матери и младенца, тѣмъ не менѣе не доказано вполне точно, чтобы эта операція дѣйствительно была произведена на живой женщинѣ³⁾.

¹⁾ См. *Barnes*, Obst. oper. 2. ed. p. 222. — ²⁾ Sel. Obst. Works. I. 1871. p. 502; см. *Affleck* and *Macdonald*, Edinb. med. J. July 1872 и *Pinard*, l. c.—³⁾ Подробности объ этомъ спорномъ пунктѣ см. у *Mannsfeld*'а, Ueber das Alter des Bauch- und Gebärmutter-schnitts an Lebenden. Braunschweig 1824; — *Fulda Siebold*'а, J. B. VI. p. 1; — *Israëls*'а, Coll. gynæc. etc. Gron. 1845. и *Siebold*'а раз-

И тѣ случаи кесарскаго сѣченія, которые дошли до насъ изъ XVI-го столѣтія, не заслуживаютъ довѣрія, такъ-какъ они частью очевидно невѣрны, или изложены очень не точно, частью-же представляютъ ни что иное, какъ случаи лапаротоміи при вѣматочной беременности. Такъ, ни одинъ изъ 15-ти случаевъ, приводимыхъ *Rousset* и *Bauhin*'омъ, не выдерживаетъ строгой критики, хотя сочиненіе *Rousset* и имѣетъ ту заслугу, что оно обратило всеобщее вниманіе на кесарское сѣченіе на живыхъ. Большая часть случаевъ, такъ называемаго, кесарскаго сѣченія того времени (какъ напр. случай мясника *Nufer*'а надъ его собственной женой, въ 1500 году, случай, рассказанный *Bauhin*'омъ, а также и тотъ, который сообщаетъ *Nicolaus Nicolus* изъ Флоренціи и произведенный, по *Doering*'у, надъ одной женщиной въ Neisse, въ 1531 году, случай, бывший, по *Donat*'у, въ 1540 году въ Италіи, случай произведенный *Paul*'омъ *Dirlewang*'омъ надъ *Marg. Volzezer*, въ 1549 году, случай *Primerose*'а 1595 года и многіе другіе) положительно представляютъ лишь операціи при вѣматочной беременности. Первый, вполне несомнѣнный случай кесарскаго сѣченія (laparohysterotomia) — это хирурга *Trautmann*'а въ Виттенбергѣ, который приводятъ *Tandler*, *Sennert* и *Doering*, оперированный имъ въ 1610 году, при грыжѣ беременной матки¹⁾. Много, однакоже, прошло времени, пока эта новая героическая операція была принята всѣми, и потребовались усилія многіхъ знаменитыхъ акушеровъ для того, чтобы до нѣкоторой степени выяснитъ показанія къ этой операціи. Только лишь стараніямъ *Levret*'а во Франціи и *Stein*'а старшаго въ Германіи, удалось поставить кесарское сѣченіе на живыхъ на твердую почву, и хотя *Sacombе*, во время французской революціи, съ своею *école anticésarienne* и предпринялъ сумасбродный походъ противъ этой операціи, однако всѣ нападки привели лишь къ тому, что показанія къ этой операціи получили нѣкоторое ограниченіе и усовершенствовалась техническая сторона ея.

Что касается до методовъ операціи, то въ настоящее время употребляется только лишь одинъ разрѣзъ по бѣлой линіи (способъ *Deleurye*), предложенный для кесарскаго сѣченія на мертвыхъ уже Петромъ *de la Cerlata* въ 1410 году и, какъ наиболѣе естественный, производился по всей вѣроятности еще и до него. *Guy de Chauliac*, въ 1363 году, а за нимъ *Eucharius Roeslin*, въ 1513 году, предлагали, чтобы не поранить печени, производить разрѣзъ на лѣвой сторонѣ, *Rousset* — на правой или лѣвой, тогда какъ *Levret* совѣтовалъ вскрывать ту сторону, въ которой помѣщается матка. Боковой разрѣзъ можно еще иногда допустить по какимъ либо особеннымъ причинамъ, остальные же способы, какъ-то: поперечный разрѣзъ по *Lawverjat*, діагональный по *Stein*'у младшему, совершенно оставлены. Въ послѣднее время *Porro* возбудилъ оживленный споръ, еще и теперь не доведенный до конца, тѣмъ, что онъ первый произвелъ на живой женщинѣ кесарское сѣченіе, съ удаленіемъ матки и придатковъ ея. Цѣль операціи по *Porro* заключается въ томъ, чтобы избѣгать главныхъ опасностей стараго кесарскаго сѣченія, именно кровотеченія и септического воспаления брюшины со стороны полости матки.

Помощью кесарскаго сѣченія — *sectio caesarea* — извлекается плодъ изъ тѣла матери чрезъ новый, искусственно проложенный путь посредствомъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ и матки.

Такъ-какъ операція эта даже и теперь сопряжена съ большою

боръ этого сочиненія въ *Schmidt's Jahrb.* 1846. В. 49. р. 365; затѣмъ *Reich*'а, *Spiegelberg*'а и *Israëls*'а, *Virchow's Archiv* В. 35. р. 365 и 480 и В. 36. р. 290. — *Rawitzki*, *Virchow's Arch* Bd. 80. Heft 3 и Bd. 86. р. 240 и Bd. 95 р. 485. (Объясненіе этого мѣста въ талмудѣ, какъ роды черезъ центральный разрѣвъ промежности ни въ какомъ случаѣ не можетъ считаться вѣрнымъ) и *Kotelmann* тамъ-же Bd. 84. р. 164 и Bd. 89. р. 377. — ¹⁾ Подробнѣе объ этомъ см. *Wachs*'а, *Der Wittenberger Kaiserschnitt von 1610.* Leipzig 1868.

опасностью для матери, то слѣдуетъ строго ограничивать показанія къ ней, если она производится на живой.

Кесарское съченіе показано:

1) Когда роды естественнымъ путемъ (живѣ-ли плодъ или нѣтъ) или вовсе не возможны, или сопряжены съ бѣльшею опасностію, нежели та, которую влечетъ за собою кесарское съченіе.

Это случается почти исключительно при неправильностяхъ таза, чаще всего при тазахъ, измѣненныхъ вслѣдствіе англійской болѣзни (rachitis) и размягченія костей (osteomalacia). Сюда же должно причислить тѣ рѣдкіе случаи, когда тазъ бываетъ запруженъ большими опухолями, которыхъ нѣтъ возможности ни уменьшить, ни исправить. Изъ суженій мягкихъ частей только сильно развѣвшееся раковое перерожденіе маточной шейки можетъ подавать поводъ къ кесарскому съченію; такъ какъ здѣсь роды естественнымъ путемъ даже и уменьшеннаго въ объемѣ младенца всегда въ высшей степени опасны для матери и такъ какъ, жертвуя младенцемъ, мы отсрочиваемъ смерть матери лишь на короткое время, — то это показаніе къ кесарскому съченію, при живомъ младенцѣ, заслуживаетъ серьезнаго вниманія (см. ниже въ патологій родовъ).

2) Когда при живомъ плодѣ роды *per vias naturales* невозможны безъ пожертвованія жизнию младенца, и мать желаетъ операци. О показаніи къ операци кесарскаго съченіа, когда эта операци предпринимается для спасенія младенца, при угрожающей вскорѣ смерти матери, будетъ сказано въ главѣ о кесарскомъ съченіи *post mortem* (см. ниже, въ патологій беременности, прибавленіе).

Въ настоящее время очень трудно установить на сколько слѣдуетъ расширять показанія для операци кесарскаго съченіа, при тѣхъ новѣйшихъ усовершенствованіяхъ, которымъ оно несомнѣнно подверглось. Это тѣмъ болѣе представляется затруднительнымъ, что предсказаніе при операци кесарскаго съченіа чрезвычайно измѣняется. Прогнозъ, главнымъ образомъ, зависитъ отъ того, попадаютъ-ли инфекціонныя зародыши при операци или нѣтъ. Если мы теперь въ состояніи позаботиться о томъ, чтобы инфекція во время операци не было занесена извнѣ, то все-таки мы не властны надъ инфекціоннымъ веществомъ, находящимся уже внутри родового канала. Поэтому предсказаніе при кесарскомъ съченіи у роженицъ, у которыхъ уже появились первоначальные симптомы зараженія, почти абсолютно неблагоприятно. Также нужно съ осторожностію ставить прогнозъ у всѣхъ роженицъ, у которыхъ роды продолжались извѣстное время и которыхъ подвергались изслѣдованіямъ. Вслѣдствіе этого ограниченія, которое необходимо принимать въ соображеніе, должно быть исключено большое число случаевъ, совершенно годныхъ въ другихъ отношеніяхъ для кесарскаго съченіа. Съ другой стороны отецъ и мать въ большинствѣ случаевъ скорѣе согласятся на перфорацию ребенка, если имъ будетъ поставленъ вопросъ, перфорировать-ли живое дитя, или самой матери,

для спасенія его, подвергнуться кесарскому сѣченію, сопряженному всегда съ не малою опасностію. Оперировать слѣдуетъ по возможности раньше, лучше всего въ самомъ началѣ или даже до начала потужной дѣятельности, такъ какъ тогда послѣ надлежащей дезинфекціи влагалища можно разсчитывать на вполнѣ асептической родовой каналъ. Опасеніе, что матка, если операція будетъ произведена столь рано, не сократится надлежащимъ образомъ послѣ опорожненія, не должно быть принимаемо во вниманіе.

Сама операція въ настоящее время производится вообще такимъ же образомъ, какимъ производятъ лапаротомію въ другихъ случаяхъ. Прежде всего слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на тщательную дезинфекцію комнатъ и всѣхъ инструментовъ, а также самого оперирующаго и его ассистентовъ.

Нахлороформировавъ роженицу, отодвигаютъ въ сторону петли кишки, лежація впереди матки, фиксируютъ послѣднюю такимъ образомъ, чтобъ бѣлая линія раздѣляла ее пополамъ (такъ-какъ при очень значительныхъ сжуженіяхъ таза матка часто имѣетъ рѣзко выраженное косое положеніе, то должно тщательно наблюдать за тѣмъ, чтобъ разрѣзъ не пришелся по одному изъ боковъ ея); ассистентъ фиксируетъ матку въ этомъ положеніи и притомъ такъ, чтобъ брюшные покровы надъ нею были напряжены. Опороживъ пузырь катетеромъ, дѣлаютъ разрѣзъ кожи по бѣлой линіи, начиная отъ пупка, и продолжаютъ его внизъ на столько, чтобъ не поранить мочевого пузыря. Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ производятъ послойно и, дойдя до брюшины, вскрываютъ брюшную полость, послѣ чего матка, плотно охваченная руками ассистента и прижимаемая имъ къ брюшнымъ покровамъ выпячивается въ рану. Въ случаѣ, если сальникъ лежитъ на маткѣ, то его отодвигаютъ за брюшные покровы; кишечныя петли при этомъ не показываются. Теперь увеличиваютъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ по направленію вверхъ настолько, чтобы можно было извлечь матку изъ брюшной полости. Затѣмъ накладываютъ эластическій жгутъ на нижній сегментъ матки ниже предлежащей части и крѣпко завязываютъ его. Наконецъ, вскрываютъ полость матки по срединѣ продольнымъ разрѣзомъ; какъ только разрѣзъ доведенъ до такой глубины, что показались плодный пузырь или части младенца, то удлиняютъ разрѣзъ настолько, чтобы можно было произвести извлеченіе ребенка за ножку или за головку.

Перевязавъ и перерѣзавъ пуповину, младенца передаютъ бабкѣ. Послѣдъ отдѣляется вслѣдствіе сокращеній матки и легко удаляется чрезъ рану: если онъ приросъ въ какомъ либо мѣстѣ, то его осторожно отдѣляютъ ¹⁾).

¹⁾ *Wigand* предлагалъ не отдѣлять послѣда чрезъ рану, а дать ему извергаться *per vias naturales*. Дѣлая это предложеніе, онъ имѣлъ въ виду, чтобы скорѣе можно было зашивать брюшную рану, чтобы кровь при отдѣленіи послѣда не попала въ полость брюшины и чтобы въ маточной ранѣ не ущемлялись кишки.

По удаленіи младенца и послѣда, матка обыкновенно хорошо сокращается, такъ что мѣсто прикрѣпленія послѣда и края раны кровоточатъ мало. Рана значительно зияетъ, особенно въ наружныхъ слояхъ разрыванной маточной мускулатуры. Съ цѣлю сближенія краевъ раны, а также для того, чтобы въ дальнѣйшемъ теченіи выдѣленія изъ матки не затекали въ полость брюшины, слѣдуетъ наложить маточный шовъ. Но прежде, чѣмъ накладывать швы, слѣдуетъ очистить и вымыть всю полость матки крѣпкимъ (по крайней мѣрѣ 5%) растворомъ карболовой кислоты.

Когда это сдѣлано, то вводятъ въ полость матки дренажъ, снабженный поперечною перекладною, и рану матки зашиваютъ глубокими и поверхностными швами, расположенными въ нѣсколько этажей. Съ предложеніемъ *Saenger*'а можно вполне согласиться только въ томъ случаѣ, если брюшина не можетъ быть заворочена между краями раны. Тогда по *Saenger*'у резецируютъ часть *muscularis*, а брюшину отсепааровываютъ на столько, чтобы края ея сдѣлались свободными и ихъ можно было бы заворотить внутрь раны и поверхности сшить. Этотъ способъ уже далъ благоприятные результаты и, такимъ образомъ, дѣлаетъ всѣ сложные методы излишними ¹⁾.

Матка возможно хорошо зашита²⁾, вправляется въ брюшную полость; послѣдняя тщательно вычищается, затѣмъ закрываютъ брюшную рану по всей ея длинѣ швами, и накладываютъ Листеровскую повязку.

Прикрѣпленіе послѣда къ передней стѣнкѣ матки составляетъ весьма неприятную случайность при операци, потому что, производя разрывъ матки, попадаютъ на послѣдъ. Въ такихъ случаяхъ происходитъ очень сильное кровотеченіе, такъ что трудно бываетъ отличить тканъ по-

Для достиженія всѣхъ этихъ благоприятныхъ результатовъ *W.* совѣтовалъ укрѣпить пуповину на палочкѣ длиною въ 16 — 18" и вывести ее наружу чрезъ рукавъ. Въ Германіи предложеніе это было принято *Joerg*'омъ и *Stein*'омъ старшимъ, и во Франціи *Planche*'омъ и *Maygrier*'омъ; послѣдній придумалъ для этого даже особенный зондъ — *sonde à délivrance*. Несмотря, однако, на это, совѣту *Wigand*'а никто не послѣдуетъ въ настоящее время по той простой причинѣ, что, зашивъ предварительно рану и предоставивъ выдѣленіе послѣда силамъ природы, мы рискуемъ попасть въ очень неприятное положеніе, если послѣдъ окажется приросшимъ и его придется отдѣлять. Процедура эта можетъ оказать весьма неблагоприятное вліяніе на только что зашитую рану; кромѣ того, имѣя дѣло съ высшими степенями суженія таза, введеніе руки можетъ оказаться весьма затруднительнымъ, или даже совсѣмъ невозможнымъ. (См. объ этомъ у *Kilian*'а, *Die operat. Geburtsh. Aufl. 2 Bd. II. Bonn 1849. p. 756.* Г.)

¹⁾ *Spencer Wells*, med. Times 1865. 30. Sept. — *Rodenstein*, Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 577. — *E. Martin*, M. f. G. B. 23. p. 333. — *Olshausen*, Tagebl. d. Leipz. Naturf.-Vers. 1872. p. 179. — *R. Barnes*, London obst. Tr. XII. p. 364 и obst. op. 2 ed. 1871. p. 328. — *G. Veit*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. III. p. 45; — *Birnbaum*, Arch. f. Gyn. VII. p. 352. — *A. Martin*, Berl. klin. Woch. 1876. № 28. — *Valentini*, Gazz. delle cliniche. Nov. 1873. — *Sylvestri*, Arch. de tocologie. Mars. 1874. p. 189.

²⁾ Эластическій жгутъ снимается по наложеніи швовъ. Если шитая рана матки при этомъ кровоточитъ, то необходимо наложить нѣсколько дополнительныхъ швовъ. Р.

слѣда отъ ткани матки. Поэтому, должно ввести въ рану палець и, ошупавъ мягкую ткань послѣда, отдѣлить съ одной стороны послѣдъ и быстро извлечь младенца.

Послѣдовательное леченіе, какъ при всякой другой лапаротоміи, должно быть чисто симптоматическое. Рвота, появляющаяся обыкновенно вслѣдствіе хлороформирования, унимается лучше всего тѣмъ, что оперированной въ теченіе первыхъ двухъ дней не даютъ никакой пищи и питья (при мучительной жаждѣ даютъ кусочки льда). Катетеръ ставятъ только въ случаѣ дѣйствительной надобности; начиная съ 4-го дня, должно заботиться объ испражненіи на низъ, прибѣгая лучше всего къ клистирамъ съ касторовымъ масломъ. Повязка остается до десятаго дня, къ какому времени удаляются и швы.

При очень неблагоприятномъ предсказаніи, какимъ кесарское сѣченіе сопровождалось до настоящаго времени, операція *Porro* была принята восторженно большинствомъ акушеровъ. Операція эта состоитъ въ томъ, что по извлеченіи младенца отрѣзываютъ матку съ придатками ея въ области внутренняго зѣва и удаляютъ ее ¹⁾.

При выполненіи операціи *Porro* лучше всего поступить по правиламъ *Carl'a Braun'a*, который произвелъ наибольшее число наблюдений надъ этой операціею. *Braun* оперируетъ въ концѣ беременности до появленія потужной дѣятельности. Онъ, по предложенію *P. Müller'a*, извлекаетъ матку изъ брюшной полости, перевязываетъ ее эластическимъ жгутомъ, вскрываетъ матку, извлекаетъ изъ нея младенца и отрѣзываетъ матку съ ея придатками выше наложеннаго Бильротовскаго экрзера. Ножка вшивается въ нижній уголь раны (въбрюшинный способъ), и вся брюшная полость закрывается.

Вмѣсто въбрюшиннаго способа, можно оперировать по внутрибрюшинному. При внутрибрюшинномъ способѣ операція производится по правиламъ, которыхъ придерживаются при міомотоміи.

Теперь уже можно предполагать, что «консервативное кесарское сѣченіе» не будетъ вытѣснено радикальною операціею, какъ объ этомъ думали въ теченіе продолжительнаго времени. Новѣйшія наблюденія показали, что старый методъ, будучи выполненъ рационально, при не особенно неблагоприятныхъ условіяхъ, даетъ лучшіе результаты, чѣмъ операція *Porro*. Поэтому слѣдуетъ придерживаться взгляда, установившагося на этотъ вопросъ, что цѣлесообразная операція это— «консервативное кесарское сѣченіе», и что къ операціи *Porro* нужно приступать только на основаніи особенныхъ показаній.

Что касается до *laparo-elytrotomia* ²⁾, то еще нельзя рѣшить окончательно, слѣдуетъ-ли ее отнести къ числу всѣми признаваемыхъ

¹⁾ Ср. объ этомъ въ русской литературѣ: *Г. Рейнъ*. О замѣнѣ кесарскаго сѣченія вырѣзываніемъ беременной матки. Проток. Общ. Русск. Врачей въ Спб. 1876, 1878 и 1879 гг.; Еженедѣльн. Клин. Газ. 1880 г. и др.—²⁾ *Gaillard Thomas*, Amer. J. of Obst. Vol. III p. 125 и *Laparoelytrotomie*. New-York 1878; *Garrigues* on gastro-elytrotomie. New-York 1878 и Am. J. of Obst. Jan. 1883 и *Skene*, Amer. J. of Obst. 1877. p. 623; *Gillette*, Am. Journ. of Obst. Jan. 1880; *Hime*, Lancet 9. 11. 1878; *Edis*, Am. Journ. of med. sc. July 1878.

операций. Рекомендованная еще *Joerg'омъ* и *v. Ritgen'омъ* и послѣднимъ даже выполненная, она во всякомъ случаѣ заслуживаетъ полнаго вниманія; въ послѣднее время въ пользу этой операціи особенно высказался *Thomas* (1870). Для этой цѣли надъ правой Пупартовой связкою дѣлають косою разрѣзь, вытягиваютъ и вскрываютъ рукавъ, минуя при этомъ брюшину; пальцами, введенными въ сдѣланное отверстіе, расширяють его, дно матки отклоняють въ противоположную сторону, такъ что маточный зѣвъ и лежащая въ немъ часть младенца вставляются въ рану рукава. Затѣмъ накладываютъ щипцы или дѣлають поворотъ и извлекають младенца. Такимъ образомъ, младенецъ не проходитъ черезъ малый тазъ.

Примѣч. По новѣйшимъ статистическимъ даннымъ *Mayer'a* ¹⁾, при кесарскомъ сѣченіи въ различныхъ странахъ получены слѣдующіе результаты:

Изъ 480 оперирован. въ Англии	выздоров.	236,	умерло	244 = 50%
» 712	»	Германіи	» 332,	» 380 = 53%
» 344	»	во Франціи	» 153,	» 191 = 55%
» 11	»	въ Бельгіи	» 4,	» 7 = 63%
» 46	»	Италіи	» 5,	» 41 = 87%
» 12	»	Америкѣ	» 8,	» 4 = 33%

На 1605 оперированныхъ выздоровѣло 738, умерло 867 = 54%.

Къ такому-же результату, т. е. 54% смертности, пришелъ и *Michaelis* ²⁾, который на 258 случаевъ приводитъ 140 съ неблагопріятнымъ и 118 со счастливымъ исходомъ. *Kaiser* ³⁾ нашелъ на 338 случаевъ кесарскаго сѣченія 210 съ благопріятнымъ и только 128 случаевъ съ счастливымъ исходомъ, слѣдовательно, смертность, равняющуюся 62%. По сопоставленію *Harris'a* на 100 случаевъ, оперированныхъ въ Соединенныхъ Штатахъ, умерло 56 матерей.

Едва-ли можетъ подлежать сомнѣнію, что и эти результаты превышаютъ дѣйствительность; это объясняется тѣмъ, что случаи кесарскаго сѣченія съ благополучнымъ исходомъ для матери описываются въ большинствѣ случаевъ, тогда какъ много случаевъ съ несчастливымъ исходомъ не описываются вовсе. Поэтому, если принять смертность послѣ кесарскаго сѣченія въ прежнее время въ 80%, то цифра эта не будетъ слишкомъ высока.

Повтореніе операціи на одномъ и томъ-же субъектѣ не давало неблагопріятнаго результата; кажется даже, что предсказаніе при такихъ обстоятельствахъ благопріятіе (по *Kaiser'у* смертность = 29%). Кесарское сѣченіе производилось относительно часто на одномъ и томъ-же субъектѣ дважды, трижды очень рѣдко; но *Michaelis* произвелъ эту операцію съ благополучнымъ исходомъ надъ извѣстной *Adametz* ⁴⁾ даже четыре раза. При операціи въ послѣдній разъ, по случаю старыхъ срощеній, брюшная полость вовсе не была вскрыта. *Oettler*, въ Грейцѣ, рассказываетъ также одинъ случай ⁵⁾, въ которомъ онъ на одной рахитической швеѣ дѣлалъ кесарское сѣченіе съ благополучнымъ исходомъ четыре раза, и въ *Revue thégar.*, за 15 сентября 1870 г., сообщенъ подобный-же случай.

Что касается до младенцевъ, то они должны рождаться живыми, если они при началѣ операціи были вполнѣ жизнеспособны. До наложенія эластическаго жгута жизнь младенца, вслѣдствіе одной только операціи, никогда не подвергается опасности; начиная съ этого мо-

¹⁾ Sulla gastroisterotomia. Napoli 1867, разборъ *Bromeist'a*, Wiener med. Woch. 1868. № 67. — ²⁾ l. c. p. 139. — ³⁾ De eventu Sect. Caes. Havn. 1841. см. *Wittlinger's Analecten f. d. Geb.* 1849. I. 2. p. 532. — ⁴⁾ Neue Zeitschr. f. G. B. 5. p. 1. — ⁵⁾ M. f. Geb. B. 34. p. 441.

мента, извлеченіе нужно производить быстро, чтобы получить совершенно жизнеспособнаго младенца или находящагося только въ слабой степени асфиксіи. Пренія статистическія данныя не имѣютъ особенной важности относительно результатовъ для младенцевъ (по *Kayser*'у и *Michaelis*'у 30% смертельныхъ исходовъ), такъ какъ состояніе младенцевъ до операціи не было надлежащимъ образомъ изслѣдовано. Что предсказаніе благопріятіе, когда младенецъ до операціи былъ жизнеспособенъ, слѣдуетъ изъ того, что, по *Michaelis*'у, всѣ младенцы рождались живыми, когда приступали къ операціи до или вскорѣ послѣ разрыва пузыря.

акusher-lib.ru

Патологія и терапія беременности.

Изъ физиологіи беременности намъ уже извѣстно, что эта послѣдняя всегда сопровождается разстройствами, которыя можно-бы было отнести къ патологическимъ, но на которыя мы смотримъ какъ на принадлежность правильнаго теченія беременности до тѣхъ поръ, пока они не вызываютъ болѣе серьезныхъ разстройствъ въ настоящемъ или не влекутъ за собой опасныхъ послѣдствій въ будущемъ. Мы желали этимъ указать на то, что беременныя подвержены нѣкоторымъ заболѣваніямъ единственно только въ силу беременности. Число заболѣваній увеличивается еще отъ того, что перемѣны, происходящія въ половыхъ органахъ во время беременности, могутъ повести къ воспаленіямъ, смѣщеніямъ ихъ и т. п. Къ тому-же яйцо въ маткѣ можетъ также подвергаться различнаго рода заболѣваніямъ, такъ что патологія беременности обнимаетъ собственно заболѣванія самой беременной и болѣзни яйца.

Болѣзни беременныхъ.

Понятно и безъ дальнихъ объясненій, что въ настоящей главѣ мы не можемъ перечислить всѣ внутреннія и хирургическія болѣзни, которыя могутъ осложнять беременность. Мы коснемся поэтому слегка лишь нѣкоторыхъ острыхъ и хроническихъ болѣзней, теченіе которыхъ или существенно измѣняетъ ходъ беременности, или осложненіе которыхъ беременностью представляетъ какой-нибудь особенный интересъ; въ остальномъ-же мы ограничимся тѣмъ, что разсмотримъ тѣ заболѣванія беременныхъ, которыя обусловливаются собственно процессомъ беременности и могутъ развиваться или во всѣмъ организмѣ беременной, или же въ подвергшихся измѣненіямъ половыхъ органахъ ея.

Особенности нѣкоторыхъ острыхъ и хроническихъ болѣзней во время беременности.

Беременные вообще не представляютъ особеннаго предрасположенія къ заболѣванію острыми лихорадочными болѣзнями, и вообще можно сказать, что то или другое заболѣваніе не ставитъ жизнь беременной въ большую опасность, чѣмъ субъекта небеременнаго. Со-

вершено иначе выражается влияніе этихъ заболѣваній на плодъ. Онъ можетъ погибнуть отъ различныхъ причинъ ¹⁾. Рѣже всего плодъ погибаетъ, кажется, отъ инфекціи, переходящей на него. Однако-же возможно, какъ показываютъ наблюденія относительно оспы, что плоды могутъ заражаться инфекціонными болѣзнями черезъ организмъ матери и при этомъ или погибать отъ даннаго заболѣванія, или выздоравливать отъ него.

Прежде всего весьма неблагопріятно дѣйствуетъ на младенца повышеніе температуры. Такъ-какъ плодъ, находясь въ глубинѣ мягкихъ частей матери, долженъ, вслѣдствіе этого, имѣть почти одинаковую съ нею температуру, но такъ какъ онъ, кромѣ того, и самъ вырабатываетъ теплоту (см. стр. 61 прим.), то вслѣдствіе этого, при лихорадкѣ матери, температура его должна быть выше температуры послѣдней; а потому при острыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ матери плодъ нерѣдко умираетъ отъ чрезмѣрнаго повышенія температуры. По *Каминскому* ²⁾, повышеніе температуры матери за 40° весьма опасно для плода. Сначала движенія его усиливаются, сердцебіеніе учащается, но затѣмъ они становятся слабѣе, и плодъ умираетъ ³⁾.

Runge ⁴⁾ экспериментально доказалъ, что, при медленномъ повышеніи температуры, плоды переносятъ, не подвергаясь опасности, очень значительныя повышенія, между тѣмъ какъ при быстрыхъ поднятїяхъ температуры они относительно рано погибаютъ.

Плодъ можетъ также погибнуть отъ асфиксіи, если материнская кровь, вслѣдствіе постепеннаго задушенія или вслѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности, не доставляетъ болѣе достаточнаго количества кислорода, необходимаго для внутриутробной жизни плода.

Если плодъ умираетъ, беременность, обыкновенно, прерывается, хотя въ большинствѣ случаевъ и не сейчасъ.

Кровоизліяніе въ оболочку яйца можетъ прервать беременность или непосредственно, или тѣмъ, что вызываетъ смерть плода. *Славянский* ⁵⁾ показалъ, что у заболѣвшихъ холерою, какъ беременныхъ, такъ и небеременныхъ женщинъ, появляется *endometritis haemorrhagica*, которая у первыхъ ведетъ къ выкидышу, а у послѣднихъ къ кровотеченію изъ полости матки. (То-же значеніе имѣетъ весьма часто появляющееся кровотеченіе изъ матки въ видѣ «*pseudomenstruatio*» или «*epistaxis uterina*» у одержимыхъ острыми лихорадочными болѣзнями). Могутъ-ли быть также сокраще-

¹⁾ См. *Runge*, *Volkmann's Samml. klin. Vortr.* № 174. — ²⁾ *Москов. Мед. Вѣд.* 1867. № 13—19, см. *Pet. med. Z.* 1868. Heft. 2. p. 117 и *Deutsche Klinik* 1866. № 47. — ³⁾ О зависимости сердцебіенія плода отъ температуры матери см. еще *Fiedler's*, *Arch. der Heilkunde.* 1852. 3. Heft и *Winkel's*, *Zur Path. der Geburt.* p. 196. Впрочемъ, я самъ видѣлъ два случая, гдѣ плодъ продолжалъ жить, не смотря на то, что температура матери была выше 41° (до 41,3°); дѣти, родившіяся обмершими, не оставались, конечно, въ живыхъ. — ⁴⁾ *Arch. f. Gyn. B.* XII. p. 16 и *B.* 25. p. 1; см. также *Dolérís*, *Soc. de biologie* 1883. № 28 и 29 и *Doré*, *Arch. de tocol.* 1884, Mars и Avril. — ⁵⁾ *Arch. f. Gyn.* IV. p. 285.

нiя матки вызваны прямымъ раздраженiемъ двигательныхъ нервовъ матки кровью лихорадящихъ — сомнительно.

Примѣч. Прежде придерживались того мнѣнiя, что беременность въ значительной степени исключаетъ брюшной тифъ ¹⁾, но въ послѣднее время это признано совершенно ошибочнымъ. Изъ этихъ наблюденiй видно, что беременность довольно часто прерывается преждевременно тифомъ (по *Каминскому* 63 раза изъ 98 случаевъ, по *Zülzer's* у 14 разъ изъ 24, по *Scanzoni* 6 разъ изъ 10, всего, слѣдовательно, въ 63% всѣхъ случаевъ). При возвратной горячкѣ (*recurrens*) расположение къ выкидышу по прежнимъ наблюденiямъ наиболѣе значительно, *Weber* ²⁾ однако нашелъ, что изъ 63 беременныхъ послѣдовали преждевременные роды только у 23-хъ (36,5%). Одна, по прекращенiи лихорадки, родила въ госпиталѣ доношеннаго живаго младенца, остальные-же женщины вышли изъ госпиталя беременными и здоровыми. При сыпномъ тифѣ склонность къ выкидышу, кажется, бываетъ всего менѣе ³⁾.

При оспѣ у беременной легко наступаетъ выкидышъ, ⁴⁾ и плодъ можетъ родиться мертвымъ или живымъ, при томъ обыкновенно непораженный оспой — рѣже замѣчается обратное; чаще-же оспа появляется у младенца по рожденiи его. Нерѣдко беременность достигаетъ нормальнаго своего конца, младенецъ-же рождается или вполне здоровымъ, или покрытый оспенными рубцами. Бываютъ случаи, что дѣти рождаются пораженными оспой въ то время, какъ мать совершенно здорова или же, при двойняхъ, одинъ только изъ близнецовъ одержимъ ею. Если мать во время беременности перенесла оспу, то прививка предохранительной оспы младенцу обыкновенно не дается ⁵⁾. Можно еще прибавить, что беременныя могутъ безъ всякаго вреда быть вакцинированы и ревакцинированы ⁶⁾.

Беременныя заботятся о перемежающеюся лихорадкою ⁷⁾ совершенно такъ-же, какъ и другими заразными болѣзнями. Отъ избытка тепла во время лихорадочнаго приступа, плодъ можетъ умереть, равнымъ образомъ могутъ наступить преждевременные роды живымъ младенцемъ. Въ послѣдородовомъ періодѣ, кажется, иногда приступы прекращаются.

При холерѣ смерть зародыша, наступающая обыкновенно у беременныхъ въ асфиктическомъ періодѣ ея, хотя не такъ часто, какъ утверждаетъ *Ванинскiй* ⁸⁾, основываясь на своихъ наблюденiяхъ, легко объясняется прекращенiемъ обмѣна газовъ въ дѣтскомъ мѣстѣ ⁹⁾.

Беременность, осложненная пневмонiей, хотя послѣдняя весьма рѣдко встрѣчается у беременныхъ, очень часто прерывается, въ особенности въ послѣднiе мѣсяцы. Опасность для матери особенно велика въ послѣднiе мѣсяцы беременности. По *Chatelain's* ¹⁰⁾, отъ пневмонiи въ послѣднiе три мѣсяца беременности

¹⁾ *Hecker*, M. f. G. B. 27. p. 423. — *Wallichs*, M. f. G. B. 30. p. 253. — *Zülzer*, M. f. G. B. 31. p. 420. — *Liebermeister*, v. *Ziemssen's* spec. Path. u. Ther. II. 1. p. 153. — *Overweg*, Diss. in. Berlin 1878. — *Dugoyot*, Thèse de Paris. 1879. — *Gusserow*, Berl. klin. Woch. 1880 № 17. — ²⁾ Berl. kl. W. 1870. № 2. — ³⁾ См. *Zülzer*, l. c. — ⁴⁾ См. *Welch*, Phil. med. Times. 25. May 1878. — *Chambrelent*, Rech. s. le pass. des éléments fig. etc. Paris. 1882. p. 36. — ⁵⁾ См. *Scanzoni*, Lehrb. d. Geb. 4. Aufl. p. 14. — *R. Barnes*, Obst. Transact. XI. p. 102. — *Paulicki*, M. f. G. B. 33. p. 190. — *Isambert*, l'Union 66. 1869. (см. *Schmidt's* Jahrb. 1869. B. 144. p. 309). — *Fränkel*, Deutsche Klinik. 1870. № 21. p. 194. — *Chantreuil*, Gaz. des hôp. 1870. № 44. — *Sedgwick*, Med. Times. 10. June. 1871. — *Lothar Meyer*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. II p. 186. — ⁶⁾ См. *Jameson*, Philad. med. T. 1872. № 41; *Martin*, Boston Gyn. Journ. VII. p. 107 и *Goodell*, Report on the progress of Obst. etc. Philadelphia 1873. p. 5. — ⁷⁾ *Ritter*, Virchow's Archiv. B. 49. p. 14. — *Góth*, Zeitschr. f. Geb. и Gyn. B. VI. p. 17. ⁸⁾ Deutsche Klin. 1866. № 39 и 40. — ⁹⁾ См. *Bouchut*, Gaz. méd. de Paris 1849, № 41. — *Drasche*, Die epidemische Cholera. Wien 1860 p. 293. — *Kersch*, Memorabilien 1867. XII. 1 и 2. — *Hennig*, M. f. G. B. 32. p. 27. — *Weber*, Allg. med. Centralz. 1871. № 4. — ¹⁰⁾ Journ. de méd. de Bruxelles. Juin et Juillet 1870 и *Matton*, e. l. Mai, Juillet 1872.

погибает половина матерей. *Chatelain* видѣлъ въ одномъ отчаянномъ случаѣ благоприятный исходъ пневмоніи, благодаря окончанію родовъ; этотъ случай говорилъ-бы въ пользу искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Но *Gusserow* ¹⁾ справедливо обращаетъ вниманіе на опасность со стороны разстройства въ кровообращеніи во время родовъ, особенно болѣе или менѣе затянувшихся ²⁾. Поэтому производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ у беременных, одержимыхъ пневмоніею, не должно быть одобрено.

Fischel ³⁾ и *Leopold* ⁴⁾, обратили вниманіе на осложненіе беременности плевритомъ и нашли, что отношеніе между ними такое-же какъ между пневмоніею и беременностью.

Рожею, вѣроятно, могутъ заболѣвать внутриутробные плоды. По крайней мѣрѣ, въ новѣйшее время обнаружено нѣсколько случаевъ ⁵⁾, въ которыхъ наблюдалось чешуйчатое слущиваніе эпидермиса у дѣтей, родившихся отъ матерей, перенесшихъ рожу.

Изъ остальныхъ острыхъ болѣзней прежде всего заслуживаютъ вниманія измѣненія въ почкахъ ⁶⁾. Мы разсмотримъ различныя формы почечныхъ заболѣваній порознь, не смотря на то, что часто бываетъ трудно поставить распознаваніе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Бѣлокъ въ мочѣ беременных находятъ въ 3—5% (см. главу объ эклампсїи), а у роженицъ гораздо чаще. Въ единичныхъ случаяхъ дѣло идетъ о незначительномъ количествѣ бѣлка въ мочѣ, безъ цилиндровъ, слѣдовательно — о явленіи, которое, какъ въ послѣднее время доказалъ *Leube*, наблюдается часто и у здоровыхъ людей.

Нерѣдко, однако, количество бѣлка въ мочѣ увеличивается, и въ осадкѣ появляются гїалиновые, а также и мелко-зернистые цилиндры и жирно-перерожденныя эпителиальныя клѣточки мочевыхъ канальцевъ. Это состояніе нельзя принимать за настоящій нефритъ, такъ какъ дѣло идетъ только о жировомъ перерожденіи эпителия клубочковъ и мочевыхъ канальцевъ, причѣмъ въ заболѣвшей почкѣ не наблюдаютъ какихъ-либо воспалительныхъ измѣненій. По *Leyden*'у это болѣзненное измѣненіе въ почкахъ называется почкой беременной (*Schwangerschaftsnier*). Эти измѣненія въ почкахъ могутъ продолжаться долгое время, не вызывая, однако, значительнаго ухудшенія; хотя, обыкновенно, вызываютъ появленіе отековъ на нижнихъ конечностяхъ (см. стр. 340). Въ другихъ случаяхъ количество бѣлка увеличивается все больше и больше, и беременность преждевременно прерывается, съ наступленіемъ или безъ наступленія экламптическихъ судорогъ. Если роды протекли благополучно, то содержаніе бѣлка въ мочѣ обычно-

¹⁾ M. f. G. B. 32. p. 87. — ²⁾ См. еще *Wernich*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. II. p. 247 и *Sitzungsber.* p. 170 и *Fasbender*, e. l. III. p. 49 и *Coli*, Rivista clinica февраль 1885. — ³⁾ Prager Vierteljahrschr. 1877. p. 4. — ⁴⁾ Arch. f. Gyn. B. XI. p. 284 и B. XII. p. 303. — ⁵⁾ *Kaltenbach*, Centr. f. Gyn. 1884. № 44. — *Runge*, e. l. № 48. — *Stratz*, e. l. 1885. № 14. — ⁶⁾ См. *Petit'a*, Thèse de Paris 1876. — *Barker*, Amer. J. of Obst. July 1878. — *Abbot*, Boston med. J. B. XLVII. № 2. — *Hofmeier*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 259. — *Moerike*, Z. f. Geb. u. Gyn. B. V. p. 1. — *Ingerslev*, ibidem. B. VI. p. 171. — *Leyden*, Zeitschr. f. klin. Med. B. II. Heft 1 и Deutsche med. Woch. 1886. № 9. — *Hiller*, Zeitschr. f. klin. Med. B. II. H. 3. — *Flaischlen*, Z. f. Geb. u. Gyn. B. VIII. H. 2. — *Southey*, Lancet 13. Jan. 1883. — *Felsenreich*, Wiener. med. Bl. 1883. № 29 — 30.

венно довольно быстро уменьшается, но часто только постепенно. Что эта форма может также перейти въ затянувшійся хроническій нефритъ, объ этомъ свидѣлствуютъ нѣкоторыя клиническія наблюденія, хотя это еще до сихъ поръ положительно и не доказано.

Какъ при описанной сейчасъ формѣ заболѣванія почекъ, такъ и при настоящихъ воспаленіяхъ почекъ происходитъ отдѣленіе нормально прикрѣпленнаго дѣтскаго мѣста или во время беременности, или съ появленіемъ первыхъ потугъ. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста влечетъ за собою всегда обильную потерю крови для матери, а для ребенка оно почти безъ исключенія смертельно ¹⁾. Конечно, могутъ произойти также измѣненія въ ткани дѣтскаго мѣста, вслѣдствіе чего можетъ послѣдовать смерть ребенка во время беременности ²⁾.

Поэтому, при продолжительномъ увеличеніи въ мочѣ бѣлка и клѣточекъ, подвергшихся жировому перерожденію, когда всякая другая терапія (постоянная молочная діета въ особенности заслуживаетъ рекомендаціи) не достигаетъ цѣли, слѣдуетъ произвести искусственные преждевременные роды и даже искусственный выкидышъ, такъ какъ при этихъ обстоятельствахъ предсказаніе какъ для матери, такъ и для ребенка становится безусловно неблагоприятнымъ, если только родовыя боли не наступятъ произвольно.

Отъ почки беременной трудно отличить случаи, когда дѣлается беременною женщина, уже страдающая хроническимъ интерстиціальнымъ или паренхиматознымъ нефритомъ. Въ этихъ случаяхъ часто только во время беременности обнаруживаются симптомы болѣзни почекъ, которая до тѣхъ поръ протекала скрыто. Сморщенная почка отличается во всякомъ случаѣ отъ почки беременной обильнымъ отдѣленіемъ водянистой мочи, гипертрофіей сердца и твердымъ пульсомъ; но распознать почку беременной отъ паренхиматознаго нефрита весьма трудно: приходится въ большинствѣ случаевъ полагаться на анамнезъ и теченіе болѣзни. При хроническомъ нефритѣ эклампсія не наступаетъ, однако-же можетъ потребоваться преждевременное прерываніе беременности, вслѣдствіе сильныхъ отековъ, съ ихъ послѣдствіями.

Острый нефритъ, который также можетъ появиться у беременныхъ, характеризуется скуднымъ отдѣленіемъ мочи, содержащей большое количество бѣлка и множество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. При этомъ очень часто появляется эклампсія, и беременность обыкновенно прерывается.

Вопросъ собственно еще не рѣшенъ — отъ какихъ причинъ зависитъ относительно частое заболѣваніе почекъ во время беременности и родовъ. Во всякомъ случаѣ при почкѣ беременной заболѣваніе обусловливается анеміей, при которой, какъ кажется, сначала эпителий

¹⁾ См. *Winter*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. X. p. 398. — ²⁾ См. *Fehling*, Arch. f. Gyn. B. XXVII. p. 300.

мочевыхъ клубочковъ, а потомъ также и железистыхъ клѣтокъ мочевыхъ канальцевъ подвергается жировому перерожденію и распадается.

Мнѣніе *Halberstma*, что задержаніе мочи, происходящее вслѣдствіе прижатія мочеточниковъ беременной маткой, есть дѣйствительная причина заболѣванія почекъ у беременныхъ, не можетъ быть принято; хотя нельзя не принять въ соображеніе, что это прижатіе часто встрѣчается во время беременности (болшею частью только на одной сторонѣ), и что задержаніе мочи, вслѣдствіе этой причины, ухудшаетъ симптомы почки беременной.

Острая желтая атрофія печени¹⁾ встрѣчается гораздо рѣже воспаленія почекъ. Она, по видимому, обыкновенно развивается изъ доброкачественной желтухи, зависящей отъ катарра двѣнадцатиперстной кишки.

Изъ болѣзней хроническихъ особенный интересъ по отношенію къ беременности представляетъ сифилисъ²⁾. (О сифилитическихъ измѣненіяхъ въ дѣтскомъ мѣстѣ см. ниже). Если плодотворнымъ совокупленіемъ заразятся беременная и плодъ, то обыкновенно наступаетъ преждевременная смерть плода и выкидышъ. Если же плодъ остается живъ, то онъ рождается обыкновенно преждевременно, плохо развитымъ и болшею частью вскорѣ послѣ рожденія умираетъ. Если сифилисъ отца во время оплодотворенія находился въ латентномъ періодѣ, то мать можетъ остаться и незараженною, а неблагоприятное вліяніе на плодъ остается то-же самое.

Сифилисъ матери, какъ кажется, ослабляетъ способность къ зачатію, но ни въ какомъ случаѣ не уничтожаетъ ея. Если произойдетъ оплодотвореніе, то вліяніе сифилитической матери будетъ такое-же, какъ въ предъидущемъ случаѣ, но еще болѣе неблагоприятно. Если сифилисъ у матери былъ во время зачатія въ латентномъ періодѣ, то рождаются болшею частью дѣти, кажущіяся здоровыми и которыя заболѣваютъ лишь впоследствии.

Если сифилисъ отца или матери во время оплодотворенія былъ въ третичной формѣ, то ребенокъ иногда не бываетъ зараженъ; могутъ, однако-же, рождаться дѣти со вторичными формами.

Если во время оплодотворенія мать была здорова и заразилась уже во время беременности, то ребенокъ рождается здоровымъ и останется такимъ, если только не заразится отъ матери во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ.

¹⁾ M. f. G. B. 30. p. 452; см. пренія объ этомъ въ берлинскомъ акушерскомъ обществѣ въ M. f. G. B. 21. p. 89. — *Hecker*, e. l. p. 210. — *v. Haselberg*, B. 25. p. 344. — *Poppel*, B. 32. p. 197. — *Valenta*, Wien. med. Jahrb. B. 18. H. 3. 25. Jahrg. H. VI. Wien. 1869. p. 183. — *Dupré*, Ueber Icterus gravis etc. Strassburg. 1873. — ²⁾ *v. Bärensprung*, Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. — *Hecker*, M. f. G. B. XXXIII. p. 22 и *Sigmund*, Wiener med. Presse. 1873. № 1. — *Kassowitz*, Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1875. — *Weil*, Samml. klin. Vortr. № 130. — *Fournier*, Syphilis und Ehe. Deutsch. v. *Michelson*. Berlin. 1881. (Существуетъ также и русскій переводъ этого сочиненія подъ заглавіемъ: «Сифилисъ и бракъ». — *P.*) — *Wolff*, Zur Frage der patern. Infection. Strassburg. 1879. — *Mewis*, Zeitschr. f. G. u. Gyn. IV. p. 10.

Сифилисъ на родившемся мертво-гниломъ плодѣ можно узнать на основаніи слѣдующихъ признаковъ ¹⁾:

1) На границѣ между эпифизомъ и діафизомъ большихъ трубчатыхъ костей линия окостенѣнія представляетъ широкій слой, отъ котораго проникаютъ въ хрящъ совершенно неправильные отростки. Въ хрящѣ находятся вкрапленные костные островки, а въ костяхъ разрашенія хрящевой ткани. Эпифизъ легко отдѣляется отъ діафиза. Эти измѣненія въ костяхъ, на которыя впервые обратилъ вниманіе *Wegner*, служатъ несомнѣннымъ доказательствомъ сифилиса, если они хорошо выражены. Однако-же этихъ измѣненій въ костяхъ можетъ и не быть въ несомнѣнныхъ случаяхъ сифилиса. Съ другой стороны, въ рѣдкихъ случаяхъ замѣчается и у здороваго плода волнистая линия окостенѣнія, которая имѣетъ нѣкоторое сходство со слабо выраженнымъ сифилитическимъ заболѣваніемъ.

2) Печень и селезенка у сифилитическаго плода больше и тяжелѣе, чѣмъ у здороваго. У здороваго плода вѣсъ печени приблизительно = $\frac{1}{30}$, а селезенки = $\frac{1}{300}$ вѣса тѣла; при сифилисѣ вѣсъ ихъ можетъ увеличиться втрое.

3) Дѣтское мѣсто тяжелѣе. У здоровыхъ плодовъ вѣсъ дѣтскаго мѣста относится къ вѣсу тѣла, какъ 1:5 или 1:8; между тѣмъ какъ при сифилисѣ это отношеніе можетъ возрасти до 1:4 или 1:3.

Въ практическомъ отношеніи весьма важенъ слѣдующій вопросъ: можно-ли сифилитическихъ беременныхъ, безъ вреда для нихъ и для плода, подвергать меркуріальному леченію? На вопросъ этотъ должно отвѣчать утвердительно, потому что число преждевременныхъ родовъ и плодовъ, умирающихъ во время беременности, значительно уменьшается подъ влияніемъ меркуріальнаго леченія ²⁾.

Леченіе беременныхъ показано даже тогда, когда онѣ никогда не обнаруживали признаковъ сифилиса. Съ одной стороны, матери, если онѣ даже никогда не представляли признаковъ сифилиса, но родили сифилитическихъ младенцевъ отличаются тѣмъ, что онѣ не подвержены зараженію сифилиса и могутъ безпрепятственно кормить своихъ сифилитическихъ дѣтей. Наоборотъ, здоровая кормилица не можетъ кормить сифилитическаго ребенка: она подвергается зараженію. Съ другой стороны, одновременно съ леченіемъ беременной матери лечатъ и внутриутробный плодъ.

На заболѣванія сердца беременность и роды имѣютъ несомнѣнно неблагоприятное влияніе; влияніе это выражается различнымъ образомъ. Съ одной стороны потребность усиленной дѣятельности сердца во время беременности, въ особенности-же во время родовъ, можетъ быть причиною, что измѣненія, уравнивавшія дѣятельность сердца, ока-

¹⁾ См. *Wegner*, *Virchow's Archiv* B. 50. p. 305. — *Ruge*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* B. 1. p. 57. — *Lomer*, e. l. B. 10. p. 189. — ²⁾ См. *Löwy*, *Wiener med. Woch.* 1869. № 39. — *Fonberg*, e. l. 1872. № 49. etc. и *Weber*, *Berl. klin. Woch.* 1870. № 2.

жуются недостаточными, и съ другой стороны, вслѣдствіе усиленной дѣятельности сердца и склонности къ эндокардитамъ, легко могутъ появиться эмболии. Во время родовъ опасность является со стороны отека легкихъ, обусловливаемого измѣненіями въ кровообращеніи. Жизни плода также угрожаетъ опасность вслѣдствіе преждевременнаго прерыванія беременности.

Недостаточность клапановъ аорты ведетъ къ угрожающимъ явленіямъ, въ особенности во время беременности, когда гипертрофія лѣваго сердца уже недостаточна, чтобы преодолѣть увеличивающіяся препятствія; послѣ родовъ очень часто наступаетъ замѣчательно быстрое ослабленіе припадковъ. При недостаточности митральныхъ клапановъ переполненные легочные сосуды во время беременности могутъ вызвать серіозныя страданія, которыя могутъ также исчезнуть послѣ родовъ. Роды при этихъ обстоятельствахъ нерѣдко наступаютъ преждевременно. Однако, вслѣдствіе быстрого измѣненія въ кровообращеніи наступающаго послѣ родовъ, въ послѣродовомъ періодѣ могутъ появиться весьма тяжелые припадки. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности можетъ встрѣтиться необходимость вызвать преждевременные роды; въ остальномъ терапія болѣзней сердца, осложненныхъ беременностью, ничѣмъ не отличается отъ терапіи при этихъ болѣзняхъ безъ этого осложненія ¹⁾.

Прежде придерживались того мнѣнія, что теченіе бугорчатки во время беременности улучшается, но за то въ родильномъ періодѣ ухудшается. На сколько это мнѣніе справедливо относительно послѣдняго, — настолько невѣрно и ни на чемъ не основано, первое, по крайней мѣрѣ для большинства случаевъ. Беременность имѣетъ весьма вредное вліяніе, какъ на остановившуюся въ своемъ теченіи, такъ и на скоротечную бугорчатку, хотя, какъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ, смерть наступаетъ не во время беременности, но въ родильномъ періодѣ. Впрочемъ, это происходитъ въ болѣе трудныхъ случаяхъ отъ того, что беременность прерывается незадолго передъ смертью больной²⁾.

Беременность осложняется относительно часто пляскою св. Витта (chorea). Она развивается въ особенности часто у беременныхъ, которыя страдали ею уже въ дѣтствѣ, и можетъ потомъ повторяться въ нѣсколькихъ послѣдующихъ беременностяхъ. Беременность, осложненная chorea, угрожаетъ нерѣдко жизни матери (по *Fehling*'у³⁾ 19 разъ изъ 68 случаевъ) и можетъ оставить послѣ себя психическія разстрой-

¹⁾ См. *Hecker*, Kl. d. Geburtsk. I. p. 172. — *Spiegelberg*, Arch. f. Gyn. II. p. 236. — *Lebert*, e. l. III. p. 38. — *Ahlfeld*, e. l. IV. p. 157. — *Peter*, Union méd. Fév. 27. и Mars 5. 1872 и Obst. J. of Great Brit. Octobre 1874. p. 426. — *Bottentuit*, L'union. 1874. 12. — *Fritsch*, Centralbl. f. d. med. Wiss. 1875. № 29 и Arch. f. Gyn. B. X. p. 270. — *Löhlein*, Zeitschr. f. Geb. и Frauenkr. p. 482. — *Macdonald*, Obst. J. of Great Brit. 1877. May-November. — *Lublinsky*, Compl. d. Puerperium mit chron. Herzkrankh. D. i. Berlin. 1875. — *Porak*, Thèse de Paris. 1880. — ²⁾ См. *Hecker*, Kl. d. Geburtsk. I. p. 182; *Lebert*, Arch. f. Gyn. IV. p. 457 и J. de méd. et de thérap. 1878. p. 178. — *Ortega*, De l'influence, qu'exercent les grossesses etc. Paris. 1876. — ³⁾ Arch. f. Gyn. B. VI. p. 137.

ства. Въ случаяхъ-же благоприятныхъ chorea прекращается, и беременность достигаетъ нормальнаго своего конца. Въ иныхъ случаяхъ происходитъ произвольный выкидышъ (не исключительно только при мертво-гниломъ плодѣ), послѣ котораго болѣзнь обыкновенно проходитъ. Если chorea угрожаетъ жизни матери, то должно произвести искусственные преждевременные роды, а иногда и искусственный выкидышъ; въ случаяхъ менѣе опасныхъ оказываютъ благоприятное дѣйствіе бромистый аммоній съ sol. arsen. ¹⁾ и бормистый калий. Наркотическія средства здѣсь крайне необходимы; хлороформъ и морфій съ успѣхомъ были употребляемы *Weber'*омъ ²⁾, а хлораль — *Russel'*емъ ³⁾.

Беременная, повидимому, имѣютъ особенное предрасположеніе къ прогрессивной злокачественной анеміи ⁴⁾, такъ какъ она относительно часто встрѣчается во время беременности. Этиологія этой болѣзни еще совершенно неизвѣстна; заболѣваніе характеризуется явлениями высокой степени анеміи и чрезвычайною слабостію, между тѣмъ какъ питаніе тѣла, повидимому, не разстроено. Обыкновенно употребляемые средства (укрѣпляющая пища, желѣзо и даже переливаніе крови) остаются совершенно безуспѣшными, и больная умираетъ вскорѣ послѣ того, какъ произошли преждевременные роды (обыкновенно на 8 мѣсяцѣ). На трупахъ мы находимъ высокую степень малокровія и незначительное жировое перерожденіе особенно мускулатуры сердца. Сомнительно — будетъ-ли полезно въ этихъ случаяхъ искусственное прерываніе беременности, предложенное *Gusserow'*ымъ и *Gfoerer'*омъ, такъ какъ *Biermer'* ⁵⁾ и *Immermann'* ⁶⁾ часто наблюдали эту болѣзнь съ тѣмъ-же исходомъ и въ небеременномъ состояніи.

При гемофилии, угрожающей особенною опасностію въ послѣ-родовомъ періодѣ вслѣдствіе кровотеченія, *Kehrer'* ⁷⁾ предлагаетъ искусственное прерываніе беременности.

Опасеніе производить операци ⁸⁾ у беременныхъ вообще ничѣмъ не оправдывается. Беременность, какъ кажется, особенно легко прерывается при операціяхъ на наружныхъ половыхъ органахъ; при операціяхъ на шейкѣ матки выкидышъ наступаетъ не такъ часто. При операціяхъ надъ яичниками, равно какъ на самомъ тѣлѣ матки ⁹⁾, беременность, повидимому, только тогда прерывается, когда послѣоперационный періодъ осложняется мѣстнымъ воспаленіемъ или общимъ зараженіемъ.

¹⁾ *Hill Davis*, Transact. of the clin. soc. of London 1868. Art. XIV. —
²⁾ Berl. klin. W. 1870. № 5. — ³⁾ Med. Times 1870. Vol. I. p. 30. См. *R. Barnes*, Obst. Tr. X. p. 146 (собрано 56 случаевъ). — *Thompson* и *Hal*, *Davis Lancet*. 10. Oct. 1868 и *Goodell*, Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 140. — *Sieckel*, Ueber chorea gravidarum. D. i. Leipzig 1870. — ⁴⁾ *Gusserow*, Arch. f. Gyn. B. II. p. 218. — *Gfoerer*, Memorabilien 1874. № 3. — *Batut*, Thèse de Paris 1879. — *Graefe*, Diss. in. Halle 1879. — ⁵⁾ Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1872. № 1. —
⁶⁾ Deutsches Arch. f. klin. Med. B. XIII. p. 209. — ⁷⁾ Arch. f. Gyn. B. X. p. 201. —
⁸⁾ *Cohnstein*, Samml. kl. Vortr. № 59 и *Verneuil*, Rev. mens. 1877. 7 и 8. —
⁹⁾ *Schroeder*, Zeitschrift f. Geb. и Gyn. B. V. p. 383.

Что касается операций на другихъ частяхъ тѣла, то наступленіе преждевременныхъ родовъ будетъ зависѣть въ этихъ случаяхъ отъ теченія заживленія раны и, главнымъ образомъ, отъ лихорадки.

Болезни, зависящія отъ перемѣнъ, происходящихъ въ общемъ состояніи беременныхъ.

Къ этому отдѣлу патологіи беременности относятся всѣ тѣ перемѣны, происходящія въ общемъ состояніи беременныхъ, о которыхъ мы уже упоминали, какъ о свойственныхъ этому состоянію и которыхъ нельзя считать патологическими, если онѣ достигаютъ только известной степени.

Кровь у здоровыхъ беременныхъ всегда измѣняется такимъ образомъ, что число красныхъ кровяныхъ шариковъ и количество бѣлка убываютъ. Это измѣненіе въ кровяной массѣ можетъ достигнуть такой высокой степени, что влечетъ за собою болѣзненное состояніе. Если преимущественно уменьшилось число красныхъ кровяныхъ шариковъ, то беременная становится хлоротической; если-же при этомъ происходить и обѣдненіе крови бѣлкомъ, то беременная страдаетъ послѣдствіями гидрэміи. Впрочемъ, обѣ эти болѣзни, въ сильной степени своего развитія, только въ исключительныхъ случаяхъ зависятъ отъ одной только беременности; большею частью онѣ достигаютъ патологическихъ размѣровъ у такихъ субъектовъ, которые уже прежде имѣли склонность къ этимъ аномаліямъ крови. Признаки этихъ болѣзней крови, такъ-же какъ и терапія ихъ — тѣ-же, какъ и въ небеременномъ состояніи. Мы считаемъ нужнымъ указать только на то, что потери крови во время беременности, или при родахъ, при существующей уже анеміи беременной, могутъ имѣть для нея опасныя послѣдствія.

Изъ послѣдствій гидрэміи въ особенности тягостны отеки нижнихъ конечностей и брюшныхъ покрововъ, которые при необыкновенно сильномъ растяженіи матки достигаютъ высокой степени, такъ-какъ матка давленіемъ своимъ на вены затрудняетъ обратный оттокъ крови. Такимъ образомъ можетъ образоваться громадный отекъ нижнихъ конечностей, наружныхъ дѣтородныхъ органовъ и брюшныхъ покрововъ, а также сильныя расширенія венъ (такъ называемые варикозные узлы). Отекъ нижнихъ конечностей можетъ дойти до такихъ размѣровъ, что хожденіе становится почти невозможнымъ, опухоль губъ можетъ достигнуть величины младенческой головки, и съ живота свѣшивается большой мѣшокъ, образовавшійся изъ кожи живота и наполненный водою. Если, вслѣдствіе напряженія общихъ покрововъ, имъ угрожаетъ гангрена, то слѣдуетъ пунктировать отечныя мѣста. (Должно замѣтить, что уколы иглой (скарификаціи) припухшихъ дѣтородныхъ губъ легко вызываютъ родовую дѣятельность). Припадки, зависящіе отъ опухоли ногъ можно уменьшить мочегонными и потогонными средствами; кромѣ того, подобнымъ беременнымъ слѣдуетъ ходить какъ можно меньше и

при сидѣніи протягивать ноги на другой стулъ; также хорошо, если онѣ будутъ носить эластическіе чулки, которые благопріятно дѣйствуютъ равномернымъ давленіемъ. Весьма важно въ практическомъ отношеніи имѣть въ виду то, что въ концѣ 9-го или въ началѣ 10-го мѣсяца, когда матка опускается ниже и подается нѣсколько впередъ, всѣ эти припадки нерѣдко значительно стихаютъ.

Лопнувшіе варикозныя узлы ¹⁾ (они лопаются произвольно или при чесаніи, вслѣдствіе причиняемаго ими зуда) могутъ подать поводъ къ опаснымъ кровотечениямъ, такъ что венозная кровь брызжетъ струей, какъ изъ большой артеріи, на значительное разстояніе. При скорой помощи это кровотеченіе можно легко остановить прижатіемъ. По *P. Ruge* и *A. Martin'y* ²⁾ варикозныя узлы значительно уменьшаются отъ подкожныхъ вспрыскиваній эрготина въ нижнія конечности.

Давленіе матки въ позднѣйшіе періоды беременности можетъ также вызвать значительныя разстройства со стороны прямой кишки и мочевого пузыря. Слѣдствіемъ такого давленія бываетъ упорное задержаніе кала, такъ что всѣ толстыя кишки переполняются твердыми фекальными массами, для удаленія которыхъ приходится иногда прибѣгать къ длиннымъ эластическимъ трубкамъ, для болѣе успѣшнаго дѣйствія клистиромъ. Разстройства со стороны мочевого пузыря всего чаще выражается частымъ позывомъ къ мочеиспусканію (*ischuria*); оно вызывается не столько давленіемъ на пузырь, сколько раздраженіемъ его вслѣдствіе растяженія. По *Playfair'y* ³⁾ позывъ этотъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности обуславливается, нерѣдко, поперечнымъ положеніемъ плода и исчезаетъ по исправленіи этого положенія. Недержаніе или задержаніе мочи при нормальномъ положеніи матки случается рѣже. Однако-же въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, когда головка прижимаетъ мочеиспускательный каналъ къ лонному соединенію, задержаніе мочи можетъ сдѣлаться весьма упорнымъ, такъ что приходится прибѣгать къ катетеру.

Чрезмѣрная рвота (*hyperemesis*) представляетъ во время беременности весьма опасное заболѣваніе. Тошнота и рвота на тощій желудокъ или вскорѣ послѣ ѣды принадлежатъ къ обыкновеннымъ явленіямъ первыхъ мѣсяцевъ беременности, при чемъ беременныя чувствуютъ себя хорошо и даже полѣютъ. Въ иныхъ-же случаяхъ рвота продолжается во всю беременность и можетъ дойти до того, что желудокъ перестаетъ принимать малѣйшія количества пищи, слѣдствіемъ чего наступаетъ крайній упадокъ питанія. Причины чрезмѣрной рвоты неясны. Нѣкоторыя наблюденія изъ гинекологической практики говорятъ въ пользу того, что рвота въ иныхъ случаяхъ вызывается эндометритомъ, въ другихъ — механическимъ растяженіемъ полости матки. Она, какъ кажется, и встрѣчается особенно часто въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ пассивное растяженіе матки, вслѣдствіе чрезмѣрнаго

¹⁾ *Budin*, des varices chez la femme enceinte. Paris. 1880. — ²⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. V. III. p. 7. — ³⁾ London. Obst. Tr. XIII. p. 42.

роста яйца (*hydramnion*, двойни), превышает активный ростъ матки ¹⁾. Впрочемъ, не должно никогда забывать, что упорная рвота можетъ также обуславливаться круглою язвою желудка.

Масса средствъ, предложенныхъ для леченія рвоты беременныхъ, именно: ледянныя пилюли, подкожныя впрыскиванія морфия, шампанское, хлораль-гидратъ, бромистый калий, способъ *Соретан*'а ²⁾ (прижиганія влагалищной части) и проч. представляетъ наглядное доказательство того, во-первыхъ, что всѣ эти средства ненадежны, а во-вторыхъ, что рвота прекращается произвольно во многихъ случаяхъ во время беременности безъ всякаго лѣченія. Прежде всего слѣдуетъ обращать особенное вниманіе не діететическое лѣченіе. Но если никакая пища не переносится желудкомъ, то нужно оставить кормленіе *per os* и стараться поддерживать организмъ посредствомъ питательныхъ клизмъ изъ говяжьяго бульона съ примѣсью сока поджелудочной железы, которая были введены въ практику *Leube* ³⁾. Если беременность достигла того періода, когда плодъ въ состояніи уже жить самостоятельною внѣутробною жизнью, то въ случаяхъ, неуступающихъ другому лѣченію, наступаетъ показаніе къ производству преждевременныхъ родовъ. Въ болѣе раннюю эпоху беременности можно почти всегда избѣжать производства искусственнаго выкидыша. Но иногда онъ абсолютно необходимъ, если желаютъ предотвратить смерть женщины; съ другой стороны слѣдуетъ остерегаться ожидать очень долго, чтобы не производить операціи искусственнаго выкидыша на умирающей женщинѣ.

Чрезмѣрное слюнотеченіе должно стараться унимать вяжущими полосканіями рта.

Причину продолжительной зубной боли, при тщательномъ изслѣдованіи, иногда можно будетъ найти въ каріозномъ состояніи зубовъ. Симптоматическое леченіе наркотическими внутрь или, еще лучше, наружное употребленіе ихъ имѣютъ только кратковременный успѣхъ.

Hebra ⁴⁾ обратилъ вниманіе на нѣкоторыя болѣзни кожи, появляющіяся у беременныхъ и родильницъ. Сюда относятся аспе простая и *rosacea*, *eczema*, *pruritus*, *erythema*, *urticaria*, *pemphigus*, описанный *Duncan* 'омъ *Bulkley* 'емъ ⁵⁾ подъ именемъ *herpes gestationis* и *impetigo herpetiformis*. Сыпи эти являются иногда первыми признаками происшедшаго зачатія. Нерѣдко онѣ появляются исключительно, но за то постоянно при всякой беременности и исчезаютъ только послѣ родовъ.

¹⁾ См. *v. Grünewaldt*, Petersb. med. Zeitschrift B. IX. p. 196. — *Graily Hewitt*, Lond. Obst. Tr. XIII. p. 103 и XXVI. 1885. — *M'Clintock*, Obst. J. of Great Britain. May 1873. p. 128 и дебаты по этому поводу. — *Ahlfeld*, Arch. f. Gyn. B. XVIII. p. 307. — *Horwitz*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. IX. p. 110. — *Sutugin*, Hyperemesis gravidarum. Berlin. 1883. — *Giordano*, Des vomiss. incoercib. etc. Paris. 1866. — *Barbiglia*, vomito nella gravidanza. Napoli. 1880. — ²⁾ Brit. med. Journal. 28. 9. 1878 и *Rosenthal*, Berl. klin. Woch. 30. VI. 1879. — ³⁾ Deutsch. Arch. f. kl. M. 1872. X. p. 1. — ⁴⁾ Wien. med. W. 1872. № 48. — ⁵⁾ Amer. J. of Obst. Vol. IV. p. 580.

Между нервными болѣзнями, которыя встрѣчаются у беременных, самое видное мѣсто занимаетъ эклампсія. Но такъ-какъ она чаще встрѣчается у роженицъ, то мы будемъ говорить о ней въ отдѣлѣ патологии родовъ. Не должно смѣшивать экламптическихъ судорогъ съ эпилептическими и истерическими, которыя во время беременности встрѣчаются, впрочемъ, не часто, ничѣмъ не отличающагося отъ своего обыкновеннаго теченія и не оказываютъ никакого особеннаго вліянія на ходъ беременности.

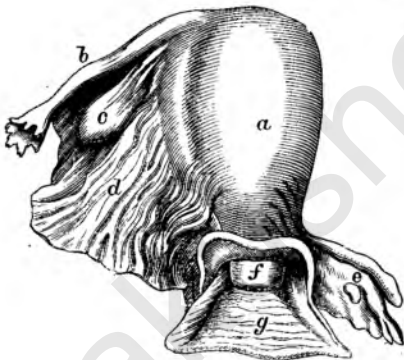
Аномаліи половыхъ органовъ во время беременности.

Аномаліи матки.

Пороки развитія.

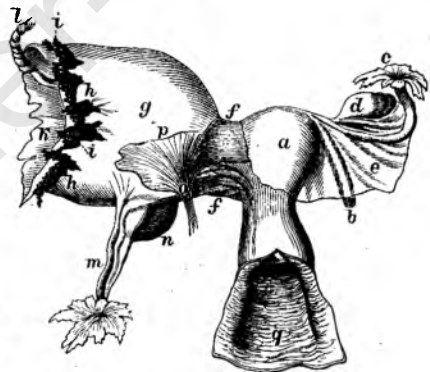
Литература: *Kussmaul*, Von dem Mangel u. s. w. der Gebärmutter. Würzburg 1859.—*Fürst*, M. f. G. B. 30 p. 97 и 161.—*Schatz*, Arch. f. Gyn. II. p. 289.

О тѣхъ порокахъ развитія женскихъ половыхъ органовъ, при которыхъ беременность произойти не можетъ, мы здѣсь говорить не станемъ. Въ этомъ отношеніи должно замѣтить, что зачатіе возможно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ яичники выделяютъ нормальныя яички и когда путь отъ яичника до входа во влагалище нигдѣ не представляется абсолютно непроходимымъ.



Фиг. 98. Беременность при однорогой маткѣ безъ прибавочнаго рога по *Kussmaul*'у. (Наблюденіе *Chaussier*. Живыя двойни, смерть на седьмой день послѣ родовъ).

a) Uterus unicornis dexter; b) правая фаллопиева труба; c) правый яичникъ; d) правая широкая связка; e) рудиментарныя придатки матки, въ лѣвой сторонѣ; f) влагалищная часть; g) влагалище.



Ф. 99. Беременность въ рудимент. прибавочномъ рогѣ по *Kussmaul*'у. (Наблюденіе *Czihak*'а, разрывъ на 6 мѣс.). a) лѣвый нормально развитый рогъ матки, отчасти покрытый брюшиной; b) лѣвая круглая связка; c) лѣвая фал. труба; d) лѣв. яичникъ; e) лѣв. широкая связка; f) мышечныя пучки, соединяющіе оба рога; g) руд. прав. рогъ, въ которомъ развился плодъ; h) мѣсто разрыва зачат. рога; i) плацента; k) яйцевыя оболочки; l) пуповина; m) прав. фал. труба; n) прав. яичникъ; o) прав. кругл. связка; p) мѣсто, до котораго отпрепаров. брюшина; q) влагалище.

Примѣч. При этомъ должно, впрочемъ, принять въ соображеніе два имѣющихся въ литературѣ наблюденія, въ которыхъ при заращеніи рукава, оплодо-

твореніе произошло чрезъ прямую кишку, имѣвшую сообщеніе съ влагалищемъ (слова). Въ одномъ случаѣ, приводимомъ *Rossi* ¹⁾, роды произошли чрезъ искусственно возстановленное влагалище; въ другомъ-же, сообщаемомъ *Louis* ²⁾, плодъ родился чрезъ задній проходъ

Поэтому, если приведенныя выше условія выполнены, то беременность можетъ наступать какъ при однорогой маткѣ (см. ф. 98), такъ и при всякаго рода удвоеніяхъ ея.

Теченіе беременности измѣняется весьма существенно, если яйцо будетъ развиваться въ рудиментарномъ рогѣ (см. ф. 99); это можетъ случиться даже при полной непроходимости маточной шейки рудиментарнаго рога и притомъ двоякимъ образомъ: или сѣмя можетъ проникнуть чрезъ нормально развитый рогъ, его фаллопиеву трубу и чрезъ брюшную полость въ яичникъ другой стороны и здѣсь оплодотворить яичко, которое будетъ воспринято трубой рудиментарнаго рога (наружное передвиженіе сѣмени), или же оплодотворенное сѣменемъ яичко со стороны яичника нормально развитаго рога воспринимается (какъ мы уже сказали объ этомъ на стр. 26) трубой другой стороны (наружное передвиженіе яичка). Теченіе беременности въ рудиментарномъ рогѣ имѣетъ большое сходство съ трубною беременностью, о которой мы поговоримъ ниже. Разрывъ плоднаго мѣшка, влекущій за собой смертельныя послѣдствія, случается начиная съ 3-го до 6-го мѣсяца. Мѣсто разрыва находится на слабо развитомъ концѣ рога. Только въ видѣ исключенія беременность достигаетъ своего нормальнаго конца безъ разрыва³⁾. Тогда плодъ умираетъ (онъ можетъ также и раньше умереть⁴⁾) и медленно преобразуется въ литопедіонъ или чаще переходитъ въ нагноеніе. Нормально развитый рогъ гипертрофируется, и въ немъ образуется отпадающая оболочка, какъ это бываетъ при внѣматочной беременности.

Распознаваніе беременности въ неразвитомъ рогѣ на живой можетъ быть сдѣлано лишь съ нѣкоторою вѣроятностью по характернымъ отношеніямъ небеременнаго рога. Я наблюдалъ два подобныхъ случая съ исходомъ въ разрывъ, гдѣ, правда, невозможно было подтвердить распознаваніе вскрытіемъ, такъ какъ наступило выздоровленіе. Однакоже разрывъ зачаточнаго рога можно было распознать по дугообразному изгибу небеременнаго рога, и по отхожденію неразвитаго разорвавашагося рога отъ области внутренняго маточнаго зѣва.

Въ прежнее время даже на трупѣ подобное состояніе смѣшивали съ трубною беременностью. Надежной исходной точкой можетъ служить при этомъ начало круглой маточной связки, которая при удвоеніяхъ матки начинается снаружи плоднаго мѣшка, при трубной же беременности — между плоднымъ мѣшкомъ и маткою.

¹⁾ См. *Kussmaul*, l. c. p. 45. Прим. — ²⁾ См. *Kussmaul*, l. c. p. 78. —

³⁾ См. *Turner*, Edinb. med. J. May 1886. p. 974; *Litzmann-Werth*, Arch. f. Gyn. B. XVII. p. 281; *Salini*, Centr. f. Gyn. 1881; *Macdonald*, Edinb. med. J. April 1885; *Wiener*, Arch. f. Gyn. B. XXVI. p. 234; *Galle*, Centr. f. Gyn. 1885. № 138. — ⁴⁾ *Koeberle*, Gaz. hebd. 1886. № 34. — *Saenger*, Arch. f. Gyn. B. XXIV. p. 332.

Относительно леченія слѣдуетъ замѣтить, что, если распознають данное болѣзненное состояніе до разрыва матки, то въ силу значительной угрожающей опасности, вырѣзываніе рудиментарнаго органа посредствомъ чревосѣченія вполне показано. Лапаротомія есть самое лучшее средство и при задержаніи доношеннаго плода, если-бы онъ даже превратился въ литопедіонъ или перешелъ въ нагноеніе (см. вышеприведенные случаи).

Если наступаетъ беременность въ развитомъ рогѣ при однорогой маткѣ, съ рудиментарнымъ рогомъ, то теченіе беременности бываетъ обыкновенно нормальное. Распознаваніе этой аномаліи не представляетъ совершенной невозможности. Распознаваніе можно сдѣлать, если намъ удастся прощупать заостренную верху матку, которая дугообразно наклоняется къ гребешку одной изъ подвздошныхъ костей и если бимануальнымъ изслѣдованіемъ можно открыть, на другой сторонѣ, небольшую опухоль, которая соединяется съ маткой небольшимъ короткимъ канатикомъ. Эксцентрическое прикрѣпленіе и ненормальная короткость влагалищной части подтверждаютъ распознаваніе.

Если обѣ половины родоваго канала достаточно развиты, но раздѣлены между собою болѣе или менѣе совершенной перегородкой¹⁾, — *uterus bicornis* и *uterus septus* (см. ф. 100), — то нерѣдко случается беременность въ одномъ изъ роговъ, или же въ обоихъ вмѣстѣ. Только при полномъ раздѣленіи обѣихъ половинокъ до самаго входа во влагалище можетъ произойти беременность одновременно въ обоихъ рогахъ, и то очень рѣдко (если вообще когда-нибудь встрѣчалась), хотя, а priori, и нельзя оспаривать возможности такой беременности. При *uterus didelphys* (когда обѣ матки не соединяются даже своими шейками) до сихъ поръ было одно только наблюденіе родовъ, принадлежащее *Benicke*²⁾.



Фиг. 100. *Uterus duplex septus* послѣ родовъ, по *Kussmaul* ю. (Наблюденіе *Cruveilhier*, яйцо находилось въ лѣвой большей половинѣ).

Всѣ виды раздвоенія родоваго канала, при достаточномъ развитіи отдѣльныхъ половинокъ, могутъ служить мѣстомъ развитія плода и при этомъ беременность чаще всего достигаетъ до нормальнаго конца. Чаще-ли случается выкидышъ при такой маткѣ, чѣмъ при нормальной, — сомнительно. Я самъ видѣлъ въ одномъ случаѣ, какъ беременность достигла нормальнаго конца, послѣ разсѣченія влагалищной перегородки *uteri septi*, между тѣмъ какъ раньше эта женщина имѣла

¹⁾ *Kucher*, Wien. med. Pr. 1879. N 31. — ²⁾ *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* B. I. p. 366.

два выкидыша ¹⁾). Течение беременности при всѣхъ видахъ раздвоенія половыхъ органовъ — нормальное. Въ небеременномъ рогѣ, который всегда гипертрофируется, слизистая оболочка превращается въ отпадающую, которая извергается по окончаніи беременности.

Что касается до распознаванія этихъ аномалій, то должно всякій разъ прибѣгать къ обстоятельному изслѣдованію, коль скоро встрѣчаемъ двойное влагалище. Если мы найдемъ двойной рукавъ и въ каждомъ рукавѣ по отдѣльной влагалищной части, то можно быть увѣреннымъ въ томъ, что матка имѣетъ перегородку. При двойной влагалищной части и простомъ, т. е. нераздѣленномъ рукавѣ, матка можетъ быть однополостная (хотя это бываеетъ очень рѣдко). Въ случаяхъ, гдѣ бываютъ двѣ влагалищныя части, распознаваніе не трудно, потому что при беременности одного рога онъ прощупывается совершенно ясно наклоненнымъ въ сторону, такъ что можно смѣло ввести зондъ во влагалищную часть другой половины. Въ первое время беременности можно бимануальнымъ изслѣдованіемъ прощупать небеременную половину. Если же беременны въ одно и то-же время обѣ половины, то состояніе это распознается по глубокой бороздѣ посреди живота, которая идетъ отъ дна матки къ лонному соединенію. Трудно распознать тѣ случаи, гдѣ рукавъ и влагалищная часть единичные, или гдѣ только одинъ рукавъ доступенъ изслѣдованію. (Въ послѣднемъ случаѣ сращенный рукавъ можетъ подать поводъ къ скопленію менструальной крови, и, такимъ образомъ, мы, въ одно и то-же время, будемъ имѣть дѣло съ беременностью и haematometra). Въ случаяхъ съ одной влагалищной частью можно пользоваться съ діагностической цѣлью значительнымъ отклоненіемъ беременной матки въ одну сторону, тогда какъ въ другой сторонѣ мы въ состояніи прощупать маленькую опухоль. Если перегородка такъ незначительна, что плодъ помѣщается въ обѣихъ половинахъ, или замѣчается только вдавленіе на днѣ матки (*uterus arcuatus*), то только по наружному виду матки можно судить о ея раздвоеніи. Въ этомъ отношеніи надо замѣтить (это относится къ распознаванію всѣхъ формъ), что характеристическая форма матки узнается только во время ея сокращенія.

Примѣч. Иногда бываетъ трудно распознать двойное влагалище. Такъ, однажды два опытные акушера — *Franz Anton Mai*, авторъ *Stolpertus'a* (тестъ *Naegle* старшаго) и профессоръ *Fischer* въ Гейдельбергѣ изслѣдовали 20-ти лѣтнюю первородящую. Одинъ утверждалъ, что зѣвъ матки открытъ, другой доказывалъ противное. Дѣло дошло было до жаркаго спора, но тщательное изслѣдованіе показало, что оба изслѣдовали разные рукава и такимъ образомъ попадали на различныя маточныя рыльца.

Измѣненія въ положеніи.

Наклоненія и искривленія.

Загибъ матки впередъ до извѣстной степени есть явленіе нормальное; этотъ нормальный загибъ, съ наступленіемъ беременности,

¹⁾ См. *P. Ruge*, Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn., Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. X. p. 141.

когда тѣло матки становится тяжелѣе, обыкновенно увеличивается. Если загибъ впередъ очень значителенъ, то онъ часто бываетъ причиною безплодія, хотя нерѣдко и при самыхъ высшихъ степеняхъ загиба случается беременность или произвольно, или послѣ соответственнаго леченія. Въ этихъ случаяхъ беременность протекаетъ нормально, если нѣтъ какихъ-либо осложненийъ. (При совпаденіи съ хроническимъ воспаленіемъ маточной ткани нерѣдко бываетъ выкидышъ). Въ первое время беременности дно матки наклонено впередъ болѣе обыкновеннаго, впослѣдствіи же оно ничѣмъ не отличается отъ нормальнаго, такъ что узнать — было-ли до беременности искривленіе впередъ — становится невозможнымъ. Чрезвычайно рѣдко матка на 4—5 мѣсяцѣ беременности находится въ такой степени загиба, что нѣсколько ущемляется позади лоннаго соединенія; но и въ этихъ случаяхъ она выпрямляется сама собою. Загибъ матки впередъ во время беременности никогда не даетъ собственно болѣзненныхъ явленій ущемленія; только при очень высокихъ степеняхъ его могутъ наступить болѣе частый позывъ къ мочеиспусканію или сильныя боли при немъ, а иногда недержание мочи.

Особеннаго рода наклоненіе впередъ (*anteversio*) замѣчается иногда подъ конецъ беременности. Такъ называемый отвислый животъ (*venter propendens*) обуславливается различными причинами, изъ которыхъ въ особенности должно указать на чрезмѣрную вялость брюшныхъ стѣнокъ и расхожденіе прямыхъ мышцъ живота. Происхожденію отвислаго живота значительно способствуютъ: суженіе и сильное наклоненіе таза, а также искривленіе въ бокъ поясничныхъ позвонковъ. Отвислость живота въ слабой степени встрѣчается довольно часто, но при сильномъ наклоненіи дна матки впередъ она можетъ до того усилиться, что образуется брюшная грыжа, и дно матки свѣшивается до колѣнъ. Если отвислый животъ вызываетъ тягостныя припадki, то этому должно помочь пѣлесообразной повязкой.

Наклоненіе матки взадъ (*retroversio*) встрѣчается не такъ часто и также бываетъ иногда причиною безплодія. Дно матки при этомъ, въ большинствѣ случаевъ, не лежитъ ниже мыса крестцовой кости. Во время беременности увеличивающееся тѣло матки произвольно поднимается. Если-же оно, въ видѣ исключенія, встрѣтитъ препятствіе въ этомъ, и тѣло матки будетъ удержано до конца третьяго или начала четвертаго мѣсяца подъ мысомъ, такъ что появятся припадki ущемленія, то обыкновенно ткань матки становится до такой степени вялою, что шейка матки не направляется кверху, какъ это должно было-бы быть при простомъ наклоненіи взадъ, но въ области внутренняго маточнаго рыльца происходитъ перегибъ и влагалищная часть обращается къ лонному соединенію, или еще чаще — взадъ. Изъ этого видно, что въ подобныхъ случаяхъ наклоненіе взадъ беременной матки (*retroversio uteri gravidi*) переходитъ въ одноименный загибъ (*retroflexio*).

Загибъ матки взадъ (*retroflexio uteri*) у женщинъ рожавшихъ принадлежитъ къ самымъ обыкновеннымъ измѣненіямъ въ конфигураціи матки, и приобретенное безплодіе, даже при сильно выраженной *retroflexio*, бываетъ послѣдствіемъ ея только въ исключительныхъ случаяхъ. У женщинъ-же нерожавшихъ загибъ взадъ встрѣчается рѣдко; если-же бываетъ, то онъ часто становится причиною безплодія. Если при этомъ наступаетъ оплодотвореніе, то матка въ началѣ беременности увеличивается въ объемѣ и притомъ остается въ томъ мѣстѣ, гдѣ она находилась до оплодотворенія. Когда-же она достигнетъ такой величины, что въ маломъ тазу ей мѣста уже не хватаетъ, то дно ея поднимается вверхъ повыше *promontorium*'а и вслѣдъ за этимъ часто подается впередъ, такъ что изъ бывшаго за нѣсколько дней загиба взадъ происходитъ загибъ впередъ, съ такимъ-же наклономъ ея (*anteflexio* и *anteversio*). Приподниманіе вверхъ и наклоненіе впередъ увеличенной въ объемѣ матки происходитъ обыкновенно безъ всякихъ припадковъ, такъ что женщины не замѣчаютъ при этомъ ничего особеннаго.

Примѣч. Иногда исправленіе въ положеніи матки совершается медленно. Въ этихъ случаяхъ матка своею обращенною вверхъ переднюю поверхность вдвигается въ большой тазъ. Съ постепеннымъ ростомъ матки, эта часть ея, съ частями плода, увеличивается до того, что беретъ перевѣсъ надъ той частью, которая лежитъ въ маломъ тазу, и приподнимаетъ послѣднюю. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ та часть матки, которая выполняетъ малый тазъ, сохраняетъ свое положеніе; тогда матка и въ послѣдніе мѣсяцы беременности представляетъ особенныя измѣненія въ конфигураціи, которые описаны подъ названіемъ частичнаго наклоненія взадъ беременной матки (*retroversio uteri gravidi partialis* ¹⁾). Влагалищная часть лежитъ плотно позади, или повыше лоннаго соединенія, а задняя стѣнка нижняго отрѣзка матки между шейкою ея и промонторіемъ отдавливается въ малый тазъ какою-либо частью плода или же плоднымъ пузыремъ. Большая часть матки и плода при этомъ находится выше промонторія, но въ одномъ случаѣ *Oldham* ²⁾ могъ прощупать головку въ заднемъ сводѣ влагалища, тазовой-же конецъ его — въ маточномъ рыльцѣ, находившемся на 3 дюйма выше лоннаго соединенія. Если не бояться произвести изслѣдованіе половиною ручной кисти или всею рукою, то распознаваніе этого состоянія не представляетъ никакихъ трудностей и, взвѣсивъ тщательно всѣ относящіяся къ нему обстоятельства, можно поставить его даже при невозможности достигъ до влагалищной части. Обыкновенно теченіе беременности отъ этого не измѣняется ³⁾.

Въ другихъ-же случаяхъ, въ особенности часто при осложненіи хроническимъ метритомъ, вызывается преждевременно родовая дѣятельность и происходитъ выкидышъ. Гораздо рѣже случается, чтобъ

¹⁾ *Depaul*, Arch. de tocol. 1876. p. 9. etc. — *G. Veit*, Volkmanns klin. Vortr. № 170. — ²⁾ *Obstetr. Transact.* I. p. 31. — ³⁾ См. *Hecker*, M. f. G. B. 12. p. 287. — *Scanloni*, Lehrbuch d. Geb. 4. Aufl. Band. II. p. 38 и *Walter Franke*, M. f. G. B. 21. p. 161 *).

*) Состояніе это далеко не такъ безвредно, какъ думаетъ авторъ. Если оно не оказываетъ никакого особеннаго вліянія на теченіе беременности, то за то, съ другой стороны, оно можетъ весьма невыгодно вліять на теченіе родовъ. Очень много интересныхъ наблюденій по этому поводу читатель можетъ найти въ работѣ *Depaul*'а, помѣщенной въ *Archives de Tocologie* за 1876 годъ: *étude sur une forme insolite qui peut prendre l'uterus pendant la grossesse.* Г.

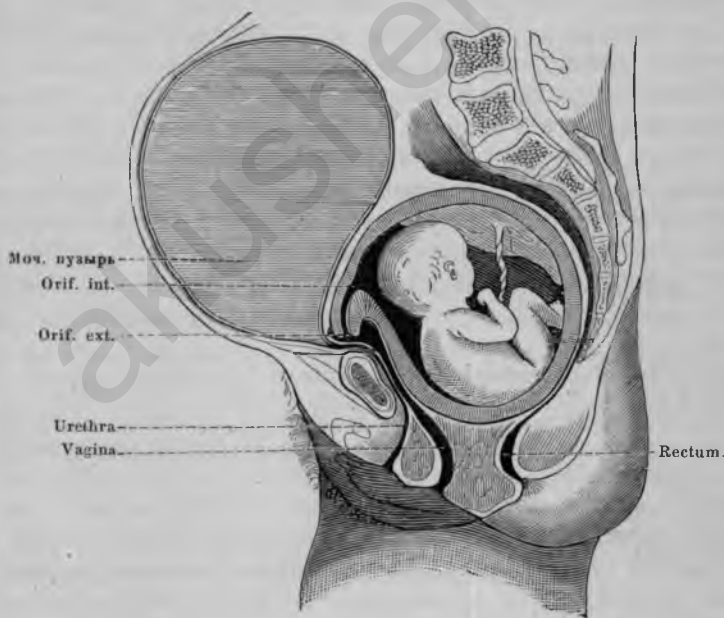
матка не въ состояніи была подняться за promontorium; продолжая увеличиваться въ маломъ тазу, она возбуждаетъ здѣсь, обыкновенно въ началѣ четвертаго мѣсяца, припадки ущемленія, и развивается полная клиническая картина такъ называемаго загиба беременной матки взадь въ тѣсномъ смыслѣ, о чемъ слѣдуетъ ниже.

ЗАГИБЬ ВЕРЕМЕННОЙ МАТКИ ВЗАДЬ СЪ ЯВЛЕНІЯМИ УЩЕМЛЕНІЯ.

Литература: *W. Hunter*, Med. obs. and inqu. Vol. 4 и 5. 1771 и 1776. — *Lohmeier*, Theden's Neue Bem. u. Erf. etc. 1795. 3 Th. p. 144. — *L. von Praag*, Neue Zeitschr. f. Geb. B. 29. p. 219. — *Tyler Smith*, Obst. Transact. II. p. 286. — *Martin*, Neigungen u. Beug. d. Gebärmutter. Berlin 1866. p. 185. — *Saxinger*, Prager Viertelj. 1866. IV. p. 53. — *Schröder*, Schw., Geb. u. Wochenb. p. 36. — *May*, Ueber die Reclination der schwangeren Gebärmutter. D. i. Giessen 1869. — *Barnes*, Obst. Op. 2. ed. 1871. p. 242.

Ущемленіе беременной, искривленной взадь матки (см. ф. 101) происходитъ въ большинствѣ случаевъ вышеупомянутымъ образомъ. Сомнительно, чтобы retroflexio могла произойти вслѣдствіе быстро по-дѣйствовавшихъ травматическихъ причинъ, при нормальномъ положеніи матки и когда она достигла уже такихъ размѣровъ, что смѣщеніе ея тотчасъ вызываетъ ущемленіе.

Первые припадки, вызываемые загибомъ матки взадь, когда она сдѣлается слишкомъ велика для пространства, которое ей представ-



Фиг. 101. Retroflexio uteri gravidi съ ущемленіемъ.

ляетъ малый тазъ, являются со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, что происходитъ обыкновенно на 4-мъ, иногда же на 3-емъ

и рѣдко только на 5-омъ мѣсяцѣ беременности. Выдѣленіе мочи постоянно затруднено и иногда до такой степени, что ея не выдѣляется ни одной капли; но чаще бываетъ такъ, что при сильно растянутомъ пузырьѣ и постоянномъ напираниі мочи по временамъ происходитъ небольшое отдѣленіе ея, сопровождающееся невыносимою болью. Въ этомъ случаѣ очень часто женщины, при сильно переполненномъ пузырьѣ, жалуются не на задержаніе мочи, но на частый позывъ и выдѣленіе ея по каплямъ. Моча можетъ задерживаться послѣдовательно также и въ мочеточникахъ и въ почечныхъ лоханкахъ. Задержаніе мочи зависитъ въ большей степени отъ сильнаго вытяженія въ длину мочеиспускательнаго канала, чѣмъ отъ непосредственнаго прижатія мочеиспускательнаго канала шейкою матки.

Разстройства со стороны прямой кишки состоятъ въ полнѣйшемъ запорѣ или въ сильныхъ боляхъ при испражненіи, въ особенности если стулъ твердый. Если запоръ продолжается, то можетъ наступить рвота, а впослѣдствіи всѣ явленія, сопровождающія непроходимость кишекъ. При этомъ появляются сильныя боли въ крестцѣ и въ животѣ, сопровождаемая невыносимымъ чувствомъ напирания внизъ.

Даже и въ это время еще можетъ произойти произвольное приподнятіе увеличенной матки и выходненіе ея изъ полости малаго таза, или-же выкидышъ, и мучительные припадки такимъ образомъ исчезаютъ. (Въ случаѣ, приводимомъ *v. Haselberg*'омъ ¹⁾ произошелъ выкидышъ, не смотря на 5-ти мѣсячную беременность и совершенную опрокинутость матки, такъ что влагалищная часть ея (такъ-какъ загиба не было) обращена была прямо вверхъ). Въ другихъ случаяхъ появляется сильное воспаленіе ущемленной матки и серознаго ея покрова, и вслѣдствіе этого къ первоначальнымъ припадкамъ присоединяются еще большее увеличеніе матки въ объемѣ, сильная боль въ животѣ, метеоризмъ и лихорадочное состояніе. Изъ канала маточной шейки показывается серозно-кровянистое истеченіе, и дно матки, вслѣдствіе рефлекторнаго возбужденія брюшнаго пресса, все болѣе и болѣе отдавливается внизъ, такъ что замѣчается выпячиваніе промежности.

Примѣч. Въ случаѣ, приводимомъ *Halbertsma* ²⁾, дно матки выступило даже въ видѣ опухоли изъ задняго прохода, отверстіе котораго представлялось величиною въ талеръ, и въ ней прощупывались мелкія дѣтскія части. При этомъ разрывъ задней стѣнки влагалища и выступленіе чрезъ него обнаженной матки наружу случается очень рѣдко ³⁾.

Особенно важное значеніе имѣютъ послѣдствія задержанія мочи. Если оно развивается медленно, то мускулатура пузыря сильно гипертрофируется. Обыкновенно, къ задержанію мочи присоединяется аммиачное разложеніе ея и воспаленіе слизистой оболочки мочеваго пузыря (cystitis), которое можетъ перейти въ дифтеритическое. Силь-

¹⁾ M. f. G. B. III. p. 1. — ²⁾ M. f. G. B. 34. p. 415. — ³⁾ См. *Major-Dubois*, *Presse méd.* 1837. № 20. p. 135 и *Grenser*, *Wiener med. Woch.* 1856. № 38 и 39. *Beilage*.

ное и продолжительное растяженіе патологически измѣненнаго мочевого пузыря можетъ повлечь за собою частичный или полный разрывъ пузыря ¹⁾).

Это происходитъ, какъ кажется, обыкновенно такимъ образомъ, что сначала разрывается слизистая оболочка, и моча черезъ разорванную слизистую оболочку проникаетъ между пучками *muscularis*. Вся слизистая оболочка, съ прилегающими къ ней слоями мышечной стѣнки постепенно отдѣляется такимъ образомъ, что въ концѣ-концовъ она совершенно свободно лежитъ въ мочевомъ пузырьѣ и можетъ выйти наружу черезъ мочеиспускательный каналъ; или же она можетъ быть вынута изъ мочевого пузыря при вскрытіи какъ-бы въ видѣ пустаго кисета.

Разрывъ можетъ также произойти во всѣхъ слояхъ стѣнки пузыря. Очень рѣдко случается, чтобы, при внезапномъ разрывѣ мочевого пузыря, разложившаяся моча немедленно проникла въ брюшную полость и вызвала быструю смерть. Обыкновенно, прежде чѣмъ разорвется брюшина, покрывающая мочевой пузырь, происходитъ слипчивое воспаленіе ея, и она склеивается съ кишечными петлями. Послѣ этого, перфорация или совѣтъ безвредна, такъ какъ утолщенная кишечная стѣнка предохраняетъ мочевой пузырь отъ разрыва, или же моча собирается въ новообразованной полости, находящейся между стѣнкой мочевого пузыря съ одной стороны и слипшимися кишечными петлями съ другой. Изъ этой полости моча можетъ проникнуть въ брюшную полость, или же проложить себѣ путь черезъ кишки, какъ я видѣлъ это одинъ разъ на трупѣ.

Смерть можетъ наступить, при запущенной ретрофлексіи беременной матки, также и вслѣдствіе истощенія, или при явленіяхъ уреміи, или вслѣдствіе непроходимости кишекъ (*ileus*) ²⁾.

Примѣч. Послѣ вправленія матки частичное отдѣленіе пузыря, вмѣстѣ съ брюшиннымъ покровомъ его, можетъ произойти и другимъ образомъ, какъ видно изъ случаевъ *Frankenhäuser*'а ³⁾ и *Madurowicz*'а ⁴⁾ а именно: опорожненный пузырь не сокращается, а спадается такъ, что верхняя часть его выпячивается въ полость; по зарощеніи соприкасающихся частей, выпятившійся кусокъ пузыря можетъ омертвѣть и отдѣлиться.

Распознаваніе загиба беременной матки назадъ большею частью незатруднительно. При осмотрѣ живота бросается въ глаза весьма характерное очертаніе растянутаго пузыря, который иногда доходитъ до пупка (и выше. *P.*). Пузырь имѣетъ тогда видъ опухоли брюшныхъ покрововъ, такъ-какъ онъ при своемъ растяженіи прилегаетъ къ брюшной стѣнкѣ, а не къ маткѣ ⁵⁾, т. е. онъ выдается болѣе шарообразно, чѣмъ это бываетъ при опухоляхъ брюшной полости, а сверху ограничивается рѣзкою бороздою. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ верхняя граница пузыря

¹⁾ *Schatz*, Arch. f. Gyn. B. I. p. 469 и *Krukenberg*, e. l. B. XIX. p. 261. —

²⁾ См. *Hausmann*, M. f. G. B. XXXI. p. 132. — ³⁾ Arch. f. Gyn. B. XII. p. 352. —

⁴⁾ Wien. med. Wochenschr. 1877. № 51 и 52. — ⁵⁾ Въ одномъ видѣнномъ мною случаѣ *excavatio vesicouterina* брюшины простиралась почти до наружнаго маточнаго зѣва.

обозначается плотнымъ кольцомъ, образовавшимся отъ воспаленія подсерозной соединительной ткани. Зыбленіе обыкновенно очень явственно; при сильномъ-же напряженіи пузыря онъ можетъ казаться на ощупь весьма твердымъ. Катетеризмъ можетъ быть затруднителенъ, но помощью мужскаго серебрянаго катетера почти всегда удается (если принять во вниманіе существующее обыкновенно отклоненіе пузыря въ одну сторону) опорожнить весьма большое количество мочи. (Если слизистая оболочка пузыря уже отслоилась, то катетеръ нерѣдко проходитъ въ мочевой пузырь, но черезъ катетеръ моча не выдѣляется вслѣдствіе того, что дряблая омертвѣвшая слизистая оболочка закрываетъ отверстіе катетера). При внутреннемъ изслѣдованіи влагалище представляется выполненнымъ большою мягкою опухолью, которая большею частью весьма чувствительна. Влагалищная часть прилежитъ къ задней поверхности лоннаго соединенія и большею частью стоитъ довольно высоко, но не настолько, чтобы нельзя было ее достать. Если болѣзненность нижней части живота не слишкомъ значительна, то, опорожнивъ пузырь, одновременнымъ наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ можно убѣдиться въ томъ, что опухоли, которую можно было-бы принять за нормально лежащую матку, въ животѣ не оказывается, и что, слѣдовательно, опухоль, прощупываемая въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, и должна быть увеличенная въ объемѣ матка. Если болѣзненность значительна, то должно осторожно изслѣдовать подъ хлороформомъ. Тогда можно будетъ съ достовѣрностью отличить это состояніе отъ haematocoele, или отъ ущемленной опухоли яичника, или отъ фиброидовъ, при которыхъ матка прощупывается на обыкновенномъ своемъ мѣстѣ.

Примѣч. Bailly ¹⁾, обнарудовалъ случай загиба беременной матки, который ошибочно былъ принятъ за внематочную беременность, потому что, по опорожненіи пузыря, надъ симфизою ясно прощупывалась опухоль, которую принимали за нормально лежащую матку. Оказалось, что часть матки поднялась въ большой тазъ, между тѣмъ какъ главная масса ея оставалась въ маломъ тазу, какъ это изложено было нами на стр. 348.

Kidd ²⁾, въ одномъ случаѣ полипа, заключавагося въ полости матки, наблюдалъ тѣже явленія, какъ при retroflexio uteri gravidi; разница была только въ томъ, что вмѣсто отсутствія регулъ была менorrhagia.

Леченіе должно начинать опорожненіемъ мочевого пузыря. Если ущемленіе произошло недавно, то, вправленіе удастся очень легко или чрезъ влагалище, или же чрезъ прямую кишку. Если введеніе катетера не удастся, то можно прибѣгнуть къ осторожному вправленію и при полномъ пузырьѣ, продолжая однако-же по временамъ попытку къ катетеризму. Въ то же время полезно, захвативъ влагалищную часть мюзеескими щипцами, оттягивать ее книзу. Если вправленіе матки очень затруднительно, то даютъ большой боковой или же

¹⁾ Arch. de tocologie 1874. p. 731. — ²⁾ Dubl. J. of med. sc. November. 1875. p. 457.

колѣнно-локтевое положеніе и чрезъ прямую кишку дѣлають попытку — отдавливать дно матки вверхъ, по направленію одного изъ крестцово-подвздошныхъ соединеній и, еслибъ это не удалось сдѣлать сразу, то возобновляютъ эти попытки нѣсколько разъ ¹⁾. Вправленіе тогда лишь можно считать вполне удавшимся, когда влагалищная часть обращается сильно назадъ, въ углубленіе крестцовой кости, а дно матки подается впередъ. Чтобы предупредить возврата загиба назадъ, которые особенно легко случаются при небольшомъ увеличеніи матки и при легкости вправленія ея, весьма полезно вести въ рукавъ каучуковое кольцо *Mayer'a* или рычагообразный пессарій, которые препятствуютъ уклоненію влагалищной части впередъ, а, слѣдовательно, и опрокидыванію матки назадъ.

Если вправленіе не удастся, то остается только опорожнить матку. Если введеніе зонда чрезъ каналъ шейки невыполнимо ²⁾, то слѣдуетъ чрезъ стѣнку матки сдѣлать проколъ яйца со стороны влагалища. По удаленіи околоплодной жидкости, объемъ матки настолько уменьшается, что или удастся вправить ее, или же, по крайней мѣрѣ, выкидышъ сдѣлается возможнымъ *).

Остающіяся затѣмъ послѣдовательныя болѣзненные состоянія лечатся по общимъ правиламъ.

Примѣч. Мнѣніе *Hunter'a* о томъ, что при retroflexio беременной матки за держаніе мочи составляетъ первоначальное явленіе, раздѣляло большинство авторовъ даже до новѣйшаго времени. Какъ предрасполагающія причины развитія разбираемаго смѣщенія матки приводились: исхуданіе тѣла, слишкомъ широкій или

¹⁾ Колѣнно-локтевое положеніе, по наблюденіямъ *Solger'a* (Berl. kl. Wochenschr. 1877. p. 190), *Campbell'a* (Amer. Gyn. Tr. vol. I. p. 198) и *Breisky'a* (Prag. med. Woch. 1880. 4) оказывается особенно цѣлесообразнымъ. Важное дѣйствіе при этомъ давленія воздуха слишкомъ преувеличено. Обыкновенно матка вправляется довольно легко и въ спинномъ положеніи беременной, если только вправленіе предпринимается подъ хлороформомъ. — ²⁾ При совершенно измѣненномъ положеніи матки *P. Müller* (Berl. V. z. Geb. u. Gyn. V. III. p. 67) произвелъ выкидышъ помощію особеннымъ образомъ устроеннаго полога (крючка) чрезъ который въ полость матки былъ введенъ бужъ.

*) Если наклоненіе назадъ беременной матки не устранимо, то главная и существенная опасность, угрожающая беременной, состоитъ въ возможности разрыва мочевого пузыря. Такъ печально окончился первый случай, сдѣланный извѣстнымъ въ литературѣ и описанный *Hunter'омъ*. Поэтому этотъ послѣдній, а также *Sabatier* и *Schmitt* совѣтовали въ подобныхъ затруднительныхъ случаяхъ прибѣгнуть къ проколу мочевого пузыря. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ операцию эту при подобныхъ условіяхъ произвелъ съ успѣхомъ д-ръ *Amenitskij*, въ Петергофѣ. Могутъ быть, однако, случаи, что, не смотря на опороженіе пузыря тѣмъ или другимъ способомъ, все-таки нельзя будетъ вправить наклоненную назадъ матку. Въ подобныхъ случаяхъ ущемленія оправдываются и самыя героическія средства, имѣющія цѣлью быстрое опороженіе матки. Такъ-какъ введеніе зонда въ полость матки (съ цѣлью произведенія выкидыша) при этомъ можетъ быть иногда весьма затруднительно, а подчасъ совершенно невозможно, вслѣдствіе того, что влагалищная часть отклонена сильно впередъ, то ничего болѣе не остается, какъ прибѣгнуть къ проколу матки или чрезъ влагалище, или же чрезъ прямую кишку. Способъ этотъ предложенъ былъ *Hunter'омъ*, и въ литературѣ есть нѣсколько случаевъ, въ которыхъ онъ примѣненъ былъ съ успѣхомъ (*Jouvel, Martin, Viricel* и др.). *Г.* Въ настоящее время проколъ чрезъ прямую кишку едва-ли кѣмъ рекомендуется. *Р.*

узкій тазъ, недостаточное наклоненіе таза и т. п. Уже *Lohmeier*, къ которому присоединился и *Brünnighausen*, высказался въ томъ смыслѣ, что смѣщеніе бываетъ первоначальнымъ явленіемъ и что упомянутые выше припадки появляются лишь съ увеличеніемъ органа. Онъ совершенно вѣрно предполагалъ, что наклоненіе взадъ могло существовать уже до происхожденія беременности и что оно раньше не было извѣстно больнымъ. Въ новѣйшее время *Tyler Smith* доказалъ, что эти случаи представляютъ ничто иное, какъ беременность при загнутой взадъ маткѣ.

Незначительныя наклоненія беременной матки въ сторону можно считать за правило. Причина наклоненія этого рода заключается въ развитіи матки и въ отношеніи ея къ прямой кишкѣ и къ мочевому пузырю во время утробной жизни ¹⁾. Теченіе беременности отъ этого нисколько не измѣняется.

Выпаденіе беременной матки.

Литература. *Hüter*, M. f. G. B. 16. p. 186. — *Gusserow*, M. f. G. B. 21. p. 99. — *Litten*, Ueber den Vorfal der schwang. Gebärmutter. D. i. Berlin 1869. — *Krause*, D. i. Berlin 1876.

Настоящее выпаденіе беременной матки чаще всего наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда зачатіе произошло при существующемъ уже прежде *prolapsus uteri*. Очень рѣдко случается, чтобы въ первые мѣсяцы беременности произошло выпаденіе нормально лежащей матки отъ какихъ либо внезапно подѣйствовавшихъ причинъ. Въ такихъ случаяхъ, вслѣдствіе быстро развивающагося разстройства кровообращенія, происходитъ кровоизліяніе въ оболочки яйца, что влечетъ за собою смерть плода и выкидышъ.

Если происходитъ беременность при выпавшей маткѣ, то она, по мѣрѣ увеличенія ея въ объемѣ, подымается вверхъ, въ большой тазъ, и такимъ образомъ на время беременности выпаденіе проходитъ. Если же выпаденіе такъ значительно, что большая часть или вся матка выходитъ изъ родовой щели, то, вслѣдствіе увеличенія матки въ объемѣ, могутъ наступить припадки ущемленія органовъ, помѣщающихся въ тазу, и затѣмъ выкидышъ. Въ литературѣ неизвѣстно ни одного случая, въ которомъ бы беременность достигла нормальнаго срока или приблизительно до этого времени при маткѣ, выпавшей совершенно и лежащей между бедрами.

Даже подъ конецъ беременности можно имѣть дѣло съ такимъ состояніемъ, которое симулируетъ неполное выпаденіе матки, если влагалищная часть ея гипертрофирована на столько, что торчитъ наружу изъ половой расщелины. При этомъ части младенца лежатъ въ маломъ тазу или надъ входомъ въ тазъ. Сюда относится большая часть случаевъ, описанныхъ подъ названіемъ *prolapsus uteri gravidi*.

Обыкновенно въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ гипертрофіею надвлагалищной части шейки. Я наблюдалъ два случая, гдѣ беременность наступила и при чистой гипертрофіи самой влагалищной части.

¹⁾ См. *Freund'a*, Klin. Beiträge zur Gynaek. II. Breslau 1864. p. 85.

Объ одномъ изъ этихъ случаевъ сообщилъ *Venicke*¹⁾; во второмъ случаѣ я, на третьемъ мѣсяцѣ беременности, сдѣлалъ ампутацію чрезвычайно увеличенной и удлиненной влагалищной части, при чемъ беременность не была прервана.

Распознаваніе разбираемаго смѣщенія матки всегда бываетъ легко при тщательномъ изслѣдованіи.

Въ первые мѣсяцы беременности стараются выпавшую беременную матку вправить и удержать ее въ этомъ положеніи подходящимъ пессаріемъ (лучше всего Мауер'овскимъ каучуковымъ кольцомъ). Если послѣднее удачно подобрано, то оно нисколько не повредитъ беременности. При вправленіи должно тщательно слѣдить за направлениемъ, какое принимаетъ дно матки. Упустивъ это изъ виду, мы можемъ прижать дно матки къ мысу, отчего она опрокинется взадъ и, если мы ее удержимъ въ такомъ положеніи пессаріемъ, то произведемъ искусственную *retroflexio uteri gravidi*. Если выпавшая матка уже такъ велика, что вправленіе произвести невозможно, то прибѣгаютъ къ выжидательному методу леченія, и только тогда, когда появятся припадки ущемленія, должно приступать къ производству искусственного выкидыша²⁾.

Имѣя въ виду серьезныя затрудненія при родахъ со стороны длин-

1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* В. II. p. 240.

2) Выпаденіе матки во время беременности можетъ составить весьма серьезное осложненіе ея. Не вдаваясь въ подробности относительно клинической картины въ этихъ случаяхъ, этиологіи и пр., мы остановимся только на терапіи. Если мы имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ матки (какое бы оно ни было—полное или неполное) въ очень ранніе періоды беременности, то мы напрасно иногда будемъ вправлять ее, такъ-какъ она постоянно снова выпадаетъ. Между тѣмъ слишкомъ частая процедура вправленія можетъ неблагоприятно отозваться на теченіи беременности. Кромѣ того должно имѣть въ виду, что при дальнѣйшемъ теченіи беременности (за 2-ю половину ея) матка, долготѣ выпавшая, по мѣрѣ увеличенія своего въ объемѣ, принимаетъ нормальное положеніе. Поэтому въ ранніе періоды беременности, вправивъ матку, нужно предписать беременной абсолютный покой до тѣхъ поръ, пока съ дальнѣйшимъ теченіемъ беременности матка не приметъ надлежащаго положенія. Если же она выпадаетъ и въ поздніе періоды беременности и ее нельзя вправить, то ничего болѣе не остается, какъ удержать беременную въ постели до наступленія родовъ. Выпавшую матку придется въ такомъ случаѣ защищать отъ тренія помощью особенно принаровленнаго для этой цѣли мѣшка. Что касается снарядовъ для удержанія *in loco* выпавшей матки, по вправленіи ея, — то относительно пессаріевъ должно быть очень осторожнымъ. Если выпаденіе произошло во время беременности и женщина никогда не носила пессарія, то его не слѣдуетъ накладывать по той простой причинѣ, что въ началѣ беременности непривычное раздраженіе, производимое механическимъ снарядомъ, можетъ вызвать выкидышъ; во время дальнѣйшаго же теченія беременности пессарій совершенно безполезенъ, такъ-какъ онъ обыкновенно не нуженъ, или же, если выпаденіе матки продолжается, снаряда будетъ недостаточно для удержанія матки, значительно увеличенной въ объемѣ; пессарій будетъ постоянно выпадать. Другое дѣло, если женщина страдала выпаденіемъ матки и носила пессарій до беременности: удерживающій снарядъ переносится совершенно безнаказанно, вслѣдствіе того, что родовые пути привыкли уже къ извѣстному раздраженію и поэтому употребленіе того или другаго пессарія можно допустить безъ всякаго опасенія. См. объ этомъ у *Kilian'a*, *Die rein chirurgischen Operationen des Geburtshelfers*. 2-te Ausg. Bonn. 1856. p. 183 и *Hohl*, *Lehrb. der Geburtsh.* 2-te Aufl., Leipzig. 1862. p. 249, а также мое Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы. Т. II.

ной, толстой и затвердѣлой шейки, въ случаяхъ ея гипертрофіи, мы предложили бы производить ампутацію ея въ возможно раннемъ періодѣ беременности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ впослѣдствіи при безпрепятственно продолжающейся беременности можетъ произойти выкидышъ, который большею частью обусловливается заболѣваніемъ эндометрія.

Грыжи.

Литература. *Klob*, Path. Anat. d. weibl. Sexualorgane. Wien 1864. p. 105.

Грыжи небеременной матки встрѣчаются, относительно, рѣдко. Рѣдко также бываетъ, чтобы произошла беременность въ смѣщенномъ такимъ образомъ органѣ, или, чтобы беременная матка помѣщалась въ грыжевомъ мѣшкѣ.

Чаще всего наблюдаются пупочныя и брюшныя грыжи. Настоящая пупочная грыжа безъ расхожденія прямыхъ брюшныхъ мышцъ можетъ вмѣщать въ себѣ матку только въ позднѣйшіе періоды беременности. Такіе случаи описаны *Murray*'емъ ¹⁾ и *Léotaud*'омъ ²⁾. Въ обоихъ случаяхъ роды окончились нормальнымъ образомъ.

Собственно брюшныя грыжи беременной матки случаются также не часто; тѣмъ не менѣе въ литературѣ описаны случаи, въ которыхъ говорится о беременной на сносакъ маткѣ, помѣстившейся въ грыжѣ, происшедшей отъ растяженія большаго рубца брюшныхъ покрововъ. Въ настоящее время, послѣ того, какъ стали чаще производить оваріотомію, стали также чаще попадаться случаи помѣщенія беременной матки въ растянутомъ рубцѣ покрововъ, оставшемся послѣ этой операціи. Въ такомъ грыжевомъ мѣшкѣ очень ясно прощупываются какъ размягченная матка, такъ и части плода.

Чаще всего встрѣчаются грыжи бѣлой линіи (если ихъ только считать таковыми), которыя происходятъ отъ простаго расхожденія прямыхъ мышцъ и въ которыхъ содержимое грыжи, кромѣ кожи, покрыто еще фасціей. Подобное смѣщеніе въ слабой степени встрѣчается весьма часто, т. е. когда только часть матки лежитъ въ углубленіи, потому что значительно развитый обвислый животъ всегда бываетъ сопряженъ съ расхожденіемъ прямыхъ мышцъ. Это смѣщеніе узнается легко, если заставить беременную, лежащую на спинѣ, приподняться верхнею половиною туловища. Матка тогда выступаетъ изъ бѣлой линіи въ видѣ шарообразнаго тѣла, рѣзко очерченнаго съ боковъ прямыми брюшными мышцами.

Леченіе въ такихъ случаяхъ состоитъ въ назначеніи цѣлесообразной повязки живота, снабженной, въ случаѣ надобности, пелотомъ.

Примѣч. Случай, гдѣ при *hernia uteri gravidi inguinalis* или *cruralis* плодъ достигъ нормальной зрѣлости и родился на свѣтъ при помощи операціи, похожей на кесарское сѣченіе, чрезвычайно рѣдки. *Klob* приводитъ нѣсколько авторовъ, которыми были сообщены подобные случаи; однако-же, они, за исключеніемъ, можетъ

¹⁾ Med. Times April 1859. p. 406.—²⁾ Gaz. des. hôpit. 1859. № 105.

быть, случая *Sactorph'a* (произвольные роды), не заслуживают довѣрія. *Cazeaux-Tarnier* ¹⁾ приводятъ случай, сообщенный *Ledisma* изъ Саламанки ²⁾, гдѣ, при правой паховой грыжѣ, въ которой помѣщалась 8 мѣсячная беременная матка, была сдѣлана гистеротомія съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка. *Rektorzik* ³⁾ извлекъ посредствомъ кесарскаго сѣченія живаго младенца, вѣроятно, изъ рудиментарнаго рога, а *Winkel* ⁴⁾ ампутировалъ, съ благопріятнымъ исходомъ, *беременный рогъ*, при умершемъ плодѣ на 5-мъ мѣсяцѣ беременности.

Scanzoni ⁵⁾ наблюдалъ случай *hysterocele inguinalis*, въ которомъ въ продолженіе одного года дважды наступала беременность. Въ первый разъ беременность прервана была произвольно наступившимъ выкидышемъ; во второй — *Scanzoni* принужденъ былъ произвести его искусственно, вслѣдствіе появившагося воспаления беременной матки.

РАЗРЫВЫ И РАНЕНИЯ.

Литература: *Deneux*, Essai sur la rupture etc. Paris 1804. — *Duparque*, Durchlöch. Einrisse u. s. w. von *Nevermann*, Quedlinb. u. Leipz. 1838. p. 11. — *Hohl*, Lehrb. d. Geb. Leipz. 1862. p. 260. — *R. Barnes*, Obst. Oper. 2 ed. p. 336. — *Coutagne*, Lyon méd. 1882. № 43.

Мы уже выше познакомились съ разрывами ненормально развитой или ненормально лежащей матки; о разрывахъ же при промежуточной беременности, мы будемъ говорить впослѣдствіи. Кромѣ этихъ случаевъ, беременная матка разрывается весьма рѣдко, за исключеніемъ тѣхъ, когда она подвергается значительному размозженію. Давленіе въ такомъ случаѣ происходитъ легче всего по направленію спереди назадъ, такъ-какъ задняя стѣнка сама представляетъ необходимое сопротивленіе. При боковомъ давленіи матка разрывается только въ томъ случаѣ, если оно бываетъ съ двухъ сторонъ, иначе матка отклоняется въ противоположную сторону. Разрывъ въ этихъ случаяхъ, понятно, происходитъ вслѣдствіе того, что полость матки, которая имѣетъ наибольшую емкость при шарообразной формѣ, настолько уменьшается при сдавленіи съ боковъ, что содержимое ея должно выйти черезъ разрывъ ея стѣнокъ наружу.

Еще рѣже встрѣчаются во время беременности произвольные разрывы матки; причины ихъ происхожденія еще очень темны. Во всякомъ случаѣ для ихъ происхожденія должно допускать существованіе врожденной слабости ⁶⁾ стѣнокъ матки, или пріобрѣтенной послѣ предшествовавшихъ родовъ (рубцы послѣ кесарскаго сѣченія), или вслѣдствіе воспаленія и вялости стѣнокъ матки. Разрывъ матки, въ такихъ случаяхъ, можетъ произойти отъ самой незначительной причины — отъ поднятія тяжести, прыжка, слабого толчка или паденія, капли, рвоты, а также отъ другихъ причинъ, вызывающихъ напряженіе брюшнаго пресса, и даже безъ всякой видимой причины.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ брюшина можетъ быть настолько болѣзненно измѣнена, что она не можетъ растягиваться наравнѣ съ увеличивающеюся въ ростѣ маткою и разрывается въ одномъ или нѣсколь-

¹⁾ Traité des acc. 7. éd. p. 728. — ²⁾ Gaz. méd. 1840. p. 715. — ³⁾ Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde. 1860. — ⁴⁾ *Eisenhart*, Arch. f. Gyn. B. XXVI. p. 439. — ⁵⁾ Beiträge z. Geb. u. Gyn. B. VII. — ⁶⁾ См. *Mangold*. M. f. G. B. 8. p. 5.

кихъ мѣстахъ. Иногда вслѣдствіе этого, если не наступитъ смерть отъ значительнаго кровотеченія ¹⁾, могутъ произойти послѣдовательно разрывы паренхимы матки. Въ случаяхъ, сообщенныхъ *Hildebrandt*'омъ ²⁾, произошелъ разрывъ паренхимы матки, между тѣмъ какъ брюшина осталась не поврежденною.

Разрывъ матки можетъ произойти, начиная съ третьяго мѣсяца беременности, но все-таки наичаще случается онъ около конца ея. Разрывъ большею частью происходитъ (въ отличіе отъ мѣста разрыва во время родовъ) въ днѣ матки или въ прилегающихъ къ нему частяхъ тѣла матки.

Признаки, распознаваніе, предсказаніе и терапия этого рода разрывовъ ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ, которыя бывають при разрывахъ во время родовъ. Еще рѣже, чѣмъ послѣ родовъ, можно здѣсь ожидать спасенія матери отъ лапаротоміи. Въ одномъ случаѣ травматическаго разрыва я извлекъ гнилаго младенца изъ полости живота лежавшей безъ пульса матери, вырѣзалъ разорванный правый рогъ и на рану наложилъ швы. Въ другомъ случаѣ, обнародованномъ *Hofmeier*'омъ ³⁾, я зашилъ совершенно разорванный правый край матки. Въ обоихъ случаяхъ нельзя было, къ сожалѣнію, предотвратить летальный исходъ. *Plenio* ⁴⁾ удалось спасти беременную посредствомъ чревосѣченія.

Раненія беременной матки случаются чрезвычайно рѣдко, и такіе случаи обыкновенно оканчиваются смертью вслѣдствіе опасныхъ осложненій. При незначительныхъ раненіяхъ можетъ произойти выкидышъ, а рана можетъ закрыться вслѣдствіе сокращенія стѣнки матки, или же рана заживаетъ и впослѣдствіи могутъ наступить нормальные роды.

Примѣч. Löwenhardt ⁵⁾ рассказываетъ случай, въ которомъ мужъ ранилъ косою свою жену, находившуюся на 7-мъ мѣсяцѣ беременности; рана пришлась надъ самымъ лоннымъ соединеніемъ, и на мертвомъ плодѣ, родившемся четыре часа спустя, найдена на затылочной кости поперечная рана въ дюймъ шириною. Женщина эта выздоровѣла и родила еще два раза нормально.

Въ литературѣ мы находимъ много случаевъ, въ которыхъ разрывъ беременной матки производимъ былъ рогами коровы. Такъ, *Geissler* ⁶⁾ рассказываетъ случай о страшномъ раненіи матки, беременной на сносахъ, быкомъ. Верхній отрѣзокъ матки былъ совершенно оторванъ; мать нашли умирающею, плодъ же живымъ на землѣ.

Въ новѣйшее время стали чаще встрѣчаться случаи пораненія беременной матки вслѣдствіе попытокъ произвести неопытными руками искусственный выкидышъ. Въ американскихъ журналахъ особенно часто находимъ обнародованіе случаевъ пораненія при «*criminal abortion*». Такъ, *Thomas* ⁷⁾ сообщаетъ случай, въ которомъ сама беременная ввела себѣ проволоку, длиною въ 17½ дюймовъ, въ брюшную полость; проволока проникла до самыхъ легкихъ. И мнѣ неоднократно приходилось наблюдать достовѣрные случаи такого рода, а подозрительные и того чаще ⁸⁾.

¹⁾ *Fritsch* (Arch. f. Gyn. B. XII. p. 407) видѣлъ случай, кончившійся смертью вслѣдствіе изъязвленія стѣнки одной изъ ветъ матки. — ²⁾ Berl. Kl. W. 1872. № 36. — ³⁾ Centrallbl. f. Gyn. 1881. p. 619. — ⁴⁾ Centrallbl. f. Gyn. 1885. № 47. — ⁵⁾ *Casper's* Wochenschrift 1810. p. 60. — ⁶⁾ M. f. G. B. 21. p. 272. — ⁷⁾ Amer. J. of med. sc. April. 1873. p. 406. — ⁸⁾ *Courty*, Mal. de l'utérus etc. 2. éd. Paris 1872. p. 526. примѣч.

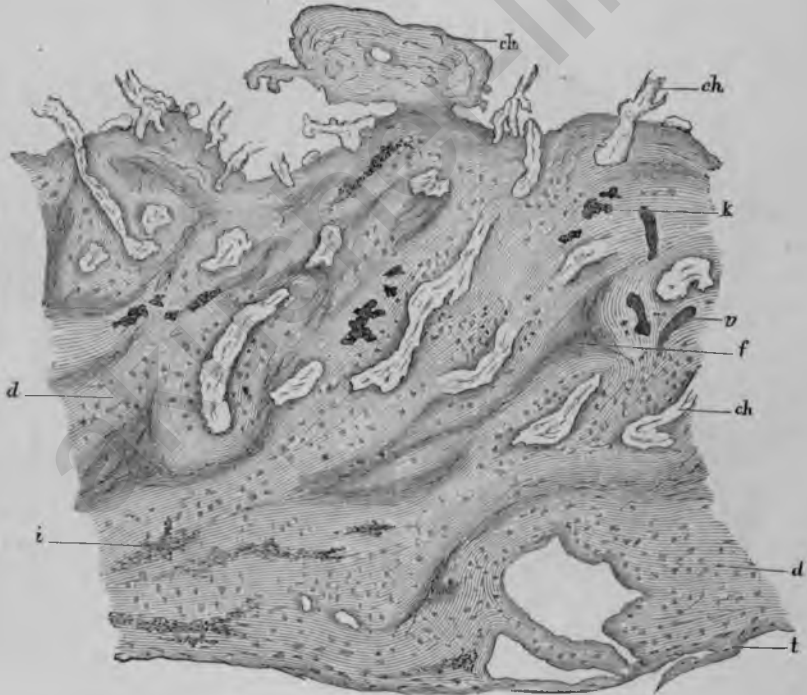
ВОСПАЛЕНІЕ.

Endometritis decidua.

Вслѣдствіе виѣдренія оплодотвореннаго яичка въ слизистую оболочку матки, она подвергается такому сильному раздраженію, что ги-



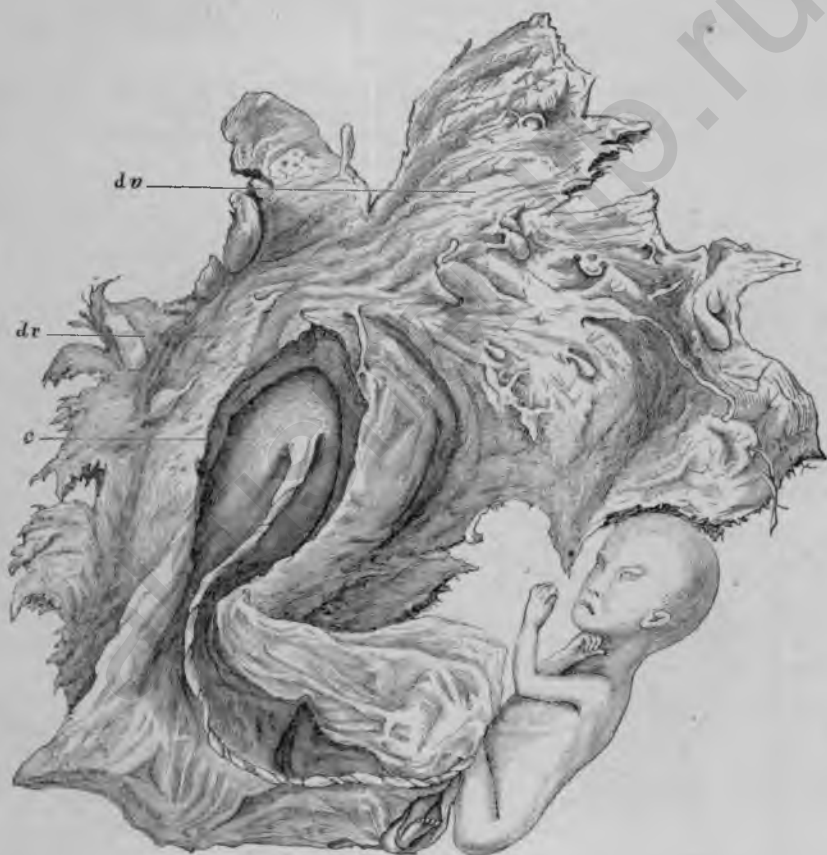
Фиг. 102. Запоздалая отпадающая оболочка нормальной плаценты. ch — ворсинки хоріона. v — сосуды. d — клетки отпадающей оболочки. t — линія отдѣленія запоздалой отпадающей оболочки (слабое увеличеніе).



Фиг. 103. Endometritis decidua chronica съ сильнымъ разрастаніемъ отпадающей оболочки. — Ворсинки хоріона врастаютъ въ отпадающую оболочку — Отпадающая оболочка пронизана фибринозными и фиброзными пучками. d — клетки отпадающей оболочки. ch — ворсинки хоріона. f — фибринозныя массы. v — сосуды. k — известковыя отложенія. i — мелко-клеточная инфильтрація. t — линія отдѣленія запоздалой отпадающей оболочки (слабое увеличеніе).

периплазируется и образует нормальную отпадающую оболочку. До ненормальных степеней раздражения дѣло доходит прежде всего въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже до наступленія беременности слизистая оболочка матки была болѣзненно измѣнена, гдѣ, слѣдовательно, уже раньше существовалъ хроническій эндометритъ. Но и при нормальной слизистой оболочкѣ можетъ наступить уже во время беременности острое воспаление слизистой оболочки матки (при холерѣ оно подробно изслѣдовано *Славянскимъ*)¹⁾ и повлечь за собой, вслѣдствіе апоплексіи яичныхъ плевъ, или тотчасъ же выкидышъ, или разрушеніе яйца и преобразование его въ такъ называемый кровяной или мясистый заносъ.

При существовавшемъ уже эндометритѣ слизистая оболочка матки, обыкновенно, сильно разрастается и утолщается, или же процессъ



Фиг. 104. Abortивное яйцо съ полипозными разраженіями, въ видѣ мостиковъ и нитей въ утолщенной отпадающей оболочкѣ. с — полость яйца. dr — завороченная отпадающая оболочка (reflexa). dv — истинная отпадающая оболочка.

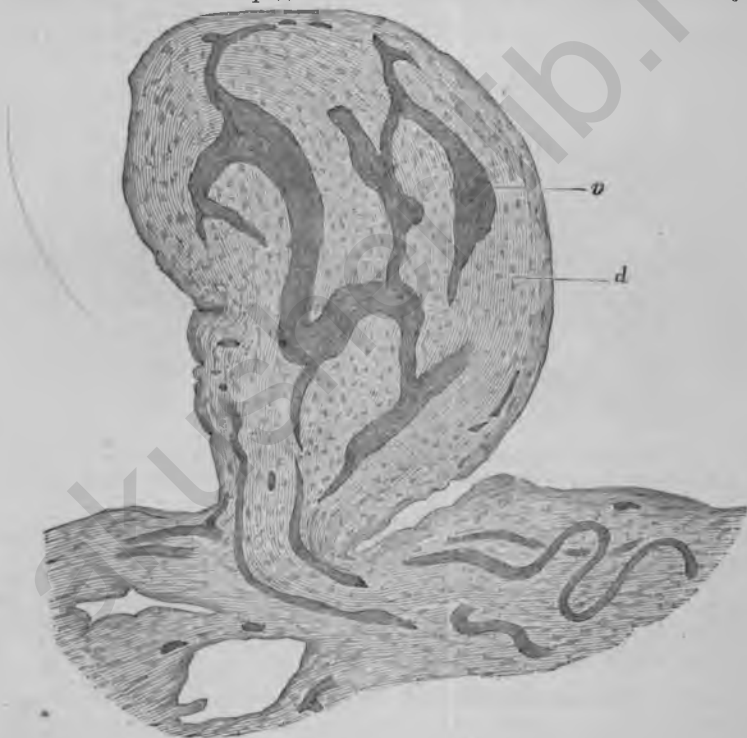
¹⁾ Arch. f. Gyn. IV. p. 285.

выражается усиленною секреторною дѣятельностью больной слизистой оболочки и образуется такъ называемая *hydrorrhoea gravidarum*.

1. *Endometritis decidua chronica.*

Литература: *H. Müller*, Bau d. Molen. Würzburg 1847. p. 80. — *Hegar*, M. f. G. B. 21. Suppl. p. 12. — *Klebs*, M. f. G. B. 27. p. 401. — *M. Duncan*, Res. in. Obstetrics. p. 290. — Г-жа *Кавсварова*, Virchow's Archiv. 1868. B. 44. p. 103. — *J. Veit*, Samml. klin. Vorträge. № 254.

Разрастаніе клетокъ отпадающей оболочки (см. фиг. 102 — нормальная отпадающая оболочка — и фиг. 103 — хронически воспаленная отпадающая оболочка — по рисункамъ *Carl'a Ruge*) протекаетъ хронически и распространяется по всей слизистой оболочкѣ; reflexa можетъ также принять участіе въ этомъ процессѣ, хотя въ меньшей степени. Утолщенная слизистая оболочка представляетъ скопленіе большихъ децидуальныхъ



Фиг. 105. Разрѣзъ черезъ полипозное разращеніе истинной отпадающей оболочки. v — сосуды. d — клетки отпадающей оболочки (слабое увеличеніе).

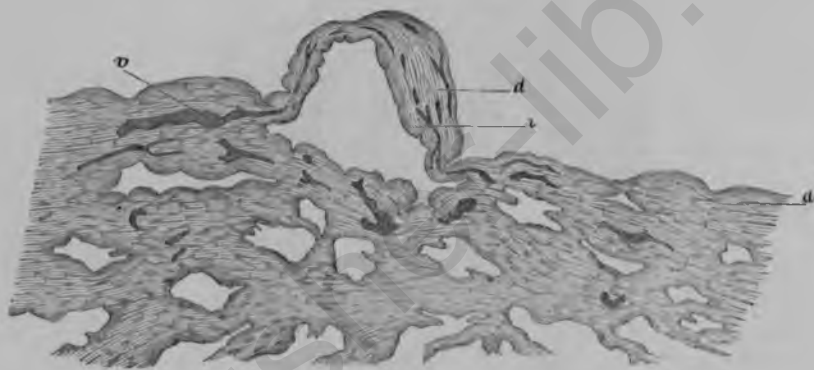
ныхъ клетокъ, или же гиперплазія характеризуется пещеристымъ строеніемъ особенно въ болѣе глубокихъ слояхъ. Встрѣчаются также кисты въ хронически воспаленной отпадающей оболочкѣ¹⁾. Воспалительное утол-

¹⁾ См. *Hegar*. I. c. p. 14, *Hegar* и *Maier*, Virchow's Arch. 1871. Bd. 52. p. 161 и *Breus*, Arch. f. Gyn. B. XIX. p. 483.

шение часто не распространяется равномерно на всю периферию яйца, а ограничивается иногда только отдельными частями его. Такъ *Hofe*¹⁾ описываетъ отдельныя возвышенія, которыя, будучи величиною съ пшеничное зерно и болѣе, выдаются надъ поверхностью слизистой оболочки. Отъ этихъ возвышеній идутъ нитевидныя и мостовидныя разращенія, которыя придаютъ слизистой оболочкѣ матки характерный видъ (см. фиг. 104, 105 и 106, срисованныя съ препаратовъ *Karl*'омъ *Ruge*).

Примѣч. Гиперплазія отпадающей оболочки достигаетъ высокой степени когда плодъ преждевременно погибаетъ, а яйцо продолжаетъ развиваться дальше²⁾. Оно можетъ оставаться въ полости матки въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Въ такихъ случаяхъ, именно, когда плодъ очень рано погибаетъ, не только отпадающая оболочка, но и ворсистая оболочка представляютъ очень значительное утолщеніе.

Въ другихъ случаяхъ гиперплазія отпадающей оболочки представляется еще болѣе въ видѣ отдельныхъ полипозныхъ или узловатыхъ возвышеній, вслѣдствіе чего образуется весьма характерная форма забо-



Фиг. 106. Разрѣзъ черезъ разращеніе въ видѣ мостика
v — сосуды. d — клетки отпадающей оболочки (слабое увеличеніе).

лѣванія слизистой оболочки, которую *Virchow* называетъ *endometritis decidua tuberosa* или *polyposa* (см. фиг. 107).

Всѣ до сихъ поръ описанныя плодныя яйца, представляющія эту форму патологическаго измѣненія, были выкинуты въ концѣ втораго и до начала четвертаго мѣсяца³⁾.

Примѣч. Обыкновенно истинная отпадающая оболочка служитъ мѣстомъ описываемой формы гиперплазіи; она въ особенности сильно утолщена — до 1 см. — на мѣстахъ, соответствующихъ передней и задней стѣнкамъ матки, и на поверх-

¹⁾ Ueber Hyperplasie der Decidua. D. i. Marburg. 1869. — ²⁾ См. *Duncan* l. c. p. 293 — ³⁾ *H. Müller*, Bau der Molen. Würzburg. 1847. p. 33. — *R. Virchow*, *Virchow's Archiv* 1861. B. XXI. II. 1. p. 118 и *Die krankh. Geschwülste*. B. II. p. 478. — *Strassmann*, M. f. G. B. XIX. p. 242. — *Gusserow*, M. f. G. B. XXVII. p. 321. — *Dohrn*, M. f. G. B. XXXI. p. 375. — *v. Hasselberg*, *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* B. 1. p. 34. — *Vedeler*, *Virchow-Hirsch'scher Jahr. für 1871*. II. p. 560. — *Winckel*, *Berl. klin. Woch.* 1874. № 15. — *Lewy*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* B. 1. p. 22. — *Ahlfeld*, *Arch. f. Gyn.* B. X. p. 168.

ности, обращенной къ яйцу, она покрыта большими горбовидными или болѣе полипозными наростами, между тѣмъ какъ поверхность, обращенная къ маткѣ, представляется шероховатой и покрытою кровяными свертками. Наросты сидятъ или на широкомъ основаніи, или же, какъ полипы, на ножкѣ и достигаютъ длины 1,5 см. и такой же ширины. На ихъ сильно покрасившейся поверхности нѣтъ отверстій маточныхъ железъ, между тѣмъ какъ они очень ясно видны на другихъ частяхъ слизистой оболочки. Микроскопъ показываетъ, что разрастающійся элементъ составляетъ интерстиціальная ткань слизистой оболочки. «Въ слабо-волокнистомъ основномъ веществѣ лежатъ большія, мѣстами громадная кѣтки чечевицеобразной формы, которыя въ вертикальномъ разрѣзѣ представляются болѣею частью въ видѣ толстыхъ веретень» (*Virchow*). При этомъ вся слизистая оболочка (въ особенности бугры) весьма обильны сосудами. Плодъ при этомъ обыкновенно погибаетъ и поэтому ворсинки шогіі представляютъ измѣненія, которыя обыкновенно встрѣчаются на абортивныхъ яйцахъ: онѣ утолщаются, оканчиваются колбовидными припуханіями или представляютъ начало миксоматознаго перерожденія.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходить до гнойнаго эндометрита. Гной находятъ на отпадающей оболочкѣ, а также между ворсистой и водной оболочками (подробности см. стр. 402 ¹).



Фиг. 107. Endometritis decidua tuberosa по *Virchow*'у
Поверхность deciduae, обращенная къ яйцу, покрытая буграми и а—маленькими и б—большими отверстіями железъ.

Это чрезвычное утолщеніе отпадающей оболочки ставитъ въ зависимость отъ эндометрита, существовавшего еще до начала беременности. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но не всегда, причиной эндометрита бываетъ гоноррея и сифилисъ. Эндометриты, развивающіеся вслѣдствіе послѣднихъ причинъ, не представляютъ патологически характернаго отличія отъ остальныхъ формъ эндометрита.

¹) См. *Donat*, Arch. f. Gyn. B. XXIV. p. 481.

Умѣренное разрастаніе отпадающей оболочки не вредитъ ни развитію яйца, ни теченію беременности. При родахъ, если оболочки яйца отдѣляются въ глубокихъ слояхъ, то находятъ периферію яйца покрытой необыкновенно толстою ворсинчатою отпадающею оболочкою. Если оболочки яйца отдѣляются въ поверхностныхъ слояхъ, то въ послѣродовомъ періодѣ появляются обильныя лохіи, или вмѣстѣ съ лохіями выдѣляются также кусочки отпадающей оболочки.

Но если воспалительное раздраженіе дѣйствуетъ сильнѣе, то можетъ произойти кровоизліяніе въ толщу гиперемированной слизистой оболочки. Кровоизліянія эти возбуждаютъ потужную дѣятельность, или первично, или вторично, причемъ въ послѣднемъ случаѣ, вслѣдствіе умиранія плода, беременность прекращается. Смерть плода, какъ кажется, можетъ произойти, независимо отъ кровоизліянія въ оболочки яйца, также вслѣдствіе того обстоятельства, что разрастающаяся отпадающая оболочка отнимаетъ у плода матеріалъ, годный для его правильнаго развитія.

Endometritis decidua считается очень важнымъ заболѣваніемъ беременной матки, вслѣдствіе котораго беременность очень часто прерывается. Эндометритъ, хотя-бы и не былъ сифилигическаго происхожденія, нерѣдко влечетъ за собою привычную смерть плода (*abortus habitualis*).

Во время беременности мы не можемъ назначать радикальнаго леченія, такъ какъ не знаемъ средствъ, которыя могли-бы ограничить гиперплазію материнской слизистой оболочки. Однако-же, чтобы предупредить возвратъ болѣзни при послѣдующей беременности, необходимо нужно въ промежуткѣ между беременностями лечить эндометритъ выскабливаніемъ полости матки и впрыскиваніемъ *tct. jodi*. Одна изъ моихъ паціентокъ, которая раньше выкинула двухъ мацерированныхъ плодовъ, послѣ леченія родила вполне здороваго младенца.

Слѣдуетъ упомянуть въ особенности о тѣхъ измѣненіяхъ, которыя производитъ эндометритъ на запоздалой отпадающей оболочкѣ (*endometritis placentaris*)¹⁾. При *endometritis placentaris* образуется молодая соединительная ткань, которая прорастаетъ между отдѣльными дольками дѣтскаго мѣста, а затѣмъ, позже, подвергается сморщиванію. Разрастаніе соединительной ткани влечетъ за собою суженіе материнскихъ сосудовъ, которые она окружаетъ, также какъ и ворсинки хоріона, причемъ послѣдніе запусѣваютъ и жирно перерождаются. Вслѣдствіе коллятеральной гипереміи появляются кровоизліянія на плодовой поверхности дѣтскаго мѣста. Если остается еще достаточное количество ворсинокъ хоріона, способныхъ функціонировать, то плодъ при этомъ можетъ развиваться дальше. Гиперемія, съ которой постоянно связано воспаленіе, ведетъ къ значительнымъ кровоизліяніямъ въ дѣтское мѣсто, а вслѣдствіе этого и къ выкидышу.

¹⁾ *Simpson*, Edinb. m. J. April 1836. p. 274. — *Scanzoni*, Prag. Vierteljahr. 1849. I. — *Hegar*, Die Path. u. Ther. d. Placentarretention. Berlin 1862. — *Matthaei*, Gaz. des hôp. 1864. № 98. — *Hegar* и *Maier*, Virchow's Archiv 1867. März. p. 387. — *Maier*, M. f. G. B. XXXII. p. 442 и Virchow's Archiv 1869. B. XLV. p. 305.—

Воспаленіе дѣтскаго мѣста представляетъ особенную важность въ послѣдовомъ періодѣ, потому что, вслѣдствіе значительной рыхлости молодой гиперплазированной соединительной ткани, куски плаценты могутъ легко отрываться и оставаться на стѣнкѣ матки, въ особенности, если сократившаяся рубцовая ткань видѣруется между ворсинками хоріона.

Соединительно-тканная гиперплазія deciduae serotinae особенно сильно развивается при сифилисѣ матери. При этомъ дѣло доходитъ до образованія гуммозныхъ разрощеній въ serotina, которыя проникаютъ клинообразно между дольками плаценты ¹⁾. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ плотную крупноклѣточную соединительную ткань, въ которой то здѣсь, то тамъ находятся значительныя скопленія молодыхъ клѣточекъ. Периферическій слой узловъ болѣе бѣловатый, фиброзный, центральныя-же части представляются желтоватыми и размягченными.

Если отецъ страдаетъ сифилисомъ, то происходитъ набуханіе зародышевой части дѣтскаго мѣста — ворсинокъ хоріона, — о чемъ мы скажемъ ниже.

2. *Endometritis decidua catarrhalis. Hydrorrhoea gravidarum.*

Литература: *Chassinat*, Gaz. de Paris 1858. № 29. etc. (см. M. f. G. B. 15. p. 465). — *C. Braun*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1858. № 17. p. 257. — *C. Hennig*, Der Katarrh der innere weibl. Geschlechtstheile. Leipzig 1862. p. 48. — *Hegar*, M. f. G. B. 22. p. 299 и p. 437. (срав. B. 25. Suppl. p. 64). — *Macdougall*, Edinburgh med. J. Febr. 1885. p. 691.

Хроническое воспаленіе отпадающей оболочки можетъ обнаружиться не только въ видѣ разращенія ячеекъ, но и въ видѣ ненормально отдѣляемаго ими секрета. Выдѣленіе скопляется, какъ кажется, между отпадающей и ворсистой оболочками и, производя прободеніе reflexae, по временамъ вытекаетъ наружу. Болѣе значительное количество (до 1 фунта и болѣе) этой желтоватой, серозной, иногда окрашенной кровью жидкости, выдѣляется, конечно, только въ послѣдніе мѣсяцы беременности; просачиванье-же по каплямъ наблюдается уже съ третьяго мѣсяца. Чаще всего встрѣчается hydrorrhoea у женщинъ гидремическихъ, у которыхъ сильныя серозныя выдѣленія происходятъ вообще очень легко.

Иногда, вслѣдствіе выдѣленія серозной жидкости, возбуждается дѣятельность матки, и беременность прерывается, — обыкновенно-же она достигаетъ нормальнаго конца.

Распознаваніе бываетъ не трудно, такъ-какъ hydrorrhoea можетъ быть смѣшиваема лишь съ преждевременнымъ истеченіемъ околоплодной жидкости, а это обстоятельство имѣетъ постояннымъ слѣдствіемъ наступленіе родовъ.

¹⁾ См. *Virchow*, Die krankh. Geschwülste. II. p. 480. — *Slavjansky*, Prager Vierteljahrschr. 1871. B. CIX. p. 130. — *Kleinwächter*, e. l. 1872. B. II. p. 93 и *Fränkel*, Arch. f. Gyn. B. V. p. 45.

Терапія должна быть направлена къ тому, чтобы предупреждать причины, могущія вызвать приливы крови къ маткѣ; вообще-же она исключительно симптоматическая.

Metritis.

Воспаленіе паренхимы беременной матки случается вообще рѣдко. Оно чаще всего распространяется или на весь органъ, вслѣдствіе различныхъ смѣщеній, въ особенности при *retroflexio uteri gravidi*, или же бываетъ частичное, ограничивающееся отдѣльными частями матки. Весьма вѣроятно также, что нѣкоторые случаи произвольнаго разрыва матки во время беременности или при родахъ бываютъ послѣдствіемъ ограниченныхъ воспаленій этого органа, перешедшихъ въ размягченіе.

Perimetritis.

Одѣвающая матку брюшина, хотя и сильно гиперимирована во все время беременности, тѣмъ не менѣе не представляетъ наклонности переходить въ воспалительное состояніе. Вообще, ясные периметриты или общіе перитониты очень рѣдки во время беременности и образуются только тогда, когда они обусловливаются исключительными причинами—зараженіемъ (въ особенности при преступномъ выкидышѣ), поступленіемъ гноя въ брюшную полость изъ фаллопиевыхъ трубъ, разрывомъ матки и т. п.

Новообразованія.

Миомы (ср. патологию родовъ).

Миомы матки, смотря по мѣсту, ими занимаемому, имѣютъ различную важность по отношенію къ беременности.

Подбрюшинныя миомы затрудняютъ зачатіе и оказываютъ влияніе на теченіе беременности только тогда, когда онѣ очень велики. Ихъ легко можно распознать помощью ощупыванія, но иногда маленькія миомы могутъ быть приняты за мелкія части плода.

Межуточные (интерстиціальныя) фиброиды въ высшей степени затрудняютъ зачатіе, въ особенности если они, сидя вблизи внутренняго зѣва, суживаютъ его. Если въ этомъ случаѣ наступитъ беременность, то она протекаетъ иногда до конца, особенно если миомы не особенно велики, часто, однакоже, случается выкидышъ или преждевременные роды.

Подслизистыя миомы, съ болѣе или менѣе широкимъ основаніемъ, допускаютъ возможность оплодотворенія только въ исключительныхъ случаяхъ. Если же оплодотвореніе произойдетъ, то беременность вскорѣ прерывается выкидышемъ, и только въ рѣдкихъ случаяхъ она доходитъ до конца. Если подслизистая миома сидитъ на ножкѣ, и въ особенности если она выходитъ изъ шейки, то она можетъ подать поводъ къ опаснымъ кровотеченіямъ во время беременности.

Вліяніе беременности на міомы обнаруживается быстрымъ ихъ ростомъ (иногда, впрочемъ, кажущимся, вслѣдствіе увеличенія матки) и отечнымъ размягченіемъ; послѣднее наступаетъ чаще только во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ. *Currie* ¹⁾ въ одномъ чрезвычайно интересномъ случаѣ подбрюшинной міомы, видѣлъ поворотъ ея около оси, происшедшій, по всей вѣроятности, вслѣдствіе паденія; случай кончился гангреною опухоли и смертью. *Krukenberg* ²⁾ также наблюдалъ омертвѣніе міомы во время беременности, съ смертельнымъ исходомъ.

Распознаваніе всѣхъ этихъ осложненій представляетъ значительныя затрудненія. Анамнезъ часто не даетъ указанія на беременность, такъ какъ уже раньше существовавшія кровотечения не прекращаются и во время беременности. Самый надежный признакъ беременности — это быстрый ростъ матки, въ стѣнкахъ которой прощупываются небольшія области мягкой консистенціи ³⁾. При нѣкоторомъ практическомъ навыкѣ можно, на основаніи этого признака, распознать наступившую беременность гораздо раньше, чѣмъ можно слышать сердцебіеніе плода.

Установить опредѣленныя правила для терапіи очень трудно. Если міома сидитъ не въ нижнемъ сегментѣ матки, если, слѣдовательно, она не закружаетъ полости таза и если она не столь велика, чтобы беременность не могла достигнуть нормальнаго окончанія, то ожидаютъ наступленія родовыхъ болей.

При болѣе неблагоприятныхъ условіяхъ предсказаніе во время родовъ весьма сомнительно. Поэтому въ случаяхъ, въ которыхъ показана міотомія, не смотря на беременность, рекомендуютъ производить ее и, конечно, если возможно, въ концѣ беременности, чтобы получить живаго младенца. Если невозможно такъ долго ждать, то ампутируютъ беременную матку вмѣстѣ съ міомою. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ, именно при міомѣ, сидящей на ножкѣ, удается удалить опухоль посредствомъ чревосѣченія, не прерывая беременности. Въ оперированныхъ мною ⁴⁾ и *Landau* ⁵⁾ случаяхъ родились живые младенцы подъ нормальный конецъ беременности. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ показанія для міотоміи отсутствуютъ, нужно произвести выкидышъ, по возможности, скорѣе. Хотя опытъ показываетъ, что во время родовъ даже неблагоприятно сидящія міомы могутъ отодвинуться кверху и пропустить младенца, однако-же искусственный выкидышъ представляетъ наилучшіе шансы для больной, которой, въ противномъ случаѣ, угрожаетъ огромная опасность во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ.

Ракъ (ср. патологію родовъ).

Одно изъ самыхъ опасныхъ осложненій беременности представляетъ ракъ матки, который первично почти исключительно появляется на влагалищной части. Конечно, зачатіе случается только при недавнемъ

¹⁾ Transact. of the Edingburgh Obst. Soc. III. p. 325. — ²⁾ Arch. f. Gyn. B. XXI. p. 166. — ³⁾ *Schroeder*, Arch. f. Gyn. B. V. p. 398. — ⁴⁾ Zeitschr. f. G. u. Gyn. B. V. p. 396. — ⁵⁾ Berliner. klin. Woch. 1883. № 13.

заболѣваніи, но, вслѣдствіе усиленнаго притока соковъ къ беременной маткѣ, до такой степени усиливается разращеніе и въ то же время распадъ новообразованныхъ массъ, что болѣзнь во время беременности идетъ впередъ очень быстро. Выкидышъ при этомъ — явленіе довольно частое, но можетъ случиться также и разрывъ въ новообразованной ткани, потому что новообразованныя массы лишены способности растягиваться наравнѣ съ увеличивающеюся маткой. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при незначительномъ развитіи болѣзни, беременность достигаетъ своего нормальнаго конца ¹⁾.

Г.

Распознаваніе нетрудно, такъ-какъ влагалищная часть представляется такою же, какъ при ракѣ, неосложненномъ беременностью.

Предсказаніе, само по себѣ неблагоприятное при ракѣ, еще ухудшается для матери вслѣдствіе опасностей, угрожающихъ ей во время беременности, а въ особенности во время родовъ и послѣродоваго состоянія, такъ что очень много матерей при этомъ погибаетъ. Младенцы тоже подвержены опасности, вслѣдствіе могущаго случиться выкидыша или затрудненій при родахъ.

Терапія уже во время беременности должна быть болѣе активной, чѣмъ это было до сихъ поръ. Если раковый процессъ еще такъ ограниченъ, что можно надѣяться удалить его радикально, то существуетъ несомнѣнное показаніе къ операциі, которую, не смотря на беременность, слѣдуетъ выполнять съ энергіею, требуемою распространеніемъ раковаго новообразованія. *Spencer Wells* ²⁾ удалилъ всю беременную матку на 6-омъ мѣсяцѣ посредствомъ чревосѣченія, съ счастливымъ исходомъ. *Bischoff* ³⁾ посредствомъ комбинаціи *Freund*'овской операциі съ кесарскимъ сѣченіемъ получилъ живаго младенца въ концѣ беременности.

Но если ракъ разросся на столько, что нельзя и думать о радикальномъ его удаленіи, то даже и во время беременности, по крайней мѣрѣ, во многихъ случаяхъ, есть показаніе къ удаленію разросшихся массъ съ палліативною цѣлью ⁴⁾. Чрезвычайно тягостные для матери припадки (кровотеченіе и гнилостное истеченіе) послѣ операциі унимаются, теченіе родовъ, на сколько можно судить по немногимъ имѣющимся уже наблюденіямъ, менѣе опасно, а больныя умираютъ отъ рецидивовъ рака гораздо позже. Такъ какъ родовой актъ послѣ опе-

¹⁾ Что беременность въ этихъ случаяхъ не слишкомъ рѣдко достигаетъ нормальнаго конца своего, — лучше всего доказывается многочисленными наблюденіями, разсѣянными въ литературѣ. Такъ, напр. на 74 случая осложненія беременности карциною матки, приводимые *Ch. West*'омъ (*Lectures on Diseases of women*, p. I. p. 237), 25 дѣтей родились живыми, слѣдов. въ этихъ случаяхъ беременность не была прервана до срока. Если въ новѣйшее время нѣкоторые авторы (*Greenhalgh* и др.) предложили прибѣгать въ подобныхъ случаяхъ къ кесарскому сѣченію, то они именно имѣли въ виду главнымъ образомъ спасеніе дѣтей, что возможно, — понятно, только, если беременность дошла до болѣе или менѣе нормальнаго срока. — ²⁾ *Brit. med. J. Nov. 26. 1881.* — ³⁾ *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. X. p. 14.* — ⁴⁾ *Rutledge*, *Diss. inaug. Berl. 1876* и *Benicke*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. I. p. 337.*

раціи облегчается, то шансы на сохраненіе младенцевъ тоже увеличиваются. Выкидышъ, даже послѣ болѣе серьезныхъ операцій (глубокое прижиганіе цервикальнаго канала каленымъ желѣзомъ) происходитъ, какъ кажется, только тогда, когда къ этому имѣются другія причины (заболѣванія яйца, сильная лихорадка послѣ операціи).

Опухоли въ сосѣднихъ органахъ (ер. патологию родовъ).

Здѣсь исключительно имѣются въ виду опухоли яичниковъ, которыми осложняется беременность. Если опухоли не особенно велики, то беременность протекаетъ благопріятно; нерѣдко присутствіе такой опухоли узнается только въ послѣродовомъ періодѣ. Болѣе значительныя опухоли яичниковъ увеличиваютъ только припадки, присущіе беременности, — хотя въ другомъ случаѣ кисты яичниковъ даже средней величины, въ особенности лежація вблизи малаго таза и мало подвижныя вслѣдствіе сращеній, могутъ повлечь за собою преждевременное прерываніе беременности.

Совершенно иначе вліяютъ на теченіе беременности большія кисты яичниковъ. Хотя онѣ, какъ кажется, не особенно часто служатъ причиною выкидыша, но въ концѣ беременности могутъ представить значительное препятствіе и опасности. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія живота, отекъ нижней половины тѣла и въ особенности затрудненное дыханіе могутъ достигнуть такой высокой степени, что является необходимость принять противъ этого мѣры. Кромѣ того, можетъ случиться разрывъ кисты во время беременности, а также — что нерѣдко бываетъ въ такихъ случаяхъ — поворотъ кисты вокругъ своей оси.

Распознаваніе этого осложненія, при подробномъ изслѣдованіи, можно сдѣлать довольно точно. Уже одно прекращеніе мѣсячныхъ у женщины, имѣющей опухоль яичниковъ, не есть явленіе обыкновенное, а всегда при этомъ слѣдуетъ имѣть въ виду беременность. Если при этомъ объемъ живота замѣтно быстро увеличивается, то подозрѣніе на этотъ счетъ еще усиливается. Помощію ощупыванія беременность распознается безъ затрудненій, если матка лежитъ нормально; но если матка лежитъ позади опухоли, то можно добиться результата потягиваніемъ шейки помощію мюзеевскихъ щипцовъ. (При этомъ беременная и загнутая взадъ матка нерѣдко редресируется впередъ изъ подъ опухоли яичника).

Выжидательный способъ при большихъ опухоляхъ яичниковъ, вслѣдствіе причиняемыхъ ими сильныхъ страданій и опасности, непримѣнимъ. Новѣйшія наблюденія убѣждаютъ насъ, что выгоднѣе всего, если только есть возможность, произвести овариотомію въ первые мѣсяцы беременности. Исходъ операціи для беременной нисколько не хуже, чѣмъ при обыкновенныхъ обстоятельствахъ. Если нельзя оперировать, то показуется проколъ кисты, въ особенности тогда, когда имѣемъ дѣло съ одипочной кистой, или, по крайней мѣрѣ, съ одной особенно рѣзко выступающей опухолью. Проколъ въ этомъ случаѣ не представляетъ большей опасности, чѣмъ въ небеременномъ состояніи.

къ производству, при этихъ осложненіяхъ, преждевременныхъ родовъ нѣтъ показанія ¹⁾.

Примѣч. Овариотомія во время беременности произведена была нѣсколько разъ частью преднамѣренно, частью по ошибкѣ. Я самъ производилъ эту операцію надъ беременными 14-тъ разъ (всегда послѣ точнаго діагноза). Ни одна изъ матерей не умерла отъ операціи (одна выкинула по истеченіи 7 недѣль послѣ операціи и умерла отъ заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ), а изъ 15 дѣтей (одни двойни) 13 родились живыми, а двое умерло вслѣдствіе преждевременнаго наступленія родовъ ²⁾. *Spencer Wells* ³⁾, изъ девяти оперированныхъ потерялъ одну больную, а пять разъ беременность кончилась въ нормальный срокъ.

Съ другой стороны, должно допустить, что беременность имѣетъ также неблагопріятное вліяніе на кисты яичниковъ. Сомнительно, чтобы ростъ кисты во время беременности значительно увеличился. Нерѣдко, однако, наступаютъ частичные перитониты, дающіе сращенія, а также слѣдуетъ особенно опасаться перекручиванія ножки.

Примѣч. Но иногда случается наблюдать случаи, въ которыхъ ростъ кисты вслѣдствіе беременности какъ-бы приостанавливается, и въ ней развивается регрессивный метаморфозъ. *Milne* ⁴⁾ сообщаетъ о такихъ случаяхъ, изъ которыхъ, впрочемъ, только второй можетъ быть по справедливости отнесенъ сюда. Обыкновенно наблюдается, что кисты болѣе или менѣе долго послѣ родовъ остаются вялыми; это происходитъ отъ того, что онѣ, находясь послѣ увеличенной матки, не могутъ удержатъ своей шаровидной формы; когда-же онѣ послѣ родовъ опять принимаютъ эту форму, то на ощупь онѣ кажутся вялыми. Но вслѣдствіе увеличеннаго отдѣленія внутри кисты вялость эта послѣ родовъ мало по малу исчезаетъ; въ исключительныхъ случаяхъ (можетъ быть и безъ перекручиванія ножки) при этомъ начинаютъ развиваться регрессивныя явленія.

Аномаліи влагалища.

Во время беременности въ слизистой оболочкѣ влагалища, уже физиологически, появляются набухлость и усиленное отдѣленіе секрета. Эта набухлость отчасти распространена равномѣрно въ подслизистомъ слоѣ, чаще-же, въ особенности у первородящихъ, образуется папиллярная гипертрофія, вслѣдствіе чего слизистая оболочка получаетъ шероховатый, зернистый видъ.

Еще болѣе особенностей представляетъ слизистая оболочка рукава, когда въ ней развивается большое количество маленькихъ кистъ. Сплюснутыя, на широкихъ основаніяхъ, онѣ сидятъ плотно одна возлѣ другой, такъ что слизистая оболочка рукава получаетъ совершенно особенный видъ, похожій на поверхность шишки кукурузы. Это своеобразное образованіе впервые было описано *Winckel* емъ ⁵⁾ подъ названіемъ *colpohyperplasia cystica*, а я констатировалъ у одной родильницы, что содержимое кистъ состоитъ изъ воздуха ⁶⁾. Съ тѣхъ поръ обнарудо-

¹⁾ London Obst. Tr. IX p. 82. XI p. 200, 251 (*Spencer Wells*, Diseases of the ovaries. London 1872. p. 167), p. 263 и XIII. p. 275. — *Donmairon*, Et. s. I. cystes ovariennes etc. Thèse Strasbourg 1868. — *Hartmann*, M. f. G. B. 33. p. 196.

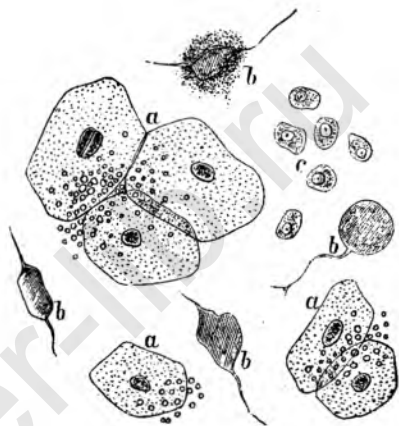
²⁾ *Stratz*, Centr. f. Gyn. 1886. № 9 (свѣдѣнія относительно дѣтей приведены не точно). — ³⁾ Obstetr. Transact. XIX. p. 185. — ⁴⁾ Trans. of the Edinb. Obst. Soc. III. p. 344. — ⁵⁾ Arch. f. Gyn. B. XII. p. 383. — ⁶⁾ Deutsches Arch. f. klin. Med. XIII. p. 538.

ванъ цѣлый рядъ другихъ наблюдений¹⁾, и всё согласны между собою на счетъ вѣшнихъ проявленій болѣзни, но относительно сущности ея существуетъ большое разногласіе. Болѣе другихъ правдоподобно то предположеніе, что тутъ дѣло идетъ о развитіи газа въ наполненныхъ слизью, закрытыхъ, но прежде открытыхъ железистыхъ углубленіяхъ слизистой оболочки. По микроскопическимъ изслѣдованіямъ *Ruge*, пузырьки эти сидятъ въ промежуткахъ (щеляхъ) подслизистой соединительной ткани, а по *Chiari* — въ лимфатическихъ пространствахъ.

Отдѣленіе слизистой оболочки влагалища можетъ до того усилиться, что представляетъ тягостную блenorрею. Довольно часто оно имѣетъ заразительный характеръ. Отдѣленіе принимаетъ тогда гнойный характеръ и можетъ сдѣлаться весьма обильнымъ. Секретъ, необусловливаемый перелойнымъ зараженіемъ, гуще, бѣлѣе, похожъ на сливки. Лечение при этомъ такое же, какъ и въ небеременномъ состояніи.

Случается, что катарръ влагалища осложняется развитіемъ грибковъ (*mucosis*). На нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно во влагалищномъ входѣ, встрѣчаются на красномъ основаніи крѣпко сидяція бѣлыя или сѣровато-желтыя бляшки (островки), иногда влагалище бываетъ даже выполнено рыхлыми массами бѣловатаго цвѣта, которыя состоятъ изъ сильно разросшихся грибковъ (см. ф. 108, а). Иногда *mucosis* не вызываетъ никакихъ припадковъ, но въ большей части случаевъ причиняетъ тягостный зудъ²⁾. Грибки лучше всего уничтожаются промываніями $\frac{1}{2}\%$ растворомъ карболовой кислоты. Находимый часто во влагалище инфузорій — *trichomonas vaginalis* — безвреденъ (см. ф. 108, б).

Кровотеченія изъ влагалища или изъ наружныхъ дѣтородныхъ органовъ очень рѣдко встрѣчаются во время беременности. Они могутъ происходить изъ лопнувшихъ варикозныхъ узловъ, чаще же случаются и безъ нихъ. Если кровотеченіе происходитъ наружу, то слѣдуетъ лечить его по обыкновеннымъ правиламъ; при кровоизліяніи въ ткань



Фиг. 108. Секретъ влагалища у беременныхъ, по *Leo Gerlach*'у.

а) Плоскій эпителий влагалища со спорами грибковъ, б) *trichomonas vaginalis*, в) слизистыя тѣльца.

¹⁾ *Schmolling*, D. i. Berl. 1875. — *Breisky*, Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1875. p. 430. — *Eppinger*, Prag. Vierteljahrssch. B. 120. p. 33. — *Naecke*, Arch. f. Gyn. B. IX. p. 461. — *Zweifel*, e. l. B. XII. p. 39 и B. 18. p. 359 — *Che-nevière*, e. l. B. XI. p. 351. — *Ruge*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. II. p. 29. — *Lebedeff*, Arch. f. Gyn. B. XVII. p. 132. — *Hückel*, Virchows Archiv. B. 93. H. 2. — *Chiari*, Prag. Zeitschr. f. Heilkunde. B. 6. p. 81. — ²⁾ *L. Mayer*, M. f. G. B. 20 p. 2. — *Winkel*, Berl. klin. Wochenschrift 1866, № 23. — *Hausmann*, Die Parasiten der weibl. Geschlechtsorgane etc. Berlin 1870.

(thrombus vaginae s. vulvae) должно стараться предупредить дальнейшее кровотечение помощью холода, и, если это удастся, то опухоль вскрывают¹⁾.

Аномалии грудей.

Гиперемия и отдѣленіе грудной железы, начинающіяся во время беременности, могутъ усилиться до того, что дѣло доходить до легкихъ формъ паренхиматознаго мастита. Грудь сильно опухаетъ, краснѣетъ, напрягается и дѣлается чувствительною. Это начинающееся воспаление можно легко остановить опорожненіемъ изъ грудей молока и отвлеченіемъ на кишечный каналъ; большую часть воспаления это разрѣшается само собою и только въ рѣдкихъ случаяхъ переходитъ въ гнойный маститъ. Послѣдній вызывается подчасъ у беременныхъ вслѣдствіе внѣшнихъ насилій.

Заболѣванія плоднаго яйца.

Ненормальное мѣсто развитія. Graviditas extrauterina.

Литература: *Heim*, Horn's Archiv. N. F. 1812. I. 1. (см. *Wittlinger's Analecten*. I. 2. p. 321). — *Dezeimeris*, Journ. des connoiss. méd.-chir. 1836. (см. *Annal. f. Frauenkr.* B. III. Leipzig 1842. p. 111. — *Campbell*, Abh. über die Schwang. ausser. d. Gebärmutter von Ecker. Karlsr. u. Freib. 1841. — *Meissner*, Frauenzimmerkrankheiten III. 1. Abth. Leipzig 1846. p. 459. — *Kwisch*, Klinische Vorträge etc. 2. Aufl. Prag 1852. II. p. 233. — *Hecker*, M. f. G. B. 13. p. 81. — *Czihak*, Scanzoni's Beiträge. B. IV. p. 72. — *Klob*, Path. Anat. d. weibl. Sexualorg. p. 519. — von *Cauwenberghe*, De la grossesse extrauterine. Bruxelles 1867. — *Keller*, Des grossesses extrauterines etc. Paris 1872. — *Depaul*, Arch. de tologie. Janvier 1874 до Juillet 1875. — *Hennig*, Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft. Stuttgart 1876. — *Parry*, Extrauterine pregnancy. Philadelphia 1876. — *Dechamps*, Paris 1878. — *Küchenmeister*, Arch. f. Gyn. B. XVII. p. 153. — *W. A. Freund*, Edinburgh. med. J. 1883. Sept. - Dec. — *J. Veit*, Die Eileiterchwangerschaft. Stuttgart. 1884.

Въ исключительныхъ случаяхъ оплодотворенное яйцо не попадаетъ въ матку, а развивается въ яичникѣ, въ брюшной полости или-же въ фаллопиевой трубѣ.

Чтобы понять, какимъ образомъ происходитъ эта интересная и опасная аномалія, мы должны припомнить, какъ совершается выходненіе яйца изъ граафова пузырька, и какимъ образомъ выдѣлившееся яичко попадаетъ въ матку (см. стр. 24 и слѣд.). Такъ какъ сѣменные нити были находимы у животныхъ на яичникѣ и во всей тазовой части брюшной полости и такъ какъ доказано далекое прониканіе сѣмен. живчиковъ и у человѣка случаями наружнаго передвиженія сѣмени, то нельзя сомнѣваться въ возможности оплодотворенія яичекъ внѣ матки и фаллопиевыхъ трубъ. Если допустимъ это, то нечего удивляться, что случается беременность въ яичникахъ и въ брюшной полости. Съ одной стороны, яичко, вмѣсто того, чтобы быть унесеннымъ потокомъ жидкости, при разрывѣ *Graaf*ова пузырька, можетъ, конечно, въ видѣ исклю-

¹⁾ v. *Franque*, Wiener med. Presse 1865. № 47.

ченія (особенно легко при маленькомъ разрывѣ и медленномъ истеченіи жидкости), остаться въ полости граафова пузырька и оплодотвориться проникнувшимъ туда сѣменемъ. Съ другой стороны, можетъ случиться, что извергнутое изъ граафова пузырька яичко, по какому-либо случаю, не достигнетъ фаллопиевой трубы, а оплодотворится въ брюшной полости. Относящіяся сюда препятствія суть слѣдующія: или граафовъ пузырекъ лопается слишкомъ далеко отъ конца фаллопиевой трубы, такъ что токи серозной жидкости, идущіе въ брюшной полости по направленію къ трубѣ, не могутъ достаточно вліять на яйцо, или вслѣдствіе ненормальнаго движенія брюшныхъ внутренностей, въ особенности кишекъ, яичко будетъ насильственно сдвинуто съ своего пути, или-же движеніе мерцательнаго эпителія въ трубѣ отчасти или совсѣмъ прекратится, вслѣдствіе катарра трубы, уничтожившаго мерцательныя клѣточки, или конецъ одной трубы будетъ закрытъ и оплодотворяющее сѣмя попадетъ въ брюшную полость чрезъ отверстіе трубы другой стороны. Во всѣхъ этихъ обстоятельствахъ нѣтъ ничего необыкновеннаго, такъ что надо почти удивляться, что такъ рѣдко случается внѣматочная беременность. Вѣроятно, ея относительная рѣдкость зависитъ не отъ того, что не часто оплодотворенныя яйца остаются въ брюшной полости, а скорѣе отъ того, что они только въ видѣ исключенія находятъ здѣсь благопріятныя условія для своего дальнѣйшаго развитія и потому въ большей части случаевъ погибаютъ безслѣдно.

Случаи беременности внутри брюшной полости не будутъ казаться такъ странными, когда вспомнимъ, что по *Валлдейеру* первоначально вся брюшная полость служитъ для половыхъ функцій. У амфибій даже въ продолженіи всей жизни она служитъ мѣстомъ для храненія яичекъ и выводящимъ органомъ для нихъ. Если даже значеніе это у высшихъ позвоночныхъ животныхъ ограничивается при нормальныхъ условіяхъ только небольшимъ пространствомъ — отъ яичника до брюшиннаго отверстія трубы, — то все-таки будетъ понятно, что въ исключительныхъ случаяхъ оплодотворенное яйцо можетъ развиваться дальше въ брюшной полости.

Что касается до происхожденія трубной беременности, то здѣсь яйцо воспринимается трубой обыкновеннымъ порядкомъ, но оно не продолжаетъ своего пути вплоть до матки, а останавливается въ трубѣ и подвергается здѣсь дальнѣйшему развитію. Труба въ подобномъ случаѣ можетъ пропустить сѣмя для оплодотворенія яйца, само-же яйцо можетъ задержаться или въ складкѣ слизистой оболочки ея, или потому, что діаметръ трубы не соотвѣтствуетъ величинѣ яйца. (Въ случаѣ *Beck'a* ¹⁾ помѣшалъ вступленію яйца въ матку маленькій полипъ, сидѣвшій въ отдѣлѣ трубы, проходящемъ чрезъ матку; въ случаѣ *Breslau* ²⁾ полипъ тутъ былъ неповиненъ). Но можетъ также слу-

¹⁾ *Illustr. med. Z.* 1852. В. II. p. 192. — ²⁾ *M. f. G. B.* 21. Suppl. p. 119.

читься и то, что при заращеніи части трубы, прилежащей къ маткѣ — напримѣръ лѣвой стороны, — сѣмя проникнетъ въ брюшную полость чрезъ брюшное отверстіе правой трубы и оплодотворитъ яичко, принадлежащее лѣвому яичнику. Если послѣ этого оплодотворенное яйцо проникнетъ въ брюшной конецъ лѣвой трубы, то, разумѣется, оно должно остановиться передъ зарощеннымъ мѣстомъ. Катарръ трубы, съ потерю рѣсничекъ, можетъ также совсѣмъ остановить передвиженіе яйца или по крайней мѣрѣ замедлить его на столько, что яичко въ то время, когда должно еще привиться къ подлежащей почвѣ, находится еще въ трубѣ. Суженія и заращенія трубъ бывають слѣдствіемъ старыхъ периметритовъ, которые подаютъ поводъ къ загибамъ и перехватамъ трубъ ¹⁾. Подобные частичные перитониты составляютъ явленіе нерѣдкое. Они могутъ повлечь за собою полнѣйшее безплодіе или, по крайней мѣрѣ, въ высшей степени затруднить зачатіе. Съ этимъ совпадаетъ то обстоятельство, что, съ одной стороны, большое число забеременѣвающихъ въ первый разъ — послѣ долгаго безплоднаго супружества — подвергаются внѣматочной беременности, съ другой-же стороны то, что большое число многородящихъ до наступленія внѣматочной беременности долго не рожали. Случай *Hassfurther'a* (см. стр. 27) доказываетъ, впрочемъ, что трубная беременность можетъ произойти (хотя и въ крайне рѣдкихъ случаяхъ) вслѣдствіе внутренняго передвиженія яйца, т. е., что попавшее въ полость матки яйцо переходитъ отсюда въ трубу противоположной стороны.

Трудно объяснить фактъ, доказанный наблюденіями, что внѣматочная беременность встрѣчается чаще на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой.

Примѣч. Единственную въ своемъ родѣ этиологию брюшной беременности наблюдалъ *Lecluyse* ²⁾. Дѣло идетъ объ одной женщинѣ, надъ которой прежде сдѣлано было кесарское сѣченіе, вслѣдствіе узкости таза, и которая впослѣдствіи подверглась брюшной беременности и умерла послѣ лаларотоміи. Въ высшей степени вѣроятно, что въ этомъ случаѣ оплодотворенное яйцо попало изъ матки въ брюшную полость, такъ-какъ послѣ кесарскаго сѣченія оставалось отверстіе на мѣстѣ бывшей раны въ 4 см. длиною, чрезъ которое матка сообщалась съ брюшною полостью.

Еще болѣе рѣдкій случай видѣлъ *Koeberté* у одной женщины, матка которой была удалена вслѣдствіе существовавшего въ ней фиброида. У нея произошло зачатіе черезъ фистулу, оставшуюся въ рубцѣ шейки матки; такъ какъ матки не существовало, то беременность, вслѣдствіе которой женщина умерла, по необходимости должна была быть внѣматочная.

Внѣматочная беременность чаще встрѣчается у многородящихъ. Трубная беременность встрѣчается чаще другихъ. Что касается яичниковой беременности, то объ ней мы знаемъ еще очень мало. Ниже мы постараемся точнѣе изложить наше мнѣніе о томъ, что нѣкоторые описанные случаи брюшной беременности принадлежатъ яичниковой.

¹⁾ *Virchow*, Ges. Abh. Frankfurt 1856 p. 795 и *Hecker*, l. c. p. 93. — ²⁾ Bulletin de l'acad. roy. de méd. de Belge. 1869. T. III. № 4. p. 362 см. Med. Centralblatt. 1869. № 37.

Примыч. Послѣ всего, что мы узнали объ этиологіи внѣматочной беременности, неудивительно, что въ литературѣ извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ одновременно существовали беременность обыкновенная, совмѣстно, съ внѣматочною. *Browne* ¹⁾ собралъ 24 относящихся сюда случаевъ. Подобные случаи были наблюдаемы (не считая многихъ не точно описанныхъ) *Goessmann*'омъ ²⁾, *Pel-lischek*'омъ ³⁾, *Cook*'омъ ⁴⁾, *Sager*'омъ ⁵⁾, *Laundon*'омъ ⁶⁾, *Pollack*'омъ ⁷⁾, *Argles*'омъ ⁸⁾, *Rosshirt*'омъ ⁹⁾, *Wilson*'омъ ¹⁰⁾, *H. Beyland*'омъ ¹¹⁾, *Clarke* ¹²⁾ и *Pennefather*'омъ ¹³⁾. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ исходъ для матери былъ благополучный. Въ случаѣ *Beach*'а ¹⁴⁾, внутри-маточный плодъ былъ извергнутъ послѣ 6 недѣль, между тѣмъ какъ второй плодъ въ брюшной полости продолжалъ развиваться до конца беременности. *Sale* ¹⁵⁾ удалилъ у одной негритянки, помощью лапаротоміи, сначала внѣматочный плодъ, а затѣмъ только, когда онъ узналъ о существованіи втораго плода внутри матки, удалил и послѣдняго помощью кесарскаго сѣченія. Оба младенца остались въ живыхъ, а мать умерла на 5-й день. Извѣстно еще



Фиг. 109. Трубная беременность, съ внутреннимъ смертельнымъ кровотеченіемъ; препаратъ патолого-анатомическаго института въ Эрлангенѣ. Въ плодномъ мѣшкѣ, расщепленномъ на 4 лоскуты, видны еще очень маленькій зародышъ съ пупочнымъ пузырькомъ. Лоскуты образованы снаружи стѣнкою трубы, а внутри разросшеюся decidua.

большее число случаевъ, гдѣ послѣ относительнаго выздоровленія отъ брюшной беременности, т. е. послѣ превращенія плода въ lithopaedion, наступала маточная беременность (см. ниже стр. 390). *Puesch* ¹⁶⁾ нашелъ въ литературѣ 8 случаевъ повторной внѣматочной беременности.

Младенецъ можетъ лежать также въ грыжевомъ мѣшкѣ, такъ что онъ будетъ находиться не только внѣ матки, но и внѣ брюшной полости. Сюда относятся

¹⁾ Tr. of the Amer. Gyn. Soc. Vol. VI. p. 445. — ²⁾ De concept. dupl. etc. Marburg 1820. — ³⁾ Oesterr. Z. für prakt. Heilk. 1865. № 27. — ⁴⁾ Lancet. 1863. 11. Juli. — ⁵⁾ Amer. J. of the med. sc. Januar. 1871 p. 298. — ⁶⁾ Schmidt's Jahrb. 1871. B. CL. p. 53. — ⁷⁾ Virchow-Hirsch'scher Jahresb. für 1871. p. 572. — ⁸⁾ Lancet. Sept. 16. 1871. — ⁹⁾ Lehrbuch. d. Geburtshilfe, p. 444. Anm. — ¹⁰⁾ Amer. J. of Obst. October 1880. — ¹¹⁾ Brit. med. J. 17. Juni 1880. — ¹²⁾ Med. Times and Gaz. 13. Dec. 1856. — ¹³⁾ Lancet. 1863. № 25. — ¹⁴⁾ Boston Gyn. J. vol. V. p. 103. — ¹⁵⁾ Amer. J. of Obst. IV. p. 655. — ¹⁶⁾ Gazette obstetricale 1879. № 21.

случай, сообщенный *Skriwan'*ом¹⁾, а также случай *Widerstein'a*²⁾ и *Genth'a*³⁾. Въ послѣднемъ случаѣ посредствомъ чревосѣченія былъ извлеченъ четырехмѣсячный плодъ и мать выздоровѣла. Въ случаѣ, оперированномъ *Müller'омъ*⁴⁾, былъ извлеченъ зрѣлый живой младенецъ, мать-же умерла.

При трубной беременности (см. фиг. 109), смотря по мѣсту развитія яйца, различаютъ беременность промежуточную (*grav. interstitialis* или *tubouterina*), трубно-брюшную (*gravitas tubo-abdominalis*) и собственно трубную. Мы рассмотримъ сначала послѣднюю какъ форму, встрѣчающуюся чаще другихъ.

Если оплодотворенное яичко, задержанное въ трубѣ, будетъ продолжать развиваться, то слизистая оболочка трубы разрастается точно такъ-же, какъ и слизистая оболочка матки при маточной беременности, такъ что образуются *decidua serotina* и *vera*. Сомнительно⁵⁾, образуется-ли при этомъ также и *reflexa**). Ворсинчатая оболочка развивается кругомъ яйца обыкновеннымъ образомъ; ворсинки ея, погружаясь въ слизистую оболочку трубы, образуютъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ яйцо вѣдрилось, дѣтское мѣсто; на остальной-же периферии яйца онѣ атрофируются. По мѣрѣ роста яйца, расширяется соответствующая ему часть трубы, и отверстій ея или, по крайней мѣрѣ, того, которое ведетъ въ матку, въ послѣдствіи обыкновенно уже нельзя найти. Обыкновенно на трупѣ нельзя съ достовѣрностью рѣшить — была-ли въ данномъ случаѣ трубная беременность обусловлена непроходимостью этого мѣста трубы, или запираніе произошло вслѣдствіе вторичныхъ измѣненій въ окружности растущаго яйца. Яйцо раздвигаетъ мышечныя волокна трубы на ея верхнемъ свободномъ краѣ, т. е. противоположномъ прикрѣпленію широкой связки, такъ что плодный мѣшокъ, стѣнки котораго состоятъ изъ брюшины и слизистой оболочки трубы, представляетъ грыжевидное выпячиваніе изъ трубы. Въ отдѣльныхъ случаяхъ яйцо можетъ при дальнѣйшемъ ростѣ растягивать нижній край стѣнки трубы, непокрытый брюшиной и такимъ образомъ вростаетъ между листками широкой связки⁶⁾.

Въ маткѣ происходятъ, между тѣмъ, почти тѣ-же измѣненія, какъ и въ началѣ нормальной беременности. Она вся гипертрофируется и слизистая оболочка ея преобразовывается въ настоящую отпадающую оболочку.

Трубная беременность въ первое время своего теченія не сопро-

¹⁾ Zeitschr. d. Ges. d. Wien. Aerzte. 1851. p. 770 и *Lumpe*, 1853. p. 186. —

²⁾ Med. Jahrb. für d. Herzogthum Nassau, 1853. B. XI. p. 478. — ³⁾ Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin. Heft. 8. — ⁴⁾ Allg. Wien. med. Z. 1862, № 29. — ⁵⁾ См. *Leopold*, Arch. f. Gyn. B. X. p. 248 и *Conrad* u. *Langhaus*, Arch. f. Gyn. B. IX. p. 337. — ⁶⁾ См. *Fraenkel* и *Schuchart* (*Volkmann's Samm. klin. Vortr. № 217* и *Virchow's Archiv. B. 89. p. 133*).

* Авторъ, говоря о *reflexa* при трубной беременности, употребилъ выраженіе «сомнительно». Что *reflexa* иногда можетъ развиваться *sub. graviditate tubaria*, доказывается несомнѣнно пятью подобными случаями, описанными въ литературѣ. Подробности объ этомъ см. у *Hennig'a*: Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft. Stuttg. 1876. p. 106.

воздается никакими особенными симптомами. Смерть вследствие разрыва плоднаго мѣшка была до сихъ поръ почти единственнымъ извѣстнымъ исходомъ ея. Однакоже весьма сомнительно, дѣйствительно-ли разрывъ бываетъ при этомъ постояннымъ явленіемъ, какъ вообще принимали до сихъ поръ ¹⁾. Въ новѣйшее время увеличилось число наблюденій, въ которыхъ трубная беременность окончилась въ нормальный или почти нормальный срокъ. Я самъ дѣлалъ лапаротомию въ одномъ подобномъ случаѣ. Поэтому не невѣроятно, что разрывъ постоянно наступаетъ только тогда (исключенія бываютъ и здѣсь), когда яйцо засѣло въ узкой маточной части трубы, между тѣмъ какъ оно часто можетъ продолжать свое развитіе, не разрываясь, если оно засядетъ вблизи брюшиннаго отверстія ея.

Кромѣ того, не подлежитъ сомнѣнію, что даже въ случаяхъ разрыва, исходъ въ выздоровленіе есть все таки самый частый.

Разрывъ наступаетъ чаще всего въ первые два или на третьемъ мѣсяцѣ беременности, рѣже на четвертомъ или на пятомъ; онъ происходитъ въ самомъ тонкомъ мѣстѣ свободной периферіи плоднаго мѣшка, грыжеобразно выпячивающагося изъ трубы. При этомъ образуется или одинъ большой разрывъ мѣшка, чрезъ который яйцо выходитъ изъ трубы, или же предварительно образуются небольшіе надрывы, сопровождающіеся обильными кровотечениями, прежде чѣмъ наступитъ полный разрывъ.

Разрывъ постоянно сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ въ брюшную полость, которое обыкновенно бываетъ до того значительно, что за нимъ появляются угрожающія явленія внутренняго кровотечения, упадокъ силъ и отсутствіе пульса; кровотеченіе это, однако, только въ исключительныхъ случаяхъ ведетъ къ смерти.

Судьба излившейся крови бываетъ различна. При обильномъ кровоизліяніи въ брюшную полость, кровь накапливается въ нижней части послѣдней, подобно тому, какъ это бываетъ при умѣренномъ накопленіи серозной жидкости. Но иногда кровь непосредственно изливается въ полость, отдѣленную отъ остальной части брюшной полости старыми ложными перепонками (играющими важную роль въ этиологіи трубной беременности) и находящуюся въ Дугласовомъ пространствѣ, между маткою и прямою кишкою. Излившаяся кровь раздвигаетъ стѣнки полости, оттѣсняетъ матку впередъ и образуетъ такимъ образомъ шарообразную опухоль, называемую *haematocoele retrouterina*. Если въ Дугласовомъ пространствѣ находятся периметритическія сращенія, то опухоль можетъ быть и неправильной формы. Такія-же кровяныя опухоли могутъ образоваться также при медленномъ кровоизліяніи и при обособленіи ихъ затѣмъ сверху отъ брюшной полости кровяными сгустками или новообразовавшимися воспалительными сращеніями.

¹⁾ См. *Fränkel*, Arc. f. Gyn. B. XIV. p. 197 и *Volkman's Samml. klin. Vortr.* № 217. — *Litzmann Arch. f. Gyn.* B. XVI. p. 323 и B. XVIII. p. 1.

Во многих случаях кровотечение останавливается само собою вследствие ослабленной дѣятельности сердца, зависящей отъ потери крови, или вслѣдствіе того, что давленіе, подъ которымъ находится излившаяся кровь, сдѣлалось равнымъ давленію въ сосудахъ. При тщательномъ уходѣ въ такихъ случаяхъ, смертельный исходъ обыкновенно можетъ быть предотвращенъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныя даже быстро поправляются, такъ какъ большая часть излившейся крови быстро всасывается обратно многочисленными лимфатическими сосудами брюшины.

Смертельное воспаленіе брюшины развивается только въ исключительныхъ случаяхъ, такъ что больныя, пережившія острую анемію, обыкновенно выздоравливаютъ. Если кровотеченіе происходитъ въ брюшную полость и если при сильныхъ перистальтическихъ движеніяхъ кишечника вся брюшная полость загрязнится кровью, то можетъ развиваться хроническій перитонитъ. Въ одномъ наблюдавшемся мною случаѣ, въ которомъ кишечныя петли были склеены между собою ложными перемычками, хроническій перитонитъ такъ ослабилъ больную, что повторившееся — не очень значительное само по себѣ — кровотеченіе изъ трубнаго мѣшка было причиною смерти ея.

Въ случаяхъ, въ которыхъ плодный мѣшокъ вросаетъ между стѣнками широкой связки, можетъ произойти внѣбрюшинное кровотеченіе, слѣдовательно, можетъ образоваться гематома широкой связки, а за симъ, послѣдовательно, разрывъ брюшины со всѣми послѣдствіями его¹⁾.

Безъ сомнѣнія, наступившая смерть плода можетъ служить счастливымъ исходомъ трубной беременности, такъ-какъ тутъ исцѣленіе можетъ произойти и безъ разрыва. Если это случится въ очень раннемъ періодѣ, то яйцо подвергается тѣмъ перемѣнамъ, съ которыми мы познакомимся въ статьѣ о выкидышѣ: зародышъ всасывается и яйцо сильно измѣняется вслѣдствіе кровоизліянія. Если зародышъ умираетъ уже болѣе развитымъ, то онъ можетъ и безъ разрыва трубы превратиться въ ней въ lithoraedion.

Примѣч. Статистическихъ данныхъ о частотѣ различныхъ исходовъ трубной беременности привести нельзя, такъ-какъ до сихъ поръ къ трубной беременности были отнесены собственно только тѣ случаи, распознаваніе которыхъ было подтверждено вскрытіемъ. Мнѣ лично такъ часто приходится наблюдать благополучное теченіе трубной беременности, распознаваніе которой, по моему убѣжденію, установлено вѣрно, что исходъ въ выздоровленіе я считаю правиломъ.

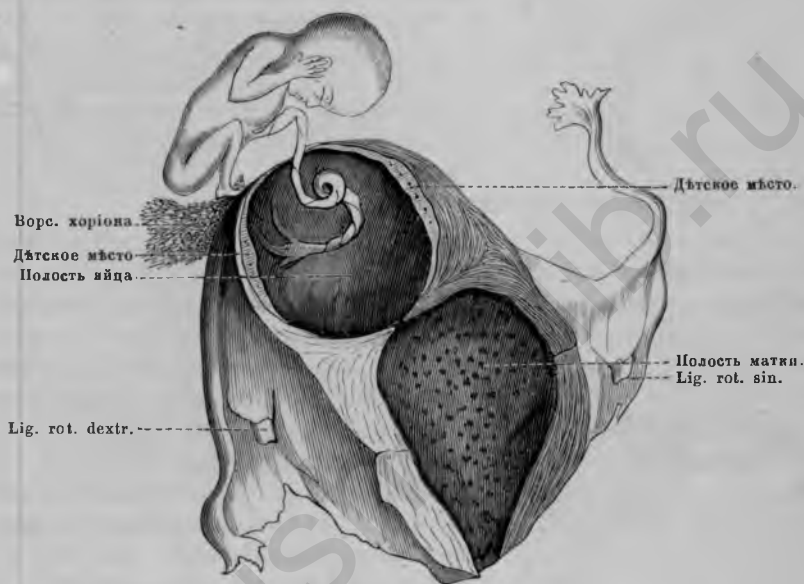
Беременность въ фаллопиевой трубѣ представляетъ существенныя различія, если она развивается въ той части трубы, которая проходитъ въ существѣ матки: беременность трубно-маточная или промежуточная (*graviditas tubouterina sive interstitialis*) (см. фиг. 110 и 111).

И въ этомъ случаѣ разрывъ происходитъ большею частію въ первые

¹⁾ *Schuchardt*, Virchow's Archiv B. 82. p. 133 и *Veit*, l. c. p. 26.

четыре мѣсяца. Если яйцо прививается въ маточномъ отверстіи фаллопиевой трубы, то въ отдѣльныхъ случаяхъ (вполнѣ доказанныхъ *В. Hicks'омъ*) ¹⁾ маточное отверстие трубы можетъ такъ расширяться, что плодъ попадетъ въ матку уже вторичнымъ путемъ. Но и тогда еще можетъ случиться разрывъ, вслѣдствіе сильнаго истонченія маточной стѣнки на мѣстѣ первоначальнаго прикрѣпленія яйца. Плодъ можетъ, однакоже, родиться и естественнымъ путемъ.

Отличить разбираемый видъ внѣматочной беременности (т. е. gra-



Фиг. 110. Промежуточная беременность по *Poppel'ю*.

viditas tubero-uterina) отъ простой трубной беременности на трупѣ легко—по отношенію круглой маточной связки къ плодному мѣшку. При промежуточной беременности круглая маточная связка начинается снаружи плоднаго мѣшка; при простой-же трубной беременности она лежитъ между плоднымъ мѣшкомъ и маткой. Различить разбираемый видъ внѣматочной беременности отъ беременности въ вполнѣ развитомъ или же рудиментарномъ маточномъ рогѣ иногда бываетъ очень трудно, такъ какъ отношеніе круглой маточной связки къ плодному мѣшку въ обоихъ случаяхъ одинаково. Для точнаго дифференціального распознаванія этихъ двухъ видовъ внѣматочной беременности не примѣнны, съ абсолютною точностью, ни различія въ способѣ соединенія мѣшка съ маткою (*Baart de la Faille* ²⁾), ни развитіе отпадающей оболочки (*Poppel* ³⁾).

¹⁾ Obstetr. Transact. IX. p. 57. — ²⁾ M. f. G. V. XXXI. p. 208. — ³⁾ Verhandeling over Grav. tubouterina, Groningen 1867.

C. Ruge нашелъ, что при промежуточной беременности стѣнка беременной стороны такъ сильно разрастается, что отгѣсняетъ дно матки въ противоположную сторону, и продольный діаметръ мѣшка стоять вертикально; наоборотъ. При однорогой маткѣ продольный діаметръ мѣшка идетъ почти параллельно къ горизонту, такъ-какъ придатки отходятъ отъ конца небеременнаго рога (см. фиг. 111 и 112).



Фиг. 111. Промежуточная беременность.

Примѣч. Simon ¹⁾ подвергъ критической оцѣнкѣ все опубликованные случаи промежуточной беременности, на основаніи этого признака *Ruge*, и пришелъ къ тому заключенію, что изъ числа описанныхъ случаевъ только 9 заслуживаютъ полного довѣрія.

Если яйцо засядетъ въ брюшномъ отверстіи трубы, то плодный мѣшокъ образуется частью трубою, частью-же — брюшиною (беременность трубно-брюшная, *graviditas tuboabdominalis*). Эта беременность примыкаетъ въ практическомъ отношеніи къ брюшной беременности.



Фиг. 112. Uterus unicornis съ беременнымъ придаточнымъ рогаемъ.

Яичниковая беременность считалась до настоящаго времени весьма рѣдкимъ явленіемъ; нѣкоторые сомнѣвались даже въ возможности ея происхожденія. Мы имѣемъ основаніе думать, что она встрѣчается чаще и согласны съ мнѣніемъ *Keller*'а ²⁾, что большое число случаевъ яичниковой беременности описано подъ именемъ

брюшной. Должно замѣтить, что мы не причисляемъ къ яичниковой беременности тѣхъ случаевъ, въ которыхъ яйцо, остановившееся на наружной поверхности яичника, здѣсь прикрѣпилось (на такіе случаи должно смотрѣть какъ на брюшную беременность, такъ-какъ при послѣдней яйцо можетъ прикрѣпиться или на яичникѣ, или въ какомъ-нибудь мѣстѣ брюшной полости), но только тѣ, въ которыхъ яйцо, оплодотворенное въ граафовомъ пузырькѣ, остановилось тамъ и продолжаетъ развиваться подъ бѣлочной оболочкой яичника (*albuginea*).

Мы вполне убѣждены въ томъ, что существующіе до сихъ поръ взгляды на брюшную беременность и въ особенности на образованіе

¹⁾ Die Graviditas tubouterina. D. i. Berlin 1885. — ²⁾ l. c. p. 25.

яйцеваго мѣшка нуждаются въ реформѣ: но за неимѣніемъ большаго матеріала для изслѣдованія, мы можемъ только указать въ нижеслѣдующемъ на отличіе нашего взгляда отъ существующаго до сихъ поръ.

Примч. Случай *Willigk'a* ¹⁾, *Hein'a* ²⁾, *von Haselberg'a* ³⁾, *Puech'a* ⁴⁾, *Spiegelberg'a* ⁵⁾, *Патенко* ⁶⁾ (нашелъ въ яичникѣ маленький lithopaedion) и *Landau* ⁷⁾ положительно доказываютъ, что яичниковая беременность встрѣчается дѣйствительно ⁸⁾. Также не подлежатъ сомнѣнію случаи, описанные *Martyn'омъ* ⁹⁾, *Gusserow'ымъ* ¹⁰⁾, *Kiwisch'емъ* ¹¹⁾, *Hecker'омъ* ¹²⁾ и *Wright'омъ* ¹³⁾. Случай, сообщенный *Perry* ¹⁴⁾ не точно описать, а потому нельзя изъ него вывести никакого заключенія. Еще раньше и довольно ясно описанные случаи можно найти у *Campbell'a* ¹⁵⁾. Случай *Virchow'a* ¹⁶⁾ относится не къ яичниковой беременности, но къ брюшной, причѣмъ яйцо прикрѣпилось на наружной поверхности яичника; случаю же *Guichard'a* ¹⁷⁾ слѣдуетъ кажется, придать обратное предъидущему значеніе.



Фиг. 113. Внѣматочная беременность по *Dreesen'y*.

a) анус, b) влагалище, c) моч. пузырь, d) маточный зѣвъ, e) дно матки, f) прав. шир. маточ. связка, g) лѣв. фалл. труба, h) слѣзная кишка, i) кишки, k) брюшин. сроченія.

¹⁾ Prager Vierteljahrsschr. 1859. V. 63 p. 79. — ²⁾ Arch. f. path. Anat. V. I. p. 513. — ³⁾ Berl. V. z. Geb. u. Gyn. V. III. p. 84. — ⁴⁾ An. de Gyn. Juillet 1878. p. 1. — ⁵⁾ Arch. f. Gyn. V. XIII. p. 73. — ⁶⁾ Arch. f. Gyn. V. XIV. p. 156. — ⁷⁾ Arch. f. Gyn. V. XVI. p. 436. — ⁸⁾ Случай яичниковой беременности въ последнее время опять оспаривались *Collet y Gurgui*. Stuttgart 1880. — ⁹⁾ London. Obstr. Tr. XI. p. 57. — ¹⁰⁾ См. *Hess*, Berl. klin. W. 1869. № 34 и D. i. Zürich 1869. — ¹¹⁾ Wurzb. Verhandl. V. 1. 1850. p. 99. — ¹²⁾ I. c. p. 84. — ¹³⁾ Med. Times 9. Jan. 1869. p. 34. — ¹⁴⁾ Gynaek. J. of Boston. I. p. 140. — ¹⁵⁾ I. c. p. 26. etc. — ¹⁶⁾ Ges. Abhandl. p. 792. — ¹⁷⁾ An. de Gyn. Mars 1875. p. 224.

Въ литературѣ описано еще много случаевъ подъ именемъ брюшной беременности, которые, по нашему мнѣнію, должно разсматривать какъ случаи яичниковой беременности. Къ этому мнѣнію мы пришли на основаніи одного наблюденія, точнѣе описаннаго д-ромъ *Schwenninger*'омъ ¹⁾. Въ данномъ случаѣ яичниковая беременность, которая, какъ при жизни беременной, такъ и по вскрытіи, послѣ смерти ея, была признана за брюшную, впоследствии, только благодаря болѣе тщательнымъ изслѣдованіямъ, признана за яичниковую.

Какъ подобные же случаи, при которыхъ плодный мѣшокъ мы принимаемъ за яичниковый, мы разсматриваемъ случаи *Weber*'а ²⁾, *Dreesen*'а ³⁾, *Hecker*'а ⁴⁾, *Eckhardt*'а ⁵⁾, *Hall Davis*'а ⁶⁾ и *Krohn*'а ⁷⁾.

Такъ-какъ намъ очень мало извѣстно о яичниковой беременности, то мы должны довольствоваться слѣдующими указаніями, которыя, конечно, во многомъ должны быть измѣнены.

Если яйцо осталось въ граафовомъ пузырькѣ и тамъ оплодотворилось, то въ такомъ случаѣ развитіе его бываетъ двоякаго рода. Если граафовъ пузырекъ открытъ, то яйцо, увеличивающееся въ ростѣ, выпячивается изъ отверстія, такъ что плодный мѣшокъ лежитъ въ брюшинѣ, внѣ яичника, между тѣмъ какъ мѣсто прикрѣпленія яйца, будущее плацентарное мѣсто, находится въ яичникѣ, слѣдовательно, внѣ брюшины. Подобный случай 2-хъ мѣсячной беременности описалъ *Uhde* ⁸⁾ (если здѣсь не было брюшной беременности, развившейся на наружной поверхности яичника). Еще больше интереса представляетъ случай *Walter*'а ⁹⁾, въ которомъ на четвертомъ мѣсяцѣ беременности разорвались оболочки яйца, выпятившіяся изъ отверстія яичника, вслѣдствіе чего плодъ съ того времени лежалъ свободно въ брюшной полости и здѣсь впоследствии только умеръ, достигнувъ полной зрѣлости. При вскрытіи найдено было, что внутренняя поверхность яичника преобразовалась въ дѣтское мѣсто.

Чаще бываетъ, что мѣсто разрыва въ граафовомъ пузырькѣ зарастаетъ, и яйцо вполне развивается внутри яичника. Въ такомъ случаѣ въ яичникѣ замѣчаются тѣ-же явленія, какія бываютъ при образованіи кисты яичника; разница только въ томъ, что опухоль растетъ быстрѣе. Опухоль яичника можетъ быть совершенно свободна отъ сросеній, но имѣетъ всегда широкое основаніе, такъ какъ увлекаетъ при своемъ быстромъ ростѣ, сосѣднюю часть брюшины, которая покрываетъ ее; она можетъ также быть тѣсно соединена съ заднею поверхностью матки и оттянута къверху покрывающую ее часть брюшины. Могутъ также встрѣтиться значительныя срашенія растянутого плоднымъ мѣшкомъ яичника съ сосѣдними органами. Что касается измѣненій въ фаллопиевой трубѣ этой стороны, то они бываютъ различнаго рода. Въ первые мѣсяцы беременности она можетъ быть совершенно свободна и сохранить еще короткій *mesenterium*. Сначала эта брыжжейка исчезаетъ ближе къ брюшному



Фиг. 114. Мадерированный внѣматочный плодъ въ плодовомъ мѣшкѣ, по *Dreesen*'у.

а) кости черепа, б) правая рука, с) лѣвое плечо съ ручкой, д) лѣв. голень, е) лѣв. ножка, ф) пр. ножка, г) пр. голень, h) ягодицы.

¹⁾ Deutsches Arch. f. kl. Med. B. 15. p. 607. — ²⁾ Wiener med. Presse 1867. № 50. — ³⁾ M. f. G. 31. p. 200 (см. фиг. 113). — ⁴⁾ l. c. p. 119. — ⁵⁾ Allg. Wiener med. Z. 1864. № 41. — ⁶⁾ London. Obst. Tr. XII. p. 331. — ⁷⁾ Foetus extra uterum hist. Londini 1791. — ⁸⁾ M. f. G. B. 10. p. 339. — ⁹⁾ M. f. G. B. 18. p. 171.

концу трубы; при дальнѣйшемъ-же теченіи, труба всегда прилежитъ къ яйцевому мѣшку, и брюшной ея конецъ теряется.

Яичниковая беременность, кажется, не сопровождается особенно тяжелыми припадками, сравнительно съ другими видами беременности; она довольно часто достигаетъ послѣднихъ мѣсяцевъ или даже нормальнаго срока. Однако, смерть можетъ наступить уже въ первые мѣсяцы беременности, вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка. Превращеніе плода въ литопедонъ, а также всѣ прочіе исходы, описанные при внѣматочной беременности, бывають и при яичниковой.

Трубнояичниковая беременность представляетъ очень рѣдкую форму беременности. Если брюшной конецъ фаллопеевой трубы образуетъ съ яичникомъ одну массу, — будетъ-ли то по гипотезѣ *Beaucamp*'а, «яичниковая труба», въ смыслѣ врожденнаго недостатка развитія или произойдетъ-ли оно послѣдовательно — путемъ срощеній, — въ обоихъ случаяхъ беременность можетъ наступить только тогда, когда лопаются граафовъ пузырьки, занимающій средину (экваторъ) яичника, и попадаетъ въ свободное отверстіе фаллопеевой трубы. Если это случается, то внѣматочная беременность легко наступаетъ, такъ какъ при срощеніи и расширеніи трубы отсутствуютъ тѣ механизмы, которые обыкновенно способствуютъ дальнѣйшему передвиженію яйца; слѣдовательно, яйцо остается въ граафовомъ пузырькѣ ¹⁾. Плодный мѣшокъ образуется въ такомъ случаѣ изъ яичника и трубы, сросшейся съ нимъ.

Если оплодотворенное яйцо достигло брюшной полости и тамъ, прикрѣпившись въ какомъ нибудь мѣстѣ, продолжаетъ развиваться, то при этомъ происходятъ различныя измѣненія, существенно отличающіяся другъ отъ друга. Въ однихъ случаяхъ, увеличивающееся въ ростѣ яйцо не вызываетъ воспалительнаго раздраженія въ окружности; оно развивается свободно въ брюшинѣ, такъ что зрѣлый плодъ лежитъ тамъ свободно и покрытъ только своими прозрачными, тонкими оболочками ²⁾. Чаше же бываетъ, что между яйцомъ и сосѣдними органами образуется много срощеній, такъ что оно совершенно заключено между этими срощеніями и ложными перепонками, и его оболочки не лежатъ нигдѣ свободно.

Брюшная беременность очень часто достигаетъ нормальнаго срока даже въ тѣхъ случаяхъ, если плодъ помѣщается только въ яйцевыхъ оболочкахъ или, если послѣднія разорвались, и плодъ лежитъ свободно въ брюшной полости ³⁾; преждевременный разрывъ плоднаго мѣшка случается только въ рѣдкихъ случаяхъ. Однако, припадки при брюшной беременности обыкновенно весьма тягостны. Если яйцо окружено ложными перепонками, то въ первое время появляются сильныя воспалительныя боли въ животѣ, сопровождающіяся часто лихорадкою; онѣ обуславливаются довольно значительнымъ воспаленіемъ брюшины. Если-же яйцо

¹⁾ *Beaucamp*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. X. p. 212 и *Vuillet*, Arch. f. Gyn. B. XXII. p. 427. — ²⁾ См. случаи *Blass*'а, Wiener. med. W. 1853. p. 772. — *Matecki*, M. f. G. B. 31. p. 465. — *Lectuyse*, l.c. — *Heine*, *Wittlinger's Annal.* II. p. 325 и *Cook*'а, *Lancet*. 11. Juli 1863. — ³⁾ См. *Bandl*, Wien. med. Woch. 1874. № 32. и *Jessop*, Lond. Obst. Tr. Vol. XVIII. p. 261 и одинъ случай, который я наблюдаю.

лежит свободно въ брюшной полости и тамъ развивается, то тягостные припадки наступаютъ только во второй половинѣ беременности и обусловливаются тогда движеніями плода. Страданія больной въ такомъ случаѣ могутъ достигнуть такой степени, что беременная умираетъ отъ истощенія. Въ этомъ отношеніи особенно поучителенъ случай *Blass'a*, въ которомъ очень сильныя боли могли быть выносимы только въ колѣбно-локтевомъ положеніи и прекратились только со смертью плода.

Исходы яичниковой и брюшной беременности — слѣдующіе: если зародышъ доживаетъ до нормальнаго конца беременности, то наступаютъ обыкновенно потугообразныя боли, и изъ матки извергается отпадающая оболочка (*decidua*). При этомъ каналъ маточной шейки раскрывается такъ, что палецъ можетъ проникнуть въ полость матки. Плодъ между тѣмъ умираетъ вслѣдствіе кровоизліянія въ дѣтское мѣсто и подвергается послѣ смерти различнымъ измѣненіямъ. Иногда онъ умираетъ уже въ послѣдніе мѣсяцы беременности и претерпѣваетъ тогда тѣ же самыя измѣненія.)

Умершій плодъ большею частью вызываетъ столь сильное раздраженіе стѣнокъ плоднаго мѣшка, что онѣ воспаляются и подвергаются нагноенію или, подъ вліяніемъ разлагающагося зародыша, нагноеніе принимаетъ ихорозный характеръ. Беременная при этомъ умираетъ или отъ воспаленія брюшины, которое переходитъ съ плоднаго мѣшка на остальную брюшину, или же отъ истощенія, происшедшаго вслѣдствіе обильнаго нагноенія. Если воспаленіе не распространится на всю брюшину и если больная въ состояніи перенести вышесказанные ослабляющіе моменты, то содержимое плоднаго мѣшка можетъ проложить себѣ путь или наружу, или въ какой нибудь сосѣдній полый органъ, и когда оно будетъ извергнуто изъ организма, то можетъ наступить выздоровленіе. Чаще всего содержимое плоднаго мѣшка прокладываетъ себѣ путь въ толстыя кишки, отчего кости и мягкія части плода выдѣляются черезъ прямую кишку втеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ (а иногда и лѣтъ). Нерѣдко продыравливается передняя брюшная стѣнка, и образуются фистулезныя отверстія, черезъ которыя выдѣляются ихорозный гной и маленькія косточки; отверстія эти закрываются лишь послѣ произвольнаго или искусственнаго удаленія всего плода. Весьма рѣдко случается, чтобъ весь плодъ или большая его часть изверглась за одинъ разъ черезъ большое отверстіе брюшныхъ покрововъ. Разлагающійся плодъ можетъ проложить себѣ также дорогу и во влагалище, или въ мочевоу пузырь (эти исходы неправильно названы были влагалищною или мочепузырною беременностью), а иногда и въ нѣсколько полыхъ органовъ одновременно. Процессъ совершеннаго удаленія плода всегда продолжителенъ и изнурителенъ. Не смотря на то, что иногда и остаются фистулы прямой кишки, каловыя свищи (въ одномъ случавѣ *Romeyn'a* ¹⁾

¹⁾ De Jonge Nederl. Weckblad. Dec. 1852; см. *Canstatt's* Jahresbericht 1853.

даже фистула желудка), сообщенія между пузырьремъ и кишкою и т. п. Можетъ, однакоже, наступить и полное выздоровленіе. Смерть чаще всего наступаетъ отъ истощенія или зараженія крови во время изверженія плода путемъ нагноенія. Нѣкоторое значеніе имѣетъ то обстоятельство, что, не смотря на остающіяся кости, состояніе больной поправляется, если только удалены всѣ разлагающіяся мягкія части.

Въ иныхъ случаяхъ умершій плодъ менѣе сильно раздражаетъ стѣнки мѣшка. Околоплодная жидкость постепенно всасывается, такъ что мѣшокъ спадается и плотно прилегаетъ къ плоду, который, въ свою очередь, подвергается значительнымъ измѣненіямъ. Мягкія части его претерпѣваютъ жировое перерожденіе и втеченіи нѣсколькихъ лѣтъ постепенно превращаются въ маркую, густую кашицу, состоящую изъ жира, известковыхъ солей, холестеарина и разлитаго и кристаллическаго пигмента. Кашица эта частію подвергается всасыванію, отчего иногда въ-сильно сморщенномъ мѣшкѣ остаются только кости плода и множество известковыхъ пластинокъ. Если мѣшокъ имѣетъ значительную толщину, какъ это особенно часто бываетъ при яичниковой беременности, то онъ превращается въ известковую скорлупу. Измѣненный такимъ образомъ плодъ получаетъ названіе окаменѣлаго младенца (*lithopaedion*). Въ такомъ состояніи плодъ можетъ оставаться въ организмѣ нѣсколько лѣтъ, не причиняя ему вреда; впрочемъ, бывають случаи, когда онъ производитъ воспаленіе и нагноеніе, отчего происходитъ иногда и смерть (въ случаяхъ, сообщенныхъ *Benicke* ¹⁾ и *Küster* ^{омъ} ²⁾ это произошло спустя 27 лѣтъ). Подробности относительно превращенія внѣматочнаго плода въ литопедіонъ см. у *Küchenmeister* ^а ³⁾.

Подъ названіемъ вторичной брюшной беременности описаны такіе случаи, въ которыхъ плодъ, находившійся первоначально въ фаллопиевой трубѣ, яичникѣ или даже въ маткѣ, попадалъ, послѣ разрыва плодоваго мѣшка, въ брюшную полость и оставался въ ней. Сомнительно, чтобы очень молодое яйцо, вполне вышедшее изъ фаллопиевой трубы, могло пристать къ брюшинѣ и образовать въ ней послѣдъ; во всякомъ случаѣ плодъ, выступившій въ брюшную полость, можетъ здѣсь сохраниться различнымъ образомъ. Случается, что плодъ быстро инкапсулируется новообразованною соединительною тканью и преобразуется въ обыкновенный *lithopaedion*; въ другихъ-же случаяхъ способъ сохраненія плода еще болѣе своеобразенъ. Это бываетъ, какъ кажется, въ особенности тогда, когда, послѣ разрыва трубы, вступаетъ въ брюшную полость одинъ только плодъ, тогда какъ дѣтское мѣсто остается въ неразрывной связи съ мѣстомъ своего прикрѣпленія. Плодъ въ такомъ случаѣ можетъ еще нѣкоторое время оставаться въ живыхъ, находясь совершенно свободно въ брюшной по-

¹⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Fr. B. I. p. 344. — ²⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. IV. p. 20. — ³⁾ Arch. f. Gyn. B. XVII. p. 153.

лости, или, если онъ производитъ сильное раздраженіе, инкапсулируясь со всѣхъ сторонъ воспалительными новообразованіями. Въ послѣднемъ случаѣ богатая сосудами соединительная ткань плотно прилегаетъ со всѣхъ сторонъ къ кожѣ плода, причемъ мягкія части его, даже послѣ его смерти, до такой степени хорошо сохраняются при этихъ условіяхъ, что, по прошествіи многихъ лѣтъ, онъ еще вполне удерживаютъ свое нормальное строеніе.

Пониманіе этихъ различныхъ измѣненій, которымъ плодъ подвергается въ брюшной полости, существенно подвинуто впередъ въ высокой степени интересною экспериментальною работою *Leopold'a* ¹⁾. Онъ доказалъ, что очень молодые плоды кролика, запитые въ брюшную полость живаго кролика, скоро пронизываются бѣлыми кровяными шариками и окончательно всасываются, тогда какъ молодой зародышевый хрящъ еще обнаруживаетъ признаки роста. Плоды-же болѣе поздней стадіи развитія инкапсулируются и сохраняются - вслѣдствіе этого непродолжительное время, но потомъ постепенно также пронизываются бѣлыми кровяными шариками (легче всего, если существуетъ для вхожденія кровяныхъ шариковъ готовый путь — чрезъ мѣсто перерѣзки пуповины или чрезъ другія поврежденія); вслѣдствіе этого мягкія части всасываются и остается только кучка костей. По *Leopold'u* вѣроятно, что если плодъ попадаетъ обнаженнымъ въ брюшную полость, то онъ превращается въ литопедіонъ, если-же онъ покрытъ оболочками, то мумифицируется.

Примѣч. Въ литературѣ описано много случаевъ превращенія плода въ lithopaedion. Наиболѣе извѣстенъ изъ нихъ Лейнцеллевскій окаменѣлый плодъ, найденный, въ 1720 году, въ трупѣ 94-хъ-лѣтней женщины, которая носила его 46 лѣтъ. Онъ недавно подробно описанъ *Kieser'омъ*, въ его диссертациі, подъ заглавіемъ: *Das Steinkind von Leinzell. Stuttgart 1854.* Нѣчто, очень похожее на такой литопедіонъ, удалилъ *A. Martin* ²⁾, посредствомъ лапоротоміи, съ счастливымъ исходомъ.

Хорошее сохраненіе плода въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ ложными перепонками соединяется съ кровеносными сосудами матери, описано *Wagner'омъ* и *Virchow'ымъ*. Первый ³⁾ нашелъ плодъ, который, по истеченіи 29 лѣтъ, до того сохранился, что, не смотря на сильно высохшія мягкія части, представлялъ нормальное строеніе всѣхъ тканей. *Virchow* ⁴⁾ произвелъ въ 1849 году вскрытіе трупа 56-ти-лѣтней женщины, страдавшей душевной болѣзнію и бывшей беременною въ 1826 году: «плодъ былъ обтянутъ гладкою различной толщины оболочкой, которая, при посредствѣ образовавшихся сращеній, снабжена была сосудами, и на нѣкоторыхъ мѣстахъ ея найдены известковыя отложения въ видѣ пластинокъ; — такихъ мѣстъ было, однакоже, немного. Оболочка эта въ особенности плотно соединялась съ кожей головки плода, такъ что границу между ними можно было замѣтить только въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ были волосы, расположенные большею частью пучками. На туловищѣ оболочка легко отдѣлялась, и находящаяся подъ нею кожа младенца (cutis) представлялась почти неизмѣненною и покрытою только бѣловатымъ, маркимъ слоємъ сала. Дальнѣйшее исслѣдованіе показало, что почти всѣ органы и стойкія ткани хорошо сохранились. Сердце, легкія, печень, кишки и т. д. — всѣ эти органы легко отдѣлились одинъ отъ другаго; только головной мозгъ былъ сильно измѣненъ, представляя грязную, бѣлесоватую, маркую массу, которую плотно об-

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. XVIII. p. 53. — ²⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 398. —

³⁾ Arch. d. Heilkunde. 1865. Heft. 2. — ⁴⁾ Ges. Abh. p. 790.

легалі сдвинувшіяся головныя кости. Грудныя мускулы не только сохранили свой темнокрасный цвѣтъ, но и подъ микроскопомъ они представлялись такими-же, какъ и свѣжіе поперечно-полосатые мускулы. Исслѣдованія, обнародованныя *Werth*'омъ⁴⁾ представляютъ также большой интересъ.

Распознаваніе. Женщины съ беременностью фаллопиевыхъ трубъ обращаются къ врачебной помощи обыкновенно уже послѣ наступившаго разрыва. Тщательное ощупываніе рѣдко бываетъ возможно, по причинѣ сильной чувствительности живота; однако, чтобъ сдѣлать распознаваніе съ вѣроятностью, достаточно бываетъ картины болѣзни, вмѣстѣ съ ея теченіемъ. По моему мнѣнію, діагнозъ трубной беременности, съ послѣдовательнымъ разрывомъ, не подлежитъ сомнѣнію, если у женщины, правильно менструировавшей, регулы въ послѣднее время не появлялись, а сама женщина считала себя беременною, если затѣмъ у нея вдругъ появились припадки сильнаго внутренняго кровотеченія, если подлѣ или позади увеличенной матки удастся доказать присутствіе большого количества крови и если, наконецъ, вмѣстѣ съ кровью изъ матки выдѣляются куски отпадающей оболочки.

Если такой случай приходится лечить до наступленія разрыва, или когда мы имѣемъ дѣло съ брюшной беременностью, то въ первые мѣсяцы бываетъ легко доказать присутствіе внѣматочной опухоли, между тѣмъ какъ распознать беременность часто бываетъ трудно; позднѣе же наоборотъ: послѣднее сдѣлать легче, между тѣмъ какъ убѣдиться въ томъ, что плодъ помѣщается внѣ матки — трудно.

Если врача призываютъ къ женщинѣ, считающей себя въ первыхъ мѣсяцахъ беременности и страдающей сильными болями въ нижней части живота, то распознаваніе зависитъ отъ тщательнаго бимануальнаго исслѣдованія. Если врачъ найдетъ при этомъ, что матка умѣренно увеличена въ объемѣ и подлѣ нея эластическую, чувствительную опухоль, то ему остается предположить внѣматочную беременность. Затѣмъ, важнѣе всего доказать вообще существованіе беременности въ данномъ случаѣ. Доказать это можетъ быть очень трудно, такъ-какъ при внѣматочной беременности нѣтъ тѣхъ признаковъ, которыми мы обыкновенно пользуемся для опредѣленія обыкновенной беременности и которые намъ даетъ матка своей формой, величиной и консистенціей; но при всемъ томъ существованіе беременности почти всегда удается доказать съ большою вѣроятностью. Если мѣсячныя, которыя были всегда правильны, вдругъ прекратились, и возможно допустить, что произошло зачатіе, то прибавивъ къ этому еще и субъективныя ощущенія беременности (которое имѣетъ особую важность у многородящихъ), мы можемъ признать существованіе беременности, съ большею вѣроятностью. Если оказывается кромѣ того, что груди припухли, и окрашиваніе окружности сосковъ и бѣлой линіи достигло болѣе или менѣе значительной степени, то распознаваніе получаетъ еще большую вѣроятность. Если матка, относительно предполагаемаго времени бере-

⁴⁾ Arch. f. Gyn. V. XVIII. p. 14.

менности, слишкомъ мала, то врачъ, владѣющій достаточно хорошо зондомъ, можетъ помощью этого инструмента попытаться доказать, что матка пуста. Если во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ нѣтъ перегиба, то цуговка зонда проникаетъ въ маточную полость легко и безъ всякаго насилія. Если-же ощущается при этомъ во внѣматочной эластической опухоли подвижныя, нѣсколько твердыя части, то существованіе внѣматочной беременности доказано положительнымъ образомъ. Не смотря на все это, распознаваніе трубной беременности на столько затруднительно, что весьма желательнo имѣть наблюденіе за такою женщиною въ теченіи хотя непродолжительнаго времени, по истеченіи котораго беременность обнаружится, конечно, быстрымъ ростомъ яйца.

Разрѣшеніе вопроса — существуетъ-ли въ данномъ случаѣ беременность — становится легче при дальнѣйшемъ ея теченіи. Сердечные тоны плода, также какъ и прощупываемыя части плода и движенія его, вмѣстѣ съ прочими признаками беременности (измѣненія въ грудяхъ и бѣлой линіи), представляютъ возможность вѣрно распознать беременность. Маточный шумъ слышенъ не только со стороны увеличенной матки, какъ полагаетъ *De Gaul*, но и со стороны плоднаго мѣшка. Затѣмъ остается только доказать, что плодъ не находится въ маткѣ. Во многихъ случаяхъ доказательствомъ тому можетъ служить то обстоятельство, что, при оцупываніи, незначительно увеличенная матка ясно отдѣляется отъ плоднаго мѣшка. Если-же внѣматочный плодный мѣшокъ слишкомъ великъ ¹⁾, то доказать, что плодъ не находится въ маткѣ (въ особенности, если матка будетъ оттянута взадъ и нѣсколько вверхъ) будетъ не легко, и чтобы узнать, пуста-ли матка или нѣтъ, придется опять прибѣгнуть къ помощи зонда, особенно если матка, вслѣдствіе сращеній, не можетъ быть оттянута внизъ и сдѣлаться доступною изслѣдующему пальцу. (Мы не можемъ при этомъ случаѣ не обратить вниманія на то, что зондъ довольно легко проникаетъ между плоднымъ пузырькомъ и стѣнкою матки также и при обыкновенной беременности, и что осторожное зондированіе ничуть не имѣетъ абсолютнымъ послѣдствіемъ выкидышъ, такъ что не невозможность введенія зонда на нормальную высоту или болѣе этого рѣшаетъ вопросъ — пуста-ли матка или нѣтъ, а легкость, съ которой проникаетъ зондъ чрезъ внутренній зѣвъ. Чтобы различать степени легкости прониканія зонда, требуется навыкъ въ его употребленіи.) Не меньшаго вниманія заслуживаетъ также возможность прободенія зондомъ увеличенной и размяченной матки при внѣматочной беременности; зондъ въ такомъ случаѣ проникаетъ очень далеко, какъ это видѣли *Bandl* ²⁾ и *Duboué* ³⁾. Я самъ не рѣшался съ увѣренностью поставить діагнозъ внѣматочной беременности, потому что зондъ входилъ въ полость матки почти до рукоятки, проникнувъ въ смѣщенную и расширенную

¹⁾ Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ *De Gaul*'емъ, причину ошибочнаго діагноза было чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости въ лежащемъ внѣ матки яйцѣ. — ²⁾ *Wien. med. Woch.* 1874. № 32. — ³⁾ *Arch. de tocol.* 1874. p. 648.

фаллопиевую трубу. Впрочемъ, вся шейка въ послѣднее время беременности произвольно раскрывается такъ, что палецъ проходитъ въ пустую полость матки.

Дифференціальное распознаваніе между внѣматочною беременностью и беременностью въ рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ можетъ быть вполне невозможно. Это не трудно понять, если принять въ соображеніе, что (какъ говоритъ *Kussmaul*), эти два вида беременности часто смѣшивали даже на трупѣ, и что только начало круглой маточной связки одно можетъ окончательно разрѣшить этотъ вопросъ (см. стр. 379).

Распознаваніе вида внѣматочной беременности можетъ точно также встрѣтить значительныя затрудненія. Теченіе болѣзни представляетъ въ этомъ случаѣ лучшую точку опоры. Если разрывъ случается въ первые четыре мѣсяца, то это означаетъ, что яйцо находилось въ фаллопиевой трубѣ и только въ исключительномъ случаѣ въ яичникѣ; если же плодъ продолжаетъ развитіе свое за этотъ срокъ, — то мы имѣемъ дѣло, вѣроятно, съ брюшною или яичниковою беременностью, но возможна также и трубная беременность. Если движенія плода слишкомъ тягостны и если кажется, что плодъ лежитъ непосредственно подъ брюшными покровами, то это говоритъ въ пользу брюшной беременности. Если же въ болѣе поздніе періоды беременности плодъ свободно лежитъ въ относительно толстомъ мѣшкѣ и при этомъ нѣтъ рѣзкихъ явленій перитонита, то слѣдуетъ предполагать яичниковую, а также, можетъ быть, и трубную беременность. Промежуточную беременность можно распознать, съ нѣкоторою вѣроятностью, развѣ при особенно благоприятныхъ обстоятельствахъ *).

Дѣлая *предсказаніе*, должно принимать въ соображеніе съ одной стороны, беременную, а съ другой — плодъ. Жизнь послѣдняго рѣдко спасалась лапаротоміей, тогда какъ предсказаніе относительно матери лучше, хотя и существенно различно, смотря по мѣсту, занимаемому яйцемъ. Выше мы уже высказали, что до настоящаго времени предсказаніе при трубной беременности считали слишкомъ неблагоприятнымъ. По моему убѣжденію, оно благоприятнѣе, чѣмъ при брюшной и даже яичниковой беременности, при которыхъ, по *Hecker*'у, смертность равняется 42%.

*) Распознаваніе внѣматочной беременности составляетъ настоящій сгукъ въ акушерской практикѣ. Тѣмъ не менѣе внимательное наблюденіе (геср. повторныя изслѣдованія) могутъ навести на мысль, что имѣемъ дѣло съ разбираемымъ патологическимъ состояніемъ. Чрезвычайно важное значеніе имѣютъ въ этомъ случаѣ *зондъ* и *выдѣленіе изъ матки кусковъ отпадающей оболочки*. Зондъ не только докажетъ, что полость матки пуста, но и ускоритъ также выдѣленіе *deciduae*. Мнѣ кажется, что это послѣднее обстоятельство, на которое до сихъ поръ обращали мало вниманія, имѣетъ весьма важное значеніе. Что касается выдѣленія кусковъ отпадающей оболочки, то это такой признакъ, послѣ котораго едва-ли можно сомнѣваться въ томъ, что имѣютъ дѣло съ внѣматочною беременностью. Фактъ этотъ подтверждается всѣми, и одинъ только *R. Lee* утверждаетъ противное.

Прим. Изъ 132 случаевъ брюшной беременности, собранныхъ *Hecker*’омъ, было 76 съ исходомъ въ выздоровленіе. Отношеніе это слишкомъ велико, потому что всегда опубликовывается больше случаевъ съ благоприятнымъ исходомъ, нежели съ неблагоприятнымъ. Выздоровленіе наступило: вслѣдствіе изверженія плода чрезъ задній проходъ въ 28-ми случаяхъ, по образованіи lithoraedion’a въ 17-ти, по выдѣленіи путемъ нагноенія чрезъ брюшную стѣнку въ 15-ти, вслѣдствіе лапаротоміи — въ 11, по разрывѣ влагалища — въ 3-хъ и въ 2-хъ случаяхъ при обстоятельствахъ, неясно обозначенныхъ. Смерть произошла: вслѣдствіе изнуренія — въ 18, отъ воспаления брюшины — въ 12, вслѣдствіе оперативныхъ пособій — въ 12, отъ разрыва и кровотеченій — въ 7-ми, отъ рвоты каломъ — въ 2, отъ водяной — въ 1, отъ неизвѣстной причины — въ 4-хъ случаяхъ.

Такъ-какъ удаленіе плода путемъ нагноенія сопряжено съ весьма большою опасностью, то на развитіе lithoraedion’a должно смотрѣть, какъ на самый благоприятный исходъ, хотя и lithoraedion можетъ въслѣдствіи подвергнуться нагноенію. Обыкновенно-же lithoraedion’ы переносятся безъ особенныхъ страданій; извѣстенъ даже цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ при lithoraedion’ѣ снова наступала обыкновенная беременность. Такъ Анна Миллеръ (мать окаменѣлаго Лейнцеллевскаго плода), у которой lithoraedion образовался послѣ разрыва матки въ 1774 г., родила въслѣдствіи еще двухъ здоровыхъ дѣтей. Другіе случаи приводятъ *Faber* ¹⁾, *Johnston* ²⁾, *Day* ³⁾, *Hugenberger* ⁴⁾, (lithoraedion, составляя препятствіе къ родамъ, подавъ поводъ къ кесарскому сѣченію) *Stoltz* ⁵⁾, *Terry* ⁶⁾, *Dibot* ⁷⁾, *Bossi* ⁸⁾ и *Hennigsen* ⁹⁾; въ послѣднихъ двухъ случаяхъ произведенъ былъ искусственный выкидышъ. Въ случаѣ *Haderup*’а ¹⁰⁾, дѣдо идетъ не объ одновременной внутренней и внѣматочной беременности, но о наступленіи внутриматочнаго зачатія по смерти внѣматочнаго плода. Впродолженіи беременности выдѣлялись *per alium* кости перваго плода, а второй плодъ родился живой и доношенный. Я однажды извлекъ чрезъ влагалище разложившійся внѣматочный плодъ послѣ того, какъ незадолго до этого былъ произведенъ искусственный выкидышъ внутриматочнаго плода ¹¹⁾.

Что касается до *тераніи*, то въ первые мѣсяцы (если только можетъ быть сдѣлано до нѣкоторой степени вѣрное распознаваніе) показанъ проколъ, если плодный пузырь доступенъ, — чрезъ влагалище или прямую кишку или чрезъ брюшныя стѣнки. Чаще и легче всего удается сдѣлать проколъ чрезъ влагалище. Вкалываютъ очень тонкій троакаръ глубоко въ опухоль и выпускаютъ околоплодную жидкость. Сомнительно однако — произойдетъ-ли отъ этого непременно смерть плода. Поэтому *Friedreich* ¹²⁾ и *Cohnstein* ¹³⁾, вмѣстѣ съ проколомъ дѣлаютъ впрыскиваніе морфія въ плодный мѣшокъ. Въ Америкѣ для умерщвленія плода неоднократно примѣнялось электричество (*Garrigues*, *Mundé* и *Thomas*). *Thomas* ¹⁴⁾ помощью гальванокаустическаго ножа сдѣлалъ разрывъ мѣшка чрезъ влагалищный сводъ и извлекъ плодъ вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ. Во всякомъ случаѣ наибольшаго примѣненія заслуживаетъ предложеніе *J. Veit*’а ¹⁵⁾: производить лапаротомію,

¹⁾ Württemberg. Correspondenzblatt 1855. № 39.—²⁾ Edinb. med. J. Aug. 1856. p. 137.—³⁾ Obst. Transact. VI. p. 3.—⁴⁾ Berichte aus dem Hebammeninstitut etc. Petersburg 1863. p. 122.—⁵⁾ Gaz. méd. de Strasbourg 1866. 12. p. 261.—⁶⁾ Brit. med. J. 21 Sept. 1867—⁷⁾ Gas. obstetr. 1876. p. 161.—⁸⁾ Sitz.-Ber. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. V. № 5, 6, 1868 (см. Schmidt’s Jahrb. 1869. B. 142. № 4. p. 57.—⁹⁾ Arch. f. Gyn. 1. p. 335.—¹⁰⁾ Schmidt’s Jahrb. 1871. B. 150. p. 53.—¹¹⁾ См. Müller, Charité-Annalen. B. II. p. 396.—¹²⁾ Virchow’s Arch. B. 29. p. 312.—¹³⁾ Arch. f. Gyn. B. XII. p. 367.—¹⁴⁾ Amer. J. of Obst. VIII. p. 519.—¹⁵⁾ Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart. 1884.

съ удаленіемъ плоднаго мѣшка. *Veit* уже 4 раза оперировалъ такимъ образомъ съ благопріятнымъ результатомъ. Точно также оперировали *Lawson Tait* ¹⁾ и *Hofmeier*.

Чаще всего, однако, врача приглашаютъ уже послѣ разрыва плоднаго мѣшка. Тогда прежде всего показано останавливаніе внутренняго кровотеченія. Хотя мы и не можемъ вполне удовлетворить этому показанію, тѣмъ не менѣе въ большинствѣ случаевъ удается остановить кровотеченіе при абсолютномъ покоѣ и употребленіи большихъ пузырей со льдомъ на нижнюю часть живота. Правда, кровотеченіе часто останавливается только послѣ того, какъ сердечная дѣятельность упала и пульсъ въ лучевой артеріи сталъ едва ощутимъ. Когда кровотеченіе, повидимому, остановилось, то слѣдуетъ воздержаться отъ всякихъ дальнѣйшихъ энергическихъ пособій; даже возбуждающія средства слѣдуетъ употреблять съ большою осторожностью и давать ихъ только тогда, когда они покажутся необходимыми для поддержанія сердечной дѣятельности, такъ какъ при усиленной дѣятельности сердца кровотеченіе легко можетъ возобновиться.

Чрезвычайно трудно рѣшить вопросъ о томъ, можно-ли при внутреннемъ кровотеченіи, угрожающемъ жизни, ограничиться этою терапіею, или же не слѣдуетъ-ли прежде произвести лапаротомію для остановки кровотеченія ²⁾. Хотя, по вскрытіи брюшной полости, кровотеченіе въ большинствѣ случаевъ можно остановить вполне надежно, тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ забывать, что оно иногда можетъ представлять большія затрудненія и, кромѣ того, на производство этой опасной операціи рѣшаются обыкновенно только тогда, когда состояніе больной уже до операціи кажется безнадежнымъ. Вопросъ, слѣдовательно, въ томъ, можетъ-ли лапаротомія въ такомъ случаѣ принести какую нибудь пользу больной, тѣмъ болѣе, что при лапаротоміи вся кровь, изливающаяся въ брюшную полость, должна быть удалена, между тѣмъ какъ при выжидательномъ леченіи большая часть ея всасывается. При вскрытіи одной умершей послѣ разрыва трубы, я нашелъ переполненіе красною кровью всѣхъ лимфатическихъ сосудовъ, выходящихъ изъ брюшной полости. Не смотря на все это, мы, кажется, все-таки въ правѣ производить лапаротомію, какъ послѣднюю попытку спасти жизнь больной.

Если внѣматочная беременность приближается къ нормальному концу и младенецъ живъ, то лапаротомія безусловно показана. При этомъ обыкновенно извлекается живой младенецъ, между тѣмъ какъ предсказаніе для матери очень сомнительно, хотя едва-ли, впрочемъ, хуже, чѣмъ при выжиданіи.

Кровотеченіе изъ мѣста прикрѣпленія послѣда представляетъ особенную опасность, такъ какъ оно, по отдѣленіи плацентъ, не можетъ сократиться и, такимъ образомъ, закрыть кровоточащія сосуды, какъ

¹⁾ Brit. med. J. June 28. 1884. — ²⁾ См. J. *Veit*. D. Zeitschr. f. prakt. Med. 1878. № 42. — A. *Martin*, Berl. Klin. W. 1881. № 52—53.

это бываетъ при прикрѣпленіи послѣда къ маточной стѣнкѣ. Поэтому слѣдуетъ строго придерживаться правила—оставлять послѣдъ на мѣстѣ, если онъ произвольно не отдѣляется, а если это окажется невозможнымъ, то слѣдуетъ произвести обкалываніе, какъ это рекомендуетъ *A. Martin*. Въ первомъ случаѣ очень полезно тампонировать весь плодный мѣшокъ іодоформной марли. Что касается самого плоднаго мѣшка, то съ нимъ поступаютъ различно. Самый благопріятный исходъ бываетъ, если, по предложенію *Litzmann'a* ¹⁾ и *Billroth'a* ²⁾, совершенно удалить плодный мѣшокъ. Я самъ въ одномъ случаѣ яичниковой беременности удалил плодный мѣшокъ цѣликомъ, на ножку наложилъ швы и опустил ее въ брюшную полость. Къ сожалѣнію, оперированная (она до операціи сильно лихорадила) умерла отъ септического зараженія. При живомъ плодѣ полное удаленіе мѣшка и надлежащая перевязка ножки представляетъ болѣе значительныя затрудненія и до сихъ поръ не примѣнялось на практикѣ, но тѣмъ не менѣе оно и здѣсь, кажется, вполне возможнымъ. Въ большинствѣ же случаевъ остающуюся часть мѣшка придется шить въ брюшную рану. Самый благопріятный исходъ для матери бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ плодный мѣшокъ такъ сращенъ съ переднею стѣнкою живота, что собственно брюшная полость при операціи не вскрывается. Для болѣе удобнаго выполаскиванія плоднаго мѣшка, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ прикрѣпленіе послѣда этому не мѣшаетъ, слѣдуетъ провести дренажъ черезъ рукавъ. *A. Martin* оставшуюся часть плоднаго мѣшка зашилъ при этомъ со стороны брюшной полости. Исходъ получился благопріятный.

Если младенецъ умеръ подѣ конецъ беременности, то рекомендуютъ производить лаларотомію по возможности позже, а именно спустя нѣсколько недѣль послѣ смерти плода для того, чтобы избѣгать кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія плаценты (я самъ наблюдалъ сильное кровотеченіе изъ мѣста прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, спустя 9 недѣль послѣ смерти плода). Если плодный мѣшокъ сращенъ съ передней брюшною стѣнкою, то операція не влечетъ за собою опасности, при соблюденіи, конечно, антисептики и при основательномъ промываніи, посредствомъ дренажа, полости плоднаго мѣшка. Если для вскрытія плоднаго мѣшка требуется вскрыть брюшную полость, то самое лучшее поступать по способу, предложенному *Volkmann'омъ* при эхинококкѣ. *Volkmann*, съ цѣлью получить сращеніе плоднаго мѣшка съ брюшными стѣнками, выполняетъ разрѣзъ салициловой ватой и потомъ черезъ нѣкоторое время, получивъ сращеніе, вскрываетъ и плодный мѣшокъ ³⁾. Если плодный мѣшокъ не переходитъ въ нагноеніе, то самое лучшее, что можно рекомендовать, это полное вылуценіе его. Вылуценіе, безъ сомнѣнія, удастся чаще, чѣмъ предполагаютъ теперь. Опытъ учитъ, что литопедіонъ, оставаясь долго въ брюшной

¹⁾ Arch. f. Gyn. XVIII. p. 1. — ²⁾ См. *Welponer* и *Zillner* (с. 1. V. XIX. p. 240). — ³⁾ См. *Landau*, Arch. f. Gyn. Bd. XVI. p. 436.

полости, представляет опасность для матери, вследствие возможного всегда раздражения, а, следовательно, и воспаления брюшины. Поэтому активный способ заслуживает гораздо большего применения, чѣм пассивный.

Если плод подвергается нагноенію, то лапаротомія тѣмъ болѣе показана ¹⁾). Приэтомъ поступаютъ по только что изложеннымъ правиламъ ^{*}).

Аномалии прибавочныхъ частей плода.

Неправильности оболочекъ яйца.

Пузырный заносъ. (Гиперплезія кожистой оболочки. Мухота multiplex). — *Перерожденный пузырный заносъ.* — *Мухота diffusum.* — *Мухота fibrosum placentae.*

Литература: *M-me Boivin*, Nouv. rech. sur la môle vesicul. Paris 1827, deutsch, Weimar 1828. — *R. Maj*, Die Molen der Gebärmutter. Nördl. 1831. — *Mikschik*, Zeitschrift der Ges. d. Wiener Aerzte. Juli — Sept. 1845. — *H. Müller*, Abh. über den Bau der Molen. Würzburg 1847. — *Gierse*, Verh. d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin 1847. Н. 2. p. 126. — *Mettenheimer*, Müller's Archiv 1850. p. 417. Т. IX и X. — *G. Braun*, Wiener Medicinalhalle. 3. Jahrg. 1 и 3. — *Graily Hewitt*, Obstetr. Transact. I и II. — *Hecker*, Klinik d. Geburtsk. В. 2. p. 20. — *Virchow*, Die krankhaften Geschwülste. I. p. 405. — *Bloch*, Die Blasenmole. Freiburg 1869. — *Ercolani*, Mem. delle malattie della placenta. Bologna 1871 (см. рефер. v. *Hennig'a* въ Arch. f. Gynaecol. В. II. p. 454). — *Ancelet*, Arch. de gyn. 1876. p. 81, 183 и 264. — *Storch*, Virchow's Arch. В. 72 p. 582. — *Maslowsky*, Centr. f. Gyn. 1882. № 10.

Основа изъ соединительной ткани. (endochorion, см. стр. 34 и 43), которую ворсинки кожистой оболочки получаютъ отъ allantois, подвергается особаго рода гиперплезіи, которая представляетъ различія, смотря по количеству заболѣвшихъ ворсинокъ и по времени развитія опухоли.

Гиперплезія начинается съ эпителія ворсинокъ, дающаго множество отростковъ, въ которые проникаетъ соединительная ткань вор-

¹⁾ См. *Hofmeier*, Z. f. Geb. u. Gyn. В. V p. 112 u. *Litzmann*, Archiv f. Gyn. В. XVI. p. 323.

^{*} Если сколько нибудь внимательно прослѣдить литературу вѣматочной беременности, то нельзя не убѣдиться въ томъ, что терапия до сихъ поръ была слишкомъ выжидательная, я могъ бы сказать индифферентная и, къ сожалѣнію, остается еще таковою до сихъ поръ. Такъ, въ текстѣ приведено всего нѣсколько случаевъ, въ которыхъ рѣшались дѣйствовать энергически. По моему мнѣнію, еслибы въ этомъ случаѣ поменьше придерживались выжидательнаго метода, то число женщинъ, становящихся жертвами вѣматочной беременности, было бы гораздо меньше. Въ самомъ дѣлѣ, когда удалось вышеизложеннымъ способомъ убѣдиться въ томъ, что имѣютъ дѣло съ вѣматочною беременностью, то проколъ плоднаго мѣшка чрезъ рукавъ представляетъ очень много шансовъ для спасенія больной. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ увеличеніе опухоли (т. е. плоднаго мѣшка) совершается во очю; такъ какъ это увеличеніе обусловливается кровозлияніями въ полость плоднаго мѣшка, — то, понятно, что только проколомъ мы можемъ устранить страшную опасность угрожающую больной, — именно разрывъ мѣшка. Если не всегда удается спасти больную, то прибѣгая къ проколу, безъ сомнѣнія, удастся, по крайней мѣрѣ, устранить на время фатальную развязку.

синокъ (непосредственное продолженіе студени пупочнаго канатика) и сильно разрастается. Ячейки отчасти, вѣроятно, растворяются въ слизи; въ сущности же огромное утолщеніе ворсинокъ происходитъ отъ разращенія ячеекъ и большаго накопленія слизистаго межъячейстаго вещества. Послѣднее, обыкновенно, до такой степени преобладаетъ, что гипертрофированныя ворсинки становятся похожими на кисты съ жидкимъ содержимымъ. Вслѣдствіе того, что эта разрастающаяся ткань не растягиваетъ ворсинку равномернo, а накапливается только въ нѣкоторыхъ ея мѣстахъ и части ворсинокъ, лежація въ промежуткахъ, остаются почти нормальными, перерожденныя ворсинки получаютъ сходство съ виноградною кистью, такъ какъ круглыя кистовидныя опухоли висятъ на тонкихъ стебелькахъ. (Это новообразованіе примыкаетъ такимъ образомъ, по сущности своей, къ папилломѣ, съ тѣмъ только отличіемъ, что основа его состоитъ не изъ обыкновенной соединительной ткани, а изъ очень нѣжной слизистой ткани и отличается еще тѣмъ, что, вслѣдствіе сильнаго выдѣленія межъячейстаго вещества, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ происходятъ скопленія его въ видѣ гроздей винограда).

Если перерожденіе это наступаетъ въ первомъ мѣсяцѣ беременности, слѣдовательно, въ такое время, когда ворсинки кожистой оболочки равномернo развиты на всей периферіи яйца, то послѣднее превращается въ опухоль, отъ всей периферіи которой исходятъ круглыя, сидящіе на стебелькахъ пузырьки.

Если въ началѣ перерожденія образованіе послѣда на яйцѣ уже началось, то обыкновенно описываемый процессъ развивается на мѣстѣ послѣда, тогда какъ ворсинки кожистой оболочки остальной периферіи яйца атрофируются; только въ видѣ исключенія мѣстомъ новообразованія можетъ сдѣлаться неатрофировавшееся развѣтвленіе ворсинокъ, которое лежитъ внѣ послѣда ¹⁾. Гораздо чаще разсматриваемое новообразованіе ограничивается ворсинками дѣтскаго мѣста или только нѣкоторыми дольками его. Въ такихъ случаяхъ большую часть периферіи яйца находятъ нормальною, а пузырно-переродившиеся только ту часть, которая соотвѣтствуетъ дѣтскому мѣсту на большемъ или меньшемъ протяженіи. Если плодъ умираетъ (какъ это обыкновенно случается), то сосуды измѣнившихся ворсинокъ запусѣваютъ. Если-же онъ остается живымъ, то въ переродившихся ворсинкахъ сосуды могутъ образовать частую и тонкую волосную сѣть.

Въ этиологіи этой гиперплазіи кожистой оболочки приходится прежде всего рѣшить—представляетъ ли разбираемое страданіе кожистой оболочки первичное заболѣваніе яйца, или же оно происходитъ отъ раздраженія со стороны отпадающей оболочки или материнской крови, перешедшаго на ворсинки кожистой оболочки. Возможность

¹⁾ Въ случаѣ, приводимомъ *Виноградовымъ* (Virchow's Archiv. 1870. В. 51. р. 146), найдена была, на разстояніи 3 дюймовъ отъ дѣтскаго мѣста, ограниченная миксома гладкой части кожистой оболочки (chorion laeve), величиною въ гусиное яйцо.

обоихъ процессовъ подтверждается цѣлымъ рядомъ трудно опровержимыхъ доказательствъ.

Въ пользу первичнаго заболѣванія яйца, очевидно, говорятъ тѣ случаи, въ которыхъ пузырьный заносъ развивался рядомъ съ нормальнымъ яйцомъ, а также тѣ абортивныя яйца, съ захирѣвшимъ зародышемъ или безъ зародыша, на которыхъ замѣчается начало миксоматознаго разращенія (такъ что, вслѣдствіе незначительной степени заболѣванія яйца, нельзя никакимъ образомъ допустить, чтобы смерть плода произошла именно вслѣдствіе этого заболѣванія). Это говоритъ въ пользу того, что смерть плода можетъ подать поводъ къ разращенію ворсинокъ кожистой оболочки. (Что зародышевая часть послѣда, и по смерти зародыша, можетъ питаться и расти осмотическимъ путемъ — не можетъ подлежать никакому сомнѣнію. См. главу о выкидышѣ).

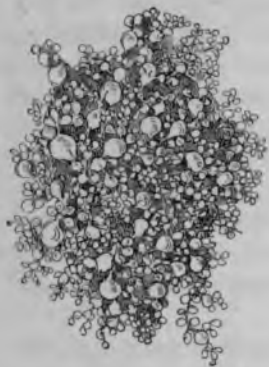
Съ другой стороны, частое нахожденіе больной отпадающей оболочки и другихъ заболѣваній матки (я наблюдалъ сильно развитый пузырьный заносъ при большой промежуточной міомѣ), а также частичное миксоматозное перерожденіе дѣтскаго мѣста, при хорошо развитомъ зародышѣ, частое повтореніе этого перерожденія у одной и той же женщины, — все это даетъ поводъ къ весьма вѣроятному заключенію, что причина гиперплазіи кожистой оболочки можетъ зависеть также отъ матери. Въ этомъ отношеніи не безынтересны видѣнные мною два случая развитаго пузырьнаго заноса у очень пожилыхъ женщинъ (53-хъ и 50-ти лѣтъ); впрочемъ съ другой стороны, онъ наблюдался и у 17-ти лѣтней дѣвушки ¹⁾.

Итакъ, если мы и должны допустить, что смерть зародыша подаютъ иногда поводъ къ разрастанію ворсинокъ кожистой оболочки то, съ другой стороны, нельзя сомнѣваться и въ томъ, что заболѣваніе это можетъ также являться и въ видѣ первоначальнаго, самостоятельнаго пораженія яйца.

Въ этомъ случаѣ обратное дѣйствіе разсматриваемаго перерожденія на состояніе зародыша весьма различно и зависитъ отъ степени развитія заболѣванія. Если переродилась вся периферія яйца или, по крайней мѣрѣ, все мѣсто, занимаемое послѣдомъ, то питательныя вещества, предназначенныя зародышу, употребляются ворсинками кожистой оболочки, вслѣдствіе чего плодъ умираетъ, и его находятъ въ яйцѣ или захирѣвшимъ и съжившимся, или (когда этотъ процессъ засталъ его въ первые мѣсяцы развитія), если онъ успѣлъ мацерироваться въ околоплодной жидкости, вполнѣ всосавшимся. Иногда при этомъ замѣчается остатокъ пупочнаго канатика. Если же перерожденіе ограничивается не очень большою частью дѣтскаго мѣста, то зародышъ можетъ продолжать свое развитіе и родиться въ срокъ живымъ.

¹⁾ Также *Stricker* (*Virchow's Archiv*. Bd. LXXVIII p. 193) сообщаетъ достоверный случай *menstruatio praecox* и роды пузырчатымъ заносомъ на 9-омъ году жизни.

Примѣч. Миѣние *Hecker'a* о томъ, что разрастаніе ворсинокъ кожистой оболочки составляетъ слѣдствіе первичнаго недостатка *allantois* и что, вслѣдствіе этого, въ такихъ яйцахъ вовсе не образуется послѣдовое кровообращеніе — несо-



Фиг. 115. Пузырный заносъ.

стоятельно, по крайней мѣрѣ, въ только что изложенной формѣ, потому что тогда не было бы и самой основы ворсинокъ, состоящей изъ соединительной ткани, которая пронесходитъ отъ *allantois* и служитъ мѣстомъ разрастанія. Гораздо скорѣе могло бы случиться, въ видѣ исключенія, что *allantois* разраслась бы вокругъ периферіи яйца, не увлекая за собой зародышевые сосуды, и, такимъ образомъ, безъ образованія послѣдоваго кровообращенія. Тогда основа изъ соединительной ткани *allantois* послужила бы мѣстомъ разращенія.

Случаи, въ которыхъ находили здоровое яйцо вмѣстѣ съ пузырнымъ заносомъ, кромѣ старыхъ случаевъ, цитированныхъ *Boivin* ¹⁾ и *Maj'emъ* ²⁾, описаны *Hildebrandt'омъ* ³⁾, *Dewis'омъ* ⁴⁾, (живой ребенокъ) и *G. Hewitt'омъ* ⁵⁾, *Pepper'омъ* ⁶⁾ и *R. Schroeter'омъ* ⁷⁾.

Случай перерожденія только отдѣльных частей дѣтскаго мѣста, слѣдовательно, переходныя формы отъ здороваго яйца къ пузырному заносу, описаны *Hunter'омъ* ⁸⁾, *Krieger'омъ* ⁹⁾ *Virchow'ымъ* ¹⁰⁾, *Martin'омъ* ¹¹⁾, *Couche* и *Fontan'омъ* ¹²⁾.

Пузырный заносъ (см. ф. 115) представляетъ мягкую массу, состоящую изъ множества различной величины пузырьковъ, сгруппированныхъ въ видѣ кистей или четкообразно. Если проколоть одинъ изъ пузырей, то изъ него выдѣляется вязкая жидкость, представляющая реакцію муцина. Болѣе подробный анализъ этой жидкости далъ *Gscheidlen* ¹³⁾. Въ большихъ пузырькахъ она водянистѣе.

Въ развитомъ состояніи пузырный заносъ встрѣчается рѣдко, тогда, какъ въ слабой степени своего развитія, начиная съ незначительнаго разбуханія ворсинокъ до отдѣльныхъ пузырей, видимыхъ даже невооруженнымъ глазомъ, онъ довольно часто замѣчается на абортивныхъ яйцахъ.

Такъ какъ явленія, вызываемыя пузырнымъ заносомъ, не всегда постоянны и не допускаютъ какого либо опредѣленнаго толкованія, то и нельзя сдѣлать вѣрнаго распознаванія его до изверженія хотя-бы небольшой части перерожденнаго яйца, или по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока оно не сдѣлается доступнымъ осизанію. Въ первые мѣсяцы беременности можно распознать только перерожденіе яйца, если матка не увеличивается въ своемъ объемѣ. Пузырный заносъ можно съ вѣроятностью предполагать, если матка слишкомъ велика для даннаго срока беременности, если она при ощупываніи напря-

¹⁾ l. c. p. 62. — ²⁾ l. c. p. 28. — ³⁾ M. f. G. B. 18. p. 224. — ⁴⁾ Obstetr. Transact. III. p. 177. — ⁵⁾ Lancet 1846. Vol. I. p. 430. — ⁶⁾ Amer. J. of Obst. IV. p. 735. — ⁷⁾ Berl. B. z. (Geb. u. Gyn. B. IV. p. 10.—⁸⁾ Lancet 1846. № 16. — ⁹⁾ M. f. G. B. 24. p. 241. — ¹⁰⁾ l. c. p. 413. — ¹¹⁾ M. f. C. B. 29 p. 162 — ¹²⁾ Lyon. med. 1870. № 5. — ¹³⁾ Arch. f. Gyn. VI. p. 292.

женно эластична, если не удастся прощупать частей тѣла плода и если начинаются водянисто-кровянистыя отдѣленія или сильныя кровотечения изъ матки.

Предсказаніе обусловливается степенью кровотечения, которое появляется или во время беременности, или при изверженіи заноса и которое можетъ быть очень обильно. Въ послѣднее время описано нѣсколько наблюденій, въ которыхъ заносъ принялъ рѣшительно разрушающій характеръ, такъ что предсказаніе относительно заносовъ стало теперь хуже. Въ случаѣ, сообщенномъ *Volkmann*'омъ ¹⁾, масса перерожденныхъ ворсинокъ вѣдрилась въ гипертрофированныя стѣнки матки. Ворсинки продолжали развиваться внутрь синузозныхъ материнскихъ сосудовъ и давленіемъ своимъ атрофировали ткань матки до исчезновенія ея. Онѣ проникли въ днѣ матки почти до брюшины, и въ разрѣзѣ содержимое матки представлялось раздѣленнымъ перегородкой на два отдѣленія. Только нижележащая часть составляла собственно полость матки, между тѣмъ какъ верхняя, большая часть, была вышолнена разросшейся опухолью, которая растянула ткань матки въ видѣ большой отдѣльной полости. Опухоль, торчавшая въ нее, проникла въ полость матки чрезъ отверстіе въ перегородкѣ, которое достигло величины мѣднаго пятака. Совершенно такой-же случай описанъ *Jarotzk*'имъ и *Waldeyer*'омъ ²⁾; только здѣсь перерожденіе наступило до образованія послѣда и, слѣдовательно, вся периферія яйца была покрыта ворсинками. Такое проростаніе ворсинокъ въ вены существа матки, съ послѣдовательною атрофіей его должно, конечно, затруднить изверженіе заноса, и даже въ случаяхъ, сильнѣе выраженныхъ, сдѣлать его невозможнымъ. Въ случаѣ *Krieger*'а ³⁾, къ атрофіи маточной ткани присоединился смертельный перитонитъ, а въ болѣе старомъ случаѣ *Wilton*'а ⁴⁾, относящемся тоже сюда, смерть наступила отъ разрыва матки и кровотечения въ брюшную полость.

Терапія по отношенію къ развитію этого перерожденія безсила. Большею частью приходится ограничиваться симптоматическимъ лѣченіемъ, останавливая кровотечения, и содѣйствовать изверженію заноса. Хотя и нельзя съ положительностью распознать пузырный заносъ, но все таки можно со второй половины беременности опредѣлить мертвый продуктъ беременности съ положительностью, а пузырный заносъ съ вѣроятностью. Въ этихъ случаяхъ показано (особенно при угрожающихъ явленіяхъ) искусственное прерываніе беременности. Если изверженіе заноса уже началось, то, если даже и нѣтъ значительнаго кровотечения, лучше всего наложить большой тампонъ, а внутрь дать спорынью, такъ-какъ дѣло все въ томъ, чтобы по возможности вполнѣ удалить новообразованіе и чтобы, по удаленіи его, матка хорошо сократилась.

¹⁾ Virchow's Archiv. B. 41. p. 528. — ²⁾ Virchow's Archiv. B. 44. p. 88. — ³⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. I. p. 10. — ⁴⁾ Lancet. Febr. 1840 и Anal. f. Frauenkrankh. B. IV. p. 149.

Такъ-какъ эмбриональная соединительная ткань allantois покрываетъ всю периферію яйца между серозной пластинкой (exochorion) и водной оболочкой (amnion), то и этотъ слой можетъ быть мѣстомъ миксоматозной гиперплазіи. До сихъ поръ описанъ въ литературѣ только одинъ подобный случай *Breslau* и *Eberth*'омъ ¹⁾, подъ названіемъ разлитой миксомы. При нормальномъ послѣдѣ, по всей периферіи яйца, между exochorion и amnion, найденъ слой, толщиною отъ 4 до 5 миллиметр., представлявшій относительно строенія сходство съ *Warton*'овой студенью пуповины. Въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, былъ перерожденъ только слой соединительной ткани, принадлежащій кожистой оболочкѣ и разросшійся по периферіи яйца, между тѣмъ, какъ ворсинки кожистой оболочки были, какъ обыкновенно, атрофированы. Остатокъ allantois, который находится подъ плацентарной частью водной оболочки, также можетъ иногда сдѣлаться мѣстомъ гиперплазіи безъ миксоматознаго разращенія ворсинокъ кожистой оболочки (изъ которой образуется послѣдъ). Это доказываетъ случай, сообщенный *Spaeth*'омъ и *Wedl*'омъ ²⁾, въ которомъ близъ мѣста прикрѣпленія толстой пуповины, непосредственно подъ оболочками помѣщался слой молодой, студенистой соединительной ткани, который распространялся по направленію къ краю послѣда и былъ въ 1 мм. толщиною. *Bokitansky* ³⁾ упоминаетъ, въ числѣ новообразованій дѣтскаго мѣста, о скопленіи студенистой соединительной ткани на вогнутой поверхности послѣда.

Миксома получаетъ видъ существенно отличный отъ пузырьнаго заноса, если однородное слизистое межъячеистое вещество становится богаче волокнистыми составными частями, такъ что ткань получаетъ плотную консистенцію и становится похожей на соединительную ткань; подобное образованіе можно видѣть въ поверхностныхъ слояхъ пуповины. *Virchow* ⁴⁾ первый описалъ подобный случай подъ названіемъ *muroma fibrosum placentae*. При здоровомъ младенцѣ, между нормальными дольками послѣда, одна была порерожденная. На толстыхъ, плотныхъ, величиною съ голубиное яйцо, узлахъ (главныхъ стволъ ворсинокъ) сидѣли меньшіе вторичные и третичные побѣги, величиною въ лѣсной орѣхъ и въ конопляное зерно. Въ другомъ подобномъ случаѣ, который наблюдалъ *Hildebrandt* ⁵⁾, онъ приписываетъ причину перерожденія застою крови въ отводящей венѣ пораженной дольки. *Sinclair* ⁶⁾ описалъ случай, въ которомъ, повидимому, весь послѣдъ былъ перерожденъ такимъ образомъ. *Storck* ⁷⁾, на основаніи нѣсколькихъ подробно имъ изслѣдованныхъ случаевъ, придаетъ этому перерожденію толкованіе, нѣсколько разнящееся отъ толкованія *Virchow*'а ⁸⁾.

¹⁾ Wiener. med. Presse 1867. I, также *Virchow's Archiv* B. 39. H. I. — ²⁾ *Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte* 1851. Bd. 2. p. 822. — ³⁾ *Lehr. d. pathol. Anat.* 3. Aufl. B. III. Wien 1861. p. 546. — ⁴⁾ l. c. p. 414. — ⁵⁾ *M. f. G.* B. 31. p. 346. — ⁶⁾ *Boston Gyn. J. V.* p. 338. — ⁷⁾ l. c. p. 417. — ⁸⁾ См. также *Breus's*, *Wiener med. Woch.* 1881. № 40.

Примѣч. Названіе *mola* было употребляемо уже *Гиппократомъ*, *Аристотелемъ* и *Галеномъ*, которые разумѣли подъ этимъ перерожденныя abortивныя яйца (впослѣдствіи названныя кровяными и мясистыми заносами). Арабы еще болѣе расширили это понятіе, понимая подъ этимъ именемъ всякую опухоль, развившуюся въ полости матки или въ ея стѣнкахъ. Позже стали отличать настоящіе заносы (продукты беременности) отъ ложныхъ заносовъ (образованія, развившіяся независимо отъ оплодотворенія). *Schenk von Grafenberg* въ 1565 г. первый упоминаетъ о пузырьномъ заносѣ. О сущности его господствовали различныя мнѣнія до новѣйшаго времени. Начиная съ конца прошлаго столѣтія до нашего времени, смотрѣли на нихъ, какъ на гидатиды (поэтому названіе гидатидный заносъ), между тѣмъ какъ уже *Ruysch*, который ихъ не принималъ безусловно за продукты беременности, приписываетъ образованіе пузырей измѣненію сосудовъ ворсинокъ; мнѣніе это долго оставалось во всей своей силѣ. Свойство пузырей, какъ настоящихъ кистъ, было оспариваемо уже *Velpeau* и *Joh. Müller*омъ; относительно-же исходной точки перерожденія существовали, однако, еще различныя взгляды (по *Gierse* и *Meckel*ю исходной точкой заболѣванія служитъ гипертрофія ворсинокъ, съ отекомъ ихъ; по *H. Müller*у — *exochorion*; по *Mettenheimer*у — соединительная ткань), пока *Virchow* не доказалъ, что исходную точку заболѣванія составляетъ гиперплазія слизистой ткани, нормальной основы мельчайшихъ ворсинокъ.

Аномаліи послѣда.

Литература: *Simpson*, Montly J. of med. sc. Feb. 1845. p. 119 и *Sel. Obst. Works.* 1871. Vol. I. p. 134. — *Spaeth und Wedl*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1851. 2. p. 806. — *Klob*, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorg. p. 542. — *Hyrtl*, Die Blutgefäße d. menschl. Nachgeburt. Wien 1870. — *Whittaker*, Amer. J. of Obstetrics. Vol. III. p. 193. — *Ercolani*, Mme. delle malattie della placenta. Bologna 1871 (см. рефер. *Hennig*'а, Arch. f. Gyn. B. II. p. 454). — *Hennig*, Studien über d. Bau d. menschl. Placenta etc. Leipzig 1872. p. 26.

Говоря о болѣзняхъ кожистой оболочки, мы уже рассмотрѣли гиперплазіи послѣдней, встрѣчающіяся на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, въ обоихъ видахъ ея, а именно—*muxoma multiplex* и *muxoma fibrosum*. Намъ остается теперь сказать о разныхъ другихъ аномаліяхъ послѣда.

Аномаліи развитія.

Величина дѣтскаго мѣста весьма различна. Величина ея поверхности зависитъ отъ пространства, на которомъ образовалась связь между ворсинками кожистой оболочки и сосудами слизистой оболочки матки. Вообще можно сказать, что послѣдъ тѣмъ толще, чѣмъ меньше отрѣзокъ яйца, который онъ занимаетъ. Чѣмъ моложе яйцо, тѣмъ относительно больше часть поверхности, занимаемой послѣдомъ.

Старинные авторы приводятъ случаи, гдѣ вовсе не было послѣда; ихъ должно отнести къ недостаточному развитію ворсинокъ кожистой оболочки на мѣстѣ *deciduae serotinae*. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ ворсинки кожистой оболочки остаются сосудистыми на всей или, по крайней мѣрѣ, на большей части периферіи яйца, такъ что тогда не образуется собственно толстый послѣдъ, а яйцо всею своею периферіей соединяется съ отпадающей оболочкой (какъ это бываетъ у толсто-

кожихъ). *Stein* стар. ¹⁾ назвалъ подобное развитіе послѣда *plac. membranacea* ²⁾.

Чаще послѣдъ бываетъ непомѣрной величины; это встрѣчается у необыкновенно сильно развитыхъ дѣтей, а также у атрофическихъ плодовъ, совмѣстно съ *hydramnion*. Причиной гиперплазии въ послѣднемъ случаѣ бываетъ, вѣроятно, воспалительное состояніе слизистой оболочки матки, а сильное раздраженіе *deciduae serotinae* и ворсинокъ кожистой оболочки служитъ причиною того, что околоплодной жидкости отдѣляется очень много, и плодъ такимъ образомъ лишается части своего питательнаго матеріала.

Случается иногда, что при одноплодной беременности послѣдъ бываетъ раздѣльный, такъ что приходилось наблюдать два или болѣе послѣда, даже до семи; или бываютъ, кромѣ большаго послѣда, еще маленькіе, такъ называемые прибавочные послѣды (*plac. succenturiatae*). Аномаліи эти легко объясняются развитіемъ яичныхъ плевъ. Нѣкоторыя ворсинки кожистой оболочки, несидящая на мѣстѣ *deciduae serotinae*, остаются сосудистыми и соединяются съ сосудами истинной отпадающей оболочки. Если этого соединенія не случится, то разросшіяся ворсинки образуютъ такъ называемый ложный послѣдъ.

Форма послѣда — болѣе или менѣе круглая или овальная, очень рѣдко подковообразная, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ, прикрѣпляясь вблизи внутренняго маточнаго рыльца, обхватываетъ его какъ бы двумя ножками.

Очень важную въ практическомъ отношеніи аномалію прикрѣпленія послѣда составляетъ прикрѣпленіе его въ нижнемъ отрѣзкѣ матки (*placenta praevia* — предлежаніе послѣда); съ нею мы ознакомимся ниже — въ главѣ о кровотеченіяхъ во время родовъ.

Заболѣванія послѣда.

О миксомахъ мы уже говорили; другія опухоли едва-ли встрѣчаются. Случай *Clarke*'а ³⁾, гдѣ въ послѣдѣ найденъ былъ узелъ вѣсомъ въ 14 лотовъ, разрѣзъ котораго имѣлъ мясистый видъ, а также препаратъ *Löbl*'я, найденный въ музеѣ Рокитанскаго и описанный подъ названіемъ фиброида, величиною въ дѣтскую голову ⁴⁾, — относятся вѣроятно къ фиброзной миксомѣ. *Hyril* описываетъ подъ названіемъ саркомы двѣ опухоли, помѣщавшіяся въ капсулахъ изъ соединительной ткани; опухоли эти состояли изъ новообразованной соединительной ткани разныхъ періодовъ развитія.

Нерѣдко встрѣчаются кисты различной величины на вогнутой поверхности послѣда. Слой соединительной ткани кожистой и водной оболочекъ приподымается жидкостію кистообразно; на этомъ возвышеніи находится плоскій эпителий, между тѣмъ какъ часть, сидящая на послѣдѣ, пред-

¹⁾ Nachgel. geb. Wahrnehmungen. Marburg 1807. Th. I. p. 321. — ²⁾ См. *Jörg'a*, Schriften zur Bef. d. Kenntniss d. Weibes. II. p. 207. — ³⁾ Phil. Transactions. London 1798. II. p. 361. — ⁴⁾ Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1844. p. 231.

ставляется неровной, ворсистой и покрытой отложениями фибрина. Эти кисты имѣютъ видъ нѣжныхъ, прозрачныхъ пузырьковъ и содержать желтую или красноватую, мутную жидкость. Одна часть этихъ кистъ имѣетъ значеніе, придаваемое имъ *Ahlfeld*'омъ¹⁾, который разсматриваетъ ихъ какъ очень жидкія частичныя миксоматозныя образованія. Другая-же часть образуется изъ апоплектическихъ фокусовъ²⁾. *Jacquet*³⁾ описываетъ кисты величиною отъ горошины до лѣснаго орѣха, которыя происходятъ изъ влагалищъ сосудовъ*).

Отложения извести въ умѣренной степени встрѣчаются довольно часто. Въ нормальныхъ, зрѣлыхъ послѣдахъ эти отложения по преимуществу находятся въ материнской ткани, прилежащей къ зародышевымъ ворсинкамъ кожистой оболочки, а также и на большихъ ворсинкахъ, внедряющихся въ запоздалую оболочку. Въ послѣдахъ-же мертво-гнилыхъ плодовъ омѣленіе начинается съ свободныхъ ворсинокъ⁴⁾.

О воспалительныхъ измѣненіяхъ въ дѣтскомъ мѣстѣ, которыя развиваются на материнской части послѣда и которыя въ патологическомъ отношеніи представляютъ наибольшій интересъ, мы уже говорили въ главѣ объ эндометритѣ отпадающей оболочки (см. стр. 359).

Гиперпластическія измѣненія наблюдаются очень часто. въ ворсинкахъ кожистой оболочки послѣ смерти плода. Ворсинки набухаютъ, колбообразно утолщаются и представляютъ незначительную степень миксоматознаго перерожденія (см. стр. 393).

На дѣтскомъ мѣстѣ часто находятъ фибринозныя клиновидныя затвердѣнія⁵⁾, которыя *Ackermann*⁶⁾ называетъ бѣлыми инфарктами. Они представляютъ, по этому автору, ничто иное, какъ мѣстные некрозы, обусловливаемые фибрознымъ периаартеритомъ и сопровождающіеся свертываніемъ плазмы.

При сифилисѣ если зараженіе произошло отъ отца и, при совокупленіи, заражается одинъ только плодъ или вмѣстѣ съ нимъ и мать, то въ плодовой части послѣда даже при живомъ плодѣ получаютъ измѣненія, которыя *Fränkel*⁷⁾ считаетъ характерными для сифилиса; появляется набуханіе ворсинокъ *chorii*, которое обусловливается мелкоклѣтчатымъ разрастаніемъ соединительной ткани ихъ. При этомъ ворсинки мутны и колбообразно утолщены; въ эпителиальныхъ клѣткахъ

*) Одинъ изъ нашихъ учениковъ, д-ръ *Феноменовъ*, на основаніи двухъ очень подробно изслѣдованныхъ имъ случаевъ, пришелъ къ совершенно другому заключенію на счетъ натуры разсматриваемыхъ новообразованій. По его мнѣнію, стѣнки кисты, исходящей изъ фетальной поверхности послѣда, ни что иное, какъ вытягиваемая изнутри часть ворсистой оболочки. Онъ считаетъ также очень вѣроятнымъ, что первоначально кисты эти происходятъ вслѣдствіе сращенія ворсинокъ послѣда. См. *Dr. Fenomenow, zur Pathologie der Placenta, Arch. f. Gynaekol. XV Heft 3.* Г.

1) *Arch. f. Gyn. B. XI. p. 397.* — 2) См. *Simpson, Sel. Obst. Works. 1871. I. p. 147.* — 3) *Gaz. Méd. de Paris. Oct. 14. 1871.* — 4) См. *Langhans, Arch. f. G. B. I. p. 330* и *B. III. p. 150.* — *Fränkel, e. l. B. II. p. 373* и *Winkler, e. l. B. IV. p. 260.* — 5) См. *Zilles, Mitth. aus d. geb. u. gyn. Klinik zu Tübingen. 2. H. Tübingen 1885.* — 6) *Virchows Arch. B. 96. p. 439.* — 7) *I. c.*

замѣчается также разращеніе съ помутнѣніемъ. Вслѣдствіе набуханія и оплотнѣнія ткани ворсинокъ, сосуды сдавливаются и запусѣваютъ, а вслѣдствіе увеличенія отдѣльныхъ ворсинъ, уменьшается пространство для притока материнской крови, такъ что функція заболѣвшей части прекращается, и, если процессъ этотъ продолжается далѣе, то слѣдствіемъ его бываетъ смерть плода; вмѣстѣ съ тѣмъ прекращается доступъ питательнаго матеріала къ ворсинамъ, отъ чего онѣ претерпѣваютъ жировое перерожденіе. Вслѣдствіе же коллятеральной гипереміи происходятъ при этомъ экстрavasаты въ послѣдѣ.

Воспаленія, переходящія въ нагноенія, чрезвычайно рѣдки. *Bouchut* нашелъ однажды подъ зародышевой поверхностію дѣтскаго мѣста два нарыва, величиной съ голубиное яйцо; въ другой же разъ — много маленькихъ нарывовъ, окруженныхъ опеченъшею тканью. Также *Jacquemier* упоминаетъ объ отложеніяхъ гноя, а *Cruveilhier* говоритъ о настоящей гнойной инфильтраціи послѣда. Однако, такого рода данныя не имѣютъ значенія безъ точнаго микроскопическаго изслѣдованія. На периферіи или въ толщѣ дѣтскаго мѣста¹⁾ часто находятъ гноевидныя массы, которыя можно смѣшать съ абсцессами, гноемъ, гуммою и тому подобными образованіями. При этомъ, однако, дѣло идетъ о жирно перерожденномъ, размягченномъ распадѣ, обусловливаемомъ регрессивными процессами. Настоящіе воспалительные процессы, съ образованіемъ гноя, встрѣчаютъ при *endometritis decidua* какъ на поверхности истинной отпадающей оболочки, такъ и въ толщѣ ея, равно какъ между ворсистой и завороченной отпадающими оболочками. На дѣтскомъ мѣстѣ такія же измѣненія наблюдаютъ большею частью въ водной оболочкѣ и въ соединительной ткани, находящейся между первою и кожистою оболочками, а также на ворсистой оболочкѣ и въ ткани, лежащей подъ нею (при выкидышахъ). Веретенообразные элементы водной оболочки, похожіе на клѣточки *cornuae*, и элементы ткани, лежащей подъ амніономъ, превращаются путемъ дѣленія клѣтокъ въ веретенообразныя кучки, состоящія изъ мелко-круглоклѣточного вещества. Эти клѣточки покрываютъ густымъ слоемъ ткань, вслѣдствіе чего она представляется какъ бы инфильтрированной гноемъ. Водная оболочка при этомъ утолщается, окрашивается въ желтоватый цвѣтъ и дѣлается непрозрачною. Эпителій водной оболочки часто при этомъ гиперплазируется.

Неправильности водной оболочки и околоплодной жидкости.

Литература: *M'Clintock*, Clin. mem. on diseases of women, 1863. p. 376.—*Missner*, M. f. G. B. 32. p. 17. — *Charpentier*, Arch. de tocologie. 1880. p. 321 и слѣд. — *Bar*, Paris 1881. см. *Centralb. f. Gyn.* 1883 № 47.

Чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости въ полости водной оболочки, *hydramnion*, образуется обыкновенно постепенно въ теченіи бе-

¹⁾ Нижеслѣдующія данныя приведены на основаніи изслѣдованій *Carl'a Ruge*.

ременности, такъ что ко времени родовъ младенецъ лежитъ въ громадномъ количествѣ околоплодной жидкости. При нормальныхъ же условіяхъ количество околоплодной жидкости въ концѣ беременности уменьшается, если не абсолютно, то относительно — сообразно величинѣ плода — противъ первыхъ мѣсяцевъ беременности. *Charpentier* справедливо отдѣляетъ отъ описанной формы — острый гидрамніонъ, о которомъ мы будемъ говорить ниже.

Трудно опредѣлить, при какомъ количествѣ околоплодной жидкости собственно начинается гидрамніонъ, т. е. ненормальное увеличеніе ея. Обыкновенно принимаютъ 1—1,5 килограм. за норму. Симптомы гидрамніонъ вызываетъ тѣмъ легче, чѣмъ значительнѣе напряжение, которому подвергаются стѣнки матки.

Причины гидрамніона еще не выяснены. Мы не будемъ знать ихъ до тѣхъ поръ, пока мы не будемъ имѣть достаточно точныхъ представлений о нормальныхъ процессахъ обмѣна веществъ между матерью и плодомъ. Само собою разумѣется, что околоплодная жидкость образуется въ концѣ концовъ изъ материнской крови, но она проникаетъ въ яйцо различными путями: именно, изъ сосудовъ материнской отпадающей оболочки чрезъ хоріонъ и амніонъ, изъ вень плода чрезъ амніонъ, или, что тоже самое, чрезъ пуповину, или, наконецъ, чрезъ самый плодъ, преимущественно чрезъ мочу. Мы также не знаемъ, не обусловливается-ли въ нѣкоторыхъ случаяхъ ненормальное увеличеніе околоплодной жидкости недостаточнымъ всасываніемъ ея или даже полнымъ отсутствіемъ всасыванія, — происходитъ-ли это послѣднее чрезъ оболочки яйца или путемъ проглатыванія самимъ плодомъ, на что обратилъ вниманіе *B. Schultze*¹⁾.

При недостаточности нашихъ знаний относительно причинъ образования околоплодной жидкости, мы должны ограничиться изложеніемъ только тѣхъ факторовъ, подъ влияніемъ которыхъ чаще всего, судя по опыту, образуется гидрамніонъ. Встрѣчаются случаи весьма сильно выраженной водянки яйца при разстройствахъ кровообращенія матери, которое влечетъ за собой отекъ и водянку также и другихъ органовъ; однакоже, *hydramnion* находятъ и въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ отека и водянки или гдѣ они очевидно произошли послѣдовательно, обусловленные растянутой маткой. Въ такихъ случаяхъ послѣдъ иногда бываетъ гипертрофированъ, отпадающая оболочка — въ состояніи сильнаго разращенія, ворсинки же кожистой оболочки утолщены и колбообразно набухши; плодъ или мертвый, или сильно атрофированъ, такъ что онъ иногда вѣситъ немногимъ болѣе послѣда. Воспалительное разрастаніе яичныхъ плевъ въ этихъ случаяхъ, очевидно, есть явленіе первичное; разрастаніе это сопряжено съ слишкомъ сильнымъ отдѣленіемъ околоплодной жидкости, причѣмъ плодъ бываетъ атрофированъ послѣдовательно. Въ другихъ случаяхъ, особенно при умѣренныхъ

¹⁾ Fortschr. d. Med. 1884. № 5.

степеняхъ водянки яйца, плодъ развитъ нормально. По *Jungbluth'y*¹⁾ *vasa propra* кожистой оболочки (см. стр. 46) въ нормальныхъ случаяхъ запусъваютъ, но если они не облитерируются, то также подаютъ поводъ къ образованію *hydramnion*²⁾.

Интересно, что *hydramnion*, по *M. Clintock'y*, гораздо чаще встрѣчается у многородящихъ, чѣмъ у первородящихъ (28:5) и что въ представившихся ему 33 случаяхъ родилось 25 дѣвочекъ и только 8 мальчиковъ. *Venicke*³⁾ нашелъ 18 мальчиковъ на 4 дѣвочки.

Hydramnion обусловливаетъ сильнымъ растяженіемъ яйца тѣ же самыя разстройства, которыя вызываються при значительномъ увеличеніи объема матки и вслѣдствіе другихъ причинъ. Появляются тяжесть и боль въ нижней части живота и, вслѣдствіе прижатія нервовъ и сосудовъ, — невралгіи и отекъ нижнихъ конечностей. Вслѣдствіе отдавливанія вверхъ грудобрюшной преграды, въ особенности у первородящихъ, развивается одышка, а иногда даже и приступы удушья. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія матки, беременность нерѣдко прерывается до нормальнаго срока.

Распознаваніе болѣе значительныхъ степеней разсматриваемаго патологическаго состоянія подъ конецъ беременности не представляетъ большаго затрудненія. Нижнюю часть живота при этомъ находятъ чрезмѣрно растянутою, при томъ матку очень напряженною, упругою, представляющею замѣтное зыбленіе (иногда, при очень сильномъ напряженіи, она на ощупь бываетъ тверда, какъ дерево). Плодъ болѣею частью плохо прощупывается, по крайней мѣрѣ не удастся ощупать мелкія части его, между тѣмъ какъ получается совершенно отчетливое баллотированіе одной или двухъ крупныхъ частей. Эти послѣднія, равно какъ и сердечные тоны, очень легко перемѣняютъ свое мѣсто (иногда безпрестанно). При внутреннемъ изслѣдованіи, нижній сегментъ матки представляется упругимъ, сильно растянутымъ, и въ немъ не прощупывается никакой части плода. Распознаваніе беременности не можетъ представить затрудненій, даже при мертвомъ плодѣ, когда не слышно сердцебіенія и не прощупываются части плода; достаточно распознать, что опухоль, содержащая жидкость, есть увеличенная въ объемѣ матка; подобное же скопленіе жидкости въ полости матки не встрѣчается ни въ какомъ другомъ патологическомъ состояніи. Распознаваніе можетъ быть затруднено при незначительныхъ степеняхъ *hydramnii* и въ первое время беременности, а также даже при очень большемъ накопленіи жидкости въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ напряженіе яйца, представляющее вообще значительныя колебанія, не велико. Чѣмъ болѣе напряженіе яйца, тѣмъ легче распознаваніе *hydramnii*. Въ этихъ случаяхъ дѣло, слѣдовательно, идетъ о дифференціальномъ распознаваніи между гидрам-

¹⁾ Diss. inaug. Bonn 1869. — ²⁾ См. *Sallinger*. D. i. Zürich 1875 и *Weyl, Reichert's* u. *Du-Bois'* Arch. 1876. p. 543 (Химическій анализъ околоплодной жидкости при гидрамнионѣ). — ³⁾ Berl. klin. Woch. 1879. № 52.

ниономъ и беременностію двойнями, при чемъ всегда нужно имѣть въ виду то, что оба эти состоянія нерѣдко встрѣчаются совмѣстно. Гидрамніонъ въ этомъ случаѣ можно распознать по слѣдующимъ характернымъ признакамъ: значительному напряженію матки, легкому баллотированію (ballotement) подлежащей части и характерному постоянному измѣненію положенія плода въ маткѣ. Двойни можно распознать по признакамъ, указаннымъ выше. Иногда это распознаваніе можно сдѣлать съ точностью путемъ измѣренія разстоянія отъ одной крупной части плода до другой. Если при этомъ получается необыкновенно большой размѣръ, то заключаютъ, что обѣ крупныя части не принадлежатъ одному и тому-же плоду.

Предсказаніе относительно матери зависитъ преимущественно отъ причинъ, обуславливающихъ hydramnion и отъ степени накопленія жидкости. Относительно плода предсказаніе при значительныхъ степеняхъ разсматриваемаго страданія сомнительно (по *M'Clintock*'у изъ 33 дѣтей — 9 было мертворожденныхъ и 10 умерло въ первые часы послѣ рожденія *).

Ограничить количество накапливающейся жидкости — мы не можемъ. При значительныхъ страданіяхъ есть показаніе къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, но такъ какъ плоды при этомъ бываютъ большею частью очень слабо развиты, то позволяется дѣлать это до 32-й недѣли только въ такомъ случаѣ, если беременная находится въ сильной опасности, угрожающей жизни; съ 36-же недѣли можно прервать беременность и тогда, если беременная подвергается не очень значительнымъ страданіямъ. Насколько заслуживаютъ вниманія повторные проколы растянутой матки — покажетъ будущее.

Особенный интересъ представляютъ случаи остраго развитія колоссальнаго гидрамніона, которые въ большинствѣ случаевъ развиваются еще въ первую половину беременности (4, 5, 6 мѣсяцы). Въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль матка достигаетъ такой величины, что даже далеко превосходитъ величину матки въ концѣ беременности, что влечетъ за собою интенсивныя боли, а также рвоту и затрудненіе дыханія.

Относительно часто наблюдается острая форма гидрамніона на одномъ изъ близнецовъ, между тѣмъ какъ другой плодъ лежитъ въ плодномъ мѣшкѣ, въ которомъ заключается незначительное, а иногда ничтожное количество околоплодной жидкости. У полиамниотического

*) Что при этомъ, вѣроятно, немаловажную роль играетъ какой нибудь до сихъ поръ неизвѣстный внутриутробный патологическій процессъ, развивающійся у плодовъ, — доказывается наблюденіями *Osiander'a*, *Carus'a*, *E. v. Siebold'a*, *R. Lee'a* и др. Авторы эти находили нерѣдко при hydramnion, что плоды представляли въ болѣе или менѣе значительной степени серозныя накопленія (hydrops) въ различныхъ полостяхъ. *Hohl* въ одномъ случаѣ при hydramnion наблюдалъ головную водянку плода. Повторяемъ, всѣ эти факты доказываютъ несомнѣнную связь чрезмѣрнаго накопленія околоплодной жидкости у матери съ подобнымъ или же, по крайней мѣрѣ, аналогическимъ процессомъ у плода; но въ чемъ состоитъ эта связь — до сихъ поръ не выяснено. Оттого-то и этиологія hydramnion остается до настоящаго времени совершенно темною.

плода находятъ въ такомъ случаѣ гипертрофію сердца и почекъ. Я самъ наблюдалъ такой случай у 41-лѣтней первороженницы, страдавшей недостаточностью двухстворчатого клапана.

Насколько трудно объясненіе причинъ, вызывающихъ описываемое явленіе, видно изъ того обстоятельства, что каждый наблюдатель придерживается особой теоріи по данному вопросу. По преимуществу заслуживаетъ вниманія взглядъ *Werth'a*, который полагаетъ, что причина происхожденія гидрамніона при двойняхъ заключается въ ворсинкахъ кожистой оболочки. Объясненія *Schatz'a* и *Küstner'a* не могутъ быть ни коимъ образомъ приняты вполне, какъ недостаточно обоснованныя. По мнѣнію ихъ полнамніотическій близнецъ овладѣваетъ большею частью сосудовъ, предназначенныхъ для питанія другаго плода, и, вслѣдствіе гипертрофіи сердца и почекъ, выдѣляетъ увеличенное количество околоплодной жидкости ¹⁾.



Фиг. 116. Амніотическія нити, по *G. Braun'u*.

а) кожная перемѣзка, б) печень, в) костная кудька лѣвой нижней конечности, д) лѣвая ножка, е) правая ножка, ф) vulva, г) anus, h) амніотическія (Симонартовскія) нити.

Слишкомъ малое количество околоплодной жидкости опасно только въ первое время развитія зародыша. Если образующаяся водная оболочка не будетъ отдѣлена отъ тѣла плода необходимымъ количествомъ жидкости, то могутъ образоваться складки на водной оболочкѣ и ненормальныя соединенія ея съ частями плода, а также и сращенія отдѣльныхъ частей кожи между собою. Такимъ путемъ образуются *Simonart'овскія* нити, расщепленія и недостатки развитія (отсутствіе) отдѣльныхъ органовъ (произвольныя ампутаціи, см. фиг. 116) ²⁾.

Въ послѣднее время беременности водная оболочка можетъ разорваться, тогда какъ кожистая оболочка остается нетронутою, и яйцо такимъ образомъ остается цѣлымъ. Вслѣдствіе активныхъ движеній плода, въ яйцѣ можетъ случиться закручиваніе водной оболочки, подающее поводъ къ образо-

¹⁾ *Schatz*, Arch. f. Gyn. B. XIX. p. 329. — *Werth*, e. l. B. XX. p. 353. — *Küstner*, e. l. B. X. p. 134, e. l. B. XX. p. 316 и B. XXI. p. 1. — *Nieberding*, Würzburger Festschrift. Leipzig 1882 и Arch. f. G. B. XX. p. 310 — *Ahlfeld*, Ber. u. Arbeiten. Leipzig 1883. p. 143. — *Greuser*, Centr. f. Gyn. 1885. p. 444. — ²⁾ *Montgomery*, Die Lehre von d. Zeichen u. s. w. d. m. Schwangerschaft. Пепеведено *Schwann'омъ*, Bonn 1839. p. 383. — *Gurlt*, Berl. med. Z. 1833. № 3. — *Simonart*, Archiv de la méd. Belge. 1846. p. 119. — *G. Braun*, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1854. 2. p. 185 и 1862. 2. p. 3. — *Klotz*, Ueber amniotische Fäden und Bänder. D. i. Leipzig 1869. — *Crédé*, M. f. G. B. 33. p. 441. — *Reuss*, Scanzoni's Beiträge. Bd. VI. p. 19. — *Fürst*, Arch. für Gyn. B. II. p. 315.

ванію канатиковъ или перетяжекъ, которые сжимають пуповину и такимъ образомъ влекутъ за собой смерть плода ¹⁾).

Неправильности пуповины.

Литература: *Chantreuil*, Des dispositions du cordon etc. Paris 1875.

Длина пуповины бываетъ различна — отъ самой короткой, такъ что послѣдъ непосредственно сидитъ на пупкѣ, до 190 центим. ²⁾). Количество Вартоновой студени бываетъ также различно. Мѣстами она скопляется большими комками, особенно тамъ, гдѣ сосуды петлеобразно извиваются и образуетъ такъ называемые ложные узлы.

Истинные узлы образуются вслѣдствіе активныхъ движеній плода, когда онъ проскальзываетъ въ петлю пуповины и она вслѣдствіи затягивается. Очень рѣдко узлы препятствуютъ кровообращенію. Они встрѣчаются, по *Hecker*'у ¹⁾), одинъ разъ на 247 родовъ, по *Elsässer*'у ⁴⁾) одинъ разъ на 202 родовъ.

Обвитія пуповины ⁵⁾) вокругъ туловища, шеи или конечностей плода встрѣчается весьма часто (см. стр. 64, примѣч.). Умираніе плода во время беременности, вслѣдствіе обвитія пуповины, встрѣчается только въ видѣ исключенія.

Примѣч. Въ литературѣ между тѣмъ описаны случаи, въ которыхъ пуповина такъ сильно закручивала шею плода, что наступала смерть ⁶⁾) (см. фиг. 117). Такъ, въ случаѣ, сообщенномъ *Credé* ⁷⁾), пуповина, длиною въ 57 дюймовъ, была обвита 8 разъ такъ крѣпко вокругъ шеи, что послѣдняя была не толще пальца, и на ней сверху до низу видны были бороздки отъ петель. Въ случаѣ *Hillairet* ⁸⁾) шея 3-хъ мѣсячнаго зародыша была почти ампутирована тремя крѣпко обвитой около нея пуповиной (до толщины въ одинъ мм.); также и въ случаѣ, сообщенномъ *Bart-*

¹⁾ *G. Braun*, Oesterreich. Z. f. pract. Heilkunde. 1865. №№ 9 и 10 и *Lebedev*, Annales de gynéc. Avril 1878 *) — ²⁾ *Hyrtl*, l. c. p. 42. — ³⁾ Arch. f. Gyn. B. XX. p. 382. — ⁴⁾ Würtemb. Correspondenzblatt. 1851. № 29. — ⁵⁾ *Hennig*, Arch. f. Gyn. B. XI. p. 383 и *Harder*, e. l. p. 374. — ⁶⁾ См. *Siebold*, De circumvol. fun. umb. Götting. 1834. — *Hohl*, Lehrb. d. Geb. 2 Aufl. Leipzig. 1862. p. 354. — ⁷⁾ M. f. G. B. I. p. 33. — ⁸⁾ Mon. des hôp. Fevr. 1857. № 22; см. M. f. G. B. X p. 60.

*) Старинные акушеры, (напр. *Hohenbaum*) приводятъ много случаевъ, въ которыхъ, будто-бы, при родахъ не было ни капли околоплодной жидкости. На сколько эти наблюденія заслуживаютъ довѣрія — мы не беремъ рѣшить. Во всякомъ случаѣ, однако, страхъ предъ такъ называемыми сухими родами (лучше — безводными: *partus siccus*), господствовавшій въ старинномъ акушерствѣ, несомнѣнно преувеличенъ. Мы имѣли возможность наблюдать нѣсколько случаевъ (въ родильномъ домѣ), въ которыхъ околоплодной жидкости оказывалось не болѣе нѣсколькихъ столовыхъ ложекъ, — тѣмъ не менѣе на теченіе родовъ это не оказывало никакого неблагоприятнаго вліянія. Періодъ раскрытія зѣва, понятно, затягивался, но этому обстоятельству не трудно было пособить разрывомъ пузыря.

Авторъ вовсе не упоминаетъ о качественныхъ измѣненіяхъ околоплодной жидкости, о которыхъ прежде толковали очень много. Въ самомъ дѣлѣ, околоплодная жидкость иногда представляетъ весьма глубокія измѣненія; напр., она представляется на видъ совершенно желтою, густою, а иногда темною и чрезвычайно зловонною; тѣмъ не менѣе дѣти при этомъ рождаются совершенно чистыми и здоровыми. Было-бы чрезвычайно интересно провѣрить фактъ, приводимый *Joerdens*'омъ, а именно, что у сифилитическихъ роженіцъ околоплодная жидкость нерѣдко бываетъ кака-я-то особенно острая и зловонная.

*scher'*омъ ¹⁾, лентообразная пуповина, въ 25 дюймовъ длины, была дважды обвита вокругъ шеи ребенка и затянута крѣпко въ узелъ, такъ что мягкія части шеи были плотно прижаты къ позвоночному столбу. *Blume* ²⁾ также сообщаетъ 3 случая (набл. 8, 9 и 17) многократнаго обвитія пуповины съ прижатіемъ, обвитыхъ частей. Въ случаѣ *Frankel's* ³⁾ дѣло идетъ о мацерированномъ плодѣ, который помѣщался вмѣстѣ съ живымъ зрѣлымъ младенцемъ въ одной яйцевой полости. Пуповина мацерированнаго плода была совершенно откручена, и онъ свободно лежалъ въ полости яйца. По *Hecker'u* ⁴⁾, смерть бываетъ не очень рѣдко послѣдствіемъ обвитія. Что, впрочемъ, и многократное обвитіе можетъ быть безъ вредныхъ послѣдствій для плода, доказываетъ случай *Gray'a* ⁵⁾ гдѣ пуповина была обвита девять разъ, и ребенокъ родился обмершимъ, но былъ оживленъ.

Вслѣдствіе слишкомъ крѣпкихъ обвитій пуповины вокругъ конечностей могутъ произойти, если не произвольныя ампутаціи, то, по крайней мѣрѣ, вдавленія (бо-



Фиг. 117. Сжимающее обвитіе пуповины вокругъ шеи по *Blume*.

роды) мягкихъ частей до костей. *Nebinger* ⁶⁾ приводитъ случай, въ которомъ у пятимѣсячнаго плода пуповина была обвита такъ крѣпко вокругъ нижней трети лѣваго бедра, что произвела глубокое вдавленіе и прекратила кровообращеніе въ нижележащей части. Въ случаѣ *Owen'a* ⁷⁾ нижнія конечности были приостановлены въ развитіи обвившеюся пуповиною, такъ что конечности почти зрѣлаго ребенка похожи были на конечности четырехмѣсячнаго плода. Одно бедро было почти ампутировано. *Raschkow* ⁸⁾ видѣлъ обвитіе вокругъ плеча, которое повело къ атрофіи мышцъ и препятствовало росту кости. У *Montgomery* ⁹⁾ также приве-

¹⁾ M. f. G. B. 17. p. 364. — ²⁾ Zur Casuistik der Torsion und Umschlingung der Nabelschnur. D. i. Marburg 1869. — ³⁾ Centralb. f. Gyn. 1883. № 3. — ⁴⁾ Kl. d. Geb. II. p. 32. — ⁵⁾ Lancet. Sept. 1853. — ⁶⁾ Amer. J. 1867. p. 129. — ⁷⁾ Obst. Tr. VIII. p. 4. — ⁸⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II. 1873. p. 177. — ⁹⁾ l. c. p. 392.

дены два случая, въ которыхъ пуповина врѣзалась до кости ¹⁾. *Mihne* ²⁾ сообщилъ случай, въ которомъ трижды обвитая пуповина крѣпко поясада нижнюю часть живота.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ сжатіе обвитою пуповиною не столько зависитъ отъ крѣпкого стягиванія петли, сколько отъ того, что петля, въ которой помѣщается нея или конечность, съ ростомъ плода не раздается, такъ что петля становится слишкомъ малой по отношенію къ постепенно увеличивающемуся плоду.

Скручиванія пуповины (*torsio*) обыкновенно не причиняютъ вреда плоду ³⁾. Болѣе сильной степени скручиванія въ мѣстахъ, лишенныхъ Вартоновой студени ⁴⁾ (см. рис. 118), встрѣчающіяся чрезвычайно часто у мацерированныхъ плодовъ, происходятъ, по *C. Ruge* ⁵⁾ и *A. Martin*'у, ⁶⁾ по смерти плода, вслѣдствіе измѣненій въ его положеніи ⁷⁾. Мѣ-



Фиг. 118. Скручиваніе пуповины, по *Blume*.

сто скручиванія, гдѣ происходитъ прижатіе сосудовъ, находится обыкновенно на плодовомъ концѣ пуповины, гораздо рѣже на плацентарномъ. Плодъ, вслѣдствіе скручиванія, можетъ вполне отдѣлиться отъ пуповины, такъ что его находятъ свободно лежащимъ въ яйцѣ.

Пуповина прикрѣпляется въ большинствѣ случаевъ, если не совсѣмъ въ центрѣ дѣтскаго мѣста, то все-таки болѣе къ среднѣй его. Очень часто также втрѣчается красное прикрѣпленіе пуповины; въ рѣдкихъ случаяхъ она прикрѣпляется къ какому-нибудь мѣсту кожистой оболочки, лишенному ворсинокъ, такъ что сосуды въ яичныхъ плевахъ идутъ по направленію къ дѣтскому мѣсту. Часто пупочныя артеріи при этомъ сливаются въ одинъ общій стволъ большей или меньшей длины ⁸⁾.

Эта неправильность — оболоч-



Фиг. 119. *Insertio velamentosa*, по *Hyrthl*'ю.

aa) Пупочныя артеріи. v) Пупочная вена. P) Placenta.

¹⁾ См. *Hohl*, l. c. p. 355. и *Reuss*, *Scanzoni's Beiträge*, B. VI. p. 48. —

²⁾ *Edinb. med. J.* July 1871. *Edinb. Obst. Tr.* 1872. p. 362. — ³⁾ См. *Kehrer*, *Arch. f. Gyn.* B. XIII. p. 230. — ⁴⁾ См. *Dohrn*, *M. f. G. B.* 18 p. 147, гдѣ находится много спеціальныхъ литературныхъ данныхъ. — *Hecker*, *Kl. d. Geb.* II. p. 27. — *Winkel*, *Berichte u. Studien.* I. p. 289 — *Blume*, l. c. — *Hammer*, *Beob. u. Unters. über faultodte Früchte.* D. i. *Leipzig.* 1870 p. 10. — *Fasbender*, *Berl. Ber. z. Geb. u. Gyn.* B. I. p. 71. — *Martelleur*, *D. in Marburg* 1874. — *Hille*, *D. i. Marburg* 1877 и *Arch. f. Gyn.* B. XIV. p. 484. — ⁵⁾ *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* B. I. p. 62. — ⁶⁾ e. l. B. II. p. 346. — ⁷⁾ См., впрочемъ, *Dohrn*, *Arch. f. Gyn.* B. XIII. p. 234. — *Kehrer*, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* B. 2. II. 1. и *Schauta*, *Arch. f. Gyn.* B. XVII. p. 49. — ⁸⁾ *Hyrthl*, *Die Blutgef. d. m. Nachgeburt.* *Wien* 1870. p. 60.

ковое прикрѣпленіе пуповины (insertio velamentosa, см. фиг. 119) — происходитъ, по *Schultze* ¹⁾, слѣдующимъ образомъ: allantois приводитъ въ каждомъ яйцѣ зародышныя сосуды къ какому-либо мѣсту периферіи яйца и поэтому относительно рѣдко прямо попадаетъ на мѣсто будущаго послѣда. Известно, что вначалѣ сосуды проникаютъ во всѣ ворсинки кожистой оболочки, но такъ какъ онѣ заступаютъ на непослѣдовой части периферіи яйца, то сообщеніе зародышневыхъ сосудовъ съ материнскими остается только на мѣстѣ послѣда. При дальнѣйшемъ ростѣ яйца, происходитъ, независимо оттого, на какое мѣсто периферіи яйца прихлѣсь allantois, такой поворотъ плода, что сосуды его направляются къ тому мѣсту, гдѣ впоследствии долженъ развиваться послѣдъ. Этому вращенію могутъ воспрепятствовать сращенія тканей будущаго пупочнаго канатика съ тѣмъ мѣстомъ периферіи яйца, которое было достигнуто сосудами allantois прежде. Тогда мѣсто прикрѣпленія пуповины придется на части яичныхъ плевъ, лежащей внѣ послѣда. По *Stern*'у ²⁾, краевое прикрѣпленіе происходитъ отъ той-же причины.

Въ отношеніи сосудовъ пуповины встрѣчаются многочисленныя аномаліи, не имѣющія практическаго значенія ³⁾.

Преждевременное прерываніе беременности. Выкидышъ.

Преждевременные роды.

Литература: *Busch* и *Moser*, Handbuch der Geburtkunde. Berlin 1840. Статья Abortus. — *Whitehead*, Causes and treatment of abortion etc., London 1847. — *Dohrn*, M. f. G. 21. p. 30. — *Hegar*, M. f. G. B. 21. Suppl. p. 1. — *Verdier*, Apoplexie plac. et les hematomes du placenta. Paris 1868. — *Hoening*, Scanzoni's Beiträge. B. VII. p. 213. — *Dohrn*, Volkmann's klin. Vorträge. Leipzig. 1872. № 42. — *Garimond*, Traité théor. et prat. de l'avortement etc. Paris 1873.

Преждевременное прерываніе беременности можетъ произойти въ любомъ періодѣ ея. Мы различаемъ: выкидышъ (abortus), если беременность прерывается въ такое время, когда зародышъ неспособенъ къ внѣматочной жизни, и преждевременные роды (partus praematurus), когда зародышъ достигъ такой степени развитія, что можетъ уже существовать самостоятельно. Провести между этими обоими видами точную границу, конечно, нельзя. Исходною точкою при этомъ обыкновенно принимаютъ 28-ю недѣлю беременности, и это вѣрно лишь въ томъ отношеніи, что плоды, родившіеся раньше, чрезвычайно рѣдко остаются въ живыхъ; родившіеся же послѣ 28-ой недѣли также большею частію умираютъ и только при особенно благоприятныхъ обстоятельствахъ остаются въ живыхъ. Различіе между выкидышемъ (abortus) и незрѣлыми родами (partus immaturus), дѣлаемое обыкновенно по степени развитія послѣда, не имѣетъ значенія *).

¹⁾ Jenaische Z. für Med. u. Naturw. 1867. Heft 2 и 3. — ²⁾ D. i. Marburg 1873. — ³⁾ Смотри *Klob*, Path. Anat. der weibl. Sex. p. 562 и *Hyrtl*, l. c.

*) Опредѣленіе сущности выкидыша имѣетъ иногда немаловажное значеніе, напр. въ судебно-акушерскомъ отношеніи. Старые авторы въ этомъ случаѣ за-

На преждевременное прерываніе беременности слѣдуетъ смотрѣть какъ на припадокъ другихъ ненормальныхъ состояній яйца или матери.

Поэтому, выше, въ различныхъ главахъ патологии беременности, уже многократно упоминалось о выкидышѣ, какъ о послѣдствіи заболѣванія яйца или матери. Но для врача преждевременное изверженіе яйца чрезвычайно важно; онъ долженъ умѣть вѣрно оцѣнить отдѣльныя причины, могущія имѣть самое разнообразное значеніе; онъ долженъ знать явленія, сопровождающія раневременные роды и отличіе ихъ отъ явленій при срочныхъ родахъ и, наконецъ, онъ долженъ быть хорошо знакомъ съ тѣми способами леченія, которые при этомъ могутъ потребоваться и которые, въ дѣйствительности, очень часто бываютъ необходимы. На этомъ основаніи оказывается необходимымъ изложить ученіе о выкидышѣ въ отдѣльной главѣ.

Этіологія.

Преждевременное прерываніе беременности встрѣчается нерѣдко, хотя, по весьма понятной причинѣ, и нѣтъ точныхъ статистическихъ свѣдѣній о томъ, какъ часто оно случается. *Hegar* полагаетъ, что на 8 или на 10 своевременныхъ родовъ приходится, по крайней мѣрѣ, одинъ выкидышъ въ первые мѣсяцы беременности; мы не находимъ, чтобы число это было преувеличено *). Опытъ впрочемъ, научаетъ

ходили очень далеко, вслѣдствіе чрезмѣрнаго категоризованія. Такъ, выкидышъ въ теченіе перваго мѣсяца послѣ зачатія они называли *abortus ovi*, на второмъ и третьемъ мѣсяцахъ — *abortus embryonis*, съ этого же времени включительно до 6-го мѣсяца — *abortus foetus*. Хотя эпоха наступленія вѣтробной жизнеспособности плода и не опредѣлена надлежащимъ образомъ, такъ какъ она подлежитъ значительнымъ колебаніямъ, тѣмъ не менѣе ее пришлось принять за критерій въ этомъ случаѣ. Такъ какъ, начиная съ 28-й недѣли, жизнеспособность плода несомнѣнна, то прерываніе беременности до этой эпохи будетъ выкидышъ, начиная же съ этого времени — преждевременные роды. Такъ называемые незрѣлые роды (*partus immaturus*), которые считаются отъ 24 до 28 недѣли, подходятъ въ сущности подъ категорію выкидыша, такъ какъ плоды, рожденные на 24, 25 и т. д. до 28-ой недѣли, не жизнеспособны. Г.

*) Вопросъ на счетъ того — въ какомъ отношеніи находится число выкидышей къ числу срочныхъ родовъ — издавна занималъ очень многихъ и до сихъ поръ не приведенъ къ окончательному рѣшенію. Нѣкоторые, напр. *Mercatus*, увѣрили, что число выкидышей значительно превышаетъ число нормальныхъ родовъ. Что подобное мнѣніе преувеличено и остроено, вѣроятно, на априористическихъ началахъ, не требуетъ особенныхъ доказательствъ. *Lobstein* на 714 срочныхъ родовъ насчитываетъ 83 случая преждевременнаго прерыванія беременности, слѣдовательно отношеніе выйдетъ 1, 8: 5; по изслѣдованіямъ *Riecke* (въ Вюртембергѣ, на 40 срочныхъ родовъ приходится 1 преждевременный родъ; по *M-me Lachapelle*, на 21,960 случаевъ беременности приходилось 116 выкидышей = 1:190; въ Вестминстерѣ, въ Лондонѣ, на 545 срочныхъ родовъ насчитывали 147 выкидышей, т. е. 1 : 4; по *Denbel'ю* на 12 родовъ приходится 1 выкидышъ (на 420 родовъ 35 выкидышей).

Этихъ разногласящихъ цифръ совершенно достаточно для того, чтобы доказать, какъ шатки начала, на которыхъ собираемы были статистическія данныя, приведшія къ вышесказаннымъ заключеніямъ. Подробности на счетъ этого вопроса см. въ нашей диссертации: Опытъ ученія о выкидышѣ, С.-Петербургъ 1865, стр. 52, а также *Busch* и *Moser*, Handwörterb. der Geburtsh. Bd. I. p. 26.— *Velpeau*, Traité de l'art des accouchem. T. I. p. 387. Г.

насть, что значительное число выкидышей случается по временамъ, цѣлыми группами, безъ видимыхъ причинъ *) 1). Чаще выкидываютъ многородящія, что происходитъ отъ того, что у нихъ чаще встрѣчаются эндометритъ, хроническій метритъ и смѣщенія матки.

Въ патологiи беременности мы уже познакомились съ большею частію причинъ, обуславливающихъ выкидышъ; тѣмъ не менѣе будетъ весьма цѣлесообразно разсмотрѣть ихъ здѣсь въ общей связи. Причины преждевременнаго прерыванія беременности кроются или 1) въ яйцѣ, или 2) въ матери.

1) Яйцо чрезвычайно часто подаетъ поводъ къ прерыванію беременности. Смерть плода есть самая главная причина, ведущая почти безъ исключенія къ преждевременному прерыванію беременности. Смерть эта можетъ послѣдовать отъ различнѣйшихъ причинъ.

Разстройства питанія, какъ кажется, чаще всего имѣютъ послѣдствіемъ умираніе плода, особенно въ первые мѣсяцы беременности. Въ этомъ отношеніи очень важны уродливости плода и, въ особенности, яйцевыхъ оболочекъ. Если chorion не разовьется надлежащимъ образомъ, если кровеносные сосуды плода не соединятся вышеописаннымъ образомъ съ материнскими, то, при наступленіи плацентарнаго обмѣна веществъ, плодъ долженъ умереть. Если, въ дальнѣйшемъ теченіи беременности, обмѣнъ между кровью плода и матери становится недостаточнымъ, то плодъ также погибаетъ; въ послѣднемъ случаѣ смерть наступаетъ — въ первые мѣсяцы беременности, какъ кажется, — чаще всего отъ голода, т. е. отъ недостаточнаго притока питательнаго матеріала чрезъ пупочную вену, въ болѣе же позднемъ періодѣ — чаще отъ задушенія, вслѣдствіе разстройства въ плацентарномъ кровообращеніи.

Плодъ лишается, какъ питательнаго матеріала, такъ и кислорода, когда во первыхъ ростъ зародышевыхъ или материнскихъ яйцевыхъ оболочекъ становится до того значителенъ, что, большая часть материнской крови идетъ на ихъ собственное питаніе, и во вторыхъ, когда сообщеніе между зародышевою и материнскою кровью вдругъ или постепенно будетъ ограничено или совсѣмъ прервано.

*) Древніе приписывали въ этомъ отношеніи важное значеніе состоянію погоды. Такъ у Гипократа (Hippocrate, par le Dr. Daremberg. Paris 1853. arhög. sect. III, 12, p. 349) читаемъ... «Если же весна, напротивъ, сухая и при этомъ господствуетъ сѣверный вѣтеръ, то женщины, которыя должны рожать весною, выкидываютъ вслѣдствіе малѣйшей причины». Цельсъ (De re medica, Lugd Batav. 1554. L. C. II. p. 51) на счетъ зимы: Si vero austrâ pluviaeque hyemen occuparunt gravidæ quidem foeminae, quibus dum adest partus, abortu periclitantur. Что касается эпидемій выкидыша abortus epidemicus, то хотя сущность ихъ остается для насъ совершенно загадочной, тѣмъ не менѣе трудно усомниться въ правдивости тѣхъ, которые описали ихъ (Stoll, Velpeau). Еще недавно (въ 60-хъ годахъ) д-ръ *Weber* описалъ эпидемію выкидыша, которую онъ наблюдалъ во Львовѣ.

1) Известно, что у коровъ, стоящихъ по нѣскольку въ одномъ стойлѣ, выкидышъ встрѣчается какъ бы эпидемически. По *Franck*'у и *Roloff*'у причиною распространенія этой заразы служитъ грибокъ, похожій на *Leptothrix buccalis*. Къ человѣку это объясненіе едва ли можетъ быть приложимо.

Первое мы встрѣчаемъ при состояніяхъ раздраженія и хроническихъ воспаленійхъ яйцевыхъ оболочекъ, съ которыми мы уже познакомились подъ названіями пузырнаго заноса (по отношенію къ ворсистой оболочкѣ) и хронической *endometritis decidua* (по отношенію къ слизистой оболочкѣ матки).

Обмѣнъ веществъ между зародышевою и материнскою кровью становится недостаточнымъ, прежде всего, при значительныхъ потеряхъ крови матери—все равно, будетъ-ли это кровотеченіе изъ матки или изъ другихъ органовъ; но обмѣнъ можетъ сдѣлаться также неполнымъ вслѣдствіе разраженія яйцевыхъ оболочекъ, когда, напр., гипертрофированныя ворсинки *chorii* сдавливаютъ сосуды и выполняютъ материнскія кровяныя полости, какъ это особенно часто бываетъ при сифилитическихъ заболѣваніяхъ оболочекъ. Но чаще всего недостаточный обмѣнъ веществъ обуславливается изліяніемъ крови изъ сосудовъ въ плаценту. Если мѣсто кровоизліянія болѣе или менѣе значительно, то смерть плода обыкновенно наступаетъ тотчасъ же.

Кровоизліянія, съ своей стороны, могутъ быть обусловлены различными причинами. При легко разрывающихся сосудистыхъ стѣнкахъ даже незначительныя сотрясенія тѣла, которыя бываютъ, напримѣръ, при кашлѣ, чиханіи, рвотѣ и т. п., могутъ уже, въ исключительныхъ случаяхъ, имѣть послѣдствіемъ разрывъ сосудовъ. Еще легче это можетъ случиться при болѣе сильныхъ сотрясеніяхъ, какъ напр. при паденіи, сильномъ ушибѣ живота и т. п. Мѣстныя гипереміи, вслѣдствіе застоя или прилива, имѣютъ тоже въ этомъ отношеніи немаловажное значеніе, такъ что кровотеченія между яйцевыми оболочками встрѣчаются при воспаленіяхъ матки, при чрезмѣрно сильномъ половомъ возбужденіи, при злоупотребленіи спиртными напитками или лихорадочныхъ состояніяхъ матери, а также при измѣненіяхъ въ положеніи матки, при страданіяхъ сердца, легкихъ, печени и т. п.

Наконецъ, смерть плода наступаетъ, если онъ будетъ поставленъ въ такія внѣшнія условія, при которыхъ продолженіе жизни невозможно. Это бываетъ въ случаяхъ значительнаго повышенія температуры матери. Плодъ въ такихъ случаяхъ умираетъ несомнѣнно отъ избытка теплоты. Другія болѣзни матери, а въ особенности острыя заразные болѣзни, могутъ также перейти на плодъ и вести къ смертельному исходу.

Особенно важное значеніе имѣетъ сифилисъ, отъ котораго плоды погибаютъ чрезвычайно часто. Смерть плода при сифилисѣ происходитъ не всегда только вторично, вслѣдствіе заболѣванія яйцевыхъ оболочекъ, но и непосредственно, вслѣдствіе развитія патологическихъ процессовъ въ важныхъ органахъ его, и притомъ плодъ можетъ умереть непосредственно отъ сифилиса отца, между тѣмъ какъ мать остается незараженной.

2) Причина преждевременнаго прерыванія беременности лежитъ очень часто въ матери. Мѣстныя или общія болѣзни матери, отча-

сти причиняя смерть плоду, отчасти также дѣйствуя какимъ-либо другимъ образомъ, чаще всего подаютъ поводъ къ прерыванію беременности.

Выше уже было упомянуто, что воспаленіе слизистой оболочки матки ведетъ довольно часто къ смерти плода. Это воспаленіе и въ особенности воспаленіе самой маточной стѣнки вызываютъ часто, даже при здоровомъ яйцѣ, преждевременное появленіе маточныхъ сокращеній, которыя наступаютъ или вслѣдствіе того, что воспаленныя маточныя стѣнки не могутъ растягиваться подобно здоровымъ, или-же вслѣдствіе того, что нервныя окончанія до такой степени раздражаются воспалительнымъ процессомъ, что вызываютъ сокращенія мышцъ. Какъ-бы то ни было, но, при воспалительныхъ состояніяхъ ткани матки, на четвертомъ или на пятомъ мѣсяцѣ беременности, очень часто извергается здоровое яйцо, съ умирающимъ плодомъ. *Olshausen* ¹⁾ обратилъ вниманіе на то, что старые разрывы шейки матки могутъ также вызвать прерываніе беременности. Хотя это и вѣрно, однако-же дѣйствительная причина выкидыша, обыкновенно, заключается въ одновременно существующемъ эндометритѣ.

Механическія препятствія, встрѣчаемыя маткою при дальнѣйшемъ своемъ растяженіи, только въ исключительныхъ случаяхъ ведутъ къ прерыванію беременности, такъ какъ выпавшая или изогнутая взадъ матка обыкновенно поднимается въ брюшную полость, а воспалительныя сращенія и ложныя перепонки препятствуютъ дальнѣйшему росту матки только въ самыхъ трудныхъ случаяхъ. Тоже самое относится къ большимъ опухолямъ брюшной полости.

Миомы матки ведутъ къ преждевременному прерыванію беременности чаще всего вслѣдствіе сопутствующаго эндометрита, рѣже — вслѣдствіе того, что присутствіе опухоли въ полости матки вызываетъ сокращенія послѣдней и изверженіе яйца.

Общія болѣзни матери и въ особенности такія, которыя сопровождаются сильною лихорадкою, дѣйствуютъ вредно не исключительно только тѣмъ, что имѣютъ послѣдствіемъ смерть плода, но и тѣмъ, что непосредственно могутъ возбудить маточныя сокращенія термическимъ раздраженіемъ лихорадочной крови; другія-же болѣзни, сопровождающіяся значительною слабостію, дѣйствуютъ такимъ-же образомъ вслѣдствіе раздраженія, которое производитъ анемія на мышечныя волокна матки. Что высокая температура и малокровіе дѣйствительно имѣютъ такое дѣйствіе, — это доказано экспериментальнымъ путемъ ²⁾.

Преждевременныя маточныя сокращенія могутъ быть вызваны также и другими раздраженіями, непосредственно дѣйствующими на нервы. Такъ напр., чрезмѣрно низкая или чрезмѣрно высокая температура, передаваемая маткѣ черезъ влагалище или брюшныя покровы-

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1881. 1 и Klin. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884. p. 187. — ²⁾ См. также *Runge, Volkmann's Sammlung* 174 и Arch. f. Gyn. B. XII. p. 16.

могут возбудить преждевременныя маточныя сокращенія. Болѣе или менѣе энергическое растираніе матки можетъ также вызвать сокращенія (можетъ быть сюда-же можно отнести наступленіе преждевременныхъ родовъ вслѣдствіе значительнаго растяженія матки, какъ напр. при двойныхъ и hydramnion); дѣятельность маточныхъ нервовъ можетъ быть возбуждена и рефлекторнымъ путемъ, вслѣдствіе раздраженія симпатическихъ волоконъ другихъ нервныхъ путей. Такъ, раздраженіе влагалища, наружныхъ половыхъ органовъ и грудей вызываютъ очень часто маточныя сокращенія. Какимъ путемъ сильныя душевныя волненія, въ особенности внезапный испугъ, ведутъ къ сокращеніямъ матки — до сихъ поръ неизвѣстно.)

Наконецъ, не подлежитъ сомнѣнію, что помимо доступныхъ изслѣдованію патологическихъ состояній матери, встрѣчается иногда слишкомъ повышенная индивидуальная раздражительность, которая предрасполагаетъ къ выкидышу. Въ такихъ случаяхъ, не смотря на здоровое яйцо и здоровые половые органы матери, незначительные поводы, какъ напр. легкое тѣлесное или душевное возбужденіе, которые большинствомъ женщинъ переносятся безъ всякаго вреда, уже ведутъ къ прерыванію беременности. У такихъ субъектовъ двигательныя нервы матки реагируютъ на такія легкія раздраженія, которыя обыкновенно остаются безъ всякихъ послѣдствій.

Особенное вниманіе я обращаю на то, что подобная повышенная чувствительность, при которой женщины повторно и, большею частію въ опредѣленное время, выкидываютъ (привычный выкидышъ), встрѣчается чрезвычайно рѣдко и что распознаваніе привычнаго выкидыша должно быть допускаемо только для такихъ случаевъ, гдѣ точнымъ изслѣдованіемъ будетъ доказано, что плодъ и яйцо здоровы и что въ половыхъ органахъ и во всемъ организмѣ матери нельзя найти основательной причины для выкидыша *).

*) Прежде, къ числу причинъ, производящихъ выкидышъ, относили употребленіе такъ называемыхъ abortивныхъ средствъ. Средства эти весьма разнородны и число ихъ довольно значительно; сюда относили: artemisium, marub. album, bogax, secale cornutum, сушатомш, heleborus niger, colocynthid., aloë, jalappam, gratiolaria и пр. Не смотря на то, что многіе, какъ напримѣръ Cullen и Jörg, давно уже вооружились противъ ученія объ abortивныхъ средствахъ, какъ оно допускается большинствомъ авторовъ, многіе до сихъ поръ еще придерживаются прежнихъ взглядовъ на этотъ вопросъ. Между тѣмъ вопросъ этотъ имѣетъ важное судебно-акушерское значеніе. Въ самомъ дѣлѣ, беременная, принявшая по какому нибудь случаю то или другое изъ упомянутыхъ abortивныхъ средствъ и вслѣдъ за этимъ выкинувшая, — виновна ли въ преступленіи вытравленія плода, или нѣтъ? Мы не можемъ войти здѣсь въ подробное разсмотрѣніе того — на сколько заслуживаетъ наказанія намѣреніе даннаго субъекта: это дѣло судьи. Но дѣло врача будетъ выяснять послѣднему — на сколько употребленное въ дѣло средство заслуживаетъ названія abortивнаго. Дѣло въ томъ, что, за исключеніемъ спорныя, всѣ упомянутыя выше средства — не abortивныя въ тѣсномъ смыслѣ, такъ-какъ ни одно изъ нихъ не дѣйствуетъ прямо на половую сферу. Все, что они могутъ сдѣлать, это то, что при существующемъ расположеніи къ выкидышу (со стороны беременной, въ особенности же со стороны плода и придатковъ его), они могутъ ускорить его. Такимъ образомъ, напр., дѣйствуютъ всѣ drastica, производя уси-

Всѣ только что приведенныя различныя причины выкидыша имѣютъ весьма различное значеніе. Если плодъ умеръ, то прерываніе беременности болѣе или менѣе скоро послѣ смерти есть явленіе нормальное. Прерываніе беременности въ такихъ случаяхъ есть правило, и если мы и эти случаи прерыванія беременности будемъ разсматривать какъ неправильныя, то это можетъ вести къ существенно ложнымъ понятіямъ. Со смертію плода, беременность въ физиологическомъ смыслѣ оканчивается, прерываніе ея есть явленіе нормальное, и терапия, помимо леченія выкидыша, будетъ имѣть цѣлью, при слѣдующей беременности, предохраненіе умирающаго плода, а не прерыванія беременности.

При заболѣваніяхъ же зародышевыхъ или материнскихъ яйцевыхъ оболочекъ, пока плодъ живъ, дальнѣйшее теченіе беременности возможно, однако и въ этихъ случаяхъ выкидышъ встрѣчается очень часто; но если причина прерыванія беременности лежитъ въ матери, то нерѣдко соотвѣтствующею терапіею удастся довести беременность до нормальнаго конца.

Измѣненія яйца по смерти плода.

Громадное большинство выкидышей въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ беременности обусловливается тѣмъ, что плодъ погибаетъ въ первыя недѣли беременности, между тѣмъ какъ яйцо продолжаетъ развиваться. Этотъ дальнѣйшій ростъ яйца, независимый отъ плода, — явленіе очень частое. Ворсинки chorii, которыя и по смерти плода питаются материнскою кровью, сильно развѣтвляясь, образуютъ на мѣстѣ запоздалой оболочки плаценту, и яйцо достигаетъ обыкновенно величины куринаго яйца. Въ различные періоды въ пространствахъ между яйцевыми обочками происходятъ кровоизліянія, которыя образуютъ на нихъ узловатыя возвышенія и придаютъ яйцу совершенно измѣненный видъ.

Подобныя яйца, которыя прежде называли кровавыми заносами, когда кровоизліянія были свѣжи, и мясистыми заносами, когда кровь оказывалась давно излившеюся, обезцвѣченною, имѣютъ характеристическій видъ. Они обыкновенно покрыты запоздалою и завороченною отпадающими оболочками, на которыхъ висятъ клочки истинной отпадающей оболочки. Послѣдняя обыкновенно представляетъ собою толстую оболочку, наружная поверхность которой, т. е. отдѣленная отъ внутренней поверхности матки, покрыта кровью и имѣетъ неровный ворсистый видъ. Полость яйца смѣщена къ той сторонѣ его,

денный притокъ крови къ половой сферѣ. Но для того, чтобы это произошло, дѣйствіе сказанныхъ средствъ должно быть доведено до maximum. Въ наукѣ существуетъ не мало наблюденій, въ которыхъ женщины, съ цѣлью прервать беременность, принимали въ громадныхъ приемахъ сильно дѣйствующія лекарственныя вещества (драстическія, рвотныя и т. д.) и умирали безъ того, чтобы произошелъ выкидышъ. Изъ сказаннаго видно, что при высказываніи мнѣнія на счетъ аборнаго вліянія того или другаго вещества на беременность, должно быть весьма осторожнымъ.

которая покрыта завороченною оболочкою, между тѣмъ, какъ сторона, соотвѣтствующая запоздалой оболочкѣ, представляется утолщеною и бугристою. При вскрытіи спавшейся полости водной оболочки, въ ней находятъ немного жидкости, въ которой обыкновенно заключается плодъ. Послѣдній большею частію трудно узнается, его даже легко совсѣмъ не замѣтить, такъ какъ онъ малъ и очень ранняго возраста; нерѣдко онъ сильно измѣненъ и находится въ состояніи разложенія. Но кто умѣетъ помощью лупы узнавать плодъ и въ этомъ состояніи, тотъ удивится тому, какъ часто можно найти этотъ маленькій, очень молодой зародышъ даже въ яйцахъ не больше куриного, покрытыхъ еще развитыми сильно развѣтвляющимися ворсинками *chorii*. Обыкновенно находятъ также и желточный пузырекъ. Подъ водною и кожистою оболочками, между ворсинками послѣдней, видны геморрагическіе фокусы, вѣдряющіеся въ яйцо въ видѣ темносинихъ бугровъ. Послѣдніе составляютъ иногда главную массу яйца. Когда кровоизліяніе свѣже, то бугры темнаго, почти чернаго цвѣта, но, по мѣрѣ того, какъ они становятся старше, они принимаютъ различные оттѣнки, начиная съ бураго до свѣтлаго желтокраснаго цвѣта.

Хотя въ большинствѣ случаевъ кровоизліянія находятся на мѣстѣ послѣда, между ворсинками кожистой оболочки, тѣмъ не менѣе очень часто большія или мѣньшія кровоизліянія встрѣчаются на другихъ мѣстахъ яйца.

Если извергается вся истинная отпадающая оболочка, то поверхность ея, обращенная къ маткѣ, всегда бываетъ покрыта свѣжею кровью; часто встрѣчаются также и болѣе давніе сгустки чернаго цвѣта или даже уже совсѣмъ обезцвѣченные. И въ самой ткани истинной отпадающей оболочки также встрѣчаются небольшіе апоклектическіе фокусы, въ особенности если ткань отпадающей оболочки развита сильнѣе обыкновеннаго.

Большіе экстравазаты отпадающей оболочки прободаютъ ее совершенно и изливаются въ пространство между истинною и завороченною отпадающими оболочками. При этомъ если кровоизліяніе произошло первоначально въ *decidua serotina*, то складка, которую образуютъ истинная и завороченная отпадающія оболочки, должна быть предварительно прорвана. Кровоизліяніе можетъ также проникнуть въ пространство между завороченною и кожистою оболочками, или прорвать послѣднюю, или, если кровоизліяніе произошло въ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, то оно можетъ распространяться по кожистой оболочкѣ, отдѣляя послѣднюю отъ завороченной.

Только въ исключительныхъ случаяхъ кровяной экстравазатъ прорываетъ также и кожистую оболочку и можетъ въ такомъ случаѣ отдѣлить ее отъ водной на значительномъ пространствѣ; или при этомъ можетъ быть прорвана даже водная оболочка, такъ что въ самой полости яйца можно встрѣтить свѣжія или старыя скопленія крови.

Если плод умираетъ въ болѣе позднемъ періодѣ, то онъ подвергается особымъ превращеніямъ, которыя въ сущности могутъ быть названы мацерацией или вымоканіемъ. Подобный плодъ обыкновенно называютъ мертвогнилымъ, а *E. Martin* назвалъ его «foetus sanguinolentus». При этомъ ¹⁾ все тѣло представляется дряблымъ, всѣ органы, въ особенности соединительная ткань, пропитана красноватою сывороткою. Если плодъ долго лежалъ на ровной поверхности, то мѣста, которыми онъ соприкасался съ нею, бываютъ совершенно сплющены. Животъ при этомъ вяло перевѣшивается на одну сторону. Запахъ зародыша не собственно гниlostный, но характеристическій — непріятный, приторно-сладковатый. Кожица (epidermis) поднимается въ видѣ пузырей, или слущивается большими лоскутами, въ особенности на животѣ и на лицѣ, а ржавчино-желтая кожа (corium) представляется на этихъ мѣстахъ обнаженною. Пуповина дрябла и окрашена разложившеюся кровью въ красновато-бурый цвѣтъ. Кости черепа представляются большею частью не плотно соединенными или даже разошедшимися въ швахъ; покровы вялы и какъ бы слишкомъ велики для головы. Связь швовъ черепныхъ костей ослаблена, кости легко сдвигаются или вполнѣ расходятся въ своихъ соединеніяхъ, такъ что въ кожѣ, ихъ покрывающей, онѣ лежатъ какъ бы въ мѣшкѣ. Внутренніе органы различнымъ образомъ измѣнены, въ особенности мозгъ, который превращается въ красновато-бурюю кашицу, и въ немъ нельзя уже болѣе узнать составныхъ частей, имѣющихъ какую-либо форму. Мышцы и соединительная ткань конечностей сохраняютъ свой внѣшній видъ; поперечныя дольки мускуловъ часто ясно видны, хотя первичные пучки наполнены мелкозернистымъ жиромъ. Изъ органовъ грудной и брюшной полостей (въ послѣдней всегда встрѣчаются серозно-кровоянистыя пропотѣванія), болѣе всего измѣнена печень. Ячейки ея находятся въ состояніи распада, и въ нихъ находятъ мелкозернистый жирный детритъ и пигментъ. Лучше всего сохраняется матка и послѣ нея легкія; послѣднія могутъ быть еще надуваемы. Во всѣхъ органахъ кровь исчезла изъ сосудовъ и образовала подтеки въ околележащихъ тканяхъ; во всѣхъ органахъ, кромѣ того, паренхима претерпѣла мелкозернистое помутнѣніе, и сверхъ того въ нихъ часто можно встрѣтить кристаллическій жиръ и пигментъ. Иногда кристаллы холестерина и маргарина скучиваются такими массами, что отдѣльные органы, частью хорошо сохранившіеся, покрыты бываютъ смазкой бѣловато-сѣраго цвѣта; это состояніе *Buhl* ²⁾ называетъ липоиднымъ превращеніемъ.

Примѣчаніе. Не должно смѣшивать вышеописанное слущиваніе эпителия у мацерированныхъ плодовъ, съ тѣмъ слущиваніемъ, которое обуславливается ло-

¹⁾ *C. Ruge*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. I. p. 57. — ²⁾ *Hecker u. Buhl*. Kl. d. Geb. p. 327.

паніемъ пузырей при *periphigus* и которое, слѣдовательно, можно встрѣтить и у недавно умершихъ или даже у живыхъ плодовъ ¹⁾.

Если одинъ изъ близнецовъ умретъ въ первые мѣсяцы беременности, то онъ можетъ быть до такой степени сплюснутъ, вслѣдствіе прижатія другимъ яйцомъ, продолжающимъ развиваться, что онъ дѣлается тонкимъ, какъ листъ бумаги (*foetus papugaceus*).

Наши знанія въ настоящее время еще недостаточны для приблизительно вѣрнаго опредѣленія времени смерти плода на основаніи только внешесказанныхъ его измѣненій. Болѣе или менѣе быстрый ходъ упомянутыхъ измѣненій зависитъ отъ неизвѣстныхъ намъ причинъ. Иногда встрѣчаются въ сильной степени мацерированные плоды, жизнь которыхъ, съ положительностью, можно было распознать еще незадолго до этого, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ плоды, умершіе за нѣсколько недѣль, бываютъ сравнительно мало измѣнены послѣ смерти. *Runge* ²⁾ пытался найти точку опоры въ окрашиваніи преломляющихъ средъ глаза вслѣдствіе пропитыванія красящими веществами крови. Окрашиваніе появляется на стекловидномъ тѣлѣ, спустя нѣсколько дней послѣ смерти, а затѣмъ переходитъ на хрусталикъ, начиная отъ капсулы до ядра.

Также мало опредѣленнаго мы знаемъ о тѣхъ вліяніяхъ, которыя, по смерти плода, опредѣляютъ время, въ которое яйцо должно быть извергнуто. Во всякомъ случаѣ продолжительность эта различна: она можетъ тянуться часы, дни, недѣли и даже мѣсяцы.

Примѣчаніе. Что мертвый плодъ остается иногда въ маткѣ впродолженіе нѣсколькихъ недѣль — явленіе весьма обыкновенное. Иногда не замѣчается при этомъ никакихъ ненормальныхъ субъективныхъ ощущеній, часто же появляются признаки упомянутые на стран. 112. — Случаи, въ которыхъ плодъ оставался въ маткѣ втеченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, чрезвычайно рѣдки ³⁾. Еще рѣже случается, чтобы плодъ оставался въ маткѣ дольше нормальной продолжительности беременности, или чтобы задержался въ маткѣ на всегда. Случаи эти англичане называютъ «*missed labour*» ⁴⁾.

Судьба плода, а также и яйца бываетъ при долгомъ задержаніи въ маткѣ различна ⁵⁾. Послѣ того, какъ околоплодная жидкость всосалась или истекла, плодъ, если онъ еще малъ, можетъ высохнуть и долго сохраниться въ такомъ мумифи-

¹⁾ См. *Hammer*, Beobachtungen und Untersuchungen über faultodte Früchte. D. i. Leipzig 1870. — ²⁾ Berl. klin. Woch. 1882. № 34. — ³⁾ *Schroeder*, Scanzoni's Beitr. B. VII. H. 1. — *Kulenkampff*, Retention abgestorbener Früchte im Uterus. Kiel 1874. — *Liebmann*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. B. III. H. 1. p. 47. — *Freund*, e. l. IV. 1 p. 108. — *McClintock*, Obst. J. of Gr. Br. February 1875. p. 722. — *Roth*, Deutsch. Arch. f. kl. Med. B. 23. p. 177. — ⁴⁾ *Müller* (De la gross. uter. etc. Paris 1878) взялъ на себя трудъ подвергнуть относящіяся сюда случаи тщательной критикѣ и доказалъ, что задержаніе умершаго плода дольше нормальной продолжительности беременности вовсе не встрѣчается. Критика эта оказывается совершенно вѣрною для части этихъ случаевъ въ особенности той, которая относится къ старой литературѣ. См также *Küchenmeister*, Arch. f. Gyn. B. XVII. p. 153 и *R. Barnes*, London Obst. Tr. Vol. XXIII. — ⁵⁾ Только въ исключительныхъ случаяхъ задерживается одинъ только плодъ, а послѣдъ съ оболочками извергаются, см. *Noeggerath*, *Chamberlain* и *Peaslee*, Amer. J. of Obst. Vol. IV. p. 551 и *Соловьевъ*, -Wien. med. Woch. 1874 № 45.

цированномъ состояніи *). Но при нѣкоторыхъ, намъ еще совершенно неизвѣстныхъ условіяхъ плодъ можетъ сохранить свою свѣжесть и можетъ показаться еще очень недавно умершимъ, между тѣмъ какъ, судя по развитію яйцевыхъ оболочекъ, со дня смерти плода должно считать недѣли или мѣсяцы. Если плодъ, задержанный въ маткѣ, старше, то онъ обыкновенно подвергается нагноенію или гнилоственному разложенію и мало по малу кости и мягкія части плода извергаются изъ матки (въ случаѣ сообщенномъ *Freund'омъ*, онъ отчасти выдѣлился чрезъ мочевою пузырь **) . Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ плодъ остается въ маткѣ на всегда и превращается въ особъя родъ *lithopaedion'a*; явленіе это встрѣчается чаще у коровъ и овецъ.

Судьба послѣда также бываетъ весьма различна; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ ничѣмъ не отличается отъ послѣдовъ другихъ выкидышей, извергнутыхъ своевременно; въ другихъ же случаяхъ послѣдъ, вслѣдствіе кровонзліяній, превращается въ такъ называемый кровяной заносъ. Послѣдъ, какъ описано выше, можетъ продолжать расти, такъ что при маломъ мумифицированномъ плодѣ можно найти большое и хорошо развитое, хотя и блѣднаго цвѣта дѣтское мѣсто.

Если въ послѣднемъ случаѣ не происходитъ выкидыша, то это объяснить не трудно, такъ какъ, обыкновенная причина наступленія выкидыша несомнѣнно состоитъ въ нарушеніи связи между яйцемъ и маткою; слѣдовательно, изверженіе яйца не наступитъ, если, не смотря на смерть плода, яйцевыя оболочки будутъ продолжать развиваться. Но это объясненіе примѣнимо къ одной только части случаевъ; для другой части необходимо принять пониженную воспримчивость нервовъ матки къ обыкновеннымъ раздраженіямъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта уменьшенная воспримчивость можетъ быть периферическаго происхожденія; такъ, *Славянской* ¹⁾, на основаніи одного наблюдавшагося имъ случая пятимѣсячнаго задержанія яйца, считаетъ *endometritidem deciduae chronicam*, съ утолщеніемъ и оплотнѣніемъ *deciduae*, причиною несвоевременнаго изверженія яйца. Въ другихъ случаяхъ можетъ препятствовать наступленію выкидыша нарушеніе цѣлости проводниковъ, связывающихъ матку съ продолговатымъ мозгомъ, хотя это бываетъ не всегда. Такъ, *Madge* ²⁾ видѣлъ у одной парализованной женщины семимѣсячное задержаніе мумифицированнаго четырехмѣсячнаго зародыша, а *Borham* ³⁾ въ одномъ подобномъ случаѣ, въ которомъ на седьмомъ мѣсяцѣ беременности наступилъ полный параличъ и анестезія нижней половины тѣла, въ виду того, что схватки не появлялись и яйцо разложилось, легко извлекъ гнилой плодъ чрезъ растяжимый зѣвъ.

Теченіе выкидыша.

Начало преждевременнаго прерыванія беременности обозначается обыкновенно кровотеченіемъ. Послѣднее появляется, большею ча-

*) Случай задержанія плоднаго яйца изъ раннихъ періодовъ беременности въ полости матки около полутора лѣтъ мы описали въ Медицинскомъ Вѣстникѣ, 1865 г., № 1—2. Въ статьѣ этой мы указали на важное значеніе, которое имѣютъ подобныя случаи въ клиническомъ отношеніи и привели также нѣкоторыя данныя, которыми должно руководствоваться при распознаваніи и леченіи. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ я былъ приглашенъ д-ромъ Назаревскимъ къ одной больной, у которой, послѣ внимательнаго наблюденія, я высказался въ пользу того, что, вѣроятно, имѣемъ у нея дѣло съ задержаніемъ плоднаго яйца. Черезъ нѣсколько времени діагностика эта совершенно подтвердилась, такъ-какъ, вслѣдствіе очень сильнаго кровотеченія, я удалилъ, при д-рѣ Н., плодное яйцо изъ 4 мѣсяца беременности, оставшееся въ маткѣ всего мѣсяцевъ 8, слѣдовательно, 5 мѣсяцевъ послѣ того, какъ яйцо перестало развиваться. Г.

**) Подобный чрезвычайно интересный случай описать въ протоколѣ общ. кавказскихъ врачей, за 1865 г. Мы сами имѣли возможность наблюдать подобный случай на больной, бывшей въ пользованіи одного изъ нашихъ товарищей, д-ра П. Ливена. Г.

¹⁾ *Transact. of the Edinb. Obst. Soc. vol. III. p. 233.* — ²⁾ *Brit. med. J. 16. Dec. 1871.* — ³⁾ *Lancet. December 1870.*

стію, безъ предварительныхъ припадковъ или по канлямъ или сразу въ значительномъ количествѣ. При этомъ, въ первое время беременности, большею частію, не бываетъ значительныхъ сокращеній матки, а появляется только ощущеніе тупой боли въ нижней части живота.

Механизмъ изверженія яйца изъ матки въ сущности тотъ-же, какъ при срочныхъ родахъ, такъ какъ онъ состоитъ въ отдѣленіи собственно яйца, вмѣстѣ съ материнскими яйцевыми оболочками, и въ изверженіи ихъ наружу. Дѣло идетъ, слѣдовательно, объ отпадающей оболочкѣ, яйцѣ и плодѣ. Важность этихъ отдѣльныхъ частей различна въ различные періоды беременности: въ первое время самую важную роль играютъ материнскія яйцевыя оболочки, между тѣмъ какъ яйцо имѣетъ меньшее значеніе, а самъ плодъ — никакого. Въ этомъ періодѣ маленькое яйцо, съ своими нѣжными ворсинками, иногда незамѣтно выдѣляется и вся трудность выкидыша состоитъ исключительно въ отдѣленіи и изверженіи утолщенной отпадающей оболочки¹⁾.

Послѣ того, какъ уже образовалось дѣтское мѣсто, это послѣднее играетъ самую важную роль. Плодъ, если онъ еще не выдѣлился, легко извергается до выдѣленія яйца, или заключенный въ немъ; дѣтское же мѣсто часто пропитанное кровяными свертками составляетъ самую главную часть яйца; материнскія оболочки извергаются вмѣстѣ съ яйцомъ, покрывая его въ видѣ перепончатыхъ лоскутковъ, или же онѣ выдѣляются отчасти отдѣльно послѣ яйца. Только начиная со второй половины беременности, плодъ выступаетъ на первый планъ; въ пузырь вставляется предлежащая часть, пузырь лопается, а потомъ извергается плодъ, а за нимъ и послѣдъ. Чѣмъ больше беременность приближается къ концу, тѣмъ болѣе теченіе выкидыша походитъ на нормальные роды.

Уже первыя сокращенія матки сопровождаются кровотеченіемъ, такъ какъ, вслѣдствіе сокращеній, стѣнка матки передвигается вверхъ по яйцу, вслѣдствіе чего происходитъ отдѣленіе отпадающей оболочки отъ внутренней поверхности матки; въ болѣе поздній періодъ беременности это отдѣленіе отпадающей оболочки происходитъ потому, что она тѣсно связана съ поверхностью яйца; въ первое же время отъ того, что толстая и плотная decidua не можетъ слѣдовать за сокращеніями маточной стѣнки. Кровотеченіе обыкновенно бываетъ довольно сильное, такъ какъ, при значительномъ богатствѣ отпадающей оболочки кровью, отдѣленіе ея сопровождается разрывомъ большаго количества сосудовъ. Прохожденіе яйца черезъ цервикальный каналъ бываетъ различно у перво- и многорождающихъ.

У послѣднихъ, у которыхъ чаще всего встрѣчаются выкидыши, одновременно съ раскрытіемъ внутренняго маточнаго зѣва открываются весь цервикальный каналъ и наружный зѣвъ, такъ что яйцо вы-

¹⁾ Также можетъ случиться, какъ наблюдалъ *Krukenberg* (Arch. f. Gyn. V. XIX. p. 490), что водная оболочка отдѣляется отъ ворсистой и извергается отдѣльно въ видѣ цѣльнаго пузыря.

падаетъ въ рукавъ, коль скоро оно своею наибольшою окружностію прошло черезъ внутренній зѣвъ. У перворождающихъ-же (а также у нѣкоторыхъ многорождающихъ съ неуступчивымъ наружнымъ зѣвомъ) шейка сильно растягивается, края наружнаго зѣва мало по малу истончаются до тѣхъ поръ, пока зѣвъ медленно и постепенно не раскроется и не пропуститъ яйца.

Если наружный маточный зѣвъ мало раскрытъ и края его неподатливы, то яйцо нерѣдко изгоняется тѣломъ матки въ растянутую полость шейки, гдѣ оно и остается, такъ какъ тонкія стѣнки послѣдней не въ состояніи преодолѣть сопротивленіе наружнаго маточнаго зѣва. Этому явленію,¹⁾ аналогическому со склеиваніемъ (*conglutinatio*) наружнаго зѣва при нормальныхъ родахъ, *Rokitansky* ²⁾ далъ не совсѣмъ подходящее названіе беременности шейки—*Cervicalschwangerschaft*; лучше назвать это явленіе выкидышемъ шейки—*Cervicalabort*. При этомъ наружный зѣвъ бываетъ закрытъ, а полость шейки представляется растянутою въ видѣ большой шаровидной опухоли. Если насильственно проникнуть пальцемъ чрезъ наружный маточный зѣвъ или если надрѣзать его края, то легко удастся извлечь яйцо изъ полости шейки и тогда можно убѣдиться, что внутренній зѣвъ закрытъ и что полость матки совершенно пуста. Если яйцо долго будетъ оставаться въ полости шейки то оно можетъ подвергаться гнилостному разложенію и даже сдѣлаться причиною смертельнаго исхода.

Теченіе выкидыша иногда чрезвычайно медленное. Кровотеченія иногда задолго предшествуютъ изверженію яйца, такъ какъ они или сами подають поводъ къ прерыванію беременности, или же, при перерожденныхъ яйцахъ, плодъ которыхъ давно погибъ, кровотеченія происходятъ между оболочками яйца. По мѣрѣ усиленія маточныхъ сокращеній и уменьшенія связи между материнскими яйцевыми оболочками, кровотеченіе усиливается; оно обыкновенно бываетъ довольно значительно, а иногда даже очень обильно. Хотя и чрезвычайно рѣдко случается, чтобы женщина умерла отъ кровотеченія во время выкидыша, тѣмъ не менѣе потеря крови при этомъ довольно часто бываетъ до того значительна, что появляются высшія степени малокровія, доходящаго иногда до исчезанія пульса.

Кровотеченіе обыкновенно останавливается, если все яйцо извержено; но оно будетъ продолжаться, если въ маткѣ остаются яйцевыя оболочки, хотя бы только одна *decidua vera*. Послѣдняя нерѣдко долго задерживается въ маткѣ и подаеть поводъ къ продолжительнымъ кровотечениямъ, а иногда, вслѣдствіе разложенія, и къ инфекціоннымъ заболѣваніямъ. Отдѣльныя части самаго яйца рѣдко задерживаются при произвольномъ теченіи выкидыша, но это довольно часто случается послѣ неудачныхъ попытокъ къ удаленію яйца.

Въ послѣднемъ случаѣ остатки яйца легко разлагаются и превращаются въ икорозный распадъ. Но если инфекціонныя зародыши не проникнуть въ полость матки, то неразложившіеся остатки яйца могутъ долго оставаться въ ней и превращаются въ твердыя по-

¹⁾ *Schülein*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 408. ²⁾ Zeitschr. d. Ges. Wiener Aerzte 1860. № 33.

липообразныя тѣла (плярентарныя полипы), или же, если на нихъ отлагаются фибринозные сгустки, они подають поводъ къ образованію фибринозныхъ полиповъ ¹⁾. Также и отдѣльныя части отпадающей оболочки, содержація часто маленькіе концы ворсинокъ *chorii*, могутъ также долго быть задержаны въ маткѣ ²⁾.

Всѣ эти остатки яйца служатъ обыкновенно причиною обильныхъ и продолжительныхъ кровотеченій, такъ что часто становится необходимымъ удалить ихъ еще долго спустя послѣ происшедшаго выкидыша.

Если яйцо вмѣстѣ съ материнскими оболочками выдѣлилось вполнѣ, то матка обыкновенно хорошо сокращается, изъ нея выдѣляется только немного крови, а потомъ кровянисто-серозной жидкости, внутренней маточный зѣвъ закрывается и сама шейка принимаетъ мало по малу свою прежнюю форму. Полное обратное развитіе матки совершается въ теченіе нѣсколькихъ недѣль; оно вовсе не происходитъ или происходитъ не совершенно, если матка больна или если на нее вліяютъ какіе нибудь неблагоприятные моменты (раннее вставаніе, тѣлесныя напряженія и т. п.).

Чѣмъ позже періодъ беременности, тѣмъ болѣе изверженіе яйца походитъ на нормальные роды. При этомъ должно, однакоже, имѣть въ виду, что хотя при преждевременныхъ родахъ черепныя положенія встрѣчаются все таки чаще другихъ, тѣмъ не менѣе предлежаніе тазовымъ концомъ и поперечныя положенія значительно увеличиваются въ числѣ и тѣмъ больше, чѣмъ раньше прерывается беременность.

Примѣч. Если къ наблюдениямъ, собраннымъ *Veit'*омъ ³⁾ относительно положенія плода при преждевременныхъ родахъ, прибавимъ еще наблюденія *Hugenberger'a* ⁴⁾ то окажется, что изъ 1517 дѣтей, родившихся въ 7, 8 и 9 мѣсяцахъ беременности, родилось: 76,1% въ головномъ положеніи, 19,9%—въ положеніи тазовымъ концомъ и 3,7%—въ косомъ положеніи; тогда какъ изъ 335 дѣтей, родившихся въ 5 и 6 мѣсяцахъ беременности, приходится только 54,6% на черепныя положенія, на положенія же тазовымъ концомъ — 40,3% и на косыя — 5%. Нѣтъ сомнѣнія, что въ эти числа входятъ такъ называемые мертво-гнилые плоды, положеніе которыхъ измѣняется вслѣдствіе перемѣщенія центра тяжести; тѣмъ не менѣе выводъ нашъ будетъ вѣренъ и безъ нихъ, потому что, по *Veit'*у, изъ числа 379 дѣтей, родившихся живыми на свѣтъ, въ 7, 8 и 9 мѣсяцахъ беременности, приходится 84,7% на головныя положенія, 13,7% на положенія тазовымъ концомъ и 1,6% на косыя положенія; изъ 43 дѣтей, родившихся живыми въ 5 и 6 мѣсяцахъ, приходится только лишь: 62,8% на головныя положенія, 27,9% на положенія тазовымъ концомъ и 9,3% на косыя положенія.

Распознаваніе.

Распознаваніе преждевременнаго прерыванія беременности, если наблюдать его съ начала, не трудно. Но если въ началѣ прекращенія беременности отсутствуютъ всѣ другіе признаки, кромѣ кровотеченія, то при распознаваніи можно встрѣтить большія затрудненія.

¹⁾ См. *Schroeder*, *Scanzoni's Beitr.* B. VII.—²⁾ См. *Küstner*, *Beitr. z. Lehre v. d. Endometritis.* Jena 1883. ³⁾ *Scanzoni's Beiträge* IV. p. 280. ⁴⁾ *Bericht u. s. w.* Petersburg 1863. p. 23.

Если въ самомъ началѣ беременности появится кровотеченіе изъ матки, то главная трудность можетъ заключаться въ распознаваніи беременности, которую въ началѣ нельзя узнать съ положительностію. Поэтому, въ случаяхъ появленія кровотеченія по прекращеніи регулъ лучше всего поступать такъ, какъ будто бы мы имѣли дѣло съ беременностію.

Если же существованіе беременности доказано, то мы поступимъ, во всякомъ случаѣ, въ интересѣ больной, если всякое кровотеченіе будемъ считать за патологическое, влекущее за собою выкидышъ, и если будемъ лечить его въ этомъ смыслѣ. Это тѣмъ правильнѣе, что повторное появленіе мѣсячныхъ втеченій беременности, какъ уже сказано выше, составляетъ необыкновенную рѣдкость.

Если выкидышъ на столько подготовленъ, что шейка матки уже раскрылась, то распознаваніе обыкновенно легко, потому что можно прощупать верхушку яйца изслѣдующимъ пальцемъ. Но отличить яйцо отъ полипа можетъ быть иногда трудно и даже невозможно до изверженія опухоли. Особенно трудно это бываетъ тогда, если яйцо разорвалось уже раньше, и во влагалищѣ прощупываются только однѣ лишь утолщенные и покрытыя кровяными стустками оболочки яйца (когда, слѣдовательно, нѣтъ зыбленія въ полости яйца) и когда анамнезъ, вслѣдствіе прежнихъ кровотеченій, вовсе ненадеженъ.

Трудно также бываетъ распознать при однократномъ изслѣдованіи — находится ли яйцо въ маткѣ, или оно извергнуто вполнѣ, или только отчасти. При проходимой маточной шейкѣ, палецъ легко можетъ проникнуть въ полость матки (если другой рукой мы будемъ надавливать на дно матки снаружи) и убѣдиться въ присутствіи какихъ либо частей яйца; — при непроходимомъ маточномъ зѣвѣ, для точнаго распознаванія, можетъ понадобится повторное изслѣдованіе. Анамнезъ выясняетъ обыкновенно только то, что извергались кровяные стустки; но эти стустки состояли ли изъ одной только крови, или же изъ частей яйца, — остается подѣ сомнѣніемъ; матка же представляется увеличенной, даже если яйцо уже извергнуто. Осторожное употребленіе зонда можетъ доказать отсутствіе неразрушеннаго яйца, но его нельзя употребить для отличія кровяныхъ стустковъ отъ остатковъ яйца. Часто въ такихъ случаяхъ, при новомъ изслѣдованіи по поводу вновь появившихся кровотеченій и сильныхъ болей въ крестцѣ, находятъ маточное рыльце проходимымъ, или же, когда кровотеченіе потребуетъ примѣненія тампона, то вслѣдствіе этого маточное рыльце открывается и оставшіяся еще въ маткѣ части яйца извергаются наружу.

Очень важное значеніе представляетъ рѣшеніе вопроса: имѣемъ ли мы дѣло съ нормальнымъ яйцомъ и живымъ плодомъ, или же съ перерожденнымъ продуктомъ беременности и мадерированнымъ плодомъ? Рѣшеніе это чрезвычайно важно въ терапевтическомъ отношеніи, такъ-какъ при здоровомъ яйцѣ и способномъ къ развитію плодѣ, главная наша задача должна состоять въ томъ, чтобы удержать вы-

кидышъ, между тѣмъ какъ при умершемъ плодѣ все вниманіе наше обращено лишь на то, чтобы изверженіе яйца совершилось съ возможно меньшимъ вредомъ для матери. Но рѣшить этотъ вопросъ, въ большинствѣ случаевъ, къ сожалѣнію, очень трудно и тѣмъ труднѣе, чѣмъ раннѣе періодъ беременности, въ которомъ происходитъ выкидышъ.

Если у беременной, которая никогда не выкидывала или которая уже прежде выкинула здоровое яйцо, при правильномъ теченіи беременности, вдругъ появится кровотеченіе, вслѣдствіе внѣшняго вреднаго вліянія или вслѣдствіе явной болѣзни половыхъ органовъ (загибъ матки взадъ, метритъ, міомы) и если при изслѣдованіи матка окажется увеличенною соотвѣтственно предполагаемому времени беременности и притомъ мягкой консистенціи, свойственной ей во время беременности (иногда ощущается отвердѣніе сокращающейся матки), то мы должны принять, что плодъ живъ.

Можно предполагать перерожденное яйцо, съ давно погибшимъ плодомъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда у беременной, уже и прежде выкидывавшей перерожденные яйца, въ теченіе долгаго времени по временамъ показывалась свѣжая или измѣненная, буроватаго цвѣта кровь и если изслѣдованіе покажетъ, что величина твердоватой и круглой матки не соотвѣтствуетъ періоду беременности.

Конечно, признаки эти не совсѣмъ надежны, такъ какъ, въ исключительныхъ случаяхъ, продолжительныя кровотеченія, останавливающіяся мало по малу, могутъ встрѣчаться и при живомъ плодѣ и развивающемся яйцѣ и такъ-какъ исчисленіе срока беременности можетъ быть невѣрно. Такъ, напр., если женщина заявляетъ, что она находится въ пятомъ мѣсяцѣ беременности, а величина матки соотвѣтствуетъ только третьему, то не необходимо, чтобы дѣло шло здѣсь о яйцѣ, умершемъ въ третьемъ мѣсяцѣ беременности; но здѣсь возможно, что въ маткѣ содержится здоровое яйцо трехмѣсячнаго возраста. Поэтому, слѣдуетъ быть очень осторожнымъ при подобнаго рода распознаваніи перерожденія яйца, особенно, когда это опредѣленіе должно вести къ дѣятельной терапіи. Вѣрное распознаваніе, собственно, можетъ быть сдѣлано только тогда, когда мы повторнымъ изслѣдованіемъ твердо убѣдились, что матка не продолжаетъ расти.

О признакахъ, говорящихъ въ пользу смерти плода во второй половинѣ беременности, мы уже говорили выше (см. стр. 112).

Предсказаніе.

Предсказаніе естественно дѣлится на предсказаніе относительно плода и на предсказаніе относительно беременной.

Что касается до перваго, то мы видѣли уже выше, что выкидышъ обуславливается во многихъ случаяхъ смертью плода. Слѣдовательно, во всѣхъ этихъ случаяхъ о предсказаніи относительно плода не можетъ быть и рѣчи. Если яйцо здорово, но будетъ извергнуто въ первые семь мѣсяцевъ беременности, то ребенокъ всегда погибаетъ,

хоти бы онъ и родился живымъ. Рѣшеніе вопросъ: въ состояніи ли мы будемъ устранить выкидышъ (сохранить беременность) — можетъ быть очень затруднительно. Въ терапевтическомъ отношеніи очень важно, если почти все яйцо не вступило еще въ каналъ маточной шейки, не покидать мысли о возможности задержанія выкидыша. Бываютъ случаи, что яйцо, вступивъ отчасти уже въ цервикальный каналъ, вновь возвращается въ матку, и затѣмъ въ нормальный срокъ беременности рождается здоровый ребенокъ. Въ послѣдніе три мѣсяца беременности предсказаніе тѣмъ благоприятнѣе для плода, чѣмъ болѣе преждевременные роды приближаются къ нормальному сроку беременности.

Предсказаніе для матери всегда болѣе или менѣе сомнительно. Кровотеченіе можетъ быть иногда, даже и въ началѣ выкидыша, чаще же по изверженіи яйца, до того значительно, что становится опаснымъ для жизни. Но опытъ научаеъ насъ, что кровотеченіе при выкидышѣ доводитъ часто до высшей степени анеміи, до обмороковъ и до того, что пропадаетъ пульсъ, но все таки рѣдко причиняетъ смерть. Съ появленіемъ обморока кровотеченіе обыкновенно останавливается само собою. Количество крови, которое можетъ терять женщина, не подвергаясь смертельной опасности, индивидуально различно: нѣкоторыя въ состояніи потерять лишь небольшое количество, другія же, на оборотъ, — большую массу. Если изверженіе яйца произойдетъ не вполнѣ, то остатки его могутъ обуславливать весьма долго упорныя кровотеченія, которыя могутъ повлечь за собою постоянное прихварываніе. Задержанныя въ маткѣ части яйца могутъ подвергнуться нагноенію и повлечь за собою гнилостное зараженіе крови. Какъ послѣ нормальныхъ родовъ, такъ и послѣ выкидыша, легко могутъ произойти воспаленія и смѣщенія матки, если за больной будетъ плохой уходъ.

Леченіе.

Леченіе выкидыша ¹⁾ должно быть прежде всего профилактическое.

Само собою понятно, что о профилактическомъ леченіи рѣчь можетъ быть только у такихъ женщинъ, которыя уже нѣсколько разъ выкидывали, такъ какъ въ другихъ случаяхъ бываетъ совершенно достаточно тѣхъ общихъ діететическихъ правилъ, о которыхъ мы говорили выше.

Если врачъ будетъ приглашенъ къ беременной, уже до этого повторно выкидывавшей, то прежде всего онъ долженъ стараться найти дѣйствительную причину бывшихъ выкидышей*).

¹⁾ Schwarz, Samml. klin. Vorträge. Leipzig. 1884. № 241.

*). Подобное частое прерываніе беременности давно уже стали называть *привычнымъ выкидышемъ* (abortus habitualis). Если это происходитъ въ извѣстные, опредѣленные сроки, то выкидышъ называютъ *периодическимъ* (ab. periodicus). Обыкновенно говорятъ, что привычный выкидышъ наблюдается у женщинъ, повидимому совершенно здоровыхъ, и притомъ выкидышъ наступаетъ

Женщинѣ, нѣсколько разъ выкидывавшей и опять забеременѣвшей, обыкновенно дается совѣтъ вести покойную жизнь и даже оставаться возможно долго въ постели, при чемъ вовсе не думаютъ о томъ, что, можетъ быть, плодъ уже умеръ и что въ такомъ случаѣ было бы бессмысленно заботиться о задержаніи изверженія яйца. Нельзя достаточно вооружиться противъ совѣта, даваемого обыкновенно шаблонно, безъ разбора, а именно, противъ продолжительнаго лежанія на спи́нѣ, при повторныхъ выкидышахъ. Чрезвычайно жестоко удерживать въ теченіе мѣсяцевъ здоровую женщину въ постели только потому, что мужъ ея когда то заразился сифилисомъ, вслѣдствіе чего матка ея содержитъ теперь большое яйцо или мертвый плодъ. Если намъ объ этиологіи даннаго случая ничего неизвѣстно, то ужь лучше совѣтъ отказать отъ профилактическаго леченія выкидыша.

Конечно, не всегда легко найти дѣйствительную причину привычнаго выкидыша; отыскать ее составляетъ обыкновенно самую трудную задачу, которая можетъ представляться врачу. Не смотря, однако-же, на это, есть все таки возможность найти причину, если только тщательно изслѣдовать женщину и если удастся достать одно изъ выкинутыхъ ею прежде яицъ.

безъ того, чтобы подѣйствовала какая-нибудь внутренняя или внѣшняя причина. Въ старинной литературѣ нѣтъ недостатка въ подобнаго рода наблюденіяхъ, но-сшихъ на себѣ явно характеръ баснословнаго. Такъ, Morgagni (De sedib. et caus. morbor., Lib. III. Ep. XVIII) цитируетъ, между прочимъ, случай *Schulz'a*, въ которомъ женщина выкинула 23 раза. Еще болѣе поразителенъ случай *d'Outrepont'a* (Abhandlungen u. Beiträge geburtshülflichen Inhalts. Th. 1. p. 252): одна женщина втеченіи 2½, лѣтъ выкинула тридцать разъ (!!!).

Оставивъ въ сторонѣ большую или меньшую степень достовѣрности подобныхъ наблюденій, — во всякомъ случаѣ нельзя согласиться съ тѣмъ, что выкидышъ здѣсь происходитъ безъ всякихъ причинъ, какъ утверждали. Стоить только хорошо поискать. Чѣмъ болѣе развивается гинекологія, тѣмъ болѣе ученіе объ этиологіи привычнаго выкидыша теряетъ прежнюю свою таинственность. Существенное этиологическое значеніе въ этомъ случаѣ имѣютъ различныя заболѣванія половой сферы, притомъ иногда самаго невиннаго свойства. Такъ, нѣсколько лѣтъ тому назадъ мы наблюдали вмѣстѣ съ проф. *Крассовскимъ*, одну пріѣзжую больную, выкинувшую подъ-рядъ 4 раза. При изслѣдованіи найденъ простой язвенный эндометритъ (endometritis ulcerosa), по устраненіи котораго больная наступившую вслѣдъ за этимъ беременность довела до нормальнаго срока. Такие случаи могутъ привести всякій гинекологъ. Если подобныя, не особенно важныя измѣненія въ половой сферѣ могутъ обуславливать привычный выкидышъ, то это само собою понятно относительно болѣе серьезныхъ патологическихъ состояній. Первое мѣсто въ этомъ случаѣ занимаютъ измѣненія въ очертаніи матки. Въ самомъ дѣлѣ, женщина, страдающая напр., загибомъ матки впередъ, можетъ очень легко забеременѣть; по извѣстномъ увеличеніи матки въ объемѣ, загибъ переходитъ въ одноименное наклоненіе (versio), и если при этомъ дно матки слишкомъ наклонено впередъ, то, вслѣдствіе плотнаго прилеганія его къ симфизу, произойдетъ выкидышъ. Подобные случаи, на которые впервые указалъ *Hüter*, мы наблюдали довольно часто. Аналогическихъ примѣровъ изъ патологіи половой сферы мы могли бы привести ad libitum, но считаемъ это излишнимъ, такъ-какъ для пониманія этиологіи такъ называемаго привычнаго выкидыша вышесказаннаго совершенно достаточно. Во всякомъ случаѣ, гораздо проще причину разбраемаго патологическаго явленія искать въ простыхъ измѣненіяхъ той или другой области половой сферы, чѣмъ въ какой-то возбуждаемости матки (*Baudeloque*, *Lachapelle*, *Hohl* и др.), которая въ сущности ничего не объясняетъ. Г.

Если причина будет отыскана, то, понятно, профилактическое лечение должно быть направлено против нея.

Перерожденные яйца съ рано умершимъ плодомъ встрѣчаются нерѣдко у совершенно здоровыхъ женщинъ, но только одинъ разъ и поэтому о профилактическомъ леченіи здѣсь не можетъ быть и рѣчи. Но чаще встрѣчается, что у женщинъ, привычно выкидывающихъ, находятъ какую нибудь болѣзнь матки. Такъ, хроническій эндометритъ можетъ имѣть послѣдствіемъ смерть плода, вслѣдствіе недостаточнаго питанія его, зависящаго отъ разростанія слизистой оболочки или отъ кровоизліяній въ гиперемированную отпадающую оболочку; также матка, изогнутая взадъ, всегда извергаетъ яйцо, когда она не можетъ помѣститься болѣе въ маломъ тазу. Но особенно часто ведутъ къ привычному выкидышу хроническія воспаления матки, причемъ обыкновенно на 4 или 5 мѣсяцѣ беременности извергается здоровое яйцо съ умирающимъ плодомъ. Въ такихъ случаяхъ эндометритъ долженъ быть устраненъ еще до наступленія беременности; при загибѣ матки взадъ — выпрямленіе ея и удержаніе in loco до наступленія періода беременности, когда обыкновенно бывалъ выкидышъ, ведутъ обыкновенно къ цѣли. Хроническій метритъ лучше всего лечить до наступленія беременности; но и во время беременности повторныя кровоизвлеченія посредствомъ уколовъ маточной шейки имѣютъ благотворное вліяніе.

Самая частая причина повторнаго преждевременнаго прерыванія беременности есть сифилисъ; но присутствіе его въ данномъ случаѣ иногда бываетъ очень трудно узнать. Легче всего опредѣлить его въ тѣхъ случаяхъ, когда у матери находятъ явные признаки свѣжей или устарѣлой болѣзни. Но подозрѣвать сифилисъ слѣдуетъ даже и тогда, когда тщательное изслѣдованіе и анамнезъ матери не указываютъ на какіе либо слѣды бывшей болѣзни, такъ какъ несомнѣнно извѣстно, что сифилисъ отца, не поражая мать, можетъ быть переданъ яйцу.

Очень важно въ этомъ отношеніи подробное изслѣдованіе самого яйца. Хотя измѣненія, находимыя на яйцѣ и описанныя *Fraenkel*'емъ, какъ характеристическія для сифилиса, едва ли имѣютъ специфическій характеръ, тѣмъ не менѣе они особенно часто встрѣчаются на сифилитическихъ яйцахъ. Такое же значеніе имѣютъ описанныя *Ziller*'омъ ¹⁾ клиновидные «гуммозные узлы». На самомъ же плодѣ сифилисъ узнается иногда съ положительностію. *Wegner* ²⁾ нашелъ характеристическій признакъ зародышеваго сифилиса въ томъ, что между діафизомъ и хрящемъ эпифиза развивается остеохондрическій процессъ, которымъ обусловливаются неправильная линія окостенѣнія и большая ширина промежуточнаго слоя между хрящемъ и костью. Также увеличеніе пе-

¹⁾ Mittheil. a. d. geb. u. gyn. Kl. zu Tübingen. 2 H. 1885. — ²⁾ Virchow's Arch. B. 50. p. 305.

чени, и главнымъ образомъ селезенки составляютъ постоянное явленіе при врожденномъ сифилисѣ (см. стр. 337).

Если удастся узнать что-либо положительное о сифилисѣ одного или обоихъ родителей, то является настоятельное показаніе къ противусифилитическому леченію.

Если при изслѣдованіи матери мы не находимъ ничего болѣзненнаго, а относительно сифилиса у обоихъ родителей мы получаемъ отрицательный результатъ, то нельзя удовлетворить показанію къ рациональному профилактическому леченію и мы будемъ поступать лучше всего, если будемъ совѣтовать матери соблюдать только обыкновенныя діететическія правила и, послѣ того, какъ произойдетъ выкидышъ, доставить яйцо для изслѣдованія.

Совѣтовать женщинѣ оставаться въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ въ постели позволительно лишь тогда, когда яйцо окажется здоровымъ, а плодъ — недавно умершимъ, такъ какъ только въ такомъ случаѣ мы можемъ надѣяться, что даже очень раздражительная матка въ состояніи будетъ доносить яйцо до конца при абсолютномъ покоѣ. Перерожденіе же яйца и смерть плода нельзя устранить продолжительнымъ лежаніемъ въ постели.

Совсѣмъ другія задачи представляются врачу, когда женщинѣ уже угрожаетъ выкидышъ. Вообще здѣсь представляется слѣдующее показаніе: при здоровомъ яйцѣ слѣдуетъ стараться удержать изверженіе его, при мертвомъ же плодѣ — содѣйствовать ему. Но такъ какъ распознать, съ нѣкоторою положительностію, смерть зародыша или перерожденіе яйца въ первые мѣсяцы беременности обыкновенно не удается, то мы должны поступать въ этихъ случаяхъ такъ, какъ будто мы имѣемъ дѣло съ живымъ плодомъ. Если кровотеченіе незначительно, то слѣдуетъ воздерживаться отъ рѣшительныхъ мѣръ. Совѣтуютъ беременной сохранять постоянное положеніе на спинѣ и даютъ ей внутрь или чрезъ прямую кишку нѣсколько сильныхъ приемовъ опійной настойки. Положеніе на спинѣ можно только тогда измѣнить, если кровотеченіе уже не показывается нѣсколько дней сряду.

Другую терапію требуютъ тѣ случаи, въ которыхъ кровотеченіе грозитъ опасностію. Тутъ не должно терять времени, давая внутрь не надежныя и болшею частью недействительныя средства, какъ-то: минеральныя кислоты и спорыню, укусуныя и холодныя примочки на нижнюю часть живота. — но слѣдуетъ тотчасъ же приступить къ тампонаціи влагалища. (И выпрыскиванія холодной или горячей воды, направленные на маточную шейку, дѣйствуютъ также невррно.) Изъ различныхъ способовъ тампонаціи лучшей — тотъ, который навѣрно останавливаетъ кровотеченіе, не возбуждая слишкомъ сильной потужной дѣятельности. Поэтому, каучуковый тампонъ не совсѣмъ пригоденъ для этой цѣли, такъ-какъ онъ, при умѣренномъ наполненіи его водою, не останавливаетъ кровотеченія, при сильномъ же наполненіи вызываетъ сильныя боли и потути и при томъ препятствуетъ мочеиспуску.

нью. Кровотеченіе всего вѣрнѣе останавливается небольшимъ тампономъ изъ іодоформной марли или салициловой ваты, приложенными помощію зеркала къ кровоточащему мѣсту. Тампонъ этотъ плотно присасывается и тотчасъ прекращаетъ дальнѣйшее кровотеченіе; поэтому нѣтъ надобности выполнять имъ все влагалище, такъ-какъ и маленькій тампонъ останавливаетъ часто самое обильное кровотеченіе.

Когда тампонъ вынимаютъ чрезъ 6—24 часа, смотря по силѣ появившихся сокращеній матки (дольше оставлять его не слѣдуетъ), то часто находятъ извергнутое изъ матки яйцо лежащимъ позади тампона. Если яйцо не спустилось ниже и кровотеченіе продолжается, то вводятъ новый тампонъ. Впрочемъ, и по введеніи тампона, не должно ни въ какомъ случаѣ терять надежду остановить выкидышъ. Не слишкомъ большіе тампоны далеко не всегда усиливаютъ потуги; по удаленіи тампона, иногда случается видѣть, что кровотеченіе остановилось, рыльце матки нѣсколько сдузилось, или, по крайней мѣрѣ, не раскрылось больше прежняго и беременность продолжаетъ свое теченіе безъ дальнѣйшихъ разстройствъ.

3. При леченіи выкидыша очень важно рѣшить вопросъ: слѣдуетъ-ли искусственно удалить яйцо и когда именно?

При рѣшеніи этого вопроса, который былъ разрѣшаемъ чрезвычайно различно ¹⁾, слѣдуетъ строго придерживаться, какъ основнаго правила, того взгляда, что для беременной всего гибельнѣе неудавшіяся попытки удалить яйцо. Палецъ слѣдуетъ вводить въ полость матки только тогда, когда мы увѣрены въ томъ, что можно будетъ удалить яйцо цѣликомъ. Здѣсь дѣло сводится въ сущности на слѣдующіе два момента:

1) отдѣлено-ли яйцо отъ внутренней поверхности матки и 2) возможно-ли проникнуть въ маточную полость.

По отношенію къ обоимъ этимъ обстоятельствамъ, представляется существенная разница, смотря по времени, въ какое происходитъ преждевременное прерываніе беременности.

a) Въ первое время беременности, когда величина яйца не превышаетъ величины куриного, яйцо почти всегда совершенно или почти совершенно уже отдѣлено, въ то время, когда каналъ шейки свободно проходимъ для пальца. Поэтому, въ этомъ періодѣ беременности можно приступить къ выдѣленію яйца тотчасъ, какъ только цервикальный каналъ пропускаетъ палецъ; очень часто мы найдемъ уже все яйцо или часть его въ каналѣ шейки. Последнее можетъ быть и въ такомъ случаѣ, когда наружный маточный зѣвъ еще не проходимъ для пальца. Если мы въ такихъ случаяхъ употребимъ нѣкоторое на-

¹⁾ *Breslau*, Wien. med. Pr. 1866. № 40—42. — *P. Grenser*, Ploss' Zeitschr. 1868. VII. p. 232. — *Dohrn*, Beh. d. Fehlgeburten. Samml. klin. Vortr. № 42. — *Ahlfeld*, Schmidt's Jahrb. B. 174. p. 43. — *Fehling*, Arch. f. Gyn. B. XIII. p. 222. — *J. Veit*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. I. p. 413 и IV. p. 180. — *A. Simpson*, Edinb. med. J. May 1876. — *Cordes*, Ann. de Gynéc. Oct. et Nov. 1876. — *Matz*, Diss. inaug. Berlin 1880.

силіе для проведенія пальца чрезъ зѣвъ или, еще лучше, если мы его сдѣлаемъ проходимымъ помощію надрѣзовъ, то случается иногда найти все яйцо въ каналѣ шейки, а внутренній зѣвъ уже опять закрытымъ (см. стр. 422).

Но если яйцо находится еще въ полости матки, то даже и въ такомъ случаѣ удаленіе его, въ первые три мѣсяца беременности и при проходимости цервикальнаго канала, не представляется затруднительнымъ.

При этомъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что не нужно приступать къ извлеченію яйца до тѣхъ поръ, пока оно не будетъ вполне отдѣлено отъ матки, такъ какъ въ противномъ случаѣ извлеченіе труднѣе, а неотдѣлившіяся части яйца могутъ задержаться и вести къ дурнымъ послѣдствіямъ.

Указательный или средній палецъ вводятъ въ цервикальный каналъ и наружнымъ давленіемъ на матку ее какъ бы нажимаютъ на этотъ палецъ. Если это затруднительно, то надвигаютъ матку на палецъ помощію мюзеревскихъ щипцовъ, которыми захватываютъ переднюю губу. Такъ какъ полость матки не обширна, то ее всю такимъ образомъ легко оцупать и убѣдиться, что яйцо уже вполне отдѣлено, или же, въ противномъ случаѣ, безъ труда докончить отдѣленіе его пальцемъ.

Если яйцо уже совершенно отдѣлено отъ внутренней поверхности матки, то удаленіе его очень легко; но при этомъ слѣдуетъ не извлекать, а выжимать его. Конечно, одно только давленіе на наружные покровы живота здѣсь обыкновенно бываетъ недостаточно; но если, по совѣту *Hoening'a*, ввести два пальца въ передній или задній влагалищный сводъ, смотря потому, куда наклонено тѣло матки, и затѣмъ другою рукою чрезъ брюшные покровы придавливать матку къ пальцамъ, находящимся въ сводѣ, то яйцо выскальзываетъ въ цервикальный каналъ, а оттуда во влагалище.

Если величина яйца уже довольно значительна, то лучше поступать не слишкомъ активно, такъ какъ отдѣленіе яйца въ такомъ случаѣ совершается не легко и при томъ оно продолжительно, потому что яйцо еще не вполне отдѣлилось отъ стѣнки матки, когда цервикальный каналъ уже сталъ проходимъ для пальца. Во всякомъ случаѣ будетъ лучше, если отдѣленіе яйца произойдетъ въ толщѣ отпадающей оболочки, вслѣдствіе естественнаго передвиженія стѣнки матки по яйцу, чѣмъ вслѣдствіе искусственнаго отдѣленія пальцемъ легко разрываемой deciduae. Поэтому, въ подобныхъ случаяхъ вообще цѣлесообразнѣе выжидать и продолжать тампонированіе до тѣхъ поръ, пока по крайней мѣрѣ часть яйца не вступитъ въ полость шейки. Тогда оно уже отдѣлено, и его удается выжать безъ труда.

Если яйцо достигло еще большаго развитія, такъ что при изверженіи его приходится уже принимать во вниманіе и плодъ (начиная, примѣрно, съ конца четвертаго мѣсяца), то прежде всего слѣдуетъ остерегаться извлечь одинъ только плодъ. Нужно убѣдиться собствен-

нымъ опытомъ въ затрудненіяхъ, которыя, при неблагоприятныхъ обстоятельствахъ, представляетъ извлеченіе маленькаго плода изъ полости яйца, чтобы на всегда отказаться отъ подобной попытки. При томъ удаленіе плода едва ли приносить какую нибудь пользу, такъ-какъ и въ этомъ періодѣ беременности все зависитъ еще отъ отдѣленія яйца. Поэтому лучше всего выждать или тампонируютъ до тѣхъ поръ, пока хоть часть отдѣливагося яйца не вступитъ въ каналъ шейки. Тогда яйцо извлекается безъ труда.

Въ еще болѣе позднемъ періодѣ беременности слѣдуетъ поступать приблизительно такъ, какъ при нормальныхъ родахъ.

4. Задержанные остатки яйца слѣдуетъ всегда удалять. При задержаніи большихъ кусковъ яйца цервикальный каналъ бываетъ проходимъ, по крайней мѣрѣ во время наркоза. Прониканіе въ маточную полость значительно облегчается тѣмъ, что разрѣзаютъ съ обѣихъ сторонъ стѣнки цервикальнаго канала до свода (по опорожненіи матки раны зашиваются), губы захватываются *Мюезевскими* щипцами и матку оттягиваютъ внизъ. Этотъ способъ всегда можетъ замѣнить расширеніе цервикальнаго канала помощью прессованныхъ губокъ. Палецъ, введенный въ полость матки, ощупываетъ остатки яйца и, въ свѣжихъ случаяхъ, можетъ ихъ легко отдѣлить; но если выкидышъ послѣдовалъ давно, то отдѣленіе остатковъ можетъ быть довольно затруднительно. Отдѣленные куски удаляются выжиманіемъ.

а) Каналъ шейки остается непроходимымъ для пальца только въ такихъ случаяхъ, когда внутренняя поверхность матки выстлана оставшимися значительными кусками отпадающей оболочки, при микроскопическомъ изслѣдованіи которыхъ обыкновенно находятъ еще ворсинки chorii. Въ подобныхъ случаяхъ острая ложечка оказываетъ превосходную услугу, между тѣмъ какъ въ случаяхъ, упомянутыхъ выше, слѣдуетъ предпочитать отдѣленіе остатковъ яйца пальцемъ, такъ какъ оно менѣе вредно и ведетъ вѣрнѣе къ цѣли¹⁾.

Чтобы примѣнить острую ложку, не требуется предварительно искусственно расширять цервикальный каналъ; для этого вводятъ ложку такой величины, которая бы соответствовала степени раскрытія канала шейки и выскабливаютъ ею всю внутреннюю поверхность матки *).

¹⁾ *Boeters*, Centralbl. f. Gyn. 1877. № 20; *Munde*, e. l. 1878. № 6 и *Bircher*, Corresp. f. Schw. Aerzte 1879. 19.

*) Удаленіе остатковъ плаценты и послѣда при выкидышѣ можетъ быть иногда весьма затруднительно и такъ-какъ это обстоятельство, т. е. болѣе или менѣе продолжительное задержаніе сказанныхъ остатковъ въ маткѣ, можетъ подвергнуть женщину значительной опасности, то вопросъ этотъ заслуживаетъ серьезнаго вниманія. Въ затруднительныхъ случаяхъ уже давно совѣтовали прибѣгать къ удаленію остатковъ плаценты и послѣда помощью инструментовъ, которые всѣ почти имѣютъ форму щипцовъ, болѣе или менѣе похожихъ на полипныя. Сюда относятся инструменты, придуманные для этой цѣли: *Dionis'*омъ (*tenette à bec de gru*), *Leuret'*омъ (*pince à faux germes*), *Bret'*омъ и др. Въ 50-хъ годахъ *Pajot* описалъ свою ложечку *curette articulée*. На основаніи многочисленныхъ наблюденій,

При всѣхъ этихъ манипуляціяхъ слѣдуетъ строго придерживаться антисептическаго способа: не только рукавъ, но и полость матки слѣдуетъ проспирцовывать растворомъ карболовой кислоты и все то, что вводится въ матку слѣдуетъ тщательно дезинфицировать. Поступая такимъ образомъ, мы не будемъ имѣть ни зловоннаго выдѣленія изъ матки, ни воспалительныхъ явленій, и всѣ вышеописанныя манипуляціи переносятся безъ всякой реакціи. По очищеніи полости матки, целесообразно назначить внутрь нѣсколько порошковъ *secalis cornuti* или сдѣлать нѣсколько подкожныхъ впрыскиваній эрготина.

Если задержанные остатки яйца перешли въ гнилостное состояніе, что почти исключительно бываетъ послѣ предварительныхъ попытокъ къ ихъ удаленію, то извлеченіе ихъ вдвойнѣ показано. Воспалительныя явленія со стороны матки или сосѣднихъ тканей, высокая температура и септические процессы настоятельно требуютъ удаленія гнилостныхъ массъ и дренированія очищенной полости матки. Отъ подобнаго леченія насъ не должно удерживать соображеніе о томъ ¹⁾, что, при удаленіи остатковъ яйца, мы открываемъ сосуды, которыми гнилостныя вещества могутъ быть всасываемы, потому что чѣмъ хуже состояніе больной, тѣмъ настоятельнѣе показано удаленіе гнилостныхъ постороннихъ тѣлъ; кромѣ того, по удаленіи ихъ, мы обладаемъ средствами сдѣлать безвредныя выдѣленія маточной полости; средства эти — повторное проспирцовываніе полости матки карболовымъ растворомъ и постоянное прополаскиваніе ея чрезъ дренажъ.

Чрезмѣрно продолжительная беременность. Запоздалые роды. *Partus serotinus.*

Тѣ случаи, когда внѣматочные и находящіеся въ недоразвитомъ боковомъ рѣгѣ зародыши превращаются въ *lithoraedion*, или мало по малу переходятъ въ нагноеніе и, такимъ образомъ, задерживаются въ брюшной полости долѣ нормальной продолжительности беременности, нельзя считать за ненормальную продолжительность ея, такъ-какъ на такіе плоды можно смотрѣть только какъ на постороннія тѣла, заклю-

я пришелъ къ заключенію, что инструментальное удаленіе остатковъ плоднаго яйца въ большинствѣ случаевъ неисполнимо, или же, если настаивать на немъ, то оно сопряжено съ значительной опасностью (раненіе внутр. поверхности матки). Тамъ, гдѣ для достиженія цѣли оказывается недостатокъ одного или двухъ пальцевъ, — тамъ навѣрно будетъ рисковано ввѣриться инструменту, которымъ приходится дѣйствовать въ темнотѣ и подъ слабымъ контролемъ пальца, не могущаго хватать такъ высоко, какъ употребляемый въ дѣло инструментъ. Кромѣ того, прибѣгая къ инструментамъ, мы рискуемъ оторвать часть того, что задержано въ полости матки, и это только затрудняетъ дальнѣйшее удаленіе его: гораздо выгоднѣе, чтобы въ маткѣ задержался большой, чѣмъ малый кусокъ послѣда. На основаніи всего этого я совершенно отвергаю инструментальное удаленіе задержанныхъ оболочекъ и послѣда послѣ выкидыша: на весьма обширномъ матеріалѣ я не видалъ ни одного случая, гдѣ бы я не могъ обойтись только пальцами, однимъ или двумя.

¹⁾ *Kehrer, Prakt. Arzt. 1876. N. 1 и 2.*

ченныя въ брюшной полости. Сюда не слѣдовало бы причислять и тѣ случаи (см. стр. 419), въ которыхъ перерожденное яйцо продолжало развиваться въ маткѣ далѣе нормальнаго срока беременности, или въ которыхъ плодъ, находящійся въ маткѣ, не былъ извергнутъ, но подвергся такому процессу, какому подвергаются плоды, лежащіе внѣ матки, въ брюшной полости.

Мы говоримъ здѣсь только о тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ плодъ, помѣщающійся въ маткѣ, рождался или живымъ, или недавно умершимъ по истеченіи ненормально долгаго времени.

Главная трудность при оцѣнкѣ подобныхъ случаевъ заключается въ томъ, что нормальная продолжительность беременности у женщины подвержена, безъ сомнѣнія, значительнымъ колебаніямъ, и вычисленіе срока почти всякой беременности не вполне вѣрно.

Запоздалые роды только и можно опредѣлить по вычисленію срока, а не по наружному виду ребенка, такъ-какъ мы знаемъ по опыту, что величина, вѣсъ и вообще развитіе зрѣлыхъ дѣтей бываютъ весьма различны и такъ какъ, съ другой стороны, многими приводятся случаи, гдѣ дѣти, родившіяся по расчету очень поздно, были малы. Были же, однако, и такіе случаи, что поздно родившіяся дѣти вѣсили до 14 фунтовъ (если только вѣсъ этотъ былъ вѣренъ). Да и вообще, повидимому, чрезмѣрное развитіе плода (зарощеніе черепныхъ швовъ, малость родничковъ, сильный голосъ и длинные волосы на головкѣ) ничего еще не доказываетъ, потому что всѣ эти признаки встрѣчаются иногда на маленькихъ дѣтяхъ и даже у несовѣмъ зрѣлыхъ; съ другой стороны, у крѣпкихъ дѣтей можно, напр., встрѣтить сильно расходящіеся швы и большіе роднички.

Слѣдовательно, при опредѣленіи запоздалыхъ родовъ придется всегда прибѣгать къ исчисленію срока беременности. На стр. 75 мы видѣли, что роды наступаютъ, приблизительно на 280 день послѣ послѣднихъ мѣсячныхъ. Беременность, продолжающаяся нѣсколько дней за нормальный срокъ, составляетъ явленіе обыкновенное; за-то такіе случаи, въ которыхъ роды наступали на 300 день и позже, считая отъ послѣднихъ мѣсячныхъ, весьма рѣдки и должны быть считаемы запоздалыми родами.

Что подобные случаи встрѣчаются—можно заключать по аналогіи съ животнымъ міромъ (такъ, время носки коровы составляетъ, среднимъ числомъ, 282 дня, но оно можетъ иногда продлиться до 321 дня) и подтверждается рядомъ точныхъ наблюденій. Но частое повтореніе этихъ случаевъ не должно преувеличивать, и признавать роды запоздалыми можно лишь тщательно взвѣсивъ всѣ относящіеся къ нимъ обстоятельства.

Примѣч. Нѣсколько подобныхъ случаевъ см. у *Henke* ¹⁾ и у *Montgomery* ²⁾. Случай болѣе новый и весьма поучительный сообщенъ *Rigler*'омъ ³⁾. Слуста че-

¹⁾ *Abh. aus d. Geb. d. ger. Med.* 2. Aufl. B. 3. Leipzig 1824. p. 323. — ²⁾ l. c. p. 314. — ³⁾ *M. f. G. B.* 31. p. 321.

тыре недѣли послѣ ожидаемаго срока, родился мертвый младенецъ мужескаго пола, длиною въ $19\frac{1}{2}$ " , вѣсомъ въ $10\frac{1}{4}$ фунтовъ, съ сильно развитыми волосами и ногтями. Послѣдъ, отдѣлившійся произвольно, вѣсилъ болѣе 3 фунтовъ и былъ какъ бы усыпанъ известковыми отложениями. Околоплодной жидкости почти вовсе не было. Такъ-какъ въ этомъ случаѣ ребенокъ родился мертвымъ, то можно было бы предложить искусственное прекращеніе беременности (если можно съ вѣрностью опредѣлить продолженіе беременности за нормальный срокъ), такъ-какъ прекращеніе беременности неопасно для матери, а ребенокъ во всѣхъ этихъ случаяхъ вполне способенъ къ жизни.

Въ діагностическомъ отношеніи упомянемъ еще, что, по *Bond'u* ¹⁾, при запоздалыхъ родахъ находятъ у младенца красное кольцо, отъ 1"^m—2"^m шириною, между брюшными покровами и влагалищемъ пупочнаго канатика.

П Р И Б А В Л Е Н І Е .

Смерть матери во время беременности.

Литература: *Reinhardt*, Der Kaiserschnitt an Todten. D. i. Tübingen 1829. — *Heymann*, Die Entbindung lebloser Schwangerer etc. Coblenz 1832. — *Düntzer*, Die Entb. verst. Schwang. Köln 1845. — *Lange*, Casper's Woch. 1847. № 23—26. — *Schwarz*, M. f. G. B. 18. Suppl. p. 121. — *E. A. Meissner*, M. f. G. B. 20. p. 40. — *Ferber*, Schmidt's Jahrb. 1863. B. 117. p. 179 (рефер. о дебатахъ въ парижск. акад.). — *Devilliers*, L'Union méd. 1861. — *Puech*, Gaz. obst. de Paris 1874. p. 149. — *Prunhuber*, Entb. verst. Schwangerer mittelst d. Kaiserschnittes. München 1875.

Такъ-какъ жизнь плода можетъ продолжаться въ теченіе извѣстнаго времени послѣ смерти матери, хотя и очень короткаго ^{*}), то

¹⁾ Med. Times and Gaz. 29. Aug. 1868.

^{*}) Сколько времени внутриутробный плодъ можетъ переживать смерть матери — составляетъ вопросъ, важный въ очень многихъ отношеніяхъ. Понятно, что только строго-научное рѣшеніе этого вопроса можетъ вести къ рациональнымъ примѣненіямъ его въ практикѣ. Сколько мнѣ извѣстно, профессоръ *Breslau* (въ Цюрихѣ) первый пытался свести этотъ вопросъ съ пути бредней и фантазій на почву прямыхъ опытовъ. Онъ сдѣлалъ ихъ цѣлый рядъ съ различными животными. Онъ умерщвлялъ животныхъ различнымъ образомъ (обезкровленіе, утопленіе и пр.) и старался опредѣлить моментъ, когда наступаетъ при этомъ смерть плода. Результатъ всѣхъ этихъ опытовъ тотъ, что, не смотря на внезапную смерть, внутриутробный плодъ переживаетъ смерть матери только втеченіи нѣсколькихъ минутъ. Опыты эти бросаютъ новый свѣтъ на всѣ старые баснословные рассказы о томъ, что внутриутробные плоды переживали своихъ матерей втеченіи многихъ часовъ, а иногда и дней. Важность этого вопроса побудила меня поручить разработку его д-ру *Горещкому*, и онъ послужилъ темою для его диссертациі (Къ вопросу о продолжительности внутриутробной жизни плода послѣ смерти матери. С.-Петербургъ, 1877). Д-ръ Г. значительно расширилъ кругъ опытовъ *Breslau*, введши въ него отравленіе беременныхъ животныхъ нѣкоторыми быстро дѣйствующими ядами. Вотъ тѣ выводы, къ которымъ пришелъ д-ръ *Горещкій*.

1) Плодъ несомнѣнно переживаетъ скоростижную смерть матери.

2) Приступа къ извлеченію плода въ первыя 6 минутъ послѣ смерти матери, можемъ надѣяться извлечь его живымъ.

3) По истеченіи 6 минутъ послѣ смерти матери и до 10 минутъ, можемъ извлечь плодъ въ слабой асфиксїи.

4) Опириуя 10—26 минутъ post mortem, нѣтъ надежды получить плодъ живымъ и въ слабой асфиксїи, а можно получить плодъ въ абсолютной асфиксїи. Извлеченные плоды въ этомъ состоянїи вскорѣ умираютъ всѣ безъ исключенїа.

5) Слабая и абсолютная асфиксїя плода часто случаются уже въ первую минуту послѣ смерти матери.

врач долженъ (этотъ долгъ вмѣняется ему всѣми законодательствами), убѣдившись въ смерти матери, если можно предположить, что плодъ жизне-способенъ, стараться спасти его помощію такъ называемаго кесарскаго сѣченія, т. е. вскрытія брюшной полости и матки и извлеченія ребенка чрезъ эту рану. Такъ-какъ дѣти, которыя были извлечены болѣе чѣмъ черезъ 10 минутъ послѣ смерти матери, только въ исключительныхъ случаяхъ оставались въ живыхъ, то подобное спасеніе жизни плода встрѣчается чрезвычайно рѣдко (по *Heymann'u* и *Lange*, остались въ живыхъ на 331 оперированныхъ только 6 или 7 дѣтей и 13 жили всего нѣсколько часовъ; *Prunhuber* собралъ 10 новыхъ случаевъ, въ которыхъ дѣти остались въ живыхъ, а *Puesch* находитъ, что на 453 операціи 101 дитя обнаруживали признаки жизни и изъ нихъ 43 продолжали жить) Если мать дѣйствительно умерла, то плодъ, безъ всякаго сомнѣнія, очень скоро подвергается асфиксіи и тѣмъ скорѣе, чѣмъ болѣе зрѣлости онъ достигъ. Дѣятельность сердца ребенка, конечно, можетъ еще продолжаться нѣкоторое время и по наступленіи асфиксіи, и, пока она существуетъ, можно еще надѣяться надлежащимъ леченіемъ асфиксіи сохранить жизнь ребенка. Иногда бываетъ возможно спасти плодъ черезъ четверть часа и болѣе послѣ смерти матери. (Изъ новѣйшихъ случаевъ смотри *Breslau* ¹⁾: извлеченный черезъ 15 минутъ послѣ смерти матери ребенокъ жилъ нѣсколько часовъ у *Pingler'a* ²⁾: извлеченный также черезъ 15 минутъ послѣ смерти матери ребенокъ умеръ чрезъ 32 минуты и черезъ 23 минуты послѣ смерти матери родившійся на свѣтъ ребенокъ остался въ живыхъ ³⁾; у *Brotherston'a* ⁴⁾: черезъ 23 минуты былъ извлеченъ ребенокъ въ сильно асфиктическомъ состояніи, котораго, однако, удалось оживить; *Welponer* ⁵⁾: двое живыхъ дѣтей, одинъ умеръ черезъ 24 часа, а другой на четвертые сутки; *Buckell* ⁶⁾: извлеченный черезъ 20—30 мин. по смерти матери асфиктическій ребенокъ остался въ живыхъ). Случаи, гдѣ черезъ нѣсколько часовъ послѣ смерти матери извлекали живаго ребенка (если вообще они еще достовѣрны), должно, безъ сомнѣнія, отнести къ категоріи мнимой смерти. Всего легче спасти младенца, если смерть матери приключится внезапно, вслѣдствіе какого нибудь не-

6) Уже въ первую минуту послѣ смерти матери внутриутробный плодъ ея можетъ умереть, а оперируя 26 минутъ послѣ смерти матери, всегда получимъ плодъ мертвымъ.

7) Чѣмъ короче время между причиной, производящей смерть матери, и прекращеніемъ дѣятельности ея сердца, тѣмъ продолжительнѣе утробная жизнь плода.

8) При отравленіи быстро дѣйствующими ядами, результаты для плодовъ благоприятнѣе, чѣмъ при смерти матери вслѣдствіе другихъ причинъ.

9) Плоды незрѣлые переживаютъ смерть матери не въ меньшей степени, какъ и плоды зрѣлые.

10) Какая бы ни была причина скоростипожной смерти матери, смерть плода всегда наступаетъ при явленіяхъ смерти отъ задущенія. Г.

¹⁾ M. f. G. B. 20. p. 62. — ²⁾ M. f. G. B. 34. p. 251. — ³⁾ e. l. p. 244. —

⁴⁾ Edinburgh med. J. April 1868. p. 930. — ⁵⁾ Wien med. Presse 1879. № 1. —

⁶⁾ Lond. Obst. Tr. XIX. p. 179.

счастливаго случая, — если при этомъ скоро приступить къ кесарскому сѣченію. Если мать умираетъ отъ какой нибудь болѣзни, то должно тщательно слѣдить за угасаніемъ жизни съ помощью стетоскопа, чтобы успѣть во время прибѣгнуть къ ножу для спасенія плода. (Такъ удалось *Hoscheek*'у ¹⁾ у одной беременной, умершей въ послѣднемъ періодѣ легочной чахотки, спасти мнимо-умершаго, оживленнаго вполнѣдствіи ребенка). Впрочемъ, даже при несомнѣнной смерти матери, должно всегда производить операцію и наложеніе повязки по всѣмъ правиламъ искусства.

Такъ какъ шансы сохранить жизнь плода незначительны, если будемъ приступать къ кесарскому сѣченію только послѣ дѣйствительной смерти матери, то *Löwenhardt* ²⁾ предложилъ производить операцію во время агоніи ³⁾. Предложеніе это въ подходящихъ случаяхъ заслуживаетъ вниманія; но нельзя не сознаться, что оно можетъ подать поводъ къ злоупотребленіямъ, а въ частной практикѣ оно довольно часто будетъ оказываться непримѣнимымъ.

Впрочемъ, значительное число достовѣрныхъ наблюденій (не говоря уже о болѣе многочисленныхъ недостовѣрныхъ случаяхъ, разукрашенныхъ обыкновенно самыми причудливыми разсказами) доказываетъ, что и по смерти матери младенецъ можетъ родиться *per vias naturales* ⁴⁾. Несомнѣнно, что продолжающіяся еще маточныя сокращенія могутъ изгнать плодъ непосредственно послѣ смерти. Роды-же, наступившіе болѣе или менѣе долго послѣ смерти матери, во всякомъ случаѣ обусловливаются давленіемъ газовъ, образующихся вслѣдствіе гніенія въ брюшной полости.

Примѣч. Кесарское сѣченіе на мертвыхъ гораздо древнѣе исторіи медицины. Слѣды его находимъ уже въ мифологіи грековъ, которые, безъ сомнѣнія, замѣтали при жертвоприношеніяхъ беременных животныхъ, что заключенные въ утробѣ дѣтеныши продолжали жить еще нѣкоторое время послѣ смерти матери. Такъ, Меркурій вырѣзалъ Вакха, по повелѣнію Зевеса, изъ живота умершей Семелы, а Эскулапъ самъ былъ вырѣзанъ отцомъ своимъ Аполлономъ изъ живота Корониды, убитой Артемидою. Изъ римскихъ временъ дошелъ до насъ въ папедектахъ *lex regia* *), законъ, приписываемый Нумѣ Помпилю, который запрещаетъ хоронить

¹⁾ Archiv f. Gynaek. V. II. p. 118. — ²⁾ Aphor. z. geburtsh. Chir. Bert. 1871. p. 81. — ³⁾ См. также *Sommerbrodt*, Berl. klin. Woch. 1880. 8 и *Runge*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. IX. p. 245. — ⁴⁾ См. *Reimann*, Arch. f. Gyn. V. XI. p. 215.

*) Законъ этотъ гласитъ: *Mulier. quae. praegnans. mortua. ne. humator. antequam. partus. ei. excidatur. quei. secus. faxit. spei. animantis. eum. gravida. occisae. reus. estod.*

Законъ этотъ съ большими или меньшими видоизмѣненіями перешелъ почти во всѣ законодательства и очень часто подавалъ поводъ къ спорамъ о томъ — обязанъ ли врачъ производить кесарское сѣченіе на мертвой, хотя-бы беременная умерла за нѣсколько часовъ тому назадъ. Другой спорный вопросъ состоялъ въ томъ — съ какой эпохи беременности должно приступать къ операціи? Еще недавно (въ 60-хъ годахъ) маститый *Legumeau de Kergaradek*, по поводу одного случая, поднялъ объ этомъ предметѣ весьма оживленные дебаты въ медицинско-академіи въ Парижѣ. Онъ требовалъ, чтобы академія ходатайствовала у правительства объ изданіи положительнаго закона, на основаніи котораго каждый врачъ обязанъ былъ-бы у всѣхъ умершихъ беременных производить кесарское сѣченіе и притомъ начиная съ очень раннихъ періодовъ беременности (съ V мѣсяца). Въ

умершую во время беременности, не сдѣлав на ней предварительно кесарскаго сѣченія, а Плиній рассказываетъ нѣсколько примѣровъ спасенныхъ такимъ образомъ дѣтей и объясняетъ названіе sectio Caesarea слѣдующимъ образомъ: «Auspicatus enecta parente gignuntur: sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Caesarum a caeso matris utero dictus: qua de causa et Caesones appellati. Simili modo natus et Manilius, qui Carthaginem cum exercitu intravit». Христианская церковь, ставшаяся сохранить этотъ законъ во всей его силѣ, въ видахъ крещенія новорожденныхъ, возобновила въ послѣдствіи это правило различными церковными предписаніями. Что операція эта производилась въ средніе вѣка, доказываетъ то обстоятельство, что въ X столѣтіи жили въ С. Галленѣ аббатъ, а въ Констанцѣ — епископъ, которые были извлечены путемъ кесарскаго сѣченія.

подтверженіе своего требованія *L.* приводитъ изъ старинной литературы такіе рассказы, которые могли вызвать только улыбку со стороны его товарищей. Главнымъ образомъ онъ опирался на извѣстное сочиненіе іезуита *Cangiamila* — *Embryologia sacra*. Чтобы дать читателю понятіе о сущности этихъ фактовъ, на которые ссылался *Kergaredek*, мы приводимъ одинъ изъ рассказовъ, заимствованныхъ у *Cangiamila*: «Донъ Франческо Аревалле отправился путешествовать; беременная жена его между тѣмъ заболѣла и умерла; при возвращеніи мужа домой она уже была похоронена. Въ избыткѣ отчаянія и горя онъ желалъ увидѣть трупъ своей жены и ему удалось выхлопотать, чтобы его выкопали изъ могилы. Но въ некоторыхъ движеніяхъ живота (??) и вnutриматочномъ шуму (*vagitus uterinus*) замѣтили, что актъ родовъ наступилъ. Родившійся такимъ образомъ мальчикъ былъ въ послѣдствіи губернаторомъ». — Насколько рассказы *Cangiamila* заслуживаютъ вѣроятія, можно судить по тому, что, по словамъ его, кесарскимъ сѣченіемъ на мертвыхъ спасено втеченіи четырехъ лѣтъ въ Монреалѣ 21 дитя, въ Джирдженти 13, а втеченіи восьми мѣсяцевъ 20 въ Сиракузахъ. — Одинъ изъ главныхъ противниковъ предложенія *Kergaredek'a*, проф. *Deraul* вызвалъ громкій смѣхъ у академикова, сказавъ, что, если факты, приводимые *Kergaredek'омъ*, удивительны, то онъ знаетъ фактъ, еще болѣе удивительный, и прочелъ изъ одного стараго сочиненія слѣдующее: Въ Мансѣ одна женщина была беременна 26 лѣтъ и разрѣшилась субъектомъ, который тотчасъ заговорилъ и притомъ по латыни. Субъектъ этотъ развѣзжалъ въ послѣдствіи по Франціи и показывалъ себя за деньги.

Результатъ всѣхъ этихъ преній былъ тотъ, что академія единодушно отвергла предложеніе *Kergaredek'a*, мотивируя свое постановленіе тѣмъ, что она считаетъ вреднымъ для успѣховъ науки внимательство прямыхъ законоположеній, которыя могутъ только связывать свободную дѣятельность врача. Послѣдній въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ дѣйствуетъ по крайнему своему разумнію и на основаніи извѣстныхъ научныхъ данныхъ. Совѣсть врача — верховный судья его поступковъ въ отношеніи къ вѣрнымъ его попеченіямъ больнымъ. Едва ли что нибудь можно возразить противъ этого благоразумнаго во всѣхъ отношеніяхъ рѣшенія академіи.

Патологія и терапія родовъ.

Правильное теченіе родового акта обуславливается главнымъ образомъ тѣмъ, чтобы механизмъ изгнанія плоднаго яйца не подвергся никакимъ расстройствамъ. Это-же обстоятельство, въ свою очередь, обуславливается, съ одной стороны, нормальными качествами изгоняющихъ силъ, съ другой-же стороны невыходящею изъ нормы степенью сопротивленія, встрѣчаемаго вышесказанными изгоняющими силами. Такъ-какъ степень сопротивленія зависитъ отъ отношенія изгоняемаго объекта (т. е. младенца) къ родовымъ путямъ, чрезъ которые онъ долженъ проходить, то уклоненія отъ нормальнаго механизма родовъ могутъ быть обуславливаемы: 1) аномаліями изгоняющихъ силъ, 2) служеніемъ родовыхъ путей женщины и 3) аномаліями со стороны плода (форма и положеніе его), затрудняющими прохожденіе его чрезъ нормально устроенные родовые пути. Мы рассмотримъ всѣ эти аномаліи родового механизма — каждую отдѣльно.

Аномаліи изгоняющихъ силъ.

Такъ-какъ сопротивленіе, встрѣчаемое изгоняющими силами, можетъ быть чрезвычайно различно, то и степень, которой должны достигать эти силы, для окончанія родового акта, тоже должна быть весьма различна. Такъ, въ одномъ случаѣ, для изгнанія младенца, требуется столь незначительная потужная дѣятельность, что она едва ощущается самой роженицею, и окончаніе родовъ представляется неожиданностью для послѣдней, въ другихъ-же случаяхъ, для преодоленія сопротивленія, встрѣчаемаго младенцемъ при родахъ, требуется величайшее напряженіе со стороны сокращающихся мышечныхъ волоконъ матки и содѣйствія со стороны брюшнаго пресса въ теченіи многихъ часовъ до полнаго истощенія силъ, — чтобы родовый актъ могъ быть оконченъ. Понятно само собою, что, не смотря на то, что, хотя въ первомъ случаѣ потуги очень слабы, но такъ-какъ, тѣмъ не менѣе, ихъ достаточно для окончанія родовъ, то и не можетъ быть рѣчи о болѣзненной (патологической) слабости потугъ; съ другой-же стороны, не менѣе понятно, что, хотя въ другомъ изъ приведенныхъ нами случаевъ потуги достигаютъ чрезвычайно сильной степени, такъ что онѣ могутъ возбудить опасеніе относительно разрыва матки, — тѣмъ не

менѣе мы не имѣемъ никакого права допустить въ этомъ случаѣ какую-бы то ни было неправильность въ потужной дѣятельности. Аномалии въ этомъ случаѣ зависятъ не отъ потугъ, а отъ ненормальнаго сопротивленія, которое встрѣчаютъ изгоняющія силы; чрезвычайно усиленная потужная дѣятельность есть только результатъ чрезмѣрнаго сопротивленія; подобное усиленіе потугъ нельзя не считать благотельнымъ, такъ-какъ только этимъ путемъ возможно естественное окончаніе родовъ. Если-бы усиленную потужную дѣятельность въ подобныхъ случаяхъ считать патологическою и назначать противъ нея соотвѣтственное леченіе, — то это повело-бы къ весьма печальнымъ результатамъ въ практикѣ. Единственный критерій, по которому мы можемъ судить о свойствѣ потугъ, — это вліяніе ихъ на теченіе родового акта, и въ иномъ отношеніи даже очень сильныя потуги могутъ оказаться въ другомъ случаѣ слишкомъ слабыми.

Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что невозможно дать общее опредѣленіе того — что такое слабыя и сильныя потуги. Даже очень слабыя потуги могутъ для даннаго случая оказаться совершенно достаточными; съ другой же стороны, очень сильныя потуги въ другомъ случаѣ могутъ оказаться недостаточными для окончанія родовъ. Поэтому мы можемъ говорить только объ относительно слишкомъ слабыхъ и относительно чрезмѣрно сильныхъ потугахъ.

При этомъ не должно упускать изъ виду, что степень силы потугъ возрастаетъ со степенью встрѣчаемаго ими сопротивленія: если это отношеніе между изгоняющими силами и встрѣчаемымъ ими сопротивленіемъ измѣняется, то въ значительномъ большинствѣ случаевъ сопротивленіе собственно играетъ самую важную роль и расстройство потужной дѣятельности составляетъ явленіе только вторичное. Эти замѣчанія я предпослалъ съ цѣлью опредѣлить точку зрѣнія, изъ которой мы должны выходить при разсмотрѣніи неправильностей потужной дѣятельности а также чтобы было понятно, почему мы ниже, во главѣ о ненормальномъ сопротивленіи, опять будемъ говорить объ аномаліяхъ потужной дѣятельности, обусловливаемыхъ ненормальнымъ сопротивленіемъ.

Изложеніе патологии потужной дѣятельности довольно затруднительно, такъ-какъ мы имѣемъ дѣло съ процессомъ, физиологія котораго еще во многихъ отношеніяхъ совершенно невыяснена.

На стр. 134 мы обратили вниманіе на то, что матка, какъ и всякая другая мышца, способна производить внѣшнюю работу, только благодаря постоянному переходу ея отъ сокращенія къ расслабленію и наоборотъ. Но, съ другой стороны, мы старались доказать наше мнѣніе (см. стр. 203), что во время перемежекъ между потугами, по крайней мѣрѣ въ послѣднихъ стадіяхъ родовъ, мы имѣемъ дѣло не съ полнымъ, — а лишь съ относительнымъ расслабленіемъ мышцъ матки, и что это расслабленіе во время потуги прерывается сильнымъ и поэтому болѣе успѣшнымъ сокращеніемъ матки.

Мы уже знаемъ изъ физиологіи родовъ, что тѣмъ болѣе роды приближаются къ окончанію, тѣмъ слабѣе становятся сокращенія матки, вслѣдствіе утолщенія и укороченія полого мускула. Наоборотъ, въ это время дѣятельность брюшнаго пресса усиливается.

Поэтому, при разсмотрѣніи аномалій изгоняющихъ силъ, мы будемъ различать: 1) аномаліи мускулатуры матки и 2) аномаліи брюшнаго пресса:

Аномаліи со стороны мускулатуры матки, слѣдовательно, патологию собственно потужной дѣятельности, лучше всего раздѣлить на: 1) сокращенія слишкомъ слабыя по отношенію къ сопротивленію; 2) сокращенія слишкомъ сильныя по отношенію къ сопротивленію и 3) такія, продолжающіяся въ сильной степени и во время паузы сокращенія матки, что они не въ состояніи произвести необходимой внѣшней работы, — спазмодическія боли.

Разсмотримъ эти патологическія состоянія по порядку.

Слабость потугъ.

Подъ названіемъ «слабости потугъ» слѣдуетъ понимать, собственно говоря, только такое состояніе потужной дѣятельности, при которомъ потуги сами по себѣ недостаточно сильны для того, чтобы окончить роды. При этомъ, конечно, предполагается, что матка во время пере-межекъ между потугами надлежащимъ образомъ расслабляется. На самомъ же дѣлѣ, къ слабости обыкновенно причисляется и такая дѣятельность матки, которая собственно принадлежитъ къ спазмодическимъ болямъ. Сюда именно относятъ и такіе случаи, въ которыхъ потуги повели бы къ нормальному окончанію родовъ, еслибы матка во время паузъ была надлежащимъ образомъ расслаблена, но въ которыхъ сокращенія матки и въ это время не прекращаются, почему хотя и не сильныя, но сами по себѣ нормальныя потуги производятъ незначительное дѣйствіе на теченіе родовъ. Въ первомъ случаѣ мы предложили бы назвать простою слабостію потугъ, а въ послѣднемъ — судорожною.

Значеніе слабости потугъ различно, смотря по періоду родовъ, въ которомъ она наступаетъ.

Слишкомъ слабыя потуги *) встрѣчаются очень часто въ

*) Покойный проф. *Зейфертъ* строго различалъ слабыя потуги отъ слабости потугъ. Подъ именемъ слабости потугъ (*Wehenschwäche*) онъ понималъ такое патологическое состояніе дѣятельности матки, которое, по истеченіи околоплодной жидкости, можетъ повлечь за собою неблагоприятныя послѣдствія для роженицы, или для плода. Состояніе это наблюдается при продолжительныхъ родахъ, осложненныхъ какимъ нибудь острымъ процессомъ (напр. тифомъ) или же неправильнымъ положеніемъ плода, суженіемъ таза и пр.; оно можетъ быть обусловлено также, кромѣ того, недостаточною иннервацией, какъ это замѣчается иногда при маткѣ съ очень толстыми стѣнками.

При слабыхъ потугахъ (*Schwache Wehen*) сокращенія маточныя нормальны, но недостаточны относительно силы; онѣ наблюдаются чаще всего въ началѣ ро-

началь периода раскрытія маточнаго зѣва, такъ что первый періодъ родовъ протекаетъ весьма медленно и при этомъ встрѣчаются иногда продолжительныя паузы, въ которыхъ потужная дѣятельность совершенно прекращается. Слабость потугъ въ этомъ періодѣ родовъ не имѣетъ никакого особеннаго практическаго значенія. Такъ какъ роженицы при столь слабыхъ потугахъ могутъ еще оставаться на ногахъ и заниматься легкой работой и такъ какъ при этомъ нѣтъ никакого настоятельнаго показанія къ скорѣйшему окончанію родовъ, — то вся терапия въ подобныхъ случаяхъ состоитъ въ надлежащемъ терпѣніи со стороны врача и роженицы.

Во время дальнѣйшаго теченія періода раскрытія, а также въ періодѣ изгнанія первичная слабость потугъ встрѣчается рѣдко.

Иногда, впрочемъ, но далеко не постоянно, первичная слабость потугъ является слѣдствіемъ общей слабости организма, или послѣ изнурительныхъ болѣзней; чаще она зависитъ отъ врожденнаго слабого развитія мускулатуры матки.

Состояніе мускулатуры матки играетъ вообще въ этомъ случаѣ очень важную роль. Сократительная способность матки можетъ быть уменьшена вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія ея во время беременности, слѣдовательно, это особенно часто будетъ встрѣчаться при двойняхъ и чрезмѣрномъ накопленіи околоплодной жидкости (hydramnion); кромѣ того пониженіе сократительной способности матки можетъ также быть послѣдствіемъ воспаленія паренхимы (metritis) и внутренняго покрова ея (endometritis), развившихся во время данной беременности или еще раньше. Очень частое и въ практическомъ отношеніи чрезвычайно важное ослабленіе сократительной дѣятельности матки является послѣдствіемъ слишкомъ частыхъ и въ особенности тяжелыхъ родовъ. Въ послѣднемъ случаѣ почти всегда имѣютъ дѣло съ аномаліями таза, что, въ связи со слабостью потугъ, составляетъ обстоятельство чрезвычайно неблагоприятное.

Когда очертаніе (configuratio) и положеніе матки измѣняются близлежащими опухолями, то также очень легко наступаютъ вслѣдствіе этого расстройства потугъ. Кромѣ новообразованій въ полости живота, практическое значеніе имѣютъ накопленіе кала въ толстыхъ кишкахъ и переполненіе пузырей мочей.

Самое важное значеніе слабость потугъ получаетъ въ послѣдовомъ періодѣ. Ниже мы будемъ говорить объ этомъ отдѣльно.

Распознаваніе слабости потугъ несовсѣмъ просто. При этомъ важнѣе всего то обстоятельство, что теченіе родовъ останавливается,

доваго акта, когда воды еще стоятъ и очень рѣдко по излитіи послѣднихъ. Въ этиологическомъ отношеніи существенную роль здѣсь играютъ недостаточное дѣйствіе двигательныхъ нервовъ и очень значительное пассивное растяженіе матки — hydramnion, двойни и пр.

Придерживаясь этого дѣленія слабыхъ потугъ, *Зейфертъ* отвергалъ обыкновенное дѣленіе на первичную и вторичную слабость потужной дѣятельности (см. *Kleinwächter, Die Lehre v. d. Zwillingen, Prag. 1871. p. 161.* Г.

или значительно замедляется. Если при этомъ сокращенія матки видимо несильны, т. е. если матка не вполне дѣлается твердою; если сокращенія, едва достигши аспе, снова начинаютъ ослабѣвать и если перемежки между отдѣльными сокращеніями слишкомъ продолжительны, то мы имѣемъ дѣло со слабостью потугъ. При названныхъ явленіяхъ, мы должны принять слабость потугъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ одновременно мы имѣемъ и другое осложненіе, которымъ можно было бы объяснить замедленіе родовъ; при отсутствіи же такого осложненія, мы тѣмъ болѣе должны діагностицировать слабость потугъ.

Мы говоримъ объ относительной слабости потугъ даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ роды останавливаются вслѣдствіе неподатливости мягкихъ частей или вслѣдствіе несоразмѣрности между головою и тазомъ, если только сокращенія матки при этомъ не усиливаются значительно, такъ-какъ при названныхъ обстоятельствахъ усиленіе дѣятельности матки слѣдуетъ считать нормальнымъ явленіемъ.

Предсказаніе при слабости потугъ различно и зависитъ отъ періода родовъ, въ которомъ слабость появляется. Чѣмъ раньше вообще она наступила, тѣмъ предсказаніе менѣе неблагоприятно, т. е. въ началѣ родовъ, до истеченія водъ, слабость потугъ вовсе не имѣетъ неблагоприятнаго значенія; въ изгоняющемъ же періодѣ она можетъ вести къ очень серьезнымъ разстройствамъ, а въ послѣдовомъ — она можетъ сдѣлаться даже причиною смерти (вслѣдствіе кровотоčenja).

Терапія. Почти всѣ средства, которыя въ состояніи преждевременно вызывать сокращенія матки во время беременности (см. стр. 242 и слѣд.), могутъ быть употребляемы и во время родовъ, какъ усиливающія потуги.

Въ числѣ ихъ первое мѣсто занимаетъ катетеризація матки, т. е. введеніе и оставленіе эластическаго катетера между стѣнкою матки и плоднымъ яйцомъ. Особенно поразительные результаты получаются, когда пузырь еще стоитъ, но нельзя не согласиться съ *Scanzoni*¹⁾, что катетеръ можетъ еще подѣйствовать благоприятно и послѣ частичнаго излитія водъ. Во всякомъ случаѣ, это средство заслуживаетъ, при стоячемъ пузырьѣ, частаго примѣненія, такъ какъ оно дѣйствуетъ вѣрно и не влечетъ за собою никакихъ вредныхъ послѣдствій, если примѣняется при строгомъ соблюденіи антисептическихъ правилъ²⁾.

Горячіе души (38—40° R.), направляемые на нижній сегментъ матки, составляютъ также весьма драгоцѣнное средство; онѣ особенно дѣйствительны въ началѣ періода раскрытія, размягчая въ тоже время мягкіе родовые пути.

Самымъ цѣлесообразнымъ инструментомъ для этой цѣли служить

¹⁾ Lehrb. d. Geburtsh. 4. Auf. B. II. p. 254. — ²⁾ См. *Valenta*, Die Catheterisatio uteri etc. Wien 1871.

простой ирригаторъ, который слѣдуетъ держать не слишкомъ высоко; онъ даетъ умеренно сильную и совершенно равномерную струю и предохраняетъ отъ опаснаго прониканія воздуха въ полость матки (см. стр. 244). Горячіе души въ особенности примѣнны въ тѣхъ случаяхъ, когда періодъ раскрытія, приводя въ отчаяніе окружающихъ, затягивается на нѣсколько дней, равно какъ и тогда, когда при преждевременно разорвавшемся пузырьѣ, шейка долго не сглаживается и маточный зѣвъ не раскрывается. Впрочемъ нужно имѣть въ виду, что горячій душъ дѣйствуетъ мѣстно какъ раздражающее и что, особенно при повторномъ примѣненіи, онъ вызываетъ боли.

3) Искусственный разрывъ пузыря — средство, во многихъ отношеніяхъ прекрасно дѣйствующее на ускореніе родовъ; переполненіе пузыря околоплодною жидкостью можетъ вредно подѣйствовать на сократительную способность матки, чрезмѣрно растягивая ее, такъ что сильныя потуги появляются только лишь послѣ излітія водъ, хотя бы частичнаго ¹⁾). Кромѣ того, съ отхожденіемъ водъ оболочки яйца сморщиваются и отдѣляются отъ матки, и части тѣла плода производятъ частичное давленіе на отдѣльныя области маточной стѣнки. Эти два фактора и служатъ сильнымъ раздражителемъ, возбуждающимъ сокращеніе матки, вслѣдствіе чего вполне можно разсчитывать на то, что съ истеченіемъ водъ, спустя короткое время, потуги несомнѣнно усилятся. Разрывъ пузыря, однакожъ, не всегда безопасенъ. Опасеніе сухихъ родовъ основано на невѣрномъ взглядѣ, такъ-какъ, и по истеченіи водъ, между изгибами тѣла плода всегда остается нѣкоторое количество ихъ до тѣхъ поръ, пока неосторожнымъ и многократнымъ изслѣдованіемъ не будетъ дана возможность воздуху проникнуть въ полость матки и вытѣснить оставшуюся жидкость. Тѣмъ не менѣе, пока нижній сегментъ матки не обхватываетъ плотно головку, младенцу угрожаетъ опасность, которая особенно серьезна при малораскрытомъ зѣвѣ, а именно: — выпаденіе пуповины (по Гугенбергеру ²⁾) оно, при преждевременномъ разрывѣ пузыря, въ 3 раза чаще, чѣмъ при разрывѣ его въ нормальный срокъ). Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы рекомендуемъ прокалывать пузырь пробнымъ троакаромъ; хотя при этомъ рѣдко случается, чтобы отверстіе, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, не увеличилось, или чтобы оно опять закупорилось, но околоплодная жидкость при этомъ способѣ разрыва, истекаетъ обыкновенно такъ медленно, что спускающаяся головка постепенно обхватывается нижнимъ сегментомъ, матки, вслѣдствіе чего и предотвращается выпаденіе пуповины или мелкихъ частей. При низкомъ же стояніи головки и вдающемся во влагалищѣ пузырьѣ, операція эта можетъ быть произведена какимъ угодно способомъ: ногтемъ, писчимъ перомъ или специально для этой цѣли приспособленнымъ инструментомъ.

¹⁾ См. *Massmann*, Petersb. med. Zeitschr. 1866. Н. 11. р. 46. и 1869. Н. 4. р. 201 и *Bidder*, e. l. 1868. Н. 7 и 8 р. 1. — ²⁾ Petersb. med. Zeitschr. 1872. В. III. §§ 4 и 5.

1/ Тампонада влагалища посредствомъ кольпейринтера цѣлесообразно въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе бояться преждевременнаго разрыва пузыря. Тампонъ замедляетъ разрывъ пузыря тѣмъ, что оказываетъ ему противодавленіе, но въ тоже время онъ возбуждаетъ и потуги.

2/ Растираніе дна матки есть простое, безопасное, но далеко ненадежное средство для усиленія потужной дѣятельности (см. стр. 250 — способъ выжиманія, съ цѣлью усиленія и замѣны потужной дѣятельности матки). Въ правильные промежутки времени дно матки слегка растирается рукою до тѣхъ поръ, пока матка на ощупь не сдѣлается твердою. Этимъ способомъ легко достигается учащеніе болей; гораздо труднѣе усилить имъ энергію отдѣльныхъ сокращеній. Только въ послѣдовомъ періодѣ растираніе дна дѣйствуетъ вполне надежно.

Изъ другихъ средствъ мы упомянемъ еще только объ электричествѣ, которое *M'Rae* ¹⁾ примѣнялъ въ видѣ гальваническаго тока. Одинъ электродъ, въ формѣ большой пластинки, онъ кладетъ на животъ, а другой, меньшій — на промежность. *Hildebrandt* ²⁾ видѣлъ успѣхъ отъ гальваническаго тока только въ послѣдовомъ періодѣ и непосредственно *post partum*; между тѣмъ какъ *Bayer* ³⁾, на основаніи своихъ изслѣдованій, настоятельно рекомендуетъ его.

Нѣсколько подробнѣе мы еще должны рассмотретьъ употребленіе внутреннихъ средствъ, съ цѣлью усиленія потужной дѣятельности.

Изъ врачебныхъ средствъ, которымъ приписывается вліяніе на потуги, первое мѣсто занимаетъ, во всякомъ случаѣ, спорынья — *secale cornutum* ⁴⁾. Она, будучи употребляема въ свѣжемъ состояніи, вѣрно вызываетъ сокращенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ матки. Не смотря на это, употребленіе ея до рожденія младенца, какъ средства, усиливающаго потуги, должно быть рѣшительно отвергнуто, такъ-какъ она вызываетъ судорожное сокращеніе мышцъ матки, а не нормальныя сокращенія, прерываемыя свободными перемежками. Это доказывается, съ одной стороны, прямыми наблюденіями, съ другой же стороны *Schatz*, помощію своего токодинамометра (см. стр. 155), констатировалъ фактъ, что спорынья вызываетъ продолжительное и очень значительное повышеніе внутриматочнаго давленія во время перемежекъ, между тѣмъ, какъ сами сокращенія становятся хотя чаще, но за то они гораздо менѣе ясно вы-

¹⁾ Obst. J. of Gr. Britain. I. p. 460. — ²⁾ Die neue gyn. Universitätsklinik. Leipz. 1876. p. 96. — ³⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XI. p. 88. — ⁴⁾ *Feist*, M. f. G. V. III. p. 241. — *West*, Obst. Tr. III. p. 222 (а также пренія по этому предмету). — *Mayrhofer*, Wiener med. Presse. 1868. № 1, 3, 5. — *Denham*, Dubl. J. of med. sc. April. 1872. p. 336 и June 1872. p. 535. — *Tarnier*, Obst. J. of Great Britain I. p. 63. — *Wernich*, Virchow's Arch. B. 56 — *Zweifel*, Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak. 1875. p. 38. — *Benicke*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 173. — *Markwaldt*, Arch. f. Anat. u. Phys. 1884. p. 434.

ражены, такъ что, наконецъ, настоящія родовыя схватки совершенно прекращаются ¹⁾. Но такъ-какъ именно постоянный переходъ отъ сокращенія къ расслабленію составляетъ самый важный моментъ для изгнанія плода, то спорыньѣ нельзя приписать ускоряющаго вліянія на теченіе родовъ. Кромѣ того, она, вслѣдствіе продолжительныхъ сокращеній, перерываемыхъ только неполными перемежками, можетъ подвергнуть младенца опасности. А именно: при всякомъ сокращеніи матки, обусловливаемомъ даже нормальною потугою, обмѣнъ газовъ между кровью матери и кровью плода, если не совсѣмъ прекращается, то значительно затрудняется, такъ что и во время нормальной потуги частота сердцебиеній иногда уменьшается; при очень же сильныхъ, быстро одна за другою слѣдующихъ сокращеніяхъ, плодъ не можетъ оправляться въ короткія перемежки между болями, подвергается асфиксии и умираетъ. Тоже самое происходитъ при энергическомъ дѣйствіи спорыньи: вслѣдствіе равномернаго сокращенія матки, непрерываемаго перемежками, затрудняется обмѣнъ газовъ въ послѣдѣ, что влечетъ за собою асфиксію плода ²⁾. Поэтому, такъ-какъ спорыньѣ производитъ только опасныя для роженицы судорожныя сокращенія матки, а не правильную, ускоряющую роды потужную дѣятельность и, кромѣ того, вредную для младенца, то она не должна быть употребляема съ цѣлью ускоренія изгнанія плода.

Совсѣмъ другое дѣло — употребленіе спорыньи въ періодѣ вытѣленія послѣда. Задача этого періода родовъ заключается въ томъ, чтобы послѣдъ отдѣлился отъ матки и въ томъ, чтобы матка непосредственно послѣ отдѣленія послѣда осталась въ такомъ сокращенномъ состояніи, чтобы не могло послѣдовать значительнаго кровотеченія изъ открытыхъ сосудовъ; изверженіе же отдѣлившагося послѣда обыкновенно не представляетъ затрудненій. Послѣдъ, какъ мы видѣли въ физиологіи родовъ, отдѣляется отъ внутренней поверхности матки вслѣдствіе того, что, благодаря сокращеніямъ ея, мѣсто прикрѣпленія послѣда сильно уменьшается. Это обстоятельство и, еще болѣе, закрытіе открытыхъ сосудовъ вѣрнѣе всего достигается продолжительнымъ и равномернымъ сокращеніемъ матки, слѣдовательно, дѣйствіемъ, которое вполне отвѣчаетъ дѣйствію спорыньи. Она поэтому показана только въ такомъ случаѣ, когда есть основаніе предположить, что опорожненная матка плохо сократится. Въ этихъ случаяхъ можно дать спорынью, когда изгнаніе плода приближается къ концу, но никогда не слѣдуетъ ее давать въ такое время, когда окончаніе родовъ не предвидится въ

¹⁾ См. *Tageblatt d. Rostocker Naturforscherv.* 1871. p. 65.; см. *Mauk*, D. i. *Tübingen* 1884; *Schatz*, *Deutsche med. Woch.* 1884. № 48 и *Saexinger*, e. l. 1885. № 3. — ²⁾ *J. Veit* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* B. III. p. 253) видѣлъ трещину черепа младенца послѣ потребленія спорыньи.

самомъ скоромъ времени. И въ самомъ послѣдовомъ періодѣ спорынья составляетъ драгоцѣнное средство, такъ-какъ она дѣйствуетъ довольно скоро, большею частью уже спустя 10 минутъ.

Спорынья даютъ обыкновенно въ видѣ порошка отъ 1 до 2 граммъ (16 гранъ до $\frac{1}{2}$ драхмы) на приемъ, но можно ее давать въ видѣ настоя или отвара изъ 4 граммъ на 60 граммъ (1 драхму на 2 унціи) столовыми ложками. Изъ препаратовъ¹⁾ спорыньи дѣйствителенъ только водный экстрактъ ея — эрготинъ *Bonjean'a*²⁾. Спиртный экстрактъ — эрготинъ *Wiggers'a* — составляетъ, по *Köhler'y*,³⁾ *porcoticum acre*. Водный экстрактъ, называемый просто эрготиномъ, въ очищенномъ видѣ, представленномъ *Wernich'омъ*,⁴⁾ употребляется для подкожныхъ впрыскиваній: растворъ готовится въ пропорціи 1: 5 и изъ него берется для каждаго впрыскиванія полный шприцъ или половина его⁵⁾. Отъ долгаго храненія спорынья теряетъ свое дѣйствіе. Въ практическомъ отношеніи важно наблюденіе *Wernich'a*⁶⁾, по которому послѣ приемовъ спорыньи наступаетъ обильное выдѣленіе мочи.

Въ послѣднее время стали рекомендовать пилокарпинъ⁷⁾ для возбужденія потужной дѣятельности и въ особенности для усиленія слабыхъ потугъ. Это средство, повторно (осторожно!) вспрынутое подъ кожу въ количествѣ 0,02 грам., вѣрно производитъ явленія отравленія, но, по собственнымъ моимъ наблюденіямъ, не имѣетъ сколько нибудь вѣрнаго вліянія на потужную дѣятельность.

Бура и настойка корицы предлагаются также какъ средства, усиливающія потуги; дѣйствительность ихъ, однако, очень сомнительна.

Въ новѣйшее время нѣкоторые авторы стали приписывать хинину потуговозбуждающее дѣйствіе. Но дѣйствіе это оказывается проблематическимъ и оспаривается многими врачами, имѣвшими возможность дѣлать многочисленныя наблюденія надъ дѣйствіемъ хинина въ маларійныхъ мѣстностяхъ⁸⁾. Хининъ, какъ потуговозбуждающее средство, примѣнимъ тѣмъ менѣе, что онъ, на основаніи экспериментальныхъ

¹⁾ См. *Kobert*, Ueber d. Bestandtheile u. Wirk. d. Mutterkorns. Leipzig. 1884. — ²⁾ *Schellenberg*, (Centrabl. f. Gyn. 1878. № 16) рекомендуетъ назначать эрготинъ въ гелиатинозныхъ пластинкахъ, которыя содержатъ по 0,1 грам. и предъ приемомъ растворяются въ горячей водѣ. — ³⁾ *Virchow's Arch.* V. 60 p. 381. — ⁴⁾ Berl. V. z. Geb. u. Gyn. V. III. 1. p. 71. — ⁵⁾ Случай, сообщенный *Begg'омъ* (*Lancet*, 1870) заставляетъ быть нѣсколько осторожнымъ при назначеніи спорыньи. Дѣло шло о чрезвычайной истощенной женщинѣ, принявшей во время родовъ 65 гранъ спорыньи и у которой, 6 недѣль спустя, наступила гангрена всѣхъ 4-хъ конечностей. — ⁶⁾ *Med. Centralblatt* 1873. № 23. — ⁷⁾ Литература пилокарпина какъ потуговозбуждающаго средства, см. стр. 247. — ⁸⁾ См. *Hélie*, Wien. med. Presse 1872. № 29. — *Pollak*, e. l. № 31. — *Bordley*, Amer. J. of med. sc. July 1872. p. 73. — *Brown*, e. l. p. 287. — *Erickson*, e. l. — *Harris*, e. l. p. 290. — *Seeds* и *Rutland*, e. l. Oct. 1872. p. 438 и 439. — *Landis*, Med. Times 1. Febr. 1873. — *Goodell's Report* on the progress of Obst. a Gyn. Philad. 1873. p. 3. — *Plumb*, Amer. J. of med. sc. July 1873. p. 128. — *Gray*, Obst. J. of Gr. Brit. I. p. 398. — *Smith*, Amer. J. of Obst. VII. p. 161 и *Goodell*, e. l. p. 162. — *Guelmi*, Giorn. d'Ostetr. e Ginecol. I. 1873. — *Burdell*, Annales de Gyn. Juin — Août 1874. — *Chiara*, Annales de Gyn. II. Sept.

изслѣдованій *Porak'a* и *Runge* ¹⁾, вызываетъ отхожденіе первороднаго кала (безъ асфиксіи) и оказываетъ неблагоприятное вліяніе на питаніе новорожденнаго *) въ первое время послѣ рожденія.

Наркотическія средства оказываютъ превосходное дѣйствіе при сугубой слабости потугъ, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ сами по себѣ не очень сильныя боли оказываются неэффективными, потому что матка во время перемижкѣ между потугами не расслабляется надлежащимъ образомъ, а также въ случаяхъ сильной нервной раздражительности и психическаго возбужденія. *Oberprieler* ²⁾ особенно рекомендуетъ подкожныя впрыскиванія морфія.

Хлороформъ и хлоралъ (см. стр. 202) ³⁾ дѣйствуютъ подобнымъ же образомъ. Наркотическія средства, вызывая болѣе полное расслабленіе мускулатуры матки во время паузъ, тѣмъ самымъ обуславливаютъ болѣе энергическую работу матки. Также и дѣйствіе этихъ средствъ на брюшную прессу во всякомъ случаѣ весьма рѣзко **).

1874. p. 23. — *Duboué*, e. l. Octobre 1874. p. 216. — ⁴⁾ *Central. f. Gyn.* 1880. № 3.

*) Д-ръ *Смолюскій* записалъ въ нашей академіи диссертацию «о вліяніи хлористо-водороднаго хинина на сокращенія матки при родахъ». (Спб. 1876 г.).

Авторъ для изученія дѣйствія хинина въ этомъ случаѣ пользовался тонометромъ *Schatz'a*. Выводы, къ которымъ пришелъ д-ръ С., слѣдующіе: 1) хининъ усиливаетъ боли, не нарушая ихъ физиологическаго характера; 2) онъ удлинняетъ боли; 3) уменьшаетъ ихъ частоту; 4) внутри-маточное давленіе во время паузъ между сокращеніями не измѣняется. Мы зашли бы здѣсь слишкомъ далеко, если бы занялись подробнымъ разборомъ этого вопроса. Мы можемъ только присоединиться къ недовѣрію, высказанному въ текстѣ на счетъ дѣйствія хинина въ этомъ случаѣ. Сомнѣніе это можетъ считаться законнымъ до тѣхъ поръ, пока защитники экболическаго дѣйствія хинина не приведутъ болѣе убѣдительныхъ доводовъ въ пользу своихъ взглядовъ.

²⁾ *D. i. München* 1874. — ³⁾ См. *Gerson da Cunha* и *Bourdon* (*Gaz. des hôp.* 1873. 22).

**) Едва ли акушеру приходится имѣть дѣло такъ часто съ какою нибудь другою аномаліею, какъ со слабостію потугъ. Неудивительно поэтому, что вопросъ на счетъ средствъ, усиливающихъ потуги, издавна занималъ очень многихъ. Поэтому, кромѣ исчисленныхъ въ текстѣ средствъ, мы считаемъ нужнымъ упомянуть еще о слѣдующихъ. Весьма важное мѣсто между ними занимаетъ мѣстное употребленіе холода (на животѣ). *Scanloni* совершенно справедливо выхваляетъ это средство, и мы очень часто имѣли возможность убѣдиться въ дѣйствительности его. Если вспомнимъ, что при родахъ, затянувшихся вслѣдствіе различныхъ причинъ, мы такъ часто имѣемъ дѣло, кромѣ слабости потугъ, еще съ воспаденіемъ внутренняго или даже серознаго покрова матки, то поймемъ какое благотворное дѣйствіе долженъ имѣть въ этомъ случаѣ холодъ. Холодные компрессы прикладываются такъ часто, какъ они нагрѣваются: при этомъ нужно дѣлать болѣе или менѣе продолжительныя паузы.

Такъ-какъ продолжительное употребленіе спорыни положительно вредно для плода, то ее старались замѣнять различными средствами. Было бы весьма полезно снова подвергнуть эти средства тщательному клиническому наблюденію, чтобы можно было вывести на счетъ дѣйствія ихъ какіе нибудь положительные результаты. *Netto* увѣряетъ что онъ замѣчаетъ весьма значительную пользу отъ безвременника. (*Rad. colchici*) *Bromfield* (*Lancet.* 1851. Mai) совѣтуетъ давать, съ цѣлю усиленія потужной дѣятельности, препараты индійской конопли (*Cannabis indica*): ext. can. ind. gr. 3 на dr. spir. vini, каждый часъ или чрезъ нѣсколько часовъ по 10 — 30 капель. — Клістиры изъ скипидара (3 др. (!)) и столько же слизистаго отвара на клістирѣ, по *Brook'u*, тоже усиливаютъ потуги. Наконецъ *Gammet* выхваляетъ дѣйствіе *uva ursi* (*Infus.* изъ 16 граммъ *uv. ursi* на 1 литръ воды, принимать чашками).

G.

Чрезмѣрно сильныя потуги.

Чрезмѣрно сильныя потуги дѣйствуютъ очень сильно, если матка во время перемерекъ разслабляется надлежащимъ образомъ, и, если роды ведутся надлежащимъ образомъ, нисколько не вредны. Если при очень сильныхъ потугахъ сопротивленіе незначительно, то зѣвъ раскрывается весьма скоро, и головка нѣсколько бурно прорѣзывается чрезъ половую расщелину: это такъ называемые слишкомъ быстрые роды (*partus praecipitatus*). Если при этомъ промежность вовсе не поддерживается, то могутъ произойти значительныя поврежденія ея. Умѣрять слишкомъ сильныя потуги никогда не приходится, потому что онѣ нужны для того, чтобы преодолѣть слишкомъ сильное механическое препятствіе, или же, когда этого нѣтъ, младенецъ при этомъ рождается скоро, и матка послѣ этого сокращается весьма хорошо.

Другое дѣло — чрезмѣрно болѣзненныя потуги. И это названіе должно понимать въ смыслѣ чисто относительномъ. Бываютъ женщины, которыя даже при непрерывныхъ сотрясающихъ потугахъ вовсе не жалуются на боль, между тѣмъ какъ другія уже въ началѣ родовъ, при самыхъ слабыхъ сокращеніяхъ матки, не перестаютъ стонать и жаловаться на боли. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что боль отъ потуговъ можетъ доходить до такой степени, что она становится невыносимою и можетъ вести къ временнымъ психическимъ расстройствамъ. Такъ-какъ мы обладаемъ средствами, вѣрно и безопасно устраняющими эти боли, то было бы жестоко, въ случаяхъ чрезмѣрной болѣзненности потуговъ, не прибѣгнуть къ этимъ средствамъ (см. стр. 201).

Чрезвычайно важное значеніе имѣетъ та аномалія потужной дѣятельности, при которой матка, даже во время перемерекъ, вовсе не разслабляется, или разслабляется не надлежащимъ образомъ, т. е. та аномалія, при которой мы имѣемъ дѣло съ продолжительнымъ тоническимъ сокращеніемъ матки.

Выше, на стр. 134, мы уже выяснили, что постоянный переходъ отъ сокращенія къ разслабленію, и на оборотъ, необходимъ для произведенія внѣшней работы, и что продолжительное непрерывное сокращеніе матки не имѣетъ вліянія на поступательное движеніе младенца, но только фиксируетъ его въ данномъ положеніи.

Такого рода судоржныя сокращенія въ рѣдкихъ случаяхъ, встрѣчаются уже въ послѣднее время беременности. Матка на ощупь равномерно тверда, такъ что части плода прощупываются неясно, и органъ при этомъ довольно чувствителенъ на ощупь. Это-то состояніе и было описано прежними врачами подъ названіемъ «*rheumatis mus uteri*».

Гораздо чаще подобныя тоническія сокращенія матки встрѣчаются во время родовъ, хотя высшія степени ихъ, при которыхъ матка

остаётся довольно долго въ равномерномъ сокращеніи — *tetanus uteri*, — чрезвычайно рѣдки и появляются только какъ вторичное явленіе, подъ конецъ запущенныхъ родовъ.

Обыкновенно это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ сами по себѣ сильныя потуги не дѣйствуютъ надлежащимъ образомъ, потому что расслабленіе матки во время перемежекъ несовершенно. Хотя въ подобныхъ случаяхъ сокращенія матки совершенно нормальны, но они оказываются мало дѣйствительными даже при обыкновенномъ сопротивленіи. При изслѣдованіи матки легко замѣтить, что она и во время перемежекъ сильно напряжена, причѣмъ сокращенія обыкновенно бываютъ довольно болѣзненны.

Это состояніе очень часто появляется, какъ вторичное явленіе, если поступательное движеніе младенца встрѣчаетъ значительное препятствіе (чаще всего со стороны твердыхъ родовыхъ путей). Маточныя сокращенія сначала становятся сильнѣе и прерываются правильными перемежками; но мало-по-малу матка и во время перемежекъ начинаетъ оставаться сокращенною, пока, наконецъ, не разовьется постоянное сокращеніе — *tetanus uteri*.

Наркотическія средства составляютъ самую лучшую терапію въ этихъ случаяхъ; но ихъ слѣдуетъ давать въ смѣлыхъ дозахъ. При употребленіи ихъ, напряженіе матки во время перемежекъ уменьшается и теченіе родовъ ускоряется, не смотря на большую продолжительность перемежекъ. Такъ называемыя Пристницевскіе компрессы на животъ и теплыя общія ванны имѣютъ также благоприятное дѣйствіе въ этихъ случаяхъ. Какъ при *tetanus uteri*, такъ и при судорожныхъ стриктурахъ *Fränkel* ¹⁾ находитъ очень дѣйствительнымъ соединеніе морфія съ хлороформомъ. Въ послѣднее время онъ назначаетъ даже атропинъ 0,001 грам. съ морфіемъ (0,015) вмѣстѣ, а потомъ хлороформъ ²⁾.

Такъ называемыя стриктуры *) тѣла матки, т. е. судорожныя

¹⁾ Prager Vierteljahrsschr. 1872. 4. p. 33. — ²⁾ Arch. f. Gyn. B. VII. 380.

*) Обыкновенно судорожныя сокращенія матки дѣлать на нѣсколько видовъ, смотря по тому, какая часть матки поражена. Существенное значеніе въ практическомъ отношеніи имѣютъ до изгнанія плода стриктуры маточнаго зѣва и притомъ преимущественно наружнаго. Кромѣ существенныхъ признаковъ, характеризующихъ стриктуры зѣва и приведенныхъ въ текстъ, мы считаемъ нужнымъ прибавить, что, по излитіи воды, окружность зѣва припухаетъ и раскрытіе идетъ чрезвычайно медленно.

При стриктурѣ внутренняго зѣва этотъ послѣдній представляется въ видѣ неподатливаго, твердаго кольца, чрезвычайно напряженнаго и гладкаго. Для констатированія судорожнаго свойства маточныхъ сокращеній мало обращать вниманіе на вышеприведенные признаки, но нужно принимать въ соображеніе характеръ теченія родовъ вообще. При этомъ окажется, что не смотря на то, что потуги, повидимому, довольно сильны (роженица при этомъ почти непрерывно стонетъ и охаетъ), тѣмъ не менѣе онѣ не оказываютъ почти никакого вліянія на роды, т. е. послѣдніе не подвигаются впередъ.

Вліяніе судорожныхъ сокращеній можетъ весьма неблагоприятно для роженицы, а отчасти также для плода. До истеченія воды судорожныя сокращенія не имѣютъ особенно серьезнаго значенія. Но за то, по излитіи воды, на-

сокращения отдѣльных частей его, въ видѣ кольца, вовсе не встрѣчаются. Такъ какъ уже при наружномъ осмотрѣ сократительное кольцо (Contractionsring, см. стр. 137) представляетъ подѣ пупкомъ рѣзкій перехватъ, въ родѣ песочныхъ часовъ, то, при сильномъ оттягиваніи матки надѣ плодомъ, этотъ перехватъ можетъ казаться стриктурою. Но при болѣе тщательномъ изслѣдованіи, мы находимъ надѣ кольцомъ равномерно сокращенное тѣло матки, а подѣ нимъ вялые и мягкіе: нижній маточный сегментъ, шейку и рукавъ.

Аномалии брюшнаго пресса.

Мы знаемъ изъ физиологіи родовъ, какое значеніе имѣетъ брюшной прессъ въ періодѣ изгнанія плода. Понятно поэтому, что патологическія измѣненія со стороны брюшнаго пресса могутъ дѣйствовать очень неблагопріятно на правильное теченіе періода изгнанія.

Полное прекращеніе дѣйствія брюшнаго пресса въ періодѣ изгнанія плода, къ счастью, едвали случается. Значительное растяженіе мягкихъ родовыхъ частей возбуждаетъ всегда рефлекторно дѣятельность брюшнаго пресса, и дѣйствіе его отсутствуетъ только при полномъ параличѣ нижней половины тѣла или при глубокомъ наркозѣ.

Иногда сказывается все неблагопріятное вліяніе ихъ на родовой актъ. Послѣдній затягивается весьма значительно; подлежащая часть не подается внизъ; роженица, напрасно работая болѣе или менѣе продолжительное время, находится постоянно въ сильно возбужденномъ состояніи: лицо, въ началѣ преимущественно глаза, горятъ, пульсъ чрезвычайно ускоренъ, кожа горячая, сухая. Нерѣдко дѣло доходитъ до общихъ судорогъ. Если это состояніе продолжалось значительное время, то вслѣдъ за этимъ наступаетъ иногда полный упадокъ силъ. — Что касается вліянія судорожныхъ сокращеній на плодъ, то оно сказывается особенно въ періодѣ изгнанія, вслѣдствіе прижатія пуповины, сдавливанія шеи и брюшныхъ органовъ (*Löffler, Kilian*).

При леченіи разбираемаго патологическаго состоянія самую важную роль играетъ заблаговременное распознаваніе его. Опредѣливши, что въ данномъ случаѣ родовой актъ затянулся не вслѣдствіе какого-нибудь механическаго препятствія, должно воздерживаться отъ всякихъ оперативныхъ попытокъ и стараться только исправить ненормальный характеръ сокращеній. Нужно стараться всѣми силами успокоить роженицу. Кромѣ теплыхъ ваннъ, назначаемъ методическія впрыскиванія теплой воды (или слизистаго отвара) въ рукавъ и затѣмъ переходимъ къ наркотическимъ. Послѣднія оказываютъ желаемое дѣйствіе только тогда, когда ихъ употребляютъ въ достаточно большихъ приемахъ. Первое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаетъ опиумъ. Extr. op. дается по 1—2 gr. pro dosi; если бы часа черезъ два не обнаружилось желаемое дѣйствіе, то приемъ повторяютъ. Если нѣтъ подѣ рукой extr. opii, можно замѣнить его настойкой опіатной (t-ra. op. simpl.), и при томъ лучше всего въ клистирахъ (15—20 кап. на 3 унц. жидкости). Въ настоящее время съ громадною пользою употребляютъ подкожныя впрыскиванія морфія и атропина (*Breslau*). Они дѣйствуютъ особенно благопріятно въ связи съ хлороформомъ. Послѣдній употребляется и per se, и почти всегда, употребляемый кстади, оказываетъ весьма благопріятное вліяніе на судорожныя сокращенія.

Старинные акушеры при судорожныхъ боляхъ съ особенною любовью прибѣгали къ общимъ кровопусканіямъ и притомъ чрезвычайно обильнымъ (до обморока). Въ настоящее время кровопусканія въ этихъ случаяхъ совершенно оставлены, точно также и бывшія прежде въ такомъ большомъ ходу тошнотворныя средства (ipecac. и tartar. stib.).

Роды при параличѣ нижней половины тѣла наблюдаются очень рѣдко. Кажется, что періодъ изгнанія въ этомъ случаѣ значительно замедляется. При этомъ не слѣдуетъ удивляться тому обстоятельству, что у многороженицъ, если нѣтъ значительныхъ препятствій, роды также совершаются и безъ участія брюшнаго пресса. Какъ важна, однако, дѣятельность брюшнаго пресса для изгнанія плода, видно изъ того, что при абсолютномъ наркозѣ, когда дѣйствіе брюшнаго пресса прекращается, роды на время совершенно приостанавливаются.

Гораздо чаще встрѣчается неполная дѣятельность брюшнаго пресса. Она наблюдается въ особенности у чувствительныхъ женщинъ, которыя, боясь всякой боли, громко кричатъ во время всякой потуги и тѣмъ самымъ препятствуютъ выработыванію ихъ. Кроме того наблюдаются также такія патологическія состоянія, которыя совершенно исключаютъ могущественное дѣйствіе брюшнаго пресса или ослабляютъ дѣйствіе его въ періодѣ изгнанія плода. Въ первомъ случаѣ значительную роль играетъ дряблость брюшныхъ покрововъ, которая наблюдается при сильно отвисломъ животѣ. Равнымъ образомъ большія грыжи, а также нѣкоторыя болѣзни, въ особенности сердца и легкихъ, оказываютъ тоже дѣйствіе. При отвисломъ животѣ атрофированные мускулы не могутъ производить давленія на содержимое брюшной полости, и матка при каждой потугѣ вѣдряется въ широкой промежутокъ между прямыми брюшными мышцами.

Такое же вліяніе производятъ большія опухоли живота. Сильно переполненный мочевой пузырь также можетъ сдѣлать всякое напряженіе брюшнаго пресса болѣзненною функціею и повлечь за собою угнетеніе ея.

Во всякомъ случаѣ недостаточность брюшнаго пресса обыкновенно уравновѣшивается дѣйствіемъ мускулатуры матки, такъ что невозможность окончанія родовъ силами природы наступаетъ только тогда, когда и дѣятельность полаго мускула совершенно прекращается. Это послѣднее происходитъ очень рѣдко, вслѣдствіе простой слабости схватокъ; гораздо чаще отсутствіе дѣятельности полаго мускула обуславливается столбнякомъ матки (*tetanus uteri*). Въ практическомъ отношеніи гораздо важнѣе то обстоятельство, что полый мускулъ часто настолько передвигается по младенцу вверхъ, что послѣдній совершенно изгоняется изъ него, вслѣдствіе чего полый мускулъ не можетъ болѣе дѣйствовать на поступательное движеніе плода ¹⁾. Это нерѣдко наблюдается у первороженицъ, у которыхъ прорѣзываніе плода встрѣчаетъ значительное препятствіе со стороны неуступчиваго тазоваго дна. Въ данномъ случаѣ плодъ совершенно изгоняется изъ тѣла матки и, если брюшной прессъ въ это время не въ состояніи протиснуть его, роды прекращаются.

Тожe самое наблюдается у женщинъ съ узкимъ тазомъ, въ особенности у многороженицъ. Если головка останавливается въ суженномъ тазовомъ входѣ, а сокращенія матки быстро слѣдуютъ другъ за

¹⁾ См. *Ahlfeld*, Deutsche med. Woch. 1885. № 51.

другомъ, то мягкія родовыя части значительно растягиваются и изъ шейки и нижняго сегмента матки образуется тонкостѣнная полость, въ которой помѣщается почти весь плодъ. И въ этомъ случаѣ роды не могутъ окончиться силами природы, если дѣйствіе брюшнаго пресса окажется недостаточнымъ.

Терапія ненормальной функціи брюшнаго пресса должна прежде всего, разумѣется, состоять въ устраненіи причинъ, вызывающихъ эти разстройства. Если брюшной прессъ не напрягается вслѣдствіе боли, то производятъ поразительное дѣйствіе наркотическія средства, равно какъ и хлороформъ въ умѣренныхъ дозахъ; между тѣмъ какъ подъ влияніемъ полнаго наркоза брюшной прессъ совершенно расслабляется. Если же переполненный мочевой пузырь препятствуетъ успѣшному дѣйствію брюшнаго пресса, то примѣняютъ катетеризацію.

Замѣнить недостаточную дѣятельность брюшнаго пресса мы можемъ только съ трудомъ. Повязка изъ полотенца, цѣлесообразно наложенная вокругъ живота, можетъ, при дряблости брюшныхъ покрововъ, способствовать усиленію потужной дѣятельности, замѣняя до нѣкоторой степени брюшной прессъ. При незначительномъ сопротивленіи можно замѣнить брюшной прессъ выжиманіемъ плода. Лучше же всего замѣнить недостающую *vis a tergo* влеченіемъ или при помощи щипцовъ, или за ножку послѣ предварительнаго поворота плода.

Примѣч. При очень сильномъ дѣйствіи брюшнаго пресса, дѣло можетъ дойти до разрыва легочныхъ пузырьковъ, вслѣдствіе чего вторичнымъ путемъ развивается эмфизема на шеѣ, лицѣ и грудной клеткѣ. Обстоятельство это встрѣчается въ особенности у первородящихъ, легко узнается по опухоли и характеристической крепитации и, если эмфизема не достигла очень значительной степени, она исчезаетъ сама собою въ теченіи 5—7 дней, не оставляя послѣ себя никакихъ дурныхъ послѣдствій. Если-бы имѣли дѣло съ подобнымъ осложненіемъ родоваго акта, то дальнѣйшее распространеніе его можно ограничить очень успѣшно тѣмъ, что запрещаютъ роженіиъ приводить въ дѣйствіе брюшной прессъ, т. е. вырабатываніе потугъ, и способствуютъ скорому окончанію родовъ¹⁾.

Аномаліи мягкихъ родовыхъ путей.

Литература: *Benicke*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. II. p. 232.

Пороки развитія родоваго канала. (См. стр. 343).

Литература: *Kussmaul*, V. d. Mangel etc. der Gebärmutter. Würzb. 1859. p. 167, 253. — *Fürst*, M. f. G. B. 30. p. 97 и 161. — *Schatz*, Arch. f. Gyn. II. p. 296.

При однорогой маткѣ, съ рудиментарнымъ побочнымъ рогомъ, или безъ него, не было наблюдаемо особенныхъ затрудненій при родахъ.

¹⁾ См. *Blundell*, Vorles. über Geburtsh., въ нѣмец. перев. Callmann'a, Leipz. 1838. II. p. 67. — *Depaul*, Gaz. méd. 29 Oct. 1842. — *Soyré*, Gaz. des hôp. 1864. № 92 и 100. — *Sinclair* и *Johnston*, Pract. midw. 1858. p. 517 и *Mackenzie*, Amer. Journ. of Obst. IV. p. 203. — *Whitney*, Boston med. a surg. J. 30. Nov. 1871. — *Александръ*, Arch. f. Gyn. IX. p. 437. — *Fischer*, Zeitschr. f. Wundärzte u. Geb. V. 28. H. 2. — *Nelson*, Edinb. med. J. July. 1877. — *Львовъ*, Centralbl. f. Gyn. 1881. p. 115. — *Eisler*, e. l. 1882. p. 47. — *Leatham*, Med. Press. a. Circ. 24. III. 1880. — *Dunn*, Boston med. a surg. J. 26. April. 1883.

При различныхъ видахъ двойной матки, хотя роды часто совершались также нормально, но, съ другой стороны, при этомъ замѣчалось замедленіе ихъ чаще, чѣмъ при простой маткѣ¹⁾. Причина наблюдавшихся при этомъ разстройствъ въ родовомъ актѣ, помимо механическаго препятствія со стороны перегородки рукава²⁾ обуславливалась главнымъ образомъ косвеннымъ положеніемъ беременной половины матки, чтó, съ одной стороны, дѣствовало неблагоприятно на потужную дѣятельность, а съ другой — также на положеніе плода (часто поперечныя положенія). Нѣсколько разъ при этомъ наблюдаемъ былъ разрывъ матки. При однорогой, а также двойной маткѣ, если послѣдняя имѣетъ надлежащее положеніе, потужная дѣятельность, повидимому, не принимаетъ патологическаго характера. Если при двойной маткѣ плодъ занимаетъ только одну половину ея, то во время родовъ зѣвъ другой половины остается закрытымъ; въ другихъ-же случаяхъ онъ раскрывается. Если же въ обѣихъ половинахъ помѣщается по плоду, то каждая изъ нихъ, совершенно независимо отъ другой половины, можетъ изгнать плодъ въ очень различные промежутки времени. Если даже роды наступаютъ въ обѣихъ половинахъ въ одно время, то потужная дѣятельность въ каждой изъ нихъ совершенно самостоятельна, такъ что одна половина можетъ сокращаться въ то время, какъ другая расслабляется. Въ послѣдовомъ періодѣ двойная матка легко подаетъ поводъ къ сильнымъ кровотеченіямъ, которыя становятся въ особенности опасны, когда послѣдъ прикрѣпляется къ перегородкѣ, раздѣляющей полость матки на два отдѣла и обуславливаются одновременными сокращеніями обѣихъ половинъ.

Заращеніе и сѣуженіе матки.

Литература. Congl. orif. ext.: *W. J. Schmitt*, Heidelb. klin. Annalen I. p. 537. — *Lachapelle*, Prat. des acc. T. 3. p. 298. — *F. C. Naegele*, Heidelb. kl. Annalen. III. p. 492. — *H. F. Naegele*, Mogostokia e congl. orif. uteri ext. Comment. Heidelb. 1835 u. Med. Annal. 1836 II. p. 185. 1840 VI. p. 33. Пренія объ этомъ предметѣ на сѣздѣ врачей и натурал. въ Майнцѣ — *Neue Zeitschr. f. Geb. B. 14. p. 144*. — *Genth*, e. l. B. 29. p. 118. — *Arneth*, die geb. Praxis. p. 64. — *Credé*, Klin. Vortr. 1. p. 143. — *E. v. Siebold*, M. f. G. B. 14. p. 96. — *Roth*, M. f. G. B. 19. p. 144. — *Martin*, e. l. p. 254. — *Wachs*, e. l. B. 30. p. 46. — *Chiari*, *Braun* u. *Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 226. — *Schroeder*, Schw., Geb. u. Woch. p. 80. — *Winckel*, Path. d. Geb. p. 155. — *Cazeaux-Tarnier*, Traité d. accouch. 7 éd. Paris 1867. p. 704. — *Kuhn*, Wiener med. Jahrb. 1870. B. XX. B. 4. p. 24. — *Kleinwächter*, Prager Vierteljahrsschrift 1870. B. III. 109. — *Salisbury*, Boston med. and s. Journ. 24 Apr. 1870 — *Zweifel*, Arch. f. Gyn. V. p. 145. — *Becker*, Bair. ärztl. Int.-Bl. 1873. № 27. — *Palmer*, Obst. J. of Gyn. Brit. October. 1874 p. 404. — *Hildebrandt*, Die neue gyn. Universitätsklinik etc. p. 42. — *Löhlein*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. I. p. 373. — *Welponer*, Wien. med. Pr. 1879. № 17 и слѣд. — *Weber-Breisky*, Prag. med. Woch. 1878. № 7.

¹⁾ *Benicke* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. I. p. 366) наблюдалъ роды даже при uterus didelphys. — ²⁾ *P. Müller* (Arch. f. Gyn. V. p. 132) и *Borynsky* (Arch. f. Gyn. B. X. p. 145) наблюдали механическое препятствіе вслѣдствіе того, что небеременный, сильно гипертрофированный рудиментарный рогъ лежалъ на пути рождающагося плода.

Рувцовое заращение: *Depaul*, Gaz. méd. de Paris 1860. № 22.—*Arneht*, Geb. Praxis. p. 66.—*Hayn*, Berl. kl. Wochenschr. 1870. № 10.—*Kleinwächter*, Prager Vierteljahrsschrift. 1870. B. III. p. 110.—*Latz*, Berl. kl. Wochenschr. 1870, № 35.—*Liebmann*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. II. p. 60.—*Ascher*, Prag. med. Woch. 1879.—*Pilat*, Annales de gynéc. 1876. VI. p. 296.—*Welponer*, Wiener med. Presse 1880. № 22—24.

Такъ-какъ при совершенномъ заращениі маточнаго зѣва зачатіе произойти не можетъ, то случаи заращениа, которыя приходится наблюдать во время родовъ, должны быть отнесены къ категоріи приобрѣтенныхъ во время беременности.

Подъ именемъ склеиванія наружнаго зѣва—*conglutinatio orificii externi*—описываютъ случаи, въ которыхъ зѣвъ, будучи самъ по себѣ очень малъ, не раскрывается во время родовъ. Не смотря на сильныя сокращенія, мы при изслѣдованіи находимъ, что маленькій, обыкновенно едва ощупываемый наружный зѣвъ долго остается закрытымъ, между тѣмъ какъ внутренній зѣвъ широко раскрытъ, а подлежащая часть необыкновенно ясно прощупывается чрезъ очень тонкія стѣнки шейки. Если отыскать мѣсто зѣва и сильно нажать на него пальцемъ или палочкою зонда, то онъ раскрывается и отодвигается надъ головкою. Это отодвиганіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ совершается быстро, въ другихъ же довольно медленно.

Многіе авторы старались объяснить это особенное состояніе наружнаго маточнаго зѣва. Такъ-какъ до беременности зѣвъ былъ открытъ (потому что женщина менструировала и забеременѣла), то большинство принимало, что склеиваніе и сращеніе губъ зѣва происходитъ во время беременности. О причинахъ же и характерѣ этого склеиванія мнѣнія авторовъ были различны.

По моимъ собственнымъ наблюденіямъ, дѣло, при склеиваніи, идетъ не о совершенно закрытомъ, а только объ очень узкомъ наружномъ маточномъ зѣвѣ¹⁾. Если даже не удастся прощупать зѣвъ пальцемъ, то онъ обыкновенно узнается въ зеркалѣ по сидящей въ немъ маленькой капли слизи. Поэтому, *conglutinatio orif. ext.* зависитъ не отъ болѣзненнаго процесса, протекшаго во время беременности, а отъ того, что маленькій наружный зѣвъ перворождающихъ, и въ особенности пожилыхъ перворождающихъ, бываетъ иногда чрезвычайно узокъ, а окружающая его ткань, вслѣдствіе старыхъ катарральныхъ раздраженій, очень жестка и неподатлива. Въ подобныхъ случаяхъ внутренній маточный зѣвъ раскрывается обыкновеннымъ образомъ и отодвигается вверхъ надъ яйцомъ, а стѣнки цервикальнаго канала вытягиваются въ длину и сильно истончаются. При этомъ жесткое кольцо очень маленькаго наружнаго зѣва не уступаетъ; когда часть яйца вступила въ цервикальный каналъ и стѣнки послѣдняго стали тонки какъ бумага, то на кольцо наружнаго маточнаго зѣва не дѣйствуетъ уже никакая растягивающая сила. Маленькое отверстіе зѣва, съ его жесткимъ краемъ, представляетъ тогда большее

¹⁾ Подобнымъ образомъ высказался и *Breisky* (l. c.).

сопротивленіе, чѣмъ истонченная стѣнка цервикальнаго канала, такъ что послѣдняя подвергнется разрыву скорѣе, чѣмъ произойдетъ раскрытіе наружнаго зѣва. Растянутыя стѣнки цервикальнаго канала могутъ отодвинуться надъ яйцомъ только послѣ разрыва жесткаго кольца и механическаго растяженія узкаго отверстія.

Слѣдовательно, при такъ называемой *conglutinatio* дѣло идетъ о недостаточной расширяемости маточнаго зѣва, а не о заращеніи его, и явленія при ней аналогичны съ явленіями при «цервикальномъ выкидышѣ»; разница только въ томъ, что при послѣднемъ матка находится въ покоѣ, такъ какъ маленькое яйцо все помѣщается въ растянутомъ цервикальномъ каналѣ.

Очень рѣдко наблюдается столь крѣпкое сращеніе въ области внутренняго зѣва плодныхъ оболочекъ съ материнскою яйцевою оболочкой, что нижній сегментъ матки не можетъ отойти вверхъ по яйцу. Въ такомъ случаѣ приходится отдѣлять оболочки пальцемъ, или же разрываютъ пузырь, вслѣдъ зачѣмъ зѣвъ раскрывается ¹⁾. Впрочемъ, часто въ такихъ случаяхъ наружныя яйцевыя оболочки — опадающая и кожистая — разрываются произвольно, и тогда послѣднія отходятъ отъ внутренняго зѣва, а водная оболочка, сохраняющая цѣлость яйца, одна только выдается въ видѣ пузыря. На выдѣлившемся яйцѣ мы въ такихъ случаяхъ находимъ, что водная оболочка большею частью отдѣлена отъ внутренней поверхности кожистой.

Гораздо рѣже склеиванія встрѣчаются во время беременности болѣе плотное, настоящее рубцовое заращеніе маточнаго зѣва. Оно составляетъ послѣдствіе воспаленія шейки, а иногда и прижиганій. При изслѣдованіи находятъ, что зѣвъ закрытъ рубцовыми перемычками. Если это патологическое состояніе не устраняется надлежащимъ пособіемъ искусства, то наступаетъ разрывъ передняго свода рукава. Чтобы не дать дойти до этого, нужно прибѣгнуть къ кровавому возстановленію заращеннаго отверстія помощью бистури и ножницъ.

Рубцовое заращеніе, впрочемъ, чаще всего бываетъ неполное, такъ-что при этомъ остается или нѣсколько небольшихъ проходимыхъ отверстій, или очень узкій зѣвъ матки окруженъ твердою рубцовою каймою. Чаще всего рассматриваемое суженіе составляетъ продуктъ язвеннаго воспаленія во время родильнаго періода. Лечение при этомъ такое-же, какъ изложено выше.

Суженіе или, лучше, недостаточная расширяемость маточнаго зѣва можетъ быть, кромѣ того, обусловливаема еще другими патологическими измѣненіями его ткани. Что касается затвердѣнія зѣва, вызываемаго злокачественными новообразованіями, то оно будетъ разсмотрѣно нами ниже; здѣсь мы ограничимся разсмотрѣніемъ обыкно-

¹⁾ См. *Eichstädt*, *Zeug*, *Geb. u. Wochenb. etc.* Greifswald 1859. p. 70. — *Hecker*, *Klin. d. Geburtsk. I.* p. 119. — *Neumann*, *Ueber d. Anzeigen z. künstl. Sprengen d. Eihäute.* D. i. Halle 1869 и *Barnes*, *Obst. Operations.* 2. ed. 1871. 80.

венной, простой неподатливости (*rigiditas*) зъва. Она обуславливается хроническими воспалительными процессами матки и въ особенности шейки ея. Она встрѣчается преимущественно у болѣе старыхъ многорожавшихъ, у которыхъ еще во время беременности можно констатировать значительную гипертрофію маточной шейки (такъ напримѣръ, это бываетъ выражено въ очень значительной степени, когда существовавшее прежде выпаденіе матки было устранено лишь беременностью); по *Welponer*'у ¹⁾ она также наблюдается при сифилитическихъ затвердѣніяхъ. Подобные процессы встрѣчаются и у перворождающихъ и въ особенности они рѣзко выражены при томъ видѣ гипертрофіи влагалищной части, когда она представляется похожей на мужской половой членъ.

У пожилыхъ (старше 30 лѣтъ) первороженицъ, хотя непостоянно, но довольно часто наблюдается недостаточное раскрытіе цервикальнаго канала, такъ что роды продолжаютъ необыкновенно долго, вслѣдствіе чего и предсказаніе для младенца значительно ухудшается. На основаніи этой причины, а также вслѣдствіе слабости потугъ, часто бываетъ необходимо предпринимать оперативныя пособія. Поэтому такія женщины подвергаются болѣе опасости, чѣмъ другія роженицы, всѣмъ неблагоприятнымъ послѣдствіямъ, сопровождающимъ обыкновенно затянувшіеся роды. Кромѣ того у нихъ часто наблюдаются разрывы промежности и эклампсія ²⁾.

Леченіе неуступчивости маточнаго зъва не всегда просто. Такъ какъ естественныя силы самымъ безопаснымъ образомъ содѣйствуютъ раскрытію оплотнѣвшихъ частей, то силамъ этимъ слѣдуетъ предоставить дѣйствовать до тѣхъ поръ, пока это будетъ возможно. Если имъ удастся раскрыть цервикальный каналъ, и сопротивленіе останется только со стороны жесткаго края наружнаго маточнаго зъва, то не слѣдуетъ опасаться дѣлать нѣсколько надрѣзовъ этого края ножницами или бистури. Но если, не смотря на сильную и продолжительную потужную дѣятельность, цервикальный каналъ по всей его длинѣ, иногда довольно значительной, не раскрывается, то предсказаніе становится сомнительнымъ, а терапия трудною. Подобнаго рода случаи длинной и жесткой шейки, при которыхъ происходятъ смерть младенца, разложеніе секретовъ матки и накопленіе газовъ въ ея полости и при которыхъ сама мать начинаетъ лихорадить, принадлежать къ самымъ худшимъ. Имѣя это въ виду, слѣдуетъ быть, при веденіи подобныхъ родовъ, въ высшей степени осторожнымъ и притомъ самымъ строгимъ образомъ придерживаться антисептическаго способа. При этомъ можно попытаться содѣйствовать раскрытію цервикальнаго ка-

¹⁾ Wiener med. Presse 1879. p. 333. — ²⁾ *Aschenborn*, D.i. Berlin 1874. — *Cohnstein*, Arch. f. Gyn. B. IV. p. 499. — *Ahlfeld*, e. l. p. 510. — *Winckel*, Ber. u. Studien. II. 1876 p. 229. — *Tänzer* и *Wyder*, тамъ-же B. III. p. 181. — *Grenser*, Beitr. z. Geb. u. Gyn. Festschrift. Leipzig 1881. — *Mangiagalli*, Annali di Ostetr. 1881. 5—8. — *Rumpe*, Arch. f. Gyn. B. XX. p. 117. — *Steinmann*, Arch. f. Gyn. B. XXII. p. 475. — *Kleinwächter*, Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. B. X. p. 26.

нала введеніемъ въ него маленькихъ каучуковыхъ кольпейринтеровъ (расширителей *Barnes'a*). Но если припадки со стороны матери настоятельно требуютъ окончить роды, то помощію безкровныхъ расширяющихъ средствъ и надрѣзовъ, слѣдуетъ раскрыть цервикальный каналъ на столько, чтобы была возможность извлечь младенца помощію краниокласта.

При гипертрофіи маточной шейки очень легко происходятъ кровоизліянія въ патологически измѣненную ткань ея, которыя, если они достигаютъ значительной степени, образуютъ такъ называемыя кровяныя опухоли шейки (*thrombus cervicis*), обусловливающія нѣрѣдко большее или меньшее препятствіе для родового акта.

Заращенія и суженія рукава и наружныхъ половыхъ частей.

Литература. ЗАРАЩЕНІЯ РУКАВА: *Devilliers*, Annal. f. Frauenkr. VI. p. 297. — *v. Siebold*, Neue Zeitschr. f. Geb. B. 11. p. 321. — *Chiari, Braun u Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 230 — *Cazeaux-Tarnier*, Traité des acc. 7 éd. 1867 p. 690. — *Roth*, M. f. G. B. 19. p. 150. — *Moritz*, e. l. B. 13. p. 60. — *Wachs*, e. l. B. 30 p. 54. — *Schön*, Allg. Wiener med. Z. 1868. № 11. — *Herzfeld*, Wiener med. Presse. 1868. № 34. — *C. Bell*, Tr. of the Edinb. obst. soc. 1870. p. 116. — *Martin*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. B. I. p. 62. — *Odebrecht*, D. i. Greifswald 1871. — *Ten-Eyck*, Amer. J. of Obst. VIII. p. 158. — *Hildebrandt*, Die neue gyn. Universitätsklinik. p. 97. — *Liebmann*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. II. p. 60.

Stenosis hymenalis: *v. Siebold*, Scanzoni's J. f. Geb. Bd. IV. p. 317. — *Deewes*, Krankh. des Weibes, übers. von *Moser*, 1837. p. 25. — *Crédé*, Verh. d. geb. Ges. in Berlin, IV. p. 57. — *Kuwisch*, Die Geburtskunde etc. Erlangen 1854. I. p. 104. — *Röbbelen*, Deutsche Klinik 1854. № 10. — *Leopold*, M. f. G. B. 10. p. 357. — *v. Scanzoni*, Allg. Wiener med. Z. 1864. № 4. — *v. Franque*, Wiener med. Halle. 1864. № 50. — *Edmond*, Gaz. des hôp 1864. № 52. — *Fethersten*, Brit. med. J. 26. March 1864. — *Hubbauer*, Zeitschr. für Wundärzte u. Geb. 1863. XVI. 3. — *Horton*, Philad. med. and surg. Rep. Nov 1869. p. 314. — *Holst*, Scanzoni's Beiträge B. 5. p. 398. — *Godefroy*, Journ. des connoiss. méd.-chir. 1870. № 3 и 4. — *Leisenring*, Philad. med. Times. August 1871. p. 395. — *Johnson*, Brit. med. J. 1871. № 25. — *Carl Braun*, Wiener med. W. 1872. № 45. — *Hay*, Philadelphia med. Times. January 3. 1874. — *Dufour*, Arch. de tocol. Juin 1874. p. 376. — *Brown*, Philadelphia med. J. 1873. Nov. 8. — *Schauta*, Wiener med. Blätter. 1880. № 34.

РУБЦОВОЕ ЗАРАЩЕНІЕ НАРУЖНЫХЪ ПОЛОВЫХЪ ЧАСТЕЙ: *Cazeaux-Tarnier*, Traité des accouch. 7 éd 1867. p. 689. — *Neugebauer*, Bresl. kl. Beitr. z. Gyn. III. p. 1. — *Hanuschke*, Chir. oper. Erf. 1864. p. 182. — *P. Müller*, Würzb. med. Z. VII. p. 61. — *Hildebrandt*, l. c. p. 41.

Суженія рукава въ большинствѣ случаевъ бывають врожденныя. При очень узкомъ рукавѣ, неосложненномъ никакими другими патологическими отклоненіями, роды протекаютъ нѣсколько медленно, но тѣмъ не менѣе потугамъ удается настолько расширить размягченный рукавъ, что головка можетъ пройти чрезъ него. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до продольныхъ разрывовъ рукава, занимающихъ обыкновенно только слизистую оболочку и не проникающихъ до тазовой клѣтчатки.

Очень рѣдко встрѣчается врожденная кольцеобразная стриктура рукава. Одинъ такой случай опубликованъ *Delaunay*¹⁾; совер-

¹⁾ Annales de gynécol Juin 1874. p. 459.

шенно подобный случай наблюдалъ я самъ. Рукавъ при этомъ бываетъ короткій и оканчивается вверху въ видѣ слѣпаго мѣшка, съ маленькимъ отверстіемъ, непроходимымъ для пальца, такъ что является сомнѣніе — есть ли это маточный зѣвъ при короткомъ рукавѣ и отсутствіи сводовъ, или же дѣло идетъ о стриктурѣ рукава. Когда, съ теченіемъ родовъ, суженное мѣсто расширится, то повыше его найдутъ еще часть рукава и затѣмъ уже маточный зѣвъ. *Jarjavay* ¹⁾ и *Trélat-Chantreuil* ²⁾ наблюдали совершенно подобные случаи съ двумя отверстіями.

Не очень рѣдко встрѣчаются въ рукавѣ сращенія въ видѣ перемычекъ, идущихъ отъ одной стѣнки къ другой, но часто не требующихъ никакого вмѣшательства искусства, такъ-какъ онѣ очень тонки и легко разрываются отъ напора головки.

Частичныя суженія рукава вызываются различнаго рода язвенными процессами, при которыхъ заживленіе сопровождалось образованіемъ обширныхъ рубцовъ. Хотя эти суженія и преодолѣваются постепеннымъ напоромъ головки, тѣмъ не менѣе иногда приходится прибѣгать, кромѣ того, къ надрѣзамъ. Послѣдніе особенно умѣстны въ случаяхъ, гдѣ рубецъ занимаетъ только часть рукава. Но они гораздо менѣе пригодны въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ вся длина рукава занята рубцомъ. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ стараться сдѣлать рукавъ проходимымъ, расширяя его прессованными губками, пальцами, расширяющими инструментами и кольпейринтеромъ, равно какъ и надлежащими разрѣзами; въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ, однако, своевременно произведенное кесарское сѣченіе могло бы дать самые лучшіе шансы.

Ненормальная плотность дѣвственной плевы, неразорванной во время совокупленія, подаетъ обыкновенно поводъ только къ незначительному замедленію родовъ, такъ-какъ она сильно растягивается прорѣзывающеюся головкою и вслѣдствіе этого разрывается сама собою. Что же касается старыхъ разрушительныхъ процессовъ губъ, съ образованіемъ твердыхъ, неподатливыхъ рубцовъ, то при нихъ оперативная помощь можетъ составить настоящую необходимость.

Примѣч. Совершенно сохранившуюся дѣвственную плеву находятъ у перворождающихъ не слишкомъ рѣдко. Въ этихъ случаяхъ короткая складка дѣвственной плевы такъ вяла и отверстіе такъ велико, что *immissio penis* возможно легко безъ нарушенія цѣлости плевы. Гораздо рѣже встрѣчаются случаи, въ которыхъ наступила беременность при столь маломъ отверстіи неуступчивой плевы, что *immissio penis* невозможно. Зачатіе въ подобныхъ случаяхъ происходитъ такимъ образомъ, что плева вдавливается воронкообразно въ рукавъ *penis* и чрезъ узенькое отверстіе сѣмя попадаетъ въ верхнюю часть рукава. Въ чрезвычайно рѣдкомъ случаѣ, сообщенномъ *C. Braun*'омъ ³⁾, зачатіе, по всей вѣроятности, наступило подобнымъ же образомъ. Здѣсь, вѣроятно, дѣло шло объ оставшемся *sinus urogenitalis*. Мочеиспускательный каналъ и влагалище открывались въ очень узенькій *sinus*, въ который *immissio penis* было невозможно, и который,

¹⁾ Le Progrés. 1859. — ²⁾ Gaz. méd. 1866. — ³⁾ l. с. первое наблюденіе.

какъ это обыкновенно бываетъ, по величинѣ равнялся моченспускательному каналу. Влагалище было нормальной ширины, и роды въ лицевомъ положеніи протекли благопріятно при помощи боковыхъ надрѣзовъ.

Слишкомъ узкій входъ въ рукавъ, съ малоуступчивыми краями, какъ это встрѣчается у пожилыхъ перворождающихъ, можетъ значительно замедлить изгнаніе плода и, если сокращенія матки при этомъ имѣютъ бурный характеръ, то дѣло можетъ дойти до обширныхъ разрывовъ. И въ этомъ случаѣ могутъ потребоваться боковые надрѣзы напряженныхъ краевъ входа въ рукавъ.

Чрезвычайно рѣдкое, но серьезное препятствіе родовому акту наблюдалъ *Benicke* ¹⁾ у одной женщины, страдавшей высокою степенью вагинизма. Нижняя часть рукава была, вслѣдствіе этого, до того сужена, что потребовалось произвести краниотомію. Спазмъ порядочной степени продолжался и послѣ родовъ, и припадки эти повторялись во время слѣдующихъ 4-хъ родовъ. Подобные случаи описаны *Révillot* и *Krusenstern* ²⁾.

Измѣненія въ положеніи матки.

Отклоненіе матки въ одну какую нибудь сторону, чаще вправо, составляетъ явленіе нормальное и обыкновенно не оказываетъ никакого вреднаго вліянія на теченіе родовъ, хотя бы оно было выражено даже въ довольно значительной степени. Если же степень наклоненія очень значительна, то, такъ какъ сила сокращеній въ такомъ случаѣ дѣйствуетъ не по направленію тазоваго канала, а подъ угломъ къ нему, такое положеніе матки можетъ имѣть дурное вліяніе на теченіе родовъ. Если, какъ часто бываетъ у многорождающихъ, къ этому присоединяется значительная вялость маточныхъ стѣнокъ, то, при сильномъ отклоненіи матки въ сторону, поперечныя положенія плода происходятъ легче, чѣмъ при другихъ условіяхъ.

Наклоненіе матки впередъ — отвислый животъ (*venter prorepens*)—почти всегда устраняется само собою при наступленіи родовъ, если роженица лежитъ на спинѣ, такъ что при нормальномъ тазѣ отвислый животъ можетъ обусловить развѣ только значительное отклоненіе взадъ маточнаго зѣва и болѣе медленное сглаживаніе передней губы его.

Опущеніе нижняго отрѣзка матки, вмѣстѣ съ предлежащею частью, до тазоваго выхода встрѣчается у первородящихъ весьма часто, и такъ какъ это смѣщеніе встрѣчается только при объемистомъ тазѣ, и зѣвъ, при наступленіи потугъ, легко сглаживается, то оно, вслѣдствіе низкаго стоянія предлежащей части, можетъ только облегчить родовую актъ.

Значительная гипертрофія влагалищной части можетъ симулировать выпаденіе матки. Въ этомъ случаѣ, препятствіе при родахъ существенно зависитъ отъ измѣненій ткани маточной шейки зѣва. Послѣдняя пред-

¹⁾ l. c. —) *Centr. f. Gyn.* 1883. p. 44.

ставляется нерѣдко хронически воспаленною и затвердѣлою, такъ что зѣвъ раскрывается весьма медленно, и могутъ потребоваться также надрѣзы.

Guéniot ¹⁾ описываетъ особаго рода набухлость нижняго сегмента матки подъ названіемъ «Allongement oedémateux avec prolapsus du col utérin», которая зависитъ отъ сильной гипереміи и характеризуется повторными появленіемъ и исчезаніемъ припадковъ.

Примѣч. Матка во время родовъ можетъ выпасть совершенно или же только отчасти, т. е. находящійся въ маткѣ плодъ можетъ выпасть вмѣстѣ съ нею изъ родовой расщелины. Случаи неполнаго выпаденія, т. е. такіе, въ которыхъ protrahitur головка, покрытая еще нижнимъ сегментомъ матки, см. у *Hüter'a* ²⁾, а также у *Ruggenini* ³⁾. Случаи полнаго выпаденія см. у *Hüter'a* ⁴⁾ и *Frogé* ⁵⁾. *Foster* ⁶⁾ сообщаетъ случаи, въ которомъ въ послѣдовомъ періодѣ, вслѣдствіе потягиванія за пуповину, произошло полное выпаденіе матки.

Опухоли мягкихъ родовыхъ путей.

Миомы (см. стр. 366).

Литература: *Puchelt*, De tumoribus in pelvi part. imped. Comment. Heidelberg 1840. p. 107 и 116. — *Pillore*, Gaz. des hôp. 1854. № 137. — *Lehmann*, Nederl. Tydschr. for Genesk. Maart en April 1854 (Schmidt's Jahrb. 1855. B. 85. p. 58). — *Habit*, Zeitschr. d. Ges. der Wiener Aerzte. 1860. № 41. — *Hecker*, Kl. u. Geb. II. p. 124 и M. f. G. B. 26. p. 446. — *Breslau*, M. f. G. B. 25. Suppl. p. 122. — *Guéniot*, Gazette des hôp. 1864. № 43. — *Толочиновъ*, Wiener med. Presse. 1869. № 30. — *Magdelaine*, Etudes sur les tumeurs fibr. sous-périt. etc. Thèse. Strasbourg 1869. — *Lambert*, Des grossesses compl. de myomes utérins. Thèse Paris 1870. (Собралъ 165 случаевъ). — Verh. der Société de chir. in Paris in Gaz. des hôp. 1869. № 38—51. — *Nauss*, D. i. Halle 1872. — *Süsserott*, D. i. Rostock. 1870. — *Lefour*, Des fibromes utérins etc. Paris 1880. — *Schroeder*, Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. B. V. p. 394. — *Doléris*, Arch. de tocol. Janvier 1883. etc. — *Stratz*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 12. T. 2.

Полипы: *Oldham*, Guy's Hosp. Rep. Apr. 1844. Vol. III. p. 105 и Vol. VIII. p. 71 и *Lambert*, l. c. (Превосходно разработали этотъ вопросъ *Demarquay* и *St.-Vel* въ Traité clinique des maladies de l'utérus. Paris 1876, chap. II: Des rapports des corps fibreux avec la grossesse et l'accouchement). *F.*

Значеніе миомъ по отношенію ихъ къ родовому акту различно, смотря по мѣсту, которое онѣ занимаютъ. При подслизистыхъ и болѣе значительныхъ промежуточныхъ миомахъ зачатіе происходитъ весьма рѣдко и, если оно происходитъ, то дѣло оканчивается очень часто выкидышемъ. Во время родовъ онѣ рѣдко представляютъ серьезныя механическія препятствія, такъ-какъ онѣ оттягиваются вверхъ вмѣстѣ съ маточною стѣнкою. Въ послѣдовомъ періодѣ онѣ причиняютъ сильныя кровотеченія, если вслѣдствіе ихъ, мѣсто, къ которому прикрѣпляется послѣдъ, не сокращается надлежащимъ образомъ.

Если подслизистые фиброиды имѣютъ тонкую ножку — полипы — то они могутъ опуститься ниже подлежащей части и при поверхностномъ изслѣдованіи могутъ быть смѣшиваемы съ нею. Въ этихъ

¹⁾ См. *Magdelaine*, l. c. p. 17. — ²⁾ London Obst. Tr. XII. p. 273. — ³⁾ Brit. med. Journ. 30 Sept. 1871. — ⁴⁾ *Lomer*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B IX. p. 302. — ⁵⁾ Gaz. méd. 1. Decemb. 1866. p. 753. (M. f. G. B. 31. p. 222). — ⁶⁾ Lancet, Febr. 1869.

случаяхъ часто приходится прибѣгать къ пособіямъ искусства, такъ-какъ оказывается нужнымъ извлекать младенца или же удалять предварительно полипъ (Удаленіе полипа ножницами, если оно только возможно, должно быть предпочитаемо другимъ способамъ уже по отношенію къ постѣродовому періоду). Иногда ножка полипа разрывается сама собою.

Искусственному удаленію доступны и подслизистые фиброиды, неимѣющіе ножки, если они сидятъ въ шейкѣ. Такъ, *Danyau* ¹⁾, *Braxton Hicks* ²⁾ и *Wallace* ³⁾ вылуцали подобнаго рода большія опухоли и достигали того, что роды стали возможны *per vias naturales*. Я самъ ⁴⁾ удалилъ въ концѣ беременности міому величиною съ дѣтскую головку, сидѣвшую въ соединительной ткани таза, послѣ чего наступили нормальные роды. Этотъ способъ заслуживаетъ примѣненія во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ опухоль бываетъ доступна черезъ влагалище, даже когда она выходитъ изъ нижняго сегмента матки.

Подсерозныя міомы, если онѣ не велики, вовсе не причиняютъ никакихъ разстройствъ во время родовъ; если же онѣ велики и сидятъ не у дна, а пониже его, то, запружая входъ въ тазъ, онѣ могутъ составить весьма серьезное препятствіе для родового акта. Если онѣ не совершенно запружаютъ входъ въ тазъ, то онѣ часто смягчаются такъ сильно, что, противъ всякаго чаянія, плодъ прогоняется мимо опухоли или же, по крайней мѣрѣ, можно извлечь его, правда, иногда только по предварительномъ раздробленіи черепа. (Ручное извлечение за ножки удается всегда легче, чѣмъ извлечение щипцами за подлежащую головку). Прежде всего, въ этихъ случаяхъ должно оттолкнуть опухоль назадъ въ большой тазъ (иногда міома оттягивается вверхъ сама собою, вслѣдствіе сокращеній матки, передвигающейся вверхъ по подлежащей части). Если попытки отдавить вверхъ опухоль продолжать энергически и настойчиво, то онѣ часто удаются и тогда, когда опухоль даже очень велика и казалась сначала совершенно неподвижною. Если же это не удается, то приходится прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію, которое въ такихъ случаяхъ даетъ чрезвычайно неблагоприятное предсказаніе ⁵⁾.

Примѣч. До сихъ поръ еще окончательно не рѣшенъ вопросъ слѣдуетъ ли при міомахъ, для удаленія которыхъ приходится прибѣгать къ кесарскому сѣченію, предпочитать старое кесарское сѣченіе операциі *Porro* (точнѣе сочетаніе операциі *Porro* съ міотоміей) ⁶⁾. Несомнѣнно, что въ этихъ случаяхъ нужно принципиально предпочесть послѣдній способъ, такъ какъ большая своевременно разрѣшится отъ бремени и освободится отъ опухоли. Однакоже изъ четырехъ женщинъ, оперированныхъ по такому способу *Storer*омъ, *Agnew*омъ, *Tarnier* и *Zweifel*емъ ни одна не осталась въ живыхъ. Смертность по *Sänger*у отъ кесарскаго сѣченія при міомахъ—83,7%, т. е. на 43 операциі приходится 36 смерт-

¹⁾ См. *Magdelaine*, l. c. p. 17. — ²⁾ Lond. Obst. Tr. XII, p. 273. — ³⁾ Brit. med. Journ. 30, Sept. 1871. — ⁴⁾ *Lomer*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. IX, p. 302. — ⁵⁾ Arch. de tocol. Nov. и Dec. 1875. — ⁶⁾ См. *Sänger*, Beitr. z. Geb. u. Gyn. Festschrift. Leipzig 1881. p. 47.

ныхъ случаевъ. Смертность же дѣтей—55,2⁰/₁₀₀, т. е. на 38 операцій приходится 21 смертный случай.

Если удаление міомы представляетъ значительныя техническія затрудненія, то слѣдуетъ, если возможно, производить только одно кесарское сѣченіе. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ слѣдуетъ производить одновременно удаление міомы со всею маткою и съ придатками; слѣдовательно соединять міотомію съ операціею *Porro*.

Какое значительное вліяніе оказываютъ фиброиды на положеніе плода и механизмъ родовъ — показываютъ статистическія данныя *Толочинова* ¹⁾, который, на 25 черепныхъ положеній, нашелъ 13 тазовыхъ и 10 положеній поперечныхъ. Роды протекли 30 разъ нормально, 21 разъ очень трудно, но безъ пособій искусства, 39 разъ потребовались различныя операціи.

Очень рѣдко встрѣчается простая гипертрофія передней губы маточнаго зѣва такихъ размѣровъ, что она обусловливаетъ значительное механическое препятствіе для родового акта. [См. *Kennedy* ²⁾, *Schöller* ³⁾, (я самъ наблюдалъ на 5-мъ мѣсяцѣ беременности случай, совершенно похожій на Шеллеровскій и въ которомъ передняя губа, толщаною съ предплечіе, была принимаема за вывороченную матку. Къ сожалѣнію, я не могъ подвергнуть эту больную дальнѣйшему наблюденію) и *Cazeaux-Tarnier* ⁴⁾; въ послѣднемъ случаѣ маточная шейка, вслѣдствіе опухоли, помѣщавшейся въ крестцовой впадинѣ, повернулась вокругъ оси такимъ образомъ, что задняя губа стала переднею и наоборотъ]. Въ случаѣ, сообщенномъ *Niemeyer*-омъ ⁵⁾, опухоль, достигавшая величины дѣтской головки, помѣщалась между бедрами. Младенецъ извлеченъ былъ щипцами, а опухоль удалена лигатурой въ родильномъ періодѣ. Въ аналогическихъ случаяхъ *Godson*'а ⁶⁾, *Szukits*'а ⁷⁾ и *Scharlau* ⁸⁾ гипертрофированная губа уменьшилась почти совершенно до нормальныхъ размѣровъ въ теченіи родильнаго періода.

Ракъ (см. стр. 367).

Литература: *Puchelt*, l. c. p. 74. — *Menzies*, M. f. G. B. 5. p. 207. — *Simpson* Sel. Obst. Works. I. 1871 p. 498. — *Dietrich*. Der Gebärmutterkrebs als Compl. d. Geb. D. i. Breslau 1868. — *Cohnstein*. Arch. f. Gyn. B. V. p. 366. — *Valenta*, Arch. f. Gyn. B. X. p. 405. — *Rutledge*, D. i. Berl. 1876. — *Benicke*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. I. p. 337. — *Herman*, Lond. Obst. Tr. V. XX. p. 191. — *Wiener*, Bresl. ärztl. Zeitschrift II. № 4. — *Frommel*, Z. f. Geb. u. Gyn. B. V. 158. — *Gönnner*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. X. p. 7. — *Stratz*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XII. T. 2. — *Felsenreich*, Wiener med. Presse 1883. — (*G. Chantreuil*, Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement. Paris 1872. — *T.*).

Раковое перерожденіе встрѣчается почти исключительно на маточной шейкѣ и, если при этомъ произошла беременность, — ведетъ къ весьма печальному исходу. Уже во время беременности могутъ являться весьма обильныя кровотеченія; во время же родовъ, вслѣдствіе потери сократительности маточной шейки, пораженной неподатливымъ новообразованіемъ, подлежащая часть, напирая на зѣвъ, производитъ обширные разрывы въ шейкѣ и въ нижнемъ сегментѣ матки. Страдающая ракомъ можетъ умереть также въ родильномъ періодѣ отъ послѣдствій гангрены, вызванной давленіемъ подлежащей части на новообразованіе. Въ механическомъ отношеніи роды, впро-

¹⁾ Wien. med. Presse 1869 № 30. — ²⁾ Dublin Journal. Nov. 1838. p. 232. —

³⁾ Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin. IV. p. 11. — ⁴⁾ Traité des accouch. 7 éd. Paris 1867. p. 714. — ⁵⁾ Niemeyer's Zeitschr. f. Geb. etc. Halle 1828. B. I. H. 1 p. 236. — ⁶⁾ Med. Times. April 10. 1869. p. 381. — ⁷⁾ Wiener med. W. 1855 № 33. — ⁸⁾ Berl. B. z. Geb. u. Gyn. B. II. p. 22.

чемъ, возможны и въ самыхъ отчаянныхъ, повидимому, случаяхъ, т. е. масса новообразованія, замѣняющая шейку, можетъ быть изгнана до рожденія предлежащей части и, если даже она сидитъ въ тазовой клѣтчаткѣ, то можетъ размягчаться и выдѣляться наружу.

Леченіе состоитъ, главнымъ образомъ, въ удаленіи перерожденныхъ массу; удаленіе это легче и безопаснѣе предпринимается во время беременности. Поэтому, если возможно, слѣдуетъ оперировать хотя незадолго до ожидаемаго наступленія родовъ. Если время это уже пропущено, то новообразование слѣдуетъ удалить пальцами, острою ложечкою или, въ крайнемъ случаѣ, и рѣзущими инструментами на столько, чтобы была возможность извлечь младенца помощію щипцовъ или поворота. Если такимъ образомъ поступать энергически, и масса новообразованія будетъ удалена также изъ тазовой клѣтчатки, то обыкновенно легко можно будетъ обойтись безъ кесарскаго сѣченія, которое даетъ чрезвычайно неблагоприятное предсказаніе для матери. Но кесарское сѣченіе должно быть предпочтительно въ тѣхъ случаяхъ, когда, при живомъ младенцѣ, можно предполагать, что нельзя будетъ удалить новообразование на столько, на сколько это нужно для извлеченія младенца, безъ особенно большихъ затрудненій, помощію щипцовъ или поворота. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ кесарскому сѣченію потому, что жизнь младенца цѣнится выше и безъ того навѣрно потерянной жизни матери. Полное удаленіе матки посредствомъ чревосѣченія, во время беременности, слѣдовательно, сочетаніе операциі *Porro* съ операциею *Freund'a*, было произведено *Spencer Wells'омъ* ¹⁾ съ благопріятнымъ, а во время родовъ *Bischoff'омъ* ²⁾ и мною ³⁾ съ неблагоприятнымъ исходомъ.

Примѣч. Какъ печально предсказаніе при осложненіи родовъ раковымъ перерожденіемъ, видно изъ статистики *Cohnstein'a*, по которой изъ 126 матерей страдавшихъ ракомъ, 72 (57,1%) умерли во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ, а изъ 116 дѣтей родилось живыми только 42 (36,2%). Что, впрочемъ, предсказаніе при кесарскомъ сѣченіи даже и въ этомъ случаѣ не абсолютно неблагоприятно для матерей, доказываютъ случаи *Oldham'a* ⁴⁾ и *Greenhalgh'a* ⁵⁾, въ которыхъ родильницы оправились отъ послѣдствій этой операциі.

Опухоли рукава и дѣтородныхъ губъ (см. *Puchelt*, I. с. р. 138).

Новообразованія рукава и наружныхъ дѣтородныхъ органовъ встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Фиброиды, полипы и карциномы должны быть удаляемы во время родовъ, если они достигли порядочной величины и если они не могутъ родиться впереди головки какъ въ случаѣ *Porro* ⁶⁾ который вылучилъ фиброидъ послѣ родовъ. Чаше встрѣчаются кисты; но онѣ обыкновенно бывають такъ малы, что не составляютъ препятствія для родового акта. Однако, въ случаѣ, сообщенномъ *Peters'омъ* ⁷⁾, киста достигла такой величины, что ребенка

¹⁾ Brit. med. J. 1881. Oct. 29. — ²⁾ См. *Goenner*, I с. р. 14. — ³⁾ Centr. f. Gyn. 1886. № 1. — ⁴⁾ *Guy's Hosp. Rep.* 1851. Vol. XI. p. 426. — ⁵⁾ Obst. Transact. IX. p. 241. — ⁶⁾ *Annales de gynéc.* 1876. B. V. p. 72. — ⁷⁾ M. f. G. B 34. p. 141.

можно было извлечь только послѣ прокола опухоли. Абсцессы въ клѣтчаткѣ или въ бартолиновыхъ железахъ должны быть также вскрываемы.

Кровяная опухоль рукава или наружныхъ дѣтородныхъ органовъ (*thrombus s. haematoma vaginae et vulvae*), образуемая обыкновенно только по рожденіи младенца, уже поэтому самому весьма рѣдко можетъ составить препятствіе для родового акта ¹⁾. Еслибы разсматриваемая опухоль составляла механическое препятствіе, то ее должно вскрыть, и если младенецъ вслѣдъ за этимъ не родился бы вскорѣ самъ собою, то нужно приступить къ извлеченію его.

Значительный отекъ наружныхъ дѣтородныхъ органовъ, могущій составить весьма болѣзненное препятствіе во время родовъ, большею частью устраняется помощью скарификацій.

Опухоли сосѣднихъ органовъ.

Литература: Грыжи: *Puchelt*, l. c. p. 225. — *Meigs*, London med. Gaz. April. 1845. — *Stoltz*, Gaz. méd. de Strasb. 1845. № 1. — *E. A. Meissner*, M. f. G. B. 21. Suppl. p. 138.

Cystocele: *Puchelt*, l. c. p. 231. — *Christian*, Edinb. J. IX. p. 281. — *Ramsbotham*, Med. Times. Jan. 1. 1859. — *Hecker*, Kl. d. Geb. II. p. 135. — *Broadbent*, Obst. Tr. 1864. p. 44. — *Charrier*, Gaz. des hôp. 1866. № 6. — *Brennecke*, Centr. f. Gyn. 1879. № 2. — *Dick*, e. l. № 7.

Опухоли яичниковъ: *Puchelt*, l. c. p. 157. — *Litzmann*, Deutsche Klinik 1852. № 38, 40, 42. — *Jetter*, Diss. in. Tübingen. 1861. — *Playfair*, Obst. Tr. IX. p. 69. — *Doumaïron*, Etudes sur les cystes ovar. etc. Thèse. Strasb. 1860. — *Barnes*, Obst. Op. 2 ed. p. 263 — *P. Ruge*, Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr. p. 8 и Berl. klin. Woch. 1878. № 16. и пренія объ этомъ № 19. — *Schröder*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. V. p. 382 — *Lomer*, Archiv f. Gyn. B. XIX. p. 301. — *Wilson*, Tr. of the Amer. Gyn. Soc. B. V. p. 100. — *Fischel*, Prager med. Woch. 1881. № 42 и 1882. № 6. — *Stratz*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XII. H. 2. — *Porak*, Gaz. hebdom. 1884. № 9 и слѣд. — *Toporski*, D. i. Breslau. 1884.

Грыжи могутъ сдѣлаться опасными въ томъ случаѣ, когда содержимое ихъ составляютъ кишечныя петли и когда онѣ ущемляются въ маломъ тазу между стѣнками его и головкою. Это можетъ имѣть мѣсто, когда при выпаденіи задней стѣнки рукава дугласово пространство сильно вдается въ тазъ, слѣдов. при простой рукавной грыжѣ; далѣе, когда впереди, или же, что чаще бываетъ, позади широкой связи кишечная петля вмѣстѣ съ брюшиною проникаетъ между тазовой фасціей (*fascia pelvis*) и мускулами тазоваго дна и выпячиваетъ впередъ покровы промежности: *hernia perinealis*. Если подобнаго рода грыжа помѣщается впереди широкой связки, то содержимое ея опускается въ заднюю часть одной изъ большихъ губъ: *hernia labii majoris posterior*.

Понятно само собою, что грыжа во время родовъ должна быть

⁸⁾ Подобные случаи, кромѣ *Puchelt'a* l. c. p. 145, смотри также *Sinclair and Johnston*, Pract. midw. p. 488 № 4. — *Barker*, Amer. J. of Obst. Vol. III. p. 500. — *Elliot*, e. l. Vol. I. p. 200. — *Flögl*, Wiener med. Presse 1870. № 25. — *Kuhn*, Wiener med. Jahrb. 1870. H. IV.

всегда вправляема. Если этого нельзя сдѣлать, то должно, по возможности, ускорить родовой актъ для избѣжанія ущемленія грыжи.

Прямая кишка можетъ быть на столько переполнена фекальными массами, что это можетъ составить существенное препятствіе для родовъ. Ощущеніе, получаемое при ощупываніи каловыхъ массъ, слишкомъ характерно, чтобы нужно было распространяться о немъ. Давленіе, производимое на нихъ пальцами чрезъ рукавъ, оставляетъ въ нихъ ямки, какъ въ мягкой глинѣ. Прямая кишка въ этихъ случаяхъ должна быть очищена помощью промывательныхъ, а въ случаѣ нужды и пальцами.

Задержаніе мочи встрѣчается у роженицъ довольно часто и можетъ достигнуть значительной степени. На теченіе родовъ оно дѣйствуетъ неблагоприятно въ томъ отношеніи, что ослабляетъ сокращенія матки и препятствуетъ вступленію подлежащей части въ тазъ. При этомъ уже снаружи замѣчается небольшая опухоль возлѣ матки; опухоль при этомъ помѣщается въ сторонѣ, противоположной той, въ которой лежитъ матка. Кромѣ того, ниже пупка, она отдѣляется отъ матки явственно выступающей бороздой.

Болѣе значительную опухоль, вдающуюся въ рукавъ, и которая можетъ быть сильно смѣщена въ сторону, переполненный пузырь образуетъ лишь тогда, когда уже прежде существовала *cystocele*. Обыкновенно и тогда смѣщенная часть пузыря вытягивается изъ малаго таза маточною шейкою, отодвигающею надъ подлежащею частію вверхъ. Но эта часть пузыря можетъ также быть отдавлена внизъ напиряющею головкою и ущемиться въ маломъ тазу. Тогда можетъ произойти значительное замедленіе родовъ, и дѣло въ этихъ случаяхъ можетъ иногда кончиться сильнымъ прижатіемъ, даже разрывомъ пузыря и стѣнки рукава.

Опорожненіе мочевого пузыря помощію катетера можетъ быть очень затруднительно. Отверстіе мочеиспускательнаго канала иногда такъ глубоко втянуто въ рукавъ, что оно недоступно для глаза и иногда также головка совершенно сдавливаетъ мочеиспускательный каналъ. Для катетеризаціи роженицъ нужно всегда прибѣгать къ мужскому катетеру; предварительно нужно опредѣлить положеніе пузыря и при введеніи катетера наружный конецъ его нужно отклонить въ сторону, противоположную той, въ которой находится пузырь, и катетеръ вводится въ этомъ направленіи. Если не удастся ввести катетеръ этимъ путемъ, то должно попытаться сдѣлать это въ коленно-локтевомъ положеніи. Развитію *cystocele* противодействуютъ лучше всего тѣмъ, что при опущеніи головки отдавливаетъ вверхъ переднюю стѣнку рукава.

Камни мочевого пузыря ¹⁾ могутъ также подавать поводъ къ серьезнымъ препятствіямъ во время родовъ. Если ихъ распознаютъ до того, пока головка плотно установилась, то ихъ нужно отодвинуть въ

¹⁾ См. *Puchelt*, I. с. р. 193.

большой тазъ, гдѣ они совершенно безвредны. Если же они ущемились между головкой и лоннымъ соединеніемъ и представляютъ серьезное препятствіе для родовъ и если ихъ нельзя отодвинуть въ сторону — къ *foramen obturatorium*, какъ совѣтуетъ *Hugenberger* ¹⁾, то нужно вырѣзать камень чрезъ рукавъ, извлечь его и затѣмъ рану тотчасъ зашить.

Примѣч. Ущемленные камни мочевого пузыря въ нѣсколькихъ случаяхъ были принимаемы за экзостозы тазовыхъ костей, вслѣдствіе чего, къ ущербу роженицъ и младенцевъ, было прибѣгаемо къ слишкомъ энергическимъ пособіямъ искусства. Даже въ одномъ случаѣ, сообщаемомъ *Cohn*'омъ ²⁾ согласно рѣшенію трехъ врачей должно было быть произведено кесарское сѣченіе; къ счастью, роженица эта разрѣшилась самопроизвольно живымъ младенцемъ, а затѣмъ родила и камень.

Опухоли яичниковъ (см. стр. 369), которыя, впрочемъ, нерѣдко вызываютъ выкидышъ, могутъ составить такое-же препятствіе при родахъ, какъ и подбрюшинныя фиброиды, т. е. запружая входъ въ тазъ. И въ этомъ случаѣ вправленіе опухоли лучше всего ведетъ къ цѣли. Вправленіе можетъ сдѣлаться невозможнымъ при очень значительной величинѣ опухоли и при сращеніяхъ въ маломъ тазу. Сращенія особенно часто встрѣчаются при дермоидныхъ опухоляхъ, которыя поэтому даютъ самое неблагоприятное предсказаніе, тѣмъ болѣе, что содержимое ихъ, — не говоря ужъ о костяхъ, — очень густое. Если вправленіе не удастся, то стараются уменьшить опухоль помощію прокола или разрѣза черезъ рукавъ. (Содержимое кистъ можетъ быть столь густо, что приходится прибѣгнуть къ очень толстому троакару). Если опухоль плотная, то должно поступать такимъ-же образомъ, какъ при подбрюшинныхъ фиброидахъ, или дѣлаютъ оваріотомію во время родовъ ³⁾. Послѣднее также можно рекомендовать при невправимыхъ кистомахъ. Я самъ удалилъ на четвертомъ мѣсяцѣ беременности, съ благоприятнымъ результатомъ, опухоль, которая была такъ сильно приращена въ дугласовомъ пространствѣ, что пришлось ограничиться неполнымъ удаленіемъ опухоли. *Lahs* ⁴⁾, въ одномъ случаѣ цистосаркомы, съ крѣпкими сращеніями въ маломъ тазу, произвелъ кесарское сѣченіе, съ неблагоприятнымъ исходомъ.

Примѣч. *Berry* ⁵⁾, *Luschka* ⁶⁾ и *Haerling* ⁷⁾ сообщили каждый по одному случаю, въ которомъ послѣ или во время родовъ, вслѣдствіе разрыва свода рукава, опухоль яичника выпала наружу. Въ послѣднемъ случаѣ опухоль яичника оторвалась и родилась раньше ребенка. Въ этомъ случаѣ, какъ и въ случаѣ *Berry*, женщина выздоровѣла. *Dunn* ⁸⁾ извлекъ акушерскими щипцами опухоль яичника, которая при нѣкоторой помощи опустилась въ рукавъ впереди младенца чрезъ проникающій разрывъ стѣнокъ влагалища и оторвалась отъ своей ножки. Младенецъ чрезъ этотъ же разрывъ вступилъ въ брюшную полость. Послѣ поворота и извлеченія изъ брюшной полости послѣдовало полное выздоровленіе.

Извѣстныя до сихъ поръ статистическія данныя показываютъ, что опухоли

¹⁾ Petersb. med. Z. 1875. B. V. H. 3. — ²⁾ Berl. kl. Wochenschr. 1866. Nr. 41. — ³⁾ *Godefroy* (Gaz. obst. de Paris. 20. Oct. 1875. p. 310) при большой дермоидной кистѣ произвелъ кесарское сѣченіе и оваріотомію, съ неблагоприятнымъ исходомъ. — ⁴⁾ Deutsche med. Woch. 1878. № 5. — ⁵⁾ London Obst. Trans. VIII. p. 261. — ⁶⁾ M. f. G. B. 27 p. 267. — ⁷⁾ *Lomer*, l. c. p. 315. — ⁸⁾ Virginia med. monthly. Dec. 1874 p. 39.

яичниковъ составляютъ одно изъ самыхъ неблагопріятныхъ осложненій родового акта. По *Litzmann'u*, на 56 подобныхъ родовъ умерло 24 матери, а изъ 42-хъ дѣтей родились живыми только 7; однако очень вѣроятно, что впоследствии будутъ получаться болѣе благопріятные результаты. Въ пользу этого мнѣнія, по крайней мѣрѣ, говоритъ статистика *Playfair'a*, по которой въ 5 случаяхъ, въ которыхъ можно было отодвинуть опухоль вверхъ, и въ 9, гдѣ можно было пунктировать ее, не умерла ни одна изъ роженницъ, и изъ 13 дѣтей, участь которыхъ извѣстна, 9 родились живыми. То, что изъ 13 матерей, у которыхъ не было ничего дѣлаемо, умерло 6, — показываетъ, что выжидательная терапія въ этомъ случаѣ должна быть отвергаема.

Изъ помѣщающейся въ тазу клѣтчатки, а также изъ надкостницы тазовыхъ костей могутъ исходить опухоли (карциномы, саркомы, фиброиды), которыя, будучи почти всегда неудобовправимы, могутъ потребовать экстирпации ихъ или-же кесарскаго сѣченія, если онѣ не размягчаются во время родовъ, какъ это было въ одномъ случаѣ, сообщенномъ *d'Outrepoint'омъ* ¹⁾. При эхинококкахъ тазовой клѣтчатки лучше всего сдѣлать проколъ ²⁾ или, какъ это я сдѣлалъ недавно, при беременности на третьемъ мѣсяцѣ, — произвести чревосѣченіе съ удаленіемъ мѣшка.

Примѣч. Кромѣ случаевъ, собранныхъ *Puchelt* ³⁾, (твердые костные опухоли будутъ разсмотрѣны нами особо въ ученіи о патологій тазу), сюда относятся еще слѣдующіе: *Kiwisch* ⁴⁾, *Dohrn* ⁵⁾ и *Putegnat* ⁶⁾ наблюдали большіе фиброиды, исходившіе изъ костей таза. Карциноматозныя и саркоматозныя опухоли, исходившія также изъ тазовыхъ костей, наблюдали *Mayer* ⁷⁾, *Elkington* ⁸⁾, *Martin (Stapf)* ⁹⁾, *Berry* ¹⁰⁾ и *Swaagman* ¹¹⁾. И случай, сообщенный *Shekelton'омъ* ¹²⁾, вѣроятно, также относится сюда. Въ случаѣ, описанномъ *Kürsteiner'омъ* ¹³⁾, препятствіе во время родовъ образовалъ коллоидный ракъ прямой кишки. *Löhlein* ¹⁴⁾ наблюдалъ суженіе таза вслѣдствіе образованія опухоли, которая, какъ кажется, выходила изъ копчиковой железы Лущки. Онъ нашелъ совершенно такую-же опухоль и у младенца. *Barnes* ¹⁵⁾ наблюдалъ препятствіе во время родовъ отъ заматочной кровяной опухоли (haematocoele retrouterina). *Sadler* ¹⁶⁾, вслѣдствіе гидатиды нечени, долженъ былъ произвести кесарское сѣченіе; *Birnbaum* ¹⁷⁾ и *Porak* ¹⁸⁾ также наблюдали серьезное препятствіе отъ эхинококковъ. *Rube* ¹⁹⁾ описываетъ случай, въ которомъ подбрюшинный нарывъ въ лѣвой подвздошной сторонѣ вскрылся въ брюшную полость. Чрезвычайно замѣчательнъ описанный *Гуенбергеромъ* ²⁰⁾ случай, въ которомъ плотный инкапсулированный экссудатъ въ дугласовомъ пространствѣ такъ сгузилъ тазъ, что потребовалась кефалотрипсія. Описанный тѣмъ же авторомъ случай ²¹⁾, въ которомъ lithoraedion отъ предшествовавшей внѣматочной беременности такъ сгузилъ тазъ, что подалъ поводъ къ кесарскому сѣченію, принадлежитъ также къ чрезвычайно

¹⁾ Neue Zeitschr. f. Geb. B. 9. p. 1. — ²⁾ Wiener, Arch. f. Gyn. B. XI. p. 572. — ³⁾ l. c. p. 48 и 205; см. также *Sänger*, Beitr. etc. Festschrift. Leipzig 1881. p. 101. —

⁴⁾ Geburtskunde. II Abth. p. 192. — ⁵⁾ M. f. G. B. 29. p. 11. — ⁶⁾ Journ. de méd. de Bruxelles. 26 Avril 1863, два случая. — ⁷⁾ Archives gén. Mai 1848. p. 107. —

⁸⁾ Brit. Recorder 1. 11. 1848; см. Schmidt's Jahrb. B. 63. p. 197. — ⁹⁾ Ill. med. Z. III; см. Schmidt's Jahrb. B. 87. № 8. — ¹⁰⁾ Obst. Trans. VII. p. 261. —

¹¹⁾ Schmidt's Jahrb. B. 120. p. 310. — ¹²⁾ Sinclair and Johnston, Pract. midw. p. 434; см. также M. f. G. B. 2. p. 309. — ¹³⁾ Beitrag zur Casuistik der Beckengeschwülste. D. i. Zürich 1863. — ¹⁴⁾ Berl. B. z. Geb. u. Gyn. B. III. p. 5. —

¹⁵⁾ Obst. Oper. 2. ed. p. 267. — ¹⁶⁾ Med. Times. 1864. — ¹⁷⁾ M. f. G. B. 24. p. 428. — ¹⁸⁾ Gaz. hebdom. 1884. p. 137. — ¹⁹⁾ Ueber Geschwülste der Beckenweichtheile etc. D. i. Bonn 1870. — ²⁰⁾ Bericht aus d. Hebammeninstitut etc. p.

97. — ²¹⁾ p. 122.

рѣдкимъ; аналогическіе случаи описали также *Day* ¹⁾ и *Cook* ²⁾. Въ первомъ изъ нихъ опухоль, помѣщавшуюся въ дугласовомъ пространствѣ, можно было смѣстить вверхъ; въ другомъ случаѣ имѣли дѣло съ обыкновенною, совмѣстно съ внѣматочною, беременностью, и помѣщавшійся внѣ матки плодъ составилъ весьма серьезное препятствіе (см. стр. 375 примѣч.).

Аномаліи костнаго таза.

Ислѣдованіе таза.

Литература: *W. Smellie*, Coll. of cases. Lond. 1754. p. 367. — *G. W. Stein* стар., Kleine Werke zur prakt. Geb. Marburg 1798. p. 133 и 157. — *J. L. Baudelocque*, L'art. des accouch. 8 édit. 1844. T. 1. p. 73. — *Michaelis*, Das enge Becken. Leipzig 1865. p. 81. — *Crédé*, Klin. Vortr. 1854. p. 620. — *Schroeder*, M. f. G. B. 29. p. 30. — *Dohrn*, M. f. G. B. 29. p. 291, B. 30. p. 241 и *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*. № 11. — *Litzmann*, *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*. № 20 и *Die Geburt bei engem Becken*. Leipzig 1884. — *Pinard*, Les vices de conform. etc. Thèse de Paris. 1874. — *Balandin*, Klin. Vorträge etc. H. I. Petersburg 1883.

Рѣшеніе вопроса — въ какой степени сужень данный тазъ, принадлежитъ къ самымъ труднымъ задачамъ акушерскаго изслѣдованія, и для рѣшенія его нужно прибѣгать ко всѣмъ средствамъ, которыми мы можемъ располагать. Хотя самые вѣрные результаты получаются только при помощи тщательнаго ручнаго изслѣдованія, тѣмъ не менѣе не должно упускать изъ виду и другихъ обстоятельствъ, въ особенности же анамнеза, если онъ возбуждаетъ подозрѣніе о томъ, что, вѣроятно, имѣють дѣло съ суженіемъ таза.

Анамнезъ долженъ прежде всего выяснитъ — существуютъ ли въ данномъ случаѣ или предшествовали раньше болѣзненные процессы, которые, какъ извѣстно изъ опыта, влекутъ за собою измѣненія въ формѣ таза. За исключеніемъ другихъ, весьма рѣдкихъ случаевъ, это въ особенности имѣетъ мѣсто при англійской болѣзни (*rachitis*) и размягченіи костей (*osteomalacia*). Такъ-какъ не только упомянутыя болѣзни, но также и другія патологическія формы таза, точно такъ, какъ и красивыя (нормальныя) формы его передаются наследственно, то должно распрашивать о теченіи родовъ у родственницъ данной беременной. Если мы имѣемъ дѣло съ многорождающей, то разспросъ относительно предшествовавшихъ родовъ чрезвычайно важенъ. Не нужно при этомъ, однако, забывать, что при служеніяхъ таза первые роды обыкновенно протекають лучше, и поэтому нерѣдко приходится слышать отъ женщинъ, съ значительнымъ суженіемъ таза, что онѣ рожали до этого благополучно. Если, однако, анамнезъ даетъ въ этомъ отношеніи положительный результатъ, а именно, что при предшествовавшихъ родахъ требовалось то или другое пособіе, какъ-то: прободеніе или раздробленіе головки, по которому можно заключить о существовавшемъ механическомъ препятствіи, если также дѣти рождались со вдвеле-

¹⁾ Obst. Transact. VI. p. 3. — ²⁾ Lancet 1863. June 11.

ніями на черепѣ и со слѣдами прижатія на нихъ, то имѣемъ право сдѣлать заключеніе о существованіи суженія таза.

При изслѣдованіи прежде всего обращаютъ вниманіе на тѣлосложеніе и ростъ.

Хотя у женщинъ очень малаго роста съ большою вѣроятностью можно допустить суженіе таза, тѣмъ не менѣе средній или даже болѣе чѣмъ средній ростъ нисколько не гарантируетъ существованіе нормального таза; впрочемъ, при хорошемъ ростѣ, мы вообще имѣемъ право ожидать правильнѣй тазъ. У женщинъ хорошо сложенныхъ, съ широкими лонными костями, большимъ крестцомъ и съ совершенно прямыми нижними конечностями, суженія таза встрѣчаются только въ видѣ исключенія, и, наоборотъ, женщины съ узкими лонными костями и, въ особенности, съ искривленіями нижнихъ конечностей должны возбуждать подозрѣніе на счетъ суженія таза. Последнее обстоятельство, т. е. кривыя ноги, имѣетъ особенное значеніе, такъ-какъ онѣ составляютъ послѣдствіе предшествовавшаго рахитизма. Особенно искривленіе ключицъ, такъ называемыя рахитическія четки на реберныхъ хрящахъ и нѣкоторое искривленіе верхнихъ конечностей не должно упускать изъ виду. Такъ-какъ искривленія позвоночника (scoliosis) часто бываютъ также рахитическаго происхожденія, то и они должны быть принимаемы въ соображеніе въ этомъ отношеніи. Не должно также упускать изъ виду, что отвислость живота (venter propendens) встрѣчается при узкомъ тазѣ гораздо чаще, чѣмъ при другихъ обстоятельствахъ даже у первородящихъ, и поэтому отвислый животъ у женщины, беременной въ первый разъ, всегда очень подозрителенъ.

Всѣ вышеупомянутыя обстоятельства должны быть принимаемы въ соображеніе при оцѣнкѣ таза въ каждомъ данномъ случаѣ. Однако, на основаніи ихъ должно дѣлать заключеніе о тазѣ съ большою осторожностью: они могутъ возбудить, съ нѣкоторою вѣроятностью, только подозрѣніе на счетъ суженія таза вообще; о степени же суженія на основаніи ихъ можно заключать только приблизительно.

Точное заключеніе о тазѣ въ такой мѣрѣ, какъ оно возможно на живыхъ, даетъ только тщательное изслѣдованіе самаго таза.

Изслѣдованіе это бываетъ наружное и внутреннее и производится рукою и инструментами.

Для измѣренія отдѣльныхъ разстояній въ тазу при наружномъ изслѣдованіи служитъ такъ называемый Боделоковскій циркуль (см. фиг. 120). Изслѣдуемая кладется на кровать, какъ и при обыкновенномъ изслѣдованіи беременныхъ, и, смотря по точкамъ, которыя измѣряютъ, ей даютъ положеніе на спинѣ, на боку, или же на животѣ. Цуговки ножекъ циркуля приставляются къ искомымъ точкамъ и, не отнимая тазомѣра, сосчитываютъ по скалѣ найденное разстояніе.

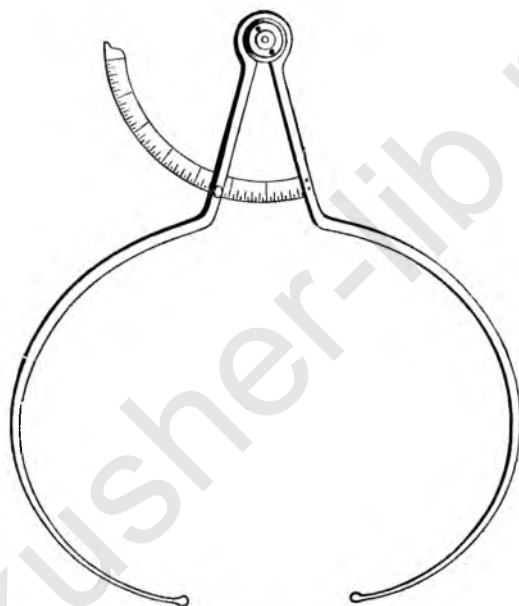
Нѣкоторые авторы говорятъ о значительномъ числѣ наружныхъ

размѣровъ, которые отчасти излишни, отчасти же имѣютъ значеніе только при нѣкоторыхъ весьма рѣдкихъ аномаліяхъ таза. Мы, съ своей стороны, ограничимся здѣсь только самыми важными изъ этихъ размѣровъ.

Въ большомъ тазу важно измѣрять разстоянія между *spinae ant. sup. oss. il. (Sp. I.)* и *cristae oss. il. (Cr. I.)*.

Очень важно употреблять всегда одинъ и тотъ же способъ измѣренія для того, чтобы получать постоянные и годные для сравненія размѣры.

Одинаковые результаты получаютъ приблизительно тогда, когда



Фиг. 120. Циркуль *Боделока*.

при измѣреніи разстоянія между *spinae ant. sup. os. il. (Sp. I.)* не стараются, какъ на скелетированномъ тазу, точно измѣрить ихъ дѣйствительное разстояніе, но когда прикладываютъ пуговки тазомѣра непосредственно къ обѣимъ сторонамъ, тотчасъ снаружи мѣста прикрѣпленія сухожилія *m. sartorii*, и такимъ способомъ полученную мѣру отмѣчаютъ. При измѣреніи же *Cr. I.* стараются получить самое дальнее разстояніе отъ наружныхъ краевъ гребешковъ. Первый изъ этихъ размѣровъ среднимъ числомъ равняется 26 см., а послѣдній—29 см.

Впрочемъ, важность этихъ размѣровъ менѣе зависитъ отъ абсолютной ихъ величины, чѣмъ отъ отношенія ихъ другъ къ другу. (Объ отношеніи этихъ размѣровъ къ поперечному діаметру тазоваго

входа см. *B. Scheffer*¹⁾. Рахитическіе тазы отличаются тѣмъ, что разстояніе между *sp. ant. sup. oss. il.* (*Sp. I.*) постоянно возрастаетъ въ отношеніи къ *Cr. I.*, такъ что разница въ разстояніи между ними уменьшается, или они оба равны, или же разстояніе между *Sp. I.* превышаетъ разстояніе между *Cr. I.* Въ послѣднемъ случаѣ нельзя измѣрить разстояніе между *Cristae II.* вышеописаннымъ способомъ, потому что взаимное разстояніе ихъ, начиная отъ *spinae*, постепенно уменьшается. Въ этихъ случаяхъ довольствуются найденнымъ результатомъ, а именно, что разстояніе между *Sp. I.* больше, нежели *Cr. I.*, или же измѣряютъ разстояніе между гребешками, отступя отъ остей на 7 см. взади.

Наибольшее разстояніе между вертелами (*trochanter*) имѣетъ мало значенія. Только ужъ очень незначительная величина этого разстоянія подозрительна, потому что при этомъ должны быть укорочены поперечные размѣры малаго таза. Но по незначительнымъ отклоненіямъ величины этихъ разстояній отъ нормы нельзя дѣлать никакихъ заключеній о послѣднихъ. Разстояніе между вертелами (*D. Tr.*) измѣряется легко и въ среднемъ выводѣ = $31\frac{1}{2}$ см.

Самый важный изъ размѣровъ таза — прямой размѣръ входа (*conjugata vera*), такъ-какъ большинство тазовъ сужено единственно или главнымъ образомъ въ этомъ направленіи. Для таксаціи прямого размѣра важенъ такъ называемый діаметръ *Baudelocqu'a* (*D. B.*) или наружная конъюгата (*conjugata externa*).

Ее измѣряютъ тазомѣромъ при боковомъ положеніи женщины. За заднюю точку этого размѣра принимаютъ ямку пониже остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка. Эта точка обыкновенно явственно замѣтна и найти ее легко. Она замѣтна иногда для глаза. По сторонамъ крестцовой кости видны двѣ ямки, въ которыхъ кожа плотнѣе прилежитъ къ подлежащимъ костямъ, т. е. къ *spinae poster. sup. oss. il.* Если ямки эти соединить линією, то искомая точка будетъ находиться, при нормальномъ тазѣ, на 3—4 см. выше середины ея. Соединяя сказанныя ямки линіями, идущими съ одной стороны отъ вышеупомянутой ямки, лежащей ниже остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка съ *sp. post. sup.*, а эти послѣднія съ сливающимися внизу *mm. glutei*, получимъ четырехугольникъ, имѣющій въ совершенно правильныхъ тазахъ почти ромбоидальную форму (*Michaelis*; см. красивый ромбъ капитолійской Венеры на фиг. 121). Въ неправильныхъ тазахъ, а именно рахитическихъ, остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка лежитъ ниже, такъ что верхній уголъ сказаннаго ромба будетъ болѣе тупой, или же вышеупомянутая ямка можетъ совпасть или даже лежать ниже соединительной линіи обѣихъ *spinae post. sup.* Въмѣсто ромба такимъ образомъ образуется треугольникъ.

¹⁾ M. f. G. B. 31. p. 299.

За переднюю точку Боделоковскаго размѣра должно принимать то мѣсто на лонномъ соединеніи, которое, будучи соединено съ заднею точкою, даетъ наибольшее разстояніе. Точка эта всегда лежитъ на верхнемъ краѣ лоннаго соединенія.

Чтобы получить по возможности самый точный размѣръ, отыскиваютъ прежде заднюю точку, которая почти всегда безъ затрудненія узнается осизаніемъ, такъ-какъ остистые отростки поясничныхъ позвонковъ гораздо длиннѣе и яснѣе прощупываются, нежели остистые отростки крестцовой кости, и ямка большею частью бываетъ выражена довольно явственно. Отыскавши ямку, приставляютъ къ ней одну пуговку тазомѣра и удерживаютъ ее неподвижно одною рукою, затѣмъ берутъ между пальцами свободной руки другую пуговку тазомѣра и приставляютъ ее на вышеуказанное мѣсто лоннаго соединенія; фиксируя ножки тазомѣра и придавливая ихъ плотно, отмѣчаютъ найденное разстояніе.

Въ рѣдкихъ случаяхъ ямка неясно выражена, и тогда, чтобы найти послѣдній поясничный позвонокъ, приходится считать остистые отростки сверху внизъ.

Въ нормальныхъ тазахъ діаметръ *Baudelocqui's* (*conjugata externa*) среднимъ числомъ равняется $20\frac{1}{4}$ см.

Многіе принимаютъ, что, вычитая изъ полученной такимъ образомъ цифры 9 см., получимъ приблизительно длину настоящей конъюгаты (С. у.). Это предположеніе, однако, неосновательно: по одному наружному размѣру даже приблизительно нельзя судить о величинѣ настоящей конъюгаты. Для опредѣленія существованія суженій прямого размѣра вообще, D. В. имѣетъ нѣкоторое значеніе, но для опредѣленія степени этого суженія Боделоковскій размѣръ особеннаго значенія имѣть не можетъ.

Въ первомъ сгибшеніи должно сказать, что наружная конъюгата въ 18 до 19 см. всегда подозрительна и должна наводить на мысль о суженіи таза и, что при длинѣ этого же размѣра въ 21 см. и болѣе только въ рѣдкихъ случаяхъ находятъ незначительное суженіе прямого размѣра входа въ тазъ.

Гораздо болѣе вѣрное заключеніе о величинѣ *conjugatae verae* можно дѣлать по величинѣ діагональной конъюгаты (С. d.).

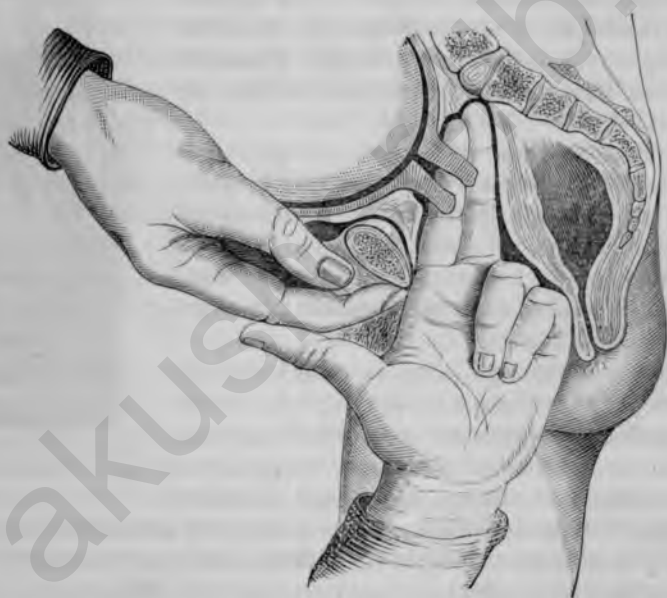
Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ линію, соединяющую нижній край лоннаго соединенія съ всего болѣе выдающеюся точкою мыса



Фиг. 121. Капитолійская Венера.

(promontorium) крестцовой кости. Для опредѣленія этого размѣра переднюю точку служитъ острый край *ligamenti agnati*, заднюю же въ большинствѣ случаевъ — середина мяса. Только въ очень ассиметрическихъ случаяхъ всего болѣе выдающаяся точка мяса будетъ отклонена въ ту или другую сторону. При неправильномъ тазѣ можетъ случиться, что разстояніе между соединеніемъ перваго крестцоваго позвонка со вторымъ и нижнимъ краемъ лоннаго соединенія дасть болѣе короткую линію; въ такомъ случаѣ при измѣреніи діагональной конъюгаты берутъ эту послѣднюю точку, такъ-какъ въ практическомъ отношеніи важно опредѣлить только самое узкое мѣсто въ прямомъ размѣрѣ таза.

Для измѣренія діагональной конъюгаты (см. фиг. 122), складываютъ вмѣстѣ указательный и средній пальцы лѣвой руки и вводятъ ихъ во влагалище; остальными же пальцами, приложенными къ ладони, постепенно, но съ значительною силою отдавливаетъ промежность вверхъ,



Фиг. 122. Измѣреніе діагональной конъюгаты.

опуская немного предплечіе внизъ, чтобы не зайти далеко назадъ въ крестцовую впадину, и стараются достигнуть мяса. Въ то время какъ верхушкою локтевой стороны лѣваго средняго пальца фиксируютъ мышъ, лучевую поверхность той же руки прижимаютъ плотно къ лонной дугѣ. Теперь, приведа правую руку въ совершенную пронацію, такъ чтобы локоть обращенъ былъ вверхъ, ладонною поверхностью указательнаго пальца ощущиваютъ тщательно то мѣсто, гдѣ *lig. arcuatum* пересѣкаетъ лѣвый указательный палецъ или запястье его (*metacarpus*). На

этомъ мѣстѣ ногтемъ указательнаго пальца правой руки дѣлають ясную мѣтку, затѣмъ вынимають лѣвую руку изъ влагалища, сохраняя тоже самое положеніе ея, и тотчасъ измѣряють тазомѣромъ разстояніе отъ верхушки локтеваго края средняго пальца до сдѣланной мѣтки.

При несовсѣмъ неблагопріятныхъ условіяхъ и при правильномъ тазѣ всегда можно достигнуть мыса, а, слѣдовательно, и измѣрить діагональный діаметръ. Измѣреніе удается легче у многорожавшихъ съ широкимъ входомъ во влагалище и при уступчивой промежности. Труднѣе удается оно у перворождающихъ съ короткимъ и узкимъ влагалищемъ и съ высокою, неуступчивой промежностью и повышенной чувствительностію влагалища, или при суженіи послѣдняго. Измѣреніе также невозможно при низкомъ стояніи подлежащей части или при опухоляхъ влагалища.

Чтобы облегчить себѣ измѣреніе діагональнаго размѣра, нужно помнить слѣдующія правила:

Измѣряемая должна находиться въ удобномъ положеніи. Хорошо, если имѣють подъ рукою акушерскій столикъ для изслѣдованія; за неимѣніемъ его, можно довольствоваться обыкновеннымъ столомъ или поперечнымъ положеніемъ въ кровати съ приподнятымъ тазомъ.

Локоть лѣвой руки нужно опереть на колено для того, чтобы рука не уставала во время измѣренія.

При введеніи лѣвой руки во влагалище, правою рукою нужно раскрыть дѣтородныя губы для того, чтобы какъ онѣ, такъ и покрывающіе ихъ волосы не заворачивались внутрь и тѣмъ не причиняли бы боли.

Промежность никогда не слѣдуетъ вдругъ отдавливаться вверхъ, а мало по малу и потихоньку, но энергически.

Мочевой пузырь и особенно прямая кишка передъ измѣреніемъ должны быть опорожнены.

Надежащая вѣрность результатовъ измѣренія достигается только навыкомъ и практикой. Повѣряя въ началѣ полученные результаты контрольными измѣреніями, часто получаютъ очень значительныя разницы, между тѣмъ какъ при нѣкоторомъ упражненіи ошибки будутъ доходить до $\frac{1}{4}$ см. или же въ крайнемъ случаѣ до $\frac{1}{2}$ см.

Въ большинствѣ случаевъ, принимая надлежащія предосторожности, всегда можно дойти до мыса или, по крайней мѣрѣ, возможно убѣдиться, что діагональная конъюгата такова, что нельзя допустить суженія таза. При благопріятныхъ условіяхъ, можно измѣрять *conj. diag.* до 13 см. или немного болѣе.

Число, которое должно быть вычитаемо изъ *C. d.* для полученія размѣра *C. v.*, которая собственно и требуется, хотя и разнится нѣсколько, но незначительно. Среднимъ числомъ разница эта равняется $1\frac{3}{4}$ см. Чѣмъ тупѣе уголъ, который образуетъ настоящая конъюгата съ лоннымъ соединеніемъ и чѣмъ выше послѣднее, тѣмъ больше должно вычесть.

Если при различныхъ родахъ тазовъ вычитать слѣдующія величины, то могущія получиться при этомъ ошибки будутъ весьма незначительны: при нормальномъ и обще-суженномъ тазѣ — $1\frac{3}{4}$ см., при плоскомъ нерахитическомъ тазѣ никакъ не менѣе — $1\frac{3}{4}$ см., при рахитическомъ тазѣ — 2 см. и болѣе.

Ручное измѣреніе діагональной конъюгаты у кровати роженицы, въ соединеніи съ тщательнымъ оцупываніемъ полости таза, во всѣхъ случаяхъ достаточно для установки надлежалцихъ показаній къ тому или другому терапевтическому приему. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно для опредѣленія времени, въ которое должно произвести искусственные преждевременные роды, необходимо знать какъ можно точнѣе длину *conjugatae verae*, и желательно поэтому измѣрять ее непосредственно.

По моимъ наблюденіямъ, эта задача совершенно достигается тазомѣромъ Van-Huevel'я (см. ф. 123). Онъ состоитъ изъ двухъ подвижныхъ вѣтвей; верхушка болѣе длинной вѣтви приставляется къ выдающемуся краю мыса, пуговка же, которою снабжена короткая вѣтвь, приставляется къ опредѣленной точкѣ на передней поверхности лоппаго соединенія. Такимъ образомъ получаютъ длину *conjugatae*



Фиг. 123. Тазомѣръ Van-Huevel'я.

verae плюсъ толщина передней стѣнки таза. Чтобы опредѣлить теперь толщину послѣдней, приставляютъ длинную вѣтвь тазомѣра къ задней поверхности лоппаго соединенія и снова устанавливаютъ пуговку короткой вѣтви на прежнее мѣсто. Если вычесть полученную такимъ образомъ величину, изъ величины, полученной при первомъ измѣреніи, то разность и дастъ искомую величину *conj. verae*.

Еще въ новѣйшее время снова многократно сдѣланы были попытки опредѣлить величину *conj. verae* или путемъ непосредственнаго измѣренія или посредствомъ вычисленія ¹⁾.

Всѣ эти методы измѣренія найдутъ примѣненіе у постели роженицъ, въ исключительныхъ случаяхъ, только въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ. Они едвали достигнутъ большого практическаго примѣненія, такъ какъ выполняются съ трудомъ и съ большими неудобствами;

¹⁾ См. *Küstner*, Arch. f. Gyn. B. XVII. p. 54. — *Freund*, *Frey*, D. in. Strassburg 1880. — *Crouzat*, de la mensuration etc. Paris 1881. — *Kabierske*, Centr. f. Gyn. 1883 №28. — *Kurz*, e. l. № 32. — *Lochlein*, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. B. XI. p. 21.

да и кромѣ того методы эти не даютъ точныхъ и положительныхъ результатовъ. Даже когда дѣло идетъ о показаніяхъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и когда приходится рѣшать вопросы — слѣдуетъ-ли и когда именно производить такіе роды, то и тогда мы не можемъ придавать рѣшающаго значенія точному знанію величины *conj. vaginae*.

Вышеописанные методы даютъ намъ возможность опредѣлить приблизительно вѣрно величину *S. v.* на живой; жаль, что нельзя сказать того же о поперечномъ размѣрѣ тазоваго входа. У насъ нѣтъ метода, посредствомъ котораго мы могли бы, хотя съ приблизительною точностью, узнать точную величину этого размѣра. (Мы не будемъ этому удивляться, если примемъ во вниманіе, что взяты этотъ размѣръ не совсѣмъ просто даже на трупѣ со вскрытой и опорожненной брюшной полостью). Поэтому намъ остается довольствоваться только приблизительнымъ опредѣленіемъ этого размѣра, такъ какъ измѣрять его мы не можемъ. Опредѣленіе отчасти возможно изъ размѣровъ *Sp.* и *Cr. П.*, а также *Tg.* и то только при чрезмѣрной величинѣ или малости ихъ (см. стр. 471 и 472), такъ-какъ величина ихъ зависитъ не столько отъ ширины малаго таза, сколько отъ развитія и положенія подвздошныхъ костей, отъ образованія и направленія шеекъ бедренныхъ костей и т. д. Лучше всего, по крайней мѣрѣ для человѣка опытнаго въ этомъ изслѣдованіи, ощупать двумя пальцами или лучше половиною руки боковыя стѣнки малаго таза и, такимъ образомъ, составить себѣ по возможности вѣрное понятіе о величинѣ таза въ поперечномъ его направленіи. *Küstner* ¹⁾ совѣтуетъ съ помощью своего тазомѣра измѣрять разстояніе между *spinae ischii* и по нему (чрезъ прибавленіе 3,3 сантим.) опредѣлять поперечный размѣръ входа въ тазъ ²⁾.

Не очень значительныя асимметріи таза едва-ли могутъ быть узнаваемы на живыхъ даже съ нѣкоторою только достовѣрностью. Наружными косыми размѣрами (отъ *spina. ant. sup.* одной стороны къ *spina post. super.* другой) нужно пользоваться для этой цѣли весьма осторожно. ³⁾ Самые важныя въ практическомъ отношеніи результаты измѣреній получаются въ этомъ случаѣ при тщательномъ внутреннемъ изслѣдованіи, при которомъ принимаются во вниманіе высота мыса и возможность ощупать равномерно пальцами обѣ половины таза. При этомъ нужно всегда предпринимать изслѣдованіе вскорѣ одно послѣ другаго тою и другою рукой, потому что при изслѣдованіи одною только рукою легко получается ощущеніе асимметріи, которой вовсе не существуетъ.

Измѣреніе тазоваго выхода до сихъ поръ было въ какомъ-то пренебреженіи, такъ-какъ попытки точнаго измѣренія его представляють затрудненія, и суженія тазоваго выхода вообще весьма рѣдки.

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. XX. p. 327. — ²⁾ См. также *Deutsche med. Woch.* 1881. № 18. — ³⁾ См. *Schneider*, *M. f. G. B.* 29 p. 273 и *Gruner*, *Zeitschr. f. rat. Med.* 1868. p. 242.

*Breisky*¹⁾ педавно предложилъ производить измѣреніе тазоваго выхода по слѣдующему способу:

Прямой размѣръ тазоваго выхода (не считая копчика, слѣдовательно, отъ верхушки крестцовой кости до угла лонной дуги), какъ показалъ опытъ, не можетъ быть точно измѣренъ внутреннимъ изслѣдованіемъ, поэтому и должно предпочитать наружное измѣреніе этого діаметра. Въ боковомъ положеніи беременной замѣтна уже для глаза задняя точка искомага размѣра; она соотвѣтствуетъ верхней границѣ *rimae alii* и у исхудалыхъ особъ образуетъ легкій выступъ. Такъ же часто безъ труда прощупываются и нижніе углы крестцовой кости. Для избѣжанія всякой ошибки, вводятъ указательный палецъ въ прямую кишку и двигаютъ копчикъ между указательнымъ и большимъ пальцами, причеиъ можно легко найти мѣсто соединенія его съ крестцомъ. За переднюю точку искомага размѣра принимается острый край *lig. arcuati* въ верхушкѣ лонной дуги. Въ то время, какъ одною рукою приставляютъ пуговку тазомѣра къ задней точкѣ, другую пуговку приставляютъ къ *lig. arcuatum* большимъ пальцемъ свободной руки, введеннымъ во влагалище. Полученный размѣръ долженъ быть замѣчаемъ въ то время, какъ тазомѣръ еще приложенъ и, естественно, будетъ больше истиннаго прямого діаметра. Сколько нужно вычесть изъ получаемаго такимъ образомъ размѣра, чтобы получить дѣйствительный прямой размѣръ выхода, — еще точно неизвѣстно: вѣроятно— $1\frac{1}{2}$ см.

Поперечный размѣръ тазоваго выхода *Breisky* измѣряетъ въ горизонтальномъ положеніи беременной съ приподнятымъ крестцомъ и слегка раздвинутыми и согнутыми бедрами. Ощупавъ внутренніе края сѣдалищныхъ бугровъ (*tub. isch.*), онъ измѣряетъ разстояніе между ними посредствомъ циркуля *Osiander*'а (вѣтви котораго направлены кнаружи). Такъ-какъ между пуговками циркуля и костями лежатъ мягкія части, то нужно къ полученной величинѣ нѣсколько прибавить, — среднимъ числомъ $1\frac{1}{2}$ см. Измѣреніе поперечнаго размѣра намъ кажется, проще и, по крайней мѣрѣ, на столько же вѣрно, если, положивъ женщину такимъ образомъ, какъ это дѣлается при камнебѣженіи, отмѣчать карандашемъ на наружныхъ покровахъ ягодицъ положеніе сѣдалищныхъ бугровъ и затѣмъ разстояніе между ними измѣрять циркулемъ *Osiander*'а. При этомъ къ полученной величинѣ не приходится прибавлять толщины мягкихъ частей*).

Діагностику болѣе рѣдкихъ суженій таза мы рассмотримъ ближе при описаніи ихъ.

¹⁾ *Med. Jahrb.* XIX. 1. Wien 1870. p. 3; см. также *Гарфункель*, *Petersb. med. Z.* 1876. V.

*) Пренебреженіе, съ которымъ до сихъ поръ относились къ измѣренію нижняго отдѣла таза, оставило очень много пробѣловъ въ ученіи о пельвиметрии. Вслѣдствіе-то этого обстоятельства, я совѣтовалъ одному изъ моихъ ассистентовъ, д-ру *Гарфункелю*, выбрать этотъ вопросъ темой для своей диссертации. При этомъ я совѣтовалъ обратить особенное вниманіе на слѣдующія обстоятель-

Акушерски-неважныя аномаліи таза.

Слишкомъ широкій тазъ ни въ какомъ случаѣ не вліяетъ вредно на родовой актъ. Къ слишкомъ быстрымъ родамъ тазы эти подають поводъ при тѣхъ же обстоятельствахъ, какъ это бываетъ при тазахъ совершенно нормальныхъ. Поэтому, съ акушерской точки зрѣнія, тазы эти никакъ нельзя считать патологическими.

Примѣч. Dohrn ¹⁾ доказаль путемъ измѣреній, что при слишкомъ широкыхъ тазахъ не наблюдается равномерное увеличеніе всѣхъ размѣровъ таза, но только отдѣльные диаметры, которые вообще при узкихъ тазахъ отстають въ ростѣ, здѣсь превышаютъ средніе размѣры.

Точно также очень высокіе тазы, если они не сужены, едва-ли имѣють какое-нибудь неблагопріятное вліяніе.

Аномаліи въ наклоненіи таза могутъ обусловить нѣкоторыя вредныя послѣдствія, если на нихъ не будетъ обращено надлежащаго вниманія. Слишкомъ сильное наклоненіе можетъ препятствовать вступленію головки во входъ таза, а недостаточное наклоненіе препятствуетъ прорѣзыванію головки изъ тазоваго выхода. Первое препятствіе уменьшается, если приподнять тазовой конецъ и верхнюю часть туловища роженицы такимъ образомъ, чтобы поясница лежала какъ можно ниже и роженица находилась въ полусидячемъ положеніи. Наклоненіе таза увеличивается, когда, при низко лежащемъ крестцѣ, поясница сильно приподнимается подложенною подушкою ²⁾.

За исключеніемъ послѣднихъ случаевъ, только суженные тазы дѣйствительно дѣйствуютъ неблагопріятно на родовой актъ.

ства: 1) Найти самый вѣрный и удобный способъ измѣренія нижняго отдѣла таза. 2) Вывести среднія нормы наружныхъ размѣровъ выхода. 3) Определить разницу между наружными и соответствующими внутренними размѣрами выхода. 4) Существуетъ-ли какое нибудь определенное отношеніе между наружными размѣрами выхода и другими размѣрами таза? Для рѣшенія этихъ вопросовъ д-ръ *Garfunkel* предпринялъ рядъ изслѣдованій на живыхъ и рядъ контрольных изслѣдованій на трупахъ и на основаніи ихъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ (см. Объ измѣреніи выхода таза въ акушерскомъ отношеніи. С.-Петербургъ, 1876, стр. 44): 1) Наружный инструментальный способъ, усовершенствованный *Breisky* мь, — единственно годный для измѣренія выхода таза. 2) Норма (средняя величина) наружнаго прямого размѣра выхода равняется 12,3 центим. Обыкновенные предѣлы этого размѣра — 11,6 и 13,0 центиметр. 3) Норма наружнаго поперечнаго размѣра выхода равняется 9,3 центим. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ величина этого размѣра колеблется между 8,6 и 10,0 центим. 4) Чтобы получить величину внутренняго прямого размѣра выхода, изъ величины найденнаго наружнаго слѣдуетъ вычесть около 1,5 центим. 5) Дѣйствительное разстояніе между внутренними краями сѣдалищныхъ бугровъ получается, если къ величинѣ разстоянія между ними, найденной при наружномъ измѣреніи, прибавить около 1,5 центим. 6) Между размѣрами выхода таза и соответствующими имъ другими доступными размѣрами не существуетъ постояннаго пропорціональнаго отношенія Г.

¹⁾ Arch. f. Gyn. В XXII. p. 47; см. также *Rumpe*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. В. X. p. 239. — ²⁾ См. *B. Schultze*, Jenaische Zeitschr. für Med. u. Nat. В. III. Н. 2 и 3.

Узкій тазъ.

Литература: *Henr. v. Deventer*, Oper. chir. novum lumen exhib. obstetr. etc. Lugd. Bat. 1701. cap. 3. 27. Нѣм. перев. Neues Hebammenlicht. Jena 1717. p. 196. — *Guill. de la Motte*, Traité compl. des acc. nat. etc. Paris 1722. L. II. Ch. V. p. 202 и L. III Ch. XIX. p. 418. — *N. Puzos*, Traité des acc. publié par Morisot Deslandes. Paris 1759. Ch. 1. — *W. Smellie*, Treatise on the theory and pract. of midw. vol. 1. 3 ed. London 1756. p. 82 и др. и Tab. anat. T. 3, 27 и 28 — *De Frémery*, De mutat. fig. pelvis etc. Lugd. Bat. 1793. — *G. W. Stein* младшій, Lehre der Geburtshülfe. I Th. Elberfeld 1825. 1. Absch. 2 и 3 Кр. и во многихъ другихъ сочиненіяхъ. — *G. A. Michaelis*, Das enge Becken, herausg. von Litzmann. Leipzig 1851. — *C. C. Th. Litzmann*, Die Formen des Beckens, insb. des engen weibl. Beckens. Berlin 1861 и Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884. — *F. A. Kehrer*, Beit. zur vergl. und experiment. Geburtskunde, 3. Heft — Pelicologische Studien. Giessen 1869 и 5. H. — Versuche z. Erzeugung difformer Becken. Giessen 1875.

Историческія замѣчанія. Ученіе объ узкомъ тазѣ — наука еще юная. До конца 17-го столѣтія акушеры не имѣли еще никакого понятія объ этомъ, и только со второй половины нынѣшняго столѣтія эта часть акушерства получила свое полное значеніе.

Что вопросъ относительно суженія таза цѣлыя столѣтія оставался нетронутымъ — составляетъ столь замѣчательное явленіе, что *Michaelis*, въ своемъ историческомъ введеніи къ приведенному выше сочиненію объ узкомъ тазѣ, начинаетъ съ того, что старается объяснить причины его.

Причины эти, съ одной стороны, обуславливались шаткими гипотезами, которыми объясняли трудности при родахъ, съ другой же стороны недостаточнымъ знаніемъ нормальнаго таза и механизма родовъ.

Въ первомъ отношеніи особенно пагубное вліяніе имѣло господствовавшее со времени *Гиппократова* ученіе о томъ, что младенецъ самъ себя рождаетъ на свѣтъ. Изъ этого естественно вытекало, что роды мертвымъ младенцемъ должны быть невозможны, или, по крайней мѣрѣ, чрезвычайно трудны. Но такъ какъ наблюденія подтверждали совпаденіе трудныхъ родовъ съ мертвыми младенцами, то смерть послѣднихъ, которая составляетъ только послѣдствіе трудныхъ родовъ, считалась причиною ихъ. Нечего говорить — какое пагубное вліяніе подобное смѣшиваніе причины съ послѣдствіемъ имѣло въ практическомъ отношеніи.

О нормальномъ тазѣ почти ничего не знали, такъ какъ вскрытія не были дѣлаемы, а аналогія съ животными въ этомъ случаѣ вовсе непримѣнима. Въ наукѣ господствовало старое положеніе, что сочлененія таза размягчаются во время родовъ, и что только благодаря этому, прохожденіе чрезъ тазъ младенца становится возможнымъ. Поэтому *Soranus* и *Aëtius* прямо принимали чрезмѣрно плотное соединеніе костей таза за причину трудныхъ родовъ. На основаніи этого ученія, слѣдовательно, каждый тазъ самъ по себѣ собственно узокъ и представляетъ препятствіе для родовъ, если онъ не раздается во время родового акта. Итакъ, если при введеніи руки въ узкій тазъ прямо убѣждались въ суженіи его, то не это послѣднее, а слишкомъ плотное соединеніе костей между собою считали собственно патологическимъ явленіемъ (Въ доказательство того, что *Aëtius* зналъ о суженіи таза, приводится обыкновенно то мѣсто, гдѣ онъ говоритъ, что роды могутъ быть затруднены «ob nimiam lumborum cavitatem, uterum comprimentem», которое, хотя въ нѣсколько другомъ смыслѣ, цитируется уже Сораномъ по Герофилу. Весьма сомнительно — имѣли ли при этомъ въ виду суженіе въ конъюгатѣ; во всякомъ случаѣ этою одною ссылкой нельзя доказать, что древніе были знакомы съ узкимъ тазомъ).

Ложное ученіе о растяжимости таза при родахъ господствовало до *Андрей Везалии* (1543), который опровергъ его своимъ превосходнымъ анатомическимъ описаніемъ нормальнаго таза. Его ученикъ *J. C. Arantius*, который самъ былъ

практическимъ акушеромъ, открылъ, наконецъ, узкій тазъ въ 1572 г. Онъ считаетъ суженіе таза самой важной причиной трудныхъ родовъ, хотя еще ошибочно объясняетъ его слишкомъ значительною вогнутостью внутрь и чрезмѣрной шириной лонныхъ костей.

Ученіе это, однако, не было оцѣнено надлежащимъ образомъ и прошло почти безслѣдно. Напротивъ, старое ученіе о расхожденіи тазовыхъ костей получило новое значеніе вслѣдствіе работъ *A. Paré* (1550) и *Severinus Pinaeus* (1597) и даже было будто бы подтверждено демонстраціею передъ большимъ собраніемъ знаменитыхъ врачей на трупѣ одной дѣтоубійцы, родившей за 10 дней передъ смертью.

Съ половины 16 столѣтія акушерство сдѣлало громадныя успѣхи во Франціи, такъ-какъ тамъ начали имъ заниматься знаменитые хирурги, какъ *A. Paré* и *Jacques Guillemeau*. Но и они не знали о суженіи таза и даже *Mauriceau* (1668) упоминаетъ о немъ только мимоходомъ, не придавая ему большаго практическаго значенія.

Основателемъ акушерскаго ученія о тазѣ должно считать *Heinrich von Deventer'a* (1701), который свое извѣстное сочиненіе «*Novum Lumen Obstetricantium*» начинаетъ описаніемъ нормальнаго таза. Онъ описываетъ обѣ главныя формы узкихъ тазовъ — общесуженный и плоскій — и знакомъ съ характеромъ теченія родовъ при каждой изъ этихъ формъ. Точно также не ускользнуло отъ его вниманія влияніе узкаго таза на головку младенца, т. е. захожденіе черепныхъ костей одной за другую, удлиненіе черепа въ прямомъ размѣрѣ и вдавленія на покровахъ головки. Его современникъ *de la Motte* (1722), замѣчательный практическій акушеръ, сжестоже входя въ тазъ считаетъ существовавшей причиной трудныхъ родовъ и превосходно излагаетъ акушерскую терапію въ этомъ случаѣ. *Dionis* (1718) и *Puzos* († 1753) также знакомы были съ суженіями таза. Послѣдній объясняетъ измѣненія въ формѣ рахитическихъ тазовъ давленіемъ тяжести туловища на размягченныя кости и обнаруживаетъ большую практическую опытность тѣмъ, что утверждаетъ, что благоприятные роды возможны даже при значительныхъ рахитическихъ суженіяхъ, но что, наконецъ (при послѣдующихъ родахъ) или роженица, или же плодъ становятся жертвой этой аномаліи таза.

Ученіе объ узкихъ тазахъ очень подвинулось впередъ трудами англичанина *W. Smellie* (1751), наблюдателя съ яснымъ и трезвымъ умомъ, который описалъ нормальный тазъ въ совокупности его, а также и рахитическій, и измѣненія формы головки (конфигурація) въ узкомъ тазу и первый научилъ опредѣлять величину внутренняго прямого размѣра входа въ тазъ (*conjugata vera*) по ручному измѣренію діагональной конъюгаты. Его знаменитый соперникъ во Франціи *Levret* (1747), не столько точный наблюдатель, сколько остроумный теоретикъ, зналъ только рахитическіе тазы и излагалъ нѣкоторыя мнѣнія, расходившіяся совершенно съ дѣйствительностью. Такъ онъ считалъ конъюгату самымъ большимъ размѣромъ тазоваго входа (5" — 6"), а поперечный размѣръ на 1" короче нея.

Авторитетъ, которымъ пользовался *Levret* не только во Франціи, но и въ Германіи, былъ виною того, что ученіе о тазѣ въ ближайшее къ нему время не только не сдѣлало никакихъ успѣховъ, но даже положительно отстало отъ ученія *Smellie*. Однако, труды въ отношеніи измѣренія таза его знаменитаго германскаго ученика *Stein'a* старшаго (1763), который во всемъ слѣдовалъ своему учителю, если и не увѣнчались особеннымъ результатомъ, то, всетаки, заслуживаютъ полнаго уваженія.

Современникъ *Stein'a*, англичанинъ *Denman* (1788), первый указалъ на механическіе законы, которые онъ подмѣтилъ въ строеніи таза, но не распространилъ ихъ на суженные тазы; онъ сравниваетъ тазъ со сводомъ, а крестцовую кость неправильно считалъ краеугольнымъ камнемъ его. — Въ голландской диссертаци *de Frémery*, появившейся въ 1793 г., въ первый разъ была сдѣлана съ успѣхомъ попытка установить всѣ моменты, влияющіе на развитіе нормальнаго таза, причеиъ принято въ соображеніе влияніе этихъ моментовъ на болѣзненное размягченіе костей.

Великій французскій акушеръ *Baudelocque* (1781) прославился по отношенію къ ученію объ узкихъ тазахъ не столько своими анатомическими познаніями, сколько практическими стремленіями къ улучшенію распознаванія узкаго таза на живыхъ; впрочемъ, и его выводы не совершенно свободны отъ ошибокъ. Онъ ввелъ измѣреніе наружной конъюгаты (названной въ честь его Воделоковскимъ размѣромъ) и совѣтовалъ измѣрять діагональную конъюгату посредствомъ пальцевъ. Доведенное имъ до крайности ложное ученіе о вколачиваніи головки еще до сихъ поръ не совершенно исчезло изъ науки.

Stein младшій (1803), который, по практическимъ воззрѣніямъ и по трезвой наблюдательности, близко подходилъ къ *Smellie*, описалъ отдѣльныя формы суженныхъ тазовъ съ такою точностью, что и теперь эти труды его могутъ считаться образцовыми. Онъ очень хорошо описалъ рахитическій и остеомалятический тазы и снова обратилъ вниманіе на общесуженный тазъ.

Ученіе объ узкихъ тазахъ сдѣлало очень значительные успѣхи, благодаря двумъ замѣчательнымъ профессорамъ Кильскаго университета — *Michaelis*'у и *Litzmann*'у. *Michaelis* (1851) составляетъ эпоху въ этомъ отношеніи. Онъ не только рассматриваетъ механическія препятствія, обусловливаемые узкимъ тазомъ, но приписываетъ весьма важное значеніе вліянію узкихъ тазовъ на положеніе младенца и на сократительную дѣятельность матки. При этомъ онъ указываетъ на отклоненія отъ нормы въ механизмѣ родового акта при различныхъ видахъ суженій тазовъ, что узкіе тазы встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ принимали до него. *Litzmann* (1861) описываетъ по способу *de Frémery* формы узкихъ тазовъ на основаніи механическихъ условій, которыя опредѣляютъ форму таза и видоизмѣняютъ ее, причемъ онъ опирается на работы братьевъ *Weber* и *Hermann*'а *Meyer*'а о механикѣ таза и подтверждаетъ полученные имъ результаты точными и тщательными измѣреніями.

Kehrer пошелъ по новому и во всѣхъ отношеніяхъ полезному пути, а именно, стараясь изучать патологическія измѣненія таза экспериментальнымъ путемъ. Съ цѣлью сдѣлать нормальный тазъ гибкимъ, онъ лишалъ его въ большей или меньшей степени солей посредствомъ соляной кислоты и получалъ такимъ образомъ гибкіе (такъ назыв. каучуковые тазы) и изучалъ на нихъ разнообразныя механизмы, путемъ которыхъ происходятъ различныя измѣненія въ формѣ ихъ. Хотя мы и не можемъ совершенно согласиться съ его результатами (каучуковому тазу соответствуютъ остеомалятический, а никакъ не рахитическій), и дѣйствіе влеченія мышцъ, по нашему мнѣнію, имъ преувеличено, все-таки мы должны признаться, что разрѣшеніе вопроса о механизмѣ, имѣющемъ значеніе при патологическихъ измѣненіяхъ таза, подвинуто впередъ этимъ оригинальнымъ и плодотворнымъ способомъ.

Объ узокомъ тазѣ вообще.

Вопросъ относительно того — достаточно-ли великъ тазъ въ данномъ случаѣ для безпрепятственнаго прохожденія чрезъ него младенца — зависитъ не только отъ размѣровъ таза, но также и отъ величины младенца и въ особенности головки его. Но такъ какъ увеличеніе черепа, могущее имѣть для механизма родовъ важное вліяніе, встрѣчается очень рѣдко, и такъ какъ, съ другой стороны, головка зрѣлаго и здороваго плода никогда не бываетъ значительно меньше средней величины, то обыкновенно рассматриваютъ головку младенца, какъ постоянную неизмѣнную величину. Это тѣмъ болѣе позволительно, что нѣтъ точнаго метода, которымъ бы можно было опредѣлить величину головки, находящейся еще въ маткѣ. Но во всякомъ случаѣ важно

никогда не терять изъ виду, что въ отдѣльныхъ случаяхъ ненормальная величина головки можетъ сдѣлать узкій тазъ относительно широкимъ и наоборотъ.

Итакъ, рассматривая головку какъ постоянную величину, извѣстную на основаніи наблюдений, мы будемъ говорить о суженіи таза только въ отношеніи этой головки (средней величины).

Суженіе таза можетъ быть во всѣхъ частяхъ и во всѣхъ размѣрахъ его, и поэтому невозможно установить правилъ, которыя обнимали бы собою всѣ виды узкихъ тазовъ.

Изученіе узкихъ тазовъ, столь важное для практическаго акушера, однако очень облегчается тѣмъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ суженіе имѣетъ мѣсто почти единственно во входѣ въ тазъ и тутъ по преимуществу укорочена истинная конъюгата.

Слѣдовательно, прямой размѣръ входа въ тазъ, — *conj. vera*, — имѣетъ преобладающее значеніе. Хотя и не совсѣмъ точно таксировать узкій тазъ исключительно по величинѣ *conj. verae*, такъ что подъ тазомъ, напр., въ 8 см., мы подразумѣваемъ тазъ, котораго *conj. vera* равняется 8 см., тѣмъ не менѣе слѣдуетъ согласиться, что всѣ другіе размѣры таза, въ сравненіи съ важностію *conj. verae*, имѣютъ лишь второстепенное значеніе.

Итакъ, наиболѣе частымъ мы считаемъ между узкими тазами такъ называемый плоскій, котораго *conj. vera*, вслѣдствіе сплющиванія таза спереди назадъ, укорочена.

Это именно тотъ видъ таза, который имѣетъ первостепенное значеніе въ патологіи родовъ, встрѣчается чрезвычайно часто и вызываетъ самыя разнообразныя расстройства въ актѣ родовъ, начиная съ незначительнаго уклоненія отъ правильнаго механизма и кончая такими препятствіями, при которыхъ младенецъ не можетъ пройти чрезъ тазъ. Мы поэтому рассмотримъ плоскій тазъ прежде другихъ различныхъ формъ узкаго таза и притомъ довольно подробно, такъ что при этомъ будетъ изложено многое изъ того, что относится ко всѣмъ другимъ формамъ узкаго таза или, по крайней мѣрѣ, къ большей части ихъ.

Когда *conj. vera* укорочена, то весьма важное различіе состоитъ въ томъ, укорочены-ли также остальные размѣры тазоваго входа или же они имѣютъ нормальную величину. Если они укорочены въ такой же степени, какъ *conj. vera*, то мы имѣемъ дѣло съ обще-равномѣрно суженнымъ тазомъ. Но если они укорочены въ меньшей степени, чѣмъ *conj. vera*, то дѣло идетъ о переходной формѣ между обще-равномѣрно суженнымъ и плоскимъ тазомъ, т. е. объ обще-неравно-мѣрно суженномъ или обще-суженномъ плоскомъ тазѣ.

Хотя *Баландинъ* ¹⁾ обращаетъ вниманіе на то, что мышь, а слѣдовательно и *conj. vera* находятся выше плоскости входа въ тазъ, про-

¹⁾ *Klin. Vorträge etc. St. Petersburg 1883. p. 59.*

ходящей через *lineae innom inatae*, однако же это не уменьшаетъ важности конъюгаты, по крайней мѣрѣ для плоскаго таза. При плоскомъ тазѣ мысъ такъ значительно опускается внизъ и такъ сильно выдвигается впередъ, что онъ лежитъ приблизительно въ Баладиновской верхней узкой части полости таза («*Obere Beckenenge*»). Мнѣніе *Баладина* справедливо относительно общесъуженнаго таза; при этой формѣ, однако, уже давно извѣстно, что *сопj.* не имѣетъ такого первостепеннаго значенія, какое она имѣетъ при плоскомъ тазѣ.

Важное значеніе имѣетъ вопросъ относительно того — гдѣ граница между нормальнымъ и съуженнымъ тазомъ.

Ясно, что о съуженіи таза въ акушерско-практическомъ отношеніи можетъ быть рѣчь только тогда, когда оно достигло такой степени, что можетъ представить препятствіе прохожденію младенца черезъ тазъ. Дѣло, поэтому, въ томъ — какъ велико должно быть препятствіе, чтобы считать тазъ неправильнымъ.

Прежде о вредномъ вліяніи узкихъ тазовъ судили только по дѣйствительному механическому препятствію относительно родового акта; но *Michaelis* первый показалъ, что вліяніе узкаго таза простирается дальше, что оно сказывается также на неправильностяхъ въ положеніи и позиціи плода, равно какъ и сократительной дѣятельности матки. Этотъ же авторъ показалъ, что, по способу вставленія черепа при различныхъ видахъ съуженныхъ тазовъ, опытный наблюдатель можетъ діагностицировать видъ съуженія въ такихъ случаяхъ, гдѣ мнѣ опытный наблюдатель считалъ-бы теченіе родовъ совершенно нормальнымъ.

Michaelis вывелъ изъ своихъ наблюденій, что тазъ, конъюгата котораго меньше $9\frac{1}{2}$ см., должно считать узкимъ. Однако, этимъ еще не совершенно исчерпывается понятіе объ узкихъ тазахъ. Съ одной стороны, какъ признаетъ и самъ *Michaelis*, при обще-съуженныхъ тазахъ съ конъюгатою нѣсколько больше $9\frac{1}{2}$ см., могутъ встрѣтиться еще весьма значительныя препятствія при родахъ; съ другой же стороны, при плоскихъ тазахъ съ конъюгатою нѣсколько больше $9\frac{1}{2}$ см., хотя дѣйствительно и не встрѣчаются препятствія къ прохожденію младенца, но все таки при нихъ наблюдаются отклоненія въ установленіи головки, которыя должно считать характеристическими для плоскихъ тазовъ, такъ что роды при этихъ-то тазахъ чаще всего разъясняютъ намъ механизмъ родовъ при узкомъ тазѣ.

На основаніи вышеизложеннаго, намъ кажется, что не цѣлесообразно совершенно не обращать вниманія на тазы съ конъюгатою нѣсколько больше, чѣмъ $9\frac{1}{2}$ см., и относить ихъ къ совершенно нормальнымъ тазамъ. Гораздо рациональнѣе причислять ихъ къ узкимъ тазамъ. Конечно, при этомъ необходимо имѣть въ виду, что, при нормальныхъ размѣрахъ плода, механическаго препятствія къ прохожденію его при подобныхъ тазахъ не бываетъ, но вліяніе ихъ выражается только отклоненіями въ родовомъ механизмѣ.

Итакъ, чтобы дать этому очень важному разряду тазовъ надлежащее мѣсто въ классификаціи, необходимо раздѣлить сѣуженные тазы на три большія категоріи:

1) Абсолютно сѣуженные тазы, при которыхъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ родиться зрѣлый плодъ. Сюда относятся всѣ тазы, кратчайшій диаметръ которыхъ не болѣе $6\frac{1}{2}$ см.

2) Сѣуженные тазы, при которыхъ, хотя при благопріятныхъ обстоятельствахъ и рождается младенецъ живымъ, но всегда при этомъ существуетъ опасность неблагопріятнаго исхода для матери и для младенца. Границы этого рода узкихъ тазовъ полагаются для плоскихъ, сѣуженныхъ только въ конъюгатѣ, — $6\frac{1}{2}$ до $9\frac{1}{2}$ см., а для общесѣуженныхъ — до $9\frac{3}{4}$ см. Даже при наимѣнѣ сѣуженныхъ тазакъ такого рода, при часто повторяющихся родахъ, тѣ или другіе изъ нихъ могутъ подать поводъ къ весьма серьезнымъ разстройствамъ.

3) Узкіе тазы, которые хотя и не представляютъ никакого значительнаго механическаго препятствія, но оказываютъ вліяніе свое тѣмъ, что подаютъ поводъ къ уклоненіямъ отъ нормы во вставленіи головки. Эти тазы незамѣтно переходятъ въ категорію нормальныхъ.

Обыкновенно только первыя двѣ изъ установленныхъ нами формъ причисляются къ узкимъ тазамъ: и это справедливо на столько, по скольку ими дается поводъ къ серьезнымъ препятствіямъ при родахъ. Но, чтобы умѣть вполнѣ оцѣнить вліянія сѣуженіе таза на роды и особенно на способъ вставленія головки, крайне важно изучить механизмъ родовъ даже при очень мало сѣуженныхъ тазакъ. Не столь сѣуженный тазъ второй категоріи отличается отъ 3-й только тѣмъ, что изъ многихъ родовъ нѣкоторые принимаютъ дурной исходъ, прочіе-же протекаютъ также, какъ всѣ роды при тазакъ третьей категоріи.

При рѣшеніи вопроса о частотѣ узкаго таза ¹⁾ мы можемъ также принять во вниманіе только вышеупомянутыя виды тазовъ, при которыхъ сѣуженіе имѣетъ мѣсто во входѣ, такъ какъ всѣ остальные формы слишкомъ рѣдки, чтобы имѣть вліяніе на процентное отношеніе узкихъ тазовъ. Далѣе, такъ какъ третья категорія узкихъ тазовъ незамѣтно переходитъ въ категорію тазовъ нормальныхъ и такъ какъ при вычисленіи частоты узкихъ тазовъ для насъ важно знать — какъ часто встрѣчаются тазы, которые подаютъ поводъ къ значительнымъ препятствіямъ при родахъ, — то мы причисляемъ къ узкимъ тазамъ собственно только первыя двѣ категоріи.

Хотя въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ, въ которыхъ часто встрѣчается рахитизмъ, высшая степень сѣуженія тазовъ встрѣчается гораздо чаще, нежели въ другихъ мѣстахъ, тѣмъ не менѣе кажется, что узкіе

¹⁾ *Michaelis*, Das enge Becken. p. 68; — *Litzmann*, Die Formen des engen Beckens. p. 3. — *Schwartz*, M. f. G. B. 26. p. 437; — *Schroeder*, Schwang. Geb. u. Wochenbett. p. 58; *Spiegelberg*, M. f. G. B. 32 p. 283; — *Winckel*, Klinische Beob. etc. Leipzig 1882; *Fischel*, Wiener med. Blätter. 1882. № 42.

тазы встрѣчаются приблизительно одинаково часто во всей Германіи. Въ пользу этого говорить уже то обстоятельство, что во всѣхъ мѣстахъ, гдѣ было предпринимаемо правильное измѣреніе тазовъ, какъ напримѣръ въ Килѣ, Марбургѣ, Геттингенѣ, Боннѣ, Бреславлѣ, Прагѣ и Эрлангенѣ, процентъ всѣхъ случаевъ узкихъ тазовъ былъ найденъ почти одинаковымъ, а именно 14—20 проц., т. е. на каждыя 5—7 женщинъ приходилось по одному узкому тазу 1).

Суженный въ прямомъ размѣрѣ входа или плоскій тазъ.

Характеристика этой большой группы суженныхъ тазовъ (всѣ прочія формы узкихъ тазовъ попадаютъ практическому акушеру только какъ рѣдкое исключеніе) состоитъ въ сплющиваніи ихъ въ направленіи сзади напередъ, которое обыкновенно обусловливается большею противъ нормы степенью поперечнаго растяженія этихъ тазовъ. Это поперечное растяженіе обусловливаетъ, исключительно или преимущественно, укороченіе прямого размѣра входа, такъ что укороченіе прямого размѣра составляетъ характеристическій признакъ этой большой группы узкихъ тазовъ.

Плоскіе тазы дѣлятся на два большихъ отдѣла, смотря потому, зависитъ-ли сплющиваніе отъ рахитизма, или нѣтъ.

1) Приведенныя авторомъ цифры, выражающія степень частоты узкаго таза, не должны нисколько казаться преувеличенными. Особенно важнымъ обстоятельствомъ въ этомъ случаѣ должно считать то, что числа эти заимствованы изъ небольшихъ университетскихъ клиникъ, въ которыхъ почти каждая беременная подвергается тщательному изслѣдованію относительно таза. Чѣмъ больше родильныя заведенія, тѣмъ менѣ отчеты ихъ показываютъ узкихъ тазовъ, потому что въ списки узкихъ тазовъ вносятся только тѣ, которые подали поводъ къ значительнымъ разстройствомъ во время родовъ; степени-же болѣе легкія ускользаютъ отъ вниманія, такъ какъ не всѣ случаи тщательно изслѣдуются. Пренія статистики не могутъ имѣть здѣсь никакого значенія: такъ *Kilian* (*Die Geburts ehre von Seiten der Wissensch. и пр. Fr. a. M. 1850. Bd. II. p. 332*) сомнѣвается въ правдивости цифръ, приводимыхъ *Osiander*'омъ младш. (*Ursachen u. Hilfeanzeigen etc. p. 180*), находившимъ одинъ узкій тазъ на 50 беременныхъ. *Davis* (*Comp. syst. of Midw. Philadelphia 1820. p. 29*) увѣрялъ прежде, что узкіе тазы въ Сѣверной Америкѣ составляютъ большую рѣдкость; между тѣмъ, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Rob. Harris'a* (*The Americ. Journ. of obstetrics and diseases of women and children. 1871. Vol. IV. № 3*) узкіе тазы тамъ вовсе не рѣдкость и при томъ въ такой степени, что онъ могъ собрать 59 случаевъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго по причинѣ узкихъ тазовъ.

Что касается Россіи, то свѣдѣнія на счетъ частоты узкихъ тазовъ у насъ, къ сожалѣнію, до сихъ поръ очень скудны. Принимая въ соображеніе громадное протяженіе и разноплеменность населенія Россіи, изслѣдованія въ этомъ отношеніи должны были-бы привести къ весьма интереснымъ результатамъ. Относительно Петербурга первая попытка подобной статистики сдѣлана докторомъ Гугенбергеромъ (см. его отчетъ С.-Петербургскаго повивальнаго института. С.-Петербургъ. 1863. p. 64). По его изслѣдованіямъ самая частая форма — частично-суженный тазъ; онъ находилъ по 1 частично-суженному тазу на 120 родовъ; рахитическихъ-же тазовъ приходилось по 1 на 400—500 родовъ. Мы сами встрѣчали въ Петербургѣ гораздо болѣе узкихъ тазовъ, и подробные результаты нашихъ изслѣдованій приведемъ въ нашемъ отчетѣ о дѣятельности Маріинскаго родовспомог. дома за первые десять лѣтъ его существованія.

Г.

Плоскій нерахитическій тазъ.

Литература: *Betschler*, Annalen d. klin. Anstalten. Breslau 1832. В. I. p. 24, 60; В. II. p. 31. — *Michaelis*, l. c. p. 127. — *Litzmann*, l. c. p. 44 — *Schröder*, l. c. p. 70.

Историческія замѣчанія. Знали-ли прежде о плоскомъ, нерахитическомъ тазѣ, — рѣшить очень трудно. Первый, упоминающій объ этомъ тазѣ, былъ *J. G. Arantius*, который суженіе въ конъюгатѣ объясняетъ совершенно односторонне — отъ загибанія внутрь лонныхъ костей. *Heinrich von Derenter*, основатель рациональнаго ученія объ узкихъ тазахъ, хорошо зналъ плоскій тазъ, но не объяснилъ происхожденія его. И de la Motte также не точнѣ другихъ различаетъ категорію плоскихъ тазовъ; онъ говоритъ: «la cause la plus essentielle de l'accouchement long et difficile est lorsque les vertebres inférieures des lombes avec la partie supérieure de l'os sacrum ou même cet os tout entier s'avancent si fort en dedans». Можно было-бы утверждать противное, еслибы подъ первымъ видомъ понимать плоскій тазъ рахитическій, а подъ вторымъ такой же тазъ не рахитического происхожденія. Впрочемъ, вышеприведенными словами de la Motte'a до известной степени, характеризуется существенное различіе этихъ двухъ видовъ суженія таза.

Но съ тѣхъ поръ, какъ *Dionis* и *Puzos* обратили вниманіе на рахитизмъ, какъ на причину суженія таза, стали говорить почти исключительно только объ этомъ видѣ суженія. Кажется, всѣ соглашались въ томъ что тазы, суженные въ конъюгатѣ, обязаны происхожденіемъ своимъ рахитизму.

Betschler былъ первый, указавшій на то, что существуютъ суженные во входѣ таза нерахитического происхожденія, и *Michaelis*, опираясь на свои тщательныя измѣренія, особенно указывалъ на то, что именно плоскій тазъ нерахитического происхожденія есть самый частый изъ всѣхъ узкихъ тазовъ а *Litzmann* описалъ и измѣрилъ его съ такою-же точностью, какъ и остальные неправильные тазы.

Простой плоскій нерахитическій тазъ составляетъ самую частую форму во всѣхъ странахъ, гдѣ рахитизмъ встрѣчается не особенно часто, и даже тамъ, гдѣ рахитизмъ очень распространенъ, нерахитическій плоскій тазъ встрѣчается все еще чаще рахитического.

При первомъ взглядѣ на плоскій тазъ онъ производитъ впечатлѣніе нормальнаго, а иногда даже красиваго таза; но при инструментальномъ измѣреніи легко открывается укороченіе въ прямомъ размѣрѣ. Оно обуславливается тѣмъ, что крестцовая кость нѣсколько глубже вдается въ тазъ, но при этомъ она не поворачивается вокругъ поперечной своей оси. Слѣдовательно, суженіе въ прямомъ размѣрѣ находится во всѣхъ плоскостяхъ таза, хотя преимущественно во входѣ его, такъ что отношенія прямыхъ размѣровъ полости и выхода таза къ прямому размѣру входа приблизительно такія-же, какъ въ нормальномъ тазу. При этомъ всегда можно констатировать довольно равномерное уменьшеніе всѣхъ костей таза, особенно крестца, такъ что были-бы укорочены и поперечные размѣры, если-бы этому не противодействовало то, что крестцовая кость подается впередъ. Вслѣдствіе этого происходитъ слѣдующее: такъ-какъ крестцовая кость соединена съ задними остями подздошныхъ костей очень крѣпкими неподатливыми связками, то, при выдвиганіи впередъ крестцовой кости, будетъ производиться сильное вле-

ченіе за заднія ости. Если-бы тазовое кольцо не было сомкнуто въ лонномъ соединеніи, то, очевидно, должно было-бы произойти разбедненіе лонныхъ костей; но такъ какъ этому препятствуетъ крѣпкое лонное соединеніе, то, при нѣкоторой гибкости костей, поперечный размѣръ таза долженъ нѣсколько увеличиваться вслѣдствіе влеченія за заднія ости; лонное-же соединеніе должно нѣсколько приблизиться къ крестцовой кости. Если, слѣдовательно, представить себѣ общеравномѣрно-сѣуженный тазъ незначительной степени, то, по причинѣ опусканія крестцовой кости въ полость таза, происходяшаго въ ранней юности, получится слѣдующее: прямые размѣры чрезъ это уменьшаются, поперечные-же, вслѣдствіе сильнаго растяженія таза въ поперечномъ направленіи, нѣсколько увеличиваются. Это увеличеніе поперечныхъ размѣровъ уравнивается опять приближеніемъ лоннаго соединенія къ крестцовой кости. Итакъ, поперечные размѣры будутъ увеличены, прямые-же на основаніи двухъ вышеприведенныхъ причинъ, будутъ укорочены. Такъ какъ тазъ до извѣстной степени обще-сѣуженный, то поперечные размѣры получаютъ нормальную длину, между тѣмъ какъ прямые значительно укорочены (Впро-



Фиг. 124. Плоскій перахитическій тазъ.

чемъ, обыкновенно бываетъ, что поперечные размѣры остаются также нѣсколько меньше средней нормы). Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что плоскій тазъ обуславливается тѣмъ же путемъ, какимъ тазъ поворожденнаго превращается въ тазъ взрослой женщины (см. стр. 11); разница только въ томъ, что измѣненія эти происходятъ въ чрезмѣрной степени въ тазу, который, кромѣ того, малъ еще самъ собою.

Во всемъ остальномъ отдѣльныя кости разсматриваемаго таза представляютъ нормальное строеніе и плотность. Также и крылья подвздошныхъ костей не уклоняются отъ нормы ни относительно положенія, ни формы ихъ. Изгибъ ихъ часто бываетъ выраженъ довольно рѣзко.

Что касается до причинъ разсматриваемаго измѣненія таза, то объ нихъ мы не знаемъ ничего опредѣленнаго. Слѣдовало-бы обращать вниманіе — не обуславливается-ли это измѣненіе слишкомъ раннимъ и продолжительнымъ сидѣніемъ маленькихъ дѣвочекъ, а также слишкомъ значительнымъ и частымъ увеличеніемъ тяжести туловища вслѣдствіе подниманія и носки тяжестей до наступленія зрѣлости.

Какъ уже упомянуто выше, простой плоскій перахитическій тазъ — самый частый изъ всѣхъ сѣуженныхъ тазовъ (онъ встрѣчается чаще, нежели всѣ другіе роды узкихъ тазовъ, взятые вмѣстѣ) и очень часто подаетъ поводъ также къ разстройству родового акта. Высшія

степени суженія при такихъ тазахъ, однако не встрѣчаются, такъ какъ конъюгата рѣдко бываетъ меньше 8 см. *Engelken* ¹⁾ описаль плоскій нерахитическій тазъ, конъюгата котораго = 4,8 сант.

Въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаются плоскіе тазы, которые также сужены и въ поперечномъ размѣрѣ выхода. Осложненіе это чрезвычайно важно въ практическомъ отношеніи ²⁾.

Иногда соединеніе перваго крестцоваго позвонка со вторымъ (которое можетъ остаться неокостенѣвшимъ) образуетъ такъ называемый двойной мысъ, т. е. соединеніе обоихъ позвонковъ образуетъ открытый къзади тупой уголъ и вдается въ полость таза, суживая ее въ большей или меньшей степени. Если линія, соединяющая второй мысъ съ лоннымъ соединеніемъ, также коротка или даже короче конъюгаты (*verae*), то подобная аномалія навѣрное имѣетъ акушерское значеніе и она должна быть принята въ соображеніе при измѣреніи таза ³⁾. *Fürst* ⁴⁾ описаль очень красивый тазъ такого рода (см. фиг. 125).



Фиг. 125. Плоскій тазъ съ двойн. мысомъ по *Fürst*у.

Примѣчаніе. Фиг. 124 представляетъ очень хорошій экземпляръ плоскаго таза изъ собранія Мюнхенскаго Родильнаго Дома; роды въ этомъ случаѣ были окончены посредствомъ щипцовъ, и родильница умерла отъ перитонита.

Размѣры этого таза слѣдующіе (ср. стр. 5).

	Прям. р.	Попереч. р.
Входъ таза.	8 ³ / ₄ С. (100)	13 С. (148,6)
Полость таза	10 ¹ / ₂ С. (120)	12 ¹ / ₂ С. (143)
Выходъ таза.	10 С. (114,3)	11 ¹ / ₂ С. (131,5)

Плоскій рахитическій тазъ.

Литература: *P. Dionis*, *Traité gén. des acc.* Paris 1724. p. 241 и 246. — *N. Puzos*, l. c. p. 4 sequ. — *W. Smellie*, l. c. — *G. W Stein* младш., l. c. — *G. Michaelis*, l. c. p. 122. — *Litzmann*, l. c. p. 47. — *Halbey*, *Zur Kenntniss d. platten Beckens.* D. i. Marburg 1869. — *Stanesco*, *Rech. clin. sur les rétrécissem. du bassin, basées sur 414 cas etc.* Paris 1869. — *Rigaud*, *Exam. crit. de 396 cas de rétréciss. du bassin.* Paris 1870. — *Kehrer*, *Arch. f. Gyn.* V. p. 55. — *Fehling*, *Arch. f. Gyn.* B. XI. p. 173.

Истор. зам. *Pierre Dionis* былъ первый, указавшій на то, что узкій тазъ встрѣчается чаще всего у женщинъ, которыя въ дѣтствѣ страдали рахитизмомъ. *Puzos* хорошо былъ знакомъ съ особенностями рахитическихъ тазовъ. Онъ указываетъ на углубленіе между поясничнымъ и крестцовымъ позвонками, знаетъ асимметрію рахитическихъ тазовъ, вслѣдствіе которой тазовой входъ на одной сторонѣ болѣе суженъ, чѣмъ на другой, и объясняетъ всѣ эти измѣненія усиленнымъ дѣйствіемъ тяжести туловища на размягченныя кости при стоячемъ и сидячемъ положеніяхъ. Пустѣ *Puzos Smellie* и *Stein* младшій классически описали рахитическіе тазы, и изслѣдованія этихъ двухъ знаменитыхъ акушеровъ послужили основаніемъ для дальнѣйшихъ изысканій по этому предмету.

¹⁾ *Diss. inaug.* München 1878. — ²⁾ *Michaelis*, l. c. p. 128 и *Schroeder*, l. c. p. 72. — ³⁾ *Michaelis*, l. c. p. 130. ⁴⁾ *Arch. f. Gyn.* B. VII. p. 407.

Рахитическій плоскій тазъ представляетъ слѣдующія особенности
Строеніе костей большею частью нормально, рѣдко онѣ сильно атрофированы, иногда очень плотны и массивны.

Наклоненіе таза почти всегда болѣе нормального.

Всѣ кости этого таза, подобно тому, какъ это замѣчается при плоскомъ нерахитическомъ тазѣ, чрезвычайно малы; это выражено преимущественно въ крыльяхъ подвздошныхъ костей. чтó довольно рѣзко бросается въ глаза. Крестцовая кость также коротка и узка; однако, вслѣдствіе того, что уничтожена вогнутость ея въ поперечномъ направленіи отъ значительнаго выдвиганія тѣлъ позвонковъ между крыльевъ ея, поперечный размѣръ таза при этомъ можетъ имѣть нормальную величину.

Существенныя измѣненія разсматриваемаго таза обуславливаются тѣмъ, что крестцовая кость значительно вдается въ полость таза и вмѣстѣ съ этимъ поворачивается вокругъ своей поперечной оси. Съ этимъ измѣненіемъ въ положеніи крестцовой кости сопряжены также двоякаго рода измѣненія ея вида. Съ одной стороны, тѣла позвонковъ крестцовой кости будутъ неподвижно вколочены между соединеніями ея съ подвздошными костями, такъ что поперечная вогнутость крестцовой кости пропадаетъ и она превращается въ

прямую линію, или же тѣла позвонковъ будутъ даже вдаваться, внутрь, такъ что въ тазъ будетъ вдаваться не вогнутая (въ поперечномъ направленіи), а даже выпуклая крестцовая кость. Съ другой стороны, кривизна крестцовой кости по направленію отъ мыса къ верхушкѣ ея увеличивается, такъ что въ то



Фиг. 126. Плоскій рахитическій тазъ. время, какъ верхняя часть ея сильно направлена взадъ, нижняя часть ея большею частью загибается крючкообразно впередъ; загибъ этотъ только въ рѣдкихъ случаяхъ соответствуетъ 3-му позвонку, обыкновенно же онъ совпадаетъ съ 4-мъ, рѣдко съ 5-мъ позвонкомъ. Вслѣдствіе болѣе сильнаго вдвиганія верхней половины крестца въ полость таза, *spinæ poster. oss. ilei* выдаются сильнѣе нормальнаго надъ заднею поверхностью крестцовой кости. Тѣла позвонковъ, въ особенности перваго, сильно сплющены въ ихъ заднихъ частяхъ.

Подвздошныя кости малы и сильно наклонены къ горизонту, мало согнуты, а спереди — отворочены въ противоположныя другъ отъ друга стороны, такъ что разстояніе между остями (*Sp. J.*) въ отношеніи къ разстоянію между гребешками (*Cr. J.*) увеличено, а иногда даже больше его.

Лонная дуга очень широка, лонное соединеніе образуетъ съ конъюгатой уголъ болѣе значительный, сѣдалищные бугры дальше отстоятъ

другъ отъ друга и вертлужныя впадины болѣе направлены кпереди, чѣмъ въ нормальномъ тазу.

Емкость таза въ различныхъ отдѣлахъ его, вслѣдствіе этихъ измѣненій, будетъ представляться въ слѣдующемъ видѣ: вслѣдствіе опусканія мыса тазъ будетъ сплюсненъ спереди назадъ; сплющиваніе это, также, какъ и при нерахитическихъ плоскихъ тазлахъ, еще увеличивается вслѣдствіе сильнаго послѣдовательнаго поперечнаго растяженія таза. Последнее можетъ быть такъ значительно, что, не смотря на врожденную малость всѣхъ костей, поперечный размѣръ входа будетъ ненормально великъ, а *linea arcuata* вблизи крыльевъ крестца представляетъ перегибъ въ видѣ угла. Поперечный размѣръ входа въ тазъ поэтому будетъ нормальной длины, или даже больше, косые же размѣры только незначительно укорочены, *dist. sacrosoty.* же болѣе уменьшены, и суженіе всего болѣе значительно въ прямомъ размѣрѣ. Чѣмъ ближе къ выходу, тѣмъ всѣ размѣры полости становятся больше. Вслѣдствіе поворачиванія крестцовой кости вокругъ поперечной оси ея, прямой размѣръ полости достигаетъ иногда нормальной величины; что же касается выхода, то онъ въ рахитическихъ тазлахъ нерѣдко больше нормальнаго; въ особенности это относится къ поперечному размѣру его.

Вышеописанныя измѣненія происходятъ вслѣдствіе рахитизма слѣдующимъ образомъ:

Рахитизмъ поражаетъ дѣтей большею частью въ первые годы жизни. Если болѣзнь продолжалась еще недолго и въ умѣренной степени, то тазъ у нихъ состоитъ изъ плотныхъ отдѣльныхъ костей, покрытыхъ со всѣхъ сторонъ мягкими костовидными (остеоидными) слоями и соединенныхъ между собою плотными хрящами нормальнаго строенія. Соединеніе каждыхъ двухъ отдѣльныхъ костей состоитъ, поэтому, изъ покрывающаго конецъ каждой кости мягкаго остеоиднаго слоя (который при нормальныхъ условіяхъ превратился бы въ кость) и лежащаго между ними (т. е. концами костей) болѣе плотнаго хряща. Кромѣ того, кости при этомъ болѣе тонки и легче, чѣмъ при другихъ обстоятельствахъ, и расположены къ загибамъ и надломамъ.

Форма таза, помимо измѣненія отъ давленія при сколіозахъ и т. п. измѣняется, поэтому, вслѣдствіе сжатія остеоиднаго слоя на эпифизахъ костей и вслѣдствіе смѣщенія послѣднихъ.

Сжатіе остеоиднаго слоя влечетъ за собою отчасти малость отдѣльныхъ костей, отчасти же малость костей можетъ быть послѣдствіемъ бездѣятельности бедренныхъ и тазовыхъ мышцъ. Самое же значительное вліяніе на форму рахитическаго таза оказываетъ смѣщеніе концовъ костей его въ мѣстахъ ихъ соединенія между собою.

Дѣти, пораженные рахитизмомъ, или вовсе не начинали ходить, или же, если уже ходили, то вскорѣ затѣмъ перестаютъ двигаться; отъ сидѣнія въ кровати рахитическія измѣненія, вслѣдствіе давленія тяжести тѣловища, будутъ состоять въ слѣдующемъ:

Такъ-какъ въ сидячемъ положеніи боковаго противодавленія со сто-

роны бедеръ совершенно не существуетъ, то тазъ сдавливается въ направленіи сзади и сверху напередъ и внизъ такимъ образомъ, что, въ болѣе высокихъ степеняхъ этого патологическаго состоянія, боковыя стѣнки таза сгибаются подъ угломъ такъ, что онъ дѣлится на переднюю и заднюю половины. Такъ-какъ атрофированныя крылья подвздошныхъ костей принадлежатъ задней половинѣ, то онѣ рѣзко раздвигаются въ стороны; вертлужныя впадины принадлежатъ передней половинѣ таза, поэтому смотрятъ прямо впередъ, и въ ихъ такимъ образомъ измѣненномъ положеніи лежитъ причина, почему въ послѣдствіи, при попыткахъ къ хожденію, тазъ дѣлается еще болѣе плоскимъ въ направленіи сзади напередъ.

Давленіе туловища вколачиваетъ верхнюю часть крестцовой кости глубже въ тазъ, такъ что мысь ея стоитъ ниже и болѣе впереди, и крестцовая кость поворачивается вокругъ своей поперечной оси. Вслѣдствіе того, что дѣти при этомъ принимаютъ часто полусидячее и полужащее положеніе въ постели, нижняя часть крестца, фиксируемая, кромѣ того, посредствомъ *ligg. sacrospin.* и *sacro tuber.*, загибается въ видѣ крючка. Такъ-какъ отдѣльные крестцовые позвонки не соединены плотно ни между собою, ни съ крыльями крестца, то они выпячиваются между послѣдними впередъ, и задняя ихъ поверхность будетъ сжата. Вслѣдствіе выдвиганія впередъ крестцовой кости, плотныя *ligg. ileosacralia* производятъ сильное влеченіе на *sp. post. os il.* и это, въ свою очередь, обуславливаетъ сильное поперечное растяженіе тазоваго кольца. Это же обстоятельство обуславливаетъ отчасти то, что подвздошныя кости болѣе отворочены; отчасти же послѣднее обстоятельство обуславливается болѣе сильнымъ давленіемъ на нихъ вздутыхъ газами кишекъ.

Съдалищныя бугры отгѣсняются наружу, съ одной стороны, въ слѣдствіе натяженія, производимаго на нихъ мышцами, поворачивающими бедра, а съ другой стороны, — въ слѣдствіе сидѣнія на размягченныхъ костяхъ; чрезъ это лонная дуга увеличивается и лонное соединеніе болѣе наклонено къ горизонту. Слѣдуетъ, впрочемъ, указать на то, что рахитическая форма была наблюдаема и на тазяхъ рахитическихъ новорожденныхъ, слѣдовательно, въ такихъ случаяхъ, гдѣ дѣйствіе давленія туловища не могло еще обнаружиться ¹⁾.

Рахитизмъ встрѣчается почти повсюду, но въ особенности часто въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ. Онъ чаще другихъ причинъ обуславливаетъ суженіе таза высшихъ степеней. Послѣднее можетъ быть до того значительно, что полость таза какъ бы исчезаетъ.

Различныя другія формы рахитическаго таза, а также болѣе разительныя асимметріи ихъ мы рассмотримъ ниже.

Примѣчаніе. Особенное значеніе рахитическіе тазы пріобрѣтаютъ отъ слишкомъ острыхъ краевъ и остей, которые, если не исключительно, то преимуще-

¹⁾ Scharlau, M. f. G. B. 30. p. 401. — Kehrer, Arch. f. G. B. V. p. 55. — Fischer, c. 1. B. VII. p. 46 и Fehling, c. 1. B. XI. p. 173.

ственно встрѣчаются при этой аномалии таза (т. е. рахитической). Кромѣ необыкновенно остраго мыса, эти заостренія встрѣчаются преимущественно на передней стѣнкѣ таза. Задняя поверхность лоннаго соединенія, вслѣдствіе выдвиганія жгатаго хряща, можетъ образовать остъ, сильно вдающуюся въ тазъ ¹⁾ (мы видѣли пузырновлагалищную фистулу, которая была обязана своимъ происхожденіемъ такой ости), или же гребешокъ лонной кости представляется чрезмѣрно приостреннымъ, или же окостенѣваетъ мѣсто прикрѣпленія сухожилія *m. psoas minor*. Последніе могутъ представляться на скелетированномъ тазѣ совершенно острыми. Понятно, что на живыхъ они покрыты мягкими частями и плотными сухожиліями, такъ что они обыкновенно не оказываютъ никакого неблагоприятнаго вліянія. Однако, при продолжительныхъ родахъ и узкомъ тазѣ они могутъ подать поводъ въ омертвѣніямъ ткани матки или рукава, если головка сильными сокращеніями ологе время будетъ вкочлена во входъ таза и то мѣсто матки, которое покрываетъ головку, будетъ находиться между такими выступами ²⁾.

Kilian въ вышеприведенной монографіи принимаетъ какъ особый видъ такъ называемые остистые тазы (*Stachelbecken*), въ которыхъ заострена *crista pubis* и въ которыхъ сухожиліе *m. psoas minor* выдается въ видѣ ости. *Lambl* первый правильно указалъ и обратилъ вниманіе на истинное значеніе этихъ аномалій, которыя встрѣчаются въ тазахъ мужскихъ и женскихъ, нормальныхъ и патологическихъ. *Luschka* ³⁾ подтвердилъ происхожденіе ости вслѣдствіе прикрѣпленія сухожилія *m. psoas minor*.

На фиг. 126 представленъ рахитическій тазъ изъ собранія Боннскаго Родильнаго Дома. Онъ имѣетъ слѣдующіе размѣры (ср. стр. 5):

	Прям. р.	Попер. р.
Входъ таза	6,3 (100)	13,8 (219)
Полость	8,1 (128,5)	11,5 (182,5)
Выходъ	8,5 (134)	12 (190)

Такъ какъ перфорированная головка не могла быть извлечена кефалотрибомъ то младенца пришлось извлечь руками послѣ сдѣланнаго поворота на ножки.

Роды при плоскомъ тазѣ.

Положеніе и членорасположеніе плода.

Литература: *Michaelis* l. c. — *Litzmann* l. c. — *Weidling*, D. i. Halle. 1882.

Плоскій тазъ въ высокой степени вліяетъ на положеніе плода при родахъ, такъ что неправильныя положенія при этихъ тазахъ встрѣчаются по крайней мѣрѣ въ четыре раза чаще, нежели при тазахъ нормальныхъ. У перворождающихъ обстоятельство это выступаетъ еще болѣе рѣзко.

Изъ физиологіи беременности мы знаемъ, что упругая, яйцевидной формы матка перворождающихъ устанавливаетъ головку (которая, уже въ силу собственной тяжести, нѣсколько опущена книзу) какъ разъ надъ входомъ въ тазъ и что, при нормальныхъ отношеніяхъ послѣдняго, неподатливые брюшные покровы и сокращающіяся круглыя связки

¹⁾ *Hennig*, M. f. G. B. 33. p. 137. — ²⁾ См. *Klein*, Partus memorab. D. i. Bonnae 1842. p. 15. — *H. F. Kilian*, Schild. neuer Beckenformen. Mannh. 1854. — *Lambl*, Prag. Vierteljahrsschr. 1885. B. 45. p. 142. — *Grenser*, M. f. G. B. 1. p. 145. — *Lehmann*, Schmidt's Jahrb. 1869. B. 143. p. 188. — *von Franque*, Scanzoni's Beiträge. B. VI. p. 91. — *Feiler*, M. f. G. B. 9. p. 249 (остъ въ плоскомъ нерахитическомъ тазѣ). — *Leopold*, Arch. f. Gyn. IV. p. 336. — ³⁾ Die Anat. des menschl. Beckens. Tübing. 1864. p. 87.

подъ конецъ беременности отгѣсняютъ нижній сегментъ матки, съ лежащею въ немъ головкою, въ полость таза, такъ что, при нормальныхъ условіяхъ, у перворождающихъ головка, уже въ началѣ родовъ, стоитъ болѣе или менѣе глубоко въ полости таза.

Это отношеніе измѣняется даже и у перворождающихъ, коль скоро существуетъ суженіе таза, затрудняющее вставленіе головки. Въ этихъ случаяхъ матка также большею частью исправляетъ положеніе младенца, направляя головку его прямо ко входу въ тазъ; но такъ какъ головка не можетъ помѣститься въ суженномъ входѣ, то и происходитъ отклоненіе ея въ сторону, такъ что она устанавливается надъ краемъ одной изъ подвздошныхъ костей. Въ иныхъ случаяхъ, особенно вслѣдствіе неправильныхъ положеній матки, плодъ принимаетъ еще болѣе неправильное положеніе, нежели какія мы видѣли до сихъ поръ. Суженный тазъ предрасполагаетъ къ развитію отвислага живота и къ значительной подвижности матки. Но при отвисломъ животѣ матка въ стоячемъ положеніи женщины не образуетъ съ горизонтомъ угла въ 35° , какъ при нормальныхъ условіяхъ, а лежитъ почти въ горизонтальной плоскости или даже такъ, что дно находится ниже, нежели нижній сегментъ матки. Послѣ того, что мы сказали (въ примѣчаніи на стр. 72) о причинахъ нормальнаго положенія плода, станетъ понятно, что при только что изложенныхъ обстоятельствахъ очень легко образуются поперечныя положенія и положенія тазовымъ концомъ. Большая подвижность матки при узкомъ тазѣ, обуславливая легкую перемѣщаемость дна ея то въ одну, то въ другую сторону, въ свою очередь, также предрасполагаетъ къ частымъ измѣненіямъ положенія плода (которыя дѣйствительно происходятъ здѣсь чаще, нежели при нормальномъ тазѣ) и такимъ образомъ подаетъ поводъ къ неправильнымъ положеніямъ.

Если головка въ началѣ родовъ бываетъ смѣщена въ сторону, то обыкновенно начинающимся потугамъ, сокращающимъ матку въ поперечномъ направленіи, удастся возстановить продольное положеніе, такъ что опять предлежитъ головка; но иногда потуги не исправляютъ положенія плода, такъ что онъ даже во время родовъ сохраняетъ поперечное положеніе; мало того, предлежащая первоначально головка, не фиксируясь съ суженнымъ входомъ, можетъ быть отклонена въ сторону, и такимъ образомъ уже вторично образуется поперечное положеніе.

Членорасположеніе плода при такого рода измѣненіяхъ въ положеніи его легко становится неправильнымъ. Подбородокъ удаляется отъ груди и образуется предлежаніе личикомъ; при тазовыхъ положеніяхъ, гдѣ вставленіе ягодичъ затруднено, ножки выпадаютъ во влагалище; при поперечныхъ, а также и при черепныхъ положеніяхъ верхнія конечности и очень часто также пуповина выпадаютъ впереди головки. Въ особенности выпаденіе пуповины у перворождающихъ встрѣчается исключительно почти только при плоскомъ

тазѣ. Такъ какъ у перворождающихъ, съ нормальнымъ тазомъ, предлежащая головка уже въ послѣднее время беременности вступаетъ въ тазъ, или, по крайней мѣрѣ, плотно предлежитъ надъ входомъ въ него, то маточный зѣвъ, плотно обхватывая головку во время своего изглаживанія, этимъ самымъ дѣлаетъ невозможнымъ выпаденіе пуповины. Если же головка, вслѣдствіе узкости таза, стоитъ высоко, то раскрывающійся маточный зѣвъ всегда оставляетъ свободный промежутокъ, въ который пуповина выпадала бы гораздо чаще, нежели это вообще наблюдается, еслибъ этому не препятствовали короткость ея или же обвитія вокругъ различныхъ частей плода, которыя встрѣчаются довольно часто.

Если, слѣдовательно, при суженномъ тазѣ у перворождающихъ неправильныя положенія плода встрѣчаются довольно часто, то съ возрастающимъ числомъ родовъ причины такихъ ненормальныхъ положеній также увеличиваются. Слишкомъ вялая ткань матки уже во время беременности легко подаетъ поводъ къ происхожденію поперечныхъ положеній и такъ какъ суженный тазъ не вмѣщаетъ въ себѣ опускающейся головки, то начинающимся потугамъ также не удается фиксировать ее въ затылочномъ положеніи. Мало того, предлежащая первоначально головка нерѣдко смѣщается въ сторону, такъ какъ при боковыхъ положеніяхъ роженицы легко подвижная матка смѣщается въ соответственную сторону. Чѣмъ болѣе матка, вслѣдствіе предшествовавшихъ родовъ, утратила первоначальную упругость, тѣмъ чаще и осложненіе становятся ненормальныя положенія плода. Нормальное членорасположеніе младенца также измѣняется въ мѣшкообразно растянутой маткѣ и, такимъ образомъ, мы у многорожавшихъ съ узкимъ тазомъ встрѣчаемъ такія положенія и членорасположенія плода, какихъ никогда не наблюдаемъ при другихъ обстоятельствахъ.

Положеніе предлежащей части и механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ.

Литература: *Michaelis* l. c. — *Litzmann*, Samml. kl. Vortr. № 74. 1874. — *v. Haselberg*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II. p. 211 и 289. — *Dohrn*, Arch. f. Gyn. B. VI. p. 72.

Даже въ тѣхъ случаяхъ суженій таза, въ которыхъ роды протекаютъ, повидимому, совершенно нормально, т. е. въ которыхъ они оканчиваются силами природы, въ не очень продолжительное время и безъ ущерба какъ для матери, такъ и для младенца, опытный акушеръ, даже не дѣлая измѣреній, можетъ съ большою вѣроятностью диагностировать не только суженіе вообще, но и самый видъ его, такъ какъ положеніе предлежащей части и прохожденіе ея чрезъ суженное мѣсто представляютъ характеристическія особенности для плоскаго таза.

Въ главѣ о нормальномъ механизмѣ родовъ (стр. 156) мы видѣли,

что при одинаковой степени сопротивленія, какъ со стороны передней, такъ и задней части головки, послѣдняя, испытывая болѣе непосредственное, ближайшее дѣйствіе изгоняющей силы, должна опуститься ниже, такъ какъ одна и таже сила сопротивленія дѣйствуетъ сильнѣе на длинное, нежели на короткое плечо рычага. При плоскомъ тазѣ нормальное вступленіе темяннаго поперечника головки въ просвѣтъ соці. встрѣчаетъ препятствіе въ суженномъ мѣстѣ. Это препятствіе лежитъ гораздо ближе къ задней, нежели къ передней части головки. Вслѣдствіе возрастанія силы сопротивленія со стороны затылка, лицевая часть, не смотря на то, что представляетъ болѣе длинное плечо рычага, все таки опустится ниже. Но какъ только подбородокъ нѣсколько удалится отъ груди, направленіе изгоняющей силы — позвоночникъ начинаетъ дѣйствовать по направленію ко лбу, и вмѣстѣ съ тѣмъ переднее плечо рычага становится короче, заднее же удлиняется. Такъ какъ сопротивленіе со стороны задней части головки еще болѣе возрастаетъ и дѣйствуетъ теперь на относительно или даже абсолютно удлиненное плечо, то передняя часть головки должна опуститься ниже.

Слѣдовательно, при плоскомъ тазѣ головка устанавливается надъ входомъ съ низко стоящею переднею частью черепа, и коль скоро потуги фиксировали головку во входѣ въ тазъ, мы находимъ, что стрѣловидный шовъ проходитъ вблизи крестцовой кости, въ приблизительно поперечномъ или нѣсколько косомъ направленіи, и что большой родничекъ стоитъ недалеко отъ мыса, находясь при 1-мъ черепномъ положеніи нѣсколько вправо отъ него и при 2-мъ, наоборотъ, нѣсколько влѣво. Слѣдовательно, теперь въ прямомъ размѣрѣ



Фиг. 127. Вступленіе головки въ плоскій тазъ.

во входѣ въ тазъ находится не теменной поперечникъ (*d. biparietalis*) черепа, но болѣе короткий и легче сжимаемый височный (*bitemporalis*). Въ этомъ положеніи, т. е. при поперечномъ направленіи стрѣловиднаго шва и при низкостоящемъ большомъ родничкѣ, головка вгоняется въ тазъ (см. фиг. 127). При этомъ часть головки, лежащая впереди, упирается (въ области височнаго шва) въ верхній край лоннаго соединенія

и въ то время, какъ головка здѣсь удерживается, черепъ выкатывается мимо мыса. Уменьшеніе, которому черепъ долженъ при этомъ подвергаться, происходитъ здѣсь, вслѣдствіе захожденія задней темянной кости подъ переднюю въ стрѣловидномъ швѣ и вслѣдствіе уплощенія передней темянной кости.

Когда головка прошла чрезъ суженное мѣсто, идущая впередъ передняя часть черепа встрѣчаетъ въ тазу болѣе значительное сопро-

тивленіе и, вслѣдствіе этого, затылокъ теперь снова опускается ниже, малый родничекъ становится легко доступнымъ и вскорѣ опускается ниже, нежели большой родничекъ. Если задняя стѣнка таза беретъ перевѣсъ надъ переднею еще при низкомъ стояніи большого родничка, то послѣдній вначалѣ поворачивается впередъ и уже вслѣдствіи обращается взадъ; въ случаѣ же, если оба родничка стоятъ приблизительно на одинаковой высотѣ, поперечное стояніе головки продолжается очень долго и малый родничекъ поворачивается впередъ уже вслѣдъ за тѣмъ, какъ онъ опустился ниже. Такъ какъ выходъ таза нормаленъ, то дальнѣйшій механизмъ родовъ совершается обыкновеннымъ путемъ.

При еще болѣе значительномъ суженіи прямого размѣра входа въ тазъ, передняя часть черепа, по тѣмъ же вышеизложеннымъ причинамъ, должна опуститься еще ниже, такъ что въ этомъ случаѣ мысъ можетъ надавливать на верхній уголъ лобной кости, обращенной къзади. Прохождение головки въ этомъ направленіи происходитъ очень трудно и наблюдается только въ исключительныхъ случаяхъ.

Въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ головка при плоскомъ тазѣ устанавливается надъ тазовымъ входомъ темяною костью, обращенною къзади (см. стр. 166, примѣч. ¹) Стрѣловидный шовъ въ этихъ случаяхъ проходитъ не вблизи крестцовой кости, но тотчасъ позади лоннаго соединенія или даже надъ нимъ, а обращенная къзади темяная кость предлежитъ надъ входомъ въ тазъ. Причины такого неправильнаго вставленія черепа еще не вполне извѣстны. Значительное наклоненіе таза и преждевременное быстрое истеченіе околоплодной жидкости, по видимому, болѣе всего предрасполагають къ этому. Въ легкихъ случаяхъ стрѣловидный шовъ, опускаясь ниже, отодвигается мало по малу взадъ и, такимъ образомъ, неправильное предлежаніе исправляется само собою и головка вступаетъ въ тазъ. Сдѣйствовать этому исправленію какими либо внутренними или наружными приемами не легко удается. Поэтому именно при плоскомъ тазѣ, кажется, лучше всего дѣлать какъ можно раньше поворотъ; но при этомъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на то,—не достигло ли растяженіе задней стѣнки цервикальнаго канала—на которое обратилъ вниманіе J. Veit, такой высокой степени, при которой производство поворота противопоказуется. Въ подобномъ случаѣ слѣдуетъ прибѣгать къ краніотоміи.

Breisky ²) обратилъ вниманіе на особый видъ вставленія головки при плоскомъ тазѣ, а именно, на прохожденіе головки черезъ одну половину тазоваго входа. Это вѣдъ среднее вставленіе головки встрѣчается чаще всего въ тѣхъ случаяхъ, когда

¹) Litzmann, Arch. f. Gyn. B. II p. 433 и J. Veit, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. IV. p. 229. — ²) Prager Vierteljahrsschrift 1869. B. 4. p. 58. Болѣе подробно это вставленіе изучено Rapin'омъ, Engagement latéral de la tête etc. D. i. Lausanne. 1874. См. еще Frankhauser, Die Schädelform nach Hinterhauptslage. D. i. Bern 1872. p. 74 и Kleinwächter, Prager Viertelj. 1872. B. 3 p. 104.

мысь (при лордозѣ пояснично-крестцовой части позвоночника) и хрящ лоннаго соединенія такъ сильно вдаются въ тазъ, что входъ получаетъ нѣкоторое сходство съ лежачей цифрою 8 (∞). Въ такихъ случаяхъ головка иногда устанавливается надъ одною половиною входа въ тазъ, чаще всего надъ лѣвою, и проходитъ черезъ нее съ нижеопущеннымъ затылкомъ, какъ при общесъуженномъ тазѣ. Прохождение головки совершается обыкновенно вдругъ, послѣ чего дальнѣйшій механизмъ родовъ протекаетъ совершенно правильно.

Лицевыя положенія встрѣчаются чаще при плоскомъ, нежели при нормальномъ тазѣ. Ходъ родовъ затрудненъ, личико долго сохраняетъ свое поперечное положеніе и подбородокъ обыкновенно лишь поздно поворачивается впередъ.

Изъ предлежаній тазовымъ концомъ при плоскомъ тазѣ чаще встрѣчаются ножныя, нежели ягодичныя предлежанія. Объясняется это тѣмъ, что узкій тазъ не допускаетъ ранняго вступленія ягодичъ и вслѣдствіе этого ножки опускаются въ нижній отрѣзокъ матки. Кромѣ того, говоря о причинахъ ногоположеній при узкомъ тазѣ, нельзя упускать изъ виду косоое положеніе и вялость матки, особенно часто встрѣчаемая у многорожавшихъ съ узкимъ тазомъ, у которыхъ хотя и предлежатъ ягодичы, но онѣ большею частію отклонены въ сторону отъ тазоваго входа, такъ что при раскрытіи маточнаго зѣва въ него опускаются ножки плода. Во всѣхъ другихъ отношеніяхъ механизмъ родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ не уклоняется отъ нормальнаго типа. Изгоняющая сила дѣйствуетъ на ягодичы по направленію крестцовой кости, такъ что послѣдняя опускается всего ниже, вслѣдствіе чего и при узкомъ тазѣ долженъ совершиться поворотъ спинки впередъ. Послѣдующая головка при плоскомъ тазѣ всегда вступаетъ во входъ въ поперечномъ направленіи, причемъ въ соң. помѣщается малый поперечный размѣръ (d. bitemporalis), при чемъ подбородокъ нѣсколько удаляется отъ груди. При нѣсколько болѣе значительномъ суженіи таза прохожденіе послѣдующей головки почти всегда замедляется на столько, что безъ помощи искусства ребенокъ погибаетъ.

При поперечныхъ положеніяхъ большею частію предлежитъ плечико, т. е. также, какъ и при нормальномъ тазѣ. Поперечное положеніе нерѣдко бываетъ первичнымъ, иногда же оно является послѣдовательно во время теченія родовъ вслѣдъ за первичнымъ черепнымъ предлежаніемъ. При узкомъ тазѣ спинка обращена взадъ чаще, нежели при нормальномъ; болѣе рѣдко наблюдается предлежаніе грудью, между тѣмъ какъ осложненія выпаденіемъ ручки и пуповины наблюдаются, напротивъ того, весьма часто. Естественное окончаніе родовъ, совершающееся даже при нормальномъ тазѣ лишь въ крайне исключительныхъ случаяхъ, при плоскомъ тазѣ сопряжено еще съ болѣе значительными затрудненіями; но при достаточно обширныхъ поперечныхъ размѣрахъ такое окончаніе родовъ силами природы все-таки представляется возможныхъ ¹⁾.

¹⁾ См. *Kleinwächter*, Arch. f. Gyn. B. II. p. 111.

Примѣч. У всѣхъ авторовъ до *Michaelis*'а мы находимъ лишь отдѣльныя указанія относительно способа, посредствомъ котораго головка проходить чрезъ суженный тазъ.

Smellie своими прекрасными, чрезвычайно отчетливо сдѣланными рисунками (листы 27 и 28 его анатом. таблицъ) доказываетъ, что онъ понималъ механизмъ родовъ при узкомъ тазѣ. Въ сочиненіяхъ *Stein*'а младшаго, сдѣлавшаго такъ много для ученія о тазѣ, мы находимъ только намеки относительно вопроса о способѣ прохожденія головки чрезъ узкій тазъ, но тѣмъ не менѣе въ разныхъ мѣстахъ онъ обнаруживаетъ замѣчательную наблюдательность ¹⁾. Вѣрное въ главномъ, хотя и неразработанное ученіе объ этомъ предметѣ мы встрѣчаемъ въ диссертациі *Mampe* ²⁾ Въ ней онъ высказываетъ фактъ, что при суженой *conj.* лежащая впереди темная кость стоитъ очень низко, такъ что стрѣловидный шовъ проходить близъ самого мыса и, далѣе, что различная высота стоянія большаго и малаго родничковъ обусловлена главнымъ образомъ суженіемъ таза. Если *conj.* сужена, но остальные размѣры таза нормальны, то большой родничекъ стоитъ ниже, между тѣмъ какъ при суженіи тазовой полости опускается; напротивъ, малый родничекъ. Заслуга дальнѣйшей разработки этого ученія въ томъ видѣ, въ которомъ оно изложено въ предъидущей главѣ, принадлежить въ существенныхъ чертахъ *Michaelis*'у.

Теченіе родовъ при плоскомъ тазѣ.

Литература: *Michaelis*, l. c.—*Litzmann*, *Volkman's Samml. klin. Vortr.* 1871. № 23.

Роды при плоскомъ тазѣ продолжаются среднимъ числомъ гораздо долѣе, нежели при тазѣ нормальномъ. Прямую причину этого замедленія составляютъ хотя и не исключительно, но отчасти ненормальныя соотношенія тазовыхъ размѣровъ. Въ этихъ случаяхъ, кромѣ того, періодъ раскрытія матки также протекаетъ долѣе нормальнаго, такъ какъ предлежащая часть стоитъ высоко и поэтому нажимаетъ на маточный зѣвъ слабѣе нормальнаго; одинъ же плодный пузырь обуславливаетъ болѣе медленное раскрытіе зѣва. Періодъ изгнанія замедляется вслѣдствіе усиленнаго механическаго препятствія, т. е. несоразмѣрности между предлежащею частью и тазомъ.—Какъ только головка прошла чрезъ суженное мѣсто, она большею частью рождается быстро; только въ исключительныхъ случаяхъ сила маточныхъ сокращеній бываетъ при этомъ до того истощена, что изгнаніе черепа изъ полости таза требуетъ болѣе продолжительнаго времени или же, если кольцо сокращенія столь сильно отодвинулось вверхъ по младенцу, что значительно уменьшившееся въ своемъ объемѣ тѣло матки, изъ котораго наибольшая часть плода уже вышла, не въ состояніи уже бываетъ изгнать плодъ чрезъ влагалищный входъ.

Далѣе, можетъ произойти замедленіе родовъ вслѣдствіе рановременнаго истеченія околоплодной жидкости. Последнее при узкомъ тазѣ встрѣчается гораздо чаще, нежели при нормальномъ, и нерѣдко разрывъ пузыря происходитъ еще до наступленія маточныхъ сокращеній, при закрытомъ еще маточномъ рыльцѣ. Въ послѣднемъ случаѣ раскрытіе зѣва происходитъ еще медленнѣе.

¹⁾ *Theor. Geb.* § 600. 4. — *Roberti's Diss.* p. 16 л 27 и *Siebold'a J.* IV. p. 493. — ²⁾ *De partus hum. mech. D. i. Hal.* 1821. p. 23 и 59.

Наибольшее вліяніе какъ на продолжительность родовъ, такъ и на исходъ ихъ имѣетъ характеръ потужной дѣятельности.

Какъ положеніе вѣрное вообще, хотя въ частностихъ и требующее нѣкоторыхъ видоизмѣненій, можно допустить, что сила сокращеній матки возрастаетъ пропорціонально со степенью сопротивленія. Поэтому при узкомъ тазѣ въ большинствѣ случаевъ наблюдается, что сила потужной дѣятельности достигаетъ такой степени, какая замѣчается только въ очень исключительныхъ случаяхъ при нормальномъ тазѣ. Сильнѣе всего сокращенія бывають при плоскомъ тазѣ, и энергія ихъ можетъ доходить здѣсь до такой степени, что является опасность относительно разрыва матки. Но даже и подобную чрезмѣрно увеличенную силу потужной дѣятельности нельзя разсматривать, какъ явленіе патологическое, такъ-какъ она необходима для преодоленія чрезмѣрно увеличеннаго сопротивленія въ конъюгатахъ.

Начало періода раскрытія обыкновенно протекаетъ медленно, вяло; но съ дальнѣйшимъ раскрытіемъ зѣва возрастаетъ и энергія потугъ. Головка фиксируется надъ входомъ и, постепенно приспособляясь къ формѣ его, медленно проходитъ чрезъ суженное мѣсто. Въ это именно время необходима необычайная энергія потугъ, поэтому ослабленіе ихъ можетъ имѣть роковыя послѣдствія и, къ счастью, наступаетъ лишь рѣдко. Сокращенія матки должно въ это время усиливать и поддерживать крайнимъ напряженіемъ вспомогательныхъ силъ, слѣдовательно, совѣтуемъ роженицѣ надлежащимъ образомъ вырабатывать потуги и сильно сокращать брюшной прессъ. Чѣмъ энергичнѣе будутъ въ это время потуги, тѣмъ болѣе шансовъ на благопріятный исходъ родовъ, какъ для матери, такъ и для плода. (Это будутъ, слѣдовательно, такіе случаи, которые даже при высоко стоящей головкѣ требуютъ содѣйствія брюшнаго пресса).

Весьма важное значеніе имѣетъ своевременное раскрытіе цервикальнаго канала. Это обстоятельство можетъ повести къ опаснымъ послѣдствіямъ въ двойномъ отношеніи.

Въ однихъ случаяхъ сокращенія тѣла матки рано и необыкновенно легко растягивають шейку, такъ что полый мускуль скоро отодвигается за предлежащую часть плода и эта послѣдняя уже послѣ нѣсколькихъ сильныхъ потугъ лежитъ въ растянутой выходной родовой трубкѣ. Такое состояніе, хотя и рѣдко, но встрѣчается иногда при сильной потужной дѣятельности у многорожавшихъ. Въ такихъ случаяхъ тѣло матки отодвигается далеко вверхъ прежде, чѣмъ предлежащая часть крѣпко вкочлотилась въ суженный входъ таза; нижній сегментъ матки и шейка подвергаются растяженію въ такой значительной степени, что дѣло можетъ дойти до разрыва ихъ и выходенія плода въ брюшную полость.

Въ другихъ случаяхъ, при плотной шейкѣ и неподатливомъ наружномъ зѣвѣ, особенно же часто у перворождающихъ, сглаживаніе зѣва происходитъ очень медленно. При отвисломъ животѣ, когда маточный зѣвъ отклоненъ сильно взадъ, передняя губа его часто остаетъ

ся неизглаженною и тогда, когда головка уже почти вступила въ тазъ. Тогда она подвергается значительному давленію, припухаетъ, можетъ даже совсѣмъ отщепиться или омертвѣть и, такимъ образомъ, можетъ образоваться пузырно-маточный свищъ.

Слабость сокращеній матки составляетъ одну изъ самыхъ неблагоприятныхъ осложненій родовъ при узкомъ тазѣ; какъ первичное явленіе она при плоскомъ тазѣ встрѣчается только въ исключительныхъ случаяхъ, и тогда обыкновенно требуется искусственная помощь. Такъ какъ для преодоленія большой степени сопротивленія необходимы болѣе сильныя маточныя сокращенія, то при слабости послѣднихъ, очевидно, роды не могутъ быть окончены однѣми силами природы.

Болѣе важное и чаще встрѣчающееся при узкомъ тазѣ явленіе составляетъ вторичная слабость маточныхъ сокращеній, которую нерѣдко приходится наблюдать у многорожавшихъ женщинъ и въ особенностях у такихъ, которыя перенесли уже значительное число родовъ. Весьма значительныя усилія матки при предшествовавшихъ родахъ, особенно скоро слѣдовавшихъ одни за другими, дѣйствуютъ чрезвычайно неблагоприятно на развитіе мускулатуры. Поэтому у многорожавшихъ съ узкимъ тазомъ матка часто уже во время беременности представляется въ видѣ вялаго мѣшка, предрасполагающаго особенно къ поперечнымъ положеніямъ; во время же родовъ подобная вялая матка неспособна къ энергичнымъ сокращеніямъ, которыя между тѣмъ столь необходимы при узкомъ тазѣ. Съ этою дѣйствительною слабостью потугъ не слѣдуетъ смѣшивать ту недостаточную потужную дѣятельность, которая обусловливается скорымъ передвиженіемъ полаго мускула вверхъ по младенцу, и о которой мы уже сказали выше. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ кольцо сокращенія уже очень рано находится на высотѣ лупка. Оба эти состоянія даютъ весьма похожую картину и наблюдаются почти безъ исключенія у пожилыхъ первороженицъ. Это самая главная причина, вслѣдствіе которой съ возрастающимъ числомъ родовъ, съ одной стороны, увеличивается опасность, какъ для матери, такъ и для плода и, съ другой, — увеличивается также число оперативныхъ пособій, требуемыхъ при послѣдующихъ родахъ¹⁾.

Если сопротивленіе, встрѣчаемое плодомъ, очень значительно, то потужная дѣятельность матки постоянно все усиливается, промежутки между маточными сокращеніями все укорачиваются, а сами сокращенія становятся все сильнѣе. При этомъ рефлекторно возбуждается энергическая дѣятельность брюшнаго пресса, и совокупному вліянію обоихъ этихъ факторовъ еще удается (часто даже въ очень трудныхъ случаяхъ) протѣснить головку плода чрезъ суженный входъ въ тазъ. Успѣшное дѣйствіе брюшнаго пресса представляетъ теперь во всякомъ случаѣ громаднѣйшую важность. Поэтому рожицу

¹⁾ Положеніе это, не смотря на противоположное мнѣніе *Litzmann*'а, снова доказано статистическимъ путемъ *Müller*'омъ, D. i. Marburg. 1874.

заставляютъ натуживаться, а ощущеніе сильной боли, которая неблагоприятно дѣйствуетъ на брюшной прессъ, стараются успокоить опіемъ.

Если, не смотря на всѣ эти усилія, головка продолжаетъ стоять неподвижно въ суженномъ мѣстѣ и если сильно функционирующий полый мускулъ все болѣе и болѣе передвигается вверхъ по младенцу, то дѣло можетъ дойти до значительнаго растяженія шейки матки ¹⁾. При этомъ изъ влагалища, шейки и нижняго сегмента матки образуется одинъ длинный тонкостѣнный каналъ. Въ неспособномъ къ сокращеніямъ каналѣ теперь лежатъ двѣ трети плода или даже больше, а значительно уменьшившееся въ объемѣ тѣло матки не въ состояніи вытѣснить небольшую часть плода, оставшуюся въ ней. Сильное растяженіе, которому подвергаются стѣнки выходной родовой трубки и придатки матки, причиняютъ продолжительныя и сильныя боли роженицѣ. Она дѣлается беспокойною, громко кричитъ, потуги ослабѣваютъ, такъ-какъ уменьшившаяся въ объемѣ матка теперь и внѣ потугъ не расслабляется. При тщательномъ изслѣдованіи можно бываетъ прощупать сильно напряженныя круглыя связки. Простымъ зрѣніемъ можно распознать кольцо сокращенія, которое находится въ пупочной области или даже выше въ видѣ борозды, проходящей въ поперечномъ направленіи, чаще же въ косомъ. Еще неблагоприятнѣе то состояніе, когда полый мускулъ значительно передвигается по младенцу вверхъ съ одной стороны, между тѣмъ какъ стѣнки выходной родовой трубки чрезвычайно растягиваются на другой сторонѣ ²⁾. Сюда относятся тѣ случаи, въ которыхъ при примѣненіи искусственной помощи, чрезвычайно легко происходятъ разрывы матки.

Терапія — должна заключаться въ искусственномъ окопчаніи родовъ, но при этомъ не слѣдуетъ измѣнять положенія плода въ маткѣ. Эта цѣль достигается выжиманіемъ плода, извлеченіемъ щипцами и краніо-кластомъ; тогда какъ поворотъ здѣсь противопоказуется, такъ-какъ онъ влечетъ за собою почти всегда полный или неполный разрывъ матки.

Еще хуже протекаютъ роды при тетанусѣ матки, когда полый мускулъ начинаетъ судорожно сокращаться раньше, чѣмъ передвинется вверхъ по младенцу. Тетанусъ наблюдается тогда, когда роженицѣ даются большія дозы спорыньи или предпринимаютъ неудачныя попытки къ повороту младенца, влекущія за собою механическое раздраженіе стѣнокъ матки. Подъ вліяніемъ этихъ моментовъ измѣняется характеръ маточныхъ сокращеній: они дѣлаются тоническими. При этомъ поступательное движеніе плода прекращается вслѣдствіе того, что онъ только сжимается въ маткѣ судорожно сокращающимся стѣнками ея и останавливается вколоченнымъ во входѣ въ тазъ.

¹⁾ *Hofmeier*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. VI. p. 138. — ²⁾ См. *Hofmeier*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 305.

Это судорожное состояніе матки еще тѣмъ болѣе неблагопріятно, что при немъ вмѣшательство искусства для окончанія родовъ встрѣчается весьма значительныя затрудненія. Въ такихъ случаяхъ должно стараться унять судорожныя сокращенія матки наркотическими средствами (въ особенности хлороформомъ), теплыми ваннами, чтобы имѣть возможность приступить къ оперативной помощи.

Распознаваніе плоскаго таза.

Литература: *Michaelis*, l. c. — *Litzmann*, *Volkman's Samml. klin. Vortr.* 1871. № 20.

Говоря объ измѣреніи таза, мы уже обратили вниманіе на распознаваніе плоскаго таза и поэтому упомянемъ здѣсь лишь вкратцѣ о важнѣйшихъ относящихся сюда пунктахъ.

Во время беременности слѣдующія данныя должны наводить на мысль о возможности существованія узкаго таза: необыкновенно малый ростъ, встрѣчается ли онъ у пропорціонально сложенной карлицы, или же у субъекта, страдавшаго рахитизмомъ; рахитическія искривленія костей; очень значительный отвислый животъ (особенно у перворождающихъ); необыкновенная подвижность матки, такъ что она легко смѣщается рукою изъ одной стороны живота въ другую; поперечныя положенія и вообще высокое стояніе предлежащей части у перворождающихъ въ послѣдній мѣсяць беременности. Вѣрное рѣшеніе вопроса о существованіи и о степени суженія таза въ каждомъ случаѣ достигается только точнымъ измѣреніемъ.

Величина прямого размѣра входа въ тазъ (C. v.) вѣрнѣе всего вычисляется изъ размѣра діагональной конъюгаты (C. d.); что касается величины прямого размѣра *Боделока* (D. B.), то, хотя она даетъ намъ довольно важную точку опоры для рѣшенія вопроса о существованіи суженія таза вообще, но степени суженія мы по ней опредѣлить не въ состояніи. Если остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка лежитъ надъ соединительною линіею *sp. post. sup.* менѣе нежели на 2 сант., то мы имѣемъ дѣло съ плоскимъ тазомъ. Довольно значительная величина разстоянія между *Sp. J.* въ отношеніи къ разстоянію между *Cr. J.* встрѣчается почти исключительно при рахитическихъ тазахъ.

Втеченіи родового акта почти всѣ отклоненія отъ нормальнаго хода родовъ должны наводить на мысль о существованіи плоскаго таза. Уже раннее истеченіе околоплодной жидкости встрѣчается чаще при узкомъ тазѣ; неправильныя положенія плода и, въ особенности, выпаденіе пуповины даютъ также поводъ подозрѣвать его, тѣмъ болѣе, если имѣемъ дѣло съ перворождающей. Точно также и высокое стояніе головки при сильныхъ маточныхъ сокращеніяхъ и порядочно раскрытомъ зѣвѣ, особенно, если оно встрѣчается у перворождающихъ, служить довольно вѣрнымъ признакомъ несоразмѣрности между тазомъ и предлежащею частью. Всѣ

эти обстоятельства особенно важны тѣмъ, что они побуждаютъ насъ предпринимать точное измѣреніе таза, хотя сами по себѣ они не даютъ возможности опредѣлить степень суженія.

P. Müller ¹⁾ предложилъ довольно цѣлесообразный способъ для опредѣленія несоразмѣрности между подлежащею частью плода и тазомъ. Онъ состоитъ въ томъ, что захватываютъ обѣими руками черезъ брюшныя стѣнки головку, лежащую надъ входомъ въ тазъ, такимъ образомъ, чтобы концы пальцевъ легли по обѣимъ сторонамъ основанія черепа и производятъ сильное давленіе на затылокъ. При нормальномъ тазѣ головка при этомъ глубоко опускается въ малый тазъ. Если это не удастся опытному акушеру, то дѣлаютъ заключеніе о существующей несоразмѣрности между головкою и тазомъ, а по величинѣ выпячиванія головки надъ лоннымъ сое диненіемъ составляютъ извѣстное представленіе о степени этой несоразмѣрности.

Послѣдствія и исходы родовъ при плоскомъ тазѣ для матери и для плода.

Литература: *Michaelis*, l. c. — *Litzmann*, *Volkmann's Samml. klin. Vortr.* 1871. № 23 и 1874. № 74.

Предсказаніе при плоскомъ тазѣ большею частію зависитъ отъ степени суженія, но не малое значеніе имѣетъ при этомъ также и терапія. Впрочемъ, должно строго различать между предсказаніемъ относительно матери и предсказаніемъ относительно плода.

При умѣренныхъ степеняхъ суженія предсказаніе вообще болѣе благоприятно для матери, чѣмъ для младенца; чѣмъ значительнѣе становится суженіе, тѣмъ все болѣе и болѣе ухудшается предсказаніе для обоихъ и, наконецъ, при абсолютномъ суженіи прогнозъ относительно матери дѣлается весьма неблагоприятнымъ, между тѣмъ какъ для младенца (который безъ вмѣшательства искусства долженъ погибнуть) предсказаніе можетъ быть благоприятно, только если принимается соответствующая обстоятельствамъ операція (кесарское сѣченіе).

Разберемъ сначала — какія послѣдствія плоскій тазъ имѣетъ для матери. Наибольшая опасность для нея заключается въ возможности размноженія мягкихъ частей. При этомъ весьма важно знать, что даже сильное, но скоро-преходящее прижатіе не производитъ омертвѣнія мягкихъ частей, въ то время какъ продолжительно дѣйствующее давленіе, если даже оно будетъ гораздо слабѣе, нежели въ предъидущемъ случаѣ, можетъ имѣть самыя опасныя послѣдствія. Вслѣдствіе этой-то причины и происходитъ то, что при цѣлесообразной терапіи, случаи съ тазовыми и поперечными положеніями плода лишь рѣдко могутъ окончиться неблагоприятно для матери, между тѣмъ какъ при черепныхъ положеніяхъ легко происходятъ

¹⁾ *Samml. klin. Vortr.* Leipzig 1885. № 264 и *Brühl. Arch. f. Gyn.* B. XXVI. p. 88.

тяжелыя поврежденія родовыхъ путей. Конечно, если имѣютъ дѣло съ лишь незначительными степенями суженій, то, особенно при достаточно энергическихъ потугахъ, головка проходитъ черезъ тазъ такъ быстро, что мягкія части матери при этомъ или вовсе не повреждаются, или же повреждаются только въ незначительной мѣрѣ; но коль скоро суженіе достигаетъ болѣе значительной степени, то, соотвѣтственно послѣдней, возрастаетъ и опасность для матери. Головка вкочлачивается въ пространство между мысомъ и лоннымъ соединеніемъ и болѣе или менѣе сильно ущемляетъ лежація здѣсь мягкія части.

Послѣдствіемъ такого ущемленія бываетъ иногда одно только мѣстное воспаление, протекающее благоприятно. Но въ другихъ случаяхъ, особенно при продолжительномъ ущемленіи и у женщинъ съ дурнымъ питаніемъ и слабымъ тѣлосложеніемъ, образуется омертвѣніе ущемленныхъ частей. Омертвѣніе это въ большинствѣ случаевъ не имѣетъ серьезныхъ послѣдствій, въ особенности если оно находится на задней стѣнкѣ. Въ этой области, гдѣ, кромѣ стѣнокъ родоваго канала, между головкою и стѣнкою таза находится еще и брюшина *Дугласова* пространства, при продолжительномъ ущемленіи образуется сперва склеиваніе обѣихъ поверхностей брюшины, вслѣдствіе чего ущемленное мѣсто отграничивается отъ полости брюшины, а потомъ только дѣло доходитъ до мѣстной гангрены. Поэтому у женщинъ съ плоскимъ тазомъ, повторнорожавшихъ, мы довольно часто находимъ сращеніе матки со стѣнками задняго *Дугласова* пространства ¹⁾. Спереди, между головкою и симфизомъ, помѣщается мочевоу пузырь, при легкой степени ущемленія котораго дѣло доходитъ только до воспаления и изъязвленія слизистой оболочки его; но если ущемленная часть омертвѣваетъ, то образуются различнаго рода мочевоу свищи. Если въ родовой каналъ попали заражающія вещества, то они въ распадѣ тканей ущемленныхъ частей находятъ благоприятную почву для своего размноженія, и такимъ образомъ за подобнаго рода родами очень часто слѣдуютъ тяжелыя формы послѣродовыхъ заболѣваній.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ головка проходитъ черезъ суженный тазъ съ такою силою, что при этомъ происходитъ разрывъ одного или нѣсколькихъ тазовыхъ сочлененій, — всего чаще лоннаго.

Примѣчаніе. Разрывы сочлененій таза далеко не такъ рѣдки, какъ обыкновенно принимаютъ. Въ этомъ отношеніи я присоединяюсь ко взгляду *Ahlfeld'a*, высказанному имъ въ послѣдней его работѣ объ этомъ предметѣ. Я полагаю, что именно такіе случаи, въ которыхъ лонное сочлененіе не зиается, а въ которыхъ концы разъединенныхъ костей удерживаются въ соприкосновеніи съ мягкими частями, встрѣчаются не такъ рѣдко и что много случаевъ долго продолжающагося разстройства отправленій нижнихъ конечностей у родильницъ зависить отъ этого поврежденія ²⁾.

Чаще всего встрѣчается разрывъ лоннаго соединенія, но нерѣдко также расхожденіе крестцовоподвздошныхъ сочлененій, однихъ или вмѣстѣ съ предъ-

¹⁾ Этотъ процессъ былъ демонстрированъ *Hofmeier'омъ* на препаратѣ (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. X. p. 1.* — ²⁾ См. *Eidam, Berl. klin. Woch. 1875. № 28.*

идушимъ. Подобные разрывы происходятъ легче всего при тазакъ съ малымъ поперечнымъ размѣромъ, слѣдовательно, при тазакъ остеомалатическихъ и общесъуженныхъ. Они встрѣчаются по преимуществу, но далеко, не исключительно, при трудныхъ родахъ и энергическомъ искусственомъ пособіи. Характеристическіе признаки разрывовъ слѣдующіе: мѣстная боль въ области сустава, конечности поворачиваются кнаружи и лежатъ какъ бы парализованныя; при попыткѣ произвести какое либо активное или пассивное движеніе конечностями вызывается сильнѣйшая боль. Всѣ эти признаки позволяютъ ставить вѣрное распознаваніе даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда и нѣтъ расхожденія лоннаго соединенія. Въ послѣднемъ случаѣ недостаетъ также и припадковъ со стороны мочевого пузыря, которые обыкновенно сопутствуютъ вышеназваннымъ явленіямъ. Поразительный успѣхъ леченія имѣетъ также значеніе для діагноза: боль исчезаетъ вскорѣ по наложеніи крѣпкаго тазоваго пояса. Послѣдній вѣрнѣе всего предохраняетъ суставъ отъ нагноенія, которое легко можетъ вести къ смертельному исходу ¹⁾.

Независимо отъ этихъ поврежденій, роженицѣ угрожаютъ всѣ опасности, обусловливающіяся слишкомъ продолжительными родами. Роды, долго продолжавшіеся послѣ полного истеченія водъ, влекутъ за собою эндометритъ и метритъ и могутъ даже сдѣлаться причиною смерти отъ истощенія силъ. Очень сильныя потуги при непреодолимомъ препятствіи могутъ имѣть послѣдствіемъ разрывъ матки.

Особенно важное значеніе имѣетъ разложеніе секретовъ полового канала; оно обыкновенно появляется при долго продолжающихся родахъ, если, вслѣдствіе частаго и неосторожнаго изслѣдованія, воздуху съ его возбудителями гніенія дана возможность проникнуть въ половые органы. Секретъ пріобрѣтаетъ дурной запахъ, и, мало по малу (въ особенности, если въ половой каналъ попало много воздуха), развиваются чрезвычайно зловонные газы, которые выполняютъ всю полость матки. Тогда потужная дѣятельность прекращается, плодъ умираетъ и быстро подвергается высшей степени гніенія, а у матери развиваются самыя опасныя формы инфекціонныхъ болѣзней. Состояніе это (*typhra nia uteri*) ²⁾ узнается по тимпаническому звуку при перкуссіи матки, по интесивному зловонному запаху секрета и по выхожденію дурно пахучихъ газовъ при опороженіи матки.

Не слѣдуетъ упускать изъ виду и то, что операціи, показуемыя при узкомъ тазѣ, могутъ быть довольно опасны для матери. Самая опасная изъ этихъ операцій — кесарское сѣченіе, которое показано при абсолютномъ сѣуженіи таза; прободеніе черепа само по себѣ не опасно для матери; то-же можно сказать и о поворотѣ, если онъ дѣлается своевременно; но если тѣло матки отодвинулось далеко вверхъ и крѣпко обхватило верхнюю часть младенца въ то время, какъ ниж-

¹⁾ См. *Ahlfeld*, Ueber die Zerreiſſung der Schamfuge während d. Geburt. D. i. Leipzig 1868 и *Schmidt's* Jahrb. B. 169. p. 185. — *Gmelin*, Ueber die Krankh. der Symphyse etc. D. i. Tübingen 1854. — *Ercole Galvagni*, Schmidt's Jahrb. 1869. B. 141. p. 52. — *Fodéré*, Des arthrites pelv. etc. Thèse. Paris 1869. — *Winckel*, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2. Aufl. Berlin. 1869. p. 427. — *Duchêne*, De la rupture des symphyses du bassin etc. Thèse. Strasbourg. 1869. — *Schauta*, Wiener allg. med. Z. 1882. № 28 и *Fraisse* Thèse de Paris. 1883. — ²⁾ *Staude*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 191 и *Hofmeier*, тамъ же, B. V. p. 175.

няя его часть еще находится въ растянутомъ нижнемъ сегментѣ матки, то, при существованіи опасности разрыва ея, поворотъ можетъ медленно обусловить этотъ исходъ. Щипцы, при неразумномъ употребленіи, могутъ вести къ весьма опаснымъ послѣдствіямъ, но въ рукахъ опытнаго акушера, знающаго границы примѣнимости этого инструмента, послѣдній едва-ли можетъ принести какой-либо вредъ.

Тазовыя и поперечныя положенія, при соответственномъ пособіи искусства и не слишкомъ значительной степени суженія таза, не представляютъ опасности для матери. При первыхъ мягкія ягодицы не вызываютъ ущемленій, и послѣдующая головка, если не изгоняется силою потугъ, то быстро извлекается искусственнымъ образомъ, такъ что продолжительность производимаго ею давленія слишкомъ ничтожна и, слѣдовательно, не можетъ причинить вреда мягкимъ тканямъ матери. На сколько опасны могутъ быть для матери запущенныя поперечныя положенія, на столько же они безвредны для нея, если ихъ узнаютъ заблаговременно и при этомъ прибѣгаютъ къ надлежащимъ терапевтическимъ мѣрамъ.

Не менѣе важны послѣдствія, которыя можетъ имѣть узкій тазъ для младенца.

Слишкомъ долго продолжающіеся роды, почти постоянно наблюдаемые при узкихъ тазахъ, уже сами по себѣ представляютъ опасность для плода. Во время родовъ плоду можетъ угрожать опасность даже отъ такихъ обстоятельствъ, которыя не могутъ быть разсматриваемы какъ патологическія, — какъ напр., случайное положеніе пуповины на такомъ мѣстѣ, гдѣ она подвергается давленію; чѣмъ медленнѣе протекаютъ роды, тѣмъ долѣе плодъ будетъ находиться въ опасности, и возможность неблагоприятнаго исхода для него становится еще вѣроятнѣе, если при узкомъ тазѣ роды тянутся долго послѣ разрыва пузыря. При этомъ никогда не истекаетъ все количество водъ, даже если головка не плотно обхватывается нижнимъ сегментомъ матки, что объясняется давленіемъ наружной атмосферы, благодаря которому въ маткѣ остается та часть водъ, которая, выполняя углубленія въ тѣлѣ плода, придаетъ ему форму овоида. Эта часть водъ изливается въ такихъ случаяхъ только тогда, если при неосторожномъ изслѣдованіи въ матку проникъ воздухъ; но тѣмъ не менѣе, однако, энергическія потуги, достаточныя для того, чтобы прогнать головку чрезъ суженный тазъ, если онѣ наступаютъ послѣ разрыва пузыря и истечения большей части водъ, дѣлаются опасными для плода въ двойномъ отношеніи. Первымъ послѣдствіемъ сильныхъ сокращеній матки, прерываемыхъ лишь коротенькими паузами, будетъ то, что изъ материнскихъ сосудовъ, находящихся во время потугъ подъ значительно усиленнымъ давленіемъ, кровь изгоняется и такъ какъ содержимое матки находится подъ одинаковымъ давленіемъ какъ и стѣнки матки, то кровь никогда не будетъ вытекать по направленію къ послѣду, а наоборотъ, въ брюшныя сосуды матери. Этимъ обстоятельствомъ обмѣнъ крови между матерью и плодомъ,

очевидно, затрудняется, и слѣдствіемъ являющейся такимъ образомъ венозности крови плода будетъ раздраженіе блуждающаго нерва, которое, въ свою очередь, обуславливаетъ уменьшеніе числа ударовъ сердца плода, т. е. обѣднѣніе зародышевой крови кислородомъ. Такимъ образомъ сильныя, быстро слѣдующія другъ за другомъ маточныя сокращенія въ состояніи произвести высокую степень венозности зародышевой крови, асфиксію и, наконецъ, даже внутри-утробную смерть плода. Но, кромѣ того, сильныя потуги могутъ повлечь за собою частичное или даже полное отдѣленіе послѣда, которое, хотя и рѣдко, но наступаетъ тѣмъ легче, если, по истеченіи водъ, матка, а вмѣстѣ съ нею и мѣсто прикрѣпленія послѣда, значительно сократились. Все это составляетъ неблагопріятныя явленія для младенца, которыя, правда, могутъ произойти также при нормальномъ тазѣ, но, все таки особенно часто встрѣчаются при суженіяхъ его, вслѣдствіе того, что, именно благодаря уменьшеннымъ размѣрамъ родовыхъ путей, родовой актъ замедляется и потужная дѣятельность весьма значительно усиливается.

Другое обстоятельство, весьма неблагопріятное для плода, т. е. выпаденіе пуповины, особенно легко имѣетъ мѣсто, при плоскомъ тазѣ, такъ какъ при нормальномъ тазѣ раскрывающійся маточный зѣвъ обыкновенно плотно обхватываетъ головку, чѣмъ предотвращаются предлежаніе и, по излитіи водъ, выпаденіе пуповины. При плоскомъ тазѣ, напротивъ, головка долго стоитъ высоко, такъ что зѣвъ раскрывается только напоромъ пузыря, и при этомъ между головкою и зѣвомъ остается достаточно большой промежутокъ въ околоплодномъ пузырьѣ, въ которомъ можетъ помѣститься (т. е. предлежать) пуповина. Если теперь пузырь вскрыется при высокомъ еще стояніи головки, то между послѣднею и зѣвомъ будетъ свободное пространство, въ которое пуповина должна выпасть почти непременно, если только она не абсолютно коротка или же укорочена, вслѣдствіе обвитій вокругъ плода. Но всякое вообще выпаденіе пуповины очень опасно для плода; при узкомъ же тазѣ такое осложненіе безъ соотвѣтственной искусственной помощи обыкновенно ведетъ къ смерти плода, и даже пособія искусства не всегда въ состояніи исполнѣ предохранить младенца отъ угрожающей ему опасности.

Но и при отсутствіи этихъ неблагопріятныхъ осложненій, черепное положеніе, каѣ известно, вообще самое благопріятное, при узкомъ тазѣ дѣлается во многихъ отношеніяхъ опаснымъ для плода, что главнымъ образомъ, обуславливается механическими поврежденіями головки при прохожденіи ея чрезъ суженное мѣсто. Разсмотримъ вкратцѣ измѣненія, которымъ подвергается головка при узкомъ тазѣ и, даѣе, какое вліяніе эти измѣненія имѣютъ на жизнь плода.

Опытами *Fehling'a* ¹⁾ и *Keller'a* ²⁾ доказано, что объемъ дѣтской

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. VI. p. 68. — ²⁾ D. i. Erlangen. 1877.

головки при сжиманіи ея со всѣхъ сторонъ способенъ нѣсколько уменьшаться вслѣдствіе оттока изъ нея цереброспинальной жидкости и крови. Если это уменьшеніе объема и незначительно, тѣмъ не менѣе имъ не слѣдуетъ пренебрегать.

Значительное измѣненіе въ формѣ головки можетъ произойти вслѣдствіе образованія на ней такъ называемой головной опухоли (сарит succedaneum). Даже при высокой степени развитія она не только не опасна для плода, но должна считаться благоприятнымъ явленіемъ во многихъ отношеніяхъ. Головная опухоль, при высокостоящемъ черепѣ, образуется вслѣдствіе того, что все тѣло младенца подвергается равномерно сильному давленію, отъ котораго изъята только то мѣсто головки, которое лежитъ въ маточномъ зѣвѣ. Слѣдовательно, значительная опухоль развивается лишь въ тѣхъ случаяхъ, если при энергическихъ потугахъ маточный зѣвъ плотно обхватываетъ черепъ въ то время, когда головка начинаетъ проходить чрезъ входъ въ тазъ, слѣдовательно, только въ случаяхъ съ не слишкомъ значительнымъ суженіемъ таза. Благоприятное вліяніе на ходъ родовъ опухоль эта имѣетъ еще и потому, что фиксируетъ головку во входѣ въ тазъ и, придавая ей клинообразную форму, способствуетъ болѣе легкому прохожденію ея чрезъ суженное мѣсто. Такъ какъ, далѣе, образованіе или существованіе у ребенка головной опухоли позволяетъ намъ сдѣлать благоприятное предсказаніе въ отношеніи жизни его, то явленіе это можетъ быть признано благоприятнымъ во всѣхъ отношеніяхъ измѣненіемъ дѣтскаго черепа.

Головную опухоль (сар. succed.) слѣдуетъ строго отличать отъ кровяной опухоли черепа (cephalhaematoma), которая есть ни что иное, какъ кровоизліяніе между костями черепа и эпикраниемъ. Оно встрѣчается очень часто при узкомъ тазѣ на мѣстахъ черепа, гдѣ образовались трещины или вдавленія кости; опухоль въ такихъ случаяхъ однако рѣдко достигаетъ значительной величины. Но кровяныя опухоли могутъ образоваться также и при родахъ съ нормальнымъ черепнымъ положеніемъ, протекшихъ безъ всякихъ затрудненій; онѣ встрѣчаются даже (что и я могу подтвердить) при тазовыхъ и поперечныхъ положеніяхъ, въ которыхъ съ самаго начала родовъ не было предлежанія черепа. Также при лицевомъ положеніи я наблюдалъ кровяную опухоль на затылочной кости.

Въ сущности, цефалематомами слѣдуетъ называть и тѣ маленькія поднадкостныя кровоизліянія, которыя встрѣчаются почти у всѣхъ новорожденныхъ. Въ случаѣ же нарушенія цѣлости сосуда нѣсколько большаго калибра или если эпикраний былъ очень слабо прикрѣпленъ къ кости, образуется ясно замѣтная опухоль.

Впрочемъ, подобная опухоль развивается обыкновенно медленно уже послѣ рожденія и замѣчается окружающими только на второй или на третій день послѣ родовъ. Она представляетъ характеристическую напряженно-эластическую консистенцію и рѣзко ограничена. Кругомъ

ея вскорѣ образуется кольцо, имѣющее твердость кости. Цефалематома никогда не переходитъ черезъ шовъ, но она можетъ быть двухсторонняя. Я наблюдалъ также цефалематому въ четырехъ мѣстахъ черепа одновременно (обѣ темянные, затылочная и височная).

Что касается терапіи, то въ подобныхъ случаяхъ или не предпринимаютъ никакого леченія, или же прокалываютъ опухоль помощью пробнаго троакара безъ доступа воздуха и накладываютъ давящую повязку. Въ послѣднемъ случаѣ полное извлеченіе идетъ скорѣе, чѣмъ въ первомъ ¹⁾.

Нѣсколько иначе нужно отнестись къ измѣненіямъ формы, которыя претерпѣваетъ въ узкомъ тазѣ черепъ плода ²⁾. Такъ-какъ кости черепа могутъ заходить одна за другую на мѣстѣ швовъ и, кромѣ того, отличаются извѣстною податливостью, то головка силою потугъ, вколачивающихъ ее въ тазовой каналъ, можетъ измѣниться въ конфигураціи своей, приспособляясь къ формѣ тазоваго входа. Первый эффектъ, обусловливаемый ненормальными размѣрами таза, состоитъ въ захожденіи отдѣльныхъ костей одна за другую на мѣстѣ швовъ. Такъ-какъ головка поступаетъ въ суженную конъюгату поперечнымъ своимъ діаметромъ, то уменьшеніе послѣдняго черезъ захожденіе темянныхъ костей другъ за друга въ стрѣловидномъ швѣ будетъ обычнымъ послѣдствіемъ узкаго таза. При этомъ задняя темянная кость, которая придавлена къ мысу, обыкновенно задвигается подъ переднюю. Въ лобномъ швѣ захожденіе происходитъ въ порядкѣ противоположномъ тому, какой бываетъ въ стрѣловидномъ, между тѣмъ какъ затылочная кость на мѣстѣ ламбдовидныхъ швовъ почти во всѣхъ случаяхъ заходитъ подъ темянные кости.

Это захожденіе костей другъ за друга на мѣстѣ швовъ вообще слѣдуетъ считать благопріятнымъ измѣненіемъ формы головки и, если оно не достигаетъ слишкомъ высокой степени, то оно, какъ показалъ опытъ, не причиняетъ младенцу никакого вреда; только при сильномъ смѣщеніи костей можетъ произойти разрывъ венозныхъ пазухъ, лежащихъ подъ швами, вслѣдствіе чего наступаетъ кровотеченіе наружу, подъ покровы черепа, или же внутрь на поверхность мозга.

Дальнѣйшее измѣненіе формы черепа возможно еще вслѣдствіе гибкости отдѣльныхъ костей. При плоскомъ тазѣ темянная кость, обращенная кзади, обыкновенно сплющивается отъ давленія на нее со стороны мыса, въ то время какъ выпуклость передней темянной кости увеличивается какъ только черепъ вступилъ отчасти въ полость таза, такъ что въ эксквизитныхъ случаяхъ черепъ пріобрѣтаетъ сильно асимметрическую форму (см. фиг. 127), рѣзко бросающуюся въ

¹⁾ См. *Hofmohl*, Arch. f. Kinderheilk. I. p. 9. — ²⁾ См. кромѣ *Michaelis*'a еще *R. Barnes*'a, Obstetr. Tr. Vol. 7. p. 171; *Olshausen*'a, *Volkman's Samml. Klin. Vorträge*. Leipzig 1870. № 8; *Litzmann*'a, e. l. № 23. p. 190 и *Fritsch*, Klin. d. alltäg. geb. Operationen. Halle 1880.

глаза уже при первомъ взглядѣ. Лобная кость, обращенная къзади, только въ исключительныхъ случаяхъ проходитъ мимо мыса и сплющивается весьма рѣдко (чаще всего это случается еще при общесъуженныхъ тазахъ).

Совмѣстно съ сплющиваніемъ какой-либо кости нерѣдко существуютъ также незначительныя нарушенія ея цѣлости, а именно отъ периферіи кости къ точкѣ окостенѣнія ея идутъ трещины (*fissurae*), которыя большею частію остаются безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій. Такого рода трещины принадлежатъ уже къ настоящимъ поврежденіямъ головки, встрѣчающимся вовсе нерѣдко при узкомъ тазѣ, какъ въ костяхъ, такъ и въ мягкихъ частяхъ ея.

Въ мягкихъ частяхъ они производятся продолжительнымъ давленіемъ со стороны мыса или лоннаго соединенія. Онѣ образуются, какъ уже сказано, только при долго продолжавшемся давленіи; поэтому ихъ никогда не находятъ на послѣдующей головкѣ, быстро проходящей чрезъ тазъ, даже если давленіе достигало высокой степени. Мысъ есть часть таза, наиболѣе вдающаяся въ полость его, и поэтому онъ чаще всего производитъ вдавленія ¹⁾. Обыкновенно они наблюдаются на той темянной кости, которая во время родовъ была обращена къзади, и тянутся отъ угла темянной кости у большаго родничка, по вѣчному шву. Рѣдко находятся они вблизи темяннаго бугра или около вѣчнаго шва на лобной кости.

Въ большинствѣ случаевъ они являются въ видѣ красноватыхъ полостей, исчезающихъ уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ рожденія плода на свѣтъ; въ другихъ же случаяхъ они представляютъ подтеки синяго цвѣта, причемъ кожа отслаивается и дѣло доходитъ до довольно продолжительнаго дерматита; иногда, наконецъ, подъ вліяніемъ давленія, покровы черепа могутъ омертвѣвать на различную глубину. При этомъ находятъ ограниченное почернѣлое мѣсто, окруженное воспалительнымъ кружкомъ. Черезъ нѣсколько дней отваливается струпу различной толщины, такъ что даже можетъ обнаружиться поверхность кости; залечиваніе раны совершается путемъ нагноенія. Такого рода поврежденія лишь крайне рѣдко становятся опасными для младенца, но особенное значеніе они имѣютъ для діагностики родового механизма. Если существуетъ только одно вдавленіе, то оно почти всегда соотвѣтствуетъ мысу; если же есть два, то ихъ нужно приписать мысу и лонному соединенію или, по крайней мѣрѣ, мѣсту, лежащему вблизи послѣдняго на передней стѣнкѣ таза.

Гораздо важнѣе въ прогностическомъ отношеніи для плода — поврежденія костей черепа ²⁾. Изъ послѣднихъ чаще всего встрѣ-

¹⁾ О врожденныхъ дефектахъ покрововъ головки см. *E. v. Hoffmann*, Wiener med. Presse. 1885. — ²⁾ См. *Köhler*, Intrauterine Schädelcompressionen. D. i. Berlin 1869 и *Hoffmann*, Ueber löffelf. Schädelimpres. bei Neugeb. D. i. Halle 1869. — *Kehrer*, 14. Jahresbericht der Oberhess. Ges. f. Nat. u. Heilk. VII. p. 141. Объ образованіи ложкообразныхъ вдавленій вслѣдствіе значительныхъ внѣшнихъ насилій см. *E. v. Hoffmann*, Wiener med. Presse. 1885.

чаются желообразныя вдавленія края темянной кости, соответствующаго вѣчному шву. Весьма рѣдко встрѣчаются менѣе значительныя степени такихъ вдавленій; въ этихъ случаяхъ ясно замѣчается вдавленіе въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ краемъ темянной кости, который нѣсколько возвышается надъ уровнемъ вѣчнаго шва; рѣже вдавленія становятся столь глубокими, что можно ввести въ жолобъ почти весь палецъ. Большею частью здѣсь произошла простая вогнутость кости, рѣже — настоящій надломъ. Сама по себѣ эта вогнутость не опасна, но она дѣлается неблагопріятною вслѣдствіе часто осложняющаго ее разъединенія чешуйчатаго шва (*sut. squamosa*), о чемъ сказано будетъ ниже.

Болѣе опасны для жизни плода такъ называемыя ложкообразныя вдавленія черепныхъ костей. Встрѣчаются они на лобной и на темянной кости, между темяннымъ бугромъ, большимъ родничкомъ и вѣчнымъ швомъ ¹⁾. Они образуютъ значительныя ямкообразныя вдавленія, край которыхъ, рѣзко обрываясь, спускается круче всего со стороны темяннаго бугра. «Кефалематомы» (т. е. кровоизліянія между костью и *epicranium*), обыкновенно образующіяся и при всѣхъ остальныхъ поврежденіяхъ черепа (см. стр. 509), почти всегда встрѣчаются въ послѣднемъ случаѣ въ ямѣ, на мѣстѣ костнаго надлома. Уголь поврежденной кости, который обращенъ въ сторону большаго родничка, при этомъ сильно приподнимается, и на периферіи, по направленію къ швамъ, обыкновенно замѣчаются одна или нѣсколько трещинъ. На лобной кости эти вдавленія при произвольныхъ родахъ образуются лишь весьма рѣдко; чаще всего они производятся при ненадлежащемъ накладываніи и форсированномъ употребленіи щипцовъ. при чемъ лобная кость, проходя мимо мыса, подвергается значительному насилію. Чаще образуются они силою однихъ потугъ на темянной кости, но и здѣсь болѣе частою причиною ихъ образованія бывають щипцы или насильственное извлеченіе послѣдующей головки, особенно если послѣдняя тверда и неподатлива. Предсказаніе при такого рода вдавленіяхъ очень сомнительно, хотя и не абсолютно неблагопріятно. На 65 собранныхъ нами изъ литературы случаевъ ложкообразныхъ вдавленій 22 плода (34%) родились мертвыми или умирающими, 10 (15,4%) погибли вскорѣ, вслѣдствіе разсматриваемаго поврежденія черепа, и, наконецъ, 33 (т. е. 50,8%), насколько было возможно прослѣдить ихъ дальнѣйшую судьбу, остались въ живыхъ, и состояніе ихъ здоровья, за немногими исключеніями, было удовлетворительно. Въ случаяхъ, подобныхъ послѣднимъ, вдавленіе можетъ постепенно изгладиться, въ особенности если оно находится на темянной кости, но чаще оно сохраняется надолго и, находясь на лобной кости, служить легко замѣтнымъ признакомъ тѣхъ опасностей, съ которыми были сопряжены роды въ данномъ случаѣ.

¹⁾ *Neumann* (Arch. f. Gyn. B. 13. p. 273) видѣлъ подобное вдавленіе между ламбовиднымъ швомъ и темяннымъ бугромъ.

Къ числу особенно важныхъ поврежденій черепа слѣдуетъ причислить еще разъединеніе темянной и височной кости въ чешуйчатомъ швѣ (*sut. squamosa*). Оно можетъ наступить при предлежащей, но гораздо чаще встрѣчается при послѣдующей головкѣ, когда была употреблена значительная сила при прохожденіи ея черезъ тазовой входъ. Въ такихъ случаяхъ находятъ разъединеніе обѣихъ костей между собою, причемъ очень рѣдко темянная кость выстоитъ наружу, надъ височною; обыкновенно обѣ кости лежатъ на одномъ уровнѣ, но между ними находится промежутокъ, выполненный одною только твердою мозговою оболочкою. Вслѣдствіе разрыва и кровоизліянія изъ пазухи это поврежденіе очень часто дѣлается смертельнымъ, такъ-какъ экстрavasатъ происходитъ близъ основанія черепа.

Еще опаснѣе, по причинѣ мѣстоположенія, представляется особаго рода разъединеніе эпифизовъ на затылочной кости. Рѣже на предлежащей (обыкновенно на черепѣ, сдавленномъ кефалотрибомъ), чаще же на послѣдующей головкѣ происходитъ разъединеніе суставныхъ частей затылочной кости (*partes condyloid.*) отъ чешуи ея — послѣдствіе сжатія послѣдней съ боковъ. По всему вѣроятію, такое нарушеніе цѣлости, въ большинствѣ случаевъ сопровождаясь кровотеченіемъ въ полость черепа, или производя давленіе непосредственно на продолговатый мозгъ, должно повлечь за собою смертельный исходъ.

Кромѣ описанныхъ поврежденій, искусственныя пособія могутъ быть причиною и нѣкоторыхъ другихъ. Такъ, щипцы въ трудныхъ случаяхъ могутъ причинить полное разрушеніе черепа, а трудное извлеченіе при узкомъ тазѣ также можетъ сдѣлаться опаснымъ во многихъ отношеніяхъ. Въ двухъ случаяхъ, у недоношенныхъ младенцевъ, послѣ очень трудныхъ извлеченій, мы видѣли поперечные переломы затылочной чешуи, и именно на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ обыкновенно *suturae mendosae* раздѣляютъ чешую ¹⁾. Подобный поперечный переломъ происходитъ особенно легко тамъ, гдѣ *sut. mendosae* съ обѣихъ сторонъ глубоко проникаютъ въ кость ²⁾.

Итакъ, мы познакомились съ многочисленными поврежденіями черепа, имѣющими болѣе или менѣе опасныя послѣдствія. Вообще должно замѣтить, что незначительныя кровоизліянія на поверхность мозга въ большинствѣ случаевъ неособенно опасны и что они становятся безусловно опасными только тогда, когда они имѣютъ мѣсто вблизи основанія черепа.

Поврежденія туловища встрѣчаются почти исключительно только при ручномъ извлеченіи за тазовой конецъ. Такъ, при захватываніи шейки плода крючкообразно сложенными пальцами (въ нѣкоторыхъ

¹⁾ *Schröder*, Schw., Geb. u. Wochenbett. Bonn 1867. p. 125. — ²⁾ У перуанцевъ раздѣльность костей можно наблюдать въ продолженіи мѣсяца послѣ родовъ, поэтому верхнюю кость называютъ *os Incae*.

случаяхъ и при наложеніи шишцовъ) могутъ произойти поврежденія и разрывъ мышцъ (чаще всего *m. m. sterno-cleymo-mastoid.*), вслѣдствіе чего они разрываются и образуются кровоизліянія. Подобнаго рода поврежденіе, кажется, нерѣдко служитъ причиною *capitis obstipi* ¹⁾. О поврежденіяхъ позвоночника мы уже говорили на стр. 286. Переломы ключицы и плеча также встрѣчаются при ручномъ извлеченіи и освобожденіи ручекъ. Отрывъ эпифизовъ трубчатыхъ костей конечностей нерѣдко также бываетъ послѣдствіемъ искусственныхъ пособій ²⁾.

Переломы, отрывы эпифизовъ и вывихи могутъ съ своей стороны вызвать параличи нервовъ *plex. brachialis*. Эти параличи могутъ остаться на всегда, если немедленно не будетъ предпринято леченіе электричествомъ. Также непосредственное давленіе или вытяженіе нервовъ можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ параличи верхнихъ конечностей.

Опасность для плода при узкомъ тазѣ незначительнѣе всего при первыхъ родахъ; съ возрастающимъ числомъ послѣднихъ она увеличивается на столько, что въ то время, какъ первые 3-е роды даютъ половину живыхъ дѣтей, это отношеніе при 3-хъ слѣдующихъ родахъ почти вѣнтеро ухудшается (*Michaelis*). Это обусловливается, съ одной стороны, ослабленіемъ потужной дѣятельности, что наблюдается нерѣдко, и зависящими отъ него ненормальными положеніями плода, — съ другой-же стороны, тѣмъ обстоятельствомъ, что, чѣмъ старше роженица и чѣмъ чаще она рожала, тѣмъ больше становится поперечный діаметръ головки плода.

Терапія при плоскомъ тазѣ.

Литература: *Michaelis*, l. c.—*Schroeder*, Schwang, Geb. u. Wochenb. Bonn. 1867 p. 106.—*Litzmann*, Volkmann's Samml. klin. Vortr. № 90 и Geburt bei engem Becken. Leipzig. 1884.

Профилактическое леченіе, т. е. предотвращеніе развитія узкаго таза, до сихъ поръ находится почти въ полнѣйшемъ пренебреженіи; тѣмъ не менѣе, однако, оно заслуживаетъ полнаго вниманія со стороны домашняго врача, такъ какъ не подлежитъ сомнѣнію, что рациональный уходъ за малолѣтними дѣвочками, пораженными рахитизмомъ, можетъ, если не вполне предохранить отъ измѣненій тазовыхъ костей, то все-таки ограничить эти измѣненія въ значительной степени. Такъ какъ измѣненія въ прямомъ размѣрѣ входа въ тазъ про-

¹⁾ *Bohn*, Deutsche Klinik. 1864. № 28 и 52 и *Fasbender*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. V. II. p. 170.—*O. Küstner*, Centr. f. Gyn. 1886. № 9, доказалъ, что гематома *m. sterno-cleymo-mastoidei* можетъ образоваться не столько вслѣдствіе растяженія, сколько вслѣдствіе скручиванія шей и что она, поэтому, можетъ развиться и при произвольныхъ родахъ. — ²⁾ *Pajot*, Thèse de Paris 1853.—*Ciéslewitz*, D. i. Halle 1870.—*Carl Ruge*, Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr. 1875. p. 68.—*Küstner*, Die typischen Verletzungen der Extremitätenknochen. Halle 1877 и *Langenbeck's Archiv*. V. 31. H. 2.—*Olshausen*, klin. Beitr. Stuttgart. 1884. p. 194.

изводятся тяжестью туловища, которая обусловливаетъ вѣдреніе мыса въ полость таза, то слѣдуетъ до возможной степени ограничивать этотъ производящій моментъ, запрещая сидячее и стоячее положеніе и ходьбу.

Развитіе обыкновеннаго (простаго) плоскаго таза также могло-бы быть, по всей вѣроятности, нѣсколько ограничено, если-бы обращалось вниманіе на то, чтобы маленькія дѣвочки съ самыхъ раннихъ лѣтъ не находились въ постоянно сидячемъ положеніи съ выпрямленнымъ туловищемъ, и если-бы старались избѣгать частаго ношенія значительныхъ тяжестей раньше окончательнаго сформированія таза.

При узкомъ тазѣ вообще, во время родовъ, терапия наша будетъ зависѣть отъ степени этой аномаліи. Къ несчастію, всестороннее точное опредѣленіе степени узкости таза во время родовъ невозможно. Если измѣреніе таза дало точные результаты, то, все-таки, мы не въ состояніи до сихъ поръ вѣрно опредѣлить величину неродившейся еще на свѣтъ головки. Поэтому, даже при очень точно произведенномъ измѣреніи таза, всегда остается еще наблюдать теченіе родовъ, чтобы въ каждомъ данномъ случаѣ вѣрно оцѣнить существующія затрудненія. Для опредѣленія несоразмѣрности между головкой и тазомъ весьма важно знать способность вѣдренія головки въ тазъ по *P. Müller'u* (см. стр. 504).

Вообще, при очень незначительныхъ отклоненіяхъ отъ нормальныхъ размѣровъ, какъ, напримѣръ, при тазѣ съ конъюгатою болѣе чѣмъ въ $9\frac{1}{2}$ сантиметр. (см. стр. 485), не требуется никакихъ особенныхъ терапевтическихъ мѣръ, совершенно какъ и при нормальномъ тазѣ; при существованіи другихъ аномалій, особенно при неправильныхъ положеніяхъ плода, терапия нисколько не измѣняется подъ влияніемъ незначительнаго въ данномъ случаѣ суженія. Такого рода тазы обыкновенно представляютъ интересъ единственно лишь по особенному характеру родоваго механизма; но нужно всегда имѣть въ виду, что необыкновенно большая головка можетъ этому незначительному суженію таза придать значеніе довольно важной аномаліи.

Самую важную роль въ практическомъ отношеніи терапия будетъ играть въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ прямой размѣръ входа въ тазъ (*Conj. vera*) равняется отъ $6\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ сант.

Сначала разсмотримъ вопросъ о томъ, — какая терапия можетъ потребоваться при этомъ, если имѣютъ дѣло съ черепными положеніями.

Если предлежитъ головка, то роды при тазѣ съ конъюгатою не многимъ менѣе $9\frac{1}{2}$ сантиметровъ обыкновенно протекаютъ такимъ образомъ, что головка устанавливается надъ входомъ въ тазъ въ томъ видѣ, какъ это описано (стр. 496) и, при мало раскрытомъ зѣвѣ, вступаетъ во входъ, причѣмъ кости на мѣстѣ швовъ задвигаются другъ за друга и образуется опухоль на головкѣ; наконецъ, при постепенномъ сглаживаніи зѣва, головка проталкивается чрезъ входъ.

Правильному вставленію головки можно содѣйствовать соотвѣтствующимъ положеніемъ роженицы на боку, а именно: роженицу кладутъ на бокъ, соотвѣтствующій той половинѣ таза, въ которомъ помѣщается часть черепа, долженствующая опуститься ниже¹⁾. Въ такихъ случаяхъ роженица обыкновенно не подвергается никакимъ особеннымъ опаснымъ послѣдствіямъ и младенецъ также рождается живымъ. Въ исключительныхъ случаяхъ они, правда, могутъ, даже при скоромъ теченіи родовъ, подвергаться смертельнымъ поврежденіямъ вслѣдствіе сильнаго сжатія черепа, но обыкновенно при упомянутыхъ условіяхъ роды протекаютъ одинаково благопріятно какъ для матери, такъ и для плода, такъ что всякое вмѣшательство искусства будетъ излишнимъ и задача врача здѣсь ограничивается изученіемъ способа, какимъ совершается прохожденіе плода чрезъ родовые пути и наблюденіемъ за правильнымъ теченіемъ родовъ²⁾.

Въ другихъ случаяхъ головка вступаетъ во входъ таза при незначительно еще раскрытомъ зѣвѣ и устанавливается здѣсь въ то время, какъ послѣдній постепенно раскрывается; полное-же прохожденіе головки замедляется на продолжительное время.

Но и въ такомъ случаѣ врачъ можетъ поступать выжидательно, насколько это дозволяетъ общее состояніе роженицы и плода. Если же роженицѣ или младенцу угрожаетъ опасность, то нужно попытаться, какъ это предложилъ *Hofmeier*³⁾, протолкнуть головку чрезъ суженное мѣсто посредствомъ давленія снаружи. Если это не удастся и если ослабѣвающее сердцебіеніе младенца указываетъ на грозящую ему опасность, то спасти его нельзя, такъ какъ нѣтъ возможности извлечь его живымъ въ достаточно короткое время ни посредствомъ поворота, ни помощью щипцовъ; между тѣмъ какъ роженица при этомъ подвергается значительной опасности.

Но, если чрезмѣрная продолжительность родовъ возбуждаетъ опасенія относительно роженицы, то нужно будетъ позаботиться объ искусственномъ ускореніи родового акта. Если въ этихъ случаяхъ зѣвъ достаточно раскрытъ, то слѣдуетъ всегда попытаться, по предварительномъ наркозѣ, нѣсколько отгѣснить головку въ сторону и тотчасъ-же сдѣлать поворотъ и извлеченіе. Осторожная попытка никогда не повредитъ, и часто поворотъ удается, даже когда головка, повидимому, уже вставилась неподвижно; если-же попытка удастся, то прогнозъ будетъ самый благопріятный какъ для роженицы, такъ и для плода. Но не слѣдуетъ медлить этой попыткой до тѣхъ поръ, когда жизнь роженицы будетъ находиться уже въ явной опасности; напротивъ, необходимо приступать къ операциі, коль скоро, вслѣдствіе долгаго стоянія головки, возникаетъ опасеніе относительно прижатія мягкихъ частей роженицы, хотя-бы и не было очевидныхъ признаковъ разможенія тканей или какъ только появится запахъ въ отдѣленіяхъ. Если не

¹⁾ См. *A. Martin*, Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr. p. 30. — ²⁾ См. *Osterloh*, Arch. f. Gyn. IV. p. 520. — ³⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. p. 138.

удается сдѣлать поворота, то головка, очевидно, такъ сильно вколочена въ суженное мѣсто, что энергическія сокращенія матки, протолкнувъ ее, наконецъ дадутъ возможность наложить щипцы и произвести извлеченіе. На этомъ основаніи мы, убѣдившись, что операція поворота уже болѣе невыполнима, должны выждать дальнѣйшаго дѣйствія потугъ. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ возрастающая сила потужной дѣятельности въ не очень продолжительное время проталкиваетъ головку чрезъ суженное мѣсто.

Но иногда головка остается сильно вколоченною въ мѣстѣ суженія, и наступаютъ явленія, настоятельно требующія окончанія родовъ въ интересахъ матери. Явленія эти имѣютъ исходною своею точкою или мѣстное ущемленіе, которому подвергаются мягкія части, находящіяся между головкою и тазомъ, или всасываніе разложившихся секретовъ, или-же обнаруживаются въ видѣ истощенія силъ роженицы, вслѣдствіе непрерывныхъ напряженій. Если, слѣдовательно, температура поднимается, выдѣленіе изъ родовыхъ путей становится зловоннымъ и постукиваніе указываетъ на образованіе газовъ въ полости матки; далѣе, если животъ становится чувствительнымъ при дотрогиваніи и общее состояніе роженицы рѣзко ухудшается, то спасеніе ея жизни должно стоять на первомъ планѣ, тѣмъ болѣе, что если мы и теперь станемъ выжидать, то наконецъ наступитъ полное истощеніе ея силъ, при частомъ и маломъ пульсѣ. При такихъ-то обстоятельствахъ роженица, почти навѣрное можно сказать, погибаетъ, спасеніе-же плода представляется также невозможнымъ. Въ такихъ случаяхъ роды могутъ быть окончены обыкновенно лишь при помощи пробаденія младенческой головки.

Обыкновенно въ такихъ случаяхъ совѣтуютъ накладывать щипцы съ цѣлю спасти и роженицу и плодъ,—надежда, которая, однако, при вышеизложенныхъ обстоятельствахъ, можетъ осуществиться лишь крайне рѣдко, между тѣмъ какъ при этомъ большею частью погибаютъ какъ плодъ, такъ и роженица.

Причины, почему наложеніе щипцовъ противопоказуется въ такихъ случаяхъ, заключаются въ слѣдующемъ: головка вступаетъ стрѣловиднымъ швомъ въ поперечный размѣръ суженнаго таза; такъ какъ, при высокомъ стояніи головки, щипцы могутъ быть накладываемы только въ поперечномъ размѣрѣ таза, то они должны лечь на лобъ и затылокъ и, слѣдовательно, будутъ лежать неправильно, причѣмъ какъ рукоятки щипцовъ, такъ и верхушки ложекъ будутъ сильно расходиться въ ущербъ мягкимъ частямъ матери; кромѣ того, они легко могутъ соскользнуть. Но въ то-же время, при наложенныхъ такимъ образомъ щипцахъ, головка, будучи сдавлена щипцами въ прямомъ размѣрѣ, увеличится въ поперечномъ, вслѣдствіе чего должна неминуемо увеличиться степень ущемленія мягкихъ частей, сдавленныхъ головою съ одной стороны, а съ другой—мысомъ и лоннымъ соедине-

ніемъ ¹⁾). Ясно, что трудность прохожденія головки тѣмъ самымъ еще усугубляется. Слѣдовательно, наложеніемъ щипцовъ мы положительно противодѣйствуемъ спасительной дѣятельности потугъ, которыя способствуютъ цѣлесообразному измѣненію формы головки, увеличивая прямой и укорачивая поперечный ея діаметръ. Но тѣмъ не менѣе нельзя сомнѣваться въ томъ, что, особенно при сильныхъ потугахъ и не слишкомъ значительномъ суженіи размѣровъ таза, форсированное дѣйствіе щипцами можетъ провести головку чрезъ суженное мѣсто. Съ другой-же стороны, вѣрно, однако, и то, что важнѣе всего здѣсь все-таки дѣятельность потугъ; при недостаточной силѣ послѣднихъ, черепъ, сжатый со всѣхъ сторонъ, подвергается величайшей опасности, а мягкія части матери, въ свою очередь, значительно страдаютъ отъ ущемленія. На этомъ основаніи мы считаемъ долгомъ предостеречь начинающаго, — не ожидать спасенія отъ щипцовъ въ случаяхъ высокаго стоянія головки въ суженномъ входѣ. Когда головка еще настолько подвижна, что, по предварительномъ наркотизированіи, можно провести подлѣ нея руку, то существуетъ показаніе къ повороту; если-же это болѣе невозможно, то искусный практикъ можетъ наложить щипцы и умѣренными, хотя и энергическими тракціями попытаться извлечь головку, отчасти уже вступившую въ суженное мѣсто таза. Если это ему не удастся, онъ сдумѣетъ во время снять щипцы; начинающій-же, наложивъ щипцы и если головка не подается, изъ ложнаго стыда предъ окружающими будетъ производить тракціи все сильнѣе и сильнѣе, теряя необходимое хладнокровіе, такъ что невинныя щипцы въ его рукахъ становятся самымъ опаснымъ инструментомъ. Щипцы при узкомъ тазѣ могутъ быть наложены только тогда, когда силы природы совершенно или, по крайней мѣрѣ, почти совершенно уже преодолѣли существующее препятствіе. Въ большей части этихъ случаевъ, правда, головка вслѣдъ затѣмъ быстро изгоняется силами природы, но въ исключительныхъ случаяхъ сила потугъ, преодолѣвая суженіе, настолько истощается, что головка задерживается еще на продолжительное время въ полости таза. Здѣсь щипцы совершенно умѣстны, представляя безвредный, спасительный инструментъ; но въ этихъ случаяхъ они накладываются не по причинѣ узкости таза, а вслѣдствіе ослабленія только потужной дѣятельности.

Но если головка еще не прошла чрезъ суженное мѣсто, а между тѣмъ состояніе матери настоятельно требуетъ окончанія родовъ, то, при невозможности совершить поворотъ, обыкновенно остается без-

¹⁾ Положеніе это остается въ силѣ и тогда даже, если на основаніи опытовъ *Fehling's* (Arch. f. Gyn. B. IV. p. 68) и *Keller's* (Diss. in Erlangen. 1877) допустимъ, что сдавливаніе головки со всѣхъ сторонъ производитъ уменьшеніе ея объема, зависящее отъ оттока крови и спинномозговой жидкости. Опыты *Cohnstein's* (Virchow's Arch. B. 64), по которымъ поперечный размѣръ головки увеличивается только въ исключительныхъ случаяхъ при сдавливаніи ея въ прямомъ, не могутъ быть приняты какъ вполне доказательные. (См. *P. Müller*, Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte. 1876. № 2.

отрадный выборъ — или предоставить смерти и рожицу и плодъ, или-же помощью искусства ускорить смерть всегда погибающаго въ этихъ случаяхъ плода, чтобы, по крайней мѣрѣ, спасти жизнь матери, т. е. сдѣлать перфوراцію на живомъ плодѣ. Но если мы хотимъ произвести эту операцію съ пользою для матери, то нельзя присгупать къ ней тогда только, когда рожица находится уже въ такомъ состояніи, въ которомъ ускореніе окончанія родовъ уже не можетъ спасти ея, а необходимо, напротивъ, произвести операцію въ такое время, когда поврежденія родовыхъ путей матери допускаютъ еще благопріятное предсказаніе. Одна изъ самыхъ трудныхъ задачъ для акушера заключается, съ одной стороны, въ вѣрномъ опредѣленіи срока, когда можно еще надѣяться на спасеніе жизни матери; съ другой-же стороны, въ рѣшеніи вопроса, — не лишаемъ-ли мы жизни плода, которую можно-бы еще спасти. (Единственный путь для избѣжанія въ такихъ случаяхъ перфорации живаго младенца — состоитъ въ операціи кесарскаго сѣченія. Эта послѣдняя операція можетъ спасти и плодъ и рожицу, но въ этихъ случаяхъ не даетъ вѣроятныхъ шансовъ даже на спасеніе одного плода. Въ практикѣ кесарское сѣченіе рѣдко можетъ быть принято во вниманіе, такъ-какъ огромное большинство рожицъ предпочтетъ кесарскому сѣченію раздробленіе плода). Сдѣлавъ перфوراцію, мы ждемъ, не будетъ-ли изгнанъ плодъ силами природы. Если-же головка и послѣ опорожненія ея долго остается въ полости таза, а между тѣмъ требуется быстрое окончаніе родовъ, то извлекаютъ ее по правиламъ, изложеннымъ на стр. 316.

Но маточный зѣвъ можетъ изгладиться при предлежаніи головки, безъ того, чтобы послѣдняя вступила въ тазъ. Въ такомъ случаѣ есть существенное различіе между перво- и многоорожавшими.

У первыхъ для достаточнаго раскрытія зѣва требуется столь сильная дѣятельность потугъ, что если послѣднимъ не удастся хотя отчасти фиксировать головку во входѣ въ тазъ, то мы не можемъ даже приблизительно опредѣлить продолжительность родовъ и всѣ опасности, которыя могутъ произойти, если предоставить теченіе родовъ силамъ природы. Если, слѣдовательно, у перворождающихъ, при достаточномъ раскрытіи зѣва и по излитіи водъ, головка еще подвижна надъ входомъ, если, другими словами, сокращенія матки, которымъ удалось раскрыть зѣвъ, не были въ состояніи фиксировать головку во входѣ, то мы въ правѣ предположить, что при дальнѣйшемъ естественномъ ходѣ родовъ и въ благопріятнѣйшемъ случаѣ головка можетъ пройти чрезъ суженное мѣсто лишь при помощи такихъ продолжительныхъ и сильныхъ потугъ, что плодъ долженъ подвергнуться при этомъ крайней опасности, и что это прохожденіе головки будетъ продолжаться такъ долго, что неизбежно воспослѣдуютъ опасныя ущемленія мягкихъ частей матери. Поэтому въ такихъ случаяхъ существуетъ настоятельное показаніе къ вмѣшательству искусства и притомъ въ такое время, когда еще не успѣли развиться угро-

жающія явленія. Но такъ какъ при достаточно раскрытомъ зѣвѣ и подвижной головкѣ поворотъ не представляетъ ни затрудненій, ни опасности, и такъ какъ извлеченіе послѣдующія головки, съ одной стороны, совершается легче, нежели прохожденіе головки подлежащей; съ другой-же стороны, болѣе скорое прохожденіе подлежащей части чрезъ суженное мѣсто представляетъ для матери самыя лучшія шансы, а для плода нисколько не болѣе опасно, чѣмъ прохожденіе подлежащей головки, то при вышесказанныхъ условіяхъ должно немедленно приступать къ повороту и извлеченію. Не подлежитъ сомнѣнію, что, при своевременномъ производствѣ поворота, мы имѣемъ очень много шансовъ къ спасенію роженицы; съ другой-же стороны, новѣйшія наблюденія положительно доказываютъ, что при этомъ такъ же нисколько не ухудшается предсказаніе и относительно плода.

Нѣсколько иначе представляется дѣло, если у многорожавшей, при цѣлости пузыря, головка еще стоитъ подвижно надъ входомъ, когда зѣвъ уже достаточно раскрытъ. Именно у многорожавшихъ зѣвъ изглаживается нерѣдко при самой незначительной потужной дѣятельности, такъ что если потуги, разкрывшія зѣвъ, не были въ состояніи фиксировать головку, то мы изъ этого обстоятельства не можемъ вывести еще никакого заключенія о дальнѣйшемъ теченіи родовъ. При умѣренно суженномъ тазѣ не очень рѣдко случается, что головка стоитъ высоко до вскрытія пузыря и что, вслѣдъ за разрывомъ послѣдняго, сильнымъ напоромъ потугъ головка сильно проталкивается чрезъ суженное мѣсто и плодъ рождается очень скоро. На этомъ-то основаніи у многорождающимъ, если измѣреніе таза и анамнезъ прежнихъ родовъ позволяютъ предположить не очень значительное суженіе, мы можемъ нѣсколько выжидать, даже при достаточно раскрытомъ зѣвѣ, особенно если воды еще стоятъ. Если-же воды сошли и головка вслѣдъ затѣмъ не очень скоро вступаетъ въ тазъ, то можно будетъ еще произвести поворотъ при довольно еще благоприятныхъ обстоятельствахъ. Но и въ этихъ случаяхъ не слѣдуетъ слишкомъ долго медлить, такъ какъ величина дѣтской головки, имѣющая важное вліяніе при аномалии размѣровъ таза, никогда не бываетъ въ точности извѣстна, и такъ какъ, пропустивъ моментъ, благоприятный для поворота (когда уже головка неподвижно вставится во входъ), мы должны будемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, прибѣгнуть къ перфораци. Но если изъ предшествовавшихъ родовъ оказывается, что плоды средняго размѣра рождались только съ значительными затрудненіями и опасностями, то, по вышеизложеннымъ причинамъ, совѣтуемъ прибѣгать къ возможно раннему производству поворота. Такимъ путемъ роды можно окончить совершенно безопасно для матери, для плода-же результатъ будетъ, можетъ быть, лучше, но, во всякомъ случаѣ, не хуже, нежели при выжидательномъ способѣ.

Причины, вслѣдствіе которыхъ послѣдующая головка легче проходить чрезъ суженный тазъ, отлично разъяснены *Simpson*'омъ. Симп-

сонъ справедливо указываетъ на то, что младенческая головка представляетъ конусъ, который, при подлежащемъ черепѣ, вступаетъ въ суженное мѣсто толстымъ, тупымъ своимъ основаніемъ, при послѣдующей-же головкѣ, напротивъ, — узкимъ концомъ. Вслѣдствіе этого вставленіе подлежащей головки обыкновенно бываетъ затруднительно, а при узкомъ тазѣ, какъ справедливо замѣчаетъ *v. Haselberg* ¹⁾ она вовсе не могла-бы вставиться. Для этого прежде вколачивается темянная кость, лежащая впереди, а потомъ уже, вслѣдствіе захожденія и сплющиванія сзади лежащей темянной кисти головка получаетъ возможность пройти чрезъ суженный входъ. Совсѣмъ иначе происходитъ вставленіе послѣдующей головки, при которой узкое основаніе черепа вступаетъ легко въ суженное мѣсто; самъ-же черепъ, вслѣдствіе уплотненія обѣихъ темянныхъ костей, равномерно приостряется по направленію къ стрѣловидному шву.

Далѣе, весьма важно то обстоятельство, что мы при послѣдующей головкѣ можемъ способствовать потужной дѣятельности сильнымъ влеченіемъ за туловище; при этомъ влеченіе это вполне дозволяетъ головкѣ конфигурироваться пѣлесообразнымъ образомъ. Между тѣмъ при подлежащей головкѣ мы лишены этой возможности, такъ какъ, по вышеизложеннымъ причинамъ, щипцы не даютъ головкѣ возможности принять благоприятную конфигурацію.

E. Martin ²⁾ обратилъ вниманіе на то, что при узкомъ тазѣ показуется поворотъ, имѣющій цѣлью, при несимметрическомъ входѣ, перемѣстить затылочную часть головки плода изъ болѣе узкой половины въ широкую. Во всякомъ случаѣ это показаніе, само по себѣ чрезвычайно рѣдкое, не имѣетъ большаго практическаго значенія.

Такъ какъ поворотъ на ножку и извлеченіе при узкомъ тазѣ совѣтуется прежде всего въ интересъ матери; далѣе, такъ какъ даже при значительныхъ суженіяхъ (почти до 7 сантиметровъ) еще удастся извлекать живыхъ дѣтей и такъ какъ, наконецъ, перфорация послѣдующей головки не представляетъ ни большихъ затрудненій, ни болѣе опасной для матери, нежели перфорация подлежащей головки, то, на основаніи всего вышесказаннаго, мы совѣтуемъ производить поворотъ до предѣловъ абсолютнаго суженія таза. Даже при конъюгатѣ менѣе 8 сант. мы иногда будемъ имѣть удовольствіе извлечь живаго младенца, если только величина его не превышаетъ среднихъ размѣровъ и, въ худшемъ случаѣ, намъ будетъ предстоить необходимость сдѣлать перфорацию послѣдующей головки. Но нерѣдко въ этихъ случаяхъ и перфорация, которая потребовалась бы при подлежащей головкѣ, становится лишнею, благодаря значительному уменьшенію поперечнаго діаметра головки образованіемъ на ней ложкообразнаго вдавленія. Хотя изъ младенцевъ, получившихъ

¹⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II. p. 211. — ²⁾ M. f. G. V. 15. p. 16 и В. 30. p. 321.

такое поврежденіе черепа, половина погибаетъ, но не слѣдуетъ, однако, забывать, что этотъ результатъ все таки очень благопріятный, такъ какъ это самое поврежденіе черепа спасаетъ цѣлую половину дѣтей, осужденныхъ въ противномъ случаѣ на неминуемую смерть отъ перфорациі.

Примѣч. До новѣйшаго времени продолжается споръ о томъ, что слѣдуетъ предпочесть при узкомъ тазѣ, — щипцы или поворотъ на ножки? Мы уже въ другомъ мѣстѣ ¹⁾ изложили наше мнѣніе о томъ, что такая постановка вопроса совершенно невѣрная, что, какъ уже ясно доказалъ *Stein* младш. ²⁾, поворотъ и щипцы вообще исключаютъ другъ друга, что если еще выполнимъ поворотъ, то щипцы противупоказаны, а если показаны щипцы, то для поворота уже миновалъ благопріятный моментъ.

Послѣ того, что мы (на стр. 272) сказали о наложеніи щипцовъ на послѣдующую головку, будетъ понятно, что *de la Motte* и *Levret*, которые не накладывали щипцовъ на послѣдующую головку, совѣтовали, поэтому, дѣлать поворотъ и при узкомъ тазѣ, между тѣмъ какъ большинство акушеровъ со временъ *Smellie* или вовсе отказалось отъ этой операціи, какъ слишкомъ опасной для плода, или же въ высшей степени ограничило ея показанія. Исключеніе составляетъ *mad. Lachapelle*, которая прибѣгала къ однимъ ручнымъ приемамъ, и потому въ случаяхъ узкаго таза изъ числа 25 родовъ, надъ коими сдѣланъ былъ ею поворотъ, извлекла живыми 16, — результатъ до того блистательный, что всѣ приверженцы наложенія щипцовъ на послѣдующую головку сомнѣвались въ справедливости его.

Въ Германіи *Osiander* младшій былъ первый, совѣтовавшій примѣненіе этой операціи въ болѣе широкихъ размѣрахъ, тогда какъ *Osiander* отецъ, при тазѣ, суженномъ въ коньгатаѣ, предпочиталъ примѣненіе щипцовъ и только въ исключительныхъ случаяхъ, при сильномъ наклоненіи таза, узкомъ входѣ и при предлежаніи ручекъ подлѣ головки, — совѣтовалъ дѣлать поворотъ.

Не смотря на неблагопріятные результаты, которые имѣло для плода накладываніе щипцовъ на послѣдующую головку, большинство новѣйшихъ акушеровъ, какъ *Trefurt*, *Naegele*, *Ritgen*, *Rosshirt*, *Hohl*, *Arneth*, *C.* и *G. Braun*, *Spaeth*, *Scanzoni* и *Hecker*, по крайней мѣрѣ условно, высказалось въ пользу поворота при узкомъ тазѣ, а въ новѣйшее время число приверженцевъ этой операціи все возрастаетъ. Въ Англіи жаркими защитниками этой операціи выступили особенно *Simpson*, *Barnes*, *Milne* и *Braxton Hicks*.

Мы лично указывали на то ³⁾, что, если бы раннее производство поворота даже нѣсколько ухудшило результаты относительно плода, то все-таки слѣдуетъ приступать къ этой операціи въ виду громадныхъ преимуществъ, которыя изъ нея вытекаютъ для матери. Но мы снова должны высказать твердое убѣжденіе въ томъ, что опасность, предстоящая младенцу при узкомъ тазѣ въ случаѣ предлежанія головки, будетъ больше, нежели какая грозитъ плоду, извлеченному руками при предлежащихъ ягодицахъ, и что мнѣніе, будто бы постепенная конфигурація предлежащей головки представляетъ менѣе опасности для плода, нежели внезапное извлеченіе послѣдующей головки, — не подтверждается опытомъ, не смотря на то, что а priori кажется очень вѣроятнымъ. Къ такому воззрѣнію мы пришли, благодаря хорошимъ результатамъ, которые были въ новѣйшее время достигнуты многими посредствомъ примѣненія ручнаго приема *Veit'a*. Но, кромѣ того, мы, конечно, должны отвергнуть значеніе всѣхъ прежнихъ наблюденій, въ которыхъ были наложены щипцы на послѣдующую головку и которыя приводились, какъ статистическія доказательства опасности послѣдствій поворота при узкомъ тазѣ. Благопріятные результаты, достигнутые помощью поворота при узкомъ тазѣ и ручнаго извлеченія головки, кромѣ насъ, опубликованы въ новѣйшее время

¹⁾ Schw., Geb. u. W. p. 106. — ²⁾ Was war Hessen der Geburtsh. etc. 1819 p. 35, 36, 47. — ³⁾ l. c. p. 133 и M. f. G. B. XXXII. p. 183.

Fuhrmann'омъ, *Scharlau*, *Strassmann*'омъ и *Höning*'омъ. Далѣе, разсматривая рядъ наблюдений, въ которыхъ одна и таже женщина рожала нѣсколько разъ то съ предлежащею головкою, то, наоборотъ, — тазовымъ концомъ, и въ которыхъ первые младенцы погибали во время родовъ, вторые же оставались въ живыхъ, а въ особенности, имѣя въ виду случай, сообщенный *Höning*'омъ), гдѣ при 4-хъ слѣдовавшихъ другъ за другомъ родахъ у одной женщины, при почти одинаковой величинѣ головокъ, два плода сдѣлались жертвами черепныхъ положеній, въ то время какъ двое остальныхъ, при тазовыхъ положеніяхъ, были спасены, — мы должны высказаться въ томъ смыслѣ, что, при достаточно ловкомъ производствѣ поворота и ручномъ извлеченіи послѣдующей головки, жизнь плода при узкомъ тазѣ находится въ большей безопасности, нежели при предлежащей головкѣ ?).

Если при предлежащемъ черепѣ и безъ особенныхъ осложненій поворотъ имѣеть очень благоприятные шансы на успѣхъ, то онъ тѣмъ настоятельнѣе показуется при существованіи неблагоприятныхъ осложненій. Слѣдовательно, если предлежащая головка стоитъ надъ тазомъ въ лобномъ или лицевомъ положеніи, или, если подлѣ предлежащей головки выпадаютъ конечности, въ особенности же пуповина, то поворотъ въ этомъ случаѣ будетъ единственною рациональною операціею. Точно также производятъ его при узкомъ тазѣ во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ онъ показуется и при нормальномъ тазѣ, слѣдовательно, особенно при поперечныхъ положеніяхъ и когда угрожаетъ опасность для матери и для младенца.

Предлежанія тазовымъ концомъ, какъ ясно уже вытекаетъ изъ вышесказаннаго, при узкомъ тазѣ не могутъ считаться неблагоприят-

1) M. f. G. B. 33. p. 255. — 2) Изъ обширной литературы о поворотѣ при узкомъ тазѣ мы приведемъ только болѣе важныя работы: *J. F. Oslander*, Handb. d. Entb. III. p. 179. — *J. Simpson*, Prov. med. and surg. J. Dec. 1847. p. 673. — *Monthly J. of Med.* Febr. 1852. p. 135 и *Sel. Obst. Works.* I. 1871. p. 393 и 486. — *Dubreuilhe*, *Gaz. méd. de Paris.* № 28. 1856. — *Hohl*, *Deutsche Klinik* 1860. Nr. 36. — *Hecker*, *Kl. d. Geb.* I. 1861. p. 101. — *Walther Franke*, *Wendung auf d. Füsse bei engem Becken.* Halle. 1862. — *Blot*, *Gaz. méd. de Paris* № 29. 1862 и *Arch. gén.* Jul. 1863. — *Inglis*, *Edinb. med. J.* Dec. 1864. p. 503. — *M. Clintock*, *Obst. Tr.* IV. p. 175. — *G. Hewitt*, *Lancet.* 27. Aug. 1864. — *Milne*, *Edinb. m. J. March.* 1867. p. 798. и *February* 1874. p. 707. — *Schroeder*, *Schw.*, *Geb. u. W.* p. 116 и *M. f. G. B.* 32. p. 162. — *Scharlau*, *M. f. G. B.* 31. p. 328. — *Strassmann*, *M. f. G. B.* 31. p. 406. — *Schwarzschild*, *Zange oder Wendung bei verengtem Becken.* Frankfurt 1867. — *Delore*, *Gaz. méd. de Paris.* 1867. № 44. — *Barnes*, *Obst. Op.* 2. ed. p. 224. — *Fuhrmann*, *Berl. kl. W.* 1868. № 9 etc. — *Poppel*, *M. f. G. B.* 32. p. 200. — *Ringlout*, *Dubl. quart. j. of m. sc.* August 1868. — *Höning*, *M. f. G. B.* 33. p. 255 и *Berl. kl. W.* 1871 № 34. — *Lehmann*, *Schmidt's Jahrb.* 1869. B. 143. № 8. p. 188. — *Wichers*, *e. l. p.* 192. — *Brazton Hicks*, *Guy's Hosp. Reports.* 1870. Art. XV. (см. *Brit. and for. Med. chir. Review.* July 1870; — *Marchand*, *J. de méd. etc. de Bruxelles* 1870 и 1871. p. 501 и p. 17. — *Borinski*, *Arch. f. G. B.* IV. p. 226 и *Schatz*, *e. l. B.* V. p. 163. — *Macdonald*, *Edinburgh med. Journ.* Sept. 1873. p. 214. — *Cohnstein*, *Arch. f. Gyn.* VII. p. 126. — *Hildebrandt*, *Die neue gynaekol. Universitätsklinik etc.* 1876. p. 54. — *Goodell*, *Amer. J. of Obstetric.* VIII. p. 193 и 691. IX. p. 332 и *The mechanism of nat. a. of artif. labour in narrow pelvis.* Philadelphia 1877. — *Wilson*, *e. l. Vol.* VIII. p. 673 и IX. p. 97 и 302. — *Stewart*, *e. l. Vol.* IX. p. 314. — *Slingsberg*, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 1874. — *Besselmann*, *Diss. i.* München 1876. — *Matthews Duncan*, *London. Obst. Trans.* Vol. XX.

ными ни для роженицы, ни для плода, если только при этомъ во время обращаются къ врачебной помощи.

Терапія существенно измѣняется, если плодъ умираетъ, находясь еще въ маткѣ. Если смерть наступаетъ при подвижномъ стояніи головки, то производство поворота и извлечения, безъ сомнѣнія, будетъ легче и безопаснѣе для матери нежели прободеніе подвижной головки, безопаснѣе въ особенности потому, что мы не можемъ знать напередъ — будутъ-ли потуги достаточно сильны для изгнанія перфорированной головки. Если же головка стоитъ надъ входомъ неподвижно, то при достовѣрно констатированной смерти плода и дальнѣйшемъ замедленіи родовъ, всегда слѣдуетъ сдѣлать перфорацию, такъ какъ прохожденіе перфорированной головки будетъ, безъ сомнѣнія, легче и безопаснѣе для мягкихъ частей матери, нежели изгнаніе неуменьшенной въ объемѣ головки, и такъ какъ нѣтъ рациональной причины щадить трупъ младенца, если поврежденіе его приноситъ пользу роженицѣ. Изгнаніе перфорированной головки мы предоставляемъ потугамъ и приступаемъ къ искусственному извлеченію ея только въ тѣхъ случаяхъ, когда быстрое окончаніе родовъ почему либо желательно ради роженицы.

Если конъюгата меньше $6\frac{1}{2}$ см., то нельзя надѣяться на то, чтобы родился живой плодъ. Для этого остается единственное средство — кесарское сѣченіе съ экстирпаціею матки по способу *Porro* или безъ нея, на которое, въ случаѣ согласія со стороны роженицы, рѣшаются тѣмъ скорѣе, что при этихъ обстоятельствахъ краниотомія составляетъ операцию, не совсѣмъ безопасную для матери. Впрочемъ, если роды возможно окончить еще помощью другой операциі, то въ практикѣ трудно получить согласіе на кесарское сѣченіе, такъ что при сказанныхъ суженіяхъ таза придется прибѣгнуть къ краниотоміи, все равно, живъ-ли младенецъ, или нѣтъ. Однако, существуетъ предѣлъ для суженія таза, при которомъ краниотомія становится опаснѣе кесарскаго сѣченія, такъ что и при мертвомъ плодѣ благоразумнѣе предпочесть послѣднюю операцию (т. е. кесарское сѣченіе) первой. Гдѣ лежитъ этотъ предѣлъ, рѣшить очень трудно. Въ Германіи $5\frac{1}{2}$ см. считаютъ обыкновенно послѣднимъ предѣломъ для краниотоміи; англичане же, помощью описанныхъ выше (на стр. 315) способовъ, извлекаютъ еще раздробленнаго младенца при плоскомъ тазѣ съ конъюгатой въ 4 см., и *Barnes* даже надѣется, что предѣлъ этотъ можно довести до $2\frac{3}{4}$ см. Впрочемъ, при подобныхъ высокихъ степеняхъ суженія, если не слишкомъ надѣяться на свою ловкость и если нѣтъ подъ рукою необходимыхъ въ этихъ случаяхъ инструментовъ, лучше прибѣгать къ кесарскому сѣченію, какъ операциі несравненно болѣе легкой и, при подобныхъ обстоятельствахъ, гораздо менѣе опасной для матери ¹⁾.

Въ настоящее время трудно еще опредѣлить, какъ далеко въ бу-

¹⁾ См. *Parry*, Amer. J. of Obst. V. p. 644.

дущемъ распространится примѣненіе кесарскаго сѣченія при относительныхъ показаніяхъ, благодаря тщательному соблюденію антисептическаго способа и улучшеннымъ методамъ этой операціи. Большія надежды въ этомъ отношеніи подають результаты, достигнутые въ Лейпцигской клиникѣ ¹⁾.

Излагая терапію при узкихъ тазахъ, мы до сихъ поръ исходили изъ того предположенія, что врачъ былъ позванъ къ роженицѣ уже въ началѣ родовъ. Если же онъ имѣлъ случай во время беременности констатировать аномалію таза, то искусственные преждевременные роды представляютъ для матери очень драгоцѣнное терапевтическое средство, хотя и сомнительное для плода.

Обще-равномѣрно-суженный тазъ.

Литература: *H. v. Deventer*, l. c. cap. 3. 27. — *G. W. Stein* младш., *Annalen*, 3. Stück. 1809. p. 23 и *Lehre der Geb.* I. p. 78. — *E. de Haber* (*Naegele*), *Diss. exh. cas. rar. partus etc.* Heidelberg 1830. — *F. C. Naegele*, *Das schräg verengte Becken etc.* Mainz 1839. p. 98. — *Michaelis*, l. c. p. 135. — *Litzmann*, l. c. p. 39. — *Brandau*, *Beitr. zur Lehre. v. allg. etc. Becken.* Marb. 1866. — *Ries*, *Zur Kenntniss des allg. gleichm. verengten Beckens.* D. i. Marb. 1868. — *Löhlein*. *Ueber die Kunsthülfe etc.* D. i. Berlin 1870 и *Zur Lehre vom durchweg zu engen Becken*, *Zeitschr. f. Geb. u. Fr.* p. 37. — *Rumpe*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* B. X. p. 239.

Историческія замѣчанія. *Heinrich von Deventer* былъ первый, знавшій общесуженный тазъ. Онъ называлъ его *pelvis nimis parva* — слишкомъ малый тазъ — и отличалъ его отъ таза плоскаго (*pelvis plana*). Онъ былъ знакомъ съ опасностью, обуславливаемою этими тазами и указываетъ на то, что главное дѣло для родовъ при этихъ тазахъ состоитъ въ надлежащемъ выжиданіи, чтобы вытягивающаяся въ длину головка мало по малу могла вступить въ полость таза. Послѣ него знакомство съ разбираемою формою узкихъ тазовъ, если не вполне, то почти совсѣмъ потеряно было для практики. *Dionis* и *Smellie* вскользь упоминають о томъ, что у женщинъ очень малаго роста встрѣчается этотъ тазъ. *Puzos* же знаетъ, что онъ встрѣчается и у женщинъ большаго роста и хорошаго тѣлосложенія. Объ этомъ тазѣ коротко говорятъ *Denmann*, *Roederer*, *Deleurye* и др.

Stein'у младшему должно отдать справедливость въ томъ, что онъ хорошо оцѣнилъ значеніе общесуженныхъ тазовъ: онъ знаетъ, что суженіе при этихъ тазахъ достигаетъ только умѣренныхъ предѣловъ (хотя онъ преувеличилъ степень суженія, но не болѣе какъ на $\frac{1}{2}$ "), но что вліяніе этого суженія на роды болѣе важно, нежели при другихъ видахъ узкихъ тазовъ. Это вліяніе чисто механическое, которое уравнивается малою головкою, но, кромѣ того, потужная дѣятельность при этомъ принимаетъ патологическій характеръ, такъ что роды продолжаютъ очень долго. *Naegele* исправилъ нѣкоторые заблужденія *Stein*'а; такъ, онъ говоритъ, что суженіе можетъ достигать во всѣхъ размѣрахъ до 1" и что такого рода тазы могутъ встрѣчаться у женщинъ болѣе нежели средняго роста и нормальнаго тѣлосложенія.

Michaelis познакомилъ насъ съ особенностями теченія родовъ и съ характеристическимъ родовымъ механизмомъ при этихъ тазахъ, а *Litzmann* показалъ, что, хотя эти тазы представляютъ типъ нормальнаго женскаго таза, но тѣмъ не менѣе въ нихъ остаются до извѣстной степени слѣды дѣтской формы. Результаты изслѣдованій *Litzmann*'а были подтверждены *Ries*'омъ (*Dohrn*), предпринявшимъ измѣренія 31 экземпляра подобныхъ тазовъ.

¹⁾ См. *Obermann*, *Arch. f. Gyn.* B. XXVII. p. 266.

Обще-равномѣрно-суженный тазъ вообще представляетъ нормальный типъ женскаго таза, только всѣ размѣры его равномѣрно укорочены противъ нормальнаго. Различаютъ два рода этихъ тазовъ:

1) Тазы, отличающіеся отъ нормальныхъ только малостью костей, тогда какъ толщина ихъ, строеніе и способъ ихъ соединенія между собою ни въ чемъ не уклоняются отъ нормы. Кости или относительно толсты и массивны, или онѣ при этомъ легки и тонки, такъ что такой тазъ часто представляетъ красивый нормальный тазъ, только уменьшенныхъ размѣровъ. Эти тазы преимущественно встрѣчаются у субъектовъ небольшого роста, хотя они попадаютъ также и у хорошо сложенныхъ, красивыхъ и граціозныхъ женщинъ средняго и даже болѣе, нежели средняго роста.

2) Тазы, представляющіе по своей формѣ правильный женскій типъ, но кости ихъ по величинѣ и плотности, а чаще всего по способу соединенія между собою бываютъ похожи на дѣтскіе: такъ называемые тазы карлицъ. Этотъ родъ тазовъ очень рѣдокъ и встрѣчается у женщинъ очень малаго роста и пропорціональнаго сложенія, т. е. у настоящихъ карлицъ.

Хотя оба вида этихъ тазовъ могутъ представлять во всѣхъ отношеніяхъ нормальный женскій типъ, такъ что малость ихъ размѣровъ



Фиг. 128. Обще-равномѣрно-суженный тазъ.

можетъ быть объяснена врожденною малостью зачатковъ костей (особенно при второй формѣ), однако при нихъ чаще встрѣчаются остатки формъ дѣтскихъ тазовъ. Сюда главнымъ образомъ принадлежитъ узость крестцовой кости, въ особенности крыльевъ ея, а также болѣе прямая форма крестца (вытянутость), менѣе вдающагося въ полость таза. Итакъ, рассматриваемый тазъ, т. е. ростъ его отдѣльныхъ костей и соединеніе ихъ между собою остановились на ранней степени развитія. Можетъ быть при этого рода обще-суженныхъ тазахъ очень раннее соединеніе костей есть первичное явленіе, которое обуславливаетъ, какъ вторичное явленіе, приостановку въ ростѣ костей по линіи, перпендикулярной къ поверхности окостенѣнія.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ степень суженія можетъ быть весьма различна; понятно, что она значительно болѣе тогда, когда существуетъ врожденная малость зачатковъ вмѣстѣ съ преждевременною приостановкою въ развитіи; но даже и въ этихъ случаяхъ суженіе обыкновенно не достигаетъ 3 см. во всѣхъ размѣрахъ. Прямые размѣры чаще всего бываютъ укорочены нѣсколько болѣе значительно, чѣмъ остальные; суженіе обыкновенно сильнѣе во входѣ въ тазъ, и, какъ исключеніе, бываетъ болѣе суженъ выходъ таза.

Обще-равномѣрно-сѣуженные тазы встрѣчаются несравненно рѣже, нежели тазы, сѣуженные только въ прямомъ размѣрѣ входа; это, по крайней мѣрѣ, относится къ Германіи. По наблюдениямъ *P. Müller'a* ¹⁾ полукретины въ Бернѣ даютъ необыкновенно большой процентъ общесѣуженныхъ тазовъ. Однако, по наблюдениямъ *Goenner'a* ²⁾, также и въ Базелѣ, гдѣ кретинизмъ вовсе не существуетъ, встрѣчается огромное количество общеравномѣрно сѣуженныхъ тазовъ.

Примѣч. По причинѣ относительной рѣдкости этихъ тазовъ мы приводимъ здѣсь нѣкоторыя казуистическія указанія. Экземпляры перваго рода этихъ тазовъ приведены у *Naegele* ³⁾, *Martin'a* ⁴⁾. (модели которыхъ сдѣланы *Fleischmann* о́мъ изъ papier-maché) *Michaelis'a* ⁵⁾, *Schmidt'a* ⁶⁾, *Lambli'a* ⁷⁾, *Hübner'a* ⁸⁾ (во второмъ случаѣ былъ преимущественно сѣуженъ выходъ таза), *Hugenberger'a* ⁹⁾, *Poppel'a* ¹⁰⁾, *Schroeder'a* ¹¹⁾, *Kleinwächter* ¹²⁾, *Kornann* ¹³⁾ (осложненъ сѣуженіемъ въ косыхъ размѣрахъ). Случаи тазовъ карлицъ сообщили *Naegele* ¹⁴⁾, *Michaelis* ¹⁵⁾, *Hugenberger* ¹⁶⁾, *Levy* ¹⁷⁾, *Zagorsky* ¹⁸⁾, (тазъ преимущественно сѣуженъ въ конъюгатахъ), *Hecker* ¹⁹⁾, *Kleinwächter* ²⁰⁾ и *Closmadenc* ²¹⁾ (ростъ 97 см.).

Фиг. 128. представляетъ прекрасный относящійся сюда тазъ изъ Боннской коллекціи: размѣры его слѣдующіе (ср. стр. 5):

	Прямой п.	Поперечн. п.
Входъ	9 C. (100)	11 ¹ / ₄ C. (125)
Полость	11 C. (122)	11 ¹ / ₂ C. (128)
Выходъ	10 ¹ / ₂ C. (113)	10 C. (111)

Роды осьмибѣсячнымъ плодомъ окончены щипцами; мать умерла отъ эклампсіи.

Обще-равномѣрно-сѣуженный рахитическій тазъ. Этого рода тазы очень рѣдки. Они или совсѣмъ не отличаются характеристическими особенностями рахитическаго таза, или же представляютъ ихъ только въ незначительной степени. Изъ этого, впрочемъ, должно исключить крылья подвздошныхъ костей. Входъ таза сѣуженъ бываетъ равномѣрно, по направленію же къ выходу сѣуженіе въ прямомъ размѣрѣ уменьшается, между тѣмъ какъ въ поперечномъ оно часто увеличивается. Лонныя кости иногда похожи нѣсколько на клювъ, вслѣдствіе чего рассматриваемые тазы приближаются къ тазамъ остеомалятическимъ. Тазы эти происходятъ отъ того, что, вслѣдствіе продолжительнаго дѣйствія нижнихъ конечностей (ходьбы), производится давленіе,



Фиг. 129. Обще-равномѣрно-сѣуженный рахитическій тазъ.

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. X. p. 406 и B. XVI. p. 155.—²⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. VII. p. 314.—³⁾ l. c. p. 100.—⁴⁾ Zur Gyn. II. 1. Jena 1848. p. 142.—⁵⁾ l. c. p. 136.—⁶⁾ Verh. d. Berl. geb. Ges. IV. p. 33.—⁷⁾ Prager Vierteljahrsschr. B. 45. p. 150.—⁸⁾ Beschreib. zweier partiell kindl. B. bei Erw. Diss. i. Marburg 1856.—⁹⁾ Bericht aus dem Hebammeninstitut u. s. w. Petersburg 1863. p. 76. Fall 1—45 (въ случаяхъ 3, 17, 23, 27, 33, 37, 38 приведены точныя измѣренія на скелетированномъ тазѣ).—¹⁰⁾ M. f. G. B. 28. p. 225.—¹¹⁾ Schw., Geb. u. W. p. 75.—¹²⁾ Prager Vierteljahrsschrift. 1870. B. III. p. 117.—¹³⁾ Arch. f. Gyn. B. VI. p. 472.—¹⁴⁾ l. c. p. 101.—¹⁵⁾ l. c. p. 138.—¹⁶⁾ l. c. p. 81 (случай 11).—¹⁷⁾ Schmidt's Jahrb. 1861. B. 111. p. 315—18) M. f. G. B. 31. p. 57.—¹⁹⁾ Bericht über 1868. Sep. Abd. p. 10.—²⁰⁾ Prager Viertelj. 1872. B. 3. p. 94.—²¹⁾ Ann. de Gyn. 1874. II. p. 58.

исходящее изъ обѣихъ вертлужныхъ впадинъ, такъ что тазъ подвергается со всѣхъ сторонъ равномерному сжатію. Главное послѣдствіе этого состоитъ въ сжатіи лежащихъ между костями остеондныхъ массъ, такъ что ростъ костей, вслѣдствіе этого, въ значительной степени задерживается, между тѣмъ какъ собственно формы отдѣльныхъ костей не измѣняются, или же измѣненія эти весьма незначительны ¹⁾.

Примѣч. Изъ обще-равномерно-сжуженныхъ рахитическихъ тазовъ извѣстны только немногіе экземпляры. Хорошій подобный экземпляръ представленъ на фиг. 129 изъ коллекціи Боннскаго Родильнаго Дома, гдѣ сохраняется весь скелетъ даннаго субъекта. Рисунокъ и описаніе его сообщены *Korten*'омъ ²⁾. Размѣры его слѣдующіе (ср. стр. 5):

	Прямой разм.	Поперечный разм.
Входъ	8 С. (100)	10 ¹ / ₄ С. (128).
Полость	10 ¹ / ₄ С. (128)	9 ¹ / ₄ С. (115,6).
Выходъ	9 ¹ / ₂ С. (118,7)	7 С. (87,5)

Въ собраніи Мюнхенскаго Родильнаго Дома также находится обще-сжуженный тазъ, котораго сильно уменьшенныя и экзквизитно рахитическія крылья подвздошныхъ костей не допускаютъ ни малѣйшаго сомнѣнія относительно его рахитическаго происхожденія. Размѣры его слѣдующіе:

	Прям. разм.	Поперечн. разм.
Входъ	8 ¹ / ₄ С. (110)	11 ¹ / ₂ С. (138)
Полость	9 ¹ / ₂ С. (115)	10 С. (119)
Выходъ	10 ³ / ₄ С. (130)	9 ³ / ₄ С. (118)

Кромѣ вышеприведенныхъ дѣйствительно важныхъ въ практическомъ отношеніи формъ тазовъ, встрѣчается еще другой видъ обще-сжуженныхъ тазовъ у взрослыхъ субъектовъ, отставшихъ въ тѣлесномъ и духовномъ развитіи и съ неразвитыми половыми органами. Эта категорія сохраняетъ типъ дѣтскихъ тазовъ не только относительно формы и соединенія костей, но также и по виду.—Понятно, что этого рода тазы не могутъ имѣть практическаго, т. е. акушерскаго значенія, такъ-какъ такіе субъекты не бываютъ беременны.

Подобные тазы описаны *Naegele* ³⁾, *Lerche* ⁴⁾, *Leisinger*'омъ ⁵⁾, *König*'омъ ⁶⁾, *Schnurrer* ⁷⁾, (осложненіе рахитизмомъ), *Eppinger* ⁸⁾.

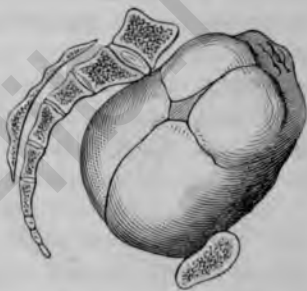
Интересно что во всѣхъ случаяхъ съ недоразвитіемъ половыхъ органовъ не наблюдалось женской лонной дуги, а вмѣсто нея существовалъ острый мужской уголъ; это можетъ служить доказательствомъ того, что образованіе дуги находится въ зависимости отъ развитія женскихъ половыхъ органовъ. Въ тазѣ, описанномъ *Lerche*, исторія котораго неизвѣстна, но который во всякомъ случаѣ относится къ категоріи разсматриваемыхъ нами тазовъ, *angulus rubis* былъ только нѣсколько острѣе противъ нормальнаго; но и здѣсь также не доставало изгиба наружу восходящихъ вѣтвей сѣдалищныхъ костей. Впрочемъ, всѣ эти тазы были болѣе поперечно, чѣмъ равномерно сжужены, — и вертлужныя впадины, въ которыхъ три части, составляющія безимьянныя кости таза, были соединены между собою посредствомъ хряща, въ большинствѣ случаевъ представлялись нѣсколькими сближенными въ поперечномъ направленіи, вслѣдствіе боковаго давленія бедренныхъ головокъ, подобно тому, какъ это бываетъ при тазѣхъ остеомалатическихъ.

¹⁾ Но съ другой стороны, *Fritsch* (Klin. d. allt. Oper. 1875. p. 248) видѣлъ общесжуженный тазъ у одной въ высшей степени рахитической кретинки, которая до десятилѣтняго возраста вовсе не оставляла постели, а, по достиженіи этого возраста, проводила въ постели большую часть жизни. — ²⁾ *De pelvi ubique justo minore*. D. i. Bonnae 1853. См. также *Schroeder*, Schw., Geb. u. W. p. 77. — ³⁾ l. c. p. 106. — ⁴⁾ *De pelvi in transv. ang. Halis* 1845. — ⁵⁾ *Anat. Besch. eines kindl. B. v. einem. 25 Jahr alten Mädchen. Tübingen* 1847. — ⁶⁾ *Beschreib. eines kindl. Beckens. Marburg* 1855. — ⁷⁾ *Das schräg verengte Becken einer Cretinin*. D. i. Stuttgart. 1842. — ⁸⁾ *Prag. med. Viertelj.* 1873. 4. p. 6.

Теченіе родовъ при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ.

Обще-равномѣрно сѣуженный тазъ вліяетъ на положеніе и членорасположеніе плода далеко не въ такой степени, какъ плоскій тазъ. Положеніе младенца въ большинствѣ случаевъ бываетъ черепное, членорасположеніе его нормально, а выпаденіе пуповины случается во всякомъ случаѣ не много чаще, чѣмъ при нормальномъ тазѣ.

Вступленіе головки въ тазъ характеризуется тѣмъ, что малый родничекъ опускается очень низко. Головка можетъ установиться надъ входомъ въ тазъ во всевозможныхъ положеніяхъ, причемъ, однако, коль скоро сокращенія матки разъ обнаружили свое дѣйствіе, малый родничекъ всегда стоитъ очень низко (см. фиг. 130), такъ какъ сопротивленіе со стороны болѣе длиннаго передняго плеча, сравнительно съ сопротивленіемъ задняго, значительно увеличено; слѣдовательно, при высокой степени сѣуженія таза малый родничекъ прощупывается въ проводной линіи таза. Въ этомъ положеніи головка вступаетъ въ тазъ, и малый родничекъ, когда задняя стѣнка таза беретъ перевѣсъ надъ передней, поворачивается впередъ.



Фиг. 130. Вступленіе головки въ обще-равномѣрно-сѣуженный тазъ.

Если полость таза и выходъ его не сѣужены, то малый родничекъ принимаетъ опять нормальное положеніе и механизмъ родовъ совершается обыкновеннымъ, нормальнымъ путемъ; если же сѣуженіе равномѣрно распространяется до выхода таза, то и малый родничекъ сохраняетъ свое низкое стояніе и вмѣсто того, чтобы при прорѣзываніи головки появиться наружу изъ-за лоннаго соединенія, онъ (т. е. малый родничекъ) выступаетъ изъ-за уздечки.

Теченіе родовъ обыкновенно бываетъ очень продолжительно. Этому содѣйствуютъ различные факторы и прежде всего то обстоятельство, что при этой формѣ таза, съ прохожденіемъ головки черезъ тазовой входъ, затрудненія еще не устранены, какъ это бываетъ при плоскомъ тазѣ. Здѣсь и остальная часть костнаго таза часто представляетъ очень значительныя и продолжительныя затрудненія дальнѣйшему движенію головки, такъ что послѣдняя медленно вступаетъ въ тазъ, но еще медленнѣе проходитъ черезъ него.

Это замедленіе вступленія и прохожденія головки обуславливается еще неудовлетворительностію потужной дѣятельности; при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ, мы даже у перворождающихъ нерѣдко встречаемъ первичную слабость потугъ.

Кажется, какъ будто частичное давленіе, какое испытываетъ ниж-

ній отрѣзокъ матки при плоскомъ тазѣ, въ области мыса и лоннаго соединенія, вызываетъ болѣе сильную дѣятельность потугъ, нежели повсемѣстное давленіе, имѣющее мѣсто при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ. Но возможно и то, что при послѣдней формѣ неправильнаго таза чаще встрѣчается недостаточное развитіе мускулатуры матки (недоразвитіе всей половой системы).

Распознаваніе обще-равномѣрно-суженнаго таза представляетъ большія затрудненія. Величина конъюгаты опредѣляется также, какъ и при плоскомъ тазѣ; но гораздо труднѣе измѣреніе поперечныхъ размѣровъ. Точнаго метода для этого мы еще не имѣемъ. Если размѣръ даннаго таза ниже среднихъ размѣровъ таза вообще, если, при правильной формѣ гребешковъ подвздошныхъ костей, разстоянія Sp. II. и Cr. II. необыкновенно малы и если при этомъ и размѣръ Tr. меньше нормальнаго, то, по всей вѣроятности, мы имѣемъ дѣло съ суженіемъ и въ поперечныхъ размѣрахъ. Если пальцами, введенными въ рукавъ, изслѣдовать тазовую полость, то, при достаточномъ навыкѣ, не трудно будетъ составить себѣ болѣе или менѣе вѣрное понятіе о размѣрахъ таза въ поперечномъ направленіи. Если при этомъ головка проходитъ чрезъ тазъ съ очень низко стоящимъ малымъ родничкомъ, то мы можемъ заключить, что тазъ равномѣрно суженъ.

Обще-равномѣрно-суженный тазъ, по отношенію къ послѣдствіямъ, которыя роды при немъ имѣютъ для матери, существенно отличается отъ плоскаго. Мягкія части подвергаются ущемленію не исключительно въ одномъ узкомъ мѣстѣ тазоваго входа и, если роды подвигаются впередъ, то обыкновенно отъ этого серьезныхъ послѣдствій не бываетъ. Но если сокращенія не на столько сильны, чтобы прогнать головку чрезъ суженный тазъ, то мать подвергается всѣмъ опасностямъ, которыя были описаны выше. Кромѣ того, серьезныя поврежденія нервѣдко могутъ быть причинены искусственнымъ пособіемъ, которое въ такихъ случаяхъ часто бываетъ очень затруднительно.

Тоже самое можно сказать о послѣдствіяхъ для младенца. Головная опухоль бываетъ иногда громадной величины; глубокія вдавленія встрѣчаются рѣдко; уплощеніе всей стороны черепа, которая лежала кзади, бываетъ иногда очень значительно. Всестороннее сжатіе головки яснѣе всего замѣтно по глубокому захожденію затылочной кости подъ темянныя.

Терапія при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ, въ существенныхъ чертахъ, отличается отъ терапіи при плоскомъ тазѣ.

Извлеченіе послѣдующей головки труднѣе, такъ что при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ гораздо рѣже удается спасти жизнь младенца, чѣмъ при плоскомъ. Наложеніе щипцовъ, хотя и менѣе опасно, чѣмъ при плоскомъ тазѣ, тѣмъ не менѣе при значительномъ суженіи бываетъ трудно извлечь младенца безъ поврежденій, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда суженіе простирается и на полость таза. Поэтому не слѣдуетъ слишкомъ настаивать на попыткахъ

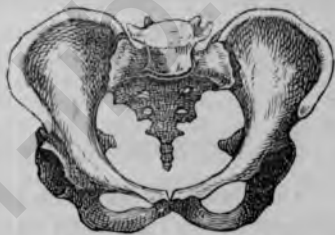
къ наложенію щипцовъ и, если-бы въ это время младенецъ умеръ, то ихъ слѣдуетъ тотчасъ оставить и приступить къ прободенію головки. Такъ какъ послѣ перфорациі всѣ размѣры головки уменьшаются, то эту операцію слѣдуетъ считать самою цѣлесообразною при обще-равно-мѣрно-сѣуженномъ тазѣ.

Обще-сѣуженный плоскій или обще-неравномѣрно-сѣуженный тазъ.

И эта форма узкаго таза встрѣчается какъ при рахитизмѣ, такъ и независимо отъ него.

Разсмотримъ прежде обще-неравномѣрно-сѣуженный тазъ нерахитическаго происхожденія.

При обыкновенно плоскомъ тазѣ, какъ мы видѣли уже выше, величина поперечнаго размѣра не меньше нормальнаго. Только въ очень исключительныхъ случаяхъ онъ будетъ меньше (менѣе 12¹/₂ см.), такъ что тазъ, хотя и представляется обще-сѣуженнымъ, но все-таки съ преобладаніемъ сѣуженія въ прямомъ размѣрѣ. Этотъ родъ тазовъ, на который указалъ первый *Michaëlis* ¹⁾, всегда зависитъ отъ уменьшенія всѣхъ костей совмѣстно съ умѣренной степенью сплющиванія спереди назадъ, такъ что, несмотря на незначительную степень уменьшенія остальныхъ частей, *conjugata vera* будетъ очень мала, тогда какъ поперечное растяженіе недостаточно велико для того, чтобы поперечный размѣръ достигъ нормальной величины.



Фиг. 131. Обще-неравномѣрно сѣуженный тазъ нерахитическаго происхожденія.

Примѣч. Изъ этого рода узкихъ тазовъ, на который обыкновенно мало обращаютъ вниманія, мы на фиг. 131 представляемъ очень красивый экземпляръ, который находится въ собраніи Боннскаго Родовспомогательнаго Дома. Роды мертворожденными двойнями не представляли ничего особеннаго. Размѣры его слѣдующіе (ср. стр. 5).

	Прям. р.	Попер. р.
Входъ	8,6 (100)	12,2 (142)
Полость	9,8 (115)	12,3 (143)
Выходъ	9,8 (115)	13,0 (151)

Обще-сѣуженные плоскіе или обще-неравномѣрно-сѣуженные тазы рахитическаго происхожденія ²⁾ представляютъ всѣ характеристическія особенности рахитическаго таза, выраженные притомъ чрезвычайно рѣзко; кости ихъ атрофированы и пріостановлены въ ростѣ въ такой степени, что, при преимущественномъ сѣуженіи прямого размѣра входа, сѣужены и поперечный его размѣръ, по крайней мѣрѣ во

¹⁾ l. c. p. 134. — ²⁾ *Michaëlis*, l. c. p. 132. — *Litzmann*, l. c. p. 55. — *Halbey*, Zur Kenntniss des platten Beckens. D. i. Marburg 1869.

входъ въ тазъ. Малые размѣры костей таза преимущественно выражаются на крыльяхъ подвздошныхъ костей. Вѣроятно, этотъ родъ тазовъ происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, когда рахитизмъ развивается въ ранніе періоды жизни, и притомъ въ очень сильной степени, и затѣмъ оканчивается скоро при наступленіи полного окостенѣнія, при чемъ отдѣльныя кости таза рано срастаются между собой.



Фиг. 132. Обще-неравномерно-суженный тазъ рахитич. пропсх.

мысомъ. Конъюгата, ведущая къ верхнему мысу, равняется 8,25 см., — ведущая-же къ нижнему, — только 7,25 см. Размѣры его (ср. стр. 5) слѣдующіе:

	Прям. р.	Попер. р.
Входъ	7,25 С. (100)	11,75 С. (162)
Полость	8,5 С. (117,2)	9,75 С. (134,5)
Выходъ	9,25 С. (127,6)	7,75 С. (106,9)

Теченіе родовъ при обще-неравномерно-суженномъ тазѣ.

Эти тазы составляютъ связующее звено между плоскими и общеравномерно-суженными тазами, такъ что теченіе родовъ при нихъ то похоже на теченіе родовъ при первыхъ, то — при послѣднихъ.

Они заслуживаютъ особеннаго вниманія со стороны практическаго акушера, такъ какъ очень часто представляютъ неожиданно весьма значительныя препятствія, такъ какъ кромѣ суженія конъюгаты, встрѣчающагося при плоскомъ тазѣ, также уменьшены и поперечные размѣры.

Весьма трудно распознать отношеніе прямого размѣра къ поперечному. Для этого очень важно наблюденіе механизма родовъ, который при обще-неравномерно-суженномъ тазѣ совмѣщаетъ въ себѣ особенности, свойственныя родовому механизму какъ при плоскомъ, такъ и при обще-равномерно-суженномъ тазѣ. Чѣмъ уже conj., въ сравненіи съ поперечнымъ размѣромъ, тѣмъ больше будетъ сходство съ плоскимъ тазомъ относительно установки черепа; напротивъ, чѣмъ меньше, сравнительно, будетъ поперечный размѣръ, тѣмъ рѣзче положеніе головки напоминаетъ вставленіе ея при равномерно-суженномъ тазѣ. Обыкновенно положеніе головки сохраняетъ особенности отчасти перваго, отчасти втораго изъ сравниваемыхъ видовъ, а именно: по упорно продолжающемуся поперечному стоянію оно напоминаетъ плоскій тазъ, по опусканію-же затылка — тазъ равномерно-суженный. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по мѣрѣ опусканія головки, могутъ опускаться попеременно то малый, то большой родничекъ, и вслѣдствіе этого, поперечное стояніе головки сохраняется вплоть до тазоваго выхода.

Спондилолистетическій тазъ.

Литература: *Rokitansky*, Oest. med. Jahrb. B. 19. 1839, p. 202. — *Spaeth*, Zeitschr. der Ges. der Wiener Aerzte. 10. Jahrg. 1. B. 1854, p. 1. — *Kiwisch*, Geburtskunde. II. p. 168. — *Seyfert*, Verh. d. phys. med. Ges. in Würzburg. III. p. 340 и Wiener med. W. Januar 1853. — *Kilian*, De spondylolisthesi, grav. pelv. c. etc. Bonnae 1853 и Schild. neuer Beckenf. etc. Mannh. 1854 — *Breslau*, Scanzoni's Beitr. 1885. B. II. и M. f. G. B. 18. p. 411. — *Lambd*, Scanzoni's Beitr. B. III. p. 2 и Centr. f. Gyn. 1885. № 23. — *Olshausen*. M. f. G. B. 22. p. 301. — *Breisky*, Arch. f. Gynaek. B. 9. H. 1 — *F. L. Neugebauer*, Zur Entwicklungsgeschichte d. spondyl. Beckens etc. Halle, Dorpat. 1882. Arch. f. Gyn. B. 19. p. 441, B. 20 p. 133, B. 22. p. 347. B. 25 p. 182. — *Krukenberg*, e. l. B. 25. p. 13.

Историческія примѣчанія. *Rokitansky* первый описалъ съ анатомической точки зрѣнія относящіяся сюда два таза, (у *Herbiniaux*.¹⁾ описаны роды, гдѣ, по всей вѣроятности, дѣло шло о спондилолистетическомъ тазѣ, хотя онъ и былъ принятъ за рахитическій). Одинъ безобразный испанскій тазъ былъ случайно найденъ при вскрытіи²⁾; другой описанъ *Spaeth*'омъ. Третій тазъ, такъ называемый пражскій, впервые былъ описанъ *Kiwisch*'емъ, потомъ *Seyfert*'омъ и подробнѣе *Kilian*'омъ. Послѣдній описалъ также четвертый относящійся сюда тазъ, Падерборнскій.

Количество извѣстныхъ относящихся сюда тазовъ мало-по-малу увеличивается, въ особенности въ последнее время, благодаря наблюденіямъ *F. L. Neugebauer*'а, такъ что теперь извѣстно 17 описанныхъ анатомически и 26 наблюдавшихся въ клиникѣ спондилолистетическихъ тазовъ. Заслуга *Neugebauer*'а состоитъ еще въ томъ, что онъ изучилъ и точно разъяснилъ этиологическіе моменты этого рода тазовъ; а также и въ томъ, что онъ съ настойчивостью и энергіею включилъ въ кругъ своихъ изслѣдованій вообще все, что имѣетъ отношеніе къ спондилолистезу.

Измѣненіе таза существенно заключается въ томъ, что послѣдній поясничный позвонокъ соскальзываетъ съ перваго крестцоваго позвонка и выдается въ тазъ такимъ образомъ, что или нижняя поверхность перваго только частью свободно вдается въ тазъ, частью-же она лежитъ на верхней поверхности крестцоваго, или-же нижняя, а иногда и задняя поверхность послѣдняго поясничнаго позвонка лежатъ на передней поверхности крестцовой кости. Это измѣненіе въ положеніи позвонка происходитъ во всякомъ случаѣ мало по малу, такъ что межпозвоночный хрящъ атрофируется, и форма позвонковъ значительно измѣняется вслѣдствіе тренія. Часто случающееся костное сращеніе между этими двумя позвонками обусловливаетъ пріостановку въ процессѣ соскальзыванія. Вслѣдствіе того, что поясничная часть позвоночнаго столба опускается въ малый тазъ, происходитъ болѣе или менѣе значительное суженіе въ прямомъ размѣрѣ таза. Измѣненіе истинной конъюгаты при этомъ теряетъ всякое значеніе; мысъ въ акушерскомъ смыслѣ замѣняется тою частью позвоночника, которая больше всего приближается къ верхнему внутреннему краю лоннаго соедине-



Фиг. 133. Спондилолистетическій тазъ, описанный *Breslau*.

¹⁾ Traité sur div. acc. Brux. 1772. T. I. p. 349. ²⁾ *Lambd*, l. c. p. 25.

нія. Этою частью позвоночника можетъ быть нижній край 4-го, нижній край 3-го, даже нижній край второго поясничнаго позвонка. Степень суженія обыкновенно бываетъ довольно значительна. Прямой размѣръ входа, замѣняющій конъюгату, при измѣреніи на мадерированныхъ тазахъ, равнялся 5 — $7\frac{3}{4}$ см.

Но такое суженіе въ прямомъ размѣрѣ входа въ тазъ составляетъ не единственное измѣненіе, которое претерпѣваетъ тазъ. Самый тазъ измѣняется еще подобно тому, какъ это бываетъ при кифозѣ. Именно, весь позвоночный столбъ, вслѣдствіе тяжести туловища, опускается въ тазъ, и центръ тяжести измѣняется такимъ образомъ, что онъ перемѣстился бы далѣе впередъ, если бы этому не противудѣйствовала малая степень наклоненія таза, составляющая постоянное явленіе въ этихъ случаяхъ. Но такъ-какъ на верхнюю часть крестцовой кости, однако, производится давленіе кзади со стороны смѣщенной поясничной части позвоночника, то основаніе крестца раздвигаетъ заднія ости подвздошныхъ костей въ стороны, и нижній конецъ крестца вдаётся болѣе въ тазъ. Вслѣдствіе этого прямой размѣръ выхода таза будетъ нѣсколько суженъ, тогда какъ собственно конъюгата входа (разстояніе лоннаго соединенія отъ верхняго края перваго крестцоваго позвонка) увеличивается. Поперечные размѣры по направленію къ выходу уменьшаются, такъ-какъ вслѣдствіе удаленія другъ отъ друга подвздошныхъ костей и вслѣдствіе чрезмѣрнаго напряженія подвздошно-бедренныхъ связокъ (*lig. ileo-femoralia*), объясняемаго въ свою очередь малою степенью наклоненія таза, сѣдалищные бугры сближаются между собою. Это суженіе въ поперечномъ размѣрѣ выхода было въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень значительно; во 2-мъ случаѣ *Breslau* было наблюдаемо также другое послѣдствіе поворота крестца, а именно — болѣе значительная подвижность въ тазовыхъ сочлененіяхъ.

Примѣч. Что касается причины разбираемой аномалии таза, то нужно прежде всего помнить, что соединеніе поясничной части позвоночнаго столба съ крестцовой костью происходитъ не посредствомъ межпозвоночнаго хряща, а помощью извѣстнаго взаимнаго расположенія суставныхъ отростковъ съ той и съ другой стороны. Эти суставные отростки — нижній суставный отростокъ 5-го поясничнаго позвонка и крестцовый суставный отростокъ — зацѣпляются другъ за друга такъ, что пятый поясничный позвонокъ не можетъ соскользнуть впередъ. При спондилолистезѣ также не весь пятый поясничный позвонокъ опускается впередъ, а только одно тѣло его съ верхнимъ суставнымъ отросткомъ, между тѣмъ какъ нижній суставный отростокъ и *proc. spin.* остаются на своихъ мѣстахъ. Это, очевидно, возможно только вслѣдствіе отдѣленія въ дугѣ, которое, по прекраснымъ изслѣдованіямъ *Neugebauer'a*, можетъ завѣсть или отъ врожденнаго спондилолиза, вслѣдствіе недостаточнаго окостенѣнія въ дугѣ, или же отъ приобретеннаго перелома дугъ. Въ обоихъ случаяхъ, въ то время какъ тѣло соскальзываетъ впередъ, дуги растягиваются въ длину. Но суставные отростки крестцовой кости могутъ также отломаться, такъ что, по крайней мѣрѣ вначалѣ, весь пятый поясничный позвонокъ вмѣстѣ съ крестцовыми суставными отростками подвигаются впередъ.

По причинѣ сильнаго лордоза и выстоянія поясничной части позвоночнаго столба въ малый тазъ, распознаваніе спондилолистеза не должно представлять особенныхъ затрудненій. Но оба эти признака

встрѣчаются при высокихъ степеняхъ рахитизма, и даже при внутреннемъ изслѣдованіи бываетъ очень трудно опредѣлить — обусловливается ли вогнутость, находимая подъ мысомъ, загибомъ крестца или соскальзываніемъ поясничной части позвоночника съ крестцовой кости. *Breisky* указываетъ на то, что въ первомъ случаѣ по обимъ сторонамъ глубоко вдающагося въ тазъ мыса прощупываются крылья крестцовой кости, при спондилолистезѣ же во входѣ таза опускается одно только тѣло позвонка безъ крыльевъ. Всякое сомнѣніе должно исчезнуть, если ближе ознакомиться съ общимъ видомъ больной. Между тѣмъ какъ рахитизмъ оставляетъ характерныя измѣненія на всемъ скелетѣ, на что впервые обратилъ вниманіе *Breisky*, при спондилолистезѣ бросается въ глаза въ высшей степени своеобразное положеніе туловища. При отсутствіи наклоненія таза и правильномъ развитіи грудной клѣтки и конечностей рѣзко бросается въ глаза укороченіе живота, который, какъ бы уходитъ въ промежутокъ между далеко другъ отъ друга отстоящими гребешками подвздошныхъ костей. Въ дѣйствительности, вѣрное распознаваніе можетъ быть сдѣлано по наружной формѣ таза, напоминающей кифотической тазъ, и по мысу, глубоко вдающемуся во входъ, и тогда могутъ оставаться сомнѣнія развѣ въ отношеніи *pelvis obtecta*. *Neugebauer* между прочимъ обратилъ также вниманіе на характеристическія особенности походки и слѣдовъ, оставляемыхъ при хожденіи больной.

Очень важное значеніе имѣетъ еще то обстоятельство, что, вслѣдствіе соскальзыванія позвоночника въ тазъ, мѣсто дѣленія аорты опускается такъ низко, что можно добраться до него или, по крайней мѣрѣ, до каждой изъ двухъ происходящихъ изъ нея *Aa. il. communis*. *Olshausen* первый указалъ на этотъ важный въ диагностическомъ отношеніи признакъ.

Предсказаніе во всѣхъ случаяхъ, гдѣ суженіе болѣе или менѣе значительно, очень сомнительно и, во всякомъ случаѣ, хуже, нежели при рахитическомъ тазѣ, съ конъюгатою одинаковой величины. Это объясняется тѣмъ, что въ спондилолистетическомъ тазу суженіе не занимаетъ только небольшое пространство, а, напротивъ, вслѣдствіе лордоза поясничной части позвоночника, начинается уже въ большемъ тазу и переходитъ въ полость малаго таза. Кромѣ того, нельзя упустить изъ виду и суженіе въ выходѣ таза.

Терапія сообразуется со степенью суженія. При высокихъ степеняхъ суженія лучше всего прибѣгать къ кесарскому сѣченію. Случай *Breslau* (Conjug. $7\frac{3}{4}$ см.) въ этомъ отношеніи очень поучителенъ, потому что роженица, у которой не было сдѣлано кесарское сѣченіе, умерла, не разрѣшившись. Суженіе таза не всегда однако бываетъ такъ значительно. Нужно поэтому, по возможности, точно опредѣлять наименьшее разстояніе между послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ и лоннымъ соединеніемъ и полученныя цифры оцѣнивать болѣе серьезно, чѣмъ при рахитическомъ тазѣ.

Тазъ, уплощенный вслѣдствіе двухсторонняго вывиха бедеръ.

Литература: *Gurlt*, Ueber einige etc. Missstaltungen des m. Beckens. Berlin, 1854. p. 31. — *Fabbri*, Descrizione di una pelvi obliqua-ovale etc. Bo'ogna 1861. — *Guéniot*, Des luxations coxo-fémorales etc. Paris 1869. — *Sassmann*, Arch. f. Gyn. V. p. 241. — *Kleinwächter*, Prag. Viertelj. 1873. B. 2 и 3. p. 163. — *Küstner*, Sitzungsber. d. Jenaischen Ges. f. M. и N. 24. Mai 1878. — *Fischer*, Arch. f. Gyn. B. 25. p. 337. — *Krukenberg*, e. l. p. 253.

При врожденномъ вывихѣ обоихъ тазобедренныхъ сочлененій тазъ претерпѣваетъ слѣдующія измѣненія:

Наклоненіе таза необыкновенно сильно; крылья подвздошныхъ костей стоятъ отвѣсно.

Крестцовая кость глубоко вдается въ тазъ, такъ что поперечное растяженіе необыкновенно велико и тазъ представляется уплощеннымъ спереди назадъ. Поперечный размѣръ выхода значительно увеличенъ, между тѣмъ какъ прямой его размѣръ укороченъ.

Причину этихъ измѣненій служить измѣненное положеніе вывихнутыхъ бедеръ, которыя своимъ давленіемъ обуславливаютъ болѣе отвѣсное положеніе подвздошныхъ костей, и вслѣдствіе влеченія бедренныхъ мышцъ увеличивается поперечное расширеніе выхода таза; кромѣ того, эти измѣненія зависятъ отъ того, что вывихъ мѣшаетъ дѣтямъ своевременно начать ходить. Поэтому дѣти въ первые годы жизни пребываютъ постоянно въ сидячемъ положеніи, а такъ-какъ при этомъ положеніи нормальнаго боковаго давленія со стороны бедеръ не существуетъ, то тазъ претерпѣваетъ еще большее сплющиваніе спереди назадъ (см. стр. 14).

Высокая степень наклоненія таза обуславливается тѣмъ, что вывихнутые бедра сильно тянутъ lig. ileo femoralia и m. Psoas, отчасти и тѣмъ, что, вслѣдствіе вывиха, центръ тяжести туловища отодвигается кзади, такъ что равновѣсіе устанавливается выгибомъ поясничныхъ позвонковъ впереди.

Въ акушерскомъ отношеніи тазъ этотъ имѣетъ точно такое же значеніе, какъ рахитическій съ одинаковой величины Conj. vera.

Примѣч. Я имѣлъ случай наблюдать на живыхъ три экземпляра этой формы плоскаго таза; первый изъ нихъ подробно описанъ *Sassmann*'омъ. Роды во всѣхъ трехъ случаяхъ кончились благополучно для матери и младенца. Во всѣхъ случаяхъ вывихъ обоихъ тазобедренныхъ сочлененій былъ врожденный и представлялъ характеристическіе признаки; въ послѣднемъ случаѣ бедренныя шейки были совершенно уничтожены хроническимъ воспаленіемъ, такъ что нижнія конечности могли очень легко совершать полную ротацию наружу. При этомъ вертела стояли очень высоко у крыльевъ подвздошныхъ костей (женщина была нѣжнаго сложения и ростомъ всего 129 см.). Важнѣйшіе размѣры этихъ тазовъ бы слѣдующіе:

	I.	II.	III.
Sp. J.	23,5	22,5	23,5
Cr. J.	26	24	24
Conj. ext.	20	18	—
Conj. diag.	10,75	10,25	10,5
Tub. Isch.	15,75	12	14.

Тазъ со врожденнымъ расщепленіемъ лоннаго соединенія.

Литература: *Crève*, Von d. Krankh. d. weiblich. Beckens. Berlin 1795. p. 122. — *Fr und*, Arch. f. Gyn. III. p. 398 и 406. — *Litzmann*, e. l. IV. p. 266. — *Günsburg*, Petersb. med. Zeitschr. 1872 — 73. H. 6. B. 3. p. 525. — *Gusserow*, Berl. klin. Woch. 1879 № 2 и *Stubenrauch*, Diss. i. Berl. 1879. — *Maggioli*, Due pelvi con deform. vera etc. Milano 1881.

По способу своего происхожденія «расщепленный тазъ», какъ его называлъ *Litzmann*, совершенно аналогиченъ плоскому. По, относительно вмѣстимости, обѣ эти формы представляютъ большую разницу, такъ-какъ отсутствіе лоннаго соединенія обуславливаетъ только поперечное растяженіе задней половины таза, но не сплющиваніе его въ передне-заднемъ размѣрѣ. По поперечное растяженіе и здѣсь очень велико (больше, чѣмъ въ рахитическомъ тазѣ), такъ-какъ крестецъ глубоко вдается между подвздошными костями и заднія части боковыхъ стѣнокъ расходятся кпереди, между тѣмъ какъ въ переднихъ частяхъ до того уменьшается нормальный изгибъ, что онѣ становятся параллельными или только нѣсколько сходящимися кпереди. Между лонными костями находится свободный отъ кости промежутокъ, выполненный крѣпкою связкою или же мягкими частями, входящими въ составъ промежности.

Эти формы тазовъ происходятъ отъ того, что обыкновенное дѣйствіе тяжести туловища становится чрезмѣрнымъ, а именно: такъ какъ, вслѣдствіе отсутствія лоннаго соединенія, отсутствуетъ также нормальное влеченіе, производимое лонными костями одна на другую, то заднія части боковыхъ стѣнокъ очень сильно растягиваются поперекъ, переднія-же части ихъ выпрямляются давленіемъ бедеръ. Кажется, что эти послѣдовательныя измѣненія могутъ быть мало выражены при рано развившемся анкилозѣ обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій.

Тазъ этотъ не представляетъ никакихъ механическихъ затрудненій при родахъ. Въ послѣродовомъ періодѣ происходитъ выпаденіе матки.

Воронкообразно-сѣуженный тазъ.

Мы прежде указали уже на то, что въ большинствѣ случаевъ узкихъ тазовъ сѣуженіе относится исключительно или главнымъ образомъ къ тазовому входу. Этому рода таза, слѣдовательно, начиная со входа, становятся шире. Обратныя отношенія, т. е. приблизительно нормальный входъ, съ постепеннымъ сѣуживаніемъ полости. встрѣчаются довольно рѣдко.

Кромѣ кифотическаго таза, который мы будемъ разсматривать отдѣльно, бывають еще и другіе таза, которые, имѣя почти нормальный



Фиг. 134. Воронкообразный тазъ.

входъ, раздѣляются на три различныхъ вида. а именно: тазъ по направленію къ выходу бываетъ суженъ только исключительно въ поперечныхъ, или-же только въ прямыхъ, или-же наконецъ въ тѣхъ и другихъ размѣрахъ вмѣстѣ.

Суженіе въ поперечномъ размѣрѣ по направленію къ тазовому выходу, какъ сказано было на стр. 488, встрѣчается въ плоскихъ тазахъ, иногда-же его встрѣчаютъ и въ тазахъ, входъ которыхъ имѣетъ нормальные размѣры. Крестецъ или представляетъ нормальный видъ и совершенно правильное положеніе, такъ что прямой размѣръ выхода почти такой-же величины, какъ прямой размѣръ входа, или-же крестцовая кость мало изогнута въ длину, такъ что прямой размѣръ полости только немного, — прямой-же размѣръ выхода значительно больше прямого размѣра входа въ тазъ. Боковыя стѣнки малаго таза въ значительной степени сходятся по направленію къ выходу, такъ что *sp. isch.*, а въ особенности *tub. isch.* въ значительной степени приближается другъ къ другу и лонная дуга образуетъ очень острый уголъ.

Суженіе исключительно или почти исключительно только прямого размѣра выхода таза весьма рѣдко; крестецъ при этомъ вытянутъ въ длину и положеніе его такое, какъ въ кифотическомъ тазѣ. Чаше подобное положеніе крестца сопряжено съ суженіемъ и поперечнаго размѣра, такъ что тазъ получаетъ весьма большое сходство съ тазомъ кифотическимъ. Очень часто тазы эти сохраняютъ характеръ дѣтскаго таза.

Примѣч. Объ этиологіи этихъ суженій по направленію къ тазовому выходу до сихъ поръ почти ничего неизвѣстно. Чтобы получить объ этомъ хоть какое нибудь понятіе, нужно вспомнить, что слишкомъ малая степень наклоненія крестца должна быть принимаема за приостановку въ развитіи таза, такъ что въ разбираемомъ случаѣ дѣло идетъ о недостаточномъ дѣйствіи тѣхъ моментовъ, которые тазу новорожденнаго придаютъ тотъ видъ, какой онъ имѣетъ по наступленіи половой зрѣлости (См. стр. 10). Такъ какъ нельзя допустить слишкомъ незначительнаго дѣйствія со стороны тяжести всего тѣла, то какъ первоначальную причину въ этомъ случаѣ а priori можно было-бы принять запоздалое дѣйствіе давленія со стороны туловища. Мы лично тѣмъ охотнѣе раздѣляемъ это мнѣніе, такъ какъ замѣтили, что въ средней Франконіи, гдѣ дѣтей слишкомъ долго держатъ спеленатыми въ подушкахъ, незначительная степень поворачиванія крестца встрѣчается особенно часто. Намъ кажется также, когда дѣти начинаютъ сидѣть, будучи еще спеленатыми и въ подушкахъ, такъ какъ положеніе это есть нѣчто среднее между полусидѣніемъ и полужеланіемъ, давленіе тяжести туловища на стоящій еще почти вертикально крестецъ не происходитъ сверху и сзади, а болѣе сверху и спереди, какъ это бываетъ при кифозѣ. (Въ полужеланіемъ и полусиданіемъ положеніяхъ поясничная часть позвоночника представляетъ не лордозъ, а искривленіе болѣе кифотическое). По нашему мнѣнію, обыкновенное развитіе таза можетъ быть задержано вслѣдствіе этого потому, что вслѣдствіи, при ходьбѣ и сидѣніи, дѣйствующее нормальнымъ образомъ давленіе со стороны тяжести туловища не въ состояніи исправить измѣненій, прибрѣтенныхъ въ раннемъ дѣтствѣ. То обстоятельство, что въ средней Франконіи часто случаются также и поперечныя суженія тазоваго выхода объясняется также вышесказаннымъ, такъ какъ при недостающемъ опусканіи верхней половины крестца впередъ и внизъ не бываетъ также достаточного растяженія таза въ поперечномъ направленіи и, вслѣдствіе этого, сѣдалищныя бугры приближаются другъ къ другу, а вслѣдствіе сидѣнія, сохраняютъ это положеніе

Разспознаваніе безъ измѣренія помощью инструментовъ только тогда легко, когда суженіе тазоваго выхода достигаетъ значительной степени. Въ этихъ случаяхъ рѣзко бросаются въ глаза параллельность нисходящихъ вѣтвей лонныхъ костей, узость лонной дуги и сильное сближеніе между собою сѣдалищныхъ бугровъ. Незначительныя степени суженія безъ тщательнаго измѣренія узнаются очень трудно. Можно подозрѣвать суженіе, если, при хорошихъ потугахъ, головка, стоящая въ полости малаго таза не подается впередъ; возникающее подозрѣніе относительно суженія должно быть подтверждено или отвергнуто помощью ручнаго изслѣдованія и измѣренія, какъ это изложено на стр. 478.

Предсказаніе не очень серьезно только при незначительныхъ степеняхъ суженія, въ случаяхъ-же болѣе значительнаго суженія оно дурно относительно младенца и неблагоприятно также относительно матери. Головка, непрерывно налирающая на лонное соединеніе, легко прясчиняетъ гангрену мягкихъ частей, такъ что послѣдствіемъ этого могутъ быть, съ одной стороны, рубцовыя стриктуры рукава, а съ другой, — свищи и костоѣда лонной дуги. Весьма важное обстоятельство при этомъ то — существуетъ-ли вмѣстѣ съ поперечнымъ суженіемъ также суженіе прямого размѣра или нѣтъ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ головка не будетъ глубоко внѣдряться въ суженную лонную дугу.

Что касается терапіи, то при значительномъ суженіи тазоваго выхода существуетъ показаніе къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Если-же срокъ для производства упомянутой операціи пропущенъ, то во время родовъ едва-ли можетъ быть рѣчь о поворотѣ, такъ какъ при раскрытомъ зѣвѣ головка уже низко стоитъ въ полости таза. Если плодъ живъ, суженіе не очень значительно и головка стоитъ въ удобномъ для наложенія щипцовъ размѣрѣ, то, безъ сомнѣнія, можно прибѣгнуть къ щипцамъ. При этомъ однако, въ интересахъ роженицы, должно тщательно избѣгать форсированныхъ тракцій, такъ какъ послѣдствіемъ ихъ могутъ быть разрывы рукава, свищи, костоѣда и разрывы тазовыхъ сочлененій. Если энергическія, но осторожныя тракціи не ведутъ къ желаемой цѣли, то прямо должно прибѣгнуть къ прободенію головки. Результатъ относительно плода будетъ такой-же, какъ и при щипцахъ, для роженицы-же исходъ отъ прободенія будетъ гораздо лучше. При мертвомъ плодѣ, если головка задерживается въ выходѣ таза, должно немедленно приступать къ перфорации. О кесарскомъ сѣченіи едва-ли можетъ быть рѣчь при данной формѣ суженія таза.

Примѣчаніе. На воронкообразно суженный тазъ, игравшій прежде такую важную роль въ новѣйшее время, къ сожалѣнію, обращаютъ очень мало вниманія. Мы ограничимся здѣсь нѣкоторыми казуистическими указаніями: *Hugenberger*, Bericht etc. p. 76 sequ. случаи 1, 2, 19, 40 и съ приведеніемъ размѣровъ на скелетированныхъ тазахъ 31, 35, 56 (послѣдній тазъ прямо-воронково-образно суженный); *Schroeder*, Schw., Geh. u. W. p. 91; *Hecker* въ отчетахъ его собствен-

ныхъ, а также его ассистентовъ, *Klin. d. Geb.* 1861. p. 118 и отчетъ за 1868, *Bair. Intellig.-Bl.* 1869; отдѣльный оттискъ, p. 11; *Braun*, *M. f. G. V.* 20 p. 236; *Poppel*, *M. f. G. V.* 28 p. 224; *Dedolph*, Ueber ein im Ausgang verengtes Becken. *D i. Marburg* 1869 и *Ernst Braun*, *Arch. f. Gyn. V.* III. p. 154. Также *Fischel* (*Prag. med. Woch.* 1880. 34, 35) описалъ въ новѣйшее время нѣсколько случаевъ изъ Пражской клиники. Еще болѣе серьезное значеніе имѣетъ, конечно, суженіе выхода въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ суженъ и входъ въ тазъ и если суженіе это увеличивается по направленію къ выходу. Въ случаѣ, сообщенномъ *Scharlau* въ *M. f. G. V.* 27. p. 1, дѣло окончилось гангреной рукава, костоѣдой правой лонной кости, омертвѣніемъ маточной ткани, съ прободеніемъ правой крестцово-подвздошной артеріи (*arter. sacroiliaca*).

Тазъ, представленный на фиг. 134, находится въ собраніи родильнаго дома въ Эрлангенѣ. Размѣры его (ср. стр. 5) слѣдующіе:

	d. g.	d. tr.
Входъ въ тазъ .	11,4 (100)	12,6 (110,5)
Полость таза .	13,6 (119,3)	11,2 (98,2)
Выходъ таза .	10,7 (93,9)	8,5 (74,6)

Кифотическій тазъ.

Литература: *Herbiniaux*, *Traité sur divers acc.* etc. Bruxelles 1782. p. 270 и 276 — *Jörg*, Ueber d. Verk. d. menschl. Körpers etc. Leipzig 1810 p. 51. — *Rokitansky*, *Med. Jahrb. des österr. Staates.* Wien 1839. B. 19. p. 199. — *Neugebauer*, *M. f. G. V.* 22 p. 297. — *A. Breisky*, *Zeitsch. d. Ges. d. Wiener Aerzte.* 1865. I. p. 21. — *J. Mohr*, Das in Zürich bef. kyph. querverengte Becken. Zürich 1865. — *Hugenberger*, *Petersb. med. Z.* 1868. B. 15. H. 4. — *Chantreuil*, *Déf. du bassin chez les cyph.* Paris 1869 и *Gaz. hebdom.* 2. Sér. VII. 34. 1870 (см. *Schmidt's Jahrb.* B. 149. p. 178). — *Höning*, *Beitr. z. Lehre v. kyph. v. Becken.* Bonn 1870. — *Lange*, *Arch. f. Gyn. V.* 1. p. 224. — *Fehling*, *Arch. f. Gyn.* IV. p. 1. — *Schilling*, *Diss. i.* Berlin 1873. — *Hüter*, *Z. f. Geb. u. Gyn. V.* 5. p. 22 — *Phaenomenoff*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V.* 7. p. 254. — *Korsch*, *Arch. f. Gyn. V.* 19. p. 475. — *Champneys*, London obst. Tr. Vol. 25. — *Goetze*, *Arch. f. Gyn. V.* 25. p. 393 — *Torgler*, *Arch. f. Gyn. V.* 26. p. 429. — *Barbour*, Spinal deformity. London 1885.

Историческія примѣчанія. *Herbiniaux*, первый обратившій вниманіе на отодвиганіе взадъ мыса при кифотическихъ тазвахъ, приводитъ исторію родовъ при рахитическомъ кифозѣ спинопоясничной части позвоночнаго столба, и ему было извѣстно, что выходъ таза можетъ быть суженъ вслѣдствіе кифоза. *Jörg* указалъ на то, что у женщинъ, страдающихъ кифозомъ, прямой размѣръ входа въ тазъ бываетъ особенно увеличенъ. *Rokitansky* вѣрно оцѣнили влияніе кифоза, смотря по мѣсту занимаемому имъ, между тѣмъ какъ изъ характеристическихъ измѣненій самого таза упоминаетъ только о значительной высотѣ его и преобладаніи конъюгаты надъ другими размѣрами. *Neugebauer* первый указалъ въ 1863 г., на сѣздѣ естественныхъ испытателей въ Штетинѣ, на акушерское значеніе кифотически-поперечно-суженныхъ тазовъ, хотя онъ поперечное суженіе въ этомъ случаѣ ошибочно объяснялъ атрофіей крестцовой кости.

Въ 1865 г. появилась работа Брейскаго, который весьма точно описалъ относящіяся сюда скелетированные тазы и изложилъ особенности таза, обусловливаемыя кифозомъ, а также и способъ ихъ происхожденія. Вскорѣ *Mohr* наблюдалъ одинъ очень интересный случай родовъ при высокой степени кифотически-поперечнаго суженія таза, въ Цюрихѣ, въ клиникѣ *Breslau*, гдѣ послѣдовалъ разрывъ матки. Одинъ новый случай былъ подробно сообщенъ *Hugenberger* омъ. *Chantreuil*, пользуясь обстоятельнымъ знакомствомъ съ нѣмецкой литературой и собственными изслѣдованіями скелетированныхъ тазовъ, а также и наблюденіями

на живыхъ, издавъ весьма замѣчательную монографію по этому предмету и послѣ этого сообщилъ описаніе еще двухъ кифотическихъ тазовъ. *Hoening*, обращая тщательное вниманіе на этиологическіе моменты кифотическаго таза, кромѣ одного относящагося сюда таза, о которомъ сообщалъ уже *Birnbaum*, описываетъ весьма сильно суженный тазъ при кифозѣ поясничнокрестцовой части позвоночника (приведенный нами на фиг. 135). Въ высшей степени интересенъ тазъ, описанный *Lange* (который не имѣетъ ничего общаго съ рахитическимъ и, кромѣ того, при этомъ тазѣ кифозъ занимаетъ не спино-крестцовую, а пояснично-крестцовую части позвоночника); тазъ этотъ, какъ и тазъ *Hayn'a* ¹⁾ и *Schilling*, а (второй тазъ), представляетъ на одной сторонѣ подвздошно-крестцовый анкилозъ и подалъ поводъ кесарскому сѣченію

Для происхожденія разсматриваемой нами аномаліи таза, необходимо, чтобы кифотическое искривленіе позвоночнаго столба сидѣло такъ низко, чтобы его вліяніе на тазъ не было уравновѣшиваемо ниже сидящимъ лордозомъ. Оттого этотъ видъ таза всего экзквизитнѣе наблюдается при кифозѣ поясничной части позвоночника. Впрочемъ, и пояснично-крестцовый кифозъ влечетъ за собою тѣ-же характеристическія измѣненія таза, даже еще болѣе выраженныя, за исключеніемъ только того, что самъ крестецъ нѣсколько измѣняется. Если кифозъ занимаетъ нижнюю часть грудныхъ позвонковъ, то измѣненія таза почти всегда еще замѣтны, хотя и не достигаютъ такой высокой степени. Если же кифозъ сидитъ еще выше, то характеристическія измѣненія уничтожаются, и тазъ, вслѣдствіе значительной компенсаціи лордозомъ въ поясничной части позвоночнаго столба, можетъ претерпѣть измѣненія совершенно другаго рода. Характерно выступаютъ обуславливаемые кифозомъ измѣненія лишь въ такомъ случаѣ, когда искривленіе позвоночника составляетъ послѣдствіе каріознаго процесса тѣлъ позвонковъ. Рахитическій же кифозъ производитъ извѣстныя своеобразныя измѣненія, между тѣмъ какъ измѣненія, обуславливаемые кифозомъ (не рахитическимъ), совершенно противоположны тѣмъ, которыя вызываются рахитизмомъ.

Существенныя измѣненія таза, происходящія при кифозѣ поясничной части позвоночника, слѣдующія:

Верхняя часть крестцовой кости подается назадъ, такъ что тѣла позвонковъ выступаютъ надъ уровнемъ крыльевъ, а передняя поверхность крестца слѣва направо становится сильно вогнутою. При этомъ передняя поверхность крестцовой кости вытягивается и въ длину, такъ что мысъ стоитъ очень высоко и отклоненъ значительно къзади. Длина крестца увеличена, поперечный же размѣръ его уменьшенъ. Изо-



Фиг. 135. Тазъ при кифозѣ въ области поясничныхъ и крестцовыхъ позвонковъ, описанный *Hoening*'омъ.

¹⁾ Beiträge z. Lehre vom schrägverengten Becken. Königsberg 1852.

гнутость его сверху внизъ выражена ясно только въ нижней части, тогда какъ верхняя часть нерѣдко выпукла, такъ что вся передняя поверхность крестца представляетъ S-образное искривленіе. Крестцовая кость поворачивается такъ вокругъ горизонтальной оси, что прямой размѣръ полости, а еще больше выходъ таза, значительно меньше прямого размѣра входа (conjug. v.).

Крылья подвздошныхъ костей мало наклонены къ горизонту, S-образная кривизна ихъ уменьшена и расстояние между Sp. J. и St. J. (особенно первыхъ) больше нормального, тогда какъ Sp. post. sup., по причинѣ узости крестцовой кости, приближены другъ къ другу. Spinae anteriores inferiores чрезвычайно сильно развиты; боковыя стѣнки малаго таза необыкновенно высоки. Безъименная линия сильно вытянута. Сѣдалищныя кости значительно приближены другъ къ другу, такъ что расстояние между буграми ихъ (tubera ischii) точно также, какъ и между spinae ischii значительно меньше нормального. Прямое послѣдствіе этихъ измѣненій составляетъ малые размѣры лонной дуги, принимающей форму, похожую на ту, которая бываетъ при тазахъ остеомалатическихъ.

Что касается до измѣненій емкости малаго таза, то во входѣ косяе размѣры увеличены незначительно, dist. sacrosotil. — нѣсколько больше, всего же больше увеличена конъюгата, поперечный же размѣръ обыкновенно нѣсколько уменьшенъ и часто бываетъ абсолютно меньше конъюгаты. Собственно въ полости таза прямые размѣры только нѣсколько, поперечные же — значительно меньше; уменьшеніе это становится тѣмъ значительнѣе, чѣмъ ближе къ выходу. Прямой размѣръ выхода, сравнительно съ нормальнымъ тазомъ. — нормальной величины или же только нѣсколько уменьшенъ; поперечные же размѣры представляютъ весьма значительное суженіе.

Если, вмѣсто кифоза поясничнаго, существуетъ кифозъ пояснично-крестцовый, то измѣненія таза выражены еще болѣе рѣзко, между тѣмъ какъ крестцовая кость представляетъ уклоненія въ этомъ отношеніи. Она не только не представляется удлиненною, а наоборотъ короче нормальной. Сверхъ того она обыкновенно очень узка, и нормального мыса нѣтъ. Въ тазахъ *Mohr*'а и Брюссельскомъ (послѣдній съ кифозомъ крестца) замѣчалась еще аномальная подвижность въ сочлененіяхъ таза.

Если кифозъ сидитъ низко, то можетъ прозойти еще другое важное суженіе таза. А именно кифозъ можетъ быть конценсированъ въ такой степени сильнымъ лордозомъ, занимающимъ нижніе поясничные позвонки, что тазъ покрывается сверху надвинувшеюся поясничною частью позвоночника, какъ при спондилолистезѣ; такимъ образомъ, прямой размѣръ входа въ тазъ будетъ значительно суженъ. Сюда принадлежитъ случай *Otshausen*'а (акушерская конъюгата котораго, отъ верхняго края послѣдняго поясничнаго позвонка, = $8\frac{3}{4}$ см.) и *Gluge*, изъ Брюсселя ¹⁾,

¹⁾ *Lambl*, p. 61.

съ акушерскою конъюгатой, отъ предпоследняго поясничнаго позвонка, тоже въ $8\frac{3}{4}$ см. *Fehling* ¹⁾ въ послѣднее время подробно описаль подобный въ высокой степени узкій тазъ (самое узкое мѣсто 3, 8 сант.), подъ названіемъ «*Pelvis obtecta*»; другой подобнаго рода тазъ, находящійся въ собраніи *Stolz'a*, описанъ *Didier'*омъ ²⁾. *Howitz* ³⁾ уже прежде описаль такой же тазъ, какъ спондилолистетическій. Въ послѣднее время *Herrgott* ⁴⁾ представилъ Парижской медицинскою академіи мемуаръ (прочитанный въ засѣданіи 13 января 1877 г.), въ которомъ онъ эту форму таза описываетъ, какъ новую, подъ именемъ «*Spondylizème*» ⁵⁾.

Примѣч. Измѣненія въ кифотическомъ тазу, зависящія отъ тяжести туловища, вызываюся слѣдующимъ образомъ:

Вслѣдствіе кифоза, центръ тяжести тѣла главнымъ образомъ измѣняется такъ, что онъ приходится впереди поддерживающей плоскости, образуемой нижними конечностями. Туловище, слѣдовательно, опрокидывалось-бы впередъ, если-бы положеніе центра тяжести не было перемѣнено. Это происходитъ частью вслѣдствіе компенсаціи лордозомъ, отчасти-же вслѣдствіе перемѣны положенія таза. Нормальнымъ образомъ вертикальная линия центра тяжести совпадаетъ, по *H. Meyer'*у, не съ плоскостью проведенною между головками бедеръ, но нѣсколько позади послѣдней. И такъ, тазовое кольцо подалось-бы назадъ, если бы не противодействовало напряженіе тазо-бедренныхъ связокъ (*lig. ileofemoralia*), самыхъ сильныхъ связокъ въ человѣческомъ тѣлѣ. Если теперь при кифозѣ центръ тяжести приходится впереди поддерживающей плоскости (образуемой ногами), то, вслѣдствіе стибанія и поворачиванія бедеръ внутрь (отчего зависитъ особенность походки, какъ будто субъектъ несетъ что-нибудь передъ собою), тазобедренныя связки ослабляются и наклоненіе таза будетъ уменьшаться до тѣхъ поръ, пока вертикальная линия центра тяжести не совпадетъ съ линіею, соединяющею головки бедеръ, и туловище не получитъ устойчивое равновѣсіе. При сильно выраженномъ — и особенно при кифозѣ, помѣщающемся столь низко, что верхушка горба находится недалеко позади таза (въ послѣднемъ случаѣ центръ тяжести подался-бы снова болѣе назадъ), наклоненіе таза уменьшится очень значительно и направленіе крестца къ горизонту вслѣдствіе этого будетъ болѣе вертикальное. Такое положеніе таза у взрослыхъ будетъ выражено тѣмъ болѣе рѣзко, что во всѣхъ извѣстныхъ до сихъ поръ случаяхъ кифозъ появлялся всегда въ дѣтствѣ и болѣею частью въ первые годы жизни, слѣдовательно, въ такое время, когда крестцовая кость не была еще вколочена въ тазъ, вслѣдствіе дѣйствія на верхнюю часть ея давленія туловища. Тяжесть туловища дѣйствуетъ при этомъ чрезъ нижнее колено кифоза, направленное сзади и сверху книзу и впередъ. Тогда какъ при обыкновенномъ положеніи крестцовой кости тяжесть туловища вдавливаетъ верхнюю часть его въ тазъ, при кифозѣ мысь будетъ отодвигаться назадъ, а чрезъ это верхушка крестцовой кости подается впередъ. Вслѣдствіе этого, съ одной стороны, передняя поверхность крестца и послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ, принадлежащихъ къ нижней сторонѣ кифоза, удлиняется; задняя-же поверхность крестца сдавливается такъ, что отдѣльные позвонки получаютъ форму клина, обращеннаго остриемъ назадъ. Съ другой стороны, прямой размѣръ входа въ тазъ удлиняется, тогда какъ прямыя размѣры полости и выхода таза, по крайней мѣрѣ относительно, уменьшаются. Напряженіе *lig. spinoso* — и *tuberososacra* будетъ

¹⁾ I. c. — ²⁾ Thèse de Nancy 1874. — ³⁾ Arch. de tocol. 1877. p. 517. — ⁴⁾ Arch. de tocol. 1877. p. 65 и 129. — ⁵⁾ Новое мнѣніе *Herrgott'a* будто оба извѣстные въискіе таза (см. стр. 533) — не спондилолистетические, а „*bassins spondylizématiques*“, — опровергнуто *Chiari* (*Medic. Jahrb.* 1878. Н. I. p. 61; см. тоже *Neugebauer*, *Arch. f. Gyn. B.* XXII. p. 389).

уменьшено. Связки эти расслабляются, и точки их прикрепления, *sp.* и *tub. isch.*, вследствие этого недостаточно развиваются. Так как кифозъ происходитъ въ дѣтскомъ возрастѣ, когда отдѣльныя части крестца не слились еще въ одну кость, то тѣла крестцовыхъ позвонковъ выступаютъ изъ крыльевъ и этимъ обуславливается значительная вогнутость крестцовой кости въ поперечномъ направленіи. Вследствіе того, что крестецъ оттянуть назадъ, верхнія части подвздошныхъ костей также раздвигаются, и, одновременно съ этимъ, сильныя *lig. ileofemoralia* производятъ значительное влеченіе на *sp. anter. infer.* (которыя вследствие этого развиты очень сильно), такъ что вследствие влеченія, дѣйствующаго спереди и сзади на крылья подвздошныхъ костей по направленію кнаружи отъ безымянной линіи, подвздошныя кости становятся болѣе горизонтальными и *tubera isch.* также приближаются болѣе другъ къ другу. Вследствіе такого влеченія, а также вследствие отсутствія влеченія со стороны *lig. ileosacralia* на *sp. poster. super.* подвздошныхъ костей (обыкновенной причины растяженія тазоваго кольца въ поперечномъ направленіи), обуславливается уменьшеніе нормальнаго изгиба подвздошныхъ костей. Выходъ таза суживается еще сильнѣе тѣмъ, что, при отсутствіи поперечнаго растяженія таза, давленіе со стороны бедренныхъ головокъ приближаетъ другъ къ другу вертлужныя впадины и нижній боковой части таза, и тѣмъ, что при извѣстной степени приближенія сѣдалищныхъ бугровъ, послѣдніе еще болѣе сближаются и загнбаются внутрь, вследствие продолжительнаго сидячаго положенія. Вышесказаннымъ образомъ объясняются всѣ вышеприведенныя измѣненія кифотическаго таза и въ частности каждаго даннаго случая.

При пояснично-крестцовомъ кифозѣ, т. е. если нижняя часть кифоза образуется крестцомъ, то тяжесть туловища дѣйствуетъ не влеченіемъ на нижніе поясничные позвонки, но давить непосредственно на верхнюю часть крестца спереди и сверху внизъ и сзади. Это давленіе не производитъ удлиненія передней поверхности крестца, такъ что послѣдній видъ кифоза отличается короткою крестцовой костью. Такъ какъ верхушка горба приходится только незначительно позади таза, то центр тяжести перемѣщается еще болѣе впередъ, такъ что при этого рода кифотическомъ тазѣ характерныя измѣненія его выражены особенно рѣзко.

Вследствіе значительнаго поворачиванія крестца вокругъ поперечной его оси можетъ произойти большая подвижность въ крестцово-подвздошныхъ сочлененіяхъ, а вследствие большаго удаленія другъ отъ друга верхнихъ концевъ горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей, обусловленнаго поворотомъ подвздошныхъ, лонное соединеніе можетъ также сдѣлаться болѣе подвижнымъ. Въ кюринскомъ тазу, а также въ тазахъ, описанныхъ *Феноменовымъ* и *Коршемъ*, эта подвижность существовала въ высокой степени. Когда поворачивали крестецъ вокругъ поперечной оси его такъ, чтобы мысъ подавался взадъ, а верхушка крестца впередъ, гребешки подвздошныхъ костей удалялись другъ отъ друга, между тѣмъ какъ сѣдалищные бугры сближались. Точно также, наоборотъ, при вдвиганіи мыса въ тазъ, поперечное суженіе тазоваго выхода уменьшалось¹⁾.

¹⁾ Вопросъ на счетъ осложненія кифотическаго таза большей или меньшей степенью подвижности симфизъ имѣетъ весьма важное, какъ анатомико-патологическое, такъ равно и клиническое значеніе. Въ одномъ случаѣ кифотическаго таза, представившагося въ нашей клиникѣ два года тому назадъ, явленіе это выступало весьма рѣзко. Д-ръ *Н. Феноменовъ*, описавшій этотъ случай въ своей диссертациі (Къ ученію о кифотическомъ тазѣ и разрывѣ симфизъ во время родовъ. С.-Петербургъ. 1880 г.), очень подробно разбираетъ это обстоятельство; въ особенности съ точки зрѣнія патологической анатоміи нельзя не согласиться съ нимъ въ томъ отношеніи, что подвижность симфизъ при кифотическомъ тазѣ не составляетъ нѣчто случайное. Положеніе это доказывается уже тѣмъ обстоятельствомъ, что на 19 случаевъ кифоза чрезмѣрная подвижность симфиза была констатирована въ 4 случаяхъ, т. е. нѣсколько болѣе 20%. Что касается ближайшихъ причинъ подвижности симфизъ при кифотическомъ тазѣ, то д-ръ *Ф.* ищетъ ихъ съ

Относительно окончательнаго развитія описанныхъ измѣненій весьма важную роль играетъ время, когда наступаетъ кифозъ. Чѣмъ раньше онъ появляется, тѣмъ видъ таза будетъ характеристичнѣе.

Новую, въ высшей степени интересную точку зрѣнія на происхожденіе кифотическаго таза установилъ *Freund* ¹⁾. Онъ обращаетъ вниманіе на то, что если скелетъ сохраняетъ дѣтскій характеръ, то центръ тяжести тѣла будетъ соотвѣтствовать не дугамъ позвонковъ, а переднимъ частямъ тѣла ихъ. Эти послѣднія будутъ сжаты и у здоровыхъ индивидуумовъ дѣлаются болѣе компактными, между тѣмъ какъ при склонности къ заболѣваніямъ костей, они могутъ подвергнуться каріозному процессу и затѣмъ дать поводъ къ образованію ясно выраженнаго кифотическаго таза.

Съ тѣхъ поръ, какъ обращено было вниманіе на вышеописанныя измѣненія, распознаваніе кифотическаго таза не можетъ представлять никакихъ затрудненій. Такъ какъ существующій горбъ рѣзко бросается въ глаза, то въ настоящее время трудно смѣшать таза кифотическій съ остеомалятическимъ, съ которыми онъ имѣетъ нѣкоторое сходство относительно тазоваго выхода. Конечно, подобное смѣшиваніе въ прежнее время было тѣмъ извинительнѣе, что и при кифотическомъ тазѣ, вслѣдствіе подвижности сочлененій, выходъ можетъ раздаться во время родовъ, какъ это замѣчается при остеомаляціи, вслѣдствіе размятченія костей. Кифотическій тазъ отличается отъ остеомалятическаго, кромѣ анамнеза, еще различною формою крестца и подвздошныхъ костей, а также и тѣмъ, что поперечные размѣры большаго таза, уменьшенные всегда при остеомаляціи, въ кифотическомъ тазѣ всегда нѣсколько больше нормальнаго. Мысль обыкновенно нельзя достать въ кифотическомъ тазѣ; измѣреніе тазоваго выхода предпринимается такимъ образомъ, какъ описано на стр. 478.

Предсказаніе при этомъ тазѣ существенно зависитъ отъ степени суженія выхода. Очень неблагоприятно предсказаніе для матери лишь тогда, когда выходъ значительно суженъ; для плода-же (если не дѣлается кесарское сѣченіе) предсказаніе неблагоприятно даже при не очень значительныхъ степеняхъ суженія; однако, при нѣкоторой подвижности костей, даже при значительномъ суженіи, роды могутъ окончиться благопріятно, какъ для матери, такъ и для плода. Неблагопріятное вліяніе на теченіе родовъ можетъ оказать также чрезмѣрная отвислость живота, которая наблюдалась въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

О томъ, что въ акушерскомъ отношеніи должно дѣлать при этомъ тазѣ, нельзя сказать ничего положительнаго. Безъ сомнѣнія въ большинствѣ случаевъ, если не упущена возможность, должно прибѣгать къ производству преждевременныхъ родовъ; кесарское сѣченіе показано только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, а именно при очень высокихъ степеняхъ суженія тазоваго выхода. Такъ какъ головка при

одной стороны въ попережномъ измѣненіи положенія крестца, а, съ другой, въ существующемъ уже предрасположеніи къ заболѣванію (т. е. симфизъ), данному въ самой организаціи костной системы вообще. *Г.*

¹⁾ Gyn. Klinik. I. 1885 p. 1.

кифотическомъ тазѣ безъ затрудненія вступаетъ въ полость таза, то до тѣхъ поръ, пока позволяетъ общее состояніе роженицы, можно дѣйствовать выжидательно. Если-же приходится дѣйствовать активно, то щипцы иногда приносятъ пользу; но лучше прибѣгать не слишкомъ поздно къ прободенію головки младенца ¹⁾.

Характеристическій видъ рахитическаго таза значительно измѣняется, когда рахитизмъ повлечетъ за собою низкосидящій кифозъ ²⁾. Особенности рахитическаго таза почти во всѣхъ отношеніяхъ составляютъ совершенную противоположность тазу кифотическому. Тогда остается очень мало рахитическихъ измѣненій, такъ что подобные тазы часто трудно распознаются какъ рахитическіе, тѣмъ болѣе, что отношеніе Sp. J. къ Cr. J. и въ кифотическомъ тазѣ измѣняется такимъ образомъ, что первый размѣръ преобладаетъ нѣсколько надъ вторымъ. Крестцовая кость при этомъ обыкновенно въ экзквизитной формѣ представляетъ всѣ признаки, свойственные кифозу. Она поворочена вокругъ поперечной оси своей, такъ что С. v. очень мало — или вовсе не укорочена, а иногда она даже больше нормальнаго, прямой-же размѣръ выхода таза уменьшенъ. Мысль при этомъ стоитъ высоко и, такъ какъ крестецъ сохраняетъ характерную рахитическую форму, т. е. представляется въ поперечномъ направленіи прямымъ или даже выпуклымъ, то конъюгата образуется линіей, соединяющей симфизу съ нижнимъ краемъ 1-го или даже 2-го крестцоваго позвонка. Иногда, однако, въ видѣ исключенія, тѣла позвонковъ, какъ при кифотическомъ тазѣ, могутъ выдаваться изъ крыльевъ кзади. Конъюгата часто укорочена, иногда она нормальной длины или даже больше, всегда, однако, она меньше поперечнаго размѣра. Крылья подвздошныхъ костей сохраняютъ характерный рахитическій видъ; онѣ атрофированы, представляютъ значительное S-образное искривленіе и отворочены кпереди. Лонная дуга въ большинствѣ случаевъ широка, сѣдалищные бугры значительно отстаютъ другъ отъ друга и вывернуты наружу; иногда, впрочемъ, выходъ таза представляетъ такіа-же отношенія, какъ въ кифотическомъ тазѣ.

¹⁾ Какъ различны до сихъ поръ воззрѣнія авторовъ на терапію при кифотическомъ тазѣ, лучше всего доказывается тѣмъ, что толкуеть на этотъ счетъ *Höning*. Въ числѣ главныхъ пособій при разсматриваемой аномаліи таза авторъ этотъ считаетъ щипцы. Онъ считаетъ возможнымъ примѣненіе ихъ при суженіи поперечнаго размѣра выхода до пяти центим. (!!). Мы считаемъ совершенно излишнимъ распространяться на счетъ подобнаго совѣта, такъ какъ онъ идетъ въ разрѣзъ со всякой здравой теоріей относительно дѣйствія щипцовъ. Съ надеждой на успѣшный исходъ можно приступить къ наложенію щипцовъ при поперечномъ выходѣ, равняющемся только 8 — 7½ центим. При суженіяхъ-же болѣе значительныхъ, единственно рациональная терапія будетъ — прободеніе младенческой головки. Что касается кесарскаго сѣченія, которое было производимо не разъ при кифотическихъ тазахъ, то показанія къ этой операціи ставились въ этомъ случаѣ нѣсколько шатко. Подробности относительно терапіи при кифотич. тазѣ см. въ вышеприведенной диссерт. д-ра *Феломенова*, стр. 97. Г.

²⁾ Одинъ случай подобнаго рода, наблюдавшійся въ Кіевской акушерской клиникѣ, описанъ ординаторомъ клиники *М. А. Воскресенскимъ* (Врачъ, 1884. № 42).

Происхожденіе этихъ измѣненій объяснить не трудно. Рахитическія особенности сохраняются только отчасти и наибаче выражены въ отсутствіи вогнутости на крестцовой кости въ поперечномъ направленіи и въ большемъ расхожденіи снаружи малыхъ и плоскихъ подвздошныхъ костей. Если кифозъ является въ началѣ рахитизма, то сѣдалищные бугры могутъ быть такъ направлены внутрь, что впоследствии сидѣніе еще болѣе суживаетъ тазовой выходъ, но, если бугры, вслѣдствіе рахитизма, уже сильнѣе выдались наружу, то такое состояніе сохраняется навсегда.

Если кифозъ сидитъ повыше, то онъ можетъ компенсироваться лордозомъ поясничной части позвоночника, и тазъ получаетъ всѣ свойства рахитическихъ тазовъ.

Кифо-сколиотическій рахитическій тазъ.

Литература: *König*, Zeitschr. f. Geb. u. Fr. p. 239.—*Leopold*, Das scol. u. kyp scol. rach. Becken. Leipzig 1879 ¹⁾ и Arch. f. Gyn. Bd. 16. p. 1.—*Götze*, e. 1. B. 25. p. 393.

Рахитическій тазъ, подъ вліяніемъ глубокосидящаго кифо-сколиоза и участія крестца въ компенсирующемъ сколиозѣ, получаетъ нѣкоторыя особенности, которыхъ нѣтъ въ кифотическо-рахитическомъ тазѣ.

Въ сущности тазъ этотъ представляетъ видъ кифотическо-рахитического таза, но здѣсь, кромѣ того, замѣчается значительная асиметрія обѣихъ половинъ его. Тяжесть туловища падаетъ при этомъ на заднюю часть одной половины таза, такъ что эта половина имѣетъ очень незначительное наклоненіе, между тѣмъ какъ боковая стѣнка другой половины таза получаетъ сильное наклоненіе. Въ тазовомъ выходѣ смѣщеніе въ косомъ направленіи, какъ кажется, обыкновенно дѣлается обратнымъ.

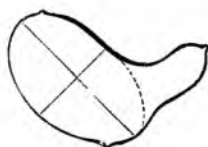
Сколиотико-рахитическій тазъ.

Литература: *Leopold*, Das scoliotisch u. kyp scol. rach. Becken. Leipz. 1879 и Arch. f. Gyn. B. XVI. p. 1.

Видъ рахитического таза существенно измѣняется искривленіями позвоночника только тогда, когда крестцовая кость, какъ по крайней мѣрѣ обыкновенно бываетъ, принимаетъ участіе въ компенсаціонномъ сколиозѣ. Вообще въ этихъ тазахъ рахитическія особенности ихъ очень сильно выражены. Поперечной вогнутости на крестцовой кости не бываетъ, или позвонки ея даже выдаются изъ-за крыльевъ ея. При этомъ мысъ отклоненъ въ сторону искривленія, и крыло крестцовой кости этой стороны, вслѣдствіе сжатія, бываетъ иногда значительно уже, чѣмъ на другой. Кажется, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, дѣло можетъ дойти до анкилоза крестцово-подвздошнаго сочлененія. Лонная кость этой стороны подается вверхъ, внутрь и взадъ, вертлужная впадина

¹⁾ Сюда относится тазъ, при которомъ *Cerf Mayer* (Arch. de tocol. Septembre 1874. p. 513) произвелъ кесарское сѣченіе съ благопріятнымъ исходомъ.

приподнята вверхъ и подвздошная кость стоитъ болѣе перпендикулярно. Сѣдалищный бугоръ, какъ обыкновенно, вывернуть наружу и лонная дуга отличается значительною величиной. Лонное соединеніе смѣщено нѣсколько въ противоположную сторону, безыменная линия суженной половины болѣе прямая и косой размѣръ этой стороны больше, чѣмъ на другой; что-же касается *dist. sacrocotyloid.*, то она значительно меньше другой (не суженной) стороны. Происхожденіе этихъ асимметрій легко объясняется усиленною тяжестью, дѣйствующею при сколіотическомъ искривленіи на суженную половину таза и противудавленіемъ, происходящимъ изъ вертлужной впадины. Если сколіозъ очень значителенъ, то вертлужная впадина на пораженной сторонѣ можетъ въ такой степени приблизиться къ мысу, что тазъ принимаетъ до извѣстной степени характеръ псевдоостеомалятического. Если *dist. sacro-cotyloid.* этой стороны суживается настолько,



Фиг. 136. Тазовый входъ сколіотико-рахитическаго таза.

что вставленіе въ нее черепа становится невозможнымъ, то вся эта половина таза вовсе потеряна для родового механизма и роды совершаются при внѣсрединномъ вставленіи головки (см. стр. 497 и 498). Подобный тазъ, или — лучше — болѣе широкая часть подобнаго таза, если вообще вставленіе въ нее головки возможно, представляетъ такія-же отношенія, какъ и тазъ общесуженный, *S. v.* котораго соотвѣтствуетъ *dist. sacrocotyloid.*, а поперечный размѣръ — приблизительно косымъ размѣрамъ болѣе широкой половины, т. е. въ такомъ видѣ, какъ оно схематически представлено на фиг. 136. Сюда относятся тазы, изъ которыхъ одинъ описанъ и изображенъ *G. Braun*'омъ¹⁾, а другой, упоминаемый *Lamb*'омъ²⁾, находится въ музеѣ, во Флоренціи. Въ интересномъ случаѣ, описанномъ *Hugenberger*'омъ³⁾, затрудненія при родахъ возросли еще кромѣ того отъ опухоли на крестцѣ (*hydrochâchis*).

Анкилотически-косвенно-суженный тазъ.

Въ этой главѣ мы опишемъ высшія степени косаго смѣщенія костей таза подъ названіемъ анкилотически-косвенно-суженнаго таза, потому что въ этихъ тазахъ анкилозъ есть почти постоянное явленіе; впрочемъ, бываютъ и исключенія. Незначительныя асиметріи встрѣчаются очень часто, но ихъ трудно распознать и притомъ онѣ не имѣютъ никакого практическаго значенія. Изъ другихъ значительныхъ смѣщеній костей таза въ косомъ направленіи встрѣчаются еще сколіотически-рахитическія, при которыхъ анкилоза никогда не бываетъ. Эти тазы уже рассмотрѣны нами въ предъидущей главѣ.

Литература: *F. C. Naegele*, *Heidelb. klin. Annalen*. В. X. p. 449 и *das schräg-verengte Becken*. etc. Mainz 1839. — *Beschler*, *Neue Zeitschr. f. Geb.* 1840.

¹⁾ *Wien. med. Wochenschr.* 1857. № 24, 25 и 26. — ²⁾ *Prager Vierteljahrsschrift.* 1859. В. 61. p. 192. — ³⁾ *Arch. f. Gyn.* В. 14. p. 1.

В. 9. p. 121. — *E. Martin*, Progr. de pelvi obl. ov. etc. Jenae 1841 и Neue Zeitschrift f. Geb. B. 15. p. 49 и B. 19. p. 111 и Schmidt's Jahrb. B. 71. p. 360. — *Unna*, Oppenheim's Zeitschr. für die ges. Med. Hamburg 1843. B. 23. p. 281. — *Moleschott*, e. l. 1846. B. 31. p. 441. — *G. W. Stein*, Neue Zeitschr. f. Geb. B. 13. p. 396 и B. 15. p. 1. — *v. Ritgen*, Neue Z. f. Geb. B. 28. p. 1. — *E. Rosshirt*, Lehrb. der Geb. Erlangen 1851. p. 305. — *Kiwisch*, Die Geburtskunde. Erlangen 1851. II. Abth. p. 173. — *C. Hunnius (Walter)*, De pelvi obl. ov. D. i. Dorpat 1851. — *Hayn*, Beiträge zur Lehre vom schräg-ov. Becken. Königsberg 1852. — *Hohl*, Zur Pathol. d. Beckens. Leipzig 1852. — *Litzmann*, Das schräg-ov. Becken etc. Kiel 1853. — *S. Thomas*, Das schräg verengte Becken etc. Leyden. u. Leipzig 1831. — *Fabbri*, Descrizione di una pelvi obliqua ovale etc. Bologna 1866. — *Olshausen*, M. f. G. B. 19. p. 161. — *S. Thomas*, M. f. G. B. 20. p. 384. — *Litzmann*, M. f. G. B. 23. p. 249. — *A. Otto*, M. f. G. B. 28. p. 81. — *M. Duncan*, Obst. research. Edinburgh 1868. p. 113. — *Kleinwächter*, Prager Vierteljahrsschrift. B. 106. 1870. 2. p. 12. — *Spiegelberg*, Archiv für Gyn. B. II p. 145. — *Kehrer*, Beitr. z. vergl. u. experim. Geburtskunde. H 3 и 5. Giessen 1869 и 1875. — *Gusserow*, Arch. f. Gyn. B. XI p. 264 — См. также литературу поперечно-суженнаго таза.

Историч. примѣч. Если исключить намекъ на этотъ вопросъ со стороны *Dionis'a* ¹⁾, то *Naegele* старшій былъ первый, указавшій на важность разсматриваемаго таза въ акушерскомъ отношеніи. Прежде вскользь упоминалось только о нѣкоторыхъ относящихся сюда тазахъ патолого-анатомами, большею же частью по поводу полемики о симфизіотоміи, причемъ ссылались на безполезность этой операціи въ случаяхъ, въ которыхъ имѣли бы дѣло съ анкилозомъ крестцово-подвздошнаго сочлененія. *Stein* младшій въ своемъ «Lehre d. Geburtshülfe» приводитъ, правда, рисунокъ косвенно-суженнаго таза съ анкилозомъ (одного Гессенскаго гусара), въ текстѣ, однако, говорить объ этомъ едва въ нѣсколькихъ словахъ. Послѣ того, какъ *Naegele*, сначала въ журнальной статьѣ, а потомъ въ своей классической монографіи, обратилъ вниманіе акушеровъ на этотъ тазъ, вскорѣ къ 35 экземплярамъ этого таза, описаннымъ *Naegele*, прибавилось нѣсколько новыхъ, и интересъ къ этому вопросу поддерживался и поддерживается до сихъ поръ полемикой, возникшей по поводу происхожденія этого таза. *Naegele*, говоря о причинахъ образованія анкилотически-косвенно-суженнаго таза, высказывается о нихъ лишь съ большою осторожностью, но склоняется болѣе къ тому мнѣнію, что костное сращеніе происходитъ здѣсь первично, вслѣдствіе врожденной аномаліи въ развитіи. Прогивъ этого первыи возсталъ *Betschler*, который, въ своемъ разборѣ сочиненія *Naegele*, подтвердилъ наблюденіемъ возможность образованія анкилоза вслѣдствіе каріознаго разрушенія крыла крестцовой кости. Но, между тѣмъ, какъ самъ *Naegele* и *Betschler* не высказали окончательнаго мнѣнія объ этомъ вопросѣ, *Martin* и *Stein* (вмѣстѣ съ *Danyau* и *Dubois*) рѣшительно утверждали, что единственная причина этой аномаліи есть воспаленіе, въ то время какъ ученики *Naegele*—*Unna* и *Moleschott* (а послѣдствіи и *G.* и *W. Vrolik*, *Tiedemann*, *Rokitansky*, *Scanzoni*, *Robert Kirckhoffer* и *Walter*), считали ее послѣдствіемъ первоначальнаго недостатка или недоразвитія точекъ окостенѣнія въ крыльяхъ крестца. Къ воззрѣніямъ *Martin'a* и *Stein'a* примкнули также, въ существенныхъ чертахъ, *Rosshirt* и *Ritgen*, тогда какъ *Kiwisch* думалъ, что анкилозъ обуславливается переходомъ процесса окостенѣнія на межкостный хрящъ.

Важное значеніе имѣли въ этомъ отношеніи точныя анатомическія изслѣдованія *Hohl'a*, который первый доказалъ, что совершенное отсутствіе или недостаточное развитіе точекъ окостенѣнія дѣйствительно встрѣчается на крыльяхъ крестца. Онъ показалъ, что при отсутствіи точки окостенѣнія на крылѣ перваго ложнаго позвонка, это крыло замѣщается соответственной частью 2-го позвонка, которая въ такихъ случаяхъ подвергается болѣе сильному, компенсаторному развитію, но что въ случаяхъ, когда отсутствуютъ также точки окостенѣнія втораго,—и, можетъ быть, еще и 3-го позвонковъ, тогда соответствующая сторона крестцовой кости

¹⁾ Traité gén. des accouchem. p. 241.

неминуемо остается недоразвитою и, вслѣдствіе этого, тазъ принимаетъ косую форму. Синостозъ не есть необходимое послѣдствіе, но часто присоединяется къ анкилозу, такимъ образомъ, что хрящъ также слабо развивается или совершенно исчезаетъ отъ давленія, и тѣсно соприкасающіеся между собою края костей наконецъ взаимно срастаются (но безъ участія воспалительнаго процесса).

Тотчасъ же вслѣдъ за *Hohl'*емъ, *Litzmann* опубликовалъ статью, въ которой онъ излагаетъ совершенно новые взгляды. Онъ указываетъ на совпаденіе анкилоза съ кокситомъ противоположной стороны (считавшимся *Naegele* лишь случайнымъ осложненіемъ) и какъ синостозъ, такъ и смѣщеніе костей таза объясняетъ одно-стороннимъ давленіемъ. Синостозъ, по *Litzmann'*у, въ этихъ случаяхъ ни коимъ образомъ не происходитъ вслѣдствіе сильнаго гнойнаго воспаления, но является, напротивъ, исключительнымъ послѣдствіемъ воспаления хрящевыхъ поверхностей, обусловливаемого постояннымъ сильнымъ на нихъ давленіемъ. Главная заслуга *Litzmann'*а, благодаря которой на способъ происхожденія этихъ тазовъ пролить довольно яркій свѣтъ, заключается въ томъ, что онъ обращаетъ вниманіе на важное значеніе смѣщенія кзади анкилозированной подвздошной кости. Во всѣхъ тазахъ, представляющихъ этотъ видъ смѣщенія, анкилозъ не могъ быть первичнымъ явленіемъ.

Въ новѣйшее время *Simon Thomas*, въ Лейденѣ, снова сталъ защищать мнѣніе о томъ, будто бы воспаление есть единственная причина образованія этой аномаліи, и тѣмъ самымъ вызвалъ жаркую полемику съ *Olshausen'*омъ, высказавшимся въ пользу *Litzmann'*а, а также и съ самимъ *Litzmann'*омъ.

Анкилотически-кошевенно-сѣуженные тазы встрѣчаются не очень рѣдко, хотя до сихъ поръ извѣстно 50 съ чѣмъ-то случаевъ, описанныхъ по высушеннымъ препаратамъ. Что эти формы тазовъ встрѣчались уже въ глубокой древности, доказываетъ, между прочимъ, относящійся сюда случай, найденный на египетской муміи и описанный *Naegele*.

Отличительная, характерная форма этого рода тазовъ въ сущности зависитъ отъ того, что со стороны одной изъ вертлужныхъ впадинъ тазъ испытываетъ болѣе значительное давленіе, нежели съ другой. Черезъ это подвздошная кость соотвѣтствующей стороны смѣщается вверхъ, кнутри и часто также кзади. Вслѣдствіе этого получаются слѣдующія особенности:

На сторонѣ анкилоза крыло крестца сѣужено или даже совершенно уничтожено; отверстія на передней поверхности крестца (*foramina anteriora*) также уже; сочленовная поверхность крестца меньше, нежели *acies auricularis* другой стороны; по протяженію синостоза замѣчается какъ бы валикъ. Поясничные позвонки передними своими поверхностями нѣсколько поворочены въ сторону анкилоза.

Подвздошная кость той же стороны стоитъ круче, выше и часто бываетъ отклонена болѣе кзади. Черезъ это *incisura ischiadica* уменьшается, и *spina* также, какъ и *tuber ischii*, болѣе приближаются къ крестцовой кости. Вертлужная впадина также лежитъ выше и обращена больше впередъ. Лонная дуга обращена также въ эту сторону.

Лонное соединеніе отклонено въ противоположную сторону, безъимьянная липія анкилозированной стороны сильно вытянута, соотвѣтственная же линія другой стороны согнута, кзади — меньше, впереди — болѣе сильно.

Разницы въ косыхъ размѣрахъ, также какъ и въ *dist. sacrocotyli*, болѣею частью очень значительны на обѣихъ сторонахъ. Истинная конъюгата, вслѣдствіе смѣщенія въось, нѣсколько увеличивается, поперечный діаметръ входа въ тазъ, напротивъ, укорачивается, и это укороченіе увеличивается по мѣрѣ приближенія къ выходу.

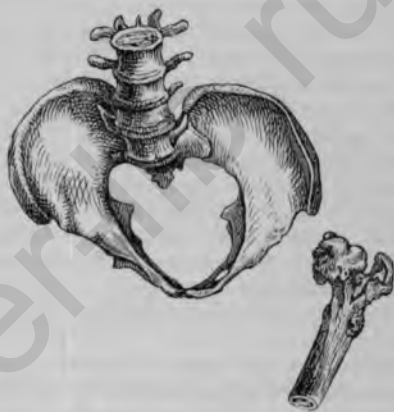
Вопросъ о способѣ происхожденія этихъ тазовъ, подававшій поводъ къ многочисленнымъ и продолжительнымъ спорамъ, мы рассмотримъ поближе въ нижеслѣдующемъ примѣчаніи.



Фиг. 137. Косвенно-суженный тазъ, описанный *Hecker*'омъ.



Фиг. 138. Косвенно-суженный тазъ, описанный *Litzmann*'омъ.



Фиг. 139. Косвенно-суженный тазъ въ Эрлангенѣ, описанный *Litzmann*'омъ.

Примѣч. Крестцово-подвздошное соединеніе образуетъ настоящее сочлененіе, имѣющее сочленовную полость, выстланную синовиальною оболочкою. По нынѣ господствующимъ воззрѣніямъ, мы можемъ объяснить себѣ исчезновеніе этой полости только путемъ воспаленія. Слѣдовательно, мы соглашаемся съ тѣмъ, что (за исключеніемъ, можетъ быть, случаевъ первоначальнаго недоразвитія этого сочлененія) анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія можетъ образоваться только вслѣдствіе воспаленія.

Такое воспаленіе *artic. ileo-sacr.* можетъ быть:

1) гнойное, въ сильной степени распространенное дальше въ окружности сочлененія и часто сопутствующее каріознымъ процессомъ въ костяхъ. Такого рода случаи описываютъ *Betschler*, *Bitgen*, *Hayn*, *Hecker-Paetsch* (см. фиг. 137), *S. Thomas*, *Holst*, *Sinclair*, *Voigtel-Martin*. Въ этихъ случаяхъ находили ясныя слѣды бывшаго каріознаго процесса, или же окружность сочлененія была покрыта старыми, толстыми, воспалительными продуктами или неправильными костными разращеніями и отложеніями. Въ другихъ случаяхъ находили слѣды старыхъ вскрывшихся наружу абсцессовъ, и анамнезъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ также ясно

указывалъ на предшествовавшее заболѣваніе этихъ частей воспалительнаго свойства. Въ отношеніи этого способа происхожденія анкилоза очень важенъ случай дѣтскаго таза, описаннаго *S. Thomas'*омъ на стр. 47 и изображеннаго на табл. VII, Fig. 1. Въ правомъ крестцово-подвздошномъ сочлененіи совершенно разрушенъ сочленовый хрящъ и, кромѣ того, вслѣдствіе костофды, произошла на *superf. auct.* подвздошной кости потеря существа; въ углубленіе, соотвѣтственно дефекту, отчасти видѣлось болѣе узкое правое крыло крестцовой кости. Тазъ представляеть, хотя слабо, но ясно выраженный характеръ, описываемой нами формы и, еслибъ не наступила смерть, то безъ всякаго сомнѣнія, излеченіе имѣло бы своимъ исходомъ анкилозъ и, наконецъ, образовалась бы разбираемая форма таза.

Въ другихъ случаяхъ совмѣстное существованіе анкилоза крестцово-подвздошнаго сочлененія одновременно съ кокситомъ или другими измѣненіями на той же сторонѣ таза дѣлаеть болѣе или менѣе вѣроятнымъ то мнѣніе, по которому анкилозъ имѣеть своимъ основаніемъ подобное-же воспаленіе сустава. Такъ, напр., въ случаѣ *Danyau*, въ которомъ по всей лѣвой сторонѣ до 4-го поясничнаго позвонка была найдена рубцовая ткань, не можетъ существовать сомнѣнія въ томъ, что во время теченія коксита, развившагося на 10 году жизни, было поражено также и крестцово-подвздошное сочлененіе. Сюда же относятся подобныя послѣднему случаю *Fabri* и *Sandifort'a van Wieringen'a*, точно также и тазъ Гессенскаго гусара, изображенный *Stein'*омъ, и описанный *Lamb'*емъ; сюда же, кажется, можно причислить тазъ, описанный *Naegle* подъ № 24. Принадлежитъ ли сюда случай «Марсельскаго» таза, описаннаго *Lamb'*емъ, а также и тотъ, который приводитъ *Fraenzel-Otto*, на которыхъ были найдены переломы лонныхъ костей (а на первомъ также и кокситъ той же стороны), нельзя сказать съ достовѣрностью. Случай дѣтскаго таза, описаннаго *S. Thomas'*омъ на 47 стр. и срисованнаго на табл. VII, фиг. 2, также представляеть интересныя данныя для разъясненія этиологіи этихъ формъ таза.

Воспаленіе крестцово-подвздошнаго сочлененія несомнѣнно можетъ являться также:

2) въ видѣ адгезивнаго, мѣстнаго процесса, ограничивающагося только суставною полостью и протекающаго безъ значительнаго нагноенія. Такое воспаленіе можетъ появиться, какъ во всякомъ другомъ сочлененіи, также и въ крестцово-подвздошномъ, въ формѣ первичнаго пораженія, по крайней мѣрѣ безъ ясно доказаннаго предшествоващаго повода.

Если воспаленіе развивается по окончаніи роста костей, слѣдовательно, когда крылья крестца уже вполне сформировались, то форма таза остается неизмѣненною. Такого рода синостозы на одномъ или даже на обоихъ сочлененіяхъ встрѣчаются въ болѣе зрѣломъ возрастѣ вовсе не рѣдко. *Crevé* ¹⁾ такъ находилъ эти формы при осмотрѣ скелетовъ на кладбищахъ, что болѣею частью оставляеть ихъ тамъ вмѣстѣ съ прочимъ мусоромъ. Впрочемъ, обыкновенно въ такихъ случаяхъ анкилозъ представляется неполнымъ: существуютъ лишь перемычки въ видѣ мостиковъ между противолежащими соприкасающимися краями костей. Эти слипчивыя воспаленія сустава *Crevé* приписываетъ давленію тяжести туловища и болѣе частое существованіе окостенѣній на правой сторонѣ выводитъ именно изъ болѣе сильнаго употребленія правой нижней конечности. *Kormann* ²⁾ въ описанномъ имъ тазѣ, вмѣстѣ съ анкилозомъ лѣвой стороны, поздняго происхожденія, нашель и болѣе ранній анкилозъ правой стороны; послѣдній произошелъ отъ рано развившагося періостита и потому имѣлъ послѣдствіемъ значительное смѣщеніе таза въ косомъ направленіи.

Если воспаленіе появляется въ дѣтскомъ возрастѣ, то оно можетъ протекать безъ всякихъ тяжелыхъ явленій, сопровождаясь, можетъ быть, временно появляющимися болями и легкимъ прихрамываніемъ (явленія, которыя впоследствии лишь рѣдко могутъ быть доказаны изъ анамнеза). Такъ-какъ у дѣтей крылья крестцовой кости

¹⁾ Krankh. d. w. Beckens. Berlin 1795. p. 163. — ²⁾ Arch. f. Gyn. B. VI. p. 472.

еще не вполне сформировались, то слѣдствіемъ синостоza будетъ пріостановка въ развитіи крестцового крыла на той именно степени, которой оно достигло въ то время, какъ наступило воспаление. Такъ какъ другое крыло, развиваясь дальше, пріобрѣтаетъ нормальную свою ширину, то, по нижеописанному способу, становится неизбѣжнымъ неравномѣрное распредѣленіе тяжести туловища, такъ что сторона, измѣненная вслѣдствіе синостоza, подвергается болѣе сильному давленію, нежели здоровая сторона. Но такое усиленное давленіе является лишь послѣ образованія синостоza, и поэтому смѣщеніе подвздошной кости къзади никогда не можетъ обуславливаться усиленнымъ на него давленіемъ, между тѣмъ какъ прочія измѣненія въ тазу и, въ особенности, сильная атрофія анкилозированнаго крыла достаточно объясняются этимъ моментомъ. (Если, вслѣдствіе хроническаго воспаления сустава, не развивается анкилозъ, а происходитъ только склерозированіе и уменьшеніе въ объемѣ прилежащей кости, то, какъ доказываетъ описанный *Spiegelberg*'омъ ¹⁾ случай, послѣдствіемъ усиленнаго давленія на пораженную сторону, кромѣ измѣненія косога размѣра, можетъ также быть и смѣщеніе подвздошной кости взадъ).

Если воспаление развивается во время утробной жизни, то оно обуславливаетъ врожденный анкилозъ, съ значительнымъ суженіемъ крыла крестцовой кости на большой сторонѣ; вслѣдствіе же воспрепятствованнаго развитія костей таза, послѣдній, по нижеупомянутымъ причинамъ, смѣщается въ косомъ своемъ діаметрѣ. Но и въ этихъ даже случаяхъ никогда не можетъ произойти смѣщенія къзади окостѣвшей уже подвздошной кости, сращенной съ крестцовой, тогда какъ дѣйствующее впослѣдствіи неравномѣрное давленіе тяжести туловища должно вліять усиливающимъ образомъ какъ на измѣненіе формы таза, такъ и на атрофію крыла крестцовой кости.

Въ обоихъ только что упомянутыхъ случаяхъ тазъ долженъ обнаруживать всѣ особенности косвенно-суженнаго таза, за исключеніемъ того, что такъ-какъ синостоzъ представляеть первичное явленіе, то подвздошная кость не можетъбыть смѣщена къзади относительно крестца. По причинѣ неполнаго въ этомъ отношеніи описанія большинства извѣстныхъ въ литературѣ тазовъ и вслѣдствіе того, что нельзя изъ измѣреній обихъ *lin. inhom.*, по рисункамъ, вывести вѣрныя заключенія объ отклоненіяхъ этихъ линій отъ нормы, мы можемъ назвать только весьма небольшое число случаевъ, относящихся болѣе или менѣе достоверно къ только что описанной категоріи. Вѣроятно, этимъ путемъ образовался тазъ, описанный *S. Thomas*'омъ подъ № 13 на 23 стр., также какъ и 72-й случай *Hugenberger*'а; изъ описанныхъ *Naegele*—№№ 3-й и 10-й. Что эти тазы встрѣчаются не часто, доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что *Litzmann* до 1861 г. видѣлъ только одинъ подобный тазъ.

Но, съ другой стороны, давленіе тяжести туловища, дѣйствуя преимущественно на одну половину таза, можетъ обусловить воспаление соотвѣтствующаго сочлененія, съ исходомъ въ костное сращеніе (*synostosis*). Такое односторонне усиленное давленіе бываетъ слѣдствіемъ 1) врожденнаго недостатка или недоразвитія крыла крестцовой кости и 2) совершенной недѣятельности или, по крайней мѣрѣ, въ высокой степени ограниченнаго употребленія одной изъ нижнихъ конечностей.

Если, благодаря этимъ моментамъ, тяжесть туловища будетъ покоиться почти исключительно на одной половинѣ таза, то это можетъ обусловить воспалительное раздраженіе крестцово-подвздошнаго сочлененія соотвѣтственной стороны. Но въ то-же время и по тѣмъ-же причинамъ произойдетъ смѣщеніе подвздошной кости къзади относительно крестца. Это смѣщеніе уже готово, когда вслѣдствіе воспаления, сочлененія образуется анкилозъ. Слѣдовательно, на анкилотическихъ тазахъ, происшедшихъ послѣднимъ путемъ, находятъ смѣщеніе подвздошной кости къзади. Къ тазамъ перваго рода принадлежать: изображенный *Litzmann*'омъ ²⁾,

1) Arch. f. Gyn. B. II. p. 159.

2) M. f. G. B. 23. p. 249.

(см. фиг. 138), описанный *Martin'*омъ 1. с. р. 5, три таза, находящіеся въ патол. апат. музей въ Вѣнѣ, и тазъ, описанный *Kleinwächter'*омъ и чрезвычайно интереснѣйшій тѣмъ, что онъ представляетъ осложненіе рахитизмомъ; наконецъ, вѣроятно, также №№ 4, 7 и 17-й изъ описанныхъ *Naegele*. Къ формамъ, происшедшимъ вслѣдствіе ограниченнаго употребленія одной конечности, принадлежатъ тазы, находящіеся въ Эрлангенскомъ родильномъ домѣ (см. фиг. 139), въ Дрезденѣ (*Naegele* № 12) и описанный *Naegele* подъ № 5.

Механизмъ происхожденія косога смѣщенія—слѣдующій:

Во первыхъ, неравномѣрное развитіе обоихъ крыльевъ крестца, безъ всякаго еще вліянія со стороны тяжести туловища, имѣетъ своимъ послѣдствіемъ не только асимметрію, но и смѣщеніе костей таза въ косомъ діаметрѣ. Искривленіе подвздошной кости, обусловливается давленіемъ, которое производитъ на ея сочленовную поверхность растущее крыло крестцовой кости, въ то время какъ *spinae post.* фиксируются крестцово-подвздошными связками. Еслибъ оба тазовые полукольца не были плотно соединены между собою въ симфизѣ, то очевиднымъ эффектомъ такого давленія было бы разединеніе лонныхъ костей на этомъ мѣстѣ. Такъ-какъ послѣднія испытываютъ, однако, сильное влеченіе съ обоихъ сторонъ, то лонное соединеніе должно остаться въ срединѣ, и подвздошная кость должна постепенно искривляться, вслѣдствіе возрастающей силы давленія на *fac. auricul.* Таковъ будетъ эффектъ, если сила, стремящаяся разединить лонное соединеніе, будетъ дѣйствовать равномѣрно съ обоихъ сторонъ. Если же на одной сторонѣ сила эта будетъ уменьшена, то лонное соединеніе перетягивается въ сторону сильнѣе дѣйствующаго влеченія. Слѣдовательно, при фиксаціи заднихъ остей (*sp. post.*) посредствомъ крѣпкихъ связокъ, крестцовое крыло, которое медленнѣе развивается, будетъ производить меньшее давленіе на *fac. auric.* и, вслѣдствіе этого, подвздошная кость той же стороны изгибается слабѣе, между тѣмъ какъ симфиза перетягивается въ противоположную сторону подъ вліяніемъ болѣе сильнаго влеченія со стороны соотвѣтственной подвздошной кости.

Вслѣдствіе изложенныхъ причинъ, уже въ періодѣ утробной жизни должно произойти явственно выраженное смѣщеніе таза въ косыхъ размѣрахъ. Конечно, такая аномалія въ этомъ періодѣ достигнетъ не очень значительной степени, такъ-какъ нормальное крыло крестцовой кости будетъ здѣсь еще весьма узко. Гораздо рѣче выразится характеръ этого таза позднѣе, когда нормально растущее крыло достигнетъ значительныхъ размѣровъ, и давленіе тяжести туловища на крестцовую кость, совмѣстно съ противодавленіемъ со стороны вертлужныхъ впадинъ, также повліяютъ на форму костей.

При симметрическомъ строеніи тѣла, вертикальное продолженіе центра тяжести туловища совпадаетъ съ серединою линіи, соединяющей одну бедренную головку съ другою; слѣдовательно, тяжесть туловища дѣйствуетъ равномѣрно на ту и другую бедренную головку. Но если одно крыло крестцовой кости уже другою, то головка бедра соотвѣтственной стороны будетъ находиться ближе къ линіи тяжести и, слѣдовательно, подвергается большому давленію, нежели бедренная головка здоровой стороны. Давленіе это еще увеличивается вслѣдствіе косога смѣщенія, обусловливаемого, какъ уже описано выше, ростомъ таза. Такимъ образомъ сторона таза, соотвѣтствующая сжуженному крылу крестцовой кости, выдерживаетъ болѣе сильное давленіе тяжести, нежели противоположная сторона. Эффектъ этого давленія обнаруживается какъ со стороны крестца, такъ и со стороны сочленовой ямки тазобедреннаго сочлененія. Крестцовая кость на больной сторонѣ вдавливается глубже въ полость таза (другими словами: подвздошная кость смѣщается къзади относительно крестцовой кости), и вся подвздошная кость, вслѣдствіе давленія на сочленовную впадину (*acetabulum*), смѣщается кверху и внутрь, что, въ свою очередь, усиливаетъ степень косога смѣщенія таза. Кромѣ того, вслѣдствіе значительнаго давленія бедренной головки, сосредоточеннаго въ высшей точкѣ сочленовой ямки, подвздошная кость стоитъ круче, *crista* и *linea innom.*— выше, послѣдняя имѣетъ болѣе прямое направленіе и, наконецъ, *sp. isch.* и *tub. isch.*, при отсут-

ствіи противодействующихъ моментовъ, приближены къ крестцовой кости. При этомъ вся безыменная кость, вслѣдствіе сильнаго давленія, дѣйствующаго на нее со стороны *fac. auric.* и сочленовой ямки (*acetabulum*), сильно сдавливается, а потому дѣлается нѣсколько меньше, и вещество ея представляетъ большую противъ нормы плотность и крѣпость.

Смотря по способу происхожденія косо суженнаго таза, форма его представляеть довольно значительныя различія.

При анкилозѣ таза, вслѣдствіе гнойнаго воспаленія, потеря вещества крестцовой кости только тогда можетъ достигать значительной степени, когда воспаленіе наступило въ очень раннемъ періодѣ жизни, или же когда каріозное разрушеніе костей было весьма значительно. Смѣщеніе подвздошной кости взадъ возможно только въ томъ случаѣ, если тяжесть туловища оказывала уже свое вліяніе раньше, нежели успѣлъ образоваться анкилозъ. Смѣщеніе таза въ косомъ направленіи происходитъ здѣсь не вслѣдствіе самаго анкилоза, но вслѣдствіе суженія крыла крестцовой кости, благодаря которому тяжесть туловища покоится преимущественно на бедрѣ измѣненной стороны, и притомъ такимъ образомъ, что *acetabulum* приближается къ мысу, а лонное соединеніе перетягивается въ противоположную сторону. Впрочемъ, это смѣщеніе большею частью не очень значительно, такъ какъ дефектъ крестцовой кости почти всегда бываетъ лишь неполнымъ. На 9-ти относящихся сюда тазухъ разница между обоими косыми діаметрами достигаетъ, среднимъ числомъ, не болѣе 1-го дюйма; на двухъ тазухъ, на которыхъ яснѣе всего выражены слѣды бывшаго воспаленія (одинъ изъ нихъ описанъ *Voigtel-Martin'*омъ, другой *Hecker-Paetsch'*омъ) эта разница не превышаетъ даже 2-хъ, герср. $1\frac{1}{2}$ " (Послѣдній изъ этихъ тазовъ приведенъ нами на фиг. 137).

Тазы, обезображенные вслѣдствіе первичнаго слипчиваго воспаленія во время утробнаго или младенческаго періода жизни, въ дѣтскомъ возрастѣ подвергаются косому смѣщенію по тѣмъ же причинамъ, которыя изложены нами выше. При раннемъ появленіи воспаленія потеря вещества можетъ достигать высокой степени. Въ 4-хъ относящихся сюда случаяхъ, разница между косыми діаметрами тазоваго входа составляла, среднимъ числомъ, $1'' 2''$.

Косое смѣщеніе, понятно, должно быть всего значительнѣе, если дефектъ или очень значительная атрофія одного изъ крыльевъ крестцовой кости бываетъ врожденный. Уже прежде, чѣмъ начинается дѣйствовать тяжесть туловища, тазъ, на основаніи вышесказаннаго, долженъ принять косую форму. Вертлужная впадина обезображенной стороны, вслѣдствіе дефекта крыла крестцовой кости и вслѣдствіе косаго смѣщенія, увеличивающагося послѣ того, какъ ребенокъ сталъ ходить, такъ сильно приближается къ центру тяжести туловища, что ей большей частью приходится носить ее (тяжесть туловища) на себѣ одной. Поэтому, болѣе значительное поражение подвздошно-крестцоваго соединенія этой стороны неизбежно, такъ-какъ съ каждымъ шагомъ крестецъ трется о подвздошную кость. Нечего, поэтому, удивляться, если при этомъ развивается адгезивное воспаленіе сустава и если въ анкилозированномъ тазу смѣщеніе подвздошной кости взадъ выступаетъ очень рѣзко. Возможно, что такому смѣщенію, а также и значительному разрушенію сочлененія благоприятствующему развитію воспаленія, во многомъ способствуетъ недостаточное развитіе крестцово-подвздошной связки (*lig. ileosacrale*, нормальной точки прикрѣпленія которой—т. е. крыла крестцовой кости—не существуетъ). Во всякомъ случаѣ, въ этихъ тазухъ смѣщеніе очень значительно—въ 5-ти тазухъ, среднимъ числомъ, на $1'' 9\frac{1}{2}''$ —и они-то, по истинѣ, могутъ служить прототипомъ всего этого рода тазовъ. На фиг. 138 мы приводимъ рисунокъ въ высокой степени косо-смѣщеннаго таза, описаннаго *Litzmann'*омъ ¹⁾.

Изъ сказаннаго нами очевидно, что костное сращеніе не есть необходимое слѣдствіе недоразвитія крестцоваго крыла, но что это измѣненіе легко объясняется образованіемъ синостоза. Въ самомъ дѣлѣ, въ литературѣ извѣстны нѣсколько

¹⁾ M. f. G. B. 23.

тазовъ съ недостаткомъ отростка перваго крестцоваго позвонка, при весьма неполномъ замѣненіи дефекта отросткомъ 2-го позвонка. ¹⁾ Въ приведенныхъ случаяхъ, кромѣ анкилоза, существовали всѣ характеристическіе признаки косвенно-суженнаго таза. Можно поэтому допустить, что еслибъ въ этихъ случаяхъ не доставало и отростка 2-го крестцоваго позвонка, то развилось бы еще болѣе значительное смѣщеніе, а вмѣстѣ съ тѣмъ появился-бы и анкилозъ сочлененія. Тазъ, описанный и изображенный *Schnell* емъ ²⁾, доказываетъ, что анкилозъ этотъ можетъ и не быть. Въ этомъ тазѣ, при высокой степени недоразвитія праваго крыла и очень сильномъ косомъ смѣщеніи, анкилоза все-таки не было.

Косвенно суженные тазы, обязанные своимъ происхожденіемъ недостатку и сильному ограниченію употребленія одной изъ нижнихъ конечностей, встрѣчаются почти исключительно послѣ коксита. Если пораженная конечность совершенно или почти совсѣмъ не употребляется, то положеніе туловища измѣняется (послѣдовательно развивается сколиозъ, обращенный къ здоровой сторонѣ) такимъ образомъ, что вертикальное продолженіе центра тяжести совпадаетъ съ поверхностью опоры здоровой ноги. Вслѣдствіе односторонняго давленія на головку здороваго бедра образуются, съ теченіемъ времени, всѣ измѣненія, характеризующія разбираемую нами форму таза. Смѣщеніе въ косомъ направленіи довольно значительно: оно достигало въ трехъ случаяхъ среднимъ числомъ $1^{\circ}21\frac{1}{4}''$. На фиг. 139 изображенъ тазъ вмѣстѣ съ болѣзненно-измѣненнымъ бедромъ изъ собранія Эрлангенскаго родильнаго дома, изъ практики *Rosshirt'a*, и описанный *Litzmann* омъ.

И здѣсь не всегда наблюдается образованіе анкилоза крестцово-подвздошнаго сочлененія; но за то обыкновенно вся подвздошная кость, вмѣстѣ съ крестцовымъ крыломъ здоровой стороны, подвержена сдавливанію со стороны сочленовнои ямки тазобедреннаго сочлененія, и потому крыло это бываетъ болѣе узко, нежели другое ³⁾. Кромѣ извѣстныхъ уже отклоненій, эти тазы замѣчательны атрофіею всѣхъ костей больной стороны. Въ случаяхъ, гдѣ больная умирала раньше, чѣмъ могли пользоваться здоровою конечностью, косаго смѣщенія, естественнымъ образомъ, не существуетъ, и въ такихъ-то случаяхъ патологически-измѣненная половина таза можетъ быть сужена вслѣдствіе высокой степени атрофіи ⁴⁾. Но если пораженная кокситомъ конечность была годною къ употребленію и подвергалась болѣе сильному обремененію тяжестью тѣла, нежели здоровая конечность, то въ этихъ случаяхъ можетъ развиться смѣщеніе въ косомъ диаметрѣ съ суженіемъ больной стороны ⁵⁾. (И мы наблюдали такой-же случай на живой, въ которомъ отягощеніе туловища падало преимущественно на конечность той стороны, которая поражена была кокситомъ и которая была короче).

Весьма важно знать свойства тазовой полости и выхода въ тазы, суженныхъ въ косомъ размѣрѣ, вслѣдствіе коксита. Обыкновенно косое смѣщеніе входа простирается до самого выхода таза, хотя бы оно было выражено здѣсь въ незначительной степени. Въ этихъ случаяхъ сѣдалищный бугоръ здоровой стороны, вмѣстѣ со всею подвздошною костью, смѣщенъ вверхъ и кнутри, т. е. къ крестцовой кости, между тѣмъ какъ tub. isch. больной стороны, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ соответственная конечность, хотя бы немного, употреблялась при ходбѣ, вывернута наружу. Въ другихъ случаяхъ оба упомянутыя измѣненія едва выражены, такъ что совсѣмъ не существуетъ смѣщенія въ выходѣ таза. Но tub. isch. здоровой стороны также можетъ смѣститься болѣе кнаружи и клереди напряженіи-

¹⁾ См. *Naegle* I. с. р. 54 и проч.—*Hohl*, I. с. р. 18. Таб. II. фиг. 2, р. 22, Таб. III и др.; далѣе, *S. Thomas*, I. с. 36. № 1 и р. 37. № 2. — ²⁾ *De pelvi oblique-ovata*. D. i. Dorp. Liv. 1853. — ³⁾ О случаяхъ косаго суженія таза, вслѣдствіе коксита безъ анкилоза. см. у *Litzmann'a*. I. с. р. 8 и далѣе, а также *v. Siebold'a*, *Neue Zeitschr. f. G.* Bd. 29. p. 215 и *Boeckel*, *Arch. de Physiol.* 1870. № 4, p. 435. — ⁴⁾ См. *Blasius*, *M. f. G. V.* 13 p. 328 и *Valenta*, *M. f. G. V.* 25. p. 161, — (вывихъ правой бедренной головки). — ⁵⁾ См. *Spiegelberg*, *M. f. G. V.* 32. p. 305. — *Küstner*, *Arch. f. Gyn. B.* VIII. p. 326 и *Ernst Braun*, *Wien. med. Presse.* 1871. № 34. Наблюденіе на живой.

емъ мышцъ. Если при этомъ атрофированный сѣдалищный бугоръ болыой стороны, какъ обыкновенно бываетъ при полномъ бедренномъ анкилозѣ, смѣстился кнутри и къзади, то форма косога смѣщенія въ выходѣ таза бываетъ совершенно обратная той, которая существуетъ во входѣ (см. тазъ пражскаго живописца у *Litzmann'a* ¹⁾ и описанный *Kreuzer'омъ* ²⁾ мужской франкфуртскій тазъ, который представляетъ менѣе значительную степень этой формы смѣщенія. Единственнымъ до сихъ поръ извѣстнымъ женскій тазъ, съ подобнымъ смѣщеніемъ — за исключеніемъ рахитически-кифосколиотического таза — есть тазъ Маріи Гизъ, описанный *Ritgen'омъ* ³⁾.

Смѣщеніе, подобное тому, какое наблюдается вслѣдствіе коксита, можетъ имѣть мѣсто и вслѣдствіе ампутаціи одной нижней конечности, конечно только тогда, когда культя ампутированнаго члена оставалась въ бездѣйствіи ⁴⁾, или вслѣдствіе врожденной атрофіи одной изъ нижнихъ конечностей ⁵⁾. Въ случаѣ, который наблюдалъ *Spiegelberg* ⁶⁾, образовавшееся на третьемъ году жизни укороченіе праваго бедра было причиною того, что туловище опиралось преимущественно на эту сторону, и въ результатъ получило въ высокой степени значительное косоое смѣщеніе таза съ анкилозомъ правой стороны. Мы видѣли косья смѣщенія вслѣдствіе укороченія одной конечности, происшедшаго отъ сложнаго перелома голени и отъ травматическаго *pes valgus*.

При застарѣлыхъ вывихахъ бедренной головки, косоое смѣщеніе обыкновенно не достигаетъ значительной степени или его даже вовсе не бываетъ, такъ-какъ выдвинутая конечность, помѣщаясь во вновь образовавшемся сочленовномъ углубленіи, болышею частью снова пріобрѣтаетъ высокую степень годности къ употребленію ⁷⁾. Способъ смѣщенія въ этомъ случаѣ принимаетъ такой же характеръ какъ и при кокситѣ, смотря потому здоровая или вывихнутая нижняя конечность подвергается главнымъ образомъ давленію со стороны туловища при ходьбѣ ⁸⁾.

Что косоое смѣщеніе можетъ образоваться во всѣхъ случаяхъ, когда по какой бы то ни было причинѣ одна половина таза подвергается высокой степени давленія, доказывается случаемъ, сообщаемымъ *S. Thomas'омъ* ⁹⁾. Дѣло идетъ объ одномъ Амстердамскомъ тазѣ, представляющемъ весьма значительное косоое смѣщеніе, но безъ анкилоза; это тазъ нищаго, который хромалъ на обѣ ноги и собиралъ милостыню, разбѣгая верхомъ на ослѣ, причемъ упирался на одну лѣвую половину таза. (Отсутствіе анкилоза, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что при покойномъ, сидячемъ положеніи сочлененіе раздражается менѣе, нежели при сотрясеніяхъ отъ каждаго шага).

Весьма важно, для пониманія происхожденія косо-суженныхъ тазовъ, знать этиологию поперечно-суженнаго таза (см. ниже).

Распознаваніе. Изъ того, что косо-суженные тазы лишь рѣдко были узнаваемы на живыхъ, можно было бы вывести заключеніе, что распознаваніе ихъ дѣйствительно представляетъ необыкновенныя затрудненія. Это вѣрно лишь на столько, на сколько, при обыкновенномъ нашемъ способѣ изслѣдованія таза, легко просмотрѣть эту аномалію. Но мы обладаемъ діагностическими средствами, которыя, — по крайней мѣрѣ, при значительномъ смѣщеніи, — даютъ возможность въ каждомъ данномъ случаѣ, если возникнетъ подозрѣніе, убѣдиться

¹⁾ I. c. p. 9 и Таб. III, IV, V. — ²⁾ *Descr. pelv. cujusd. etc. D. i Bonnae* 1860. — ³⁾ *Neue Z. f. Geb. B. 30. p. 153* и *M. f. G. B. II. p. 433.* — ⁴⁾ См. *Herbiniaux*, I. c. p. 478 и *Mad. Lachapelle, Prat. des acc. T. III. p. 413* и *Dumas, Montpellier méd. Sept. 1879.* — ⁵⁾ См. *Valenta, M. f. G. B. 25. p. 168.* — ⁶⁾ I. c. — ⁷⁾ см. *Guéniot, Des luxat. coxo-fémor. etc. Paris 1869.* — *Gusserow, I. c. p. Fasbender, Charité-Annalen. III. p. 614.* ⁸⁾ Различія между тазами съ врожденнымъ и пріобрѣтеннымъ вывихомъ подробно изучены *Leopold'омъ* (*Arch. f. Gyn. B. V. p. 446.*) — ⁹⁾ См. I. c. p. 38.

въ томъ — справедливо ли это подозрѣніе, или нѣтъ. Слѣдовательно, все зависитъ отъ того, чтобы въ каждомъ соответственномъ случаѣ было обращено вниманіе на возможность существованія анкилотически-косвенно-сѣуженнаго таза.

До начала родовъ такое подозрѣніе можетъ возникнуть только въ исключительныхъ случаяхъ, т. е. лишь въ тѣхъ, гдѣ роженица хромаетъ, или при неодинаково-высокомъ стояніи обѣихъ подвздошныхъ костей и, наконецъ, при существованіи односторонняго коксита и рубцовъ отъ фистулезныхъ ходовъ въ области ягодицъ. Если въ анамнезѣ упоминается о томъ, что роженица хромала прежде или страдала острыми или хроническими воспалениями заднихъ ягодичныхъ областей, то это также должно возбудить наше подозрѣніе. Но въ большинствѣ случаевъ эти формы тазовъ встрѣчаются у здоровыхъ перворождающихъ женщинъ съ нормальными размѣрами наружной конъюгаты.

Если роды уже начались, то легко можетъ быть данъ поводъ къ подозрѣнію. Если, не смотря на сильную потужную дѣятельность, головка стоитъ еще высоко, и замедленіе это не можетъ быть объяснено величиною конъюгаты, то, при вѣроятномъ исключеніи ненормальной величины головки, мы вправѣ будемъ предположить существованіе какого сѣуженія таза.

Убѣдиться въ присутствіи или отсутствіи такого сѣуженія удастся слѣдующимъ путемъ:

Важное значеніе имѣетъ уже одно то, если одна изъ подвздошныхъ костей стоитъ выше другой, что, конечно, при необходимыхъ предосторожностяхъ, опредѣляется въ лежачемъ или стоячемъ положеніи. Также важно убѣдиться, если возможно, въ существованіи неравномѣрнаго разстоянія заднихъ верхнихъ остей (*sp. post. sup.*) отъ *proc. spin.* (*E. Martin*). У большей части этихъ тазовъ *sp. post.* анкилозированной стороны находится гораздо ближе къ срединной линіи, нежели на противоположной сторонѣ; однако же, въ другихъ случаяхъ, разница въ указанныхъ разстояніяхъ была такъ незначительна, что не могла быть узнана съ точностью на живыхъ, или даже этой разницы вовсе не существовало. Если мы, слѣдовательно, удостовѣримся въ томъ, что *sp. post.* съ одной стороны лежатъ гораздо ближе къ *proc. spinos.*, нежели съ другой, то мы можемъ постановить очень вѣроятный діагнозъ; но отрицательный результатъ еще нисколько не говоритъ въ пользу отсутствія анкилотическаго сѣуженія.

Приступая къ внутреннему изслѣдованію, сначала ощупываютъ лонную дугу, которая при косо-сѣуженныхъ тазахъ довольно замѣтно смѣщена въ одну сторону; далѣе, удостовѣряются въ томъ — одинаково ли приблизительно разстояніе съ обѣихъ сторонъ *sp. isch.* отъ края крестцовой кости (*Ritgen*) и ощупываютъ обѣ боковыя стѣнки таза, причемъ поражаетъ прямое, вытянутое направленіе безыменной линіи большой стороны. Мысль, если изслѣдованіе производится полу-

рукою, всегда можно оцупать. Здѣсь обращаетъ на себя вниманіе смѣщеніе мыса въ одну сторону и не одинаковое его разстояніе отъ безыменной линіи (неравномѣрность *dist. sacrocotyloid.*).

Кромѣ того, уже *Naegele* опредѣлилъ различныя наружныя размѣры таза, которые на нормальныхъ тазахъ даютъ равныя, на тазахъ же косвенно-сѣуженныхъ — различныя величины. Размѣры эти слѣдующія:

1) Отъ *tub. isch.* одной стороны до *sp. post. sup.* противоположной (среднимъ числомъ $17\frac{1}{2}$ см.).

2) Отъ *sp. ant. sup.* одной стороны къ *sp. post. sup.* другой (21 см.).

3) Отъ *proc. spin.* послѣдняго поясничнаго позвонка къ *sp. ant. sup.* обѣихъ сторонъ (18 см.).

4) Отъ вертела одной стороны къ *sp. post. sup.* другой ($22\frac{1}{4}$ см.).

5) Отъ середины нижняго края симфизы къ *sp. post. sup.* той и другой стороны ($17\frac{1}{4}$ см.).

Разстоянія между передними и задними остями измѣряются довольно легко (на мѣстѣ задней ости кожа плотно прилежитъ къ кости, образуя ясно замѣтную при наружномъ осмотрѣ ямку), между тѣмъ какъ измѣреніе отъ *tub. isch.* и вертеловъ можетъ дать не совсѣмъ точные результаты.

Относительно результатовъ этихъ измѣреній нужно замѣтить, что они должны представлять значительныя разницы на той и другой сторонѣ (больше, по крайней мѣрѣ, нежели на 1 см.). Измѣряя тазъ, пострадавшій отъ коксита, нужно принять во вниманіе отклоненія, зависящія отъ атрофіи костей и мягкихъ частей на больной сторонѣ.

Съ помощью всѣхъ этихъ діагностическихъ средствъ мы можемъ распознать существованіе косаго сѣуженія таза въ случаяхъ значительно развитаго сѣуженія. Но гораздо труднѣе опредѣлить степень сѣуженія. Она зависитъ преимущественно отъ того — принадлежалъ ли тазъ первоначально къ числу большихъ или малыхъ тазовъ, — вмѣстѣ съ тѣмъ, конечно, и отъ степени смѣщенія костей.

Степень смѣщенія можетъ быть приблизительно опредѣлена, если пользоваться всѣми приведенными выше методами изслѣдованія, изъ которыхъ преимущественно измѣренія *Naegele*, — если они дадутъ значительныя разницы на обѣихъ сторонахъ, — позволяютъ намъ сдѣлать заключеніе о существованіи значительнаго смѣщенія. При этомъ можно будетъ сдѣлать также обратное заключеніе о первоначальной величинѣ таза, смотря по слишкомъ большой или необыкновенно малой величинѣ всѣхъ размѣровъ таза (разстоянія между *sp. il.* и *cr. i.* почти всегда меньше нормальнаго).

Вопросъ о существованіи анкилоза въ каждомъ данномъ случаѣ косаго смѣщенія таза можетъ быть достовѣрно рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ только тогда, когда существуютъ ясныя слѣды бывшаго воспаленія. Если *sp. post.* больной стороны стоитъ очень близко

къ *proc. spinos.*, то существованіе костнаго сращенія дѣлается крайне вѣроятнымъ. По *Freund'y* ¹⁾ если будемъ ислѣдовать женщину чрезъ прямую кишку въ стоячемъ положеніи, то, заставляя ее стоять то на одной, то на другой ногѣ, при отсутствіи анкилоза, можно ощущать пальцемъ смѣщеніе въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи.

На основаніи имѣющихся до сихъ поръ наблюденій, предсказаніе при этой формѣ таза какъ для матери, такъ и для младенца вообще очень неблагоприятно. По *Litzmann'y* ²⁾ изъ 28 роженицъ умерло 22 при первыхъ родахъ, изъ нихъ 5 не разрѣшившись, 3 сдѣлались жертвами 2-хъ, — а двое умерли отъ 6-хъ родовъ. Изъ 41 случая родовъ только 6 протекли естественнымъ путемъ, да и изъ этихъ 6-ти 5 родовъ наблюдались на одной и той же роженицѣ. Изъ 41 младенца только 10 родились живыми (изъ нихъ 6 отъ одной матери и 2 благодаря кесарскому сѣченію). Вѣрно, однако-же, и то, что вытекающее изъ этихъ данныхъ предсказаніе потому оказывается такъ неблагоприятнымъ, что многіе болѣе легкіе случаи остались неизванными или, если ихъ и распознали, то, не представляя собою большого интереса, они остались неопубликованными. Въ теченіе двухъ лѣтъ мы въ Эрлангенѣ наблюдали 3 такихъ случая, доказанные какъ прямыми измѣреніями, такъ и предшествовавшими болѣзнями; роды во всѣхъ 3 случаяхъ окончились благополучно какъ для матерей, такъ и для младенцевъ (одинъ изъ младенцевъ умеръ чрезъ три недѣли послѣ рожденія отъ случайной причины).

Болѣе благоприятный прогнозъ допускается въ тѣхъ случаяхъ, когда тазъ первоначально принадлежалъ къ числу большихъ тазовъ. Въ этомъ случаѣ, даже при очень значительномъ смѣщеніи, возможны роды естественнымъ путемъ. Если же малый размѣръ таза совпадаетъ съ сильнымъ косымъ смѣщеніемъ его, то въ большинствѣ случаевъ прогнозъ для матери будетъ весьма неутѣшительнъ; относительно же младенца онъ будетъ хорошъ только подъ условіемъ, если мы рѣшаемся на раннее производство кесарскаго сѣченія. Положенія тазовымъ концомъ неблагоприятны для плода, такъ какъ извлеченіе головки почти всегда сопряжено съ большими трудностями; но для матери эти положенія лучше, нежели черепныя, такъ-какъ роды при нихъ продолжаются менѣе долго.

Большой интересъ представляетъ механизмъ родовъ при косвенно-сбуженномъ тазѣ. Относительно способа вступленія подлежащей части во входъ таза самое важное значеніе имѣетъ положеніе мыса. Если послѣдній нѣсколько отклоненъ назадъ, то головка легче всего вступаетъ въ длинный косой діаметръ стрѣловиднымъ швомъ; если же *promontorium* глубже вдается въ полость таза, то онъ такъ сильно приближается къ подвздошной кости анкилозированной стороны, что пространство, лежащее за *dist. sacrocot.* этой половины

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. III. p. 399. — ²⁾ M. f. G. B. 23. p. 284.

таза, совершенно теряет свое значеніе для родового механизма, такъ какъ упомянутая *dist. sacrosot.* такъ сильно уменьшена, что ни одна часть черепа не можетъ вступить въ нее. Въ этихъ случаяхъ входъ таза болѣе всего походитъ на соответствующую часть обще-равномерно-суженнаго таза; при этомъ головка вступаетъ при весьма низкомъ стояніи затылка иногда легче всего въ суженную половину таза, такъ что, слѣдовательно, стрѣловидный шовъ совпадаетъ съ болѣе короткимъ косымъ диаметромъ. Изъ этого ясно, что если, при существующей врожденной малости таза, такое значительное пространство оказывается потеряннымъ для родового механизма, то оставшая часть таза можетъ совершенно не допустить вступленія головки.

Но если даже головка вставилась во входъ, то препятствія для родовъ еще отнюдь не устранены, такъ какъ суженіе таза въ поперечникѣ все болѣе и болѣе увеличивается. Черезъ выходъ таза легче всего головка проходитъ при совпаденіи стрѣловиднаго шва съ направлениемъ короткаго, косаго диаметра.

Послѣдующая головка легче проходитъ черезъ тазъ, если положеніе затылка соответствуетъ болѣе обширной половинѣ таза.

Терапія прежде всего зависитъ отъ первоначальной величины таза, затѣмъ — отъ степени смѣщенія.

Если мы имѣемъ рѣдкое счастье діагностировать во время первой беременности косое суженіе таза, или если женщина съ такимъ тазомъ послѣ благополучно протекшихъ первыхъ родовъ снова забеременѣваетъ, то почти всегда показывается искусственное преждевременное прерываніе беременности. Послѣднее исключается лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда незначительно косо-смѣщенный тазъ перворождающей представляетъ необыкновенно большіе размѣры, или когда предшествовавшіе роды доказали возможность безопаснаго прохожденія черезъ родовые пути младенцевъ даже значительной величины. Срокъ производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ зависитъ преимущественно отъ величины размѣровъ таза.

Если мы установили распознаваніе лишь во время самыхъ родовъ, преимущественно по затрудненіямъ при нихъ, и если головка вступила уже во входъ таза, то нужно поступать выжидательно. Въ случаѣ необходимости ускоренія хода родовъ, при живомъ еще плодѣ, покажется наложеніе щипцовъ, такъ какъ, по вступленіи головки во входъ, они одни въ состояніи еще спасти какъ плодъ, такъ и роженницу. Но эта операція сопряжена съ большими опасностями, такъ какъ только энергическія тракціи могутъ привести къ желаемой цѣли. Другое неудобство щипцовъ состоитъ въ томъ, что они могутъ воспрепятствовать благоприятному въ данномъ случаѣ повороту головки. Если мы убѣдились въ томъ, что головка не поддается даже при очень сильныхъ тракціяхъ, то лучше всего будетъ снять щипцы и тотчасъ же произвести перфорацию. При изложенныхъ обстоятельствахъ, мы никогда не извлечемъ живаго младенца, а, съ другой стороны, долго-

продолжающіяся форсированныя тракціи дѣлаютъ предсказаніе почти абсолютно дурнымъ и для роженицы. При мертвомъ плодѣ и существующихъ механическихъ препятствіяхъ необходимо немедленно приступать къ перфорации.

Если головка даже послѣ раскрытія зѣва не вступаетъ въ тазъ, то въ этихъ случаяхъ, по нашему мнѣнію, болѣе всего покажется кесарское сѣченіе, такъ какъ несомнѣнно имѣется дѣло съ сильнымъ суженіемъ таза. Если же эта операція считается ненужною или производство ея не допускается, то единственно раціональною терапіей будетъ поворотъ. Хотя при этихъ обстоятельствахъ намъ трудно разсчитывать на спасеніе плода, которое возможно только при кесарскомъ сѣченіи, однако, при этой операціи (поворотѣ) предсказаніе для матери также значительно улучшается. Ибо, если мы не можемъ сдѣлать ручнаго извлеченія головки, то плодъ умираетъ и роды послѣ перфорации послѣдующей головки протекаютъ быстро и при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ относительно матери. Что же касается перфорации, то произвести ее на послѣдующей головкѣ будетъ лучше, чѣмъ надъ предлежащей, баллотирующей надъ входомъ въ тазъ.

Анкилотически-поперечно-суженный тазъ.

Литература: *F. Robert*, Beschreibung eines im höchsten Grade quer verengten Beckens etc. Carlsruhe u. Freiburg 1842. — *C. Kirckhoffer*, Neue Zeitschr. f. Geb. 1846. B. 19. p. 305. — *B. Seyfert*, Verh. der. phys. med. Ges. in Würzburg. 1852. B. III. H. 3. p. 324. — *Lambl*, Prager Vierteljahrsschrift. 1853. B. 2. p. 142. и 1854. B. 4. p. 1. — *F. Robert*, Ein durch mechanische Verl. u. ihre Folgen quer verengtes Becken im Besitz von H.-rn. P. Dubois in Paris. Berlin 1853. — *Lloyd Roberts*, Obst. Tr. IX. p. 250. — *Kehrer*, M. f. G. B. 34. p. 1. — *E. A. Martin*, Ein während der Geb. erk. quer verengtes Becken etc. D. i. Berlin 1870. — *Kleinwächter*, Arch. f. Gyn. B. 1. p. 156. — *Comelli*, Wien. med. Woch. 1875. № 38. — *P. Greuser*, Ein Fall von quer verengtem Becken. D. i. Leipzig 1866. — *Choisil*, Thèse de Paris 1878. — *Ehrendorfer*, Arch. f. Gyn. B. XX. p. 102.

Litzmann, Die Formen des Beckens. p. 58.

Историческія примѣчанія. Первый случай анкилотически-поперечно-суженнаго таза былъ сообщенъ въ 1842 году *Robert*'омъ (изображеніе этого таза смотри на фиг. 140); за нимъ слѣдовали наблюденія *Kirckhoffer*'а (въ Килѣ) и *Seyfert-Lambl*'а (въ Прагѣ); затѣмъ *Robert* въ 1853 г. описалъ еще одну такую аномалію таза, принадлежащаго *P. Dubois*. *Lloyd Roberts* изъ Манчестера демонстрировалъ 5-й сюда относящійся случай, въ засѣданіи Obst. Soc. of London 4 декабря 1867 г.; шестой случай былъ описанъ *Kehrer*'омъ; этотъ экземпляръ находится въ Гиссенскомъ патолого-анатомическомъ кабинетѣ, а *E. A. Martin* описалъ седьмой тазъ, форма котораго подтверждена вскрытіемъ, изъ Берлинской поликлиники. *Choisil* описалъ поперечно суженный тазъ подъ именемъ «bassin de Landouzy» (опубликованъ уже раньше *Depaul*'емъ¹⁾). Тазы, описанныя *Kleinwächter*'омъ и *Comelli* по наблюденію, сдѣланному на живомъ субъектѣ, вѣроятно, аналогичны случаю *Robert*'а-*Dubois*. Служенію въ обоихъ случаяхъ не достигало крайнихъ предѣловъ, такъ что роды могли быть окончены посредствомъ краниотоміи. Въ случаѣ, описанномъ *Ehrendorfer*'омъ, была сдѣлана

¹⁾ Dict. encyclop. des sciences médic. Art. Bassin.

Spaeth'омъ операция *Porro* съ благоприятнымъ исходомъ. Очень сомнительно, чтобы тазъ, описанный *Paul Greuser*'омъ, принадлежалъ къ этой же самой категории; можетъ быть, это есть тазъ обще-равномѣрно-суженный во входѣ, который въ поперечномъ диаметрѣ постепенно суживался по направленію къ выходу. Костоѣда нисходящей лонной вѣтви, которая, по описанію, существовала въ продолженіи 14-ти лѣтъ, наводитъ на мысль о возможности каріознаго разрушенія крестцово-подздошнаго сочлененія. *Litzmann* ¹⁾ (Альтона) описалъ въ новѣйшее время тазъ съ недоразвитою (отъ рожденія?) крестцовой костью, который, какъ таковой, занимаетъ до сихъ поръ исключительное явленіе въ литературѣ.

Особенность, свойственная этой наиболѣе рѣдкой изъ всѣхъ аномалій таза, состоитъ въ томъ, что анкилозъ крестцово-подздошнаго сочлененія существуетъ на обѣихъ сторонахъ. При этомъ крыльевъ крестцовой кости или совершенно нѣтъ, или же они развиты лишь въ весьма недостаточной степени. Крестцовые позвонки узки; въ поперечномъ направленіи на этой кости, вмѣсто возгнутаго, замѣчается выпуклый изгибъ, между тѣмъ какъ продольная изогнутость крестца можетъ быть различная. Положеніе крестцовой кости измѣнено: она глубоко вдается въ тазъ, такъ что задніе концы подздошныхъ костей выстоятъ къзади необыкновенно сильно, и вмѣстѣ съ тѣмъ заднія ости (*sp. post. super.*) значительно приближены другъ къ другу. Дугообразный изгибъ безымянной линіи очень незначителенъ, или его даже почти совершенно не существуетъ. Подздошныя кости, начиная отъ мѣстъ анкилоза, направляются впередъ почти горизонтально и соединяются въ симфизѣ подъ очень острымъ угломъ. Первый изъ относящихся сюда тазовъ (описанный *Robert*'омъ) — симметриченъ, въ остальныхъ же случаяхъ замѣчаются асимметріи.

Емкость таза, естественно, подлежитъ очень существеннымъ измѣненіямъ. Прямой размѣръ входа уменьшается вслѣдствіе опущенія крестца въ полость таза, но это уменьшеніе въ большей части случаевъ уравнивается недостаточнымъ растяженіемъ таза въ поперечномъ направленіи, вслѣдствіе чего лонное соединеніе остается болѣе значительно удаленнымъ отъ мыса. Самое важное измѣненіе заключается въ высокой степени поперечнаго суженія, которое по направленію къ выходу таза такъ сильно возрастаетъ, что остается лишь длинная, узкая щель. (Въ вышеупомянутыхъ тазахъ поперечный размѣръ выхода имѣлъ отъ 6,1 сант. до 2³/₄ сант.).



Фиг. 140. Анкилотически-поперечно-суженный тазъ, описанный *Robert*'омъ.

Примѣчаніе. Случай *Robert'a-Dubois* представляетъ существенныя отклоненія отъ всѣхъ остальныхъ. Крылья крестцовой кости хотя недостаточно развиты, но все-таки, существуютъ, а анкилозъ представляется лишь частичнымъ. Притомъ вблизи сочлененія замѣтны слѣды бывшаго воспаленія, лѣвая *sp. post. sup.* оче-

¹⁾ Arch. f. Gyn. B. 25. p. 31.

видно, была отломлена и послѣ сращенія ея съ подвздошной костью осталась смѣщенной. Изъ анамнеза оказалось, что на 6-мъ году жизни черезъ тазъ этой больной переѣхало каретное колесо, вслѣдствіе чего больная не могла ходить цѣлый годъ, страдала опускающимся нарывомъ, и что исцѣленіе послѣдовало лишь на 15 году жизни. Тазъ этотъ существенно отличается отъ другихъ тѣмъ, что, за исключениемъ незначительнаго смѣщенія лѣвой подвздошной кости къзади и кверху (происшедшаго, вѣроятно, непосредственно отъ травматическаго поврежденія), крестцовая кость не выдвинулась глубже въ полость таза. Это уклоненіе, какъ мы сейчасъ увидимъ, играетъ важную роль въ образованіи какъ разбираемаго теперь, такъ и предвѣдущаго вида аномалии таза.

Способъ происхожденія поперечнаго суженія въ данномъ случаѣ довольно ясенъ. Вслѣдствіе травмы на 6-мъ году жизни, развилось воспаленіе обѣихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій съ исходомъ въ частичный анкилозъ. При существованіи же послѣдняго, крестцовая кость давленіемъ тяжести туловища уже не могла быть выдвинута впередъ между обѣихъ подвздошныхъ костей; поэтому, начиная съ 6-го года жизни, крестцово-подвздошныя связки не оказывали влеченія на задніе концы подвздошныхъ костей. Вслѣдствіе этого и, благодаря приостановкѣ въ ростѣ анкилозированной части крестца, исключался всякій поводъ къ увеличенію поперечнаго растяженія таза, и онъ долженъ былъ сохранить приблизительно ту же форму, которую имѣлъ въ 6-ти-лѣтнемъ возрастѣ; мало того, поперечныя диаметры, соотвѣтственно стени боковаго давленія со стороны бедеръ, которому не противодѣйствовало поперечное растяженіе, должны были еще уменьшаться. Съ этимъ тазомъ совершенно сходенъ «bassin de Landouzy», какъ по анамнезу, такъ и по формѣ.

Отъ этого случая всѣ остальные, относящіяся къ этой категоріи таза, отличаются тѣмъ, что у нихъ крестецъ глубоко выдвигается въ тазъ. Изъ этого слѣдуетъ, что костное сращеніе не могло быть первичнымъ явленіемъ, но что оно, напротивъ, наступило лишь послѣ того, какъ стало обнаруживаться дѣйствіе тяжести туловища. Происхожденіе остальныхъ тазовъ этой категоріи объясняется, слѣдовательно, только съ условіемъ, если принять первично существовавшую аномалию въ развитіи крестцовыхъ крыльцевъ обѣихъ сторонъ (въ пользу чего говорить и отрицательныя въ этомъ отношеніи данныя анамнеза). Вслѣдствіе уменьшенной сочленовой поверхности (можетъ быть въ вслѣдствіе недостаточнаго развитія крестцово-подвздошныхъ связокъ), крестецъ болѣе и болѣе вдвигался въ тазъ съ того времени, какъ начала дѣйствовать тяжесть туловища. Происходившее при этомъ треніе и втяженіе суставныхъ частей крестцово-подвздошныхъ сочлененій были причинами слипчиваго воспаленія (въ случаѣ *Martin'a* — гнойнаго), окончившагося анкилозомъ.

Измѣненія емкости въ различныхъ частяхъ таза должно представлять себѣ происшедшими слѣдующимъ путемъ:

Такъ какъ поперечное растяженіе таза находится подъ влияніемъ роста крестцовыхъ крыльцевъ, то, при отсутствіи или недостаточномъ развитіи послѣднихъ, растяженія можетъ не быть вовсе, или же оно можетъ существовать лишь въ незначительной степени. Поэтому-то подвздошныя кости остаются съ обѣихъ сторонъ плоскими и вытянутыми въ длину. При этомъ происходитъ тотъ-же процессъ, какой наблюдается при косвенно-суженномъ тазѣ на одной только сторонѣ; разница будетъ только въ томъ, что въ послѣднемъ случаѣ косое смѣщеніе происходитъ вслѣдствіе односторонняго измѣненія условій давленія и влеченія на симфизу со стороны здоровой подвздошной кости. Поперечно-суженные тазы имѣютъ видъ, подобный дѣтскому, только крестецъ въ нихъ глубже опускается въ тазъ, и подвздошныя кости подъ влияніемъ давленія бедеръ, приближаются другъ къ другу, такъ что поперечныя размѣры относительно таза у новорожденныхъ гораздо меньше. Прямой размѣръ входа, по причинѣ глубокаго опусканія мыса, укорачивается, но, такъ какъ, вслѣдствіе отсутствія поперечнаго растяженія, симфиза не приближается къ мысу, онъ опять увеличивается, вслѣдствіе чего онъ, по большей

части, лишь незначительно уклоняется отъ нормы. Въ тазѣ *Robert'a Dubois*, взятомъ отъ 17-лѣтней женщины небольшого роста и слабого тѣлосложенія, онъ больше, нежели можно было-бы ожидать (вслѣдствіе того, что крестцовая кость не вдается въ тазъ), тогда какъ длина конъюгаты въ тазу *Kirchhoffer'a* объясняется первоначальной величиной его размѣровъ.

Итакъ, поперечно-суженные анкилотическіе тазы рѣшительно говорятъ въ пользу различнаго происхожденія косвенно-суженныхъ тазовъ, какъ уже было нами изложено выше. Тазъ *Robert'a-Dubois* и *Landuzzi*, къ которымъ, вѣроятно, принадлежатъ и тазы, описанные *Kleinwächter'*омъ и *Comelli*, неподтвержденные вскрытіемъ, соответствуютъ косвенно-суженнымъ вслѣдствіе каріознаго процесса, другіе же, относящіеся сюда тазы соответствуютъ тѣмъ формамъ, которыя происходятъ вслѣдствіе первоначальной аномаліи въ развитіи одной половины таза со смѣщеніемъ подвздошной кости.

Распознаваніе этого таза только въ рѣдкихъ случаяхъ представляетъ затрудненія. Расстояніе между остями (Sp. J.) и гребешками (Cr. J.), особенно между вертелами (D. Tr.), чрезвычайно мало, тогда какъ Боделоковскій размѣръ почти нормальной величины. Особеннаго вниманія заслуживаетъ задняя поверхность крестцовой кости. Если анамнезъ даетъ отрицательный результатъ, слѣдовательно, если анкилозъ произошелъ не вслѣдствіе остраго гнойнаго воспаления, то *spinae posteriores superiores* поразительнымъ образомъ приближается другъ къ другу, между тѣмъ какъ остистые отростки лежатъ такъ глубоко, что ощупываются съ трудомъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи тотчасъ бросается въ глаза суженіе въ поперечномъ размѣрѣ и почти параллельное направленіе нисходящихъ вѣтвей лонныхъ костей. Суженіе это такъ значительно, что подобный тазъ можетъ быть смѣшанъ только съ немногими другими аномаліями. Отъ тазовъ остеомалытическихъ онъ легко отличается по анамнезу, по отличію задней поверхности крестцовой кости, по положенію мыса и крыльевъ безымянныхъ костей; отъ кифотическихъ поперечно-суженныхъ его различаютъ по отсутствію кифоза и по различію въ поперечныхъ размѣрахъ большого таза и вертеловъ. Всего труднѣе отличать описываемый тазъ, особенно если поперечное суженіе не очень значительно, отъ воронкообразно-поперечно-суженнаго таза, если его размѣры сами по себѣ очень малы.

Предсказаніе при этомъ тазѣ вытекаетъ изъ терапіи.

Въ большинствѣ этихъ случаевъ единственно рациональною терапіею будетъ, даже при мертвомъ плодѣ, кесарское сѣченіе. Оно было произведено изъ семи случаевъ, распознаваніе которыхъ не подлежало сомнѣнію, шесть разъ; на пражскомъ пыганскомъ тазѣ, въ которомъ поперечное суженіе было менѣе значительно, можно было обойтись перфорацией и кефалотрипсией. Родильница умерла отъ родильной горячки.

Остеомалытическій тазъ.

Литература: *G. W. Stein* старш., *Kleine Werke zur prakt. Geb. Marburg 1798. VI. Abh. v. d. Kaisergeburt. Третій случай 1780. p. 283. Tab. 10; см. тоже самое p. 325, также старин. случаи Cooper'a 1776, и стр. 327—Vaughan-Atkinson'a. — G. W. Stein* младш., *Annalen d. Geb. St. I. p. 119. и St. II. и III и*

Lehre d. Geb. Elberfeld 1825. Th. 1 p. 103. — *F. C. Naegele*, Erf. und Abh. etc. Mannheim 1812. p. 409 и *Clausius*, Commentation etc. Frankf. 1834. p. 19. — *H. F. Kilian*, Beitr. zu einer genauen Kenntniss der allg. Knochenerweichung der Frauen etc. Bonn 1829 и das halisteetische Becken etc. Bonn 1857. — *Litzmann*, Die Formen des Beckens. p. 85 и p. 113. — *Casati*, Sulla osteomalacia oss. etc. Milano 1871. — *Hennig*, Arch. f. Gyn. B. V. p. 494.

Историч. зам. Въ Германіи первый, описавшій случай кесарскаго сѣченія при остеомалятическомъ тазѣ, былъ *Stein* старшій. Въ Англии до него, по причинѣ остеомаляціи, было произведено кесарское сѣченіе *Cooper*'омъ и *Atkinson*'омъ. Впрочемъ, *Stein* въ своемъ учебникѣ не упоминаетъ еще объ остеомалятическомъ тазѣ. *De Fremery* въ своей диссертациі приложилъ общіе законы, на основаніи которыхъ происходятъ аномаліи таза вообще, и къ тазу остеомалятическому, хотя онъ самъ видѣлъ только гипсовый слѣпокъ съ подобнаго таза.

Stein младшій въ своемъ «*Lehre der Geburtshülfe*», въ числѣ другихъ аномалій таза говоритъ и о «размягченномъ тазѣ» и описываетъ его съ своею обыкновенною точностью.

Послѣ него въ особенности *Kilian* занимался ученіемъ объ остеомалятическомъ тазѣ, а также и *Litzmann* сдѣлалъ этотъ тазъ предметомъ своихъ измѣненій и собралъ всѣ извѣстные въ литературѣ случаи до 1861 г.

Остеомалятическіе тазы, по ихъ первоначальнымъ зачаткамъ, бываютъ очень разнообразной величины; но также и кости, первоначально достигшія значительной величины, могутъ уменьшиться, вслѣдствіе всесторонняго давленія въ такой степени, что тазъ, имѣвшій первоначально нормальные размѣры, можетъ превратиться въ обще-сѣуженный, вслѣдствіе остеомаляціи.

Даже при толстыхъ костяхъ таза эти отличаются поразительною легкостью. Отдѣльныя кости сильно изогнуты и представляютъ даже надломы. Разрѣзы костей, какъ это видно на препаратахъ бедренныхъ костей скелетированнаго таза, представляются порозными, съ тканью, подобною *diplœ*, и часто окружены только очень тонкимъ слоемъ компактнаго костнаго вещества, и даже нерѣдко случается, что на отдѣльныхъ мѣстахъ таза этотъ слой совершенно уничтоженъ, такъ что кости здѣсь представляютъ шероховатую, порозную, какъ бы извѣденную поверхность.

Существенныя измѣненія отдѣльныхъ костей состоятъ въ слѣдующемъ:

Крестцовая кость, особенно относительно крыльевъ ея, узка. Тѣла позвонковъ, совершенно какъ при высокой степени рахитизма, выдаются изъ за крыльевъ въ тазъ; они лежатъ при этомъ глубже, нежели крылья, такъ что иногда крылья, вслѣдствіе этого смѣщенія внизъ и впередъ, представляютъ ясную борозду. Мысль, слѣдовательно, спускается глубоко въ тазъ, приближаясь къ лонному соединенію и нижнему концу крестцовой кости. Это приближеніе уже само по себѣ



Фиг. 141. Остеомалятическій тазъ.

обусловливается переменною положенія мыса, но, кромѣ того, и тѣмъ, что крестцовая кость по своей длинѣ изгибается въ высшей степени, такъ что въ экзквизитныхъ случаяхъ мысъ и верхушка крестца почти соприкасаются между собою. Это сильное искривленіе крестца обусловливается по большей части явственнымъ загибомъ, и притомъ чаще всего въ верхней части 3-го или даже 2-го крестцового позвонка. При этомъ тѣла крестцовыхъ позвонковъ, а равно и поясничной части позвоночника сжаты сверху внизъ и агрофированы. Последніе, вслѣдствіе опусканія мыса въ полость таза, приближаются ко входу въ тазъ, такъ что, вслѣдствіе лордоза поясничной части позвоночника (компенсируемаго кифозомъ спинной части позвоночника), они образуютъ надъ входомъ въ тазъ выступъ какъ при спондилолистезѣ или при *pelv. obtecta* (см. стр. 543), и акушерская конъюгата по этому должна быть проводима отъ симфизы къ одному изъ послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ. Значительные сколиозы встрѣчаются рѣдко.

Крылья подвздошныхъ костей иногда малы и представляютъ проsvѣчивающіяся мѣста, въ другихъ же случаяхъ они довольно толсты. Расстояніе между *sp. anter. super.* обыкновенно бываетъ нѣсколько меньше нормальнаго. Расстояніе между *Cr. II.* обыкновенно гораздо значительнѣе, нежели между *Sp. II.* При этомъ крылья подвздошныхъ костей представляютъ идущую сверху внизъ борозду, которая иногда расходится вилкообразно. *Spinae poster. super.* хотя и выдаются позади крестцовой кости, но онѣ малы и лежатъ въ одной плоскости съ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка. Иногда этотъ послѣдній значительно выдается и обращенъ въ одну какую нибудь сторону.

Тазовое кольцо вообще сжато спереди и съ боковъ, такъ что *tub. isorectinea* приближаются другъ къ другу. Вертлужныя впадины направляются кверху, кпереди и внутрь, и входъ въ тазъ спереди суживается, такъ что лонное соединеніе получаетъ видъ клюва. Вслѣдствіе этого нисходящія вѣтки лонныхъ и восходящія сѣдалищныхъ костей, также какъ и *tubera ischii*, приближаются другъ къ другу. Но послѣднія по большей части отворочены нѣсколько кнаружи. На болѣе размягченныхъ мѣстахъ находятъ настоящіе загибы; иногда кости, образующія лонную дугу или клювообразно заостренное лонное соединеніе, соприкасаются между собою. Обыкновенно эти мѣста представляютъ болѣе или менѣе значительную асимметрію.

Вслѣдствіе всего вышесказаннаго полость таза измѣняется въ высокой степени; болшею частью выходъ суженъ болѣе, нежели входъ, рѣже бываетъ обратное.

Вслѣдствіе того, что мысъ и вертлужныя впадины приближаются другъ къ другу, видъ входа въ тазъ получаетъ трехугольную форму, такъ что суженіе въ высокой степени будетъ походить на *Y*. Конъюгата часто, поперечный же размѣръ почти всегда укорочены, и суженіе полости таза въ поперечномъ направленіи увеличивается по мѣ-

рѣ приближенія къ выходу. Въ прямомъ размѣрѣ полость таза не сужена, если уменьшеніе ея не обусловливается сильнымъ загибомъ внутрь верхушки крестца. Последнее обстоятельство оказываетъ влияние на значительное уменьшеніе прямого размѣра выхода таза; дѣло можетъ дойти даже почти до совершеннаго уничтоженія выхода, вслѣдствіе сильнаго сближенія между собою вѣтвей лонной дуги и сѣдалищныхъ бугровъ съ верхушкою крестца.

Эти отклоненія отъ нормы, какъ подробно изложено въ нижеслѣдующемъ примѣчаніи, обусловливаются особенностями рассматриваемаго нами болѣзненнаго процесса.

Примѣчаніе. Сущность остеомаляции состоитъ въ томъ, что, при явленіяхъ воспаленія, сформированная уже кость лишается въ гаверсовыхъ каналцахъ своихъ солей и остающаяся затѣмъ размягченная костная ткань замѣщается разрастающимся костнымъ мозгомъ. Характеритическое явленіе при этомъ состоитъ въ томъ, что происшедшее въ костяхъ разстройство питанія прогрессируетъ безостановочно. Въ патолого-анатомическомъ отношеніи процессъ этого можно назвать вѣрнѣе всего прогрессивнымъ остеомиелитомъ и остентомъ¹⁾.

Болѣзнь эта, если не исключительно, то все-таки, преимущественно встрѣчается у беременных и родильницъ и въ этихъ случаяхъ начинается съ таза; иногда она является уже при первой беременности, но чаще послѣ нѣсколькихъ предшествовавшихъ родовъ. Истинныя причины ея до сихъ поръ неизвѣстны. Хотя на происхожденіе ея неоспоримо имѣютъ влияния сырья и темныя жилища, а также и недостаточное питаніе, но есть мѣстности, въ которыхъ она встрѣчается эндемически, и этотъ послѣдній моментъ играетъ существенную роль. Такъ, она почти никогда не встрѣчается въ Англіи и въ Сѣв. Америкѣ, за то въ другихъ мѣстахъ, особенно на берегахъ Рейна и въ близлежащихъ долинахъ, въ восточной Фландріи, около Милана и т. д. она наблюдается, относительно, довольно часто; при существованіи подобныхъ условій, постоянная гиперемія въ тазовыхъ костяхъ, имѣющая мѣсто во время беременности, можетъ, вѣроятно, подать поводъ къ обнаруженію болѣзни.

Остеомалягическій процессъ начинается, въ сущности, остеомиелитомъ. Костный мозгъ, содержащій жиръ, уничтожается, и образуется молодая красная мозговая ткань, круглыя маленькія клѣточки которой сильно разрастаются подъ влияніемъ значительной гипереміи, которая ведетъ иногда къ кровоизліянію. Потеря извести въ сформированныхъ костяхъ начинается съ гаверсовыхъ каналовъ и захватываетъ одну пластинку за другою, такъ что въ периферіи этихъ каналовъ образуется ткань, остеоидная ткань, т. е. костная ткань безъ извести. Но при этомъ измѣняется также и сама костная ткань; костныя тѣльца становятся толще, круглѣе, наполняются жиромъ и каналцы ихъ отчасти уничтожаются. Наконецъ, вся костная ткань растворяется и замѣняется разрастающимся костнымъ мозгомъ. Невѣроятно, чтобы и костныя тѣльца превращались въ клѣточки костнаго мозга. Эта замѣна костей мозгомъ идетъ по направленію гаверсовыхъ каналовъ, такъ что еще цѣлыя костныя пластинки лежатъ посреди костнаго мозга, и кости принимаютъ видъ *diploë*. Въ случаяхъ высокой степени развитія болѣзни кости совершенно мягки, подобно воску, легко рѣжутся ножомъ и хрустятъ при этомъ только на отдѣльныхъ мѣстахъ. Въ крайнихъ случаяхъ остаются только кожистые мѣшки изъ надкостницы, которые содержатъ ткань костнаго мозга и жиръ. Особенно извѣстенъ въ этомъ отношеніи случай *M-me Soupiot*, описанный *Morand'omъ* и скелеть которой хранится въ Дюпойтреновскомъ музеѣ, и *Elisabeth Fos-*

¹⁾ См. *Volkmann*, Handb. d. allg. u. sp. Chir. von *Pitha* и *Billroth*. Erlangen 1865. В. II. Abth. 2. p. 342.

ter, которая, по *William'у Cooper'у*, подь конецъ жизни представляла только неподвижный кусокъ живаго мяса и, не смотря на это, все-таки забеременѣла въ этомъ состояніи

Относительно химическихъ измѣненій при остеомалыціи, изслѣдованія дали разногласяшіе результаты. Вѣрно только то, что въ остеомалытическихъ костяхъ уменьшается количество неорганическихъ составныхъ частей; при этомъ бываетъ уменьшена то углекислая, то фосфорно-кислая известь. Въ сильно пораженныхъ костяхъ не находятъ ни глутина, ни хондрина. Кислая реакція разрастающагося костнаго мозга не постоянна, точно также и въ мочѣ не во всѣхъ случаяхъ встрѣчается молочная кислота, которую находили *Schmidt, C. O. Weber, Moers* и *Musk*. Мнѣніе о томъ, что известковыя соли растворяются кислотою и затѣмъ удаляются изъ костей, не имѣетъ положительнаго основанія. Какимъ образомъ известь выводится изъ организма, нѣтъ никакихъ точныхъ указаній. На основаніи прежнихъ наблюденій, моча у остеомалытическихъ женщинъ содержитъ много извести, по *Gusserow'у* ¹⁾ въ молокѣ ихъ также находится значительное количество извести; наблюденія эти, однако, другими опровергаются ²⁾.

Итакъ, въ то время, какъ при рахитизмѣ отдѣльныя кости обыкновенно не теряютъ своей плотности, и остеоидныя слои между ними только обуславливаютъ возможность значительнаго смѣщенія, при остеомалыціи кости спутри къ наружи размягчаются, становятся мягкими, и вслѣдствіе этого форма ихъ претерпѣваетъ значительныя измѣненія.

Измѣненія таза при этомъ обуславливаются тѣми же моментами, какіе обуславливаютъ образованіе таза взрослой женщины, съ тою только разницею, что эти моменты дѣйствуютъ слишкомъ сильно на размягченныя кости (см. стр. 15). Само собою понятно, что очень важное значеніе въ этомъ случаѣ имѣютъ степень размягченія костей и порядокъ, въ которомъ онѣ заболѣвали. Въ меньшей степени на эти измѣненія вліяетъ натяженіе со стороны мышцъ.

Крестцовая кость, подь вліяніемъ давленія тяжести туловища, поддается впередъ и внизъ, а нижній конецъ ея при сидѣніи загибается вверхъ. Опускаясь внизъ, крестцовая кость тянетъ за собою заднія части подвздошныхъ костей. Въ то время, какъ по той же самой причинѣ, при рахитическомъ тазѣ, съ твердыми костями и при отсутствіи противодавленія со стороны вертлужныхъ впадинъ, происходитъ при этомъ сильное поперечное растяженіе, при остеомалыціи размягченныя кости изгибаются сами, и происходятъ перегибъ подвздошныхъ костей. При этомъ, вслѣдствіе противодавленія со стороны головокъ бедренныхъ костей, вертлужныя впадины подаются внутрь и вверхъ, и поэтому подвздошныя кости еще сильнѣе сгибаются и крылья ихъ образуютъ какъ бы складки. Вмѣстѣ съ этимъ лонное сочлененіе принимаетъ видъ клюва (часто являются настоящія переломы). Вслѣдствіе лежанія задняя поверхность крестца и заднія части подвздошныхъ костей становятся плоскими, а иногда и остистыя отростки сгибаются въ сторону. Вслѣдствіе же того, что нормальнымъ образомъ направленіе тяжести туловища идетъ позади плоскости, проходящей чрезъ вертлужныя впадины и поддерживающей ихъ, наклоненіе таза при размягченіи костей должно быть уменьшено въ высокой степени.

Вслѣдствіе особенной манеры держаться, продолжительнаго лежанія на боку, а также по причинѣ неравномѣрнаго размягченія отдѣльныхъ частей таза, происходятъ асиметрія и различныя видоизмѣненія остеомалыгическаго таза.

Очень важно то обстоятельство — какъ долго больныя съ размягченными костями еще ходятъ. Если онѣ легли въ постель вскорѣ по заболѣваніи и притомъ лежали мало на бокахъ, то вертлужныя впадины не приближаются другъ къ другу. Въ сидячемъ положеніи мысь опускается глубоко въ тазъ, тогда какъ при спойномъ положеніи на спинѣ и этого не бываетъ.

На фиг. 141 мы приводимъ тазъ, чрезвычайно интересный по своей исто-

¹⁾ M. f. G. B. 20. p. 19. — ²⁾ *Pagenstecher*, M. f. G. B. 19. p. 128.

ри¹⁾ и находящійся въ собраніи Боннскаго родовспомогательнаго заведенія. Субъектъ, отъ котораго заимствованъ этотъ тазъ, по имени *Charoubel*, послѣ двухъ нормальныхъ родовъ заболѣлъ остеомаляціей, 3-ьи роды протекли еще легко и благополучно, тогда какъ при 4-хъ и 5-хъ понадобилась перфорация, а при 6-хъ родахъ она родила, при помощи поворота, мертваго младенца. При седьмой беременности *Kilian* произвелъ кесарское сѣченіе съ счастливымъ исходомъ, какъ для нея, такъ и для ребенка²⁾. На другой день послѣ операциіи былъ отрѣзанъ выпавшій сальникъ. При 8 беременности³⁾ яйцо пѣликомъ выступило черезъ произвольный разрывъ матки въ брюшную полость, и при помощи лапаротоміи извлеченъ мертвый младенецъ. Выздоровѣвши, она снова забеременела и послѣ вторичнаго разрыва матки была произведена еще разъ лапаратомія со счастливымъ исходомъ, какъ для матери такъ и для плода.

Распознаваніе въ началѣ болѣзни, когда еще нѣтъ характерныхъ измѣненій въ тазу, или когда они выражены въ незначительной степени, можетъ быть затруднительно. Въ мѣстностяхъ, въ которыхъ остеомаляція встрѣчается эндемически, нужно предполагать это страданіе у всѣхъ беременныхъ или родильницъ, которыя жалуются на сильныя «ревматическія» боли въ нижней половинѣ туловища. Если не упускать изъ виду измѣреніе роста и прямого размѣра входа въ тазъ у даннаго субъекта, то по замѣчаемому постоянному уменьшенію ихъ можно установить распознаваніе остеомаляціи въ такое время, когда еще не бываетъ характерныхъ измѣненій, на основаніи которыхъ распознаваніе не подлежитъ болѣе сомнѣнію. Это тѣмъ важнѣе, что незначительная степень суженія лонной дуги и выраженная не сильно клювообразная форма лоннаго соединенія трудно распознаются съ положительностью на живой.

Если остеомаляція развита уже въ порядочной степени, то нѣтъ никакихъ затрудненій узнать ее по существеннымъ перемѣнамъ въ тазу, особенно, если обратить вниманіе на характеристическій анамнезъ.

При изслѣдованіи таза, Боделоковскій размѣръ находятъ часто, хотя и не всегда, уменьшеннымъ, и до мыса почти всегда легко добраться. Размѣры большаго таза и особенно разстояніе между вертелами малы; гребешки подвздошныхъ костей очень сильно изогнуты и лонное соединеніе имѣетъ видъ клюва; параллельно стоящія боковыя части лонной дуги и сближенныя между собою tubera ischiі представляютъ характерную особенность этого таза. Нетрудно также распознать характерный изгибъ крестцовой кости.

Относительно отличія этого таза отъ кифотическаго и анкилотически-поперечно-суженнаго, съ которыми только и можно было-бы смѣшивать остеомаляцію, мы уже указали при описаніи этихъ тазовъ. Отъ очень рѣдко встрѣчающагося ложноостеомалятическаго таза состоящая остеомаляція отличается по анамнезу (см. ниже).

Опредѣленіе степени суженія можетъ быть очень затруднительно,

¹⁾ См. *Pütz*, *Ennar. Sect. Caes. etc. D. i. Bonn 1843.* — ²⁾ См. *Küpper*, *Sect. Caes. etc. D. i. Bonnae 1838.* — ³⁾ *Kilian*, *Organ für die gesammte Heilkunde. B. I. Heft. 3. Bonn 1841.*

такъ какъ измѣненіе діагональной конъюгаты или какого нибудь другого размѣра при этомъ недостаточно. Лучше попытаться подъ хлороформомъ ввести всю руку въ полость малаго таза, чтобы составить себѣ приблизительное понятіе о емкости ея.

Предсказаніе — неблагоприятно. Совершенное исцѣленіе отъ остеомалаяціи принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ; даже и улучшение встрѣчается только тогда, когда больная долгое время не забеременѣваютъ. Но и тогда, когда наступаетъ даже исцѣленіе, все-таки остаются еще измѣненія въ тазу. Такъ больная, тазъ которой описанъ *Winckel'*емъ ¹⁾ умерла отъ разрыва матки, хотя при вскрытіи кости таза оказались крѣпче и плотнѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Если принять въ соображеніе, что при очень значительной степени остеомалаяціи тазъ можетъ раздаваться подъ вліяніемъ напора головки, то исцѣленіе остеомалаяціи, въ чисто акушерскомъ отношеніи, представляетъ болѣе неблагоприятные шансы, нежели дальнѣйшее развитіе процесса.

Такъ какъ возможность зачатія не уничтожена и при самыхъ высокихъ степеняхъ остеомалаяціи (по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока *immissio penis* возможна во входъ таза), то большинство страдающихъ этою болѣзнью умираетъ во время родовъ или отъ ихъ послѣдствій, другія же, вслѣдствіе продолжительнаго хроническаго хворанія, оканчиваютъ жизнь свою въ еще болѣе печальномъ состояніи.

Какъ пагубно остеомалаяція вліяетъ на родовый актъ, видно изъ статистики *Litzmann'*а, по которой изъ 72 женщинъ, забеременѣвшихъ во время разбираемой болѣзни, 38 не могли разрѣшиться естественнымъ путемъ, и только 11 разрѣшились по одному разу естественнымъ образомъ.

Относительно плода исходъ бываетъ различный. Въ началѣ заболѣванія, а также и при совершенномъ размягченіи таза, плодъ можетъ родиться естественнымъ образомъ и притомъ живымъ. Съ другой же стороны, шансы для плода еще благоприятнѣе потому, что очень часто при остеомалаяціи существуетъ абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію, т. е. къ операци, которая даетъ благоприятные результаты относительно плода.

Относительно терапіи должно руководствоваться тѣмъ, что дать тщательное изслѣдованіе таза. При изслѣдованіи всею рукою должно стараться рѣшить — можетъ ли чрезъ данный тазъ пройти головка неповрежденною, или по крайней мѣрѣ послѣ прободенія. Въ большинствѣ случаевъ суженіе такъ значительно, что разрѣшеніе естественнымъ путемъ абсолютно невозможно, если кости не такъ размягчены (что всегда нужно имѣть въ виду при значительныхъ степеняхъ остеомалаяціи), чтобы тазъ могъ раздаться во время родовъ. Вопросъ о томъ, производить ли при высокой степени суженія и при благо-

¹⁾ M. f. G. B. 23. p. 326.

пріятныхъ обстоятельствахъ кесарское сѣченіе тотчасъ, или же, надѣясь на расширеніе размягченнаго таза, дѣйствовать выжидательно, — въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, рѣшить очень трудно. Если можно констатировать хоть какую нибудь растяжимость таза, то, принимая въ соображеніе опасность кесарскаго сѣченія и въ особенности наблюденія *Lazzati* и *Casati* въ Миланѣ (изъ 62 родовъ только 2 раза кесарское сѣченіе), лучше поступать выжидательно.

Примѣчаніе. Случаи, къ которыхъ, подъ вліяніемъ напора головки, сильно размягченный тазъ раздается настолько, что, вопреки всѣмъ ожиданіямъ, дѣлалось возможнымъ окончаніе родовъ произвольнымъ образомъ, или же, при помощи искусства, *per vias naturales*, не очень рѣдки. Кромѣ случаевъ, собранныхъ *Kilian'*омъ¹⁾, сюда относятся еще случаи *Robert'a* 2), (2 случая: первый относится ко вторичной беременности женщины, описанной *Kilian'*омъ подъ Nr. X. второй описанъ также *Schmitz'*омъ³⁾, *Olshausen'a* 4), *Hugenberger'a* 5), *Kezmar-sky* 6), *Müller'a* 7) и *Löhlein'a* 8). Въ случаяхъ *Breslau* 9), *Fasbender-Püllen'a* 10) и *Красовскаго* 11) имѣли дѣло съ растяжимымъ тазовымъ выходомъ; во второмъ изъ нихъ тѣмъ не менѣе сдѣлано было кесарское сѣченіе съ успѣшнымъ исходомъ. *Winkel* 12), *Schick* 13) и *Weber-Ebenhof* 14) тоже наблюдали каучуко-подобную растяжимость на тазахъ, полученныхъ на вскрытіи; послѣдніе два случая относятся къ остеомаляціи непуэрперальной (*Lazzati*, въ Миланѣ, по словамъ *Barnes'a* 15) увѣряетъ, что хотя остеомаляція встрѣчается тамъ очень часто, тѣмъ не менѣе очень рѣдко приходится прибѣгать къ кесарскому сѣченію, даже при сильномъ обезображеніи таза. Обыкновенно при этомъ дѣлается поворотъ, и кости таза раздуются настолько, что можно извлечь младенца неповрежденнымъ или же по предварительному уменьшенію его объема) 16).

Litzmann собралъ данныя относительно операций, потребовавшихся при

1) Das halisteretische Becken. p. 35, sequ. — 2) De dilat. pelv. hal. etc. Bonnae 1859. — 3) Scanzonis Beitr. IV. p. 42. — 4) Berl. kl. W. 1869. Nr. 33. — 5) Petersb. med. Z. 1872. B. III. H. I. — 6) Arch. f. Gyn. B. IV. p. 537. — 7) Scanzoni's Beitr. B. VII. p. 268. — 8) Berl. kl. Woch. 1875. № 25. — 9) Deutsche Klinik 1859. Nr. 36. и M. f. G. B. 20. p. 355. — 10) M. f. G. B. 33. p. 177. — 11) См. *Hugenberger*, l. c. S. A. p. 20. — 12) M. f. G. B. 23. p. 81. — 13) Тамъ-же B. 27. p. 178. — 14) Prag. Vierteljahrssch. 1873. I. p. 78. — 15) Obst. op. 2. ed. p. 325.

16) Весьма интересный случай растяжимаго остеомаляческаго таза представлялся нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ здѣшнемъ Повивальномъ Институтѣ. Его имѣли возможность наблюдать очень многіе, благодаря добротности директора *В. Н. Этмингера* и проф. *Гуенбергера*. Женщина, о которой идетъ дѣло, имѣла 32 года отъ роду и была беременна 8-й разъ. Остеомаляція началась со второй беременности, но дѣлала значительныя пережки, такъ что всѣ предшествовавшіе роды кончались весьма скоро (младенцы были всегда невелики). При поступленіи ея въ Повивальный Институтъ тазъ былъ обезображенъ весьма сильно; беременная потеряла всякую возможность двигаться. Прямой размѣръ выхода — 7 см., поперечный 6 см. На совѣщаніи врачей большинство было за кесарское сѣченіе; но проф. *Гуенбергеръ*, надѣясь на растяжимость таза, которую ему удалось констатировать, былъ другаго мнѣнія. Такъ-какъ до нормальнаго конца беременности оставалось еще 4 недѣли, то онъ предпочелъ произвести преждевременные роды и затѣмъ дать родамъ окончиться произвольнымъ образомъ, или же, если понадобится, прибѣгнуть къ тому или другому пособію искусства, но все-таки окончить роды *per vias naturales*. Ожиданія д-ра *Гуенбергера* оправдались совершенно. Сдѣланы были преждевременные роды и они окончены ручнымъ извлеченіемъ (д-ръ *Петровъ*), такъ какъ имѣли дѣло съ тазовымъ положеніемъ. — Въ какой степени въ Петербургѣ рѣдко встрѣчается остеомаляція, видно изъ того, что на 60.000 родовъ въ Повивальномъ Институтѣ и Родовспомогательномъ Заведеніи не было ни одного случая этой болѣзни. См. Dr. Th. *Hugenberger*, Ein Fall flexiler Halisterese. St. Petersburg. Medic. Zeitschr. 1872. H. 1. p. 1. Г.

остеомалятических тазяхъ. У 16 роженницъ была произведена перфорация, а у 40 кесарское сѣченіе; искусственные преждевременные роды были произведены въ 2-хъ случаяхъ, а symphysiotomia 1 разъ. У 7 роженницъ произошелъ разрывъ матки и 4 умерли не разрѣшившись.

Ложноостеомалятическій (Michaelis) или спавшійся рахитическій (Litzmann) тазъ.

Литература: *Smellie*, Treatise etc. London 1752. p. 83 и Tab. anat. T. III. — *Strin* млад., Dis Lehranstalt der Geb. in Bonn. Elberf. 1823. p. 184. — *Clausius*, Diss. s. cas. rariss. etc. 1834. и F. C. *Naegele*, Das schräg verengte Becken. p. 85 и T. XII и XIII. — *Lange*, Prager Vierteljahrsschrift 1844. p. 5. — *Hohl*, Zur Pathol. des Beckens. p. 78. — *A. P. Kiliun*, De rachitide etc. D. i. Bonn 1855. — *Litzmann*, l. c. p. 92. — *Scanzoni*, Lehrbuch d. Geb. 4. Aufl. B. II. p. 437. — *C. O. Weber*, Errar. cons. rach. etc. Progr. Bonn 1862. — *Marchand* и *Schücking*, Arch. f. Gyn. B. XII. p. 437. F. III. — *Hamann*, D. i. Halle 1881.

Этого рода тазы имѣютъ поразительное сходство съ тазами остеомалятическими. Мысль опущенъ глубоко внизъ и нижній конецъ крестцовой кости, вслѣдствіе загиба въ области третьяго и даже втораго позвонка, сильно приближается къ мысу. Вертлужныя впадины также приближаются другъ къ другу, лонное же соединеніе выдается вперёдъ, такъ что входъ въ тазъ получаетъ трех-угольную форму. Тазы эти чаще всего отличаются отъ дѣйствительно обезобразенныхъ остеомаляціею малостью костей, въ особенности же подвздошныхъ. Эти послѣднія, въ большинствѣ случаевъ, сохраняютъ рахитическій видъ и рахитическое положеніе, т. ч. тазъ не спадается въ видѣ трубки. Но въ другихъ случаяхъ замѣчаются и загибы костей, какъ и въ тазяхъ остеомалятическихъ.

Эти ложно-остеомалятическіе тазы происходятъ вообще тогда, когда при значительномъ размягченіи костей субъекты много ходятъ. При этихъ обстоятельствахъ верхняя часть крестцовой кости подъ тяжестью туловища глубоко опускается въ тазъ, вертлужныя-же впадины, посредствомъ бедренныхъ головокъ, равнымъ образомъ вдавливаются въ малый тазъ. Такое въ высокой степени размягченіе цѣлыхъ костей можетъ существовать при долго продолжающемся рахитизмѣ, когда снаружи на костяхъ отлагаются только остеидные слои, а сформированное уже костное вещество уступаетъ мѣсто костному мозгу, т. е., подобно тому какъ это происходитъ при физиологическомъ образованіи костно-мозговой полости. Въ другихъ случаяхъ (какъ доказалъ *O. Weber*), при значительномъ развитіи рахитизма, можетъ произойти остеопорозъ, размягченіе оплотнѣвшихъ уже костей. По-



Фиг. 142. Ложно-остеомалятическій тазъ.

добное состояніе должно быть разсматриваемо какъ настоящее осложненіе рахитическаго процесса остеомалацией.

Примѣч. Уже *Smellie* на 3 листѣ своихъ анатомическихъ табличъ приводитъ рисунки этихъ тазовъ. *Hull*, *Gooch*, *Burns* и *Davis* также упоминаютъ объ этой рѣдкой формѣ рахитизма. Первое точное описаніе подобнаго рода таза принадлежитъ *Stein*у младшему, за которымъ послѣдовала *Naegele*, описавшій одинъ экзквизитный подобнаго рода тазъ, представленный нами на фиг. 142. Кромѣ вышеприведенныхъ тазовъ, описано еще много подобнаго рода тазовъ у дѣтей *Stoltz*омъ, *Betschler*омъ, *Otto*, *Krumboltz*омъ, *Wallach*омъ, *Mayer*омъ и *Fasbender*омъ.

Съуженіе таза влѣдствіе костныхъ опухолей.

Настоящія костныя опухоли, которыя представляли бы препятствія для родоваго акта, до того рѣдки, что въ литературѣ можно найти только немного подобныхъ случаевъ. Но съуженіе полости таза можетъ обуславливаться также переломами тазовыхъ костей, по излеченіи которыхъ произошло смѣщеніе ихъ, а также неправильнымъ развитіемъ костной мозоли (callus).

Общихъ правилъ относительно этихъ случаевъ установить нельзя. Какъ относительно предсказанія, такъ и акушерскихъ пособій должно сообразоваться съ величиною и положеніемъ опухоли въ каждомъ данномъ случаѣ.

Что касается не твердыхъ опухолей, исходящихъ изъ тазовыхъ костей, то мы уже упомянули объ нихъ на стр. 468.

Примѣч. Въ случаѣ, описанномъ *Naegele* въ диссертациі *Haber*'а ¹⁾, который наблюдаемъ былъ *Leydig*омъ въ Майнцѣ, не только малый тазъ, но также и часть большаго таза были совершенно выполнены колоссальною костною опухолью.



Фиг. 143. Тазъ съ экзостозами, описанный *Behm*омъ.

Также въ случаѣ *M. Kibbin*'а ²⁾, костная опухоль выполняла почти весь малый тазъ, такъ что потребовалось кесарское сѣченіе. Другой очень интересный случай, приведенный на фигурѣ 143, описанъ въ новѣйшее время *Behm*омъ ³⁾ Опухоль выполняла почти весь малый тазъ, такъ что пришлось прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію. Далѣе, *Marchand* ⁴⁾ произвелъ кесарское сѣченіе съ счастливымъ исходомъ по причинѣ большой, полушаровидной костной опухоли, помѣщавшейся въ верхней части крестцовой кости. Въ Америкѣ нѣсколько разъ произведено было кесарское сѣ-

ченіе влѣдствіе костныхъ опухолей таза ⁵⁾. Однако всѣ эти случаи описаны неточно. *Stadfeldt* ⁶⁾ видѣлъ большую энхондрому лонной кости. Въ диссертациі *Thierry* ⁷⁾ описанъ случай *Fried*'а, въ которомъ хрящъ между послѣднимъ поясничнымъ и

¹⁾ Diss. i. exh. cas. rariss. partus, qui propter exostosin etc. Heidelberg. 1830. —

²⁾ Edinb. med. and surg. J. 1831. B. 35, p. 351 и *Naegele*, Das schräg verengte Becken. 1839. p. 110 и T. XVI. — ³⁾ De exostosi pelvis etc. D. i. Berolin. 1854 и M. t. G. B. IV. p. 12. — ⁴⁾ Journ. de méd. de Bruxelles. Dec. 1864. Canstatt's Jahresbericht pro 1865. p. 315. — ⁵⁾ См. *Harris*, Amer. J. of Obst. IV. p. 633, 634 и 645. — ⁶⁾ Fodsten von Baekkenets Svulster. Kjobenhavn 1879. — ⁷⁾ De partu diff. a mal. conf. pelvi. Argent. 1764.

первымъ крестцовымъ позвонками былъ покрытъ экзостозомъ, по формѣ похожимъ на каштанъ. *Fischel* ¹⁾ видѣлъ экзостозъ величиною немного болѣе гречскаго орѣха, помѣщавшійся на мысѣ.

Lenoir ²⁾ собралъ много очень интересныхъ наблюдений относительно суженія таза, вслѣдствіе неправильнаго развитія костной мозоли послѣ переломовъ: *Paravoine*'а ³⁾, *Rowland-Gibson*'а ⁴⁾ (случай не совсѣмъ достовѣрный; можетъ быть дѣло шло о спондилолистезѣ) и *David*'а ⁵⁾. Въ случаѣ *Hull*'а ⁶⁾ *Barlow* произвелъ лапаротомію съ счастливымъ исходомъ, послѣ того какъ произошелъ разрывъ матки. И переломы вертлужныхъ впадинъ могутъ обусловить суженіе таза, вслѣдствіе развитія неровностей на костяхъ ⁷⁾, или же оттого, что головки бедренныхъ костей вдавливаютъ въ полость таза истонченныя основанія вертлужныхъ впадинъ ⁸⁾.

Аномаліи яйца.

Аномаліи плода.

Чрезмѣрное развитіе плода.

Уже въ введеніи къ ученію объ узкомъ тазѣ мы сказали, что механическое препятствіе при родовомъ актѣ можетъ обуславливаться не только суженіемъ таза, но и чрезмѣрною величиною плода, и въ особенности головки его.

Если исключить всѣ особенныя патологическія условія, то плодъ никогда не достигаетъ такой величины, чтобы это могло сдѣлаться причиной такихъ серьезныхъ разстройствъ, какія нерѣдко встрѣчаются при узкихъ тазахъ; тѣмъ не менѣе, однако, увеличенные размѣры плода, даже при нормальномъ тазѣ, или же, при очень незначительномъ суженіи его, могутъ представить затрудненія, имѣющія очень серьезное практическое значеніе. Поэтому важно знать тѣ моменты, которые имѣютъ вліяніе на чрезмѣрное развитіе плода. О длинѣ этого послѣдняго, имѣющей для механизма родовъ второстепенное значеніе, мы не станемъ говорить, а замѣтимъ только, что она вообще находится въ прямомъ отношеніи къ вѣсу плода. Длину младенца можно приблизительно точно узнать, если по *Ahlfeld*'у (см. стр. 110) измѣрить посредствомъ циркуля разстояніе между ягодицами и головкою и этотъ размѣръ увеличить вдвое. Вѣсъ младенца нельзя опредѣлять въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, но мы знаемъ по *Gassner*'у ⁹⁾, что тяжелыя женщины рожаютъ также тяжелыхъ дѣтей, а по *Frankenhäuser*'у ¹⁰⁾ вѣсъ плода находится въ опредѣленномъ отношеніи къ росту матери (вліяніе отца, которое во всякомъ случаѣ также должно-бы быть принято въ соображеніе, относительно челоуѣка не выяснено еще точными наблюденіями). Далѣе, вѣсъ плода увели-

¹⁾ Prag. med. Woch. 1880. № 9. — ²⁾ Archives gen. Juin. 1859. p. 5. — ³⁾ P. 7. — ⁴⁾ P. 11. — ⁵⁾ P. 12. — ⁶⁾ A defence of the Ces. op. Manchester. p. 68 и 72. — ⁷⁾ Burns, Handb. der Geburtsh. von *Kilian*. p. 36. — *Lenoir*, l. c. p. 17 и *Gurtt*, Ueber einige etc. Miss stait. d. menschl. Beckens. Berl. 1854. p. 36 и 37. — ⁸⁾ *Otto*, Seltene Beob. zur Anat., Phys. und Patholog. II. p. 19. — ⁹⁾ M. f. G. B. 19. p. 21. — ¹⁰⁾ Jenaische Zeitschrift f. Med. и N. 1867. B. III. p. 184.

чивается вмѣстѣ съ возрастомъ матерей и въ особенности съ увеличивающимся числомъ родовъ ¹⁾). Мальчики вообще нѣсколько тяжелѣе дѣвочекъ.

Важное вліяніе на механизмъ родовъ имѣютъ свойства младенческаго черепа. Онъ представляетъ значительныя разницы, находящіяся, впрочемъ, въ опредѣленномъ отношеніи къ степени развитія плода, такъ что въ большинствѣ случаевъ у легковѣсныхъ дѣтей встрѣчаютъ очень маленькую и — что особенно важно — удобосжимаемую головку, и, наоборотъ, у дѣтей тяжеловѣсныхъ и сильно развитыхъ головка вообще большая и твердая ²⁾). При этомъ головка мальчиковъ вообще больше, нежели у дѣвочекъ, и, — что особенно заслуживаетъ вниманія, — самый важный размѣръ, а именно большой поперечный увеличивается съ числомъ послѣдующихъ родовъ и особенно съ лѣтами матери. Поэтому у плодовъ мужескаго пола немолодыхъ уже многоорождающихъ мы будемъ имѣть дѣло съ наиболѣе широкими черепами. Кромѣ того, а priori кажется вѣроятнымъ, что развитіе головки младенца должно соответствовать головамъ родителей. Къ сожалѣнію, головы отцовъ не могутъ быть наблюдаемы, такъ-какъ громадное большинство измѣреній дѣтскихъ головокъ производится въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ. Что величины череповъ младенцевъ и родителей находятся въ правильномъ отношеніи одна къ другой — это старался доказать на небольшомъ числѣ наблюдений *Stehberger* ³⁾. *Fasbender* ⁴⁾, основываясь на результатахъ своихъ многочисленныхъ измѣреній дѣтскихъ и материнскихъ головъ, прямо заявляетъ, что младенческая головка есть слѣпокъ материнской, только въ меньшемъ масштабѣ.

Примѣч. *Hecker* ⁵⁾ послѣ того, какъ уже на это обратили вниманіе *Veit* ⁶⁾ и *Frankenhäuser* ⁷⁾, обширными статистическими данными доказалъ, что вѣсъ дѣтей возрастаетъ съ числомъ предшествовавшихъ родовъ, и обстоятельство это, какъжется, ⁸⁾ играетъ самую важную роль въ этомъ случаѣ. *Duncan* ⁹⁾ полагаетъ, что увеличеніе вѣса плода должно объясняться возрастомъ матери. Вѣроятно, оба эти обстоятельства имѣютъ значеніе въ этомъ отношеніи. (Мнѣніе *Frankenhäuser*'а ¹⁰⁾ о томъ, что причина большаго вѣса плодовъ у многоорождающихъ находится въ зависимости отъ долге продолжающейся у нихъ беременности, опровергается нашими собственными наблюденіями ¹¹⁾, а также изысканіями *Ahlfeld*'а ¹²⁾). Простирается-ли значеніе вышеприведеннаго закона до климактерическаго возраста, или же, какъ утверждаетъ *Duncan*, до 29 года, когда половое плодородіе женщины достигаетъ до своего maximum'a, такъ что женщины, начиная съ этого возраста, снова начинаютъ рожать менѣе тяжеловѣсныхъ дѣтей, — не рѣшено еще, за неизмѣнимъ достаточнаго числа наблюдений.

¹⁾ См. также *Kleinwächter*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. II. p. 222. — ²⁾ *Budin et Ribemont*, Gaz. méd. de Paris 1879. 39. — ³⁾ Centralbl. f. Gyn. 1878. № 20; см. также *Cohnstein*, e. l. № 22. — ⁴⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 278; см. также *Grünbaum*, Diss. inaug. Berlin 1879. — ⁵⁾ M. f. G. B. 24. p. 405 и B. 26. p. 348. — ⁶⁾ M. f. G. B. 6. p. 104. — ⁷⁾ M. f. G. B. 13. p. 172. — ⁸⁾ См. *Castel*, Ueber. d. Einfl. d. Alters d. Mutter etc. D. i. Königsberg 1869; *Ritter von Rittershain*, Jahrb. f. Paediatrik. 1870. B. II. p. 200 и *v. Sobbe*, D. i. Marburg 1872. — ⁹⁾ Edinb. med. J. Dec. 1864. p. 497. — ¹⁰⁾ l. c. p. 184. — ¹¹⁾ См. *Scanzoni's* Beitr. B. V. p. 421. — ¹²⁾ См. M. f. G. B. 34. p. 218.

Если вышеупомянутые два момента, а именно возраст матери и число предшествовавших родовъ, имѣютъ вліяніе на развитіе плода. то можно было-бы допустить à priori, что, при благоприятномъ совпаденіи этихъ двухъ моментовъ, будутъ рождаться особенно тяжеловѣсные плоды. Дѣйствительно *Wernich* ¹⁾ опредѣлилъ возрастъ беременныхъ, когда рождаются особенно тяжеловѣсные плоды. По *Wernich*'у, первенцы всего болѣе развиты, когда матери около 24 г. отъ роду, при второй беременности — когда роженицъ около 27 лѣтъ отъ роду, при третьей беременности на 29, при четвертой на 31 и при пятой на 34—35 году. Весьма сильное вліяніе на вѣсъ послѣдующихъ дѣтей имѣетъ еще полъ ихъ и при томъ такимъ образомъ, что вѣсъ по большей части бываетъ больше, если мальчикъ слѣдуетъ за дѣвочкой; дѣвочки же, слѣдующія за мальчиками, развиты относительно хуже послѣднихъ.

Болѣе значительнымъ вѣсомъ и большей окружностью головки мальчиковъ уже *Clarke* ²⁾ и въ особенности *Simpson* ³⁾ старались объяснить большую продолжительность, а также и большую опасность какъ для матерей, такъ и для младенцевъ при родахъ мальчиками. Разницы эти, однако, въ пользу большого вѣса и объема головки мальчиковъ не очень значительны, какъ видно изъ приведенныхъ чиселъ. Этотъ плюсъ, наблюдаемый въ вѣсѣ и размѣрѣ головки мальчиковъ, слѣдующій:

	вѣсъ больш.	поперечн. р.	прям.	косой р.	окружн.
по <i>Hecker</i> 'у . . .	80 Gramm	0,04 C.	0,21 C.	0,42 C.	0,6 C.
» <i>Schroeder</i> 'у . . .	66,5 »	0,13 »	0,12 »	0,12 »	0,57 »

Что причина болѣе неблагоприятныхъ родовъ мальчиками зависитъ не только отъ вѣса ихъ, доказалъ, впрочемъ, *G. Veit* ⁴⁾ статистическими данными, изъ которыхъ видно, что, при одинаковомъ вѣсѣ, мальчиковъ всегда умираетъ въ родахъ больше нежели дѣвочекъ. Но, съ другой стороны, большой поперечный размѣръ у мальчиковъ возрастаетъ непропорціонально вѣсу, и *Pfannkuch* ⁵⁾ доказалъ, что, и при одномъ и томъ-же вѣсѣ, головки у мальчиковъ больше, чѣмъ у дѣвочекъ ⁶⁾.

Самое важное значеніе относительно течения родовъ, какъ мы доказали ⁷⁾, имѣютъ различія въ поперечномъ размѣрѣ черепа. Въ самомъ дѣлѣ, въ то время, какъ у молодыхъ перворождающихъ мы нерѣдко встрѣчаемъ головки съ поперечнымъ размѣромъ менѣе, чѣмъ въ $9\frac{1}{4}$ см., тотъ-же размѣръ головки, особенно у мальчиковъ болѣе пожилыхъ многорождающихъ, доходитъ до 10—10 $\frac{1}{2}$ см.

Распознаваніе сильно развитой младенческой головки до окончанія родовъ возможно только приблизительно ⁸⁾. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ убѣждаются въ этомъ посредствомъ ощупыванія головки плода, лежащей въ нижнемъ сегментѣ матки, или судятъ объ этомъ по длинѣ стрѣловиднаго шва и значительному разстоянію между обоими родничками ⁹⁾; но признаки эти надежны только при значительномъ уклоненіи ихъ отъ нормы. Поэтому лучше всего, принимая во вниманіе вышеприведенные моменты и то, что полъ ребенка до родовъ распознается только весьма рѣдко, ожидать у молодыхъ первородящихъ не очень большую головку, тогда какъ у болѣе пожилыхъ жен-

¹⁾ Berlin. Beitr. z. Geb. u. G. B. 1. p. 3. — ²⁾ Philos. Tr. Vol. 76. II. p. 349. — ³⁾ Edinb. med. J. 1844. p. 387 и Sel. Obst. Works. I. 1871. p. 307. — ⁴⁾ M. f. G. B. 6. p. 119. — ⁵⁾ Arch. f. Gyn. IV. p. 297. — ⁶⁾ См. также *Olshausen*, klin. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart. 1884. p. 122 (роды мальчиками наблюдались чаще у женщинъ съ узкимъ тазомъ. — ⁷⁾ *Scanzoni*'s Beitr. B. V. p. 401. — ⁸⁾ См. *Duncan*, Obst. Journ. of Gr. Br. Sept. 1875. p. 417. — ⁹⁾ У зрѣлыхъ хорошо развитыхъ младенцевъ большой родничекъ, какъ показалъ *Fehling* (Arch. f. Gyn. B. VII. p. 507), не меньше, а больше, чѣмъ у малыхъ плодовъ.

щинъ, которыя уже рожали, можно ожидать головки значительнаго объема, особенно, если ихъ собственная голова представляетъ значительные размѣры.

Предсказаніе и терапія совершенно тѣ-же, какія имѣютъ мѣсто при незначительномъ сѣуженіи таза, только предсказаніе относительно плода большею частью нѣсколько неблагоприятнѣе, такъ-какъ большая головка почти всегда также теряетъ способность конфигурироваться надлежащимъ образомъ. Это обстоятельство имѣетъ особенное значеніе при извлеченіи послѣдующей головки, такъ-какъ большія и твердыя головки предрасполагаютъ къ ложкообразнымъ вдавленіямъ ея и, такимъ образомъ, предсказаніе становится гораздо болѣе неблагоприятнымъ.

Сильное развитіе туловища младенца при нормальномъ тазѣ обусловливаетъ весьма незначительныя препятствія родовому акту, но при сѣуженномъ тазѣ очень развитое туловище представляетъ затрудненія при вступленіи во входъ таза, вслѣдствіе чего головка, уже стоящая въ выходѣ таза, задерживается, и искусственное извлеченіе ея значительно затрудняется.

Сросшіея двойни.

Литература: *Hohl*, Die Geburten missgestalteter, kranker und toder Kinder. Halle 1850. — *Playfair*, Obst. Tr. VIII. p 300. — *Kleinwächter*, Lehre v. d. Zwillingen. Prag. 1871. — *G. Veit*, Samml. klin. Vort. № 164—165. Leipz. 1879. — *Ahlfeld*, Missbildungen des Menschen. Leipz. 1880.

Лучше всего различать, по *G. Veit*'у, три вида сросшихся двоенъ:

- 1) Неполное раздвоеніе на верхнемъ (*diprosopus*, *kephalothoracopagus*) или на нижнемъ концѣ туловища (*dipygus*).
- 2) Двойни, сросенныя верхними (*kraniorpagus*) или нижними концами туловища (*ischiorpagus*, *pygorpagus*).
- 3) Двойни, сросенныя туловищами (*thoracopagus*, см. фиг. 144, и *dicerphalus*).

Вообще слѣдуетъ замѣтить, что акушерское значеніе всѣхъ этихъ уродливостей нерѣдко потому бываетъ не особенно значительно, что при нихъ тазовыя положенія встрѣчаются довольно часто, что беременность часто прерывается раньше нормальнаго срока и, кромѣ того, сами плоды (какъ и при другихъ двойняхъ) часто бываютъ слабо развиты.

Распознаваніе подобной аномаліи въ началѣ родовъ невозможно и оно можетъ быть очень затруднительно даже во время дальнѣйшаго теченія родовъ. Наружнымъ и обыкновенно внутреннимъ изслѣдованіемъ можно распознать съ точностью только присутствіе двоенъ, но не сращеніе ихъ между собою; сращеніе это можно подозревать тогда, когда встрѣтившееся препятствіе при родахъ не можетъ быть объяснено никакимъ другимъ обстоятельствомъ. Съ положительностью можно заключить объ этомъ, только вошедши рукою въ полость матки и ощутивъ самое мѣсто сращенія; поэтому изслѣдова-

ніе въ этихъ случаяхъ производится посредствомъ половины или всей руки.

Примѣч. Вообще относительно распознаванія всѣхъ уродливостей важно знать, что онѣ чаще встрѣчаются у многорожавшихъ (что, по мнѣнію *Veit'a*, вѣрно потому, что многорождающихъ приходится вообще наблюдать гораздо чаще, чѣмъ перворождающихъ) и что онѣ до извѣстной степени наследственны и



Фиг. 144. Thoracopagus по *Krieger'y*.

нерѣдко повторяются у одной и той-же женщины и, наконецъ, что нѣкоторыя уродливости встрѣчаются какъ осложненія другихъ, такъ что иногда легко можно заключить по незначительнымъ ненормальностямъ (напр. *pes varus*, *spina bifida*) о присутствіи болѣе важныхъ, но нераспознаваемыхъ съ точностью уродливостей (напр. *hydro-или hemisephalia*).

Уродливыя двойни, принадлежація къ категоріи № 1, могутъ обусловить механическія затрудненія вслѣдствіе большаго объема удвоенной части тѣла. Идущая впередъ двойная головка легче проходитъ черезъ тазъ, чѣмъ послѣдующая. Въ первомъ случаѣ часто бываютъ нужны наложеніе щипцовъ и даже прободеніе головки.

Изъ рѣдкихъ формъ двоенъ, относящихся къ категоріи № 2, — *craniopagi*, вставляющіеся къ родамъ всегда нижнимъ своимъ концомъ, проходятъ черезъ тазъ безъ затрудненій, *ischio* — и *rugopagi* требуютъ въ большинствѣ случаевъ нѣкотораго пособія.

Очень важны въ акушерскомъ отношеніи полныя сращенныя двойни, которыя отнесены къ категоріи № 3.

Роды при *dicerphalus* идутъ благоприятнѣе, если онъ вставляется тазовымъ концомъ. Тогда слѣдуетъ содѣйствовать рожденію сперва одной головки, а потомъ другой. При черепномъ положеніи первая головка встрѣчаетъ значительное затрудненіе со стороны второй, упирающейся надъ тазовымъ входомъ. Часто бываетъ очень трудно извлечь первую головку щипцами, но и послѣ извлеченія она крѣпко вдвигается въ лонную дугу затылкомъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ вторая головка при этомъ сама вступаетъ въ тазъ. Но лучше всего декапитировать родившуюся головку и потомъ дѣлать поворотъ или содѣйствовать самоизвороту.

Thoracopagi обыкновенно чрезвычайно подвижны относительно другъ друга, такъ что *xiphopagi* могутъ становиться къ родамъ даже въ обратныхъ направленіяхъ. Эта подвижность облегчаетъ какъ произвольные, такъ и искусственные роды. По возможности, слѣдуетъ привести младенцевъ въ тазовое положеніе съ предлежаніемъ всѣхъ четырехъ ножекъ и потомъ извлекать такъ, чтобы сзади лежащій младенецъ родился первымъ. При головныхъ положеніяхъ обѣ головки могутъ родиться одна за другою. При поперечномъ положеніи втораго младенца, слѣдуетъ пропзвести поворотъ и потомъ извлеченіе.

Болѣзни плода.

Литература: *Hohl*, l. c. — *Joulin*, Des cas de dystocie app. au foetus. Paris 1863. — *Herrgott*, A., Thèse. Paris 1878.

Полное отсутствіе сердца (*acardiaci*)¹⁾ происходитъ, какъ извѣстно,



вслѣдствіе того, что при анастомозѣ сосудистыхъ системъ у близнецовъ, лежащихъ въ одной воросистой оболочкѣ (*chorion*), слѣдовательно, при одинаковости половъ, давленіе крови въ одной изъ нихъ настолько превышаетъ давленіе въ другой, что кровообращеніе въ послѣдней принимаетъ иной путь, вслѣдствіе чего сердце и легкія съ большою частью туловища атрофируются и уродливый плодъ питается на счетъ другаго нормально развитаго плода. Вслѣдствіе застоя крови въ его пупочной венѣ можетъ произойти сильная гипертрофія и припуханіе подкожной кльтчатки. Безголовый плодъ (*acerphalus*) большею частью рождается въ ножномъ положеніи спустя $\frac{1}{2}$ —3—12 часовъ

Фиг. 145. *Acardiacus* по *Franque*'у.

¹⁾ См. *Poppel*, M. f. G. B. 20. p. 249 и *Ahlfeld*, Arch. f. Gyn. XVI. p. 321.

по рожденіи нормально развитаго плода. Гипертрофія туловища может потребовать извлечения, и если она очень значительна, то извлечение может представить большія затрудненія. (*C. Mayer* ¹⁾ долженъ былъ въ одномъ подобномъ случаѣ уменьшить туловище перфораторомъ).

Растяженіе желудочковъ мозга скопленіемъ въ нихъ серозной жидкости, смотря по степени и времени скопленія, производитъ *hemispherhiam* или *hydrocephaliam*.

Гемидефалики или аненцефалики ²⁾ (см. фиг. 146) часто очень хорошо развиты и отличаются широкими плечами. Маленькая головка сидитъ непосредственно на туловищѣ съ лицомъ обращеннымъ вверхъ,



Фиг. 146. Гемидефалия или аненцефалия.

а) Остатки мозга.

уши лежатъ на плечахъ, глаза выдаются изъ орбитъ, языкъ иногда высунуть изо рта. Количество околоплодной жидкости часто очень значительно. Аненцефалики предлежатъ основаніемъ черепа, или же лицомъ, но также часто встрѣчаются при этомъ ножныя и поперечныя

¹⁾ *Verh. der Berlin. geb. Ges.* I. p. 126. — ²⁾ *Ueber d. Eintreten d. Anencephali* см. *Лебедевъ*, *Virch. Arch.* V. 96. p. 263 и *Ribbert*, e. l. V. 93. p. 396.

положенія. Если предлежитъ черепъ, то для распознаванія служитъ ощупываемая при внутреннемъ изслѣдованіи *sella turcica* (основаніе черепа); но и при лицевомъ предлежаніи малая величина лица, вмѣстѣ съ прочими выше приведенными признаками, наводитъ на изслѣдованіе черепа. При черепномъ предлежаніи, широкія плечики могутъ значительно затруднить ходъ родовъ, такъ какъ сильно уменьшенная въ объемѣ головка недостаточно расширяетъ родовые пути. Такъ какъ при предлежаніи тазовымъ концомъ плечики могутъ быть извлечены безъ труда, то въ этихъ случаяхъ показывается поворотъ на ножки; если же это невозможно, то производятъ ручное извлеченіе за головку, или же, вводя въ полость рта палецъ или тупой крючекъ, или, наконецъ, выводятъ наружу одну или обѣ ручки подгѣ головки и затѣмъ уже извлекаютъ плодъ.

Гораздо важнѣе, нежели гемицефалія, суть тѣ случаи, въ которыхъ водянка мозговыхъ желудочковъ повела за собою не атрофію, но, напротивъ, увеличеніе объема черепного свода, т. е. гдѣ развилась головная водянка (*hydrocephalus*).

Hydrocephalus рѣдко представляетъ дѣйствительное препятствіе для родовъ; иногда такіе случаи появляются группами и могутъ повторяться у одной и той же женщины. Несоразмѣрность величины черепа въ отношеніи къ личику въ такихъ случаяхъ бываетъ поразительною; лобъ необыкновенно сильно выдается впередъ, кости черепа тонки, по краямъ лучеобразно зазубрены и мѣстами цѣлость ихъ нарушена; швы широки, роднички достигаютъ громадной величины.

Если черепъ не слишкомъ сильно напряженъ, кости его мягки и подвижны, то онъ, принимая коническую форму, можетъ приспособиться къ величинѣ входа въ тазъ и такимъ образомъ пройти черезъ тазовой каналъ, или же происходитъ разрывъ черепа, водянистое содержимое вытекаетъ, и уменьшенная въ объемѣ головка проталкивается наружу. Но въ огромномъ большинствѣ случаевъ (по *Hohl*'ю въ 77 случаяхъ 63 раза) дѣло не обходится безъ искусственной помощи. Самое частое положеніе при этомъ — черепное, хотя нерѣдко черепъ не предлежитъ прямо надъ входомъ въ тазъ, но уклоняясь нѣсколько въ сторону, упирается въ одинъ изъ краевъ таза лобною или затылочною костью, вслѣдствіе чего вступленіе его въ полость таза еще болѣе затрудняется. Благопріятнѣе протекаютъ случаи тазовыхъ положеній, и они то у гидроцефаликовъ встрѣчаются чаще, нежели при совершенно нормальныхъ условіяхъ.

Опытъ показалъ, что распознаваніе водянки черепа не совсѣмъ-то легко. При тщательномъ наружномъ изслѣдованіи должно обратить вниманіе на увеличенный объемъ черепа; это единственное средство для распознаванія гидроцефалии при предлежаніи тазовымъ концомъ. Если предлежитъ черепъ, то при внутреннемъ изслѣдованіи онъ прощупывается въ видѣ пузыря, сильно напрягающагося во время потугъ; въ промежуткѣ между послѣдними удается прощупать широкіе швы

и роднички, а также и измѣнившіяся вышеописаннымъ образомъ кости; перѣдко и швы выдаются надъ уровнемъ костей въ видѣ валиковъ. Чѣмъ менѣе напряжена головка, тѣмъ легче будетъ распознаваніе; въ крайнемъ случаѣ можно смѣшать ее только съ черепомъ мацерированнаго плода. При нѣкоторомъ сомнѣніи можно ввести въ полость таза полруки или всю руку и убѣдиться такимъ образомъ въ величинѣ черепа и отношеніи его къ величинѣ лица.

Предсказаніе относительно плода весьма неблагоприятно, такъ какъ даже въ самомъ благоприятномъ случаѣ жизнь его можетъ быть сохранена лишь на короткое время. Относительно матери предсказаніе зависитъ преимущественно отъ предпринимаемаго въ каждомъ данномъ случаѣ пособія искусства. Легко можетъ воспослѣдовать разрывъ матки, особенно при несоотвѣтствующемъ методѣ леченія.

При леченіи мы должны главнымъ образомъ заботиться о матери, такъ какъ предсказаніе относительно жизни плода уже само по себѣ крайне неблагоприятно. Такъ какъ притомъ уменьшеніе ненормально увеличеннаго объема дѣтской головки будетъ единственною рациональною терапіею для спасенія матери, и, кромѣ того, проколъ гидроцефалическаго черепа (котораго не слѣдуетъ смѣшивать съ перфорациею) не безусловно причиняетъ смерть оперируемому плоду, ибо эта операція при извѣстныхъ обстоятельствахъ производится съ цѣлью исцѣленія плода и послѣ рожденія его, то, при возможности достигнуть до головки плода, слѣдуетъ во всякомъ случаѣ сдѣлать пункцію ея посредствомъ тоненькаго троакара. Сдѣлавъ эту операцію и убѣдившись, что можно безъ затрудненій пройти подлѣ головки до ножекъ плода, мы всегда должны немедленно приступить къ повороту и извлеченію, такъ какъ опорожненная послѣдующая головка легко извлекается изъ полости таза, между тѣмъ какъ для изгнанія предшествующей, мягкой (дряблой) головки, требуются громадныя усилія со стороны потугъ. Если же головка опустилась въ тазъ такъ низко, что нѣтъ возможности сдѣлать поворотъ, то она послѣ пункції изгоняется силами природы. Никогда не должно прибѣгать въ этихъ случаяхъ къ щипцамъ, такъ какъ при нѣсколькихъ усиленныхъ тракціяхъ щипцы очень легко соскальзываютъ и чаще всего подаютъ поводъ къ разрывамъ матки. При тазовыхъ положеніяхъ дѣлаютъ проколъ послѣдующей головки на мѣстѣ одного изъ сильно расширенныхъ боковыхъ родничковъ, если только замѣчаютъ, что она не выходитъ силами природы, а ручное извлеченіе ея встрѣчаетъ какія-либо препятствія.

Увеличеніе объема живота, которое затрудняетъ ходъ родовъ лишь при сильной степени развитія, можетъ обуславливаться брюшной водянкою, переполненіемъ мочевого пузыря мочою или, наконецъ, увеличеніемъ почекъ и печени. Если животъ не слишкомъ увеличенъ, то можетъ произойти только замедленіе родового акта, въ противномъ же случаѣ произвольное окончаніе родовъ дѣлается или вовсе невозможнымъ, или же совершается лишь послѣ разрыва общихъ покрововъ

живота младенца. Увеличение живота обыкновенно распознается лишь тогда, когда, вслѣдъ за выхожденіемъ на свѣтъ головки или — что наблюдается чаще — ягодицъ, наступаетъ замедленіе родовъ, что уже подаетъ поводъ къ тщательному изслѣдованію причины затрудненія родовъ. Если ручное извлеченіе туловища оказывается невозможнымъ, то нужно выпустить жидкость помощью троакара; при плотныхъ же опухоляхъ показывается эмбриотомія.

Примѣч. Случаи брюшной водянки плода встрѣчаются нерѣдко. Въ новѣйшей



Фиг. 147 Растяженіе мочеv. пузыря плода по Hecker'у.

литературѣ такіе случаи сообщены *Martin'*омъ ¹⁾, *v. Franqué* ²⁾, (два случая, первый изъ нихъ былъ осложненъ значительно увеличеннымъ количествомъ околоплодной жидкости, *hydramnion*), *Schroeder'*омъ ³⁾ и *Robert'*омъ ⁴⁾. Я наблюдалъ брюшную водянку, которая обусловливалась лопнувшимъ гидронефрозомъ.

Случай значительнаго переполненія мочеvаго пузыря (см. фиг. 147) сообщили *Depaul* ⁵⁾, *Hecker* ⁶⁾, *M. B. Freund* ⁷⁾, *Rose* ⁸⁾, *Kristeller* ⁹⁾, *Hartmann* ¹⁰⁾, *Arnold* ¹¹⁾, *Duncan* ¹²⁾, *Whittaker* ¹³⁾, *Olshausen* ¹⁴⁾, *Carmichael* ¹⁵⁾, *Comelli* ¹⁶⁾. Растяженіе пузыря можетъ быть такъ значительно, что даже при 6-ти-мѣсячныхъ плодахъ роды сопряжены съ очень значительными затрудненіями. Часто при этомъ,

какъ въ случаѣ *Ahlfeld'a*, ¹⁷⁾ мочеточники также бываютъ сильно растянуты.

Случай карциномы печени, который весьма значительно затруднилъ ходъ родовъ (печень вѣсила 2¹/₂ ф.), описанъ *Nöggerath'*омъ ¹⁸⁾.

Изъ случаевъ кистовиднаго перерожденія почекъ (*Virchow's hydrops renum cyst congenitus*), часто осложняемыхъ другими уродливостями развитія (*hydrancephalocoele*) и представлявшими затрудненія при родахъ, извѣстенъ въ литературѣ цѣлый рядъ. Изъ новѣйшихъ мы приводимъ: *E. v. Siebold* ¹⁹⁾, *Udde* ²⁰⁾, *Virchow* ²¹⁾, *Diersterweg* ²²⁾, *Kanzow* ²³⁾, *Levy* ²⁴⁾, *Voss* ²⁵⁾, *Wegscheider* ²⁶⁾, *Wolf* ²⁷⁾, *Brückner* ²⁸⁾, *Madge* ²⁹⁾, *Lammert* ³⁰⁾, *Cummins* ³¹⁾, *Wilson* ³²⁾.

¹⁾ M. f. G. B. 27. p. 28. — ²⁾ Wiener med. Press. 1866. Nr. 33. — ³⁾ Schw., Geb. u. W. p. 151. — ⁴⁾ De l'ascite de foetus etc. Thèse. Strasb. 1870. — ⁵⁾ Gaz. hebdom. 1860. Nr. 20—23. — ⁶⁾ Kl. d. Geb. I. p. 122 и M. f. G. B. 18. p. 373. — ⁷⁾ Breslauer kl. Beiträge. II. p. 240. — ⁸⁾ M. f. G. B. 25. p. 425. ⁹⁾ M. f. G. B. 27. p. 165. — ¹⁰⁾ M. f. G. B. 27. p. 273. — ¹¹⁾ Virchow's Archiv. B. 47. H. I. p. 6. — ¹²⁾ Edinb. med. J. August 1870. p. 163. — ¹³⁾ Amer. Journ. of Obst. Vol. III. p. 389. — ¹⁴⁾ Arch. f. Gyn. II. p. 280. — ¹⁵⁾ Edinb. Obst. Tr. 1872. p. 134. — ¹⁶⁾ Wien. med. Woch. 1879. 39. — ¹⁷⁾ Arch. f. Gyn. IV. p. 161. — ¹⁸⁾ Deutsche Klinik 1854. Nr. 44. — ¹⁹⁾ M. f. G. B. 4. p. 161. — ²⁰⁾ e. l. B. 8. p. 26. — ²¹⁾ Verh. d. Berliner geb. Ges. II. p. 176. — ²²⁾ Verh. d. Berl. geb. Ges. VII. p. 184. — ²³⁾ M. f. G. B. 13. p. 182. — ²⁴⁾ Günzburg's Zeitschr. 1856. p. 427. — ²⁵⁾ M. f. G. B. 27. p. 15. — ²⁶⁾ e. l. p. 27. — ²⁷⁾ Berl. klin. W. 1866. Nr. 26 и 1867. Nr. 46. — ²⁸⁾ Virchow's Arch. 1869. B. 46. p. 503. — ²⁹⁾ London Obst. Tr. Vol. XI. p. 55. — ³⁰⁾ Verh. d. phys.-med. Ges. in Würzburg. 1871. B. II. p. 8. — ³¹⁾ Dubl. Journ. Mai 1873. p. 499. — ³²⁾ Amer. J. of Obst. Vol. V. p. 753.

Животъ плода можетъ быть сильно увеличенъ еще другаго рода опухолями. Такъ напр., *Buhl* ¹⁾ описываетъ случай foetus in foetu, и нѣсколько такихъ случаевъ приводитъ также *Joulin* ²⁾; *Gervis* ³⁾ сообщаетъ даже такой случай, гдѣ matka, при полномъ отсутствіи шейки и рукава, была сильно растянута мутною серозною жидкостью, а *Rogers* ⁴⁾ описываетъ случай, гдѣ задержанныя въ полости живота и перерожденные въ объемистыя фибро-кистозидныя опухоли яички въ высокой степени затруднили ходъ родовъ. *Феноменовъ* ⁵⁾ наблюдалъ аневризму аорты, которая послужила препятствіемъ для родового акта.

Если плодъ мертвъ и подвергнулся дѣйствию атмосфернаго воздуха (какъ это случается послѣ разрыва пузыря при частыхъ изслѣдованіяхъ и оперативныхъ попыткахъ), то онъ, вслѣдствіе накопленія газовъ въ брюшной полости и подкожной клетчаткѣ, можетъ до того распухнуть, что является очень серьезное препятствіе для родовъ, которое тѣмъ не пріятнѣе, что при попыткахъ извлечь отдѣльныя части мертво-гнилаго плода легко отрываются (см. стр. 506).

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдается значительное препятствіе для родовъ вслѣдствіе громадной общей инфильтраціи клетчатки водянисто-студенистою жидкостью (см. фиг. 148). Подобнаго рода случай, въ которомъ и мать страдала отекомъ, сообщаетъ *Keller* ⁶⁾. *Betschler* ⁷⁾ сообщаетъ два весьма интересныя случая: во второмъ изъ нихъ отекъ, какъ было доказано, обусловился разстройствомъ кровообращенія въ пупочной венѣ. Подобную-же картину даетъ «elephantiasis congenita cystica»; *Steinwiker* ⁸⁾ описалъ и срисовалъ подобный случай.

Изъ опухолей, развивающихся на плодѣ, могутъ сдѣлаться препятствіемъ для родовъ еще слѣдующія: липомы, карциномы и т. наз. кисто-гигромы (kystenhygrome), которыя достигаютъ иногда величины дѣтской головки. Онѣ помѣщаются на передней поверхности шеи, на задней ея поверхности, подъ мышкою, на m. pectoralis или же въ промежностной и крестцовой областяхъ. Въ послѣднемъ мѣстѣ встрѣчается еще цѣлый рядъ другихъ Фиг. 148. Отекъ плода по *Betschler*'у. опухолей, а именно: грыжи, hydro-



Фиг. 148. Отекъ плода по *Betschler*'у.

рачнн и foetus in foetu ⁹⁾. *Joulin* ¹⁰⁾ сообщаетъ случай, гдѣ серозная киста

¹⁾ *Hecker* и *Buhl*, Kl. d. Geb. I. p. 301. — ²⁾ l. c. p. 75. — ³⁾ Obst. Tr. V. p. 284. — ⁴⁾ Arch. f. Gyn. Bd. XVII. p. 133.—⁵⁾ Amer. J. of Obst. Vol. II. p. 626. (См. также Врачъ 1880 № 23). — ⁶⁾ Edinb. med. and surg. Journ. April 1855. — ⁷⁾ Bresl. Kl. B. I. p. 260. — ⁸⁾ D. i. Halle 1872. — ⁹⁾ См. *Wernher*, Die angeborene Cystenhygrome. Giessen 1843. — *Lotzbeck*, Die angeb. Geschw. d. hint. Kreuzbeingegend. München 1858. — *Schwartz*, Marburger Programm 1860. — *Bravne*, Die Doppelbildungen etc. Leipzig 1862. — *Staude*, Berl. Beitr. z. Geb. u. G. II. p. 108. — *Treyer*, Virchow's Arch. B. 58. p. 509. — *de Soyre*, Arch. de tocol. Mars 1874. p. 156. —¹⁰⁾ l. c. p. 114.

брюшныхъ покрововъ, величиною въ голову взрослога человѣка, въ высокой степени затруднила родовой актъ. Эктопія брюшныхъ внутренностей плода, вслѣдствіе несростанія брюшныхъ покрововъ, можетъ подать поводъ только къ затрудненіямъ въ діагностикѣ, такъ-какъ можетъ подлежать печень, но, все-таки, былъ случай, сообщаемый *Költsch*'емъ ¹⁾, гдѣ печень, помѣщавшаяся въ пупочной грыжѣ, сдѣлалась препятствіемъ для родовъ. Вышеназванныя опухоли могутъ затруднить роды до такой степени, что иногда приходится приступить къ оперативному уменьшенію ихъ объема; но часто можно обойтись безъ операціи, если удастся отодвинуть опухоль въ материнскую крестцовую впадину.

Примѣчаніе. Въ рѣдкихъ случаяхъ ненормально изогнутыя или анкилозироваанныя конечности также могутъ представлять собою препятствіе для родовъ. Подобный случай былъ описанъ еще *J. v. Hoorn*'омъ ²⁾; *Jörg* ³⁾ описываетъ роды, затрудненные вслѣдствіе сращенія плеча съ крестцомъ при эктопіи брюшныхъ внутренностей; въ литературѣ мы находимъ цѣлый рядъ такого рода случаевъ. Точно также сращеніе плода со стѣнкою матки или съ послѣдомъ могутъ подать поводъ къ задержанію плода ⁴⁾. Наконецъ и трупное окочененіе мертвого плода можетъ нѣсколько затруднить роды ⁵⁾. Что трупное окоченіе встрѣчается въ исключительныхъ случаяхъ и у утробныхъ младенцевъ, доказываютъ наблюденія *Schultze* ⁶⁾: мы можемъ подтвердить это на основаніи собственныхъ наблюденій; но нужно замѣтить, что ни въ случаѣ *Schultze*, ни въ нашемъ собственномъ, не наблюдалось затрудненія при родахъ вслѣдствіе трупнаго окоченія.

Неправильныя положенія плода.

Самою частою и практически наиболѣе важною причиною воспрепятственнаго хода родовъ бываетъ неправильное положеніе плода, т. е. такое, при которомъ послѣдній не можетъ пройти чрезъ тазовой каналъ. Это имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда длинникъ плода не совпадаетъ съ длинникомъ родовыхъ путей, такъ что, слѣдовательно, ни головка, ни ягодицы не могутъ вступить въ малый тазъ. Плодъ при этомъ занимаетъ въ маткѣ болѣе или менѣе поперечное положеніе. Во время беременности и даже въ началѣ родовъ, особенно при цѣлости пузыря, положеніе плода можетъ быть совершенно поперечное, такъ что головка и тазовой конецъ находятся приблизительно на одномъ уровнѣ. Въ такихъ случаяхъ мы чрезъ маточный зѣвъ или вовсе

¹⁾ M. f. G. B. 10. p. 13. — ²⁾ Siphra und Pua, Anm. 11.

Анкилозы конечностей плода, какъ болѣе или менѣе серьезное препятствіе во время родовъ, давно извѣстны были въ наукѣ: что-же касается судорожнаго сокращенія конечностей плода, какъ повода къ разстройству родоваго акта, то о немъ вовсе не упоминается въ акушерской литературѣ. Подъ именемъ *dystocia foetalis spastica* мы описали (Arch. de Tocologie, 1880. Octobre) случай, въ которомъ вышеупомянутое обстоятельство не только сдѣлало невозможнымъ произвольные роды, но и послужило весьма серьезнымъ затрудненіемъ при извлеченіи плода.

G.

³⁾ Handb. d. spec. Therapie etc. Leipzig 1835. p. 278. Anm. — ⁴⁾ См. *Joulin*, l. c. p. 101 и *Whittaker*, Amer. Journ. of Obst. Vol. III. p. 247. — *Stein*, Diss. inaug. Marburg 1879. — *Hein*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI. Heft 2. — ⁵⁾ См. *Curtze*, Zeitschr. f. Med., Ch. u. Geb. 1866. V. p. 261. — ⁶⁾ Deutsche Klinik 1857. Nr. 41.

не прощупываемъ дѣтскихъ частей, или же прощупывается какая-либо часть спинки или, чаще, мелкія части плода. Но, вслѣдъ за разрывомъ пузыря, если не возстановилось продольное положеніе, надъ входомъ устанавливается то или другое плечо. Плодъ при этомъ занимаетъ не совсѣмъ поперечное положеніе; ягодицы стоятъ нѣсколько выше головки; равнымъ образомъ членорасположеніе его будетъ не вполне нормальное, ибо онъ сдавливается по не подлежащей поверхности, вслѣдствіе чего подлежащая поверхность представляется сильно выпуклою. Кромѣ того, послѣ разрыва пузыря, ручка, одноименная съ подлежащимъ плечикомъ, очень легко удаляется отъ туловища и выпадаетъ во влагалище (см. фиг. 151).

Поперечно-лежащій плодъ относительно матки можетъ занимать различныя положенія, а именно:

Первое поперечное положеніе, когда головка лежитъ въ лѣвой половинѣ матки и

Второе поперечное положеніе, когда головка находится въ правой сторонѣ матки.

При этомъ мы различаемъ подраздѣленія положеній, смотря потому, обращена ли спинка къ брюшной поверхности или къ спиной матери; первый случай называемъ 1-мъ, послѣдній—2-мъ подраздѣленіемъ. Первое подраздѣленіе 1-го положенія, т. е. головка влѣво и спинка впередъ, есть самое частое. На 2,6 первыхъ положеній приходится одно второе, т. е. съ головкою вправо; а на 2,9 случаевъ 1-го подраздѣленія приходится одинъ случай 2-го.

Чтобы выяснитъ себѣ этиологию поперечныхъ положеній, нужно припомнить положенія плода во время беременности и причины этихъ положеній. Поэтому мы ссылаемся на стр. 63 и слѣд. Тамъ было сказано, что у первородящихъ женщинъ въ концѣ беременности, при нормальныхъ условіяхъ, головка стоитъ уже въ маломъ тазу. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ, и преимущественно вслѣдствіе малости размѣровъ таза, головка въ началѣ родовъ стоитъ подвижно надъ входомъ въ тазъ или отклонена нѣсколько въ сторону, слѣдовательно, положеніе ея соотвѣтствуетъ здѣсь тому, которое обыкновенно наблюдается у многорождавшихъ.

У послѣднихъ головка, стоящая надъ входомъ, вталкивается въ полость таза начинающимися сокращеніями матки, но даже если головка нѣсколько отклонена въ сторону, положеніе ея обыкновенно также исправляется одними силами природы. Слѣдовательно, можно ожидать поперечнаго положенія плода, если головка въ началѣ родовъ была отклонена въ сторону и извѣстныя причины прогнатовидно исправленію ея положенія. Боковое положеніе головки чаще всего наблюдается при значительномъ расслабленіи матки, встрѣчающемся вообще нерѣдко у многорождавшихъ женщинъ и достигающемъ весьма высокой степени при узкомъ тазѣ, послѣ предшествовавшихъ трудныхъ родовъ. Значительное количество околоплодныхъ водъ также

способствует подвижности плода и позволяет головкѣ удаляться отъ входа въ тазъ. Какъ мы уже замѣтили, въ большинствѣ случаевъ начинающимся сокращеніямъ матки, уменьшающимъ поперечные размѣры матки, удается установить отклоненную въ сторону головку надъ тазовымъ входомъ. Это естественное исправленіе положенія можетъ быть воспрепятствовано въ особенности слѣдующими обстоятельствами:

Во-первыхъ, быстрое истеченіе околоплодной жидкости, если оно происходитъ раньше появленія болѣе сильныхъ, настоящихъ потугъ, можетъ фиксировать плодъ въ томъ положеніи, которое онъ имѣлъ въ данную минуту, такъ-какъ послѣ полного излитія водъ, матка сильно обхватываетъ младенца. Если при этомъ головка была отклонена въ сторону, то она остается въ томъ же положеніи, и плечико вкочлачивается въ тазъ. Не менѣе важно, далѣе, положеніе роженицы, которое она принимаетъ въ началѣ потугъ. Если, наприм., головка отклонена нѣсколько въ лѣво, то при стоячемъ или же спинномъ положеніи роженицы начинающимся сокращеніямъ матки удается смѣстить головку прямо во входъ таза. Если роженица принимаетъ лѣвое боковое положеніе, то дно матки съ ягодицами плода опустится въ лѣвую сторону и головка тѣмъ легче, слѣдовательно, можетъ вступить въ тазовой входъ. Но если роженица ложится на правый бокъ, то ягодицы плода смѣстятся въ правую сторону, головка-же смѣстится еще болѣе влѣво, такъ что вслѣдствіе этого нецѣлесообразнаго положенія роженицы плодъ можетъ принять полное поперечное положеніе. Но, кромѣ того, установленіе головки надъ входомъ можетъ сдѣлаться невозможнымъ или весьма труднымъ, благодаря чисто механическимъ препятствіямъ, такъ напр., низкимъ мѣстомъ прикрѣпленія послѣда при *placenta praevia*, а также и внѣматочными опухолями, лежащими въ тазовомъ входѣ. Равнымъ образомъ и второй изъ близнецовъ, часто находящійся не въ продольномъ положеніи, вслѣдствіе механическаго препятствія со стороны другого плода, по изгнаніи этого послѣдняго, легко фиксируется сокращающеюся маткою въ своемъ неправильномъ положеніи.

Если вышеизложенными обстоятельствами объясняется то, что косое положеніе, оставшееся со времени беременности до начала родового акта, сохраняется нерѣдко и въ дальнѣйшіе періоды родовъ, то съ другой стороны, бываетъ и такъ, что головка, предлежащая въ началѣ родовъ, подвергается постепенному смѣщенію и такимъ путемъ вторично уже образуется поперечное положеніе. Это можетъ произойти въ особенности въ томъ случаѣ, когда тазовой входъ слишкомъ малъ относительно головки, или же, наоборотъ, при сравнительно слишкомъ большой головкѣ. При этихъ условіяхъ головка иногда смѣщается сокращеніями матки въ сторону и плечико вдавливается во входъ таза. Подобное вторичное смѣщеніе головки происходитъ весьма легко при несоотвѣтственномъ боковомъ положеніи роженицы, что изъ вышесказаннаго понять не трудно.

Въ заключеніе мы хотимъ еще обратить вниманіе на то, что при мертвыхъ плодахъ, особенно если они уже подверглись гніенію, положеніе часто становится неправильнымъ, вслѣдствіе утраченнаго нормальнаго членорасположенія плода, а также и вслѣдствіе измѣненнаго центра тяжести его.

Распознаваніе поперечныхъ положеній не трудно. Уже одно наружное изслѣдованіе даетъ вѣрные признаки для распознаванія ихъ. При осмотрѣ бросается въ глаза растяженіе матки въ ширину и при пальпаціи можно прощупать поперечное положеніе плода. Подробности относительно этого см. стр. 120 и слѣд.

Литература самоповорота и самоизворота: *Denman*, London. med. J. Vol. V. 1875. Art. 5. p. 371. — *Douglas*, Expl. of the real process of the spont. evol. etc. 2 ed. Dublin 1819. — *Gooch*, Med. Tr. 7. London 1820. X. p. 230. — *W. J. Schmitt*, Rheinische Jahrb. B. III. St. 1. Bonn 1821. p. 114. — *Hayn*, Ueber die Selbstwendung. Würzburg 1824. — *D. W. H. Busch*, Geburtsh. Abhandl. Marburg 1826. — *Betscher*, Ueber d. Hülfe d. Natur z. Beendig. d. Geb. bei Schief. d. Kindes. Klinische Annalen. II. p. 197. — *Birnbaum*, M. f. G. B. 1. p. 321. — *Hausmann*, M. f. G. B. 23. p. 202 и 361. — *O. Simon*, Die Selbstentwicklung. D. i. Berlin 1867. — *Barnes*, Obst. Op. 2. ed. p. 107. — *Kleinwächter*, Arch. f. Gyn. B. 2. p. 111. — *Jakesch*, Prag. med. Woch. 1877. № 13 и 14. — *Chiara*, La evoluzione spontanea etc. Milano 1878.

Если при поперечныхъ положеніяхъ не предпринимается искусственной помощи, то роды обыкновенно возможны лишь до тѣхъ поръ, пока предлежащая часть стоитъ еще высоко надъ входомъ въ тазъ. Если тѣ случаи, въ которыхъ головка во время беременности смѣщается нѣсколько влѣво или вправо и начинающимся сокращеніямъ матки удается установить ее прямо надъ входомъ и фиксировать ее, мы назовемъ произвольнымъ поворотомъ плода, то процессъ этотъ совершается чрезвычайно часто. Рѣже это достигается при болѣе значительномъ поперечномъ положеніи; всего же легче именно тогда, когда сокращенія матки начинаются медленно и въ началѣ своемъ бываютъ слабы, такъ-какъ въ противномъ случаѣ, развивая тотчасъ же значительную силу, онѣ вдавливаютъ и фиксируютъ предлежащую часть во входѣ въ тазъ. Послѣ излитія водъ, потуги весьма рѣдко достигаютъ исправленія положенія, и именно легче всего въ тѣхъ случаяхъ, когда беременная принимаетъ правильное боковое положеніе (напр. при отклоненіи головки влѣво — одноименное боковое положеніе). Во всѣхъ этихъ случаяхъ прогностика какъ для плода, такъ и для матери не будетъ существенно различаться отъ случаевъ первичнаго продольнаго положенія, но если воды уже истекли, то можетъ легко произойти выпаденіе пуповины и чрезъ это ухудшается предсказаніе для младенца. Если въ исключительномъ случаѣ тазовой конецъ плода лежитъ ближе ко входу въ тазъ, то потуги при соотвѣтствующихъ обстоятельствахъ могутъ произвести самоповоротъ на ягодицы.

Послѣ того, какъ потуги уже вколотили предлежащее плечико во входъ таза, самопроизвольный поворотъ совершается лишь чрезвы-

чайно рѣдко. Но при благоприятныхъ обстоятельствахъ головка можетъ нѣсколько подняться вверхъ и, при удаленіи плечика отъ входа въ тазъ, на его мѣсто становится опускающаяся ягодица. Но обыкновенно въ этихъ случаяхъ роды не могутъ окончиться естественнымъ путемъ.

Только при очень сильныхъ потугахъ и достаточно обширныхъ размѣрахъ родовыхъ путей, слѣдовательно, при широкомъ тазѣ (причемъ не исключается извѣстная степень суженія конъюгаты, если только поперечный размѣръ достаточно великъ ¹⁾ или при малой величинѣ плода (незрѣлый плодъ, одинъ изъ близнецовъ), окончаніе родовъ силами природы представляется возможнымъ. Процессу этому — самоизвороту способствуютъ сжимаемость и мягкость плода, что возможно при мертвыхъ и въ особенности мертвогнилыхъ плодахъ. Механизмъ самоизворота состоитъ въ слѣдующемъ: энергическими потугами плечико вколачивается все глубже и глубже въ тазъ и, какъ подлежащая часть, оно, согласно вышеизложеннымъ причинамъ, должно совершить поворотъ впереди. Въ то время какъ головка лежитъ въ большомъ тазу, плечико подходит подъ лонное соединеніе; продольная ось плода при этомъ до такой степени изогнута, что головка и ягодицы плотно соприкасаются между собою. Усиленными потугами все туловище изгоняется наружу мимо подлежащаго плечика, такъ что сначала прорѣзываются одноименная съ послѣднимъ сторона груди, тазъ, а затѣмъ и ножки и, наконецъ, рождается головка (разрѣзъ замороженнаго трупа женщины, представленный *Chiara*, показываетъ очень вѣрно положеніе и членорасположеніе плода въ маломъ тазу при глубоко вколоченномъ плечикѣ).

Еще рѣже наблюдается другой процессъ самопроизвольнаго изворота, которому способствуетъ высокая степень сжимаемости плода, встрѣчающаяся на давно-умершихъ плодахъ. Здѣсь также предшествуетъ плечико, но возлѣ груди въ малый тазъ проталкивается и головка, т. е. сначала выходитъ плечико, потомъ сильно вдавленная въ грудь головка и за нею уже ягодицы ²⁾.

Самоизворотъ почти всегда обуславливаетъ смерть плода, такъ какъ только малые незрѣлые плоды, умирающіе вскорѣ послѣ родовъ, вслѣдствіе недостатка жизненныхъ силъ могутъ пройти такимъ образомъ чрезъ родовые пути, не подвергаясь поврежденіямъ. Къ весьма рѣдкимъ исключеніямъ принадлежитъ случай *Kuhn'a* ³⁾; плодъ, родившійся путемъ самоизворота и имѣвшій въсу $4\frac{1}{2}$ ф. и $17\frac{1}{2}$ дюйма длины, остался въ живыхъ. Если плодъ не очень малъ и еще не подвергся посмертной мацерации, то и мать можетъ пострадать вслѣдствіе механическихъ затрудненій, сопряженныхъ съ самоизворотомъ.

¹⁾ См. *Kleinwächter*, l. c. p. 117. — ²⁾ См. *Simpson*. Sel. Obst. W. I. 1871. p. 380; *Kleinwächter*, l. c. p. 113 и нѣсколько случаевъ, цитированныхъ *Barnes'омъ*, l. c. p. 122. — ³⁾ *Wochenblatt d. Zeitschr. d. Ges. Wiener Aerzte*. 1864. № 24 и 25 и *Jakesch*, l. c.

Еще хуже предсказаніе при поперечныхъ положеніяхъ, предоставленныхъ силамъ природы, если относительные размѣры плода къ родовымъ путямъ неблагопріятны, или если нѣтъ достаточно сильныхъ потугъ. Въ такихъ случаяхъ мать, не разрѣшившись отъ бремени, умираетъ вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ брюшныхъ органовъ, разрыва матки, потери крови. или, наконецъ, отъ истощенія силъ.

Совершенно иное, т. е. положительно благопріятное предсказаніе мы дѣлаемъ, по крайней мѣрѣ, относительно матери, если при поперечныхъ положеніяхъ будутъ предприняты раціональныя и въ особенности своевременныя терапевтическія мѣры.

Терапія здѣсь исключительно оперативная, и здѣсь мы опишемъ ее лишь въ главныхъ чертахъ; что же касается техники исполненія этихъ операцій, то мы должны сослаться на главу объ акушерскихъ операціяхъ.

Если изслѣдованіе беременной женщины покажетъ, что мы имѣемъ дѣло съ поперечнымъ положеніемъ, то всегда слѣдуетъ, посредствомъ наружныхъ ручныхъ приемовъ, превратить это положеніе въ продольное. Обыкновенно это удается безъ затрудненій, и продольное положеніе остается часто до наступленія родовъ, если позаботиться объ умѣренномъ фиксированіи матки наложеніемъ повязки вокругъ живота или подходящаго корсета.

Если находимъ поперечное положеніе въ началѣ родовъ, то нельзя дожидаться дальнѣйшаго ихъ теченія, съ намѣреніемъ предпринять внутренней поворотъ на ножку послѣ достаточнаго раскрытія маточнаго зѣва, но нужно стараться тотчасъ же и чѣмъ раньше, тѣмъ лучше, превратить поперечное положеніе въ продольное. При цѣлости пузыря и если головка стоитъ не слишкомъ далеко отъ входа въ тазъ, это нерѣдко достигается соответственнымъ положеніемъ роженицы, т. е. если роженица ляжетъ на тотъ бокъ, къ которому отклонилась головка плода. Такъ-какъ при этомъ дно матки и вмѣстѣ съ нею ягодицы плода, лежація выше головки, опустятся въ ту же сторону, то головка будетъ отодвигаться въ сторону противоположную, т. е. приблизится ко входу въ тазъ. Это благопріятное смѣщеніе головки можетъ быть поддержано цѣлесообразно подложенною подушкою. Еслибъ такая попытка установить смѣщенную головку надъ входомъ въ тазъ не увѣнчалась успѣхомъ, или если имѣется полное поперечное положеніе плода, то нужно стараться достигнуть цѣли помощью наружныхъ ручныхъ приемовъ. При настойчивыхъ попыткахъ, эти приемы помогаютъ часто даже послѣ истеченія водъ. Если посредствомъ этихъ приемовъ не удастся измѣнить поперечное положеніе плода въ продольное, то лучше всего слѣдовать совѣту *Winter'a* ¹⁾, а именно: ждать достаточнаго раскрытія зѣва матки, даже если воды отошли и тогда лишь приступать къ производству поворота посредствомъ комбиниро-

¹⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. В 12. Н. 1.

ванныхъ ручныхъ пріемовъ или посредствомъ введенія руки въ матку; вслѣдъ за поворотомъ нужно при этомъ сдѣлать извлеченіе младенца. Поступая такимъ образомъ, можно избѣгать тѣхъ неблагоприятныхъ послѣдствій, которыми часто можетъ сопровождаться поворотъ для плода.

Если врачъ застаеъ поперечное положеніе въ болѣе позднемъ періодѣ родовъ, то плечико можетъ быть вколочено въ тазъ такъ крѣпко, что поворотъ сдѣлался невозможнымъ, или, вслѣдствіе могущаго произойти разрыва шейки матки, онъ становится до того опаснымъ, что приходится отъ него отказаться. Если при этомъ тазъ достаточно великъ, по крайней мѣрѣ въ поперечныхъ размѣрахъ, и если плодъ малъ, то, при отсутствіи настоятельныхъ показаній со стороны матери для немедленнаго окончанія родовъ, можно обождать самоизворота ¹⁾, или же способствовать его наступленію соответствующими тракціями за ручку или за тазовой конецъ. Въ противномъ случаѣ приступаютъ къ эмбриотоміи, производя обезглавленіе плода (*decapitatio*), если шейка доступна, или же опорожненіе внутренностей (*exenteratio*) и затѣмъ извлекаютъ плодъ или за ягодицы или, потягивая за ручку, подражаютъ самоизвороту.

Неправильное членорасположеніе плода.

Литература. *Credé*, Verh. d. Ges. für Geb. in Berlin. IV p. 153. — *Perince*, Die Geb. mit Vorf. d. Extrem. neben d. Kopf. Leipzig 1858. — *Kuhn*, Wiener med. Wochenschr. 1869. № 7—15.

Неправильное членорасположеніе плода при лицевыхъ положеніяхъ, выпаденіе ручки при поперечныхъ положеніяхъ, наконецъ, выпаденіе одной или обѣихъ ножекъ при ягодичныхъ положеніяхъ было разобрано нами уже прежде. Здѣсь мы рассмотримъ лишь выпаденіе одной конечности подлѣ предлежащей головки и когда тазъ притомъ совершенно нормальный.

Нерѣдко мы при подвижной головкѣ прощупываемъ чрезъ пузырь предлежащую подлѣ головки ручку, которая обыкновенно уже до или послѣ разрыва пузыря снова отходитъ назадъ. Поэтому здѣсь всякія терапевтическія мѣры были бы излишни. Но если ручка остается въ томъ же положеніи послѣ излитія водъ, то головка изгоняется подлѣ предлежащей ручки. Отхожденіе ручки назадъ облегчается тѣмъ, что заставляютъ роженицу лечь на бокъ, противоположный тому, въ которомъ произошло выпаденіе.

Другое дѣло будетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда рядомъ съ головкою предлежитъ большая часть верхней конечности. Здѣсь необходимо строго различать случаи, гдѣ головка стоитъ еще высоко надъ входомъ, отъ тѣхъ, когда она уже вступила во входъ таза. Въ первомъ случаѣ мы не можемъ заранѣе опредѣлить, возможно-ли будетъ одно-

¹⁾ См. *Kleinwächter*, I. с.

временное вступленіе въ тазъ головки вмѣстѣ съ ручкою или нѣтъ, и поэтому необходимо всегда сдѣлать вправленіе ручки такимъ образомъ, что подвигаютъ ручку вверхъ мимо личика, что въ данномъ случаѣ легко удается. Если головка стоять такъ подвижно, что вслѣдъ за вправленіемъ ручка тотчасъ же опять выпадаетъ, то вдавливаютъ головку мимо ручки въ полость таза, по способу *Kristeller'a* (см. стр. 250), что, при нормальныхъ размѣрахъ таза, удается безъ затрудненій.

Но если головка находится уже въ полости таза, то предоставляютъ роды силамъ природы, такъ какъ одновременное опущеніе головки и ручки въ полость таза будетъ вѣрнымъ доказательствомъ того, что въ данномъ случаѣ размѣры таза достаточно велики для одновременнаго прохожденія названныхъ частей плода. Одно это обстоятельство само по себѣ никогда не потребуетъ искусственнаго извлеченія головки щипцами; оно будетъ показано лишь вслѣдствіе какихъ либо осложненій, изъ которыхъ самое частое — ослабленіе потужной дѣятельности. Англійскіе акушеры ¹⁾ указываютъ на запрокидываніе ручки за шею, какъ на серьезное препятствіе, встрѣчающееся иногда при родахъ. Это препятствіе узнается при изслѣдованіи половиною или всею рукою и устраняется вытягиваніемъ предплечія или поворотомъ плода.

Предлежаніе одной нижней конечности подлѣ головки при нормальномъ тазѣ и доношенномъ плодѣ бываетъ чрезвычайно рѣдко, въ то время, какъ при незрѣлыхъ плодахъ оно наблюдается чаще. Въ этихъ случаяхъ пытаются отодвинуть назадъ ножку и фиксировать головку; если же это не удается, то дѣлаютъ поворотъ на ножку, который иногда достигается лишь посредствомъ двойнаго ручнаго приема.

Неправильности теченія родовъ при многоплодной беременности.

Литература: *Hohl*, Neue Zeitschr. f. Geb. B. 32. p. 1. — *Joulin*, Des cas de dystocie app. au fœtus Paris 1863 p. 83. — *Kleinwächter*, Lehre v. den Zwillingen. Prag 1871, p. 167. — *Besson*, Dystocie spéc. d. l. acc. mult. Paris 1877.

Если первый изъ близнецовъ имѣетъ тазовое, а второй черепное положеніе, то можетъ случиться, что впереди послѣдующей головки перваго плода опустится въ тазъ предлежащая головка другаго. Первый плодъ при этомъ родится безъ затрудненій до пупка или даже до плечиковъ, но далѣе выходненію на свѣтъ головки можетъ сильно препятствовать опускающаяся вмѣстѣ головка другаго плода, причѣмъ послѣдняя можетъ упираться въ шейную выемку выходящаго младенца такъ, что или оба подбородка или же оба затылка заходятъ другъ за друга или же такъ, что личико одного упирается въ затылокъ другаго. Распознаваніе возможно, конечно, только при внимательномъ изслѣдованіи.

¹⁾ *Simpson*, Obstr. Works. p. 381. — *Lambert*, Edinb. Obstr. Tr. 1872. p. 203.

Роды могутъ окончиться естественнымъ путемъ, такъ что послѣ туловища перваго плода родится второй плодъ и вслѣдъ затѣмъ выходитъ уже головка перваго. Но обыкновенно эти случаи требуютъ искусственной помощи. Такъ какъ отодвиганіе второй головки, а равнымъ образомъ и влеченіе за туловище прорѣзывающагося младенца не ведутъ къ пѣли, то нужно извлекать вторую головку щипцами, послѣ чего послѣдующая головка перваго плода рождается безъ помощи искусства. Если же операція эта не удастся, то остается сдѣлать перфорацию (прободеніе) головки втораго плода, такъ какъ головка перваго бываетъ недоступна для инструмента ¹⁾.

Гораздо рѣже подлежащія головки обоихъ плодовъ вступаютъ вмѣстѣ въ полость таза, такъ что головка втораго лежитъ въ шейномъ углубленіи перваго плода. Препятствіе для родовъ въ этомъ случаѣ будетъ не столь велико, но едва-ли будетъ возможно распознать эту аномалію раньше того, какъ родится первый плодъ. Такъ какъ здѣсь есть возможность достигнуть щипцами головки сначала одного, а потомъ и другаго изъ близнецовъ, то щипцы въ данномъ случаѣ кажутся намъ совершенно соотвѣтственнымъ и самымъ дѣйствительнымъ пособіемъ искусства.

Примѣчаніе. Казуистику тѣхъ случаевъ, въ которыхъ первый плодъ имѣлъ тазовое положеніе, а также тѣхъ, въ которыхъ оба плода подлежали головками см. у *Hohl's*, *Joulin'a*, *Kleinwächter'a* и *Klingelhoefer'a* ²⁾. Болѣе значительное препятствіе къ окончанію родовъ можетъ встрѣтиться и при предлежаніи обоихъ плодовъ головками, какъ мы это видимъ въ случаѣ *Graham Weir'a* ³⁾, въ которомъ личико втораго плода лежало въ шейномъ углубленіи перваго, или когда въ шейномъ углубленіи перваго плода, находящагося въ черепномъ или ягодичномъ положеніи, лежитъ шейка втораго, находящагося въ поперечномъ положеніи. *Joulin* ⁴⁾ описываетъ три подобныхъ случая; въ 2-хъ изъ нихъ матери умерли не разрѣшавшись.

Если оба плода предлежать ножками, то всѣ 4 ножки могутъ быть прощупываемы въ маточномъ зѣвѣ (въ случаѣ *Schultze* ⁵⁾, кромѣ того здѣсь предлежала еще одна ручка). Изъ этого не легко можетъ возникнуть серьезное препятствіе для родовъ; но *Bartscher* ⁶⁾ описываетъ случай, гдѣ первый плодъ, котораго ножки родились на свѣтъ, сидѣлъ верхомъ на второмъ плодѣ, такъ что нужно было извлечь сначала послѣдній.

На стр. 70 мы видѣли, что въ очень рѣдкихъ случаяхъ двойни имѣютъ одну общую водную оболочку. Въ послѣднемъ случаѣ обѣ пуповины, вслѣдствіе движеній плодовъ, могутъ спутаться другъ съ другомъ, или одна пуповина можетъ лежать въ узлѣ, образуемомъ другою пуповиною. *P. Müller* ⁷⁾ собралъ 8 сюда относящихся случаевъ: къ нимъ можно присовокупить еще случаи *Ygonin'a* ⁸⁾, *Fricker'a* ⁹⁾ и *Maennel's* ¹⁰⁾. *Kleinwächter* ¹¹⁾ упоминаетъ еще объ одномъ подобномъ препаратѣ изъ Пражской клиники. Если вслѣдствіе перепутыванія или образованія узловъ въ пуповинѣ задерживается кровообращеніе, то наступаетъ смерть одного, а при извѣстныхъ обстоятельствахъ и обоихъ плодовъ.

¹⁾ *Newcombe*, (Obst. Journal. of Gr. Brit. I. p. 387) перфорировалъ головку перваго плода. — ²⁾ Berl. kl. Woch. 1873. № 2 и 3. — ³⁾ Edinb. med. J. 1866. p. 478. — ⁴⁾ l. c. p. 87. — ⁵⁾ M. f. G. B. 11. p. 355. — ⁶⁾ M. f. G. B. 14. p. 41. — ⁷⁾ *Scanzoni's* Beiträge. B. V. H. 1. p. 31. — ⁸⁾ Gaz. méd. de Lyon. 1864. Nr. 13. — ⁹⁾ Ueber Verschling. u. Knotenb. d. Nabelschn. bei Zwillingstr. Tübingen 1870. — ¹⁰⁾ Arch. f. Gyn. B. X. p. 388. — ¹¹⁾ l. c. p. 95.

Ненормальности со стороны придаточныхъ частей плода.

Неправильности яйцевыхъ оболочекъ лишь рѣдко и то только въ незначительной степени могутъ вліять замедляющимъ образомъ на поступательное движеніе плода при родахъ.

Слишкомъ тонкія оболочки могутъ быть причиною рановременнаго разрыва пузыря, вслѣдствіе чего, если подлежащая часть подвижна, истекаетъ большая часть околоплодной жидкости. Но, все таки, въ большинствѣ случаевъ, въ маткѣ остается еще такое количество жидкости, что родовой механизмъ не претерпѣваетъ серьезныхъ затрудненій, и только при существованіи другихъ осложненій (особенно при узкомъ тазѣ), при которыхъ родовой актъ замедляется на долгое время, и въ тѣхъ случаяхъ, когда, вслѣдствіе повторныхъ внутреннихъ изслѣдованій, околоплодная жидкость, окружавшая младенца, замѣняется поступающимъ въ полость матки атмосфернымъ воздухомъ, могутъ быть очень серьезныя послѣдствія, вслѣдствіе разложенія секретовъ (*tumpania uteri*, см. стр. 506). На этомъ основаніи мы при узкомъ тазѣ и рановременномъ разрывѣ пузыря должны воздерживаться отъ излишнихъ изслѣдованій, и лучше всего, давъ больной покойное положеніе на спинѣ или на боку, ввести ей во влагалище не слишкомъ наполненный каучуковый тампонъ, который не только задерживаетъ въ полости матки истекшую еще жидкость (только во время потуги мимо тампона вытекаетъ незначительное количество воды), но вліяетъ еще усиливающимъ образомъ на потуги ¹⁾.

Значительное утолщеніе отпадающей оболочки и ненормальное склеиваніе ихъ съ внутреннею поверхностію матки встрѣчаются какъ послѣдствія *endometritidis deciduae chronicae*. Эти состоянія могутъ въ исключительныхъ только случаяхъ замедлить изгнаніе младенца, а именно, если они имѣютъ мѣсто въ области нижняго сегмента матки и если сращеніе до того крѣпко, что оно препятствуетъ передвиганію матки по яйцу вверхъ (см. стр. 456).

Это сращеніе утолщенныхъ оболочекъ имѣетъ гораздо большее значеніе въ періодѣ изгнанія послѣда. Отдѣленіе яйца отъ маточной стѣнки, начинающееся еще въ періодѣ изгнанія, происходитъ въ такихъ случаяхъ не въ толщѣ отпадающей оболочки, а большею частію между водною и ворсистою оболочками, такъ что, по изгнаніи послѣда, на внутренней поверхности матки остаются болѣе или менѣе значительные куски ворсистой оболочки со всею толщею отпадающей ²⁾. Ворсистая оболочка въ этихъ случаяхъ можетъ мѣшать постепенному отслаиванію соединенныхъ съ нею частей отпадающей оболочки и

¹⁾ См. *Hugenberger*, Petersb. med. Z. 1872. В. III. Н. 4 и 5. — ²⁾ См. *Benicke*, Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr., p. 91. — *Küstner*, Arch. f. Gyn. В. XIII. p. 422 и В. XIV. p. 295 и *Berl. klin. Woch.* 1880. 2 и 3 и *Kaltenbach*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. В. II. p. 225.

давать поводъ къ послѣродовымъ кровотечениямъ. Если роды прошли асептически, то оставшіеся въ маткѣ куски отпадающей оболочки, съ ворсистой оболочкой или безъ нея, не подвергаются гнилостному разложенію; они въ большинствѣ случаевъ выдѣляются въ видѣ густыхъ лохий. Но если попадаютъ при родахъ инфекціонныя зародыши, то эти остатки представляютъ очень хорошую питательную среду для дальнѣйшаго развитія микробовъ. Поэтому, удаленіе остатковъ отпадающей оболочки показано только тогда, когда есть основаніе опасаться инфекціи.

Слишкомъ малое количество околоплодной жидкости, если прочія условія нормальны, едва-ли будетъ служить причиною, замедляющею роды, между тѣмъ какъ слишкомъ значительная масса водъ можетъ различнымъ образомъ затруднить родовой механизмъ, въ особенности тѣмъ, что она обуславливаетъ неправильныя положенія плода, и сокращенія матки при этомъ обыкновенно бываютъ недостаточно сильны.

Укороченіе пуповины, происходящее во время родовъ вслѣдствіе значительнаго передвиженія внутренней поверхности матки надъ поверхностью рождающагося младенца, имѣетъ тоже нѣкоторое значеніе ¹⁾. Это передвиженіе, незначительное въ боковомъ направленіи (вслѣдствіе поворота младенца около своей продольной оси), бываетъ довольно значительно въ продольномъ размѣрѣ. Во первыхъ, самъ плодъ, вслѣдствіе своего выпрямленія во время родовъ, удлинняется, и, во вторыхъ, предлежащая часть все болѣе и болѣе изгоняется изъ матки, между тѣмъ, какъ нижній маточный сегментъ отодвигается все болѣе назадъ, такъ что предлежащая головка и внутренній маточный зѣвъ, соприкасавшіеся между собою въ началѣ родовъ, въ концѣ изгоняющаго періода находятся въ довольно далекомъ разстояніи другъ отъ друга.

Вслѣдствіе этого пуповина, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, претерпѣваетъ натяженіе, которое, однакожъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, не влечетъ за собою вредныхъ послѣдствій, только благодаря растяжимости ея. Но это укороченіе пуповины въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ обусловить, съ одной стороны, натяженіе и отдѣленіе дѣтскаго мѣста, а съ другой—ненормальные повороты предлежащей части и даже замедленіе родового акта.

Точное распознаваніе укороченія пуповины, обвитой вокругъ шеи младенца, при черепныхъ положеніяхъ, можетъ быть сдѣлано только послѣ рожденія головки, когда сильно натянутая петля препятствуетъ дальнѣйшему изгнанію младенца. Тогда пуповину слѣдуетъ перерѣзать, а плодовой конецъ ея перевязывается или прижимается на нѣкоторое время пальцами.

Слишкомъ укороченная пуповина чаще встрѣчается при тазовыхъ положеніяхъ, особенно, если она проходитъ между ногъ плода (если

¹⁾ См. *Schatz*, Arch. f. Gyn. B. 6. p. 391; B. 8. p. 1 и B. 9. p. 29 и *Chantréuil*, Des dispositions du cordon etc. Paris 1875.

«плодь сидитъ верхомъ на пуповинѣ»). Въ моментъ прорѣзыванія ягодиць удается еще легко освободить пуповину, переводя ее чрезъ одну изъ ягодиць; но если этотъ моментъ пропущенъ, то пуповина въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ можетъ быть натянута такъ сильно на промежности младенца, что приходится перерѣзать ее до рожденія на свѣтъ туловища и головки ¹⁾).

Аномаліи родовъ вслѣдствіе опасныхъ осложненій, препятствующихъ механизму родового акта.

Прижатіе пуповины.

Литература: *Michaelis*, Abhandlungen etc. Kiel 1833. p. 263. — *Schuré*, Procid. du cord. ombil. Strasbourg 1835. — *Kohlschütter*, Quaedam de fun. umbil. etc. Lipsiae. 1833 (см. *Wittlinger's* Analekten. I. 1. p. 142). — *Hecker*, Kl. d. Geb. I. p. 165 и II. p. 183. — *Hildebrandt*, M. f. G. B. 23. p. 115. — *Massmann* Petersb. med. Z. 1868. N. 3. u. 4. p. 140. — *Engelmann*, Amer. Journ. of Obst. VI. p. 409, 540 и VII. p. 246. — *Schlüter*, Diss. inaug. Halle 1880. — *Cuntz*, D. med. Woch. 1880. 17 до 19.

Пуповина, лежащая обыкновеннымъ образомъ (сюда мы, по причинѣ частоты этого явленія, причисляемъ и обвитіе пуповины вокругъ какой либо части плода), лишь очень рѣдко сдавливается настолько, чтобы кровообращеніе въ ней остановилось, и плодь подвергся асфиксии или даже умеръ. Пока пузырь еще стоитъ, такого сжатія одной только пуповины, по вѣрному замѣчанію *Lahs* ²⁾, въ полости пузыря не происходитъ, такъ какъ общее внутриматочное давленіе повсюду распредѣлено равномернo, все равно, исходить ли оно непосредственно отъ стѣнки матки, или же передается околоплодною жидкостью. Поэтому, если пузырь еще стоитъ, пуповина только тогда подвергается прижатію, когда сильно дѣйствующій брюшной прессъ вгоняетъ головку, покрытую еще нижнимъ отрѣзкомъ

¹⁾ Слишкомъ короткой пуповинѣ приписываютъ до сихъ поръ слишкомъ серьезное значеніе, котораго она положительно не имѣетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ. Въ текстѣ уже указано на то, что признаки, которые по нѣкоторымъ должно считать патогномоническими для этой аномаліи, едва ли выдерживаютъ критику. Мы прибавимъ къ этому, что на одинъ изъ этихъ признаковъ, именно боль, которую, будто бы, роженица чувствуетъ въ опредѣленномъ мѣстѣ, первый указалъ *Wigand* и впоследствии подтвердилъ его *Devilliers* (Arch. gén. d. méd. 1860. Decembre).

Чрезмѣрная короткость пуповины можетъ обуславливаться или многократнымъ обвитіемъ ея вокругъ шеи или туловища плода, или же она абсолютно коротка. Что многократная обвитія пуповины не имѣютъ особеннаго значенія на теченіе родового акта — доказалъ обширными статистическими данными *Veit* (Ueber die Frequenz der Nabelschnurumschlingungen und den Einfluss derselben auf d. Ausgang der f. d. Kind. Monatsschr. f. Geb. B. XIX. Hft. 4). Хотя *Hecker* (Klinik. d. Geburtsk. B. II. p. 32) не согласенъ съ *Veit*'омъ, но и онъ только приписываетъ этому обстоятельству значеніе лишь какъ моменту, могущему способствовать внутриутробной смерти плода, а не считаетъ его моментомъ, мѣшающимъ родовому акту. Мы давно посвящали особенное вниманіе этому вопросу, и выводы наши почти во всѣхъ отношеніяхъ согласны съ результатами *Veit*'а. Г.

²⁾ Zur Mechanik d. Geb. Marb. 1869. p. 16.

матки, въ малый тазъ, и пуповина, вслѣдствіе этого, ущемляется между головкою и тазомъ съ покрывающею его маточною стѣнкой. Но если роды подвинулись уже на столько, что головка, выступившая изъ матки, находится уже во влагалищѣ, то пуповина, лежащая вблизи головки, можетъ быть сжата между головкою и тазомъ вслѣдствіе дѣйствія однихъ только маточныхъ сокращеній. Въ большинствѣ случаевъ это бываетъ въ періодѣ изгнанія, когда пуповина обвита вокругъ шеи и прижимается долго къ задней поверхности лоннаго соединенія. На сколько это важно, доказалъ *Veit* ¹⁾, указавъ на то, что, при обвитіи пуповины вокругъ шеи 2—3 раза, чаще представляются препятствія дыханію плода, нежели при другомъ положеніи пуповины, и что умираніе плода въ этихъ случаяхъ потому только бываетъ относительно рѣдко, что опасность начинается незадолго передъ окончаніемъ родовъ. По статистикѣ *Druffel'* ²⁾, опасность для жизни плода еще болѣе значительна.

Гораздо чаще выпавшая пуповина претерпѣваетъ прижатіе, опасное для жизни плода.

О выпаденіи пуповины можетъ быть рѣчь только по истеченіи водъ, когда одна или нѣсколько петель ея лежатъ въ маточномъ зѣвѣ, или во влагалищѣ, или же въ наружныхъ половыхъ частяхъ; предлежитъ же пуповина тогда, когда ее можно оцупать до истеченія водъ въ маточномъ зѣвѣ чрезъ яйцевыя оболочки.

Выпаденіе пуповины имѣетъ столь различное значеніе, смотря по положенію плода, что необходимо разсмотрѣть каждый случай отдѣльно.

При черепныхъ положеніяхъ, у перворождающихъ, при совершенно нормальныхъ условіяхъ, нижній сегментъ матки въ началѣ родовъ такъ плотно обхватываетъ стоящую уже въ маломъ тазу головку, что выпаденіе пуповины фактически невозможно. Вступленію головки въ тазъ и обхватыванію ея во всей окружности нижнимъ сегментомъ матки въ отдѣльныхъ случаяхъ препятствуютъ чрезмѣрное накопленіе околоплодной жидкости (*hydramnion*), или же двойни, или же, чаще всего, суженіе таза ³⁾, такъ что выпаденіе пуповины при черепныхъ положеніяхъ у перворождающихъ осложняется почти всегда суженіемъ таза. У многорожавшихъ головка стоитъ еще часто высоко вначалѣ родовъ, легко подвижна надъ входомъ въ тазъ, который можетъ быть совершенно нормальный, и потому у многорожавшихъ пуповина нерѣдко предлежитъ позади плодныхъ оболочекъ. Но предлежащая пуповина, когда нѣтъ чрезмѣрно большаго количества водъ и когда воды истекаютъ своевременно, обыкновенно отдавливаются въ сторону. Если же мы имѣемъ дѣло съ *hydramnion*, вслѣдствіе котораго замедляется вступленіе головки, или когда воды прошли раньше нормальнаго срока, т. е. прежде, чѣмъ матка обхватываетъ плотно головку, то пуповина

¹⁾ M. f. G. V. 19 p. 240. — ²⁾ D. i. Marburg 1871. — ³⁾ По *Engelmann'*у выпаденіе пуповины при узкомъ тазѣ въ 16 разъ чаще, чѣмъ при нормальномъ.

выпадаетъ ¹⁾. Это же самое имѣетъ мѣсто, если, вслѣдствіе какой нибудь другой причины, напр. при двойняхъ, при рѣс. *praevia* или, если одна изъ верхнихъ конечностей прилежитъ подлѣ головки, нижній сегментъ матки не можетъ плотно обхватить головку, и потому между послѣдней и маточными стѣнками остается достаточное пространство для выпаденія пуповины. Короткость или обвитіе пуповины могутъ препятствовать выпаденію ея, и притомъ тѣмъ легче, чѣмъ выше у дна матки прикрѣпляется дѣтское мѣсто; такимъ образомъ, низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста служитъ важнымъ благоприятнымъ моментомъ для выпаденія пуповины. Выпаденіе пуповины обыкновенно происходитъ при сочетаніи различныхъ благоприятныхъ условій, напр. при длинной, необвитой пуповинѣ, имѣющей низкое прикрѣпленіе въ маткѣ, и при косомъ стояніи головки надъ суженнымъ входомъ въ тазъ въ моментъ излитія водъ.

Распознаваніе подлежащей пуповины, когда пузырь сильно напряженъ, можетъ быть затруднительно, но чаще случается, что внѣ петли можно ощупать слабо пульсирующій канатикъ за яйцевыми оболочками. Понятно, что выпавшую пуповину легче ощупать, но ее можно также и не замѣтить при поверхностномъ изслѣдованіи, въ случаѣ, когда высоко подлѣ головки предлежитъ только одна петля.

Послѣдствія выпаденія пуповины, исключая рѣдкіе случаи, въ которыхъ она такъ крѣпко натянута, что подвигающаяся впередъ головка сильно потягиваетъ за собою дѣтское мѣсто, для матери не представляется почти никакой опасности, тогда какъ для плода это составляетъ опасное осложненіе и именно: при предлежаніи головкой безъ надлежащаго пособія, оно почти всегда влечетъ за собою смерть его. Опасность относительно плода происходитъ не отъ нормальнаго положенія пуповины, но всегда потому, что выпавшая пуповина гораздо легче и чаще, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, подвергается прижатію, уничтожающему правильное кровообращеніе плода (ближайшія подробности о способѣ наступленія смерти смотри ниже). При черепныхъ же положеніяхъ головка такъ плотно вколачивается въ тазъ, что пуповина, лежащая между тазомъ и головкою, обыкновенно прижимается, и прохожденіе головки въ тазу обыкновенно продолжается такъ долго, что плодъ въ продолженіи этого времени умираетъ, вслѣдствіе воспрепятственнаго кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ.

Терапія очень различна, смотря по различнымъ періодамъ родовъ.

Если пуповина только предлежитъ, то нужно стараться прежде всего, чтобы разрывъ пузыря совершился какъ можно позже, ибо при долго стоящихъ водахъ пуповина можетъ быть отгѣснена въ сторону, а происшедшее уже выпаденіе пуповины при широко-раскрытомъ маточномъ зѣвѣ гораздо менѣе опасно, нежели при зѣвѣ мало-раскрытомъ.

¹⁾ По *Hugenberger*'у (Petersb. med. Z. 1872. В. III. Н. 4 и 5), выпаденіе пуповины при преждевременномъ излитіи водъ въ 3 раза чаще, чѣмъ обыкновенно.

Итакъ: изслѣдовать нужно очень осторожно; во время же потугъ нужно вовсе воздерживаться отъ изслѣдованія; во влагалище вводятъ умеренно наполненный водою каучуковый тампонъ, чтобы противо-дѣйствовать излитію водъ. Если это можетъ быть достигнуто, то предсказаніе значительно улучшается, потому что, когда головка вступить въ тазъ при предлежаніи пуповины, то послѣдняя обыкновенно сама собою отходитъ назадъ. Если, при исключительныхъ обстоятельствахъ, это не происходитъ и пуповина подвергается опасному прижатію между головкою и тазомъ, то нужно попытаться отодвинуть ее назадъ въ то время, когда пузырь еще цѣль, или же искусственно смѣстить головку въ сторону, чтобы устранить производимое ею прижатіе пуповины. Если это не достигается, то не остается ничего другого, какъ разорвать пузырь и поступать по нижеслѣдующимъ правиламъ.

Самое худшее бываетъ, если пуповина выпадаетъ послѣ преждевременнаго разрыва пузыря, при еще незначительно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ. Такъ-какъ быстрого окончанія родовъ, безъ большой опасности для матери, въ этомъ случаѣ произвести нельзя, то единственное спасеніе для плода заключается въ томъ, чтобы, до окончанія родовъ произвольнымъ путемъ или же при помощи искусства, пуповина не подвергалась опасному прижатію.



Фиг. 149. Палочка для вправленія пуповины *C. Braun'a*.

Самое цѣлесообразное средство въ этомъ случаѣ составляетъ вправление пуповины, которое, впрочемъ, при подобныхъ обстоятельствахъ сопряжено съ чрезвычайными затрудненіями. Такъ-какъ маточный зѣвъ раскрытъ только на одинъ или два пальца, то хотя пуповину и можно нѣсколько вправить, т. е. поднять вверхъ, но при выведеніи пальца она выпадаетъ снова. Нужно поэтому пытаться провести ее посредствомъ инструмента повыше въ матку, въ томъ предположеніи, что пуповина тамъ повиснетъ гдѣ-нибудь, или же что головка, между тѣмъ, установится плотно во входѣ въ тазъ, или же пуповина не выпадетъ больше потому, что роженицѣ дается болѣе цѣлесообразное положеніе. Для вправленія пуповины существуетъ множество инструментовъ, изъ которыхъ самый простой и самый цѣлесообразный — снарядъ *Braun'a* ¹⁾. Онъ состоитъ изъ палочки, сдѣланной изъ твердаго каучука, съ отверстіемъ на тонкомъ концѣ, черезъ которое проводится двойной шнурокъ. Въ этотъ послѣдній кладется выпавшая петля пуповины — и петля шнурка перекидывается

¹⁾ См. *Chiari, Braun* и *Spaeth. Klin. d. Geb.* p. 88

черезъ конецъ палочки (см. фиг. 149). Затѣмъ палочка вмѣстѣ съ выпавшей петлей пуповины вводится высоко въ матку. При удаленіи палочки, петля соскальзываетъ съ конца палочки и захваченная ею пуповина выскальзываетъ; но при обыкновенномъ положеніи роженицы на спинѣ пуповина не выпадаетъ снова лишь тогда, если она случайно повисла на одной изъ конечностей плода, или же если головка въ это время успѣла плотно установиться во входѣ въ тазъ. Еще болѣе цѣлесообразнымъ, поэтому, кажется способъ *Roberton'a* ¹⁾, по которому, какъ при старинныхъ способахъ, пуповина болѣе продолжительное время удерживается въ днѣ матки. Для этой цѣли употребляется тонкая каучуковая трубка, длиною въ 40 см. (въ случаѣ нужды также простой эластическій катетеръ), въ которой находится проволока и изъ верхняго боковаго отверстія которой торчитъ тесемчатая петля. Послѣ того какъ выпавшая петля пуповины захватывается сказанной петлей (см. ф. 150), онѣ вмѣстѣ вводятся поверхъ предлежащей части въ матку. По удаленіи проволоки, эластическій катетеръ остается въ маткѣ и удаляется, по изверженіи младенца, вмѣстѣ съ послѣдкомъ. Этимъ путемъ достигается то, что пуповина, захваченная петлей, удерживается на долгое (нужное) время эластическимъ катетеромъ у дна матки.



Фиг. 150. Инструментъ *Roberton'a* для вправленія пуповины.

Такъ-какъ пуповина, при употребленіи другихъ способовъ, по закону тяжести, снова выпадаетъ изъ матки, то, чтобъ избѣжать этого, нужно обратить вниманіе на положеніе роженицы, имѣющее громадное значеніе, т. е. необходимо положить роженицу такимъ образомъ, чтобы нижній сегментъ матки не лежалъ бы ниже всѣхъ частей матки. Всего лучше удовлетворяетъ этому показанію коленно-локтевое положеніе, менѣе цѣлесообразно положеніе на боку. Итакъ, если есть возможность удовлетворить этому показанію, роженица принимаетъ во время вправленія пуповины коленно-локтевое положеніе и послѣ вправленія — въ томъ же положеніи пытаются ускорить вступленіе головки по способу *Kristeller'a* (см. стр. 250). Если нельзя дать такого положенія роженицѣ, то ограничиваются положеніемъ на боку. Выборъ бока, на который приходится класть роженицу, меньше зависитъ отъ мѣста, гдѣ находится пуповина, чѣмъ отъ стороны, куда отклонена головка. Если головка лежитъ влѣво, то роженицѣ даютъ положеніе на лѣвомъ боку, также и въ томъ случаѣ, когда пуповина

¹⁾ *Barnes, Obst. Oper. 2 ed. p. 143.*

выпала справа, и переменяютъ это положеніе только тогда, когда оно оказывается нецѣлесообразнымъ.

Если, при незначительномъ раскрытіи зѣва, вправить пуповину не удастся, то спасеніе плода возможно лишь тогда, когда можно устранить прижатіе пуповины. Прижатіе это наступаетъ въ томъ случаѣ, когда головка плотно устанавливается во входѣ въ тазъ. Поэтому нужно головку сдѣлать подвижною и замѣнить черепное положеніе поперечнымъ или, еще лучше, тазовымъ. Такой поворотъ совершается, при не совершенно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, лучше всего по способу *Braxton Hicks'a* (см. стр. 296). Когда удалось сдѣлать поперечное или тазовое положеніе, то поступаютъ по нижеизложеннымъ правиламъ.

Если маточный зѣвъ сглаженъ или же раскрытъ на столько, что можно провести чрезъ него руку, то, уже а priori, самая рациональная терапия будетъ состоять въ вправленіи выпавшей пуповины. Это вправленіе всегда выполняется ручнымъ приемомъ, причемъ выбираютъ руку, равноименную со стороною, въ которой пуповина выпала, слѣдовательно, лѣвую — когда пуповина лежитъ въ правой сторонѣ, и наоборотъ. Вправляютъ пуповину (лучше всего въ коленно-локтевомъ положеніи, но тогда справа выпавшую пуповину — правою рукою) сложенными пальцами за головку и стараются зацѣпить ее, если возможно за одну изъ нижнихъ конечностей, или же кладутъ ее на обыкновенное ея мѣсто, т. е. на животъ и грудь плода. Послѣ вправленія, если пуповина тамъ удержалась, вынимаютъ пальцы тотчасъ обратно; въ другихъ же случаяхъ необходимо оставить пальцы на болѣе долгое время, причемъ всегда слѣдуетъ увѣриться въ томъ — существуетъ ли нормальная пульсація въ пуповинѣ. Потомъ во время потуги можно руку осторожно извлечь обратно и наружнымъ ручнымъ приемомъ постараться установить головку такимъ образомъ, чтобы вторичное выпаденіе пуповины было невозможно. *Schmeisser* ¹⁾ совѣтуетъ укрѣпить пуповину на днѣ нарочно устроеннаго для этой цѣли каучуковаго тампона, вмѣстѣ съ нимъ вводить ее въ полость матки и, оставляя его тамъ, надувать; надутый тампонъ мѣшаетъ такимъ образомъ выпаденію ²⁾).

¹⁾ M. f. G. V. 34. p. 143.

²⁾ Вопросъ относительно выпаденія пуповины имѣетъ очень важное практическое значеніе главнымъ образомъ потому, что акушеръ долженъ быстро рѣшиться на тотъ или другой образъ дѣйствія, такъ-какъ нерѣшительность его можетъ сдѣлаться причиною смерти плода. Въ текстѣ упомянуто только объ очень немногихъ репозиторіяхъ, между тѣмъ какъ ихъ существуетъ громадное число. Сюда относятся придуманные для вправленія пуповины снаряды *Dudan'a*, *Deweese's'a*, *Michaëlis'a*, *Schöller'a* (съ громкимъ названіемъ — спаситель пуповинъ: omphalozoter!) *Trefurt'a*, *Kiwisch'a*, *Braun'a* (видоизмѣннаго также *Scanzoni*), *Warser'a*, *Neugebauer'a*, *Decamp'a*, *Thomas'a*, *Grillon'a* и многихъ другихъ. Всѣ эти снаряды устроены болѣею частью по той же идеѣ, а именно болѣе или менѣе длинною (болѣею частью гибкою) палочкой, снабженной петлей, захватываютъ пуповину и вводятъ ее такимъ образомъ какъ можно глуже въ полость матки.

Какъ ни кажется раціональнымъ вправленіе пуповины, оно не лишено однако нѣкоторыхъ неудобствъ. Если пуповина совершенно еще не подверглась прижатію, слѣдовательно, кровообращеніе плода еще не было разстроено, то, конечно, ничего нельзя возразить противъ вправленія, ибо въ случаѣ неуспѣха, т. е. если вправленіе не удастся, то отъ этого также ничего и не теряется. Но если пуповина была уже прижата, то въ благоприятномъ случаѣ, т. е. когда вправленіе пуповины достигнуто быстро и совершенно, жизнь плода еще не во всѣхъ отношеніяхъ обезпечена, потому что пуповина, хотя снова и не выпадаетъ совершенно, но она можетъ помѣститься такимъ образомъ, что новое прижатіе ея еще возможно. Если въ подобныхъ случаяхъ слѣдить помощью стетоскопа за сердцебіеніемъ плода, то нерѣдко можно констатировать, что сердцебіеніе учащается и затѣмъ, по истеченіи нѣкотораго времени, оно постепенно замедляется, — что служитъ вѣрнымъ признакомъ опасности, угрожающей плоду. Въ другихъ же случаяхъ сердечные тоны неправильны, хотя пуповина лежитъ такимъ образомъ, что прижатіе ея рѣшительно невозможно: сердцебіеніе при этомъ то чрезвычайно учащено, то очень замедлено, и это продолжается до тѣхъ поръ, пока оно вдругъ не исчезнетъ совершенно. Кажется, что въ этихъ случаяхъ происшедшее разъстройство въ кровообращеніи не можетъ возвратиться къ нормальному типу, хотя и устранена первоначальная причина.

Но далеко не всегда возможно скоро и надежно вправить пупо-

Что касается вопроса относительно того — какъ лучше вправлять выпавшую пуповину, рукою или однимъ изъ вышеупомянутыхъ инструментовъ? — то прежде объ этомъ спорили весьма сильно. Начать съ того, что вправленіе пуповины, даже при выгодныхъ обстоятельствахъ, и рукою иногда весьма затруднительно, такъ что многіе знаменитые акушеры, какъ напримѣръ: *Lamotte, Smellie, Baudelocque, Voë, Kilian* и др., вовсе отвергали его. Если ручное вправленіе затруднительно, то тѣмъ паче это должно сказать относительно вправленія инструментальнаго. Въ самомъ дѣлѣ, употребляемая въ дѣло палочка часто упирается въ какое нибудь мѣсто въ тазу (особенно часто у промонторія), изгибается и дальше не идетъ. Если же удастся пропихнуть ее въ полость матки, то это нисколько еще не ручается за успѣхъ, такъ-какъ вправленная пуповина точно также снова выпадаетъ, какъ если она вправляется рукою. Дѣло вообще не въ томъ, чтобы ввести обратно пуповину въ полость матки, а въ томъ, чтобы удержать ее *in loco*, а это съ успѣхомъ можно исполнить только помощью руки, а ничуть не слѣпо дѣйствующимъ снарядомъ. Вотъ почему вправители пуповины (репозиторіи) всѣ болѣе и болѣе выходятъ изъ употребленія.

Если нѣсколько настойчивыхъ попытокъ вправить выпавшую пуповину не повели къ желаемому результату, то отнюдь не слѣдуетъ продолжать эти попытки, а немедленно приступить къ извлеченію плода помощью поворота или же щипцовъ. Первая операція безъ сомнѣнія будетъ чаще умѣстна, такъ-какъ къ ней можно прибѣгнуть гораздо раньше. Если же время для поворота упущено, то ничего болѣе не приходится дѣлать, какъ ждать, пока возможно будетъ приступить къ наложенію щипцовъ; пока же ограничиваются тѣмъ, что вводятъ выпавшую пуповину въ рукавъ и удерживаютъ ее тамъ чистою влажною губкой.

G.

Въ настоящее время безъ сомнѣнія слѣдуетъ рекомендовать для удержанія выпавшей пуповины въ этихъ случаяхъ какой-либо асептической матеріалъ, какъ напр. салициловую вату, йодоформную марлю и т. под.

P.

вину: это, какъ выразился *Voer*, «настоящая работа данаидъ». Чѣмъ болѣе стараются вправлять пуповину, тѣмъ болѣе она выпадаетъ, и, по вправленіи съ величайшимъ трудомъ одной петли на одномъ мѣстѣ, другая на другомъ мѣстѣ тотчасъ снова выпадаетъ. Кромѣ того, чѣмъ болѣе потрачено бесполезно времени на вправленіе пуповины, тѣмъ большей опасности подвергается плодъ. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ плодъ уже находится въ опасности, лучше тотчасъ приступить, не заботясь о пуповинѣ, къ повороту и экстракціи, когда можно ожидать, что операціи эти могутъ быть выполнены безъ особеннаго труда. При благопріятныхъ условіяхъ, менѣе, нежели въ одну минуту, можно дать плоду возможность дышать воздухомъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, освободить его отъ опасности, которой онъ подвергся еще въ полости матки, а, при наступившей уже асфиксіи, можно приступить къ рациональнымъ средствамъ для устраненія послѣдней. Если при подобныхъ обстоятельствахъ, безъ предварительныхъ попытокъ къ вправленію пуповины, прямо приступаютъ къ повороту, то шансы для младенца будутъ нисколько не хуже, нежели послѣ удачнаго вправленія пуповины, но зато шансы эти будутъ гораздо благопріятнѣе, нежели когда приступаютъ къ повороту только тогда, когда попытки вправить пуповину оказались неудачными.

Если при выпавшей пуповинѣ головка уже находится въ маломъ тазу и роды оканчиваются не скоро, то наступаетъ смерть плода вслѣдствіе прижатія пуповины. Поэтому у перворождающихъ очень рѣдко при стоящей въ тазу головкѣ можно оцупать пульсирующую еще пуповину; у многорожавшихъ же чаще случается, что при высоко стоящей головкѣ, съ излітіемъ водъ, выпадаетъ пуповина и вслѣдъ затѣмъ головка опускается внизъ. Если головка не тотчасъ прорѣзывается, то нужно извлечь ее щипцами какъ можно скорѣе. Иногда, впрочемъ, при этихъ обстоятельствахъ головка прорѣзывается сама собою такъ быстро, что не успѣваютъ прибѣгнуть къ щипцамъ.

Выпаденіе пуповины при лицевыхъ положеніяхъ встрѣчаются нѣсколько чаще, чѣмъ при черенныхъ, такъ какъ первыя бывають чаще при узкомъ тазѣ. Пособія при этомъ въ сущности тѣже, но здѣсь всегда выгоднѣе предпочитать поворотъ вправленію.

Совсѣмъ другое дѣло въ случаяхъ предлежанія или выпаденія пуповины при положеніяхъ тазовыхъ. Условія для выпаденія при ягодичныхъ положеніяхъ немного благопріятнѣе, а при ножныхъ положеніяхъ, при которыхъ всегда остается достаточно свободнаго мѣста для выпаданія, — гораздо благопріятнѣе, чѣмъ при черепныхъ. Но опасность при этомъ далеко не такъ значительна: пуповина гораздо менѣе прижимается мягкими ягодицами и еще менѣе при ногоположеніяхъ, при которыхъ она обыкновенно вовсе не подвергается прижатію. Поэтому вправленіе здѣсь въ большинствѣ случаевъ ненужно, да и рѣдко бываетъ успѣшно, потому что вправленная пуповина почти всегда снова выпадаетъ. Но такъ-какъ прижатіе пуповины при

дальнѣйшемъ теченіи родовъ все-таки возможно, то необходимо заботиться о томъ, чтобы, при угрожающей опасности, быть въ состояніи окончить роды. Если тазовый конецъ еще не совершенно опустился въ тазъ, то необходимо свести одну или обѣ ножки, такъ какъ, съ одной стороны, этимъ уменьшается объемъ ягодиць, а съ другой — получается возможность для скорѣйшаго совершенія экстракціи. Понятно, что во время родовъ необходимо тщательно слѣдить за сердцебіеніемъ плода; при уменьшеніи частоты сердечныхъ тоновъ нужно тотчасъ извлекать. Если тазовой конецъ совершенно вколотился въ тазъ, а свести ножки плода невозможно, то, при начинающейся асфиксіи его, нужно попытаться произвести извлеченіе за ягодичный конецъ, хотя скоро извлекать такимъ образомъ, съ благопріятнымъ исходомъ для младенца, можно только при особенно благопріятныхъ обстоятельствахъ. При полныхъ ногоположеніяхъ не нужно никакихъ пособій, такъ-какъ пуповина при этомъ не подвергается прижатію.

При поперечныхъ положеніяхъ, по излитіи водъ, выпаденіе пуповины встрѣчается очень часто, но сами по себѣ поперечныя положенія обуславливаютъ опасное прижатіе пуповины только въ случаяхъ запущенныхъ. При незначительно раскрытомъ матчномъ зѣвѣ спокойно выжидаютъ его раскрытія и потомъ дѣлаютъ поворотъ на ножки и извлеченіе. Поворотъ на головку съ послѣдовательнымъ вправленіемъ пуповины хотя и возможенъ при благопріятныхъ обстоятельствахъ, но выполненіе его такъ затруднительно и успѣхъ его до такой степени сомнителенъ, что къ нему можно прибѣгнуть только въ очень рѣдкихъ случаяхъ ¹⁾.

Намъ остается еще рассмотреть слѣдующій вопросъ: должно-ли предпринимать ту или другую операцію при рѣдко или совсѣмъ непульсирующей пуповинѣ? Въ первомъ случаѣ непременно нужно оперировать; во второмъ-же случаѣ не приступаютъ къ операціи лишь тогда, когда очевидно, что пульсація въ пуповинѣ прекратилась уже давно, такъ-какъ иногда при быстро произведенномъ извлеченіи еще можно сохранить жизнь ребенка, который хотя и находится въ высшей степени асфиксіи, но, тѣмъ не менѣе, можетъ быть еще оживленъ. Чѣмъ менѣе доношены дѣти, тѣмъ дольше въ нихъ сохраняется внутриматочная жизнь по прекращеніи плацентарнаго кровообращенія, но зато имѣется также мало надежды на сохраненіе ихъ въ живыхъ по рожденіи на свѣтъ.

Примѣчаніе. Если не считать *Guillemeau*, который говоритъ объ опасно-

¹⁾ Съ этимъ мнѣніемъ едва-ли можно согласиться. Если при черепныхъ положеніяхъ приходится часто прибѣгать къ повороту, то было бы въ высшей степени непрактично превращать поперечное положеніе сначала въ черепное, для того, чтобы затѣмъ все-таки прибѣгнуть къ повороту на ножки. Всякій пойметъ, что гораздо проще и для плода несравненно выгоднѣе прямо приступать къ повороту на ножки, не теряя времени для поворота на головку, который въ настоящемъ случаѣ ужъ потому не умѣстенъ, что дѣло идетъ о томъ, чтобы окончить роды какъ можно скорѣе. Г.

стяхъ, зависящихъ отъ предлежанія пуповины, то Луиза *Bourgeois* первая указываетъ практическія свѣдѣнія относительно выпаденія пуповины. Она отличаетъ выпаденія при поперечныхъ и черепныхъ положеніяхъ, знакома очень хорошо съ опасностями, возникающими въ этихъ случаяхъ для плода, и совѣтуетъ производить ручное вправленіе, приподнимая тазъ роженицы, и устранять вторичное выпаденіе пуповины посредствомъ тампона изъ ваты. Слѣдующіе за нею акушеры знакомы съ выпаденіемъ пуповины, хотя мнѣнія ихъ далеко расходятся относительно этиологіи, леченія и особенно относительно причины умиранія младенцевъ въ этомъ случаѣ. *Mauriceau* имѣлъ вѣрный взглядъ на этиологию выпаденія пуповины и совѣтовалъ вправленіе, когда же послѣднее не удается, нужно прибѣгнуть къ повороту. Эту же терапію рекомендовалъ и *Peu*, тогда какъ *de la Motte* рѣшительно возставалъ противъ вправленія и высказывался за немедленный поворотъ. *Deventer* даетъ отличныя наставленія относительно терапіи, совѣтуя, еще до излитія околоплодныхъ водъ, предлагающую пуповину отдавливать вверхъ, и, для избѣжанія новаго выпаденія, давать роженицамъ боковое или же колѣбнолоктевое положеніе; онъ справедливо замѣтилъ, что при плоскихъ тазахъ выпавшая пуповина придавливается не такъ легко, какъ при тазахъ общеслуженныхъ. На пользу колѣбнолоктеваго положенія въ этомъ случаѣ указали позже *Ritgen* ¹⁾, *Kiestra* ²⁾, *Thomas* ³⁾, *Theopold* ⁴⁾, *Brunton* ⁵⁾ и *Birnbaum* ⁶⁾.

Данныя относительно частоты выпаденія пуповины очень неточны главнымъ образомъ потому, что при этомъ не принято было въ соображеніе — какъ часто выпадаетъ пуповина при извѣстныхъ положеніяхъ плода. По исчисленіямъ *Hildebrandt*'а, обнимающимъ 45.040 родовъ, на 148 родовъ, среднимъ числомъ, приходится одно выпаденіе при положеніяхъ черепныхъ. Съ этимъ согласны и результаты *Hecker*'а (основанные, правда, на незначительныхъ цифрахъ), по которому также на 148 черепныхъ положеній приходится по одному выпаденію пуповины, между тѣмъ какъ на 11 тазовыхъ и 5 поперечныхъ положеній приходится также по 1 выпаденію.

Поврежденія мягкихъ родовыхъ путей.

Разрывы матки.

Поврежденія матки, встрѣчающіяся во время родовъ, различаются существенно потому, — бываютъ-ли они только частичныя и не препятствующія изгнанію младенца чрезъ естественные родовые пути, или-же они составляютъ обширныя нарушенія цѣлости матки, которыя происходятъ безъ видимой причины и большею частью неожиданно и чрезъ которыя тѣло матки изгоняетъ младенца въ брюшную полость. Разсмотримъ сначала послѣднія.

Перфорирующіе разрывы матки съ изгнаніемъ черезъ нихъ младенца.

Этиологія.

Л и т е р а т у р а: *Deneux*, Essai sur la rupture de la matrice etc. Paris 1804. — M-me *Lachapelle*, Pratique des accouch. T. III. Mém. VIII. — *Bluff*, Siebold's Journ. 1835. B. XV. p. 249. — *Duparcque*, Hist. compl. des rupt. etc. Paris 1836, перев. на нѣм. яз. *Neuvermann*'омъ. Quedlinburg u. Leipzig 1838. — *Lehmann*, M. f. G. 12. p. 408. — *Chiari*, *Braun* и *Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 184. — *Badford*, Obst.

¹⁾ Lehrb. d. Geb. f. Hebammen. p. 324. — ²⁾ Nederl. Weekbl. April 1855, Schmidt's Jahrb. B. 91. p. 200. — ³⁾ Postur. Treatm. of Prol. of the Funis in Transact. of the New-York. Acad. of med. 1858. — ⁴⁾ Deutsche Klinik 1860. Nr. 27. — ⁵⁾ Obst. Journ. of Gr. Britain. April 1879. p. 16. — ⁶⁾ M. f. G. B. 30. p. 292.

Tr. VIII. p. 150. — *Kormann*, Ueber die Uterusrupturen in forensischer Beziehung. Leipz. 1864. — *Munk*, Sieben neue Fälle von Uterusruptur. Tübingen 1874. — *Bandl*, Ueber Ruptur der Gebärmutter. Wien 1875. — *Thompson*, Obst. Journ. of Gr. Britain. III. 1876. p. 633, 718, 804. — *Kaltenbach*, Arch. f. Gyn. B. XXII. p. 123.

Для точнаго пониманія и взвѣшиванія механическихъ условій, ведущихъ за собою разрывъ матки, мы должны предварительно выяснитъ себѣ механизмъ, при помощи котораго совершаются роды при нормальныхъ обстоятельствахъ. Выше мы видѣли, что при появленіи родовыхъ болей матка измѣняетъ свою форму такъ, что она становится уже и длиннѣе. Удлиненіе происходитъ въ такой степени, что, послѣ непродолжительнаго дѣйствія родовыхъ болей, дно матки отгѣсняется къ вершинѣ свода грудобрюшной преграды. Послѣдствіемъ сокращенія полой мышцы бываетъ то, что существующее отверстіе, соотвѣтствующее цервикальному каналу, мало по малу раскрывается; послѣднее происходитъ отъ того, что сильно сокращающаяся мускулатура постепенно все болѣе и болѣе сосредоточивается на противоположномъ отверстію полюсѣ яйца. Въ одномъ мѣстѣ, лежащемъ выше внутренняго маточнаго зѣва (на мѣстѣ кольца сокращенія) эта утолщенная мускулатура переходитъ въ истонченный нижній сегментъ матки. Поэтому, чѣмъ болѣе кольцо сокращенія оттягивается надъ яйцомъ вверхъ, тѣмъ болѣе растягиваются нижній маточный сегментъ и цервикальный каналъ, такъ что нижній конецъ яйца вскорѣ вгоняется въ каналъ шейки и проходитъ постепенно черезъ наружный маточный зѣвъ.

Если представить себѣ вырѣзанную и совершенно изолированную матку, находящуюся въ полной дѣятельности, то очевидно, что эффектъ маточныхъ сокращеній состоялъ бы въ постепенномъ отодвиганіи вверхъ мышцы матки, между тѣмъ, какъ яйцо, нисколько не подвигаясь впередъ, оставалось бы на одномъ и томъ же мѣстѣ. И дѣйствительно, яйцо въ теченіе періода раскрытія въ большинствѣ случаевъ нисколько не мѣняетъ своего положенія по отношенію къ тазу. Кажущееся же движеніе яйца впередъ обусловливается тѣмъ, что шейка постепенно отодвигается вверхъ.

Къ концу періода раскрытія условия эти существенно измѣняются вслѣдствіе двухъ причинъ: во первыхъ, вслѣдствіе того, что тѣло матки, будучи со всѣхъ сторонъ прикрѣплено къ тазу, не можетъ отодвинуться вверхъ на произвольную высоту, и во вторыхъ, вслѣдствіе дѣятельности брюшнаго прессы.

Прикрѣпленіе матки къ тазу обусловливаетъ то, что къ концу періода раскрытія, матка не можетъ уже болѣе отойти надъ яйцомъ вверхъ, вслѣдствіе чего она при своихъ сокращеніяхъ и отгѣсняетъ содержимое свое книзу. Энергическая дѣятельность брюшнаго прессы отгѣсняетъ внизъ всю матку, а съ нею и ея содержимое.

Чѣмъ труднѣе совершается изгнаніе плода, тѣмъ болѣе вверхъ отодвигается кольцо сокращенія, тѣмъ сильнѣе становятся растяженіе



Фиг. 151. Матка съ поперечно-лежащимъ плодомъ при угрожающемъ разрывѣ.
 о. е. = Orific. extern. — о. і. = Orific. intern. — С. R. = Contractionsring (кольцо
 сокращенія). Слѣва — сильно растянутый нижній сегментъ матки и шейка, гото-
 вые разорваться. — L. r. = lig. rotundum.

нижняго сегмента матки и натяженіе связокъ ея. Если растяженіе сдѣлается чрезмѣрнымъ, то истонченная ткань матки не выдерживаетъ и рвется, и такимъ образомъ происходитъ перфорирующій разрывъ матки.

Слѣдуетъ еще обратить вниманіе на то, что, если, при неблагопріятномъ пространственномъ отношеніи между тазомъ и младенцемъ и сильныхъ маточныхъ сокращеніяхъ, кольцо сокращенія отодвинулось далеко вверхъ, то влеченіе передается не наружному маточному зѣву и рукаву, а исключительно маточнымъ связкамъ.

Bandl, въ своемъ замѣчательномъ сочиненіи о разрывѣ матки, старается объяснить растяженіе маточной шейки ущемленіемъ маточныхъ губъ между головкою и тазомъ. Очевидно, что объясненіе недостаточно, такъ какъ даже при черепныхъ положеніяхъ обыкновенно не бываетъ сильнаго ущемленія губъ, а между тѣмъ растяженіе шейки съ разрывомъ могутъ встрѣчаться и въ такихъ случаяхъ, при которыхъ, какъ напр. при поперечныхъ положеніяхъ, не можетъ быть и рѣчи о сильномъ ущемленіи. Правда, влеченіе мускулатуры матки передается шейкѣ, но только верхней ея части и не переходитъ на влагалищную часть и рукавъ, такъ что наибольшему растяженію подвергается нижній маточный сегментъ; затѣмъ, значительное влеченіе претерпѣваетъ также и большая часть растянутаго шейки, между тѣмъ какъ наружный маточный зѣвъ, рукавъ и входъ въ него подвергаются все мѣньшему и мѣньшему натяженію въ перечисленномъ порядкѣ.

Для того, чтобы быть въ состояніи надлежащимъ образомъ судить о прикрѣпленіяхъ тѣла матки, которыя подвергаются натяженію, мы должны изложить, хотя вкратцѣ, анатомію беременной матки и ея придатковъ.

Важнѣйшій связочный аппаратъ, фиксирующій матку, лежитъ по обоимъ бокамъ ея, между *lig. rotund.* и *lig. recto-uterinum*. Матка, увеличивающаяся во время беременности въ толщину и ширину, такъ вросаетъ въ промежутокъ между обоими листками широкой маточной связки, что послѣднія совершенно ею раздвигаются и не только круглыя связки, но и фаллопьевы трубы и яичники плотнѣе прилежатъ къ бокамъ матки. При этомъ увеличенная въ объемъ матка вдвигается между названными частями такимъ образомъ, что разстояніе между мѣстами прикрѣпленія *lig. rot.* и *lig. ovarii* равняется нѣсколькимъ сантиметрамъ ¹⁾. Такъ какъ круглая маточная связка направляется впередъ и нѣсколько внутрь, а *lig. infundibulo-pelvicum* (заключающее въ себѣ *vasa spermatica*) какъ продолженіе трубы и *lig. ovarii*, направляется почти прямо взадъ, то онѣ, вмѣстѣ съ *lig. recto-uterinum*, образуютъ всѣ вмѣстѣ широкую вѣрообразную связку, начинающуюся съ боковаго края матки и расходящуюся клереди и кзади.

¹⁾ При вскрытіи одной беременной на восьмомъ мѣсяцѣ я нашель, что разстояніе это равнялось 4 сант.

Эта связка пріобрѣтаетъ значеніе фиксирующаго аппарата, благодаря, главнымъ образомъ, толстымъ и снабженнымъ мышечною тканью круглымъ связкамъ.

Спереди, между обѣими круглыми связками, и сзади, между lig. recto-uterina, матка едва-ли чѣмъ нибудь фиксируется, такъ какъ спереди брюшина идетъ глубоко въ пузырьно-маточное пространство и соединяется съ маточною шейкою и мочевымъ пузыремъ соединительною тканью на столько рыхлоу, что большая или меньшая глубина передняго Дугласова пространства обуславливается бѣльшею или меньшею степенью переполненія мочевого пузыря; сзади-же брюшина еще ниже опускается по стѣнкѣ рукава и соединяется съ нею столь-же рыхлоу соединительною тканью.

Итакъ, если, при неблагопріятномъ пространственномъ отношеніи между плодомъ и тазомъ и сильныхъ маточныхъ сокращеніяхъ, тѣло матки на столько отодвинулось вверхъ, что кольцо сокращенія, какъ это бываетъ въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ, стоитъ у пупка или даже выше его, то нижній сегментъ матки и надвлагалищная часть шейки превращаются въ тонкостѣнную, громадной величины полость, въ которой помѣщается иногда больше половины младенца. Тонкія стѣнки этой полости, которыя, вслѣдствіе сильнаго растяженія ихъ слабой мускулатуры, лишены возможности активно сокращаться, находятся подъ очень высокимъ давленіемъ; послѣднее усиливается еще при каждомъ маточномъ сокращеніи, во время котораго младенецъ все болѣе и болѣе выталкивается изъ полости матки. Мало по малу тонкія мышечныя волокна раздвигаются, а предлежащая часть сильно напираетъ на эту поддающуюся часть стѣнки и проталкивается между этими волокнами. На высотѣ одной изъ потугъ дѣло доходитъ до полнаго продыравленія паренхимы шейки; напирющая головка отдѣляетъ сначала брюшину отъ подлежащей ткани, затѣмъ разрываетъ и ее и чрезъ происшедшій такимъ образомъ разрывъ выступаетъ въ брюшную полость; за головкою слѣдуетъ вся остальная часть младенца. Вслѣдъ за тѣмъ опорожненная матка сокращается и потужная дѣятельность останавливается.

Происхожденіе разрыва существенно облегчается тѣмъ, что одна сторона матки почти всегда бываетъ болѣе растянута, чѣмъ другая. Это обуславливается при затылочныхъ положеніяхъ тѣмъ, что тѣло матки легче подымается кверху въ той сторонѣ, которая соотвѣтствуетъ брюшной поверхности плода; между тѣмъ какъ на противоположной сторонѣ, соотвѣтствующей спинкѣ плода, оно растягивается болѣе сильно. При поперечныхъ-же положеніяхъ, наибольшему растяженію подвергается та сторона шейки, въ которой лежитъ головка.

Механизмъ этихъ измѣненій, мало по малу подготовляющихъ наступленіе разрыва, до того простъ и убѣдительно, что послѣ того, какъ онъ былъ впервые ясно изложенъ *Bandl'*емъ, прежнее мнѣніе о

совершенно неожиданномъ происхожденіи разрыва въ маточной мускулатурѣ въ настоящее время совершенно оставлено. Почему въ однихъ случаяхъ разрывъ происходитъ очень легко и рано, въ другихъ, — наоборотъ, трудно и поздно, а въ нѣкоторыхъ и вовсе не происходитъ — это, безъ сомнѣнія, зависитъ отъ различныхъ условій. На первомъ планѣ стоитъ предрасположеніе маточной ткани къ разрыву, которое бываетъ индивидуально чрезвычайно различно. Кажется, что у болѣе пожилыхъ и очень часто рожавшихъ женщинъ иногда происходятъ разрывы и безъ предварительнаго чрезмѣрно сильнаго растяженія ткани. Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, ткани обладаютъ такою чрезвычайно значительною растяжимостью, что тѣло матки дѣйствительно можетъ изгнать всего младенца въ полость, образуемую нижнимъ ея сегментомъ и шейкою, безъ того, чтобы при этомъ произошелъ разрывъ. Достоинно замѣчанія, что эластичность брюшины бываетъ до того значительна, что въ не очень рѣдкихъ случаяхъ она вовсе не разрывается вмѣстѣ съ другими слоями маточной стѣнки, младенецъ же при этомъ изгоняется подъ отдѣлившуюся брюшину.

Въ случаяхъ значительной растяжимости маточныхъ придатковъ можетъ случиться и то, что вся шейка оттягивается вверхъ въ такой значительной степени, что происходитъ круговой отрывъ влагалища отъ шейки ¹⁾.

Брюшной прессъ имѣетъ важное значеніе для предупрежденія разрывовъ. Если при каждой потугѣ, вслѣдствіе дѣятельности брюшнаго пресса, внутрибрюшное давленіе усилится, а грудобрюшная преграда произведетъ противодавленіе внизъ на поднимающееся дно матки, то разрывъ произойдетъ гораздо рѣже, чѣмъ въ случаяхъ недостаточной дѣятельности брюшнаго пресса и отсутствія всякаго внѣшняго давленія на мѣста, подверженныя опасности разрыва.

Изъ сказаннаго легко понять, почему у перворождающихъ съ нерастянутыми и крѣпкими мышечными волокнами и при сильной дѣятельности брюшнаго пресса разрывы матки встрѣчаются относительно рѣдко, между тѣмъ какъ у ослабленныхъ многорожавшихъ, у которыхъ матка свободно лежитъ въ широкомъ промежуткѣ между прямыми мышцами живота и у которыхъ вялые маточные придатки, уже въ началѣ родового акта и при отсутствіи механическихъ затрудненій, бываютъ сильно растянуты, разрывы матки бываютъ гораздо чаще.

Разрыву матки всегда, безъ исключенія, предшествуетъ какое нибудь затрудненіе родового акта, хотя оно и не всегда должно быть очень значительно. Черепныя положенія при узкомъ тазѣ, запущенныя поперечныя положенія и гидроцефалическіе младенцы подають чаще всего поводъ къ разрывамъ матки.

Само собою понятно, что при существованіи условій для разрыва,

¹⁾ *Hugenberger*, Ueber Kolpaporrhesis in der Geburt. St. Petersburg 1876.

онъ можетъ произойти особенно легко, если, для производства поворота, рука будетъ введена насильно, или, еще легче, когда при самомъ поворотѣ, при которомъ головка должна отойти обратно въ сократившуюся полость матки, будетъ употреблено нѣкоторое насиліе.

Что касается частоты разрывовъ матки, то мнѣнія объ этомъ далеко расходятся. По *Bandl'*ю, на 1183 родовъ встрѣчается одинъ разрывъ. Эта цифра, однако, слишкомъ велика, такъ какъ статистика клиникъ, куда направляются по преимуществу патологическіе случаи, не можетъ въ этомъ отношеніи имѣть рѣшающаго значенія. По *Franqué* одинъ разрывъ приходится на 3.225 родовъ.

Патологическая анатомія.

Соотвѣтственно этиологическимъ условіямъ, разрывъ никогда не занимаетъ области сократившейся мускулатуры тѣла матки. Напротивъ того, вся мышечная масса выше кольца сокращенія становится тѣмъ толще и плотнѣе, чѣмъ шансы на разрывъ значительнѣе. Обыкновенно разрывъ занимаетъ область нижняго отрѣзка и шейки матки до наружнаго зѣва. Онъ можетъ, конечно, простирасться вверхъ и нѣсколько захватить кольцо сокращенія и внизъ до рукава. Въ подобныхъ случаяхъ мы обыкновенно имѣемъ дѣло съ продолженіемъ первоначальнаго мѣста разрыва, происшедшимъ во время прохожденія чрезъ него младенца. Разрывъ рѣдко бываетъ продольный, часто онъ имѣетъ нѣсколько косое или болѣе поперечное направленіе; онъ можетъ занимать переднюю, заднюю или боковую стѣнку матки. Обыкновенно разрываются всѣ слои матки, начиная со слизистой оболочки и кончая брюшиною, такъ что образуется свободное сообщеніе между полостію брюшины и половымъ каналомъ. Только круглая связка слишкомъ крѣпка и не разрывается, но и не останавливаетъ разрыва, который, идя подъ нею, можетъ перейти на другую сторону. Края разрыва обыкновенно неровны, тонки и пропитаны кровью. Часть младенца всегда выступаетъ чрезъ разрывъ и помѣщается въ брюшной полости, или, при цѣлости брюшины, въ полости, образовавшейся подъ брюшиною.

Припадки.

Хотя разрывы матки происходятъ обыкновенно неожиданно и безъ того, чтобы окружающіе, бабушка или даже присутствующій акушеръ его предвидѣли, тѣмъ не менѣе есть достаточно признаковъ, по которымъ врачъ, знакомый съ механизмомъ постепеннаго растяженія нижняго сегмента и шейки матки, можетъ распознать угрожающій разрывъ матки.

Замѣчаемыя, даже внѣ потуги, безпокойство, боязливое выраженіе лица и непрерывные стоны роженицы уже достаточно указываютъ на то, что продолжающееся натяженіе связокъ не даетъ ей оправиться и во время пережекъ между болями, а при тщательномъ изслѣдо-

ваніи нижеописанные признаки вполне выясняют, что материнскія мягкія части до такой степени растянуты, что угрожают разрывомъ.

Разрывъ совершается обыкновенно вдругъ. На высотѣ потуги роженицы чувствуютъ вдругъ раздирающую боль и при этомъ быстрое поворачиваніе плода. Является *anxietas praecordialis* (замирание), въ глазахъ темнѣть, выступаетъ холодный потъ, члены дрожать, пульсъ очень малъ и частъ, причемъ выступаютъ признаки внутренняго кровотеченія. Сокращенія матки быстро прекращаются, подлежащая часть совсѣмъ отходить вверхъ или предлежитъ, по крайней мѣрѣ, менѣе плотно; изъ половыхъ частей выдѣляется кровь. Почти всегда или весь плодъ, или же только нѣкоторыя части его выступаютъ въ брюшную полость и матка хорошо сокращается. Поэтому иногда кровотеченіе бываетъ очень незначительно и роженица можетъ оправиться (особенно, если она уже разрѣшилась).

Въ другихъ случаяхъ большей части этихъ явленій не замѣчается и разрывы происходятъ при поразительно незначительныхъ симптомахъ; часто единственнымъ признакомъ остается прекращеніе сократительной дѣятельности матки. Замѣчательно, что иногда такія глубокія поврежденія вызываютъ очень незначительные припадки. Но и въ такихъ случаяхъ пульсъ остается всегда частымъ и малымъ, и субъективныя ощущенія, все-таки, бываютъ выражены въ большей или меньшей степени.

Вообще, припадки менѣе рѣзко выражены въ тѣхъ случаяхъ, когда младенецъ не весь выступаетъ въ брюшную полость, а большая часть его еще остается въ половомъ каналѣ. Изъ полога мускула младенецъ изгоняется во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ ко времени наступленія разрыва въ этой полости оставалась еще только очень незначительная часть младенца.

Почти весь младенецъ, или по крайней мѣрѣ, часть его остается въ большой тонкостѣнной выходной трубкѣ преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, когда подлежащая часть — головка или плечико — до того крѣпко вколочена въ тазъ, что, и по прекращеніи *vis a tergo*, не можетъ отойти назадъ. Въ другихъ случаяхъ брюшина, оставшаяся неразорванной, препятствуетъ свободному выступленію младенца въ брюшную полость.

Разпознаваніе.

Разпознаваніе, легкое при вышеописанной картинѣ, можетъ представлять затрудненія при только что упомянутыхъ условіяхъ. Но если младенецъ весь выступилъ въ брюшную полость, то распознаваніе всегда возможно. Быстрое прекращеніе потужной дѣятельности, причемъ бывшія передъ тѣмъ чрезвычайно сильныя маточныя сокращенія вдругъ остановились на высотѣ потуги, не встрѣчается ни при какихъ другихъ обстоятельствахъ. Точно также быстрое отхожденіе неподвижно стоявшей предлежавшей части встрѣчается только при разрывѣ

матки. При ощупываніи мы явственно ощущаемъ подъ брюшными покровами части младенца, а подлѣ нихъ — болѣе или менѣе твердый шаръ — сократившуюся матку; при внутреннемъ же изслѣдованіи мы можемъ прощупать мѣсто разрыва.

Положеніе младенца по отношенію къ опорожненной маткѣ чрезвычайно различно. Обыкновенно младенецъ лежитъ спереди мѣста разрыва. Поэтому легче всего распознаются тѣ случаи, въ которыхъ разрывъ произошелъ въ одной изъ боковыхъ стѣнокъ матки, такъ какъ въ такихъ случаяхъ младенецъ легко прощупывается съ одной стороны живота, а матка съ другой. Если, какъ это бываетъ въ исключительныхъ случаяхъ, разрывъ произошелъ спереди, то части младенца прощупываются чрезъ брюшные покровы чрезвычайно ясно, между тѣмъ, какъ сзади лежащую матку иногда трудно найти. При разрывѣ задней стѣнки, младенецъ обыкновенно лежитъ нѣсколько больше съ одной стороны, а матка съ другой стороны живота; но можетъ случиться и такъ, что младенецъ, лежащій спереди позвоночника и неясно прощупываемый, сильно оттѣсняетъ опорожненную матку къ передней брюшной стѣнкѣ.

Предсказаніе.

Что касается исходовъ разрыва матки, то почти во всѣхъ случаяхъ плоды погибаютъ, если они не будутъ быстро извлечены, такъ какъ послѣдъ отдѣляется отъ матки вслѣдствіе сокращеній послѣдней. Роженицы могутъ скоро погибнуть отъ кровотечения, но большею частью умираютъ въ послѣродовомъ періодѣ отъ послѣдующаго перитонита. Если плодъ остается въ полости брюшины, то благополучный исходъ принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ; кромѣ того, при этомъ могутъ имѣть мѣсто всѣ исходы внѣматочной беременности. Если плодъ извлекается, то разрывъ можетъ зажить.

Примѣчаніе. Случаевъ со счастливымъ исходомъ, по удаленіи плода *per vias naturales*, находится въ литературѣ значительное число; они наблюдаются гораздо рѣже, когда плодъ остается въ полости живота. Плодъ можетъ тамъ или инкапсулироваться, ¹⁾ или путемъ нагноенія выходить чрезъ брюшныя стѣнки, *per vaginam* или *per rectum* ²⁾. Въ очень интересномъ случаѣ, сообщенномъ *Raumenbergom* ³⁾, только нѣкоторыя части плода выступили въ брюшную полость, такъ что позже извлечены были изъ маточнаго зѣва метатарсальные косточки, между тѣмъ какъ черепъ извлеченъ былъ чрезъ фистулу, образовавшуюся въ пулочной области. По совершенномъ извлеченіи плода, причемъ констатировано было сообщеніе этой фистулы съ маткой, послѣдовало выздоровленіе. Подобныя же явленія были въ случаѣ, сообщенномъ *Diessl'em*, ⁴⁾ но окончившемся смертью спустя 7 недѣль послѣ разрыва. Операция, предпринятая *Ваега*, спустя долгое время послѣ разрыва матки, кончилась благополучно и при этомъ нашли также разрывъ мочевого пузыря и многочисленные разрывы въ тонкихъ кишкахъ.

Если кишечная петля ущемлена въ разрывѣ, то наступаютъ явленія необхо-

¹⁾ См. *Bluff*, 1. с. случай VIII, а также цитированные въ этой же работѣ стр. 309 случай *Jeffrey* и *Astruc'a*. — ²⁾ См. тамъ же р. 309 и 310. — ³⁾ *Petersb. med. Z.* 1868. Н. 11 и 12. р. 362. — ⁴⁾ *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* III. р. 13.

димости кишек, и может образоваться *anus praeternaturalis*, открывающийся въ матку. Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ *Kiwisch*'емъ, ¹⁾ послѣдовало даже исцѣленіе стеркоральной фистулы, не смотря на то, что въ продолженіи 10 дней все содержимое тонкихъ кишекъ попадало въ матку.

Терапія.

Въ настоящее время, когда, благодаря *Bandl*'ю, выяснилось, что разрывы матки подготовляются медленно, профилактическое леченіе ихъ стало играть самую выдающуюся роль.

При всѣхъ зятянувшихся родахъ съ сильною потужною дѣятельностію слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на состояніе тѣла матки и напряженіе ея связокъ, что возможно только при помощи ощупыванія. Особенно важно при этомъ опредѣлить — гдѣ находится граница между полымъ мускуломъ и выходною трубкою. Это узнается путемъ наблюденія во время сильной потуги. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ твердая мускулатура матки до того рѣзко отличается отъ болѣе мягкаго выдающагося нижняго маточнаго отрѣзка, что этой разницы нельзя не узнать. Уже при осмотрѣ живота, мы видимъ этотъ переходъ въ видѣ рѣзкой борозды (кольцо сокращенія), идущей обыкновенно косо или поперекъ пониже пупка. Эта болѣе мягкая припухлость пассивно растянутого нижняго маточнаго сегмента могла бы быть смѣшиваема только съ переполненнымъ мочевымъ пузыремъ, отъ котораго, однакоже, ее легко отличить примѣненіемъ катетера.

Граница, образуемая кольцомъ сокращенія, бываетъ, однакоже, не всегда рѣзко выражена, такъ какъ головка, помѣщающаяся въ нижнемъ маточномъ отрѣзкѣ, можетъ придать послѣдней значительную твердость. Но, при тщательномъ изслѣдованіи, во время и внѣ потуги, легко удается узнать разницу между полымъ мускуломъ и мягкою растянутою выходною трубкою.

Важное значеніе для распознаванія подготовляющагося разрыва имѣетъ также состояніе круглыхъ связокъ. въ особенности болѣе напряженной, т. е. связки той стороны, которой угрожаетъ разрывъ. Особенно обращаетъ на себя вниманіе необыкновенно высокое прикрѣпленіе связокъ ко дну матки, при чемъ онѣ, даже во время перемежки, туго напряжены, — иногда въ видѣ натянутыхъ проволокъ. Напряженіе же круглыхъ связокъ и во время перемежекъ между маточными сокращеніями указываетъ всегда на высокую степень растяженія, хотя не всегда на предстоящій разрывъ.

Общее состояніе роженицы тоже измѣняется. Температура иногда повышается, пульсъ частъ, хотя не малъ. Но очень характеристическимъ признакомъ при этомъ служитъ отсутствіе отдыха, который обыкновенно чувствуется роженицами во время перемежекъ между болями. Роженица возбуждена, лицо ея выражаетъ боль и страхъ, а весь видъ

¹⁾ Klin. Vorträge I. p. 282.

ея — безпокойство и тоску. Животъ при ощупываніи обыкновенно нѣсколько болѣзненъ.

Имѣя въ виду способъ постепеннаго приготовленія разрыва матки, мы, помощію только что описанныхъ признаковъ, будемъ въ состояніи распознать растяженіе нижняго отрѣзка матки и, по крайней мѣрѣ, приблизительно, степень этого напряженія. Когда мы опредѣлили, что напряженіе очень значительно, то немедленно слѣдуетъ приступить къ окончанію родовъ такимъ образомъ, чтобъ растянутая тонкостѣнная полость нижняго отрѣзка и шейки матки не подверглись при этомъ еще большому растяженію. Поэтому мы не совѣтуемъ дѣлать поворотъ при подобныхъ обстоятельствахъ; но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при поперечныхъ положеніяхъ, опытный акушеръ можетъ рискнуть сдѣлать осторожную попытку къ этой операциіи подъ хлороформомъ. Слѣдуетъ, однакоже, замѣтить, что при этомъ не захватываніе и потягиваніе за ножку составляютъ самый опасный моментъ, когда легко можетъ совершиться разрывъ, а собственно поворотъ младенца, при которомъ головка должна отойти вверхъ.

Если головка стоитъ въ тазу такимъ образомъ, что можно надѣяться извлечь ее щипцами, то слѣдуетъ накладывать щипцы. Въ противномъ случаѣ, при предлежаніи головки, слѣдуетъ дѣлать прободеніе головки и извлеченіе ея помощію краниокласта, все равно — живъ-ли младенецъ или нѣтъ. Жизнь младенца въ этихъ случаяхъ не играетъ роли, такъ какъ, не говоря ужъ о большемъ значеніи жизни матери, разрывъ матки ведетъ неминуемо къ смерти младенца. При поперечныхъ положеніяхъ, если очень осторожная попытка произвести поворотъ не повела къ дѣлу, слѣдуетъ приступить къ разятію младенца на части.

Если разрывъ уже произошелъ, то необходимо какъ можно скорѣе окончить роды. Если большая часть младенца находится еще въ маткѣ, то окончаніе родовъ *per vias naturales* удастся почти всегда. При предлежаніи головки, если только есть возможность, слѣдуетъ окончить роды помощію щипцовъ или краниотоміи, при производствѣ поворота слѣдуетъ во всякомъ случаѣ поступать очень осторожно. Если плодъ выступилъ въ брюшную полость, то слѣдуетъ попытаться, если возможно, извлечь младенца за ножку чрезъ разрывъ. Это въ большинствѣ случаевъ удается безъ затрудненій, такъ какъ, даже когда матка сильно сократилась, края разрыва, находящагося въ тонкой выходной родовой трубкѣ, не сокращаются, и выпавшія кишечныя петли представляютъ только въ очень рѣдкихъ случаяхъ серьезныя препятствія. Когда плодъ извлеченъ, то надежда на спасеніе матери сводится на то, чтобы не попали въ брюшную полость инфекціонныя вещества. Къ сожалѣнію это очень легко случается при трудныхъ родахъ, о которыхъ собственно и идетъ здѣсь рѣчь (*vernix caseosa*, первородный калъ сами по себѣ не влекутъ за собою зараженія). При прободающихъ разрывахъ лучше всего, какъ кажется, ничего не предприни-

мать кромѣ наложенія давящей повязки, которая сближает между собою разорванныя края раны ¹⁾. При неполныхъ разрывахъ слѣдуетъ примѣнять дренажъ, и тѣмъ настоятельнѣе, чѣмъ на большемъ протяженіи отдѣлена брюшина. Чревосѣченіе ²⁾ должно быть примѣняемо только въ исключительныхъ случаяхъ и при специальныхъ показаніяхъ (напр., чтобы остановить кровотеченіе), такъ какъ эта операція, если брюшная полость инфицирована, бесполезна. въ противномъ же случаѣ ненужна. Въ отрипаніи операціи *Porro*, которую *Halbertsma* ³⁾ предпринялъ для спасенія жизни матери и плода, можно согласиться съ *Ingerslev*'омъ ⁴⁾.

Послѣдъ при этомъ обыкновенно уже бываетъ отдѣленъ и часто выступаетъ въ брюшную полость; онъ удаляется тѣмъ же путемъ, какъ и младенецъ. Если петли кишекъ выпали чрезъ разрывъ въ матку, то онѣ тщательно вправляются.

Терапія представляетъ очень трудную задачу, когда матка, и по удаленіи послѣда, не сокращается и остается вялою, а кровотеченіе продолжается. Нужно стараться вызвать сокращеніе матки такимъ образомъ, что вводятъ одну руку въ полость ея и, по удаленіи изъ нея сгустковъ, не вынимая руки изъ матки, другою рукою растираютъ дно ея. Если кровотеченіе все-таки не останавливается, то вводятъ въ полость матки маленькіе кусочки льду или дѣлаютъ осторожныя впрыскиванія изъ горячей воды. Больная должна лежать на боку, противоположномъ тому, гдѣ находится разрывъ, чтобы кровь или выпрыснутая вода ни могли проникать въ брюшную полость. Темпонада абсолютно должна быть отвергаема, такъ какъ она препятствуетъ только выходу крови наружу. Лечение въ послѣдородовомъ періодѣ должно быть чисто выжидательное; только если появляется лихорадка, то нужно дѣлать спринцованіе изъ карболовой кислоты чрезъ дренажъ.

Перфорирующія потери вещества матки, обусловленныя прижатіемъ.

Литература: *Lachapelle*, Prat. des acc. T. III. Mém. VIII. — *Olshausen*, M. f. G. B. 20. p. 271. — *Hecker*, M. f. G. B. 31. p. 292. — *Jolly*, Arch. gén. Sept. Nov. 1868 и L'Union méd. 1869. № 18.

При трудныхъ родахъ являются еще и другіе виды поврежденія ткани родового канала, ведущія къ прободенію стѣнокъ его. Поврежденія эти могутъ образоваться, если какая нибудь часть стѣнки родового канала будетъ подвержена продолжительному и сильному сжатію между двумя твердыми частями. Слѣдовательно, здѣсь дѣло идетъ соб-

¹⁾ См. *Frommel*, Centralbl. f. Gyn. 1880. № 18 и Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. V. p. 400. — *Gräfe*, Centralbl. f. Gyn. 1880. № 26. — *Morsbach*, тамъ-же, № 26 и *Hecker*, тамъ-же. 1880. № 10. — *Felsenreich*, Arch. f. Gyn. B. XVII. p. 490 и *Hofmeier*, Centr. f. Gyn. 1883. № 30. — *Breus*, Centr. f. Gyn. 1884. № 24. — ²⁾ Статистика *Trask'a* (Amer. J. of med. sc. Jan. a. April. 1848) и *Harris* (Amer. J. of Obst. 1880. p. 802) во всякомъ случаѣ не рѣшаютъ вопроса въ пользу лапаротоміи. — ³⁾ Centr. f. Gyn. 1881. B. V. p. 67. — ⁴⁾ e. l. p. 270.

ственно о потерѣ вещества, обусловленной омертвѣніемъ вслѣдствіе прижатія.

Такъ какъ части, производящія сжатіе, состоятъ обыкновенно изъ дѣтской головки съ одной стороны и костей материнскаго таза съ другой, — то подобныя поврежденія встрѣчаются обыкновенно только при узкомъ тазѣ. Конечно, акушерскіе инструменты, каковы щипцы и кефалотрибъ, могутъ, въ исключительныхъ случаяхъ, произвести такое же прижатіе, какъ и головка, причемъ поврежденіе будетъ еще болѣе опасное и разрушительное.

Такому давленію могутъ подвергаться различныя мѣста родового канала. Болѣе другихъ извѣстны тѣ случаи, въ которыхъ омертвѣваетъ перегородка между половыми и мочевыми органами, такъ что образуются фистулы. Большинство другихъ мѣстъ, подвергшихся прижатію, заживаетъ помощію грануляцій, разрастающихся съ краевъ, не причиняя никакихъ дальнѣйшихъ припадковъ. Такой процессъ, безъ сомнѣнія, происходитъ даже и тогда, когда и брюшина подверглась прижатію и омертвѣнію. Это, повидимому, чаще всего происходитъ на задней стѣнкѣ матки, въ области мыса и притомъ обыкновенно такимъ образомъ, что прежде всего происходитъ склеиваніе прилежащихъ одна къ другой поверхностей той части брюшины, которая была сжата между головкою и мысомъ; омертвѣніе поэтому наступаетъ только тогда, когда прижатые мѣста, вслѣдствіе склеиванія, уже отдѣлились отъ остальной части брюшной полости. Въ послѣродовомъ періодѣ остается такимъ образомъ только приращеніе матки въ *Дуласовомъ* пространствѣ ¹⁾; подобные же процессы происходятъ спереди матки, въ области мочевого пузыря.

Продольные разрывы шейки, которые встрѣчаются очень часто (см. ниже стр. 619) въ нижней ея части и которые могутъ также распространяться отсюда вверхъ, представляютъ гораздо болѣе опасности. Въ исключительныхъ случаяхъ и, какъ кажется, особенно часто послѣ искусственнаго пособія, разрывы эти въ верхней части шейки могутъ быть проникающими ²⁾.

Если уже во время родовъ успѣли образоваться инфекціонныя заболѣванія, то всѣ эти поврежденія обыкновенно оканчиваются смертельно, такъ какъ тогда наступаетъ прогрессивное распаденіе размноженныхъ тканей и гнилостный перитонитъ.

Распознаваніе этихъ поврежденій очень трудно, такъ какъ не достаетъ характеристическихъ признаковъ; состояніе это выясняется обыкновенно теченіемъ болѣзни и, наконецъ, вскрытіемъ. Только перфорирующіе продольные разрывы шейки могутъ быть непосредственно прощупываемы пальцами, если предпринять изслѣдованіе послѣ родовъ.

¹⁾ См. *Hofmeier*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. X. p. I. — ²⁾ По моему мнѣнію, эти прободающіе разрывы шейки слѣдуетъ непременно отличать отъ вышеописанныхъ, такъ какъ этиология, припадки и леченіе у нихъ совершенно другіе.

Для терапіи особенно важно — предохранить омертвѣвшія вслѣдствіе сжатія мягкія части отъ инфекціи. Выполненіе этого показанія есть отчасти задача акушерской терапіи вообще, отчасти же она будетъ нами изложена при профилактикѣ послѣродовой лихорадки.

Неперфорирующіе разрывы шейки.

Простые, боковые незначительной величины разрывы шейки составляютъ обыкновенное явленіе при физиологическиххъ родахъ. При всякихъ родахъ мы находимъ надрывы по боковымъ краямъ маточнаго зѣва; эти свѣжіе надрывы могутъ быть прощупываемы въ послѣродовомъ періодѣ, но заживаютъ путемъ рубцованія, не давая никакихъ особенныхъ явленій, такъ что позднѣе они констатируются трудно или же и вовсе не констатируются ¹⁾. Только съ наступленіемъ послѣдующей беременности, когда влагалищная часть сильно разбухаетъ и становится отечною, прежніе нерастягивающіеся рубцы выступаютъ столь рѣзко, что составляютъ наилучшій признакъ для отличія перворождающей отъ многорождающей.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти боковые надрывы шейки получаютъ патологическое значеніе. Это имѣетъ мѣсто при неподатливыхъ, но притомъ нѣсколько рыхлыхъ мягкихъ частяхъ, которыя, какъ это встрѣчается особенно у пожилыхъ перворождающихъ, лишены необходимой эластичности. Но особенно часто такіе разрывы встрѣчаются при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, т. е. въ случаяхъ, когда, по какому либо поводу, роды были окончены помощію искусства въ такое время, когда маточный зѣвъ еще не былъ достаточно раскрытъ для прохожденія головки. Тогда боковой разрывъ можетъ достигнуть влагалищнаго свода, но онъ можетъ также перейти черезъ него, такъ что при этомъ вскрывается параметрій этой стороны. Что при этомъ можетъ быть повреждена также и брюшина, — объ этомъ мы уже говорили выше.

Поперечные разрывы шейки матки встрѣчаются очень рѣдко при нормальномъ состояніи ея ткани; только въ исключительныхъ случаяхъ передняя маточная губа ущемляется между головкою и лоннымъ соединеніемъ до такой степени, что происходитъ болѣе или менѣе совершенный отрывъ ея отъ матки. Поперечные разрывы чаще встрѣчаются при затвердѣлой ткани шейки матки. При этомъ можетъ оторваться только одна губа ²⁾ или влагалищная часть разрывается сначала поперечно на одной сторонѣ и затѣмъ вслѣдствіе напиранія подлежащей головки, — продольно. Плодъ можетъ выступить также и чрезъ поперечный разрывъ, что несомнѣнно имѣло мѣсто въ одномъ случаѣ, который я изслѣдовалъ послѣ совершеннаго заживленія. Только съ одной правой стороны существовала связь между влагалищною частью и

¹⁾ Эти разрывы изображены *Nieberding*'омъ (*Ektropium u. Risse am Hals d. Gebärmutter*. Würzburg 1879). — ²⁾ *Ahlfeld*, Arch. f. Gyn. IV. p. 515.

шейкою, такъ что конецъ зонда, введенный въ наружный маточный зѣвъ, выходилъ опять во влагалище чрезъ разрывъ. *Martin* наблюдалъ случай, въ которомъ изъ оторванной губы образовалось полипообразное тѣло ¹⁾. Въ другихъ случаяхъ происходилъ полный или почти полный отрывъ влагалищной части, которая извергалась въ видѣ кольцеобразнаго лоскута ²⁾.

Во время родовъ всѣ эти разрывы не обнаруживаются никакими припадками, ибо вслѣдствіе прижатія, производимаго вколачивающеюся подлежащею частью на ткани, кровотеченія вовсе нѣтъ или же оно бываетъ очень незначительно. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ, однакоже, въ параметрії образуется болѣе или менѣе значительная кровяная опухоль, на что обратили вниманіе *Hecker* и *Jolly*.

Въ послѣродовомъ періодѣ болѣе глубокіе разрывы шейки нерѣдко подають поводъ къ очень серіознымъ кровотеченіямъ; это бываетъ особенно часто въ тѣхъ случаяхъ, когда производство преждевременныхъ родовъ, подавшее поводъ къ разрыву, было предпринято при *plac. praevia*, когда, слѣдовательно, разрывъ находится вблизи мѣста прикрѣпленія послѣда.

Если кровотеченія не было или же оно было остановлено, то подобные разрывы, даже болѣе значительные и проникающіе въ параметрію, заживаютъ безъ серіозныхъ припадковъ, если только не послѣдуетъ зараженія.

Но если оно появилось, то разрывы, примыкающіе къ рыхлой соединительной ткани таза, осложняются самыми дурными послѣдствіями. Гибельнѣе другихъ протекають тѣ случаи, при которыхъ уже во время родовъ въ половомъ каналѣ появились вонючія отдѣленія и газы. Послѣдніе проникають въ соединительную ткань, могутъ превратить широкую связку въ большую воздушную опухоль и даже проникнуть дальше подъ брюшной покровъ матки ³⁾. Въ другихъ случаяхъ, при вскрытіи находятъ обширный гнилостный распадъ всей соединительной ткани таза.

Если послѣдовало заживленіе безъ зараженія, то все-таки остаются измѣненія въ формѣ соответственной стороны маточной шейки, которыя вполнѣдствіи могутъ вести къ тягостнымъ разстройствамъ.

Распознаваніе этихъ поврежденій шейки помощію ошупыванія бываетъ иногда не точно по причинѣ мягкости и тонкости стѣнокъ ея; тѣмъ не менѣе, разорванныя части, помощію потягиванія и отодвиганія внизъ, могутъ быть выведены изъ входа въ рукавъ и сдѣлаться доступными зрѣнію.

Леченіе болѣе глубокихъ кровоточащихъ разрывовъ въ шейкѣ со-

¹⁾ *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* II. p. 151. — ²⁾ См. *Streng*, *Prager. Viertelj.* 1872. B. I. p. 51. — *Staude*, *Berl. B. z. Geb. u. Gyn.* B. I. p. 144 (этотъ же случай описанъ *Gontermann*'омъ, *D. i. Berl.* 1874). — *Gervis*, *St. Thomas Hosp. Reports* 1873. — *Kennedy*, *Brit. med. Journ.* 17. August 1872. — *Gray*, *Obst. J. of Great Brit.* July 1874. p. 229. — *Priester*, *D. i. Berl.* 1874. — *Müller*, *Glasgow Ind. J.* January 1879. — ³⁾ *Löhlein*, *Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr.* p. 261.

стоит преимущественно въ соединеніи краевъ разрыва помощію кроваваго шва ¹⁾). Для наложенія швовъ послѣродовая матка сильно отдавливается въ малый тазъ, а передняя и задняя губы захватываются двумя мюзеевскими щипцами и вытягиваются наружу, такъ что мѣсто разрыва лежитъ свободно внѣ рукава. Швы накладываются тогда безъ затрудненій; они соединяютъ разъединенныя части и останавливаютъ кровотеченіе, которое имѣетъ обыкновенно самое важное и непосредственное значеніе. Швы, какъ кровоостанавливающее средство, ничѣмъ другимъ не могутъ быть вполне замѣняемы, такъ какъ всѣ другіе кровоостанавливающіе способы—холодная и горячая вода, полуторохлористое желѣзо и тампонада дѣйствуютъ гораздо менѣе надежно.

Разрывы влагалища.

Литература: *McClintock*, Dublin quart. J. May 1866.—*Hugenberger*, Ueber Kolpaporrhexis in der Geburt. Petersb. med. Zeitschr. 1875. B. 5. H. 5 u. 6.—*Schroeder*, Schw., Geb. u. Woch. p. 160.—*Winckel*, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2 Aufl. p. 50.—*W. A. Freund*, Gyn. Klinik. Strassburg 1885. p. 135.

Поврежденія (разрывы) влагалища могутъ имѣть очень различное значеніе. смотря по глубинѣ ихъ и по мѣсту, которое они занимаютъ.

Въ верхней части влагалища встрѣчаются быстро происходящіе разрывы съ прободеніемъ въ брюшную полость, которые тѣсно примыкаютъ къ прободающимъ разрывамъ матки ²⁾). Въ этихъ случаяхъ рукавъ отрывается отъ шейки въ переднемъ или заднемъ сводѣ или даже по всей окружности. Признаки, предсказаніе и леченіе такихъ разрывовъ тѣ-же, какъ и при прободающихъ разрывахъ матки, и именно тѣхъ, которые занимаютъ шейку ея

По тѣмъ же причинамъ, по которымъ происходитъ постепенное продыравливаніе стѣнокъ матки, могутъ произойти также частичныя потери ткани и во влагалищѣ. Обыкновенно во время родовъ готовится лишь почва для развитія омертвѣнія, отдѣленіе же некротизированной ткани наступаетъ уже въ послѣродовомъ періодѣ. Если давленію подверглась часть передней стѣнки влагалища (какъ это обыкновенно и бываетъ), то легко можетъ образоваться влагалищно-пузырный свищъ.

Въ верхней части влагалища, вмѣстѣ съ разрывами маточной шейки, встрѣчаются продольные разрывы, проникающіе болѣе или менѣе глубоко въ слизистую оболочку и по принадлежкамъ совершенно сходные съ разрывами въ средней части влагалища.

Послѣдніе постоянно представляютъ продольные разрывы съ правой или лѣвой стороны влагалища, которые обусловливаются значительнымъ растяженіемъ послѣдняго со стороны проходящей головки и притомъ чаще всего наблюдаются у перворождающихъ. Легче всего они образуются тогда, когда узкое влагалище растягивается не од-

¹⁾ *Kaltenbach*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. II. p. 277 и *Goodell*, New-York med. Rec. 20. Oct. 1878. — ²⁾ *Berry Hart*, Edinb. med. J. 1883. July.

ною только головкою, но и наложенными на нее щипцами, причем ложки щипцовъ обыкновенно не совсѣмъ плотно прилегаютъ къ черепу, а выдаются нѣсколько однимъ своимъ ребромъ. Если при этомъ влагалище представляетъ условія благоприятныя для разрыва, то послѣдній происходитъ въ томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ ребро ложки производитъ давленіе на слизистую оболочку.

Эти разрывы, достигающіе длины почти всегда въ нѣсколько сантиметровъ, проникаютъ обыкновенно только чрезъ слизистую оболочку; иногда же они вслѣдствіе сильнаго смѣщенія, которому подвергается влагалище во время родовъ, проникаютъ глубоко въ подлежащую клѣтчатку и образуютъ обширные фистулезные ходы, отдѣляющіе гной.

Незначительные разрывы, кромѣ развѣ слабой травматической лихорадки во время нагноенія, не вызываютъ никакихъ припадковъ, и ихъ находятъ вообще только при тщательномъ изслѣдованіи. Они зарастаютъ путемъ нагноенія, продукты котораго остаются незамѣченными въ массѣ истекающаго послѣродоваго очищенія. Если даже они проникаютъ глубже въ клѣтчатку, окружающую рукавъ, то и въ такихъ случаяхъ образуется только мѣстное ограниченное воспаленіе соединительной ткани. Только въ случаяхъ зараженія эти разрывы ведутъ къ обширнымъ параметритамъ со всѣми послѣдствіями. Разрывы эти сами по себѣ безболѣзненны; но если въ нихъ попадаетъ изслѣдующій палецъ, то появляется невыносимая боль. Большею частью они зарастаютъ путемъ грануляцій, не оставляя за собою дурныхъ послѣдствій; вмѣстѣ съ тѣмъ воспалительный выпотъ въ подлежащей клѣтчаткѣ подвергается всасыванію. Но иногда послѣ такихъ разрывовъ развивается суженіе влагалища.

Что касается терапіи, то лучше всего свѣжіе разрывы тотчасъ же зашивать. Если они подвергаются нагноенію, то нужно заботиться о поддержаніи чистоты посредствомъ спринцованія или введенія іодоформной марли. При фистулезныхъ ходахъ можетъ понадобиться дренажъ. Если въ исключительныхъ случаяхъ дѣло идетъ о болѣе сильномъ кровотеченіи, то и здѣсь лучшее кровоостанавливающее средство—это соединеніе краевъ раны посредствомъ наложенія швовъ. Если-же это неудобноисполнимо, то тампонируютъ влагалище іодоформной марли, причемъ обращаютъ особенное вниманіе на кровоточащее мѣсто *).

*) Не только иногда, но довольно часто послѣ разсматриваемыхъ разрывовъ влагалища развиваются суженія, которыя могутъ сдѣлаться причиною весьма неприятныхъ припадковъ для больной. Разрывы, занимающіе мѣсто близъ входа въ рукавъ, даютъ обыкновенно обширные рубцы, которые, оплотнѣвая современемъ все болѣе и болѣе, ведутъ къ значительному суженію въ этомъ мѣстѣ, такъ что *sub coitu* больныя страдаютъ весьма сильно. Боль эта иногда не только переходящая, но остается *post coitum* въ теченіе нѣсколькихъ дней. Въ нѣсколькихъ случаяхъ, которые мы наблюдали, подобные рубцы поддерживали гиперестезію входа въ рукавъ очень трудно поддававшуюся леченію. Разрывы въ верхней трети рукава, измѣняя длинникъ и форму его, могутъ подавать поводъ къ весьма серьезнымъ смѣщеніямъ матки. — Что касается терапіи разрывовъ рукава, то мало ограничиваться одними впрыскиваніями, а нужно стараться направить дѣйствіе

Поврежденія входа во влагалище.

Литература: *Klaproth*, M. f. G. B. 11. p. 81 и B. 13. p. 1. — *Winckel*, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2. Aufl. p. 108. — *Schroeder*, Schw., Geb. u. W. p. 165 и 166. — *Müller*, Scanzoni's Beiträge. B. VI. p. 148. u. 153 u. B. VII. p. 201. — *Kleinwächter*, Prager Vierteljahrsschrift. 1871. B. 3. p. 14. — *M. Duncan*, Obst. J. of Great Brit. IV. p. 461.

Во входѣ во влагалище встрѣчаются многочисленныя поврежденія, которыя, сами по себѣ, большею частью не имѣютъ особеннаго значенія.

Входъ во влагалище такъ узокъ, что растяженіе его со стороны прорѣзывающейся головки лишь рѣдко обходится безъ всякихъ поврежденій, такъ что у перворождающихъ обыкновенно, а у многорождающихъ, по крайней мѣрѣ очень часто, встрѣчаются небольшіе разрывы, проникающіе только чрезъ толщу слизистой оболочки. Послѣдніе, не говоря о собственно разрывахъ промежности, мы особенно часто встрѣчаемъ у перворождающихъ позади неповрежденной уздечки, въ видѣ разрывовъ слизистой оболочки ладьеобразной ямки. Въ нѣкоторыхъ, болѣе рѣдкихъ, случаяхъ куски слизистой оболочки, довольно значительной величины, отрываются отъ подлежащей ткани и свободно висятъ въ видѣ лоскутовъ. Кромѣ того, меньшей величины разрывы почти всегда встрѣчаются на малыхъ губахъ и по бокамъ отверстія мочеиспускательнаго канала. У многорождавшихъ поврежденія часто ограничиваются тонкими, лучеобразно расположенными трещинами въ слизистой оболочкѣ.

Болѣе важное значеніе имѣютъ разрывы слизистой оболочки между клиторомъ и наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала. Даже при самыхъ поверхностныхъ надрывахъ здѣсь можетъ быть повреждена богатая кровеносными сосудами пещеристая ткань, вслѣдствіе чего происходятъ значительныя кровотеченія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровь брызжетъ струей изъ нѣсколькихъ артерій; чаще встрѣчаются кровотеченія паренхиматознаго характера: кровь сочится какъ бы изъ губки. Эти кровотеченія важны потому, что они угрожаютъ большою опасностью и притомъ, безъ сомнѣнія, часто смѣшивались съ кровотеченіями изъ сократившейся уже матки. Распознаваніе ихъ, хотя собственно и не трудно, но возможно только при тщательномъ мѣстномъ изслѣдованіи. перевязка артерій въ рыхлой ткани удается не легко, такъ какъ лигатуры не держатся. При не слишкомъ сильномъ кровотеченіи можно бываетъ остановить его струею холодной воды; если же это не помогаетъ, то лучше всего зашивать разрывъ глубокими обвивными швами или же произвести прижатіе кровотокащаго мѣста кусочкомъ ваты, смоченной въ растворѣ полугохлористаго желѣза

лекарственныхъ веществъ прямо на разорванныя мѣста. Съ этою цѣлью тампоны, укрѣпленные на ниткѣ и пропитанные вяжущими и очищающими растворами (nit. arg., sulph. cupri, sesquichl. fer., glycer. съ таниномъ и пр.) вводятся въ руку и прикладываются туда, гдѣ произошла потеря ткани. Г.

Примѣч. *Klaproth* первый обнаружилъ 5 относящихся сюда случаевъ. и *Winckel* сообщаетъ, что на 2000 родовъ онъ 9 разъ наблюдалъ артеріальныя кровотеченія изъ подобныхъ разрывовъ. Мы сами на 286 родовъ 7 разъ наблюдали сильно кровоточившіе разрывы въ этой области. Что они имѣютъ большое практическое значеніе, доказываетъ случай, кратко упоминаемый *Poppelemъ* ¹⁾, который окончился смертельною потерей крови а также случаи, сообщенные *P. Müllerомъ*, изъ которыхъ три окончились смертью вслѣдствіе анеміи. Хотя обыкновенно эти разрывы встрѣчаются только у перворождающихъ, однако *Müller* дважды наблюдалъ ихъ у женщинъ, рожавшихъ во второй разъ.

Гораздо болѣе значительные разрывы наблюдаются на уздечкѣ и на промежности.

Литература: *Schultze*, M. f. G. B. 12. p. 241. — *Hecker*, Kl. d. Geb. I. p. 141 и Arch. f. Gyn. XII. p. 89. — *Preiter*, Ueber Dammrisse. D. i. München 1867. — *Winckel*, Path. u. Th. d. Wochenbettes 2. Aufl. p. 37. — *Schroeder*, Schw., Geb. u. W. p. 163. — *Olshausen*, Volkmann's Samml. Klin. Vortr. Leipzig 1872. № 44. — *Mann*, Amer. J. of Obst. VII. p. 464. — *Lente*, *Noeggerath*, *Munde*, e. l. VIII p. 522 sequ. — *Bantock*, Obst. J. of G. Brit. IV. p. 655 и On the treatment of rupture of the female perineum etc. London 1878. — *Balandin*. Klin. Vortr. etc. Petersburg 1883. p. 95. — *Schatz*, Arch. f. Gyn. B. XXII. p. 100.

Незначительные надрывы уздечки, особенно у перворождающихъ, встрѣчаются очень часто. На основаніи произведенныхъ нами тщательныхъ изслѣдованій входа влагалища, мы пришли къ слѣдующимъ выводамъ: у перворождающихъ уздечка остается неповрежденною въ 39%, разрывъ ея происходитъ въ 61%; у многорожавшихъ разрывы происходятъ рѣже, а именно, уздечка осталась неповрежденною въ 70%. У перворождающихъ легче случаются также болѣе глубокіе разрывы промежности; въ то время какъ у многорожавшихъ мы находили только въ 9% собственно разрывы промежности, у перворождающихъ послѣдніе встрѣчались въ 34½%.

Разрывы происходятъ вслѣдствіе значительнаго растяженія, которому подвергается входъ во влагалище при прорѣзываніи головки, а иногда и плечиковъ. Чѣмъ уже половая расщелина, чѣмъ больше головка, чѣмъ больше діаметръ, которымъ послѣдняя прорѣзывается и чѣмъ быстрѣе совершается прорѣзываніе ея, тѣмъ легче *ceteris paribus* происходитъ разрывъ промежности. Очень много зависитъ, конечно, и отъ свойства ткани промежности, и *Hecker* справедливо замѣчаетъ, что встрѣчаются иногда промежности, которыя рвутся какъ тряпъ ²⁾. Весьма важное значеніе имѣетъ также положеніе роженницы.

¹⁾ M. f. G. B. 28. p. 298.

²⁾ Что замѣчаніе *Hecker*'а совершенно справедливо, — въ этомъ согласится, безъ сомнѣнія, всякій практикъ. Есть промежности, при которыхъ разрывы составляютъ какъ бы фатальную необходимость. Если, съ одной стороны, не подлежитъ сомнѣнію, что подобныя промежности вѣрѣдко встрѣчаются въ практикѣ, то, съ другой стороны, я не знаю никакихъ явленій, которыя бы характеризовали подобнаго рода промежности. Къ несчастію, онѣ узнаются тогда, когда разрывъ уже произошелъ. Подобная промежность представляется на видъ нѣсколько темносиневатою и при разжиманіи краевъ раны (разрыва) она рвется положительно какъ старая истлѣвшая тряпка.

Не малое этиологическое значеніе относительно разрывовъ промежности имѣетъ

При горизонтальномъ положеніи на спинѣ, при которомъ, вмѣстѣ съ изгоняющей силою потугъ, на промежность дѣйствуетъ еще вся тяжесть младенца и, кромѣ того, головка во время періода изгнанія должна, вопреки собственной тяжести, подниматься какъ-бы въ гору, легко происходить разрывы промежности; при боковомъ положеніи и, еще болѣе, при положеніи на колѣнахъ или на корточкахъ, эти неблагоприятныя обстоятельства устраняются. На этомъ-то основаніи у женщинъ, у которыхъ роды наступаютъ неожиданно, или же у тѣхъ, которыя рожаютъ скрытно и въ положеніи на корточкахъ, рѣдко находимъ разрывъ уздечки (мы въ 8-ми, такого рода, случаяхъ, относившихся исключительно къ перворожавшимъ женщинамъ, ни разу не встрѣчали разрыва уздечки). По тѣмъ же самымъ причинамъ и при незначительномъ наклоненіи таза, и, въ особенности, если послѣднее еще будетъ уменьшено подложенною подъ крестецъ подушкой, очень легко происходятъ разрывы промежности, между тѣмъ, какъ при высокой степени наклоненія таза они наблюдаются рѣже. Точно также при слишкомъ узкой лонной дугѣ послѣдняя надавливаетъ головку на промежность, что, въ свою очередь, подаетъ поводъ къ разрывамъ промежности.

Во многихъ случаяхъ разрывается только уздечка, подвергающаяся чрезмѣрному растяженію во время родовъ; въ другихъ случаяхъ разрывъ идетъ дальше, достигая сфинктера задняго прохода, и въ очень рѣдкихъ случаяхъ, проходя чрезъ сфинктеръ, проникаетъ въ прямую кишку или же идетъ сбоку кишки, минуя послѣднюю. Иногда разрываются только одни поверхностные слои кожи, чаще же разрывъ проникаетъ дальше въ глубь. Въ особенности при очень высокой промежности и очень незначительномъ наклоненіи таза можетъ случиться, что головка напираетъ на промежность такъ, что сначала надрывается середина покрововъ промежности, а уздечка разрывается лишь при дальнѣйшемъ теченіи родовъ; разрывъ можетъ даже ограничиться серединою промежности, тогда какъ уздечка остается неповрежденною. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ чрезъ подобный разрывъ — слѣдовательно, чрезъ громадный влагалищно-промежностный свищъ — можетъ родиться весь плодъ, между тѣмъ какъ прямая кишка и уздечка остаются цѣлыми (разрывы центральные).

Разрывы промежности лишь очень рѣдко подаютъ поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ; брызжущіе артеріальные сосуды встрѣчаются въ видѣ рѣдкаго исключенія. Въ родильномъ періодѣ даже очень большіе разрывы промежности обыкновенно не вызываютъ особенныхъ припадковъ, исключая жгучей боли въ самой ранѣ и незначительнаго лихорадочнаго состоянія. Только, если при этомъ разорванъ сфинк-

употребленіе акушерскихъ инструментовъ, въ особенности, если при этомъ не предпринимаются надлежащія предосторожности. Такъ, на 81 случай разрыва промежности *Baker Brown* (On surgical diseases of women. Lond. 2 edit. 1861 p. 5) насчитываетъ 31 случай, гдѣ употреблены были различные инструменты. Г.

теръ, то можетъ появиться непроизвольное выдѣленіе газовъ и даже фекальныхъ массъ.

Распознаваніе разрывовъ промежности основывается только на тщательномъ осмотрѣ пораженныхъ частей; этого никогда не слѣдуетъ упускать изъ вида, такъ-какъ залуценные разрывы промежности могутъ имѣть тягостныя и даже самыя печальныя послѣдствія (выпаденіе задней стѣнки влагалища и матки, кишечно-влагалищный свищъ, недержание кала и кишечныхъ газовъ).

Въ терапіи разрывовъ промежности профилактика играетъ самую важную роль. (Объ этомъ см. стр. 192). Если разрывъ промежности произошелъ, то требуется тщательное сближеніе краевъ раны, такъ какъ предоставленные самимъ себѣ эти разрывы обыкновенно не зарастаютъ первымъ натяженіемъ, а постепенно образуется рубецъ путемъ нагноенія, и тогда они обуславливаютъ, по меньшей мѣрѣ, остающееся зіяніе половой расщелины. Соединеніе краевъ раны вѣрнѣе всего достигается посредствомъ наложенія кроваваго шва. Смотри по обширности и глубинѣ раны, при обыкновенныхъ разрывахъ промежности накладываютъ отъ 1 до 6 швовъ, поверхностныхъ или же болѣе глубокихъ. Вслѣдъ затѣмъ связываютъ родильницѣ ноги и удаляютъ швы, начиная съ 7-го дня. При болѣе раннемъ удаленіи швовъ нѣжная ткань рубца легко можетъ разорваться при каждомъ неосторожномъ движеніи родильницы. Если шовъ наложенъ тщательно и родильница ведетъ себя болѣе или менѣе осторожно, то въ большинствѣ случаевъ достигается заживленіе первымъ натяженіемъ. При послѣдовательномъ леченіи не требуется ни выведенія мочи катетеромъ, ни впрыскиваній во влагалище.

Разрывы, проникающіе болѣе или менѣе глубоко въ рукавъ, требуютъ предварительнаго наложенія рукавныхъ швовъ. Достаточно однако, по *J. Veit* ¹⁾, наложить, даже и при большихъ разрывахъ, только глубокіе промежностные швы. Болѣе значительные разрывы, проникающіе и въ прямую кишку, требуютъ очень искуснаго наложенія швовъ, причемъ приходится накладывать швы какъ со стороны прямой кишки, такъ и со стороны влагалища и промежности.

Заслуживаетъ вниманія зашиваніе, предложенное *Broese* ²⁾, по средствомъ непрерывнаго шва изъ кэтъ-гута. При этомъ можно соединять края раны то глубже, то поверхностнѣе, и нитокъ не приходится удалять. Первое натяженіе наступаетъ надежнѣе, чѣмъ при узловатомъ шелковомъ швѣ ³⁾.

¹⁾ Deutsche med. Woch. 1881. № 20. — ²⁾ Centr. f. Gyn. 1883. № 49 и *Keller*, Arch. f. Gyn. B. XXVI. p. 283.

³⁾ Въ то время, какъ прежде много спорили о цѣлесообразности непосредственнаго сшиванія разрывовъ промежности, теперь почти всѣ согласны въ томъ, что оно не только полезно, но положительно необходимо. Чѣмъ раньше мы приступимъ къ сшиванію промежности, тѣмъ болѣе шансовъ на успѣхъ. Я обычно

Кровотеченія во время родовъ.

Кровотеченія до изгнанія плода.

Кровотеченія во время родовъ существенно разнятся между собою, смотря по тому, происходят ли они до изгнанія плода или же въ періодѣ изгнанія послѣда.

Изъ числа первыхъ мы уже разобрали всѣ тѣ, которыя происходятъ вслѣдствіе разрывовъ матки, влагалища и входа въ это послѣднее. Кромѣ этихъ и незначительныхъ кровотеченій, наступающихъ вслѣдствіе отдѣленія отпадающей оболочки въ то время какъ нижній сегментъ матки отдѣляется отъ яйца, кровотеченія до изгнанія плода наступаютъ почти только вслѣдствіе преждевременнаго—частичнаго или полнаго—отдѣленія дѣтскаго мѣста. Это происходитъ всего чаще при ненормальномъ прикрѣпленіи послѣда, при предлежаніи его (*placenta praevia*), причѣмъ обыкновенно происходитъ преждевременное частичное отдѣленіе его; въ исключительныхъ случаяхъ, однако, частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста наблюдается и при совершенно нормальномъ прикрѣпленіи его.

Кровотеченія при нормальномъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста.

Литература: *Habit*, Wiener med. Wochenschrift. 1866. Nr. 39, 40. — *Goodell* Amer. J. of Obst. Vol. II. 2. p. 281. — *Hennig*, Arch. f. Gyn. B. VIII. p. 336. — *Brunton*, Obst. J. of Gr. Brit. October 1875. p. 437. — *Freudenberg*, Arch. f. Gyn. B. 27. p. 485.

Кровотеченія, вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста при нормальномъ прикрѣпленіи его, иногда появляются подъ конецъ беременности и лишь послѣдовательно возбуждаютъ родовую дѣятельность;

венно накладываю швы безъ хлороформа и прибѣгалъ къ нему только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ родильницы слишкомъ трусливы или очень безпокойны. Швы лучше снимать позже, чѣмъ рано. Если швы показываютъ наклонность прорѣзаться края раны, то ихъ должно немедленно снять, такъ какъ они ни къ чему не ведутъ.

Къ сожалѣнію, какъ бы старательно ни накладывались швы и какъ бы хорошъ ни былъ уходъ за родильницей, шиваніе разорванной промежности часто не ведетъ къ желаемой цѣли. Для насъ положительно непонятно — какимъ образомъ проф. *Гольмъ* (въ Дерптѣ) получалъ всегда благоприятные результаты во всѣхъ своихъ случаяхъ. Не менѣе счастливъ въ этомъ отношеніи былъ и *Winkel* (*Pathologie u. Ther. d. Wochenb.* p. 43), у котораго половина всѣхъ шитыхъ разрывовъ срослась совершенно, а въ одной трети всѣхъ случаевъ почти совершенно. На основаніи нашихъ личныхъ наблюденій, совершенно благоприятный результатъ получается едва въ 30 — 40%. Несмотря на это, я считаю шиваніе разрывовъ промежности положительно необходимымъ, потому что и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сращеніе *per primam* не удается, мы достигаемъ помощью шва того, что края раны не выворачиваются наружу, — а это обстоятельство чрезвычайно важно относительно дальнѣйшаго заживанія разрыва. При послѣдовательномъ леченіи мы нисколько не опасаемся назначать, въ случаѣ нужды различнаго рода впрыскиванія въ рукавъ, такъ-какъ не замѣтили отъ этого никакого вреда, если только впрыскиванія дѣлаются съ надлежащими предосторожностями. Г.

въ другихъ же случаяхъ эти кровотечения начинаются во время родовъ.

I Этиологическіе моменты кровотеченій, наступающихъ до разрыва пузыря, такіе же, какъ и тѣ, которые были приведены нами на стр. 415 какъ причины со стороны матери, вызывающія кровотечения во время беременности. *Winter*¹⁾ только въ новѣйшее время обратилъ вниманіе на то, что внутреннія кровотечения наблюдаются очень часто у беременныхъ и роженицъ, которыя теряютъ много бѣлка, вслѣдствіе различныхъ почечныхъ заболѣваній (почка беременныхъ, сморщенная почка, паренхиматозный нефритъ).

Кровотеченіе можетъ быть наружное, или же оно остается внутреннимъ. Послѣднее имѣетъ мѣсто, если послѣдъ остается плотно прикрѣпленнымъ своими краями, въ то время, какъ центральная часть его отдѣлилась и кровоизліяніе совершается на этомъ мѣстѣ, или же когда подлежащая часть плотно обхватывается нижнимъ сегментомъ матки такъ, что истеченіе крови наружу изъ полости матки становится невозможнымъ. При незначительномъ кровотеченіи послѣднее можетъ остаться внутреннимъ и тогда, когда оно происходитъ преимущественно изъ дна матки. Если кровь, по разрывѣ яйцевыхъ оболочекъ или послѣда, проникаетъ въ полость яйца, то обыкновенно вытекаетъ наружу по каплямъ кровянисто-серозная жидкость.

2 Эти внутреннія кровотечения, если они достигаютъ значительной степени, вызываютъ очень угрожающіе припадки. Мгновенно наступаютъ признаки острой анеміи, у роженицы развивается упадокъ силъ (collapsus), и она жалуется на сильныя боли въ животѣ. При этомъ матка быстро увеличивается въ объемѣ, т. ч. въ ранніе періоды беременности она достигаетъ такого объема, какой наблюдается въ концѣ беременности, или же является подозрѣніе о существованіи двоенъ и даже можетъ появиться одышка въ значительной степени. Соответственно растянутому состоянію матки, потуги слишкомъ слабы, или же ихъ вовсе не бываетъ.

3 Распознаваніе въ этомъ случаѣ, какъ показываетъ опытъ, не такъ-то легко, припадки между тѣмъ такъ рѣзки, что стоитъ только вспомнить о внутреннемъ кровотеченіи, для того, чтобы, по крайней мѣрѣ въ болѣе экзквизитныхъ случаяхъ, быть въ состояніи установить вѣрную діагностику путемъ исключенія. Распознаваніе облегчается тѣмъ, что, какъ бываетъ нерѣдко, внутреннее кровотеченіе сопровождается незначительнымъ кровотеченіемъ наружнымъ или, по крайней мѣрѣ, истеченіемъ изъ родовыхъ путей кровянисто-серозной жидкости. Быстрая перемѣна со стороны общаго состоянія роженицы и признаки внутренняго кровотеченія могутъ навести на мысль о разрывѣ матки, но при послѣднемъ матка обыкновенно уменьшается въ объемѣ или, по крайней мѣрѣ, не увеличивается и притомъ подлежащая часть уходитъ вверхъ, если только она не была вколочена въ тазъ.

¹⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. V. XI. p. 398.

Предсказаніе относительно младенца абсолютно неблагоприятно, такъ-какъ онъ обыкновенно умираетъ, если роды не оканчиваются быстро при помощи искусства, или силами природы. Относительно матери предсказаніе тоже неблагоприятно и значительно хуже, чѣмъ при предлежаніи послѣда.

Такъ-какъ мы не можемъ дѣйствовать непосредственно на кровоточащее мѣсто, то терапия прежде всего имѣетъ задачу — какъ можно скорѣе опорожнить матку, чтобы наступающія затѣмъ сокращенія ея устранили возможность дальнѣйшаго кровотечения. Слѣдовательно, при достаточно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, слѣдуетъ немедленно приступать къ окончанію родовъ: если предлежитъ головка, то посредствомъ щипцовъ, въ другихъ же случаяхъ посредствомъ поворота и извлечения. Если же маточный зѣвъ недостаточно еще раскрытъ, то смѣло приступаемъ къ надрѣзамъ его. Но если роды еще не на столько подвинулись впередъ, чтобы возможно было тотчасъ же приступить къ окончанію ихъ, то, давая внутрь спорынью, нужно въ тоже время стараться энергическими растираніями и впрыскиваніями изъ горячей воды возбудить сокращенія матки. Если и это средство не помогаетъ, а между тѣмъ кровотеченіе продолжается и беременная изнемогаетъ, то нужно произвести искусственный разрывъ пузыря. Этимъ мы уменьшаемъ емкость матки и если, по вскрытіи пузыря, энергически растирать матку чрезъ брюшныя стѣнки, то можно надѣяться на то, что наступятъ достаточно сильныя сокращенія, которыя остановятъ кровотеченіе. Конечно, при этомъ угрожаетъ та опасность, что матка, въ случаѣ если останется по прежнему вялою, будетъ представлять еще большую полость для воспріятія изливающейся крови.

Примѣч. Не можетъ подлежать сомнѣнію, что матка въ концѣ беременности и пока она не опорожнилась отчасти отъ своего содержимаго, обыкновенно не можетъ быть въ значительной степени растянута изливающеюся въ нее кровью. Это возможно только при необыкновенной вялости ея стѣнокъ. Съ этимъ согласуется и то, что внутреннія кровотеченія встрѣчаются почти исключительно у многорожавшихъ и особенно у тѣхъ, которыя рожали очень часто. Такимъ образомъ, по Goodell'ю, на 64 случая, въ которыхъ упоминается объ этомъ обстоятельстве, было только 8 перворождающихъ и (не считая 15 случаевъ, которые вообще были обозначены какъ многорожавшія) внутреннее кровотеченіе было наблюдаемо только въ 2-хъ случаяхъ при 2-ой беременности и одинъ разъ при 3-ей. Но и тѣ случаи, гдѣ не обозначено число предшествовавшихъ родовъ, относились почти всѣ до болѣе пожилыхъ женщинъ. Такъ-какъ матка только въ вяломъ состояніи поддается растяженію при кровоизліаніи, то естественно, что почти во всѣхъ случаяхъ потугъ не существуетъ вовсе или же онѣ очень слабы, въ особенности потому, что значительное кровотеченіе, растягивая стѣнки матки, въ свою очередь неблагоприятно вліяетъ на потужную дѣятельность.

Предсказаніе, по Goodell'ю, очень плохо. Изъ 107 дѣтей только шестеро были спасены и изъ 106 матерей умерло 54.

Особенный интересъ представляютъ случаи, въ которыхъ послѣдъ остается приросшимъ на всей своей периферіи, въ то время какъ въ центрѣ между послѣдомъ и маточной стѣнкой происходитъ кровоизліаніе. Мѣсто прикрѣпленія послѣда въ этихъ случаяхъ можетъ выпатиться до такой степени, что образуется ясно распознаваемая, снаружи выдающаяся опухоль матки. Въ эту вновь образовавшуюся

полость можетъ излиться такое количество крови, что можетъ послѣдовать смерть. Изъ 106 случаевъ, собранныхъ изъ литературы Goodell'емъ, центральное отдѣленіе плаценты имѣло мѣсто въ 10-ти случаяхъ.

Въ другихъ случаяхъ происходитъ наружное кровотеченіе и при цѣлости плоднаго яйца. Распознаваніе при этомъ, понятно, не представляетъ затрудненій; что же касается предсказанія, то оно болѣе благопріятно и леченіе проще.

Такъ-какъ матка, до частичнаго ея опорожненія, лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ способна растягиваться въ болѣе значительной степени, то до разрыва пузыря можно вообще навѣрное останавливать такія кровотечения помощью тампонады рукава и это можно дѣлать тѣмъ вѣрнѣе, если одновременно съ этимъ противодѣйствовать ослабленію стѣнокъ матки посредствомъ растиранія нижней части живота. Если бы, противъ ожиданія, эти мѣры превратили наружное кровотеченіе во внутреннее, то слѣдуетъ приобрѣнуть къ терапіи, изложенной на стр. 631. Но коль скоро маточный зѣвъ представляется въ достаточной степени раскрытымъ, то, въ интересахъ плода, нужно немедленно приступать къ искусственному окончанію родовъ.

Картина маточныхъ кровотеченій существенно отличается отъ только-что изложенной, если они наступаютъ по опорожненіи матки отъ нѣкоторой части ея содержимаго.

II Сравнительно съ вышеупомянутыми этиологическими моментами, въ данномъ случаѣ отдѣленіе (частичное или полное) дѣтскаго мѣста происходитъ гораздо чаще вслѣдствіе сокращеній стѣнокъ матки. Выше мы видѣли, что по рожденіи младенца, дѣтское мѣсто при уменьшенномъ внутриматочномъ давленіи обыкновенно отдѣляется отъ внутренней поверхности матки, благодаря сокращеніямъ ея стѣнокъ. То-же самое легко случается и тогда, когда, до рожденія младенца на свѣтъ, объемъ матки сильно уменьшается и вритомъ внезапно, слѣдовательно, въ особенности когда существовало большое количество околоплодной жидкости и она излилась вся сразу, или, наконецъ, при двойняхъ, когда одинъ изъ нихъ уже родился. Даже при этихъ благопріятствующихъ обстоятельствахъ преждевременное отдѣленіе послѣда составляетъ, однако-же, исключеніе, т. е. дѣтское мѣсто въ высокой степени обладаетъ способностью приспособляться къ величинѣ той поверхности, къ которой оно прикрѣплено.

При такихъ условіяхъ кровотеченіе остается внутреннимъ въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, а именно, когда нижній сегментъ матки совершенно плотно охватываетъ головку. Но и въ этихъ случаяхъ, съ каждой потугой, изливается наружу, мимо головки, немного крови, или, по крайней мѣрѣ, появляется сильная струя крови при попыткѣ отодвинуть головку нѣсколько вверхъ. Гораздо чаще имѣютъ дѣло съ наружнымъ кровотеченіемъ и тогда, по крайней мѣрѣ, не бываетъ никакихъ диагностическихъ затрудненій.

При этого рода кровотеченіяхъ плодъ также всегда находится въ

большой опасности, такъ-какъ обыкновенно отдѣляется большой доскутъ дѣтскаго мѣста или же отдѣленіе его происходитъ, хотя и медленно, но постепенно усиливаясь. Предсказаніе относительно матери, главнымъ образомъ, зависитъ отъ дѣйствительности принятыхъ терапевтическихъ мѣръ.

Такъ-какъ послѣ частичнаго опорожненія матки она легко снова растягивается до прежняго своего объема, то послѣ разрыва пузыря нужно быть крайне осторожнымъ въ примѣненіи тампона, если не хотимъ наружное кровотеченіе превратить въ внутреннее. Можно испытать его тогда, когда немедленное окончаніе родовъ невыполнимо; только при этомъ необходимо прямо стараться предотвратить вторичное растяженіе матки посредствомъ растиранія дна ея и лавая внутрь спорныя. Но если есть возможность немедленно окончить роды, т. е. если зѣвъ представляется достаточно раскрытымъ, или если искусственное раскрытіе его не представляетъ большой опасности для матери, то нужно приступить къ извлеченію плода. Последнее при не очень значительныхъ кровотеченияхъ представляетъ насущную потребность въ интересахъ младенца; при сильныхъ же кровотеченияхъ оно необходимо какъ въ интересахъ плода, такъ и матери.

Примѣч. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ (чаще всего при второмъ плодѣ, при двойняхъ), послѣдъ при полномъ его отдѣленіи, даже если онъ прикрѣпленъ гдѣ слѣдуетъ, можетъ быть извергнутъ раньше младенца. Такие случаи чаще встрѣчаются при placenta praevia, называютъ *выпаденіемъ послѣда* — prolapsus placentaе. Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ Hüter'омъ ¹⁾, дѣтское мѣсто, прикрѣпившееся у дна матки, отдѣлилось и помѣстилось у маточнаго зѣва. Подобный же случай описываетъ и Hecker ²⁾.

Кровотеченіе при предлежаніи дѣтскаго мѣста.

Литература: *Holst*, M. f. G. B. 2. p. 81. и сл. — *Simpson*, Sel. Obst. Works. London 1871. p. 177. — *Seyfert*, Prager Vierteljahrsschr. IX. 1852. B. II, p. 140. — *Chiari*, *Braun* und *Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 151. — *Greenhalgh*, Obst. Tr. VI. p. 140. — *Kuhn*, Wiener med. Presse. 1867. Nr. 15. etc. — *Fränkel*, Berl. klin. Wochenschrift. 1870. Nr. 22 и 23. — *Hecker*, Bair. ärztl. Intellig.-Blatt. 1873. № 22. — *Hartcop*, D. i. Berl. 1872. — *Paessler*, D. i. Berlin. 1876. — *Meissen*. D. i. Berlin. 1877. — *Jüdel*, Arch. f. Gyn. VI. p. 432. — *M. Duncan*, Edinb. med. Journ. Nov. u. Dec. 1873; Obst. J. of Gr. Brit. Dec. 1873. p. 576; Brit. med. Journ. Nov. 1873; Lond. Obst. Transact. Vol. XV. p. 189; Arch. f. Gyn. B. VI. p. 55. — *Spiegelberg*, Samml. kl. Vortr. № 99. — *Müller*, Placenta praev. etc. Stuttgart 1877. — *Tenzler* и *Wyder*, *Winckel*, Ber. u. Studien, III. p. 192. — *Hofmeier*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. VIII. p. 89. — *Behm*, e. l. B. IX. p. 373. — *Lomer*, Am. J. of Obst. Dec. 1884. — *Tramèr*, Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1883. № 16.

Гораздо чаще, нежели при нормальномъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста, кровотечения во время родовъ встрѣчаются при placenta praevia, т. е. если дѣтское мѣсто прикрѣпляется близъ внутренняго маточнаго зѣва, или вполнѣ закрываетъ его.

¹⁾ Deutsche Klinik 1852. Nr. 49. — ²⁾ Bair. ärztl. Intelligenzblatt 1871. Nr. 17. S.-A. p. 4.

Эта важная и опасная аномалія происходитъ тогда, когда яйцо прививается вблизи маточнаго зѣва такимъ образомъ, что въ этомъ мѣстѣ развивается decidua serotina, а, слѣдовательно, въ послѣдствіи и дѣтское мѣсто. Если мѣсто прикрѣпленія послѣда такъ близко къ маточному зѣву, что при ростѣ яйца ворсинки сосудистой оболочки плода распространяются по всей окружности маточнаго зѣва, такъ что изслѣдующій палецъ, если онъ можетъ проникнуть до внутренняго маточнаго рыльца, ощупываетъ здѣсь одну лишь ткань послѣда, не находя нигдѣ плодовыхъ оболочекъ, то это называютъ центральнымъ предлежаніемъ дѣтскаго мѣста (*placenta praevia centralis*). Боковое же предлежаніе дѣтскаго мѣста (*placenta praevia lateralis*) бываетъ тогда, когда онъ прикрѣпляется съ одной какой нибудь стороны зѣва.

Причины подобнаго ненормальнаго прикрѣпленія яйца неизвѣстны съ точностію. Для того, чтобы яйцо могло опуститься отъ маточнаго отверстія трубы до внутренняго зѣва, требуется, повидимому, извѣстное расширеніе полости матки и ненормальная гладкость слизистой оболочки ея. Въ пользу вліянія увеличенія маточной полости говорить то, что предлежаніе дѣтскаго мѣста встрѣчается чаще у многорожавшихъ *).

Кровотеченіе составляетъ единственный, но за то самый главный припадокъ предлежанія послѣда.

Всѣ согласны въ томъ, что кровотеченіе обусловливается отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста отъ внутренней поверхности матки въ области

*) Причины этого важнаго патологическаго состоянія до сихъ поръ выяснены очень недостаточно. А priori, правда, должно допустить, что прикрѣпленіе яйца въ нижнемъ отрѣзкѣ матки должно зависѣть отъ нарушенія правильнаго соотношенія между яйцомъ и внутреннею поверхностью матки; но сущность этого неправильнаго отношенія до сихъ поръ еще загадочна. Этими то и объясняется многочисленность гипотезъ, высказанныхъ съ цѣлю объяснить этиологическую сущность *plac. praev.* Такъ, *Kiwisch* объясняетъ происхожденіе *plac. praev.* скальзываніемъ сверху внизъ оплодотвореннаго яичка въ такое время, когда оно не выдѣрилось еще въ разросшуюся (гипертрофированную) слизистую оболочку матки. На это *Hohl* возражаетъ совершенно справедливо, что еслибы это было такъ, то *plac. praev.* встрѣчалась бы несравненно чаще теперешняго. *Scanzoni* приводитъ объясненіе, высказанное до него еще *Kilian*омъ, а именно, что яичко опускается внизъ вслѣдствіе недостаточнаго развитія отпадающей оболочки, состоящаго въ томъ, что между нею и внутреннею поверхностью матки остается свободный промежутокъ, чрезъ который яичко можетъ опуститься внизъ. *Hohl* (*Lehrb. d. Geburtsh. 2-te Ausg. 1882. p. 287*) какъ этиологическій моментъ допускаетъ разрывъ *decid. reflexae*; кромѣ того, онъ думаетъ, что въ этомъ отношеніи, можетъ быть, играютъ также немаловажную роль и маточныя сокращенія, идущія сверху внизъ и появляющіяся вслѣдъ за оплодотвореніемъ. Всѣ эти гипотезы можно было бы еще допустить для объясненія механизма происхожденія *plac. praeviae*; сущность же самаго механизма, т. е. ближайшую причину его онъ нисколько не выясняютъ. Кромѣ того, въ этиологіи *plac. praev.* существуютъ особенные моменты, которые ждутъ еще удовлетворительнаго объясненія. Какимъ образомъ, напримѣръ, объяснить то, что *plac. praev.* временами является до такой степени часто, что нѣкоторые (напр. *Wenzel, Saxtorph, d'Outrépont* и др.) толкуютъ даже о какомъ то *genius epidemicus* въ этомъ отношеніи? Чѣмъ объяснить то, что *plac. praev.* встрѣчается иногда у нѣсколькихъ членовъ одного и того же семейства, какъ бы наследственно (*d'Outrépont, Velpeau*)? Г.

внутренняго зѣва, но относительно причинъ и механизма этого отдѣленія взгляды авторовъ сильно расходятся. *Duncan* особенно возсталъ противъ мнѣнія, будто-бы отдѣленіе послѣда происходитъ вслѣдствіе сокращенія нижняго сегмента матки. По его мнѣнію, отдѣленіе послѣда обусловливается расширеніемъ нижней части маточной полости и притомъ слѣдующимъ образомъ: для выхожденія яйца изъ полости матки требуется, чтобы нижній шаровидный сегментъ ея превратился въ цилиндрическій каналъ, и это возможно только путемъ сильнаго боковаго растяженія, въ поперечномъ направленіи, частей, лежащихъ вблизи внутренняго маточнаго зѣва. Подобно тому, какъ при нормальныхъ условіяхъ, отдѣленіе послѣда происходитъ вслѣдствіе того, что онъ не можетъ слѣдовать за сильно сокращающеюся поверхностію, къ которой онъ прикрѣпляется, такъ и при предлежаніи послѣда отдѣленіе его обусловливается невозможностію со стороны дѣтскаго мѣста слѣдовать за поверхностію, которая сильно растягивается.

Мы уже видѣли, что во время родовъ не только полость шейки, но и нижняя часть полости матки вытягиваются въ тонкостѣнный каналъ и что, слѣдовательно, эта часть внутренней поверхности матки во время потугъ не уменьшается подобно всей остальной внутренней поверхности матки а, напротивъ, растягивается, и нужно согласиться съ *Duncan* 'омъ, что подобное растяженіе гораздо легче можетъ повести къ отдѣленію послѣда, чѣмъ сокращеніе, значительная степень котораго переносится довольно легко нормально сидящимъ дѣтскимъ мѣстомъ безъ того, чтобы оно отдѣлилось.

Но та часть маточной полости, изъ которой образуется нижній маточный сегментъ, составляетъ узкій поясъ, къ которому прикрѣпляется только часть предлежащаго дѣтскаго мѣста. Поэтому главную причину, отъ которой зависятъ отдѣленіе предлежащаго дѣтскаго мѣста и кровотеченіе, слѣдуетъ искать еще въ чемъ нибудь другомъ.

Выше (см. стр. 136 и слѣд.) мы видѣли, что во время родовъ большая часть тѣла матки передвигается по яйцу вверхъ, такъ что кольцо сокращенія, т. е. нижняя граница сокращающейся мускулатуры, медленно отодвигается по яйцу кверху, между тѣмъ какъ нижній маточный сегментъ и шейка вытягиваются въ тонкостѣнный каналъ, чрезъ который проходитъ яйцо. Слѣдовательно, во время родовъ отношеніе поверхности яйца къ внутренней поверхности матки измѣняется и притомъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ ближе приближаемся къ внутреннему маточному зѣву, такъ что въ то время, какъ на верхнемъ полюсѣ яйца маточная стѣнка вовсе не смѣщается, нижнія части тѣла матки, которыя лежали первоначально на нижнемъ полюсѣ яйца, отодвигаются далеко вверхъ. Поэтому, если цѣлость пузыря сохраняется до конца періода раскрытія, то отдѣленіе тѣла матки отъ яйца должно быть очень значительное; оно должно простираться, по крайней мѣрѣ, на половину яйца. Но такъ какъ предлежащее дѣтское мѣсто, прикрѣпляющееся около нижняго полюса яйца, не можетъ при цѣлости его

измѣнить своего положенія по отношенію къ этому послѣднему, то отдѣленіе матки отъ дѣтскаго мѣста должно быть тѣмъ значительнѣе, чѣмъ болѣе раскрывается маточный зѣвъ, такъ что при каждомъ сильномъ маточномъ сокращеніи отдѣляются все новыя и новыя участки дѣтскаго мѣста.

Часто удается непосредственно наблюдать—въ какой высокой степени и какъ быстро происходитъ это отдѣленіе: въ началѣ родовъ во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ ощущивается только край послѣда; съ дальнѣйшимъ теченіемъ родовъ послѣдній какъ будто все болѣе и болѣе выпадаетъ, а къ концу періода раскрытія отдѣлившійся послѣдъ ощущивается почти по всей своей поверхности. Это обуславливается не опусканіемъ дѣтскаго мѣста, а тѣмъ, что нижній сегментъ матки и шейка отодвинулись по яйцу вверхъ.

Эти отношенія существенно измѣняются, если дѣтское мѣсто (что никогда не бываетъ при цѣлости всѣхъ оболочекъ) можетъ смѣститься съ первоначальнаго своего положенія впереди подлежащей части плода и передвинуться вверхъ, вмѣстѣ съ тѣломъ матки. Легче всего это происходитъ тогда, когда пузырь лопається или когда его разорвали; тогда ничто не препятствуетъ послѣду отодвинуться по поверхности младенца вверхъ вмѣстѣ съ маткою. Но это возможно также и въ томъ случаѣ, когда разорвалась одна только ворсистая оболочка, когда, слѣдовательно, при цѣлости водной оболочки и пузыря, chorion на большомъ протяженіи отдѣляется отъ amnion и уходитъ вверхъ вмѣстѣ съ тѣломъ матки.

При центральномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста отношенія эти представляются нѣсколько болѣе сложными. Отдѣлившаяся поверхность дѣтскаго мѣста здѣсь всегда болѣе обширна и кровотеченіе, поэтому, болѣе значительно; но и здѣсь можетъ случиться, что послѣ разрыва пузыря, дѣтское мѣсто оттянется вверхъ, по одной изъ стѣнокъ матки.

Что касается источниковъ кровотеченія, то и объ этомъ мнѣнія расходятся. Вѣрно то, что плодъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ теряетъ сколько нибудь значительныя количества крови, такъ какъ, хотя ворсинки chorion нерѣдко разрываются,—что особенно часто случается вслѣдствіе неосторожнаго изслѣдованія ¹⁾,—однако проходящіе въ нихъ сосуды до того малы, что не подаютъ повода къ большимъ кровотеченіямъ. Изливающаяся кровь принадлежитъ, слѣдовательно, исключительно или, по крайней мѣрѣ, значительно большею своею частію матери, но (вслѣдствіе сокращенія маточной мускулатуры) только часть ея изливается изъ того мѣста матки, отъ котораго отдѣлилось дѣтское мѣсто. Другая часть материнской крови, циркулирующей между ворсинками chorion, изливается изъ отдѣлившейся части дѣтскаго мѣста (на что обратилъ вниманіе уже *Simpson*).

¹⁾ См. *Lehmann*, *Nederl. Tijdschr.* Jan. 1868. p. 49. (*Schmidt's Jahrb.* B. 139 p. 301).

Относительно частоты предлежанія дѣтскаго мѣста существуютъ довольно различныя данныя. Клиническіе отчеты даютъ слишкомъ высокую цифру, такъ какъ нѣкоторыя женщины приходятъ въ клинику единственно по причинѣ кровотеченія. По *Schwarz'у* ¹⁾, въ Курфиршествѣ Гессенскомъ на 519,328 родовъ 332 раза была наблюдаема *placenta praevia*, слѣдовательно, 1 случай на 1.564 родовъ. У первородящихъ она, какъ уже вытекаетъ изъ того, что было сказано выше объ этиологіи, встрѣчается рѣдко: по *Simpson'у*, на 136 случаевъ предлежанія дѣтскаго мѣста—только 11 разъ, по *Kuhn'у* на 46 случаевъ—6 разъ, по *Hartcop'у* и *Paessler'у* на 164 случая—24 раза.

При центральному предлежаніи дѣтскаго мѣста кровотеченіе обыкновенно начинается еще во время беременности, при боковомъ же прикрѣпленіи—въ началѣ родовъ. Въ первомъ случаѣ оно наступаетъ когда начинаетъ формироваться нижній маточный сегментъ или при нѣкоторомъ раскрытіи внутренняго маточнаго зѣва. Такъ какъ это обыкновенно начинается еще во время беременности (въ незначительной степени иногда даже очень рано, и тогда это ведетъ къ выкидышу)²⁾ то, при центральному прикрѣпленіи, кровотеченіе наступаетъ въ одинъ изъ послѣднихъ мѣсяцевъ беременности и притомъ болѣею частью внезапно и неожиданно, безъ того, чтобы можно было доискаться какой-либо вдругъ подѣствовавшей причины. Оно можетъ быть очень сильно и причинить обмороки и даже исчезаніе пульса; въ другихъ же случаяхъ кровотеченіе вдругъ останавливается, и беременная снова начинаетъ заниматься своими дѣлами, пока опять не наступитъ болѣе опасное кровотеченіе. Иногда кровотеченіе не останавливается совершенно, но постоянная, хотя и не сильная потеря крови, наконецъ, ведетъ къ высокой степени малокровія. Обыкновенно бываетъ такъ, что послѣ обильныхъ кровотеченій беременность прерывается раньше нормальнаго срока. Появляющіяся при этомъ родовыя боли часто бываютъ очень слабы; кровь непрерывно течетъ изъ открытыхъ сосудовъ и, если не будетъ подана своевременная помощь, то самымъ частымъ исходомъ въ этихъ случаяхъ бываетъ смерть вслѣдствіе остраго кровотеченія.

При боковомъ предлежаніи условія менѣе неблагоприятны. Чѣмъ ближе ко внутреннему зѣву былъ прикрѣпленъ край дѣтскаго мѣста, тѣмъ раньше наступаетъ кровотеченіе и, наоборотъ, чѣмъ оно сидитъ выше, тѣмъ кровотеченіе начинается позднѣе. Кровотеченіе въ этихъ случаяхъ обыкновенно останавливается само собою лишь только пузырь будетъ разорванъ, такъ-какъ дѣтское мѣсто можетъ тогда отойти вверхъ вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки и поэтому дальнѣйшее отдѣленіе его останавливается. Если дѣтское мѣсто прикрѣплено на нѣкоторомъ разстояніи отъ внутренняго маточнаго зѣва, то кровоте-

¹⁾ M. f. G. B. 8. p. 108. — ²⁾ См. *Hecker*, *Klin. d. Geburtsk.* II. p. 170.

ченіе наступаетъ поздно и останавливается послѣ разрыва пузыря и только по краевому разрыву яйцевыхъ оболочекъ и стуткамъ крови на краю дѣтскаго мѣста, соответствующемъ этому разрыву, можно узнать на извергнутомъ уже послѣдѣ слишкомъ низкое прикрѣпленіе его.

Если цервикальный каналъ проходимъ для изслѣдующаго пальца, то распознаваніе не представляетъ затрудненій, такъ-какъ маточная поверхность дѣтскаго мѣста представляетъ при оцупываніи ея характеристическое ощущеніе, которое трудно смѣшать съ чѣмъ нибудь другимъ. Иногда-же кровотеченіе начинается лишь при столь высоко оттянувшемся внутреннемъ маточномъ зѣвѣ, что невозможно дойти до него пальцемъ. Въ этихъ случаяхъ прощупываются однѣ только утолщенные яйцевыя оболочки; край-же дѣтскаго мѣста становится доступнымъ лишь при болѣе глубокомъ введеніи пальца. Если находимъ маточную шейку совершенно закрытою, то при каждомъ, болѣе сильномъ кровотеченіи, нужно подозрѣвать предлежаніе дѣтскаго мѣста и до тѣхъ поръ, пока, по раскрытіи зѣва, не сдѣлаемъ вѣрнаго распознаванія, поступать такъ, какъ-бы мы въ самомъ дѣлѣ имѣли дѣло съ предлежаніемъ дѣтскаго мѣста. Сильное разрыхленіе и утолщеніе нижняго сегмента матки должно усилить наше подозрѣніе относительно существованія *placentae praeviae*, хотя этого еще недостаточно для точнаго распознаванія.

Предсказаніе зависитъ существенно отъ помощи искусства, къ которой прибѣгаютъ при *placenta praevia*. Если помощь будетъ подана плѣсообразно, то жизнь матери въ большинствѣ случаевъ удастся сохранить, между тѣмъ какъ значительная часть младенцевъ погибаетъ. Опасность для матери грозитъ со стороны потери крови, для плода же со стороны асфиксии, которая наступаетъ въ то время, когда неотдѣлившаяся еще и функционирующая часть дѣтскаго мѣста становится недостаточною для поддержанія дыханія плода. Эта недостаточность легче наступаетъ тогда, когда отдѣленіе послѣда происходитъ внезапно, и материнская кровь еще приходящая въ соприкосновеніе съ кровью плода, тѣмъ менѣе становится годною доставлять ему необходимое количество кислорода, что она уже сама обдѣлѣла красными кровяными шариками. Только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, смерть плода обуславливается также потерей крови, истекающей изъ разорванныхъ сосудовъ ворсистой оболочки. Опасность какъ для матери, такъ и для плода, конечно, будетъ гораздо значительнѣе при центральномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста нежели въ томъ случаѣ, если одна только часть его предлежитъ надъ зѣвомъ.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что матери при *placenta praevia* особенно часто заботѣваются тяжелыми формами послѣродовыхъ лихорадокъ. Это несомнѣнно обуславливается болѣе легкою возможностью зараженія, зависящею отъ повторныхъ тщательныхъ изслѣдованій, при чемъ палецъ приходитъ въ соприкосновеніе съ мѣстомъ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста, а также и тѣмъ, что значительная потеря крови

при родахъ вообще имѣеть неблагоприятное вліяніе на теченіе послѣ-родоваго заболѣванія.

Если кровотеченіе наступаетъ во время беременности и притомъ въ незначительныхъ количествахъ, то леченіе наше будетъ состоять лишь въ назначеніи беременной абсолютно спокойнаго положенія на спинѣ и устраненіи всѣхъ вредныхъ моментовъ. При болѣе сильномъ кровотеченіи тампонируютъ рукавъ такимъ образомъ, какъ это было изложено на стр. 429. Тампоны оставляютъ, resp. повторяютъ до тѣхъ поръ, пока кровотеченіе не остановится. Очень часто при этомъ возбуждается погужная дѣятельность.

Во время родовъ, если шейка еще не изгладилась и зѣвъ не открытъ, тампонада также будетъ совершенно умѣстна. Но если маточный зѣвъ достаточно открытъ, или если онъ по крайней мѣрѣ настолько изглаженъ, что пропускаетъ два пальца, то необходимо приступить къ болѣе активной терапіи. Всѣ главнѣйшія показанія при леченіи предлежанія послѣда во время родовъ, можно сопоставить въ слѣдующемъ совтѣ: разрывать пузырь, низводи ножку, но выжидай съ извлеченіемъ плода.

Что разрывъ оболочекъ составляетъ весьма дѣйствительное средство и что кровотеченіе послѣ него почти всегда тотчасъ останавливается, — это признается почти всѣми и въ особенности самыми опытными практиками; объясненіе-же этого благоприятнаго дѣйствія разрыва понятно изъ того, что нами выше было сказано о причинахъ кровотеченія при стоячемъ пузырьѣ. Въ послѣднемъ случаѣ кровотеченіе обуславливается тѣмъ, что нижняя часть матки отодвинулась по яйцу вверхъ, вслѣдствіе чего она должна была отдѣлиться отъ дѣтскаго мѣста, образующаго нижнюю часть яйца; послѣ же разрыва пузыря это отдѣленіе матки отъ послѣда прекращается, потому что яйцевыя оболочки и, слѣдовательно, дѣтское мѣсто вмѣстѣ съ маткою отодвигаются вверхъ по поверхности тѣла младенца. Поэтому, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, мы рекомендуемъ разрывать пузырь по возможности раньше. Противъ этого не существуетъ ни одного противупоказанія. Даже предлежаніе пуповины позади оболочекъ не должно насъ удерживать ось разрыва пузыря, такъ какъ жизнь младенца, всегда и безъ того подвергающаяся величайшей опасности при предлежаніи дѣтскаго мѣста, играетъ здѣсь второстепенную роль. Кромѣ того, въ случаѣ поворота на ножку, даже выпаденіе пуповины не представляетъ безусловной опасности для младенца.

Низведеніе одной ножки настоятельно показывается потому, что этимъ путемъ мы приобретаемъ возможность въ любое время ускорить роды и, при извѣстныхъ показаніяхъ, даже окончить ихъ. Кромѣ того, потягивая за ножку, мы ягодицами прижимаемъ то мѣсто, отъ котораго послѣдъ уже отдѣлился и которое иногда еще кровоточитъ.

Низведеніе ножки производится обыкновенно безъ всякихъ затрудненій, лишь только зѣвъ будетъ проходимъ для двухъ пальцевъ. По-

воротъ подъ хлороформомъ, посредствомъ двойнаго ручнаго приема, удается почти всегда, такъ какъ онъ производится при весьма благоприятныхъ обстоятельствахъ, т. е. вскорѣ послѣ разрыва пузыря, слѣдовательно, — при легко подвижномъ младенцѣ и обыкновенно также при разслабленной маточной мускулатурѣ.

Эта терапия, чрезвычайно простая при боковомъ предлежаніи дѣтскаго мѣста, можетъ однако представлять большія затрудненія при центральномъ его предлежаніи. Но, введя поглубже палецъ, обыкновенно удается добраться до пузыря въ томъ мѣстѣ, гдѣ дѣтское мѣсто представляется болѣе тонкимъ на ощупь, и проколоть оболочку. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при обильномъ кровотеченіи, можетъ, конечно, представиться необходимость прорвать всю толщю дѣтскаго мѣста, чтобы проникнуть въ полость яйца. При этомъ, конечно, могутъ быть повреждены большіе сосуды, принадлежащіе младенцу, который вслѣдствіе этого можетъ погибнуть отъ кровотеченія; впрочемъ, при подобныхъ обстоятельствахъ, младенцы во всякомъ случаѣ погибаютъ и при выжидательной терапіи.

Послѣ разрыва пузыря и низведенія ножки, кровотеченіе обыкновенно останавливается, а изгнаніе плода можетъ быть предоставлено силамъ природы. Очень часто, послѣ чрезвычайно сильнаго кровотеченія въ началѣ періода раскрытія, можно наблюдать совершенно нормальное дальнѣйшее теченіе родовъ при ножномъ положеніи младенца безъ всякаго кровотеченія.

Если кровотеченіе не вполнѣ остановилось, то слѣдуетъ сильно потягивать за ножку, и, такимъ образомъ, ягодицами младенца тампировать кровоточащее мѣсто.

Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ слишкомъ спѣшить съ извлеченіемъ младенца. Правда, при завѣдомо мертвомъ младенцѣ легко рѣшиться обождать или очень медленно извлекать за ножку; съ другой стороны, никто не задумается предоставить на нѣкоторое время изгнаніе младенца силамъ природы, если сердцебіеніе младенца совершенно нормально. Но совершенно другое бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда при выслушиваніи мы находимъ замедленіе сердечныхъ тоновъ, или когда выпавшая пуповина медленно пульсируетъ. На основаніи собственныхъ наблюденій, я считаю нужнымъ при этихъ обстоятельствахъ рѣшительно отсоединять быстро извлекать младенца чрезъ недостаточно открытыя материнскія мягкія части. Я убѣжденъ въ томъ, что тотъ, кто будетъ обращать по возможности мало вниманія на младенца, будетъ имѣть самыя благоприятныя результаты при леченіи предлежанія дѣтскаго мѣста; потеря дѣтей при этомъ будетъ только незначительно больше, но за то результаты для матерей самыя благоприятныя.

Быстрые роды, прежде всего, вообще неблагоприятны для малокровныхъ матерей, такъ какъ вслѣдствіе быстрого опорожненія матки и обусловливаемого этимъ низкаго внутрибрюшнаго давленія, въ брюшной полости накапливается столько крови, что, при извѣстныхъ усло-

віяхъ, могутъ наступить опасныя припадки малокровія мозга и даже скоропостижная смерть.

Хотя эти опасности, при примѣненіи соотвѣствующихъ мѣръ (низкое положеніе головы, прижатіе живота, возбуждающія средства), и могутъ быть отчасти устранены, такъ что, при достаточно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, мы, въ интересахъ младенца можемъ и не опасаться быстро извлеченія, но при не вполне приготовленныхъ мягкихъ родовыхъ частяхъ, матери угрожаетъ еще другая опасность, а именно: истеченіе кровью изъ разрыва шейки матки.

Хотя при предлежаніи дѣтскаго мѣста, какъ шейка, такъ и нижній маточный сегментъ размягчены и удобо растяжимы и поэтому не представляютъ значительныхъ механическихъ затрудненій быстрому извлеченію, тѣмъ не менѣе и въ размягченной шейкѣ легко происходятъ довольно глубокіе разрывы, которые могутъ дать очень сильное кровотеченіе именно потому, что вблизи ихъ прикрѣплялось дѣтское мѣсто. Кровотеченіе же изъ такого разрыва чрезвычайно опасно для жизни и безъ того малокровной матери, тѣмъ болѣе, что остановка его въ этомъ случаѣ не легка и не выполнима съ такою вѣрностію и скоростію, какія требуются при подобныхъ обстоятельствахъ.

Въ послѣдовомъ періодѣ, если кровотеченіе совершенно остановилось, придерживаются чисто выжидательнаго метода леченія, въ противномъ-же случаѣ заботятся объ удаленіи послѣда посредствомъ давленія, производимаго снаружи. Если, въ исключительныхъ случаяхъ, кровотеченіе будетъ продолжаться, хотя и въ менѣе значительной степени, то слѣдуетъ поступать такимъ же образомъ, какъ и при другихъ кровотеченияхъ въ послѣдовомъ періодѣ.

Если тотчасъ послѣ родовъ наступаетъ въ высокой степени упадокъ силъ, то нужно возбудить ихъ достаточными дозами вина. Этимъ средствомъ, а также низкимъ положеніемъ головы, лучше всего предотвращаются обмороки. Въ отчаянныхъ случаяхъ можетъ сдѣлаться необходимымъ вливаніе раствора поваренной соли ¹⁾, которое, впрочемъ, можно было бы замѣнить подкожными впрыскиваніями ээира, рекомендуемыми *Hecker* омы ²⁾. Они дѣйствуютъ прекрасно. *Hecker* впрыскиваетъ ³⁾ по одному грам. сѣрнокислаго ээира до 5 разъ впродолженіи короткаго времени.

Примѣч. Guillemeau (1609) и *Mauriceau* (1668) были первые, заговорившіе о предлежаніи послѣда. Но, какъ они, такъ и многіе послѣдователи ихъ думали, что при этомъ дѣтское мѣсто, первоначально прикрѣпившееся выше, отдѣляется и опускается до зѣва. *Paul Portal* (1688), хотя и не высказывая опредѣленно своего мнѣнія о происхожденіи плас. праев., однако, первый нѣсколько разъ сообщаетъ въ своихъ наблюденіяхъ, что онъ находилъ послѣдъ плотно приросшимъ къ внутреннему маточному зѣву ⁴⁾. Вслѣдъ затѣмъ *Schaller* ⁵⁾ въ 1709 г.

¹⁾ *Schwarz*, Habilitationsschrift. Halle 1881. — ²⁾ l. c. и *Bayr*'омъ, Ueber subcutane Aetherinj. etc. D. i. München 1873. — ³⁾ Осторожно и поверхностно, такъ какъ наблюдались параличи лучевыхъ нервовъ послѣ подкожныхъ впрыскиваній ээира. См. *Remak*, Verh. d. med. Gesellsch. zu Berlin. 7. 1. 85. — ⁴⁾ La prat. des acc. p. 201, 291, 341. — ⁵⁾ См. Diss. inaug. *Seiler*'a.

вскрытіемъ роженицы, умершей отъ рl. graev., первый вѣрно объяснилъ анатомическую сущность этой аномаліи. *Johann v. Hoorn* (1715), ученикъ *Paul Portal'a*, былъ первый, вѣрно объяснившій это патологическое состояніе въ своемъ руководствѣ къ акушерству (и, по всей вѣроятности, независимо отъ *Schaller'a*). Въ 7-й главѣ, трактующей о «Кровотеченіяхъ у беременныхъ» («von der Blut-Stürzung einer schwangeren Frau») *Hoorn* говоритъ: Die Ursache ist die Nachgeburt, oder Mutter-Kuchen, welche im Anfang der Empfängniss, zu grosser Lebensgefahr der Frau, auf oder über dem Muttermund ihren Sitz genommen und sich da angeklebet hat». Начиная съ *Levet'a*, ученіе о сущности placentaе graevіае получило всеобщее распространеніе.

Не въ очень рѣдкихъ случаяхъ, при plac. graev. происходитъ выпаденіе дѣтскаго мѣста, такъ что сначала рождается послѣднее, а за нимъ уже плодъ. Уже *Mauriceau* зналъ объ этомъ явленіи, но только *J. F. Oslander* былъ первый, обратившій на него болѣе серьезное вниманіе ¹⁾. Сдѣланное при этомъ наблюденіе, что въ такихъ случаяхъ преждевременнаго выходненія дѣтскаго мѣста кровотеченіе обыкновенно прекращается, подало поводъ къ совѣту искусственно удалять дѣтское мѣсто до рожденія плода ²⁾. Но такъ какъ при такомъ способѣ жизнь плода неминуемо гибнетъ, если онъ не тотчасъ рождается самъ собою, или если не будетъ сдѣлано быстрое извлеченіе его, то вышеприведенное предложеніе заслуживаетъ подражанія развѣ только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ мы имѣемъ дѣло съ плодомъ не жизнеспособнымъ, или же гдѣ смерть его не подлежитъ сомнѣнію. Если же плодъ живъ, то при выпаденіи или извлеченіи дѣтскаго мѣста прежде плода, онъ можетъ остаться въ живыхъ только при очень быстро оканчивающихся произвольныхъ родахъ, или же (что требуется въ большинствѣ случаевъ) при операціяхъ поворота и извлеченіи (этимъ путемъ, по *Simpson'у* ³⁾, изъ 106 дѣтей 33 родились живыми). Къ весьма рѣдкимъ принадлежитъ случай, сообщенный *Zepuder'омъ* ⁴⁾, гдѣ непосредственно послѣ выпаденія дѣтскаго мѣста, головка вступила въ тазъ, такъ что помощью щипцовъ можно было извлечь живаго младенца. Менѣе опасны для плода тѣ рѣдкіе случаи, въ которыхъ происходитъ одновременное изгнаніе и плода и дѣтскаго мѣста. Въ одномъ подобномъ случаѣ, въ которомъ при черепномъ положеніи дѣтское мѣсто лежало на головкѣ, намъ удалось оживить въ высокой степени асфиктического младенца.

При двойныхъ предлежаніи дѣтскаго мѣста встрѣчается рѣдко; еще гораздо рѣже встрѣчается предлежаніе обоихъ дѣтскихъ мѣстъ, которое наблюдалъ *Maddonald* ⁵⁾ въ одномъ случаѣ, гдѣ оба младенца имѣли поперечное положеніе.

Кровотеченія изъ сосудовъ пуповины.

Литература: *Benckiser* (Naegele), De haemorrh. int. part. etc. D. i. Heidelberg. 1831. — *Ricker*, Siebold's Journ. B. 12. p. 506. — *Hüter*, Neue Zeitschr. f. G. B. 12. p. 48. — *Hecker*, Kl. d. G. I. p. 162. — *Chiari, Braun u. Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 183. — *Hüter*, M. f. G. B. 28. p. 330. — *Cazeaux-Tarnier*, Traité de l'art. des acc. 7. éd. Paris 1867. p. 771. — *Hyrtil*, die Blutgefäße der menschlichen Nachgeburt. Wien 1870. p. 63. — *P. Ruge*, Berl. B. z. Geb. u. G. II. p. 42. — *Valenta*, Memorabilien. 1874. № 5.

Прикрѣпленіе пуповины къ плоднымъ оболочкамъ, т. наз. insertio velamentosa (см. стр. 409), въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ служить причиною особаго рода кровотеченія во время родовъ. А именно, если пуповина прикрѣпляется такимъ образомъ, что сосуды

¹⁾ Gemein. deutsche Z. f. Geb. 1832. B. 7. p. 223; см. также *E. von Siebold'a*, M. f. G. B. 6. p. 258. — ²⁾ См. *Radford*, Prov. Journ. Dec. 1844 и *Simpson*, l. c. — ³⁾ l. c. p. 197. — ⁴⁾ Wiener med. Presse. 1869. № 50. — ⁵⁾ Obst. Journ. of Gr. Brit. June 1874. p. 165.

ея проходить въ той части яйцевыхъ оболочекъ, которая помѣщается въ маточномъ зѣвѣ, то, при разрывѣ пузыря, сосуды пуповины могутъ также разорваться. Вслѣдствіе этого, плодъ иногда истекаетъ кровью; но еслибы даже кровоточащій сосудъ, послѣ разрыва пузыря, и былъ сдавленъ плотно-вколоченною головкою, то, тѣмъ не менѣе, должна наступить смерть плода отъ асфиксіи, вслѣдствіе пріостановленнаго обмѣна газовъ. Слѣдовательно, въ этихъ случаяхъ мы находимъ на трупѣ новорожденнаго признаки анеміи, или асфиксіи.

Эта аномалія распознается по тому, что въ слегка утолщенныхъ яйцевыхъ оболочкахъ прощупывается пульсирующій сосудъ толщиною въ воронье перо. Въ такихъ случаяхъ нужно заботиться о замедленіи разрыва пузыря, что достигается посредствомъ тампонады умѣренно наполненнымъ коллейринтеромъ. Если произойдетъ разрывъ пузыря въ такое время, когда еще невозможно приступить къ окончанію родовъ, то при совмѣстномъ разрывѣ сосудовъ пуповины, младенецъ погибаетъ; если же пузырь разорвется, когда маточный зѣвъ уже достаточно раскрытъ, то, приступая къ немедленному извлеченію плода, можно его еще спасти.

Примѣчаніе. Смерть плода при подобномъ предлежаніи пупочныхъ сосудовъ можетъ обуславливаться еще и тѣмъ, что вступающая головка производитъ прижатіе отдѣльныхъ сосудовъ ¹⁾. Одинъ случай, сообщенный *Kuhn'*омъ ²⁾, интересенъ тѣмъ, что плодъ родился живымъ чрезъ разрывъ оболочекъ, происшедшій между сосудомъ. Подобный случай сообщилъ *Ruge* ³⁾.

Опасное для плода кровотеченіе можетъ наступить и тогда, когда при родахъ въ стоячемъ или сидячемъ положеніи, или при стоянціи на колѣняхъ во время изгнанія плода, въ силу тяжести послѣдняго произойдетъ разрывъ пуповины. Мѣстомъ разрыва ея можетъ быть пупочный конецъ, или же середина, или, наконецъ, мѣсто прикрѣпленія ея къ дѣтскому мѣсту, причѣмъ можетъ, вмѣстѣ съ пуповиною, оторваться также кусокъ послѣдняго. Только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ при разрывѣ пуповины происходитъ смертельное для плода кровотеченіе; въ большинствѣ же случаевъ сосуды пуповины сокращаются, и пуповина кровоточитъ очень немного, или же изъ нея вовсе не показывается крови.

Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ.

Послѣ рожденія младенца недостаточныя сокращенія матки составляютъ самую частую причину кровотеченія. Такая атонія матки въ особенности наступаетъ послѣ быстрого искусственнаго или естественнаго опорожненія ея полости, а также послѣ предшествовавшаго очень значительнаго растяженія, слѣдовательно, послѣ быстро протекавшихъ родовъ, послѣ преждевременнаго произведеннаго поворота и извлеченія, при *hydramnion* и двойняхъ. Иногда причиною такихъ кровотеченій бываетъ общая слабость организма, недостаточное развитіе мускулатуры матки (при порокахъ первоначальнаго развитія и послѣ предшествовавшихъ очень трудныхъ родовъ); въ другихъ случаяхъ

¹⁾ См. *ab Ettlinger*, Obs. obst. D. i. Bonn 1844. p. 16. — ²⁾ l. c. Nr. 23 p. 557. — ³⁾ l. c. p. 47.

атонія повторяется у одной и той же женщины при всѣхъ родахъ безъ того, чтобы возможно было открыть достаточно убѣдительную причину ея. Частичныя приращенія дѣтскаго мѣста къ стѣнкѣ матки, которыя, впрочемъ, лишь очень рѣдко происходятъ путемъ новообразованной соединительной ткани, также могутъ подать поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ, такъ-какъ отдѣлившіяся мѣста матки близи сращеній не могутъ вполне хорошо сократиться. Если послѣдovый періодъ протекаетъ безъ помощи искусства, то не легко происходитъ послѣдующее расслабленіе матки; между тѣмъ какъ матка, въ которой вызваны были сокращенія тотчасъ послѣ изгнанія плода внѣшнимъ раздраженіемъ, весьма легко вновь расслабляется (см. стр. 198).

Естественнымъ послѣдствіемъ недостаточнаго или ненаступающаго вовсе сокращенія матки будетъ — зіяніе плацентарныхъ сосудовъ, изъ которыхъ и происходитъ кровотеченіе, могущее, по обилію своему, въ самое короткое время причинить смерть. Распознаваніе этихъ кровотеченій очень легко, даже если внутренній зѣвъ, вслѣдствіе сильнаго загиба матки впередъ (*anteflexio*)¹⁾, сдѣлался непроходимымъ или онъ закрытъ яйцевыми оболочками, или большими кровяными сгустками настолько, что наружу вытекаетъ лишь очень мало крови. Матка такъ вяла, что при пальпаціи мы ея или вовсе не прощупываемъ, или же она представляется въ видѣ мягкаго, вялаго тѣла, въ то время какъ при нормальныхъ условіяхъ она должна имѣть форму довольно твердаго, шарообразнаго тѣла.

Въ этихъ случаяхъ почти всегда дѣло ограничивается очень простою терапіей. Дно вялой матки растираютъ рукою. Уже послѣ нѣсколькихъ разминаній она становится замѣтно тверже, и если продолжать разминаніе, обхвативъ матку въ то же время всей рукою, то еостигается столь значительное сокращеніе ея ткани, что кровотеченіе останавливается. Если, по только что упомянутымъ причинамъ, кровотеченіе было преимущественно внутреннее, то давленіемъ, производимымъ нами на матку, въ началѣ изгоняются большіе сгустки крови, а очень часто съ ними вмѣстѣ и послѣдъ; — тотчасъ слѣдуетъ болѣе обильное истеченіе жидкой крови, вслѣдъ за чѣмъ кровотеченіе останавливается. Слѣдовательно, нѣтъ причины беспокоиться, если вслѣдствіе давленія на матку кровотеченіе вначалѣ становится, повидимому, сильнѣе, такъ-какъ истекающая кровь уже раньше находилась въ полости матки, слѣдовательно, была уже потеряна для организма.

Хотя описаннымъ образомъ почти всегда удается достигнуть настолько сильнаго сокращенія матки, что кровотеченіе останавливается, тѣмъ не менѣе матка, пока еще не извергнутъ послѣдъ, обнаруживаетъ склонность снова расслабляться и такимъ образомъ давать новое кровотеченіе. Поэтому мы въ такихъ случаяхъ должны продолжать пріемъ *Credé* до изгнанія послѣда.

¹⁾ *Braxton-Hicks*, Brit. med. J. Febr. 1872.

Послѣднее не достигается лишь въ тѣхъ весьма рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ произошло дѣйствительное сращеніе послѣда со стѣнками матки (см. стр. 365); не менѣе рѣдко случается и то, что матка, не смотря на разминанія, не сокращается до тѣхъ поръ, пока не извергнется послѣдъ, почему кровотеченіе продолжается, не смотря на растиранія; наконецъ, кровотеченіе въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ продолжаться даже послѣ того, какъ матка сократится. Въ этихъ случаяхъ требуется искусственное ручное извлеченіе послѣда.

Для этой цѣли, роженицѣ дають положеніе на спинѣ или на боку, вводятъ, при самомъ тщательномъ соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики, руку, смазанную масломъ, и, руководствуясь пупочнымъ канатикомъ, проникають сложенными пальцами въ полость яйца; производя снаружи давленіе другою рукою, отдѣляютъ приросшую часть дѣтскаго мѣста, локтевою стороною мизинца, прикрытою оболочками. Это отдѣленіе дѣтскаго мѣста внутри оболочекъ яйца, рекомендуемое *Hildebrandt*'омъ¹⁾, имѣетъ то преимущество, что раздраженіе маточной стѣнки незначительно, а опасность зараженія оперирующею рукою устраняется. Если это не удастся и если прощупываются плотныя, довольно толстыя сращенія, то послѣднія должно протереть ногтями. Если послѣдъ вполне отдѣлился, то его обхватываютъ полною рукою и извлекають. Иногда, особенно если предшествовали не совсѣмъ цѣлесообразныя попытки къ удаленію послѣда, матка сокращается неправильнымъ образомъ, такъ что плотное кольцо сокращенія образуетъ стриктуру, чрезъ которую невозможно провести руку. Немного терпѣнія, въ случаѣ надобности хлороформированіе и осторожныя попытки къ расширенію зѣва всегда превозмогають эти препятствія. Но если послѣдъ задержанъ въ маткѣ уже нѣсколько часовъ, то ждать больше не слѣдуетъ и нужно приступать къ искусственному удаленію послѣда, такъ-какъ позже маточный зѣвъ все болѣе и болѣе сокращается. Хотя въ исключительныхъ случаяхъ послѣдъ, оставленный въ маткѣ очень долгое время, хорошо сохраняется и часто изгоняется гораздо позже силами природы²⁾, но обыкновенно онъ подвергается гнилостному распаденію и можетъ тѣмъ самымъ подать поводъ къ самымъ опаснымъ родильнымъ заболѣваніямъ³⁾.

¹⁾ *Kühne*, D. i. Königsberg 1873. — ²⁾ См. *Schroeder*, Scanzoni's Beiträge V. VII. p. 27.

³⁾ Кровотеченіе въ послѣднемъ періодѣ родовъ принадлежитъ къ весьма частымъ явленіямъ акушерской практики. Чаше, какъ уже сказано въ текстѣ, мы имѣемъ дѣло съ обильными кровотеченіями, когда послѣдъ, отчасти только отдѣлившись отъ маточной стѣнки, задержанъ вслѣдствіе того, что у матки не хватаетъ силъ къ дальнѣйшему отдѣленію и изгнанію его. Чѣмъ обширнѣе сращенія между послѣдомъ и маткою, тѣмъ меньше, относительно, бываетъ кровотеченіе. Кромѣ прямыхъ явленій анеміи при этихъ кровотеченіяхъ иногда съ особенною силою выступаютъ припадки со стороны нервной системы, какъ-то: обмороки, судороги и т. п.

Кровотеченія эти до такой степени опасны, что требуютъ всей энергіи акушера, такъ-какъ, если упустить надлежащій моментъ къ устраненію ихъ, рискуютъ

О терапевтическихъ мѣрахъ, предпринимаемыхъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ кровотеченіе продолжается и по удаленіи послѣда, см. патологію послѣродоваго періода.

Выворотъ матки.

Литература: *Fries*, Abh. v. d. Umk. d. Gebärmutter. München 1804. — *Meissner*, Frauenzimmerkrankheiten. 1843. B. I. p. 732. — *Crosse*, An essai etc. Transact. of the prov. med. and surg. ass. London 1845. — *Lee*, Amer. J. of med. sc. October. 1860. — *Betschler*, Bresl. kl. Beitr. 1. p. 1. — *Veit*, Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane. 2 Aufl. Erlangen 1867. p. 342. — *v. Scanzoni*, Beiträge zur Geb. und Gyn. B. V. p. 83. — *M. Duncan*, Researches in Obstetrics. Edinb. 1868. p. 374. — *W. A. Freund*, Zur Path. u. Ther. d. veralteten Inversio uteri etc. Breslau 1870. — *Weiss*, Des reductions de l'inversion utérine etc. 1873. — *Depaul*, Arch. de tocol. Avril 1879. — *Gibert*, Thèse de Paris 1879 (собрано 57 случаевъ).

Очень рѣдко происходитъ въ послѣродовомъ періодѣ особеннаго рода измѣненіе въ положеніи матки, состоящее въ выпячиваніи или въ выворотѣ всего органа, причѣмъ вывороченное дно выходитъ чрезъ зѣвъ. Выворотъ матки бываетъ неполный, пока дно еще находится

потеря роженицу, если не отъ непосредственныхъ послѣдствій кровотеченія, то въ родильномъ періодѣ.

Если кровотеченіе началось на нашихъ глазахъ и послѣдъ не выходитъ, то немедленно должно приступать къ удаленію его, и въ большинствѣ случаевъ мы не встрѣтимъ никакого препятствія къ этому со стороны зѣва. Если же мы застали роженицу, кровоточащую уже порядочно давно и послѣдъ еще не вышелъ, то прежде удаленія его, нужно возбудить хоть нѣсколько силы ея и затѣмъ только приступить къ операціи. Съ этою цѣлью нужно освѣжить комнату, устранить изъ нея лишніе окружающіе и дать роженицѣ различныя возбуждающія средства, какъ-то: горячее виноградное вино, или водку, эфиръ, мускусъ, горячій кофе и т. п. Возстановивъ нѣсколько силы роженицы, немедленно приступаютъ къ удаленію послѣда. Если бы нельзя было пройти чрезъ зѣвъ, то пробѣгаютъ къ хлороформу (хлорулу) и опіатному клистиру. Отдѣленіе приросшаго послѣда начинаютъ съ того мѣста, гдѣ онъ хоть нѣсколько отсталъ отъ маточной стѣнки.

Если бы кровотеченіе не прекратилось и по удаленіи послѣда ¹⁾, то нужно немедленно дать нѣсколько приѣмовъ спорныи или эрготина, и всѣми силами стараться вызвать сократительную дѣятельность матки. Съ этою цѣлью прибѣгаютъ къ методическому разминанію дна матки и, если это не помогаетъ, то переходятъ къ средствамъ болѣе энергическимъ. На первомъ планѣ стоитъ холодъ, употребляемый снаружи въ видѣ компрессовъ на животъ и впрыскиваній холодной воды въ полость матки. Къ впрыскиваемой водѣ можно прибавить полуторохлористое желѣзо (1 ч. на 8—11 ч.); нѣкоторые (*Dupierriis*) совѣтуютъ прибавить i-га Jodi; жидкость, прибавляемая къ водѣ, не имѣетъ особеннаго значенія, существенную роль здѣсь играетъ температура воды. Отлично дѣйствуетъ также введеніе кусочковъ льда въ полость матки. Если бы все это не помогало, то остается испытать непосредственное раздраженіе рукою внутренней поверхности матки. Съ этою цѣлью рука, смоченная холодною водою, вводится въ полость матки, и верхушками пальцевъ какъ бы шекочутъ внутреннюю поверхность ея. Можно поступить также такимъ образомъ, что руку, сложенную въ кулакъ, приставляютъ къ маточной стѣнкѣ и другою рукою давятъ снаружи. Намъ остается еще упомянуть о прижатіи аорты, которое предлагалось въ этихъ случаяхъ сначала французскими акушерами (*Plouquet*, *Baudelocque*, *Trehan*), а затѣмъ и другими. Методъ этотъ оказался бесполезнымъ и, кромѣ того, и небезопаснымъ. Наконецъ, нѣкоторые предлагали для прижатія матки прибѣгать къ различнымъ снарядамъ; такъ, *Milles*, придумалъ для этой цѣли особеннаго рода поясъ, а *De Bert Hovell* — турникетъ, одна пластинка котораго прикладывалась надъ симфизой а другая — къ крестцу. Снаряды эти, однако, оказались практически непригодными и потому не вошли въ практику.

Г.

¹⁾ Объ этомъ см. ниже, въ главѣ о кровотеченіяхъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Р.

выше маточнаго зѣва; выворотъ же полный наступаетъ тогда, когда дно матки прошло чрезъ зѣвъ во влагалище. При высшихъ степеняхъ развитія этой болѣзни дѣло доходитъ до выпаденія вывороченной матки (*prolapsus uteri inversi*), причемъ вывороченная матка торчитъ наружу изъ половыхъ частей (см. фиг. 152).

Для происхожденія этой рѣдкой формы смѣщенія матки послѣдovый періодъ представляетъ самыя благоприятныя условія. Условіями, дѣлающими возможнымъ происхожденіе этого патологическаго состоянія, служатъ вялость всей или части матки (параличъ плацентарнаго мѣста) и раскрытый маточный зѣвъ. Такъ какъ мѣсто прикрѣпленія плаценты, до тѣхъ поръ пока она не отдѣлилась, сокращается несовершенно, то ненормально сильное прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста играетъ весьма важную роль въ этиологіи выворота матки. Если дѣтское мѣсто опускается въ полость матки и тянетъ за собою ту дряблую часть стѣнки



Фиг. 152. *Prolapsus uteri inversi* по *Boivin* и *Dugés*.

а. Передняя губа. б. Вывороченная матка. в. Прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста.

матки, къ которой прикрѣпляется, то получается первая степень выворота матки. Полный выворотъ матки происходитъ тогда, когда выпяченное мѣсто опускается еще ниже и проходитъ чрезъ шейку матки или вслѣдствіе давленія, производимаго на матку сверху, или вслѣдствіе непосредственнаго влеченія ¹⁾. Прежде это чаще всего слу-

¹⁾ Въ новѣйшее время послѣродовые вывороты матки стали встрѣчаться очень рѣдко.

чалось по винѣ бабокъ, которыя при прикрѣпленіи послѣда ко дну матки, стараясь извлечь его, потягивали за пуповину. Въ исключительныхъ случаяхъ выворотъ можетъ случиться и при произвольныхъ родахъ, особенно если они произошли при стоячемъ или полусидячемъ на корточкахъ положеніи роженицы и если при этомъ родившійся плодъ своею тяжестью влечетъ за собою не отдѣлившійся еще послѣдъ. Очень рѣдко выворотъ происходитъ въ случаяхъ ненадлежащимъ образомъ произведеннаго растиранія дна матки по способу *Credé* ¹⁾ или даже вслѣдствіе простаго давленія брюшнаго пресса, какъ напр. въ случаѣ, сообщенномъ *Fürst*'омъ ²⁾, гдѣ выворотъ матки произошелъ при внезапномъ выдѣленіи значительнаго количества крови, излившейся въ растянутую дряблую матку.

Быстрое происхожденіе выворота матки въ послѣдовомъ періодѣ тотчасъ же влечетъ за собою довольно тяжелые припадки со стороны общаго состоянія родильницы. Разстройства дѣятельности сердца, обмороки, судороги, рвота и т. п. иногда, можетъ быть, и зависать отъ потрясенія нервной системы вслѣдствіе внезапнаго измѣненія въ положеніи матки; чаще, однако, эти припадки обусловливаются острою анэмією мозга, къ которой предрасполагаетъ уже одно внезапное опорожненіе матки, но которая, естественно, должна достигать гораздо болѣе высокой степени, если не только содержимое матки, но и весь органъ сразу выходитъ изъ брюшной полости. Въ такомъ случаѣ кровь притекаетъ къ сосудамъ брюшной полости, находящимся подъ сильно уменьшеннымъ давленіемъ, и анэмія мозга образуется вслѣдствіе недостаточнаго притока крови къ верхней части тѣла.

Если дѣтское мѣсто цѣликомъ прикрѣплено еще къ маткѣ, то кровотеченія и вовсе можетъ не быть; однако почти всегда въ этихъ случаяхъ произошло уже частичное отдѣленіе дѣтскаго мѣста и тогда, при недостаточномъ сокращеніи матки, кровотеченіе всегда бываетъ значительное, такъ что оно можетъ сдѣлаться непосредственною причиною смерти. Въ другихъ случаяхъ кровотеченіе ослабѣваетъ и не достигаетъ степени, опасной для жизни. Если маточный зѣвъ сильно сокращается, то можетъ наступить ущемленіе тѣла матки и омертвѣніе его.

Распознаваніе свѣжаго выворота не представляетъ ни малѣйшихъ затрудненій. Опухоль, прощупываемая во влагалищѣ или выдающаяся изъ наружныхъ половыхъ частей, имѣетъ характеристическій видъ и можетъ быть смѣшана только съ полипомъ. Но отъ послѣдняго выворотъ отличается тѣмъ, что при совмѣстномъ наружно-внутреннемъ изслѣдованіи мы, при полипѣ, найдемъ дно матки на своемъ мѣстѣ, между тѣмъ какъ при выворотѣ оно не прощупывается въ брюшной полости.

Предсказаніе при быстромъ, соответствующемъ данному случаю

¹⁾ *Kulp*, Berl. V. z. Geb. u. G. I. p. 78. — ²⁾ *Arch. f. Gyn. V. XX. p. 425.*

пособіи, недурно, хотя никогда нельзя сдѣлать абсолютно благопріятнаго предсказанія; но если своевременнаго пособия подано не было, то предсказаніе сильно ухудшается, хотя были наблюдаемы отдѣльные случаи самопроизвольнаго вправленія вывороченной матки ¹⁾.

Терапія состоитъ въ восстановленіи нормальнаго положенія матки, что въ свѣжихъ случаяхъ всегда удается легко и безъ затрудненій. Если послѣдъ еще не отдѣленъ или отдѣленіе его произошло только на небольшомъ пространствѣ, то лучше всего попытаться вправить матку вмѣстѣ съ послѣдомъ. Если же это не удастся, то всегда еще можно отдѣлать послѣдъ, и затѣмъ приступить къ операціи вправленія. Но если послѣдъ виситъ на небольшомъ кусочкѣ, то нужно его отдѣлать до вправленія. Если маточный зѣвъ мало сократился, то вправленіе удается легко; въ противномъ случаѣ операція эта можетъ быть сопряжена съ большими трудностями и потребовать повторныхъ попытокъ подъ хлороформомъ. Если вправленіе удалось, то рука оператора должна остаться въ маткѣ до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не сократится въ достаточной степени. Если матка остается очень вялою, то нужно прибѣгнуть къ спорынѣ внутрь и холоднымъ душамъ, которые въ этихъ случаяхъ даютъ хорошіе результаты. Чтобы предотвратить рецидивы, нужно заставить больную сохранять положеніе на спинѣ въ продолженіи значительнаго времени и запретить ей всякое напряженіе брюшнаго пресса.

Судороги роженицъ. Eklampsia.

Литература: *Litzmann*, Deutsche Klinik 1852. № 19—31. 1855. № 29 и 30 и M. f. G. B. 11. p. 414. — *Wieger*, Gaz. de Strasb. 1854. № 6 — 12 (Schmidt's Jahrb. B. 87. p. 57). — *Chiari*, *Braun* und *Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 249. — *Hecker*, Kl. d. Geb. B. II. p. 155 и M. f. G. B. 24. p. 298. — *Rosenstein*, Path. u. Ther. der Nierenkrankh. Berlin 1863. p. 57 и M. f. G. B. 23. p. 413. — *Brummerstädt*, Bericht aus der Rostocker Hebammenanstalt etc. Rostock 1866. p. 89. — *Dohrn*, Z. Kenntn. d. heut. Standes d. Lebre v. d. Puerperal-Eclampsie. Programm. Marburg 1867. — *Elliot*, Obst. Clinic. New-York 1868; p. 1 etc. — *Simon Thomas*, Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. Afd. 4 Aufl. p. 321. 1869; см. Schmidt's Jahrb. 1871. B. 149. p. 290. — *Hall Davis*, London Obst. Tr. Vol. XI. p. 268. — *v. Mieczkowski*, Fünfzig Fälle von Eclampsie. D. i. Berlin 1869. — *Spiegelberg*, Arch. f. Gyn. B. I. p. 383. — *Fordyce Barker*, Puerperal diseases. New-York 1874. — *Madden*, Obst. J. of Gr. Brit. July 1874. p. 236. — *Barnes*, Lancet 1873. April. — *Peter*, Arch. de tocol. 1875. p. 95, 215, 282, 422, 540. — *Richard Hodges*, On the nat. path. a treatise of puerp. convuls. London 1864. — *Ingerstew*, Bidrag til Eclampsiens etc. Kjøbenhavn 1879 и Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 6. p. 171. — *Loehlein*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. IV. p. 88, B. VI. p. 49 и B. VIII. p. 535. — *Schauta*, Arch. f. Gyn. B. X. VIII. p. 263. — *Engstroem*, On eclampsia etc. Helsingfors 1882.

Всѣ виды судорогъ могутъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, обнаружиться во время родовъ. Такъ напр., у женщинъ, одержимыхъ эпилепсіей, можетъ появиться приступъ во время родовъ, или же роды могутъ быть осложнены истерическими судорогами. Кромѣ того, вслѣд-

¹⁾ *Spiegelberg*, Arch. f. Gyn. V. p. 118.

ствіе менингита, опухолей въ мозгу, апоплексіи или значительной острой анеміи могутъ наступить приступы, подобные эпилептическимъ.

Примѣч. Эпилептическія женщины ¹⁾ ничуть не предрасположены къ приступамъ во время родовъ; напротивъ, они большею частью совершенно не появляются въ это время, хотя бы даже часто появлялись во время беременности. Такъ напр. *Elliot* рассказываетъ ²⁾, что у одной эпилептической женщины, у которой приступы, прежде появившіеся правильно разъ въ мѣсяцъ, сдѣлались чаще въ 3 послѣдніе мѣсяца беременности (около 4-хъ разъ въ мѣсяцъ) и что впродолженіи послѣднихъ сутокъ наканунѣ родовъ у нея было 4 приступа, во время же самыхъ родовъ — ни одного. Но это во всякомъ случаѣ непостоянно, какъ видно изъ случая, сообщеннаго *Braun*'омъ ³⁾, гдѣ во время родовъ было 6 приступовъ, тогда какъ втеченіи всей беременности не было ни одного.

Истерическія судороги во время родовъ встрѣчаются еще гораздо рѣже. Однажды мы наблюдали истерическіе припадки, выраженные въ рѣзкой степени у 26-ти-лѣтней первородящей, которая страдала подобными припадками уже во время беременности. Втеченіи всего родового акта съ неправильными промежутками и безъ рѣзко ограниченныхъ паузъ наступили эти приступы, состоявшіе въ томъ, что больная сильно металась, дрожала всѣмъ тѣломъ, — въ особенности это должно сказать относительно нижнихъ конечностей, — появлялись клоническія судороги верхнихъ конечностей, всхлипываніе и скрежетаніе зубами. Зрачки были сужены, потеря сознанія не полная. Въ послѣдующемъ періодѣ судороги повторялись еще нѣсколько разъ. Моча была нормальнаго качества.

Чаще всего во время родовъ появляется особенный видъ судорогъ, характеризующійся тѣмъ, что каждый отдѣльный приступъ совершенно сходенъ съ эпилептическимъ; приступы эти повторяются въ болѣе или менѣе продолжительные промежутки; послѣ первыхъ приступовъ сознаніе еще возвращается, впоследствии же сопорозное состояніе уже не прекращается даже въ промежутки, свободные отъ судорогъ. Этого рода судороги носятъ названіе эклямпсіи.

Причины и происхожденіе ⁴⁾.

Собственно о сущности эклямпсіи мы знаемъ еще мало. Во всякомъ случаѣ эклямпсію нужно разсматривать какъ припадокъ, который можетъ быть вызванъ различными причинами. Этотъ припадокъ — эклямптическія судороги — выступаетъ настолько, однако, на первый планъ и имѣетъ столь существенное значеніе, что и въ болѣе счастливомъ будущемъ, когда мы научимся строго различать отдѣльныя формы эклямпсіи, по вызывающимъ ихъ этиологическимъ моментамъ, все таки общая картина болѣзни удержится, какъ нѣчто самостоятельное.

Съ тѣхъ поръ, какъ *Lever* а также *Devilliers* и *Regnauld* указали на то, что вмѣстѣ съ судорогами появляется бѣлокъ въ мочѣ, на эклямпсію стали смотрѣть какъ на острую уремію и поѣтому всѣ

¹⁾ *Parry*, Amer. J. of Obst. Aug. 1875. p. 257. — *Guder*, Betz's Irrenfreund. 1886. № 1. — *Béraud*, De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Paris 1884. — ²⁾ l. c. p. 127. — ³⁾ l. c. p. 253. — ⁴⁾ Кромѣ общей литературы см. еще *Bidder*, Holst's Beitr. z. Gyn. u. Geb. 2. H. 1867. p. 188. — *Macdonald*, Obst. J. of Gr. Brit. 1876. p. 137, 209, 231. Edb. med. Journal 1878. May.

теорія объ уремическихъ судорогахъ были приложены къ эклямпсіи. *Frerichs* прежде всѣхъ высказалъ мнѣніе, что уремическій приступъ обусловливается мочевиною, которая задерживается въ крови и превращается въ углекислый амміакъ.

Traube, напротивъ, смотрѣлъ на уремическія явленія при болѣзняхъ почекъ не какъ на обусловленные задержкою въ крови вредныхъ веществъ, обыкновенно выдѣляющихся изъ организма мочею, но объясняетъ уремическій приступъ тѣмъ, что при гидреміи, вызванной потерей бѣлка, одновременно развивается гипертрофія лѣваго желудочка сердца, которая обусловливаетъ такое значительное повышение давленія въ артеріальной системѣ, что при водянистости крови является отекъ мозга; отекъ же этотъ, съ своей стороны, имѣетъ послѣдствіемъ анэмію мозга съ ея припадками (коматозное состояніе и судороги). *Rosenstein* приложилъ эту теорію *Traube* къ объясненію эклямпсіи, причѣмъ онъ обращаетъ вниманіе на то, что именно у беременныхъ, даже и не страдающихъ болѣзнію почекъ, существуютъ оба момента, необходимые, по вышеизложенному, для вызванія судорогъ, а именно гидрэмія и гипертрофія сердца. а во время родовой боли происходитъ, кромѣ того, еще — повышение давленія въ артеріальной системѣ.

Объ эти теоріи едва ли достаточны для объясненія уремического припадка и еще менѣе могутъ разрѣшить вопросъ о сущности эклямпсіи. Прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что, за исключеніемъ единственнаго наблюденія *Spiegelberg*'а, въ крови эклямптическихъ больныхъ не находили ни мочевины, ни углекислаго амміака; опытъ между тѣмъ доказываетъ, что только значительныя количества этихъ веществъ вызываютъ судороги. Но если бы даже мы захотѣли придерживаться теоріи *Oppler*'а, по которой не задержанныя въ крови вещества обусловливаютъ уремическое отравленіе, а ненормальные химическіе продукты разложенія въ самыхъ тканяхъ, образующіеся подъ влияніемъ задержанныхъ въ крови составныхъ частей мочи, производятъ раздраженіе центральныхъ органовъ, — то возможность примѣненія и этой видоизмѣненной теоріи къ пuerперальной эклямпсіи все еще будетъ подлежать большому сомнѣнію.

Хотя теорія *Traube* имѣетъ то преимущество, что она не совсѣмъ рушилась вмѣстѣ съ объясненіемъ эклямпсіи урэмією, тѣмъ не менѣе она не вполне удовлетворительна, такъ какъ необходимыя по ней условія происхожденія судорогъ не существуютъ въ достаточной степени. Во-первыхъ, гидремическія качества крови беременныхъ вовсе не такъ рѣзко выражены, какъ это принимали прежде (эклямпсія не рѣдко наблюдается у очень сильныхъ и полнокровныхъ женщинъ), и во-вторыхъ, ни анэмія мозга, ни отекъ его далеко не составляютъ хотя сколько нибудь постоянный результатъ вскрытій, не говоря уже о томъ, что само объясненіе анэміи мозга давленіемъ отеочною жидкостью не совсѣмъ удовлетворительно.

Еще важнѣе то обстоятельство, что можно дѣлать весьма основательныя возраженія противъ простаго отождествленія уреміи съ эклампсіею. Во-первыхъ, слѣдовало бы допустить при всѣхъ обстоятельствахъ какое-то особенное предрасположеніе роженицъ къ приступамъ уремиическихъ судорогъ, такъ какъ типическія судороги, встречающіяся такъ часто у нефритическихъ роженицъ, наблюдаются чрезвычайно рѣдко у другихъ уремиическихъ больныхъ.

Кромѣ того, къ судорожнымъ приступамъ располагаютъ только опредѣленныя формы заболѣванія почекъ. Едва ли когда приходится наблюдать приступы эклампсіи при застарѣлыхъ воспаленіяхъ почекъ съ необыкновенно сильно развитыми отеками. Поэтому тѣ авторы, которые объясняютъ эклампсію уреміею, особенно напираютъ на то, что приступы эклампсіи обуславливаются не высокою степенью заболѣванія почекъ, а быстрымъ наступленіемъ расстройства ихъ дѣятельности. Однако и это не вполне основательно, такъ какъ часто во время родовъ внезапно наступаютъ расстройства въ дѣятельности почекъ безъ припадковъ эклампсіи. Бѣлокъ очень часто находятъ въ мочѣ роженицъ — по *Flaischlen*'у въ 17% (25% у первороженицъ, 8% у многороженицъ), по *Winckel*'ю въ 20, по *Ingerslev*'у въ 32, по *Moerike* въ 37%. Если бы даже въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ дѣло шло только о простомъ прохожденіи бѣлка чрезъ эпителий, какъ это наблюдается также при другихъ сильныхъ мышечныхъ напряженіяхъ, то все таки часто наблюдаются явленія вполне аналогичныя тѣмъ, какія замѣчаются при вышеописанной почкѣ беременныхъ (см. стр. 334), а именно: въ мочѣ находятъ обильное количество бѣлка, зернистые цилиндры и жирноперерожденныя клѣточки эпителия. Тѣмъ не менѣе въ этихъ случаяхъ эклампсіи обыкновенно не наблюдается, тогда такъ она не рѣдко наступаетъ, если измѣненія, свойственныя почкѣ беременныхъ, констатировались за долгое время до наступленія родовъ.

Такимъ образомъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуютъ рѣзко выраженныя заболѣванія почекъ и гдѣ констатируется несомнѣнная этиологическая связь этихъ заболѣваній съ эклампсіею, все-таки эту послѣднюю нельзя считать просто острою уреміею.

Но самое главное, что не допускаетъ смотрѣть на эклампсію какъ на уремію, это — частота случаевъ, въ которыхъ весьма точно наблюдается хорошо знакомая картина эклампсіи безъ всякихъ измѣненій въ почкахъ. Такого рода случаи наблюдаются нерѣдко. *Ingerslev* собралъ 106 случаевъ, въ которыхъ моча не содержала бѣлка, и при вскрытіи почки оказались совершенно здоровыми. Выдѣлять эти случаи въ особую группу, разсматривать ихъ не какъ эклампсію, обызывать ихъ острою эпиплезіею, разумѣется, не привело бы ни къ какому научному результату, такъ какъ во всемъ остальномъ они совершенно похожи на эклампсію, сопровождающуюся альбуминаріею. Число случаевъ, въ которыхъ этиологическая связь между альбуминуріею и эклампсіею отсутствуетъ, навѣрное гораздо значительнѣе,

такъ какъ очень часто приходится наблюдать въ мочѣ послѣ извѣстнаго числа припадковъ такое незначительное количество бѣлка, появленіе котораго только и можно объяснить, какъ слѣдствіе весьма сильныхъ судорогъ.

Слѣдовательно, если эклампсія не обуславливается ни высокою степенью заболѣванія почекъ, ни быстрымъ появленіемъ разстройствъ въ выдѣленіи ихъ, далѣе, если эклампсія появляется въ большомъ числѣ случаевъ безъ всякихъ слѣдовъ заболѣванія почекъ, то, во всякомъ случаѣ, непозволительно просто смотрѣть на эклампсію какъ на острую уремію. хотя слѣдуетъ допустить, что извѣстныя формы нефритовъ, какимъ-то образомъ, имѣютъ выдающееся значеніе въ этиологіи эклампсіи.

Но при настоящемъ состояніи науки мы, къ сожалѣнію, не можемъ сказать объ этомъ ничего болѣе опредѣленнаго. Поэтому, лучше всего пока будетъ, — не придерживаясь строго ни одной изъ изложенныхъ теорій, стараться изслѣдовать все то, что намъ фактически, или болѣе или менѣе достовѣрно извѣстно о происхожденіи экламптическихъ судорогъ.

Приступы, совершенно сходные съ экламптическими и эпилептическими, постоянно вызываются у животныхъ, если будетъ прегражденъ притокъ артеріальной крови къ мозгу. Эти опыты, произведенные *Kussmaul*'емъ и *Tenner*'омъ, блистательно подтвердились многочисленными контрольными опытами другихъ. Поэтому въ высшей степени вѣроятно, что экламптический приступъ обуславливается анеміею мозга. Но эта анемія едва ли можетъ быть иного происхожденія, кромѣ сосудодвигательнаго, т. е. зависящаго отъ сокращенія стѣнокъ сосудовъ. Въ пользу этого говорятъ слѣдующія обстоятельства: во-первыхъ, отсутствіе какого-либо другаго объясненія анеміи мозга; во-вторыхъ, чрезвычайно быстрое появленіе приступа и относительно скорая *restitutio ad integrum* и, въ третьихъ, отрицательные, въ большинствѣ случаевъ, результаты вскрытія; кромѣ того, при этомъ не слѣдуетъ еще упускать изъ виду благоприятнаго вліянія средствъ, имѣющихъ сосудорасширяющее дѣйствіе. Рѣшеніе въ томъ или другомъ смыслѣ вопроса о томъ, — раздражается ли первично одинъ только сосудодвигательный центръ, который, вслѣдствіе спазма сосудовъ полушарій большаго мозга, вызываетъ коматозное состояніе, а вслѣдствіе спазма сосудовъ Варолиева моста и продолговатаго мозга, производитъ судороги, или же, какъ полагаетъ *Nothnagel*, первично раздражается вазомоторный центръ вмѣстѣ съ двигательнымъ центральнымъ аппаратомъ, — для вышеизложеннаго объясненія безразлично.

Во всякомъ случаѣ, въ высшей степени вѣроятно, что и экламптический приступъ, подобно эпилептическому, вызывается анеміею мозга, обусловленную спазмомъ сосудовъ.

Но какія именно причины вызываютъ спазмъ сосудовъ — до сихъ поръ еще неизвѣстно ¹⁾. Все говорить въ пользу того, что у бере-

¹⁾ См. *Osthoff*, *Volkmanns Samml. klin. Vortr.* № 266.

менныхъ, родильницъ и особенно у роженицъ, подобно тому, какъ это бываетъ у дѣтей, нервы имѣютъ особенное расположеніе вызывать спазмъ сосудовъ подѣ влияніемъ такихъ причинъ, которыя бываютъ недостаточны для этого при другихъ обстоятельствахъ, и что, слѣдовательно, вазомоторному центру, особенно во время родовъ, свойственна повышенная раздражительность. При этомъ расположеніи вазомоторного центра, одного ненормальнаго состава крови, обусловливаемаго вышеупомянутыми болѣзнями почекъ, бываетъ достаточно, чтобы вызвать спазмъ сосудовъ; нерѣдко трудно опредѣлить — какія еще другія раздраженія имѣютъ тотъ же эффектъ. Можетъ быть, здѣсь дѣйствуютъ раздраженія периферическихъ нервовъ совершенно такимъ же образомъ, какъ при эпилепсіи. Въ такомъ случаѣ раздраженіе маточныхъ нервовъ и давленіе на сѣдалищный нервъ могли бы быть разсматриваемы какъ возбудители судорогъ.

Что касается другихъ обстоятельствъ, при которыхъ встрѣчается эклампсія, то мы знаемъ, что она, какъ уже упомянуто выше, появляется чаще всего у женщинъ, страдающихъ альбуминуріей; далѣе, что у перворождающихъ она появляется гораздо чаще, чѣмъ у многорожавшихъ и что беременность двойнями въ извѣстной степени предрасполагаетъ къ ней. Никакой возрастъ и никакое сословіе не предохраняютъ отъ эклампсіи. Плохое питаніе и анемія не предрасполагаютъ къ ней; напротивъ того, эклампсія появляется особенно часто у полнокровныхъ и обладающихъ толстымъ слоемъ подкожнаго жира перворождающихъ. Слѣдуетъ еще замѣтить, что при дурной, сырой и холодной погодѣ случаи заболѣванія эклампсіею иногда встрѣчаются значительно чаще.

Эклампсія принадлежитъ къ самымъ опаснымъ осложненіямъ родовъ и имѣетъ большое значеніе еще и потому, что встрѣчается не совсѣмъ рѣдко: на 500 родовъ приходится около одного случая эклампсіи.

Обнаруживается болѣзнь чаще всего во время родовъ, но она можетъ появиться уже у беременныхъ или же только въ родильномъ періодѣ.

Примѣчаніе. Мы находимъ, что изъ 316 случаевъ эклампсіи 62 раза появилась во время беременности, 190 разъ во время родовъ и 64 раза во время родильнаго періода и притомъ почти постоянно въ первые два дня его. Повтореніе эклампсіи у страдавшихъ ею уже однажды случается лишь изрѣдка. Что же касается наследственности, то совершенно отрицать ея влияніе невозможно, доказательствомъ чему служатъ сообщенный *Elliot'*омъ¹⁾ въ высшей степени интересный случай эклампсіи у цѣлаго семейства. Въ семействѣ этомъ, состоящемъ изъ матери и четырехъ дочерей, мать и двѣ дочери умерли отъ эклампсіи, третья дочь заболѣла ею на шестомъ мѣсяцѣ беременности, но выздоровѣла, а у четвертой, которую наблюдалъ *Elliot*, хотя и не было бѣлка во время беременности, но за 14 дней до родовъ онъ появился въ мочѣ въ большомъ количествѣ, а съ наступленіемъ родовъ обнаружились судороги, отъ которыхъ она и умерла.

Вскрытія умершихъ отъ эклампсіи не даютъ особенно характеристическихъ результатовъ. Болѣе постоянныя явленія при этомъ соста-

¹⁾ l. c. стр. 291.

вляють анемія мозга, отекъ его и изглаженіе мозговыхъ извилинъ. Сомнительно, впрочемъ, составляютъ ли эти явленія причину или послѣдствіе судорогъ. Кромѣ того, весьма часты измѣненія въ почкахъ, начиная отъ застойной почки до высшихъ степеней паренхиматознаго нефрита. При вскрытіяхъ умершихъ отъ эклампсіи находятъ расширеніе мочеточниковъ такъ часто, что *Halberstma* ¹⁾ въ своихъ многочисленныхъ сообщеніяхъ придаетъ этому обстоятельству существенное значеніе и думаетъ, что расширеніе мочеточниковъ есть истинная причина заболѣванія почекъ и эмлямпсіи. Въ сердцѣ весьма часто находятъ перерожденія мышцъ *).

Припадки.

Самый приступъ судорогъ появляется иногда внезапно и неожиданно. Въ другихъ случаяхъ ему предшествуютъ предвѣстники: безпокойство, головныя боли, разстройства зрѣнія, тошнота, судорожныя подергиванія, внезапно наступающее головокруженіе. Припадки эти должно считать какъ бы abortивными приступами, т. е. приступами, не достигшими полного развитія. Пульсъ обыкновенно бываетъ твердый и полный. По характеру приступъ похожъ совершенно на эпилептический: зрачки расширены, полная потеря сознанія, тоническія и клоническія судороги, пѣна изо рта, искусанный языкъ и храпящее дыханіе. Приступъ длится иногда только одну или двѣ минуты, но часто и дольше; затѣмъ судороги прекращаются, появляется потъ и послѣ болѣе или менѣе долго продолжающагося коматознаго состоянія больная пробуждается въ сильномъ изнеможеніи и съ болями во всѣхъ членахъ; по прошествіи болѣе или менѣе продолжительнаго промежутка времени, снова появляется приступъ. Нерѣдко промежутки между приступами, которыхъ можетъ быть весьма много — до 30 (даже до 70 и 80), становятся все короче, больныя остаются и во время промежутковъ въ сопорозномъ состояніи, а на высшей степени развитія приступа можетъ наступить смерть, по большей части вслѣдствіе отека легкихъ или апоплексіи. Въ благопріятно протекающихъ случаяхъ паузы между приступами становятся длиннѣе, самые приступы слабѣе и короче, и, наконецъ, они совершенно прекращаются.

Температура вообще соотвѣтствуетъ частотѣ и силѣ приступовъ. Она обыкновенно прогрессивно поднимается и въ случаяхъ, оканчи-

¹⁾ *Volkman's Samml. klin. V. № 212* (Сообщеніе, сдѣланное на международномъ конгрессѣ врачей въ Копенгагенѣ въ 1884 г.).

*) Хотя анемія мозга составляетъ частое явленіе при вскрытіяхъ умершихъ отъ эклампсіи, тѣмъ не менѣе почти въ одной шестой всѣхъ случаевъ мозгъ представляетъ сильную гиперемію, доходящую до капилярныхъ крововизліній и даже до апоплектическихъ фокусовъ, величиною съ голубиное яйцо. Иногда — въ 2—3% — мозгъ вовсе не представляетъ никакихъ патологическихъ измѣненій. Что касается пораженія почекъ, то при эклампсіи встрѣчаются болѣе или менѣе глубокія заболѣванія ихъ, тѣмъ не менѣе въ значительномъ числѣ случаевъ почки совершенно здоровы. (См. *Brummerstädt*, op. cit. и *Winckel*, die Pathologie u. Ther. des Wochenbettes. p. 395).

вающихся смертію, достигаетъ очень значительной высоты; наоборотъ, съ прекращеніемъ припадковъ, температура довольно быстро падаетъ ¹⁾).

Потуги при эклампсіи бываютъ большею частью сильныя, и часто роды оканчиваются такъ скоро, какъ нельзя было этого ожидать.

Распознаваніе.

Распознаваніе эклампсіи обыкновенно не трудно. Хотя отдѣльные приступы не отличаются отъ эпилептическаго, но при эпилепсіи приступы бывали уже прежде; кромѣ того при эклампсіи вскорѣ появляется второй и третій приступъ. Истерическія судороги могутъ быть отличаемы на основаніи анамнестическихъ данныхъ и, кромѣ того, самый приступъ обнаруживается иначе: не бываетъ совершенной потери сознанія и спячки по прекращеніи приступа. Апоплексія мозга влечетъ за собою явленія паралича; равнымъ образомъ легко могутъ быть распознаны судороги вслѣдствіе быстро наступившей анеміи мозга.

Предсказаніе.

Эклампсія всегда имѣетъ очень серьезное значеніе, такъ-какъ жизнь роженицы, при повтореніи припадковъ, подвергается чрезвычайной опасности. Коматозное состояніе становится все глубже, появляются отеки легкыхъ, трахеальные хрипы, ціанозъ, и больныя погибаютъ при явленіяхъ задушенія или коляпса.

Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда роды уже окончены и приступы прекратились, больныя нерѣдко еще чрезъ нѣсколько дней умираютъ въ коляпсѣ, причемъ во все это время пульсъ остается малъ и коматозное состояніе не проходитъ.

Пульсъ имѣетъ вообще очень важное прогностическое значеніе ²⁾. До тѣхъ поръ, пока онъ твердъ и напряженъ, хотя и довольно частъ, роженица не находится еще въ непосредственной опасности. Но если пульсъ, при значительной частотѣ, становится малъ и легко сжимаемъ, то, судя по моимъ наблюденіямъ, предсказаніе почти абсолютно дурно. Больныя могутъ умереть очень быстро и неожиданно; даже послѣ благополучно оконченныхъ родовъ онѣ умираютъ при постепенно уменьшающемся пульсѣ, спустя нѣсколько часовъ послѣ родовъ. Если даже больныя и переживутъ первые дни послѣродоваго періода, то онѣ могутъ еще умереть спустя 4 — 8 дней.

Благопріятное предсказаніе даютъ тѣ случаи, въ которыхъ пульсъ остается полнымъ, приступы послѣ родовъ прекращаются и больныя, спустя 6 — 12 — 24 часа, приходятъ въ полное сознаніе.

Даже при такихъ благопріятныхъ обстоятельствахъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на состояніе почекъ. Обыкновенно содер-

¹⁾ *Bourneville*, Arch. de tocol. Avril 1875. p. 193 и *Dieudé*, Thèse de Paris 1875. — ²⁾ *Ballantyne*, sphygmographic tracings in puerperal eclampsia. Edinb. Obst. soc. 14. 1. 1865.

жаніе бѣлка въ мочѣ уменьшается вскорѣ послѣ родовъ; но часто моча еще долго содержитъ въ себѣ умѣренные количества его. Какъ часто послѣ этого появляются хроническія болѣзни почекъ — объ этомъ мы ничего не знаемъ. Чѣмъ болѣе въ острой формѣ явилась болѣзнь почекъ, тѣмъ болѣе можно рассчитывать на полное выздоровленіе.

Нерѣдко послѣ эклампсіи появляются различныя формы маніи ¹⁾, которыя, впрочемъ, даютъ относительно хорошее предсказаніе.

Леченіе.

Такъ какъ эклампсія въ большинствѣ случаевъ появляется неожиданно, то относительно рѣдко удается удовлетворить профилактическому показанію. По крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ вниманіе врача было обращено на припадки хроническаго нефрита, дѣло обыкновенно не доходитъ до экламптическихъ приступовъ. При леченіи нефрита у беременныхъ лучше всего рекомендуется молочная діета ²⁾ или пилокарпинъ (см. ниже); если же такое леченіе оказывается безуспѣшнымъ, то является показаніе къ производству искусственнаго выкидыша или искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (см. стр. 232).

Когда экламптические приступы уже обнаружились, то существуетъ настоятельное показаніе къ полному наркозу, причемъ все равно, какое средство будетъ употреблено, лишь-бы только наркозъ былъ глубокій. Но такъ какъ наркозъ наступаетъ скорѣе всего при употребленіи хлороформа, то послѣдній и рекомендуется, по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ, требующихъ скорѣйшей помощи. Продолженіе наркоза цѣлесообразнѣе всего поддерживается подкожными впрыскиваніями морфія. Одинъ хлораль ³⁾ или, въ болѣе трудныхъ случаяхъ, въ соединеніи съ другими наркотическими также оказался пригоднымъ для этой цѣли (внутрь или въ клизмѣ 3,0 — 5,0 grm., или подъ кожу 5,0 на 5,0 grm. воды — 3 — 4 спринцовки). *Jenks* ⁴⁾ въ одномъ случаѣ видѣлъ блестящій успѣхъ отъ вдыханія амилнитрита.

Опытъ доказываетъ, что наркотическія средства дѣйствуютъ очень благоприятно. Если только наркозъ достаточно глубокъ, то приступы прекращаются. Больнымъ, конечно, не слѣдуетъ давать проснуться до окончанія родовъ. Какъ только онѣ начинаютъ беспокоиться и метаться, имъ слѣдуетъ дать еще дозу наркотическаго. Только по окончаніи родовъ и по прекращеніи приступовъ, можно остановиться и съ наркотическими. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ понадобиться поддерживать наркозъ въ теченіе 12 часовъ и еще долѣе. Благо-

¹⁾ *Seydel*, Viertelj. f. ger. Med. 1868. IX. p. 317. — ²⁾ См. *Tarnier*, Ann. de gynec. 1876. p. 41. — ³⁾ См. *Rabl-Rückhard*, Berl. klin. Woch. 1869. № 48. — *Martin*, e. l. 1870. № 1. — *Choupppe*, Ann. de gyn. Janvier—Mars 1876. — *Testut*, De l'emploi etc. Mém. corr. Paris 1879 — ⁴⁾ *Philad. med. Times*. August. 1871. p. 404.

приятное вліяніе наркотическихъ объясняется ихъ расслабляющимъ дѣйствіемъ на сосуды.

Рекомендованныя многими общія кровопусканія мы допускаемъ только въ исключительныхъ случаяхъ. Они, по нашему убѣжденію, не показуются самыми приступами, такъ какъ они ухудшаютъ качество крови, а повтореніе приступа вѣрнѣе предотвращается наркотическими. Но у крѣпкихъ и полнокровныхъ роженицъ, съ признаками переполненія малаго круга кровообращенія, обильное общее кровопусканіе можетъ сдѣлаться необходимымъ.

Изъ другихъ терапевтическихъ мѣръ слѣдуетъ упомянуть о попыткахъ остановить приступы помощью обильныхъ выдѣленій. *Jacquet* ¹⁾ видѣлъ хорошій успѣхъ отъ сильнаго пота, вызваннаго завертываніемъ въ мокрыя простыни. Еще энергичнѣе дѣйствуютъ горячія ванны (до 45%), какъ это рекомендуется *Liebermeister* омъ при леченіи Брайтовой болѣзни; *Breus* ²⁾ примѣнялъ горячія ванны при эклампсіи тоже съ благопріятнымъ исходомъ.

Въ новѣйшее время для этой цѣли рекомендованъ пилокарпинъ ³⁾. По наблюденіямъ *Kleinwächter*'а ⁴⁾, *Sänger*'а ⁵⁾, и *Fordyce Barker*'а ⁶⁾, къ которымъ и я долженъ присоединиться, слѣдуетъ быть очень осторожнымъ при назначеніи этого средства. Пилокарпинъ можно давать только въ началѣ болѣзни, при хорошемъ пульсѣ, не глубокомъ коматозномъ состояніи и свободномъ дыханіи. При глубокомъ коматозномъ состояніи и особенно при начинающемся отека легкиихъ онъ быстро можетъ вести къ трахеальнымъ хрипамъ и смертельному исходу.

Въ акушерскомъ отношеніи важно замѣтить, что, хотя приступы не всегда прекращаются по окончаніи родовъ и даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляются только въ послѣродовомъ періодѣ, тѣмъ не менѣе окончаніе родовъ обыкновенно имѣетъ благопріятное вліяніе на судороги. Поэтому, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможно окончить роды безъ особеннаго насилія, существуетъ показаніе къ извлеченію младенца помощью поворота, щипцовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже помощью краниотоміи ⁷⁾.

Скорое окончаніе родовъ можетъ быть мотивировано еще состояніемъ младенца, такъ какъ онъ подвергается опасности уже вслѣдствіе однихъ судорогъ; кромѣ того, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что продолжительный и глубокій наркозъ матери вреденъ для младенца. И дѣйствительно, младенцы при этомъ иногда рождаются въ полномъ сопорозномъ состояніи и ихъ не удается оживить, несмотря на всѣ продолжающіяся даже часами попытки къ оживленію.

¹⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. I. p. 100 и *Poster*, Amer. J. of med. sc. July 1873. — ²⁾ Arch. f. Gyn. B. 19. p. 219 и e. l. B. 21. p. 142. — ³⁾ *Fehling*, Cen. tralbl. f. Gyn. 1878. № 9. — *Prochownik*, e. l. № 12. — *Bidder*, e. l. № 15. — *Stroynowski*, e. l. № 20 — *Schramm*, e. l. 1879. № 13. — *Braun*, Berl. Klin. Woch. 1879. № 24. — ⁴⁾ Wien. med. Presse. 1879. № 17. — ⁵⁾ Arch. f. Gyn. B. 14. p. 389. — ⁶⁾ *Puerperal Diseases*. 1874. p. 120 и *Boston med. J.* Febr. 20. 1879. — *Welponer*, Wien. med. W. 1879. 52. — ⁷⁾ См. *Fehling*, Med. Corresp.-Blatt d. Würtemb. aerztl. V. 1. Febr. 1876.

ПРИБАВЛЕНІЕ.

Смерть матери во время родовъ.

Роженица может умереть при родахъ отъ разныхъ причинъ. Истощеніе, вслѣдствіе слишкомъ большой продолжительности родовъ или сильныхъ потугъ, прободающіе разрывы матки, эклампсія, апоплексія, острая анемія могутъ болѣе или менѣе внезапно причинить смерть. (Случаи внезапной смерти, вслѣдствіе эмболии легочной артеріи и проникновенія воздуха въ вены матки у роженицъ будутъ разсмотрѣны въ прибавленіи къ патологіи родильнаго періода).

Если роды уже начались, то, въ случаѣ смерти матери, желательно, чтобы они были окончены, — живъ ли плодъ или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ окончаніе родовъ предписывается закономъ. Когда роды могутъ быть окончены естественнымъ путемъ посредствомъ поворота и извлеченія за ножки, или посредствомъ извлеченія щипцами, то должно тотчасъ же приступить къ одной изъ этихъ операцій; въ противномъ случаѣ должно прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію. Когда же плодъ мертвый, то не слѣдуетъ допускать, чтобы трупъ матери служилъ гробомъ для плода, да и врачебно-жизетейская мудрость требуетъ окончанія родовъ, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ они были очень трудны и сдѣлались причиною смерти роженицы ¹⁾.

Примѣч. Впрочемъ, роды могутъ наступить самопроизвольно и по смерти матери подъ влияніемъ сильнаго внутрибрюшнаго давленія, происходящаго вслѣдствіе образованія газовъ въ трупѣ. *Aveling* ²⁾ сообщаетъ много отчасти невѣроятныхъ, отчасти романтически разукрашенныхъ случаевъ подобнаго рода ³⁾.

¹⁾ Безъ сомнѣнія, едва-ли можетъ быть что нибудь болѣе тяжелаго для врача, какъ быть свидѣтелемъ смерти роженицы, окончаніе родовъ у которой для него почему либо было невозможно при жизни послѣдней. Кромѣ того, подобный случай нѣрѣдко можетъ подавать поводъ къ нареканіямъ на него и броситъ тѣнь на его умѣлость. Поэтому-то, въ видахъ избѣжанія всего этого, акушеръ долженъ стараться, чтобы женщина не умирала въ его присутствіи, не разрѣшившись. Если бы поэтому роженица умерла на его глазахъ, то даже, не имѣя полной увѣренности въ жизни плода, онъ долженъ немедленно приступить къ кесарскому сѣченію *post mortem*. вмѣстѣ съ тѣмъ, никогда не слѣдуетъ забывать, что было бы въ высшей степени безчеловѣчно мучить умирающую съ цѣлью произвести ту или другую операцію. Въ случаѣ смерти также и плода лучше поэтому выждать конца агоніи роженицы и затѣмъ приступить или къ кесарскому сѣченію, или же къ той или другой операціи, посредствомъ которой надѣются окончить роды. Если прошло порядочно времени послѣ смерти, то, имѣя выборъ между кесарскимъ сѣченіемъ *post mortem* и другою операціей, напр. поворотомъ или щипцами, по моему, слѣдуетъ отдавать преимущество одной изъ послѣднихъ операцій. Мнѣніе это я высказываю на томъ основаніи, что на окружающихъ разрѣзъ живота, даже на мертвой, производить всегда тяжелое впечатлѣніе и поэтому слѣдуетъ это принимать въ соображеніе и пощадить тѣхъ, которые и безъ того уже подавлены тяжелымъ горемъ. Въ одномъ случаѣ послѣ разрыва матки, чрезъ нѣсколько часовъ послѣ смерти роженицы, мнѣ удалось окончить роды щипцами, не смотря на то, что головка вступила только маленькимъ сегментомъ во входъ таза. Предварительно были сдѣланы глубокіе надрѣзы зѣва, съ обѣихъ сторонъ. Г.

²⁾ London. Obst. Tr. XIV. p. 240. — ³⁾ *Reimann*, Arch. f. Gyn. V. XI. p. 215,

Преждевременное дыханіе и смерть плода во время родовъ.

Литература: *Krahmer*, Deutsche Klinik. 1852. Nr. 26. — *Hecker*, Verh. der Berl. geb. Ges. 1853. VII. p. 145. — *Schwartz*, Die vorzeitigen Athembewegungen. Leipzig 1858 и Arch. f. Gyn. B. 1. p. 361. — *Boehr*, Henke's Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde 1863. 1. Heft. и M. f. G. B. 22. p. 408. — *Pernice*, Greifswalder med. Beiträge 1863. B. II. H. 1. p. 1. — *Schultze*, Jen. Zeitschr. f. M. u. N. 1864. B. I. p. 230; Virchow's Archiv 1866. B. 37. p. 145 и der Scheintod Neugeborener. Jena 1871. — *Poppel*, M. f. G. B. 25. Suppl. p. 1.

Относительно терапіи см. еще: *Hüter*, M. f. G. B. 21. p. 123. — *Olshausen*, Deutsche Klinik 1864. Nr. 36. etc. — *Stempelmann*, M. f. G. B. 28. p. 184. — *Schroeder*, Schw., Geb. u. W. p. 128. — *Löwenhardt*, M. f. G. B. 30. p. 265. — *Spiegelberg*, Würzb. med. Z. B. V. p. 150. — *Seydel*, M. f. G. B. 26. p. 284 — *Schultze*, Jenaische Zeitschr. f. M. u. N. B. II. p. 451 и der Scheintod. Neugeborener. Jena 1871. — *Behm*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. V. p. 36. — *Champneys*, Med. Chir. Tr. Vol. 64. — *Torgler*, Wiener med. Bl. 1883. № 8—10.

Выше мы нѣсколько разъ имѣли случай касаться опасностей, угрожающихъ плоду во время родовъ, но не входили въ подробное разсмотрѣніе характера и значенія этихъ опасностей. Между тѣмъ для акушера въ высшей степени важно точное знаніе механизма, посредствомъ котораго наступаетъ смерть внутриутробнаго плода.

Обмѣнъ веществъ въ плодѣ такой-же, какъ и у взрослога человѣка. Поддержаніе ненарушимости органовъ и жизни возможно только въ томъ случаѣ, когда къ организму будутъ притекать кислородъ и усвояемыя питательныя вещества, ибо всѣ разнообразныя проявленія жизни возникаютъ вслѣдствіе освобожденія связанныхъ химическихъ силъ при притокѣ кислорода къ болѣе сложнымъ организованнымъ соединеніямъ и распаденія послѣднихъ на низшія. Между тѣмъ, какъ человѣкъ въ продолженіи вѣдматочной жизни получаетъ кислородъ легкими, а пищу кишечнымъ каналомъ, къ плоду оба рода этихъ питательныхъ веществъ приносятся материнскою кровью чрезъ средство дѣтскаго мѣста и пуповины. Продукты регрессивнаго метаморфоза — углекислота несомнѣнно, а простыя азотистыя вещества вѣроятно — переходятъ въ дѣтскомъ мѣстѣ изъ крови зародыша въ кровь матери, а взамѣнъ этого изъ плазмы крови матери берутся болѣе сложныя организованныя соединенія, а изъ ея красныхъ кровяныхъ шариковъ — кислородъ. Если эта связь съ кровеносными сосудами матери будетъ въ какомъ нибудь мѣстѣ нарушена, то плодъ долженъ задохнуться и умереть отъ голода. Но такъ какъ плодъ можетъ обойтись безъ питательныхъ веществъ болѣе продолжительное время, чѣмъ безъ кислорода, то онъ умираетъ только при явленіяхъ задушенія.

Такимъ образомъ при нормальныхъ условіяхъ плодъ находится въ околоплодной жидкости въ состояніи арпоэ, т. е. не нуждается въ дыхательныхъ движеніяхъ, ибо кислородомъ онъ въ изобиліи снабжается другимъ путемъ.

При нормальныхъ условіяхъ, это состояніе измѣняется только по рожденіи плода. При этомъ, хотя и должно согласиться, что раздра-

женіе влажныхъ общихъ покрововъ плода холоднымъ воздухомъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ можетъ вызвать первое вдыхательное движеніе ¹⁾, тѣмъ не менѣе необходимость появленія дыханія лежитъ, все-таки, не въ этомъ, и здоровое дитя начинаетъ дышать весьма скоро послѣ своего рожденія, необходимымъ образомъ, потому, что къ нему уже не будетъ притекать кислородъ прежнимъ путемъ послѣ того, какъ, вслѣдствіе сокращеній матки, послѣдъ будетъ отдѣленъ отъ ея стѣнокъ. *Pflüger, Jolly* и *Rosenthal* признаютъ причину, непосредственно возбуждающую дыханіе, не накопленіе углекислоты въ крови плода, а недостатокъ кислорода, вслѣдствіе чего продукты обмена веществъ, теперь уже недостаточно окисленные, производятъ одно изъ самыхъ быстрыхъ и интензивныхъ раздраженій на продолговатый мозгъ. *Olshausen* ²⁾ ищетъ причину, вызывающую дыхательныя движенія у новорожденныхъ, въ измѣненномъ кровообращеніи въ дѣтскомъ черепѣ, а *Lahs* ³⁾ видитъ ее въ обратномъ теченіи крови отъ дѣтскаго мѣста къ сердцу младенца ⁴⁾.

Въ исключительныхъ случаяхъ (при смерти или анэмій матери, прижатіи пуповины, преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста) притокъ кислорода изъ дѣтскаго мѣста къ плоду можетъ быть пресѣченъ уже до рожденія его. Тогда произойдетъ совершенно тоже самое, что при нормальныхъ условіяхъ имѣетъ мѣсто только послѣ рожденія. Плодъ дѣлаетъ въ маткѣ первое вдыхательное движеніе, необходимымъ послѣдствіемъ котораго, въ свою очередь, будетъ тоже самое, что и при дыханіи, совершающемся нормальнымъ путемъ, т. е., во первыхъ, описанное на стр. 60 кровообращеніе въ дѣтскомъ мѣстѣ совершенно прекращается или же существенно ослабляется, такъ-какъ давленіе въ правомъ желудочкѣ, устанавливаемое чрезъ посредство Боталова протока, сильно падаетъ, вслѣдствіе внезапнаго чрезмѣрнаго расширенія системы легочной артеріи; во вторыхъ, въ воздухоносные пути вступаетъ среда, которая окружала дыхательныя отверстія плода. Существенное различіе только въ томъ, что среду эту, при нормальныхъ условіяхъ, составляетъ атмосферный воздухъ, кислородъ котораго окисляетъ въ легочныхъ пузырькахъ кровь зародыша, между тѣмъ, какъ если плодъ находится еще въ половомъ каналѣ, она состоитъ изъ околоплодной жидкости, слизи или крови. При этихъ условіяхъ, слѣдовательно, въ легкихъ не совершается окисленія крови зародыша; слѣдуютъ новыя, усиленные дыхательныя движенія, которыя, на подобіе всасывающаго насоса, влекутъ кровь изъ праваго сердца къ грудной полости, но продукты регрессивнаго метаморфоза, неокисленные ни въ дѣтскомъ мѣстѣ, ни въ легкихъ, все болѣе и болѣе

¹⁾ *Preyer* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* V. VII. p. 241 и *Phys. d. Foetus.* Jena p. 151) утверждаетъ, что раздраженіе общихъ покрововъ играетъ самую важную роль и что разстройство плацентарнаго дыханія только способствуетъ усиленію дѣйствія его. — ²⁾ *Tageblatt d. Leipz. Naturforscherv.* 1872. p. 81. — ³⁾ *Arch. f. Gyn.* IV. p. 311. — ⁴⁾ Весьма тщательное сопоставленіе мнѣній о причинѣ перваго дыхательнаго движенія см. въ диссертациі *Boing'a*, Галле 1868.

накаплиются въ крови, раздражительность продолговатаго мозга столь сильно падаетъ, что раздраженія все болѣе и болѣе становятся неспособными вызывать вдыхательныя движенія, а вслѣдствіе паралича сердечныхъ нервовъ погасаетъ дѣятельность сердца, — и плодъ умираетъ.

Примѣч. Таковъ именно обыкновенный механизмъ умиранія плода въ маткѣ. Но, спрашивается, не можетъ-ли въ исключительныхъ случаяхъ плодъ задохнуться въ маткѣ, не сдѣлавъ ни одного вдыхательнаго движенія? *Schultze* утверждаетъ, что это весьма вѣроятно на слѣдующемъ основаніи. Онъ говоритъ: для того, чтобы наступило первое вдыхательное движеніе, необходима извѣстная сила раздраженія; эта сила, очевидно, должна быть меньше всего при нормальной раздражительности центральныхъ органовъ и она должна стать больше, когда восприимчивость къ раздраженію уменьшена. Незначительное препятствіе въ обмѣнѣ газовъ въ дѣтскомъ мѣстѣ понижаетъ дѣятельность сердца у плода и уменьшаетъ восприимчивость нервныхъ центровъ къ раздраженію, между тѣмъ оно вовсе не столь значительно, чтобы оно могло вызвать первое вдыхательное движеніе. Если теперь препятствіе въ обмѣнѣ газовъ нарастаетъ весьма постепенно, то раздражительность центральныхъ органовъ нервной системы все болѣе и болѣе уменьшается, и для того, чтобы вызвать первыя вдыхательныя движенія, необходимо будетъ все болѣе сильное раздраженіе. Легче всего встрѣчаются такія условія при сильныхъ, быстро слѣдующихъ одна за другою потугахъ. Во время каждой потуги, какъ это дознано, нѣсколько затрудняется обмѣнъ газовъ и чрезъ это нѣсколько уменьшается раздражительность центровъ безъ того, чтобы препятствіе къ газовому обмѣну было достаточно для вызова вдыханія. Если же слѣдующая потуга наступитъ весьма скоро, то, такъ какъ раздражительность центральныхъ органовъ понижена, раздраженіе, могущее вызвать вдыханіе, должно быть уже больше. Теперь, при быстро слѣдующихъ одна за другою потугахъ, можетъ исподволь наступить препятствіе къ обмѣну газовъ, которое при ненарушимости центровъ тотчасъ привело-бы къ вдыхательному движенію, но которое, при уменьшенной раздражительности ихъ, недостаточно для этого. Этимъ путемъ раздражительность можетъ быть до того понижена, что наконецъ и сильнѣйшія раздраженія, т. е. совершенный перерывъ кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ, уже не въ состояніи будетъ вызывать вдыханіе у пришедшаго въ глубокое сопорозное состояніе плода. Такимъ образомъ, при этихъ условіяхъ можетъ случиться, что плодъ подвергается асфиксии и даже умереть въ маткѣ, не сдѣлавъ ни одного вдыханія.

Съ другой стороны, *Schultze* показалъ возможность возобновленія состоянія арное у плода въ маткѣ въ томъ случаѣ, когда, послѣ совершившагося перерыва кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ, прекратится вліяніе причины, обусловившей самый перерывъ. Онъ говоритъ слѣдующее:

Вслѣдствіе перерыва кровообращенія въ дѣтскомъ мѣстѣ появляется вдыхательное движеніе. Вслѣдствіе же того, что центральные органы нервной системы уже не будутъ снабжены необходимымъ для ихъ отправленій кислородомъ, раздражительность ихъ будетъ все болѣе и болѣе понижаться до того, что вдыхательныя движенія прекратятся. Теперь, такъ какъ присасываніе находящейся въ правомъ желудочкѣ крови къ легкимъ прекращается, то плацентарное кровообращеніе снова можетъ стать совершеннѣе; къ тому-же, вслѣдствіе парализованія блуждающаго нерва, число ударовъ сердца снова учащается, и, такъ какъ въ это время прежняго препятствія въ плацентарномъ кровообращеніи уже болѣе не существуетъ, обмѣнъ газовъ можетъ снова сдѣлаться нормальнымъ.

Путемъ этихъ остроумныхъ соображеній легко уяснить себѣ, что въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ родиться въ высокой степени асфиктические или даже мертвые плоды, которые не представляютъ признаковъ преждевременнаго дыханія, и, съ другой стороны, совершенно полныя жизни новорожденные за нѣкоторое время до родовъ уже дѣлали дыхательныя движенія въ маткѣ и подвергались опасности задушенія.

Такъ какъ опытъ показываетъ, что для жизни плода также можетъ имѣть самыя плачевныя результаты произведенное во время родовъ давленіе на мозгъ, то спрашивается: какимъ образомъ должно объяснять себѣ это неблагопріятное дѣйствіе сжатіе мозга. Чтобы давленіе на продолговатый мозгъ могло дѣйствовать на него столь раздражающимъ образомъ, что обусловило-бы появленіе перваго вдыхательнаго движенія, — довольно сомнительно; но, во всякомъ случаѣ, давленіе на мозгъ чрезъ посредство раздраженія блуждающаго нерва замедляетъ пульсъ, можетъ даже совсѣмъ остановить дѣятельность сердца, какъ это наблюдалъ *Dohrn* ¹⁾ при трудныхъ извлеченіяхъ за ножки, и, такъ какъ это препятствуетъ обмѣну между кровью матери и кровью плода, и циркулирующая въ немъ кровь, въ то же время, становится бѣднѣе кислородомъ, то раздражительность продолговатаго мозга падаетъ. Такимъ образомъ, вслѣдствіе давленія на мозгъ, плодъ впадаетъ въ сопорозное состояніе, которое можетъ быть такъ сильно, что обычныя раздраженія не въ состояніи уже вызвать первое вдыхательное движеніе. Такому давленію на мозгъ плодъ можетъ подвергнуться при сжатіи черепа въ узкомъ тазу, но также и при сильномъ сдавливаніи щипцами; подобныя-же послѣдствія могутъ имѣть и изліянія крови въ черепной полости. Если мѣстомъ послѣднихъ будетъ верхняя поверхность полушарій, то опытъ показываетъ, что если кровоизліянія не весьма обширны, новорожденные хорошо переносятъ ихъ, такъ какъ давленіе не касается непосредственно продолговатаго мозга. Но если кровоизліяніе произойдетъ на основаніи черепа, то оно вліяетъ въ высшей степени пагубно, ибо давленіе продолжается и послѣ родовъ и затрудняетъ спасеніе жизни обмершаго новорожденнаго посредствомъ искусственнаго дыханія ²⁾.

Вдыхательныя движенія, совершавшіяся плодомъ внутри матки, могутъ быть легко и достовѣрно констатированы на трупѣ по признакамъ смерти отъ задушенія и утопленія. Вслѣдствіе внутриматочныхъ дыхательныхъ движеній плода, въ воздухоносные пути его попадаетъ — и при вскрытіи можетъ быть найдена въ нихъ — околоплодная жидкость съ *verniх caseosa*, слизью или кровью, а также и первородный калъ, такъ-какъ при начинающемся сопорозномъ состояніи обыкновенно выдѣляется также и меконій. Сказанныхъ постороннихъ тѣлъ не бываетъ лишь въ тѣхъ, весьма исключительныхъ, случаяхъ, когда дыхательныя отверстія были заграждены яйцевыми оболочками, или же стѣнками полового канала.

Другое, весьма важное, явленіе, находимое при вскрытіи на трупахъ въ этихъ случаяхъ составляетъ гиперемія легкыхъ, которая обыкновенно доходитъ до экстрavasатовъ. Вслѣдствіе активнаго расширенія грудной кѣтки, — причѣмъ легкія, пузырьки которыхъ остаются

¹⁾ Arch. f. Gynaek. B. VI. p. 365. — ²⁾ См. *Frankenhäuser*, M. f. G. B. 15 p. 368. — *Poppel*, l. c. — *Schultze*, der Scheintod Neugeb. p. 102 и *Schwartz*, Arch. f. Gyn. B. I. p. 364 и 369.

въ спавшемся состояніи по недостатку притока воздуха, не могут расширяться сообразно съ расширеніемъ грудной клѣтки, — кровь привлекается къ грудной клѣткѣ, какъ-бы посредствомъ насоса; при этомъ всѣ вѣтви легочной артеріи переполняются кровью, слѣдствіемъ чего бываетъ экстрavasированіе ея (такъ называемые *Bayard*'овскіе экхимозы). Эти, различной величины подтеки (отъ едва замѣтныхъ для глаза до величины чечевицы), занимающіе положеніе подъ *pleura costalis* и *pulmonalis*, а также подъ *pericardium*, представляютъ постоянное патолого-анатомическое явленіе у дѣтей, задохнувшихся въ маткѣ.

Выраженіе обмираніе или мнимая смерть (*asphyxia*), которымъ обозначаютъ только что описанное состояніе плода, происходящее вслѣдствіе воспрепятствованнаго обмѣна газовъ или внутриматочнаго дыханія, выражаетъ, очевидно, только высшую степень этого состоянія, когда плодъ не представляетъ никакихъ признаковъ жизни, кромѣ сердцебіенія. Между тѣмъ, крайне важны и предшествующія этому состоянію стадіи, для которыхъ общепринятаго названія не существуетъ; даже совершенно легкіе случаи, въ которыхъ плодъ сдѣлалъ, можетъ быть, только одно внутриматочное дыхательное движеніе и родился полнымъ жизни, требуетъ большаго вниманія со стороны врача, потому что съ первымъ вдыханіемъ въ легкія проникаютъ уже различныя постороннія тѣла, которыя могутъ вызвать смертельное воспаленіе ихъ. Поэтому, лучше называть всѣ переходы отъ полного жизни дитяти, у котораго только храпящее дыханіе указываетъ на присутствіе постороннихъ тѣлъ въ дыхательныхъ путяхъ, до высшихъ степеней обмиранія — преждевременнымъ дыханіемъ.

Своевременное распознаваніе преждевременнаго дыханія имѣетъ весьма важное значеніе для предсказанія и леченія. Но, при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, распознаваніе преждевременнаго дыханія можетъ быть весьма затруднено, хотя мы располагаемъ довольно цѣнными методами изслѣдованія его. Обыкновенно расстройство обмѣна газовъ влечетъ за собою уменьшеніе частоты пульса, вслѣдствіе раздраженія блуждающаго нерва, и, такъ-какъ мы можемъ контролировать удары сердца внутриутробнаго плода, посредствомъ стетоскопа, то въ этомъ мы имѣемъ весьма важный признакъ. Но раздраженіе блуждающаго нерва можетъ произойти и вслѣдствіе такихъ причинъ, которыя не въ состояніи еще вызвать перваго дыхательнаго движенія. Вопросъ, слѣдовательно, въ томъ, какое измѣненіе въ частотѣ сердцебіенія съ достовѣрностью можетъ служить указаніемъ на существованіе вдыханія? Последнее имѣетъ существенное значеніе, такъ-какъ, вслѣдствіе внутриматочнаго вдыханія весьма значительно падаетъ энергія плацентарнаго кровообращенія, и для обмѣна газовъ являются, слѣдовательно, дальнѣйшія препятствія. Безъ предшествовавшихъ вдыхательныхъ движеній асфиксія, хотя и возможна, но, во всякомъ случаѣ, она наступаетъ лишь весьма медленно и только рѣдко ведетъ къ смерти.

На вышеупомянутый вопросъ весьма трудно отвѣтить, потому что значительное замедленіе пульса бываетъ и безъ вдыхательныхъ движеній. Уже обыкновенная родовая схватка иногда значительно понижаетъ частоту пульса; еще болѣе это имѣетъ мѣсто при потугахъ, весьма сильныхъ и очень быстро слѣдующихъ одна за другою. Установить определенное число для сердечныхъ ударовъ, при которыхъ, обыкновенно, начинается преждевременное дыханіе, невозможно, и руководящее значеніе при распознаваніи его заключается въ томъ — возвращаются ли сердечные удары къ ихъ прежней частотѣ, или замедленіе ихъ прогрессивно усиливается. Если въ началѣ сердечные удары, въ отсутствіи потуги, доходили до 150, а во время потуги до 120, и если это отношеніе постоянно уменьшается, приблизительно, слѣдующимъ образомъ: съ 140 на 110, съ 130 на 100, 120 на 90, съ 110 на 80, то плодъ находится несомнѣнно въ опасности. Единовременное же уменьшеніе частоты сердцебіенія даже ниже 100, само по себѣ, ничего не доказываетъ. Здѣсь мы, однакоже, не можемъ не указать на то, что цѣлымъ рядомъ собственныхъ наблюденій мы можемъ подтвердить наблюденія *Hohl'a*, *Stolz'a*, *Caseaux*, *Kiwisch'a* и *Hüter'a*, состоящія въ томъ, что, при разстройствахъ пляцентарнаго обмѣна газовъ, нерѣдко появляется значительное учащеніе сердцебіенія младенца, за которымъ уже наступаетъ паденіе частоты пульса его.

Другой весьма важный признакъ начинающагося сопорознаго состоянія плода составляетъ выдѣленіе первороднаго кала, которое обусловливается не столько давленіемъ опускающейся при вдыханіи діафрагмы и расслабленіемъ сфинктеровъ при начинающемся сопорѣ, сколько усиленными перистальтическими движеніями кишекъ, столь обыкновенными при асфиксіи. Этотъ признакъ, однако, не имѣетъ значенія тогда, когда при задолженіи ягодицы находятся въ маломъ тазу, такъ-какъ при этомъ меконіумъ выдавливается механически. Но при черепномъ и поперечномъ положеніяхъ отхожденіе смѣшанной съ первороднымъ каломъ околоплодной жидкости весьма важно, такъ какъ оно указываетъ на сопорозное состояніе плода, при которомъ уже большею частію происходятъ внутриматочныя дыхательныя движенія. Но иногда, при трудныхъ родахъ, выдѣленіе меконія задолго предшествуетъ паденію частоты сердцебіенія; рѣже околоплодная жидкость содержитъ меконій во время родовъ, а въ исключительныхъ случаяхъ и во время беременности безъ того, чтобы младенцу когда либо угрожала какая либо опасность.

Примѣч. Вдыхательныя движенія у плода иногда замѣчаются и при другихъ обстоятельствахъ. Такъ, къ повседневно наблюдаемымъ явленіямъ принадлежатъ дыхательныя движенія у плодовъ, рождающихся въ тазовомъ положеніи, когда еще головка не прошла чрезъ половыя части матери. Рѣже мы замѣчаемъ эти дыхательныя движенія рукою, введенной для поворота, еще въ то время, когда весь младенецъ находится въ полости матки.

Въ рѣдкихъ случаяхъ достовѣрными наблюдателями былъ слышенъ крикъ плода въ маткѣ (такъ называемый внутриматочный шумъ или крикъ — *vagitus uterinus*);

это, очевидно, может случиться только при особенно благоприятных обстоятельствах, когда именно каким-нибудь путем, при введеніи-ли руки, или какого-либо инструмента, воздухъ проникаетъ въ полость матки, такъ что плодъ даже при преждевременномъ дыханіи можетъ вдохнуть такое количество воздуха, котораго достаточно для того, чтобы при слѣдующемъ выдыханіи произошелъ звукъ. Такъ, *Bartscher* ¹⁾ слышалъ *ragitus uterinus* въ двухъ случаяхъ, въ которыхъ онъ, съ цѣлью извлечь послѣдующую головку, вводилъ пальцы въ ротъ младенца; *Kristeller* ²⁾ слышалъ его, когда пытался наложить щипцы на высоко и подвижно-стоящую головку, а *Guthers* ³⁾, когда при ягодичномъ положеніи и весьма вялой маткѣ ввелъ въ нее всю руку. (Приводимый тамъ же случай *Kuby* не можетъ быть причисленъ сюда, потому что крикъ былъ услышанъ тогда, когда ротъ находившагося въ лицевомъ положеніи авэнцефалика прорѣзался уже чрезъ наружныя половыя части). Цѣлый рядъ отчасти, впрочемъ, недостоверныхъ случаевъ *vag. uterini*, см. у *Kunze* ⁴⁾ и *Falk'a* ⁵⁾.

Schultze ⁶⁾ слышалъ въ двухъ случаяхъ при аускультации явственный вдыхательный шумъ, причемъ онъ въ то же время могъ ощущать дыхательныя движенія рукою, находившеюся въ маткѣ.

Предсказаніе при преждевременномъ дыханіи всегда очень серьезно относительно младенца. Даже въ самыхъ легкихъ случаяхъ, въ которыхъ плодъ родился полный жизни, попавшія въ дыхательныя пути постороннія тѣла могутъ вызвать смертельное долъчатое воспаленіе легочной ткани (*pneumonia lobularis*) ⁷⁾. Въ другихъ случаяхъ они могутъ, закупоривая воздухоносныя пути, механически препятствовать доступу воздуха къ легочнымъ пузырькамъ. Но когда существуетъ настоящая асфиксія, то раздражительность продолговатаго мозга можетъ до того понизиться, что появляются или только слабыя поверхностныя вдыхательныя движенія, при которыхъ воздухъ поступаетъ въ легкія въ недостаточномъ количествѣ, или дыханіе вовсе не существуетъ, а бѣненіе сердца становится все рѣже, и плодъ умираетъ непосредственно по рожденіи его на свѣтъ.

Рациональное леченіе можетъ весьма существенно улучшить предсказаніе. Леченіе въ этомъ случаѣ должно удовлетворить тремъ существеннымъ показаніямъ: прежде всего младенецъ, дѣлающій дыхательныя движенія, долженъ быть по возможности скорѣе поставленъ въ такія условія, при которыхъ онъ могъ бы дышать атмосфернымъ воздухомъ; во-вторыхъ, инородныя тѣла, попавшія въ воздухоносныя пути, должны быть удалены, и въ третьихъ, если раздражительность продолговатаго мозга до того понижена, что произвольно не могутъ быть сдѣланы вовсе или, если дѣлаются, то только неглубокія вдыханія, то нормальное состояніе центральныхъ органовъ должно возстановить при посредствѣ искусственнаго дыханія.

Выполненіе перваго показанія — чисто акушерское, и о немъ неоднократно было упоминаемо въ главѣ объ операціяхъ. Оба же другихъ показанія могутъ быть болѣе или менѣе совершенно выполнены различными путями.

¹⁾ M. f. G. B. 9. p. 294. — ²⁾ M. f. G. B. 25. p. 321. — ³⁾ Bair. Intelligenzblatt. 1865. № 22. — ⁴⁾ Der Kindermord. Leipzig 1860. p. 101. — ⁵⁾ Viertelj. f. ger. Med. 1869. X. p. 12. — ⁶⁾ Deutsche Klinik. 1857. Nr. 28 и 1859. Nr. 3. — ⁷⁾ См. также Geyl, Arch. f. Gyn. Bd. XV. p. 384.

Весьма цѣлесообразно и едва ли чѣмъ замѣнимо для удаленія вдухнутыхъ массъ леченіе преждевременнаго дыханія посредствомъ введенія катетера въ дыхательные пути. Для этого берутъ эластическій катетеръ, толщиною самое большее въ $3\frac{1}{2}$ миллим., и, нѣсколько отодвинувъ надгортанный хрищъ помощью введеннаго въ зѣвъ мизинца, вводятъ катетеръ въ дыхательное горло настолько, насколько это возможно, не прибѣгая къ большому насилію. Затѣмъ, высасывая изъ катетера воздухъ можно втянуть въ него попавшія въ дыхательные пути постороннія вещества, и, вынувъ послѣ этого катетеръ, удалить ихъ этимъ путемъ. Когда дыхательные пути младенца сильно переполнены инородными тѣлами, то высасываніе ихъ должно продолжать до тѣхъ поръ, пока катетеръ еще наполняется. Такъ-какъ весьма обыкновенно, вслѣдствіе раздраженія, отъ введенія катетера, появляются произвольныя вдыханія, то весьма часто не нужно прибѣгать къ искусственному дыханію. Но если плодъ находится въ глубокой асфиксіи, то съ умѣренною силою вдуваютъ чрезъ катетеръ воздухъ въ легкія и снова удаляютъ его, осторожно надавливая на грудь снаружи. Это продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока младенецъ не станетъ дышать уже самъ.

Введеніе катетера удается обыкновенно безъ затрудненія и массы, которыми захлебнулся младенецъ, могутъ быть при его посредствѣ удалены весьма хорошо. Въ особенности въ случаяхъ, въ которыхъ околоплодная жидкость была въ значительной степени смѣшана съ первороднымъ каломъ, поступаютъ хорошо, если вводятъ катетеръ также и такимъ младенцамъ, у которыхъ, не смотря на то, что они сами дышатъ, хрипящее дыханіе указываетъ на присутствіе инородныхъ тѣлъ въ дыхательныхъ путяхъ. Хотя нельзя сомнѣваться въ томъ, что околоплодная жидкость, кровь или слизь могутъ быть всасываемы слизистою оболочкою дыхательныхъ путей, не причиняя никакихъ вредныхъ послѣдствій, а также въ томъ, что эти жидкости, вмѣстѣ съ кусочками меконія, извергаются ребенкомъ при сильныхъ выдыханіяхъ, однако, случается и такъ, что частицы меконія попадаютъ при преждевременномъ дыханіи въ мелкіе воздухоносные пути и выполняютъ ихъ настолько, что и при самыхъ глубокихъ вдыханіяхъ воздухъ не проникаетъ въ нихъ. Въ такихъ случаяхъ, оставаясь въ легкихъ, онѣ могутъ, какъ это мы видѣли при вскрытіяхъ, вызвать добулярныя пневмоніи въ своей окружности. Такого рода инородныя тѣла могутъ быть удалены только посредствомъ высасыванія. Для того, чтобы воздухъ могъ быть вдуваемъ младенцу по возможности равномерно и, вмѣстѣ съ тѣмъ, чтобы не прибѣгать къ непосредственному вдыханію, прикладывая свой ротъ ко рту младенца, *Behm* изобрѣлъ двойную спринцовку, пригодную какъ для введенія воздуха въ легкія, такъ и для высасыванія изъ нихъ.

Schultze совѣтуетъ другой способъ, который состоитъ въ слѣдующемъ: акушеръ, разставивъ ноги, держитъ младенца такимъ образомъ, что большіе пальцы его приходятся на передней поверхности

груди, указательные — подъ мышками, а остальные — на спинкѣ младенца; при этомъ ребенокъ обращенъ спинкою къ акушеру. Младенецъ, котораго держать вышесказаннымъ образомъ, подбрасывается такъ, что нижняя часть туловища его перегибается къ акушеру, и такъ-какъ при этомъ туловище изгибается въ области поясничныхъ позвонковъ, то грудь будетъ сильно сдавлена. Вслѣдствіе этихъ пассивныхъ выдыхательныхъ движеній попавшія въ дыхательныя пути жидкости въ изобиліи выступаютъ изо рта и носа. Затѣмъ весьма сильное выдыхательное движеніе вызывается тѣмъ, что младенца снова выпрямляютъ такимъ образомъ, что онъ возвращается въ прежнее положеніе. Этимъ путемъ, вызываютъ, производя повторныя подбрасыванія и опусканія тѣла младенца, выдыхательныя и выдыхательныя движенія до тѣхъ поръ, пока не наступитъ произвольное дыханіе.

Этотъ способъ *Schultze* несомнѣнно имѣетъ весьма важную выгоду въ практическомъ отношеніи, потому что онъ легко можетъ быть выполненъ повсюду и не требуетъ никакихъ приготовленій и, кромѣ того, при немъ выдыханіе и вдыханіе могутъ совершаться при условіяхъ, совершенно соответствующихъ естественнымъ условіямъ. На трупахъ мертворожденныхъ дѣтей можно легко демонстрировать ¹⁾, что при примѣненіи этого способа вводятъ въ недышавшія еще легкія дѣйствительно надлежащее количество воздуха. Но мы вовсе не убѣждены въ томъ, чтобы при помощи его можно было достигнуть удаленія вдохнутыхъ инородныхъ тѣлъ въ такой же степени, какъ при введеніи катетера. *Lahs* ²⁾ рекомендуетъ простое и быстрое качаніе новорожденныхъ, какъ средство, при которомъ одновременно достигается искусственное дыханіе, раздраженіе общихъ покрововъ и главнымъ образомъ удаленіе изъ дыхательныхъ путей постороннихъ тѣлъ.

Если постороннія тѣла не попали въ дыхательныя пути или если они уже удалены, то искусственное дыханіе можно производить и другими способами.

Такъ, можно, купая ребенка, расширять грудную клѣтку, поддерживая ребенка только подъ спинку такимъ образомъ, чтобы головка, тазъ и конечности свѣсились къ низу; сильное же выдыханіе достигается тогда тѣмъ, что младенца сгибаютъ по брюшной поверхности и при этомъ придавливаютъ грудь. — *Spiegelberg*, основываясь на своихъ опытахъ, рекомендуетъ способъ *Маршалль-Галля*: младенца, лежащаго ничкомъ, кладутъ на бокъ, вслѣдствіе чего грудь расширится и въ легкія войдетъ воздухъ; если теперь младенца снова по-

¹⁾ См. объ этомъ вопросѣ, важномъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи: *Runge*, Berl. klin. W. 1882. № 18 и Viertelj. f. ger. Med. N. F. B. 42. 1.—*Hoffmann*, Wiener med. Bl. 1884. № 34 и Wiener med. Woch. 1885. № 10.—*Schauta*, e. 1. № 29—30.—*B. S. Schultze*, e. 1. 1885. № 1—2.—*Sommer*, Viertelj. f. ger. Med. N. F. B. 43. 2.—*Skutsch*, Deutsche Med. Z. 1886. № 1. — ²⁾ Vort. u. Abh. zur To-cologie. Marburg 1884. p. 34 и Arch. f. Gyn. B. 26. p. 173.

ложить на животъ, то воздухъ, а также, какъ увѣряетъ *Spiegelberg*, и постороннія тѣла будутъ извергнуты изъ дыхательныхъ путей. Манипуляцію эту продолжаютъ до появленія удовлетворительнаго дыханія. Изъ методически произведенныхъ сравнительныхъ изслѣдованій *Behm'a* (l. c.) слѣдуетъ, что методы *Silvester'a*, *Pacini* и *Bain'a*, по которымъ вдыханіе производится посредствомъ подниманія вверхъ рукъ или лучше плечей, также даютъ большую разницу между вдыханіемъ и выдыханіемъ.

Pernice рекомендуетъ фарадизацію pp. рhrenісоgum. Но такъ-какъ при этомъ постороннія тѣла остаются въ воздухоносныхъ путяхъ, то цѣль не всегда будетъ достигнута; къ тому же при этомъ необходимъ неудобный въ неклинической практикѣ снарядъ, вслѣдствіе чего этотъ способъ уступаетъ предыдущимъ.

Даже когда дыханіе сдѣлалось уже правильнымъ, младенца, все-таки, не должно спускать съ глазъ, пока у него не появятся нормальная окраска кожи, сильныя движенія конечностями и пока онъ не начнетъ громко кричать.

Патологія и терапія родильнаго періода.

Въ этомъ отдѣлѣ мы рассмотримъ всѣ тѣ заболѣванія, встрѣчающіяся въ родильномъ періодѣ, которыя находятся въ причинной связи съ процессами родового акта или же съ нормальными отправлениями родильнаго состоянія (обратное развитіе половыхъ органовъ и развитіе груди въ той степени, которая необходима для кормленія).

Проще всего было бы излагать эти заболѣванія въ томъ порядкѣ, какъ они обнаруживаются въ отдѣльныхъ органахъ (порядокъ анатомическій).

Въ родильномъ періодѣ, однако, встрѣчается цѣлая группа заболѣваній, отличающихся быстрымъ теченіемъ и опаснымъ характеромъ, или, по крайней мѣрѣ, обнаруживающихъ наклонность принять сказанный характеръ, и имѣющихъ общее этиологическое происхожденіе. Группу эту составляютъ тѣ патологическіе процессы, которые обуславливаются зараженіемъ гнилостными (септическими) веществами и которые обыкновенно обозначаютъ общимъ именемъ *послѣродовой лихорадки* или *родильной горячки*.

Послѣродовая лихорадка имѣетъ столь преобладающее значеніе въ патологіи родильнаго періода, что мы считаемъ болѣе удобнымъ изложить ее съ общей точки зрѣнія, какъ отдѣльную клиническую форму заболѣванія.

Послѣродовая лихорадка.

Литература: *R. Lee*, Research. on the path. etc. London 1883, переводъ Schneemann'a, Hannover 1834. — *Eisenmann*, Die Kindbettfieber. Erlangen 1834 и Wund- und Kindbettfieber. Erlangen 1837. — *Helm*, Monographie der Puerperal-krankh. Zürich 1840. — *Kiwisch*, Die Krankh. der Wöchnerinnen. Prag 1840 — 41 и Klin. Vorträge. 4. Aufl. I. B. Prag. 1854. p. 600. — *Litzmann*, Das Kindbettfieber. Halle 1844. — *Berndt*, Die Krankh. der Wöchnerinnen. Erlangen 1846. — *Meckel*, Charité-Annalen. 1854. V. p. 290. — *C. Braun*, *Chiari*, *Braun* u. *Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 423. — *Silberschmidt*, Darstel. der Path. des Kindbettfiebers. Erlangen 1859. — *Hugenberger*, Das Puerperalfieber. Petersb. med. Zeitschr. Sept.-Abdr. 1862. — *Leyden*, Charité-Annalen. 1862. X. H. 2. p. 22. — *Fischer*, e. l. 1864. B. XII. p. 52. — *Hildebrandt*. M. f. G. B. 25. p. 262 — *Veit*, Puerperal-krankheiten. 2. Aufl. Erlangen 1867 aus d. Handb. der spec. Path. u. Ther. von Virchow. — *Le Fort*, Des maternités. Paris 1866. — *Winckel*, Die Path. u. Ther. des Wochenbettes. Berlin 3. Aufl. 1878. — *Schröder*, Schw., Geb. und W. p. 197. — Discuss. der geb. Section der Ges. der Petersb. Aerzte. Petersb. med. Z. 1868. H. 6. p. 313 — *Hervieux*, L'Union méd. 1869. № 129. и Traité des mal. puerp. etc. I. Paris 1870. — *Evory Kennedy*, Dublin quart. J. May 1869. p. 269. — *Spiegelberg*,

Ueber das Wesen des Puerperalfiebers in Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig 1870 № 3. — *Florence Nightingale*, Introductory notes on Lying-in Institutions. London 1871 — *M. A. d'Espine*, Arch. générales. Octobre 1872. — *Laudau*, Arch. f. Gyn. B. VI. p. 147. — *Gruenewald*, Volkmann's Samml. klin. Vorträge. № 123. — *Munro*, Death. in childbed and. our lying-in-hospitals. London. 1879. — *Ingerslev*, Sterbl. im Kindbett. Kopenhagen 1880 (ref. im Centr. f. Gyn. 1880. № 15). — *Credé*, Gesunde u. kranke Wöchn. Leipzig. 1886.

Истор. замѣч. Случаи, въ которыхъ родильницы заболѣвали и быстро умирали отъ септического зараженія, несомнѣнно существовали во всѣ времена, и указанія на нихъ мы встрѣчаемъ уже у самыхъ древнихъ писателей. Такъ, *Гиппократъ* приводитъ нѣсколько подобныхъ исторій болѣзни; аналогичскіе случаи мы находимъ у *Галена*, *Цельса*, *Авиценны* и у нѣкоторыхъ авторовъ до 17 вѣка.

Объ эпидеміяхъ же собственно родильной горячки впервые стали упоминать послѣ того, какъ были учреждены отдѣльные родильные дома или, по крайней мѣрѣ, акушерскія отдѣленія при госпиталяхъ. Первое такого рода заведеніе, въ которомъ получили свое акушерское образованіе такія личности, какъ *Mauriceau* и *de la Motte*, было устроено въ Парижѣ при Hôtel-Dieu. *Peu* рассказываетъ, что въ этомъ заведеніи смертность между родильницами по временамъ бывала весьма значительна, въ особенности же въ 1664 году. При вскрытіяхъ находили на трунахъ очень много нарывовъ. И *De la Motte* также говоритъ объ эпидеміи въ 1678 г. въ Hôtel-Dieu и рассказываетъ о другой эпидеміи, господствовавшей въ началѣ 18 столѣтія въ Нормандіи, въ особенности въ Кайеннѣ и Руанѣ. И въ другихъ городахъ, въ которыхъ существовали акушерскія отдѣленія, скоро показалась эпидемическая послѣродовая лихорадка, именно въ 1750 г. въ Лионѣ, въ 1760 и 1761 годахъ въ Лондонѣ въ British Hospital и въ небольшомъ частномъ родильномъ заведеніи, въ 1765 и 1766 гг. въ родильномъ домѣ въ Копенгагенѣ, а въ 1767 г. въ Дублинѣ, 10 лѣтъ спустя открытія тамошняго родильнаго дома (Lying-in-Hospital). Въ Германіи эпидемическое распространеніе родильной горячки впервые наблюдали въ 1770 г. въ Вѣнѣ, въ госпиталѣ св. Марка. Въ 1772 году эпидемическая послѣродовая лихорадка появилась въ Эдинбургѣ, въ 1778 г. въ Берлинѣ, въ 1781 г. въ Касселѣ и т. д. Убийственнѣе всего она свирѣствовала въ парижскомъ *Maternité*, акушерскомъ отдѣленіи Hôtel-Dieu, гдѣ она появлялась изъ года въ годъ. Въ 1829 г. изъ 2788 родильницъ тамъ умерли 252; въ 1831 г. изъ 2907 родильницъ 254; въ февралѣ 1831 г. разрѣшившіяся въ одинъ день 6—7 родильницъ умерли всѣ. Въ сильной степени свирѣствовала послѣродовая лихорадка и въ Вѣнѣ. Въ 1823 г. въ февралѣ, мартѣ и апрѣлѣ изъ 698 родильницъ тамъ умерло не менѣе 133 (т. е. 19% и каждые два дня бывало по 3 трупа). Въ 1842 г. въ Вѣнскомъ родильномъ домѣ умерло 518 изъ 3287 (почти 16%); въ 1846 г. изъ 4010 родильницъ умерло 459, а въ 1854 г. изъ 4393—400. Изъ этихъ немногихъ данныхъ, которыхъ можно было бы привести гораздо болѣе, видно въ какой ужасающей степени послѣродовая горячка господствовала иногда въ родильныхъ домахъ.

Мы зашли бы слишкомъ далеко, если бы захотѣли рассмотреть всѣ теоріи о послѣродовой лихорадкѣ, хотя бы только съ исторической точки зрѣнія. *Eisenmann* и *Siberschmidt* приводятъ ихъ весьма подробно. Въ новѣйшее время господство оспаривали другъ у друга двѣ теоріи. По одной изъ нихъ, послѣродовая лихорадка есть продуктъ миазмы, которая образуется при накопленіи родильницъ; по другой — она есть слѣдствіе всасыванія септическихъ веществъ. Что чисто миазматическое воззрѣніе, а именно, будто бы послѣродовая лихорадка зависитъ отъ поступленія въ организмъ специфическаго вещества, образовавшагося подъ влияніемъ атмосферическихъ, космическихъ и теллурическихъ вліяній, и которое, вліяя только на родильницъ, производитъ специфическое страданіе, послѣродовую лихорадку, — воззрѣніе, которое, слѣдовательно, отождествляло эту болѣзнь съ маляріею лихорадкою, совершенно не выдерживаетъ критики и потому въ настоящее время покинута рѣшительно всѣми. Нѣсколько болѣе распространено мнѣніе, будто,

подобно тифамъ, послѣродовая лихорадка возникаетъ первоначально мiasmатически, но заболѣвшій ею организмъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, въ свою очередь, производитъ ядь, который тогда уже, и при отсутствіи мiasmъ, можетъ, будто бы, переноситься на другіе, склонные къ воспріятію его организмы или, другими словами, будто въ теченіи мiasmатическаго заболѣванія развивается контагий, и заболѣваніе тогда можетъ распространяться далѣе, какъ контагіозное.

Въ новѣйшее время, однако, все болѣе и болѣе утверждается воззрѣніе, раздѣляемое и нами, по которому пуэрперальная лихорадка возникаетъ вслѣдствіе всасыванія септическихъ веществъ съ поверхности какой-либо раны. Это воззрѣніе подтверждается столь большимъ числомъ наблюденій, «которымъ», какъ говоритъ *Hirsch*, «отчасти, по крайней мѣрѣ, нельзя отказать въ значеніи экспериментальнаго доказательства, такъ что, ограничиваясь, при этиологическихъ изслѣдованіяхъ, тѣмъ, чего можно достигнуть, и не требуя пока строгости математическаго доказательства, мы едва ли имѣемъ другой какой-либо вопросъ изъ области этиологій, который былъ-бы разрѣшенъ столь просто (т. е. безъ натяжки) и при томъ такъ достоверно». Въ самомъ дѣлѣ, кто внимательно прочтетъ цитируемыя ниже сочиненія *Veit*'а и *Hirsch*'а и будетъ еще сомнѣваться въ возможности происхожденія послѣродовой лихорадки путемъ всасыванія разложившихся органическихъ веществъ, того ничѣмъ нельзя убѣдить. По этой же причинѣ мы считаемъ излишнимъ приводить здѣсь хоть вкратцѣ многочисленныя говорящія въ пользу этого воззрѣнія основанія и наблюденія и сообщимъ ниже только нѣкоторыя наиболѣе убѣдительныя казуистическія доказательства, которыя въ фактическомъ отношеніи отличаются отъ экспериментовъ, предпринимаемыхъ на животныхъ, только тѣмъ, что они были предприняты безсознательно, безъ намѣренія заразить кого-либо.

Такое объясненіе послѣродовой лихорадки возникло впервые въ Англіи, но дальнѣйшее свое развитіе получило въ Германіи.

Первый, выразившій мнѣніе, что послѣродовая лихорадка переносится врачами и акушерками, имѣющими дѣло съ подобными больными, на здоровыхъ родильницъ, былъ *Denman*. Весьма скоро въ Англіи накопились доказательства въ пользу переноса болѣзни рукою врача и бабокъ и было представлено большое число наблюденій, въ которыхъ родильницы заражались рукою врача не только отъ больныхъ послѣродовою лихорадкою, но также и отъ страдавшихъ флегмонозною рожею или ихорозными ранами, такъ что въ Англіи съ давняго уже времени господствуетъ обыкновеніе, что врачъ, у котораго родильницы заболѣваютъ послѣродовою лихорадкою, на нѣкоторое время прекращаетъ практику. Въ дальнѣйшихъ своихъ примѣненіяхъ это воззрѣніе было, въ особенности для большихъ родильныхъ заведеній, прослѣжено, всесторонне разобрано и остроумно подтверждено числами *Semmelweiss*'омъ, который, въ числѣ благодѣтелей человѣческаго рода, заслуживаетъ быть названнымъ однимъ изъ первыхъ. Впервые онъ выступилъ въ 1847 г. съ вполне одностороннимъ и не выдерживающимъ критики положеніемъ, будто послѣродовая лихорадка зависитъ отъ зараженія трупнымъ ядомъ, но вслѣдствіи самостоятельнаго развитія свое воззрѣніе на столько, что господствующее теперь воззрѣніе на этиологию этой болѣзни, въ сущности, должно быть разсматриваемо какъ его собственность и вмѣнено ему въ услугу.

Сущность послѣродовой лихорадки и ея происхожденіе.

Литература: *Semmelweiss*, Die Aetiologie d. Begr. u. d. Prophyl. des Kindbettfiebers, 1861 и Offener Brief an sämmtl. Prof. d. Geb. Ofen 1862. — *Hirsch*, Historisch-geograph. Pathol. Erlangen 1862—1864. В. II. p. 433. — *Veit*, M. f. G. B. 26. p. 173. — *Ferber*, Schmidt's Jahrb. B. 139. Nr. 9. — *Boehr*, M. f. G. B. 32. p. 401. — *Sage*, Under sögelser etc. Kjöbenhavn 1868; s. Virchow-Hirscher Jahresbericht über 1868. В. II. Abth. 3. p. 637. — *Martin*, Berlin. klin. W. 1871. № 32. — *Hausmann*, Ueber die Entstehung d. übertragb. Krankh. d. Wochenbettes. Berl. 1875. — *Heiberg*, Die puerp. и pyaemischen Prozesse. Leipz. 1873. — Пренія въ Лондонскомъ акуш. общ. см. Obst. Journ of Gr. Brit. May, June, July

1875. — *M. Duncan*, On the mortality of childbed etc. Edinburgh 1870 и On the alleged occas. epid. prev. of Puerp. Pyaem. a. of Erysipelas 1876. — *Winckel*, Ber. und Studien etc. B. 2. 1876. p. 242 и B. 3. 1879. p. 355. — *Boehr*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 17. — *Kehrer*, Beiträge. H. 4. 1875. — *Karewski*, Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn. B. VII. p. 331. — *Landau*, Arch. f. Gyn. B. 23. H. 2. — *Ohshausen*, Kl. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884. p. 133. — *Dolérís*, la fièvre puerpérale. Paris. 1880. — *Ahlfeld*, Ber. u. Arb. Leipzig 1883 и B. 2. 1885. — *A. Fraenkel*, Deutsch. med. Woch. 1884 Nr 14. — *Lomer*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. X. p. 366.

Подъ именемъ послѣродовой лихорадки или родильной горячки разумѣютъ всё тѣ заболѣванія родильницъ, которыя происходятъ вслѣдствіе поступленія заразныхъ веществъ въ организмъ черезъ раны, находящіяся въ половыхъ органахъ.

Для того, чтобы всасываніе заразныхъ веществъ имѣло мѣсто, необходима свѣжая рана, изъ которой воспринимался бы септический ядъ.

Подобнаго рода свѣжія раны существуютъ у каждой роженицы или недавно разрѣшившейся родильницы. Уже при передвиженіи вверхъ нижняго отрѣзка матки по яйцу происходитъ отдѣленіе отпадающей оболочки такимъ образомъ, что большая часть ея остается на поверхности яйца. Слѣдовательно, при открытіи внутренняго маточнаго зѣва, въ области нижняго сегмента матки происходитъ обнаженіе глубокихъ слоевъ слизистой оболочки матки, а по изгнаніи яйца, вся внутренняя поверхность матки представляетъ собою рану, которую лучше всего сравнить съ кожей, лишенною эпидермиса помощію мушки. Вслѣдствіе этого разросшіяся во время беременности въ громадномъ количествѣ лимфатическія полости ¹⁾, обнажившись, становятся способными быстро всасывать заражающія вещества, попавшія въ матку. И такъ, опасность отъ зараженія начинается съ образованіемъ нижняго маточнаго отрѣзка и раскрытіемъ внутренняго маточнаго зѣва, что обыкновенно начинается еще во время беременности.

Кромѣ этой обширной раны, у каждой перворождающей и у большинства многорожавшихъ находятся большіе или меньшіе надрывы на шейкѣ матки, въ рукавѣ и влагалищномъ входѣ и такъ-какъ они доступны, чѣмъ внутренняя поверхность матки, то еще чаще служатъ мѣстомъ зараженія.

Если, такимъ образомъ, у каждой роженицы и недавно разрѣшившейся родильницы легко найти въ достаточномъ количествѣ мѣста, черезъ которыя можетъ произойти зараженіе, то гораздо труднѣе дать болѣе или менѣе точный отвѣтъ на вопросъ о способѣ происхожденія зараженія во всѣхъ его частностяхъ.

Мы знаемъ, что если рана содержится асептически, т. е. если совершенно устранена возможность проникновенія микроорганизмовъ въ рану, то она легко и скоро заживаетъ, не вызывая въ окружности своей воспалительныхъ измѣненій и не производя общаго заболѣванія организма. Но мы также знаемъ, что если микроорганизмы попадаютъ въ

¹⁾ См. *Leopold*, Arch. f. Gynaek. B. VII. p. 346.

рану, то могут наступить различныя разстройства въ процессѣ заживленія ея, можетъ наступить нагноеніе на поверхности раны, которое мѣшаетъ заживленію ея первымъ натяженіемъ, отдѣленіе раны можетъ подвергаться разложенію и могутъ образоваться рожа, дифтеритъ и гангрена. Можетъ также появиться флегмона, лимфангоитъ, равно какъ и піемія и общее септическое зараженіе.

Благодаря новѣйшимъ научнымъ изслѣдованіямъ, несомнѣнно извѣстно, что всѣ эти разстройства въ заживленіи ранъ обусловливаются микроорганизмами; но ближайшее уразумѣніе этихъ разстройствъ и приведеніе различныхъ болѣзненныхъ явленій къ опредѣленнымъ формамъ низшихъ организмовъ находится еще только въ зачаточномъ состояніи.

Вообще, палочкообразныя микроорганизмы — бациллы — нужно разсматривать, какъ возбудителей гніенія, которые, проникая въ рану, влекутъ за собою разложеніе отдѣленій. Шарообразныя бактеріи — микрококки — отличаются способностью проникать изъ ранъ въ здоровыя ткани, вызывая въ нихъ омертвѣніе; кромѣ того они черезъ лимфатическіе и кровеносныя сосуды могутъ достигать даже отдаленныхъ органовъ и тамъ вызывать подобныя же процессы.

Сверхъ того мы знаемъ, что, вѣроятно, вслѣдствіе особенной, свойственной микроорганизмамъ жизнѣдѣятельности, изъ нормальныхъ составныхъ частей тканей образуются химическія соединенія — птомаины — которыя оказываютъ токсическое дѣйствіе на организмъ.

Такимъ образомъ, картина общаго зараженія организма, которую мы наблюдаемъ при зараженіи ранъ вообще, складывается изъ септического зараженія — отравленія птомаинами — и изъ мѣстныхъ болѣзненныхъ процессовъ.

У родильницъ можно также наблюдать всѣ эти разнообразныя разстройства въ заживленіи ранъ.

Такъ какъ половой каналъ сообщается съ воздухомъ, и распространенныя всюду возбудители гніенія изъ воздуха легко проникаютъ, въ родовой каналъ, то обыкновенно дѣло доходитъ до разложенія отдѣленій, хотя бы и неполнаго. Поэтому послѣродовыя отдѣленія всегда содержатъ, кромѣ гнойныхъ тѣлецъ, также массу микроорганизмовъ и имѣютъ непріятный, фадный запахъ.

Эта форма разложенія только въ исключительныхъ случаяхъ влечетъ за собою заболѣванія, именно тогда, когда продукты разложенія всасываются въ организмъ. Всасываніе легче всего наступаетъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ продукты разложенія скопляются въ большомъ количествѣ, и когда для свободнаго выдѣленія ихъ существуютъ препятствія (*tympania uteri*, задержаніе лохій).

Если процессы гніенія въ половомъ каналѣ достигаютъ болѣе значительнаго развитія, то они приобрѣтаютъ болѣе важное значеніе, потому, что, въ отдѣльныхъ случаяхъ, могутъ повлечь за собою тяжелыя инфекціонныя заболѣванія. Совершенно невѣроятно, чтобы это происходило путемъ перерожденія обыкновенныхъ бактерій гніе-

нiя въ патогенныя формы; скорѣе слѣдуетъ предполагать, что бактерiи гнѣенiя настолько подготовляютъ почву, что малыя количества патогенныхъ зародышей, которыя могли-бы при другихъ условiяхъ, при посредствѣ эмигрирующихъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, сдѣлаться безвредными, находить теперь благоприятныя условiя для колоссальнаго размноженiя.

Опаснѣе всего тѣ случаи, въ которыхъ патогенныя микроорганизмы непосредственно заносятся въ половые органы руками.

Эти микроорганизмы состоятъ изъ очень мелкихъ, особеннымъ образомъ сгруппированныхъ кокковъ, изъ которыхъ для этиологiи послѣродовой лихорадки особеннаго вниманiя заслуживаютъ стрептококки, образующiе цѣпи; стафилококки же встрѣчаются рѣже.

Сомнительно, чтобы разнообразнымъ клиническимъ формамъ заболѣванiй соответствовали различныя специфическiя микрококки. Во всякомъ случаѣ до сихъ поръ не удалось рѣзко классифицировать ихъ съ морфологической точки зрѣнiя.

До сихъ поръ строго различали самозараженiе отъ зараженiя извнѣ; при этомъ принимали, что при самозараженiи заразныя вещества сами по себѣ развиваются въ организмѣ, между тѣмъ какъ при зараженiи извнѣ они заносятся въ рану.

Противъ такого взгляда можно возразить, что, собственно говоря, самозараженiя не существуетъ, такъ какъ зародыши гнѣенiя, равно какъ и патогенныя вещества никогда не образуются первоначально въ организмѣ.

Прежнему самозараженiю соответвуютъ тѣ случаи, въ которыхъ, подъ влiянiемъ всюду распространенныхъ бактерiй гнѣенiя, отдѣленiя въ половомъ каналѣ подвергаются разложенiю (во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ) и задерживаются въ немъ. Отсюда они поступаютъ въ организмъ. При зараженiи извнѣ патогенныя микроорганизмы прямо прививаются къ раненiямъ полового канала.

Эти послѣднiе случаи представляютъ значительно бѣльшую опасность. Если, какъ уже выше сказано, и при простомъ только разложенiи отдѣленiй внутри полового канала могутъ развиваться гибельныя септическiе процессы (что происходитъ, вѣроятно, вслѣдствiе того, что отдѣльныя патогенныя зародыши, попадая вмѣстѣ съ воздухомъ въ подвергающiеся разложенiю послѣродовыя отдѣленiя, находятъ здѣсь благоприятную почву для своего дальнѣйшаго развитiя); то это наблюдается лишь какъ исключенiе. Между тѣмъ въ случаяхъ прививанiя патогенныхъ организмовъ, соответственныя заразныя формы развиваются, какъ правило.

Чрезвычайно важно, поэтому, въ практическомъ отношенiи знать источникъ, изъ котораго происходятъ заразныя вещества, пристающiя къ пальцу, рукѣ, одеждѣ или инструментамъ врача или акушерки.

Если слѣдуетъ остерегаться того предположенiя, что зловонныя вещества и инфекцiонныя тождественны, то все-таки основательно,

вообще, поступают тѣ акушеры, которые всѣ органическія зловонныя вещества принимаютъ за инфекціонныя, пока, конечно, не будетъ доказано противное. Впрочемъ, существуетъ значительное количество не зловонныхъ веществъ, которыя однако могутъ производить зараженіе. Больше всего слѣдуетъ бояться отдѣленій отъ заболѣвшихъ (и даже здоровыхъ) родильницъ, труповъ, равно какъ отдѣленій гноящихся зараженныхъ ранъ. Не менѣе опасны въ этомъ отношеніи рожистые, флегмонозные или специфическіе гнилостные процессы, далѣе фурункулезныя и подобныя имъ воспаленія кожи, дифтеритъ и скарлатина. Разлагающіяся новообразования, подвергнушіяся разложенію выкидыши, короче сказать, всѣ органическія разложившіяся вещества могутъ повлечь за собою инфекціонныя заболѣванія.

Если подобныя заразные вещества заносятся въ родовій каналъ роженицы руками или инструментами, то они, даже при ничтожныхъ раненіяхъ, могутъ быстро вызвать смертельное зараженіе. Какъ крѣпко заразные вещества пристають къ пальцамъ, приходящимъ въ соприкосновеніе съ зловонными веществами (какъ напр. ихорозное отдѣленіе при ракѣ), можно легко убѣдиться изъ того, что и послѣ тщательныхъ повторныхъ обмываній рукъ, онѣ долго еще воняють. Это доказываетъ только то, что частицы заразныхъ веществъ не удалены обмываніями съ поверхности кожи, къ которой крѣпко пристали.

Примѣчаніе. Микроскопическіе организмы септическихъ заразныхъ болѣзней до того малы, что доказать ихъ присутствіе чрезвычайно трудно.

Только благодаря изслѣдованіямъ *R. Koch'a*, познанія наши въ этой области значительно расширились. Помощью улучшеннаго метода изслѣдованія (интензивное освѣщеніе окрашенныхъ палочекъ и шариковъ при почти полномъ исчезаніи картины строенія тканей) ему возможно стало видѣть такія мелкія формы, которыхъ или вовсе нельзя было замѣтить при прежнихъ методахъ, или же ихъ замѣчали, когда онѣ скоплялись большими кучками. Благодаря этому методу, *Koch* доказалъ, что существуютъ специфическія формы мельчайшихъ бактерій и микрококковъ, которыя, будучи перенесены на другихъ животныхъ того же вида, производятъ ту же самую характеристическую форму инфекціонной болѣзни и что, слѣдовательно, данной морфологической формѣ организмовъ соотвѣтствуетъ опредѣленное теченіе болѣзненнаго процесса.

Къ сожалѣнію, не смотря на многочисленныя попытки, не доказано присутствіе микроорганизмовъ при зараженіи ранъ у человѣка, хотя и изученъ цѣлый рядъ характерныхъ микроорганизмовъ, которыхъ положительно можно считать носителями заразы.

Мы желаемъ еще обратить особенное вниманіе на то, что, какъ вытекаетъ изъ вышесказаннаго, послѣродовая лихорадка сама по себѣ не представляетъ ничего специфическаго. Послѣродовая лихорадка есть, слѣдовательно, то же самое состояніе, которое въ хирургическихъ клиникахъ очень часто наблюдаютъ подъ разнообразнѣйшими названіями, а именно: флегмоны, піеміи и септицеміи. Специфическаго различія здѣсь не существуетъ; видоизмѣненія въ явленіяхъ, конечно, существуютъ, но въ большей своей части они обуславливаются особенностью мѣста зараженія, а въ менѣйшей — измѣненіями половыхъ частей въ послѣродовомъ періодѣ.

Зараженіе септическими веществами, источникомъ которыхъ служатъ женскіе половые органы, появляется чаще всего въ послѣродовомъ періодѣ; но оно можетъ

появиться также при гинекологическихъ операціяхъ; при этомъ получаются тѣ-же самыя послѣдствія, какъ и при зараженіяхъ въ послѣротовомъ періодѣ.

Что послѣротовая лихорадка не представляетъ ничего специфическаго, доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что родильницы могутъ заболѣть родильною лихорадкою вслѣдствіе переноса зараженія отъ больныхъ, одержимыхъ флегмонозною рожею или дурно гноящихся раню; существуютъ наблюденія, доказывающія, что во время господствованія пuerperальной эпидеміи беременныя и сидѣлки, съ небольшими экскориціями на какой-нибудь части тѣла, приходящія въ соприкосновеніе съ родильницами, одержимыми родильною горячкою, заболѣвали флегмонозною рожею. Септическія вещества могутъ быть перенесены на новорожденныхъ (чаще всего чрезъ пупочную рану) и вызвать у нихъ рожу брюшныхъ покрововъ, распадъ тромбовъ пупочныхъ сосудовъ, даже воспаленія брюшины и подлежащей соединительной ткани и метастазы въ другихъ органахъ. Довольно часто, во время господствованія пuerperальной эпидеміи, замѣчается, что у новорожденныхъ на ручкахъ или ножкахъ появляется флегмонозное воспаленіе, исходною точкою котораго служатъ небольшія экскориціи.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что септическій ядъ имѣетъ въ сущности, всегда одни и тѣ-же послѣдствія, производя злокачественные, неудержимо распространяющіеся, воспалительные процессы и вообще зараженіе. Поэтому, послѣротовую лихорадку (или, лучше сказать, гнилостное зараженіе) мы должны считать въ высшей степени заразительною въ томъ смыслѣ, что ядъ ея, попавши въ открытую рану, производитъ, какъ правило, мѣстное или общее зараженіе.

Этимъ, конечно, не отрицается тотъ фактъ, что въ теченіи процесса могутъ быть существенныя разницы, зависящія отъ свойствъ раны и окружающихъ ее частей и отъ индивидуальности больной. Намъ кажется, что у родильницъ септическое зараженіе развивается легче и ведетъ къ болѣе дурнымъ послѣдствіямъ, чѣмъ у раненыхъ. Это, можетъ быть, зависитъ, съ одной стороны, отъ того, что воспаленіе кѣтчатки у первыхъ очень легко переходитъ на брюшину и вызываетъ смертельное воспаленіе ея, между тѣмъ какъ съ раненыхъ конечностей воспаленіе не легко переходитъ на такія опасныя мѣста. Но, съ другой стороны, слѣдуетъ принять во вниманіе и то, что у родильницъ процессы всасыванія въ тазовыхъ органахъ совершаются чрезвычайно энергически и что всасываніе особенно облегчается у нихъ чрезмѣрно увеличенными лимфатическими сосудами, проходящими по разрыхленной тазовой соединительной ткани. Острая потеря крови иногда также бываетъ причиною того, что соки тканей всасываются кровью съ особенною энергіею.

Отчасти для уясненія этиологіи, отчасти для того, чтобы показать разнообразіе источниковъ, изъ которыхъ можетъ простекать зараженіе, мы приведемъ наиболѣе убѣдительные случаи изъ тѣхъ, которые цитируетъ *Hirsch*.

«*Simpson* сообщаетъ слѣдующій случай: врачъ въ Лисѣ (*Leith*) дѣлалъ вскрытіе женщины, умершей отъ нарыва въ тазу; втеченіе ближайшихъ 50 часовъ послѣ этого онъ былъ призываемъ къ пяти акушерскимъ случаямъ, и въ четырехъ изъ нихъ вскорѣ затѣмъ развилась послѣротовая лихорадка, а въ одномъ случаѣ, гдѣ женщина осталась здоровою, роды совершились до его прибытія».

«*Hutchinson* сообщаетъ о слѣдующемъ фактѣ: два врача, жившіе другъ отъ друга на разстояніи 10 англійскихъ миль, лечили одного больнаго, страдавшаго флегмонозною рожею и который жилъ на половинѣ пути между ихъ мѣстопробываніями; послѣ одного посѣщенія ими больнаго, причѣмъ они тщательно изслѣдовали руками пораженный членъ и, въ особенности, ихорозныя поверхности, каждый изъ этихъ врачей подавалъ пособіе въ ближайшіе за этимъ 30 — 40 часовъ при родахъ у себя въ округѣ, и обѣ родильницы заболѣли послѣротовою лихорадкою и умерли».

«*Robertson* такимъ образомъ описываетъ эпидемію 1830 г. въ Манчестерѣ: акушерка В. принимала 4 декабря 1830 г. у одной бѣдной женщины, которая вскорѣ умерла отъ послѣротовой лихорадки: съ этого-то дня до 4 января 1831 г.,

слѣдовательно, ровно втечені одного мѣсяца,—эта же акушерка принимала у другихъ женщинъ въ различнѣйшихъ частяхъ весьма обширнаго предмѣстья, и изъ этихъ 30 родильницъ 16 заболѣли пuerперальною лихорадкою, окончившеюся смертельнымъ исходомъ. Это были первые и единственные случаи болѣзни, которая съ давняго времени уже не наблюдалась въ Манчестерѣ. Акушерки города, обыкновенно числомъ около 25, принимали еженедѣльно, среднимъ числомъ, у 90 роженницъ, и изъ всѣхъ этихъ 380 разрѣшившихся отъ бремени тогда, ни одна не заболѣла, за исключеніемъ только зараженныхъ акушеркою В.»

Въ случаяхъ, описанныхъ подъ № 22, зараженіе исходило изъ фагаденничскаго бубона и ущемленной гангренозной грыжи, а въ случаѣ 23 — изъ гангренозной мошонки. Мы сами наблюдали переносъ съ сложнаго перелома голени съ гангреною мягкихъ частей, съ полусгнившаго выкинутого яйца и т. п.

Съ того времени, какъ обращено было вниманіе практическихъ врачей на возможность переноса рукою, увеличились, между прочимъ, и отчеты объ эпидеміяхъ внѣ родильныхъ заведеній. Такіе случаи разнесенія злокачественнаго заболѣванія акушерками сообщаютъ: *Werdmüller* ¹⁾, *Maier* ²⁾, *Stehberger* ³⁾, *Kaufmann* ⁴⁾, *Stage* ⁵⁾, *Spiegelberg* ⁶⁾, *Olshausen* ⁷⁾, *Krauss* ⁸⁾, и *Roth* ⁹⁾. Намъ лично извѣстенъ цѣлый рядъ эпидемій родильной горячки въ городахъ и селеніяхъ.

Чтобы уяснить себѣ процессъ, происходящій при зараженіи родильницъ, лучше всего сравнить его съ другимъ, нерѣдко встрѣчающимся видомъ септического зараженія, поражающаго какую-либо другую часть тѣла.

Если при вскрытіи септическія вещества попадутъ въ маленькую ранку на палецъ, то мы, смотря по количеству и качеству заражающаго вещества и, во всякомъ случаѣ, также по степени индивидуальнаго предрасположенія, наблюдаемъ различныя послѣдствія зараженія. Въ одномъ случаѣ ядъ производитъ чисто мѣстное раздраженіе, такъ что на мѣстѣ зараженія образуется нерѣдко долго гноящаяся пустула, или же воспаленіе распространяется и на сосѣдніе съ ранкою участки. Дѣло доходитъ до воспаленія восходящихъ лимфатическихъ сосудовъ руки и остраго воспалительнаго отека (флегмоны подкожной и межмышечной соединительной ткани). Общее состояніе при этомъ участвуетъ не болѣе нежели какъ мы это привыкли видѣть и при другихъ мѣстныхъ воспаленіяхъ, т. е. болной въ умѣренной степени лихорадитъ.

Точно также у родильницы, вслѣдствіе зараженія ранки, сидящей во входѣ влагалища, можетъ образоваться обыкновенная медленно заживающая язва, или же воспаленіе можетъ распространиться далѣе, соответственно ходу лимфатическихъ сосудовъ и соединительной ткани, могутъ развиваться гнойный лимфангоитъ и островоспалительный отекъ въ окружности влагалища и матки. Со стороны общаго состоянія заболѣваніе ограничивается лихорадкою, соответствующею вполне силѣ мѣстнаго воспалительнаго процесса.

Но въ менѣе благоприятно-протекающихъ случаяхъ, послѣ зараженія пальца трупнымъ ядомъ наступаютъ, втеченіи 24-хъ или 36-ти часовъ, очень серьезныя общія явленія. Послѣднія выражаются при жизни преимущественно высокою степенью лихорадки, далеко несоответствующею степени мѣстнаго пораженія и сильно измѣняющею правильную дѣятельность всѣхъ органовъ. Въ весьма короткое время можетъ наступить смерть, и при вскрытіи, за исключеніемъ незначительныхъ измѣненій въ крови, не находятъ никакихъ макроскопическихъ измѣненій; болной умеръ отъ остраго гниlostнаго зараженія (septicaemia). Въ иныхъ случаяхъ находятъ острое перерожденіе большихъ железистыхъ органовъ брюшной полости

¹⁾ M. f. G. B. 25. p. 293, см. *Boehr*, B. 32. p. 409. — ²⁾ Bair. ärztl. Intelligenzblatt. 1865. № 19. p. 269 — ³⁾ M. f. G. B. 27. p. 300. — ⁴⁾ M. f. G. B. 29. p. 246. — ⁵⁾ l. c. — ⁶⁾ l. c. p. 22. — ⁷⁾ См. *Volkman's Samml. Klin. Vortr.* № 28. p. 242. — ⁸⁾ *Arch. f. Gyn. B. V.* p. 562. — ⁹⁾ *Bezirks-Vers. zu Zweibrücken.* 2. Dec. 1874.

и отдѣльных частей произвольныхъ мышцъ, или же измѣненія, указывающія на плевропневмонію, перитонитъ или артритъ; въ такомъ случаѣ, говорятъ: больной погибъ отъ полустрой септицеміи. Въ другихъ же случаяхъ находятъ тромбозъ вень въ окружности раны; тромбы эти подверглись ихорозному распаденію и отдѣльные кусочки распада, унесенные потокомъ крови, остановились въ мелкихъ сосудахъ, всего чаще въ легочныхъ, и произвели здѣсь инфаркты и абсцессы: въ этомъ случаѣ діагностицируютъ піэмію.

Такимъ же точно образомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ зараженія родильницъ, мѣстныя явленія инфекции отступаютъ на задній планъ. Втеченіи 36 часовъ наступаетъ сильное повышение температуры, съ ознобомъ или же безъ него, и мы здѣсь имѣемъ дѣло съ тою же лихорадкою тифознаго характера, каковую видѣли у заразившихся трупнымъ ядомъ. Считаемо излишнимъ проводить эту параллель еще даѣе, такъ какъ все вышесказанное буквально можетъ быть примѣнено къ родильной горячкѣ ¹⁾.

Патологическая анатомія послѣродовой лихорадки.

Литература: *Virchow*, Ges. Abh. p. 597 и *Virchow's Archiv*. B. 23. p. 415. — *Buhl*, Hecker u. Buhl, Klinik. d. Geb. B. I. p. 231. — *Erichsen*, Bericht etc. Petersburger med. Z. B. VIII. p. 257 и 359. — *Klob*, Pathol. Anat. d. weibl. Sex. p. 235 и сл. — *Maier*, *Virchow's Archiv*. 1864. B. 29. p. 526.

Патологическая анатомія послѣродовой лихорадки нѣсколько измѣнилась, благодаря новѣйшимъ бактериологическимъ изслѣдованіямъ. Какъ мѣстное заболѣваніе, такъ и дальнѣйшее его распространеніе по продолженію тканей и посредствомъ кровообращенія зависитъ существенно отъ кокковъ, образующихъ цѣпочки. Однако нѣтъ еще точныхъ изслѣдованій, чтобы можно было это воззрѣніе провести послѣдовательно во всѣхъ деталяхъ. Поэтому мы ограничиваемся въ самомъ началѣ этой главы однимъ лишь указаніемъ на этотъ фактъ.

¹⁾ Авторъ, говоря о родильной горячкѣ, вездѣ почти употребляетъ слово эпидемія, между тѣмъ какъ это выраженіе находится въ явномъ противорѣчій съ современнымъ воззрѣніемъ на этотъ вопросъ, которое онъ самъ защищаетъ и проводитъ въ этомъ сочиненіи. Подъ именемъ эпидеміи разумѣютъ повальное распространеніе того или другаго болѣзненнаго процесса на болѣе или менѣе обширномъ пространствѣ, подъ вліяніемъ той или другой міазмы (тифъ, холера, оспа, скарлатина и пр.). Родильная же горячка, по современному ученію, котораго строго придерживается авторъ, заражается всегда въ томъ или другомъ мѣстѣ (родильные дома, госпитали и пр.) и переходитъ на другихъ родильницъ путемъ переноса. Слѣдовательно, въ началѣ мы всегда будемъ имѣть дѣло съ эндемией. Родильная горячка можетъ, правда, быть перенесена и въ другія мѣста, но все-таки она будетъ ограничиваться только тѣми мѣстностями, куда она была перенесена, не трогая другихъ сосѣднихъ мѣстностей; другими словами: она не распространяется повально. Эндемическій характеръ родильной горячки лучше всего доказывается тѣмъ, что она большею частью господствуетъ почти исключительно въ томъ родильномъ заведеніи, гдѣ она развилась первоначально, не распространяясь въ одно и то-же время на другія однородныя заведенія. Въ одномъ городѣ, напр., существуютъ три родильныхъ заведенія. Въ одномъ изъ нихъ развивается родильная горячка и господствуетъ въ немъ извѣстное время, между тѣмъ какъ два другихъ родильныхъ дома остаются совершенно свободными отъ заболѣваній. Другой примѣръ: въ одномъ и томъ же городѣ встрѣчается въ извѣстное время много тяжелыхъ случаевъ родильныхъ заболѣваній внѣ госпитальной практики, и на оборотъ. Подобное несовпаденіе заболѣваній было всегда однимъ

Какъ уже было сказано выше, зараженіе можетъ произойти въ различныхъ мѣстахъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что вся внутренняя поверхность матки, лишенная своего эпителиальнаго покрова, способна всасывать септическихъ вещества и дать возможность микроорганизмамъ проникнуть въ болѣе глубокія ткани. Но въ практическомъ отношеніи особенно важны мѣсто прикрѣпленія послѣда и область внутренняго зѣва, такъ какъ, при операціяхъ надъ послѣдомъ и при изслѣдованіяхъ, названныя мѣста чаще другихъ приходятъ въ соприкосновеніе съ заражающимъ пальцемъ. Особенно часто зараженіе имѣетъ исходною точкою поверхностные надрывы на наружномъ маточномъ зѣвѣ; въ другихъ случаяхъ мѣстомъ прививки септического яда являются маленькіе разрывы слизистой оболочки, происходящіе у каждой перворождающей, а также, въ большинствѣ случаевъ, и у многорождающихъ во входѣ во влагалище при прорѣзываніи головки (см. стр. 624). Входъ во влагалище часто долженъ пропускать чрезъ себя изслѣдующій палецъ врача и бабки; поэтому септическихъ веществъ, внесенныхъ пальцемъ, легко отлагаются именно во входѣ и, какъ только появятся маленькіе надрывы на слизистой оболочкѣ, тотчасъ же могутъ всосаться.

Хотя не во всѣхъ случаяхъ, однако весьма часто рана превращается въ язву, носящую названіе пуэрперальной язвы. Послѣдняя находится, естественнымъ образомъ, на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ ранѣ, слѣдовательно, въ большинствѣ случаевъ во входѣ во влагалище, на внутренней поверхности губъ или позади уздечки. Разрывы промежности также легко превращаются въ язвы, которыя заживаютъ лишь вторымъ натяженіемъ. Но встрѣчаются случаи, гдѣ можно найти язвы во входѣ во влагалище и вмѣстѣ съ тѣмъ зажившій первымъ натяженіемъ разрывъ промежности. Въ такихъ случаяхъ, очевидно, зараженіе произошло не со стороны раны промежности, такъ какъ края раны уже срослись прежде, нежели стекающій по ней секретъ могъ превратить ее въ язвенную поверхность. Въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчаются и во влагалищѣ маленькіе надрывы слизистой оболочки (см. стр. 621), которые

изъ главныхъ доказательствъ инфекціонистовъ, т. е. тѣхъ, которые утверждаютъ, что такъ называемая родильная горячка развивается единственно вслѣдствіе всгупленія въ организмъ извѣстнаго вещества, независимо совершенно отъ вліяній космическихъ и теллурическихъ. Тѣ-же, которые отстаиваютъ значеніе этихъ послѣднихъ вліяній, т. е. эпидемисты, не соглашаются съ тѣмъ, чтобы происхожденіе родильной горячки можно было всегда объяснять такъ просто. Мы бы зашли слишкомъ далеко, еслибы хотѣли подробно разобрать здѣсь этотъ вопросъ. Дѣло въ томъ, что инфекціонистовъ въ настоящее время несравненно болѣе, чѣмъ эпидемистовъ, которые невольно должны были уступить поле и главнымъ образомъ, я думаю, потому, что ученіе о сущности эпидемій вообще представляетъ нѣчто чрезвычайно шаткое. Для полноты ученія о родильной горячкѣ мы считаемъ необходимымъ привести вкратцѣ нѣкоторыя возраженія, дѣлаемая эпидемистами инфекціонистамъ.

1) Отчего, спрашиваютъ они, въ данномъ родильномъ госпиталѣ, при совершенно одинаковыхъ условіяхъ (т. е. при одинаковой обстановкѣ, слѣд. при однихъ и тѣхъ же врачахъ, одинаковомъ уходѣ за родильницами и пр.), вдругъ, ни съ того, ни съ сего, начинаютъ обнаруживаться тяжелыя заболѣванія; заболѣванія эти уси-

также могут превратиться въ язву значительной величины. Тоже самое наблюдается на шейкѣ матки при существованіи небольшихъ надрывовъ и на всей внутренней поверхности матки или части ея. Язва имѣетъ возвышенныя въ видѣ валиковъ края и дно, покрытое желтымъ или грязнаго цвѣта налетомъ; она отличается наклономъ къ распространенію и очень медленно заживаетъ, причемъ пленка, придающая дну сказанный цвѣтъ, отторгается и со дна язвы вырастаютъ мелкія грануляціи. Въ случаяхъ съ болѣе сильнымъ измѣненіемъ тканей, которое на трупахъ встрѣчается въ особенности въ шейкѣ матки и на внутренней поверхности матки, язва покрыта дифтеритическимъ буровато-зеленымъ струпомъ.

При распространеніи воспаленія по поверхности, слизистая оболочка влагалища припухаетъ и подслизистая ткань становится мѣстомъ развитія болѣе или мѣнѣе сильнаго отека. Слизистая оболочка при *colpitis* становится на ощупь мягкой и инфильтрованной; всего сильнѣе разбухаетъ окружность язвъ, такъ что дѣло обыкновенно доходитъ до значительнаго отека губъ. Процессъ этотъ совершенно тождественъ съ извѣстнымъ рожистымъ процессомъ общихъ крововъ. На этомъ основаніи *Virchow* далъ этимъ формамъ названіе — *Erysipelas malignum puerperale internum*. Рожистый процессъ нерѣдко распространяется и на наружныя половыя органы, сѣдалищныя области и смежныя части бедеръ; но такъ какъ у свѣжихъ родильницъ эти части обыкновенно уже представляются окрашенными въ интенсивно розовый цвѣтъ, то рожу часто и не замѣчаютъ. Сильный отекъ губъ, образованіе пузырей на кожѣ бедра, а также неожиданное появленіе пролежней указываютъ на существованіе рожи ¹⁾.

ливаются, затѣмъ начинаютъ ослабѣвать и, по прошествіи извѣстнаго времени, совсѣмъ прекращаются? Если распространеніе эндеміи происходитъ главнымъ образомъ путемъ переноса (т. е. черезъ врачей, бабокъ и т. д.), то эндемія не должна бы прекращаться, потому что врачи, бабки и проч. всегда принимаютъ извѣстныя одинаковыя предосторожности.

2) Отчего въ извѣстныя времена число заболѣваній въ родильномъ періодѣ въ томъ или другомъ заведеніи вдругъ возрастаетъ? Мы имѣемъ здѣсь въ виду заболѣванія не смертельныя.

3) Отчего эндемія родильной горячки въ различныя времена принимаетъ различный характеръ, т. е. иногда господствуетъ по преимуществу та или другая патологическая форма, какъ-то: перитонитъ, дифтеритъ и т. д.?

4) Отчего одни и тѣ-же пораженія половой сферы иногда протекаютъ хорошо, между тѣмъ какъ во время эндеміи они принимаютъ смертельный исходъ? Почему, напр., параметритъ, протекающій въ обыкновенное время совершенно благопріятно, во время эндеміи переходитъ въ летальный процессъ? Въдѣ первоначальный процессъ, т. е. параметритъ, съ анатомико-патологической точки зрѣнія, одинъ и тотъ-же, а между тѣмъ исходъ столь различенъ.

Мы привели просто эти вопросы для того, чтобы читатель не усвоилъ себѣ слѣшкомъ исключительное воззрѣніе на этотъ важный вопросъ, который, по нашему мнѣнію, далеко еще не рѣшенъ окончательно.

Ученіе эндемистовъ многими допускается ужъ потому только, что оно побуждаетъ насъ быть чрезвычайно осторожными въ уходѣ за родильницами и это должно считать самымъ важнымъ успѣхомъ науки въ этомъ отношеніи. Г.

¹⁾ См. *Nippold*, въ *Winkel's Berichte u. Studien* 1874. р. 186 и *Hugenberg*, *Arch. f. G. B.* 13. р. 387.

На слизистой оболочкѣ матки воспалительный процессъ влечетъ за собою замѣтныя измѣненія лишь при высокихъ степеняхъ своего развитія. Внутренняя поверхность матки и послѣ нормальныхъ родовъ представляетъ картину сильнаго катаррального воспаления. Эта картина измѣняется лишь тогда, когда болѣе значительные участки сохранившейся слизистой оболочки подвергаются быстрому некрозу, т. е. когда эндометритъ принимаетъ дифтеритическій характеръ. Смотри по обширности и глубинѣ омертвѣлыхъ участковъ внутренняя поверхность матки представляетъ различный видъ. Если остались значительной величины куски отпадающей оболочки, то они подвергаются отеку и образуютъ бугристыя возвышенія. Поверхностные слои мѣстами или же на большомъ протяженіи превращаются въ струнья, такъ что посреди нормальной слизистой оболочки мы находимъ желто-бурыя или зеленоватыя мѣста, покрытыя массами распада, которыя легко соскабливаются ножемъ. Мѣсто прикрѣпленія послѣда въ большинствѣ случаевъ вдается значительно въ полость матки, представляясь, впрочемъ, мало измѣненнымъ. При омертвѣніи всей внутренней поверхности матки, мы находимъ повсюду, смотря по степени размягченія органа, или зеленовато-буроватыя клочковидныя массы или-же кашицевидный шоколаднаго цвѣта налетъ, по снятіи которыхъ обнаживаются самыя глубокіе слои слизистой оболочки или даже обнаженныя мышечныя волокна. Мѣсто прикрѣпленія послѣда также принимаетъ участіе въ процессѣ, вслѣдствіе чего оно бываетъ покрыто толстымъ струномъ или обнажено вплоть до мышечнаго слоя, въ которомъ, по распаденіи тромбовъ, видны зияющія отверстія венъ.

Сама матка при этихъ формахъ также никогда не остается совершенно нетронутою. Матка плохо сокращена, вся ткань ея представляется отечною. Въ болѣе сильно развитыхъ случаяхъ почти постоянно встрѣчаются или въ самой паренхимѣ матки, или по краямъ ея растянутыя лимфатическіе сосуды, наполненные гноемъ; начало сосудовъ нерѣдко можно прослѣдить до язвъ шейки, покрытыхъ налетомъ. На этихъ лимфатическихъ сосудахъ иногда встрѣчаются отдѣльныя наполненныя гноемъ эктазиі, достигающія величины орѣха и могущія симулировать абсцессы въ паренхимѣ матки, отъ которыхъ онѣ отличаются лишь гладкостью своихъ стѣнокъ, такъ какъ приводящій и отводящій сосудъ не можетъ быть всегда найденъ.

Въ обыкновенныхъ случаяхъ воспалительный процессъ не распространяется на слизистую оболочку трубъ, такъ что даже при высокой степени пораженія слизистой оболочки матки, трубы остаются нормальными, или онѣ представляютъ явленія только легкаго катарра. Но иногда дѣло можетъ дойти до гнойнаго воспаления трубъ (*salpingitis*), вслѣдствіе котораго, отъ послѣдовательнаго ли распространенія воспаления на брюшное отверстіе трубъ или отъ прободенія ихъ, съ излитіемъ гноя въ брюшную полость, можетъ появиться перитонитъ, хотя нужно замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ этотъ послѣдній происходитъ другимъ путемъ.

Примѣч. Buhl ¹⁾, Martin ²⁾, Förster ³⁾ и Traube ⁴⁾ обращали особенное вниманіе на воспаленіе трубъ, какъ на причину пuerperального перитонита. Уже то обстоятельство, что въ обыкновенныхъ случаяхъ только брюшинный конецъ трубъ наполненъ гноемъ, между тѣмъ какъ остальной каналъ трубы представляется нормальнымъ или слегка пораженнымъ катарромъ слизистой оболочки, дѣлаетъ это объясненіе невѣроятнымъ. Гораздо чаще, безъ всякаго сомнѣнія, воспаленіе распространяется на брюшину съ подлежащей соединительной ткани, а отсюда перитонитъ, переходя дальше, поражаетъ свободные концы трубъ. Признакъ, предложенный Förster'омъ, по которому перитонитъ можетъ считаться развившимся вслѣдствіе воспаления трубъ, если анатомическія измѣненія наибольшей давности находятся въ области ostium abdominale, также не рѣшаетъ вопроса, такъ какъ перитониты, развивающіеся вслѣдствіе параметритовъ, также имѣютъ исходною точкою область широкихъ маточныхъ связокъ.

Впрочемъ, что pyosalpinx можетъ сдѣлаться причиною остраго перитонита вслѣдствіе ли разрыва трубы или вслѣдствіе выступленія гноя изъ брюшнаго конца ея, это не подлежитъ никакому сомнѣнію и встрѣчается не совсѣмъ рѣдко и внѣ послѣродоваго состоянія. Оба сообщенные Hecker'омъ ⁵⁾ случая, которые, очевидно, не состояли ни въ какой связи съ родильнымъ зараженіемъ и относятся къ старымъ гнойнымъ катаррамъ трубы, показываютъ, что подобные случаи могутъ имѣть мѣсто и въ родильномъ періодѣ. Я самъ наблюдалъ подобный же случай. Само собою понятно, что это возможно только при одностороннемъ pyosalpinx, такъ какъ при двухстороннемъ всегда бываетъ безплодіе.

Если вся внутренняя поверхность матки превращена въ кашецеобразную массу распада, то и существо ея всегда вовлекается въ болѣзненный процессъ. Уже при болѣе сильномъ эндометритѣ постоянно можно найти измѣненія въ паренхимѣ матки, которыя можно бы назвать метритомъ. Измѣненія эти состоятъ въ отежномъ размягченіи и помутнѣніи всего органа. Матка представляется при этомъ размягченною, такъ что лежація на ней петли кишекъ оставляютъ вдавленія на ея поверхности въ видѣ фасетокъ; кромѣ того, она плохо сокращена. Жидкость, пропитывающая матку, представляетъ въ однихъ случаяхъ характеръ чисто отежной жидкости, но чаще она мутна, вслѣдствіе содержанія бѣлка и примѣси мелкозернистаго распада, а иногда даже окрашена кровью. Если ихорозный эндометритъ распространяется глубже, то часть матки можетъ подвергнуться гнилостному распаденію (putrescentia uteri) и такимъ образомъ даже подать поводъ къ прободенію въ брюшную полость. Но омертвѣвшія части матки могутъ также выдѣлиться наружу ⁶⁾.

Въ другихъ, правда, весьма рѣдкихъ случаяхъ, происходитъ обильное размноженіе клѣточныхъ элементовъ въ ограниченныхъ мѣстахъ паренхимы матки, вслѣдствіе чего могутъ образоваться абсцессы, съ исходомъ въ сыровидное оплотнѣніе или прободеніе. Такіе абсцессы отличаются отъ наполненныхъ гноемъ лимфатическихъ полостей, во-первыхъ, тѣмъ, что при этомъ не бываетъ гладкой выстилающей ихъ стѣнки оболочки и, во-вторыхъ, своею сиуозною и менѣе круглою

¹⁾ Zeitschrift f. rat. Med. 1856. VIII. p. 106 и Kl. d. Geb. 1. p. 233. — ²⁾ M. f. G. B. 13. p. 11 и B. 17. p. 163. — ³⁾ Wiener med. Woch. 1859. № 44 и 45. — ⁴⁾ Berl. klin. Woch. 1874. № 6. — ⁵⁾ Centralbl. f. Gynaek. 1878. № 2. — ⁶⁾ См. *Грамматикати*, Centr. f. Gyn. 1885. № 28.

формую, но тѣмъ не менѣе, вѣроятно, ихъ часто смѣшивали другъ съ другомъ.

Хотя при извѣстныхъ обстоятельствахъ воспаленіе матки можетъ распространиться на окружающую ее соединительнотканную клетчатку, но обыкновенно параметритъ развивается другимъ путемъ, а именно, такимъ образомъ, что вызванный зараженіемъ воспалительный процессъ показываетъ мало склонности идти далѣе по поверхности слизистой оболочки, и напротивъ того, начиная съ мѣста зараженія (слѣдовательно, обыкновенно со входа во влагалище или шейки), распространяется по окружающей влагалище и матку соединительной ткани.

Развивающійся въ этой соединительной ткани процессъ совершенно тождественъ съ флегмонознымъ воспаленіемъ, которое намъ приходится нерѣдко наблюдать въ соединительной ткани конечностей. Онъ состоитъ въ остромъ воспалительномъ отека. Пораженная соединительная ткань набухаетъ, становится нѣсколько мутною; въ болѣе сильно выраженныхъ случаяхъ набуханіе бываетъ сильнѣе, вся ткань представляется пропитанною жидкимъ, серознымъ выпотомъ, чаще, однако, студенистою, полусвернушеюся массою, наполняющею промежутки соединительной ткани. Одновременно происходитъ въ ней инфильтрація громаднымъ количествомъ мелкоклеточныхъ элементовъ.

Мѣстомъ развитія этого разлитого остраго отека служитъ вся масса выполняющей тазъ соединительной ткани. Начинается отекъ этотъ обыкновенно съ окружности влагалища, отсюда переходитъ выше и занимаетъ наконецъ всю лежащую подъ брюшиною соединительную ткань, такъ что брюшина является какъ бы отслоенною, вслѣдствіе набуханія лежащей подъ нею соединительной ткани. Разбираемый процессъ можетъ простирается, съ одной стороны, до подвздошныхъ костей, къзади до околопочечной соединительной ткани и даже до грудобрюшной преграды, съ другой же стороны онъ можетъ распространиться на значительную часть передней брюшной стѣнки. Рѣже разбираемый процессъ распространяется на соединительную ткань, сопровождающую большіе сосуды и нервы нижнихъ конечностей, обусловливая здѣсь описанный подъ названіемъ *phlegmasia alba dolens* воспалительный отекъ бедеръ; еще рѣже процессъ этотъ идетъ по круглой связкѣ черезъ паховой каналъ къ паховой области и вызываетъ здѣсь флегмону и нагноеніе железъ.

Самые значительные отеки встрѣчаются обыкновенно подъ тазовую частью брюшины. Здѣсь условія для набуханія тканей, очевидно, самыя благоприятныя. Матка послѣ родовъ значительно уменьшилась въ объемѣ и поэтому тазовая часть брюшины, въ нѣкоторомъ смыслѣ, ненормально велика соразмѣрно съ тазовыми внутренностями, хотя она, въ силу своей эластичности, и не образуетъ складокъ. Преимущественно та клетчатка, которая лежитъ между обоими листками широкихъ связокъ, по причинѣ своего разрыхленія (во время беременно-

сти широкія маточныя связки сильно развертываются врастающею въ нихъ маткою и покрываютъ своими двумя листками боковыя части матки), болѣе всего подвержена воспалительному отеку. Такъ-какъ, вмѣстѣ съ тѣмъ, эти мѣста очень легко доступны совмѣстному внутреннему и наружному изслѣдованію, то на основаніи состоянія широкихъ связокъ легче всего установить распознаваніе воспаленія тазовой клѣтчатки. Напротивъ того, съ маткою брюшина находится въ такой тѣсной связи, что здѣсь никогда не наблюдается значительнаго накопленія выпота.

Съ исходомъ въ выздоровленіе, какъ это бываетъ во всѣхъ болѣе легкихъ, не осложненныхъ формахъ, отекъ быстро исчезаетъ. Если не наступило еще значительной клѣточной инфильтраціи, то не остается почти никакихъ слѣдовъ патологическаго измѣненія ткани; но если накопилась значительная масса молодыхъ клѣтокъ, то послѣднія обыкновенно подвергаются жировому метаморфозу и при быстромъ всасываніи жидкихъ составныхъ частей образуютъ постепенно отвердѣвающую опухоль, состоящую изъ мелкозернистаго распада, который при сколько нибудь благопріятныхъ условіяхъ также всасывается въ теченіи нѣсколькихъ недѣль. Въ относительно рѣдкихъ случаяхъ клѣточная инфильтрація ткани въ ограниченномъ мѣстѣ становится до того обильною, что подаетъ поводъ къ образованію нарыва, который при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни можетъ имѣть одинъ изъ нижеописанныхъ исходовъ.

При болѣе сильной степени зараженія дѣло можетъ дойти до извѣстнаго рода некротическаго распадена подсерозной соединительной ткани. Въ такихъ случаяхъ мы находимъ часто значительную отслойку брюшины отъ подлежащей ткани, причемъ послѣдняя пропитана мутнымъ серознымъ экссудатомъ, окрашена нерѣдко въ темнокоричневый или шоколадный цвѣтъ красящими веществами крови и элементами распада и имѣетъ ихорозный запахъ. Если параметритъ присоединяется къ глубокому надрыву шейки или рукава, то широкая связка бываетъ иногда сильно растянута воздухомъ. Но и клѣтчатка можетъ отслаиваться и отторгаться вслѣдствіе некротическаго распадена, какъ мы это видѣли въ одномъ случаѣ, гдѣ больная съ сильно развившимся перитонитомъ, находившимся на пути къ выздоровленію, умерла отъ ихорознаго абсцесса въ легкихъ. Подбрюшинная клѣтчатка надъ лѣвымъ m. ileosoaas, лежала свободно въ полости подъ брюшиннымъ листкомъ въ видѣ бѣлаго некротическаго лоскута около 1 фута длиною.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ параметрита въ воспалительномъ очагѣ находятъ тромбозъ лимфатическихъ сосудовъ. Свернувшаяся лимфа выполняетъ весь сосудъ, растягивая его то равномерно, то мѣстами, въ видѣ четкообразныхъ припухлостей; иногда образуются также отдѣльныя расширенныя мѣста (эктази), очень похожія на описанныя выше эктази въ маткѣ. Этотъ тромбозъ можетъ быть вызванъ непо-

средственно влияніемъ заражающаго вещества, но чаще, нужно полагать, онъ обусловливается воспаленіемъ около-сосудистой соединительной ткани. Воспалительные выпоты въ соединительной ткани также обладаютъ склонностью къ свертыванію и оказываютъ такое же створаживающее влияніе на содержимое ближайшихъ лимфатическихъ сосудовъ.

Тромбозу лимфатическихъ сосудовъ приписывали весьма различное значеніе. Въ то время, какъ *Hecker* и *Buhl* считали лимфангоитъ прямой причиной опасности, свойственной послѣродовой лихорадкѣ, *Virchow* первый доказалъ, что этотъ тромбозъ долженъ считаться благоприятнымъ обстоятельствомъ для больной въ томъ отношеніи, что закупоренные сосуды утрачиваютъ способность переносить дальше заражающее вещество. И дѣйствительно, въ большинствѣ случаевъ мы находимъ воспалительныя измѣненія лишь въ ближайшихъ конгломератахъ железъ, въ которыхъ воспалительный процессъ задерживается; вся остальная лимфатическая система, такимъ образомъ, не принимаетъ участія въ воспалительномъ процессѣ. Весьма рѣдко тромбозъ распространяется далѣе (до груднаго протока—*ductus thoracicus*); но въ такихъ случаяхъ мы встрѣчаемъ и другія, весьма важныя, измѣненія. При вскрытіи трупа родильницы, умершей въ періодѣ обратнаго развитія общаго перитонита, мы нашли у нея закупоренные тромбами лимфатическіе сосуды, находившіеся на пути къ исцѣленію. Содержимое эктазіи потеряло свой гнойный характеръ и приняло видъ оплотнѣвшаго желтаго шарообразнаго комка.

При каждомъ болѣе сильномъ параметритѣ воспалительный процессъ въ соединительной ткани переходитъ *per continuitatem* и на яичники, вслѣдствіе чего дѣло доходитъ до воспаления ихъ—*orchitis*. Этотъ процессъ, впрочемъ, можно разсматривать почти во всѣхъ, безъ исключенія, случаяхъ, какъ менѣе важное страданіе, играющее болѣе второстепенную роль, такъ какъ онъ не влияетъ существенно на степень опасности заболѣванія. Въ случаяхъ ихорознаго распадѣнія подсерозной ткани, дѣйствительно, находятъ иногда точно также распадѣніе всей стромы яичниковъ, такъ что при разрѣзѣ капсулы все содержимое органа вытекаетъ въ видѣ серозной, грязнаго цвѣта жидкости, какъ изъ кисты; но въ этихъ случаяхъ прочія измѣненія бываютъ столь обширны, что заболѣваніе яичниковъ далеко уступаетъ имъ, если не относительно степени, то, во всякомъ случаѣ, относительно обширности. Только въ исключительныхъ случаяхъ дѣло доходитъ до образованія абсцессовъ въ яичникахъ, которые или рано кончаются прорободеніемъ, или же достигаютъ значительной величины и въ такихъ случаяхъ могутъ вскрываться впослѣдствіи либо наружу, либо въ сосѣдніе органы при происшедшихъ зараженіяхъ сращенія.

Такъ-какъ параметритъ поражаетъ соединительную ткань, лежащую непосредственно подъ брюшиною, то не удивительно, что и послѣдняя, обыкновенно, также принимаетъ участіе въ воспалительномъ процессѣ.

Только при незначительной степени зараженія и при слабомъ и очень постепенномъ опуханіи можетъ отсутствовать всякая боль, которая служитъ самымъ вѣрнымъ признакомъ участія въ процессъ брюшиннаго листка. При значительной степени набуханія, брюшина подвергается раздраженію уже вслѣдствіе ненормальнаго растяженія и смѣщенія, появляются припадки периметрита или, вѣрнѣе, *pelveoperitonit'a*, такъ-какъ, обыкновенно, страдаетъ не столько часть брюшины, покрывающей матку, сколько другіе участки ея тазоваго отдѣла. Въ тяжкихъ случаяхъ воспаленіе быстро распространяется по брюшинѣ и въ весьма непродолжительномъ времени можетъ развиться общій перитонитъ.

Pelveoperitonitis обыкновенно состоитъ собственно лишь въ воспалительномъ раздраженіи брюшины, безъ значительнаго вынотѣнія. Въ другихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до образованія ложныхъ перепонокъ, которыя могутъ повести за собою склейку отдѣльныхъ органовъ таза съ послѣдовательнымъ смѣщеніемъ этихъ органовъ, вслѣдствіе рубцоваго сокращенія ложныхъ перепонокъ, что, понятно, будетъ сопровождаться различными тяжелыми припадками. При болѣе сильномъ восналеніи образуются внутрибрюшинныя инкапсулированныя скопленія гноя, весьма медленно всасывающіяся, или же воспалительный процессъ распространяется на всю брюшину.

Этотъ общій перитонитъ чаще всего происходитъ вышеизложеннымъ путемъ, вслѣдствіе дальнѣйшаго распространенія параметрита и *pelveoperitonit'a*. Рѣже, повидимому, этотъ процессъ развивается изъ эндометрита, причемъ воспаленіе распространяется на брюшину чрезъ паранхиму матки или черезъ фаллопиевы трубы.

Въ свѣжихъ и относительно легкихъ случаяхъ мы находимъ всю брюшину, и, въ особенности, висцеральный листокъ ея, въ состояніи мелкососудистой инъекціи, причемъ брюшные органы склеены между собою посредствомъ рыхлыхъ ложныхъ перепонокъ. Эксудатъ иногда бываетъ лишь незначителенъ, почти чисто серознаго и доброкачественнаго характера. Въ другихъ случаяхъ находимъ отдѣльныя скопленія гноя или же толстыя желтаго цвѣта перепонки, состоящія изъ свернувшейся волокнины съ гноемъ и повсемѣстно облегающія брюшные органы. Печень обыкновенно заключена въ толстую оболочку и матка также покрыта этими перепонками вездѣ, гдѣ не прилегаютъ къ ней кишечныя петли. Кишки при этомъ вздуты газами, діафрагма приподнята вверхъ.

Въ самыхъ опасныхъ случаяхъ перитонита, развившагося вслѣдствіе ихорознаго параметрита, волокнистаго выпота не бываетъ; тогда въ полости брюшины мы находимъ жидкій грязно-коричневаго цвѣта, весьма зловонный выпотъ; кишечныя петли имѣютъ темнобурокрасный оттѣнокъ, подобно содержимому ущемленныхъ грыжъ. Случаи послѣдняго рода всегда оканчиваются смертью. Но если эксудатъ серозный, чисто волокнистый или гнойный, то можетъ наступить исцѣленіе путемъ всасыванія, или инкапсуляціи и постепеннаго сгущенія эк-

судата. Но и въ такихъ случаяхъ можетъ произойти иногда прободеніе гнойныхъ фокусовъ въ полость кишечника и, вслѣдствіе прониканія каловыхъ массъ въ скрывшійся абсцессъ, развивается ихорозный перитонитъ, или же смертельный исходъ обуславливается новыми ожесточеніями процесса, неожиданно наступающими въ то время, когда продукты воспаления уже находятся на пути къ полному обратному развитію.

Въ иныхъ случаяхъ воспаленіе брюшины чрезъ діафраму можетъ распространиться на серозные листки плевры и на околосердечную сумку. Воспаленіе соединительной ткани можетъ перейти на бронхи, причѣмъ перибронхіальная соединительная ткань превращается въ студенистую массу, и процессъ, распространяясь далѣе, по протяженію стромы легкаго, можетъ проникнуть глубоко въ этотъ органъ. Вторично къ интерстиціальному воспаленію легкихъ можетъ присоединиться настоящая пневмонія. *Buhl* наблюдалъ эту пневмонію, названную имъ междольчатой, въ особенности у зараженныхъ новорожденныхъ. Мы также наблюдали эту, весьма ясно выраженную, форму у одной родильницы, страдавшей послѣродовою лихорадкою. Чаше всего воспаленіе плевры и легкихъ развивается вслѣдствіе общаго гнилостнаго зараженія (*sepsis*) или пѣміи.

Теперь намъ остается рассмотреть процессъ участія всего организма при зараженіи, т. е. тѣ измѣненія, которыя не распространяются по продолженію тканей, и здѣсь мы должны прежде всего уяснить себѣ, какимъ образомъ развиваются общія явленія и воспаления въ отдаленныхъ органахъ.

При этомъ, однако, еще разъ замѣтимъ, что этотъ процессъ общаго зараженія при родильной горячкѣ ничѣмъ не отличается отъ другихъ такого-же рода процессовъ, встрѣчающихся при инфекціонныхъ ранахъ на другихъ частяхъ тѣла, слѣдовательно, и у хирургическихъ больныхъ.

При рассмотрѣніи процесса общаго зараженія организма дѣло идетъ прежде всего объ остромъ отравленіи ядовитыми веществами, которыя, подъ вліяніемъ микроорганизмовъ, образуются изъ бѣлковинныхъ соединеній тканей, — птомаины по *Brieger*'у (путридный ядъ *Ranin*'а, сепсинъ *v. Bergmann*'а).

Хотя извѣтъ никогда не вводится въ организмъ такое большое количество этого яда, которое могло бы причинить смерть въ самое короткое время, тѣмъ не менѣе ядъ этотъ можетъ быстро вызвать гнилостный эндеметритъ, при чемъ продукты гнилостнаго разложенія непосредственно всасываются зіяющими кровеносными сосудами и обнаруживаютъ свое гибельное дѣйствіе. Сюда относятся случаи самаго остраго гнилостнаго зараженія (*sepsis acutissima*), острое отравленіе птомаинами. При лихорадочномъ состояніи или въ коллапсѣ смерть наступаетъ обыкновенно отъ паралича сердца, и при вскрытіи не находятъ никакихъ существенныхъ измѣненій въ главныхъ органахъ.

Примѣч. По всему вѣроятію, сюда относятся также случаи, на которые обратилъ вниманіе *Hecker*,—случай, въ которыхъ довольно скоро и неожиданно послѣ родовъ. наступаетъ смерть, и при вскрытіи находятъ только паренхиматозное воспаленіе или острое жировое перерожденіе большихъ железистыхъ органовъ брюшной полости, или сердечной мышцы съ многочисленными экхимозами въ различныхъ органахъ. Данные, находимыя при вскрытіи въ подобныхъ случаяхъ, до такой степени соответствуютъ посмертнымъ измѣненіямъ, встрѣчаемымъ при самыхъ острыхъ формахъ септицеміи, что относительно начтожныя, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, прижизненные явленія и невозможность доказать предшествовавшее зараженіе не могутъ служить рѣшительнымъ противодаказательствомъ изложеннаго мнѣнія¹⁾.

Если гнилостный ядъ поступаетъ въ организмъ хотя въ маломъ количествѣ, но повторно, то наступаетъ хроническое отравленіе, т. е. медленно протекающее гнилостное зараженіе. Чрезвычайная слабость и быстрый упадокъ силъ указываютъ на тяжелое заболѣваніе; пульсъ иногда чрезвычайно частъ и малъ; наступаютъ расстройства отправленій важныхъ органовъ, причемъ нельзя констатировать соответствующихъ заболѣваній въ нихъ. Подобнымъ продолжительнымъ поступленіемъ незначительныхъ количествъ гнилостнаго яда обуславливается, по крайней мѣрѣ, очень много тяжелыхъ общихъ припадковъ, которыми обыкновенно сопровождаются инфекціонные процессы.

Если и въ этихъ случаяхъ какъ отравленіе, такъ и участіе всего организма въ заболѣваніи происходятъ посредствомъ крови, то эта послѣдняя приобретаетъ еще гораздо болѣе важное значеніе въ тѣхъ случаяхъ, когда тѣла различной величины, попавшія въ потокъ крови—emboli—заносятся въ отдаленные органы и останавливаются въ сосудахъ, просвѣтъ которыхъ слишкомъ малъ для нихъ.

Нѣкоторыя изъ этихъ тѣлъ, отличающіяся нѣсколько большимъ объемомъ, происходятъ обыкновенно изъ тромбовъ. Такъ какъ закупорка венъ не имѣетъ ничего общаго съ септическимъ зараженіемъ и такъ-какъ кусокъ, оторвавшійся и отъ совершенно доброкачественнаго тромба, можетъ задержаться, въ видѣ эмболюса, въ одной изъ конечныхъ артерій и закупорить ее, то эмболии, сами по себѣ взятыя, не слѣдуетъ считать инфекціоннымъ процессомъ. И дѣйствительно, доброкачественныя эмболии (т. е. такія, которыя дѣйствуютъ только механически, даже если онѣ, закупоривая легочную артерію, причиняютъ немедленную смерть) встрѣчаются вовсе не такъ рѣдко также и у родильницъ.

Гораздо чаще только что упомянутыхъ встрѣчаются инфекціонныя эмболии; здѣсь кусокъ тромба, попавшій въ потокъ крови, и есть вмѣстѣ съ тѣмъ носитель бактеріальнаго зараженія, т. е. вездѣ, гдѣ онъ задерживается, онъ производитъ характеристическое инфекціонное воспаленіе. Подобныя инфекціонныя тромбы могутъ развиваться изъ доброкачественныхъ, если, подъ влияніемъ гнилостнаго воспаленія, распространяющагося кругомъ тромба, послѣдній измѣняется такъ, что въ немъ происходитъ, вслѣдствіе внѣдренія бактерій, гнойное или гнилост-

¹⁾ См. *Hecker*, M. f. G. B. 29. p. 321 и B. 31. p. 197 и *Poppel*, e. l. B. 32. p. 197.

ное распаденіе. Но весьма часто и воспаленіе венъ (phlebitis), проходящихъ по 'воспаленнымъ гнѣздамъ, бываетъ причиною того, что на измененныхъ стѣнкахъ сосудовъ отлагаются тромбы, которые сами становятся инфекціонными, распадаются и заносятъ заразу въ другіе органы.

Подобные заносныя пробки (emboli), послѣ того, какъ они прошли чрезъ правую половину сердца, обыкновенно останавливаются въ вѣтвяхъ легочной артеріи и вызываютъ въ легочной ткани соотвѣтствующее собственному ихъ происхожденію гнойное или гнилостное воспаленіе (собственно піэмія съ метастатическими гнѣздами). Но если частички эмболюса очень малы, то они могутъ пройти и черезъ легочный кругъ кровообращенія и задержаться въ органахъ, снабжающихся сосудами большаго круга кровообращенія.

Бактеріи, попадая въ кровообращеніе, могутъ сами по себѣ, безъ посредства тромбовъ, образовать мельчайшія, большею частью капиллярныя, эмболии. При этомъ онѣ могутъ попасть въ кругъ кровообращенія цѣлыми кучами (зооглеа) и задержаться въ легкихъ. Но онѣ могутъ также поступать въ кровь, хотя и по одиночкѣ, но въ громадномъ количествѣ, и тольео, скучившись въ капиллярахъ, закрыть просвѣтъ ихъ.

Въ послѣднемъ случаѣ, онѣ, конечно, легче могутъ пройти черезъ легкія и остановиться въ органахъ, снабженныхъ сосудами большаго кровообращенія. Но болѣе или менѣе частое появленіе милиарныхъ абсцессовъ въ этихъ органахъ обуславливается еще другимъ путемъ, именно своеобразнымъ участіемъ въ ихъ происхожденіи сердечныхъ клапановъ.

Очень часто у больныхъ послѣродовою горячкою находятъ злокачественный эндокардитъ, происходящій вслѣдствіе того, что на сердечныхъ клапанахъ отлагаются бактеріи. По всей вѣроятности, массы бактерій, при своемъ прохожденіи, остаются на той сторонѣ клапана, которая обращена къ току крови. Гораздо чаще это имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда на клапанахъ, вслѣдствіе стараго эндокардита, уже существовали шереховатости и утолщенія (*Köster*, впрочемъ, рассматриваетъ и эту форму воспаленія клапановъ, обусловленную бактеріями, какъ происшедшую отъ эмболии венечной артеріи). На этихъ отложеніяхъ, образуемыхъ на клапанахъ бактеріями, осѣдаютъ фибринозные сгустки, которые, раздробляясь на мелкія части и снабженные бактеріями, могутъ, такимъ образомъ, сдѣлаться источникомъ многочисленныхъ инфекціонныхъ эмболій. Въ другихъ случаяхъ бактеріи производятъ омертвѣніе эндокардія, который распадается и оставляетъ на клапанѣ изъязвленіе, а распадъ уносится кровью и вызываетъ иногда цѣлыя сотни маленькихъ эмболій.

Эти милиарныя гнѣзда, которыя могутъ быть обусловлены язвеннымъ эндокардитомъ, но которыя встрѣчаются и независимо отъ него, имѣютъ весьма характерные признаки. Ихъ находятъ обыкновенно въ

большомъ количествѣ въ видѣ маленькихъ, бѣлыхъ, или желтоватыхъ гнѣздъ, окруженныхъ нерѣдко экхимозомъ.

До сихъ поръ еще точно не доказано — въ какой мѣрѣ бактеріи, независимо отъ закупорки сосудовъ, могутъ также вызвать различныя воспаленія въ отдѣльныхъ органахъ, благодаря лишь тому, что большія массы ихъ заносятся въ эти органы потокомъ крови (метастатическія воспаленія); тѣмъ не менѣе многое говоритъ въ пользу частоты этого процесса.

Разсмотримъ теперь здѣсь вкратцѣ главнѣйшія формы этихъ воспаленій въ отдаленныхъ органахъ.

Воспаленіе плевры необыкновенно часто. Нерѣдко оно обуславливается вскрытіемъ абсцесса или просто распространеніемъ воспаления съ какого-нибудь эмболическаго гнѣзда въ легкомъ или пневмоніи какого-бы ни было происхожденія. Оно можетъ также возникнуть и по продолженію тканей, на что въ такомъ случаѣ указываетъ воспалительный отекъ промежуточныхъ слоевъ; такъ, воспаленіе брюшины можетъ распространиться на плевру чрезъ діафрагму. Однажды мы наблюдали развитіе плеврита вслѣдствіе вскрытія въ полость плевры ихорозно-гнойнаго абсцесса селезенки. Къ плевритамъ на лѣвой сторонѣ весьма часто присоединяется *pericarditis externa*. Плевритъ можетъ встрѣтиться или въ слипчивой формѣ, съ плотными, иногда пропитанными серознымъ студенистымъ веществомъ сращеніями, или-же находить фибринозно-гнойный налетъ, но чаще всего — свободный серозный или гнойный, а иногда грязнаго цвѣта ихорозный экссудатъ.

Воспаленія мозговыхъ оболочекъ сравнительно рѣдки. При существованіи ихъ, внутренняя поверхность твердой оболочки покрыта студенисто-гнойнными фибринозными слоями, а мягкая оболочка различно измѣнена — отъ простаго налітія сосудовъ и легкой отечной рыхлости до гнойнаго менингита. Въ одномъ случаѣ *Virchow* нашелъ также гнойное помутнѣніе задняго рога лѣваго боковаго желудочка.

Гораздо чаще встрѣчаются воспаленія сочлененій. Изъ послѣднихъ наичаще поражаются плечевое и колѣнное, но и сочлененія ручной кисти, а также локтевое и тазо-бедренное, а равно и всѣ вообще другія сочлененія могутъ сдѣлаться мѣстомъ гнойнаго воспаленія. Скопившійся въ сочлененіи гной можетъ проложить себѣ путь въ сосѣднія мягкія части и подрыть ихъ на большомъ протяженіи; но нерѣдко встрѣчаются также первичные внѣсуставные абсцессы (*abscessus periarticularis*), въ образованіи которыхъ самъ суставъ нисколько не участвуетъ.

Воспаленія внутренней оболочки сердца имѣютъ особенно важное значеніе. У родильницъ очень часто встрѣчается злокачественный язвенный эндокардитъ ¹⁾. Способъ происхожденія этой болѣзни

¹⁾ *Virchow*, Berl. Ber. z. Geb. u. Gyn. B. I. p. 373. — *Charité-Annalen* II. 1877. p. 716 и III. 1878. p. 737. — *Olshausen*, Arch. f. Gyn. B. VII. p. 193. — *Litten*, *Charité-Annalen*. III. 1878. p. 137.

уже описанъ выше (стр. 688); тамъ же изложена причина, почему она особенно часто встрѣчается у такихъ родильницъ, у которыхъ уже прежде былъ доброкачественный эндокардитъ. Въ этихъ случаяхъ на свободной поверхности клапана находятъ или маленькія бородавчатая или же болѣе сплошныя отложенія, похожія на дифтеритическія, по удаленіи которыхъ остается язвенная поверхность. При дальнѣйшемъ развитіи, дѣло доходитъ до болѣе или менѣе поверхностнаго или глубокаго некротическаго распада клапана. Раздробленные массы распада, попавши въ вѣтви аорты, производятъ безчисленныя миліарныя эмболіи въ различнѣйшихъ органахъ.

Измѣненія въ мышечномъ слоѣ сердца (myocardium) весьма часты, въ особенности жировое перерожденіе его. Въ немъ иногда находятъ громадное количество маленькихъ миліарныхъ гнѣздъ (эмболическія бактеріальныя гнѣзда).

Въ легкихъ чаще всего встрѣчаются эмболическіе инфаркты и абсцессы извѣстной клиновидной формы. Такъ какъ подъ влияніемъ зараженія тромбы обыкновенно распадаются на мелкіе кусочки и заносятся въ систему кровообращенія и въ видѣ маленькихъ частицъ запруживаютъ мелкія легочныя артеріи, то нерѣдко находятъ въ легкихъ очень многочисленныя, и, только въ видѣ исключенія, большія эмболическія гнѣзда. Только рѣдко при септическомъ зараженіи попадаютъ въ легочныя артеріи тромбы столь значительной величины, что они запруживаютъ довольно большія вѣтви ея.

Кромѣ эмболій въ легкихъ находятъ нерѣдко и диффузную метастатическую дольчатую и долевою пневмонію. Эксудатъ при этомъ рѣдко бываетъ исключительно крупозный, большею-же частью онъ нѣскольکو серознаго свойства и грязнаго цвѣта и рѣдко занимаетъ цѣлую долю и ограничивается только ею. Чаще цѣлая доля представляется на большомъ протяженіи инфильтрированной и при этомъ въ другихъ доляхъ находятъ лобулярную инфильтрацію такого-же свойства. Наклонность къ гангренѣ легкихъ бываетъ чаще всего при ихорозныхъ эмболюсахъ, но и при пневмоніи съ эксудатомъ грязнаго цвѣта легочная ткань можетъ также подвергнуться распаду.

Селезенка весьма часто увеличена въ объемѣ, мякоть ея мягка, марка, шоколаднаго цвѣта, рѣдко совершенно расплывающаяся. Равнымъ образомъ нерѣдки въ селезенкѣ и миліарныя эмболическія гнѣзда.

Печень лишь рѣдко совершенно неизмѣнена. Кромѣ эмболій, въ ней находятъ всѣ стадіи воспаленія отъ начинающагося мутнаго набуханія печеночныхъ клѣтокъ до совершеннаго распаденія ихъ, до острой желтой атрофіи. Рѣдко измѣненія эти равномѣрно распространяются по всему органу. По большей части, высокія степени жировой инфильтраціи или уже совершеннаго распада клѣтокъ встрѣчаются рядомъ съ относительно или вполне сохранившимися частями.

Въ почкахъ встрѣчаются многочисленныя эмболическія гнѣзда,

равно какъ разлитыя воспаленія; въ мочевыхъ канальцахъ находятъ кучки бактерій.

Въ одномъ случаѣ *Vuhl* нашелъ паренхиматозное воспаленіе поджелудочной железы съ распаденіемъ железистыхъ клѣтокъ ея, подобно тому, какъ это наблюдается въ печени.

Кромѣ того находятъ еще гнойныя и ихорозныя воспаленія околушной железы, грудной железы (mammar) и при зобѣ — щитовидной, эмболическое происхождение которыхъ еще сомнительно; они даютъ или одинъ гной, или жидкое ихорозное выдѣленіе.

Въ глазахъ ¹⁾ также наблюдаютъ септическія эмболіи, при чемъ ихъ находятъ какъ въ сѣтчатой, такъ и въ сосудистой оболочкахъ. При сильныхъ боляхъ стекловидное тѣло мутнѣетъ, острота зрѣнія понижается или совсѣмъ исчезаетъ. Роговая и радужная оболочки нагнаиваются, вслѣдствіе чего можетъ наступить сморщиваніе всего глаза, если до этого времени только не наступила почти неизбѣжная въ такихъ случаяхъ смерть.

Въ позднѣйшіе періоды болѣзни нерѣдко нагнаиваются лимфатическія железы, чаще всего паховыя и подкрыльцовыя.

Независимо отъ этихъ нарывовъ появляются также гнойныя воспаленія въ мускулахъ, равно какъ и въ соединительной ткани, въ особенности на конечностяхъ. Обыкновенно при этомъ находятъ чистый гной, но иногда первичные мышечные пучки (также и сердца), распаясь, образуютъ молекулярный распадъ. Этотъ же процессъ въ соединительной ткани ведетъ къ образованію ограниченныхъ размяченныхъ мѣстъ, которыя вскрываются и отдѣляютъ жидкій ихоръ съ ключьями омертвѣлой ткани.

Въ желудочно-кишечномъ каналѣ весьма часто встрѣчаютъ катаральное воспаленіе съ кровоизліаніемъ, а иногда и язвенный процессъ на слизистой оболочкѣ, развивающійся изъ геморрагически инфильтрированныхъ мѣстъ. (Такую-же язву, вслѣдствіе геморрагическаго разрушенія подслизистой ткани, встрѣчаютъ также и въ мочевомъ пузырьѣ). Настоящее дифтеритическое воспаленіе кишекъ встрѣчается рѣдко.

Пуэрперальныя заболѣванія могутъ сопровождаться различными заболѣваніями кожи, начиная отъ многочисленныхъ петехіальныхъ кровоизліаній до образованія пустулъ и своеобразныхъ высыпей, похожихъ на скарлатинозную.

Примѣч. Выше мы уже упомянули о томъ, что во время господства эпидемій послѣродовой лихорадки нерѣдко и новорожденные умираютъ вслѣдствіе септического зараженія. Исходною точкою послѣдняго (безъ сомнѣнія вслѣдствіе переноса руками) бываетъ рана пуповины, а протекаетъ оно совершенно такимъ-же образомъ, какъ и послѣродовая лихорадка у родильницъ. Появляется или рожа брюшныхъ покрововъ, или воспаленіе распространяется по клѣтчаткѣ, окружающей сосуды, на подбрюшинную соединительную ткань и послѣдовательно вызываетъ смертельный перитонитъ. При этомъ, какъ сами стѣнки сосудовъ, такъ и непосредственно

¹⁾ См. *Hirschberg*, Arch. f. Augenheilkunde. IX.

прилегающія къ нимъ ткани могутъ нагноиться или ихорозно разлагаться; въ артеріяхъ пуповины находятъ распавшіяся тромбы. Эмболическія гвѣзда въ другихъ органахъ весьма рѣдки, но ихорраммическія пневмоніи встрѣчаются часто.

Припадки и теченіе послѣродовой лихорадки.

Литература: *Veit*, M. f. G. B. 26. p. 127. — *König*, Archiv. d. Heilkunde 1862, 3. Jahrg. p. 481. — *Schroeder*, M. f. G. B. 27. p. 108. — *Baumfelder*, Beiträge zu d. Beob. über Körperwärme. Leipzig. 1867 — *v. Grünewald*, Petersb. med. Zeit. 1868. N. 9. p. 152. — *Olshausen*, Volkmann's Samml. klin. Vorträge. Leipzig 1871. Nr. 28.

Проявленіе болѣзни существеннымъ образомъ зависитъ отъ времени зараженія. Последнее же можетъ имѣть мѣсто вскорѣ по окончаніи родовъ, въ продолженіе всего теченія родовъ, а также уже во время беременности. Если заразилась беременная, то обыкновенно беременность прерывается. Что же касается до зараженія по истеченіи первыхъ дней послѣ родовъ, когда, слѣдовательно, маленькіе надрывы или уже зажили, или покрылись грануляціями, то оно появляется лишь въ исключительныхъ случаяхъ; но оно еще можетъ также наступить и позже — въ началѣ второй недѣли, вслѣдствіе исключительныхъ условій (задержаніе лохий, новое нарушеніе цѣлости тканей при изслѣдованіи родильницы, вставаніе ея съ постели и т. под. Впрочемъ, это позднее зараженіе чаще всего бываетъ только кажущееся: зараженіе наступаетъ во время родовъ, сначала протекаетъ скрыто и дѣлается замѣтнымъ только потомъ, когда появятся явственные припадки заболѣванія ¹⁾).

Если зараженіе, какъ это обыкновенно бываетъ, послѣдовало въ концѣ родовъ, то первое время родильнаго періода протекаетъ еще совершенно нормально. Температура, какъ во время родовъ, такъ и тотчасъ послѣ нихъ, зависитъ единственно отъ родового акта; даже и у зараженныхъ, если только во время родовъ не произошло никакихъ значительныхъ расстройствъ, температура нормальна, т. е. въ первые 12 часовъ она повышается, а во вторые 12 часовъ падаетъ (часто ниже 37°). Пульсъ при этомъ также можетъ быть рѣдкій, иногда между 60 и 70, но иногда онъ учащается съ самаго начала. Первые признаки начинающагося заболѣванія появляются 30 — 40 часовъ спустя послѣ зараженія, обыкновенно, слѣдовательно, на 2-й или на 3-й день послѣ родовъ; въ случаяхъ же болѣе ранняго зараженія, заболѣваніе начинается уже въ первый день, или даже во время родовъ; въ тѣхъ же исключительныхъ случаяхъ, когда зараженіе послѣдовало поздно, и самое заболѣваніе проявляется болѣе поздно.

Начало заболѣванія выражается иногда, но ничуть не постоянно, ясно выраженнымъ потрясающимъ ознобомъ; чаще температура повышается лишь при субъективномъ ощущеніи холода и легкомъ познабливаніи; въ другихъ случаяхъ лихорадка начинается весьма постепенно.

¹⁾ См. *J. Veit*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. VI. p. 378. — *Wiener*, Bresl. ärztl. Zeitschr. 1882 № 11. — *P. Müller*, Arch. f. Gyn. B. XX. p. 321 съ преніями. — *Ahlfeld*, Ver. u. Arbeiten. Leipzig 1883. p. 210 и B. 2. p. 178.

Примѣч. Ознобъ вовсе не составляетъ припадка патогномическаго свойства. Его часто вовсе не бываетъ при самыхъ тяжелыхъ процессахъ и, съ другой стороны, родильницы столь легко забнуть, что даже сильный сотрясающій ознобъ самъ по себѣ не долженъ возбуждать еще серьезнаго опасенія. И дѣйствительно, нерѣдко, тотчасъ по окончаніи родовъ и при вполнѣ незначительномъ повышеніи температуры, приходится наблюдать знобы, обусловливающіеся охлажденіемъ кожи во время повышенія температуры; охлажденіе же въ свою очередь зависитъ отъ обнаженія роженницы и испаренія обильнаго пота.

Такъ-какъ при послѣрОВОЙ лихорадкѣ могутъ быть поражены почти всѣ органы, то и припадки ея могутъ быть необыкновенно разнообразны. Мы ограничимся описаніемъ лишь самыхъ характеристическихъ явленій.

Пуэрперальныя язвы вызываютъ большею частью лишь незначительныя припадки; наиболѣе постоянный припадокъ составляетъ чувство жженія при выдѣленіи мочи, но ощущеніе это бываетъ и при неизъязвленныхъ трещинкахъ. Воспаленіе обыкновенно распространяется на смежную съ язвою соединительную ткань и слѣдствіемъ изъязвленія, такимъ образомъ, бываетъ сильный отекъ губъ. Такъ какъ язвы весьма обыкновенно бываютъ на одной сторонѣ сильнѣе, чѣмъ на другой, то весьма часто одна изъ губъ и припухаетъ по преимуществу. Дальнѣйшихъ разстройствъ, кромѣ жженія при испусканіи мочи, неловкости вслѣдствіе припуханія и часто интензивныхъ болей при прикосновеніи, язвы за собою не влекутъ. Правда, вслѣдствіе распространенія воспалительнаго процесса на сосѣдную соединительную ткань, имъ почти всегда сопутствуетъ лихорадка; но что сами язвы неповинны въ этомъ повышеніи температуры, на это указываетъ часто весьма низкая температура при весьма обширныхъ язвахъ, покрытыхъ толстымъ налетомъ. Язвы, очищаясь и покрываясь со дна хорошими грануляціями, заживаютъ лишь весьма медленно. Нерѣдко онѣ причиняютъ разстройства, въ особенности сильныя боли при ходьбѣ и кровотеченія, послѣ того, какъ лихорадка уже прошла нѣсколько недѣль. Часто также остаются и затвердѣнія губъ, по крайней мѣрѣ, въ умѣренной степени.

Въ физиологіи родильнаго періода мы уже указали на то, что у каждой свѣжей родильницы на слизистой оболочкѣ влагалища и особенно матки развиваются процессы, которые, появивсь они гдѣ нибудь въ другомъ мѣстѣ организма, назывались бы катарральными воспаленіями. Мы поэтому не можемъ указать на припадкѣ, характеризующіе простой катарральныи эндометритомъ. Такими припадками, обыкновенно, считаютъ лихорадку, скудное отдѣленіе и зловоніе послѣрОВОГО очищенія. Но лихорадка еще не можетъ считаться патогномическимъ признакомъ эндометрита; въ свою очередь и скудость послѣрОВОГО очищенія можетъ быть слѣдствіемъ только лихорадки, при значительныхъ степеняхъ которой вообще выдѣленія уменьшаются. Дурной запахъ не зависитъ отъ простаго эндометрита, а обусловливается разложеніемъ оставшихся въ полости матки кусковъ отпадающей оболочки.

Такимъ образомъ, въ началѣ воспаленія внутриматочнаго покрова (endometrium) не бываетъ никакихъ несомнѣнно указывающихъ на него припадковъ, между тѣмъ, какъ болѣе сильныя и въ особенности ихорозныя воспаленія уже не могутъ быть не распознаны. При нихъ послѣродовое очищеніе имѣть буроватый цвѣтъ, обыкновенно бываетъ густо, но иногда также совершенно серознаго свойства, запахъ — интенсивно ихорозный. При этомъ обыкновенно выступаетъ на первый планъ септическое зараженіе вслѣдствіе всасыванія ихора.

Весьма важны явленія, сопутствующія острому воспалительному отеку клѣтчатки таза; но боль, обычно связанная съ этимъ припуханіемъ, указываетъ уже на участіе въ воспаленіи и серознаго покрова матки и, слѣдовательно, клинически не всегда можно отличить параметритъ отъ периметрита, которые именно при пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ встрѣчаются обыкновенно вмѣстѣ.

Параметритъ обыкновенно сопровождается лихорадкою, высота которой весьма различна; лихорадка, часто начинаясь ознобомъ, а нерѣдко и безъ него, появляется чаще всего на второй день и достигаетъ своей наибольшей высоты или въ первый или, по крайней мѣрѣ, въ слѣдующіе за заболѣваніемъ дни. Лихорадка никогда не держится совершенно непрерывно (не continua), но съ постоянными послабленіями, обыкновенно даже весьма значительными; весьма часто при этомъ бываютъ даже совершенно ясно выраженные перемежки. Однако, бываютъ случаи, гдѣ температура остается низкою; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при несомнѣнномъ эксудатѣ, мы не нашли, по крайней мѣрѣ, при обычномъ утреннемъ и вечернемъ измѣреніи, никакого ненормальнаго повышенія; обыкновенно же температура довольно высока. Вообще высота температуры соотвѣтствуетъ величинѣ эксудата, такъ что при значительныхъ опухоляхъ бываетъ и болѣе сильная и долго длящаяся лихорадка. Иногда температура совершенно падаетъ, но, по прошествіи короткаго времени, вслѣдъ за новымъ и болѣе сильнымъ выпотѣніемъ, лихорадка значительно ожесточается. Почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ значительная лихорадка съ болями въ животѣ и выпотѣніемъ впервые появляется въ позднѣйшее время родильнаго состоянія, этому уже предшествовалъ незначительный параметритъ, который самъ по себѣ шелъ къ разрѣшенію, но ожесточился, вслѣдствіе какого-нибудь вреднаго внѣшняго вліянія.

Пульсъ, соотвѣствуя температурѣ, обыкновенно учащенъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, онъ значительно ускоренъ и при умѣренной температурѣ. Эти случаи всегда подозрительны, ибо они часто указываютъ на начавшіяся тяжелыя септическія заболѣванія. Наконецъ, начинающаяся лихорадка сопровождается извѣстными субъективными явленіями; слѣдовательно, кромѣ зноба, которыми болѣзнь часто начинается и который также нерѣдко повторяется, бываютъ еще жарь, жажда и головныя боли.

3) Боль есть самое важное изъ всѣхъ субъективныхъ явленій, и она

зависитъ не отъ самаго параметрита, но отъ существующаго одновременно съ нимъ раздраженія брюшины. Такъ какъ послѣдняя лежитъ тотчасъ надъ воспаленною соединительною тканью, то произвольныхъ болей не бываетъ лишь рѣдко; чувствительность же при давленіи почти постоянна. Мѣстомъ ея всегда бываетъ край матки — или съ обѣихъ сторонъ или лишь съ одной — и въ началѣ заболѣванія чувствительность эта до того измѣнчива, что усиливается то справа, то слева.

Въ такихъ случаяхъ, при дальнѣйшемъ теченіи, отдѣльныя мѣста (весьма часто между пластинками широкихъ связокъ) обыкновенно представляютъ значительныя набуханія. Послѣднія имѣютъ тѣмъ большее значеніе, что при соединенномъ изслѣдованіи, они легко доступны для изслѣдующаго пальца, и, такимъ образомъ, страданіе тазовой соединительной ткани можетъ быть легче всего распознано по инфильтрату въ этой области. Измѣненія, находимыя при этомъ, различны. Или подлѣ матки находятъ лишь увеличенную резистенцію, набуханіе, такъ что пальцы, не встрѣчая собственно ограниченной опухоли не могутъ однако столь безпрепятственно приблизиться одинъ къ другому, какъ обыкновенно, и ощупываніе убѣждаетъ, что между пальцами въ сторонѣ матки лежитъ плотный слой. Инфильтрація распространяется, конечно, до верхняго края широкой связки, и если уплотненіе достигло его, то и онъ легко ощупывается. Но иногда этотъ разлитой экссудатъ гнѣздится лишь въ области внутренняго маточнаго зѣва и распространяется оттуда кзади, такъ что боковыя стороны дна матки бываютъ совершенно свободны.

Явственнѣе всего экссудатъ прощупывается тогда, когда онъ съ самаго начала ограничивается извѣстнымъ мѣстомъ, или когда, при дальнѣйшемъ теченіи, исчезла общая серозная инфильтрація, и между листками широкихъ связокъ остается лишь плотный экссудатъ. Въ такихъ случаяхъ подлѣ матки ощупываютъ плотную опухоль, которая широкимъ основаніемъ сидитъ по бокамъ матки и которая можетъ быть отличена отъ самой матки лишь по ненормальному очертанію, а въ позднѣйшее время и по болѣе значительной плотности экссудата. Но гораздо чаще между маткою и опухолью можно прощупать ясно борозду. Такого рода опухоли нерѣдко находятъ съ обѣихъ сторонъ, хотя обыкновенно на одной сторонѣ опухоль больше; но часто случается, что одна сторона совершенно свободна или занята лишь разлитой инфильтраціею, а на другой сторонѣ ощупывается ограниченная опухоль. Впрочемъ, обыкновенно эти опухоли сидятъ столь высоко, что не ощупываются при одномъ внутреннемъ изслѣдованіи. Иногда же онѣ помѣщаются до того низко, что подлѣ матки вдаются во влагалище въ видѣ толстой, плотной и полушарообразной опухоли. При этомъ онѣ иногда могутъ быть очень велики и достигнуть величины младенческой головки, хотя обыкновенно онѣ бываютъ меньше куриного яйца. Снаружи онѣ часто неравнобѣрно бугристы, что иногда можетъ за-

висѣть отъ того, что яичникъ прилегаетъ плотно къ этой опухоли, или же лежитъ въ ней самой. Рѣдко величина эксудата столь значительна, что онъ выполняетъ весь малый тазъ и совершенно облегаетъ матку со всѣхъ сторонъ, такъ что тѣло ея совершенно не можетъ быть прощупано. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ опухоли сидятъ на задней или на передней стѣнкѣ нижней части матки. Еще рѣже случается, чтобы воспалительное набуханіе распространилось на всю клѣтчатку малаго таза, между прочимъ и на тѣ отдѣлы ея, которые находятся по обѣимъ сторонамъ рукава, а также и на клѣтчатку *septi rectovaginalis* и *retrorectalis*.

Нѣсколько чаще инфильтрація переходитъ съ боковъ матки на подвздошныя впадины (*fossae iliacaе*). Въ такихъ случаяхъ, при соединенномъ изслѣдованіи, подлѣ матки или вовсе не находятъ никакого припуханія или же припуханіе прощупывается лишь въ видѣ тонкаго разлитого слоя, но помощью опущиванія снаружи, въ *fossa iliaca* можно доказать явственную опухоль. Эти опухоли обыкновенно сопровождаются явственными признаками, указывающими на прижатіе нервовъ соотвѣтственной нижней конечности. Именно, параличъ или невралгіи, лишь рѣдко наблюдающіяся при собственно параметрическихъ опухоляхъ, встрѣчаются здѣсь тѣмъ чаще, чѣмъ болѣе кнаружи сидитъ опухоль. (Впрочемъ, воспаленіе можетъ перейти и на самые нервы¹⁾). О дальнѣйшей судьбѣ этихъ эксудатовъ мы будемъ говорить при изложеніи внутри-брюшинныхъ эксудатовъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ инфекціонное воспаленіе соединительной ткани переходитъ съ инфекціоннаго гнѣзда не столько на тазовую клѣтчатку, сколько на соединительную ткань бедра. При этомъ воспаленіе можетъ распространиться или по подкожной клѣтчаткѣ или по соединительной ткани, окружающей большіе сосуды и нервы. Оно ведетъ къ флегмонѣ нижнихъ конечностей, которую у родильницъ называютъ *phlegmasia alba dolens*.

Безъ сомнѣнія, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ первоначально является тромбъ *v. cruralis*, а *phlebitis* и *phlegmone* присоединяются уже къ нему впоследствии. Обыкновенно же первоначально является *phlegmone*; тромбозъ вены, равно какъ и лимфатическихъ сосудовъ можетъ быть ея послѣдствіемъ, но она можетъ протекать и безъ нихъ. Вотъ почему мы и не находимъ тромбоза во многихъ относящихся сюда случаяхъ, которые во всемъ остальномъ не отличаются отъ другихъ. Въ случаяхъ весьма сильно выраженной инфекціи, вена обыкновенно тромбозуется; одновременно съ этимъ появляются септические явленія и, вслѣдствіе распада тромба, эмболии.

Флегмона нижней конечности часто начинается лишь на второй недѣлѣ послѣ разрѣшенія отъ бремени, чему предшествуетъ боль въ животѣ (признакъ пораженія тазовой клѣтчатки), а также часто боль и паретическое состояніе въ ногѣ (вслѣдствіе давленія эксудата на

¹⁾ См. *Leyden*, 1. с. № 44.

нервы). Опуханіе обыкновенно начинается съ бедра, но одновременно съ нимъ появляется отекъ около лодыжекъ. Припуханіе скоро становится весьма значительнымъ, объемъ всей конечности сильно увеличивается, произвольныя движенія ея затруднены, чувствуется какъ бы онѣмнѣе ея и рвущія боли. Консистенція ея при этомъ не мягка и не тѣстовата, какъ при простомъ отеке, но плотностью похожа на дерево. Кожа, вслѣдствіе напряженія, бѣла или синевата и на ней могутъ появиться пузырьки. Нерѣдко воспалительное припуханіе распространяется на сосѣдную часть кожи живота, а иногда и на другое бедро.

Пока существуетъ еще острое воспаленіе, при этомъ бываетъ и довольно значительная, болѣе или менѣе сильно послабляющая лихорадка; если все воспаленіе ограничивается и, какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ (по *Winkel*'ю изъ 70 случаевъ 48 разъ), дѣло склоняется къ весьма, впрочемъ, медленному всасыванію, то температура падаетъ. Иногда выздоровленіе можетъ быть замедлено и затруднено нарывами, которые могутъ поддерживать долго продолжающееся нагноеніе. Смертью флегмазія сама по себѣ оканчивается лишь въ исключительныхъ случаяхъ и именно въ случаяхъ присоединенія къ ней омертвѣнія кожи и лежащихъ подъ нею мягкихъ частей. Гораздо чаще смерть обуславливается сопровождающими флегмазію ихорремиическимъ процессомъ, или летальный исходъ обуславливается сопутствующими флегмонѣ эмболіями.

Въ чрезвычайно рѣдкихъ, повидимому, случаяхъ флегмона распространяется по круглой связкѣ, проходитъ чрезъ паховой каналъ и идетъ къ нагноенію паховыхъ железъ.

Мы уже упоминали о томъ, что боли, отсутствующія при параметритѣ лишь въ высшей степени рѣдко, всегда зависятъ отъ участія въ процессѣ брюшины. Слѣдовательно, параметритъ уже постоянно сопровождается въ незначительной степени периметритомъ или, лучше, пельвиоперитонитомъ. На одной или на обѣихъ сторонахъ матки мы иногда находимъ рѣзко выраженную чувствительность при давленіи, а также произвольныя боли. Если воспаленіе, какъ это обыкновенно и бываетъ, постепенно утихаетъ, то могутъ остаться срощенія между отдѣльными органами таза, которыя отдѣляютъ Дугласово пространство отъ остальной полости брюшины, или образуются обширныя склеиванія двухъ прилежащихъ одна къ другой поверхностей ея, или же могутъ произойти смѣщенія фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ, срощенія ихъ между собою и съ сосѣдными органами. Въ *excavatio vesicouterina* срощеніе брюшины происходитъ рѣдко. При болѣе сильномъ воспаленіи часто остаются инкапсулированные экссудаты, которые впоследствии подвергаются различнымъ измѣненіямъ, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить. Незначительные пельвиоперитониты могутъ всосаться, не оставя по себѣ никакихъ слѣдовъ; тѣмъ не менѣе срощенія въ маломъ тазу составляютъ весьма обыкновенныя послѣдствія бывшихъ послѣродовыхъ периметритовъ.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ пельвинеритонитъ еще болѣе выступаетъ на первый планъ. Или какъ первое явленіе зараженія, или послѣ того какъ припадки параметрита просуществовали уже нѣкоторое время, вдругъ появляется усильная боль въ животѣ. Она столь значительна, что даже терпѣливыя женщины громко стонуть и плачутъ; при давленіи въ высшей степени чувствительна вся нижняя часть живота, въ особенности же весьма обыкновенно болѣзненъ одинъ изъ боковыхъ краевъ матки. Температура при этомъ весьма быстро повышается, причемъ бываетъ ознобъ, или нѣтъ, и можетъ достигать значительной высоты — за 40° или 41°; вскорѣ появляется и вздутіе живота. Эти весьма быстро наступающіе и начинающіеся бурными припадками мѣстные перитониты не всегда протекаютъ неблагоприятно, напротивъ того они нерѣдко столь же быстро проходятъ.

Въ другихъ случаяхъ боли ослабѣваютъ только медленно и, даже исчезнувъ, скоро снова появляются; ограниченный перитонитъ переходитъ въ общій.

Но общій перитонитъ гораздо чаще появляется болѣе постепенно и при далеко менѣе острыхъ и бурныхъ явленіяхъ.

Въ этихъ случаяхъ заболѣваніе обыкновенно начинается на второй день послѣ родовъ или однимъ сотрясающимъ ознобомъ или же короткимъ псзнабливаніемъ, но зноба можетъ и вовсе не быть втеченіе всего заболѣванія; въ другихъ случаяхъ, онъ повторяется нѣсколько разъ. Къ ознобу присоединяются обычныя явленія параметрита, чувствительность то съ той, то съ другой стороны матки и послабляюща лихорадка.

Мало по малу болѣзненность живота увеличивается и охватываетъ все большее и большее пространство; вздутіе живота становится больше; чувствительность увеличивается и достигаетъ такой высоты, что подъ копецъ уже одно прикосновеніе одѣяла становится нестерпимымъ для больныхъ, которыя непрерывно стонуть. Діафрагма, вслѣдствіе метеоризма, приподымается вверхъ и, вслѣдствіе этого, а также и отъ часто сопутствующаго плеврита, появляется одышка въ высокой степени. Ощупываніе живота уже не переносится; при осторожномъ постукиваніи часто можно доказать свободный экссудатъ, часто, но далеко не всегда, иногда лишь медленно перемѣняющій свое мѣсто при переворачиваніи больной съ боку на бокъ; діафрагма стоитъ весьма высоко, въ области 4 или 3 ребра; при постукиваніи печени, послѣдняя представляется лишь узкою полоскою. Къ этому присоединяются постоянная тошнота или рвота зелеными массами и часто сильный поносъ. Иногда же, и именно въ неблагоприятныхъ случаяхъ, бываетъ упорный запоръ.

Непрерывная или незначительно послабляющая лихорадка большую частью держится на средней высотѣ, не переходя часто за 40°, между тѣмъ какъ пульсъ почти постоянно представляетъ характеристическія особенности. Если при началѣ параметрита онъ былъ еще полонъ и

немного учащенъ, то съ распространіемъ воспаленія онъ учащается до 120, 140, 160 ударовъ и даже болѣе и становится малымъ. Предъ смертью температура часто падаетъ, между тѣмъ какъ пульсъ становится еще чаще, что составляетъ весьма дурное предзнаменованіе. Дыханіе при сильномъ метеоризмѣ почти постоянно весьма учащено, затруднено и поверхностно. Лицо принимаетъ необыкновенно тоскливое выраженіе, лобъ покрывается холоднымъ потомъ, конечности холодны какъ ледъ, и больными часто, по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, овладѣваетъ величайшій упадокъ силъ (collapsus).

Отъ этого обычнаго теченія общаго перитонита бывають значительныя уклоненія, причеь каждый изъ отдѣльныхъ przypadковъ можетъ или вовсе не быть, или бываетъ выраженъ очень слабо. Постояннѣ всего при нихъ боль; однако, бывають случаи, въ которыхъ она, по крайней мѣрѣ, лишь незначительна. Правда, иногда эта незначительная чувствительность обуславливается пониженнымъ самочувствіемъ, но случается наблюдать и сопорозныхъ больныхъ, которыя стонуть отъ боли. Мы также наблюдали перитониты, распространеніе которыхъ по всей брюшинѣ было доказано при вскрытіи, но въ которыхъ больныя, и не въ сопорозномъ состояніи, лишь по временамъ жаловались на произвольныя боли и въ которыхъ лишь при давленіи можно было убѣдиться въ чувствительности по сторонамъ матки. (О подобныхъ случаяхъ общаго воспаленія брюшины съ незначительною чувствительностью или безъ оной см. у *Sinclair'a and Johnston'a* ¹⁾, *Olshausen'a* ²⁾ и *Putzel'я* ³⁾). Далекo чаще тѣ случаи, въ которыхъ несомнѣнно существующія произвольныя боли въ животѣ не достигаютъ однако той степени, которую можно ожидать при общемъ перитонитѣ. Ослабѣвають также нерѣдко весьма жестокия боли съ наступленіемъ обильнаго выпотѣнія, такъ что уменьшеніе чувствительности при дурномъ общемъ состояніи, продолжающемся метеоризмѣ и частомъ и маломъ пульсѣ, не даетъ еще основанія къ благоприятному предсказанію.

Въ свою очередь, метеоризмъ, хотя почти никогда не отсутствуетъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, выраженъ столь мало, что никакимъ образомъ не можетъ считаться вполне доказательнымъ для діагноза, тѣмъ болѣе, что метеоризмъ весьма нерѣдко встрѣчается и у здоровыхъ родильницъ.

Равнымъ образомъ не вполне постоянно бываетъ и рвота, хотя обычно она появляется, но иногда позже; иногда при этомъ не замѣчается даже и тошноты.

Постукиваніемъ можно опредѣлить лишь очень значительныя количества жидкаго эксудата, такъ какъ весьма большія скопленія его могутъ помѣститься въ полости малаго таза и по сторонамъ позвоночника. Постукиваніемъ также не могутъ быть распознаны фибри-

¹⁾ Pract. midwifery. London 1858. p. 56 и 57. — ²⁾ l. c. p. 248. — ³⁾ Amer. Journ. of obst. Vol. VIII. p. 304.

нозные отложенія, столь часто облегающія всѣ органы брюшной полости.

Какъ ни важны для распознаванія общаго перитонита теченіе лихорадки и состояніе пульса, но и въ этомъ отношеніи явленія бываютъ весьма различны. Температура, повышающаяся въ иныхъ случаяхъ до 41°, даже до 42°, въ другихъ бываетъ поразительно низка; она лишь спорадически поднимается до 39°, но и здѣсь прерывается значительными послабленіями и даже подлѣйшими перемерзками. По мнѣнію *Grünwald'a* ¹⁾, лихорадки можетъ даже совсѣмъ не быть при очень остромъ теченіи болѣзни и весьма обильномъ жидкомъ эксудатѣ. Наиболѣе еще постоянно состояніе пульса, который всегда малъ и почти всегда болѣе учащенъ, чѣмъ можно ожидать, судя по высотѣ температуры. Но и здѣсь бываютъ исключенія; такъ, встрѣчаются случаи, гдѣ пульсъ все время идетъ вровень съ температурою, или поразительно повышается лишь предъ смертью.

Въ большинствѣ случаевъ исходомъ бываетъ смерть. Часто она наступаетъ уже на первой недѣлѣ, но можетъ послѣдовать и по истеченіи 36 часовъ. Сознаніе можетъ быть вполне сохранено до послѣдней минуты; иногда даже непосредственно передъ кончиною больная чувствуетъ себя относительно хорошо (*euphoria*) и, будучи безъ пульса, радуется своему мнимому выздоровленію. Въ другихъ случаяхъ больныя особенно страдаютъ отъ одышки и передъ кончиною впадаютъ въ ужаснѣйшую тоску, или наступаетъ полное сопорозное состояніе, и больныя умираютъ такимъ образомъ въ коллапсѣ или же при явленіяхъ отека легкихъ.

Рѣже явленія остраго перитонита ослабѣваютъ, причемъ процессы въ брюшной полости начинаютъ претерпѣвать обратное развитіе. Изъ разлитыхъ эксудатовъ образуются инкапсулированныя опухоли, отличающіяся, однако, существенно отъ опухолей вѣнбрюшинныхъ. При ощупываніи находятъ большія, ограниченныя, обыкновенно по сторонамъ таза лежащія опухоли, нерѣдко поднимающіяся до пупка. При внутреннемъ изслѣдованіи мы часто находимъ, что матка оттѣснена внизъ громаднымъ эксудатомъ, который иногда глубоко вдается въ тазъ, выпячивая заднее Дугласово пространство. Но иногда эксудаты помѣщаются гораздо выше, такъ что ихъ не удастся прощупать при внутреннемъ изслѣдованіи. Въ другихъ случаяхъ матка приростаетъ высоко въ брюшной полости, влагалищная часть, вслѣдствіе этого, представляется изглаженною, а маточный зѣвъ достигается съ трудомъ въ верхнемъ концѣ воронкообразно вытянутаго рукава. Такое состояніе можетъ образоваться въ тѣхъ случаяхъ, когда дно матки приросло къ брюшной стѣнкѣ или къ какому нибудь внутреннему органу вскорѣ послѣ родовъ, т. е. въ такое время, когда матка была еще велика и дно ея стояло высоко.

Хотя въ обыкновенныхъ случаяхъ вовсе не трудно отличить ха-

¹⁾ 1. с. р. 171.

характеристическія параметритическія инфильтраціи отъ экссудатовъ, оставшихся послѣ перитонита, тѣмъ не менѣе не всегда легко разрѣшить вопросъ — находится-ли въ данномъ случаѣ экссудатъ внутри или внѣ полости брюшины? По моимъ наблюденіямъ, внутрибрюшинные экссудаты чаще принимаются за параметритическіе, чѣмъ наоборотъ, такъ что въ сомнительныхъ случаяхъ экссудатъ обыкновенно бываетъ внутрибрюшинный. Затрудненія при дифференціальномъ распознаваніи представляютъ обыкновенно тѣ опухоли, которыя остались послѣ ограниченныхъ периметритовъ. Такіе экссудаты, если даже и не выполняютъ Дугласово пространство, иногда сидятъ очень глубоко въ маломъ тазу, отдѣляются отъ брюшной полости крѣпкими новообразованными перемычками и отодвигаютъ глубоко внизъ ту часть брюшины, на которой сидятъ, такъ что они при изслѣдованіи могутъ казаться совершенно похожими на параметритическіе экссудаты.

Что касается дальнѣйшей судьбы этихъ опухолей, то онѣ, въ особенности параметритическія, все болѣе и болѣе оплотнѣваютъ и, по истеченіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ, совершенно и безслѣдно всасываются. Какъ только воспалительный періодъ, а, слѣдовательно, и чувствительность опухоли нѣсколько уменьшились, опухоль спадается, становится нѣсколько меньше, плотнѣе и жестче, а контуры ея ограничиваются явственнѣе. Затѣмъ, при благоприятныхъ обстоятельствахъ, она быстро уменьшается. Всасываніе экссудата, если оно подвигается скоро при большихъ опухоляхъ, сопровождается явственно выраженою изнурительною лихорадкою. Между тѣмъ, какъ больная чувствуетъ себя хорошо и у нея начинается появляться аппетитъ выздоравливающихъ, температура, утромъ нормальная, и часто даже ниже нормы, къ вечеру безъ зноба достигаетъ значительной высоты, — часто выше 38° или 39°. При этой лихорадкѣ опухоль значительно уменьшается, такъ что впослѣдствіи отъ нея остается лишь небольшая резистенція ткани. Матка при этомъ притянута къ той сторонѣ, въ которой находилась опухоль и здѣсь фиксирована. Но это состояніе съ теченіемъ времени также исчезаетъ, матка принимаетъ свое нормальное положеніе, и отъ инфильтраціи не остается никакого слѣда.

2) Въ другихъ случаяхъ, особенно когда продолжается дѣйствіе внѣшнихъ вредныхъ вліяній, всасываніе экссудата приостанавливается. Онъ нѣсколько спадается, принимаетъ консистенцію дерева и остается въ этомъ видѣ.

И внутрибрюшинные экссудаты подвергаются иногда совершенно такимъ же измѣненіямъ, въ особенности если они не очень велики и помѣщаются между органами малаго таза такъ, что граничатъ только съ одной стороны съ органами живота. Въ такихъ случаяхъ брюшная полость отдѣлена очень крѣпкими перемычками, и отъ воспалительнаго фокуса послѣдній во всѣхъ отношеніяхъ становится похожъ на экссудатъ, первоначально развившійся внѣ полости брюшины.

3) Гораздо болѣе важное значеніе имѣютъ тѣ экссудаты, которые

окружены со всѣхъ сторонъ или по крайней мѣрѣ на значительномъ протяженіи кишечными петлями. Они не такъ легко всасываются, а подвергаются обыкновенно гнойному или ихорозному распаденію, что обуславливается сосѣдствомъ кишекъ. Даже абсцессы, содержавшіе первоначально доброкачественный гной, пріобрѣтаютъ свойства недоброкачественныхъ абсцессовъ, содержимое ихъ окрашивается, вслѣдствіе этого сосѣдства, въ бурый цвѣтъ, получаетъ каловой запахъ, и нерѣдко въ нихъ развиваются вонючіе газы.

При подобномъ гнойномъ экссудатѣ (*empyema*) ¹⁾ живота общее состояніе больной въ высокой степени ухудшается. Хотя температура по утрамъ только умѣренно высока, но за то къ вечеру она значительно повышается; пульсъ малъ, легко сжимаемъ и чрезвычайно частъ; аппетита вовсе нѣтъ, питаніе и силы больной падаютъ очень сильно, такъ какъ болѣзнь обыкновенно протекаетъ очень медленно. Даже въ случаяхъ произвольнаго вскрытія нарыва больныя обыкновенно также погибаютъ отъ истощенія, такъ какъ въ полости нарыва обыкновенно застаивается ихорозный гной, вслѣдствіе чего септическая лихорадка не прекращается даже по вскрытіи абсцесса. Но такъ какъ больныя иногда чрезвычайно долго переносятъ это состояніе, которое уже стало хроническимъ, то именно при подобныхъ абсцессахъ живота приходится видѣть въ высшей степени истощенныхъ и въ теченіи пѣльяхъ недѣль почти умирающихъ женщинъ.

Картина болѣзни быстро измѣняется какъ бы по мановенію волшебнаго жезла, если абсцессъ будетъ вскрытъ и затѣмъ прополаскиваемъ (см. леченіе).

Произвольно нарывы вскрываются по большей части наружу, обыкновенно въ паховой области, иногда нѣсколько выше, или же на любомъ мѣстѣ передней стѣнки живота до уровня пупка; рѣже они проникаютъ чрезъ *foramen ischiadicum* подъ ягодичныя мышцы, или вскрываются по сторонамъ — выше *cristae il.*, или сзади — въ почечной области. Нерѣдки также случаи вскрытія нарыва въ кишки, мочевой пузырь или рукавъ, а также въ нѣсколько изъ этихъ органовъ одновременно.

Даже послѣ того, какъ наступило полное заживленіе (произвольное или помощью искусства), у больныхъ остается хроническая хворость, зависящая отъ обширныхъ сращеній брюшныхъ внутренностей или отъ суженій отдѣльныхъ кишечныхъ петель.

Мы не видимъ особенной необходимости излагать здѣсь припадки всѣхъ остальныхъ метастатическихъ воспаленій, возможныхъ при родильной горячкѣ, такъ какъ они не представляютъ никакихъ специфическихъ особенностей.

Лихорадка при септическихъ заболѣваніяхъ отличается особенно сильнымъ вліяніемъ на весь организмъ. Даже при невысокой температурѣ пульсъ бываетъ частъ; дыханіе — тяжелое и учащенное; больныя

¹⁾ *Buch*, *Charité-Annalen*. IV. 1879. p. 360.

представляютъ характеристическую картину тяжелой общей болѣзни. Часто наступаетъ и помраченіе сознания, такъ что состояніе больной имѣетъ большое сходство съ тифознымъ состояніемъ.

При тѣхъ формахъ, которыя болѣе подходятъ къ піэміи, особенно характерна измѣнчивость картины болѣзни. При согреваемыхъ ознобахъ температура иногда поднимается до чрезмѣрной высоты, но затѣмъ также быстро падаетъ (ночь въліяніемъ леченія или безъ него) до нормы или даже ниже ея. При этомъ больная чувствуетъ себя лучше, но это улучшение продолжается не долго: новый потрясающій ознобъ разрушаетъ надежду на поворотъ болѣзни къ выздоровленію.

Ко всему этому вскорѣ обыкновенно присоединяются припадки со стороны грудныхъ органовъ, указывающіе на метастатическіе процессы въ легкихъ или въ плеврѣ; или же появляются воспаленія сочлененій или другія изъ вышеописанныхъ пораженій.

Картина болѣзни вслѣдствіе этого дѣлается столь разнообразною, что не поддается специальному описанію.

Злокачественный эндокардитъ даетъ мало характеристическихъ припадковъ, такъ какъ слабые сердечные шумы встрѣчаются и безъ эндокардита, а происхожденіе многочисленныхъ эмболій не всегда можетъ быть приписано этой болѣзни.

Распознаваніе послѣрородовой лихорадки.

Въ прогностическомъ и въ особенности въ профилактическомъ отношеніяхъ весьма важно рѣшеніе вопроса — заболѣла ли данная родильница послѣрородовою лихорадкою, т. е. происходитъ ли болѣзнь ея отъ зараженія, или нѣтъ? Рѣшеніе этого вопроса, конечно, очень легко при ясно выраженной піэміи и септицеміи, также и при общемъ перитонитѣ, который всегда имѣетъ инфекціонный характеръ, даже если онъ повидимому вызванъ самыми значительными поврежденіями (какъ напр. разрывъ матки).

Выше мы уже высказали нашъ взглядъ на параметритъ. Мы полагаемъ, что эти прогрессивно распространяющіяся воспаленія клетчатки всегда имѣютъ своимъ источникомъ зараженіе и, поэтому, мы считаемъ и самый параметритъ вѣрнымъ указаніемъ послѣдовавшаго зараженія.

Выдѣленіе зловонныхъ разложившихся послѣродовыхъ очищеній служить всегда доказательствомъ того, что возбудители гніенія, находящіеся въ воздухѣ, нашли довольно свободный доступъ къ внутреннимъ половымъ органамъ, и что въ этихъ послѣднихъ находятся вещества, способныя къ гніенію. При этомъ дѣло часто не доходитъ до всасыванія гніющихъ отдѣленій, такъ какъ отторгающаяся слизистая оболочка матки неспособна болѣе всасывать, а разрывы слизистой оболочки, происшедшіе во время родовъ, уже зажили или же защищены покрывающими ихъ грануляціями.

Рѣшеніе вопроса о септическомъ происхожденіи острыхъ воспаленій болѣе отдаленныхъ органовъ иногда довольно затруднительно. Гнойныя воспаленія сочлененій зависятъ всегда отъ септицеміи и лишь въ исключительныхъ случаяхъ, въ началѣ страданія, можно затрудниться отличіемъ ихъ отъ остраго суставнаго ревматизма. Гораздо труднѣе опредѣлить происхожденіе появляющихся въ родильномъ періодѣ пневмоній или плеврита. Въ этомъ отношеніи важное значеніе имѣетъ присутствіе параметрита. Если послѣдній существуетъ, то, конечно, лишь весьма рѣдко придется ошибиться, признавъ за пораженіемъ дыхательныхъ органовъ метастатическій характеръ. Въ такомъ происхожденіи пневмоніи особенно убѣждаетъ нетипическое теченіе ея, слѣдовательно, когда ею поражена не цѣлая доля, отсутствуетъ характеристическая мокрота и въ лихорадкѣ замѣчаются сильныя послабленія.

Особенныя затрудненія представляетъ отличительное распознаваніе септическихъ болѣзней отъ другихъ острыхъ лихорадочныхъ болѣзней. Такъ, нѣкоторыя септическія формы весьма похожи на брюшной тифъ. Однако-же, по характеристическому теченію, по присутствію roseolae, испражнениямъ и отсутствію параметритовъ не трудно распознать тифъ.

Температура при родильной горячкѣ колеблется иногда въ чрезвычайно широкихъ предѣлахъ, такъ что сильныя пароксизмы лихорадки, начинающіеся потрясающими ознобами, и наступающія затѣмъ полныя перемежки, могли бы навести на мысль о перемежающейся лихорадкѣ, тѣмъ болѣе, что нѣкоторые случаи родильной горячки имѣютъ какъ будто нѣсколько типическое теченіе въ сказанномъ направленіи. Но наблюденія, по которымъ перемежающаяся горячка бываетъ очень рѣдко у родильницъ, должны нѣсколько поколебать наше предположеніе объ этой болѣзни, по крайней мѣрѣ въ немалорійныхъ мѣстностяхъ; не вполнѣ же типическое теченіе лихорадки, признаки мѣстнаго заболѣванія половыхъ органовъ и неуспѣшное дѣйствіе хицина окончательно разрѣшаютъ наше сомнѣніе. Во всякомъ случаѣ, изъ 100 сомнительныхъ подобнаго рода случаевъ мы 99 разъ будемъ имѣть дѣло съ послѣродовою лихорадкою и, можетъ быть, одинъ только разъ съ перемежающеюся лихорадкою.

Весьма важенъ вопросъ — локализовался ли наступившій инфекціонный процессъ, или онъ распространился по всему организму.

Что процессъ распространяется только по продолженію тканей, можно предполагать до тѣхъ поръ, пока общія явленія, т. е. въ особенности температура, пульсъ, дыханіе, явленія со стороны мозговыхъ отпавленій соответствуютъ мѣстному заболѣванію и пока нельзя опредѣлить воспаленія въ органахъ, отдаленныхъ отъ мѣста зараженія.

При распознаваніи отдѣльныхъ мѣстныхъ заболѣваній, конечно, можно руководствоваться тщательнымъ изслѣдованіемъ, производимымъ по правиламъ гинекологіи, терапіи и хирургіи. Мы же ограничимся здѣсь разборомъ только нѣкоторыхъ изъ наиболѣе важныхъ относящихся сюда обстоятельствъ.

Легкіе случаи параметрита нельзя распознать безъ совмѣстнаго внутренняго и наружнаго изслѣдованія, ибо только этимъ способомъ удастся опредѣлить небольшой инфильтратъ вокругъ матки.

Частичный и общій перитониты обыкновенно очевиднымъ образомъ выражаются сильными болями, обусловливаемыми воспаленною брюшиною и легко могутъ быть распознаны, какъ по этому, такъ и по значительной болѣзненности при давленіи, метеоризмѣ, а при общемъ перитонитѣ по рвотѣ и присутствію свободнаго эксудата, который опредѣляется постукиваніемъ; но всѣ эти явленія, какъ уже указано на стр. 699, даже при совершенно разлитомъ перитонитѣ могутъ быть выражены весьма неясно, и въ такихъ случаяхъ распознаваніе представляетъ очень большія трудности. При вскрытіяхъ мы иногда совершенно неожиданно находимъ общій перитонитъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ всѣ восхваленные характеристическіе признаки его вовсе не были замѣчены при жизни. При изложеніи припадковъ перитонита мы говорили подробно о большей или меньшей важности каждаго изъ нихъ.

Плевритъ выражается болью и, затѣмъ, распознается по своимъ физическимъ признакамъ (въ особенности по шуму тренія и присутствію эксудата). Труднѣе распознаются дольчатая пневмонія, ибо большею частью не бываетъ характеристической мокроты, а притупленіе часто вовсе незамѣтно или едва уловимо. Тѣмъ не менѣе, часто можно отыскать воспаленную область по мелкопузырчатымъ хрипамъ, между тѣмъ какъ незначительныя гнѣзда, произведенныя эмболями, обыкновенно недоступны для распознаванія.

Весьма осторожнымъ должно быть при распознаваніи менингита. Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ бываетъ такъ рѣдко у родильницъ, между тѣмъ какъ мозговья явленія у нихъ такъ часты, что для основательнаго діагноза менингита необходимо доказать присутствіе паличей.

Легче распознаются воспаления сочлененій. Они обращаютъ на себя вниманіе затрудненіемъ движеній и часто весьма сильными болями въ пораженныхъ сочлененіяхъ. Впрочемъ, при пониженномъ самоощущеніи и эти припадки могутъ быть незначительны или совершенно отсутствовать. Бываютъ также случаи сильныхъ болей въ суставахъ, между тѣмъ какъ вскрытіе не показываетъ въ нихъ анатомическихъ измѣненій. При припухлости въ окружности суставовъ, гноя въ нихъ можетъ и не быть; но если опухла суставная сумка, то опухоль всегда зависитъ отъ накопленія въ ней гноя.

Воспаленіе внутрисердечнаго листка лишь весьма рѣдко доступно точному распознаванію при жизни, такъ-какъ разстройства отправленій сердца и слабые шумы встрѣчаются и во многихъ такихъ случаяхъ, гдѣ вскрытіе не обнаруживаетъ никакихъ анатомическихъ измѣненій.

Незначительныя припуханія селезенки бываютъ почти во всѣхъ

болѣе или менѣе значительныхъ септическихъ заболѣваніяхъ; но обыкновенно невозможно опредѣлить — зависитъ-ли это увеличеніе отъ гипереміи, или отъ инфарктовъ и нарывовъ. Мы не можемъ не упомянуть, что нашли ихорозный нарывъ селезенки въ одномъ случаѣ съ весьма сильной лихорадкою перемежающагося типа и съ необыкновенно часто повторявшимися сотрясательными знобами. При перетонитѣ доказать припуханіе селезенки невозможно.

Заболѣванія печени также обыкновенно трудны для распознаванія. Желтуха встрѣчается очень часто даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда при вскрытіи печень оказывается совершенно нормальной, или же только въ начальномъ періодѣ паренхиматознаго воспаленія. Боли въ сторонѣ печени встрѣчаются рѣдко.

Для распознаванія пораженій почекъ весьма важно изслѣдованіе мочи. Если у женщинъ, бывшихъ прежде здоровыми, въ мочѣ оказываются кровь, бѣлокъ и зернистые цилиндры, то почки вовлечены въ общее страданіе. Но не слѣдуетъ забывать, что гной и кровь могутъ выдѣляться и изъ мочевого пузыря. Само собою разумѣется, что у родильницъ нельзя изслѣдовать произвольно выдѣленную мочу, а должно опорожнить ее катетеромъ.

Предсказаніе при послѣродовой лихорадкѣ.

При всѣхъ формахъ заболѣванія послѣродовыми процессами, происшедшими вслѣдствіе зараженія, слѣдуетъ быть весьма осторожнымъ относительно предсказанія. Самыми благоприятными, въ прогностическомъ отношеніи нужно считать тѣ случаи, въ которыхъ произошло разложеніе отдѣленій на поверхности полового канала, вслѣдствіе проникновенія обыкновенныхъ бактерий гніенія. Даже когда отдѣленія имѣютъ сильно зловонный запахъ и когда образовались газы, когда температура и пульсъ сильно повысились, то и тогда, послѣ тщательной дезинфекціи, обыкновенно наступаетъ нормальный послѣродовой періодъ.

Напротивъ того, нужно быть весьма осторожнымъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ поражены болѣе глубокіе слои ткани, такъ какъ даже при легчайшихъ формахъ параметрита и лимфангоита очень возможенъ переходъ ихъ въ болѣе тяжелыя септическія заболѣванія.

Если зараженіе ограничивается простымъ параметритомъ, то предсказаніе можетъ быть, во всякомъ случаѣ, благоприятно, потому что при соответственномъ леченіи опухоль, въ большинствѣ случаевъ, всасывается, не оставляя послѣ себя никакихъ слѣдовъ. Рѣже — исходъ въ образованіе нарыва и при этомъ предсказаніе далеко неблагоприятнѣе въ томъ отношеніи, что отъ постоянного нагноенія силы больной значительно падаютъ, а заживленіе гнойника связано съ измѣненіемъ въ положеніи половыхъ органовъ.

При значительныхъ пораженіяхъ ^{1/2}брюшины предсказаніе должно ставиться всегда весьма осторожно, хотя въ большинствѣ случаевъ перитонита, ограничивающагося только тазовыми отдѣлами брюшины, дальнѣйшее распространеніе его можетъ быть пресѣкаемо. Всѣ внутрибрюшинныя воспаленія имѣютъ ту практическую важность, что они оканчиваются образованіемъ ложныхъ перепонокъ и могутъ, слѣдовательно, причинить стриктуры и зарращенія фаллопиевыхъ трубъ и измѣнить положеніе органовъ въ маломъ тазу.

Предсказаніе неблагоприятно при воспаленіи, распространяющемся на ^{1/2}всю брюшину, такъ-какъ при этомъ выздоровленіе наступаетъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ и даже, когда острые явленія ослабли и начинается инкапсулированіе гнойниковъ, инныя больныя умираютъ отъ потери силъ, прободенія кишекъ или новыхъ ожесточеній болѣзни.

Рѣзко выраженныя септическія явленія значительно ухудшаютъ предсказаніе. Во всѣхъ этихъ случаяхъ надо имѣть въ виду исходъ въ смерть, хотя и здѣсь, къ счастію, болѣзнь довольно часто оканчивается выздоровленіемъ. Пока нельзя указать на какой нибудь мѣстный процессъ, предсказаніе весьма неблагоприятно лишь въ томъ случаѣ, когда общія явленія достигаютъ весьма высокой степени. Весьма опасны воспаленія дыхательныхъ органовъ, но и здѣсь еще возможно полное выздоровленіе. При гнойномъ воспаленіи суставовъ весьма часто наступаетъ смерть, въ большинствѣ случаевъ, вслѣдствіе дальнѣйшихъ септическихъ заболѣваній, но часто и вслѣдствіе самого нагноенія. Но бывають случаи относительнаго выздоровленія съ обычными исходами гнойнаго воспаленія суставовъ.

Большая часть другихъ заболѣваній представляетъ очень большія затрудненія, какъ для распознаванія, такъ и для предсказанія. О наступленіи эмболии можно предположить, если при сотрясающемъ ознобѣ температура вдругъ весьма быстро повысилась и затѣмъ также быстро упала. Въ этихъ случаяхъ предсказаніе всегда сомнительно, однакожь мы наблюдали случай, въ которомъ появились повторные, жестокіе сотрясающіе ознобы съ значительнымъ повышеніемъ температуры (однажды до 42,5 въ подкрыльцевой впадинѣ и съ паденіемъ затѣмъ до 37,5) и гдѣ между тѣмъ мы не могли убѣдиться въ другомъ заболѣваніи, кромѣ параметрита съ образованіемъ значительнаго экссудата. При постоянно поддерживаемыхъ поносахъ, сильно перемежавшаяся лихорадка прекратилась на 13-й день, а на 3-й недѣлѣ больная была отпущена домой здоровою, хотя экссудатъ еще не совсѣмъ всосался.

Леченіе послѣродовой лихорадки.

Литература: *Radecki*, Petersb. med. Z. 1874. 4.—*v. Grünwald*, Petersb. med. Z. 1878. 48. 49. — *Fritsch*, Volkmann's Samml. Klin. V. № 107. — *Bischoff*, Corresp. - Bl. f. schweiz. Aerzte. 1875. № 22 и 23. — *Egli - Sinclair*, e. l. 1877. — *Zweifel*, Berl. Klin. Woch. 1878. № 1. — *Fehling*, Arch. f. Gyn. B. 8. H. 2. — *A. Schücking* Berl. Klin. Woch. 1877. № 26. — *Münster*, Zeitschr. f.

Geb. u. Gyn. B. 1. p. 422. — *Schülein*, e. l. B. 2 p. 97. — *Richter*, e. l. B. 2 p. 126. — *Rendu*, De l'utilité des lavages intra-utérines etc. Paris 1879. — *Schede*, Berl. Klin. Woch. 1877. № 23 и 24. — *Langenbuch*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 2. p. 83. — *J. Veit*, Berl. klin. Woch. 1879. № 23. — *Thiede*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 5. p. 87. — *Runge*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. IV. p. 195. — *Breisky*, Prager Zeitschr. f. Heilk. 1880. № 3. — *Spiegelberg*, Berl. Klin. Woch. 1880. № 22. — *Bompiani*, Annali d'Obstetr. III. № 3 — 4. — *Gusserow*, Berl. Klin. Woch. 1882. № 32. — *Fischel*, Arch. f. Gyn. B. XX. p. 1. — *Ehrendorfer*, e. l. B. XXII. p. 84. — *Bar*, Des methodes antiseptiques en obstétrique. Paris 1883. — *C. Fürst*, Die Antisepsis bei Schwangern etc. Wien 1885.

Лечение послеродовой лихорадки прежде всего должно быть профилактическое, т. е. на акушерѣ лежитъ обязанность главнымъ образомъ заботиться о томъ, чтобы ввѣренная его попеченію роженица не заразилась.

Съ этою цѣлью слѣдуетъ устранить отъ половыхъ органовъ всѣ микроорганизмы.

Чрезвычайно, однакожь, трудно выполнить это съ полною надеждою на успѣхъ, такъ какъ возбудители гніенія находятся вездѣ, какъ на поверхности всѣхъ тѣлъ, такъ и въ воздухѣ. Слѣдовательно, для того, чтобы вполне предохранить роженицу отъ зараженія, слѣдовало бы или совсѣмъ заградить доступъ воздуха къ половымъ органамъ, или же постоянно дезинфицировать его. Кромѣ того, слѣдовало бы тщательно дезинфицировать также все то, что приходитъ во время родовъ въ соприкосновеніе съ тазовою областію роженицы.

Всѣмъ этимъ показаніямъ невозможно удовлетворить при нерѣдко долго затягивающихся родахъ и если бы даже была возможность провести роды вполне асептически, то развѣ только въ какомъ либо отдѣльномъ парадномъ случаѣ, но конечно это не можетъ имѣть общаго практическаго значенія ¹⁾.

Впрочемъ, въ практическомъ отношеніи, дѣло существенно упрощается тѣмъ, что какъ намъ показываютъ наблюденія, зародыши гніенія, находящіеся въ воздухѣ, не вызываютъ непосредственно общаго заболѣванія организма, если уже раньше — во время родовъ — не произошло значительнаго разложенія отдѣлений, или если нѣтъ препятствія для выдѣленія гніющихъ секретовъ наружу. Поэтому мы убѣждены, что вещества, обусловливающія несомнѣнное септическое зараженіе, заносятся обыкновенно руками или инструментами.

Итакъ, профилактическое лечение родильной горячки

¹⁾ При веденіи родовъ по строго асептическому способу, слѣдовало бы помѣстить роженицу въ хорошо дезинфицированное помѣщеніе, назначить роженицѣ ванну, сбрить волосы на наружныхъ половыхъ частяхъ и обмыть всю область таза растворомъ карболовой кислоты, далѣе, проспринцовать рукавъ карболовымъ растворомъ или растворомъ сулемы и затампонировать его йодоформнымъ тампономъ. Всякое изслѣдованіе, равно, какъ и прохожденіе ребенка чрезъ наружныя половыя части и необходимыя при этомъ пособія должны совершаться только при строгомъ соблюденіи всѣхъ правилъ дезинфекціи. За симъ наружныя половыя части должны быть снова закрыты для доступа воздуха.

сводится къ тому, чтобы роды происходили въ здоровомъ и чистомъ помѣщеніи, чтобы воздухъ имѣлъ какъ можно меньше доступа къ внутреннимъ половымъ органамъ, въ особенности же, чтобы въ половые органы роженицы не были введены непосредственно заражающія вещества и, если послѣднія не могли быть вполне устранены, чтобы родовой каналъ былъ тщательно дезинфицированъ, тотчасъ послѣ родовъ.

Что касается перваго изъ этихъ показаній, то сюда относятся всѣ общеизвѣстные санитарныя правила. Остальныя же показанія требуютъ болѣе подробнаго изложенья.

Прежде всего нужно принять крѣпко за правило, отъ котораго ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ отступать, чтобы все то, что приходитъ въ соприкосновеніе съ половыми органами роженицы, было предварительно подвергнуто тщательному дезинфицированію растворомъ карболовой кислоты или сулемы.

При этомъ, конечно, не слѣдуетъ забывать, что эти средства представляютъ, хотя и относительно хорошія, но никакъ не вполне вѣрныя средства противъ переноса зараженія. Поэтому, при уходѣ за половыми органами роженицы, слѣдуетъ употреблять только такіе предметы, которые никогда не были въ соприкосновеніи съ гниющими веществами.

Зараженіе можетъ быть перенесено въ половые органы роженицы тремя путями, а именно:

- 1) Черезъ губки, инструменты и проч.
- 2) Черезъ руки акушерки и
- 3) Черезъ руки врача.

Лучше всего было бы, еслибы все то, что употребляется при родахъ, было ново и, кромѣ того, тщательно промыто растворомъ карболовой кислоты или сулемы. Тамъ, гдѣ обстоятельства позволяютъ, слѣдуетъ приготовить новый ирригаторъ, новый катетеръ и проч. и прежде, чѣмъ ими пользоваться, положить ихъ въ пятипроцентный растворъ карболовой кислоты или въ растворъ сулемы 1 : 1000. Въ случаѣ же невозможности имѣть все новое, всѣ эти инструменты должны быть вычищены и дезинфицированы самымъ тщательнымъ образомъ. Тѣже предосторожности должны быть соблюдаемы и по отношенію къ подстилкамъ, салфеткамъ, употребляемымъ для вытиранія наружныхъ половыхъ частей, и проч. (губки лучше всего должны быть совершенно изгнаны изъ употребленія).

Акушеркамъ слѣдуетъ, прежде всего, вмѣнить въ обязанность — ни въ какомъ случаѣ не являться къ роженицѣ во время ухода ихъ за больными или даже здоровыми родильницами (у послѣднихъ часто бываютъ разложившіяся лохи). Коль скоро акушерка принимаетъ на себя попеченіе о больной родильницѣ, она обязана отказаться отъ акушерской практики. Это правило было бы весьма цѣлесообразно, и его легко было бы примѣнять на практикѣ, если-бы акушерки не допускались къ уходу за больными родильницами. Акушеркѣ ни въ ка-

комъ случаѣ не слѣдуетъ приступать къ изслѣдованію беременной на сносяхъ или роженицы безъ того, чтобы она не вымылась самымъ тщательнымъ образомъ мыломъ и теплою водою и чтобы ея руки и предплечія (засучить рукава) предварительно не были тщательно вымыты трехпроцентнымъ карболовымъ растворомъ, а ногти вычищены щеткою. Также при каждомъ слѣдующемъ изслѣдованіи она должна вымыть руки растворомъ карболовой кислоты.

Точно такія же обязанности лежатъ и на акушерѣ, но онъ, вообще, долженъ быть еще болѣе щепетилень, такъ какъ онъ еще чаще имѣетъ случаи приходить въ соприкосновеніе съ заражающими веществами. Если врачъ произвелъ вскрытіе или перевязку ихорозной раны или пролежня, если онъ удалилъ изъ матки разложившееся яйцо или лечилъ дифтеритическаго ребенка или сдѣлалъ надрѣзы при флегмонозномъ воспаленіи, если вообще какимъ бы то ни было образомъ онъ находился въ соприкосновеніи съ заражающими веществами, то лучше всего вовсе не изслѣдовать роженицъ въ теченіе, по крайней мѣрѣ, слѣдующихъ двоихъ сутокъ. Во всякомъ случаѣ онъ не долженъ приступать къ изслѣдованію раньше чѣмъ вымоетъ все тѣло (и голову и бороду) въ ваннѣ (или, еще лучше, въ банѣ — Р.) и переодѣнетъ другое, чистое платье. Если, послѣ этого, предплечія и руки будутъ повторно и тщательно обмываемы и дезинфицируемы до тѣхъ поръ, пока не будутъ удалены съ нихъ поверхностные слои кожицы, и если не только почистить, но и обрѣзать ногти, то можно быть увѣреннымъ, что переносъ заразы невозможенъ ¹⁾.

Если эти показанія будутъ выполнены, то, при нормальныхъ и не долго продолжающихся родахъ, мы только въ рѣдкихъ случаяхъ будемъ имѣть дѣло съ инфекционными заболѣваніями. Совсѣмъ другое бываетъ при родахъ затянувшихся вслѣдствіе механическихъ затрудненій.

Въ такихъ случаяхъ въ половыхъ органахъ роженицъ всегда находится масса веществъ (слизь, кровь, mesonium, куски deciduae, а въ худшихъ случаяхъ и омертвѣвшія, вслѣдствіе давленія, мягкія части матери), исключенныхъ изъ живата обмѣна веществъ и, подъ вліяніемъ теплоты тѣла, подвергающихся разложенію. Зародыши гніенія воздуха быстро размножаются въ названной питательной средѣ, вызывая въ ней разложеніе и могутъ, такимъ образомъ, вести къ образованію ядовитыхъ птомаинныхъ соединеній, къ размноженію въ громадномъ числѣ бактерий гніенія, равно какъ и къ культивированію патогенныхъ микроорганизмовъ.

Поэтому акушеръ обязанъ, по возможности, стараться не раскрывать половой щели и устранять прониканіе воздуха чрезъ нея, что достигается осторожнымъ и не слишкомъ частымъ изслѣдованіемъ, но

¹⁾ Относительно вопроса о томъ, необходимо-ли оставлять на время практику или достаточно тщательно дезинфицироваться см. v. Swiecicki, Centr. f. Gyn. 1883. Nr. 16.—Lochlein и Fritsch, e. l. Nr. 23.—Wiener, e. l. Nr. 24.—Hofmeier и Fritsch, e. l. Nr. 27.—Goth, e. l. Nr. 31.—Wiedow, e. l. Nr. 37.

онъ обязанъ также, если только возможно, окончить роды раньше, чѣмъ наступитъ разложеніе материнскихъ выдѣленій, вслѣдствіе доступа бактерій гніенія. Какъ только запахъ (онъ, къ сожалѣнію, остается и до сихъ поръ единственнымъ годнымъ реагентомъ въ этомъ отношеніи), указываетъ на разложеніе, мы сначала назначаемъ дезинфицирующія карболовыя впрыскиванія и затѣмъ, если только нѣтъ какихъ либо важныхъ противопоказаній, приступаемъ къ окончанію родовъ. Последнее особенно показуется въ тѣхъ случаяхъ, когда разложившіяся вещества имѣютъ своимъ источникомъ самую полость матки, такъ какъ она во время родовъ не можетъ быть дезинфицируема. Поэтому, разлагающіяся выдѣленія изъ матки могутъ служить настоятельнѣйшимъ показаніемъ къ скорому окончанію родовъ съ цѣлью сдѣлать возможнымъ промываніе маточной полости.

Изложенная профилактическая терапія послѣродовыхъ лихорадокъ недостаточна въ особенности для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ продукты разложенія образовались въ половомъ каналѣ во время родовъ; въ этихъ случаяхъ, тотчасъ по окончаніи родовъ, вся внутренняя поверхность матки должна подвергнуться дезинфекціи.

Въ худшихъ случаяхъ, въ которыхъ выдѣленія изъ матки представляютъ несомнѣнные признаки начавшагося гніенія (при *tympania uteri*), дезинфекція эта производится такимъ образомъ, что въ полость матки пропускаютъ достаточной величины струю пятипроцентнаго карболоваго раствора или 1% раствора сулемы (предплечіе оперирующаго и наружныя половыя части роженицы, для избѣжанія ѣдкаго на нихъ дѣйствія, смазываются масломъ). Цѣлесообразнѣе всего произвести эту операцію подѣ наркозомъ, введя всю руку въ полость матки и направляя по желанію струю жидкости ¹⁾.

Если дезинфекція родового канала будетъ произведена описаннымъ образомъ и при томъ энергически, то родильное состояніе очень часто будетъ имѣть совершенно нормальное теченіе, не смотря на самое зловонное выдѣленіе во время родовъ.

Хотя тщательная дезинфекція родового канала въ подобныхъ случаяхъ и чрезвычайно необходима, тѣмъ не менѣе мы не можемъ совѣтовать проспринцовывать полость матки у каждой свѣжей родильницы съ цѣлью чисто профилактической, т. е. единственно потому, что была возможность, чтобы заразительныя вещества проникли въ половыя органы. Никогда не слѣдуетъ забывать, что зараженіе можетъ послѣдовать и вслѣдствіе спринцованія и поэтому приносимая имъ въ одиночныхъ случаяхъ польза уравнивается непосредственнымъ вредомъ для другихъ родильницъ.

Всѣ акушеры согласны въ томъ, что дезинфицирующія спринцованія показаны въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ, несмотря на резорпционную лихорадку, еще не послѣдовало заболѣванія всего организма, но

¹⁾ См. *Hofmeier*, Centralbl. f. Gyn. 1880. Nr. 5. — *Stadtfeld*, Centralbl. f. Gyn. 1880. Nr. 7.

въ которыхъ образовалось разложенеі отдѣленій внутри полового канала вследствие гніенія. Мнѣнія расходятся только относительно вопроса: общается ли успѣхъ мѣстная терапия въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ носители заразы уже проникли въ подлежащія ткани, и когда, слѣдовательно, въ клетчаткѣ таза и въ лимфатическихъ сосудахъ появились уже воспалительные процессы. Мы полагаемъ, что и въ такихъ случаяхъ не слѣдуетъ отказываться отъ мѣстной терапіи, такъ какъ на внутренней поверхности матки, въ остаткахъ отпадающей оболочки, въ кровяныхъ сгусткахъ или на надрывахъ и разможженныхъ мѣстахъ шейки или рукава постоянно образуются все новые и новые продукты гніенія, и поэтому, если противъ нихъ ничего не будетъ предпринято, то они могутъ служить постояннымъ источникомъ для повторнаго зараженія организма. Въ болѣе позднюю эпоху послѣродоваго періода, когда воспалительные процессы на внутренней поверхности полового канала прекратились, нѣтъ, конечно, никакого смысла дѣлать промываніе дезинфицирующими растворами, такъ какъ воспаленіе брюшины, начавшее уже утихать при примѣненіи спринцованій, можетъ быть снова обострено неизбежными при этомъ механическими раздраженіями, и, слѣдовательно, спринцованія могутъ сдѣлаться вредными.

Но пока только въ половомъ каналѣ находятся разложившіяся вещества, то, придерживаясь общихъ правилъ хирургіи, ихъ слѣдуетъ удалить посредствомъ спринцованій и очищенную слизистую оболочку дезинфицировать. Тщательное промываніе матки полезно даже при самыхъ опасныхъ формахъ зараженія, возникшихъ путемъ привитія заразы, по крайней мѣрѣ если основательно дезинфицируются мѣста прививки.

Поэтому мѣстная терапия полового канала играетъ столь важную роль при леченіи послѣродовой лихорадки, что мы должны рассмотретьъ подробнѣе относящіяся сюда техническіе приемы.

Продукты разложенія весьма успѣшно могутъ быть удалены со всей внутренней поверхности родоваго канала до самыхъ трубъ; но чѣмъ ближе данное мѣсто находится къ наружнымъ половымъ частямъ, тѣмъ легче выполнить эту задачу.

Входъ въ рукавъ можетъ быть сохраненъ въ чистотѣ весьма легко, такъ какъ надрывы или нечистыя язвы могутъ быть обмываемы или прижигаемы по мѣрѣ надобности. Свѣжія поврежденія лучше всего покрыть компрессию, смоченнымъ десятипроцентнымъ карболовымъ масломъ или посыпать йодоформомъ, а нечистыя язвочки прижигаются пяти или десятипроцентнымъ растворомъ карболовой кислоты.

2. 4) Рукавъ, шейка и полость матки промываются помощью повторныхъ впрыскиваній изъ растворовъ карболовой кислоты или растворовъ судемы, лучше всего, при помощи постояннаго дренажа.

Промываніе матки лучше всего дѣлается помощью не слишкомъ тонкой трубки. Двойные катетеры не необходимы для этого, такъ какъ въ первое время родильнаго періода цервикальный каналъ достаточно

широкъ, чтобы дать свободный обратный стокъ впрыснутой жидкости, въ особенности если нѣсколько прижать трубку къ передней стѣнкѣ шейки.

Трубка должна быть или металлическая, для того, чтобы ее можно было выварить послѣ употребленія, или, еще лучше, она должна быть сдѣлана изъ дешеваго матеріала, какъ напр. изъ стекла (Hildebrandt); такую трубку послѣ употребленія можно совсѣмъ бросить.

Количество употребляемой для промыванія жидкости должно быть не менѣе одного литра; крѣпость раствора, смотря по надобности, отъ 2⁰/₀ до 5⁰/₀ карболоваго или 1⁰/₅ — 1⁰/₁₀ (1/2—1 на тысячу) раствора сулемы.

Въ худшихъ случаяхъ такіа промыванія должны быть производимы довольно часто. Поэтому удобнѣе ввести въ полость матки дренажную трубку, чрезъ которую впрыскиванія производятся болѣе или менѣе часто, смотря по надобности.

Подобный дренажъ можетъ быть приготовленъ, по примѣру *Schede*, изъ толстой каучуковой трубки, а чтобы предупредить ея выскальзываніе изъ матки, къ верхнему концу ея придѣлывается поперечная перекладинка (изъ тонкой дренажной трубки). Дренажныя трубки подобнаго рода могутъ быть и двойныя. Такъ какъ введеніе этихъ мягкихъ дренажныхъ трубокъ довольно затруднительно и притомъ онѣ могутъ подвергнуться сжатію во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ, то имъ слѣдуетъ предпочитать толстые гибкіе цинковые катетеры (*Thiede*).

Введенная такимъ образомъ дренажная трубка не только представляетъ свободный стокъ маточнымъ выдѣленіямъ, но чрезъ нее могутъ быть производимы повторныя промыванія, а также постоянное орошеніе маточной полости. Для послѣдней цѣли дренажъ соединяется съ каучуковою трубкою большаго ирригатора, содержащаго въ себѣ жидкость для промыванія. Стекающая жидкость собирается въ подкладномъ суднѣ. Гораздо цѣлесообразнѣе (какъ это дѣлается въ моей клиникѣ) положить больную на составной матрацъ, специально для этого приспособленный, причѣмъ стекающая жидкость собирается въ жестяномъ сосудѣ, а оттуда отводится въ стоящее возлѣ кровати ведро.

Такимъ образомъ чрезъ матку могутъ быть пропускаемы различныя растворы въ теченіе какого угодно времени (отравленія карболовою кислотою опасаться нечего) и если для этой цѣли будемъ брать ледяную воду, то она будетъ производить чрезвычайно сильное противовоспалительное дѣйствіе; отравленія сулемой ¹⁾ — дифтерита толстой кишки — нужно во всякомъ случаѣ остерегаться. Отравленія эти легче происходятъ у анемическихъ женщинъ, въ особенности, если при существующихъ страданіяхъ почекъ, выдѣленіе ртути изъ организма затруднено.

Поступая по описаннымъ способамъ, мы можемъ достигнуть самыхъ благоприятныхъ результатовъ.

¹⁾ *Thorn*, *Volkmann's Samml. klin. V. Nr. 250.*—*v. Herff*, *Arch. f. Gyn. B. 25. p. 487.*—*Keller*, *Arch. f. Gyn. B. 26. p. 107.*

Оспаривать пользу этихъ попытокъ только потому, что еще до примѣненія ихъ зараженіе уже успѣло далеко проникнуть въ клѣтчатку таза, — неосновательно, и это обстоятельство, наоборотъ, должно насъ побудить приступать къ мѣстной дезинфекціи по возможности раньше.

Не подлежитъ сомнѣнію, что мѣстное леченіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ вполне прервать болѣзненный процессъ; въ другихъ же случаяхъ онъ по крайней мѣрѣ отличается чрезвычайно легкимъ теченіемъ. Если въ нѣкоторыхъ случаяхъ мѣстная терапія оказывается недостаточною, то это не можетъ служить доказательствомъ ея безполезности. Помощію своевременной примѣненной мѣстной терапіи мы можемъ понизить смертность отъ родильной горячки въ такой же мѣрѣ, въ какой мы ограничиваемъ распространеніе родильной горячки помощію тщательнаго профилактическаго леченія.

Правда, нашлись голоса, предостерегавшіе отъ внутриматочныхъ впрыскиваній, имѣя въ виду опасности, которыми они сопровождаются. А именно: въ не очень рѣдкихъ случаяхъ, во время, или непосредственно послѣ впрыскиванія, появляются чрезвычайно угрожающіе припадки (кромѣ очень частыхъ и потрясающихъ ознобовъ, въ одиночныхъ случаяхъ также явленія коллапса, отсутствіе пульса, судороги, спячка и т. п.). Чѣмъ они обуславливаются? — еще неизвѣстно; во всякомъ случаѣ — не отравленіемъ карболовою кислотою. Какое бы тревожное впечатлѣніе не производили эти припадки, но они ведутъ къ смерти только чрезвычайно рѣдко. Важное значеніе имѣетъ то обстоятельство, что эти припадки появляются, кажется, только при введеніи трубки въ матку; мы по крайней мѣрѣ ихъ никогда не видали при дренажѣ. Если зараженіе распространилось уже очень далеко и если всякое мѣстное леченіе причиняетъ боль вслѣдствіе развившагося уже перитонита, то, конечно, слѣдуетъ обсудить — стоитъ ли при данныхъ обстоятельствахъ причинять родильницѣ боль и подвергать ее опасности отъ воспалительнаго раздраженія изъ-за ожидаемой пользы.

Важнымъ вспомогательнымъ средствомъ при мѣстномъ леченіи считается возбужденіе энергическихъ сокращеній матки посредствомъ подкожныхъ впрыскиваній эрготина или (какъ я собственно предпочитаю) ^{3.} назначеніе внутрь порошковъ спорыньи. Этимъ удается значительно ограничить всасываніе заразныхъ отдѣленій съ внутренней поверхности матки.

Насколько дѣйствительнымъ мѣстное леченіе оказывается въ не очень развившихся еще случаяхъ, настолько же трудно ограничить болѣзненный процессъ, когда воспаление распространилось уже далеко или же когда появились уже пиѣмическія и метастатическія воспаленія другихъ органовъ.

Мы не знаемъ такихъ внутреннихъ средствъ, которыми можно было бы сдѣлать безвредными попавшія въ организмъ заражающія ве-

щества. Всѣ относящіяся сюда дезинфицирующія средства оказываются непримѣнимыми, потому что для того, чтобы оказать дѣйствіе, они должны были бы быть назначаемы въ невозможно большихъ дозахъ.

Помощію возбужденія обильныхъ выдѣленій также не удастся, болѣе или менѣе надежно, удалить изъ организма эти губельныя вещества. Особенно большою славою въ этомъ отношеніи пользовались слабительныя средства и, по нашимъ наблюденіямъ, не безъ нѣкотораго основанія. Средства эти были часто употребляемы въ послѣродовыхъ болѣзняхъ еще въ прошломъ столѣтіи, а въ новѣйшее время ихъ снова настойчиво предлагали *de Latour, Seyfert* и *Breslau* и, дѣйствительно, многія обстоятельства говорятъ въ ихъ пользу. Если можно надѣяться удалить изъ организма всосавшіяся септическія вещества, то, безъ сомнѣнія, это легче всего совершится чрезъ желудочно-кишечный каналъ, а наблюденіе, что септически отравленные собаки выздоравливаютъ послѣ обильныхъ вонючихъ поносовъ, обяыываетъ испытывать искусственное вызваніе поноса. И дѣйствительно, послѣ нихъ обыкновенно замѣчается ослабленіе лихорадки; пораженіе брюшины, если оно есть, становится менѣе болѣзненнымъ и общія явленія менѣе бурными.

Вреда мы никогда не наблюдали отъ обильныхъ поносовъ; даже при весьма многочисленныхъ испраженіяхъ силы ослабѣваютъ не болѣе, чѣмъ можно было бы ожидать и безъ нихъ. Однако-же мы никоимъ образомъ не совѣтуемъ безразличное употребленіе проносныхъ средствъ у каждой больной послѣродовою лихорадкою. Кажется, что отдѣльныя эпидеміи послѣдней отличаются особенною наклонностію къ сильнымъ поносамъ, и мы легко можемъ допустить, что наклонность къ поносамъ можетъ быть столь значительна, что было бы весьма неосторожно еще искусственно вызывать ихъ ¹⁾. Въ противномъ случаѣ, т. е., когда у больной запоръ, мы только въ рѣдкихъ случаяхъ не будемъ замѣчать благоприятнаго вліянія обильныхъ испраженій на теченіе болѣзни. При болѣе легкомъ пораженіи мы даемъ ⁴ жасторовое масло, которое вовсе не раздражаетъ желудочно-кишечнаго канала, а въ болѣе тяжелыхъ мы предпочитаемъ каломель.

Обильныя выдѣленія слизистой оболочки кишечника не имѣютъ, однако, сколько нибудь надежнаго и рѣшительнаго дѣйствія. Поэтому, кромѣ мѣстной терапіи, леченіе должно быть направлено противъ припадковъ септического зараженія и противъ воспаленія отдѣльныхъ органовъ, но самое важное — мы должны стараться поддерживать силы больной.

5) Лихорадка есть самый важный изъ всѣхъ припадковъ. Высокая температура, продолжающаяся долго, сама по себѣ уже опасна вслѣдствіе того, что ведетъ къ истощенію организма. Въ методическомъ употребленіи холодной воды мы обладаемъ средствомъ для предотвращенія этой опасности.

¹⁾ *Hecker*, Kl. d. Geb. II. p. 214 и *Holst*, Beiträge I. p. 170.

Сама по себѣ высота температуры не служитъ еще достаточнымъ показаніемъ къ этому. Температура въ 40°, даже въ 41° и болѣе столь часто появляется преходящимъ образомъ и затѣмъ сама собою такъ быстро падаетъ, что въ единовременномъ повышеніи до 41° и болѣе мы не можемъ еще видѣть безусловнаго показанія къ употребленію холодной воды. Иное дѣло, если при такой высокой температурѣ лихорадка постоянна или наблюдаются лишь легкія послабленія, если наступаютъ мозговья явленія или же настаетъ крайняя необходимость въ сохраненіи силъ больной.

Цѣлесообразнѣе всего употреблять воду въ формѣ холодныхъ или постепенно охлаждающихся ваннъ. Весьма успѣшны также обертыванія въ мокрыя холодныя простыни, которыя въ особенности совѣтуются тамъ, гдѣ примѣненіе полныхъ ваннъ почему либо не удобно. При леченіи холодными обертываніями лучше всего приставить другъ къ другу двѣ кровати и, приподымая больную, попеременно перекладывать ее съ одной кровати на другую. На каждую кровать кладутъ по смоченной въ холодной водѣ простынѣ, въ которую и завертываютъ больную: затѣмъ, спустя нѣсколько минутъ, перекладываютъ ее на другую простыню. Такія обертыванія могутъ слѣдовать другъ за другомъ отъ 12 до 24 разъ и болѣе.

Такъ какъ такой способъ леченія весьма хлопотливъ и кропотливъ, то въ болѣе легкихъ случаяхъ можно ограничиться приложеніемъ холода только къ одной сторонѣ туловища. Съ этою цѣлью складываются двѣ простыни такъ, чтобы онѣ приблизительно равнялись величинѣ туловища, смачиваютъ ихъ въ холодной водѣ и затѣмъ, быстро смѣняя ихъ, покрываютъ всю переднюю поверхность больной.

Другой, превосходно дѣйствующій способъ отнятія тепла, состоитъ въ постоянномъ орошеніи холодною водою внутренней поверхности матки помощью дренажа (см. стр. 713). Полость матки у свѣжей родильницы такъ обширна, а сама матка лежитъ такъ глубоко внутри тѣла, что охлажденіе ея помощью постоянной струи холодной воды должно произвести сильное дѣйствіе. Особенно важно то обстоятельство, что при этомъ обыкновенно больше всего охлаждается первоначальное мѣсто заболѣванія.

Успѣхъ такого рода леченія большею частью весьма блистателенъ. Получаемые при этомъ въ первое время послѣ начала леченія результаты во всякомъ случаѣ бываютъ различны. Если во время прикладыванія холода температура достигла своей наибольшей высоты, или если она была уже на пути къ пониженію, то можно съ большою вѣроятностью достигнуть значительнаго пониженія, весьма часто до нормы и даже ниже. Но если температура была на пути къ быстрому повышенію, то обыкновенно получается лишь весьма преходящій результатъ. Быстро прерванное повышеніе скоро снова возвращается и нерѣдко съ сотрясающимъ ознобомъ. Но и въ этомъ случаѣ нельзя все отрицать благоприятнаго вліянія, особенно повторнаго примѣненія

холода на теченіе температуры. Въ ближайшіе за этимъ дни лихорадка не достигаетъ столь высокой степени и становится сильно ослабляющею или перемежающеюся. Частота пульса также постоянно уменьшается уже послѣ однократнаго примѣненія холода.

Но яснѣ всего выражается благотворное дѣйствіе отвлеченія теплоты въ перемѣнѣ общаго состоянія. Больныя, находившіяся въ совершенно безсознательномъ состояніи, можетъ быть, послѣ нѣсколькихъ дней забытія, впервые приходятъ въ себя и при энергическомъ отвлеченіи теплоты выражаютъ самые ясные признаки улучшеннаго самочувствія; въ случаяхъ же, когда сознание сохранено, очевидно улучшаются субъективныя ощущенія, прекращаются сильныя головныя боли, проходитъ мучительная жажда, а гнетущій страхъ и тоска смѣняются хорошимъ расположеніемъ духа.

Гораздо менѣе надежны другія средства, предлагаемыя противъ лихорадки. Мы не замѣчали никакого постояннаго дѣйствія и отъ хинина въ дозахъ по нѣсколько граммъ. *Barker, Elliot* и *v. Grünwaldt* совѣтуютъ вератринъ. Салициловая кислота и натронныя ея соли имѣютъ надежное жаропонижающее дѣйствіе. Мы приобретаемъ очень рѣдко къ этимъ препаратамъ, такъ какъ они имѣютъ непріятныя побочныя дѣйствія (катарръ желудка и явленія коллапса) и притомъ вліяніе ихъ на общее состояніе, даже при паденіи температуры, повидимому не благоприятно. Надежнымъ средствомъ служить также антипиринъ, но онъ не приноситъ иной пользы, кромѣ пониженія температуры.

Чрезвычайно важно также — поддерживать ^{6.} силы больной, такъ какъ чѣмъ дольше тянется болѣзнь, тѣмъ больше шансовъ на благоприятный исходъ ея. Лучше всего это достигается назначеніемъ большихъ пріемовъ спиртныхъ веществъ, которыя, сверхъ того, обладаютъ, кажется, еще жаропонижающимъ дѣйствіемъ. Можно давать или вино въ большихъ пріемахъ или ромъ чайными ложечками ^{7.} ¹⁾. Основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, я вполне могу подтвердить благоприятное дѣйствіе большихъ дозъ алкоголя, на которое особенно указываетъ *Breisky*.

Очень важное практическое значеніе имѣетъ леченіе мѣстныхъ заболѣваній. Леченіе мѣстныхъ заболѣваній наружныхъ половыхъ частей подробно изложено выше (см. стр. 712).

При прогрессивныхъ воспаленіяхъ вблизи наружныхъ половыхъ частей, — при параметритѣ, периметритѣ и перетонитѣ — ледъ прикладываемый въ неслишкомъ маломъ количествѣ къ животу, оказываетъ самую лучшую услугу. Хотя при этомъ и не во всѣхъ случаяхъ удается удержать распространеніе болѣзненнаго процесса на брюшину, тѣмъ не менѣе нельзя не признать, въ большинствѣ случаевъ, благопріятнаго вліянія льда на воспаленіе.

Если воспаленіе распространяется далѣе, если усиливающіяся боли указываютъ на значительное участіе брюшины, то все таки наиболѣе

¹⁾ См. *Breisky*, Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. III. № 20.

благоприятнаго дѣйствія слѣдуетъ ожидать отъ прикладыванія къ животу пузыря со льдомъ. Ни слабительныя средства, которыя прежде примѣнялись, ни опиумъ не въ состояніи остановить дальнѣйшаго процесса распространенія воспаления брюшины.

Если появились уже рѣзко выраженные припадки общаго воспаления брюшины, то исходъ, не смотря ни на какое леченіе, обыкновенно бываетъ смертельный. Ледъ, вино, въ особенности шампанское, а при постоянной рвотѣ — нагрѣтыя спиртуозныя вещества въ формѣ клистира, а также подкожныя впрыскиванія эфира и мускуса могутъ только въ исключительныхъ случаяхъ поддержать силы больной до тѣхъ поръ, пока воспалительные процессы въ брюшной полости подвергнутся обратному развитію. Если появились продолжительная рвота желчью и значительное вздутіе живота и если притомъ частый пульсъ сталъ неощутимъ, то предсказаніе безусловно дурно и больныя умираютъ обыкновенно въ теченіе первыхъ шести часовъ послѣ исчезанія пульса, а терапія едва ли можетъ сдѣлать что нибудь, развѣ только, помощью подкожныхъ впрыскиваній морфія, облегчить страданія больной.

Въ подобныхъ отчаянныхъ случаяхъ и при теперешнемъ состояніи науки, каждому, конечно, придетъ въ голову мысль о томъ, — нельзя ли спасти подобныхъ вполне безнадежныхъ больныхъ помощью лапаротоміи и дезинфекціи брюшной полости? Я самъ нѣсколько разъ дѣлалъ подобную попытку, но не могу ее рекомендовать другимъ, такъ какъ послѣ этой операціи я ни разу не замѣчалъ ни малѣйшаго благоприятнаго дѣйствія. Хотя у оперированныхъ мною смерть послѣдовала и ранѣе, чѣмъ у неоперированныхъ, но и не позже.

Если перитонитъ оканчивается выздоровленіемъ, то онъ обыкновенно оставляетъ по себѣ вышеописанные внутрибрюшинныя экссудаты. Если послѣдніе становятся плотными, то слѣдуетъ содѣйствовать ихъ всасыванію подобно тому, какъ это дѣлается при леченіи парапериметритическихъ экссудатовъ. Теплыя сидячія или полныя ванны съ морскою солью или маточнымъ щелокомъ, гидротатическіе компрессы на животъ, іодистые препараты снаружи или во влагалищные своды могутъ быть употребляемы въ теченіе еще долгаго времени.

Если экссудатъ перешелъ въ нагноеніе, то, какъ только онъ становится доступенъ со стороны рукава или общихъ покрововъ, его слѣдуетъ вскрыть. Разрѣзъ долженъ быть всегда на столько великъ, чтобы чрезъ него можно было провести дренажную трубку. Проколъ троакаромъ, произведенный одинъ только разъ, бесполезенъ, такъ какъ гной вскорѣ накопляется снова. Весьма цѣлесообразно произвести вскрытіе абсцесса со стороны Дугласова пространства, такъ какъ такое вскрытіе весьма благоприятно для стока гноя. Переднюю брюшную стѣнку можно вскрыть только въ такомъ случаѣ, когда воспалительныя явленія укажутъ, что произошло срощеніе между нею и абсцессомъ.

Остальныя метастатическія воспаленія слѣдуетъ лечить по общимъ правиламъ терапіи и хирургіи.

ПРИБАВЛЕНІЕ.

Родильный столбнякъ (Tetanus puerperalis).

Литература: *Simpson*, Edinb. monthly J. Febr. 1854. p. 97 и Sel. Obst. Works. Edinb. 1871. p. 569. — *Craig*, Edinb. med. J. July 1870. p. 24 и Edinb. Obst. Tr. 1872. p. 55. — *Baart de la Faille*, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. II. p. 30. — *Wiltshire*, London Obst. Tr. XIII. p. 133. — *Lardier*, Thèse de Paris. 1874. — *Macdonald*, Obst. J. of Gr. Brit. November 1875. p. 516. — *Ditzel*, Hosp. Tid. 1881. 1.

Въ нѣкоторыхъ, къ счастью очень рѣдкихъ (по крайней мѣрѣ въ Европѣ) случаяхъ послѣ срочныхъ и нѣсколько чаще послѣ преждевременныхъ родовъ появляется столбнякъ (tetanus)¹⁾. Этиология его до сихъ поръ очень темная; мы описываемъ его какъ прибавленіе къ инфекціоннымъ болѣзнямъ, такъ какъ онъ, очень вѣроятно, обуславливается специфическимъ зараженіемъ какой нибудь пуэрперальной язвы. Неизвѣстны также обстоятельства, благопріятствующія обнаруженію столбняка. Менѣе всего что нибудь положительное можно сказать на счетъ простуды; относительно чаще столбнякъ наблюдали послѣ обильныхъ кровотеченій, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, когда приходилось прибѣгать къ тампону.

Припадки имѣютъ такой же характеръ, какъ при столбнякѣ, развивающемся вообще послѣ различныхъ раненій.

Предсказаніе весьма неблагопріятно. На основаніи данныхъ, собранныхъ *Simpson*'омъ, изъ 27 случаевъ выздоровленіе наступило только въ 5. Терапія поэтому въ этихъ случаяхъ почти бессильна. Мы, вмѣстѣ съ *Simpson*'омъ, болѣе всего еще можемъ совѣтовать прибѣгать къ полному наркозу.

Родильныя заболѣванія, не зависящія отъ зараженія.

О нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ, которыя, не находясь въ связи съ воспаленіями половыхъ органовъ, вызываютъ лихорадку въ родильномъ періодѣ.

Само собою разумѣется, что родильницы могутъ поражаться самыми различными лихорадочными болѣзнями, составляющими лишь случайное осложненіе родильнаго періода. Заболѣванія эти, вообще говоря, не представляютъ никакихъ характерныхъ особенностей. Распознаваніе можетъ быть затруднительно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при-

¹⁾ *Curtis Smith* (Philadelphia med. a surg. Reporter 20. Sept. 1873) видѣлъ появленіе столбняка еще во время родовъ; случай этотъ окончился смертью въ родильномъ періодѣ.

падки, обусловливаемые сказанными болѣзнями, похожи на тѣ, которые замѣчаются при тяжелыхъ пуэрперальныхъ процессахъ. Такъ, иногда можетъ быть очень трудно отличить тяжелые случаи тифа отъ пуэрперальнаго зараженія съ септическимъ характеромъ. Не менѣе трудно также узнать настоящій характеръ воспаления нѣкоторыхъ органовъ, въ особенности легкихъ, такъ какъ воспаление послѣднихъ можетъ быть, съ одной стороны, случайнымъ осложненіемъ родильнаго состоянія, съ другой же стороны, оно можетъ быть воспаленіе септическое, развившееся во время теченія родильной горячки. Пневмонія септическая, однако, отличается отсутствіемъ типическаго теченія, характернаго для простаго воспаления легкихъ (см. стр. 704).

Особеннаго вниманія заслуживаетъ скарлатина у родильницъ¹⁾. Хотя, можетъ быть, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, рожистое или другія пуэрперальныя страданія кожи и были принимаемы за скарлатину, тѣмъ не менѣе и скарлатина можетъ быть у родильницъ. Въ Германіи (даже въ Берлинѣ, гдѣ скарлатина встрѣчается постоянно) это встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Болѣзнь въ большинствѣ случаевъ начинается въ первые дни послѣродоваго періода, сыпь появляется чрезвычайно быстро, а пораженіе зѣва мало выражено. Я долженъ присоединиться къ взгляду *A. Martin'a*, по которому скарлатина можетъ осложниться эндометритомъ; и мнѣ случалось наблюдать быстро протекающій и смертельно оканчивавшійся дифтеритическій эндометритъ при настоящей скарлатинѣ. Этимъ объясняется то обстоятельство, что въ Англіи, гдѣ скарлатина родильницъ встрѣчается, вѣроятно, гораздо чаще, чѣмъ у насъ, эта послѣдняя разсматривается какъ часто встрѣчающійся видъ родильной горячки.

Наше мнѣніе по этому вопросу можетъ быть сформулировано слѣдующимъ образомъ: скарлатина не имѣетъ ничего общаго съ родильною горячкою, но она можетъ появиться у родильницъ и въ такомъ случаѣ вызываетъ дифтеритъ внутренняго покрова матки²⁾.

¹⁾ *Schneider*, D. i. Marburg 1873. — *A. Martin*, Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr. B. I. p. 325. — *Braxton Hicks*, London Obst. Tr. Vol. XII. p. 44. — Пренія объ этомъ е. I. Vol. XVII. p. 90 etc. — *Olshausen*, Arch. f. Gyn. B. 9. p. 169. — *Liebmann*, e. I. B. 10. p. 556. — *Tenzler* и *Wyder*, Winckels Ber. u. Studien III. p. 710. — *Legendre*, Thèse de Paris. 1881.

²⁾ Авторъ съ нѣкоторымъ недоумѣніемъ, повидимому, относится къ такъ называемой *scarlatina puerperalis*. Дѣло это, однако, не совсемъ такъ. Были наблюдаемы цѣлыя эпидеміи скарлатины на родильницахъ. Одна изъ первыхъ подобныхъ эпидемій (въ полов. XVII стол.) описана *Brievd'омъ*; эпидемію скарлатины, господствовавшей въ 1825 году въ парижской *Maternité*, *Senn* сдѣлалъ предметомъ своей диссертаціи. *Trousseau* (Clin. méd. T. I. p. 123) упоминаетъ объ эпидеміи скарлатины на родильницахъ, которую онъ наблюдалъ въ 1828 г. вмѣстѣ съ *Leblanc'омъ* и *Ramon'омъ*. Въ 1862 г. *Gueniot* сообщилъ нѣсколько замѣчательныхъ относящихся сюда наблюденій (Sur la scarlatinoïde puérpérale. Paris. 1862). Наконецъ, *M. Lintock*, въ 1866 г., сообщилъ данныя о всѣхъ эпидеміяхъ скарлатины, которыя наблюдаемы были въ Дублинскомъ родильномъ домѣ. Мы сами вмѣстѣ съ д-ромъ *Борейшою* наблюдали одинъ весьма тяжелый случай эксквизитной скарлатины у родильницы, окончившійся смертью. Случай этотъ былъ нами подробно сообщенъ въ здѣшнемъ Акушерскомъ Обществѣ (1869). Скар-

За исключеніемъ упомянутыхъ осложненій, въ числѣ причинъ, которыя, не находясь въ связи съ зараженіемъ или мѣстными воспаленіями половыхъ органовъ, часто вызываютъ лихорадку у родильницъ, первое мѣсто занимаетъ переполненіе кишекъ каловыми массами¹⁾. Уже во время беременности дѣятельность кишекъ такъ понижена, что въ кишкахъ накапливается громадное количество фекальныхъ массъ и ихъ извергается очень мало при испражненіи до или во время родовъ. Родильница поэтому обыкновенно уже вступаетъ съ переполненіемъ кишекъ въ родильный періодъ, первое время котораго отличается запоромъ. Задержанныя каловыя массы могутъ вызвать серьезныя явленія раздраженія кишекъ. Въ болѣе легкихъ случаяхъ дѣло ограничивается ощущеніемъ полноты и вздутіемъ живота съ незначительнымъ воспалительнымъ раздраженіемъ слизистой оболочки. Однако, нерѣдко раздраженіе переходитъ на серозный покровъ кишекъ, такъ что можетъ развиться картина раздраженія брюшины. Уже самъ по себѣ вздутый и твердый животъ вздувается еще болѣе, появляется ограниченная (обыкновенно въ области слѣпой кишки), или же чаще болѣе разлитая чувствительность, могущая достигнуть очень значительной степени; иногда ко всему этому присоединяется упорная рвота. Всѣ эти припадки вскорѣ исчезаютъ отъ надлежащаго опорожненія кишекъ.

Распознаваніе основывается на прощупываніи каловыхъ массъ. Въ этомъ отношеніи менѣе важно переполненіе прямой кишки; большое значеніе имѣетъ выполненіе Дугласова пространства сильно переполненной кишечной петлей, которая прощупывается чрезъ задній рукавный сводъ; равномерное переполненіе кишекъ лучше всего констатируется ощупываніемъ живота. Хотя у родильницъ животъ обыкновенно нѣсколько вздутъ, тѣмъ не менѣе, однако, онъ мягокъ, и удобосжимаемъ. При переполненіи кишекъ фекальными массами животъ твердъ, равномерно неподатливъ, такъ что даже въ первые дни послѣ родовъ съ трудомъ прощупывается матка; въ другихъ случаяхъ тамъ и сямъ прощупываются отдѣльныя возвышенія съ неясными контурами. Если при этомъ, при комбинированномъ изслѣдованіи, бока матки оказываются не болѣзненными и если особенно чувствительна область слѣпой кишки, то ясно, что имѣютъ дѣло не съ инфекціоннымъ параметритомъ, а съ раздраженіемъ кишекъ вслѣдствіе переполненія ихъ. Къ діагностикѣ этой не должно относиться съ недоувѣріемъ даже тогда когда родильница увѣряетъ, что она имѣетъ правильный стулъ. Не

латина у родильницъ отличается нѣкоторыми особенностями, на которыя нельзя не обратить особеннаго вниманія.

1) Инкубационный періодъ чрезвычайно коротокъ; обыкновенно болѣзнь обнаруживается на 2-й или 3-й день послѣ родовъ.

2) Angina выражена обыкновенно весьма слабо.

3) Слушваніе кожицы гораздо слабѣе, чѣмъ при скарлатинѣ, развивающейся внѣ родильнаго періода I.

1) См. *Küstner, Zeitschr. f. klin. Med.* В. V. p. 186.

рѣдко случается, что, не смотря на ежедневныя испражненія, кишечникъ тѣмъ не менѣе переполненъ громаднымъ количествомъ каловыхъ массъ.

Терапія совершенно простая. У всякой родильницы вообще, начиная съ окончанія родовъ, должно обращать вниманіе на отправленія кишекъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ оказываются переполненными, то уже втеченіи перваго или, по крайней мѣрѣ, втораго дня нужно прибѣгнуть къ слабительнымъ. Къ нимъ должно прибѣгать безразлично, коль скоро у родильницы около 4-го дня послѣ родовъ еще не было на низъ. Самое нѣжное слабительное, менѣе всего раздражающее кишки и надежно вызывающее кашицеобразныя испражненія — это к्लещевинное масло. Только въ рѣдкихъ случаяхъ повторныя приемы его не ведутъ къ желаемой цѣли и тогда приходится прибѣгать къ александрійскому листу, ревеню или каломелю. Если к्लещевинное масло, вслѣдствіе непріятнаго вкуса его, не можетъ быть принято родильницей, то лучше всего замѣнить его средними солями, которыя, правда, вызываютъ легко только водянистыя испражненія. Поносозъ, однако, нечего бояться въ родильномъ періодѣ. Вслѣдствіе приема того или другаго слабительнаго, нерѣдко извергаются громадныя количества каловыхъ массъ; такъ, *Poppel* ¹⁾ приводитъ одинъ случай, въ которомъ втеченіи 4 дней было 44 обильныхъ испражненій стеркоральными массами.

Намъ остается упомянуть вкратцѣ еще объ одной причинѣ повышения температуры у родильницъ, именно: о повышеніи температуры послѣ обильныхъ кровотеченій. Послѣ быстро наступающихъ, очень обильныхъ кровотеченій, при сильно учащенномъ пульсѣ, почти постоянно замѣчается втеченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени повышеніе температуры, не имѣющее правильнаго типа и не превышающее обыкновенно 39°; это повышеніе температуры отличается небольшими и неправильными утренними послабленіями и держится между 38° и 39°.

Измѣненія въ положеніи матки и влагалища.

Загибы и наклоненія матки.

Литература: *Winckel*, Path. u. Therapie d. Wochenb. 2. Aufl. p. 88. — *Schroeder*, Schw., Geb. u. Wochenb. p. 181. — *М. Горвицъ*, объ измѣненіяхъ въ положеніи и очертаніи матки въ родильномъ періодѣ. Медиц. Вѣстн., 1868. — *Bidder*, Petersb. med. Zeit. 1869. B. 17 N. 4 и 5. — *Credé*, Arch. f. Gyn. B. I. p. 84. — *Martin*, Neig. u. Beug. d. Gebärmutter. 2 Aufl. Berl. 1870. u. Berl. B. z. Geb. u. Gyn. I. p. 149. — *Pfannkuch*, Arch. f. Gyn. B. III. p. 327. — *Abegg*, Zur Geb. u. Gynaek. Danzig 1873. p. 65. — *Marie Vöglin*, вь Ber. u. Studien Winckel'я, 1874. p. 95. — *Bidder* и *Sutugin*, Aus der Gebäranstalt des kais. Erziehungshauses. Petersb. 1874. p. 130. — *Boerner*, Ueber den puerperalen Uterus. Graz. 1875.

Уже изъ физиологіи родильнаго періода мы знаемъ, что опорожненная матка, вслѣдствіе давленія брюшнаго пресса на ея заднюю поверхность,

¹⁾ М. f. G. B. 5. p. 306.

наклоняется впередъ такъ, что прилегается къ лонному соединенію и что если какія либо другія причины (чаще всего наполненный мочевою пупырью) не выведутъ ея изъ этого положенія, то она сохраняетъ его въ первое время родильнаго періода. Въ самое первое время послѣ родовъ шейка вдаётся во влагалище въ видѣ вялаго лоскута; но чрезъ нѣсколько дней она на столько формируется, что уже можно опредѣлить отношеніе ея къ оси матки, съ которою она обыкновенно образуетъ тупой уголъ, но часто послѣдній бываетъ прямой, а рѣдко и острый. Этими отношеніями между тѣломъ матки и ея шейкою и опредѣляется степень загиба матки впередъ (*anteflexio*, см. фиг. 84, стр. 213). Сильнѣе всего загибъ выраженъ въ тѣхъ случаяхъ когда тѣло матки значительно наклонено впередъ, а шейка сзади и сверху направляется впередъ и внизъ. При этомъ загибъ можетъ быть такъ значителенъ, что передняя стѣнка тѣла матки и передняя стѣнка шейки почти прилегаютъ другъ къ другу. Рѣдко при наклоненіи тѣла матки впередъ направленіе шейки назадъ бываетъ такое, что можно говорить только о наклоненіи матки впередъ, а не о загибѣ ея.

Насколько обыкновененъ въ первое время родильнаго періода загибъ матки впередъ, настолько рѣдко встрѣчается загибъ ея взадъ. Объяснить это легко. Въ первое время родильнаго періода матка еще слишкомъ велика, чтобы имѣть возможность опуститься ниже мыса, а брюшныя внутренности и при обыкновенномъ ея положеніи давятъ главнымъ образомъ на ея заднюю стѣнку, поверхность которой къ тому же еще и увеличена.

Примѣч. Мы никогда не встрѣчали загиба взадъ ранѣе 7-го дня, а на 7-й день встрѣтили его только въ одномъ случаѣ у сифилитической родильницы, преждевременно разрѣшившейся мертворожденнымъ плодомъ. У одной же рахитической женщины съ узкимъ тазомъ въ 8 цм. соп. v. мы нашли, что дно матки опустилось ниже мыса на 9-й день. *Harvey* ¹⁾ сообщилъ случай наклоненія взадъ уже на 3-й день послѣ родовъ у женщины, разрѣшившейся на 8-мъ мѣсяцѣ. Загибы матки взадъ встрѣчаются тѣмъ чаще, чѣмъ болѣе прошло времени послѣ родовъ, такъ что они не рѣдки спустя нѣсколько недѣль послѣ родовъ и весьма обыкновенны въ еще болѣе позднее время.

Какъ уже упомянуто выше, загибы матки впередъ появляются въ первое время послѣродоваго состоянія даже у такихъ женщинъ, которыя до родовъ страдали загибомъ взадъ, и наклоненіе матки взадъ наступаетъ у нихъ уже тогда, когда родильницы оставятъ постель и примутся за свои обычные занятія.

Измѣненія въ положеніи матки въ первое время родильнаго періода не вызываютъ никакихъ припадковъ. Какъ при высшихъ степеняхъ загиба впередъ, такъ и при загибахъ взадъ женщины ни на что не жалуются, если только онѣ во время родильнаго періода сохраняютъ покойное положеніе. Но при высокихъ степеняхъ *anteflexio* можетъ случиться, что, вслѣдствіе перегиба въ области внутренняго зѣва, выдѣленіе послѣродовыхъ очищеній бываетъ затруднено, такъ что если приподнять дно матки, то изъ полости ея можетъ излиться нѣсколько унцій коричневатой, зловонной жидкости (*lochiome-*

¹⁾ Obst. Tr. V. p. 267.

та). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ температура вслѣдствіе этого поднимается довольно высоко и появляются ознобы. Эти явленія, во всякомъ случаѣ, зависятъ отъ поступленія въ кровь составныхъ частей послѣродовыхъ очищеній и ослабѣваютъ, какъ только очищеніямъ представится возможность выдѣляться свободно наружу.

Загибы взадъ въ тѣхъ случаяхъ, когда больная и до родовъ страдала такимъ неправильнымъ положеніемъ матки и когда есть основаніе предполагать возможность вторичнаго смѣщенія, предупреждаются приемами спорынни, горячими спринцованіями или пессаріями *Годжа*.

Выпаденіе матки и влагалища.

Влагалище столь значительно гипертрофируется во время беременности, что уже въ это время передняя его стѣнка обыкновенно выдается во входъ во влагалище, а нерѣдко даже до нѣкоторой степени и выпадаетъ изъ него. Это явленіе вполнѣ обычно для родильнаго періода и съ теченіемъ времени такое выпаденіе постепенно изглаживается, по мѣрѣ обратнаго развитія влагалища.

Задняя стѣнка рукава рѣже торчитъ изъ входа во влагалище и притомъ чаще всего у многорожавшихъ, у которыхъ было уже прежде выпаденіе влагалища, и когда разрывъ промежности заживаетъ путемъ грануляцій. Когда выпаденіе задней стѣнки влагалища болѣе значительно, то оно можетъ увлечь за собою и самую матку.

Въ свою очередь, въ теченіи послѣродоваго періода, матка и сама можетъ или опуститься, или совершенно выпасть первично. Въ самое первое время, вслѣдствіе ея увеличенія, едва ли бываетъ возможно ея совершенное выпаденіе. Но когда объемъ ея, по истеченіи нѣкотораго времени, уже уменьшился, то при неблагоприятныхъ обстоятельствахъ, выпаденіе можетъ наступить мгновенно. Легче всего это можетъ случиться при чрезмѣрно широкой половой расщелинѣ и когда выпаденіе существовало уже прежде. Гораздо чаще выпаденіе матки появляется лишь исподволь, по истеченіи нѣсколькихъ недѣль послѣ родовъ. Лечение выпаденія заключается въ первое время въ надлежащемъ вправленіи и покойномъ положеніи на спинѣ, впоследствии же его устраняютъ тѣми же средствами, какъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда оно появляется внѣ родильнаго періода.

Должно также замѣтить, что въ рѣдкихъ случаяхъ существовавшее прежде выпаденіе можетъ пройти въ родильномъ періодѣ, потому что тѣло матки удерживается въ тазу сращеніями, или же выпаденію препятствуютъ рубцовыя стриктуры во влагалищѣ, образовавшіяся въ немъ вслѣдствіе гангрены.

Примѣч. Въ литературѣ извѣстны два случая, въ которыхъ, по рожденіи плода, произошло выпаденіе изогнутой взадъ матки чрезъ разрывъ свода влагалища. Первый случай сообщенъ *Schnackenberg*'омъ.¹⁾ Выздоровленіе послѣдовало по вправленіи матки и послѣ того, какъ родильница въ теченіи 14 дней пролежала на жи-

¹⁾ *Casper's Wochenschrift*. 1838. № 35. p. 70.

вотъ. Въ другомъ случаѣ, приводимомъ *E. Martin'*омъ, ¹⁾ какой-то хирургъ принялъ выпавшую такимъ образомъ матку за фиброзный полипъ и вырвалъ ее руками. Весьма вѣроятно, что и въ этихъ случаяхъ сперва произошли разрывы слизистой оболочки задней стѣнки влагалища, какъ оно бываетъ и при нормальныхъ родахъ.

Чрезмѣрное приподнятіе матки вверхъ (*elevatio uteri*), можетъ обусловливаться въ первое время родильнаго періода переполненіемъ мочевого пузыря. При этомъ матка смѣщена обыкновенно вправо и можетъ подняться выше пупка, между тѣмъ какъ переполненный пузырь прощупывается слѣва и внизу. Катетеръ обыкновенно устраняетъ это приподнятіе.

Elevatio uteri можетъ появиться въ болѣе позднее время родильнаго періода, когда, вслѣдствіе внутри-брюшинныхъ сращеній матка, фиксируется между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, такъ что рукавъ оказывается весьма сильно растянутымъ въ длину, влагалищная часть матки исчезаетъ и маточный зѣвъ трудно достигимъ.

Самое важное измѣненіе въ положеніи матки въ родильномъ періодѣ, именно выворотъ ея, наступающій чаще всего въ послѣдовомъ періодѣ, мы описали на стр. 644, говоря о болѣзняхъ рожениць.

Новообразования въ родильномъ періодѣ.

Литература: *Hecker*, Kl. d. Geb. V. II. p. 124 и *M. f. G. V.* 26. p. 446.—*Горавицъ*, Petersb. med. Z. 1868. V. 5. p. 249. (См. также Московск. Мед. Газ. 1868. Г.). — *A. Martin*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. III p. 33. — *Löhlein*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. I. p. 120.

Миомы матки составляютъ хотя и рѣдкое, но важное осложненіе послѣродоваго періода. Опасность, причиняемая ими въ родильномъ періодѣ, можетъ обнаружиться различными путями. Онѣ или могутъ подавать поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ, препятствуя равномерному сокращенію матки, или легко подвергаются важнымъ патологическимъ измѣненіямъ. Именно поверхность миомы можетъ подвергнуться ихорозному распаденію, и тогда отдѣляющійся ихоръ, всасываясь маленькими трещинами, вызываетъ септическія заболѣванія. Затѣмъ значительную опасность, повидимому, можетъ повлечь за собою и быстрое распаденіе фиброида, т. е. участіе его въ обратномъ развитіи матки, что возможно, ибо ткань его та-же, что и послѣдней. Весьма вѣроятно, что острое распаденіе такихъ значительныхъ массъ ткани и всасываніе этихъ распавшихся частей можетъ уже само по себѣ вызывать токсическія явленія. Въ рѣдкихъ случаяхъ родильное состояніе даетъ толчекъ къ постепенному обратному развитію миомы. Излеченіе можетъ также наступить въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль, послѣ нагноенія ея капсулы, изгоняется изъ матки.

Имѣя въ виду опасность, связанную съ міомою, нужно во всѣхъ случаяхъ, гдѣ возможна операція, слѣдовательно, особенно тогда, когда рѣчь идетъ о фиброзномъ полипѣ, — стараться удалить новообразование посредствомъ экразера или ножницъ.

О печальномъ предсказаніи въ послѣродовомъ состояніи при раковыхъ заболѣваніяхъ шейки, даже если во время родовъ и не произошло никакихъ разрывовъ матки, мы уже говорили на стр. 463.

¹⁾ *M. f. G. V.* 26. p. 4. и *Horn's Viertelj.* 1865. H. 3.

Кровотеченія въ послѣродовомъ періодѣ.

Литература: *Kiwisch*, *Klin. Vorträge*. 4 Aufl. B. I. p. 243. — *Chiari*, *Braun* и *Spaeth*, *Klin. der Geburtskunde*. p. 201 и 218. — *Elliot*, *Obst. Clin.* p. 233. — *Winckel*, *Pathol. u. Ther. d. Wochenb.* p. 108. — *R. Barnes*, *Obst. Tr.* Vol. XI. p. 219 и *Obst. Op.* 2. ed. p. 464. — *Breisky*, *Volkmann's Samml.* *klin. Vorträge*. Leipzig 1871. № 14.

Въ практическомъ отношеніи очень важны кровотеченія у родильницъ. Въ первый день родильница теряетъ, совершенно нормально, довольно чистую кровь, затѣмъ въ продолженіи одного или двухъ дней выдѣленія бываютъ темно-краснаго цвѣта, затѣмъ, по истеченіи такого же времени, они становятся свѣтлѣе и лишь съ незначительною примѣсью крови. Но весьма часто кровотеченіе не прекращается въ свое время. Оно или непрерывно продолжается слишкомъ долго, или же, прекратившись, возобновляется отъ самыхъ ничтожныхъ причинъ, чаще всего отъ того, что больная слишкомъ рано оставляетъ постель. Однако же кровотеченія, появляющіяся и на пятый день, не имѣютъ значенія, пока въ послѣродовомъ очищеніи встрѣчаются только кровяныя полоски или пока лишь изрѣдка показывается немного крови.

Но не особенно рѣдки случаи, когда или непосредственно послѣ родовъ появляются сильныя, опасныя кровотеченія, или когда затянувшіяся и ослабляющія больную кровотеченія встрѣчаются и въ слѣдующіе дни.

Мы не коснемся здѣсь кровотеченій, появляющихся вслѣдствіе разрывовъ во время или немедленно послѣ изгнанія плода, такъ какъ о нихъ говорено въ патологій родовъ, а разсмотримъ теперь прежде всего тѣ кровотеченія изъ внутренней поверхности слизистой оболочки матки, которыя зависятъ отъ другихъ причинъ и при которыхъ кровь изливается наружу.

Наиболѣе частымъ поводомъ къ кровотеченію, немедленно по выхожденіи дѣтскаго мѣста, бываетъ разслабленіе (atonia) матки. Причины этого разслабленія мы указывали уже на стр. 641.

При леченіи необходимо прежде всего стараться вызвать сильныя сокращенія матки, ибо помощью ихъ почти всегда удастся достигнуть закрытіе кровотокающихъ сосудовъ; съ этою цѣлью сильно растираютъ рукою матку чрезъ брюшныя покровы, надавливая на нее при этомъ такъ, какъ это дѣлается при выжиманіи дѣтскаго мѣста по способу *Credé*. При употребленіи послѣдняго способа всегда есть большое вѣроятіе, что изъ матки выдавятся задержанные въ ней кровяныя сгустки и потому нѣтъ надобности вводить въ нее съ этою цѣлью руку. Кромѣ того, хорошо во всѣхъ случаяхъ разслабленія матки, не медля, давать спорыню (2—3 грамма въ 2—3 приѣма, одинъ вскорѣ послѣ другаго); но никогда не слѣдуетъ полагаться на это средство и при дальнѣйшемъ леченіи должно поступать, какъ будто спорыни не давали.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ только что указанные приемы бываютъ достаточны для того, чтобы вызвать сокращенія матки и остановить кровотеченіе.

Но если это не вполнѣ удастся, то примѣненіе холода или тепла заслуживаетъ наибольшаго довѣрія. Съ этою цѣлью выпрыскиваютъ въ рукавъ, или, еще лучше, въ полость матки холодную или горячую воду. Холодные выпрыскиванія (лучше всего ледяной воды) употребляются уже издавна и въ громадномъ большинствѣ случаевъ оказываютъ превосходныя услуги. Еще болѣе надежными, повидимому, оказываются впрыскиванія горячей воды (40° R.=50° C.)¹⁾ которыя, кромѣ кровоостанавливающаго дѣйствія, имѣютъ еще то преимущество (на что особенно напиралъ *Runge*), что они не отнимаютъ тепла у малокровной больной, а, напротивъ, ей его доставляютъ. Выпрыскиванія эти, однакоже, бываютъ иногда довольно болѣзненны.

Если и эти выпрыскиванія также не ведутъ къ цѣли, то въ случаяхъ, когда маточныя сокращенія хотя и существуютъ, но они слишкомъ слабы, чтобы препятствовать истеченію крови изъ мѣста прикрѣпленія послѣда, слѣдуетъ содѣйствовать образованію тромбовъ и болѣе сильнымъ сокращеніямъ мускулатуры (вслѣдствіе раздраженія) выпрыскиваніемъ разбавленной *liq. ferri sesquichlor.* Это средство, широкое примѣненіе котораго въ новѣйшее время совѣтовалъ *Barnes*, сдѣлалось въ Англии предметомъ оживленныхъ прерій²⁾. Смотра по надобности, *liq. ferri* берется различной крѣпости отъ раствора, имѣющаго вионожелтый цвѣтъ до концентраціи 1:3; растворъ послѣдней крѣпости рекомендуетъ *Barnes*, который выпрыскиваетъ его въ полость матки помощію ирригатора. *Wynn Williams*³⁾, для болѣе скорого достиженія цѣли, предлагаетъ ввести въ матку губку, смоченную въ растворъ хлористаго желѣза и смазать ею внутреннюю поверхность ея. Выпрыскиваніе хлористаго желѣза мы также считаемъ весьма надежнымъ средствомъ и въ особенно трудныхъ случаяхъ мы не опасались впрыснуть въ матку даже не разбавленный растворъ его.

Если никакимъ образомъ нельзя достигнуть достаточныхъ сокращеній матки, то пробуютъ остановить кровотеченіе прижатіемъ, т. е. придавливаніемъ передней стѣнки ея къ задней. *Deneux* достигалъ этого, прижимая ее снаружи къ позвоночнику, между тѣмъ какъ *Hamilton* прижималъ другъ къ другу обѣ поверхности матки, давя одною ру-

¹⁾ *Landau*, Verh. d. Naturf.-Vers. in Graz 1875.—*Windelband*, Deutsche med. Woch. 1876. № 24.—*Runge*, Berl. kl. Woch. 1877. № 13 и Centr. f. Gyn. 1883 № 21.—*Richter*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. II. p. 284.—*Hausmann*, Berl. klin. Woch. 1878. 45.—*Smith*, Phil. med. Times VIII. 79. Verhandl. d. Brit. med. Assoc. in Cork 1879.—*Schwartz*, Centr. f. Gyn. 1884. Nr. 16.—²⁾ *Heywood Smith*, London Obst. Tr. XV. p. 44 и 65.—*Playfair*, Obst. J. of Gr. Brit. 1873. p. 89.—*Steele*, e. l. p. 168.—*Giles*, e. l. p. 435.—*Chambers*, e. l. p. 446.—*Williams*, e. l. p. 595.—*Snow Beck*, Brit. med. Journ. Jan. 3. Febr. 28. March. 7. 1874.—*Atthill*, Obst. J. of Gr. Brit. May 1874. p. 107.—*Lancet*, 7. II. 1883.—*Ringland*, e. l. p. 117. и пренія въ Dublin. Obst. soc. Jun. 1874. p. 178; пренія объ этомъ въ Edinb. Obst. soc. см. Obst. J. of Gr. Brit. March. 1875 p. 786.—³⁾ Obst. Tr. XI. p. 236.

кою снаружи, а другою внутри¹⁾. *Hubbard* совѣтуетъ прижимать матку, при полубоковомъ положеніи женщины, къ fossa iliaca, къ мышцамъ боковой стѣнки живота и къ поясничной части позвоночника. *Fasbender'y*²⁾ принадлежитъ заслуга, что въ новѣйшее время онъ обратилъ въ Германіи вниманіе на это средство. При этомъ онъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: одну руку вводитъ высоко въ задній сводъ влагалища, и затѣмъ другою рукою, лежащею спереди на брюшныхъ покровахъ, прижимаетъ переднюю стѣнку матки къ задней³⁾. Практичнѣе можно достигнуть прижатія, если одну руку ввести въ передній сводъ, а другою снаружи захватить заднюю поверхность матки и затѣмъ прижимать матку къ донному соединенію и къ рукѣ, лежащей во влагалищѣ.

Когда, наконецъ, удастся достигнуть сокращеній матки, то главною задачею будетъ предупрежденіе вторичнаго ея расслабленія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и возобновленія кровотеченія. Въ этомъ отношеніи могутъ быть весьма полезны приемы спорыньи, хотя вполнѣ положиться на нихъ нельзя ни въ какомъ случаѣ. Всего лучше мы убѣждаемся въ состояніи матки помощью руки, приложенной къ животу; этимъ путемъ можно постоянно слѣдить за маткою, и какъ только сокращенія въ ней пріостановятся, то ихъ снова вызываютъ, слегка растирая животъ. Опасность совершенно прекращается лишь тогда, когда матка сама остается сокращенною. Но когда наклонность ея къ расслабленію все продолжается, и во время расслабленія снова появляется кровотеченіе, то слѣдуетъ неотступно продолжать слѣдить за нею рукою. Если же кровотеченіе остановилось и матка расслабляется лишь по временамъ, то слѣдить за нею можно предоставить акушеркѣ, а въ крайнемъ случаѣ и самой родильницѣ, потому что сократившаяся матка прощупывается весьма легко. Слѣдуетъ только обратить ихъ вниманіе на то, что какъ только онѣ перестанутъ ощущать внизу живота твердое шарообразное тѣло, то не медля крѣпко растирали бы всю нижнюю область живота, пока сократившаяся матка не появится снова. Мы всегда предпочитали такое слѣженіе рукою, хотя бы и не опытною, прикладыванію къ животу мѣшка съ пескомъ или толстой книги.

Само собою разумѣется, что какъ временныя, такъ и продолжительныя послѣдствія потери крови должны быть устраняемы соответственнымъ образомъ. Поэтому, для предупрежденія обмороковъ, нужно заботиться о томъ, чтобы голова лежала низко и чтобы родильница получала большіе приемы вина, глинтвейна, пунша или грога; при значительномъ упадкѣ силъ, слѣдуетъ дѣлать подкожныя впрыскиванія эфира или настойки мускуса. Дальнѣйшія послѣдствія анеміи уничтожаются хорошимъ питаніемъ и большими приемами желѣза.

Если матка хорошо сократилась, то кровотеченіе изъ нея появляется,

¹⁾ Amer. J. of med. sc. April 1871. p. 369. — ²⁾ Berlin. Beiträge. z. Geb. u. Gyn. V. I. p. 46. — ³⁾ см. *Awater*, Berl. V. z. Geb. u. Gyn. V. II. p. 40.

какъ извѣстно, лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ. *Kiwisch* наблюдаль значительныя кровоточенія при порокахъ сердца и другихъ разстройствѣхъ кровообращенія, которыя производять застои крови въ венахъ нижней половины тѣла, и причину кровоточеній онъ видитъ, кромѣ того, въ ненормально широкомъ просвѣтѣ венъ на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда. Смертельныя кровоточенія наблюдали *Hecker* ¹⁾ изъ одной въ высшей степени расширенной вены шейки матки, а *Mikschik* ²⁾ изъ вены, толщиною въ воронье перо, которая была эрозирована язвой цервикальнаго канала. Смертельный исходъ наблюдалъ также и *Graily Hewitt* ³⁾ вслѣдствіе повторныхъ кровоточеній изъ свободно лежащаго аневризматическаго мѣшка маточной артеріи. *Johnston* ⁴⁾ сообщаетъ случай, въ которомъ наступило смертельное кровоточеніе вслѣдствіе разрыва кровяной опухоли (thrombus) маточной шейки ⁵⁾.

Всѣ такого рода кровоточенія весьма рѣдки, но, появляясь, они очень опасны, такъ-какъ кровь неудержимо течетъ изъ сосудовъ, даже если матка хорошо сокращена. Что касается терапіи, то остается лишь способствовать образованію тромбовъ, впрыскивая въ полость матки хлористое желѣзо. Распознаваніе дѣлается обыкновенно только путемъ исключаенія.

Другаго рода очень опасныя кровоточенія появляются при вообще хорошо сократившейся маткѣ въ случаяхъ, когда мѣсто прикрѣпленія послѣда не сокращается. Мы уже выше видѣли, что даже при нормальныхъ условіяхъ мѣсто прикрѣпленія послѣда во время родовъ не такъ сильно сокращается, какъ остальная мускулатура матки, и что, если плацента послѣ родовъ остается приращенной, то и соответствующая ей часть стѣнки матки остается также тонкой ⁶⁾. Эта часть стѣнки матки, вслѣдствіе сильнаго сокращенія находящейся вокругъ нея паренхимы, можетъ выпячиваться въ полость матки, въ видѣ колбообразной опухоли. При этомъ снаружи можно прощупать вдавленіе или воронкообразное углубленіе стѣнки матки. Это состояніе называютъ параличемъ мѣста прикрѣпленія послѣда.

Для распознаванія этого состоянія слѣдуетъ предпринять тщательное изслѣдованіе. Если ввести палецъ одной руки въ полость матки, нажимая въ то-же время на нее другою рукою снаружи, то изслѣдующій палецъ прощупываетъ выдающееся въ полость матки мѣсто послѣда, а другая рука — соответствующее этому мѣсту вдавленіе.

Предсказаніе при высшей степени паралича весьма неблагоприятно, потому что продолжительное кровоточеніе ведетъ къ смерти.

Нужно стараться устранить параличъ большими приемами спорыни и непрерывнымъ растираніемъ матки снаружи, или же, въ крайне угрожающихъ случаяхъ, попытаться остановить кровоточеніе изъ парализованнаго мѣста впрыскиваніемъ полутора-хлористаго желѣза.

¹⁾ M. f. G. B. 7. p. 2.—²⁾ Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1854. X. p. 478.—³⁾ Obst. Tr. IX. p. 246.—⁴⁾ см. Sinclair and J., Pract. Midwifery. London 1858. p. 501. Nr. 5.—⁵⁾ см. Murray, Great. Britain. Obst. J. I. p. 11.—⁶⁾ см. Schroeder, Bonn 1886. Taf. VI.

Примѣч. Engel ¹⁾ впервые описалъ два относящіеся сюда случая при выкидышахъ на третьемъ и на четвертомъ мѣсяцѣ. Въ первомъ изъ нихъ дѣтское мѣсто оставалось еще прикрѣпленнымъ (совершенно аналогическій случай, повидимому, представляетъ рисунокъ, приводимый *Virchow*ымъ ²⁾), во второмъ образовался фибринозный полипъ (см. стр. 732). *Rokitansky* ³⁾ два раза (одинъ разъ при выкидышѣ) наблюдалъ такое состояніе на трупахъ и упоминаетъ въ примѣчаніи, что *Betschler* наблюдалъ такой случай въ Бреславлѣ, а *Burkhardt* описываетъ это состояніе подъ названіемъ острого fungus haematodes матки. *Kiwisch* ⁴⁾ тоже наблюдалъ его однажды, а *Chiari*, *Braun* и *Spaeth* ⁵⁾ описываютъ одинъ такой случай на седьмомъ мѣсяцѣ беременности, окончившейся смертью, 3 часа спустя послѣ родовъ. *Valenta* ⁶⁾ видѣлъ одинъ случай съ хорошимъ исходомъ; совершенно подобный случай, въ которомъ ясно можно было прощупать снаружи выдающееся мѣсто послѣда, а снаружи вдавленіе, наблюдалъ д-ръ *Att* въ Эрлангенской клиникѣ. Кровотеченіе было остановлено послѣ одновременнаго растиранія матки снаружи и внутри и послѣ приема спорыньи ⁷⁾. Какъ бы рѣдки ни были высокія степени полнаго паралича мѣста прикрѣпленія послѣда, все же нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что неполные параличи, могущіе обусловить очень обильныя кровотеченія, встрѣчаются чаще.

Недостаточное сокращеніе матки производитъ также нѣкоторыя другія формы кровотеченія, о которыхъ мы уже говорили, такъ напр. при выворотѣ матки, при двойной маткѣ и при міомахъ матки.

Кромѣ этихъ кровотеченій, наступающихъ непосредственно послѣ родовъ, могутъ внезапно появиться болѣе или менѣе обильныя кровотеченія также въ первые дни послѣродоваго періода и еще позже, или же кровянистое послѣродовое очищеніе продолжается дольше обыкновеннаго, становясь притомъ, по крайней мѣрѣ по временамъ, столь значительнымъ, что организмъ слабѣетъ. Причиною такихъ кровотеченій обыкновенно бываетъ ненормальное содержимое матки, которое состоитъ или изъ кровяныхъ стучковъ или изъ оставшихся частей материнскихъ и зародышевыхъ оболочекъ яйца ⁸⁾. Съ этими послѣдними остаются обыкновенно также и соотвѣтственныя части отпадающей оболочки, слѣдовательно, съ кусками плаценты остаются куски запоздалой отпадающей оболочки, а съ кусочками ворсистой оболочки — доскутки завороченной и истинной отпадающихъ оболочекъ. Амнионъ какъ и chorion laeve представляютъ тонкія и нѣжныя оболочки, и задержаніе ихъ приобретаетъ значеніе только потому, что вмѣстѣ съ ними остаются и прилегающія частицы отпадающей оболочки.

Всегда при каждахъ родахъ остаются въ маткѣ участки отпадающей оболочки. Сколько ея выдѣляется и сколько остается на внутренней поверхности матки, зависитъ, съ одной стороны — отъ толщины отпадающей оболочки, съ другой — отъ того, въ какомъ слѣб deciduae

¹⁾ Oester. med. Jahrb. Neueste Folge. B. 22. 1840. p. 310. — ²⁾ Въ Krankh. Geschw. B. I. p. 148. — ³⁾ Handb. d. spec. pathol. Anat. Wien 1842. B. 2. p. 555. — ⁴⁾ l. c. p. 427. — ⁵⁾ l. c. p. 202. — ⁶⁾ Die Catheterisatio uteri. Wien 1871. p. 7. — ⁷⁾ См. еще *Klob*, Path. Anat. d. weibl. Sex. p. 263. — ⁸⁾ См. *Ebell*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. III. p. 57. — *Bidder*, Petersb. med. Z. 1869. B. XVII. H. 4 и 5. S. — *A. p.* 15. — *Benike*, Zeitschr. f. Geb. u. Fr. p. 91. — *Küstner*, Arch. f. Gyn. B. XIII. p. 422 и XIV. p. 295 и Berl. klin. Woch. 1880. № 2 и 3. — *Kaltenbach*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. II. p. 225. — *Ahlfeld*, Ber. u. Arbeiten. Giessen 1883. p. 182.

происходить отдѣленіе ея. Какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ отноше-
ніи встрѣчаются большія различія. Даже при нормальныхъ условіяхъ
на различныхъ мѣстахъ внутренней поверхности матки остаются куски
отпадающей оболочки различной толщины. Верхніе слои оставшихся
частей отслаиваются и извергаются вмѣстѣ съ послѣродовыми отдѣле-
ніями, которымъ они придаютъ особенный характеръ. Если удержи-
ваются въ маткѣ болѣе толстые и болѣе значительные участки отпадаю-
щей оболочки, то происходятъ тѣ же явленія, только они рѣже выра-
жены. Способъ отдѣленія послѣда — происходитъ ли оно произвольно,
или при помощи давленія снаружи — не имѣетъ, повидимому, вліянія
на слои, въ которомъ происходитъ отдѣленіе отпадающей оболочки.

Тоже самое бываетъ съ кусками дѣтскаго мѣста, остающимися въ
маткѣ. Если они не слишкомъ велики, слѣдовательно, если рѣчь идетъ
только о небольшихъ долькахъ дѣтскаго мѣста, то обыкновенно они
отслаиваются вмѣстѣ съ оставшимися въ маткѣ кусками *deciduae* и
выходятъ съ послѣродовыми очищеніями, не вызывая никакихъ припад-
ковъ, кромѣ столь часто встрѣчаемыхъ густыхъ и зловонныхъ очищеній.

Куски дѣтскаго мѣста чаще всего задерживаются въ маткѣ послѣ
искусственнаго извлеченія послѣда, но тѣмъ не менѣе они могутъ
оставаться и при произвольномъ выходѣ его. *Stadtfeldt* ¹⁾ утверж-
даетъ, что на 70 вскрытій родильницъ онъ нашелъ у семерыхъ остат-
ки дѣтскаго мѣста, величиною отъ грецкаго орѣха до гусинаго яйца,
причемъ у пяти изъ этихъ родильницъ послѣдъ отдѣлился самопроиз-
вольно. Подобные же случаи сообщаютъ *Scholz* ²⁾, *Hecker* ³⁾, *Hüter* ⁴⁾
и *Fränkel* ⁵⁾. Если куски дѣтскаго мѣста могутъ быть задержаны послѣ
самопроизвольнаго выдѣленія послѣда, то не должно удивляться, если
при случаѣ они будутъ найдены въ маткѣ и послѣ примѣненія спо-
соба *Credé* ⁶⁾. Причинами того, что задерживаются куски послѣда,
бываетъ сильное приростаніе послѣда къ внутренней поверхности матки
послѣ воспаления дѣтскаго мѣста (*placentitis*), частью же они суть
ничто иное, какъ маленькіе *plac. succenturiatae* (см. стр. 400), кото-
рыя, соединяясь съ главнымъ дѣтскимъ мѣстомъ только плодовыми
оболочками и сосудами, могутъ, слѣдовательно, отрываться отъ него
относительно легко ⁷⁾.

Чрезвычайно важно задержаніе остатковъ яйца по отноше-
нію къ зараженію (см. стр. 596). Въ маткѣ всегда остаются
куски *deciduae*, которые разлагаются и будучи пронизаны мно-
гочисленными бактеріями гніенія, выдѣляются съ послѣродовыми очи-
щеніями. Они обыкновенно не влекутъ за собою опасныхъ явленій,
такъ какъ разложеніе, обусловливаемое бактеріями гніенія, наступаетъ
уже тогда, когда половой каналъ неспособенъ болѣе всасывать. Если

¹⁾ Schmidt's Jahrb. B. 118. p. 191. — ²⁾ Schmidt's Jahrb. B. 112. p. 189. —
³⁾ M. f. G. B. 7 p. 2. — ⁴⁾ M. f. G. B. 9. p. 117. — ⁵⁾ Archiv. f. Gyn. B. II
p. 79. — ⁶⁾ См. *Hecker*, Kl. d. Geb. II. p. 175. — *C. Martin*, M. G. B. 29. p.
257 и Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. II. p. 117. — *G. Braun* Wiener. med. W.
1869. Nr. 96. p. 1591 и мы сами наблюдали это на трупахъ и у живыхъ. — ⁷⁾ См.
Hegar, Die Path. u. Ther. d. Placentarretention. Berlin 1862 и *Hüter*, l. c.

же, въ исключительныхъ случаяхъ, въ болѣе позднее время послѣродоваго періода происходитъ всасываніе (при задержаніи послѣродовыхъ очищеній, при вновь образующихся маленькихъ поврежденіяхъ), то оно вызываетъ обыкновенно скоропреходящую лихорадку; эти случаи принадлежатъ къ такъ называемымъ позднимъ зараженіямъ (см. стр. 692).

Но если уже въ началѣ родовъ зародыши гніенія нашли свободный доступъ къ половымъ органамъ, такъ что при окончаніи родовъ, уже началось разложеніе секретовъ, или если послѣдовало уже настоящее септическое зараженіе, то куски отпадающей оболочки или дѣтскаго мѣста представляютъ особенно благоприятную почву для питанія и дальнѣйшаго размноженія микроорганизмовъ. Такая благоприятная питательная среда постоянно существуетъ, такъ что въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ только о различіи въ количественномъ отношеніи. Но различіе это обыкновенно не очень значительное, такъ какъ прикрѣпленные къ внутренней поверхности матки куски дѣтскаго мѣста и нормально сидящіе на значительномъ пространствѣ куски deciduae не представляютъ особеннаго расположенія къ разложенію; собственно опасность для зараженія представляютъ части оболочекъ яйца, оторвавшіяся отъ мѣста прикрѣпленія. Я поэтому не считаю доказаннымъ новѣйшее ученіе *Ahlfeld'a*, по которому остаются куски deciduae представляють существенную опасность для зараженія.

Но оставшіеся куски яйца, даже когда они не подвергаются гніенію, имѣютъ еще другое значеніе. Куски deciduae (особенно часто послѣ выкидыша) обростають вновь образующеюся слизистою оболочкою и, сильно раздражая ее, вызываютъ въ ней гиперпластическіе процессы — *endometritis post abortum*.

Куски дѣтскаго мѣста могутъ сами по себѣ или вслѣдствіе отлагающихся на нихъ кровяныхъ сгустковъ повести къ полипознымъ образованіямъ въ послѣродовой маткѣ, что представляетъ весьма важное практическое значеніе.

Маленькіе сгустки фибрина, соединенные съ выдающимися пробками тромбовъ, образующимися на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, обыкновенно можно видѣть на трунахъ свѣжихъ родильницъ; но все не рѣдки также и большіе кровяные сгустки, вызывавшіе повторныя кровотеченія и бывающіе то круглаго очертанія, величиною съ грецкій орѣхъ, то плоскіе и дольчатые, и въ такомъ случаѣ вдающіеся въ полость матки въ видѣ лѣтушняго гребешка. Но весьма рѣдки случаи, въ которыхъ на нормальное мѣсто прикрѣпленія послѣда осѣдаютъ большіе фибринозные сгустки полипообразнаго вида, которые вдаются тупымъ концомъ въ шейку или во влагалище. Такой фибринозный полипъ¹⁾ или свободная полипозная кровяная опухоль матки²⁾ состоитъ изъ свернувшагося фибрина, а ядро его — изъ свернувшейся крови.

¹⁾ *Kiwisch*, Kl. Vorträge. 4 Aufl. B. I. p. 504. — ²⁾ *Virchow*, Geschw. I. p. 146.

До сихъ поръ еще не вполне выяснены обстоятельства, способствующія образованію фибринозныхъ полиповъ. Они не исключительно встрѣчаются при очень обширной маточной полости, а съ другой стороны, часто встрѣчаются матки съ очень большими полостями, въ которыхъ на плацентарномъ мѣстѣ нѣтъ большихъ сгустковъ крови. Къ образованію ихъ, кажется, предрасполагаетъ болѣе всего особенная шереховатость или сильное выпячиваніе плацентарнаго мѣста (слѣдовательно, сильно выдающіеся тромбы и параличи плацентарнаго мѣста); впрочемъ, они встрѣчаются и безъ этихъ состояній матки.

Фибринозный полипъ ¹⁾ встрѣчается какъ при срочныхъ, такъ и преждевременныхъ родахъ (resp. выкидышахъ). Появляясь послѣ выкидыша, онъ, повидимому, способенъ обуславливать кровотеченія гораздо позже (по прошествіи нѣсколькихъ недѣль и даже мѣсяцевъ), между тѣмъ какъ послѣ приблизительно или вполне своевременныхъ родовъ, кровотеченія появляются уже на первой или по крайней мѣрѣ на второй недѣлѣ послѣродоваго періода.

Полипвидныя образованія наблюдаются гораздо чаще, когда въ маткѣ бывають задержаны одинъ или нѣсколько кусковъ послѣда. Тогда на эти куски или осѣдаетъ вышеописаннымъ образомъ кровь, такъ что получается фибринозный полипъ съ ножкою, состоящею изъ плацентарной ткани, или же, что бываетъ чаще, задержанная долька дѣтскаго мѣста становится безкровной, плотной, твердой и принимаетъ очертаніе, соответствующее маточной полости: образуется, такъ называемый плацентарный полипъ ²⁾. При этомъ кровотеченіе появляется или уже съ первыхъ дней родильнаго періода, или же послѣдній протекаетъ совершенно нормально, пока иногда въ концѣ первой, чаще второй, а нерѣдко даже третьей недѣли, или еще позже, появляется весьма обильное кровотеченіе, которое повторяется, если полипъ не будетъ устраненъ.

Распознаваніе такихъ полиповъ не трудно, ибо внутренній зѣвъ, закрывающійся при нормальныхъ условіяхъ на 12-й день, въ этихъ случаяхъ часто остается открытымъ гораздо дольше или же снова раскрывается при возобновленіи кровотеченія. При изслѣдованіи пальцемъ находятъ опухоль, которая проникаетъ обыкновенно во внутренній зѣвъ, а иногда и въ наружный и весьма рѣдко во влагалище; опухоль эту можно обойти со всѣхъ сторонъ, а если, давя на матку снаружи, надвигаютъ ее на палецъ, то можно достигъ и мѣста прикрѣпленія опухоли къ стѣнкѣ матки. Матка при этомъ обыкновенно

¹⁾ *Schroeder*, Scanzoni's Beitr. B. VII. p. 1.—*Saxinger*, Prager Vierteljahrsschr. 1868. B. 98. p. 90.—*Kuhn*, Wiener. med. Woch. 1869. № 89 и 90.—*Kulp*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. I. H. 1. p. 18.—*Fränkel*, Arch. f. Gyn. B. II. p. 77.—*Duncan*, Edinb. med. J. July 1871. p. 1.—*Skjelderup*, Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht über 1873. p. 611. — ²⁾ *C. Braun*, Allgemein. Wiener. med. Z. 1860. № 47; см. Schmidt's Jahrb. B. 118. p. 119.—*Schroeder*, l. c.—*Kulp*, l. c. p. 19.—*Fränkel*, l. c. p. 79.—*Valenta*, см. Schmidt's Jahrb. B. 146. p. 171.—*Frankenhäuser*, см. *Martin*, Neig. u. Beug. d. Gebärm. 2. Aufl. p. 34 примѣч.—*Martin*, e. l. p. 163 и Berlin. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. I. p. 151.

нѣсколько наклонена впередъ и, кромѣ увеличенія полости, хорошо инволютирована.

Предсказаніе благоприятно, если распознаваніе произведено своевременно и предпринято цѣлесообразное леченіе; въ другихъ случаяхъ можетъ наступить смерть или вслѣдствіе кровотеченія, или же вслѣдствіе ихорознаго распаденія полипа и септического эндометрита.

Причину кровотеченія можно предотвратить только удаленіемъ полипа. Обыкновенно для этого достаточно бываетъ пальца, такъ какъ мягкій полипъ уступаетъ его давленію, а болѣе твердую ножку можно бываетъ отщипнуть ногтемъ. Отдѣленіе производится легче, когда можно ввести два пальца. Но когда этимъ способомъ не удается отдѣлить ножку, то, приведя матку въ соответственное положеніе, для чего необходимо содѣйствіе помощника, вводятъ по пальцу длинный корнцангъ и, захвативъ имъ полипъ, отщемляютъ или откручиваютъ его сразу или по частямъ. Не слѣдуетъ прибѣгать къ удаленію маленькихъ остатковъ полипа, такъ какъ они произвольно отдѣляются, и искусственное удаленіе ихъ можетъ повести къ поврежденію стѣнки матки.

По удаленіи полипа, кровотеченіе обыкновенно прекращается, и, вмѣсто крови, появляется жидкое, похожее на мясные помои, а иногда и вонючее густое послѣродовое очищеніе. Если же, не смотря на удаленіе полипа, кровотеченіе продолжается, то предпринимаютъ впрыскиванія разведеннаго полуторохлористаго желѣза въ полость матки. Внутренній зѣвъ закрывается, впрочемъ, вообще весьма медленно и потому больная должна беречься еще долгое время.

Литература: *Deneux*, Mém. sur les tumeurs sang. de la vulve et du vagin. Paris 1830. — *Blot*, Des tumeurs sang. etc. Paris 1853. — *Chiari*, *Braun* и *Spaeth*, Kl. d. Geb. p. 219. — *Hecker*, Kl. d. Geb. B. I. p. 158. — *v. Franque*, Wiener med. Presse 1865. № 47 — 48. — *Hugenberger*, Petersb. med. Z. 1865. H. 11. p. 257. — *Winckel*, Pathol. des Wochenbettes 2 Aufl. p. 129. *Valenta*, Memorabilien. 1871. 6 — *v. Weckbecher-Sternefeld*, Aertz.—Intelligenzbl. 1879. 11—14.

Подъ именемъ тромба или гематомы (кровоной опухоли) влагалища или наружныхъ половыхъ частей разумѣютъ кровоизліяніе въ клѣтчатку, лежащую подъ слизистой оболочкой или наружными покровами (кожею) означенныхъ мѣстъ.

Болѣе объемистыя кровяныя опухоли въ этихъ областяхъ встрѣчаются не часто. По *Winckel*'ю на 1600 родовъ приходится одна гематома. Повидимому онѣ бываютъ нѣсколько чаще у многоорождающихъ, но къ нимъ нисколько не предрасполагаютъ значительныя варикозныя расширенія венъ. Если при этомъ разрывается и слизистая оболочка, покрывающая кровотокащій сосудъ, то кровь изливается наружу; въ противномъ случаѣ опухоль образуется въ окружающей соединительной ткани. Впрочемъ, и то и другое, т. е. и кровотеченіе наружу и кровотеченіе въ ткань могутъ встрѣчаться одновременно.

Разрывъ сосуда уже въ послѣднее время беременности, какъ напр. въ случаѣ, сообщенномъ *C. Braun*'омъ ¹⁾, составляетъ лишь весьма рѣдкое исключеніе. Причиною, обуславливающею разрывъ, бываетъ обыкновенно прорѣзываніе головки. Но опухоль образуется не всегда непосредственно за изгнаніемъ плода, что частью объясняется медленностью кровоизліянія, частью же и тѣмъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ давленіе на стѣнку вены вызываетъ исподволь равивающійся некрозъ, вслѣдъ за которымъ наступаетъ уже кровоизліяніе. Въ болѣе позднее время родильнаго состоянія разрывы, обуславливаемые сильными тѣлесными напряженіями, какъ напр. въ случаѣ, который наблюдалъ на 21 день *Helfer* ²⁾, встрѣчаются лишь весьма рѣдко.

Мѣсто, занимаемое опухолью, различно, смотря по мѣсту разрыва. Если послѣдній произошелъ подъ тазовую фасціей, то кровь опускается внизъ въ одну изъ большихъ дѣтородныхъ губъ, рѣже въ малую губу или подъ кожу промежности. Если же кровотокащій сосудъ находится между тазовою фасціею и брюшиною, то опухоль направляется сперва кверху и можетъ на значительномъ протяженіи инфильтрировать подсерозную клѣтчатку (въ стороны—по направленію подвздошныхъ костей, сзади—до почекъ, а спереди—до пупочной области); но она такимъ же образомъ можетъ опуститься и внизъ. Обыкновенно опухоль образуется только на одной сторонѣ, но она можетъ, при значительной величинѣ, распространиться и на другую сторону. Независимо другъ отъ друга кровяныя опухоли лишь весьма рѣдко образуются на обѣихъ сторонахъ.

Болѣе значительныя опухоли сопровождаются постоянно болями, которыя независимо отъ величины опухоли тѣмъ значительнѣе, чѣмъ быстрѣе наступаетъ кровоизліяніе. Опухоль можетъ содержать такое количество крови, что появляются признаки сильной анеміи, хотя едва-ли когда-либо бываетъ смертельный исходъ безъ кровотеченія наружу. При весьма быстромъ развитіи экстравазата давленіе крови на лежащія надъ нею слизистую оболочку или кожу можетъ быть столь значительно, что онѣ разрываются, и образовавшееся этимъ путемъ сильное кровотеченіе наружу, конечно, можетъ быть и смертельно.

Если опухоль не очень значительна, то обыкновеннымъ исходомъ бываетъ всасываніе; жидкія составныя части всасываются, а отвердѣвшій кровяной сгустокъ инкапсулируется. Но если опухоль очень велика, то, вслѣдствіе давленія, покровы ея (иногда перегородка между влагалищемъ и прямою кишкою) омертвѣваютъ, и изливающаяся кровь отчасти въ видѣ сгустка, отчасти въ видѣ темной жидкости выдѣляется наружу. Возобновляющееся при этомъ кровотеченіе можетъ обусловить большую опасность, или же можетъ послѣдовать и смерть, вслѣдствіе отравленія крови отъ гангренознаго распаденія сильно придавленныхъ стѣнокъ; впрочемъ, путемъ постепеннаго нагноенія, мѣшокъ мо-

¹⁾ Wiener. med. Woch. 1861. № 30. p. 473. — ²⁾ M. f. G. B. 25. Suppl. p. 77.

жуть зарубцоваться, образовавъ иногда фистулы промежности или прямой кишки.

Распознаваніе незатруднительно. Быстрое происхожденіе опухоли, сопровождающееся анемією, синеватое окрашиваніе покрывающей ее слизистой оболочки влагалища, а часто и наружныхъ покрововъ (кожи) и жидкое содержимое (опухоль всегда эластична, иногда даже представляетъ зыбленіе) составляютъ признаки, исключаютъ всѣ другія, появляющіяся здѣсь опухоли.

Предсказаніе тѣмъ неблагоприятнѣе, чѣмъ значительнѣе опухоль. Смерть можетъ послѣдовать, если покровы разорваны, вслѣдствіе кровотеченія, или же вслѣдствіе нагноенія и ихорознаго распаденія; но большая часть этихъ опухолей оканчивается выздоровленіемъ. По *Winckel*'ю изъ 50 случаевъ только 6 окончились смертью (3 вслѣдствіе истеченія кровью).

О профилактическомъ леченіи здѣсь едва-ли можно говорить, потому что гематомы большею частью появляются совершенно неожиданно и почти никогда не образуются тамъ, гдѣ бы ихъ можно было ожидать, судя по сильнымъ варикознымъ расширениямъ венъ. Если кровяная опухоль замѣчается рано, пока она еще увеличивается, то должно стараться задержать развитіе ея давленіемъ и холодомъ, и способствовать образованію кровяныхъ сгустковъ и тромбовъ. Какъ тому, такъ и другому показанію лучше всего удовлетворяетъ каучуковый тампонъ, наполненный ледяною водою. Если увеличеніе опухоли приостановилось, то, пока не появятся какія-либо особенныя явленія, слѣдуетъ поступать выжидательно. Образованію же тромбовъ въ кровоточащихъ сосудахъ можно и теперь уже очень хорошо способствовать, прикладывая ледъ. Самымъ благоприятнымъ исходомъ всегда бываетъ всасываніе безъ вскрытія опухоли. Такимъ образомъ, если покровы не омертвѣваютъ и въ окружности опухоли не появляется сильнаго воспаленія, а, напротивъ того, опухоль становится меньше и тверже, то слѣдуетъ ограничиться выжиданіемъ. А этимъ путемъ могутъ исчезать безъ всякихъ особенныхъ явленій даже опухоли, величиною съ кулакъ, оставляя послѣ себя лишь незначительное затвердѣніе.

Если же кожа синѣетъ, и опухоль угрожаетъ лопнуть, то ее вскрываютъ помощью разрѣза, удаляютъ ея содержимое и стараются остановить кровотеченіе посредствомъ тампонады влагалища. Когда же это не удается, то можетъ потребоваться тампонада самой полости гематомы при помощи іодоформной марли. Разрѣзъ дѣлаютъ всегда на самомъ удобномъ для оттока жидкости мѣстѣ. Разрѣзъ можетъ потребоваться и при отсутствіи какихъ-либо угрожающихъ признаковъ, единственно вслѣдствіе слишкомъ значительной величины опухоли. Въ такихъ случаяхъ лучше всего выждать дня 3—4, ибо чѣмъ болѣе выжидаютъ, тѣмъ вѣроятнѣе можно избѣгнуть опасныхъ вторичныхъ кровотеченій; затѣмъ, большимъ разрѣзомъ удаляютъ изъ полости всѣ кровяные сгустки и поступаютъ послѣ этого, какъ при

большомъ нарывѣ, употребляя очищающія впрыскиванія, а при сильномъ нагноеніи или разложеніи содержимаго — лучше всего постоянное орошеніе и способствуя заживленію стѣнокъ осторожнымъ умѣреннымъ давленіемъ сверху¹⁾).

Болѣзни грудей.

Заболеванія грудной железы.

Аномалии въ выдѣленіи молока.

Литература: *Kiwisch*, Krankh. d. Wöchnerinnen II. p. 160, 167 и 170. — *Scanzoni*, *Kiwisch's klin. Vortr.* B. III. Prag. 1855. p. 108. — *Veit*, *Frauenkrankh.* p. 612. — *Winckel*, *Path. u. Ther. des Wochenbettes.* p. 353.

Количество молока, выдѣляемаго грудными железами, весьма различно у разныхъ субъектовъ. У иныхъ матерей выдѣленіе громаднаго количества молока продолжается въ теченіи многихъ мѣсяцевъ, между тѣмъ какъ другія уже съ самаго начала, не въ состояніи насытить своихъ младенцевъ.

Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ полнѣйшее отсутствіе молока — *agalactia* — появляется въ послѣродовомъ періодѣ безъ того, чтобы возможно было открыть причину этого явленія. Гораздо чаще выдѣленіе молока незначительно съ самаго начала и затѣмъ прекращается совершенно. Причиной этого можетъ быть не надлежащее развитіе молочныхъ железъ, что бываетъ иногда врожденнымъ, но встрѣчается и у слишкомъ молодыхъ и слишкомъ пожилыхъ матерей. Это явленіе гораздо чаще встрѣчается у очень слабыхъ женщинъ при недостаточномъ или несоотвѣтственномъ питаніи и при общемъ сильномъ развитіи подкожнаго жирноклѣтчататаго слоя; быстрое прекращеніе выдѣленія молока также можетъ быть послѣдствіемъ сильныхъ нравственныхъ потрясеній. Постепенное уменьшеніе количества молока наступаетъ особенно часто при нецѣлесообразномъ или только непривычномъ питаніи. Сильная лихорадка и обильныя водянистыя испраженія могутъ, и притомъ весьма скоро, уменьшить количество молока.

Случаи, въ которыхъ недостатокъ молока обусловливается атрофіей грудныхъ железъ или общимъ ожирѣніемъ, недоступны леченію. Въ другихъ случаяхъ вопросъ сводится прежде всего на регулированіе діеты. Говоря вообще, кормящая женщина не должна измѣнять привычнаго ей образа жизни, а должна только остерегаться чрезмѣрнаго напряженія силъ и значительной усталости и въ изобиліи и хорошо питаться тою пищею, къ которой привыкла. Этимъ лучше всего поддерживается существующее уже выдѣленіе молока. Кромѣ того, ему благоприятствуетъ употребленіе въ пищу молока, крахмалистыхъ веществъ и баварскаго пива.

Если у женщины, кормящей грудью, появляются мѣсячныя, то

¹⁾ *Wernich*, *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* III. p. 126 и пренія объ этомъ.

обыкновенно нѣтъ надобности приостанавливать кормленіе, такъ-какъ въ большинствѣ случаевъ выдѣленіе молока при этомъ не уменьшается и самое молоко не производитъ вреднаго вліянія на младенца ¹⁾.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ у женщинъ, кормящихъ грудью, выдѣленіе молока становится столь обильнымъ — polygalactia — что здоровье ихъ отъ этого разстраивается; или же, по отнятїи ребенка отъ груди, молоко непрерывно продолжаетъ выдѣляться и притомъ изъ обѣихъ грудей — galactorrhoea — вслѣдствіе чего родильницы ослабѣваютъ. Количество выдѣляемаго при этомъ молока можетъ доходить до нѣсколькихъ фунтовъ ежедневно.

Такою потерю соковъ могутъ быть вызваны такія же явленія, какія замѣчаются при продолжительныхъ кровотеченіяхъ или нагноеніяхъ. Питаніе этихъ женщинъ разстраивается, появляются сильная слабость и исхуданіе, а въ иныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти даже до туберкулоза, амавроза и психическихъ заболѣваній. Эти явленія бывають также послѣдствіями и слишкомъ продолжительнаго кормленія. При этомъ мѣсячныя становятся часто столь обильными, что могутъ появиться очень сильныя кровотеченія изъ матки, которыя прекращаюся только по отнятїи младенца отъ груди. Очень неблагоприятное вліяніе оказываетъ слишкомъ продолжительное кормленіе грудью на женщинъ, страдающихъ остеомаляціей.

Примѣчаніе. Разстройства зрѣнія (hemeralopia, amblyopia, amaurosis) встрѣчаются у родильницъ, впрочемъ, и помимо аномалій въ выдѣленіи молока; иногда они сопровождаются гиперемією соединительной оболочки глаза, но большею частью и офтальмоскопъ не обнаруживаетъ никакихъ измѣненій. Предсказаніе при этомъ большею частью благоприятно: разстройства зрѣнія исчезаютъ по прошествїи нѣсколькихъ дней или недѣль.

Слишкомъ обильное выдѣленіе молока скорѣе всего можно умѣрить посредствомъ обильныхъ, водянистыхъ испражнений, которыя у родильницъ легко и безъ вреда достигаются употребленіемъ сѣрнокислой магнезіи. вмѣстѣ съ этимъ должно также нѣсколько ограничить діету.

При настоящей галактореѣ можно попытаться умѣрить выдѣленіе

¹⁾ Въ текстѣ упомянуто о томъ, что agalactia обуславливается нерѣдко лихорадкою. Почти всѣ болѣзненные процессы, влекущіе за собою болѣе или менѣе значительное повышеніе температуры, обуславливають большую или меньшую степень агалактіи. Въ практикѣ обыкновенно сильно боятся этихъ процессовъ у кормилицъ и считаютъ долгомъ немедленно отнять дѣтей отъ груди, т. е. мѣнять кормилицу. Подобный образъ дѣйствія нераціоналенъ, потому что въ громадномъ большинствѣ случаевъ послѣ очень многихъ острыхъ болѣзней агалактія проходитъ и молоко снова выдѣляется въ такомъ же количествѣ какъ и прежде. Отниманіе отъ груди можно совѣтовать только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно почему-либо предвидѣть слишкомъ продолжительное теченіе процесса.

Однимъ изъ самыхъ важныхъ средствъ противъ агалактіи должно считать частое прикладываніе младенца къ груди. Если это средство и питательная діета не помогаютъ, то ожидать болѣе нечего. Цѣлый рядъ такъ называемыхъ молочгонныхъ (galacto-poetica, galactophora), какъ-то; анисъ, бобы, рисъ и т. п., по тщательнымъ наблюденіямъ *Dugès*, не заслуживаютъ своей старинной репутаци и могутъ имѣть значеніе развѣ, какъ вещества питательныя.

молока посредствомъ сжимающей повязки. Изъ внутреннихъ средствъ всего полезнѣе оказывается іодистый калий. При наступленіи слѣдующаго менструальнаго періода галакторея, впрочемъ, обыкновенно прекращается. *Abegg* 1) вылечилъ въ двухъ случаяхъ галакторею, вызвавъ помощью душь маточное кровотеченіе.

О качественныхъ измѣненіяхъ молока мы знаемъ очень мало. Перемѣна въ пищу, повидимому, оказываетъ болѣе вліянія на количество, чѣмъ на качество молока. Наблюденія доказываютъ несомнѣннымъ образомъ, что нравственные потрясенія матери вліяютъ на качественное измѣненіе молока, хотя часто и преувеличиваютъ значеніе этого вліянія.

Заболѣванія сосковъ. Трещины.

Литература: *Winckel*, M. f. G. B. 22. p. 345 и Berlin. klin. Wochenschr. 1864. № 2. — *Scharlau*, Berlin. klin. Woch. 1864. № 19 и 20. — *Kehrer*, Beitr. z. klin. u. exp. Geb. u. Gyn. B. II. 1879. p. 57. — *Hausmann*, Berl. klin. W. 1878. 14. — *Kaltenbach*, Centr. f. Gyn. 1883. № 5. — *Kehrer*, Der prakt. Arzt. 1888. № 3. — *Küstner*, Arch. f. Gyn. B. 22. p. 291.

Грудные соски, покрытые нѣжнымъ эпидермисомъ, весьма легко заболѣваютъ у кормящихъ грудью. Этому способствуютъ различныя обстоятельства. Соски мацерируются какъ отъ сосанія младенца, такъ и отъ истеченія молока, вслѣдствіе чего кожа на нихъ легко приподымается въ видѣ маленькихъ пузырьковъ, которые заживаютъ, образуя струпики. Кромѣ того и на вершинѣ и у основанія соска находятся складки, гдѣ epidermis еще нѣжнѣе и прилегаеть еще болѣе плотно къ подлежащей ткани. Когда на этихъ складкахъ образуются корки отъ вытекающаго молозива и накопленія грязи и если эти корки во время сосанія будутъ содраны, то складка весьма легко можетъ разорваться въ продольномъ направленіи и образуется трещина. Эти трещины весьма рѣдко образуются у такихъ женщинъ, у которыхъ складки до того мало выражены, что сосокъ представляется почти совершенно гладкимъ; у другихъ же женщинъ на соскахъ, напротивъ, бываютъ глубокія раздолины, такъ что у нихъ еще до начала кормленія дитяти на соскахъ можно видѣть отдѣльные маленькіе сосочки, а между ними покраснѣвшія, нѣсколько мокнуція мѣста, боляція при разъединеніи сосочковъ. У такихъ женщинъ кормленіе весьма рѣдко обходится безъ образованія трещинъ. Далѣе, образованію трещинъ гораздо менѣе подвержены сильно выдающіеся соски, которые ребенокъ легко захватываетъ, въ сравненіи съ такими, которые ему постоянно приходится тягивать и прикусывать для того, чтобы ихъ лучше удерживать.

Примѣч. Соотвѣтственно частотѣ причинныхъ моментовъ, и трещины сосковъ появляются также весьма часто. Въ Берлинѣ *Winckel* нашель на 200 родильницъ 70, а въ Ростокѣ даже 72 на 150, у которыхъ были болѣе или менѣе значительныя трещины. При очень тщательномъ изслѣдованіи, мы могли найти въ Боннѣ на 77 родильницъ только у 14 настояція трещины и у 9 ссадины съ образованіемъ струпа. Результаты эти почти совершенно соотвѣтствуютъ наблюденіямъ *Schramm*'а 2), который на 100 родильницъ нашель трещины у 17.

1) M. f. G. B. 16. p. 424. — 2) Scanzoni's Beitrage V. 1. p. 23.

Трещины составляют большое мучение для кормящихъ грудью, вызывая при каждомъ прикладываніи ребенка ужаснѣйшія боли, между тѣмъ какъ ссадины съ небольшими струпиками или подтеками мѣнѣе чувствительны, хотя и сами могутъ перейти въ настоящія трещины. Уже однѣ трещины могутъ вызвать сильную лихорадку, хотя въ большинствѣ случаевъ ея и не бываетъ. Появленіе лихорадки обусловливается зараженіемъ трещины, вслѣдствіе всасыванія инфекціонныхъ продуктовъ.

При небрежномъ уходѣ за трещинами онѣ становятся все глубже и чувствительнѣе; родильницы находятся постоянно въ возбужденномъ состояніи и въ постоянной тревогѣ предъ прикладываніемъ младенца къ груди. Сонъ пропадаетъ, аппетитъ уменьшается и лихорадка истощаетъ силы. При прикладываніи младенца, родильница, страшась болей, оттягиваетъ сосокъ, еще болѣе разрывая при этомъ трещины, пока наконецъ слишкомъ уже жестокія боли или потеря молока не заставятъ ее вовсе отказаться отъ кормленія. При извѣстныхъ обстоятельствахъ трещины могутъ до того углубиться, что сосокъ почти совсѣмъ отдѣляется отъ груди, соединяясь съ нею только одними млечными протоками.

Въ иныхъ случаяхъ образовавшійся струпъ закупориваетъ большіе млечные протоки, вслѣдствіе чего въ соответственныхъ доляхъ железы отъ застоя молока можетъ образоваться набуханіе и воспаленіе.

Еще болѣе неблагоприятный исходъ имѣютъ тѣ случаи, когда рукою акушера или родильницы (иногда также и ртомъ младенца) зараженіе черезъ трещины распространяется далѣе по соединительной ткани или по млечнымъ протокамъ. Тогда можетъ образоваться флегмона груди съ исходомъ въ нагноеніе.

При леченіи важнѣе всего предупредительныя мѣры во время беременности. Должно заботиться о томъ, чтобы соски достаточно выступали и чтобы кожа на нихъ нѣсколько закрутила. Первое достигается частымъ вытягиваніемъ сосковъ пальцами или же помощью стеклянныхъ насосовъ, а послѣднее — весьма чистымъ содержаніемъ и частымъ обмываніемъ холодною водою, спиртомъ или, при очень нѣжной кожѣ, слабымъ растворомъ танина.

Если родильницы приступаютъ къ кормленію младенца съ подготовленными этимъ путемъ, хорошо выстоящими здоровыми сосками, то трещины появляются у нихъ не легко. Но если, не смотря на это, соски все-таки малы, такъ что младенецъ лишь съ трудомъ захватываетъ ихъ, то необходимо каждый разъ до прикладыванія младенца, вытягивать сосокъ насосомъ и къ вытянутому такимъ образомъ соску лишь тогда прикладывать младенца, когда онъ можетъ захватить ртомъ весь сосокъ.

Если же трещины уже существуютъ, то онѣ обыкновенно скоро заживаютъ, если при сосаніи ребенка сосокъ будетъ покрытъ резиновымъ колпачкомъ.

Сами трещины лечатся лучше всего осторожнымъ обмываніемъ ихъ 5% растворомъ карболовой кислоты. Боль тотчасъ же уменьшается и трещины хорошо заживаютъ.

Воспаленія грудной железы. Молочная лихорадка. Нарывы груди.

Литература Winckel, M. f. G. B. 22. p. 348 и Path. d. Wochenb. 2 Aufl. p. 405. — Schroeder, M. f. G. B. 27. p. 114 и Schw., Geb. u. W. p. 194. — Wolf, M. f. G. B. 27. p. 241. — Schramm, Scanzoni's Beiträge. B. V. H. 1. p. 1. — Veit, Frauenkrankh. p. 606. — Fock, De Koorts in het begin van het in Krambed. Utrecht. 1871. — Chantreuil, Arch. de tocologie. 1874. p. 146 etc. — Howe, Amer. Journ. of obst. Vol. VIII. p. 571. — Bumm, Arch. f. Gyn. B. 24. H. 2. — Cohn, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XI. p. 432.

Паренхиматозное воспаленіе грудной железы (mastitis) въ послѣродовомъ періодѣ бываетъ двухъ родовъ, весьма существенно различающихся одинъ отъ другаго: оно или исчезаетъ втеченіи нѣсколькихъ дней безъ дальнѣйшихъ послѣдствій, или же ведетъ къ нагноенію.

Воспаленіе перваго рода возникаетъ постепенно изъ процессовъ, обуславливающихъ физиологическое выдѣленіе молока въ родильномъ періодѣ.

Даже при совершенно нормальномъ теченіи послѣродоваго періода температура на третій или четвертый день обыкновенно бываетъ самою высокою и выше мы уже упомянули о томъ, что это повышение температуры зависитъ собственно не отъ половыхъ частей, въ тѣсномъ смыслѣ (т. е. отъ родовыхъ путей), но несомнѣнно имѣетъ связь съ выдѣленіемъ молока.

Если груди нечувствительны и температура только на нѣсколько десятыхъ превышаетъ 38°, то начинающееся отправление железъ не выходитъ за физиологическіе предѣлы. Однакоже, нерѣдко выдѣленіе начинается нѣсколько болѣе бурными явленіями. Груды сильно припухаютъ, становятся чувствительными на всемъ протяженіи, или же лишь на отдѣльныхъ мѣстахъ, и болятъ; кожа на нихъ краснѣетъ, напрягается и нерѣдко можно констатировать воспаленные лимфатическіе сосуды, направляющіеся къ подкрыльцовой впадинѣ. Температура при этомъ повышается на третій или на четвертый день до 39°, или даже до 40° и можетъ держаться, съ утренними послабленіями, на ненормальной высотѣ впродолженіи 3—4 дней.

Такого рода воспаленіе железъ появляется чаще всего, хотя и не всегда, въ тѣхъ случаяхъ, когда младенца слишкомъ поздно прикладываютъ къ груди или когда онъ (вслѣдствіе ли слабости, или какого-либо недостатка со стороны сосковъ) не высасываетъ достаточно много молока, или же когда младенца совсѣмъ не кормятъ грудью. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ воспалительныя явленія и лихорадка ослабѣваютъ, спустя одинъ или нѣсколько дней, рѣдко только по истеченіи четырехъ дней и отправление груди снова становится вполне нормальнымъ.

Такъ-какъ въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ самые явные признаки мѣстнаго воспаленія и такъ какъ имъ же несомнѣнно обуслови-

вается и лихорадка, то это воспаление, находящееся въ связи съ явленіями начинающагося выдѣленія молока, можно назвать молочной лихорадкой, а названіе mastitis, какъ это обыкновенно и дѣлается, удержать только для гнойнаго воспаления.

Въ высшей степени сомнительно, чтобы болѣе долго продолжающіяся воспаленія, въ особенности если они переходятъ въ нагноеніе, могли образоваться изъ этихъ воспалительныхъ раздраженій молочныхъ железъ. Нагноеніе ихъ обуславливается во всякомъ случаѣ, обыкновенно, микроорганизмами, которые могутъ изъ трещинъ проникнуть въ млечные протоки.

Cohn при своихъ изслѣдованіяхъ открылъ особеннаго стрептококка, который вызываетъ доброкачественную, не переходящую въ нагноеніе форму паренхиматознаго мастита. Нѣтъ сомнѣнія однако, что микроорганизмы, проникая въ млечные протоки, могутъ вызвать въ нихъ и первичное нагноеніе. При дальнѣйшемъ распространеніи воспаления, можетъ присоединиться и флегмонозное воспаление междольчатой соединительной ткани железы.

Обыкновенно воспаление охватываетъ только одну долю железы, но нагноеніе отсюда можетъ распространиться по всей железн; чаще, спустя нѣкоторое время, воспаление появляется въ другой долѣ пораженной железы или въ другой груди.

Первые признаки гнойнаго воспаления (*mastitis purulenta*) тѣ же, которые вообще характеризуютъ воспаление. При значительномъ повышеніи температуры (нерѣдко слишкомъ въ 40°, причемъ нерѣдко бываетъ и ознобъ), одна какая-нибудь доля грудной железы припухаетъ, въ ней появляются произвольныя боли, она становится чувствительною на оцупь и покрывающая ее кожа краснѣетъ.

Лихорадка обыкновенно на второй или третій день совершенно исчезаетъ, или, по крайней мѣрѣ, сопровождается значительными послабленіями. При этомъ образуется тѣстоватая припухлость долики железы и часто даже ясное зыбленіе. Если гной не выдѣляется произвольно черезъ сосокъ, то онъ можетъ проникнуть въ соединительную ткань и прежде чѣмъ произвести прободеніе кожи, онъ можетъ вызвать обширныя разрушенія ткани.

Распознаваніе парыва можно сдѣлать на основаніи чувствительности и тѣстоватой консистенціи пораженной доли железы, бывшей передъ тѣмъ твердой на оцупь. Очень часто удается продолжительнымъ давленіемъ на пораженную долю железы выдавить нѣкоторое количество гноя черезъ сосокъ.

Предохранительная терапія прежде всего состоитъ въ тщательномъ леченіи трещинъ и въ устраненіи носителей зараженія. Если нагноеніе уже наступило, то должно какъ можно скорѣе приступить къ разрѣзу. Какъ только замѣчается нѣсколько размягченное мѣсто, слѣдуетъ немедленно сдѣлать разрѣзъ, соблюдая при этомъ всѣ правила антисептики, и затѣмъ выдавить по возможности весь гной. Разрѣзъ

долженъ быть не слишкомъ малъ, но довольно глубокъ и имѣть радіальное къ соску направленіе. Затѣмъ вводятъ дренажную трубку, а абсцессъ лечится по принципамъ *Листера* подобно тому, какъ и другіе абсцессы ¹⁾).

Нарывъ самъ по себѣ не всегда требуетъ отнятія младенца отъ груди, но сообщеніе его съ млечнымъ протокомъ можетъ воспрепятствовать кормленію младенца больною грудью. Остающіяся же гнойныя и млечныя фистулы заживаютъ обыкновенно только послѣ окончательнаго прекращенія выдѣленія молока ²⁾).

Флегмона груди.

Флегмонозное воспаленіе подкожной клѣтчатки груди обуславливается всегда зараженіемъ (по изслѣдованіямъ *Cohn'a*, *staphylococcus pyogenes aureus* долженъ считаться возбудителемъ воспаленія), мѣстомъ исхода котораго обыкновенно считаются трещины сосковъ. Онѣ легко подвергаются зараженію отъ прикосновенія руки акушерки или роженицы, часто также отъ бактерій, находящихся во рту младенца. Флегмона груди можетъ ограничиться отдѣльными мѣстами около-соскового кружка. Тогда въ окружности соска образуются маленькіе фурункулезные нарывы.

Очень часто флегмона груди распространяется обычнымъ путемъ далѣе на всю грудь, такъ что почти вся соединительная ткань ея подвергается бактерійному воспаленію. Участки соединительной ткани пропитываются сначала студенистой отечной жидкостью, и затѣмъ гноемъ.

Флегмонозное нагноеніе груди начинается обыкновенно потрясающимъ ознобомъ и сопровождается продолжительною лихорадкой. Боли всегда очень значительны и часто достигаютъ ужасающихъ размѣровъ.

Леченіе флегмонознаго воспаленія груди производится по тѣмъ же правиламъ, какъ и леченіе флегмоны на другихъ частяхъ тѣла. Чтобы дать возможность выдѣляться гною, дѣлаютъ большіе и глубокіе разрѣзы; полость раны промываютъ короболовымъ растворомъ, — затѣмъ закрываютъ рану давящей повязкою, и введеніемъ дренажа способствуютъ заживленію раны.

Въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до флегмонознаго воспаленія клѣтчатки, лежащей между грудною железой и грудною клѣткою.

¹⁾ Heyder, Berl. Ber. z. Geb. u. Gyn. III. p. 422.

²⁾ Первый періодъ воспаленія грудныхъ железъ, когда онѣ сильно увеличиваясь въ объемѣ, становятся очень чувствительными (груды, какъ говорятъ бабки, нагрубаютъ), какъ уже сказано въ текстѣ, чаще всего разрѣшается. Въ этомъ періодѣ болѣзни до сихъ поръ съ особенною любовью прибѣгаютъ къ смазыванію груди маслянистыми веществами (въ особ. ol. camphor.) и обкладыванію ихъ листовой ватой. Мы въ настоящее время никогда не прибѣгаемъ болѣе къ этому, такъ какъ путемъ многочисленныхъ наблюденій въ госпиталѣ убѣдились въ томъ, что влажная теплота составляетъ ничѣмъ незамѣнимое средство въ этомъ случаѣ. Какъ только груди начинаютъ нагрубать, ихъ покрываютъ согревающимъ компрессомъ и это дѣлается до тѣхъ поръ, пока онѣ не становятся совершенно мягкими. I.

Грудь при этомъ опухаетъ и при дотрогиваніи до нея получается ощущение, какъ будто она лежитъ на наполненной водою подушкѣ; основаніе груди становится отечнымъ. Если, въ подобныхъ случаяхъ, не прибѣгаютъ заблаговременно къ разрѣзу по краю железы, то дѣло оканчивается продолжительными и опасными затеками гноя.

Galaktocoele.

Литература: *Virchow*, Geschwülste I. p. 283. — *Veit*, Frauenkrankh. 2. Aufl. p. 610.

Весьма рѣдко случается, чтобы, при закупориваніи выводящаго протока, выдѣленіе соответствующей доли железы продолжалось и чтобы при этомъ не образовался нарывъ. Млечный протокъ все больше и больше растягивается, такъ что самъ образуетъ большую полость, или стѣнки его разрываются и молоко накапливается въ новообразованной полости, похожей на полость нарыва. Обыкновенно эти млечныя грыжи весьма малы, однако-же онѣ могутъ достигать чрезвычайной величины, какъ доказываетъ случай *Скарны*, въ которомъ опухоль опускалась до лѣваго паха и содержала 10 фунтовъ молока.

Въ началѣ содержимое опухоли—чистое молоко, затѣмъ отдѣляется *serum*, а твердыя составныя части оплотнѣваютъ, или же, вслѣдствіе кровоизліяній въ кисту, къ нему примѣшивается кровь и цвѣтъ содержимаго кисты принимаетъ разнообразныя оттѣнки.

Распознаваніе можетъ быть весьма затруднительно. Когда стѣнка млечнаго протока не лопнула, то по упругости ея содержимаго и ясному ограниченію опухоли, ее легче всего смѣшать съ кистой, а послѣ разрыва и истеченія содержимаго въ окружающую ткань ее можно смѣшать съ нарывомъ.

Леченіе, однако, не измѣняется существенно вслѣдствіе неопредѣленности распознаванія. Такъ-какъ послѣ простаго прокальванія содержимое скопляется снова, то слѣдуетъ іодистыми впрыскиваніями вызвать воспаленіе въ стѣнкахъ млечнаго протока. Когда же и этимъ путемъ не удастся вызвать зараненія полости, то ее должно вскрыть помощью разрѣза и дать зажить путемъ нагноенія.

Душевные болѣзни родильницъ.

Литература: *Berndt*, Krankh. d. Wöchn. Erlangen 1846. — *A. Leubuscher*, Verh. d. Ges. in Berlin. III. p. 94. — *Ideler*, Charité Annalen 1852. I. — *Scanzoni*, Kl. Vorträge von Kiwisch. B. III. p. 250. — *Veit*, Frauenkrankh. 2. Aufl. p. 705. — *Tuke*, Edinb. med. J. Jan. 1867. (*Virchow-Hirsch'scher Jahresb. über 1867*. B. II. Abth. 3. p. 605). — *Winckel*, Pathol. u. Ther. des Wochenbettes. 2. Aufl. p. 449. — *Weber*, Allg. med. Centralzeitung 1870. № 87, 88. — *Madden*, Brit. and for. med.-chir. Review. Oct. 1871. — *Leidesdorf*, Wiener med. W. 1872. № 25. — *Arndt*, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. III. p. 183. — *Ripping*, Die Geistesstörungen d. Schwängern, Wöchn. u. Säugenden. Stuttgart. 1870. — *Cortyl*, Thèse de Paris 1877. — *M. Schmidt*, D. i. Berlin 1880. — Кромѣ того см. спеціальныя сочиненія о психозахъ.

Такъ-какъ душевныя болѣзни родильницъ не представляютъ положительно ничего особеннаго или специфическаго, и беременность, ро-

ды и родильное состояніе суть только весьма важныя этиологическіе моменты относительно извѣстныхъ психическихъ заболѣваній, то мы коснемся этихъ болѣзней только коротко и обратимъ главнымъ образомъ вниманіе на этиологію.

Ежедневный опытъ показываетъ — какую важную роль играетъ половой аппаратъ во всей психической жизни женщинъ. Достаточно указать только на истерику и ея тѣсную связь съ болѣзнями половых органовъ. Говоря о физиологіи беременности, мы указали тамъ на то — какое важное вліяніе беременность оказываетъ на настроеніе духа женщинъ. Серьезныя до того женщины становятся иногда необузданно веселыми или, наоборотъ, веселыя, молодыя особы легко превращаются въ мрачныхъ, даже нелюдимыхъ и меланхолическихъ существъ. Но до дѣйствительнаго психоза дѣло доходитъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ; чаще же въ родильномъ періодѣ продолжается это серьезное, мрачнѣе настроеніе духа.

Вліяніе беременности на мозгъ можетъ быть, по крайней мѣрѣ хотя отчасти, объяснено и физиологически, ибо беременность постоянно сопровождаютъ приливы крови къ черепу и его содержимому, а они могутъ подавать поводъ какъ къ образованію остеофитовъ черепа; такъ и къ разстройству питанія мозга. Послѣднее можетъ быть также обусловлено и обильно притекающею къ мозгу кровью, качественно измѣнившейся при неблагоприятныхъ условіяхъ. Весьма важную этиологическую роль въ психозахъ послѣродоваго періода играютъ, по видимому, разстройства питанія, которыя могутъ быть обусловлены самою беременностью, въ особенности же обильными кровотеченіями или кормленіемъ при неблагоприятныхъ обстоятельствахъ.

Далѣе, если принять во вниманіе, что психическіе аффекты часто въ весьма сильной степени обуреваютъ беременныхъ и роженицъ (особенно забеременѣвшихъ внѣ брака), то не покажется удивительнымъ, что большое число душевно-больныхъ женщинъ поражается этимъ недугомъ въ послѣродовомъ періодѣ. Понятно, далѣе, само собою, что для наступленія душевныхъ болѣзней въ послѣродовомъ періодѣ очень важное значеніе имѣютъ и другіе этиологическіе моменты, слѣдовательно, прежде всего наследственность.

Психическія заболѣванія выражаются, или въ формѣ угнетеннаго или экзальтированнаго состоянія, смотря по различію психическаго настроенія во время беременности и родовъ.

Въ первомъ случаѣ появившіяся уже во время беременности легкія меланхолическія формы продолжаются и въ послѣродовомъ состояніи, въ теченіи котораго и могутъ перейти въ тяжелья формы меланхоліи.

Что касается маниакальныхъ состояній, то они появляются чаще всего въ моментъ самыхъ родовъ. Нерѣдко, именно, можно наблюдать появленіе острой маніи во время прорѣзыванія головки, когда, слѣдовательно, боль достигаетъ наивысшей степени, причемъ вообще тер-

пѣливыя и разсудительныя женщины вдругъ начинаютъ громко кричать, дико озираться кругомъ, высказывать угрозы и наносить удары окружающимъ; такое состояніе прекращается въ большинствѣ случаевъ тотчасъ по рожденіи младенца, но въ исключительныхъ случаяхъ оно можетъ продолжаться и въ послѣродовомъ періодѣ. Маниакальные приступы могутъ появиться какъ осложненіе другихъ болѣзней, въ особености эклампсіи.

Предсказаніе въ душевныхъ болѣзняхъ, развивающихся въ послѣродовомъ періодѣ, впрочемъ, относительно благопріятно.

Что касается леченія, то нужно прежде всего позаботиться о покойномъ содержаніи больныхъ въ темной комнатѣ и объ устраненіи всякихъ внѣшнихъ раздраженій; можно назначать также внутрь хлоральгидратъ. Если состояніе-здоровья больной не улучшается, то лучше всего помѣстить ее въ специальное заведеніе для душевно-больныхъ ¹⁾.

¹⁾ Психозы, находящіеся въ связи съ беременностью, родильнымъ періодомъ и кормленіемъ грудью имѣютъ такое важное практическое значеніе, что считаемъ нужнымъ прибавить нѣсколько данныхъ на этотъ счетъ къ тому, что сказано объ этомъ въ текстѣ.

Какъ этиологическій моментъ относительно психическихъ разстройствъ, беременность и родильный періодъ занимаютъ въ числѣ другихъ причинъ очень важное мѣсто. Такъ, *Esquirol* на 600 душевно-больныхъ женщинъ насчитываетъ 50 случаевъ пуэрперального помѣшательства и на 1119 больныхъ, принятыхъ въ Bicetre въ теченіи 4-хъ лѣтъ, больныхъ съ пуэрперальнымъ помѣшательствомъ пришлось 92. (*Traité des mal. mentales Paris 1838. T. 1. 115*). *Handwell* на 703 помѣшанныхъ женщинъ насчитываетъ 79 съ пуэрперальными формами; *Macdonald* на 691 нашла 49. Что касается относительнаго числа психозовъ, обуславливаемыхъ беременностью, родильнымъ состояніемъ и кормленіемъ грудью, то *Marcé* приводитъ слѣдующія данныя: на 310 пуэрперальныхъ помѣшательствъ вообще приходится: во время беременности 27, во время родильнаго періода 180, а во время кормленія грудью 103.

Нѣкоторые авторы (напримѣръ *J. Reid* и *Macdonald*) утверждали, что первые роды играютъ важную роль въ происхожденіи разсматриваемыхъ психозовъ, другіе (*Marcé*), наоборотъ, увѣряютъ, что многорождающія болѣе расположены къ этимъ заболѣваніямъ. Что касается характера родовъ, то трудность послѣднихъ нисколько не служитъ предрасполагающимъ моментомъ. *Webster* увѣряетъ, что употребленіе хлороформа во время родовъ должно считатьъ обстоятельствомъ, предрасполагающимъ къ психозамъ. Но мнѣніе это, однако, опровергается самымъ положительнымъ образомъ наблюденіями всѣхъ другихъ, занимавшихся этимъ вопросомъ. *Baillarger* утверждаетъ, что проявленіе пуэрперальнаго психоза нерѣдко совпадаетъ съ наступленіемъ мѣсячныхъ въ первый разъ послѣ родовъ (*Gaz. des hôp., 1856. Nov.*). *Simpson* (*Edinb. med. Journ. 1857. Febr.*) указываетъ на отношеніе, существующее между пуэрперальными психозами и альбуминурией. Въ пользу этого мнѣнія говоритъ то обстоятельство, что пуэрперальныя помѣшательства наблюдаются нерѣдко послѣ эклампсіи.

Что касается формъ пуэрперальныхъ психозовъ, то манія встрѣчается несравненно чаще меланхоліи. Къ принадлежатъ, характеризующимъ манію вообще, очень часто присоединяются явленія эротическаго характера: больныя имѣютъ какой то томный, страстный взглядъ, лѣзутъ пѣловаться и пр. Я такъ часто наблюдаю эти явленія, что считаю ихъ до извѣстной степени патогномоническими относительно пуэрперальной маніи. Предсказаніе при пуэрперальныхъ психозахъ довольно благопріятно. Въ большинствѣ случаевъ они продолжаются не долго и оканчиваются совершеннымъ выздоровленіемъ. Гораздо болѣе предсказаніе неблагопріятно въ тѣхъ случаяхъ гдѣ психозъ развился во время того или другаго родильнаго заболѣванія (периметритъ, параметритъ и проч.) и не проходитъ съ исчезаніемъ послѣдняго. Такого рода случаи обыкновенно затягиваются. Впро-

П Р И Б А В Л Е Н І Е.

Внезапная смерть въ послѣродовомъ періодѣ.

Литература: *Mordret*, De la mort subite dans l'état puerpéral. Mém. de l'acad. de Méd. Tome XXII. — *Jepson*, Amer. J. of Obst. Vol. V. p. 191. — *Barella*, Bull. de la soc. de méd. de Gand. Juillet 1874.

Здѣсь мы рассмотримъ тѣ потрясающіе случаи, когда родильницы, будучи вполне здоровыми или до крайней мѣры лишь слегка прихварывая, совершенно внезапно и неожиданно умирають.

При этомъ мы опустимъ различные случаи скоростижной смерти, о которыхъ уже достаточно говорили выше, именно: смерть вслѣдствіе внезапной потери крови, или вслѣдствіе самыхъ острыхъ формъ септического зараженія, также случаи опасныхъ для жизни апоплектическихъ ударовъ и разрывовъ сердца, вслѣдствіе остраго миокардита, интересный случай котораго наблюдалъ *Spiegelberg* ¹⁾. Мы здѣсь займемся только двумя не особенно рѣдкими причинами скоростижной смерти во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ, а именно: эмболиями легочныхъ артерій и вступленіемъ воздуха въ вены матки.

Эмболія легочныхъ артерій.

Литература: *Hecker*, Deutsche Klinik. 1855. № 36. — *Charcot* и *Ball*, Gaz. hebdom. 1858. V. 44. и слѣд. (*Schmidt's Jahrb.* B. 104. p. 187) — *Mackinder*, Obst. Tr. Vol. I. p. 213. — *Hervieux*, Gaz. des hôp. 1864 № 8. — *v. Franque*,

чемъ, по статистикѣ извѣстныхъ исихиатровъ, выздоровленіе имѣетъ мѣсто въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ.

Что касается леченія пuerперальныхъ психозовъ, то прежде въ большомъ ходу были общія кровопусканія и внутреннее употребленіе рвотнаго камня (*tartar. stib.*). Къ средствамъ этимъ почти никто въ настоящее время не прибѣгаетъ, такъ какъ они оказываютъ слишкомъ ослабляющее вліяніе на организмъ. Камфора со времени *Auenbrugger*'а считалась специфическимъ средствомъ противъ пuerперальныхъ психозовъ. Дѣйствіе ея, однако, очень сомнительно. Мы лично наблюдали всего болѣе пользы отъ брома, *as. foet.* и осторожнаго употребленія наркотическихъ.

Arndt, въ Грейфсвальдѣ, очень подробно разобралъ вопросъ о пuerперальныхъ психозахъ въ обширной статьѣ, помѣщенной въ *Beitr. der Berl. Ges. f. Geburtsh.* 1874, Bd. III. N. 2. p. 101. По отношенію къ терапіи *Arndt* не одобряетъ *parcoitica* при сильныхъ маниакальныхъ приступахъ, потому что средства эти приходится употреблять въ очень большихъ приемахъ; кромѣ того они дѣйствуютъ слишкомъ переходящимъ образомъ и весьма сильно разстраиваютъ нервную систему. Поэтому, во время бурныхъ маниакальныхъ приступовъ, онъ совѣтуетъ дѣйствовать пассивно, устраняя только отъ больной всякіе раздражающіе моменты. Съ успѣхомъ за то можно дѣйствовать противъ болѣе легкихъ приступовъ, сопровождающихся *delir. musit.* Особенно должно дѣйствовать противъ тоски и чувства замиранія (гиперестезія сердечныхъ нервовъ). При маленькомъ, ускоренномъ пульсѣ дають наперстянку, при пульсѣ же замедленномъ и напряженномъ, — *antispasmodica* (*valer.*, *castor.*, *as. foet.*). Еслибы это не помогло, то нужно прибавить морфій и *aq. amygd. amar.* (gtts. 30, 3—4 раза въ день). Бромистый потасій и хлор.-гидр. дѣйствуютъ не столь вѣрно. То же самое должно сказать и относительно препаратовъ белладоны (при раздраженіи со стороны полового аппарата).

Г.

¹⁾ M. f. G. B. 28. p. 439.

Wiener Med. Halle. 1864. № 33 и 34 (см. M. f. G. B. 25 Suppl. p. 335). — *Barnes*, Obst. Tr. IV. p. 30. — *Frankenhäuser*, Jenaische Z. f. M. u. N. B. III. p. 74. — *Steele*, Brit. med. J. 7. April. 1866 (Virchow-Hirsch'scher Jahresb. üb. 1866. p. 542). — *Chantreuil*, Gas. des hôp. 1866. № 59 (там-же). — *Playfair*, Lancet, July и August 1867. (Virchow-Hirsch. Jahresb. über 1867. p. 603) и Lond. obst. Tr. Vol. X. p. 21 вмѣстѣ съ дебатами по этому поводу. — *Duncan*, Res. in Obst. p. 399. — *Ritter*, M. f. G. B. 27. p. 138. — *Worley*, British med. Journ. 1870. 7 May. — *Martin*, Neig. u. Beug. d. Gebärm. 2 Aufl. p. 163, примѣч. — *Ringland* Dublin J. of med. sc. April 1872. p. 329 и Proceed. of the Dubl. Obst. soc. 1872. p. 91. — *Hnnig*, Deutsches Arch. f. klin. Med. B. 15. p. 436.

Эмболии, появляющіяся, какъ мы выше видѣли, весьма часто въ теченіи послѣродовой лихорадки и обусловливаемыя, подъ влияніемъ септического зараженія, распаденіемъ тромбовъ, которые образуются или физиологически, или вслѣдствіе распространенія воспаленія съ соединительной ткани, лежащей вокругъ венъ, на тромбозированныя вены, поражаютъ исключительно болѣе мелкія вѣтви легочной артеріи, такъ-какъ при этомъ тромбы распадаются на мельчайшія частицы.

Безъ септического зараженія эмболии, по счастью, появляются весьма рѣдко; но если физиологическій тромбозъ распространяется на болѣе значительныя вены, то кусокъ такого тромба можетъ быть увлеченъ потокомъ крови. Достигнувъ, чрезъ правое сердце, легочной артеріи, болѣе значительный тромбъ можетъ закупорить или ее, или, по крайней мѣрѣ, одну изъ ея большихъ вѣтвей, и смерть наступаетъ или внезапно или, спустя нѣсколько дней, при усиливающейся одышкѣ, ціанозѣ и пониженіи температуры. Въ этомъ отношеніи весьма интересенъ случай, внимательно изслѣдованный и сообщенный Ritter'омъ. Возможность выздоровленія, при благоприятныхъ условіяхъ, не подлежить сомнѣнію ¹⁾.

Вступленіе воздуха въ вены матки.

Литература: *Olshausen*, M. f. G. B. 24. p. 354 (съ указаніемъ литературы этого предмета). — *Litzmann*, Arch. f. Gyn. B. II. p. 176. — *Goardwent*, St. George's Hosp. Rep. Vol. VI. — *Staude*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. III. p. 220. — *Kézmársky*, Arch. f. Gyn. B. 13. p. 200.

Наблюденія доказываютъ, что вступленіе воздуха въ вены можетъ повлечь за собою серьезныя послѣдствія и даже внезапную смерть. Чаще всего это случается при операціяхъ на шеѣ, когда, вслѣдствіе чего либо, воздухъ попадаетъ въ зіяющія вены, лежація между фасціями.

Но въ отдѣльныхъ случаяхъ воздухъ можетъ проникнуть въ сосуды во время или послѣ родовъ чрезъ открытыя вены матки и обусловить внезапный коллапсъ или даже смерть.

Множествомъ фактовъ доказано несомнѣннымъ образомъ, что воздухъ можетъ попасть и нерѣдко попадаетъ у роженицъ и родильницъ, во влагалище и въ матку при оперативныхъ пособіяхъ и даже при

¹⁾ Brit. med. Journ. May 3. 1873.

простою изслѣдованіи. Легче всего это случается при тѣхъ положеніяхъ роженицы, при которыхъ давленіе въ полости живота дѣлается отрицательнымъ, въ особенности при колѣбно-локтевомъ, а также при боковомъ положеніи. При этомъ, если входъ во влагалище не плотно закрытъ, воздухъ можетъ проникнуть въ матку и, если она расслаблена, то и въ сосуды.

Точныя наблюденія Olshausen'a и Litzmann'a несомнѣнно доказываютъ, что воздухъ вмѣстѣ съ водою можетъ попасть въ матку и въ сосуды ея и изъ аппаратовъ, употребляемыхъ для спринцованій.

Поэтому въ первое время послѣ родовъ родильницамъ съ широкимъ влагалищемъ и расслабленною маткою слѣдуетъ строго предписать положеніе на спинѣ. Если нужно дѣлать спринцованіе, то лучше всего пользоваться для этой цѣли ирригаторомъ, который всего вѣрнѣе предохраняетъ отъ выпрыскиванія воздуха въ матку вмѣстѣ съ водою.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

Abortus 410; artificialis 231.
Абсцессы грудной железы 741; тазовой
клетчатки 684; легких 689; мышц
конечностей 689; матки 681.
Acardiacus 580.
Accouchement forcé 247.
Agalactia 737.
Airtractor 276.
Акушерский набор 230.
Allantois 43.
Allongement oedemateux avec prolapsus
du col uterin 461.
Amnion 39; liquor amnii 40; непра-
вильности 402.
Амниотические нити 406.
Ампутации произвольныя 408.
Анемія у беременных 339, какъ показа-
ніе къ искусственному выкидышу 232.
Анатомія патологическая послѣродовой
лихорадки 677; разрывовъ матки 606.
Anencephalus 581.
Анкилозъ крестцово-подвздошнаго со-
члененія 551.
Анкилотически - косвенно суженный
тазъ 548; распознаваніе 557; механизмъ
родовъ 560; предсказ. 560; терапія 561.
Аномаліи изгибающихся силъ 439; вод-
ной оболочки 402; придаточныхъ ча-
стей плода 595; грудей 372; яйца 575;
половыхъ органовъ 343; оболочекъ
яйца 595; костнаго таза 469; пу-
повины 407; дѣтскаго мѣста 399; рукава
370; матки 343; мягкихъ родовыхъ
путей 453; въ выдѣленіи грудей 737.
Anteflexio uteri gravidi 346; въ послѣ-
родовомъ періодѣ 349.
Anteversio uteri gravidi 347.
Aproe младенца 658.
Arteriae umbilic. 47.
Arthritis въ послѣродовой лихорадкѣ 689.
Asphyxia младенца 663.
Атонія матки 726.
Аускультация у беременных 89; при
двойняхъ 112.

Атрофія печени, острая желтая 336.
Актъ оплодотворенія 27.
Антисептика при акушерскихъ опера-
ціяхъ 229.
Ассиметрія таза 477; измѣреніе таза
477.
Ассиметрія дѣтскаго черепа 510.

В.

Бактерія 672.
Баллотированіе 106; баллотированіе го-
ловки 88.
Bagnes, его расширитель 246.
Bayard'a подтеки 662.
Беременность, діагнозъ 95, 98; діате-
тика 113; внѣматочная 372; патологія
331; многоплодная 68, 110; продолжи-
тельность 74; распознаваніе первой и
вторной 101; распознаваніе срока
беременности 104; чрезмѣрно продол-
жительная беременность 433; физиоло-
гія 17; терапія 331.
Бленоррея влагалища 371.
Боковое положеніе при родахъ 189, при
поворотѣ 303.
Боковые надрывы шейки 619.
Боковые надрывы губъ 193.
Болѣзни беременных 331; грудей 737;
плода 580; родильницъ 668; яйца 372.
Боделовскій діаметръ 470; циркуль-
тазомѣръ 471.
Браунадекапитационный крючекъ 322;
палочка для вправленія выпавшей пу-
повины 600
Brünninghausen-Kluge, способъ вызыва-
нія искусственныхъ преждевремен-
ныхъ родовъ 246.
Брюшная беременность 373, 382; вто-
ричная 385.
Брюшной прессъ 135.
Бугорчатка у беременных 338.
Буша способъ поворота 296.
Бура при слабости потугъ 447.
Бромистый этиль—наркотическое сред-
ство 205.

В.

Вагивизмъ 460.
 Vagitus uterinus 663.
 Valvula Eustachii 59.
 Варикозные узлы у беременныхъ 341.
 Вартонова студень 47.
 Vasa ophthalmomesenterica 42.
 Вдавления костей черепа ложкообразныя 512; желобообразныя 512.
 Взаимное отношеніе размѣровъ таза 5.
 Vernix caseosa 53.
 Вліяніе родового акта на роженницу 184.
 Выматочная беременность 372.
 Высрединное вставленіе головки 497.
 Внутреннее изслѣдованіе беременныхъ 91; положеніе плода 116.
 Водная оболочка 39; неправильности водной оболочки и околоплодной жидкости 402.
 Воздухъ, проникновеніе его въ вены 743.
 Водянка брюшная плода 584; головки 582.
 Ворсинки водной оболочки 41.
 Воронкообразный тазъ 537.
 Воспаленіе глазъ in puerperio 691; лимфатическихъ железъ 691; печени 690; брюшины 685; плевры 689; грудной железы 741; крестцовоподвздошного сочлененія 551; послѣда 401; мозговыхъ оболочекъ 689; сочлененій 689.
 Ворсистая оболочка 34; гиперплазія ворсистой оболочки 393.
 Выпрыскиваніе подкожное эфира 639.
 Выпрыскиваніе въ матку 727; между стѣнками матки и оболочками яйца 243.
 Вправленіе пуповины 600; вывороченной матки 647.
 Время перерѣзки пуповины 195.
 Врѣзываніе головки 159.
 Вторичная выматочная беременность 385.
 Входъ въ тазъ 2.
 Вѣсь новорожденнаго 53; беременныхъ 86; роженницъ 184; младенца въ первое время послѣ родовъ 220.
 Вѣнечный шовъ 55.
 Выворотъ матки 644.
 Выдѣленіе молока, аномалій 737.
 Выдѣленіе яичка 21.
 Выжиманіе плода 250.
 Выпаденіе беременной матки 354; матки при родахъ 460; вывороченной 645; пуперцальной 724.
 Выпаденіе пуповины 598; послѣда 640; рукава 724; ручки 592.
 Выкидышъ 410; этиологія 411; распознаваніе 423; удаленіе яйца 430; причины 415; теченіе 420; предсказаніе 425; леченіе 426; привычный 415; искусственный 231; показанія къ не-

му 232; при placenta praevia 637; историческія замѣчанія 231.
 Вычисленіе продолжительности беременности 74.
 Выходная родовая трубка 137.
 Выходъ таза 4.
 Влагалище во время беременности 82.
 Veit'a ручной приемъ для извлеченія головки 281.

Г.

Gaematocele retrouterina 377.
 Haemicephalia 581.
 Haemophilia у беременныхъ 339.
 Galactocele 744.
 Galactorrhoea 738.
 Гематома, свободная полипозная кровяная опухоль матки 732; рукава или губъ 464.
 Hepatitis puerperalis 690.
 Hicks'a способъ поворота 296.
 Hippomanes 39.
 Hofacker-Sadler'овскій законъ 29.
 Головная опухоль 162, 509.
 Головные положенія 118; причина частоты ихъ 65.
 Головка дѣтская 55, 177, 159; при черепныхъ 162, 163, 169; при лицевыхъ положеніяхъ 170; при лобномъ положеніи 173.
 Головная водянка 582.
 Граафовъ пузырекъ 18; обратное развитіе 24.
 Graviditas interstitialis 378.
 Grosse nerveuse 100.
 Hopkins'a методъ производства преждевременныхъ родовъ 243.
 Грыжи матки 356; при родахъ 465; бѣлой линіи 356.
 Грудь, аномаліи 737; во время беременности 84; воспаленіе 741; нарывы 741; phlegmone 743; трещины 739.
 Hydraemia у беременныхъ 340; у родильницъ 649.
 Hydramnion 402.
 Hydrocephalus 581.
 Hydrops renium у плода 584.
 Hydrorachis 586.
 Hydrorrhoea gravidarum 365.
 Hyperemesis 341.
 Hyperplasia ворсистой оболочки 393.
 Hypertrophia шейки 458.

Д.

Движеніе плода 97.
 Decapitatio 321.
 Decidua 31.
 Двойной ручной приемъ 296.
 Диаметръ Боделока 473.

Dicephalus 579.
 Dilatator Барнеса 246.
 Diprosopus 578.
 Dipygus 578.
 Distantia sacrocotyloidea 3.
 Dilatateur intrauterin 246.
 Дистетика беременности 113; родовъ 185; послѣродоваго періода 221.
 Двойной ручной приемъ при поворотѣ на ножку 305.
 D'Outreport'a способъ поворота 296.
 Дренажъ матки 713.
 Ductus Botalli 57.
 Души теплые 245 и 443.
 Душевные болѣзни родильницъ 744.
 Длина младенца 53; пуповины 46.
 Дѣвственная плева, ненормальная плотность 459; при родахъ 102.
 Дѣтское мѣсто 46.
 Дыханіе искусственное 665; причины перваго дыханія 659.

Е.

Емкость легкихъ у беременныхъ 86.
 Endocarditis puerperalis 688.
 Endometritis decidua 365; puerperalis 690.
 Enteritis у родильницъ 691.
 Exenteratio 320.
 Evolutio spontanea 589.
 Erysipelas у беременныхъ 334.

Ж.

Желобобразныя вдавленія костей черепа 512.
 Желточный пузырь 41.
 Желтое тѣло 24.
 Желтокъ 19.
 Желтуха у новорожденныхъ 219; у беременныхъ 336.
 Животъ, увеличеніе его объема у младенца 584.

З.

Загибъ беременной матки впередъ 347; взадъ 349; у родильницъ 722.
 Заносъ пузырьный 396; кровяной и мясистый 416.
 Задержаніе послѣда въ маткѣ 432; мочи у роженицъ 466.
 Запоздалые роды 433.
 Зараженіе 670 и 671.
 Зарощеніе матки 455, рукава 458.
 Зародышевый пузырекъ и пятно 19.
 Захожденіе костей черепа 163.
 Зеркало маточное 92.
 Злокачественная анемія у беременныхъ 339.
 Зооглеи 674.

Zona pellucida 19.
 Зрѣлый плодъ 53.
 Зубная боль у беременныхъ 342.
 Зѣвъ маточный, изглаживаніе 140; искусственное расширеніе 246; неуступчивость, рубцовое зарощеніе 459.

И. I.

Icterus neonatorum 219; gravidarum 336.
 Изгоняющіе силы 129; аномаліи изгоняющихъ силъ 439; дѣйствіе изгоняющихъ силъ 137.
 Извлеченіе головки 268; головки послѣ обезглавливанія 322; послѣдующей головки 283; уменьшенной головки 317; за ножки 276; за ягодицы 288.
 Измѣненія въ половыхъ органахъ во время беременности 76; во всемъ организмѣ 84.
 Измѣненія въ положеніи матки во время беременности 346; во время родовъ 460; въ послѣродовомъ періодѣ 721; рукава in puerperio 722.
 Измѣненія положенія и позиціи плода 63.
 Измѣреніе таза 469; косвенно суженнаго 539.
 Измѣреніе большаго таза 471; тазоваго выхода 477; діагональной конъюгаты 473.
 Измѣненія яйца по смерти плода 416.
 Изслѣдованіе таза 469.
 Изслѣдованіе внутреннее 91; двойное 93; наружное 87; положеній плода 63; таза 469.
 Инервация матки 130.
 Инструменты для вправленія пуповины 600 и 601.
 Inversio uteri 644.
 Ischiopagus 578.
 Искусственное вскармливаніе 227.
 Искусственный выкидышъ 231; преждевременные роды 234.
 Истерическія судороги у роженицъ 647.

К.

Каль первородный 54 и 219.
 Камни мочеваго пузыря при родахъ 466.
 Cancer uteri 463 и 367.
 Caput succedaneum 162 и 509.
 Carunculae myrtiformes 103.
 Catheterisatio uteri 242; дыхательныхъ органовъ 665.
 Cephalotripsie intracranienne 316.
 Cephalhaematoma 512.
 Кефалотрибъ 317.
 Кесарское сѣченіе 323; на мертвыхъ 337; при узкомъ тазѣ 524.
 Kerphalothoracospagus 578.
 Кисты послѣда 400; рукава 370.

Квишина способъ производства преждевременныхъ родовъ 245.
 Кифотическій тазъ 540; рахитическій 489; кифосколиорахитическій 547.
 Cohen'a способъ вызванія преждевременныхъ родовъ 243.
 Кожистая оболочка 30; гиперплазия 393.
 Colpocentrum 245.
 Кольное положеніе при родахъ 189.
 Colostrum 215.
 Количество околоплодной жидкости 45; послѣродовыхъ очищеній 214.
 Colpitis 679.
 Conglutinatio orificii externi 455; uteri 456.
 Conjugata diagonalis 473; externa 472; vera 473.
 Кольцо сокращенія 137.
 Кормленіе грудью младенца 216; коровье молоко 227.
 Кормилица 226.
 Корпростазисъ у родильницъ 721.
 Corpus luteum 24.
 Косо-сжуженный тазъ 551.
 Костный тазъ, аномаліи 469.
 Костное ядро 53.
 Colporhyperplasia cystica 370.
 Костныя опухоли таза 574.
 Craniopagus 578.
 Краниокласть 316.
 Краниотомія 309.
 Craniotomy-forceps 315.
 Краузе методъ 242.
 Крестцово-подвздошное сочлененіе, воспаленіе его 551.
 Credé, его способъ выжиманія послѣда 198.
 Кровообращеніе плода 56.
 Кровь, измѣненіе ея у беременныхъ 84.
 Кровяной заносъ 416.
 Кровяная опухоль черепа 509; рукава 465; губъ 465.
 Кровотеченіе во время родовъ 627; внутреннее 628; при нормальномъ прикрѣпленіи послѣда 627; изъ сосуда пуповины 640; въ послѣдовомъ періодѣ 641; во время беременности 420; въ послѣдовомъ состояніи 726.
 Culbûte 65.
 Cystocele 466.

Л.

Ламбдовидный шовъ 55.
 Languo 51.
 Лапаротомія при внѣматочной беременности 391; при разрывѣ матки 616.
 Leucorrhoea gravidarum 371.
 Либиха супъ 228.
 Лимфангоитъ у родильницъ 691.
 Лицадное превращеніе плода 418.
 Лицома плода 585.

Lithopaedion 385.
 Liqueur amnii 40; liquor folliculi 19.
 Лицевыя положенія, механизмъ 169.
 Лихорадка послѣродовая 668; сущность и происхожденіе 670; патологическая анатомія 677; припадки и теченіе 692; распознаваніе 703; предсказаніе 706; леченіе 707.
 Лобное положеніе 173.
 Лобный шовъ 55.
 Ложноостеомалатическій тазъ 573.
 Ложкообразныя вдавленія 512.
 Лохии 214.
 Lochiometra 723.

М.

Малый тазъ 2; съ мягкими его частями 16.
 Малый родничекъ 55.
 Малокровіе у беременныхъ 339.
 Манія у родильницъ 745.
 Матка, аномаліи 343; атонія 641; выпаденіе 354; выворотъ 645; загибъ 349 и 350; наклоненія 346 и 460; инервация 130; дѣйствіе изгоняющихъ силъ 136; форма и положеніе 81; пороки развитія 343 и 453; разрывы 357 и 606; зарощеніе 458; воспаленіе 359; измѣненія ея во время беременности 76; строеніе 78; обратное развитіе 211; новообразованія 366.
 Маточный шовъ Saenger'a 327.
 Маточный шумъ 90; у родильницъ 213.
 Мать, смерть во время беременности 435; во время родовъ 657; смерть въ послѣдовомъ періодѣ 747.
 Mastitis у беременныхъ 372; у родильницъ 737; у новорожденныхъ 220.
 Mesonium 54 и 219; при преждевременномъ дыханіи 747.
 Меланхолія у родильницъ 745.
 Membrana decidua 30; granulosa 19.
 Мертвогнойный плодъ 418.
 Метастатическія воспаленія у родильницъ 689.
 Методы производства преждевременныхъ родовъ 242; акушерскаго изслѣдованія 86; поворота на головку 291.
 Metritis у беременныхъ 366; у родильницъ 681.
 Механизмъ родовъ 129; при черепныхъ положеніяхъ 156; при лицевыхъ 168; при ягодичныхъ 178; при ножныхъ 178; при лобномъ 173; при многоплодныхъ родахъ 182; при плоскомъ тазѣ 493; при косо-сжуженномъ тазѣ 560.
 Миртовидные сосочки 103.
 Микрококки 742.
 Missed labour 419.
 Миомы 366 и 461.

Младенець, тазъ 10; уходъ за нимъ 225; кормленіе 226; состояніе по рожденіи 219.

Mola 393.

Моча, частый позывъ и недержаніе 441; задержаніе 466 и 442.

Молоко 226; сгущенное 227; слишкомъ обильное количество 738; слишкомъ малое количество 737; отсутствіе 737; качественныя измѣненія 739.

Молочная лихорадка 741.

Молочный жиръ 227.

Многоплодная беременность 68; распознаваніе 110.

Многоплодные роды 182; патологическія отклоненія механизма 593.

Мнимая смерть 662.

Мускулатура беременной матки 76.

Mukosis рукава 371.

Muxoma fibrosum placentae 393; diffusum 394.

Мѣсячныя крови 20; прекращеніе ихъ 75.

Мѣсто прикрѣпленія послѣда 46.

Мягкія части малаго таза 16.

Мясистый заносъ 393.

Н.

Наборъ акушерскій 230.

Надрѣзы маточной шейки 248; зѣва 457; губъ 193.

Надрывы шейки 619; рукава 621.

Наклоненія беремен. матки 346, 460; частичное 348.

Наклоненіе таза 6; ,чрезмѣрное, недостаточное 479.

Нажошныя болѣзни у беременныхъ 342; у родильницъ 691.

Наружное изслѣдованіе беременныхъ 81.

Наложеніе щипцовъ 267.

Насильственное родоразрѣшеніе 247.

Наркотизированіе роженницъ 201; при сильныхъ потугахъ 450.

Неподатливость маточнаго зѣва 457.

Неправильное положеніе младенца 586.

Неправильное членорасположеніе младенца 592.

Nephritis у беремен. 334; у родильницъ 706, 690.

Неоплодотворенное яичко 17.

Ножницеобразный перфораторъ 313.

Нестле дѣтская мука 228.

Ногоположенія 117.

Новообразованія 366, 461; въ послѣ-родов. состояніи 707; послѣда 400.

О.

Обвитія пуповины 407.

Обезглавленіе 321.

Обмираніе 643.

Обще-равномерно-сжуженный тазъ 525, 526; распознаваніе 530; рахитическаго происхожденія 527.

Обще - неравномерно - сжуженный тазъ 483; 531; теченіе родовъ при немъ 532; рахитическаго происхожденія 531.

Обратное развитіе Граафова пузырька 24; матки 210.

Овариотомія у беременныхъ 370.

Овуляція 20.

Окаменѣлый плодъ 385.

Околоплодная жидкость 40; слишкомъ малое и слишкомъ большое количество 402.

Окоченѣніе младенца 586.

Окружность головки 56.

Операциі акушерскія 229.

Оплодотвореніе 27

Опіумъ при судорожной слабости потугъ 447.

Опухоли яичниковъ 369, 467; мягкихъ родовыхъ путей 461; матки 366; рукава 464; параметрія 694.

Oophoritis 684.

Орошеніе маточной полости 711.

Освобожденіе ручекъ 283.

Оспа у беременныхъ 333.

Остеомалятический тазъ 565

Остеофиты послѣродовые 85.

Остатки яичевыхъ оболочекъ въ маткѣ 432, 422.

Остистые тазы 492.

Ось таза 7.

Отвислый животъ 460.

Отекъ губъ 465, 676; плода 585; у беременныхъ 340.

Отпадающая оболочка 30.

Ощущеніе движенія плода 97.

Ощупываніе у беремен. 87; у роженницъ 120.

П.

Pancreatitis у родильницъ 691.

Параличъ мѣста прикрѣпленія послѣда 729.

Parametritis in puerperio 682; 694.

Partus praematurus 410; serotinus 433.

Патологія родовъ 439; беременности 331; послѣродоваго состоянія 668.

Pelveoperitonitis 697, 685.

Пельвиметръ Van-Huevel'я 476.

Периметрять у беременныхъ 366, у родильницъ 685.

Перитонитъ у родильницъ 685, 680, 687.

Періодъ раскрытія 139, 144; изгнанія плода 142, 149; послѣдовой 151.

Перерѣзка пуповины 195.

Переполненіе прямой кишки у родильницъ 721; у беременныхъ 341; у роженницъ 442.

- Передняя воды 127.
 Передвижение яичка и сѣмени 26, 344.
 Перевязка пуповины 195.
 Передвиженіе яичка по фаллопиевой трубкѣ 25.
 Перфораторы 312.
 Перфорирующій разрывъ матки 606.
 Питаніе плода 61.
 Пилокарпинъ 247; при слабыхъ боляхъ 447; при эклампсiи 656.
 Pithiriasis versicolor у беременныхъ 85.
 Пиэмія 688.
 Плевать при послѣродовой лихорадкѣ 705; 689.
 Placenta 46; membranacea 400; succenturiata 400.
 Placenta praevia 631.
 Плацентарные шумы 90; полипы 461, 732.
 Пляска св. Витта у беременныхъ 338.
 Плоскій тазъ 486; рахитич. происхожденія 489; нерахитич. происхожд. 487; механизмъ родовъ 493; діагнозъ 503; предсказаніе 504; терапія 514; поворотъ 521; щипцы 517; кесарское сѣченіе 524.
 Плодъ 47; аномаліи 575; движенія 97; кровообращ. и питаніе 57; сердечные тоны 89; распознаваніе жизни и смерти 112; мертвогнилой 418; болѣзни 580; положенія 63; членорасположеніе 64; длина 53; вѣсъ 53; чрезмѣрное развитіе 575; позиція 64.
 Пневмония при послѣродов. лихорадкѣ 672, 688; у беременныхъ 333
 Поворотъ 290; на голову 291; на ножку 298; на ягодицы 297; по Бушу и d'Outrepont'у 296; помощію наружн. приѣмовъ 296; помощію наружн. и внутрен. приѣмовъ 296; при плоскомъ тазѣ 521; помощію соотвѣтствующаго положенія роженицы 295; исторически примѣчанія 291, 292; при поперечномъ положеніи 509.
 Позиція плода 64; при плоскомъ тазѣ 495; измѣненіе во время беременности 65.
 Повивальная бабка 186. *
 Поврежденіе черепа младенца 512; входа въ рукавъ 623
 Полозъ таза 3; направленіе ея 6.
 Положенія младенца при родахъ 116; наружное изслѣдованіе 120; внутрен. изслѣд. 123; соединенное 126.
 Положеніе плода въ маткѣ 63; при плоскомъ тазѣ 493; неправильное 586; матки въ брюшной полости 82.
 Положеніе роженицы 179.
 Polygalactia 738.
 Полипы плацентарный 423, 733; фибринозный 733; матки при родахъ 461.
 Полный мускулъ 137.
 Полъ, причина развитія 28.
 Поперечная кровать 265, при поворотѣ на ножку 302.
 Поперечное положеніе 125, 586.
 Поперечный разрывъ шейки 619.
 Поперечно-сжуженный тазъ 562.
 Пороки развитія матки 343.
 Послѣродовое очищеніе 198.
 Послѣродовыя боли 201.
 Постукиваніе 88.
 Послѣдъ 42, 46; абсцессы 402; аномаліи 399; изверженіе 151; кисты 400; тухлома diffusum et fibrosum 393; воспаленіе 401; форма 401; величина 402; hyperplasia 402; отсутствіе 399; новообразованія 402; у млекопитающихъ 46; мѣсто прикрѣпленія 46; строеніе 46; срощеніе 643; сифились 401.
 Послѣродовое состояніе 194; діететика 221; распознаваніе 217; физиологія 194; патологія и терапія 726; внезапная смерть во время 747.
 Послѣродовой періодъ 208; кровотеченіе во время 726.
 Послѣродовая лихорадка 668.
 Почки младенца какъ препятствіе для родовъ 584; родильницъ при родильн. горячкѣ 706, 690.
 Потуга 135; аномаліи 439; сила 155; при плоскомъ тазѣ 500; при обнесжужен. т. 529; слишкомъ болѣзненныя 449; слишкомъ слабыя 441; судорожныя 449.
 Пражскій приѣмъ 283.
 Предлежаніе конечностей 592; пуповины 598.
 Предсказаніе, при выкидышѣ 425; при ягодичномъ полож. 170; при заносѣ 397; при вѣматочной берем. 389; при извлеченіи за ножку 287; при лицевомъ полож. 174; при искусств. преждевремен. родахъ 241; при плоскомъ тазѣ 504; при поворотѣ на ножку 287; при послѣродовой лихорадкѣ 689.
 Преждевременное дыханіе младенца 658.
 Преждевременные искусственные роды 234.
 Прижатіе пуповины 597; матки при кровотеченіяхъ 723.
 Признаки беременности 95; доношеннаго плода 53.
 Привычный выкидышъ 415.
 Приѣмъ двойной 296; пражскій 283; Veit'a 281.
 Прикрѣпленіе пуповины 47; плевистое 410.
 Причина развитія пола 28.
 Прекращеніе мѣсячныхъ 95.

Причины выкидыша 412; лицев. полож. 171.
 Проводная линия таза 7.
 Продолжительность беремен. 74; родовъ 176.
 Продольные разрывы шейки 619.
 Прободение головки 310; при узкомъ тазѣ 517; послѣдующей головки 312.
 Произвольныя ампутація 406.
 Промежуточная беременность 378.
 Промываніе матки 711.
 Протирание маточной стѣнки (usuga) 617.
 Пузырный заносъ 393.
 Пуповина 46; прикрѣпленіе 47; отпаденіе 226; аномалии 409; плевистое прикрѣпленіе 46, 410, шумы 89; узлы 47, 409; длина 46, 407; выпаденіе 597; вправленіе 600; обвитія 407; скручиванія 409; укороченіе 596; прижатіе 597; предлежаніе 598.
 Пупочные сосуды 42; разрывъ при родахъ 640.
 Пупочный пузырекъ 41.
 Пульсъ у родильницъ 208; частота его при преждевремен. дыханіи плода 662.
 Putrescentia uteri 681.
 Пушечъ (lanugo) 53.
 Pygoragus 578
 Pyosalpinx 680.

P.

Развитіе оплодотвореннаго яичка 27.
 Различіе таза по индивидуальности и расамъ 9; женскаго отъ мужскаго 8.
 Размѣры таза 1; взаимныя ихъ отношенія 5; головки 56.
 Разрывъ пузыря 127; искусственный 444; граафова пузыря 24; промежносты 624; симфиза 505.
 Разрывы матки 606; во время беременности 351; входа въ рукавъ 189, 623; рукава 621; шейки 619.
 Разъединеніе темяныхъ и височныхъ костей 513; эпифизовъ на затылочной кости 513.
 Расширеніе канала маточной шейки 246, 249.
 Ракъ таза 468; шейки 367, 463; рукава 464; младенца 584.
 Разстройства зрѣнія при родильной лихорадкѣ 720.
 Раненія матки 357.
 Распознаваніе срока беременности 104.
 Растираніе дна матки, при слабыхъ боляхъ 445; при кровотеченіяхъ 642.
 Рахитическій тазъ 489; обще-равномъ сужен. 529; сколіотико-рахитич. 547; кифотико-рахитич. 546.
 Рвота у беременныхъ 85; чрезмѣрная 341.

Родильница, уходъ за нею 221.
 Родильныя кресла 189.
 Роднички 55.
 Родовая трубка 137.
 Роды, причина наступленія 129; теченіе 126; механизмъ 156; діететика 113; періоды 128; физиологія 116; патологія 439; многоплодные 182; продолжительность 185; теченіе при плоскомъ тазѣ 499; при общеравномѣрно-сужен. тазѣ 525; при общенеравномѣрно-сужен. т. 529; кровотеченія во время 627.
 Роженица, положеніе при родахъ 179; судороги 649.
 Ромбъ Михаелиса 472.
 Рубцы покрововъ живота у беремен. 87; рукава 459.
 Рудиментарный прибавочный рогъ 343
 Рукавъ, аномалии 370; сокращенія 137; рубцы 459; во время беременности 82; въ родильномъ сост. 201; тампонація при искуств. преждеврем. родахъ 245; при выкидышѣ 429; при плач. праевія 637; суженія и зарощенія 454; разрывы 621; выпаденіе 725; опухоли 461.

C.

Salpingitis 680.
 Самозараженіе 673.
 Самоизворотъ 589.
 Самоповоротъ 589.
 Саркома таза 468.
 Сердечные тоны плода 89, 97.
 Сердечныя болѣзни у беременныхъ 337.
 Селезенка при родильной лихорадкѣ 690.
 Secale cornutum 447.
 Septicaemia у родильницъ 668, 683.
 Симонатовскія нити 406.
 Сифилисъ во время беременности 336; послѣда 401.
 Скарлатина у родильницъ 702.
 Сколіотико-рахитическій тазъ 547.
 Скручиванія пуповины 409.
 Слабость плчугъ 441.
 Смерть матери во время беременности 435; во время родовъ 639; въ родильномъ періодѣ 747; младенца, діагнозь 112; младенца во вр. беременности 410
 Содержаніе младенца по рожденіи 225.
 Сокращенія матки 130, рукава 136.
 Сократительное кольцо 137.
 Соединенное изслѣдованіе 126.
 Соскальзываніе щипцовъ 275.
 Соски грудныя, уходъ за ними во вр. беременности 115.

Состояніе свѣжей родильницы 206.
 Sphenotresia 316.
 Спондилолистетическій тазъ 533.
 Spondylozème 543.
 Способъ выжиманія 198.
 Столбнякъ матки 450.
 Строеніе послѣда 37.
 Структуры рукава 458; тѣла матки 450.
 Стрѣловидный шовъ 55.
 Студень Вартонова 47.
 Судорожныя боли 449
 Superfoetatio 72.
 Superfoecundatio 72.
 Сыровидная смазка 53.
 Служеніе рукава 458.

Т.

Тазъ, нормальный 1; большой 1; малый 2; костный 1; новорожденного 11; мужской, женскій 8; плоскій не-рахитическій 489; плоскій рахитическій 487; обще-равномѣрно-суженный 529; обще-неравномѣрно-суженный 531; спондилолистетическій 533; плоскій вслѣдствіе вывиха обоихъ тазобедренныхъ сочлен. 556; воронкообразный 537; кифотическій 540; кифогипо-рахитическій 546; кифосколио-рахитическій 547; косвенно-суженный 548; поперечно-суженный 562; остеомалятичeskій 565; ложно-остеомалятичeskій 573; суженный вслѣдствіе костныхъ опухолей 574; съ расщепленіемъ симфиза 537; карликъ 507.

Тазовая ось 7.

Тазомѣръ van Huevel'я 476; Боделока 471.

Тазовыя положенія, распознаваніе 178; частота 119; механизмъ родовъ 129; историческія примѣчанія 180; терапія 171; предсказаніе 170; при плоскомъ тазѣ 499.

Tarnier методъ производства преждевремен. родовъ 246.

Тампонированіе рукава при выкидышѣ 429; при производствѣ преждевремен. родовъ 245; при рас. praevia 637; при слабости потугъ 445.

Температура у родильницъ 207, 697.

Терапія беременности 331; вѣматочной беременности 390; послѣдородовой лихорадки 707; слабыхъ болей 443; при неправильныхъ положеніяхъ 586; при ягодичныхъ положен. 178; при retroflexio uteri grav. 349; при плоскомъ тазѣ 514; при анкилотическомъ тазѣ 561.

Tetanus uteri 450; при плоскомъ тазѣ 514; tetanus puerperalis 701.

Thoracopagus 579.

Theca folliculi 19.

Thrombus vaginae et vulvae 372, 464, 731.

Thury, его гипотеза 29.

Токодинамометръ 155, 156.

Тройни 68.

Тоны сердца плода 97, 106.

Тромбозъ шейки 458; лимфатич. сосудовъ 683.

Тифъ у беременныхъ 333.

Теплые души при слаб. боляхъ 444.

Теченіе родовъ 126; выкидыша 420.

Траубе, его теорія уремій 649.

Transformatio 316

Тракціи щипцами 268.

Тренановидный перфораторъ 314.

Trichomonas vaginalis 371.

Трещины сосковъ 739.

Трубная беременность 376.

Тупой крючекъ 322.

Тяжесть туловища, дѣйствіе ея на тазъ 11

Tympania uteri 506, 655.

У.

Узкій тазъ 480.

Узлы пуповины 47, 409.

Укороченіе пуповины 597.

Usuga маточной ткани 617.

Уменьшеніе младенческаго черепа 310.

Ugachus 44.

Уремія у роженицъ 649.

Условія для наложенія щипцовъ 262.

Утолщеніе deciduae 595.

Уходъ за новорожденнымъ 225; за родильницею 221.

Уродливыя двойни 579.

Ф.

Phlegmasia alba dolens 696.

Phlegmone грудной железы 743.

Ferrum sesquichl. liq. при кровотеченіяхъ 729.

Фибринозный полипъ 461, 733.

Фиброиды таза 468; рукава 464; матки 366, 461.

Физиологія яйца 20; беременности 17; родовъ 116; послѣдородоваго періода 206.

Foramen ovale 57, 59.

Forcipe perforatore 315.

Формы входа въ тазъ 9.

Форма черепа младенца при лицевомъ полож. 170; при лобномъ 173; при черепномъ 162; при ягодичномъ 162.

Frenulum, разрывы 606.

Х.

Хининъ при слабыхъ боляхъ 447.

Chloasma uterinum 85.

Хлораль 202, 448.
 Хлороформъ 202, 308, 448.
 Хлорозъ беременныхъ 340.
 Холера у беременныхъ 333.
 Хорея у беременныхъ 338.
 Chorion 34; гиперплазия 393.

Ц.

Zangenrecht 262.
 Центр тяжести плода 65.
 Циркулъ Боделока 471.

Ч.

Частота узкого таза 486; различныхъ положений младенца 119.
 Черепное положение, діагнозъ 118, 120; механизмъ 129; историч. прим. 167.
 Членорасположеніе младенца 64; неправильное 592; при плоскомъ тазѣ 493.
 Чрезмѣрная рвота у беременныхъ 341.

Ш.

Швы младенческаго черепа 55; на мѣточную шейку 620.
 Scheele, методъ производства преждевремен. родовъ 243.
 Schöller, методъ производства преждевремен. родовъ 245.
 Шейка матки во время беременности 82; во время родовъ 126, 136, 144; въ послѣродовомъ періодѣ 213; гипертрофія 458; разрывы 606; разрывы при plac. praevia 639; механическое расширеніе канала 246.
 Schultze, способъ оживленія при фиксціи 665.
 Шумъ пуповины 89; маточный 90; маточный у родильницъ 213.

Щ.

Щипцы 252; исторія 254; модификаціи 258; свойства 258; условія наложенія 262; показанія 264; наложеніе 267; тракціи 270; извлеченіе головки 269; соскальзываніе 275; предсказаніе 275; при послѣдующей головкѣ 283; при заднемъ видѣ 270; при лицевомъ положеніи 271; при плоскомъ тазѣ 518.

Э.

Экразеръ для обезглавленія 315.
 Эксудатъ параметритическій 682.
 Электричество при слабыхъ боляхъ 445.
 Эмболии у родильницъ 688; легочной артерій 748.
 Эклямпсія 647.
 Эмбриотомія 318.
 Эмпіема живота 684.
 Эпилепсія у роженницъ 654.
 Этіологія выкидыша 411; послѣродов. лихорадки 653; разрывовъ матки 606; эклямпсіи 648.

Я.

Ягодичное положеніе, діагнозъ 125; механизмъ родовъ 178.
 Ягодицы, извлеченіе за нихъ 288.
 Язвы пуэрперальныя 693, 678.
 Яичко неоплодотворенное 17; воспринятіе его трубою 25; оплодотворенное 27; передвиженіе 26.
 Яйцо плодное, аномаліи 575; заболѣванія 372; измѣненія по смерти плода 416.
 Яичниковая беременность 380.
 Яйцевыя оболочки 30; неправильности 393, 595; проколь 243.

Замѣченныя опечатки.

Стран.	Строка.	Напечатано.	Слѣдуетъ читать.
21	2 сн.	obest.	obst.
22	5 »	менстрируетъ	менструируетъ
134	1 св.	сокращенія	сокращеній
331	9 сн.	всѣмъ	всемъ
335	2 »	В. X	В. XI
368	9 св.	конца 'я). Г.	конца 'я).
»	3 сн.	срока.—	срока. — Г.
374	9 св.	еще	уже
380	5 »	наоборотъ. При	наоборотъ, при
512	1 »	желобобразныя	желобообразныя
578	19 »	сросшіся	сросшіся