

Шассега
КАРЛЪ ШРЕДЕРЪ. *Л. Р.*

УЧЕБНИКЪ АКУШЕРСТВА,

СО ВКЛЮЧЕНІЕМЪ

ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДИЛЬНОГО ПЕРІОДА.

ДЕСЯТОЕ ИЗДАНІЕ,

ВНОВЬ ОБРАБОТАННОЕ

д-ромъ R. Olshausen'омъ,
орд. профессоромъ акушерства въ Берлинѣ,

и

д-ромъ J. Veit'омъ,
приватъ-доцентомъ Берлинскаго университета.

ПЕРЕВЕДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО

д-ръ С. В. СЕРЕБРЕННИКОВЪ.

Съ 147 рисунками въ текстѣ.

ВЫПУСКЪ ВТОРОЙ.

(K. Schröder's Lehrbuch der Geburtshülfe. Zehnte Auflage, neu bearbeitet von
Dr. R. Olshausen u. Dr. J. Veit. Bonn 1888).

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала «Практическая Медицина».

1889.

Дозволено цензурою, С.-Петербургъ, 11 Марта 1889 г.

Типографія Эттингера, Казначейская, 5.

Патологія и терапія беременности.

Уже въ физиологіи беременности мы видѣли, что съ этимъ физиологическимъ состояніемъ всегда связаны разстройства, которыя во всякомъ другомъ случаѣ были бы признаны патологическими, но которыя должны считаться нормальною принадлежностью беременности, пока они не влекутъ за собою болѣе серьезныхъ разстройствъ въ настоящемъ или болѣе глубокихъ послѣдствій въ будущемъ. Слѣдовательно, уже изъ этого ясно, что беременныя женщины, именно благодаря беременности, подвержены нѣкоторымъ заболѣваніямъ. Число этихъ послѣднихъ увеличивается еще тѣмъ, что измѣненія, которымъ подвергаются во время беременности половые органы, могутъ вести къ патологическимъ разстройствамъ. Кромѣ того, и самое яйцо въ маткѣ можетъ подвергаться разлчнаго рода заболѣваніямъ, такъ что патологія беременности можетъ быть подраздѣлена на болѣзни материнскаго организма и болѣзни яйца.

Болѣзни беременныхъ.

Само собою разумѣется, что въ этой главѣ не могутъ быть разсмотрѣны всѣ заболѣванія, внутреннія и хирургическія, которыя возможны въ качествѣ осложненій беременности. Мы должны ограничиться только тѣми острыми и хроническими болѣзнями, теченіе которыхъ существенно видоизмѣняетъ ходъ беременности, или осложненіе которыхъ этою послѣднею представляетъ какой нибудь особенный интересъ, и, наконецъ, тѣ заболѣванія беременныхъ, которыя обусловливаются самою беременностью и связанными съ нею процессами въ материнскомъ организмѣ.

Особенности нѣкоторыхъ острыхъ и хроническихъ болѣзней во время беременности.

Беременнымъ женщинамъ острья лихорадочныя заболѣванія вообще не угрожаютъ большею опасностью въ сравненіи съ другими субъектами. Но по отношенію къ плоду оказывается совершенно иное: онъ можетъ

погибнуть отъ различныхъ причинъ ¹⁾). Рѣже всего, повидимому, переходитъ на него самая инфекция; во всякомъ случаѣ, такой переходъ возможенъ, о чемъ свидѣлствуютъ наблюденія относительно натуральной оспы, и тогда плодъ можетъ умереть отъ инфекціонной болѣзни, но можетъ и выздоровѣть.

Неблагопріятное вліяніе на младенца оказываетъ, прежде всего, повышение температуры. Такъ какъ плодъ, находясь въ глубинѣ материнскаго организма, всегда имѣетъ, вслѣдствіе производимой имъ теплоты (см. стр. 65), болѣе высокую температуру, чѣмъ сама беременная, то и при лихорадочномъ заболѣваніи послѣдней температура его тѣла должна превосходить температуру материнскаго организма, и поэтому при острыхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ матери можетъ наступить смерть плода вслѣдствіе чрезмѣрнаго скопленія тепла. По Каминскому ²⁾, повышение температуры матери за 40° Ц. уже опасно для младенца. Движенія его при высокой лихорадкѣ вначалѣ усиливаются, и звуки его сердца учащаются; но затѣмъ движенія ослабѣваютъ, сердечные звуки становятся болѣе рѣдкими, и младенецъ умираетъ ³⁾). Runge ⁴⁾ доказалъ экспериментально, что плодъ можетъ переносить безъ ущерба очень высокую температуру, если повышение ея происходило медленно, тогда какъ при быстромъ повышеніи ея онъ погибаетъ относительно рано.

Но плодъ можетъ также умереть вслѣдствіе задушенія, если, при постепенной асфиксіи матери или при упадкѣ дѣятельности ея сердца, кровь ея уже не содержитъ достаточнаго количества кислорода, или же, если кровяное давленіе въ ея сосудистой системѣ значительно падаетъ вслѣдствіе потерь крови или во время агоніи или отъ какихъ нибудь другихъ причинъ (Runge).

Послѣ смерти плода беременность обыкновенно прерывается, хотя въ большинствѣ случаевъ не тотчасъ.

Кровотеченія въ отпадающую оболочку могутъ прервать беременность либо непосредственно, либо въ силу того, что они влекутъ за собою смерть плода. Славянскій ⁵⁾ доказалъ, что у беременныхъ и небеременныхъ холерныхъ больныхъ появляется *endometritis haemorrhagica*, которая у первыхъ влечетъ за собою выкидышъ, а у вторыхъ — метропращію. (Такія же послѣдствія можетъ имѣть маточное кровотеченіе, наблюдаемое нерѣдко и при другихъ острыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ, гдѣ оно называется «ложною менструаціей» или «epistaxis»

¹⁾ См. Runge, Volkmann's Samml. klin. Vortr., No. 174.—²⁾ Московскія Мед. Вѣд., 1867, № 13—19 (см. *Ret. med. Z.* 1868, Н. 2, р. 117, и *Deutsche Klinik* 1866, No. 47.—³⁾ О зависимости сердечныхъ звуковъ плода отъ температуры матери см. также: Fiedler, *Archiv der Heilkunde*, 1852, 3. Heft, и Winkel, *Zur. Path. d. Geburt*, р. 196.—⁴⁾ Schroeder видѣлъ 2 случая, гдѣ при повышеніи температуры матери за 41° Ц. (именно—до 41°,3) плодъ все-таки продолжалъ жить; впрочемъ, оба младенца родились въ состояніи асфиксіи, и оживить ихъ не удалось.—⁵⁾ *Arch. f. Gyn.*, V. XII, р. 16; *B.* 25, р. 1. См. также Doléris, *Soc. de biologie* 1883, № 28—29, и Doré, *Arch. de tocol.* 1884, Mars, Avril.—⁶⁾ *Arch. f. Gyn.* IV, р. 285.

interina»). Кроме того, некоторыя острья инфекционныя болѣзни, появляясь во время беременности, повидимому имѣютъ сильную склонность принимать геморрагическую форму, и это обстоятельство несомнѣнно должно также благоприятствовать маточному кровотеченію ¹⁾. Могутъ ли также вызываться сокращенія матки непосредственнымъ раздраженіемъ ея двигательныхъ нервовъ, производимымъ самою кровью лихорадящей матери,—это еще подлежитъ сомнѣнію.

Примѣч. Относительно брюшнаго тифа прежде полагали, что беременность гарантируетъ отъ него въ значительной степени; однако, въ новѣйшее время это мнѣніе оказалось ошибочнымъ ²⁾. Беременность при заболѣваніи брюшнымъ тифомъ прерывается довольно часто (по К. Аминскому, это было въ 63-хъ случаяхъ изъ 98-ми, по Zülzer'у — въ 14-ти изъ 24-хъ, по Scanzoni — въ 6-ти изъ 10-ти, т. е. въ общей сложности—въ 63% всѣхъ случаевъ).—При возвратномъ тифѣ склонность къ выкидышу считалась въ прежнее время сравнительно наибольшею; однако, Weber ³⁾ нашелъ, что изъ числа 63-хъ беременных только у 23-хъ (т. е. въ 36.5% всѣхъ случаевъ) наступили преждевременныя роды; одна женщина, по окончаніи возвратнаго тифа, родила въ больницѣ доношеннаго живаго младенца, остальные выписались беременными и здоровыми. Переходъ возвратнаго тифа на младенца констатированъ несомнѣнно. — Сравнительно наименьшая склонность къ выкидышу существуетъ повидимому при сынномъ тифѣ ⁴⁾.

При заболѣваніи беременных натуральною оспою легко наступаетъ выкидышъ ⁵⁾, и при этомъ плодъ можетъ родиться мертвымъ или живымъ, рѣдко съ оспенными пустулами, а обыкновенно—безъ нихъ; но пустулы могутъ появиться еще и послѣ рожденія. Нерѣдко, однако, беременность доходить до своего нормальнаго конца, и младенецъ рождается или совершенно здоровымъ, или покрытымъ оспенными рубцами. Но и отъ матерей, не представившихъ натуральной оспы, могутъ рождаться дѣти съ оспенными пустулами; мало того, при двойняхъ возможны здѣсь даже такіе случаи, что пустулы оказываются только у одного изъ близнецовъ. Вакцинація дѣтей, матери которыхъ перенесли во время беременности натуральную оспу, даетъ въ некоторыхъ случаяхъ отрицательный результатъ ⁶⁾. Въ заключеніе мы должны еще замѣтить, что беременныя женщины могутъ быть вакцинируемы и ревакцинируемы безо всякаго вреда ⁷⁾.

Переменяющаяся лихорадка ⁸⁾ вліяетъ совершенно одинаково съ остальными инфекціонными болѣзнями. Благодаря чрезмѣрному скопленію тепла во время пароксизмовъ, можетъ послѣдовать смерть плода, но иногда также могутъ наступить

¹⁾ Wiener Arch. f. Gyn. XXXI, p. 281. 1887.—²⁾ Hecker, M. f. G., B. 27, p. 423; Wallichs, M. f. G., B. XXX, p. 253; Zülzer, M. f. G., B. 31, p. 420; Liebermeister, v. Ziemssen's Spec. Path. u. Ther. II. 1, p. 153; Overweg, Diss. inaug. Berlin. 1878; Dugoyot, Thèse de Paris. 1879; Gusserow, Berl. klin. Woch. 1880, No. 17.—³⁾ Berl. klin. W. 1870, No. 2.—⁴⁾ См. Zülzer, l. c.—⁵⁾ См. Welch, Phil. med. Times. 25. May 1878.—Chambreleut, Rech. s. l. pass. des éléments fig. etc. Paris. 1882, p. 36.—⁶⁾ См. Scanzoni, Lehrb. d. Geb., 4. Aufl. p. 14; R. Barnes, Obstetr. Transact. IX, 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. No. 21, p. 194; Chantreuil, Gaz. des hôp. 1870, No. 44; Sedgwick, Med. Times. 10. June 1871; Lothar Meyer, Berl. B. z. Geb. u. Gyn. II, p. 186.—⁷⁾ См. Jameson, Philal. med. T. 1872, No. 41; Martin, Boston Gyn. Journ. VII, p. 107, и Goodell, Report on the progress of Obst. etc. Philadelphia 1873, p. 5.—⁸⁾ Ritter, Virchow's Archiv, B. 49, p. 14; Gôth, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. VI, p. 17; Chiarleoni, Ann. univers. di med. e chir. April 1886; Nyhoff, Nederl. Tijdschr. 1885, No. 25.

преждевременные роды живым младенцемъ. Въ некоторыхъ случаяхъ пароксизмы лихорадки повидимому прекращаются на время послеродоваго періода.

При холерѣ смерть плода въ асфиктическомъ періодѣ болѣзни, наступающая обыкновенно, хотя и не въ такой степени неизбежно, какъ утверждаетъ Вагинскій¹⁾ на основаніи своихъ наблюденій, легко можетъ быть объяснена прекращеніемъ обмѣна газовъ въ плацентѣ²⁾.

Заболѣваніе пневмоніей, наблюдаемое, впрочемъ, довольно рѣдко, прерываетъ беременность въ большинствѣ случаевъ, особенно въ послѣдніе мѣсяцы. Кроме того, очень велика и самая опасность, угрожающая матери при заболѣваніи въ послѣдніе мѣсяцы беременности [по Chateleain³⁾, смертность беременныхъ при заболѣваніи пневмоніей въ послѣдніе 3 мѣсяца достигаетъ 50%]. Chateleain наблюдалъ одинъ случай, гдѣ при безнадежномъ состояніи больной дѣло все-таки окончилось счастливымъ исходомъ, благодаря тому, что наступили роды. Въ виду этого случая можно было бы думать, что здѣсь слѣдуетъ производить искусственные преждевременные роды. Однако, Gussegow⁴⁾ справедливо обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что потужная дѣятельность должна еще болѣе увеличить опасность для кровообращенія, особенно при медленномъ ходѣ родовъ⁵⁾. Поэтому производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ у беременныхъ, заболѣвшихъ пневмонією, не заслуживаетъ одобренія.

Fischel⁶⁾ и Leopold⁷⁾ обратили вниманіе на осложненіе беременности плевритомъ. Положеніе дѣла здѣсь совершенно такое же, какъ при пневмоніи.

Рожаніе, вѣроятно, можетъ передаваться утробному плоду: по крайней мѣрѣ, въ послѣднее время сообщено нѣсколько случаевъ⁸⁾, гдѣ отъ матерей, перенесшихъ роженіе въ теченіи беременности, родились дѣти, представлявшія пластинчатое слушваніе эпидермиса.

Изъ другихъ острыхъ болѣзней всего болѣе важны измѣненія въ почкахъ⁹⁾. Здѣсь необходимо различать отдѣльныя формы, хотя разпознаваніе ихъ въ каждомъ данномъ случаѣ часто бываетъ затруднительно.

Альбуминурия у беременныхъ встрѣчается въ 3—5% всѣхъ случаевъ, а у роженицъ (см. въ главѣ объ эклампсіи)—гораздо чаще. Иногда мы находимъ въ мочѣ лишь весьма ничтожное содержаніе бѣлка, безъ цилиндровъ,—слѣдовательно, такое явленіе, которое, какъ доказалъ

1) Deutsche Kl. 1866, №№ 39 и 40. — 2) См. Bouchut, Gaz. méd. de Paris 1849, No. 41; Drasche, Die epidemische Cholera, Wien 1860, p. 293; Kersch, Memorabilien 1867. XII. 1 u. 2; Hännig, M. f. G., B. 32, p. 27; Weber, Allg. med. Centralz. 1871, No. 4.—3) Journ. de méd. de Bruxelles. Juin et Juillet 1870, и Matton, e. l. Mai, Juillet 1872.—4) M. f. G., B. 32, p. 87.—5) См. также Wernich, Berl. V. z. Geb. u. Gyn. II, p. 247, и Sitzungsber., p. 170; Fasbender, e. l. III, p. 49; Coli, Rivista clinica. Februar 1885, и Ricau, Thèse de Paris 1874.—6) Prager Vierteljahrsschr. 1877, p. 4.—7) Archiv f. Gyn., B. XI, p. 284; B. XII, p. 303. 8) Kaltenbach, Centr. f. Gyn. 1884, No. 44; Runge, e. l., No. 48; Stratz, e. l. 1885, No. 14; Лебедевъ, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XII. Объ осложненіи рожей см. также: J. Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XI. 1885, p. 349.—9) См. Petit, Thèse de Paris 1876; Barker, Amer. J. of Obst. July 1878; Abbot, Boston med. J., Vol., XLVII, No. 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. Medicin, B. II, Heft 1, B. XI, Heft 1, и Deutsche med. Woch. 1886, No. 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; King, Amer. J. of obst. 1887, p. 225.

въ послѣднее время Leube, довольно часто встрѣчается и при другихъ физиологическихъ состояніяхъ.

Нерѣдко, однако, содержаніе бѣлка становится болѣе значительнымъ, и въ осадкѣ появляются гіалиновые, а также зернистые цилиндры и жирно-перерожденный эпителий мочевыхъ канальцевъ. Состояніе это, конечно, не можетъ считаться настоящимъ нефритомъ, такъ какъ оно ограничивается только жировымъ перерожденіемъ эпителия клубочковъ и мочевыхъ канальцевъ, безъ всякихъ воспалительныхъ измѣненій пораженной почки. Поэтому Leyden обозначаетъ его подъ именемъ «почки беременныхъ». Оно можетъ существовать довольно долгое время безъ особеннаго ухудшенія, хотя обыкновенно къ нему присоединяется отекъ нижнихъ конечностей (см. стр. 13). Но въ другихъ случаяхъ содержаніе бѣлка все болѣе увеличивается, и беременность прерывается преждевременно, при наступленіи эclamптическихъ судорогъ или и безъ нихъ. Если роды перенесены благополучно, то содержаніе бѣлка въ мочѣ обыкновенно уменьшается довольно быстро. Что описываемая форма можетъ также перейти въ неизлѣчимый хроническій нефритъ, въ пользу этого говорить нѣкоторые клиническія наблюденія, хотя вполне точнаго доказательства до сихъ поръ не имѣется.

Какъ при этой формѣ, такъ и при настоящихъ воспаленіяхъ почекъ иногда происходитъ отдѣленіе нормально прикрѣпленной плаценты, либо еще во время беременности, либо уже съ появленіемъ потугъ; для матери это отдѣленіе плаценты всегда сопряжено, но меньшей мѣрѣ, съ потерю крови, а для младенца оно почти всегда бываетъ смертельно ¹⁾. Но иногда также развиваются измѣненія въ строеніи плаценты, которыя влекутъ за собою смерть младенца во время беременности ²⁾.

Поэтому при постоянномъ увеличеніи въ мочѣ количества бѣлка и жирно перерожденныхъ кѣлокъ, если всѣ другія средства (изъ которыхъ особеннаго вниманія заслуживаетъ строгая молочная діета) не приносятъ никакой пользы, является показаніе къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ или даже искусственнаго выкидыша, такъ какъ предсказаніе для матери и для младенца при этихъ условіяхъ рѣшительно неблагоприятно, если произвольно не наступятъ родовыя сокращенія.

Отъ этой почки беременныхъ трудно отличить тѣ случаи, когда забеременѣваетъ женщина, уже страдающая хроническимъ интересциальнымъ или паренхиматознымъ нефритомъ, такъ какъ часто лишь во время беременности обнаруживаются симптомы заболѣванія почекъ, которое до тѣхъ поръ не давало никакихъ явленій. Сморщенная почка, въ отличіе отъ почки беременныхъ, характеризуется,

¹⁾ См. Winter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. XI, p. 398.—²⁾ См. Fehling, Arch. f. Gyn., B. XXVII, p. 300, и Cbl. f. Gyn. 1885, p. 647; Rouhaud, Arch. d. Tocolog. 1887, p. 433; E. Cohn, Cbl. f. Gyn. 1887, p. 814.

правда, обильнымъ отдѣленіемъ водянистой мочи, гипертрофіею сердца и твердымъ пульсомъ, но отличить почку беременныхъ отъ паренхиматознаго нефрита очень трудно, такъ что въ большинствѣ случаевъ мы вынуждены основываться на анамнезѣ и на теченіи болѣзни. При хроническомъ нефритѣ эклампсія встрѣчается лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ, и однако, въ виду сильныхъ отековъ съ ихъ послѣдствіями, можетъ все-таки оказаться необходимымъ прервать беременность.

Острый нефритъ, который также можетъ появляться у беременныхъ, характеризуется скуднымъ отдѣленіемъ мочи, содержащей очень много бѣлка и обильное количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Эклампсія появляется здѣсь очень часто, при чемъ беременность обыкновенно прерывается.

Причины, которыми обуславливается относительно частое заболѣваніе почекъ во время беременности и во время родовъ, до сихъ поръ еще не выяснены окончательно. Во всякомъ случаѣ, почка беременныхъ представляетъ анэмическую форму заболѣванія, при которой первоначально, повидимому, подвергаются жировому перерожденію и распаденію эпителиальныя клѣтки клубочковъ, а затѣмъ также и железистыя клѣтки мочевыхъ канальцевъ. Что настоящею причиною служитъ здѣсь заставаніе мочи вслѣдствіе прижатія мочеточниковъ беременною маткою, какъ полагаетъ Halberts ha, — этого нельзя допустить, хотя и нужно согласиться, что прижатіе это часто встрѣчается во время беременности, ограничиваясь, правда, въ большинствѣ случаевъ только однимъ мочеточникомъ, и что вызываемое такимъ образомъ заставаніе мочи должно ухудшать симптомы, зависящіе отъ почки беременныхъ. Rouhand въ послѣднее время выставилъ гипотезу, по которой ненормальное положеніе беременной матки, именно — мѣстонахожденіе ея какъ-разъ по срединной линіи, обуславливаетъ прижатіе аорты или нижней полой вены, или обѣихъ вмѣстѣ, и такимъ образомъ приводитъ къ заболѣванію почекъ; но и эта гипотеза только отчасти объясняетъ клиническія явленія.

Гораздо рѣже встрѣчается острая желтая атрофія печени¹⁾, обыкновенно сопровождаемая лишь незначительными явленіями желтухи. Если принять въ соображеніе, что одновременное заболѣваніе почекъ при этомъ процессѣ составляетъ правило и что сердечная мышца, эпителий кишечника и другіе органы обыкновенно тоже представляютъ признаки остраго жироваго перерожденія, какъ при фосфорномъ отравленіи, то является идея, что причину такъ наз. почки беременныхъ и сравнительно

¹⁾ M. f. G., B. 30, p. 452; см. пренія по этому поводу въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ, напечатанныя въ M. f. G., B. XXI, p. 89; Hecker, e. l., p. 210; v. Haselberg, B. XXV, p. 344; Poppe l, B. XXXII, p. 197; Valenta, Wiener med. Jahrb. B. XVIII. H. 3. 25. Jahrg. H. 6. Wien 1869, p. 183; Dupré, Ueber Icterus gravis etc. Strassburg 1873; Lomer, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. XIII. 1886; Queirel, Nouv. Arch. d. Toccol. 1887, No. 1.

рѣже наблюдаемой острой желтой атрофіи печени, быть можетъ, слѣдуетъ искать въ какомъ нибудь химическомъ вредномъ веществѣ, которое во время беременности образуется особенно легко. Случаи Stumpf'a и Ahlfeld'a¹⁾, гдѣ вслѣдъ за эклампсией появлялась острая желтая атрофія печени, представляютъ въ этомъ отношеніи особенный интересъ.

Изъ хроническихъ болѣзней наиболѣе интереснымъ представляется сифились²⁾ (о сифилитическихъ измѣненіяхъ плаценты см. ниже). Если во время плодотворнаго совокупленія произошло зараженіе матери и плода, то обыкновенно послѣдній умираетъ преждевременно, и наступаетъ выкидышь. Если же младенецъ остался живъ, то онъ часто рождается преждевременно, плохо развитымъ, и нерѣдко умираетъ вскорѣ послѣ рожденія. Младенецъ, рожденный живымъ, представляетъ иногда пузыри сифилитическаго немфигуса, или они появляются у него въ первые дни послѣ рожденія. Въ этихъ случаяхъ младенецъ всегда погибаетъ. Если сифились родителей находится уже въ болѣе застарѣломъ періодѣ, то симптомы наследственнаго сифилиса (насморкъ, розеола, трещины) обнаруживаются у младенца лишь спустя 3—6 недѣль послѣ рожденія. Если сифились обоихъ родителей находится уже въ третичномъ періодѣ, то младенецъ рождается здоровымъ и остается таковымъ.

Если мать была здорова во время оплодотворенія и если она заразилась только уже во время беременности, то младенецъ рождается и остается здоровымъ. Зараженіе младенца во время родовъ составляетъ величайшую рѣдкость.

Сифились плода, рожденнаго въ мертво-гниломъ состояніи, можетъ быть обнаруженъ слѣдующими признаками³⁾:

1) Линія окостенѣнія на границѣ между діафизомъ и эпифизомъ большихъ трубчатыхъ костей образуетъ широкую полосу, съ совершенно неправильными отростками, проникающими въ хрящевое вещество. Въ этомъ послѣднемъ встрѣчаются мѣстами костные островки, а въ костномъ веществѣ — разрошенія хрящевой ткани. Эпифизъ отдѣляется отъ діафиза очень легко. Эти измѣненія, на которые впервые было обращено вниманіе Wegner'омъ, несомнѣнно доказываютъ существованіе сифилиса, если они вполнѣ выражены. Однако, они могутъ отсутствовать въ случаяхъ несомнѣннаго сифилиса, а съ другой стороны, даже у здороваго плода линія окостенѣнія бываетъ иногда волнообразною, представляя нѣкоторое сходство съ мало выраженнымъ сифилитическимъ заболѣваніемъ.

¹⁾ Stumpf, Verh. d. D. Ges. f. Gyn. 1886 (см. Cbl. f. G. 1886, p. 459; Ahlfeld, Berichte etc. III, p. 86.—²⁾ v. Bärensprung, Die hereditäre Syphilis. Berlin 1864; Hecker, M. f. G., B. 33, p. 22, и Sigmund, Wiener med. Press 1873. No. 1; Kassowitz, Die Vererbung der Syphilis. Wien 1875; Weil, Samml. klin. Vortr., No. 130; Fournier, Syphilis und Ehe. Нѣмецкій переводъ Michelson'a (Berlin 1881).—Wolff, Zur Frage der pateru. Infection. Strassburg 1879; Lewis, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. IV, p. 10; Schadeck, Cbl. f. Gyn. 1886, p. 403.—³⁾ 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) Печень и селезенка болѣе велики и тяжелы, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. У здороваго плода вѣсъ печени составляетъ около $\frac{1}{3}$, вѣсъ селезенки— около $\frac{1}{300}$ всего тѣла, а при сифилисѣ онѣ могутъ увеличиться втрое.

3) Плацента болѣе тяжелая, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. У здороваго плода вѣсъ ея относится къ вѣсу тѣла какъ 1 : 5 или 1 : 8, а при сифилисѣ это отношеніе можетъ возрасти до 1 : 4 или 1 : 3.

Въ практическомъ отношеніи очень важенъ вопросъ о томъ, можно-ли сифилитическихъ беременныхъ подвергать ртутному лѣченію безъ вреда для нихъ самихъ и для младенца. На этотъ вопросъ слѣдуетъ отвѣчать утвердительно, такъ какъ и преждевременные роды, и смерть плода во время беременности случаются при ртутномъ лѣченіи гораздо рѣже¹⁾.

Лѣченіе женщины, которая рожала сифилитическихъ дѣтей, необходимо, во избѣжаніе дальнѣйшихъ выкидышей, даже въ томъ случаѣ, когда сифилисъ ни разу у нея не обнаруживался никакими явленіями. Что сифилисъ у такихъ женщинъ существуетъ въ скрытомъ состояніи, это доказывается уже ихъ невосприимчивостью къ зараженію, а равно и тѣмъ, что онѣ могутъ безнаказанно кормить грудью своихъ сифилитическихъ дѣтей, тогда какъ здоровая кормилица сифилитическаго ребенка заражается сифилисомъ. Противосифилитическое лѣченіе во время беременности, впрочемъ, лишь рѣдко можетъ еще принести пользу утробному плоду.

На заболѣванія сердца беременность и роды оказываютъ рѣшительно неблагоприятное вліяніе, которое обнаруживается въ различныхъ направленіяхъ. Прежде всего усиленныя требованія, предъявляемыя сердцу во время беременности, а еще болѣе— во время родовъ, могутъ быть причиною того, что компенсація окажется уже недостаточною. Во время родовъ можетъ наступить въ подобныхъ случаяхъ острый отекъ легкихъ, угрожающій опасностью жизни. Эндокардитъ рецидивируетъ во время беременности особенно легко; склонность къ эмболіямъ повидимому увеличивается вслѣдствіе усиленной дѣятельности сердца. Жизнь плода также подвержена опасности вслѣдствіе того, что беременность можетъ прерваться преждевременно.

Недостаточность клапановъ аорты вызываетъ, особенно во время беременности, угрожающія явленія, если гипертрофія лѣваго желудочка уже не можетъ справиться съ увеличившимися препятствіями; но послѣ родовъ симптомы часто ослабѣваютъ поразительно быстро. При недостаточности двустворчататаго клапана чрезмѣрное переполненіе системы легочной артеріи можетъ вызвать уже во время беременности очень серьезныя разстройства. Еще большею опасностью угрожаютъ роды, а въ особенности— моментъ изгнанія плода, во время котораго нерѣдко наступаетъ вне-

¹⁾ См. Löwy, Wiener med. Woch. 1869, No. 39; F o n b e r g, e. l. 1872, No. 49 etc.; W e b e r, Berl. kl. Woch. 1870, No. 2.

зальная смерть роженицы. Но иногда бурные симптомы появляются лишь въ родильномъ періодѣ, вслѣдствіе внезапной перемѣны въ условіяхъ кровообращенія. Беременность чрезвычайно часто оканчивается преждевременно. Если же это не наступаетъ самопроизвольно, то при значительныхъ разстройствахъ компенсаціи можетъ потребоваться производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Во всемъ остальномъ слѣдуетъ лѣчить болѣзни сердца у беременныхъ женщинъ по тѣмъ-же самымъ правиламъ, по которымъ лѣчатся эти болѣзни въ случаяхъ, не осложненныхъ беременностью¹⁾.

Относительно бугорчатки существовало прежде общераспространенное мнѣніе, что во время беременности она почти не подвигается впередъ, а въ родильномъ періодѣ дѣлаетъ быстрые успѣхи. Насколько послѣднее справедливо, настолько же первое оказывается не имѣющимъ достаточныхъ оснований, по крайней мѣрѣ—въ значительномъ большинствѣ случаевъ. Остановилась ли бугорчатка въ своемъ развитіи, или же она быстро прогрессируетъ, во всякомъ случаѣ беременность оказываетъ на нее неблагопріятное вліяніе, хотя смертельный исходъ обыкновенно наступаетъ не во время беременности, а только въ родильномъ періодѣ. Впрочемъ, въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ это бываетъ только благодаря тому, что незадолго передъ смертью беременной наступаютъ сами собою преждевременные роды²⁾.

Довольно часто беременность бываетъ осложнена Виттовой пляской. Осложненіе это особенно легко наступаетъ у такихъ беременныхъ, которыя уже въ дѣтствѣ страдали хореей, и тогда оно можетъ повторяться въ теченіи нѣсколькихъ послѣдующихъ беременностей. Виттова пляска, осложненная беременностью, нерѣдко [по Fehling'у³⁾—въ 19 случаяхъ изъ 68-ми] угрожаетъ жизни матери и можетъ оставить послѣ себя психическія разстройства. Въ самыхъ благопріятныхъ случаяхъ хорея прекращается, и беременность достигаетъ своего нормального конца. Въ другихъ же случаяхъ наступаетъ самопроизвольный выкидышъ (не исключительно при мертво-гниломъ плодѣ), послѣ чего болѣзнь обыкновенно проходитъ. Если хорея угрожаетъ жизни матери, то необходимо произвести искусственные преждевременные роды, иногда даже искусственный выкидышъ, а въ случаяхъ менѣе опасныхъ оказываютъ хорошее

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. 27 Fevr. и 5 Mars 1872, и Obst. J. of Great Britain. Octobre 1874, p. 426; Bottenhuit, L'Union. 1874. 12; Fritsch, Centralbl. f. d. med. Wiss. 1875, No. 29, и Arch. f. Gyn. B. X, p. 270; Löhlein, Zeitschr. f. Geb. u. Franenkr., p. 482; Macdonald, Obst. J. of Great Brit. 1877. May—November; Lublinski, Compl. d. Puerperium mit chron. Herzkraukh. D. i. Berlín 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.

дѣйствіе бромистый аммоній съ Фоллеровымъ растворомъ ¹⁾ и бромистый калий. Весьма пѣлесообразны здѣсь наркотическія средства ²⁾, изъ которыхъ хлороформъ и морфій успѣшно примѣнялись Веберомъ, ³⁾ а хлораль-гидратъ—Russel'емъ ⁴⁾.

Тетанія, судя по нѣкоторымъ наблюденіямъ, также иногда обнаруживается во время беременности ⁵⁾.

Беременные, повидимому, особенно предрасположены къ прогрессивной злокачественной анеміи ⁶⁾. Случаи этой болѣзни относительно часто наблюдались какъ-разъ у беременныхъ женщинъ. Прогрессивная злокачественная анемія, этиологія которой совершенно еще не выяснена, характеризуется признаками чрезвычайнаго малокровія и необыкновенной слабости, при чемъ общее питаніе не нарушено. Распознаваніе вполне точно достигается изслѣдованіемъ крови (микроциты; пойкилоциты; умѣренный лейкоцитозъ). Въ большинствѣ случаевъ наступаютъ преждевременные роды, при чемъ младенецъ очень часто рождается мертвымъ. Болѣзнь прогрессируетъ неудѣржимо; смертельный исходъ для матери неизбеженъ. При анатомическомъ вскрытіи находятъ только чрезвычайное малокровіе всѣхъ органовъ, съ незначительнымъ жировымъ перерожденіемъ, особенно—въ сердечной мышцѣ. Полезно ли въ такихъ случаяхъ искусственное прерываніе беременности, рекомендуемое Gusselow'омъ и Gfoeger'омъ, это еще остается сомнительнымъ, такъ какъ Biermer ⁷⁾ и Immermann ⁸⁾ часто наблюдали эту болѣзнь съ тѣмъ же исходомъ у субъектовъ не-беременныхъ.

При гѣмофилии, угрожающей чрезвычайною опасностью вслѣдствіе кровотеченія, особенно—въ послѣдовомъ періодѣ, Kehrer ⁹⁾ рекомендуетъ искусственное прерываніе беременности.

Опасеніе производить операциі ¹⁰⁾ у беременныхъ вообще не имѣетъ достаточныхъ основаній. Беременность, повидимому, особенно легко прерывается послѣ операций на наружныхъ половыхъ частяхъ и въ прямой кишкѣ, между тѣмъ какъ послѣ операций на маточной шейкѣ выкидышъ наступаетъ сравнительно рѣже, а послѣ операций на яичникахъ и на самомъ тѣлѣ матки ¹¹⁾ беременность прерывается, повидимому,

¹⁾ Hill Davis, Transact. of the clin. soc. of London 1868. Art. XIV.—²⁾ См. R. Barnes, Obst. Tr. X, p. 147 (сопоставленіе 56 случаевъ); Thompson и Hill, Davis, Lancet. 10. Oct. 1868; Goodell, Amer. J. of Obst. Vol. III, p. 140; Sieckel, Ueber Chorea gravidarum. D. i. Leipzig 1870.—³⁾ Berl. klin. W. 1870, No. 5.—⁴⁾ Med. Times 1870. Vol. I, p. 30.—⁵⁾ Ehrendorfer, Wien. med. Wochenschr. 1883, No. 1; Gaucher, Union méd. 1860, No. 98; Trousseau, Gaz. des hôp. 1845, No. 87; Meinert, Arch. f. Gyn. XXX, p. 444. 1887.—⁶⁾ Gusselow, Arch. f. Gyn., B. II, p. 218; Gfoerer, Memorabilien 1874, No. 3; Batut, Thèse de Paris 1879; Graefe, Diss. in. Halle 1880.—⁷⁾ Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1872, No. 1.—⁸⁾ Deutsches Archiv f. klin. Med., B. XIII, p. 209.—⁹⁾ Arch. f. Gyn., B. X, p. 201.—¹⁰⁾ Söhnstein, Samml. klin. Vortr., No. 59, и Verneuil, Revue mensuelle. 1877. 7 и 8.—¹¹⁾ Schroeder, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., B. V, p. 383; M. Hofmeister, D. med. Wochenschr. 1887, No. 19; Landau, Berl. klin. W. 1885, No. 13; Langner, Berl. kl. W. 1886, No. 29; Frommel, Münch. med. W. 1886, No. 52.

только тогда, когда является осложненіе мѣстнымъ воспаленіемъ или общимъ зараженіемъ.

Появленіе или неоявленіе преждевременныхъ родовъ послѣ операций на другихъ частяхъ тѣла зависятъ исключительно отъ хода заживленія раны и, главнымъ образомъ, отъ лихорадки.

Заболѣванія, обусловленныя измѣненіями, происходящими во всемъ организмѣ беременной.

Къ этому отдѣлу патологій беременности должны быть отнесены тѣ измѣненія во всемъ организмѣ, о которыхъ уже была рѣчь, какъ объ измѣненіяхъ, свойственныхъ беременности, колы скоро они достигаютъ такой степени, что мы вынуждены признать ихъ патологическими.

И у здоровыхъ беременныхъ кровь всегда измѣнена такимъ образомъ, что число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и содержаніе бѣлка оказываются уменьшенными. Эти измѣненія состава крови могутъ достигнуть такой сильной степени, что въ результатѣ получаются состоянія несомнѣнно патологическія. Если уменьшено главнымъ образомъ число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, то мы имѣемъ дѣло съ хлорозомъ; если же уменьшено и количество бѣлка въ крови, то беременная страдаетъ послѣдствіями гидрэміи. Впрочемъ, оба эти состоянія, если они достигаютъ сильной степени развитія, навѣрное лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ. бывають обусловлены одною беременностью; болышею же частью они достигаютъ патологической степени только у такихъ субъектовъ, которые уже раньше были склонны къ этимъ аномаліямъ смѣшенія крови. Симптоматологія и терапія этихъ болѣзней крови тѣ же самыя, какъ у субъектовъ не-беременныхъ. Необходимо только замѣтить, что потери крови во время беременности или во время родовъ могутъ имѣть очень опасныя послѣдствія, если женщина уже и безъ того малокровна.

Изъ послѣдствій гидрэміи особенно тягостны отеки нижнихъ конечностей и брюшныхъ покрововъ, достигающіе высокой степени главнымъ образомъ тогда, когда матка вмѣстѣ съ тѣмъ необычайно растянута и своимъ давленіемъ на вены затрудняетъ обратный оттокъ крови. Въ такихъ случаяхъ могутъ возникать громадныя отеки нижнихъ конечностей, наружныхъ половыхъ органовъ и брюшныхъ покрововъ, съ сильнымъ расширеніемъ венъ (варикозные узлы). Отеки могутъ достигнуть такой значительной степени, что хожденіе становится почти невозможнымъ, большія дѣтородныя губы опухаютъ до величины дѣтской головки или еще сильнѣе, а отъ кожи живота свѣшивается большой мѣшокъ, наполненный жидкостью. Если угрожаетъ гангрена вслѣдствіе напряженія кожи, то необходимо сдѣлать проколы въ опухшихъ мѣстахъ. (Слѣдуетъ замѣтить, что уколы иглою на опухшихъ дѣтородныхъ губахъ легко

могутъ вызвать родовыя сокращенія). Тягостныя явленія, обусловливаемыя отекомъ нижнихъ конечностей, могутъ быть уменьшены мочегонными и потогонными средствами; кромѣ того, больныя должны ходить поменьше, а въ сидячемъ положеніи класть ноги на другой стулъ; полезно также, чтобы онѣ носили эластическіе чулки, которые производятъ на нижнія конечности равномѣрное давленіе. Въ практическомъ отношеніи важно знать, что съ окончаніемъ 9-го или началомъ 10-го мѣсяца, когда матка опускается нѣсколько ниже и наклоняется больше впереди, всѣ эти симптомы часто уменьшаются въ значительной степени.

Варикозныя узлы ¹⁾, разрываясь самопроизвольно или при расчесываніи ихъ вслѣдствіе причиняемаго ими зуда, могутъ быть источникомъ опасныхъ кровотеченій. При этомъ въ нѣсколько минутъ можетъ наступить смерть вслѣдствіе истеченія кровью. Однако, при скорой помощи это кровотеченіе легко можетъ быть остановлено прижатіемъ. P. Ruge и A. Martin ²⁾ наблюдали сильное уменьшеніе варикозныхъ узловъ при подкожныхъ впрыскиваніяхъ эрготина въ нижнія конечности.

Давленіе матки въ послѣдніе мѣсяцы беременности можетъ также вызывать значительныя разстройства со стороны прямой кишки и мочевого пузыря. Именно, со стороны прямой кишки оно можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ упорное задержаніе кала, такъ что вся толстая кишка переполнена твердыми каловыми массами, и для опорожненія ея требуются продолжительныя клистиры, вводимые при помощи длинныхъ эластическихъ трубокъ. Со стороны мочевого пузыря самымъ обычнымъ разстройствомъ бываетъ учащенный позывъ къ мочеиспусканію. Онъ можетъ зависѣть какъ отъ давленія на мочевой пузырь, такъ и отъ раздраженія вслѣдствіе отягиванія его увеличенною маткою. По наблюденіямъ Playfair'a ³⁾, этотъ симптомъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности нерѣдко бываетъ обусловленъ поперечнымъ положеніемъ плода и исчезаетъ послѣ того, какъ удалось возстановить продольное положеніе. Полное недержаніе и задержаніе мочи при нормальномъ положеніи матки встрѣчаются рѣже. Однако, при ненормально низкомъ стояніи головки въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности задержаніе мочи бываетъ иногда настолько упорнымъ, что приходится неоднократно прибѣгать къ катетеру. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до сильнаго ущемленія мочевого пузыря, которое сопровождается чрезвычайно интенсивными явленіями и въ томъ числѣ — гематурію, продолжающуюся по цѣлымъ недѣлямъ.

Очень опасное заболѣваніе во время беременности представляетъ чрезмѣрная рвота [hyperemesis gravidarum] ⁴⁾. Тошнота

¹⁾ Budin, Des varices chez la femme enceinte. Paris 1880.—²⁾ Berl. Beitr. z. Geb. und Gyn. B. III, p. 7.—³⁾ London Obst. Tr. XIII, p. 42.—⁴⁾ См. v. Gruenewaldt, Petersb. med. Z., B. IX, p. 196; Graily Hewitt, Lond. Obst. Tr. XIII, p. 103, и XXVI. 1885; McClintock, Obst. J. of Gr. Britain. May 1873, p. 128, съ преніями по этому поводу; Ahlfeld, Arch. f. Gyn., B. XVIII, p. 307; Horwitz,

или рвота на тошій желудокъ или вскорѣ послѣ ѣды принадлежитъ къ числу самыхъ обычныхъ явленій беременности въ ея первые мѣсяцы, при чемъ беременныя могутъ чувствовать себя очень хорошо и нерѣдко даже прибавляются въ вѣсѣ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ рвота продолжается въ теченіе всей беременности и можетъ сдѣлаться настолько сильною, что желудокъ перестаетъ принимать даже малѣйшія количества пищи и въ результатѣ является сильнѣйшій упадокъ питанія. Настоящія причины этой чрезмѣрной рвоты еще не выяснены. Нѣкоторыя наблюденія изъ области гинекологіи говорятъ въ пользу того, что она вызывается эндометритомъ ¹⁾, а другія—въ пользу того, что она обусловлена механическимъ растяженіемъ полости матки. Повидимому, она и встрѣчается особенно часто въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ пассивное растяженіе матки чрезмѣрно увеличивающимся яйцомъ (hydramnion, двойни) преобладаетъ надъ активнымъ ея ростомъ. Впрочемъ, никогда не слѣдуетъ забывать, что упорная рвота можетъ зависѣть и отъ случайнаго осложненія болѣзнью желудка.

Самая многочисленность средствъ, предложенныхъ для лѣченія этого осложненія, — ледяныя пилюли, шампанское, подкожныя впрыскиванія морфія, хлораль-гидратъ, бромистый калий, кокаинъ, способъ Сореша ²⁾ (растяженіе маточной шейки введенными въ нее пальцами), прижиганіе влагалитной части матки и т. д., — доказываетъ, что все они дѣйствуютъ ненадежно. Къ тому же чрезмѣрная рвота во многихъ случаяхъ излѣчивается самопроизвольно во время беременности. Особенное вниманіе слѣдуетъ обращать, прежде всего, на діетическое лѣченіе. Но если желудокъ не переноситъ рѣшительно никакой пищи, то слѣдуетъ прекратить питаніе черезъ ротъ и стараться въ теченіе нѣкотораго времени поддерживать организмъ питательными клистирами изъ мяса съ поджелудочной железой, которые впервые были предложены Leube ³⁾. Если беременность, въ случаяхъ упорной рвоты, подвинулась такъ далеко, что плодъ уже способенъ къ внѣутробной жизни, то необходимо произвести искусственные преждевременные роды. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится даже прибѣгнуть къ искусственному выкидышу, чтобы не дать женщинѣ умереть; но при такихъ условіяхъ нужно остерегаться, чтобы къ производству выкидыша не было приступлено тогда, когда женщина уже умираетъ.

Чрезмѣрное слюнотеченіе составляетъ рѣдкую, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень тягостную аномалію, относительно которой наша терапия почти безсилна. Вяжущія полосканія рта не оказываютъ почти

Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. IX, p. 110; Sutugin. Hyperemesis gravidarum. Berlin 1883; Giordano, Des vomiss. incoercibles etc. Paris 1866; Barbiglia, Vomito nella gravidanza. Napoli. 1880.—¹⁾ J. Veit, Berl. kl. Wochenschr. 1887, No. 35.—

²⁾ Brit. med. Journal 28. 9. 1878, и Rosenthal, Berl. klin. Woch. 30. VI. 1879.—³⁾ Richardson, Boston med. and surg. J. 1877. July; Schramm, Berl. klin. Wochenschr. 1886, No. 49.

никакого дѣйствія. Щелочи и опій въ нѣкоторыхъ случаяхъ приносятъ пользу. Особенно часто, повидимому, оказывается полезнымъ бромистый калий. Нѣкоторые авторы рекомендуютъ также лѣчение атропиномъ и пилокарпиномъ ¹⁾).

При упорной зубной боли тщательное изслѣдованіе часто обнаруживаетъ, что причина ея заключается въ каріозномъ состояніи зубовъ. Симптоматическое лѣченіе внутреннимъ, а еще лучше — мѣстнымъ употребленіемъ наркотическихъ дѣйствуетъ только на короткое время.

Невга ²⁾ обратилъ вниманіе на болѣзни кожи, появляющіяся во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ. Сюда относятся: аспе, eczema, pruritus, erythema, urticaria, pemphigus [описанный Дунс. Вилклей'емъ ³⁾ подъ названіемъ «herpes gestationis»] и, наконецъ, impetigo herpetiformis. Иногда эти сыпи бываютъ первымъ признакомъ наступившаго зачатія. Нерѣдко онѣ появляются исключительно во время беременности, но за то постоянно въ каждую беременность, и исчезаютъ только послѣ родовъ.

Щитовидная железа иногда обнаруживаетъ своеобразное отношеніе къ женскимъ половымъ органамъ, увеличиваясь во время беременности. Если уже и раньше существовалъ зобъ, то во время беременности онъ можетъ увеличиться настолько, что вызываетъ опасную одышку и является показаніемъ къ трахеотоміи или къ искусственному прерванію беременности ⁴⁾).

Въ ряду неврозовъ, встрѣчающихся у беременныхъ, важнѣйшее мѣсто занимаетъ эклампсія. Но такъ какъ она чаще появляется у роженицъ, то мы и опишемъ ее въ патологіи родовъ. Экламптическія судороги не должны быть смѣшиваемы съ эпилептическими и истерическими, которыя, впрочемъ, встрѣчаются во время беременности не часто, не представляютъ никакихъ уклоненій стъ формы своего проявленія у субъектовъ не-беременныхъ и нисколько не препятствуютъ дальнѣйшему ходу беременности.

Аномаліи половыхъ органовъ во время беременности.

Аномаліи матки.

Пороки развитія.

Литература: Kussmanl, Von dem Mangel n. s. w. der Gebärmutter. Würzburg 1859.—Fürst. M. f. G., B. XXX, pp. 97 и 161.—Schatz, Arch. f. Gyn. II, p. 289.—H. Meyer, Diss. Zürich 1883.

Тѣ пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ, при которыхъ беременность невозможна, не представляютъ здѣсь никакого интереса.

¹⁾ Deutsch. Arch. f. kl. M. 1872. X, p. 1.—²⁾ Wien. med. W. 1872. No. 48.—³⁾ Amer. J. of Obst. Vol. IV, p. 580.—⁴⁾ Freund, D. i. Strassburg 1882; Remak, D. i. Berlin 1882; Olschhausen, Klin. Beiträge. Stuttgart 1884, p. 167; Ahlfeld, Ber. n. Arb. II, p. 131. 1885

Въ этомъ отношеніи нужно замѣтить, что зачатіе возможно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда изъ яичниковъ извергаются нормальныя яйца и когда на пути между яичникомъ и входомъ во влагалище нигдѣ не существуетъ абсолютно непроходимаго участка.

Примѣч. Впрочемъ, слѣдуетъ имѣть въ виду, что описаны случаи, въ которыхъ, при зарощеніи рукава, оплодотвореніе произошло чрезъ прямую кишку, находящуюся въ сообщеніи съ влагалищемъ. Въ одномъ случаѣ, описанномъ Rossi¹⁾, роды послѣдовали чрезъ искусственно вскрытое влагалище, а въ случаѣ Louis'a²⁾, равно какъ и въ случаѣ Rain'e'a³⁾,—чрезъ задній проходъ.

Слѣдовательно, и при однорогой маткѣ (см. рис. 94), и при всѣхъ формахъ раздвоенія этого органа, беременность возможна, коль скоро выполнены вышесказанныя условія.

Теченіе беременности видоизмѣняется весьма существенно, если яйцо помѣщается въ рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ матки⁴⁾ [см. рис. 95]. Даже при полной непроходимости шейки рудиментарнаго рога это возможно двоякимъ образомъ: или мужское сѣмя можетъ проникнуть чрезъ нормально развитой рогъ матки и соответствующую Фаллопиеву трубу, въ брюшную полость и, пройдя къ яичнику противоположной стороны, оплодотворить здѣсь яйцо, которое, поступивъ въ Фаллопиеву трубу рудиментарнаго рога, попадаетъ въ этотъ послѣдній (наружное передвиженіе сѣмени), или оно оплодотворяетъ яйцо, выдѣленное яичникомъ нормально развитаго рога, и уже это яйцо воспринимается Фаллопиевою трубою противоположной стороны (наружное передвиженіе яйца, см. стр. 28). Беременность въ рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ, по своему теченію, имѣетъ величайшее сходство съ трубною беременностью, о которой мы еще будемъ говорить. Разрывъ рудиментарнаго рога, со смертельными послѣдствіями, происходитъ между 3-мъ и 6-мъ мѣсяцами беременности. Мѣсто разрыва находится на верхушкѣ рудиментарнаго рога, которая всего слабѣе раз-



Рис. 94. Беременность при однорогой маткѣ безъ прибавочнаго рога, по Kussmaul'ю. (Наблюденіе Chausseier. Живныя двойни. Смерть родильницы на 7-й день послѣ родовъ).

a—uterus unicornis dexter; b—правая Фаллопиева труба; c—правый яичникъ; d—правая широкая связка; e—рудиментарныя придатки матки на лѣвой сторонѣ; f—влагалищная часть; g—влагалище.

¹⁾ См. Kussmaul, l. c., p. 45 (примѣчаніе).—²⁾ См. Kussmaul, l. c., p. 78.—³⁾ Cbl. f. Gyn. 1887, p. 166.—⁴⁾ См. Turner, Edinb. med. J. May 1866, p. 974; Litmanu-Werth, Arch. f. Gyn., B. XVII, p. 281; Salini, Centr. f. Gyn. 1881, p. 221; Macdonald, Edinb. med. J. April 1885; Wiener, Arch. f. Gyn., B. XXVI, p. 231; Galle, Centr. f. Gyn. 1885, No. 138.

вита. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ беременность достигаетъ своего нормальнаго конца, безъ наступленія разрыва. Затѣмъ плодъ умираетъ [но онъ можетъ умереть и раньше ¹⁾] и постепенно превращается въ lithopaedion или, сравнительно чаще, подвергается ихорозному распаденію. Нормально развитой рогъ претерпѣваетъ такія же измѣненія, какъ при внѣматочной беременности, т. е. онъ гипертрофируется и образуетъ отпадающую оболочку.

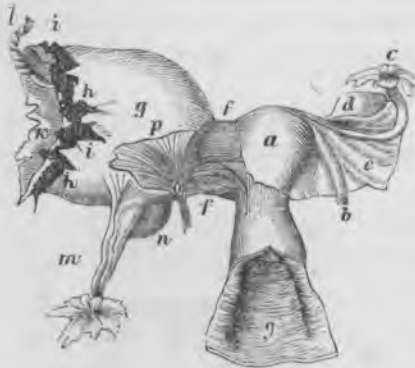


Рис. 95. Беременность въ рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ, по Kussmaul'ю. (Наблюденіе Czihak'a. Разрывъ на 6-мъ мѣсяцѣ беременности).

a—нормально развитой лѣвый рогъ матки, отчасти покрытый брюшиною; *b*—лѣвая круглая связка; *c*—лѣвая Фаллопіева труба; *d*—лѣвый яичникъ; *e*—лѣвая широкая связка; *f*—мышечный участокъ, которымъ соединяются между собою оба рога; *g*—рудиментарный правый рогъ, въ которомъ развился плодъ; *h*—мѣсто разрыва; *i*—плацента; *k*—яйцевыя оболочки; *l*—дупловина; *m*—правая Фаллопіева труба; *n*—правый яичникъ; *o*—правая круглая связка; *p*—граница, до которой отпрепарована брюшина; *q*—влага ишце.

тельнымъ признакомъ можетъ служить мѣсто отхожденія круглой связки, которое при раздвоеніяхъ матки лежитъ кнаружи отъ плоднаго мѣшка, а при трубной беременности—между плоднымъ мѣшкомъ и маткою.

Если описываемое состояніе распознано раньше наступленія разрыва, то, въ виду громадной опасности, которую оно угрожаетъ, необходимо произвести экстирпацию рудиментарнаго рога путемъ лапаротоміи. Последняя представляетъ также наилучшее средство при задержаніи доношеннаго плода, — все равно, превратился ли онъ въ lithopaedion или перешелъ въ ихорозное (см. вышеприведенные случаи).

Если при однорогой маткѣ съ рудиментарнымъ прибавочнымъ рогомъ наступаетъ беременность въ развитомъ рогѣ, то обыкновенно

Распознать беременность въ рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ на живой женщинѣ возможно только съ извѣстнымъ вѣроятіемъ, по характернымъ свойствамъ не-беременнаго рога. Schroeder наблюдалъ 2 случая, окончившихся разрывомъ, въ которыхъ распознаваніе, правда, не могло быть подтверждено анатомическимъ вскрытіемъ, такъ какъ наступило выздоровленіе, но смѣшать это состояніе съ чѣмъ нибудь инымъ было невозможно, въ виду того, что не-беременный рогъ былъ искривленъ дугообразно, а другой рогъ, въ которомъ послѣдовалъ разрывъ, отходилъ отъ области внутренняго маточнаго зѣва.

Въ прежнія времена даже при анатомическомъ вскрытіи смѣшивали такое состояніе съ трубною беременностью. Воплиѣ вѣрнымъ отличительнымъ признакомъ можетъ служить мѣсто отхожденія круглой связки, которое при раздвоеніяхъ матки лежитъ кнаружи отъ плоднаго мѣшка, а при трубной беременности—между плоднымъ мѣшкомъ и маткою.

¹⁾ Koeberlé, Gaz. hebdomadaire, 1866. No. 34; Saenger, Arch. f. Gyn., B. XXIV, p. 332.

она протекает нормальнымъ образомъ. Распознаваніе этой аномаліи не есть дѣло совсѣмъ невозможное. Оно можетъ быть сдѣлано, если увеличенная матка, заостривъ кверху, направляется дугообразно къ подвздошному гребешку одной стороны и если при соединенномъ внутреннемъ и наружномъ изслѣдованіи только по одну сторону отъ нея удастся найти придаточные органы, между тѣмъ какъ по другую прощупывается небольшая опухоль, соединенная съ маткою при посредствѣ узкаго канатика. Экцентрическое прикрѣпленіе и ненормальная короткость влагалищной части подтверждаютъ распознаваніе.

Если обѣ половинны родового канала развиты надлежащимъ образомъ, но раздѣлены между собою болѣе или менѣе полною перегородкою ¹⁾, — *uterus bicornis* и *uterus septus* (см. рис. 96), — то наступленіе беременности въ одномъ рогѣ, или въ обоихъ одновременно, случается совсѣмъ не рѣдко. Только при полномъ разобщеніи обѣихъ половинокъ до самаго входа во влагалище одновременная беременность въ обоихъ рогахъ если вообще и встрѣчалась, то во всякомъ случаѣ должна быть признана чрезвычайно рѣдкою, хотя а priori нельзя оспаривать, что подобная беременность возможна. При полномъ раздвоеніи матки (*uterus didelphys*), при которомъ обѣ половинны ея не сообщаются между собою даже въ области маточной шейки, наблюдался до сихъ поръ только одинъ случай родовъ, описанный *Benicke* ²⁾.



Рис. 96. *Uterus duplex septus* послѣ родовъ, по *Kussmaul*'ю. (Наблюденіе *Crucveilhier*. Яйцо находилось въ лѣвой, большей половинѣ матки, а правая была пуста).

Всѣ формы раздвоенія родового канала, при достаточномъ развитіи той или другой половинны матки, допускаютъ возможность беременности, которая обыкновенно и продолжается до нормальнаго своего конца. Случается ли при нихъ выкидыши болѣе часто, чѣмъ при нормальной маткѣ, — это еще сомнительно. Въ одномъ случаѣ, гдѣ уже предшествовали два выкидыша, *Schroeder* наблюдалъ, что послѣ разсѣченія перегородки, раздѣлявшей матку на двѣ половинны (*uterus septus*), наступила беременность, которая достигла своего нормальнаго конца ³⁾. Теченіе беременности при всѣхъ формахъ раздвоенія матки бываетъ нормальнымъ. Въ не-беременномъ рогѣ, который всегда тоже гипертрофируется, слизистая оболочка превращается въ отпадающую (*decidua*), которая извергается по окончаніи беременности.

Что касается распознаванія этихъ аномалій, то во всѣхъ случаяхъ,

¹⁾ *Kucher*, *Wiен. med. Pr.* 1879, No. 31. — ²⁾ *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, B. I, p. 366. — ³⁾ См. *P. Ruge*, *Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn.*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* B. X, p. 141.

а́дѣ существуетъ двойное влагалище, должно быть произведено тщательное изслѣдованіе. Если найдено такое раздвоеніе влагалища и если въ каждой половинѣ существуетъ отдѣльная маточная шейка, то этимъ самымъ доказано почти съ абсолютною точностью, что и матка тоже раздѣлена перегородкою на двѣ половины. При двойной шейкѣ и нераздвоенномъ влагалищѣ возможно, что и тѣло матки тоже не раздвоено, хотя навѣрное это бываетъ лишь въ высшей степени рѣдко. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются двѣ влагалищныя части, распознаваніе не представляетъ большихъ трудностей, такъ какъ при беременности одного рога онъ настолько явственно отклоненъ въ сторону, что можно смѣло ввести зондъ въ маточную шейку другой половины. Если беременность еще не зашла очень далеко, то не-беременная половина матки доступна и для ощупыванія при соединенномъ внутреннемъ и наружномъ изслѣдованіи. Но при одновременной беременности обѣихъ половинъ матки, вѣрнымъ признакомъ для распознаванія служитъ глубокая борозда, которая, находясь по срединной линіи живота, простирается отъ дна матки до лоннаго сочлененія. Распознаваніе затруднительно, если влагалище и маточная шейка не раздвоены, или же, если при раздвоенномъ влагалищѣ доступна изслѣдованію только одна его половина. (Въ послѣднемъ случаѣ заросшая половина влагалища можетъ сдѣлаться причиною скопленія менструальной крови, такъ что одновременно съ беременностью существуетъ haematometra). Если шейка не раздвоена, то вѣроятный діагнозъ возможенъ только при значительномъ боковомъ отклоненіи беременной матки и существованіи небольшой опухоли, прощупываемой на противоположной сторонѣ. Если перегородка настолько мала, что плодъ помѣщается въ обѣихъ половинахъ матки, или же, если раздвоеніе послѣдней очень слабо выражено, такъ что существуетъ только небольшое вдавленіе ея дна (*uterus arcuatus*), то единственнымъ признакомъ для распознаванія оказывается форма матки, опредѣляемая при наружномъ изслѣдованіи. Въ этомъ отношеніи необходимо имѣть въ виду, что характеристичная форма матки, какъ и вообще при всѣхъ видахъ ея раздвоенія, явственно обнаруживается только во время ея сокращенія.

Примѣч. Легко можетъ случиться, что раздвоеніе влагалища не будетъ замѣчено при изслѣдованіи. Такъ напр., два опытныхъ акушера, — Franz Anton Mai, авторъ Stolpertz'a (тестъ Naegele-старшаго) и проф. Fischer въ Гейдельбергѣ, — изслѣдовали 20-лѣтнюю первородящую. Одинъ утверждалъ, что маточный звѣзъ открытъ, а другой увѣрялъ, что онъ еще совершенно закрытъ. Дѣло чуть-было не дошло до жаркаго спора, но при тщательномъ изслѣдованіи оказалось раздвоеніе влагалища, такъ что каждый изъ двухъ акушеровъ прощупалъ другой маточный звѣзъ.

Измѣненія въ положеніи матки.

Наклоненія и искривленія.

Матка и при нормальныхъ условіяхъ искривлена впередъ, а съ наступленіемъ беременности, когда тѣло матки становится болѣе тяжелымъ, это искривленіе обыкновенно увеличивается. Очень сильное искривленіе впередъ часто бываетъ причиною безплодія; но и при весьма значительномъ искривленіи подъ острымъ угломъ нерѣдко наступаетъ беременность, самопроизвольно или послѣ соответственнаго лѣченія, и если не существуетъ осложнений, то она протекаетъ нормальнымъ образомъ. (Если же существуетъ одновременное воспаленіе матки, то часто происходитъ выкидышъ). Дно матки въ первые мѣсяцы беременности наклонено впередъ сильнѣе обыкновеннаго, но въ послѣдующіе мѣсяцы оно ничѣмъ не отличается отъ нормальнаго состоянія, такъ что въ это время уже не можетъ быть констатировано искривленіе впередъ, существовавшее до наступленія беременности. На 2—4 мѣсяцѣ матка лишь въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ бываетъ еще такъ сильно искривлена впередъ, что представляется нѣсколько ущемленною позади лоннаго сочлененія. Но и въ этихъ случаяхъ она болѣею частью выпрямляется самопроизвольно, если искривленіе ея не повлечетъ за собою выкидыша. Настоящихъ симптомовъ ущемленія беременной матки при искривленіи ея впередъ не наблюдается, и только со стороны мочевого пузыря, при очень сильномъ искривленіи матки, можетъ наступить учащенный позывъ къ мочеиспусканію, которое иногда сопровождается сильною болью, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется даже недержание мочи.

Подъ конецъ беременности иногда появляется своеобразное наклоненіе матки впередъ (*anteversio uteri*). Это наклоненіе матки (такъ наз. отвислый животъ) вызывается различными причинами, въ числѣ которыхъ на первомъ планѣ слѣдуетъ упомянуть о ненормальномъ расслабленіи брюшныхъ стѣнокъ и о расхожденіи прямыхъ мышцъ живота. Кромѣ того, происхожденію отвислаго живота могутъ еще способствовать: суженіе и сильное наклоненіе таза, а также искривленіе поясничной части позвоночника по направленію впередъ (*lordosis*). Незначительныя степени отвисанія живота встрѣчаются очень часто; но иногда наклоненіе матки впередъ усиливается настолько, что образуется брюшная грыжа, и дно матки свѣшивается до коленъ. Если отвисаніе живота сколько нибудь значительно, то полезно носить брюшной поясъ, не только для облегченія тягостныхъ симптомовъ, но и для того, чтобы обезпечить плоду правильное положеніе.

Наклоненіе матки назадъ (*retroversio uteri*) встрѣчается не очень часто и бываетъ иногда причиною безплодія. Дно матки при этомъ въ большинствѣ случаевъ лежитъ очень низко подъ мысомъ крестцовой кости. Съ наступленіемъ беременности увеличивающееся тѣло

матки поднимается само собою. Если же, въ видѣ исключенія, оно встрѣчается къ этому какія нибудь препятствія и будетъ удержано подъ крестцовымъ мысомъ до конца 3-го или до 4-го мѣсяца, такъ что наступятъ симптомы ущемленія, то обыкновенно ткань его за это время дѣлается до такой степени вялою, что маточная шейка не направлена кверху, какъ это должно бы быть при простомъ наклоненіи, а, напротивъ того, въ области внутреннего зѣва образуется искривленіе матки, и влагалищная часть обращена прямо къ лонному сочлененію, а еще чаще — внизъ. Слѣдовательно, къ наклоненію беременной матки по направлению взадъ присоединяется здѣсь искривленіе ея въ ту же сторону (*retroflexio uteri gravidi*).

Искривленіе матки взадъ (*retroflexio uteri*) у женщинъ рожавшихъ принадлежитъ къ числу самыхъ обыкновенныхъ измѣненій въ ея положеніи и только въ исключительныхъ случаяхъ, даже при очень сильной степени своего развитія, влечетъ за собою приобрѣтенное безплодіе, между тѣмъ какъ у женщинъ не-рожавшихъ оно встрѣчается рѣдко, но тогда обыкновенно имѣетъ своимъ послѣдствіемъ безплодіе. Если наступило зачатіе, то матка въ началѣ беременности сохраняетъ свое прежнее положеніе; но какъ только она достигла такихъ размѣровъ, что уже не находитъ себѣ достаточно мѣста въ маломъ тазу, она выпрямляется и выступаетъ поверхъ крестцового мыса, а затѣмъ дно ея въ большинствѣ случаевъ немедленно подается впередъ, такъ что искривленіе взадъ, существовавшее еще за нѣсколько дней, замѣняется наклоненіемъ впередъ. Приподниманіе матки и перемѣщеніе ея впередъ обыкновенно происходятъ такъ спокойно, что женщина совершенно этого не замѣчаетъ.

Примѣч. Иногда выпрямленіе матки происходитъ медленно. Это бываетъ почти исключительно при ненормальной вялости ея стѣнокъ. Матка въ этихъ случаяхъ, увеличиваясь въ объемъ, вдавливается своею переднею (верхнею) стѣнкою въ большой тазъ, такъ что по мѣрѣ дальнѣйшаго ея увеличенія все большая часть ея самой и тѣла младенца оказывается въ большомъ тазу и, наконецъ, получая перевѣсъ, вытягиваетъ другую часть, находящуюся еще въ маломъ тазу. Лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ эта часть матки, лежащая въ маломъ тазу, остается здѣсь во все продолженіе беременности, такъ что и въ послѣдніе мѣсяцы матка представляетъ своеобразное измѣненіе формы, описанное подъ именемъ частичнаго наклоненія беременной матки взадъ [*retroversio uteri gravidi partialis* ¹⁾]: маточная шейка стоитъ непосредственно позади лоннаго сочлененія или повыше его, а задняя стѣнка нижняго сегмента матки сильно отдалена находящеюся въ ней частью плода или плоднымъ пузыремъ въ малый тазъ, опустившись сюда между маточною шейкою и мысомъ крестцовой кости. Но большая часть матки и плода находится при этомъ надъ крестцовымъ мысомъ. [Oldham ²⁾ въ одномъ случаѣ прощупалъ въ заднемъ сводѣ влагалища головку плода, а въ маточномъ зѣвѣ, стоявшемъ на 3 дюйма выше лоннаго сочлененія, — тазовой конецъ]. Распознавать это состояніе не трудно, если не

¹⁾ De Gaul, Arch. de tocol. 1876, p. 9 etc.; G. Veit, Volkmann's klin. Vortr., No. 170.—²⁾ Obstetr. Transact. I, p. 31

боятся изслѣдованія половиною ручной кисти или всею рукою, и при тщательномъ взвѣшиваніи всѣхъ обстоятельствъ каждаго даннаго случая можно поставить діагнозъ даже тогда, когда не удастся ощупать влагалищную часть. Беременность при этомъ обыкновенно протекаетъ вполне нормальнымъ образомъ ¹⁾. Но въ некоторыхъ случаяхъ еще и на 6—8 мѣсяцъ могутъ наступить преждевременные роды.

Нѣтъ сомнѣнія, что чаще всего матка въ этихъ случаяхъ поднимается сама собою изъ малаго таза, послѣ чего беременность протекаетъ нормальнымъ образомъ. Нерѣдко, однако, на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, или еще на 2-мъ, происходитъ выкидышъ, либо вслѣдствіе того, что въ смѣщенной маткѣ первичнымъ образомъ появляются родовыя сокращенія, либо вслѣдствіе предварительной смерти плода, которая должна быть объяснена разстройствомъ кровообращенія въ стѣнкахъ смѣщенной матки.

Наконецъ, самымъ рѣдкимъ и неблагоприятнымъ исходомъ, при искривленіи беременной матки взадъ, представляется ея ущемленіе.

Для того чтобы предотвратить это состояніе и наступленіе выкидыша, слѣдуетъ вправить матку на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, прежде еще чѣмъ наступили симптомы ущемленія, и затѣмъ удерживать ее въ этомъ положеніи при помощи обыкновеннаго влагалищнаго пессарія, или постоянно слѣдить за больною и, въ случаѣ надобности, возобновлять вправленіе черезъ каждую недѣлю. Но если въ виду анамнеза существуетъ основаніе думать, что исправленіе положенія матки, вѣроятно, наступитъ само собою, то въ такомъ случаѣ профилактическія мѣры не особенно необходимы.

Искривленіе беременной матки взадъ, 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. XXIX, p. 219.—Tyler Smith, Obst. Transact. II, p. 286.—Martin, Neigungen u. Beug. d. Gebärmutter. Berlin 1866, p. 185.—Säxinger, Prager Viertelj. 1866. IV, p. 53.—Schroeder, Schw., Geb. u. Wochenbett, p. 36.—May, Ueber die Reclination der schwangeren Gebärmutter. D. i. Giessen 1869.—Barnes, Obst. Op. 2-d ed. 1871, p. 242.—Pinard et Varnier, Ann. d. Gynéc. 1886. Nov.—Mai 1887: Proff, D. i. Halle 1881.—Ribniker, D. i. Zürich 1882.

Ущемленіе искривленной взадъ беременной матки (см. рис. 97) происходитъ такимъ образомъ, какъ было описано въ предыдущей главѣ, и во всякомъ случаѣ этотъ способъ возникновенія его долженъ быть признанъ наиболее частымъ; что же касается того, можетъ ли вообще подобное искривленіе возникнуть подъ вліяніемъ внезапныхъ причинъ въ такомъ періодѣ беременности, когда матка уже настолько велика, что она ущемляется немедленно, то это остается еще сомнительнымъ.

¹⁾ См. Hecker, M. t. G., B. XII, p. 287; Scanzoni, Lehrbuch d. Geb. 4. Aufl. B. II, p. 38, и Walter Franke, M. f. G., B. XXI, p. 161.

Первые симптомы, вызываемые искривленною взадь маткою, когда она становится слишком велика для того пространства, которое представляет ей малый тазъ, являются со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Обыкновенно это бываетъ на 4-мъ, а иногда уже на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Выдѣленіе мочи постоянно затруднено, иногда до такой степени, что не можетъ выдѣлиться ни одной капли; чаще, однако, бываетъ такъ, что при очень значительномъ растяженіи мочевого пузыря и безпрестанномъ позывѣ къ мочеиспусканію происходитъ по временамъ небольшое выдѣленіе мочи, сопровождаемое невыносимую болью, и въ такихъ случаяхъ, не смотря на громадное переполненіе мочевого пузыря, женщины очень часто жалуются не на задержаніе мочи, а на учащенный позывъ къ мочеиспусканію и на выдѣленіе мочи по каплямъ. Послѣдовательно моча можетъ также застаиваться въ мочеточникахъ и въ почечныхъ лоханкахъ. Задержаніе мочи обусловлено непосредственнымъ прижатіемъ и смѣщеніемъ уретры.

Разстройства со стороны прямой кишки выражаются абсолютнымъ запоромъ, или сильными болями при испражненіи, особенно когда каловыя массы очень тверды. Если запоръ продолжается долгое время, то можетъ наступить рвота, а впоследствии могутъ присоединиться всѣ явленія непроходимости кишекъ. При этомъ появляются боли въ крестцѣ и въ животѣ, сопровождаемыя невыносимымъ чувствомъ напиранія внизъ.

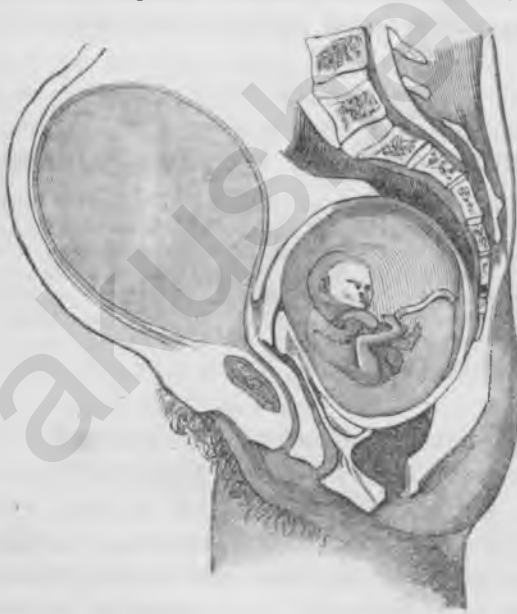


Рис. 97. Retroflexio uteri gravidi, съ ущемленіемъ.
 ніе ущемленной матки и ея серознаго покрова, которое влечетъ

Даже и въ это время еще можетъ произойти самопроизвольное выпрямленіе увеличенной матки, или выкидышъ, послѣ чего исчезаютъ мучительные симптомы. [Въ случаѣ v. Haselberg'a¹⁾, не смотря на 5-мѣсячную беременность и не смотря на то, что матка, не представляя даже слѣдовъ искривленія, была совершенно перевернута, такъ что влагалищная часть была обращена прямо вверхъ, все-таки наступилъ самопроизвольный выкидышъ]. Въ противномъ случаѣ можетъ присоединиться сильное воспаленіе

¹⁾ М. f. G., В. 3, р. 1.

за собою еще большее увеличеніе органа, съ лихорадкою, метеоризмомъ и жестокими болями въ животѣ. Изъ маточной шейки вытекаетъ серозно-кровянистая жидкость, а дно матки, благодаря рефлекторному возбужденію брюшнаго пресса, все болѣе и болѣе отгнѣсняется внизъ, такъ что иногда оно выпячивается промежностью.

Примѣч. Въ случаѣ, о которомъ сообщаетъ Halbertsma¹⁾, дно матки выступило даже изъ задняго прохода, раскрывшагося до величины талера, при чемъ оно представлялось въ видѣ опухоли, въ которой ощупывались мяккія части младенца. Разрывъ задней стѣнки влагалища, съ выступленіемъ изъ него обнаженной матки²⁾, происходитъ при этомъ очень рѣдко.

Весьма важны тѣ послѣдовательныя состоянія, къ которымъ приводитъ задержаніе мочи. Если оно развивается постепенно, то мускулатура мочеваго пузыря можетъ сильно гипертрофироваться. Если ischuria продолжается болѣе долгое время и если требуется повторная катетеризація, то, благодаря этой послѣдней, или, вѣрнѣе, благодаря зараженію, можетъ развиваться циститъ съ его послѣдствіями, а иногда и дифтеритъ пузыря.

Въ рѣдкихъ случаяхъ происходитъ разрывъ мочеваго пузыря³⁾. Обыкновенно при этомъ дѣло ограничивается только разрывомъ слизистой оболочки (которому иногда, вѣроятно, благоприятствуетъ грубая катетеризація). Моча, попадая за слизистую оболочку, проникаетъ между пучками мышечнаго слоя. При этомъ постепенно можетъ быть отдѣлена вся слизистая оболочка съ прилегающими къ ней мышечными пучками, такъ что въ концѣ концовъ она оказывается лежащею совершенно свободно и извергается наружу чрезъ уретру, или она можетъ быть вынута изъ мочеваго пузыря при анатомическомъ вскрытіи, представляясь въ видѣ пустаго табачнаго кисета.

Но разрывъ мочеваго пузыря можетъ также проникать чрезъ всѣ его слои. Рѣже всего, повидимому, происходитъ внезапный разрывъ, съ немедленнымъ изліяніемъ разложившейся мочи въ свободную полость брюшины и быстрымъ наступленіемъ смерти. Обыкновенно же къ тому времени, когда прорывается серозный покровъ, кишечныя петли успѣваютъ предварительно склеиться между собою, и тогда прободеніе мочеваго пузыря оказывается или совершенно безвреднымъ, такъ какъ утолщенная кишечная стѣнка герметически закрываетъ образовавшееся отверстіе, или же моча скопляется между слипшимися кишечными петлями въ новообразованной полости, изъ которой она можетъ затѣмъ прорваться или въ свободную полость брюшины, или въ кишечный каналъ, какъ это однажды было найдено Schroeder'омъ при анатомическомъ вскрытіи.

¹⁾ M. f. G., B. 34, p. 415.—²⁾ См. Major-Dubois, Presse méd. 1837. No. 20, p. 135, и Grenser, Wiener med. Woch. 1856. № 38 u. 39. Beilage.—³⁾ Schatz, Arch. f. Gyn., B. I, p. 469, и Krukenberg, e. l., B. XIX, p. 261.

Въ запущенныхъ случаяхъ ретрофлексіи беременной матки смертельный исходъ можетъ также наступить вслѣдствіе истощенія, или при явленіяхъ урэміи, или вслѣдствіе непроходимости кишекъ ¹⁾).

Примѣч. Послѣ успѣшнаго вправленія беременной матки частичное отторженіе мочевого пузыря вмѣстѣ съ его серознымъ покровомъ можетъ также произойти нѣсколько инымъ способомъ, какъ это, было напр., въ случаяхъ Frankenhäuser'a ²⁾ и Madugowicz'a ³⁾: Опорожнившійся мочевой пузырь не сокращается, а только спадается такимъ образомъ, что верхняя часть его выпячивается въ его полость, и тогда этотъ вывороченный кусокъ, послѣ склеиванія соприкасающихся надъ нимъ сосѣднихъ частей пузыря, можетъ отпасть вслѣдствіе омертвѣнія.

Распознаваніе искривленія беременной матки взадъ обыкновенно не представляетъ никакихъ трудностей. Уже при осмотрѣ живота бросается въ глаза характеристичная форма растянутого мочевого пузыря, который можетъ доходить до пупка. Зыбленіе обыкновенно бываетъ очень явственнымъ; но при значительномъ наполненіи мочевой пузырь можетъ представляться твердымъ какъ доска, особенно, когда его мышечная стѣнка уже сильно гипертрофирована. Катетеризація можетъ быть затруднительна, но все-таки при помощи серебрянаго мужскаго катетера она почти всегда удается, если только обращать вниманіе на существующее въ большинствѣ случаевъ отклоненіе мочевого пузыря въ одну или другую сторону. Въ крайнемъ случаѣ можно сдѣлать попытку ввести катетеръ при колѣбно-локтевомъ положеніи беременной. (Если слизистая оболочка уже отпала, то изъ катетера, введеннаго въ мочевой пузырь, часто не происходитъ опорожненія мочи, потому что омертвѣвшая дряблая слизистая оболочка закрываетъ отверстіе инструмента). При внутреннемъ изслѣдованіи прощупывается въ заднемъ сводѣ влагалища большая мягкая опухоль. Влагалищная часть матки лежитъ непосредственно позади лоннаго сочлененія, въ большинствѣ случаевъ помѣщаясь довольно высоко, иногда даже настолько, что ея нельзя достать пальцемъ. Если животъ не слишкомъ болѣзненъ, то послѣ опорожненія мочевого пузыря можно удостовѣриться при соединенномъ внутреннемъ и наружномъ изслѣдованіи въ томъ, что въ полости живота не существуетъ такой опухоли, которая могла бы представлять нормально лежащую матку, и что, слѣдовательно, опухоль, прощупываемая въ заднемъ сводѣ влагалища, должна представлять не что иное, какъ увеличенную матку. Если болѣзненность очень значительна, то мы должны осторожно произвести изслѣдованіе подъ хлороформомъ. Такое изслѣдованіе даетъ намъ возможность навѣрное отличить это состояніе отъ haematocele или отъ ущемленныхъ опухолей яичника и фиброидовъ матки, при которыхъ послѣдняя ощущается на своемъ обычномъ мѣстѣ. Распознаваніе существенно облегчается также отсутствіемъ мѣсячныхъ, и только въ тѣхъ случаяхъ,

¹⁾ См. Naumann, M. f. G., B. 31, p. 132.—²⁾ Arch. f. Gyn., B. XII, p. 352.—³⁾ Wien. med. Wochenschr. 1877, №№ 51 и 52.

гдѣ уже давно продолжаются маточныя кровотеченія, эти послѣднія могутъ повести къ ошибочному распознаванію haematocoele.

Лѣченіе должно начинаться опорожненіемъ мочевого пузыря. Послѣ этого уже легко удастся, въ случаяхъ сколько нибудь свѣжаго происхожденія, вправить ущемленную матку, либо со стороны влагалища, либо со стороны прямой кишки. Если вправление очень затруднительно, то необходимо, при колѣно-локтевомъ положеніи беременной ¹⁾, ввести руку въ прямую кишку и попытаться оттѣснить дно матки вверхъ по одному изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій, а еслибы эта попытка не удалась сразу, то отъ времени до времени слѣдуетъ ее повторять. Вправление завершается тѣмъ, что, захвативъ влагалищную часть двумя пальцами, оттѣсняютъ ее взадъ и вверхъ, насколько это возможно. Вправление можетъ быть признано вполне удавшимся только тогда, когда влагалищная часть перемѣстилась къ самому крестцу, а дно матки подалось впередъ. Для предотвращенія рецидивовъ, — которые особенно легко наступаютъ въ томъ случаѣ, если матка была еще не сильно увеличена и вправилась безо всякаго труда, или же, если стѣнки ея очень дряблы, — вкладывается обыкновенное Майеровское каучуковое кольцо или рычагообразный пессарій, которые не позволяютъ влагалищной части отклониться впередъ и этимъ самымъ препятствуютъ маткѣ снова опрокинуться назадъ.

Если вправление не удастся никоимъ образомъ, то нужно опорожнить матку отъ ея содержимаго. Если провести зондъ чрезъ каналъ маточной шейки оказывается невозможнымъ, то долженъ быть сдѣланъ проколъ плоднаго яйца чрезъ стѣнку матки (изъ влагалища). Объемъ матки, по удаленіи околоплодной жидкости, уменьшается такъ значительно, что новая попытка вправления увѣнчивается успѣхомъ, или становится возможнымъ выкидышъ. Но къ этому средству, всегда очень опасному, должно прибѣгать лишь въ случаяхъ крайней необходимости.

Примѣч. Въ одномъ случаѣ, гдѣ, при чрезвычайно узкомъ остеомалатическомъ тазѣ, беременная матка (въ серединѣ 3-го мѣсяца) была искривлена взадъ и рѣшительно не уступала всѣмъ попыткамъ вправления, а добрый до маточнаго зѣва было невозможно, и проколъ яйца чрезъ задній сводъ рукава не вызвалъ выкидыша, — Ols hausen экстирпировалъ беременную матку чрезъ влагалище. Операция не представила особенныхъ трудностей. Больная выздоровѣла ²⁾.

Мнѣніе Nunter'a, что при ретрофлексіи беременной матки первичнымъ явленіемъ должно быть признано задержаніе мочи, раздѣлялось большинствомъ авторовъ до новѣйшаго времени. Но уже Lohmeier, къ которому затѣмъ присоединился и Grüninghausen, высказалъ тотъ взглядъ, что первичнымъ явленіемъ бываетъ здѣсь смѣщеніе матки и что вышеописанные припадки наступаютъ только съ увеличеніемъ ея объема; мало того, онъ высказалъ совершенно вѣрное предположеніе, что

¹⁾ Solger (Berl. klin. Woch. 1877, p. 190), Campbell (Amer. Gyn. Tr. Vol. I, p. 198) и Breisky (Prag. med. Woch. 1880, 4). — ²⁾ Benckiser, Centralbl. f. Gyn. 1887, p. 824.

наклоненіе взадъ могло существовать еще до наступленія беременности, но только большія этого не подовръвали. Въ послѣднее время Tyler Smith окончательно доказалъ, что эти случаи обыкновенно представляютъ не что иное, какъ наступленіе беременности при существующемъ уже искривленіи матки взадъ.

Выпаденіе беременной матки.

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

Дѣйствительное выпаденіе беременной матки чаще всего можно наблюдать въ такихъ случаяхъ, гдѣ оно уже предшествовало наступленію зачатія. Выпаденіе же нормально лежащей матки въ первые мѣсяцы беременности подъ вліяніемъ какихъ нибудь внезапно подѣйствовавшихъ на нее причинъ наблюдается очень рѣдко. Въ этихъ случаяхъ, благодаря быстро наступившему разстройству кровообращенія, происходитъ кровоизліяніе въ оболочки яйца, что влечетъ за собою смерть плода и наступленіе выкидыша.

Если беременность наступила при существующемъ уже выпаденіи матки, то послѣдняя, по мѣрѣ своего увеличенія въ объемѣ, поднимается въ большой тазъ, начиная съ 3-го или 4-го мѣсяца, такъ что выпаденіе ея исчезаетъ на остальное время беременности. Если же выпаденіе очень значительно, такъ что бѣольшая часть матки или даже вся она выдается наружу, то при увеличеніи ея въ объемѣ можетъ наступить ущемленіе тазовыхъ органовъ, которое приводитъ къ выкидышу. До сихъ поръ въ литературѣ не существуетъ ни одного вполне достовѣрнаго случая, въ которомъ матка, выпавшая пѣбликомъ, т. е. лежащая между бедрами, продолжала бы здѣсь развиваться до нормального или приблизительно нормального конца беременности.

Въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности можетъ возникнуть кажущееся неполное выпаденіе матки, если шейка ея гипертрофирована такъ сильно, что выдается изъ половой расщелины. Части тѣла младенца лежатъ при этомъ въ маломъ тазу и надъ тазовымъ входомъ. Сюда принадлежатъ весьма значительное большинство тѣхъ случаевъ, которые описаны подъ именемъ выпаденія беременной матки.

Обыкновенно при этомъ дѣло идетъ о гипертрофіи надвлагалищной части шейки. Но Schroeder видѣлъ 2 случая, въ которыхъ беременность наступила при гипертрофіи самой влагалищной части. Одинъ изъ нихъ описалъ Benicke ¹⁾, а въ другомъ Schroeder произвелъ на 3-мъ мѣсяцѣ ампутацію громадно увеличенной и удлиненной влагалищной части, послѣ чего беременность продолжалась до своего нормального конца.

Распознать выпаденіе матки, при тщательномъ изслѣдованіи, всегда бываетъ легко.

¹⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. II, p. 240.

Лѣченіе, въ первые мѣсяцы беременности, состоитъ въ томъ, что выпавшую матку вправляютъ и удерживаютъ ее подходящимъ пессаріемъ или продолжительнымъ спокойнымъ лежаніемъ въ постели. Если пессарій выбранъ удачно, то онъ нисколько не разстраиваетъ дальнѣйшаго теченія беременности. При вправленіи очень важно слѣдить за тѣмъ, какое направленіе принимаетъ дно матки. Если на это не обращается вниманія, то можетъ случиться, что дно матки будетъ оттѣснено къ крестцовому мысу и опрокинется назадъ, и если фиксировать матку въ этомъ положеніи при помощи пессарія, то будетъ искусственно вызвана *retroflexio uteri gravidi*.—Если выпавшая матка уже такъ велика, что вправленіе ея невозможно, то мы должны держаться чисто выжидательно и приступать къ производству искусственнаго выкидыша только тогда, когда появятся признаки ущемленія.

При гипертрофії маточной шейки слѣдовало бы ампутировать ее въ возможно раннемъ періодѣ беременности, такъ какъ длинная толстая и оплотнѣвшая шейка обыкновенно представляетъ во время родовъ очень серьезныя затрудненія. Но и послѣ этой операціи все-таки иногда происходитъ выкидышъ, который въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно, зависитъ отъ осложненія эндометритомъ.

Грыжи беременной матки.

Литература: Klob, Path. An. d. weibl. Sexualorgane. Wien 1864, p. 105.

Грыжи не-беременной матки встрѣчаются довольно рѣдко, а случаи, въ которыхъ при такомъ смѣщеніи органа наступала беременность, или въ которыхъ беременная матка вступала въ существующій уже грыжевой мѣшокъ, весьма немногочисленны.

Сравнительно всего чаще встрѣчаются пупочныя и брюшныя грыжи. Настоящая пупочная грыжа, т. е. безъ расхожденія прямыхъ мышцъ живота, можетъ, конечно, вмѣщать въ себѣ матку только въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Два подобныхъ случая описаны Миггау'емъ ¹⁾ и Лёотауд'омъ ²⁾. Въ обоихъ наступили нормальные роды.

Настоящія брюшныя грыжи беременной матки тоже встрѣчаются не часто; но все-таки въ литературѣ имѣется цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ матка, подъ конецъ беременности, вступала въ грыжевой мѣшокъ, образовавшійся вслѣдствіе растяженія большаго рубца въ брюшныхъ покровахъ. Въ настоящее время, когда оваріотоміи производятся чаще прежняго, стали чаще встрѣчаться и такіе случаи, въ которыхъ беременная матка сильно растягиваетъ и выпячиваетъ рубецъ, оставшійся послѣ этой операціи. Мягкая матка и отдѣльныя части плода въ этихъ случаяхъ ощущаются съ поразительною ясностью.

Чаще всего наблюдаются (если только позволительно причислять

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

ихъ къ грыжамъ) такъ наз. грыжи бѣлой линіи, которыя образуются вслѣдствіе простаго расхожденія прямыхъ мышцъ живота и при которыхъ, слѣдовательно, содержимое грыжи покрыто, кромѣ кожи, еще и фасціями. Незначительныя степени этого смѣщенія, при которыхъ грыжа заключаетъ въ себѣ только нѣкоторую часть матки, встрѣчаются чрезвычайно часто, такъ какъ очень сильное отвисаніе живота всегда сопровождается расхожденіемъ прямыхъ мышцъ. Это смѣщеніе матки узнается очень легко, если положить беременную въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ и заставить ее приподнять верхнюю половину туловища. Матка при этомъ выпячивается въ видѣ круглой опухоли по бѣлой линіи живота, между тѣмъ какъ по обѣ стороны ясно выступаютъ напряженныя прямыя мышцы.

Профилактика и лѣченіе въ этихъ случаяхъ состоитъ въ томъ, что беременной предписывается носить на животѣ цѣлесообразно устроенную повязку.

Примѣч. Случай паховой или бедренной грыжи беременной матки, въ которыхъ плодъ развивался приблизительно до нормальной зрѣлости и затѣмъ извлекался при помощи операціи, похожей на кесарское сѣченіе, составляютъ, какъ бы то ни было, чрезвычайно рѣдкость. Klob цитируетъ нѣсколькихъ авторовъ, сообщившихъ подобныя наблюденія. Однако, всѣ эти случаи не выдерживаютъ критики, за исключеніемъ, быть можетъ, того, который сообщенъ S a x t o r p h'омъ (произвольные роды). Въ руководствѣ S a z e a u x и T a r n i e r ¹⁾, напротивъ того, приводится случай, сообщенный д-ромъ L e d i s m a ²⁾ (изъ Саламанки), гдѣ, при правой паховой грыжѣ, заключавшей въ себѣ беременную матку, была произведена на 8-мъ мѣсяцѣ гистеротомія съ благопріятнымъ исходомъ, какъ для матери, такъ и для младенца. R e k t o r z i k ³⁾, произведя кесарское сѣченіе, извлекъ живаго младенца, — вѣроятно, изъ рудиментарнаго прибавочнаго рога, а W i n s k e l ⁴⁾ ампутировалъ беременный рогъ матки на 5-мъ мѣсяцѣ, съ благополучнымъ исходомъ для матери (плодъ умеръ еще до операціи).

S c a n z o n i ⁵⁾ наблюдалъ одинъ случай, гдѣ, при паховой грыжѣ матки (hysterocele inguinalis), беременность наступила два раза въ теченіе года. Первая беременность окончилась самопроизвольнымъ выкидышемъ, а во второй разъ S c a n z o n i былъ вынужденъ произвести его искусственно, по причинѣ воспаления беременной матки.

Разрывы и раненія.

Литература: D e n e u x, Essai sur la rupture etc. Paris 1804.—D u p a r q u e, Durchlöch. Einrisse u. s. w. von N e v e r m a n n, Quedlinb. u. Leipzig. 1833, p. 11.—H o h l, Lehrb. d. Geb. Leipz. 1862, p. 260.—R. B a r n e s, Obst. Op. 2-d ed., p. 336.—C o u t a g r e, Lyon méd. 1882, No. 43.

О разрывахъ ненормально развитой или ненормально лежащей беременной матки мы уже говорили, а съ разрывами ея при интерстициальной беременности мы еще познакомимся впоследствии. Помимо этихъ

¹⁾ Traité des acc. 7. éd., p. 728.—²⁾ Gaz. méd. 1840, p. 715.—³⁾ Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde. 1860.—⁴⁾ E i s e n h a r t, Arch. f. Gyn., B. XXVI, p. 439.—⁵⁾ Beiträge z. Geb. u. Gyn., B. VII.

случаевъ беременная матка разрывается очень рѣдко, — преимущественно тогда, когда она подвержена значительному ущемленію.

Еще рѣже встрѣчаются самопроизвольные разрывы беременной матки. Этиологія ихъ еще очень темна. Во всякомъ случаѣ, нужно думать, что для самопроизвольнаго разрыва требуются, какъ необходимыя условія, истонченіе или особенная вялость маточныхъ стѣнокъ, либо прирожденныя ¹⁾, либо приобрѣтенныя, напр. вслѣдствіе предшествовавшихъ родовъ (рубець послѣ кесарскаго сѣченія) или вслѣдствіе воспалительнаго размягченія. Разрывъ матки при такихъ условіяхъ можетъ быть вызванъ самымъ ничтожнымъ поводомъ, напр. поднятіемъ тяжести, скачкомъ, умѣреннымъ толчкомъ, паденіемъ, кашлемъ, рвотой или другими напряженіями брюшнаго пресса, а иногда онъ можетъ послѣдовать даже безъ всякой видимой причины.

Брюшина надъ разорванною мускулатурою можетъ сохраниться въ цѣлости, какъ это наблюдалъ Hildebrandt ²⁾.

Разрывъ можетъ наступить въ любое время, начиная съ 3-го мѣсяца беременности; но подъ конецъ ея онъ происходитъ гораздо чаще. Мѣсто разрыва находится обыкновенно въ днѣ матки или, по крайней мѣрѣ, въ сосѣднихъ съ нимъ частяхъ ея тѣла, отличаясь этимъ самымъ отъ тѣхъ разрывовъ, которые происходятъ во время родовъ.

Симптомы, распознаваніе, предсказаніе и лѣченіе совершенно тѣ же самыя, какъ при разрывахъ, происходящихъ во время родовъ. Ожидать спасенія матери отъ лапаротоміи можно здѣсь еще рѣже, чѣмъ при разрывахъ *in partu*. Въ одномъ случаѣ травматическаго разрыва беременной матки, Schroeder извлекъ гнилаго младенца изъ живота матери, лежавшей уже безъ пульса, затѣмъ вырѣзалъ разорванный правый рогъ и зашилъ рану. Въ другомъ случаѣ, опубликованномъ Hofmeier'омъ ³⁾, онъ зашилъ правый край матки, который былъ разорванъ сверху до низу. Но въ обоихъ случаяхъ операція не предотвратила смертельнаго исхода. Plenio ⁴⁾ сообщилъ одинъ случай, гдѣ ему удалось спасти беременную посредствомъ лапаротоміи.

Раненія беременной матки встрѣчаются весьма рѣдко, и такіе случаи обыкновенно оканчиваются смертію уже вслѣдствіе очень тяжелыхъ осложненій. Если рана незначительна, то можетъ наступить выкидышъ, послѣ котораго она закрывается, благодаря сокращенію маточныхъ стѣнокъ; въ другихъ случаяхъ она даже заживаетъ, а впослѣдствіи происходятъ нормальные роды.

Примѣч. Löwenhardt ⁵⁾ сообщаетъ случай, гдѣ мужъ ранилъ косою свою жену, беременную на 7-мъ мѣсяцѣ; рана пришлась непосредственно надъ лоннымъ сочлененіемъ, такимъ образомъ, что на головкѣ мертваго плода, рожденнаго спустя

¹⁾ См. Mangold, M. f. G., B. 8, p. 5.—²⁾ Berl. Kl. W. 1872, No. 36.—³⁾ Centralbl. f. Gyn. 1881, p. 619.—⁴⁾ Centr. f. Gyn. 1885, No. 47.—⁵⁾ Casper's Wochenschrift 1810, p. 60.

4 часа, оказалась поперечная рана, шириною почти въ 1 дюймъ, совершенно проникающая чрезъ затылочную кость. Женщина выздоровѣла, и послѣ того у нея еще 2 раза были нормальные роды.

Въ литературѣ имѣется не мало случаевъ, гдѣ разрывъ беременной матки производился рогами коровы. Geisler ²⁾ рассказываетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ матка въ концѣ беременности была страшно поранена быкомъ, такъ что верхняя часть ея оказалась совершенно оторванною. Беременная найдена умирающею, а младенецъ—живымъ, лежащимъ на землѣ.

Въ послѣднее время все чаще начинаютъ встрѣчаться случаи пораненія беременной матки при попыткахъ произвести неопытными руками искусственный выкидышъ ³⁾. Особенно въ американскихъ журналахъ нерѣдко сообщается о случаяхъ пораненія матки при преступномъ производствѣ выкидыша («criminal abortion»). Такъ напр., Thomas ⁴⁾ сообщаетъ одинъ случай, гдѣ беременная сама ввела себѣ проволоку, длиною въ 17½ дюймовъ, въ брюшную полость; проволока проникла въ легкое.

Воспаленіе.

Endometritis decidua.

Литература: Н. Müller, Bau der Molen. Würzburg 1847, p. 80.—Hegar, M. f. G. B. 21. Suppl., p. 12.—Krebs, M. f. G., B. 27, p. 401.—M. Duncan, Res. in Obstetrics, p. 290.—Kaschewarowa, Virchow's Arch. 1868. B. XLVI, p. 103.—J. Veit, Samml. klin. Vorträge (см. Berl. klin. Woch. 1887, № 254, p. 641).

Оплодотвореніе яйца,—все равно, развивается ли послѣднее въ маткѣ или внѣ ея,—вызываетъ въ слизистой оболочкѣ матки такое сильное раздраженіе, что она гиперплазируется, превращаясь въ отпадающую оболочку (decidua). Состоянія ненормальнаго, чрезмѣрнаго раздраженія возникаютъ преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ слизистая оболочка матки была патологически измѣнена еще до наступленія беременности, т. е., въ которыхъ уже раньше существовали хроническій эндометритъ. Правда, и въ нормальной до тѣхъ поръ слизистой оболочкѣ можетъ развиваться во время беременности очень сильное острое воспаленіе [при холерѣ подобные случаи тщательно описаны Славянскимъ ⁵⁾], но, повидимому, это бываетъ сравнительно рѣже. Острое воспаленіе въ этихъ случаяхъ, благодаря кровоизліяніямъ въ оболочки яйца, приводитъ или къ скорому наступленію выкидыша, или къ разрушенію яйца и превращенію его въ такъ наз. кровяной или мясистый заносъ.

Макроскопически это заболѣваніе характеризуется преимущественно утолщеніемъ deciduae verae, различнымъ окрашиваніемъ отдѣльных ея частей, а главное—образованіемъ на ней возвышеній. Послѣднія могутъ встрѣчаться или на отдѣльных только мѣстахъ, какъ это описы-

¹⁾ M. f. G., B. 21, p. 272.—²⁾ Lesser, Vjhrsschr. f. ger. Med. N. F. 54. 1.—³⁾ Amer. J. of med. sc. April 1873, p. 406.—⁴⁾ Arch. f. Gyn., B. IV, p. 285.

ваетъ у Hofe ¹⁾, или разбросанными по всей decidua vera, представляясь въ видѣ полиповъ или узловатыхъ бугровъ; эта вторая форма даетъ очень своеобразную картину и была описана, сначала Virchow'омъ, а послѣ него — многими другими авторами, подѣ названіемъ «endometritis decidua tuberosa s. polyposa».

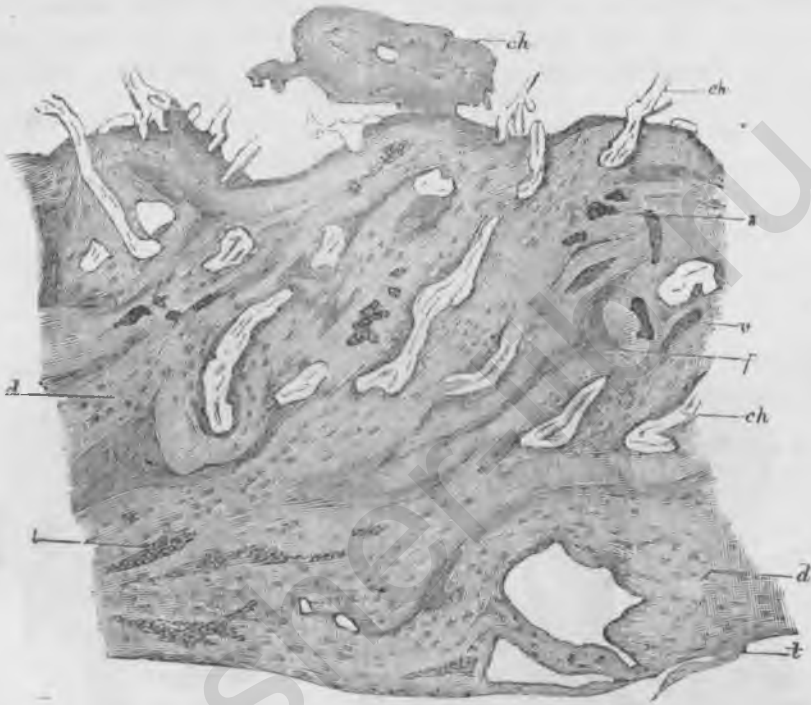


Рис. 98. Endometritis decidua chronica, съ сильнымъ разрощеніемъ отпадающей оболочки. — Ворсинки хоріона окружены разросшеюся отпадающею оболочкою. — Отпадающая оболочка пронизана фибриновыми и фиброзными пучками. *d* — клетки отпадающей оболочки; *ch* — ворсинки хоріона; *f* — фибриновыя массы; *v* — сосуды; *k* — известковые конкременты; *i* — мелкоклеточная инфильтрація; *t* — линия, по которой отдѣлилась decidua serotina.

(Слабое увеличеніе).

Процессъ распространяется и на запоздалую отпадающую оболочку (decidua serotina). На первый планъ выступаютъ здѣсь его послѣдствія, именно — кровоизліянія и фибриновые отложенія въ плацентѣ; нервѣдо, однако, замѣчаются на извергнутой плацентѣ своеобразныя помутнѣнія deciduae serotinae, указывающія на этотъ процессъ. Всего рѣже результаты заболѣванія встрѣчаются на завороченной отпадающей оболочкѣ (decidua reflexa), такъ какъ съ обратнымъ ея развитіемъ исчезаютъ и воспалительные продукты. Особенно поразительно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, благодаря эндометриту, не происходитъ сращеніе deciduae

¹⁾ Diss. inaug. Marburg 1869.

vera съ завороченною опадающею оболочкою, и въ промежуткѣ между ними скопляется катарральный секретъ.

Анатомическія измѣненія сосредоточиваются преимущественно въ интерстиціальной ткани: «Въ слабо-волокнистомъ основномъ веществѣ лежать большія, мѣстами даже очень большія клѣтки чечевицеобразной формы, которыя на вертикальныхъ разрѣзахъ большею частью представляются въ видѣ толстыхъ веретенъ» (Virchow). Между этими большими размножающимися клѣтками deciduae замѣчаются скопленія

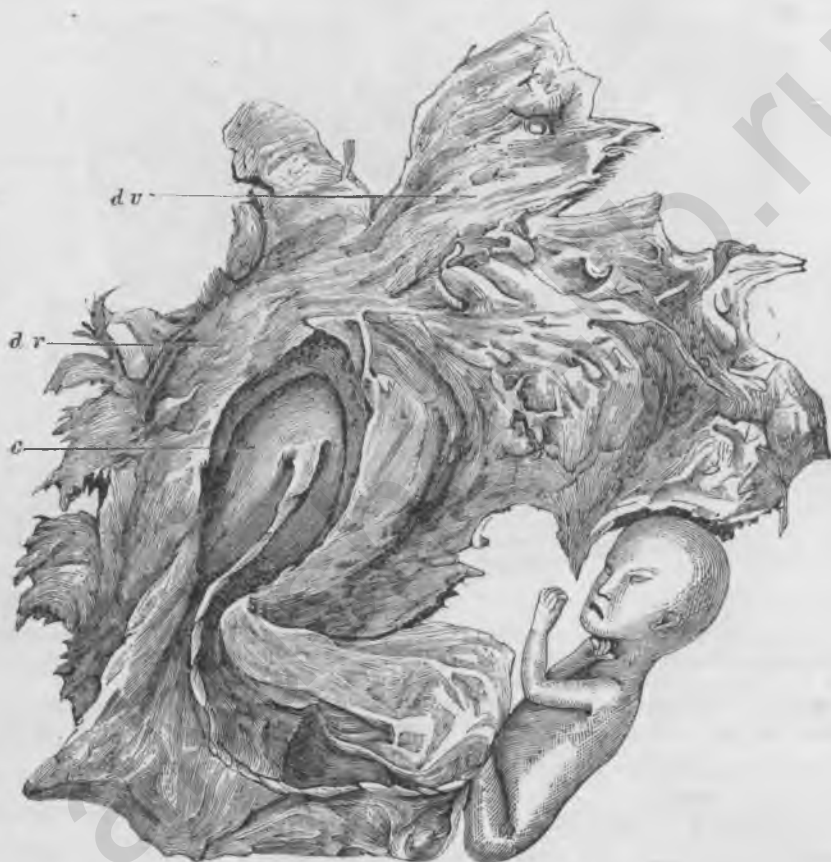


Рис. 99. Абортивное яйцо, съ полиновыми, мостовидными и нитеобразными разрощеніями опадающей оболочки.

c—полость яйца; *d. r.*—decidua reflexa; *d. v.*—decidua vera.

мелкихъ клѣточныхъ элементовъ, большею частью въ видѣ полосокъ, и притомъ преимущественно, какъ кажется, по направленію лимфатическихъ путей. Въ глубокихъ слояхъ deciduae verae явственно замѣтно пещеристое (кавернозное) строеніе, и иногда дѣло можетъ даже дойти до образованія кистъ. Гораздо рѣже этихъ интерстиціальныхъ воспаленій

встрѣчаются железистыя формы, при которыхъ дѣло доходитъ до сильной гиперплазіи железъ.

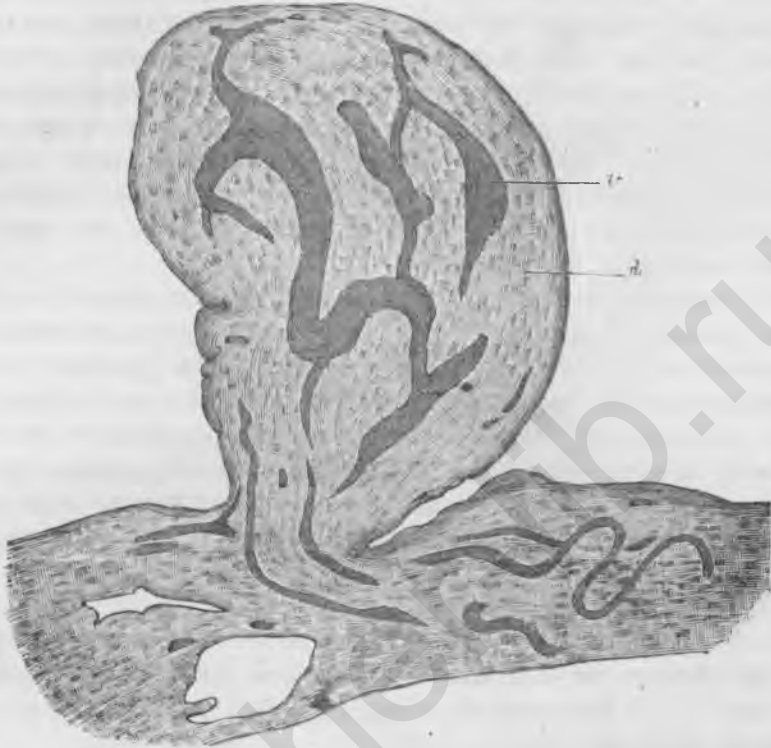


Рис. 100 Разръзъ черезъ полипозное разроженіе dec. verae.
v—сосуды; d—кѣтки отпадающей оболочки.
(Слабое увеличеніе).

Какъ въ истинной, такъ и въ запоздалой отпадающей оболочкѣ образуются отложенія фибрина. Въ послѣдней дѣло доходитъ до образова-



Рис. 101. Разръзъ черезъ мостовидное разроженіе отпадающей оболочки.
v—сосуды; d—кѣтки отпадающей оболочки.
(Слабое увеличеніе).

нія молодой соединительной ткани, которая проникаетъ между отдѣльными

дольками плаценты [endometritis placentaris¹⁾], а затѣмъ эта ткань сморщивается. Вслѣдствіе разрощенія соединительной ткани суживаются проходящіе въ ней материнскіе сосуды, а ворсинки хоріона запусѣваютъ и подвергаются жировому перерожденію. Намъ кажется также, что существуетъ нѣкоторая связь между разсматриваемымъ процессомъ, съ одной стороны, и образованіемъ бѣлаго инфаркта—съ другой. Легкая разрываемость сосудовъ, существующая здѣсь точно также, какъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ новообразованія этихъ послѣднихъ, часто подаетъ поводъ къ кровоизліяніямъ, отъ степени распространенія которыхъ и зависитъ, будетъ ли плодъ развиваться дальше, или же онъ умретъ и затѣмъ извергнется преждевременно.

Эта соединительнотканная гиперплазія *dec. serotinae* бываетъ особенно сильно развита при сифилисѣ матери. Дѣло доходитъ здѣсь до гуммозныхъ разрощений *dec. serotinae*, которыя, на подобіе клиньевъ, проникаютъ между отдѣльными дольками плаценты²⁾. Они состоятъ изъ плотной крупноклѣтковой соединительной ткани, въ которой мѣстами встрѣчаются обильныя скопленія болѣе молодыхъ клѣтокъ. Наружные слои этихъ узловъ имѣютъ бѣловатый цвѣтъ и фиброзную консистенцію, а центральные слои представляются желтоватыми и болѣе мягкими. При сифилисѣ отца образуется набуханіе зародышевой части плаценты, т. е. ворсинокъ хоріона; но объ этомъ мы еще будемъ говорить впоследствии.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до гнойнаго эндометрита. Гной встрѣчается въ отпадающей оболочкѣ, а также между ворсистою и водною³⁾. [Подробности объ этомъ см. ниже, въ главѣ о новообразованіяхъ плаценты].

Особенно значительныя степени воспаленія отпадающей оболочки наблюдаются при мертвомъ плодѣ; но дѣло происходитъ здѣсь несомнѣнно такимъ образомъ, что заболѣваніе отпадающей оболочки сначала вызываетъ смерть плода, а затѣмъ присоединяются еще и дальнѣйшія измѣненія. Мы знаемъ, правда, что и послѣ смерти плода отпадающая оболочка сохраняетъ живую связь съ хоріономъ и представляетъ различнаго рода измѣненія; но измѣненія эти всегда носятъ характеръ обратнаго развитія или совершенно неправильнаго разрастанія, между тѣмъ какъ здѣсь часто оказываются довольно характеристичныя формы такого-же воспаленія отпадающей оболочки, какое наблюдается и въ другихъ случаяхъ.

Если разрастаніе отпадающей оболочки усилено только въ умѣрен-

¹⁾ Simpson, Edinb. m. J. April 1836, p. 274.—Scanzoni, Prag. Vierteljahrresschr. 1849. I.—Hegar, Die Path. u. Ther. d. Placentarretention. Berlin 1862.—Matthai, Gaz. des hôp. 1864, No. 98.—Hegar und Maier, Virchow's Archiv 1867. März, p. 387; Maier, M. f. G., B. 32, p. 442, и Virchow's Archiv 1869, B. XLV, p. 305.—²⁾ См. Virchow, Die krankh. Geschwülste. II, p. 480; Slavjanskij, Prager Vierteljahrsschr. 1871, B. CIX, p. 130; Kleinwächter, e. l. 1872, B. II, p. 93, и Fränkel, Arch. f. Gyn., B. V, p. 45.—³⁾ См. Donat, Arch. f. Gyn., B. XXIV, p. 481.

ной степени, то оно не препятствуетъ развитію яйца и не нарушаетъ дальнѣйшаго теченія беременности; кромѣ того, оно можетъ въ такихъ случаяхъ и не сопровождаться никакими особенными явленіями. Периферія яйца, если оболочки его во время родовъ отдѣлились въ глубокихъ слояхъ, покрыта необычайно толстою и шероховатою отпадающею оболочкою; если же онѣ отдѣлились въ слояхъ болѣе поверхностныхъ, то послѣродовыя очищенія имѣютъ очень густую консистенцію, а иногда въ послѣродовомъ періодѣ извергаются даже сплошные куски отпадающей оболочки.



Рис. 102. Endometritis decidua tuberosa, по Virchow'у. Обращенная къ яйцу поверхность отпадающей оболочки, покрытая буграми. *a*—болѣе мелкія, *b*—болѣе широкія отверстія железъ.

Но гораздо чаще бываетъ такъ, что въ случаяхъ, когда на извергнутомъ яйцѣ оказываются воспалительные процессы въ отпадающей оболочкѣ, существовали во время беременности различнаго рода симптомы, изъ которыхъ всего болѣе бросается въ глаза увеличенное отдѣленіе секрета отпадающей оболочки. Это увеличенное отдѣленіе выражается время отъ времени истеченіемъ жидкости, которое описывается подъ именемъ *hydrorrhoea uteri gravidi*¹⁾, въ качествѣ особаго заболѣванія.

Секретъ скопляется, повидимому, между *dec. reflexa* и *dec. vera*, гораздо рѣже—между отпадающею и ворсистою оболочками, и по временамъ извергается наружу, въ послѣднемъ случаѣ—послѣ предварительнаго прободенія *dec. reflexa*. Болѣе значительныя количества этой желтоватой серозной, иногда кровянисто-окрашенной жидкости (до 1 фунта или еще больше) опорожняются, конечно, только въ послѣдніе мѣсяцы беременности, тогда какъ просачиваніе ея отдѣльными каплями встрѣчается уже начиная съ 3-го мѣсяца.

¹⁾ Chassinat, Gaz. de Paris 1858, No. 29 etc. (см. M. f. G., B. 15, p. 465.)—C. Braun, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1858. No. 17, p. 257.—C. Hennig, Der Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile. Leipz. 1862, p. 48.—Hegalt, M. f. G., B. 22, pp. 299 и 437 (ср. B. 25, Suppl., p. 64).—Macdougall, Edinburgh med. J. Febr. 1885, p. 691.

Въ большинствѣ случаевъ беременность прерывается вслѣдствіе того, что изверженіе серозной жидкости возбуждаетъ потужную дѣятельность матки; но иногда она достигаетъ своего нормального конца.

Зависимость отъ общей гидрэміи не можетъ быть доказана; гораздо чаще бываетъ такъ, что еще до беременности существовалъ эндометритъ, который по наступленіи ея и вызываетъ описанныя явленія.

Въ другихъ случаяхъ воспалительное раздраженіе дѣйствуетъ иначе. Такъ напр., могутъ образоваться кровоизліянія въ гиперэмированную слизистую оболочку, которыя прерываютъ беременность, либо первичнымъ путемъ, возбуждая потужную дѣятельность матки, либо уже послѣдовательно, т. е. вызывая сначала смерть плода. Но плодъ можетъ умереть и при отсутствіи кровоизліяній въ оболочки яйца, повидимому — вслѣдствіе того, что разрастающаяся decidua отнимаетъ у него питательный матеріалъ.

Въ виду того, что *endometritis decidua* часто прерываетъ беременность, она представляетъ очень важное заболѣваніе беременной матки. Даже и въ случаяхъ, не зависящихъ отъ сифилиса, этотъ эндометритъ нерѣдко имѣетъ своимъ послѣдствіемъ привычное умираніе плода въ первые мѣсяцы беременности.

Воспаленіе *dec. serotinae* имѣетъ важное значеніе для изгнанія плаценты. Дѣло въ томъ, что, благодаря боьшей хрупкости молодой разрастающейся ткани, легко могутъ оторваться куски послѣда, которые и остаются на маточной стѣнкѣ, особенно, если между ворсинками уже существуетъ рубцовое сморщиваніе этой ткани.

Мы склонны думать, что съ этимъ процессомъ находятся въ связи нѣкоторыя аномаліи теченія выкидыша, а именно — частичное задержаніе плаценты и кровотеченія, наступающія послѣ выкидыша.

Примѣч. Но и нѣкоторыя другія разстройства въ теченіи беременности, обнаруживающіяся со стороны самой матки или со стороны общаго состоянія, находятся въ связи съ заболѣваніемъ отпадающей оболочки, какъ мы склонны это думать на основаніи изслѣдованія плодныхъ яицъ, извергнутыхъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ существовали подобныя разстройства. Сюда относятся, прежде всего, боли въ маткѣ, часто появляющіяся безъ всякой опредѣленной причины; кромѣ того, по нашему мнѣнію вѣроятно, что и чрезмерно сильная, такъ наз. неукротимая рвота беременныхъ имѣетъ свою причину въ усиленномъ раздраженіи, исходнымъ пунктомъ котораго служитъ воспаленная слизистая оболочка матки.

Распознаваніе во время беременности бываетъ легкимъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ *hydrogthoea*, такъ какъ смѣшать эту послѣднюю возможно только съ преждевременнымъ истеченіемъ околоплодной жидкости, вслѣдъ за которымъ всегда, однако, наступаютъ роды. Въ остальныхъ же случаяхъ констатировать эту болѣзнь съ положительностью возможно только на извергнутомъ уже яйцѣ; предполагать ее мы имѣемъ право тогда, когда во время беременности, безъ всякаго повода, появляются боли въ маткѣ, кровотеченія или другія

разстройства. Особенное же значеніе имѣть анатомическій діагнозъ на извергнутомъ яйцѣ въ виду того, что онъ открываетъ намъ причину наступленія выкидыша и доставляетъ важныя указанія къ предупрежденію его на будущее время.

Лѣченіе должно быть направлено къ тому, чтобы, — конечно, при появленіи вышеописанныхъ симптомовъ, — были устранены всякія вредныя вліянія, согласно правиламъ, которыя будутъ нами изложены по поводу выкидыша. Но изъ-за того только, что эндометритъ часто бываетъ причиною выкидыша, мы еще не должны безъ разбора держать очень долгое время въ постели всякую беременную, у которой появилось кровотеченіе. Дѣйствительно полезной терапіи во время беременности не существуетъ, ибо мы не знаемъ такихъ средствъ, которыя ограничивали бы гиперплазію воспаленной слизистой оболочки. Для предупрежденія возвратовъ, которые очень часто появляются въ послѣдующія беременности, необходимо въ промежуточное время, когда женщина не беременна, лѣчить эндометритъ различными средствами, смотря по степени его развитія. Выскабливаніе полости матки и внутриматочныя впрыскиванія t-rae jodii, конечно, оказываются всего болѣе дѣйствительными.

Metritis.

Воспаленіе самой паренхимы беременной матки встрѣчается, во всякомъ случаѣ, рѣдко. Обыкновенно оно бываетъ распространено по всему органу, появляясь уже какъ послѣдовательное состояніе, вызванное ненормальнымъ положеніемъ матки, особенно при *retroflexio uteri gravidi*, а иногда оно ограничивается лишь отдѣльными ея частями. Возможно также, что нѣкоторые загадочные случаи самопроизвольнаго разрыва матки, наступающаго во время беременности или во время родовъ, должны быть объяснены ограниченнымъ воспалительнымъ размягченіемъ, вслѣдствіе котораго матка легче разрывается.

Perimetritis.

Сильная гиперэмія серознаго покрова матки, существующая во все продолженіе беременности, не имѣетъ склонности переходить въ воспалительное состояніе. Ясно выраженные периметриты или общіе перитониты во время беременности встрѣчаются вообще очень рѣдко, да и то только тогда, когда къ этому имѣются особенныя причины, какъ напиримѣръ — зараженіе (главнымъ образомъ при преступномъ выкидышѣ), изліяніе гноя изъ Фаллопиевой трубы въ полость брюшины, разрывъ матки и т. п.

Новообразования.

Міомы. (Ср. патологию родовъ).

Міомы матки имѣютъ для беременности весьма различное значеніе, смотря по тому мѣсту, гдѣ онѣ находятся.

Подбрюшинныя міомы уменьшаютъ возможность зачатія и видоизмѣняютъ теченіе беременности только тогда, когда размѣры ихъ очень велики. Присутствіе ихъ легко обнаруживается при ощупываніи; однако, небольшія міомы могутъ быть ошибочно приняты за мелкія части плода.

Промежуточныя (интерстиціальныя) міомы чрезвычайно сильно препятствуютъ зачатію, особенно, если онѣ, помѣщаясь вблизи внутренняго зѣва, суживаютъ его просвѣтъ. Беременность, коль скоро она наступила, продолжается иногда безпрепятственно до нормальнаго срока, особенно если опухоли не слишкомъ велики; часто, однако, дѣло оканчивается выкидышемъ или преждевременными родами.

Подслизистыя міомы, сидящія то на болѣе широкомъ, то на болѣе узкомъ основаніи, допускаютъ наступленіе зачатія лишь въ чрезвычайно исключительныхъ случаяхъ. Если беременность наступила, то обыкновенно она прерывается выкидышемъ и только въ рѣдкихъ случаяхъ достигаетъ нормальнаго срока. Если подслизистая міома сидитъ на ножкѣ, то во время беременности могутъ появляться очень опасныя кровотеченія, особенно въ такихъ случаяхъ, когда полипъ развивается изъ маточной шейки.

Рис. 103. Беременность при подбрюшинныхъ міомахъ. (Рисунокъ съ препарата.)

Вліяніе беременности на міомы выражается въ нѣкоторыхъ случаяхъ усиленнымъ ростомъ опухолей (иногда, впрочемъ, только кажущимся, вслѣдствіе увеличенія матки) и отечнымъ размягченіемъ ихъ, которое часто происходитъ лишь во время родовъ или въ послѣродовомъ періодѣ. Сирриэ¹⁾, въ одномъ случаѣ подбрюшинной міомы, нашель, что опухоль была скручена вокругъ своей оси, вѣроятно — вслѣдствіе паденія; затѣмъ наступила гангрена, которая окончилась смерью. Крюкенберг²⁾ также наблюдалъ во время беременности омертвѣніе міомы, со смертельнымъ исходомъ.

¹⁾ Transact. of the Edinburgh Obst. Soc. III, p. 325. —²⁾ Arch. f. Gyn., B. XXI, p. 166.

Распознаваніе представляетъ значительныя трудности. Анамнезъ часто не направляетъ нашего вниманія на существующую беременность, такъ какъ кровотеченія, бывшія уже раньше, не прекращаются и во время беременности. Всего болѣе бросается въ глаза быстрый ростъ матки и существованіе въ ней ограниченнаго участка, имѣющаго мягкую консистенцію ¹⁾). При нѣкоторой опытности можно на основаніи этого признака распознать наступившую беременность прежде еще, чѣмъ стануть слышны сердечные звуки плода.

Установить опредѣленныя правила для терапевтическаго вмѣшательства очень трудно. Если міомы сидятъ не въ нижнемъ сегментѣ матки, а слѣдовательно не ограничиваютъ ёмкости таза, и если опухоли не настолько велики, чтобы беременность не могла достигнуть приблизительно своего нормальнаго срока, то слѣдуетъ выждать наступленія потугъ.

Но если условія болѣе неблагоприятны, то предсказаніе относительно родовъ всегда серьезно. Поэтому въ случаяхъ, въ которыхъ уже помимо беременности существуетъ показаніе къ міотоміи, должна быть произведена названная операція, и если возможно — подъ конецъ беременности, чтобы оставалась еще надежда получить живаго младенца. Если ждать такъ долго невозможно, то слѣдуетъ ампутировать беременную матку вмѣстѣ съ опухолью. Удалить міому, сидящую на ножкѣ, и въ то же время сохранить беременную матку бываетъ возможно лишь очень рѣдко. Въ случаяхъ, оперированныхъ по такому способу Schroeder'омъ ²⁾, Landau ³⁾ и А. Martin'омъ ⁴⁾, беременность достигла нормальнаго срока и были рождены живые младенцы. Но въ случаяхъ, въ которыхъ не существуетъ показанія къ міотоміи, слѣдуетъ по возможности раньше производить искусственный выкидышъ. Хотя изъ опыта извѣстно, что даже неблагоприятно сидящія міомы могутъ во время родовъ отодвинуться вверхъ и пропустить около себя младенца, однако для матери искусственный выкидышъ представляетъ наилучшіе шансы, въ виду тѣхъ многочисленныхъ опасностей, которыя угрожаютъ ея жизни во время родовъ и даже еще въ послѣродовомъ періодѣ.

Р а к ъ. (Ср. патологию родовъ).

Одно изъ самыхъ пагубныхъ осложненій беременности представляетъ ракъ матки, который первичнымъ образомъ развивается почти исключительно на маточной шейкѣ. Зачатіе обыкновенно наступаетъ, правда, только въ такихъ случаяхъ, гдѣ раковая опухоль находится еще въ первоначальныхъ стадіяхъ своего развитія; но, благодаря увеличенному притоку соковъ къ беременной маткѣ, разрастаніе и вмѣстѣ съ тѣмъ распаденіе новообразованныхъ массъ такъ значительно усиливаются, что

¹⁾ Schroeder, Arch. f. Gyn., B. V., p. 398.—²⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. V., p. 396.—³⁾ Berliner klin. Woch. 1885, No. 13.—⁴⁾ Ztschr. f. Geb. u. Gyn. XII, p. 430.

во время беременности болѣзнь дѣлаетъ быстрые успѣхи. Часто наступаетъ выкидышъ; но иногда происходитъ разрывъ въ ткани самой опухоли, потому что новообразованныя массы не могутъ растягиваться наравнѣ съ увеличивающеюся маткою. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ, особенно когда болѣзнь еще не очень распространена, беременность достигаетъ нормальнаго срока.

Распознаваніе не трудно, потому что маточная шейка представляетъ здѣсь совершенно такія же измѣненія, какъ при раковыхъ опухоляхъ, не осложненныхъ беременностью.

Предсказаніе, даже помимо того, что при ракѣ оно уже само по себѣ неблагоприятно, еще болѣе ухудшается въ этихъ случаяхъ, такъ какъ опасности, существующія во время беременности, а особенно — во время родовъ и послѣродоваго періода, настолько велики, что очень многія матери вслѣдствіе нихъ погибаютъ. Жизнь младенца также подвергается большой опасности, въ виду возможнаго наступленія выкидыша и въ виду тѣхъ затрудненій, которыя могутъ представиться при родахъ.

Лѣченіе уже во время беременности должно быть оперативное, въ большей степени, чѣмъ это было до сихъ поръ. Если раковая опухоль еще настолько ограничена, что можно надѣяться на ея радикальное удаленіе, то операція, безъ всякаго сомнѣнія, представляетъ единственно рациональное средство, и тогда она должна быть произведена, не взирая на беременность, въ такихъ размѣрахъ, въ какихъ это требуется степенью распространенія процесса. Spencer Wells ¹⁾ благополучно удалилъ, посредствомъ лапаротоміи, всю матку на 6-мъ мѣсяцѣ беременности. Bischoff ²⁾, соединивъ, въ концѣ беременности, операцію Freund'a съ кесарскимъ сѣченіемъ, получилъ живаго младенца.

Но если раковая опухоль достигла такихъ размѣровъ, что о радикальномъ удаленіи ея нельзя и думать, то все-таки, по крайней мѣрѣ — въ большинствѣ случаевъ, существуетъ показаніе къ тому, чтобы предпринять во время беременности палліативное удаленіе новообразованныхъ массъ ³⁾. Для матери это даетъ ту выгоду, что устраняются чрезвычайно тягостныя симптомы (кровотеченія и ихорозное разложеніе), а самые роды, насколько можно судить по немногимъ уже имѣющимся наблюдениямъ, протекаютъ болѣе безопасно, такъ что больныя умираютъ только впоследствии, при появленіи рецидива. Что же касается младенца, то и для него шансы улучшаются, благодаря облегченію родоваго акта. Выкидышъ, даже послѣ весьма энергическихъ операцій (напр., послѣ прижиганія каленымъ желѣзомъ, введеннымъ глубоко въ цервикальный каналъ), наступаетъ, какъ кажется, только тогда, когда имѣ-

¹⁾ Brit. med. J. Nov. 26. 1881.—²⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. X, p. 14.—

³⁾ Rutledge, Diss. inaug. Berlin 1876, и Benicke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. I, p. 337.

ются къ этому особыя причины (заболѣванія яйца, очень высокая лихорадка послѣ операци).

Опухоли сосѣднихъ органовъ.

(Ср. патологию родовъ).

Опухоли яичниковъ суть почти единственные, осложненіе которыхъ беременностью представляетъ для насъ какой нибудь интересъ. Если величина этихъ опухолей незначительна, то беременность протекаетъ нормально; мало того, самое присутствіе ихъ нерѣдко констатируется лишь въ послѣродовомъ періодѣ. Нѣсколько болѣе значительныя опухоли только усиливаютъ обычные симптомы, свойственные беременности; однако, даже не очень большія кисты яичниковъ, въ особенности если онѣ фиксированы сращеніями вблизи малаго таза, могутъ быть причиною того, что беременность не достигнетъ нормальнаго срока.

Иное дѣло—очень большія кисты яичниковъ. Выкидышъ вызывается ими, повидимому, не особенно часто, но за то въ концѣ беременности онѣ причиняютъ самыя серьезныя разстройства и опасности. Вслѣдствіе необыкновенно сильнаго растяженія живота, отека нижней половины тѣла, а въ особенности—разстройства дыханія, могутъ достигнуть такой степени, что противъ нихъ должны быть приняты мѣры. Кромѣ того, угрожаетъ опасность разрыва кисты, да и скручиваніе опухоли яичника вокругъ ея оси встрѣчается во время беременности довольно часто.

Распознаваніе беременности, при тщательномъ изслѣдованіи, обыкновенно можетъ быть сдѣлано съ полною точностью. Прежде всего, уже самое неоявленіе менструаціи у женщинъ, страдающихъ опухолью яичника, не должно быть принимаемо за нѣчто естественное, а всегда должно возбуждать подозрѣніе относительно беременности. Если объемъ живота при этомъ увеличивается довольно быстро, то сказанное подозрѣніе еще болѣе подкрѣпляется. Точное распознаваніе беременности должно быть установлено посредствомъ ощупыванія, которое при нормальномъ положеніи матки приводитъ къ цѣли безъ всякаго труда; если же матка находится позади опухоли, то и въ такомъ случаѣ ощупываніе вполне выясняетъ дѣло, коль скоро маточная шейка предварительно вытянута книзу Мюзеевскими щипцами. (Нерѣдко при этомъ удается вытянуть искривленную взадъ беременную матку изъ-подъ опухоли яичника и перемѣстить ее впередъ).

Выжидательная терапія при большихъ опухоляхъ яичника невозможна, въ виду тѣхъ серьезныхъ разстройствъ и опасностей, которыми онѣ сопровождаются. Судя по новѣйшимъ наблюденіямъ, производство овариотоміи,—и при томъ, если возможно, въ первые мѣсяцы беременности,—должно быть признано единственно рациональнымъ способомъ лѣченія. Во всякомъ случаѣ, оно здѣсь не болѣе опасно, чѣмъ при

обыкновенныхъ условіяхъ. Если же оваріотомія противопоказана, то при значительныхъ разстройствѣхъ, а особенно — при угрожающей одышкѣ, можетъ потребоваться проколъ, какъ палліативное средство. Проколъ въ этихъ случаяхъ точно также не болѣе опасенъ, чѣмъ у женщинъ небеременныхъ. Къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не существуетъ здѣсь никакого показанія¹⁾.

Примѣч. Оваріотомія во время беременности производилась уже неоднократно, при чемъ въ однихъ случаяхъ беременность была распознана до операции, а въ другихъ — нѣтъ. Schroeder произвелъ эту операцію надъ 16 беременными (всегда на основаніи точно установленнаго діагноза). Изъ числа матерей ни одна не умерла отъ операции (одна изъ нихъ выкинула черезъ 7 недѣль послѣ операции и въ концѣ концовъ умерла отъ послѣродоваго заболѣванія), а изъ 15-ти младенцевъ (въ 1-мъ случаѣ были двойни) 13 родились живыми и 2 погибли вслѣдствіе преждевременнаго наступленія родовъ²⁾. Spencer Wells³⁾, изъ 9-ти оперированныхъ, потерялъ одну больную, и въ 5-ти случаяхъ беременность достигла нормальнаго срока. Olschhausen произвелъ оваріотомію надъ 14 беременными, и всѣ онѣ остались живы; въ большинствѣ этихъ 14-ти случаевъ роды наступили своевременно.

Въ свою очередь, беременность не остается безъ вліянія на кисты яичниковъ. Правда, еще подлежитъ сомнѣнію, чтобы ростъ опухоли обыкновенно усиливался во время беременности; но, съ другой стороны, нерѣдко развиваются мѣстные перитониты съ образованіемъ сращеній, а особенно слѣдуетъ опасаться перекручиванія опухоли вокругъ ея оси.

Примѣч. Иногда, впрочемъ, наблюдаются и такіе случаи, гдѣ ростъ кисты во время беременности какъ будто задерживается, и въ ней происходитъ регрессивный метаморфозъ. О подобныхъ случаяхъ сообщаетъ Milne⁴⁾, но только второй изъ нихъ дѣйствительно можетъ быть отнесенъ къ этой категоріи. Кисты обыкновенно еще долго послѣ родовъ остаются вялыми на оцупъ; причина заключается въ томъ, что во время беременности онѣ не могутъ, рядомъ съ увеличенною маткою, удержать свою шарообразную форму, а по наступленіи родовъ, когда онѣ опять принимаютъ эту форму, напряженіе ихъ по необходимости уменьшается. Но это уменьшенное наполненіе кисты вскорѣ уравнивается увеличеннымъ отдѣленіемъ секрета, и только въ очень исключительныхъ случаяхъ (быть можетъ, даже безъ перекручиванія опухоли вокругъ ея оси) оно можетъ положить начало регрессивному метаморфозу.

Аномаліи влагалища.

Слизистая оболочка влагалища во время беременности представляется набухшею и отдѣляетъ увеличенное количество секрета уже при физиологическихъ условіяхъ. Отчасти это набуханіе бываетъ равномернo распространено въ подслизистой ткани; но во многихъ случаяхъ, особенно у первородящихъ, образуется гипертрофія сосочковъ, которая придаетъ

¹⁾ London Obst. Tr. IX, p. 82; XI, pp. 200, 251, 263 [Spencer Wells, Diseases of the ovaries. London 1872, p. 167]; XIII, p. 275.—Donmairon, Et. s. l. cystes ovariques etc. Thèse. Strasbourg 1868.—Hartmann, M. f. G., B. 33, p. 196.—²⁾ Stratz, Centr. f. Gyn. 1886, No. 9 (цифры по отношенію къ младенцу общены невѣрно).—³⁾ Obstetr. Transact. XIX, p. 185.—⁴⁾ Tr. Edinb. Obst. Soc. III, p. 344.

слизистой оболочкѣ влагалища своеобразно шероховатый зернистый видъ. Встрѣчается ли такая зернистость исключительно при бленнорреѣ влагалища,—это еще подлежитъ сомнѣнію. Во всякомъ случаѣ, для возникновенія ея требуется, во первыхъ, болѣе продолжительное и сильное состояніе раздраженія (катарръ), а во вторыхъ—гиперемія влагалища во время беременности. У женщинъ не-беременныхъ подобное состояніе наблюдается чрезвычайно рѣдко.

Еще болѣе своеобразный видъ принимаетъ слизистая оболочка влагалища, если въ ней образуются многочисленныя мелкія кисты. Последнія сидятъ на широкомъ основаніи, нѣсколько приплюснуты и тѣсно скучены, такъ что придають слизистой оболочкѣ сходство съ кукурузой. Это своеобразное измѣненіе впервые было описано Winckel'emъ¹⁾ подъ именемъ «colpohyperplasia cystica». Schroeder нашелъ у одной родильницы, что содержимое этихъ кистъ состояло изъ воздуха²⁾. Съ тѣхъ поръ сообщенъ еще цѣлый рядъ другихъ наблюденій, которыя въ значительной степени согласны между собою на счетъ внѣшней формы этой болѣзни, но сильно расходятся въ ея истолкованіи³⁾. Наиболѣе естественнымъ казалось предположеніе, что дѣло идетъ о развитіи газовъ въ наполненныхъ слизью железистыхъ углубленіяхъ слизистой оболочки, которыя прежде были открыты, а впослѣдствіи закрылись. По микроскопическимъ изслѣдованіямъ Ruge, пузырьки воздуха находятся въ щеляхъ подслизистой соединительной ткани, а по изслѣдованіямъ Chiari—въ лимфатическихъ пространствахъ.

Отдѣленіе влагалищнаго секрета можетъ достигнуть такой степени, что представляетъ очень тягостную бленноррею. Последняя довольно часто бываетъ триппернаго происхожденія, при чемъ секретъ легко принимаетъ гнойный характеръ и можетъ сдѣлаться чрезвычайно обильнымъ. Въ случаяхъ, не основанныхъ на трипперѣ, влагалищное отдѣленіе представляется болѣе густымъ, бѣлымъ, сливкообразнымъ. Лѣченіе то же самое, какъ у женщинъ не-беременныхъ, но результаты его менѣе успѣшны.

Иногда катарръ влагалища бываетъ осложненъ развитіемъ грибовъ (mykosis). При этомъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ его, а особенно — во входѣ, встрѣчаются бѣлыя или сѣро-желтоватыя бляшки, плотно сидяція на покраснѣвшемъ основаніи, а иногда влагалище даже совершенно выполнено бѣловатыми рыхлыми массами, и эти бляшки или

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. II, p. 383.—²⁾ Deutsches Arch. f. klin. Med. XIII, p. 538.—

³⁾ Schmolling, D. i. Berlin 1875; Breisky, Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1875, p. 430; Eppinger, Prager Vierteljahrsschr., B. CXX, p. 33; Naescke, Arch. f. Gyn., B. IX, p. 461; Zweifel, e. l., B. XII, p. 39, и B. XVIII, p. 359; Chénévère, e. l., B. XI, p. 351; Ruge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. II, p. 29; Lebedeff, Arch. f. Gyn., Bd. XVII, p. 132; Hückel, Virchow's Archiv, Bd. 93, H. 2; Chiari, Prager Zeitschr. f. Heilkunde, B. 6, p. 81.

рыхлыя массы состоятъ исключительно изъ грибовъ (см. рис. 104 *a*). Иногда это не сопровождается почти никакими симптомами, но обыкновенно бываетъ неприятный зудъ ¹⁾).

Грибки устраняются спринцеваніями влагалища, лучше всего — $\frac{1}{2}$ 0/0 растворомъ карболовой кислоты или мѣднаго купороса. *Trichomonas vaginalis*, — инфузорія, очень часто находимая во влагалищѣ, — не причиняетъ никакого вреда.

Кровотеченія изъ влагалища или изъ наружныхъ половыхъ частей встрѣчаются во время беременности очень рѣдко. Они могутъ происходить изъ лопнувшихъ варикозныхъ узловъ, но чаще встрѣчаются при отсутствіи таковыхъ. Если кровотеченіе происходитъ наружу, то его слѣдуетъ лѣчить по обыкновеннымъ правиламъ; если же кровь изли-

вается въ самую ткань (*thrombus vaginae s. vulvae*), то стараются посредствомъ холода предотвратить дальнѣйшее кровотеченіе и, достигнувъ этого, вскрываютъ опухоль ²⁾).

Аномаліи грудей.

Гиперемія грудей и отдѣленіе молока, начинающіяся уже во время беременности, могутъ усилиться до такой степени, что развиваются болѣе легкія формы паренхиматознаго мастита. Грудь сильно опухаетъ, становится красною, напряженною, чувствительною. Это начинающееся воспаление легко можетъ быть прервано выдавливаніемъ молока и возбужденіемъ кишечной перистальтики; но и безъ всякаго лѣченія оно обыкновенно проходитъ, не оставляя никакихъ послѣдствій, и только въ рѣдкихъ случаяхъ превращается въ гнойный маститъ. Сравнительно гораздо чаще, но все еще довольно рѣдко, этотъ послѣдній развивается у беременныхъ подъ вліяніемъ травматическихъ поврежденій.

¹⁾ L. Mayer, M. f. G., B. 20, p. 2; Winkel, Berl. kl. Wochenschr. 1866, No. 23; Haussmann, Die Parasiten der weibl. Geschlechtsorgane etc. Berlin 1870.
—²⁾ v. Franque, Wiener med. Presse. 1865, No. 47.



Рис. 104. Влагалищный секретъ у беременныхъ
(по L. Gerlach'у).
a — мостовидный эпителий влагалища, со спорами грибовъ; *b* — *trichomonas vaginalis*; *c* — слизистыя тѣльца.

Болезни плоднаго яйца.

Развитіе его въ ненормальномъ мѣстѣ. Внѣматочная беременность. Graviditas extrauterina.

Литература. Heim, Horn's Archiv. N. F. 1812. I. 1 (см. Wittlinger's Analecten. I. 2, p. 331).—Dezeimeris, Journ. des conaiss. med.-chir. 1836 (см. Annal. f. Frauenkr. B. III. Leipzig 1842, p. 111).—Campbell, Abh. über d. Schwang. ausser d. Gebärmutter von Ecker. Karlsruhe u. Freiburg 1841.—Meissner, Frauenzimmerkrankheiten III. 1. Abth. Leipzig 1846, p. 459.—Kiwisch, Klin. 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 Cauwenbergh, De la grossesse extrauterine. Bruxelles 1867.—Keller, Des grossesses extrauterines etc. Paris 1872.—Depaul, Arch. de tocologie. Janvier 1874—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 Eileiterschwangerschaft. Stuttgart 1884.—Werth, Beitr. z. Anatomie etc. Stuttgart 1887.—Wyder, Arch. f. Gyn., B. XXVIII, p. 325.

Оплодотворенное яйцо въ исключительныхъ случаяхъ не попадаетъ въ матку, а развивается внѣ ея, именно—въ свободной полости брюшины, или въ яичникѣ, или въ Фаллопиевой трубѣ.

Что касается возникновенія этой интересной и опасной аномалии, то самый фактъ оплодотворенія внѣ матки не нуждается въ особомъ объясненіи, такъ какъ у животныхъ сѣмянные нити были находимы на поверхности яичника и во всей тазовой части брюшной полости, да и у человѣка возможность прониканія ихъ на такое же далекое разстояніе доказана случаями наружнаго передвиженія яйца. Болѣе трудно рѣшить въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, по какой именно причинѣ яйцо не попало въ матку. Конечно, разрывъ Граафова пузырька въ яичникѣ можетъ произойти на такомъ далекомъ разстояніи отъ брюшнаго конца Фаллопиевой трубы, что теченіе серозной жидкости, идущее въ брюшной полости по направленію къ этому послѣднему, уже не въ состояніи оказать на яйцо достаточнаго дѣйствія; возможно и то, что, вслѣдствіе ненормально усиленнаго движенія брюшныхъ внутренностей, а особенно—кишечника, яйцо насильственно отклоняется отъ своего пути,—или, что мерцательныя движенія въ Фаллопиевой трубѣ совершенно или отчасти прекратились вслѣдствіе ея катаррального воспаленія, повлекшаго за собою уничтоженіе клѣтокъ мерцательнаго эпителия,—или, что брюшной конецъ соответствующей Фаллопиевой трубы закрытъ, и оплодотворяющее сѣмя попадаетъ изъ отверстія другой трубы въ полость брюшины. Всѣ эти обстоятельства, сами по себѣ, вполне возможны, но констатировать ихъ очень трудно.

Возникновеніе трубной беременности приписывалось особымъ измѣненіямъ въ Фаллопиевой трубѣ. Последняя въ такихъ случаяхъ могла

пропустить въ себя мужское сѣмя для оплодотворенія яйца, но самое яйцо могло остановиться въ ней или потому, что оно застряло въ складкѣ слизистой оболочки, или потому, что Фаллопіева труба слишкомъ для него узка. [Въ случаѣ Веск'а¹⁾ поступленію яйца въ полость матки воспрепятствовалъ небольшой полипъ, сидѣвшій на слизистой оболочкѣ внѣматочной части Фаллопіевой трубы, а въ случаѣ Breslau²⁾, вѣроятно, полипъ не игралъ никакой роли]. Но можетъ случиться и то, что при зарощеніи лѣвой, напримѣръ, Фаллопіевой трубы въ такой части ея, которая лежитъ поближе къ маткѣ, мужское сѣмя проникнетъ черезъ брюшное отверстіе правой трубы въ полость брюшины и оплодотворитъ здѣсь яйцо, выдѣленное лѣвымъ яичникомъ. Если это оплодотворенное яйцо попадетъ въ брюшной конецъ соответствующей (лѣвой) трубы, то, дойдя до зарощеннаго мѣста, оно, разумѣется, должно будетъ остановиться. Возможно также, что катарръ Фаллопіевой трубы, повлекшій за собою уничтоженіе рѣсничекъ, совершенно остановилъ дальнѣйшее поступательное движеніе яйца или, по крайней мѣрѣ, замедлилъ его настолько, что въ то время, когда яйцо стремится вступить въ соединеніе съ окружающими частями, оно еще находится въ Фаллопіевой трубѣ. Суженіе или полное зарощеніе этой послѣдней чаще всего бываетъ обусловлено старымъ периметритомъ, повлекшимъ за собою образованіе перегибовъ и перетяжекъ въ Фаллопіевой трубѣ³⁾. Такіе мѣстные перитониты далеко не составляютъ рѣдкости. Они могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ полное безплодіе или, по крайней мѣрѣ, въ высшей степени затруднять зачатіе. Съ этимъ вполне гармонируетъ тотъ фактъ, что, съ одной стороны, у первородящихъ внѣматочная беременность довольно часто наблюдалась послѣ долгихъ лѣтъ бесплоднаго супружества, а, съ другой стороны, появленію внѣматочной беременности у многородящихъ очень часто предшествовалъ довольно продолжительный періодъ, въ теченіе котораго онѣ совсѣмъ не рожали; наконецъ, у многородящихъ эта аномалія встрѣчается вообще чаще, нежели у первородящихъ.

Наблюденіями вполне доказано, что внѣматочная беременность встрѣчается чаще на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой; но объяснить этотъ фактъ довольно трудно.

Примѣч. Случай Nassfurthera (см. вып. I, стр. 29) доказываетъ, впрочемъ, что трубная беременность, хотя и чрезвычайно рѣдко, можетъ возникнуть вслѣдствіе внутренняго передвиженія яйца, т. е. вслѣдствіе того, что яйцо, нормальнымъ образомъ попавшее въ полость матки, поступило отсюда въ противоположную Фаллопіеву трубу.

Единственную въ своемъ родѣ этиологію брюшной внѣматочной беременности наблюдалъ Коеберlé, именно у одной дамы, у которой онъ вырѣзалъ матку, по причинѣ фиброида. Зачатіе послѣдовало черезъ фистулу, оставшуюся въ рубцѣ маточной

¹⁾ Illustr. med. Z. 1852. В. II, p. 192.—²⁾ M. f. G., В. 21. Suppl., p. 119.—³⁾ Virchow, Ges. Abh. Frankfurt 1856, p. 795; Hecker, l. c., p. 93.

шейки; такъ какъ матка отсутствовала, то беременность, отъ которой эта дама умерла, необходимо должна была быть внѣматочною.

Послѣ всего сказаннаго нами объ этиологiи внѣматочной беременности не можеть назваться удивительнымъ, что въ литературѣ имѣется рядъ случаевъ, въ которыхъ одновременно существовали *graviditas uterina* и *extrauterina*. Brown¹⁾ сопоставилъ 24 подобныхъ случая. Помимо нѣкоторыхъ наблюденiй, не вполне достовѣрныхъ, такіе случаи были сообщены Goesmann'омъ²⁾, Pellischek'омъ³⁾, Coork'омъ⁴⁾, Sager'омъ⁵⁾, Landon'омъ⁶⁾, Pollack'омъ⁷⁾, Argles'омъ⁸⁾, Rossnig'омъ⁹⁾, Wilson'омъ¹⁰⁾, H. Veilapand'омъ¹¹⁾, Clarke'омъ¹²⁾ и Pennefather'омъ¹³⁾. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ исходъ для матери былъ благоприятный. Въ случаѣ Beach'a¹⁴⁾ внѣматочный плодъ былъ выкинутъ послѣ 6 недѣль, между тѣмъ какъ двойни въ животѣ развились до полной зрѣлости. Sale¹⁵⁾ удалилъ сначала у одной негритянки внѣматочнаго младенца посредствомъ лапаротомiи, а затѣмъ, когда оказалось, что въ самой маткѣ находится еще одинъ младенецъ, онъ удалилъ его посредствомъ кесарскаго сѣченiя; оба младенца остались живы, а мать умерла на 5-й день послѣ операции. Еще чаще были наблюдаемы такіе случаи, гдѣ послѣ относительнаго излѣченiя брюшной беременности, т. е. послѣ превращенiя плода въ *lithoraedion*, наступала обыкновенная, маточная беременность (см. ниже). Pusch¹⁶⁾ нашелъ въ литературѣ 8 случаевъ повторной внѣматочной беременности.

Внѣматочный плодъ можеть помѣщаться и въ грыжевомъ мѣшкѣ, такъ что онъ находится не только внѣ матки, но и внѣ брюшной полости. Сюда несомнѣнно относится случай Skriwan'a¹⁷⁾, а также и тотъ, который сообщенъ Widersteip'омъ¹⁸⁾ и Gentl'омъ¹⁹⁾; въ этомъ второмъ случаѣ былъ извлеченъ посредствомъ лапаротомiи 4-мѣсячный плодъ, и оперированная выздоровѣла. Въ случаѣ Mülle'r'a²⁰⁾ былъ извлеченъ посредствомъ лапаротомiи живой младенецъ, между тѣмъ какъ мать умерла.

При всѣхъ видахъ внѣматочной беременности постоянно происходятъ въ маткѣ тѣ же самыя измѣненiя, какъ и въ началѣ нормальной беременности. Вся матка гипертрофируется, и ея слизистая оболочка превращается въ настоящую *membrana decidua*.

Относительно того, какъ часто встрѣчаются отдѣльные виды внѣматочной беременности, нельзя еще сказать ничего опредѣленнаго; но, во всякомъ случаѣ, трубная беременность представляетъ форму наиболѣе частую. Здѣсь все-таки имѣется слизистая оболочка, и поэтому естественно допустить, что она легко можеть превратиться въ отпадающую оболочку и, слѣдовательно, яйцо легко можеть внѣдриться въ нее. Смотря по тому, въ какой части Фаллопiевой трубы сидитъ яйцо, различаются 3 формы: *graviditas tubo-abdominalis*, *gravid. tubo-uterina* и собственно

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, No. 27.—⁴⁾ Lancet. 1863. 11. July.—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 der Geburtshülfe, p. 444 (примѣчанiе).—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, No. 25.—¹⁴⁾ Boston gyn. J. Vol. V, p. 103.—¹⁵⁾ Amer. J. of Obst. IV, p. 655.—¹⁶⁾ Gazette Obstetricale 1879, No. 21.—¹⁷⁾ Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1851, p. 770, и Lumpe, 1853, p. 186.—¹⁸⁾ Med. Jahrbücher für das Herzogth. Nassau 1853. B. XI, p. 478.—¹⁹⁾ Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin. Heft 8.—²⁰⁾ Allgem. Wiener med. Z. 1862, No. 29.

gravid. tubaria; однако, Werth вполне справедливо замѣчаетъ, что первое изъ этихъ названій должно быть относимо только къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ доказано, что плацента, между прочимъ, прикрѣплялась и къ брюшинѣ. Если яйцо, при настоящей gravid. tubaria, застряло въ Фаллопиевой трубѣ и продолжаетъ въ ней развиваться дальше, то слизистая оболочка трубы разрастается подобно слизистой оболочкѣ матки при обыкновенной маточной беременности, такъ что образуются decidua serotina и dec. vera. Въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ была найдена и decidua reflexa, но образуется ли она всегда, — это еще подлежитъ сомнѣнію ¹⁾). Ворсистая оболочка развивается обычнымъ образомъ: ворсинки проникаютъ въ слизистую оболочку, образуютъ плаценту въ томъ мѣстѣ, гдѣ вѣдрилось яйцо, а въ остальныхъ мѣстахъ атрофируются. По мѣрѣ увеличенія яйца растягивается соответствующій отдѣлъ Фаллопиевой трубы, и въ послѣдствіи обыкновенно уже нельзя найти ни одного изъ двухъ ея отверстій или, по крайней мѣрѣ, того, которое открывается въ матку. Была ли въ послѣднемъ случаѣ трубная беременность обусловлена непроходимостью маточнаго отверстія Фаллопиевой трубы, или же это зарощеніе явилось только благодаря вторичнымъ измѣненіямъ въ окружности растущаго яйца, — этого обыкновенно

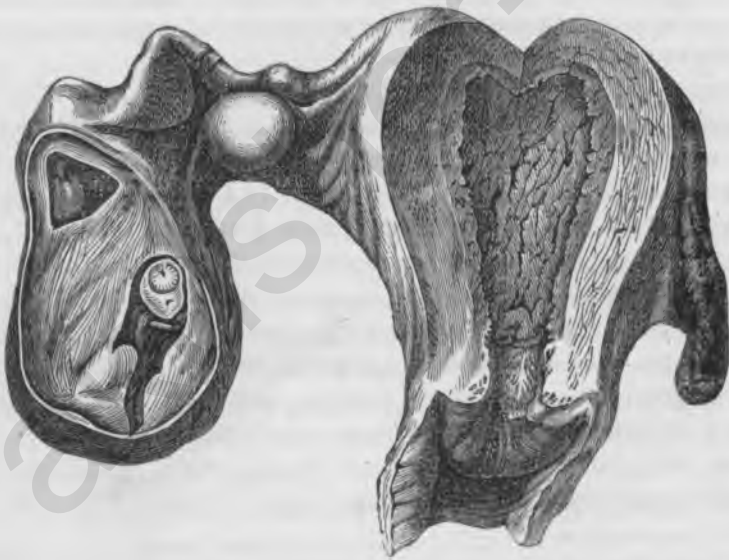


Рис. 105. Трубная беременность двойнями. Оба яйца немного вскрыты, и въ нихъ видны части обонихъ плодовъ.

уже нельзя съ положительностью доказать при анатомическомъ изслѣдованіи. Яйцо въ большинствѣ случаевъ раздвигаетъ мышечныя во-

¹⁾ См. Leopold, Arch. f. Gyn., B. X, p. 248; Courad und Langhans, Arch. f. Gyn., B. IX, p. 337.

локна, а затѣмъ дальнѣйшее его развитіе можетъ происходить различно. Яйцо можетъ выпянуть Фаллопиеву трубу въ широкую маточную связку¹⁾, даже и безъ того, чтобы дѣло дошло до разрыва; съ другой стороны, растяженіе трубы можетъ имѣть мѣсто исключительно на ея верхней периферіи, обыкновенно сопровождаясь сильнымъ раздвиганіемъ мышечныхъ волоконъ, нерѣдко и грыжеобразнымъ выпячиваніемъ слизистой оболочки, при чемъ соотвѣтствующій отдѣлъ Фаллопиевой трубы представляетъ какъ бы водяночный мѣшокъ, соединенный съ маткою посредствомъ ножки. Наблюденіями послѣдняго времени несомнѣнно доказано, что трубная беременность въ большинствѣ случаевъ продолжается безпрепятственно до позднѣйшихъ мѣсяцевъ. Но она можетъ также окончиться разрывомъ Фаллопиевой трубы, и при томъ или въ широкую маточную связку, или, на верхней периферіи, — въ брюшную полость. Въ послѣднемъ случаѣ яйцо можетъ выпасть въ пространство, ограниченное сращеніями, или въ свободную полость брюшины, или же выпадаетъ только плодъ, между тѣмъ какъ плацента еще остается въ соединеніи съ Фаллопиевою трубою. Размѣръ происходящаго при этомъ кровотечения зависитъ отчасти отъ мѣста разрыва (при разрывѣ въ области прикрѣпленія плаценты кровотеченіе бываетъ наиболѣе сильное), но отчасти и оттого, встрѣчаетъ ли кровь какое нибудь противодѣйствіе къ своему истеченію, напр. со стороны сращеній брюшины, или со стороны плотной соединительной ткани широкой маточной связки.

Изливающаяся кровь располагается различнымъ образомъ. При однократномъ сильномъ кровотеченіи въ свободную полость брюшины, кровь выполняетъ весь нижній отдѣлъ ея, совершенно такъ же, какъ это дѣлаетъ свободная асцитическая жидкость. Но иногда кровь съ самаго начала изливается въ ограниченный промежутокъ, отдѣленный отъ остальной полости брюшины старыми ложными перепонками и находящейся въ Дугласовомъ пространствѣ между маткою и прямою кишкою. Изливающаяся кровь раздвигаетъ стѣнки этого пространства, образуя шаровидную опухоль (т. наз. haematocoele retro-uterina), и оттѣсняетъ матку впередъ, или же кровяная опухоль принимаетъ болѣе неправильную форму, если и въ Дугласовомъ пространствѣ тоже имѣются сращенія вслѣдствіе периметрита. Но совершенно такія же кровяныя опухоли образуются и тогда, когда кровотеченіе происходитъ медленно, а соотвѣтствующее пространство ограничивается отъ остальной полости брюшины кровяными сгустками или новообразованными воспалительными сращеніями.

Симптомы трубной беременности будутъ, разумѣется, весьма различны, смотря по тому или другому анатомическому исходу. Въ первое время можетъ и не быть никакихъ особенныхъ симптомовъ, которые указывали бы на трубную беременность. Но если плодъ развивается

¹⁾ См. Fraenkel и Schuchardt (Volkmann's Samml. klin. Vortr., No. 217, и Virchow's Archiv, B. LXXXIX, p. 133).

дальше, то развѣ только въ рѣдкихъ случаяхъ будутъ отсутствовать признаки воспалительнаго раздраженія брюшины, хотя въ прежнее время они и считались доказательствомъ брюшной внѣматочной беременности.

Разрывъ, напротивъ того, почти всегда вызываетъ угрожающія явленія. Онъ наступаетъ на 2-мъ—4-мъ, рѣдко на 5-мъ мѣсяцѣ. Кровотеченіе въ полость брюшины или въ тазовую клетчатку сопровождается угрожающими явленіями, свойственными вообще всякому внутреннему кровотеченію, и иногда дѣло доходитъ до глубочайшаго упадка силъ. Въ исключительныхъ случаяхъ кровотеченіе приводитъ къ смерти, обыкновенно спустя очень короткое время.

Во многихъ случаяхъ кровотеченіе останавливается, потому



Рис. 106. Интерстициальная (промежуточная) беременность.
(Рисунокъ съ препарата).

лившейся крови.

Смертельное воспаление брюшины присоединяется лишь въ исключительныхъ случаяхъ, такъ что больныя, перенеся острую анемію, обыкновенно выздоравливаютъ. Если кровотеченіе произошло въ свободную полость брюшины и если кровь, при очень сильныхъ перистальтическихъ движеніяхъ кишекъ, расплылась по всей брюшинѣ, то можетъ явиться хроническій перитонитъ. Этотъ послѣдній, въ одномъ случаѣ Schrodler'a, гдѣ кишечныя петли были склеены между собою слабо развитыми ложными перепонками, истощилъ больную до такой степени, что она погибла отъ повторившагося, хотя и не очень значительнаго крово-

ли, что дѣятельность сердца слишкомъ ослабѣла вслѣдствіе потери крови, или потому, что давленіе, подъ которымъ находится излившаяся кровь, уже уравнивается давленіемъ въ сосудахъ. Явленія общаго малокровія изглаживаются, хотя и медленно, а иногда больныя оправляются даже неожиданно быстро, потому что многочисленные лимфатическіе сосуды брюшины очень скоро всасываютъ значительную часть из-

течения из Фаллопиевой трубы. Коль скоро образовалась haematocoele или haematoma, то только в исключительных случаях еще присоединяется спустя некоторое время разрыв брюшины, с его последствиями ¹⁾).

В качестве благоприятного исхода трубной беременности, может также наступить первичная смерть плода, послѣ которой дѣло оканчивается исцѣленіемъ безъ разрыва. Если это случается вѣ очень раннемъ періодѣ, то вѣ яйцѣ происходятъ тѣ превращенія, о которыхъ мы еще будемъ говорить вѣ главѣ о выкидышѣ: плодъ всасывается, и яйцо сильно измѣняется вслѣдствіе кровоизліяній. Если плодъ умираетъ уже по достиженіи болѣе значительнаго развитія, то онъ можетъ и вѣ самой Фаллопиевой трубѣ, безъ разрыва ея, превратиться вѣ lithopaedion.

Примѣч. Статистическихъ данныхъ относительно того, какъ часто встрѣчаются различныя исходы трубной беременности, мы не можемъ указать, такъ какъ до сихъ поръ къ трубной беременности причислялись, собственно говоря, только тѣ случаи, вѣ которыхъ діагнозъ подтвержденъ вскрытіемъ. Однако, благоприятно протекающіе случаи трубной беременности, вѣ которыхъ діагнозъ стоитъ вѣвѣ всякаго сомнѣнія, встрѣчаются такъ часто, что мы считаемъ выздоровленіе самымъ обычнымъ исходомъ.

Существенныя отличія представляетъ трубная беременность, если она имѣетъ мѣсто вѣ той части Фаллопиевой трубы, которая проходитъ чрезъ самую стѣнку мѣтки: трубно-маточная или промежуточная (интерстиціальная) беременность, *graviditas tubouterina s. interstitialis* (см. рис. 106).

И здѣсь повидимому, дѣло всего чаще оканчивается разрывомъ, вѣожь, наступающимъ вѣ первые 4 мѣсяца беременности. Если яйцо привилось вѣ маточномъ отверстіи Фаллопиевой трубы, то и отверстіе это можетъ расширяться настолько, что плодъ попадаетъ затѣмъ вѣ самую полость матки [это было несомнѣнно констатировано Вг. Hicks'омъ ²⁾]. Но и тогда все-таки можетъ еще наступить разрывъ, вслѣдствіе сильнаго истонченія маточной стѣнки на первоначальномъ мѣстѣ прикрѣпленія яйца. Вѣ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, плодъ рождается естественнымъ путемъ.

Отличить на трупѣ разбираемую нами форму отъ простой трубной беременности бываетъ легко, по отношенію круглой маточной связки къ плодному мѣшку. При интерстиціальной беременности эта связка



Рис. 107. Uterus unicornis, съ беременнымъ придаточнымъ рогомъ.

¹⁾ Schuchardt, Virchow's Archiv, B. 82, p. 133, и J. Veit. l. c., p. 26.—
²⁾ Obstetr. Transact. IX, p. 57.

отходить снаружи отъ плоднаго мѣшка, а при простой трубной беременности—между плоднымъ мѣшкомъ и маткою. Интерстиціальную беременность бываетъ иногда очень трудно отличить отъ беременности въ совершенно развитомъ или въ рудиментарномъ рогѣ матки, потому что отношеніе круглой маточной связки къ плодному мѣшку въ обоихъ случаяхъ одинаково. Вполнѣ точнымъ дифференціальнымъ признакомъ не можетъ здѣсь служить ни способъ соединенія плоднаго мѣшка съ маткою [Baart de la Faille ¹⁾], ни способъ развитія отпадающей оболочки [Porpel ²⁾].

Но С. Ruge нашелъ, что при интерстиціальной беременности соответствующая половина матки растетъ сравнительно такъ сильно, что дно матки оттѣсняется въ противоположную сторону и занимаетъ приблизительно вертикальное положеніе, тогда какъ при однорогой маткѣ (*uterus unicornis*) оказывается совершенно обратное, потому что придатки не-беременнаго рога отходятъ отъ его верхняго конца (см. рис. 106 и 107).

Примѣч. Simon ³⁾ разобралъ на основаніи этого признака всѣ опубликованные до сихъ поръ случаи и пришелъ къ заключенію, что, за вычетомъ нѣкоторыхъ наблюденій, описанныхъ не совсѣмъ точно, только 9 случаевъ могутъ считаться вполнѣ достоверными.

Особенно часто яйцо развивается въ Фаллопиевой трубѣ до нормальнаго срока беременности въ тѣхъ случаяхъ, когда оно привилось въ брюшномъ концѣ трубы или, по крайней мѣрѣ, въ близлежащихъ ея частяхъ. До сихъ поръ эта аномалія описывалась подъ именемъ трубно-брюшной беременности (*graviditas tubo-abdominalis*). Но отличительный анатомическій признакъ, состоящій въ томъ, что часть плоднаго мѣшка образуется въ такихъ случаяхъ брюшиною, уже не можетъ въ настоящее время считаться очень существеннымъ.

Яичниковая беременность (*graviditas ovaria*) считалась до послѣдняго времени очень рѣдкою, а нѣкоторые авторы вообще даже сомнѣвались въ ея существованіи. Но Schroeder полагалъ, что она встрѣчается гораздо чаще, и сдѣлалъ попытку привести для своего взгляда подробныя основанія. Однако, этотъ вопросъ вступилъ теперь въ новый фазисъ, такъ какъ Werth ⁴⁾, при провѣрочномъ анатомическомъ изслѣдованіи нѣкоторыхъ случаевъ, въ которыхъ до сихъ поръ признавалась яичниковая беременность, доказалъ, что на самомъ дѣлѣ здѣсь существуетъ трубная беременность. Мы вполнѣ согласны съ мнѣніемъ Werth'a, что яичниковая беременность можетъ считаться доказанною только въ томъ случаѣ, если состояніе Фаллопиевой трубы той же стороны исключаетъ всякое предположеніе объ участіи ея въ

¹⁾ M. f. G., B. 31, p. 208.—²⁾ Verhandeling over Grav. tubouterina. Groningen 1867.—³⁾ Die Graviditas tubo-uterina. D. i. Berlin 1885.—⁴⁾ J. Werth, l. c., p. 54.

образованіи плоднаго мѣшка. Каждый отдѣльный случай, имѣющійся въ литературѣ, долженъ быть по возможности вновь провѣренъ на основаніи этого критерія.

Werth признаетъ личниковую беременность только въ 3-хъ случаяхъ, описанныхъ Leopold'омъ ¹⁾, Willigk'омъ ²⁾ и Watter'омъ ³⁾. Но мы думаемъ, что и случаи Патенко, Pusch'a и Spiegelberg'a тоже могутъ считаться достоверно доказанными, тогда какъ въ нѣкоторыхъ другихъ, напр. въ случаяхъ Haselberg'a и Landau, пожалуй, могло бы быть допущено иное объясненіе.

Такъ какъ относительно личниковой беременности намъ еще очень мало извѣстно, то мы и должны здѣсь довольствоваться слѣдующими указаніями, хотя со временемъ они будутъ навѣрное нѣсколько видоизмѣнены.

Если яйцо осталось въ Граафовомъ пузырькѣ и въ немъ же оплодотворилось, то оно можетъ развиваться двоякимъ способомъ.

Именно, если Граафовъ пузырекъ остался открытымъ, то въ такомъ случаѣ яйцо, увеличиваясь въ объемъ, выпячивается изъ этого отверстия, такъ что яйцевыя оболочки помѣщаются внѣ яичника, т. е. въ полости брюшины, а мѣсто прикрѣпленія яйца, или будущее мѣсто прикрѣпленія плаценты, находится внутри яичника, т. е. внѣ полости брюшины. Интересенъ случай Watter'a, въ которомъ яйцевыя оболочки, выпятившіяся изъ яичника, разорвались на 4-мъ мѣсяцѣ беременности, такъ что съ этого времени плодъ находился въ свободной полости брюшины и умеръ здѣсь только по достиженіи зрѣлости. При анатомическомъ вскрытіи оказалось, что яичникъ внутри былъ превращенъ въ плаценту.

Чаще случается наблюдать, что мѣсто разрыва въ Граафовомъ пузырькѣ снова зарастаетъ, такъ что все яйцо развивается внутри яичника. Явленія при этомъ замѣчаются совершенно такія же, какъ будто бы развивалась киста яичника, но съ тою разницею, что опухоль быстрѣе растетъ. Опухоль яичника можетъ оставаться совершенно свободною отъ сращеній съ сосѣдними органами, но сидитъ всегда на широкомъ основаніи, такъ какъ при своемъ быстромъ ростѣ она приподнимаетъ сосѣднюю брюшину и покрывается ею; мало того, она можетъ быть очень тѣсно соединена съ заднею поверхностью матки, серозный покровъ которой оттянуть ею вверхъ. Но въ другихъ случаяхъ яичникъ, растянутый плоднымъ мѣшкомъ, представляетъ весьма значительныя сращения съ сосѣдними органами. Фаллопіева труба той же стороны представляется въ различномъ видѣ. Въ первые мѣсяцы беременности она можетъ еще оставаться совершенно подвижною и имѣть короткую брызжейку, состоящую изъ удвоенія брюшины. Эта брызжейка исчезаетъ прежде всего у наружнаго конца трубы, а съ дальнѣйшимъ развитіемъ беременности Фаллопіева труба всегда прилегаетъ непосредственно къ плодному мѣшку, и ея наружный конецъ теряется въ немъ незамѣтно.

Личниковая беременность, какъ кажется, всего менѣе сопровождается тягостными симптомами, сравнительно съ другими видами беременности; она очень часто достигаетъ послѣднихъ мѣсяцевъ или даже нормальнаго срока, но иногда уже въ первые мѣсяцы можетъ наступить смерть вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка. Превращеніе плода въ lithoraedion, а равно и всѣ остальные исходы, наблюдаемые при брюшной беременности (см. ниже), встрѣчаются и при личниковой.

Очень рѣдкую форму представляетъ трубно-яичниковая беременность. Если наружный (брюшной) конецъ Фаллопіевой трубы

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. 19, p. 210.—²⁾ Prager Vierteljahresschr. 1859. B. LXIII, p. 79.—³⁾ M. f. G., B. 18, p. 171.

образуетъ съ яичникомъ одну массу, то беременность съ этой стороны возможна только тогда, когда разрывается Граафовъ пузырекъ, сидящій какъ-разъ въ той части периферіи яичника, которая находится въ сообщеніи съ просвѣтомъ Фаллопіевой трубы. Но тогда легко можетъ наступить именно внѣматочная беременность, такъ какъ при сращеніи трубы съ яичникомъ и одновременномъ расширеніи ея просвѣта будутъ въ большинствѣ случаевъ уничтожены тѣ механизмы, которыми обыкновенно производится дальнѣйшее передвиженіе яйца, и, слѣдовательно, яйцо останется въ Граафовомъ пузырькѣ¹⁾. Плодный мѣшокъ въ такомъ случаѣ образуется яичникомъ и сросшеюся съ нимъ Фаллопіевою трубою.

Возможна-ли первичная брюшная беременность, т. е. такая, при которой яйцо съ самаго начала прививается на брюшинѣ,— это въ послѣднее время стало сомнительно, такъ какъ мы еще не имѣемъ вполне точныхъ признаковъ, которыми было бы возможно доказать, что дѣло не началось съ яичниковой или трубной беременности. При первичной брюшной беременности обыкновенно слѣдуетъ ожидать многочисленныхъ сращеній яйца съ сосѣдними органами, такъ что нерѣдко органы эти и ложныя перепонки будутъ обхватывать его со всѣхъ сторонъ, и оболочки его нигдѣ не будутъ лежать свободно.

Подъ именемъ послѣдовательной брюшной беременности должны быть описываемы тѣ случаи, когда яйцо, помѣщавшееся первоначально въ Фаллопіевой трубѣ или въ яичникѣ или даже въ самой маткѣ, выступило послѣ разрыва плоднаго мѣшка въ брюшную полость и продолжаетъ въ ней свое дальнѣйшее развитіе. Конечно, нельзя допустить, чтобы очень молодое яйцо, извергнутое цѣликомъ изъ Фаллопіевой трубы, могло привиться на брюшинѣ и вступить съ нею въ прочное соединеніе путемъ образованія настоящей плаценты; но, во всякомъ случаѣ, плодъ, выступившій въ брюшную полость, можетъ питаться въ ней различными способами. Повидимому, это достигается во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда въ брюшную полость послѣ разрыва плоднаго мѣшка выпадаетъ одинъ только плодъ, между тѣмъ какъ плацента остается въ соединеніи съ мѣстомъ своего прикрѣпленія. Плодъ можетъ при этомъ лежать въ брюшной полости или совершенно свободно²⁾, или заключенный въ яйцевыхъ оболочкахъ; если онъ дѣйствуетъ сильно раздражающимъ образомъ, то онъ обхватывается со всѣхъ сторонъ воспалительными продуктами и можетъ еще прожить нѣкоторое время. Но въ послѣднемъ случаѣ обильно васкуляризированная соединительная ткань въ концѣ концовъ непосредственно прилегаетъ къ кожѣ со всѣхъ

¹⁾ Вeaucamp, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., V. X, p. 212; V uillet, Arch. f. Gyn., V. XXII, p. 427; W yder, Arch. f. Gyn., V. XXVIII, p. 371.—²⁾ Cp. Bandl, Wien. med. Woch. 1874, No. 32,—Jessop, London Obst. Tr. Vol. XVIII, p. 251, и одинъ случай, описанный Sch roeder'омъ.

сторонъ, и мягкія части плода, даже послѣ его смерти, превосходно сохраняются, такъ что строеніе ихъ еще и по прошествіи многихъ лѣтъ оказывается совершенно нормальнымъ. Если плодъ умеръ при своемъ выступленіи въ брюшную полость, то онъ можетъ подвергнуться тѣмъ же измѣненіямъ, а если онъ выступилъ очень рано, то можетъ еще совершенно всосаться. Наконецъ, плодъ можетъ превратиться въ lithopaedion (см. ниже).

Примѣч. Уразумѣнію этихъ различныхъ процессовъ, которымъ подвергается плодъ въ брюшной полости, значительно способствовала весьма интересная экспериментальная работа Leopold'a¹⁾. Въ этой работѣ онъ показалъ, что очень молодые плоды кроликовъ, пересаженные въ свободную полость брюшины, быстро пронизываются безцвѣтными кровяными тѣльцами и всасываются безслѣдно, хотя молодой зародышевый хрящъ въ первое время еще обнаруживаетъ явленія роста. Плоды нѣсколько старшаго возраста окружаются оболочкою со всѣхъ сторонъ и въ теченіе короткаго времени хорошо сохраняются, но мало по малу въ нихъ проникаютъ безцвѣтныя кровяныя тѣльца (легче всего тогда, когда они находятъ для своего вступленія готовые двери на мѣстѣ перерѣзки пуповины или въ другихъ поврежденіяхъ), и, благодаря этому, всасываются всѣ мягкія части, такъ что остается только кучка костей. Leopold считаетъ вѣроятнымъ, что lithopaedion образуется тогда, когда въ брюшную полость попадаетъ одинъ только плодъ безъ оболочекъ, а хорошо сохранившіеся мумифицированные плоды образуются въ тѣхъ случаяхъ, когда они при своемъ вступленіи въ брюшную полость окружены яйцевыми оболочками.

Брюшная беременность (но также яичниковая и трубная, коль скоро дѣло дошло уже до послѣднихъ мѣсяцевъ) чаще всего достигаетъ нормальнаго срока, хотя бы младенецъ былъ окруженъ только яйцевыми оболочками, и даже въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ, послѣ разрыва оболочекъ, помѣщается совершенно свободно въ брюшной полости. Преждевременный разрывъ вполне развитаго плоднаго мѣшка происходитъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Впрочемъ, страданія женщины при брюшной беременности часто бываютъ весьма значительны. Если яйцо инкапсулируется ложными перепонками, то въ первое время появляются, часто въ сопровожденіи лихорадки, сильныя воспалительныя боли въ животѣ, которыя именно и обуславливаются довольно распространеннымъ воспаленіемъ брюшины. Если же яйцо, развиваясь въ брюшной полости, лежитъ въ ней совершенно свободно, то непріятныя ощущенія появляются только во вторую половину беременности, такъ какъ въ этихъ случаяхъ они вызываются исключительно движеніями плода. Страданія могутъ при этомъ достигнуть такой необычайной степени, что беременная умираетъ отъ истощенія. Особенно поучителенъ въ этомъ отношеніи случай Blass'a²⁾: ужасныя боли, которыя могли быть выносимы единственно въ колѣно-локтевомъ положеніи, прекратились только со смертію плода.

Исходы внѣматочной беременности бываютъ слѣдующіе:

¹⁾ Arch. f. Gyn., V. XVIII, p. 53.—²⁾ Wien. med. Woch. 1853, p. 772.

Если плодъ остается живъ до нормального срока беременности, то обыкновенно наступаютъ потугообразныя боли, и изъ матки извергается отпадающая оболочка (*decidua*). При этомъ цервикальный каналъ часто раскрывается настолько, что въ полость матки можно ввести палець. Плодъ, между тѣмъ, умираетъ вслѣдствіе кровоизліянія въ плаценту и подвергается послѣ смерти различнымъ измѣненіямъ. Въ другихъ случаяхъ онъ умираетъ уже въ послѣдніе мѣсяцы беременности и подвергается тогда тѣмъ же самымъ измѣненіямъ.

Умершій плодъ раздражаетъ стѣнки плоднаго мѣшка въ большинствѣ случаевъ такимъ образомъ, что вызываетъ въ нихъ воспаленіе и нагноеніе, или даже ихорозное распаденіе подъ вліяніемъ разлагающагося плода. При этомъ смерть наступаетъ обыкновенно вслѣдствіе перитонита, если воспаленіе плоднаго мѣшка распространяется на остальную брюшину, или же вслѣдствіе истощенія очень обильнымъ нагноеніемъ. Если же воспаленіе не переходитъ на всю брюшину, а потеря соковъ, сопряженная съ нагноеніемъ, переносится удовлетворительно, то содержимое плоднаго мѣшка можетъ проложить себѣ дорогу въ какой нибудь сосѣдній полый органъ или наружу чрезъ брюшныя покровы, а затѣмъ, по выдѣленіи его изъ организма, можетъ наступить исцѣленіе. Чаще всего происходитъ перфорация въ толстыя кишки, при чемъ кости и ихорозно распадающіяся мягкія части плода мало по малу извергаются *per rectum*, обыкновенно въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, но иногда лишь въ продолженіе многихъ лѣтъ. Нерѣдко содержимое плоднаго мѣшка прокладываетъ себѣ дорогу чрезъ переднюю брюшную стѣнку, при чемъ образуются свищевыя отверстія, изъ которыхъ выходятъ мелкія косточки и ихорозный гной; отверстія эти закрываются лишь послѣ того, какъ все тѣло плода уже вышло самопроизвольно или удалено при помощи искусства. Очень рѣдко извергается сразу все тѣло плода, или, по крайней мѣрѣ, самая значительная часть его, чрезъ болѣе широкое отверстіе въ брюшныхъ покровахъ. Ихорозно разлагающійся плодъ можетъ также проложить себѣ дорогу во влагалище или въ мочевой пузырь (эти исходы неправильно обозначались подъ именемъ влагалищной или мочепузырной беременности), а иногда даже въ нѣсколько полыхъ органовъ одновременно. Процессъ полного изверженія плода всегда бываетъ очень продолжителенъ и изнурителенъ; но все-таки тѣло можетъ окончиться полнымъ исцѣленіемъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, правда, остаются фистулы прямой кишки, каловые свищи [въ случаѣ *Romeyn's* ¹⁾ остался даже желудочный свищъ], или сообщенія между мочевымъ пузыремъ и кишечникомъ, и т. п. Чаще, однако, во время изверженія плода наступаетъ смерть отъ истощенія или отъ зараженія крови. Немаловажно то обстоятельство, что послѣ полного удале-

¹⁾ De Jonge, Nederl. Weekblad. Dec. 1852; см. Canstatt's Jahresber. 1853.

ніа ихорозно разложившихся мягких частей прекращается дальнѣйшее истощеніе, хотя бы кости еще и не были извергнуты.

Но въ другихъ случаяхъ умершій плодъ оказываетъ на стѣнки плоднаго мѣшка менѣе раздражающее дѣйствіе. Околоплодная жидкость мало по малу всасывается, такъ что плодный мѣшокъ спадаетъ и тѣсно прилегаетъ къ самому плоду, въ которомъ происходитъ значительное превращеніе. Мягкія части подвергаются жировому перерожденію и мало по малу, въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, превращаются въ густую маркую кашицеобразную массу, состоящую изъ жира, известковыхъ солей, холестеарина и пигмента (разлитаго и кристаллическаго). Эта кашицеобразная масса отчасти тоже всасывается, такъ что въ сильно сморщенномъ мѣшкѣ могутъ остаться только кости плода и многочисленныя известковыя пластинки, да и самый мѣшокъ можетъ быть превращенъ въ известковую скорлупу, если толщина его очень значительна, какъ это особенно часто бываетъ въ случаяхъ яичниковой беременности. Превращенный такимъ образомъ плодъ называется окаменѣлымъ плодомъ (lithopaedion). Въ этомъ состояніи онъ можетъ оставаться по цѣлымъ годамъ, не причиняя женщинѣ никакого вреда; но иногда окаменѣлый плодъ вызываетъ воспаленіе и нагноеніе [въ случаѣ, описанномъ Benicke¹⁾ и Küster'омъ²⁾, это произошло даже спустя 27 лѣтъ], и такимъ образомъ онъ можетъ сдѣлаться причиною смерти. Подробности относительно этого превращенія въѣматочнаго яйца см. у Küchenmeister'a³⁾.

Примѣч. Въ литературѣ описано очень много случаевъ, въ которыхъ плодъ былъ превращенъ въ lithopaedion. Самый извѣстный изъ нихъ—Лейпцигскій окаменѣлый плодъ, найденный въ 1720 году въ трупѣ 94-лѣтней женщины, которая носила его 46 лѣтъ. Онъ былъ подробно описанъ Kieser'омъ въ его диссертациі, озаглавленной: «Das Steinkind von Leinzell, Stuttgart 1854». Очень большое съ нимъ сходство представляетъ окаменѣлый плодъ, который благополучно былъ удаленъ Martin'омъ⁴⁾ при помощи лапаротоміи.

Случай хорошо сохранившагося плода, связаннаго съ кровеносными сосудами матери при посредствѣ ложныхъ перепонокъ, описаны Wagner'омъ и Virchow'омъ. Wagner⁵⁾ нашелъ плодъ, который, пробывъ 29 лѣтъ въ животѣ матери, сохранился настолько хорошо, что хотя мягкія части и оказались сильно высохшими, но всѣ ткани имѣли нормальное строеніе. Virchow⁶⁾ въ 1849 году произвелъ вскрытіе трупа 56-лѣтней душевно-больной, которая была беременна въ 1826 г., и нашелъ при этомъ слѣдующее: «Плодъ былъ со всѣхъ сторонъ окруженъ гладкою, въ различныхъ мѣстахъ неодинаково толстою оболочкою, которая при посредствѣ сращеній была снабжена сосудами; въ нѣкоторыхъ, очень немногихъ мѣстахъ этой оболочки находились известковыя отложенія въ формѣ пластинокъ. Оболочка эта была довольно тѣсно соединена съ кожею плода, въ особенности на головкѣ, такъ что границу между ними въ нѣкоторыхъ мѣстахъ указывали только волосы, расположенные по большей части пучками. На туловищѣ оболочка легко могла быть отдѣлена, и находившаяся

1) Zeitschr. f. Geb. u. Fr., p. 344.—2) Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., B. IV, p. 20.—

3) Arch. f. Gyn., B. XVII, p. 153.—4) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. III, p. 398.—

5) Archiv d. Heilkunde, 1865, Heft 2.—6) Ges. Abh., p. 790.

подъ нею кожа (cutis) представлялась почти совершенно неизмѣнною, будучи только покрыта бѣловатымъ, маркимъ слоемъ сала. Дальнѣйшее изслѣдованіе показало, что почти всѣ органы и стойкія ткани были хорошо сохранены. Сердце, легкія, печень, кишки и т. д. могли быть отпрепарованы безъ труда, и только головной мозгъ былъ значительно измѣненъ, представляя грязно-сѣровато-бѣлую, маркую кашицу, тѣсно обхващенную спавшимися головными костями. Мышцы грудной кѣтки не только имѣли темнокрасный цвѣтъ, но и при микроскопическомъ изслѣдованіи представляли всѣ особенности, свойственныя свѣжимъ поперечно-полосатымъ мышцамъ».—Очень интересны также изслѣдованія, сообщенныя W e r t h'омъ ¹⁾.

Распознаваніе. Если женщина обратилась къ врачу раньше, чѣмъ наступилъ разрывъ, или же, если дѣло идетъ о брюшной беременности, то въ первые мѣсяцы доказать внѣматочное положеніе опухоли удается легко, а распознать беременность часто бываетъ трудно; въ послѣдующее же время, наоборотъ, беременность распознается легко, между тѣмъ какъ доказать внѣматочное положеніе плода бываетъ иногда затруднительно.

Если врачъ приглашенъ потому, что женщина, считающая себя беременною въ первыхъ мѣсяцахъ, страдаетъ очень тягостными симптомами со стороны живота, то все дѣло заключается въ тщательномъ производствѣ соединеннаго изслѣдованія. Если матка при этомъ оказывается умѣренно увеличенною, а рядомъ съ нею прощупывается эластическая чувствительная опухоль, то врачъ долженъ подумать о внѣматочной беременности. Въ такомъ случаѣ дѣло идетъ прежде всего о томъ, чтобы доказать существованіе беременности вообще. Но такъ какъ при внѣматочной беременности отсутствуют, конечно, тѣ признаки, которые при нормальной беременности доставляются величиною, формою и консистенціей матки, то и распознаваніе это можетъ оказаться очень труднымъ, хотя установить его почти всегда удается съ большою степенью вѣроятія. Если мѣсячныя, до тѣхъ поръ всегда правильныя, внезапно прекратились, а наступленіе зачатія можетъ быть допущено, и если вмѣстѣ съ тѣмъ появились субъективныя ощущенія беременности (которыя имѣютъ большое значеніе въ особенности у многорозавшихъ), то существованіе беременности становится уже очень вѣроятнымъ. Если груди къ тому же оказываются припухшими, если пигментация околососковыхъ кружковъ и бѣлой линіи живота достигаетъ довольно сильной степени, то распознаваніе становится еще болѣе вѣроятнымъ. Если матка при этомъ положительнo слишкомъ мала для предполагаемаго періода беременности, то акушеръ, достаточно хорошо владѣющій маточнымъ зондомъ, имѣетъ право попытаться при помощи этого инструмента доказать, что матка пуста. Если въ области внутренняго зѣва не существуетъ искривленія, то пуговка зонда проникаетъ въ пустую полость матки легко и безъ всякаго насилія. Если при этомъ въ эластической внѣматочной опухоли ощущаются подвижныя болѣе

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. XVIII, p. 14.

твердыя части, то вѣматочная беременность доказана несомнѣнно. Но, какъ бы то ни было, распознаваніе обыкновенно бываетъ настолько трудно, что врачу въ высшей степени желательно слѣдить за больною хотя бы короткое время, при чемъ констатируется быстрый ростъ яйца.

Въ послѣдующіе мѣсяцы все болѣе облегчается рѣшеніе вопроса о томъ, существуетъ ли вообще беременность у данной женщины. — Выслушиваемые сердечные звуки плода, прощупываемыя части его тѣла, прощупываемыя движенія его и наконецъ — остальные признаки беременности (измѣненія въ грудяхъ и въ бѣлой линіи живота) дѣлають распознаваніе вполнѣ достовѣрнымъ. Маточный шумъ слышенъ не только со стороны увеличенной матки, какъ утверждаетъ Deraul, но и на плодномъ мѣшкѣ. Затѣмъ остается, слѣдовательно, доказать, что плодъ находится не въ маткѣ. Во многихъ случаяхъ это можетъ быть доказано уже ощупываніемъ: мы находимъ лишь незначительно увеличенную матку и совершенно ясно опредѣляемъ границу между нею и плоднымъ мѣшкомъ. Но если вѣматочный плодный мѣшокъ очень великъ ¹⁾, то констатировать, что плодъ находится не въ маткѣ, можетъ оказаться труднымъ, коль скоро она оттянута взадъ и нѣсколько вверхъ; поэтому въ случаяхъ, въ которыхъ, благодаря сращеніямъ, не удается оттянуть ее внизъ настолько, чтобы она сдѣлалась доступна ощупыванію, намъ приходится опять-таки ввести въ нее зондъ, чтобы доказать, пуста ли она или нѣтъ. Конечно, и при обыкновенной беременности зондъ проникаетъ иногда довольно легко между яйцевыми оболочками и маточными стѣнками, безъ того, чтобы не-премѣннымъ послѣдствіемъ явился выкидышъ. Пустота матки доказывается не тѣмъ, что зондъ проникаетъ до своей пуговки или еще дальше, а тою легкостью, съ какою онъ проходитъ чрезъ внутренній зѣвъ, — количественное различіе, для оцѣнки котораго требуется навыкъ въ употребленіи зонда. Необходимо еще имѣть въ виду, что зондъ можетъ прорвать увеличенную матку, которая при вѣматочной беременности размягчена, и тогда онъ проникаетъ очень далеко, какъ это было въ случаяхъ Bandl'я ²⁾ и Duboué ³⁾. Schroeder въ одномъ случаѣ не рѣшился поставить окончательный діагнозъ вѣматочной беременности, такъ какъ зондъ вошелъ почти до своей рукоятки, проникнувъ, именно, въ смѣщенную и расширенную Фаллопіеву трубу. Впрочемъ, въ послѣднее время беременности часто вся маточная шейка произвольно раскрывается настолько, что можно пальцемъ оцупать пустую полость матки.

Совершенно невозможнымъ оказывается иногда дифференціальное распознаваніе между вѣматочною беременностью, съ одной стороны, и беременностью въ рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ — съ другой. Это становится очень понятно, если сообразить, что названныя два состоя-

¹⁾ Deraul сообщилъ одинъ случай, гдѣ причиною ошибочно поставленнаго діагноза былъ сильный hydramnion яйца, находившагося внѣ матки. — ²⁾ Wiener med. Woch. 1874, No. 32. — ³⁾ Arch. de tocol. 1874., p. 648.

нія, какъ было доказано Kussmaul'емъ, часто смѣшивались между собою даже при анатомическомъ изслѣдованіи, и что окончательно вопросъ можетъ быть рѣшенъ только мѣстомъ отхожденія круглой маточной связки (см. стр. 53).

Но обыкновенно женщины, у которыхъ существуетъ трубная беременность, обращаются къ врачебной помощи уже по наступленіи разрыва. Тогда врачъ имѣетъ предъ собою или картину сильнаго кровотечения въ брюшную полость, или признаки haematocoele, либо гематомы. Тщательное ощупываніе при этомъ лишь рѣдко бываетъ возможно, по причинѣ чувствительности живота, особливо въ первомъ случаѣ; но все-таки уже одной картины болѣзни и ея теченія достаточно для того, чтобы поставить діагнозъ съ такою степенью вѣроятія, которая граничитъ съ полною достовѣрностью. Распознаваніе трубной беременности, уже повлекшей за собою разрывъ Фаллопиевой трубы, мы считаемъ вполне несомнѣннымъ, если у женщины, у которой прекратились регулы, до тѣхъ поръ всегда правильныя, и которая сама считала себя беременною, внезапно появились симптомы обильнаго внутренняго кровотечения и если вокругъ увеличенной матки или позади нея прощупывается значительное скопленіе крови; діагнозъ подтверждается, если, спустя нѣкоторое время, при умѣренномъ кровотеченіи, выходитъ изъ матки сплошная отпадающая оболочка (decidua).

Распознаваніе вида внѣматочной беременности точно также можетъ представлять значительныя трудности. Наилучшую точку опоры даетъ теченіе болѣзни. Если разрывъ послѣдовалъ въ первые 4 мѣсяца, то это означаетъ, что яйцо находилось, вѣроятно, въ Фаллопиевой трубѣ и развѣ только въ исключительномъ случаѣ—въ яичникѣ; если же плодъ развивается дальше означеннаго срока, то въ такомъ случаѣ возможенъ любой видъ внѣматочной беременности. Если движенія плода необыкновенно тягостны для беременной и если при ощупываніи намъ кажется, какъ будто онъ лежитъ непосредственно подъ брюшными покровами, то это говоритъ въ пользу брюшной беременности. Если отъ начала беременности прошло уже много времени и если при этомъ плодъ помѣщается въ относительно толстомъ и довольно подвижномъ плодномъ мѣшкѣ, а скольконибудь сильныхъ явленій перитонита ни разу не было, то слѣдуетъ предположить яичниковую, а можетъ быть даже и трубную беременность. Распознать промежуточную беременность, хотя бы лишь съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, было бы возможно развѣ только при исключительно-благопріятныхъ условіяхъ.

Относительно предсказанія нужно различать, съ одной стороны, беременную, а съ другой—плодъ. Спасти жизнь младенца при помощи лапаротоміи удавалось очень рѣдко, между тѣмъ какъ для матери предсказаніе болѣе благопріятно, хотя и существенно неодинаково, смотря по мѣстонахожденію яйца. Предсказаніе при трубной беременности до

гихъ поръ считалось, безъ сомнѣнія, слишкомъ неблагопріятнымъ. По нашему убѣжденію, оно болѣе удовлетворительно, чѣмъ при брюшной (и даже яичниковой) беременности, при которой смертность, по Нескеру, доходитъ до 42⁰/₀.

Примѣч. Нескер собралъ 132 случая брюшной беременности и въ числѣ ихъ нашель 76 съ исходомъ въ выздоровленіе. Но и эта цифра навѣрное слишкомъ велика, такъ какъ всегда охотнѣе публикуются случаи съ благопріятнымъ исходомъ, чѣмъ съ неблагопріятнымъ. Выздоровленіе наступило: послѣ изверженія плода чрезъ задній проходъ—въ 28 случаяхъ, послѣ образованія lithoraedion'a—въ 17-ти, по выдѣленіи чрезъ брюшную стѣнку—въ 15-ти, послѣ лапаротоміи—въ 11-ти, послѣ разрыва влагалища—въ 3-хъ случаяхъ, и при обстоятельствахъ, не совсѣмъ ясно указанныхъ,—въ 2-хъ случаяхъ. Смерть наступила: отъ истощенія—въ 18-ти случаяхъ, отъ воспаленія брюшины—въ 12-ти, послѣ оперативныхъ пособій—въ 12-ти, отъ разрыва и кровотеченія—въ 7-ми, отъ рвоты каломъ—въ 2-хъ случаяхъ, отъ водянки—въ 1-мъ, и отъ причинъ не указанныхъ—въ 4-хъ случаяхъ.

Такъ какъ процессъ изверженія плода сопряженъ съ очень большими опасностями, то самымъ благопріятнымъ исходомъ должно быть признано образованіе lithoraedion'a, хотя и здѣсь можетъ еще впоследствии наступить ихорозное разложеніе. Обыкновенно, однако, lithoraedion не причиняетъ особенныхъ страданій; мало того, извѣстны даже случаи, гдѣ при немъ наступала нормальная беременность. Такъ напр., Анна Мюллеръ,—мать Лейнцеллевскаго окаменелаго плода, образовавшагося у нея послѣ разрыва матки въ 1674 году,—родила еще послѣдствіи двухъ здоровыхъ дѣтей. Другіе подобныя же случаи сообщены Faber'омъ ¹⁾, Johnston'омъ ²⁾, Daube'омъ ³⁾, Гугенбергеромъ ⁴⁾ (lithoraedion, явившійся препятствіемъ для родовъ, послужилъ поводомъ къ кесарскому сѣченію, Stoltz'омъ ⁵⁾, Terry ⁶⁾, Dibot ⁷⁾, Bossi ⁸⁾ и Hennigsen'омъ ⁹⁾ (въ двухъ послѣднихъ случаяхъ былъ произведенъ искусственный выкидышъ). Въ случаѣ Haderup'a ¹⁰⁾ никогда образомъ не было одновременнаго внутриматочнаго и вѣматочнаго зачатія, а первое наступило уже послѣ смерти вѣматочнаго плода; младенецъ, находившійся внутри матки, родился живымъ и доношеннымъ, послѣ того какъ во время беременности выдѣлялись per anum кости другаго плода, находившагося внѣ матки. Schroeder, посредствомъ разрыва влагалища, извлекъ совершенно сгнившій вѣматочный плодъ въ одномъ случаѣ, въ которомъ присоединившаяся внутриматочная беременность была уже раньше прервана производствомъ искусственнаго выкидыша ¹¹⁾.

Лѣченіе различно, смотря по тому, съ какимъ періодомъ беременности мы имѣемъ дѣло. О жизни младенца при этомъ не слѣдуетъ заботиться: она можетъ быть спасена только лапаротоміей, произведенною въ концѣ беременности, а эта операція даетъ для матери очень плохое предсказаніе, въ виду опасности кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія плаценты.

Если же врачъ все-таки желаетъ оперировать при живомъ младенцѣ

¹⁾ Würtemb. Correspondenzblatt 1855, No. 39.—²⁾ Edinb. med. J. Aug. 1856, p. 137.—³⁾ Obst. Transact. VI, p. 3.—⁴⁾ Bericht aus dem Hebammeninstitut etc. Petersburg 1863, p. 122.—⁵⁾ Gaz. méd. Strassbourg 1866. 12, p. 261.—⁶⁾ Brit. med. J. 21. Sept. 1867.—⁷⁾ Gaz. obstetr. 1876, p. 161.—⁸⁾ Sitz.-Ber. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. V. № 5 и 6. 1868 (см. Schmidt's Jahrb. 1869. B. CXLII. No. 4, p. 57).—⁹⁾ Arch. f. Gyn., B. I, p. 335.—¹⁰⁾ Schmidt's Jahrb. 1871. B. CL, p. 53.—¹¹⁾ См. Müller, Charité-Annaleu. B. II, p. 396.

въ концѣ беременности, то онъ долженъ хорошо сознавать эту опасность для матери.

Такъ какъ мѣсто прикрѣпленія плаценты не можетъ по отдѣленіи ея сократиться и этимъ самымъ закрыть кровоточащіе сосуды, какъ при внутриматочной беременности, то слѣдуетъ строго придерживаться того правила, что при невозможности обкалыванія, рекомендуемаго А. Martin'омъ, нужно оставлять плаценту на мѣстѣ, коль скоро она не отдѣляется самопроизвольно. Если же она отдѣлилась, то лучше всего тампонировать плодный мѣшокъ іодоформною марли. Что касается самого плоднаго мѣшка, то съ нимъ поступаютъ различно. Лучше всего, безъ сомнѣнія, удалить весь плодный мѣшокъ, по примѣру Litzmann'a ¹⁾, Werth'a ²⁾ и Billroth'a ³⁾. При живомъ младенцѣ такое полное удаленіе мѣшка съ надлежащею перевязкою ножки, конечно, представляло-бы болѣе значительныя трудности и до сихъ поръ еще ни разу не производилось, хотя и здѣсь оно, повидимому, не совсѣмъ исключаетъ возможность благопріятнаго исхода. Обыкновенно, однако, намъ прійдется оставлять часть плоднаго мѣшка и зашивать ее въ брюшную рану. Для матери всего болѣе благопріятно, если плодный мѣшокъ срощенъ съ переднею брюшною стѣнкою, такъ что операція можетъ быть произведена безъ вскрытія полости брюшины. Для того чтобы облегчить прополаскиваніе плоднаго мѣшка, необходимо провести дренажъ чрезъ влагалище, если только это не представляется невозможнымъ въ виду мѣстоположенія плаценты. А. Martin при этомъ зашилъ оставленную часть плоднаго мѣшка такимъ образомъ, что изолировалъ ее отъ полости брюшины; исходъ получился благопріятный.

Эта операція при живомъ младенцѣ, производимая въ концѣ беременности, имѣетъ для себя показаніе лишь въ исключительныхъ случаяхъ, когда родители очень дорожатъ его жизнью. Для матери смертность достигаетъ 40% (по Werth'y).

Во всѣхъ же другихъ случаяхъ мы вполне присоединяемся къ мнѣнію Werth'a, именно къ тому, что при точно установленномъ діагнозѣ слѣдуетъ вообще прерывать беременность вылуценіемъ плоднаго мѣшка, особенно въ первые мѣсяцы. Главнымъ образомъ дѣло идетъ здѣсь именно о трубной беременности, при которой J. Veit недавно рекомендовалъ экстирпацію плоднаго мѣшка и до сихъ поръ произвелъ ее въ 7-ми случаяхъ, не потерявши ни одной больной; такіе же благопріятные результаты сообщены и другими авторами ⁴⁾. Операція эта не можетъ представлять слишкомъ большихъ затрудненій даже тогда,

¹⁾ Arch. f. Gyn. XVIII, p. 1.—²⁾ l. c.—³⁾ См. Welponer und Zillner (с. l., V. XIX, p. 240).—⁴⁾ Gait (Brit. med. Journ. 28. 4. 1885) произвелъ эту операцію, при наступившемъ уже разрывѣ, въ 5 случаяхъ, и только въ одномъ изъ нихъ дѣло окончилось смертію. Онъ считаетъ возможнымъ оперировать только по наступленіи разрыва, такъ какъ трубная беременность, по его мнѣнію, не можетъ быть распознана раньше.

когда плодный мѣшокъ выпятился въ широкую маточную связку. Прежніе же способы—проколъ, вырыскиваніе морфія въ плодный мѣшокъ, электричество, извлеченіе плода чрезъ разрѣзъ влагалища—должны быть признаны болѣе опасными и менѣе вѣрными, сравнительно съ лапаротоміей. Но если уже наступилъ разрывъ плоднаго мѣшка и если врачъ приглашенъ только теперь, какъ это обыкновенно и бываетъ, то положеніе дѣла представляется въ нѣсколько иномъ видѣ. Мы уже сказали, что кровотеченіе можетъ остановиться само собою, и этому нужно содѣйствовать абсолютно спокойнымъ положеніемъ въ постели и прикладываніемъ большихъ пузырей со льдомъ на животъ; въ большинствѣ случаевъ кровотеченіе дѣйствительно и останавливается, хотя часто лишь послѣ того, какъ наступило такое значительное ослабленіе сердца, что уже не прощупывается пульсъ лучевой артеріи. Если кровотеченіе остановилось, то всякаго дальнѣйшаго вмѣшательства слѣдуетъ избѣгать; даже относительно возбуждающихъ средствъ нужна большая осторожность, и ихъ слѣдуетъ давать только тогда, когда они безусловно необходимы для поддержанія дѣятельности сердца, такъ какъ при болѣе значительномъ усиленіи ея легко можетъ возобновиться кровотеченіе.

Лапаротомію слѣдуетъ здѣсь производить только тогда, когда продолжаютъ признаки внутренняго кровотечения. Поэтому въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ врачъ обязанъ держать наготовѣ все необходимое для лапаротоміи, и его трудная задача состоитъ въ томъ, чтобы не предпринимать никакой операціи, пока еще существуетъ надежда, что больная оправится, но произвести операцію немедленно, коль скоро появились самыя угрожающіе признаки внутренняго кровотечения. Такимъ образомъ больная, собственно говоря, не должна умереть безъ того, чтобы не была сдѣлана попытка остановить кровотеченіе посредствомъ лапаротоміи ¹⁾.

Если беременность уже близится къ концу, то слѣдуетъ выждать, пока умретъ младенецъ, и еще послѣ его смерти подождать съ операціей 8—10 недѣль, такъ какъ тогда уже нечего бояться кровотечения изъ мѣста прикрѣпленія плаценты. Болѣе раннее производство операціи можетъ понадобиться только въ исключительныхъ случаяхъ, если существуетъ настоятельное показаніе въ интересахъ матери. При срощеніи плоднаго мѣшка съ переднею брюшною стѣнкою, операція едва ли сопряжена съ какою нибудь опасностью, если только были соблюдены антисептическія предосторожности и если дана возможность основательно прополаскивать плодный мѣшокъ посредствомъ дренажа. Въ другихъ же случаяхъ, въ которыхъ разрѣзъ брюшной стѣнки сопряженъ со вскрытіемъ полости брюшины, авторы совѣтуютъ поступать по способу, предложенному Volkmanн'омъ для вскрытія эхинококка, т. е. предварительно вызвать сращеніе плоднаго мѣшка съ брюшною стѣнкою, напол-

¹⁾ J. Veit оперировалъ при такихъ условіяхъ 3 раза, съ 2 смертными случаями.

нивѣ разрѣзъ іодоформомъ, и уже потомъ вскрыть самый мѣшокъ ¹⁾. Вообще, однако, мы считаемъ болѣе правильнымъ производить всю операцію въ одинъ пріёмъ, — главнымъ образомъ въ виду очень желательнаго вылушенія плоднаго мѣшка, котораго, между тѣмъ, возможно только при такомъ способѣ. Дѣло въ томъ, что полное вылушеніе плоднаго мѣшка, при отсутствіи ихорознаго разложенія, представляется наиболѣе цѣлесообразнымъ и, безъ сомнѣнія, будетъ чаще удаваться, чѣмъ это думаютъ въ настоящее время.

Такъ какъ опытъ показалъ, что и lithoraedion постоянно угрожаетъ опасностью въ виду все еще возможнаго воспаленія, то и въ этомъ случаѣ активное вмѣшательство болѣе цѣлесообразно, чѣмъ пассивное выжиданіе.

При нагноеніи плода, конечно, еще болѣе существуетъ показаніе къ лапаротоміи, которая и въ этомъ случаѣ должна производиться по вышеизложеннымъ правиламъ ²⁾.

Аномаліи придаточныхъ частей плода.

Аномаліи оболочекъ яйца.

Пузырный заносъ. (Гиперплазія ворсистой оболочки. Мухома multiplex). — Перерожденный пузырный заносъ. — Мухома diffusum. — Мухома fibrosum placentae.

Литература: M-me Boivin, Nouv. rech. sur la môle vesicul. Paris 1827.—R. Maj, Die Molen der Gebärmutter. Nördl. 1831.—Mikschik, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. Juli—Sept. 1845.—H. Müller, Abh. über den Bau der Molen. Würzburg 1847.—Gierse, Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin. 1847. H. 2, p. 126.—Mettenheimer, Müller's Archiv 1850, p. 417. T. IX u. X.—G. Braun, Wiener Medicinalhalle. III. Jahrg. 1. n. 3.—Graily Hewitt, Obstetr. Transact. I. u. II.—Hecker, Klinik d. Geburtsk. B. 2, p. 20.—Virchow, Die krankhaften Geschwülste. I, p. 405.—Bloch, Die Blasenmole. Freiburg 1869.—Ercolani, Mem. delle malattie della placenta. Bologna 1871. (См. рефератъ Hennig'a, Arch. f. Gyn., B. II, p. 454).—Ancelet, Arch. de gyn. 1876, pp. 81, 183, 264.—Storch, Virchow's Archiv. B. 72, p. 582.—Maslowsky, Centr. f. Gyn. 1882, No. 10.

Въ соединительнотканной основѣ (endochorion, см. вып. I, стр. 37 и 45), которую ворсинки хоріона получаютъ отъ allantois, встрѣчается иногда своеобразная гиперплазія, которая представляетъ различія, смотря по времени ея возникновенія и по количеству заболѣвшихъ ворсинокъ.

Гиперплазія начинается съ эпителия, дающаго многочисленныя отрпыски, въ которые проникаетъ соединительная ткань ворсинокъ (непосредственное продолженіе студени пупочнаго канатика) и въ которыхъ она чрезмѣрно разрастается. Отчасти, вѣроятно, самыя клѣтки превращаются въ слизь; но существеннымъ образомъ это колоссальное

¹⁾ См. также: Landau, Arch. f. Gyn., Bd. XVI, p. 436.—²⁾ См. Holmeier, Z. f. Geb. u. Gyn., Bd. V, p. 112, и Litzmann, Archiv f. Gyn., Bd. XVI, p. 323.

утолщеніе ворсинокъ основано на гиперплазіи кѣтокъ и обильномъ накопленіи слизистаго межкѣточного вещества. Последнее обыкновенно преобладаетъ до такой степени, что гипертрофированныя ворсинки становятся похожими на кисты, съ водянистымъ содержимымъ. Но эта разрастающаяся ткань не растягиваетъ равномерно всю ворсинку, а накапливается въ обильномъ количествѣ только на отдѣльныхъ мѣстахъ, тогда какъ промежуточные участки остаются приблизительно нормальными. Перерожденная ворсинка, благодаря этому, получаетъ сходство съ виноградною кистью, такъ что на тонкомъ стебелькѣ висятъ круглыя кистовидныя опухоли. (Слѣдовательно, это новообразование, по своей сущности, примыкаетъ къ папилломамъ, но съ тою разницею, что основа состоитъ не изъ обыкновенной соединительной, а изъ очень нѣжной слизистой ткани, и въ нѣсколькихъ мѣстахъ, благодаря обильному выдѣленію межкѣточного вещества, это последнее скопляется въ значительномъ количествѣ).

Если это перерожденіе появляется уже на первомъ мѣсяцѣ беременности, слѣдовательно—въ такое время, когда ворсинки хоріона развиты равномерно по всей периферіи яйца, то последнее превращается въ опухоль, которая на всей своей периферіи покрыта круглыми пузырьками, сидящими на стебелькахъ.

Если перерожденіе появилось въ такое время, когда уже началось образованіе плаценты, то ворсинки на остальной периферіи яйца обыкновенно уже бываютъ атрофированы, и только въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ новообразование захватываетъ, между прочимъ, какой нибудь неатрофированный участокъ хоріона, лежащій внѣ плаценты ¹⁾. Гораздо чаще новообразование ограничивается исключительно ворсинками плаценты или занимаетъ въ ней лишь нѣсколько долекъ. Въ этихъ случаяхъ большая часть периферіи яйца оказывается нормальной, и только та часть ея, которая соотвѣтствуетъ плацентѣ, представляетъ пузырчатое перерожденіе, либо на всемъ своемъ протяженіи, либо только въ отдѣльныхъ мѣстахъ. Сосуды перерожденныхъ ворсинокъ, конечно, заустѣваютъ, если наступила смерть плода, какъ это бываетъ обыкновенно. Если же онъ продолжаетъ жить, то сосуды могутъ образовать въ перерожденныхъ ворсинкахъ очень густую и тонкую капиллярную сѣть.

Въ этиологіи этой гиперплазіи ворсистой оболочки дѣло идетъ прежде всего о томъ, представляетъ ли гиперплазія первичное заболѣваніе яйца, или же она обусловлена раздраженіемъ, распространившимся на ворсинки хоріона со стороны отпадающей оболочки или изъ материнской крови.

¹⁾ Въ случаѣ, сообщенномъ Виноградовымъ (Virchow's Archiv 1870, Bd. 51, p. 146), была найдена ограниченная миксома, величинаю около гусиного яйца, въ атрофированной части ворсистой оболочки (chorion laeve), на разстояніи 3 дюймовъ отъ плаценты.

Возможность того и другого подтверждается цѣлымъ рядомъ фактовъ, которые едва-ли могутъ быть отстранены.

Въ пользу первичнаго заболѣванія яйца говорятъ, очевидно, тѣ случаи, въ которыхъ пузырьный заносъ развитъ рядомъ съ нормальнымъ яйцомъ. Кроме того, въ абортивныхъ яйцахъ съ атрофированнымъ или даже совершенно отсутствующимъ зародышемъ довольно часто встрѣчаются начальныя стадіи миксоматознаго перерожденія, такъ что самая незначительность заболѣванія не допускаетъ и мысли, чтобы оно было причиною смерти плода. Это обстоятельство опять-таки говоритъ въ пользу того, что смерть плода можетъ служить поводомъ къ гиперплази ворсинокъ хоріона. (Что зародышевая часть плаценты можетъ продолжать свой ростъ даже и по смерти плода, питаясь путемъ осмоса,—это не подлежитъ сомнѣнію. См. ниже, въ главѣ о выкидышѣ).

Съ другой стороны, при пузырьномъ заносѣ часто находятъ заболѣваніе отпадающей оболочки или другія болѣзни матки (напр., Schroeder видѣлъ сильно развитой пузырьный заносъ при большой интерстиціальной миомѣ), а иногда миксоматозное разрощеніе отдѣльныхъ участковъ плаценты встрѣчается при хорошо развитомъ плодѣ; наконецъ, это перерожденіе часто повторяется у одной и той же женщины. Всѣ эти обстоятельства дѣлаютъ въ высшей степени вѣроятнымъ, что толчекъ къ гиперплази ворсистой оболочки можетъ исходить и отъ матери. Въ этомъ отношеніи довольно интересно, что Schroeder наблюдалъ 2 случая развитаго пузырьнаго заноса у очень пожилыхъ женщинъ (53-хъ и 50-ти лѣтъ); впрочемъ, онъ же наблюдалъ еще одинъ случай у 17-лѣтней дѣвушки ¹⁾.

Слѣдовательно, мы должны, съ одной стороны, допустить, что разрастаніе ворсинокъ иногда бываетъ обусловлено уже наступившею смертью плода, но, съ другой стороны, нельзя сомнѣваться и въ томъ, что заболѣваніе ворсистой оболочки можетъ явиться началомъ заболѣванія яйца.

Въ послѣднемъ случаѣ обратное дѣйствіе, оказываемое перерожденіемъ ворсистой оболочки на состояніе самого плода, бываетъ различно, главнымъ образомъ—смотря по обширности заболѣванія. Если перерожденіе занимаетъ всю периферію яйца или, по крайней мѣрѣ, всю область, соответствующую плацентѣ, то питательный матеріалъ, предназначенный для плода, отнимается ворсинками хоріона, такъ что плодъ умираетъ и оказывается внутри яйца сморщеннымъ и атрофированнымъ, а если онъ былъ еще очень малъ, то можетъ даже совершенно всосаться, послѣ предварительной мацерациі въ околоплодной жидкости. Иногда при этомъ еще сохраняется рудиментарный остатокъ пупочнаго канатика. Но если

¹⁾ Stricker (Virchow's Archiv, Bd. 78, p. 193) тоже сообщаетъ достовѣрный случай ранняго появленія мѣсячныхъ (menstruatio praecox) и рожденія пузырьнаго заноса у 9-лѣтней дѣвушки.

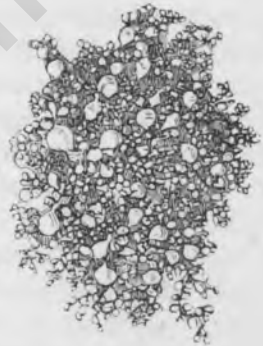
перерожденіе занимает не слишкомъ большую часть плаценты, то плодъ можетъ продолжать свое развитіе, оставаясь здоровымъ, и родиться живымъ къ нормальному сроку беременности.

Примѣч. По мнѣнію Нескер'а, разрощеніе ворсинокъ хоріона обусловливается первичнымъ отсутствіемъ allantois, такъ что въ подобныхъ яйцахъ совсѣмъ не существуетъ плацентарнаго кровообращенія. По мнѣнію это, въ такой формѣ, не можетъ быть допущено, потому что тогда должна была бы отсутствовать и соединительно-тканная основа ворсинокъ, которая происходитъ изъ allantois и въ которой локализуется описываемое разрощеніе. Гораздо скорѣе было бы возможно, что allantois, въ исключительныхъ случаяхъ, разрастается по всей периферіи яйца, не заключая въ себѣ зародышевыхъ сосудовъ, и что такимъ образомъ въ соединительно-тканной основѣ происходитъ рассматриваемая нами гиперплазія, при отсутствіи плацентарнаго кровообращенія.

Случаи пузырнаго заноса, развившагося рядомъ съ нормальнымъ, не перерожденнымъ яйцомъ,—помимо нѣкоторыхъ старинныхъ наблюденій, цитируемыхъ M-me Boivin ¹⁾ и Majемъ ²⁾,—описаны Hildebrandt'омъ ³⁾, Davis'омъ ⁴⁾ (живой младенецъ), G. Hewitt'омъ ⁵⁾, Pepper'омъ ⁶⁾ и R. Schroeter'омъ ⁷⁾.

Случаи перерожденія отдѣльныхъ частей плаценты, т. е. переходныя формы отъ нормальнаго яйца къ пузырному заносу, были наблюдаемы Hunter'омъ ⁸⁾, Krieger'омъ ⁹⁾, Virchow'омъ ¹⁰⁾, Martin'омъ ¹¹⁾, Conche-Fontan'омъ ¹²⁾ и др.

Пузырный заносъ (см. рис. 108) представляетъ мягкую массу, состоящую изъ множества пузырей самой различной величины, которые соединены между собою въ формѣ виноградныхъ кистей или четкообразно. При уколѣ одного изъ этихъ пузырей выдѣляется клейкая жидкость, дающая реакціи муцина. Точный химическій анализъ этой жидкости, которая въ большихъ пузыряхъ болѣе водяниста, чѣмъ въ мелкихъ, былъ произведенъ Gscheidlen'омъ ¹³⁾.



Совершенно развитой пузырный заносъ встрѣчается рѣдко, между тѣмъ какъ болѣе слабая степени этой гиперплазіи,—отъ незначительнаго опуханія ворсинокъ до образованія отдѣльныхъ пузырьковъ, видимыхъ даже макроскопически,—наблюдаются на абортивныхъ яйцахъ довольно часто.

Явленія, вызываемыя пузырнымъ заносомъ, не совсѣмъ постоянны и не допускаютъ опредѣленнаго толкованія, такъ что діагнозъ не можетъ быть поставленъ съ полною положительностью до тѣхъ поръ, пока не будетъ извергнута часть перерожденнаго яйца, или, по крайней мѣрѣ, пока оно не сдѣлается доступно осязанію. Въ первые мѣсяцы беременности, если матка перестаетъ увеличиваться, мы можемъ только діагно-

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

стицировать, что существует какое-то перерождение яйца; если же матка растет поразительно быстро, такъ что величина ея несомнѣнно болѣе значительна, чѣмъ слѣдовало бы ожидать въ данное время беременности, если она ощупывается напряженно-эластичною, если никакъ не удается прощупать частей плода и если изъ нея появляются кровянисто-серозныя выдѣленія или сильныя кровотечения, то въ такомъ случаѣ присутствіе пузырнаго заноса становится вѣроятнымъ.

Предсказаніе зависитъ, впрочемъ всего, отъ степени кровотечения, которое появляется во время беременности или при изверженіи заноса и которое бываетъ иногда очень обильнымъ. Но, помимо этого, предсказаніе уже само по себѣ стало гораздо болѣе неблагоприятнымъ въ виду нѣсколькихъ новѣйшихъ случаевъ, въ которыхъ пузырный заносъ принималъ рѣшительно деструктивный характеръ. Въ случаѣ Volkman'n'a ¹⁾ перерожденныя ворсинки видѣрились въ гипертрофированную стѣнку матки и, продолжая разрастаться въ синуозныхъ материнскихъ сосудахъ, вызвали своимъ давленіемъ полное исчезновеніе ея ткани, такъ что въ днѣ матки онѣ проникали вплоть до брюшины, а содержимое матки было раздѣлено перегородкою на двѣ части, нижнюю и верхнюю. Изъ нихъ одна только нижняя часть составляла полость матки, въ истинномъ смыслѣ слова, между тѣмъ какъ верхняя, болѣе значительная по объему, была выполнена опухолью, которая растянула паренхиму матки, образовавъ изъ нея отдѣльную большую полость. Въ перегородкѣ существовало отверстіе, чрезъ которое эта опухоль проникала и въ самую полость матки. Совершенно подобный же случай былъ сообщенъ Jarotzk'imъ и Waldeyer'омъ ²⁾, съ тою только разницею, что перерожденіе наступило здѣсь до образованія плаценты и, слѣдовательно, ворсинками была усеяна вся периферія яйца. Такое проростаніе ворсинокъ въ венозные сосуды, лежащія въ паренхимѣ матки, съ послѣдовательною атрофіею этой паренхимы, должно, разумѣется, сильно затруднять изверженіе заноса, а въ очень развитыхъ случаяхъ— даже сдѣлать его совершенно невозможнымъ. Въ случаѣ Krieger'a ³⁾ присоединилось къ атрофіи маточной ткани смертельное воспаленіе брюшины, а въ болѣе старомъ случаѣ Wilton'a ⁴⁾, несомнѣнно также относящемся къ этой категоріи, смерть наступила вслѣдствіе разрыва матки съ кровотеченіемъ въ брюшную полость.

Терапія, въ отношеніи къ самому развитію этого перерожденія, безсильна. Въ большинствѣ случаевъ мы вынуждены ограничиваться симптоматическими мѣрами для остановки кровотеченій и содѣйствовать изверженію заноса. Хотя совершенно опредѣленный діагнозъ пузырнаго заноса едва ли возможенъ, но все-таки, начиная со второй половины

¹⁾ Virchow's Archiv, B. XLI, p. 528.—²⁾ Virchow's Arch., B. XLIV, p. 88.
—³⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. I, p. 10.—⁴⁾ Lancet. Febr. 1840. и Annal. f. Frauenkrankh., B. IV, p. 149.

беременности, мы можемъ уже распознать присутствіе мертваго продукта въ беременной маткѣ съ полною положительностью, а присутствіе пузырнаго заноса—съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, и въ подобныхъ случаяхъ, если существуютъ безпрестанныя кровотеченія, необходимо искусственно прервать беременность. Если изверженіе заноса уже началось, то, хотя бы кровотеченіе и не было очень обильнымъ, лучше всего затампонировать влагалище большимъ асептическимъ тампономъ и давать внутрь спорынию. Все дѣло здѣсь въ томъ, чтобы новообразование было изгнано по возможности совершенно и чтобы матка по изгнаніи его хорошо сократилась. Для болѣе скорого изгнанія заноса выжимаютъ его давленіемъ снаружи, а при сильномъ кровотеченіи вводятъ въ матку всю руку.

Такъ какъ эмбриональная соединительная ткань *allantois* окружаетъ всю периферію яйца между его серозною пластинкою (*exochorion*) и водною оболочкою, то и этотъ слой можетъ сдѣлаться мѣстомъ развитія миксоматозной гиперплазіи. До сихъ поръ существуетъ въ литературѣ всего одинъ подобный случай, описанный *Breslau* и *Eberth*'омъ ¹⁾ подъ именемъ разлитой миксомы. На всей периферіи яйца, между *exochorion* и водною оболочкою, при нормальномъ состояніи плаценты, былъ найденъ слой, похожій на Вартонову студень пупочнаго канатика и имѣвшій отъ 4 до 5 миллиметровъ въ толщину. Слѣдовательно, здѣсь былъ перерожденъ только слой соединительной ткани, принадлежащій ворсистой оболочкѣ и разросшійся по периферіи яйца, тогда какъ самыя ворсинки были атрофированы обычнымъ образомъ. Что остатокъ *allantois*, находящійся подъ плацентарною частью водной оболочки, можетъ сдѣлаться мѣстомъ развитія гиперплазіи даже и безъ миксоматознаго разрощенія ворсинокъ хоріона, образующихъ плаценту,—это, повидимому, доказываетъ случай, сообщенный *Spraeth*'омъ и *Wedl*'емъ ²⁾: близъ мѣста прикрѣпленія толстой пуповины, непосредственно подъ оболочками, находился слой молодой студенистой соединительной ткани, имѣвшій 1 миллиметръ въ толщину и продолжавшійся по направленію къ краю плаценты. *Rokitansky* ³⁾, говоря о новообразованіяхъ плаценты, тоже упоминаетъ о накопленіи студенистой соединительной ткани на ея вогнутой поверхности.

Миксома получаетъ видъ существенно отличный отъ пузырнаго заноса, если однородное водянисто-слизистое межкѣлочное вещество становится богаче волокнами, такъ что новообразование получаетъ плотную консистенцію и дѣлается болѣе похожимъ на соединительную ткань, т. е. представляетъ такое же строеніе, какое встрѣчается въ периферическихъ слояхъ пуповины. *Virchow* ⁴⁾ впервые описалъ подобный случай, подъ именемъ «*myxoma fibrosum placentae*»: У здо-

¹⁾ Wiener med. Presse 1867. I; *Eberth*, *Virchow's Archiv*. B. XXXIX. N. 1.
—²⁾ *Zeitschr. d. Ges. d. Wien. Aerzte* 1851. B. II, p. 822.—³⁾ *Lehrb. d. pathol. Anat.* 3. Aufl. E. III. Wien 1861, p. 546.—⁴⁾ *l. c.*, p. 414.

роваго младенца, между нормальными дольками плаценты одна оказалась перерожденною; на толстых плотныхъ узлахъ (главныхъ стволахъ ворсинокъ), величиною съ голубиное яйцо, сидѣли, въ видѣ вторичныхъ и третичныхъ побѣговъ, небольшіе узелки, величиною отъ лѣснаго орѣха до коноплянаго зерна. Въ другомъ подобномъ же случаѣ, Hildebrandt ¹⁾ призналъ причину перерожденія застой крови, который можно было констатировать въ отводящей венѣ пораженной дольки. Sinclair ²⁾ описалъ одинъ случай, въ которомъ это перерожденіе занимало, повидимому, всю плаценту. Storch ³⁾, основываясь на нѣсколькихъ случаяхъ, весьма тщательно имъ изслѣдованныхъ, отчасти расходится съ тѣмъ толкованіемъ, которое дано Virchow'омъ ⁴⁾.

Примѣч. Названіе «шюла» (заносъ) употреблялось уже Гиппократомъ, Аристотелемъ и Галеномъ, которые подразумевали подъ нимъ перерожденные абортивныя яйца (впослѣдствіи названныя кровяными или мясистыми заносами). Арабы употребляли это слово въ гораздо болѣе широкомъ значеніи, подразумевая подъ нимъ всевозможныя опухоли, которыя развиваются въ полости матки или въ ея стѣнкахъ. Впослѣдствіи, конечно, стали различать истинные заносы (продукты беременности) и ложные заносы (опухоли, возникшія въ не-беременномъ состояніи). О пузырьномъ заносѣ впервые упоминаетъ Schenk von Grafenberg, въ 1565 году. Относительно сущности его господствовали до повѣйшаго времени самыя различныя взгляды. Съ конца прошлаго столѣтія до послѣдняго времени пузырьные заносы считались настоящими пузырьчатыми глестами (отсюда и названіе «гидатидный заносъ»), между тѣмъ какъ Ruysch, по мнѣнію котораго они не всегда бываютъ продуктами беременности, видѣлъ причину образованія пузырей въ измѣненіи сосудовъ, и этотъ взглядъ господствовалъ очень долго. Другое мнѣніе, по которому эти пузыри представляютъ настоящія кисты, оспаривалось уже Velpeau и Joh. Müller'омъ. Но по вопросу объ исходномъ пунктѣ этого перерожденія все еще господствовали очень различныя взгляды (Gierse и Meskel видѣли въ немъ гипертрофію ворсинокъ съ отекомъ, Н. Müller считалъ его исходнымъ пунктомъ эхочоціи, а Mettenheimer—соединительную ткань), пока Virchow не доказалъ, что оно представляетъ гиперплазію слизистой ткани, нормальной основы болѣе мелкихъ ворсинокъ.

Аномалии плаценты.

Литература: Simpson, Monthly J. of med. sc. Febr. 1845, p. 119, и Sel. Obst. Works. 1871, Vol. I, p. 134.—Spaeth u. Wedl, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1851. 2, p. 806.—Klob, Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorgane, p. 542.—Hurtl, Die Blutgefäße d. menschl. Nachgeburts. Wien 1870.—Whittacker, Amer. J. of Obstetrics. Vol. III, p. 193. — Ercolani, Delle malattie della placenta. Bologna 1871. (См. рефератъ Hennig'a: Arch. f. Gyn., B. II, p. 454).—Hennig, Stud. üb. d. Bau d. menschl. Plac. etc. Leipzig 1872, p. 26.

При описаніи болѣзней ворсистой оболочки мы уже говорили о гиперплазіяхъ ея, развивающихся на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты (мухома multiplex и мухома fibrosum). Теперь намъ остается еще разсмотрѣть другія аномалии плаценты.

¹⁾ M. f. G., B. 31, p. 346.—²⁾ Boston gyn. J. V, p. 338.—³⁾ l. c.—⁴⁾ См. также: Breus, Wiener med. Woch. 1881, No. 40.

Аномаліи развитія.

Величина плаценты бываетъ весьма различна. Протяженіе ея по поверхности зависитъ оттого, на какомъ пространствѣ ворсинки хоріона вступили въ сосудистую связь со слизистой оболочкою матки. Вообще можно сказать, что плацента имѣетъ тѣмъ болѣе толщину, чѣмъ меньшую часть периферіи яйца она занимаетъ. Часть этой периферіи, соотвѣтствующая плацентѣ, будетъ относительно тѣмъ болѣе велика, чѣмъ моложе яйцо.

Старинными авторами описаны случаи полного отсутствія плаценты, которые должны быть объяснены недостаточнымъ развитіемъ ворсинокъ хоріона на мѣстѣ запоздалой отпадающей оболочки (*decidua serotina*). Именно, ворсинки хоріона, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, сохраняютъ свои сосуды на всей периферіи яйца или, по крайней мѣрѣ, на большей части ея, такъ что настоящая толстая плацента не образуется вовсе, и яйцо вступаетъ въ соединеніе съ отпадающею оболочкою на всей своей периферіи (какъ это бываетъ у толстокожихъ животныхъ). Stein-старшій ¹⁾ назвалъ эту аномалію «*placenta membranacea*» ²⁾.

Гораздо чаще встрѣчается ненормально большая плацента. Это бываетъ, съ одной стороны, при необычайно сильномъ развитіи младенца, но, съ другой стороны, также у атрофическихъ плодовъ съ чрезмѣрнымъ скопленіемъ околоплодной жидкости (*hydramnion*). Въ послѣднемъ случаѣ гиперплазія, вѣроятно, основана на воспалительномъ состояніи слизистой оболочки матки, такъ что сильное разрощеніе запоздалой отпадающей оболочки и ворсинокъ хоріона представляетъ ту причину, которая значительно увеличиваетъ отдѣленіе околоплодной жидкости и такимъ образомъ отнимаетъ отъ плода нѣкоторую часть питательнаго матеріала.

Иногда при одноплодной беременности оказывается нѣсколько плацентъ, отъ 2-хъ до 7-ми, или наряду съ одною большою плацентою существуютъ еще и маленькія, такъ наз. *placentae succenturiatae*. Эти аномаліи, легко могутъ быть объяснены исторіей развитія яйцевыхъ оболочекъ: нѣкоторыя ворсинки хоріона, сидяшія не на мѣстѣ *dec. serotinae*, а въ другихъ частяхъ периферіи яйца, сохраняютъ свои сосуды и при ихъ посредствѣ вступаютъ въ соединеніе съ истинною отпадающею оболочкою (*dec. vera*). Если такого соединенія при помощи сосудовъ не происходитъ, то разросшіяся ворсинки образуютъ такъ наз. ложную плаценту (*pl. spuria*).

Въ большинствѣ случаевъ плацента бываетъ круглою или овальною, очень рѣдко — подковообразною, при чемъ она прикрѣпляется близъ внутренняго зѣва и обхватываетъ его какъ бы двумя ножками.

¹⁾ Nachgel. geb. Wahrnehmungen. Marburg 1807. Th. I, p. 321.—²⁾ См. Jörgg, Schriften zur Bef. d. Kenntniss d. Weibes. II, p. 207.

О предлежаніи плаценты (pl. praevia), которое представляет практически очень важную аномалию ея прикрѣпленія, мы еще будемъ говорить по поводу кровотеченій во время родовъ.

Новообразованія плаценты.

О миксомахъ мы уже говорили; другія же опухоли встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Случай Clarke'a ¹⁾, гдѣ въ плацентѣ былъ найденъ узелъ, вѣсившій 14 лотовъ, а также и другой случай, изслѣдованный Löbl'emъ въ патоло-анатомическомъ институтѣ Rokitansk'аго и описанный имъ подъ названіемъ фиброида, величиною съ дѣтскую головку ²⁾, относятся, вѣроятно, къ фиброзной миксомѣ. Nuytl описываетъ, подъ названіемъ саркомы, двѣ опухоли, которыя были заключены въ соединительнотканная капсулы и состояли изъ новообразованной соединительной ткани во всѣхъ стадіяхъ ея развитія.

На вогнутой поверхности плаценты не очень рѣдко встрѣчаются кисты, величина которыхъ бываетъ разнообразна. Соединительнотканный слой ворсистой и водной оболочекъ выпячивается кистообразно, будучи покрытъ со стороны водной оболочки мостовиднымъ эпителиемъ, тогда какъ часть, сидящая на плацентѣ, имѣетъ неровную ворсинчатую поверхность и покрыта фибринозными отложениями. Эти кисты представляютъ пѣзные просвѣчивающіе пузыри, въ которыхъ находится желтая или красноватая мутная водянистая жидкость. Къ нѣкоторымъ изъ нихъ вполне подходитъ объясненіе Ahlfeld'a ³⁾, согласно которому онѣ представляютъ сильно разжиженныя частичныя миксоматозныя образованія; другія же происходятъ изъ апоплектическихъ гнѣздъ ⁴⁾. Jacquét ⁵⁾ описываетъ кисты, величиною отъ горошины до лѣснаго орѣха, для которыхъ исходнымъ пунктомъ служатъ влагалища сосудовъ.

Умѣренные отложения известны наблюдаются въ плацентѣ довольно часто. Въ нормальной зрѣлой плацентѣ они занимаютъ главнымъ образомъ маточную ткань, непосредственно прилегающую къ зародышевымъ ворсинкамъ хоріона, а также и болѣе толстыя ворсинки, которыя видѣряются въ запоздалую отпадающую оболочку. Напротивъ того, въ плацентѣ мертво-гнилаго плода отложеніе известно происходитъ въ свободныхъ ворсинкахъ ⁶⁾.

Изъ воспаленій плаценты мы уже разсмотрѣли тѣ формы, которыя развиваются въ ея материнской части и которыя въ патологическомъ отношеніи наиболѣе важны (см. стр. 32, *endometritis decidua*).

Гиперпластическіе процессы въ ворсинкахъ хоріона очень часто

¹⁾ Phil. Transactions. London 1798. II, p. 361.—²⁾ Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1844, p. 231.—³⁾ Arch. f. Gyn., B. XI, p. 397.—⁴⁾ См. Simpson, Sel. Obst. Works. 1871. I, p. 147.—⁵⁾ Gaz. méd. de Paris. Oct. 14. 1871.—⁶⁾ См. Langhans, Arch. f. Gyn., B. I, p. 330, и B. III, p. 150; Fränkel, e. l., B. II, p. 373; Winkler, e. l., B. IV, p. 260.

встрѣчаются послѣ смерти плода. Ворсинки набухаютъ, становятся колбообразными и представляютъ незначительную степень миксоматознаго перерожденія (см. стр. 66).

Плацента часто представляетъ фибринозныя клиновидныя затвердѣнія ¹⁾, которымъ Аскерманн ²⁾ даетъ названіе бѣлыхъ инфарктовъ. По мнѣнію этого автора, они представляютъ продукты коагуляціоннаго некроза, обусловленнаго фибрознымъ периартеріотомъ. Сюда же относится образованіе бѣлаго кольца вокругъ плаценты, соотвѣтственно прикрѣпленію яйцевыхъ оболочекъ, при чемъ внутри этого кольца происходитъ разрастаніе ворсинокъ хоріона. Кёлликер описываетъ эту форму подъ именемъ «*placenta marginata*». Относительно возникновенія ея взгляды авторовъ еще расходятся между собою ³⁾; по нашему мнѣнію, она стоитъ въ тѣсной связи съ бѣлымъ инфарктомъ и, подобно ему, часто представляетъ только конечный результатъ воспалительныхъ процессовъ въ слизистой оболочкѣ матки. Это измѣненіе плаценты встрѣчается и при живомъ плодѣ и часто сопровождается еще и другими заболѣваніями отпадающей оболочки, въ особенности — такими, которыя имѣютъ своимъ послѣдствіемъ задержаніе ворсистой оболочки въ полости матки.

Въ болѣе значительной степени измѣненія эти развиваются при сифилисѣ, если со стороны отца произошло зараженіе либо одного только плода, либо плода и матери одновременно. Фрайкел ⁴⁾ считаетъ эти измѣненія характерными для сифилиса. Ворсинки хоріона подвергаются набуханію, которое обусловлено мелкоклеточнымъ разрощеніемъ ихъ соединительной ткани. Ворсинки при этомъ представляются помутнѣвшими, колбообразно утолщенными, и даже въ ихъ эпителиальномъ покровѣ часто замѣчается разрощеніе и помутнѣніе клетокъ. Вслѣдствіе набуханія и оплотнѣнія ворсинокъ сосуды ихъ сдавливаются и облитерируются, а вслѣдствіе увеличенія отдѣльныхъ ворсинокъ все болѣе и болѣе суживается пространство для материнской крови, такъ что въ результатѣ является полное прекращеніе функціи пораженныхъ частей, и если процессъ принимаетъ болѣе обширное распространеніе, то дѣло оканчивается смертью плода. Но въ то же время прекращается притокъ питательнаго матеріала къ самымъ ворсинкамъ, такъ что онѣ подвергаются жировому перерожденію. Довольно часто при этомъ происходятъ кровоизліянія, вслѣдствіе коллатеральной гипереміи.

Воспаленія, переходящія въ нагноеніе, встрѣчаются, во всякомъ случаѣ, чрезвычайно рѣдко. Но вообще подобныя наблюденія не имѣютъ никакой цѣны, если не было произведено тщательнаго микроскопическаго

¹⁾ См. Zilles, Mitth. aus d. geb. u. gyn. Klinik zu Tübingen. 2. H. Tübingen 1885.—²⁾ Virchow's Arch., B. 96, p. 439.—³⁾ Küstner, Tageblatt d. Naturf.-Vers. in Magdeburg, p. 232, и Virchow's Archiv, Bd. 106. H. 2; Krukenberg, Arch. f. Gyn., Bd. XXVII, p. 453.—⁴⁾ l. c.

ислѣдованія: дѣло въ томъ, что именно въ плацентѣ часто встрѣчаются ¹⁾, въ самой толщѣ ея ткани или на периферіи, гноевидныя массы, которыя по ошибкѣ могутъ быть приняты за абсцессы, гной, гуммозныя узлы и т. п., а въ дѣйствительности представляютъ жирноперерожденный размягченный распадъ, образовавшійся вслѣдствіе регрессивнаго процесса. Настоящіе воспалительныя процессы съ переходомъ въ нагноеніе встрѣчаются сравнительно чаще при *endometritis decidua*, развиваясь на поверхности истинной отпадающей оболочки и въ самой толщѣ ея, или между ворсистою оболочкою и завороченною отпадающею ²⁾, или на самой плацентѣ, обыкновенно въ водной оболочкѣ и въ ткани, находящейся между этою послѣднею и хоріономъ, а иногда также въ ворсистой оболочкѣ и подъ нею (при выкидышахъ). Веретенообразныя элементы водной оболочки и находящейся подъ нею ткани, похожіе на клѣтки роговицы, превращаются, путемъ дѣленія, въ веретенообразныя кучки мелкихъ и круглыхъ клѣтокъ, часто сгруппированныхъ такъ тѣсно, что ткань какъ будто инфильтрирована гноемъ. — Водная оболочка при этомъ становится утолщенною, желтоватою, непрозрачною, а въ ея эпителиальномъ покровѣ часто замѣчается гиперплазія клѣточныхъ элементовъ.

Аномалии водной оболочки и околоплодной жидкости.

Литература: McClintock, Clin. mem. on diseases of women. 1863, p. 376.—Meissner, M. f. G., B. 32, p. 17.—Charpentier, Arch. de Tocologie. 1880, p. 321 etc.—Var, Paris 1881 (см. Centralbl. f. Gyn. 1883, Nr. 47).

Чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости въ полости водной оболочки (*hydramnion*) обыкновенно происходитъ въ теченіе беременности мало по малу, при чемъ ко времени наступленія родовъ младенецъ окруженъ необычайно большимъ количествомъ этой жидкости, тогда какъ при нормальныхъ условіяхъ количество ея должно было бы подъ конецъ беременности уменьшиться, если не абсолютно, то, по крайней мѣрѣ, относительно, т. е. въ сравненіи съ величиною плода въ предыдущіе мѣсяцы. Отъ этой формы Charpentier справедливо отдѣляетъ острый *hydramnion*, о которомъ будетъ сказано ниже.

Не легко опредѣлить ту границу, за которою уже начинается ненормально увеличенное количество околоплодной жидкости; обыкновенно такимъ предѣломъ считаютъ 1—1¹/₂ килограмма. Симптомы наступають тѣмъ легче, чѣмъ значительнѣе напряженіе, подъ которымъ находится околоплодная жидкость.

Причины гидрамніона еще не выяснены и не будутъ выяснены до тѣхъ поръ, пока мы не получимъ болѣе точныхъ свѣдѣній о нормаль-

¹⁾ Дальнѣйшее описаніе основано на изслѣдованіяхъ Carl'a Ruge.—²⁾ Ср. случай, сообщенный Dоnаt'омъ въ Arch. f. Gyn., Bd. XXIV, p. 481.

номъ обмѣнѣ составныхъ частей крови между матерью и плодомъ. Само собою разумѣется, что въ послѣдней инстанціи околоплодная жидкость происходитъ изъ материнской крови. Жидкость эта попадаетъ въ полость яйца, вѣроятно, различными путями, а именно: изъ сосудовъ материнской отпадающей оболочки—черезъ ворсистую и водную, и изъ венъ плода—черезъ водную оболочку, герсп. черезъ пупочный канатикъ, или черезъ самое тѣло плода, преимущественно съ мочею. Можетъ ли увеличеніе количества околоплодной жидкости обуславливаться недостаточнымъ всасываніемъ или полнымъ его отсутствіемъ,—это еще неизвѣстно [само же всасываніе можетъ происходить или черезъ оболочки яйца, или такимъ образомъ, что жидкость проглатывается плодомъ,—обстоятельство, на которое обратилъ вниманіе В. Schultze ¹⁾].

Такъ какъ относительно околоплодной жидкости намъ еще очень мало извѣстно, то мы и должны здѣсь ограничиться перечисленіемъ тѣхъ условій, при которыхъ hydramnion появляется всего чаще. Въ самой сильной степени развитія онъ встрѣчается, прежде всего, при разстройствахъ кровообращенія у матери, которыя и въ другихъ ея органахъ имѣютъ своимъ послѣдствіемъ появленіе отека и водянки; но онъ наблюдается и въ такихъ случаяхъ, гдѣ не существуетъ водянки и отека другихъ органовъ, или гдѣ эти явленія, очевидно, наступили уже вторичнымъ образомъ, въ зависимости отъ растяженія матки. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ мы иногда находимъ гипертрофію плаценты, сильное разрошеніе отпадающей оболочки и колбообразное утолщеніе ворсинокъ хоріона. Плодъ оказывается или мертвымъ, или, по крайней мѣрѣ, сильно атрофированнымъ, такъ что иногда онъ вѣситъ лишь немногимъ болѣе плаценты. Воспалительное разрастаніе яйцевыхъ оболочекъ, очевидно, составляетъ въ этихъ случаяхъ первичное явленіе; оно связано съ чрезмернымъ отдѣленіемъ околоплодной жидкости, при чемъ плодъ атрофируется уже вторичнымъ образомъ. Въ другихъ случаяхъ, особенно при умеренной водянкѣ яйца, плодъ оказывается нормально развитымъ. По изслѣдованіямъ Jungbluth'a ²⁾, причина водянки яйца заключается въ томъ, что ненормальнымъ образомъ сохранены vasa propra ворсистой оболочки (см. вып. I, стр. 49), которыя при нормальныхъ условіяхъ облитерируются ³⁾.

Интересно то обстоятельство, что hydramnion, по наблюденіямъ M'Clintock'a, встрѣчается гораздо чаще у многородящихъ, нежели у первородящихъ (въ отношеніи 28 : 5).

Hydramnion, производя сильное растяженіе яйца, вызываетъ тѣ же самыя разстройства, которыя наблюдаются и тогда, когда объемъ матки значительно увеличенъ вслѣдствіе какихъ нибудь другихъ причинъ. Бе-

¹⁾ Fortschr. d. Med. 1884, No. 5.—²⁾ Diss. inaug. Bonn 1869.—³⁾ См. Sallinger, D. i. Zürich 1875, и Weyl, Reichert's u. du Bois' Archiv 1876, p. 543 (съ химическимъ анализомъ увеличенной въ количествѣ околоплодной жидкости).

ременная жалуется, именно, на неприятныя ощущенія и боли въ животѣ, и у нея появляются невралгіи и отеки нижнихъ конечностей, какъ симптомы, вызванные прижатіемъ. Оттѣсненіе грудобрюшной преграды вверхъ имѣеть своимъ послѣдствіемъ сильное затрудненіе дыханія, а иногда даже настоящіе приступы задушенія. Слишкомъ сильное растяженіе матки нерѣдко бываетъ также причиною того, что беременность оканчивается раньше срока.

Распознаваніе подъ конецъ беременности въ большинствѣ случаевъ не представляетъ особеннаго труда, если *hydramnion* существуетъ въ болѣе значительной степени развитія. Животъ растянутъ до колоссальныхъ размѣровъ, матка при этомъ сильно напряжена, эластична и представляетъ весьма ясное зыбленіе (иногда, при очень большомъ напряженіи, она бываетъ на ощупь чрезвычайно твердою, почти какъ доска). Плодъ въ большинствѣ случаевъ прощупывается не особенно хорошо, такъ что, по крайней мѣрѣ, ощупать его мелкія части не удастся вовсе; но баллотированіе одной или двухъ крупныхъ частей плода ощущается чрезвычайно отчетливо. Эти крупныя части, а равно и сердечныя звуки плода, очень легко мѣняютъ свое положеніе, иногда почти безпрестанно. При внутреннемъ изслѣдованіи, нижній сегментъ матки оказывается сильно растянутымъ, эластичнымъ, и прощупать въ немъ какую нибудь часть плода не удастся. Распознаваніе беременности, даже при мертвомъ младенцѣ, когда уже не слышно сердечныхъ звуковъ и не удается прощупать частей плода, обыкновенно не представляетъ никакихъ трудностей, такъ какъ всегда возможно опредѣлить, что опухоль, заключающая въ себѣ жидкость, есть увеличенная матка, а между тѣмъ при другихъ состояніяхъ такое обильное накопленіе жидкости въ маткѣ никогда не встрѣчается. Распознаваніе самой водянки яйца очень часто представляетъ затрудненія при незначительныхъ степеняхъ ея развитія и при изслѣдованіи въ болѣе раннемъ періодѣ беременности, а равно и тогда, когда напряженіе яйца, вообще весьма неодинаковое въ различныхъ случаяхъ, не особенно велико (это возможно даже при очень значительномъ скопленіи жидкости). Чѣмъ сильнѣе напряжено яйцо, тѣмъ легче распознать *hydramnion*. Въ такихъ случаяхъ обыкновенно дѣло идетъ о дифференціальномъ распознаваніи между водянкою яйца и беременностью двойнями, при чемъ всегда нужно имѣть въ виду, что оба состоянія нерѣдко встрѣчаются одновременно. Водянка яйца характеризуется эластическимъ напряженіемъ матки, возможностью легко вызвать баллотированіе головки и безпрестанными перемѣнами положенія плода. Беременность двойнями распознается обычнымъ способомъ; нерѣдко бываетъ возможно констатировать ее съ полною достовѣрностью, измѣривъ разстояніе между одною крупною частью плода и другою: необыкновенно большая длина полученнаго разстоянія доказываетъ, что эти двѣ крупныя части не могутъ принадлежать одному и тому же плоду.

Предсказаніе для матери зависит главнымъ образомъ отъ той причины, которою обусловленъ hydramnion, и отъ степени накопленія жидкости; кромѣ того, въ періодъ изгнанія плаценты грозитъ кровотеченіе вслѣдствіе атоніи, вызванной чрезмѣрнымъ растяженіемъ матки. Предсказаніе для плода, при большомъ скопленіи жидкости, сомнительно (по M'Clintock'у, въ числѣ 33 хъ младенцевъ было 9 мертворожденныхъ и 10 умершихъ въ первые часы послѣ рожденія); помимо тѣхъ разстройствъ, которыя наступаютъ уже во время беременности, жизнь плода во время родовъ подвергается опасности вслѣдствіе преждевременнаго отдѣленія плаценты при внезапномъ опорожненіи жидкости, или вслѣдствіе его неправильнаго положенія, или вслѣдствіе выпаденія пуповины.

Никакихъ средствъ къ тому, чтобы ограничить количество накопляющейся жидкости, мы не имѣемъ. Если наступаютъ серьезные явленія, то могутъ потребоваться искусственные преждевременные роды; но такъ какъ младенецъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ очень слабъ, то операція эта до 32-й недѣли беременности должна производиться только тогда, когда жизнь матери находится въ опасности; начиная же съ 36-й недѣли, можно производить ее даже и въ такихъ случаяхъ, когда беременная только испытываетъ большія страданія.

Совершенно особенный интересъ представляютъ случаи очень быстрого развитія колоссальной водянки яйца, обыкновенно появляющейся уже въ ранніе мѣсяцы беременности (въ 4-мъ, 5-мъ или 6-мъ). Растяженіе матки увеличивается въ нѣсколько недѣль до такой степени, что значительно превосходитъ величину ея подъ конецъ беременности и влечетъ за собою сильнѣйшія боли, а также рвоту и затрудненіе дыханія.

Эта форма довольно часто наблюдалась на одномъ изъ двухъ близнецовъ, происшедшихъ изъ одного и того же яйца, тогда какъ въ амниотическомъ мѣшкѣ другаго плода оказывалось сравнительно меньшее, часто даже очень ничтожное количество околоплодной жидкости. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ находили гипертрофію сердца и почекъ у того изъ двухъ близнецовъ, у котораго существовалъ колоссальный hydramnion.

До какой степени трудно объяснить подобные случаи, видно уже изъ того, что каждый наблюдатель въ отдѣльности предложилъ для нихъ особую теорію. Наибольшаго вниманія заслуживаетъ теорія Werth'a, по которой причина ихъ возникновенія находится въ ворсинкахъ хоріона. Объясненіе Schatz'a и Küstner'a, по которому подамниотическій близнецъ завладѣваетъ значительною частью сосудовъ другаго плода и вслѣдствіе гипертрофіи сердца и почекъ выдѣляетъ

чрезмерно большое количество околоплодной жидкости, должно быть признано, во всякомъ случаѣ, недостаточнымъ ¹⁾.

Слишкомъ малое количество околоплодной жидкости бываетъ опасно только въ самомъ раннемъ періодѣ развитія зародыша. Если образующаяся водная оболочка въ это время не приподнимается отъ тѣла плода необходимымъ количествомъ жидкости, то могутъ остаться складки этой оболочки и ненормальныя соединенія ея съ частями плода, а также взаимныя сращения нѣкоторыхъ частей кожи (Simonart'овскія нити), могущія повлечь за собою расщепленіе и дефекты отдѣльныхъ органовъ ²⁾ [произвольныя ампутаціи, см. рис. 109].



Рис. 109. Амниотическія нити, по G. Braun'у. *a*—кожная перемычка; *b*—печень; *c*—костная культи лѣвой нижней конечности; *d*—лѣвая ножка; *e*—правая ножка; *f*—vulva; *g*—задній проходъ; *h*—амниотическія нити.

образуются перетяжки, которыя могутъ сдавливать пуповину и въ силу этого повлечь за собою смерть плода ³⁾.

Въ послѣднее время беременности можетъ лопнуть водная оболочка, тогда какъ ворсистая остается неразорванной и, слѣдовательно, сохраняетъ цѣлость яйца. При этомъ можетъ произойти закручиваніе водной оболочки вслѣдствіе активныхъ движеній плода, такъ что

Аномаліи пуповины.

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

Длина пуповины бываетъ весьма различна, — отъ чрезвычайно короткой, такъ что плацента сидитъ непосредственно на пупкѣ, и до 190 сантиметровъ ⁴⁾. Количество Вартоновой студени тоже бываетъ весьма раз-

¹⁾ Schatz, Arch. f. Gyn., B. XIX, p. 329; Werth, e. l., B. XX, p. 353; Küstner, e. l., Bd. X, p. 134, B. XX, p. 316, и B. XXI, p. 1; Nieberding, Würzburger Festschrift. Leipzig 1882, и Arch. f. G., B. XX, p. 310; Ahlfeld, Ber. und Arbeiten. Leipzig 1883, p. 142; Grenser, Centr. für Gyn. 1885, p. 444. Schroeder также наблюдалъ одинъ случай у первороженницы, въ возрастѣ 41-го года, страдавшей недостаточностью двусторонней заслонки. ²⁾ См. Montgomery, Die Lehre von den Zeichen u. s. w. d. m. Schwangerschaft. Uebers. von Schwann, Bonn 1839, p. 363; Gurlt, Berl. med. Z. 1833, No. 3; Simonart, Archive de la Méd. Belg. 1846, p. 119; G. Braun, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte 1854, 2, p. 185, и 1862, 2, p. 3; Klotz, Ueber amniotische Fäden u. Bänder. D. i. Leipzig 1869; Credé, M. f. G., B. 33, p. 441; Reuss, Scanzoni's Beiträge. B. VI, p. 19; Fürst, Arch. f. Gyn., B. II, p. 315.—³⁾ G. Braun, Oesterreich. Z. f. prakt. Heilkunde. 1865, №№ 9 и 10; Lebebeck, Annales de gynéc. Avril 1878.—⁴⁾ Hurlt, l. c., p. 42.

лично. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно тамъ, гдѣ сосуды имѣють петлеобразное направленіе, она скопляется большими комками, образуя такъ наз. ложные узлы.

Истинные узлы образуются тогда, когда плодъ во время своихъ активныхъ движеній проскальзываетъ въ петлю пуповины, которая въ послѣдствіи затягивается. Препятствіемъ для кровообращенія эти узлы бываютъ, во всякомъ случаѣ, чрезвычайно рѣдко. По Нескег'у ¹⁾, они встрѣчаются при родахъ въ одномъ случаѣ изъ 247-ми, а по Elsässer'у ²⁾ — въ одномъ случаѣ изъ 202-хъ.

Обвитіе пуповины ³⁾ вокругъ шеи,

туловища или конечностей плода встрѣчается очень часто (см. вып. I, стр. 69, примѣчаніе). Смерть плода во время беременности, какъ послѣдствіе обвитія пуповины, наступаетъ, во всякомъ случаѣ, чрезвычайно рѣдко.

Примѣч. Тѣмъ не менѣе, въ литературѣ имѣются случаи, въ которыхъ пуповина была такъ плотно затянута вокругъ шеи, что неизбежнымъ послѣдствіемъ этого должна была явиться смерть плода ⁴⁾ [см. рис. 110]. Въ случаѣ, сообщенномъ Сгедэ ⁵⁾, пуповина, имѣвшая 57 дюймовъ въ длину, была обвита вокругъ шеи плода 8 разъ и при томъ такъ плотно, что послѣдняя была не толще пальца и сверху до низу представляла вдавленія, произведенныя оборотами пуповины. Въ случаѣ Hillairet ⁶⁾, шея трехмѣсячнаго плода, крѣпко стянутая 3-мя оборотами пуповины, была почти ампутирована (до толщины 1 миллиметра). Точно также и въ случаѣ Bartscher'a ⁷⁾ лентообразная пуповина, имѣвшая 25 дюймовъ въ длину, обвилась 2 раза вокругъ шеи младенца и затѣмъ стянулась такъ крѣпко, что мягкія части шеи были вплотную притиснуты къ позвоночному столбу. Blume ⁸⁾ тоже сообщилъ 3 случая (ЖМ 8,



Рис. 110. Стягиваніе шеи обвитою вокругъ нея пуповиною (по Blume).

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. XX, p. 382.—²⁾ Würtemb. Corresp.-Bl. 1851, No. 29.—
³⁾ Hennig, Arch. f. Gyn., B. XI, p. 383; Harder, e. l., p. 374.—⁴⁾ См. Siebold, De circumvol. fun. umb. Götting. 1834; Nohl, Lehrb. d. Geb. 2. Aufl. Leipz. 1862, p. 354.—⁵⁾ M. f. G., B. I, p. 33.—⁶⁾ Mon. des hôp. Febr. 1857, No. 22 (см. M. f. G., B. 10, p. 60).—⁷⁾ M. f. G., B. 17, p. 364.—⁸⁾ Zur Casuistik der Torsion und Umschlingung der Nabelschnur. D. i. Marburg 1869.

9 и 17), въ которыхъ шея была сдавлена пуповиною, обвитою вокругъ нея нѣсколько разъ. Въ случаѣ F g ä n k e l' a ¹⁾, рядомъ съ живымъ зрѣлымъ младенцемъ находился въ томъ же яйцѣ мацерированный плодъ, пуповина котораго была совершенно откручена, такъ что онъ лежалъ въ полости яйца совершенно свободно. По H e s k e r' u ²⁾, смерть плода вслѣдствіе обвитія пуповины наступаетъ не очень рѣдко. Впрочемъ, даже многократное обвитіе можетъ не имѣть для плода никакихъ вредныхъ послѣдствій, какъ это доказываетъ случай G a u' l' a ³⁾, въ которомъ поворожденный младенецъ, казавшійся мертвымъ, былъ все-таки оживленъ, не смотря на то, что пуповина была обвита 9 разъ.

Но и очень крѣпкое обвитіе пуповины вокругъ конечностей можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ, если и не самопроизвольную ампутацію, то, по крайней мѣрѣ, вдавленіе мягкихъ частей, проникающее до кости. Напр., N e b i n g e r ⁴⁾ сообщаетъ одинъ случай, гдѣ пуповина 5-мѣсячнаго плода была такъ крѣпко обвита вокругъ нижней трети лѣваго бедра, что произвела въ этомъ мѣстѣ глубокую бороздку и прекратила кровообращеніе въ нижележащихъ частяхъ. Въ случаѣ O w e n' a ⁵⁾ нижнія конечности младенца, почти достигшаго полной зрѣлости, были до такой степени задержаны въ своемъ ростѣ, благодаря обвитію пуповины, что представлялись похожими на конечности 4-мѣсячнаго плода; при этомъ одно бедро было почти ампутировано. R a s c h k o w ⁶⁾ описалъ одинъ случай, въ которомъ пуповина, обвитая вокругъ плеча, вызвала атрофію мышцъ и нѣсколько приостановила ростъ плечевой кости. M o n t g o m e r y ⁷⁾ тоже сообщилъ 2 случая, въ которыхъ мягкія части были вдавлены до самой кости ⁸⁾. M i l n e ⁹⁾ описалъ одинъ случай, въ которомъ животъ былъ сильно вдавленъ пуповиною, обвитою вокругъ него 3 раза.

Сжимающее дѣйствіе обвитой пуповины во всѣхъ этихъ случаяхъ зависитъ не столько отъ крѣпкаго стягиванія петли, сколько оттого, что петля, въ которой лежить шея или конечность, не раздается при дальнѣйшемъ ростѣ плода и сама въ то же время не растетъ съ необходимою пропорціональностью, такъ что по отношенію къ увеличивающемуся плоду она постепенно становится слишкомъ узкою.

Скручиваніе пуповины обыкновенно не причиняетъ плоду никакого вреда ¹⁰⁾. Очень сильныя и чрезвычайно многочисленныя скручиванія съ исчезновеніемъ Вартоновой студени ¹¹⁾ [см. рис. 111], часто находимыя у мацерированныхъ плодовъ, составляютъ посмертное явленіе и происходятъ вслѣдствіе перемѣщенной мертваго плода ¹²⁾. Скрученные мѣста пуповины, въ которыхъ сужены сосуды, обыкновенно находятся на ея пупочномъ кониѣ, гораздо рѣже—на плацентарномъ или на обоихъ одновременно. Плодъ, вслѣдствіе скручиванія пуповины, можетъ даже совершенно отъ нея отдѣлиться, такъ что онъ оказывается лежащимъ свободно въ полости яйца.

1) Centralbl. f. Gyn. 1883, No. 3.—2) Kl. d. Geb. II, p. 32.—3) Lancet. Sept. 1853.—4) Amer. J. 1867, p. 129.—5) Obst. Tr. VIII, p. 4.—6) Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II. 1873, p. 177.—7) l. c., p. 392.—8) См. Hohl, l. c., p. 355, и Reuss, Scanzoni's Beitr., V. VI, p. 48.—9) Edinb. med. J. July 1871; Edinb. Obst. Tr. 1872, p. 362.—10) См. Kehler, Arch. f. Gyn., V. XIII, p. 230.—11) См. Dohrn, M. f. G., V. 18, p. 147 (съ подробнымъ указаніемъ литературы); Heskler, Kl. d. Geb. II, p. 27; Winckel, Berichte und Studien. I, p. 289; Blume, l. c.; Hammer, Beob. u. Unters. üb. faultodte Früchte. D. i. Leipz. 1870, p. 10; Fasbender, Berl. Ber. z. Geb. u. Gyn., V. I, p. 71; Martelleur, D. i. Marburg 1874; Hille, D. i. Marburg 1877, и Arch. f. Gyn., V. XIV, p. 484.—12) См. C. Ruge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., V. I, p. 62; A. Martin, e. l., V. II, p. 346; Dohrn, Arch. f. G., V. XIII, p. 234; Kehler, Beitr. z. Geb. u. Gyn., V. II, H. 1, и Schauta, Arch. f. Gyn., V. XVII, p. 19.

Пуповина въ большинствѣ случаевъ прикрѣпляется если и не совсѣмъ центрально, то, по крайней мѣрѣ, близко къ серединѣ плаценты. Очень часто, впрочемъ, она прикрѣпляется къ краю послѣда, а иногда даже



Рис. 111. Скручиваніе пуповины (по Влѣтѣ).



Рис. 112. Insertio velamentosa (по Нуртлю). *aa*—пупочныя артеріи; *v*—пупочная вѣна; *P*—плацента.

къ атрофированной части хоріона, такъ что сосуды на нѣкоторомъ протяженіи проходятъ въ оболочкахъ яйца и уже затѣмъ достигаютъ плаценты (*insertio velamentosa*). Въ послѣднемъ случаѣ обѣ пупочныя артеріи часто сливаются въ одинъ общій стволъ, имѣющій большую или меньшую длину ¹⁾.

Примѣч. Эта аномалія—*insertio velamentosa* (см. рис. 112)—возникаетъ, по *Schultze* ²⁾, слѣдующимъ образомъ: Allantois приводитъ зародышевые сосуды къ неопредѣленному любому мѣсту периферіи яйца и поэтому она только въ относительно рѣдкихъ случаяхъ попадаетъ на мѣсто будущаго прикрѣпленія плаценты. Первоначально сосуды проникаютъ, какъ извѣстно, во всѣ ворсинки хоріона; впоследствии же они запусѣваютъ на всей периферіи яйца, кромѣ области прикрѣпленія плаценты, такъ что только въ этомъ послѣднемъ мѣстѣ еще остается сообщеніе съ материнскими сосудами. Но при нормальныхъ условіяхъ, къ какому бы мѣсту периферіи яйца ни привела allantois зародышевые сосуды, плодъ поворачивается въ извѣстный моментъ такимъ образомъ, что сосуды направляются прямо къ мѣсту будущаго прикрѣпленія плаценты. Этому поворачиванію плода могутъ воспрепятствовать аномальныя сращенія какой нибудь составной части будущей пуповины съ тѣмъ мѣстомъ периферіи яйца, къ которому всего раньше пришли зародышевые сосуды. Тогда пуповина остается прикрѣпленною въ какомъ нибудь мѣстѣ яйцевыхъ оболочекъ, находящемся внѣ плаценты.—Краевое прикрѣпленіе пуповины обусловливается, по *Stern'y* ³⁾, тою же причиною.

Въ сосудахъ пуповины встрѣчаются многочисленныя аномаліи, не имѣющія практическаго значенія ⁴⁾.

¹⁾ *Hyrtil*, Die Blutgef. d. m. Nachgeburt. Wien 1870, p. 60.—²⁾ *Jenaische Z. f. Med. u. Naturw.* 1867. Heft 2 u. 3, и *Arch. f. Gyn.*, B. XXX, p. 47.—³⁾ *D. i. Marburg* 1873.—⁴⁾ См. *Klob*, *Path. Anat. der weibl. Sexualorg.*, p. 592, и *Hyrtil*, l. c.

Преждевременное прекращение беременности. Выкидышъ (abortus).
Преждевременные роды (partus praematurus).

Литература: Busch u. Moser, Handbuch der Geburtskunde. Berlin 1840. Статья «Abortus».—Whitehead, Causes and treatment of Abortion etc. London 1847.—Dohrn, M. f. G., B. 21, p. 30.—Negar, M. f. G., B. 21, Suppl., p. 1.—Verdier, Apoplexie plac. et les hématomes du placenta. Paris 1868.—Hoening, Scanzoni's Beiträge, B. VII, p. 213.—Dohrn, Volkmann's S. klin. Vortr. Leipzig 1872, No. 42.—Garimond, Traité théor. et prat. de l'avortement etc. Paris 1873.

Преждевременное прекращение беременности можетъ наступить въ любомъ ея періодѣ. Мы различаемъ: 1) выкидышъ (abortus), если беременность прерывается въ томъ періодѣ, когда плодъ еще не способенъ къ внѣматочной жизни, и 2) преждевременные роды (partus praematurus), если плодъ достигъ такой степени развитія, при которой онъ можетъ уже существовать самостоятельно. Рѣзко определенной границы между обоими видами, конечно, нельзя провести. Обыкновенно таковою считается 28-я недѣля беременности, и это отчасти справедливо въ томъ смыслѣ, что плоды, родившіеся раньше, почти никогда не остаются въ живыхъ, и даже родившіеся тотчасъ послѣ 28-й недѣли умираютъ въ большинствѣ случаевъ, хотя при особенно благоприятныхъ условіяхъ они могутъ остаться въ живыхъ. Различіе между выкидышемъ и незрѣлыми родами (partus immaturus), дѣлаемое обыкновенно по степени развитія плаценты, не имѣетъ особеннаго значенія.

Преждевременное прекращение беременности можетъ считаться только симптомомъ и послѣдствіемъ другихъ ненормальныхъ состояній яйца или матери.

Поэтому въ различныхъ главахъ патологіи беременности намъ уже много разъ приходилось упоминать о выкидышѣ, какъ о послѣдствіи заболѣванія яйца или матери. Но для врача это преждевременное извержение яйца чрезвычайно важно; онъ долженъ умѣть вѣрно оцѣнивать различныя причины такого исхода беременности, которыя могутъ имѣть самое разнообразное значеніе; онъ долженъ быть знакомъ съ тѣми явленіями, которыми сопровождаются не-своевременные роды и которыми они отличаются отъ срочныхъ родовъ; наконецъ, онъ долженъ быть основательно знакомъ съ тѣми мѣрами, которыя могутъ здѣсь потребоваться и къ которымъ дѣйствительно очень часто приходится прибѣгать. Въ виду всего этого необходимо изложить ученіе о выкидышѣ въ особой главѣ.

Этіологія.

Преждевременное прекращение беременности встрѣчается часто, хотя сколько нибудь точныхъ статистическихъ данныхъ въ этомъ отношеніи, по весьма понятнымъ причинамъ, не существуетъ. Negar полагаетъ,

что на 8—10 случаев своевременных родов приходится, по меньшей мере, 1 случай выкидыша в первые месяцы беременности, и эта цифра едва-ли преувеличена. Особенно часто выкидывают многорожавшія, и именно благодаря тому, что у них гораздо чаще встрѣчаются эндометритъ, хроническій метритъ и смѣщенія матки.

Съ большинствомъ причинъ, обусловливающихъ выкидышъ, мы уже познакомились въ патологіи беременности; но все-таки будетъ полезно рассмотреть ихъ здѣсь въ общей связи. Причины преждевременнаго прекращенія беременности могутъ заключаться: 1) въ яйцѣ, и 2) въ матери.

1) Яйцо чрезвычайно часто подаетъ поводъ къ преждевременному прекращенію беременности, главнымъ образомъ — чрезъ посредство смерти плода, которая приводитъ къ этому результату чрезъ болѣе или менѣе продолжительное время. Но эта смерть плода можетъ наступить вслѣдствіе самыхъ разнообразныхъ причинъ.

Чаще всего, повидимому, она вызывается расстройствами питанія, особенно въ ранніе месяцы беременности. Въ этомъ отношеніи очень важны пороки развитія плода, а въ особенности — яйцевыхъ оболочекъ. Если ворсистая оболочка развивается ненадлежащимъ образомъ, если кровеносные сосуды плода не вступаютъ въ вышеописанное соединеніе съ сосудами матери, то плодъ умираетъ во время перехода къ плацентарному обмѣну веществъ. Если, въ нѣсколько позднѣйшемъ періодѣ беременности, обмѣнъ крови между плодомъ и матерью происходитъ недостаточно, то плодъ опять-таки погибаетъ, при чемъ въ болѣе ранніе месяцы, кажется, преобладаетъ смерть отъ голода, т. е. отъ недостаточнаго притока питательнаго матеріала чрезъ пупочную вену, а въ позднѣйшіе месяцы, при расстройствахъ плацентарнаго обмѣна крови, чаще всего наступаетъ смерть отъ задушенія.

Какъ питательный матеріалъ, такъ и кислородъ отнимаются у плода впервыхъ въ томъ случаѣ, если яйцевыя оболочки, материнскія или принадлежащія самому плоду, растутъ настолько сильно, что потребляютъ для себя большую часть материнской крови, а вторыхъ, если внезапно или постепенно ограничивается или прерывается сообщеніе между кровью плода и кровью матери.

Первый случай имѣетъ мѣсто при состояніяхъ раздраженія и хроническихъ воспаленіяхъ яйцевыхъ оболочекъ. Объ этихъ процессахъ, именно о пузырьномъ заносѣ, что касается ворсистой оболочки, и о хронической *endometritis decidua*, что касается слизистой оболочки матки, мы уже говорили.

Обмѣнъ веществъ между кровью плода и кровью матери становится недостаточнымъ, прежде всего, при значительныхъ потеряхъ крови беременною женщиною, — все равно, происходятъ ли онѣ изъ матки или изъ другихъ органовъ. Но тотъ же результатъ можетъ быть вызванъ усиленнымъ разрошеніемъ яйцевыхъ оболочекъ, если, наприкладъ, гипер-

трофированныя ворсинки хоріона сдавливають сосуды плода и выполняют материнскія кровяныя полости, какъ это повидимому особенно часто бываетъ при сифилитическихъ заболѣваніяхъ яйца. Чаше, однако, недостаточность обмѣна веществъ происходитъ вслѣдствіе кровоизліяній изъ сосудовъ въ плаценту. Если эти аиоплексіи сколько нибудь обширны, то обыкновенно смерть плода наступаетъ немедленно.

Кровоизліянія, въ свою очередь, могутъ происходить отъ различныхъ причинъ. Если стѣнки сосудовъ легко рвутся, то даже незначительныя сотрясенія тѣла, напр. при кашлѣ, чиханіи, рвотѣ и т. п., могутъ въ видѣ исключенія произвести въ нихъ разрывъ. Еще скорѣе это возможно при болѣе сильныхъ сотрясеніяхъ тѣла, напр. при паденіи, при сильномъ ударѣ въ животъ, и т. п. Мѣстныя гипереміи, активныя или застойныя, тоже играютъ въ этомъ отношеніи важную роль, такъ что кровоизліянія между оболочками яйца встрѣчаются при воспаленіяхъ матки, при чрезвычайно сильномъ половомъ возбужденіи, при злоупотребленіи спиртными напитками или при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ матери, но, съ другой стороны, также при смѣщеніяхъ матки, при болѣзняхъ сердца, легкихъ, печени и т. п.

Наконецъ, смерть плода можетъ наступить вслѣдствіе того, что онъ поставленъ въ такія внѣшнія условія, которыя не совместиы съ продолженіемъ жизни. Это бываетъ, напримѣръ, при очень значительномъ и быстромъ повышеніи температуры матери; плодъ въ такихъ случаяхъ умираетъ несомнѣнно вслѣдствіе чрезмѣрнаго скопленія тепла. Но и другія болѣзни матери, въ особенности — острыя инфекціонныя, могутъ перейти къ плоду и сдѣлаться причиною его смерти.

Особенно важное значеніе имѣетъ сифилисъ. Онъ чрезвычайно часто бываетъ причиною смерти плода, которая при томъ не всегда наступаетъ уже вторичнымъ образомъ, т. е. вслѣдствіе предварительныхъ заболѣваній оболочекъ яйца, но иногда и непосредственно вслѣдствіе патологическихъ процессовъ въ важныхъ органахъ его тѣла. Смерть плода можетъ также наступить непосредственно отъ сифилиса отна, безъ зараженія матери.

2) Причина преждевременнаго прекращенія беременности очень часто лежитъ въ матери. Мѣстныя или общія болѣзни матери даже въ большинствѣ случаевъ бываютъ причиною такого исхода, отчасти черезъ посредство вызванной ими смерти плода, но отчасти и другими путями.

Мы уже говорили о томъ, что воспаленія слизистой оболочки матки довольно часто влекутъ за собою смерть плода. Это воспаленіе слизистой оболочки, а особенно — воспаленіе самой маточной стѣнки, даже при здоровомъ яйцѣ, часто вызываетъ преждевременныя сокращенія матки, оттого ли, что воспаленныя стѣнки ея не могутъ растягиваться въ такой же степени, какъ здоровыя, или оттого, что нервныя окончанія сильно раздражаются воспалительнымъ процессомъ и вызываютъ мышеч-

ныя сокращенія. Во всякомъ случаѣ, при воспалительныхъ состояніяхъ самой паренхимы матки очень часто бываетъ, что на 4-мъ или 5-мъ мѣсяцѣ беременности извергается здоровое яйцо съ умирающимъ плодомъ. Olshausen ¹⁾ обратилъ вниманіе на то, что и старые разрывы шейки также могутъ быть причиною преждевременнаго прекращенія беременности. Хотя сомнѣваться въ этомъ невозможно, но все-таки во многихъ случаяхъ настоящею причиною бываетъ одновременно существующій эндометритъ.

Механическія препятствія, встрѣчаемая маткою при ея дальнѣйшемъ ростѣ, вызываютъ преждевременное прекращеніе беременности лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ, такъ какъ выпавшая или искривлен- ная взадъ матка обыкновенно поднимается въ брюшную полость, а воспалительныя срощенія и ложныя перепонки препятствуютъ дальнѣйшему росту матки развѣ только въ самыхъ неблагопріятныхъ случаяхъ. То же самое относится и къ большимъ опухолямъ въ полости живота.

Преждевременное изверженіе яйца при міомахъ матки, вѣроятно, чаще всего зависитъ отъ постоянно сопутствующаго эндометрита, рѣже — оттого, что присутствіе опухоли вызываетъ сокращенія матки.

Общія болѣзни матери, въ особенности такія, которыя сопровож- даются высокою лихорадкою, оказываютъ свое вредное дѣйствіе не исключительно только въ силу того, что влекутъ за собою смерть плода, но онѣ могутъ также непосредственно вызвать сокращенія матки, и именно лихорадочныя заболѣванія вызываютъ ихъ въ силу термиче- скаго раздраженія, производимаго повышевною температурою крови, а другія болѣзни, сопровождающіяся значительнымъ ослабленіемъ организма, — вѣроятно, въ силу раздраженія, вызываемаго въ мышечныхъ волок- нахъ матки общимъ малокровіемъ. Что внезапное повышеніе температуры и общее малокровіе дѣйствительно имѣютъ подобное вліяніе, — это дока- зано экспериментальными изслѣдованіями ²⁾.

Но преждевременныя сокращенія матки могутъ вызываться и другими раздраженіями, дѣйствующими непосредственно на ея нервы. Такъ напр., очень низкія и очень высокія температуры, передаваемые маткѣ даже изъ влагалища или чрезъ брюшныя покровы, вызываютъ въ ней прежде- временныя сокращенія. Сильнымъ растираніемъ матки можно также вызвать въ ней эти сокращенія. Нервы матки могутъ возбуждаться и рефлекторнымъ путемъ, вслѣдствіе раздраженія симпатическихъ волоконъ и другихъ нервныхъ областей. Напр., раздраженія влагалища, наружныхъ половыхъ органовъ и груди очень часто вызываютъ маточныя сокра- щенія. Чрезмѣрное растяженіе матки тоже влечетъ за собою прежде- временное окончаніе беременности. Какимъ образомъ сокращенія матки

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1871. 1, и Klin. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884, p. 187.

²⁾ См. также: Runge, Volkman's Sammlung, No. 174, и Arch. f. Gyn., B. XII, p. 16.

вызываются сильными душевными волнениями, въ особенности—визапнымъ испугомъ, до сихъ поръ еще неизвѣстно.



Рис. 113. Abortивное яйцо. Выбѣсть съ нимъ извергнута вся отпадающая оболочка. *oi* — части deciduas verae, соответствующія внутреннему маточному звѣзу; *tt* — части ея, соответствующія началу Фаллопиевыхъ трубъ.

Повтореніе выкидыша (привычный выкидышъ) чаще всего обуславливается тою же причиною, которая вызвала его въ первый разъ. Поэтому для насъ очень важно ее опредѣлить, такъ какъ только такимъ образомъ возможно предотвратить повтореніе выкидыша.

Можетъ ли повторяться выкидышъ вслѣдствіе индивидуальнаго къ нему предрасположенія при здоровомъ яйцѣ и здоровой маткѣ, — это намъ кажется сомнительнымъ.

Эти различныя причины, могущія вызывать выкидышъ, имѣютъ отчасти весьма неодинаковое значеніе. Если плодъ умеръ, то прекращеніе беременности болѣе или менѣе скоро послѣ его смерти составляетъ нормальный исходъ, который дѣйствительно почти всегда и наступаетъ, такъ что считать его и въ этихъ случаяхъ чѣмъ либо ненормальнымъ было бы совершенно невѣрно. Со смертію плода беременность въ физиологическомъ смыслѣ уже окончена, и наступленіе родовъ раньше срока

составляетъ при этихъ условіяхъ нормальное явленіе, такъ что наша терапия, помимо лѣченія выкидыша въ настоящемъ, имѣетъ своей задачей при слѣдующей беременности предупреждать смерть плода, а не преждевременное наступленіе родовъ, когда плодъ уже умеръ.

При заболѣваніяхъ яйцевыхъ оболочекъ, принадлежащихъ матери или самому плоду, продолженіе беременности возможно, однако очень часто здѣсь наступаетъ выкидышъ; но если причина лежитъ въ матери, то при соответствующей терапіи совсѣмъ не рѣдко удается довести беременность до нормальнаго срока.

Измѣненія яйца послѣ смерти плода.

Очень многіе выкидыши въ первые мѣсяцы беременности обусловливаются тѣмъ, что плодъ умираетъ еще въ первыя недѣли, а яйцо продолжаетъ развиваться. Такой ростъ яйца, продолжающійся независимо отъ плода, есть явленіе очень частое. При этомъ на мѣстѣ запоздалой отпадающей оболочки, благодаря обширному развѣтвленію ворсинокъ хоріона, питаемыхъ материнскою кровью даже и послѣ смерти плода, образуется плацента, и яйцо очень часто достигаетъ величины куриного. Между яйцевыми оболочками, въ различное время, происходятъ кровоизліянія, которыя образуютъ въ нихъ узловатыя возвышенія и совершенно измѣняютъ внѣшній видъ яйца.

Подобныя яйца, которыя въ прежнее время назывались кровяными заносами, когда въ нихъ находили свѣжія кровоизліянія, и мясистыми заносами, когда кровь оказывалась уже обезцвѣченною, имѣютъ довольно характерный видъ. Они обыкновенно покрыты запоздалою и завороченною отпадающими оболочками, тогда какъ *decidua vera* въ большинствѣ случаевъ виситъ на нихъ отдѣльными клочками. Последняя обыкновенно представляетъ довольно толстую оболочку, наружная поверхность которой, отдѣлившаяся отъ внутренней поверхности матки, покрыта кровью и имѣетъ шероховатый видъ. Полость яйца отгѣснена по направленію къ завороченной отпадающей оболочкѣ, тогда какъ сторона, соответствующая запоздалой оболочкѣ, утолщена и представляетъ узловатыя возвышенія. Если вскрыть уменьшенную полость водной оболочки, то въ ней оказывается небольшое количество жидкости, въ которой обыкновенно удается найти и самый плодъ. Въ большинствѣ случаевъ, правда, бываетъ трудно его узнать и очень легко можно его не замѣтить, такъ какъ онъ еще малъ и находится всего въ возрастѣ нѣсколькихъ недѣль, да къ тому же нерѣдко онъ бываетъ сильно измѣненъ и до нѣкоторой степени въ состояніи распаденія. Но кто умѣетъ узнавать его и въ этомъ состояніи при помощи лупы, тотъ будетъ пораженъ, какъ часто даже въ небольшихъ яйцахъ, имѣющихъ

величину куринаго и представляющихъ сильно развѣтвленные ворсинки хоріона, удается открыть присутствіе маленькаго плода, находящагося всего въ возрастѣ нѣсколькихъ недѣль. Очень часто удается также найти желточный пузырекъ. Изъ-подъ амніона и хоріона видны гѣморрагическія гнѣзда, которыя помѣщаются между ворсинками этого послѣдняго и выпячиваются въ полость яйца, образуя темносинія возвышенія. Эти гѣморрагическія гнѣзда часто составляютъ главную массу яйца. Они бываютъ темными, почти черными, если кровоизліяніе еще довольно свѣжее, но съ дальнѣйшимъ возрастомъ постепенно принимаютъ различные оттѣнки бураго цвѣта и наконецъ становятся желтоокрасными, довольно свѣтлыми.

Хотя большинство кровоизліяній находится на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, между ворсинками хоріона, однако они встрѣчаются довольно часто и въ другихъ мѣстахъ яйца, имѣя то большіе, то меньшіе размѣры.

Если извергнута вся истинная отпадающая оболочка, то ея наружная (маточная) поверхность всегда бываетъ покрыта свѣжею кровью; но часто въ то же время встрѣчаются и болѣе старые сгустки, черные или уже обезцвѣченные. Въ самой ткани *deciduae verae*, особенно если она развита сильнѣе обыкновеннаго, также встрѣчаются небольшія апоплектическія гнѣзда.

Если экстравазаты въ истинной отпадающей оболочкѣ болѣе значительны по объему, то они разрушаютъ ее совершенно и изливаются въ пространство между нею и завороченною оболочкою. Если кровоизліяніе помѣшалось въ запоздалой отпадающей оболочкѣ, то предварительно при этомъ должна быть прорвана складка, которую образуютъ *decidua vera* и *decidua reflexa*. Кровоизліянія могутъ также проникнуть въ пространство между завороченною отпадающею и ворсистою оболочками, либо прорвавъ первую, либо такимъ образомъ, что, происходя изъ мѣста прикрѣпленія плаценты, они распространяются отсюда по ворсистой оболочкѣ и оттѣсняютъ ее отъ завороченной отпадающей.

Лишь въ исключительныхъ случаяхъ экстравазатъ прорываетъ также ворсистую оболочку, и тогда онъ можетъ на довольно значительномъ пространствѣ отдѣлится отъ водной оболочки, или онъ прорываетъ даже и эту послѣднюю, такъ что въ самой полости яйца оказываются свѣжія или болѣе старыя скопленія крови.

Если смерть плода наступаетъ въ болѣе позднемъ періодѣ, то онъ подвергается своеобразнымъ превращеніямъ, которыя въ главныхъ своихъ чертахъ могутъ представлять двѣ формы.

Во первыхъ, можетъ наступить влажная мацерация, при которой плодъ называется мертво-гнилымъ или, еще лучше, «*foetus sanguinolentus*» (послѣднее названіе предложено Е. Martin'омъ). При этомъ дѣло заключается не въ гніеніи, а въ кровависто-серозной имбиции умершихъ органовъ. Все тѣло представляется дряблымъ, всѣ органы, а въ особен-

ности—соединительная ткань, инфильтрированы красноватою сывороткою ¹⁾. Верхняя кожа приподнята въ видѣ пузырей или отдѣлена большими лоскутами ²⁾, особенно на животѣ и на лицѣ, такъ что краснубурая кожа (corium) въ этихъ мѣстахъ совершенно обнажена. Пушвина дрябла и окрашена инфильтрированной кровью въ красновато-бурый цвѣтъ. Черепныя кости въ большинствѣ случаевъ оказываются разошедшимися въ своихъ швахъ, кожа дрябла и слишкомъ велика для головы. Отдѣльныя кости черепа легко сдвигаются или совершенно разъединены между собою и болтаются свободно въ черепныхъ покровахъ, какъ въ мышкѣ. Внутренніе органы могутъ представлять различныя измѣненія. Если смерть плода наступила вслѣдствіе сифилиса, какъ это бываетъ почти въ 75%⁰ всѣхъ случаевъ, то мы находимъ вышеописанныя характерныя измѣненія (см. стр. 9). Но, помимо этого, головной мозгъ равномерно превращенъ въ красновато-бурюю кашицу, въ которой уже нельзя отличить морфологическихъ элементовъ. Мышцы и соединительная ткань конечностей оказываются сохранившими свою внѣшнюю форму; поперечная полосатость мышцъ часто бываетъ еще ясно замѣтною, хотя первичныя пучки выполнены мелкозернистымъ жиромъ. Изъ грудныхъ и брюшныхъ органовъ, въ которыхъ обыкновенно встрѣчаются кровянисто-серозныя трансудаты, всего болѣе измѣнена печень. Кѣтки ея оказываются распавшимися, такъ что въ нихъ находятъ только мелкозернистый жировой детритъ и пигментъ. Всего болѣе сохранена матка, а за нею—легкія, которыя еще могутъ быть расширены вдуваніемъ воздуха. Во всѣхъ органахъ кровь исчезаетъ изъ сосудовъ и инфильтрируетъ окружающія ткани; кромѣ того, во всѣхъ органахъ находятъ мелкозернистое помутнѣніе паренхимы, а очень часто также кристаллическій жиръ и пигментъ. Иногда кристаллы холестерина и маргарина скопляются въ такомъ громадномъ количествѣ, что отдѣльные органы, частію хорошо сохранившіеся, покрыты бѣловато-сѣрою смазкою. Вилі ³⁾ называетъ это липоиднымъ превращеніемъ.

Въ торыхъ, можетъ наступить сморщиваніе и высыханіе плода, при чемъ кожа его принимаетъ желто бурый цвѣтъ. Чаще всего этому превращенію подвергается плодъ, умершій вслѣдствіе обвитія пушвины, или, при двойняхъ,—умершій близнецъ, который, вслѣдствіе прижатія другимъ яйцомъ, можетъ при этомъ сплющиться до такой степени, что дѣлается тонкимъ какъ листъ бумаги (foetus papugaceus).

Наши знанія до сихъ поръ еще недостаточны для того, чтобы можно было по измѣненіямъ плода сколько нибудь вѣрно опредѣлять

¹⁾ Carl Ruge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. I, p. 57.—²⁾ Съ этимъ случиваніемъ кожи у мацерированныхъ плодовъ не должно быть смѣшиваемо отдѣленіе ея, которое происходитъ послѣ разрыва немфигиновыхъ пузырей и которое, конечно, можетъ встрѣчаться и у недавно умершихъ или живыхъ плодовъ. См. Nathmer, Beob. u. Unters. über faulodtē Fruchte. Diss. inaug. Leipzig 1870.—³⁾ Necker u. Vahl, Kl. d. Geb., p. 327.

время, когда наступила смерть. Измѣненія эти, повидимому, могутъ совершаться то быстрѣе, то медленнѣе, въ зависимости отъ какихъ-то вліяній, намъ неизвѣстныхъ. Иногда мы находимъ чрезвычайно сильную мацерацию такихъ плодовъ, которые еще незадолго передъ тѣмъ несомнѣнно были живы, а въ другихъ случаяхъ оказываются сравнительно мало измѣненными такіе плоды, которые умерли уже за нѣсколько недѣль. Rung e ¹⁾ старался найти для этого точку опоры въ окрашиваніи преломляющихъ средъ глаза, которое наступаетъ въ нихъ вслѣдствіе пропитыванія кровью. Это окрашиваніе начинается въ стекловидномъ тѣлѣ черезъ нѣсколько дней послѣ смерти плода, а затѣмъ измѣняется цвѣтъ хрусталика, по направленію отъ сумки къ ядру.

Почти столь же мало достовѣрнаго мы знаемъ о тѣхъ вліяніяхъ, которыми опредѣляется время изверженія яйца послѣ смерти плода. Во всякомъ случаѣ, время это бываетъ очень различно: оно можетъ продолжаться часами, днями, недѣлями и даже мѣсяцами.

Примѣч. Мертвый плодъ довольно часто задерживается въ маткѣ въ продолженіе нѣсколькихъ недѣль, не всегда вызывая при этомъ ненормальные субъективныя ощущенія. Очень рѣдко онъ задерживается въ ней въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ ²⁾, а еще рѣже случается, чтобы онъ оставался въ маткѣ дольше нормальнаго срока беременности, или даже навсегда. Англичане называютъ такіе случаи «missed labour» ³⁾.

Судьба плода и яйца, при продолжительномъ задержаніи въ маткѣ, можетъ быть различна ⁴⁾. Плодъ, если онъ еще малъ, можетъ постепенно высохнуть послѣ того, какъ околоплодная жидкость всосалась или излилась наружу, и въ такомъ мумифицированномъ состояніи онъ можетъ сохраняться очень долгое время. Но при нѣкоторыхъ условіяхъ, до сихъ поръ еще совершенно неизвѣстныхъ, онъ можетъ сохраниться въ поразительно свѣжемъ состояніи, имѣя такой видъ, какъ будто бы онъ умеръ еще очень недавно, хотя по развитію яйцевыхъ оболочекъ слѣдуетъ заключить, что отъ смерти его прошло уже нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ. Если плодъ умеръ въ сравнительно старшемъ возрастѣ, то онъ можетъ подвергнуться нагноенію или ихорозному распаденію, и тогда кости его съ ихорозно разложившимися мягкими частями постепенно извергаются изъ матки путемъ нагноенія (въ случаѣ F r e u n d'a онъ отчасти проникли такимъ путемъ въ мочевой пузырь). Въ чрезвычайно исключительныхъ случаяхъ плодъ остается въ маткѣ навсегда, образуя нѣчто въ родѣ lithopaedion'a; этотъ исходъ чаще наблюдается у коровъ и овецъ.

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1882, No. 34.—²⁾ Schroeder, Scanzoni's Beitr., B. VII, H. 1; Kulenkampff, Retention abgestorbener Früchte im Uterus. Kiel 1874; Liebmann, Berl. V. 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. klin. Med., B. XXIII, p. 177.—³⁾ Müller (De la gross. utér. etc. Paris: 1878), подвергнувъ тщательной критикѣ всѣ относящіяся сюда случаи, старался доказать, что задержаніе мертваго плода дольше нормальнаго срока беременности совсѣмъ не встрѣчается. Для нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ, въ особенности для тѣхъ, которые описаны въ старой литературѣ, его критика совершенно справедлива. См. также: Küchenmeister, Arch. f. Gyn., B. XVII, p. 153, и R. Barnes, London Obst. Tr. Vol. XXIII.—⁴⁾ Лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ задерживается одинъ только плодъ, между тѣмъ какъ плацента и яйцевыя оболочки извергаются. См. Noeggerath, Chamberlain и Peaslee, Amer. J. of Obst. Vol. IV, p. 551, и Соловьевъ, Wien. med. Woch. 1874, № 45.

Плацента также может представляться въ очень различномъ видѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она ничѣмъ не отличается отъ плаценты при другихъ выкидышахъ, наступившихъ вскорѣ послѣ смерти плода, или же она, вслѣдствіе кровозліяній, оказывается превращенною въ такъ наз. кровиною заносъ. Но, какъ мы уже скавали, она иногда продолжаетъ расти, такъ что при небольшомъ мумифицированномъ плодѣ можетъ оказаться большая, хорошо развитая, хотя и блѣдная плацента.

Если въ послѣднихъ случаяхъ не наступаетъ изверженіе плода, то это и понятно, такъ какъ обычная причина преждевременнаго наступленія родовъ несомнѣнно заключается въ нарушеніи связи между яйцомъ и маткою, и слѣдовательно роды не наступаютъ, коль скоро яйцевыя оболочки продолжаютъ питаться послѣ смерти плода. Но это объясненіе примѣнимо только къ одной части случаевъ. Для объясненія же остальныхъ мы вынуждены допустить уменьшенную восприимчивость первой системы матки къ ея обычнымъ раздраженіямъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это уменьшеніе восприимчивости бываетъ, пожалуй, периферическаго происхожденія; такъ напр., Славянский ¹⁾ наблюдалъ одинъ случай пятимѣсячнаго задержанія плода въ маткѣ и, на основаніи тщательнаго изслѣдованія, пришелъ къ тому выводу, что причину, воспрепятствовавшую своевременному изверженію яйца, была *endometritis decidua chronica* съ утолщеніемъ и оплотвѣніемъ отпадающей оболочки. Но въ другихъ случаяхъ наступленію выкидыша можетъ препятствовать уничтоженіе проводимости первнхъ путей, соединяющихъ матку съ продолговатымъ мозгомъ, хотя это бываетъ не всегда. Такъ напр., Мадге ²⁾ видѣлъ парализованную женщину, у которой мумифицированный четырехмѣсячный плодъ оставался въ маткѣ 7 мѣсяцевъ. Вогнэ ³⁾ наблюдалъ подобный же случай, гдѣ на 7-мъ мѣсяцѣ беременности наступилъ полный параличъ съ анестезіей нижней половины тѣла, и такъ какъ потуги не появлялись, а яйцо, давно уже умершее, начало разлагаться, то онъ извлекъ гнилой плодъ чрезъ растяжимый маточный зѣвъ, что и удалось ему безъ труда.

Течение выкидыша.

Начало преждевременнаго прекращенія беременности обыкновенно указывается кровотеченіемъ, которое, появляясь въ большинствѣ случаевъ безъ всякихъ предвѣстниковъ, начинается либо отдѣльными каплями, либо сразу въ довольно значительномъ количествѣ. При этомъ въ первое время беременности не бываетъ явственныхъ сокращеній матки, а ощущается только тупая боль въ нижней части живота.

Механизмъ изверженія яйца изъ матки въ существенныхъ чертахъ тотъ же самый, что и при своевременныхъ родахъ, такъ какъ онъ заключается въ отдѣленіи яйца вмѣстѣ съ материнскими яйцевыми оболочками и въ изверженіи ихъ наружу. Слѣдовательно, изверженію изъ матки подлежатъ: отпадающая оболочка, яйцо и плодъ. Но степень важности этихъ отдѣльныхъ частей значительно измѣняется, смотря по періоду беременности. Въ первое время главную роль играютъ материнскія яйцевыя оболочки, между тѣмъ какъ яйцо имѣетъ не столь важное значеніе, а плодъ совершенно отстываетъ на задній планъ. Иногда въ это время маленькое яйцо вмѣстѣ съ нѣжными ворсинками хоріона

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

выходить совершенно незамѣненнымъ ¹⁾, и всѣ затрудненія для выкидыша состоятъ исключительно въ отдѣленіи и изверженіи толстой отпадающей оболочки (см. рис. 113, стр. 88).

Послѣ того какъ образовалась плацента, она играетъ самую важную роль. Плодъ, если онъ не отсутствуетъ, легко извергается или раньше яйца, или заключенный въ немъ; материнскія оболочки извергаются вмѣстѣ съ яйцомъ, окружая его въ видѣ перепончатыхъ лоскутовъ, или выдѣляются отчасти послѣ него (см. рис. 99, стр. 34); но плацента, часто пронизанная кровяными сгустками или измѣненная какимъ нибудь другимъ образомъ, составляетъ важнѣйшую часть яйца. Плодъ выступаетъ на первый планъ только во вторую половину беременности. Въ плодномъ пузырьѣ вставляется предлежащая часть, пузырь лопается, затѣмъ извергается плодъ, а послѣ него — плацента. Чѣмъ дальше продвинулась беременность, тѣмъ болѣе изверженіе яйца становится похожимъ на своевременные роды.

Съ первыми же сокращеніями матки начинается кровотеченіе, такъ какъ маточная стѣнка, сокращаясь, передвигается вверхъ по яйцу, и отпадающая оболочка отдѣляется отъ внутренней поверхности матки, — въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности потому, что *decidua* крѣпко соединена съ поверхностью яйца, а въ первые мѣсяцы потому, что толстая и неподатливая *decidua* не можетъ слѣдовать за сокращеніемъ маточной стѣнки. Кровотеченіе обыкновенно бываетъ довольно большое, такъ какъ отдѣленіе отпадающей оболочки, при очень обильномъ содержаніи въ ней крови, связано съ разрывомъ большого количества сосудовъ. Прохожденіе яйца чрезъ каналъ маточной шейки совершается весьма неодинаково у первобеременныхъ и у повторно-беременныхъ.

У этихъ послѣднихъ, съ которыми здѣсь чаще всего приходится имѣть дѣло, раскрытіе внутренняго зѣва сопровождается раскрытіемъ всей маточной шейки вмѣстѣ съ наружнымъ зѣвомъ, такъ что яйцо, пройдя свою наибольшую окружность чрезъ внутренній зѣвъ, обыкновенно выпадаетъ во влагалище; напротивъ того, у первобеременныхъ (и у нѣкоторыхъ повторно-беременныхъ съ неподатливымъ наружнымъ зѣвомъ) маточная шейка сильно растягивается и наружный зѣвъ все болѣе истончается, пока онъ мало по малу не расширится настолько, что пропускаетъ чрезъ себя яйцо.

Если наружный зѣвъ очень узокъ и края его неподатливы, то яйцо, извергнутое изъ тѣла матки, обыкновенно задерживается въ растянутой шейкѣ, истонченныя стѣнки которой не могутъ преодолѣть противоудѣствія, оказываемаго наружнымъ зѣвомъ. Этимъ случаямъ ²⁾, представляющимъ аналогію со склеиваніемъ (*conglutinatio*) наружнаго зѣва при

¹⁾ Въ нѣкоторыхъ случаяхъ извергается отдѣльно весь амниотическій мѣшокъ, отклонившійся отъ ворсистой оболочки, какъ это наблюдалъ Крюк е н б е р г (Arch. f. Gyn., B. XIX, p. 490). — ²⁾ Schülein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. III, p. 408.

нѣкоторыхъ нормальныхъ родахъ, Rokitansky ¹⁾ далъ не совсѣмъ подходящее названіе «первикальной беременности»; вѣрнѣе же было бы назвать ихъ первикальнымъ выкидышемъ. При этомъ наружный зѣвъ закрытъ, а шейка растянута въ видѣ большой шарообразной опухоли. Если надрѣзать наружный зѣвъ или насильственно ввести въ него палецъ, то безъ труда удастся извлечь яйцо изъ вялой маточной шейки, а затѣмъ мы убѣждаемся, что внутренній зѣвъ закрытъ и что тѣло матки совершенно пусто.

Выкидышъ часто тянется чрезвычайно долгое время. Кровотеченія во многихъ случаяхъ уже задолго предшествуютъ изверженію яйца, либо потому, что они же и составляютъ причину преждевременнаго прекращенія беременности, либо потому, что въ перерожденныхъ яйцахъ, въ которыхъ плодъ уже давно погибъ, очень часто происходятъ кровотечения между оболочками. По мѣрѣ того какъ усиливаются сокращенія матки и увеличивается отслойка материнскихъ яйцевыхъ оболочекъ, потеря крови также увеличивается. Обыкновенно она бываетъ довольно значительною, а иногда и чрезвычайно обильною: правда, лишь въ высшей степени рѣдко бываютъ такіе случаи, чтобы женщина умерла отъ кровотеченія во время выкидыша, но за то довольно часто потеря крови настолько значительна, что появляется сильнѣйшая анемія, которая можетъ дойти даже до исчезанія пульса.

Кровотеченіе обыкновенно прекращается, когда извергнуто все яйцо; но до тѣхъ поръ, пока въ маткѣ еще остаются яйцевыя оболочки, хотя бы только одна *decidua vera*, кровотеченіе продолжается. *Decidua vera* нерѣдко задерживается въ маткѣ довольно долгое время, и въ такомъ случаѣ она подаетъ поводъ къ продолжительнымъ кровотечениямъ, а иногда, вслѣдствіе своего разложенія, она вызываетъ инфекціонныя заболѣванія. Оболочки, принадлежащія собственно яйцу, не часто задерживаются въ маткѣ при самопроизвольномъ теченіи выкидыша, тогда какъ послѣ неудачныхъ попытокъ къ искусственному удаленію яйца онѣ задерживаются въ ней довольно часто, особенно, если существуютъ воспалительные процессы въ отпадающей оболочкѣ.

Если въ полость матки не попало никакихъ инфекціонныхъ зародышей, то остатки яйца не разлагаются и могутъ долго въ ней оставаться. Они сплющиваются въ твердыя полицообразныя тѣла (плацентарныя полипы), или же подаютъ поводъ къ образованію фибринозныхъ полиповъ, если на нихъ отлагаются фибринозные сгустки ²⁾. Въ полости матки могутъ быть также задержаны отдѣльные куски *deciduae*, часто заключающіе въ себѣ маленькія окончанія ворсинокъ хоріона, и нѣкоторые изъ этихъ задержанныхъ кусковъ продолжаютъ въ ней разрастаться ³⁾.

¹⁾ Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1860, No. 33.—²⁾ Schroeder, Scanzoni's Beitr., B. VII.—³⁾ См. Küstner, Beitr. z. Lehre v. d. Endometritis. Jena 1883, и Klotz, Arch. f. Gyn., Bd. 29, p. 78.

Всѣ эти остатки яйца обыкновенно подаютъ поводъ къ обильнымъ и продолжительнымъ кровотечениямъ, такъ что удаленіе ихъ часто оказывается необходимымъ даже спустя долгое время послѣ того, какъ произошелъ выкидышъ. Разложеніе задержанныхъ остатковъ яйца и, слѣдовательно, появленіе инфекціоннаго заболѣванія грозитъ особенно въ томъ случаѣ, если при неудачныхъ попыткахъ удаленія яйца были введены болезнетворные микроорганизмы, тогда какъ безъ этихъ манипуляцій разложеніе происходитъ въ высшей степени рѣдко.

Если извергнуто все яйцо вмѣстѣ съ материнскими оболочками, то обыкновенно матка хорошо сокращается, кровотеченіе очень незначительно, а въ скоромъ времени начинаетъ выдѣляться только кровянисто-серозная жидкость, внутренній зѣвъ суживается и маточная шейка постепенно опять принимаетъ свою прежнюю форму. Полное обратное развитіе матки всегда требуетъ нѣсколькихъ недѣль; оно бываетъ несовершеннымъ или не наступаетъ вовсе, если этому препятствуютъ какія нибудь неблагоприятныя условія (раннее оставленіе постели, тѣлесныя напряжения и т. п.), или же, если матка была больна.

Въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности это преждевременное изверженіе яйца становится все болѣе и болѣе похожимъ на нормальные роды. При этомъ слѣдуетъ, однако, имѣть въ виду, что хотя и при преждевременныхъ родахъ черепное положеніе встрѣчается чаще остальныхъ, но все-таки тазовыя и поперечныя положенія наблюдаются здѣсь значительно чаще, нежели при нормальныхъ родахъ, и именно тѣмъ чаще, чѣмъ раньше прерывается беременность. Неправильныя положенія плода лишь рѣдко имѣютъ неблагоприятное вліяніе, такъ какъ онъ настолько еще малъ и мягокъ, что и при поперечномъ его положеніи роды совершаются легко.

Примѣч. Если къ наблюденіямъ, сопоставленнымъ G. Veit'омъ ¹⁾ на счетъ положеній младенца при преждевременныхъ родахъ, присоединить еще тѣ, которыя сообщены Гугенбергеромъ ²⁾, то окажется, что изъ 1517 дѣтей, рожденныхъ въ 7-мъ, 8-мъ и 9-мъ мѣсяцахъ беременности, родились въ головномъ положеніи 76,1⁰/₀, въ тазовомъ 19,9⁰/₀, и въ косомъ положеніи 3,7⁰/₀, тогда какъ изъ 335 дѣтей, рожденныхъ на 5-мъ и 6-мъ мѣсяцѣ, только 54,6⁰/₀ родились въ головномъ положеніи, но за то 40,3⁰/₀ въ тазовомъ положеніи, и 5⁰/₀—въ косомъ. Правда, въ эти цифры включены такъ наз. мертво-гнилые плоды, положеніе которыхъ измѣняется вслѣдствіе перемѣщенія центра тяжести; но и за вычетомъ мертво-гнилыхъ плодовъ общій выводъ все-таки остается вѣренъ: Veit нашель, именно, что изъ 379 дѣтей, рожденныхъ живыми на 7-мъ, 8-мъ и 9-мъ мѣсяцѣ беременности, родились въ головномъ положеніи 84,7⁰/₀, въ тазовомъ 13,7⁰/₀, и въ косомъ положеніи 1,6⁰/₀, тогда какъ изъ 43 дѣтей, рожденныхъ живыми на 5-мъ и 6-мъ мѣсяцѣ беременности, только 62,8⁰/₀ родились въ головномъ положеніи, но за то 27,9⁰/₀ въ тазовомъ и 9,3⁰/₀ въ косомъ положеніи.

¹⁾ Scanzoni's Beiträge IV, p. 280.—²⁾ Bericht u. s. w. Petersburg. 1863, p. 23.

Распознаваніе.

Распознать преждевременное прекращеніе беременности, конечно, не трудно, если оно наблюдалось отъ начала до конца. Но трудности могутъ оказаться оченьъ значительными, если въ началѣ выкидыша не существуетъ никакихъ другихъ признаковъ, кромѣ кровотеченія.

Если въ самомъ раннемъ періодѣ беременности появляется маточное кровотеченіе, то главная трудность можетъ заключаться именно въ распознаваніи беременности, которое въ самомъ началѣ ее не можетъ быть сдѣлано съ полною достовѣрностью. Поэтому во всѣхъ случаяхъ, когда у женщины, у которой прекратились регулы, опять появляется кровотеченіе, лучше всего поступать такъ, какъ будто мы имѣемъ дѣло съ беременностью.

Если выкидышъ уже настолько подготовленъ, что раскрылась маточная шейка, то распознать его обыкновенно бываетъ легко, такъ какъ можно оцупать пальцами верхушку яйца. Но иногда бываетъ очень трудно отличить яйцо отъ полипа, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ это оказывается даже невозможнымъ, пока не будетъ извергнута опухоль. Невозможнымъ это бываетъ въ особенности тогда, когда яйцо уже разорвалось, такъ что въ маточной шейкѣ прощупываются только утолщенные и покрытыя кровяными сгустками яйцевыя оболочки, т. е. съ отсутствіемъ зыбленія въ полости яйца, и когда анамнезъ совершенно ненадеженъ въ виду того, что кровотеченія бывали и раньше.

Далѣе, можетъ оказаться очень труднымъ опредѣлить при однократномъ изслѣдованіи, находится ли яйцо еще въ маткѣ, или оно уже извергнуто, цѣликомъ или отчасти. При проходимой маточной шейкѣ, правда, легко можно ввести палецъ въ полость матки и, надавливая снаружи другою рукою, удостовѣриться въ томъ, находятся ли еще въ маткѣ какія нибудь части яйца; но если шейка непроходима, то въ такомъ случаѣ точное распознаваніе можетъ быть сдѣлано только при повторномъ изслѣдованіи. Анамнезъ обыкновенно указываетъ лишь одно, что выходили какіе-то комки, но были ли это кровяные сгустки или части яйца, остается под сомнѣніемъ; матка же еще увеличена и послѣ изверженія яйца. Распознаваніе въ такихъ случаяхъ часто становится возможнымъ благодаря тому, что шейка оказывается уже проходимою при вторичномъ изслѣдованіи, предпринятомъ въ виду возобновившихся кровотеченій или усилившихся болей въ крестцѣ, или же благодаря тому, что она раскрывается вслѣдствіе тампонаціи, которая потребовалась для остановки кровотеченія, или, наконецъ, благодаря тому, что извергаются части яйца, еще оставшіяся въ маткѣ.

Чрезвычайно важно опредѣлить, имѣемъ ли мы дѣло съ нормальнымъ яйцомъ и живымъ плодомъ, или же съ перерожденнымъ продуктомъ беременности и мацерированнымъ плодомъ. Для терапіи это имѣетъ

рѣшающее значеніе, такъ какъ при здоровомъ яйцѣ и живомъ плодѣ мы должны стремиться главнымъ образомъ къ тому, чтобы остановить выкидышъ, а при мертвомъ плодѣ наша задача состоитъ только въ томъ, чтобы изверженіе яйца произошло съ возможно меньшимъ ущербомъ для матери. Но, къ сожалѣнію, рѣшить этотъ вопросъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ бываетъ очень трудно, и тѣмъ труднѣе, чѣмъ меньше времени прошло отъ начала беременности.

Плодъ долженъ считаться живымъ, если у беременной, которая до тѣхъ поръ ни разу еще не имѣла выкидыша, или выкинула, по крайней мѣрѣ, здоровое яйцо, внезапно появляется кровотеченіе, вызванное какимъ нибудь внѣшнимъ вреднымъ вліяніемъ или зависящее отъ какой нибудь явной болѣзни половыхъ органовъ (*retroflexio uteri*, *metritis*, *шюма*), и если при изслѣдованіи оказывается, что матка увеличена соотвѣтственно предполагаемому періоду беременности и имѣетъ мягкую консистенцію, свойственную ей въ этомъ состояніи (часто мы замѣчаемъ также, что матка во время своего сокращенія становится на ощупь болѣе твердой).

Перерожденное яйцо съ давно умершимъ плодомъ должно предполагаться въ томъ случаѣ, если у беременной, уже неоднократно выкидывавшей перерожденные яйца, показывалась въ теченіе долгаго времени свѣжая или измѣненная буроватая кровь и если изслѣдованіе обнаруживаетъ, что матка, имѣя круглую форму и твердоватую консистенцію, не соотвѣтствуетъ по своей величинѣ данному періоду беременности.

Но эти признаки не совсѣмъ надежны, такъ какъ продолжительныя кровотеченія, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, встрѣчаются и при живомъ плодѣ съ нормально развивающимся яйцомъ, а затѣмъ постепенно прекращаются, и такъ какъ исчисленіе періода беременности не всегда бываетъ вѣрно. Поэтому ставить опредѣленный діагнозъ перерожденія яйца и основывать на немъ дѣятельную терапію мы должны съ большою осторожностью, и, собственно говоря, мы имѣемъ право поставить его только тогда, когда продолжительнымъ наблюденіемъ окончательно удостовѣрено, что матка перестала увеличиваться въ объемѣ.

Тѣ признаки, которые говорятъ въ пользу смерти плода во второй половинѣ беременности, уже были нами изложены (см. вып. I, стр. 118).

Предсказаніе. §

Предсказаніе, конечно, должно разсматриваться отдѣльно по отношенію къ плоду и по отношенію къ матери.

Что касается плода, то мы уже видѣли, что смерть его очень часто бываетъ причиною самаго выкидыша. Слѣдовательно, о предсказаніи по отношенію къ плоду во всѣхъ этихъ случаяхъ уже не можетъ быть и рѣчи. Если здоровое яйцо будетъ извергнуто въ первые 7 мѣсяцевъ беременности, то младенецъ всегда погибаетъ, хотя бы даже онъ родился

живымъ. Но рѣшить вопросъ о томъ, удастся-ли предотвратить выкидышъ, бываетъ иногда очень трудно. Для терапіи весьма важно никогда не отказываться отъ надежды остановить выкидышъ, коль скоро яйцо не отдѣлилось уже на очень большомъ пространствѣ. Бываютъ случаи, что яйцо уже вступило во внутренній зѣвъ, но затѣмъ входитъ обратно въ матку, и по наступленіи нормальнаго срока беременности рождается живой младенецъ. Въ послѣдніе 3 мѣсяца беременности предсказаніе для плода тѣмъ болѣе благоприятно, чѣмъ ближе къ ея нормальному сроку наступаютъ преждевременные роды.

Предсказаніе для матери, даже и независимо отъ опасности инфекции, никогда не можетъ считаться абсолютно благоприятнымъ. Кровотеченіе, иногда уже въ началѣ выкидыша, а еще чаще—послѣ изверженія яйца, можетъ принять такіе значительные размѣры, что становится опаснымъ для жизни. Однако, опытъ показалъ, что хотя кровотеченія при выкидышѣ часто влекутъ за собою сильнѣйшія степени анэміи, доходящія до обмороковъ и исчезанія пульса, но все-таки смертью дѣло оканчивается очень рѣдко. Съ появленіемъ обморока обыкновенно останавливается и кровотеченіе. Впрочемъ, количество крови, которое можетъ потерять женщина безъ опасности для своей жизни, оказывается очень различнымъ, смотря по индивидуальности: нѣкоторыя женщины могутъ безопасно терять лишь очень немногую крови, а другія—громадное количество. Если яйцо извергнуто не вполне, то остатки его могутъ еще долго вызывать очень упорныя кровотеченія, которыя иногда оставляютъ за собою изнуреніе организма на всю жизнь. Послѣ выкидыша, какъ и послѣ нормальныхъ родовъ, легко могутъ остаться воспаленія и смѣщенія матки, если женщина не пользовалась соответствующимъ уходомъ. Наконецъ, въ случаяхъ привычнаго выкидыша мы должны быть очень осторожны въ своемъ предсказаніи на счетъ нормальнаго теченія будущей беременности.

Т е р а п і я ¹⁾.

Прежде всего мы должны рассмотретьъ профилактическую терапію, имѣющую чрезвычайно важное значеніе.

Само собою разумѣется, что о профилактикѣ выкидыша можетъ идти рѣчь только у такихъ женщинъ, которыя выкидывали уже неоднократно, такъ какъ въ противномъ случаѣ достаточно тѣхъ общихъ дѣтскихъ правилъ, о которыхъ мы уже говорили (см. вып. I, стр. 119).

Если женщина, уже неоднократно выкидывавшая, обращается къ врачу за совѣтомъ по поводу того, что она желаетъ сохранить свою беременность до нормальнаго срока, то онъ долженъ прежде всего

¹⁾ Schwarz, Samml. klin. Vorträge. Leipzig 1884, No. 241; Dührssen, Arch. f. Gyn., Bd. XXXI, p. 161; Budin, Progrès méd. 1887.

постараться узнать что нибудь положительное на счет той причины, которую вызывались предшествовавшие выкидыши.

Обыкновенно такой женщинѣ, при вновь наступившей беременности, рекомендуютъ покойный образъ жизни и, если возможно, даже продолжительное лежаніе въ постели, не принимая въ соображеніе того, что, можетъ быть, плодъ уже умеръ и что при этихъ условіяхъ совершенно нелѣпо даже и думать о возможности предотвратить изверженіе яйца. Нельзя достаточно энергично выразить порицаніе такому шаблонному поведенію врачей, безъ разбора рекомендующихъ продолжительное лежаніе въ постели всякой беременной, у которой бывали повторные выкидыши. Чрезвычайно жестоко держать здоровую женщину цѣлыми мѣсяцами въ постели только потому, что мужъ ея когда-то заразился сифилисомъ и въ маткѣ ея вслѣдствіе этого находится теперь большое яйцо или мертвый плодъ. Лучше уже совершенно отказаться отъ профилактической терапіи выкидыша, коль скоро мы не знаемъ его этиологіи.

Узнать что-нибудь положительное на счетъ той причины, которую вызывались повторные выкидыши, конечно, не всегда бываетъ легко, и обыкновенно это представляетъ одну изъ труднѣйшихъ задачъ, какія вообще могутъ встрѣтиться врачу. Разрѣшить эту задачу становится легко только тогда, когда мы имѣемъ возможность достать одно изъ яицъ, выкинутыхъ данною женщиною.

Если при этомъ удалось открыть причину предшествовавшихъ выкидышей, то, разумѣется, противъ нея и должна быть направлена профилактическая терапія.

Перерожденные яйца съ очень рано умершимъ плодомъ нерѣдко встрѣчаются у женщинъ совершенно здоровыхъ, но обыкновенно только одинъ разъ, такъ что для вопроса о профилактикѣ повторнаго выкидыша они не имѣютъ значенія. Чаше оказывается, что женщина, повторно выкидывающая и вслѣдствіе этого обращающаяся за совѣтомъ къ врачу, страдаетъ какою нибудь болѣзнію матки. Особенно часто повторные выкидыши бываютъ обусловлены хроническимъ эндометритомъ, который вызываетъ смерть плода вслѣдствіе кровоизліяній въ гиперэмированную отпадающую оболочку, или вслѣдствіе того, что разрастающаяся слизистая оболочка матки отнимаетъ для себя питательный матеріалъ, предназначенный плоду; часто также матка, искривленная взадъ, извергаетъ яйцо всякій разъ, когда она становится слишкомъ велика для малаго таза. Въ случаяхъ первой категоріи слѣдуетъ лѣчить эндометритъ еще до наступленія новой беременности, между тѣмъ какъ въ случаяхъ второй категоріи выпрямленіе искривленной матки и фиксированіе ея въ исправленномъ положеніи достигаетъ цѣли даже тогда, когда это сдѣлано незадолго до появленія выкидыша. Что касается хроническаго метрита, то и его лучше всего слѣдуетъ лѣчить до наступленія новой беременности.

Самую частую причину повторнаго преждевременнаго прекращенія беременности представляет сифилис. Но констатировать ее часто бываетъ очень трудно. Всего легче это удастся тогда, когда у беременной существуютъ явные симптомы свѣжаго или застарѣлаго сифилиса. Однако, совершенно отказываться отъ всякой мысли объ этой этиологіи мы не должны и въ тѣхъ случаяхъ, когда не находимъ у беременной никакихъ слѣдовъ сифилиса, ни при тщательномъ объективномъ изслѣдованіи, ни въ анамнезѣ, такъ какъ не подлежитъ сомнѣнію, что сифилисъ отца можетъ передаваться яйцу даже и безъ зараженія матери.

Очень важную роль въ этомъ отношеніи играетъ тщательное изслѣдованіе яйца. Но тѣ измѣненія его, которыя описаны Фгаенкел'омъ ¹⁾ и Zilles'омъ ²⁾, еще не могутъ считаться настолько характеристичными, чтобы мы имѣли право съ положительностью основывать на нихъ распознаваніе сифилиса; гораздо болѣе важны тѣ признаки, которые впослѣдствіи оказываются на самомъ плодѣ, и преимущественно — измѣненія въ костяхъ, описанныя Wegner'омъ ³⁾ [см. стр. 9].

Если удалось узнать что либо положительное о сифилисѣ одного или обоихъ родителей, то безусловно необходимо противосифилитическое лѣченіе еще до наступленія новой беременности.

Если при изслѣдованіи женщины не обнаружено никакого заболѣванія, а въ анамнезѣ обоихъ супруговъ не существуетъ на счетъ сифилиса рѣшительно никакихъ указаній, то въ данную минуту удовлетворить требованіямъ рациональной профилактики невозможно, и тогда лучше всего посоветовать женщинѣ, чтобы она соблюдала только обычные діететическія правила и въ случаѣ возобновленія выкидыша доставила яйцо для изслѣдованія.

Предписывать женщинѣ, чтобы она лежала нѣсколько мѣсяцевъ въ постели, позволительно только тогда, когда выкинутое яйцо найдено здоровымъ, а плодъ — недавно умершимъ, такъ какъ лишь въ этомъ случаѣ возможно надѣяться, что матка, оставаясь абсолютно покойною во время новой беременности, будетъ въ состояніи доносить яйцо до нормальнаго срока. Но перерожденіе яйца и смерть плода не могутъ быть предотвращены лежаніемъ въ постели.

Совершенно иною представляется наша задача въ тѣхъ случаяхъ, когда женщинѣ уже грозитъ выкидышъ. Въ принципѣ можно сказать, что при здоровомъ яйцѣ слѣдуетъ стараться воспрепятствовать его изверженію, а при мертвомъ плодѣ — содѣйствовать этому. Но такъ какъ именно въ первые мѣсяцы беременности сколько нибудь достоверно распознать смерть плода или перерожденіе яйца обыкновенно бываетъ

¹⁾ Arch. f. Gyn., Bd. II, p. 373.—²⁾ Mittheil. a. d. geb. u. gyn. Kl. zu Tübingen. 2. H. 1885.—³⁾ Virchow's Archiv, B. 50, p. 305.

невозможно, то мы и вынуждены, по крайней мѣрѣ — въ продолженіе нѣкотораго времени, поступать такъ, какъ будто имѣемъ дѣло съ живымъ плодомъ. Если кровотеченіе не слишкомъ значительно, то нужно воздерживаться отъ всякихъ энергическихъ мѣрѣ. Беременной предписывается постоянное лежаніе на спинѣ и дается нѣсколько большихъ приѣмовъ Т-гае Орїі, внутрь или въ клистирахъ. Лежаніе въ постели можетъ быть отиѣнено лишь въ томъ случаѣ, если кровотеченіе уже нѣсколько дней не повторилось.

Иной терапіи требуютъ тѣ случаи, въ которыхъ кровотеченіе уже само по себѣ грозитъ опасностью. При этомъ не слѣдуетъ терять времени, назначая ненадежныя и по большей части недействительныя средства, какъ напр. минеральныя кислоты и спорыню внутрь или примочки изъ уксуса и холодной воды на животъ, а нужно тотчасъ же сдѣлать тампонацію влагалища. Прибѣгая къ этой тампонаціи, мы руководствуемся тѣмъ соображеніемъ, что только при такомъ яйцѣ, которое обречено на вѣрную гибель, встрѣчаются такія опасныя для жизни кровотеченія, которыя должны быть немедленно остановлены. Если маточная шейка закрыта, то, введя зеркало изъ молочнаго стекла, мы плотно прикладываемъ къ наружному зѣву тампоны изъ іодоформной марли или салициловой ваты, которые, для болѣе удобнаго удаленія ихъ впослѣдствіи, завернуты въ кусокъ марли или снабжены нитками. Затѣмъ все влагалище выполняется такъ плотно, чтобы рядомъ съ тампономъ ничто не могло вытекать наружу.

Удаливъ тампонъ по прошествіи 12—24 часовъ, смотря по тому, когда появились болѣе сильныя маточныя сокращенія, мы часто находимъ позади него яйцо, извергнутое изъ матки (оставлять тампонъ дольше 24-хъ часовъ не слѣдуетъ). Если яйцо не подвинулось внизъ, то возобновляютъ тампонацію лишь въ томъ случаѣ, когда кровотеченіе еще продолжается. Только при исключительныхъ обстоятельствахъ яйцо послѣ тампонаціи влагалища развивается нормальнымъ образомъ: кровотеченіе по вынутіи тампона останавливается, маточный зѣвъ опять нѣсколько суживается или, по крайней мѣрѣ, не раскрывается больше прежняго, и затѣмъ беремность протекаетъ безъ всякихъ разстройствъ.

Очень важный вопросъ въ терапіи преждевременнаго прекращенія беремности состоитъ въ томъ, слѣдуетъ ли и когда именно слѣдуетъ приступить къ искусственному удаленію яйца.

При обсужденіи этого вопроса, который рѣшался весьма различно ¹⁾, мы никогда не должны забывать, что для беремной нѣтъ ничего

¹⁾ Breslau, Wiener med. Pr. 1866, №№ 40—42; P. Grenser, Ploss' Zeitschr. 1868, VII, p. 232; Dohrn, Beh. d. Fehlgeburten. Samml. klin. Vortr., No. 42; Ahlfeld, Schmidt's Jahrb., B. CLXXIV, 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.

болѣе опаснаго, какъ неудачныя попытки удаленія яйца. Вводитъ палецъ въ полость матки слѣдуетъ только тогда, когда мы убѣждены, что намъ удастся извлечь яйцо цѣликомъ. Главную роль при этомъ играютъ два обстоятельства:

- 1) отдѣлилось-ли яйцо отъ внутренней поверхности матки,
- и 2) возможно ли проникнуть въ полость ея.

И въ томъ и въ другомъ отношеніи будетъ существенная разница, смотря по тому, въ какомъ періодѣ прерывается беременность.

Въ первое время беременности, пока яйцо по своимъ размѣрамъ не превосходитъ куринаго, оно почти всегда бываетъ уже совершенно или почти совершенно отдѣлено, коль скоро маточная шейка вполне проходима для пальца. Слѣдовательно, въ это время почти всегда можно приступить къ немедленному удаленію яйца, какъ только маточная шейка пропускаетъ палецъ; мало того, очень нерѣдко оказывается, что все яйцо или часть его уже находится въ цервикальномъ каналѣ, и это можетъ случиться даже тогда, когда наружный зѣвъ еще непродимъ для пальца. Бываютъ, именно, такіе случаи, что, проведя палецъ насильственно чрезъ наружный зѣвъ или сдѣлавъ этотъ послѣдній проходимымъ при помощи надрѣзовъ, мы находимъ все яйцо въ цервикальномъ каналѣ, а внутренний зѣвъ оказывается уже опять закрытымъ (см. стр. 94).

Если яйцо находится еще въ полости матки, то и въ этомъ случаѣ искусственное удаленіе его въ первые 3 мѣсяца беременности почти всегда представляетъ очень легкую манипуляцію, коль скоро цервикальный каналъ проходимъ для пальца.

Слѣдуетъ, однако, имѣть въ виду, что къ извлеченію яйца не должно приступать до тѣхъ поръ, пока оно еще не вполне отдѣлилось, такъ какъ въ противномъ случаѣ извлеченіе его сопряжено съ трудомъ, и тѣ части яйца, которыя еще не отдѣлились, легко могутъ остаться въ маткѣ и повлечь за собою вредныя послѣдствія.

Въ матку, чрезъ цервикальный каналъ, вводятъ указательный или средний палецъ и, такъ сказать, надвигаютъ ее одновременнымъ надавливаніемъ чрезъ брюшныя покровы. Если это оказывается затруднительнымъ, то матку надвигаютъ на палецъ посредствомъ Мюзеускихъ щипцовъ, захвативши ими переднюю губу. Затѣмъ, благодаря незначительному объему маточной полости, мы легко можемъ оцупать ее со всѣхъ сторонъ и либо убѣдиться въ томъ, что яйцо уже совершенно отдѣлилось, либо посредствомъ пальца довершить отдѣленіе яйца, а въ особенности — истинной отпадающей оболочки.

Если яйцо отдѣлилось вполне, то удалить его изъ матки чрезвычайно легко, но только его слѣдуетъ не извлекать, а выжимать. Простаго выжиманія чрезъ брюшныя покровы, правда, бываетъ обыкновенно недостаточно; но если, по совѣту Ноепінг'а, ввести во влагалище

два пальца одной руки и, приложивъ ихъ къ тѣлу матки въ переднемъ или заднемъ сводѣ, смотря по тому, существуетъ ли *anteflexio* или *retroflexio*, крѣпко придавливать къ нимъ матку чрезъ брюшные покровы. то яйцо выскакиваетъ въ цервикальный каналъ и обыкновенно тотчасъ же спускается во влагалище.

Если яйцо уже достигло болѣе значительныхъ размѣровъ, то лучше дѣйствовать не слишкомъ активно, такъ какъ отдѣленіе его отъ матки часто происходитъ очень медленно и не бываетъ еще закончено къ тому времени, когда цервикальный каналъ уже проходимъ для пальца, а между тѣмъ естественное отдѣленіе въ слояхъ отпадающей оболочки путемъ передвиженія матки по поверхности яйца, во всякомъ случаѣ, болѣе выгодно, чѣмъ искусственное отдѣленіе пальцемъ, такъ какъ *decidua* легко рвется. Слѣдовательно, вообще при подобныхъ условіяхъ лучше выждать нѣкоторое время, продолжая асептическую тампонацію до тѣхъ поръ, пока яйцо совершенно или отчасти не вступитъ въ каналъ шейки. Тогда оно уже отдѣлено отъ матки, и его не трудно удалить посредствомъ выжиманія.

Если яйцо достигло еще большаго развитія, такъ что при изверженіи его нѣкоторую роль уже играетъ плодъ, т. е. начиная приблизительно съ конца 4-го мѣсяца, то прежде всего не слѣдуетъ ни въ какомъ случаѣ извлекать плодъ отдѣльно отъ яйца. Кто убѣдился собственнымъ опытомъ, до какой степени трудно при неблагоприятныхъ условіяхъ извлечь маленькій плодъ изъ полости яйца, тотъ разъ на всегда откажется отъ подобныхъ попытокъ. Къ тому же извлеченіе плода изъ яйца едва ли приносить какія нибудь выгоды, такъ какъ и въ этомъ періодѣ беременности самую важную роль играетъ отдѣленіе яйца отъ матки. Поэтому всего рациональнѣе выждать, — возобновляя тампонацію въ случаѣ надобности, — до тѣхъ поръ, пока отдѣлившееся яйцо не вступитъ, хотя бы отчасти, въ каналъ маточной шейки. Тогда оно опять-таки извлекается безъ труда.

Въ еще болѣе позднемъ періодѣ беременности терапія все болѣе приближается къ той, которая имѣетъ мѣсто при нормальныхъ родахъ.

Если задержаны остатки яйца, то они всегда должны быть немедленно удалены. Если остатки эти довольно значительны, то маточная шейка всегда проходима для пальца, по крайней мѣрѣ — во время хлороформнаго наркоза. Глубокое введеніе пальца въ полость матки значительно облегчается, если оттягивать маточную шейку Мюзеевскими щипцами. Если шейка закрыта очень плотно и если, не смотря на это, существуетъ основаніе предполагать въ ней довольно большіе остатки яйца, то при такихъ условіяхъ искусственное расширеніе ея, по нашему мнѣнію, заслуживаетъ преимущества предъ всѣми другими способами. Для этой цѣли можно употреблять прессованную губку, *tupelo* или ламинарію, или постепенно утолщаемые зонды, или, наконецъ, прибѣгнуть къ тампонаціи

іодоформною марли ¹⁾). Изъ всѣхъ этихъ средствъ мы до сихъ поръ предпочитаемъ ламинарію. Надрѣзы маточной шейки слѣдовало бы производить только при цервикальномъ выкидышѣ. Палецъ, введенный затѣмъ въ маточную полость, ощупываетъ остатки яйца и въ свѣжихъ случаяхъ отдѣляетъ ихъ очень легко, тогда какъ въ случаяхъ, въ которыхъ послѣ выкидыша прошло уже много времени, это часто оказывается довольно затруднительнымъ. Отдѣленные куски изгоняются выжиманіемъ.

Шейка бываетъ непроходима для пальца только тогда, когда внутренняя поверхность матки выстлана очень большими кусками отпадающей оболочки, въ которыхъ обыкновенно оказываются еще и ворсинки хоріона. При подобныхъ обстоятельствахъ превосходныя услуги приноситъ острая ложечка ²⁾, тогда какъ въ вышеупомянутыхъ случаяхъ должно предпочитать отдѣленіе остатковъ яйца посредствомъ пальца, потому что оно болѣе безопасно для беременной и вѣрнѣе достигаетъ цѣли.

Для того чтобы примѣнить острую ложечку, нѣтъ никакой необходимости въ искусственномъ расширеніи цервикальнаго канала: мы вводимъ ложечку такой величины, какая возможна при данныхъ условіяхъ, и выскабливаемъ ею всю полость матки.

При всѣхъ этихъ манипуляціяхъ безусловно необходимо придерживаться самой строгой антисептики: не только влагалище до начала манипуляцій, но и полость матки по окончаніи ихъ должны быть тщательно проспиритованы растворомъ карболовой кислоты, и все, что вводится въ матку, должно быть основательно дезинфицировано. Если эти правила соблюдены, то не будетъ ни зловонныхъ выдѣленій изъ матки, ни воспалительныхъ явленій. По опороженіи матки цѣлесообразно дать внутри нѣсколько пріемовъ спорыньи или сдѣлать подкожное впрыскиваніе эрготина.

Если яйцо уже начало разлагаться или задержанные остатки его подвергаются уже ихорозному распаденію, что бываетъ почти исключительно послѣ предшествовавшихъ попытокъ искусственнаго удаленія, то въ такомъ случаѣ извлеченіе вдвойнѣ необходимо. Воспалительныя явленія со стороны матки и окружающихъ ее частей, высокая температура и септическія состоянія безусловно требуютъ удаленія ихорозныхъ массъ и дренированія очищенной полости матки. Отъ этого насъ не должно удерживать то соображеніе ³⁾, что при удаленіи остатковъ яйца открываются сосуды, которые будутъ всасывать ихорозно разложившіяся массы, такъ какъ, во первыхъ, удаленіе ихорозныхъ остатковъ яйца необходимо тѣмъ настоятельнѣе, чѣмъ болѣе неблагоприятны существующіе симптомы, а во вторыхъ, по удаленіи этихъ остатковъ мы можемъ про-

¹⁾ Willich, *Revue méd. de la Suisse rom.* 1885; Landau, *Sitz. der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin.* 28. 10. 1887.—²⁾ Boeters, *Centralbl. f. Gyn.* 1877, No. 20; *Munde*, e. l. 1878, Nr. 6, и *Bircher*, *Corresp. f. Schw. Aerzte* 1879, 19.—³⁾ *Kehrer*, *Prakt. Arzt.* 1876, H. 1 u. 2.

спринцовать полость матки нѣсколькими литрами крѣпкаго раствора карболовой кислоты или безпрестанно прополаскивать ее чрезъ дренажъ и такимъ образомъ достигнуть того, что выдѣленія маточной полости будутъ совершенно безвредны.

Чрезмѣрно продолжительная беременность. Запоздалые роды. Partus serotinus.

Сюда не могутъ быть относимы тѣ случаи, когда плодъ, помѣщавшійся въ матки или въ ея рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ и превращенный въ lithopaedion или постепенно подвергавшійся ихорозному распаденію, задерживался въ брюшной полости долѣе нормальнаго срока беременности, такъ какъ подобныя плоды скорѣе представляютъ уже инородныя тѣла, заключенныя въ полости живота. Точно также сюда не должны быть, собственно говоря, причисляемы и тѣ случаи, когда перерожденное яйцо продолжало развиваться въ маткѣ долѣе нормальнаго срока беременности, или когда плодъ, находившійся въ маткѣ, не извергался изъ нея, а претерпѣвалъ такія же измѣненія, какія претерпѣваютъ виѣматочныя плоды, задержанныя въ брюшной полости (см. стр. 59).

Здѣсь же мы будемъ говорить только о такихъ случаяхъ, когда младенецъ, помѣщавшійся въ маткѣ, рождался чрезъ необыкновенно долгое время живымъ или, по крайней мѣрѣ, недавно умершимъ.

Главное затрудненіе при оцѣнкѣ подобныхъ случаевъ заключается въ томъ, что нормальная продолжительность беременности у женщины несомнѣнно представляетъ значительныя колебанія, а исчисленіе начала беременности почти всегда бываетъ не вполне точнымъ.

Между тѣмъ опредѣлить запоздалые роды возможно только по исчисленію начала беременности, а не по наружному виду младенца, такъ какъ, во первыхъ, опытъ показываетъ, что величина, вѣсъ и вообще физическое развитіе зрѣлыхъ младенцевъ бывають весьма неодинаковы, а во вторыхъ, относительно нѣкоторыхъ младенцевъ, родившихся по расчету слишкомъ поздно, существуетъ въ литературѣ категорическое заявленіе, что они были малой величины, хотя, съ другой стороны, описаны и такіе случаи, гдѣ младенцы, родившіеся слишкомъ поздно, были очень тяжелы, до 14 фунтовъ (если только взвѣшиваніе было вѣрно). Остальные признаки чрезмѣрнаго развитія младенца—заросшіе черепныя швы, узкіе роднички, сильный голосъ, длинныя волосы на головѣ—тоже не имѣють рѣшающаго значенія, такъ какъ всѣ они встрѣчаются иногда у младенцевъ малой величины и даже не вполне зрѣлыхъ, а съ другой стороны младенцы самые крупныя могутъ представлять, напримѣръ, широкіе черепныя швы и очень широкіе роднички.

Слѣдовательно, при опредѣленіи запоздалыхъ родовъ намъ всегда придется прибѣгать къ исчисленію начала беременности. Роды, какъ мы уже знаемъ (см. вып. I, стр. 80), наступаютъ приблизительно чрезъ

280 дней послѣ послѣдней менструаціи. Продленіе этого срока на нѣсколько дней встрѣчается еще довольно часто, тогда какъ роды черезъ 300 и болѣе дней послѣ послѣдней менструаціи бывають очень рѣдко и поэтому должны считаться запоздалыми.

Что подобные случаи у человѣка дѣйствительно встрѣчаются, можно заключить уже по аналогіи съ животными (такъ напр., у коровы продолжительность беременности, составляющая среднимъ числомъ 282 дня, можетъ въ видѣ исключенія доходить до 321 дня); къ тому же это подтверждается цѣлымъ рядомъ точныхъ наблюдений. Однако, частоту появленія такихъ случаевъ не должно преувеличивать, и только на основаніи тщательной оцѣнки всѣхъ обстоятельствъ можно признать роды запоздалыми.

Примѣч. Цѣлый рядъ случаевъ можно найти у Henke ¹⁾ и Montgomery ²⁾. Въ новѣйшее время очень убѣдительный случай сообщенъ Rigler'омъ ³⁾. Спустя 4 недѣли послѣ ожидаемаго срока родился мертвый младенецъ мужскаго пола, длиною въ 19¹/₂"', вѣсомъ въ 10¹/₃ фунта, съ очень развитыми волосами и ногтями. Плацента, извергнутая самопроизвольно, вѣсила болѣе 3 фунтовъ и была какъ-бы усыяна известковыми солями. Околоплодная жидкость почти совсѣмъ отсутствовала. Такъ какъ младенецъ въ этомъ случаѣ родился мертвымъ, то, коль скоро оказывается возможнымъ достоверно констатировать, что беременность уже перешла за нормальный срокъ, слѣдовало-бы прервать ее искусственно, такъ какъ для матери это нисколько не опасно, а младенецъ во всѣхъ подобныхъ случаяхъ повѣрное живеспособенъ.

Въ диагностическомъ отношеніи мы должны еще упомянуть, что при запоздалыхъ родахъ, какъ утверждаетъ Bond ⁴⁾, можно найти у младенца красное кольцо, шириною отъ 1 до 2 линій, между брюшными покровами и влагалищемъ пуповины.

Впрочемъ, нѣкоторые случаи, въ которыхъ отъ послѣдней менструаціи до наступленія родовъ проходитъ болѣе 280 дней, объясняются тѣмъ, что женщина почему либо получила аменоррею, во время которой и произошло зачатіе.

Прибавленіе.

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. CXVII, p. 179. (Отчетъ о засѣданіи Парижской академіи). — Devilliers, L'Union méd. 1861. — Puech, Gaz. obst. de Paris 1874, p. 149. — Prunhuber, Entb. verst. Schwangerer mittelst d. Kaiserschnittes. München 1875.

Такъ какъ послѣ смерти матери плодъ можетъ еще прожить нѣкоторое время, хотя и очень короткое, то врачъ, констатировавъ смерть беременной, обязаъ (и это предписывается ему всѣми законодательствами) сдѣлать попытку спасти жизнь младенца такъ наз. кесарскимъ

¹⁾ Abh. aus d. Geb. d. ger. Med. 2. Aufl. B. III. Leipzig 1824, p. 323.—²⁾ l. c., p. 314.—³⁾ M. f. G., B. 31, p. 321.—⁴⁾ Med. Times and Gaz. 29. Aug. 1868.

сѣченіемъ, т. е. вскрытіемъ брюшной полости и матки и извлеченіемъ чрезъ эту рану, если только существуетъ основаніе предполагать, что плодъ жизнеспособенъ. Но такъ какъ дѣти, извлеченныя болѣе чѣмъ черезъ 10 минутъ послѣ смерти матери, остаются живыми только въ весьма исключительныхъ случаяхъ, то спасти жизнь младенца удается очень рѣдко. По Неуманн'у и Lange, изъ числа 331 операціи только въ 6 или 7 случаяхъ дѣти остались живы и въ 13 случаяхъ прожили всего нѣсколько часовъ; Grünhuber собралъ еще 10 новыхъ случаевъ, въ которыхъ дѣти остались живы, а Ruesch нашелъ, что изъ числа 453 операцій въ 101 случаѣ дѣти обнаружили признаки жизни, и изъ нихъ 43 остались въ живыхъ. Если мать дѣйствительно умерла, то младенецъ несомнѣнно очень скоро приходитъ въ состояніе асфиксіи, и тѣмъ скорѣе, чѣмъ большей зрѣлости онъ достигъ. Дѣятельность сердца, впрочемъ, даже и по наступленіи асфиксіи можетъ еще продолжаться нѣкоторое время, и до тѣхъ поръ, пока она существуетъ, все еще можно надѣяться, что соответствующимъ лѣченіемъ асфиксіи удастся сохранить жизнь младенца. Поэтому спасеніе жизни ребенка даже черезъ $\frac{1}{4}$ часа послѣ смерти матери, или спустя еще нѣсколько болѣе долгое время, не составляетъ абсолютной невозможности. Всего болѣе шансовъ къ спасенію младенца путемъ немедленно произведеннаго кесарскаго сѣченія мы имѣемъ при внезапныхъ такъ наз. несчастныхъ случаяхъ, которые несомнѣнно должны повлечь за собою смерть матери. Если мать умираетъ вслѣдствіе какой нибудь болѣзни, то мы должны при помощи стетоскопа тщательно слѣдить за угасаніемъ жизни, чтобы во время приступить къ операціи для спасенія младенца. Такимъ образомъ Noschek'у ¹⁾ удалось, у одной беременной, умершей въ послѣдней стадіи легочной чахотки, извлечь мнимо-умершаго младенца, который, однако, былъ оживленъ.

Такъ какъ шансы получить живаго младенца очень незначительны, если къ кесарскому сѣченію приступаютъ только тогда, когда мать дѣйствительно уже умерла, то Löwenhardt ²⁾ предложилъ оперировать во время агоніи ³⁾. Въ подходящихъ случаяхъ этотъ совѣтъ заслуживаетъ вниманія, хотя нельзя не признать, что онъ можетъ повести къ злоупотребленіямъ и что въ частной практикѣ онъ довольно часто будетъ оказываться неисполнимымъ. (Но, какъ бы то ни было, и самая операція, и перевязка по окончаніи ея должны всегда производиться *lego artis*, а особенно—въ случаяхъ послѣдней категоріи).

Впрочемъ, даже и послѣ смерти матери младенецъ можетъ родиться *per vias naturales* ⁴⁾, какъ это доказывается довольно многими досто-

¹⁾ Archiv f. Gynaek., B. II, p. 118.—²⁾ Aphor. z. geburtsh. Chir. Berlin 1871. p. 81.—³⁾ См. также: Sommerbrodt, Berl. klin. Woch. 1880, 8; Runge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. IX, p. 245, и Manasse, D. i. Berlin 1885.—⁴⁾ См. Reimann, Arch. f. Gyn., Bd. XI, p. 215.

вѣрными наблюденіями (помимо гораздо бѣльшаго числа невѣрныхъ случаевъ, обыкновенно разукрашенныхъ самыми странными разсказами). Непосредственно послѣ смерти матери, младенецъ безъ всякаго сомнѣнія можетъ быть изгнанъ еще продолжающимися маточными сокращеніями, тогда какъ роды, наступающія чрезъ болѣе долгое время, обуславливаются давленіемъ газовъ, образовавшихся вслѣдствіе гніенія въ брюшной полости.

Примѣч. Кесарское сѣченіе на мертвыхъ оказывается еще древнѣе исторіи медицины. Слѣды его мы находимъ уже въ мифологіи Грековъ, которые замѣтили, навѣрное — при жертвоприношеніи беременныхъ животныхъ, что дѣтеныши иногда переживаютъ смерть матери. Такъ напр., Гермесъ, по повелѣнію Зевеса, вырѣзалъ Діониса изъ живота умершей Семелы, и даже самъ Эскулапъ былъ вырѣзанъ своимъ отцомъ Аполлономъ изъ живота Корониды, убитой Артемидою. Изъ временъ Римской исторіи дошелъ до насъ въ Пандектахъ законъ, приписываемый Нумъ Помпилю (lex regia); этотъ законъ воспрещаетъ хоронить умершую беременную, не произведя на пей кесарскаго сѣченія, а Плиній разсказываетъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ дѣти были спасены посредствомъ этой операціи, и объясняетъ самое названіе «sectio caesarea» слѣдующимъ образомъ: «Auspiciatus enecta parente gignuntur: sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Caesarum a caeso matris utero dictus: quae de causa et Caesares appellati. Simili modo natus et Manilius, qui Carthaginem cum exercitu intravit.»

Христіанская церковь, для которой очень важно было сохранить этотъ законъ въ видахъ крещенія новорожденныхъ, впоследствии подтвердила его многочисленными предписаніями. Что разсматриваемая нами операція въ средніе вѣка дѣйствительно производилась, — объ этомъ свидѣтельствуетъ тотъ фактъ, что въ X столѣтіи жили аббатъ и епископъ (первый — въ С. Галдепъ, второй — въ Констанцѣ), которые были извлечены путемъ кесарскаго сѣченія, произведеннаго послѣ смерти ихъ матерей. Новѣйшіе случаи приведены у Breslau ¹⁾ [младенецъ, извлеченный чрезъ 15 минутъ послѣ смерти матери, прожилъ нѣсколько часовъ], у Pingle'a ²⁾ [одинъ младенецъ, извлеченный также чрезъ 15 минутъ, умеръ спустя 32 минуты, а другой, извлеченный чрезъ 23 минуты ³⁾, остался въ живыхъ], у Brotherston'a ⁴⁾ [чрезъ 23 минуты послѣ смерти матери былъ извлеченъ младенецъ въ глубокой асфиксіи, котораго удалось оживить], у Welponer'a ⁵⁾ [двое живыхъ младенцевъ, изъ которыхъ одинъ умеръ спустя 24 часа, а другой — спустя четверо сутокъ] и, наконецъ у Bussell'a ⁶⁾ [младенецъ, извлеченный въ состояніи асфиксіи чрезъ 20—30 минутъ послѣ смерти матери, остался въ живыхъ]. Случаи, въ которыхъ будто бы чрезъ нѣсколько часовъ послѣ смерти матери извлекался живой младенецъ, — если вообще они еще заслуживаютъ довѣрія, — несомнѣнно должны быть объяснены мнимую смертью.

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⁾ Wiener med. Presse 1879, No. 1.—⁶⁾ London Obst. Tr. XIX, p. 179.

Патологія и терапія родовъ.

Нормальное теченіе родовъ обезпечивается прежде всего тѣмъ, что механизмъ изгнанія янца не подвергается никакому разстройству. Но этотъ нормальный механизмъ обусловливается, какъ мы уже видѣли, нормальностью изгоняющихъ силъ, съ одной стороны, и встрѣчаемаго ими противодѣйствія—съ другой. А такъ какъ послѣднее зависитъ отъ отношенія изгоняемаго младенца къ родовымъ путямъ, чрезъ которые онъ долженъ пройти, то отклоненія отъ нормального механизма могутъ обусловливаться 1) аномалиями изгоняющихъ силъ, 2) узкостью родовыхъ путей матери и 3) аномалиями положенія и формы плода, затрудняющими прохожденіе его чрезъ нормальные родовые пути. Разсмотримъ по порядку всѣ эти причины ненормального механизма родовъ.

Аномаліи изгоняющихъ силъ.

Такъ какъ противодѣйствіе, встрѣчаемое изгоняющими силами, можетъ быть чрезвычайно различно, то и степень напряженія этихъ силъ, которая необходима для окончанія родового акта, тоже весьма различна. Въ одномъ случаѣ для изгнанія младенца достаточно уже такихъ умѣренныхъ потугъ, что сама роженица почти не замѣчаетъ ихъ совсѣмъ и роды застаютъ ее совершенно врасплохъ, тогда какъ въ другомъ случаѣ для преодоленія противодѣйствія, встрѣчаемаго родовымъ актомъ, необходимо самое крайнее напряженіе сокращающихся мышечныхъ волоконъ матки и содѣйствіе брюшнаго пресса, которое, продолжаясь въ теченіе многихъ часовъ, можетъ дойти до полнаго истощенія. Очевидно, что хотя въ первомъ случаѣ потуги необыкновенно слабы, но о патологической слабости ихъ мы не можемъ здѣсь говорить, такъ какъ онѣ оказываются достаточными для изгнанія младенца; очевидно и то, что хотя во второмъ случаѣ потуги достигаютъ необыкновенной силы, иногда настолько значительной, что возникаетъ даже опасеніе на счетъ разрыва матки, но все-таки говорить здѣсь о ненормальномъ состояніи потужной дѣятельности мы не имѣемъ никакого права. Аномалія въ этомъ второмъ случаѣ заключается въ ненормально большомъ противодѣйствіи, тогда какъ чрезмѣрно усиленная потужная дѣятельность составляетъ лишь

послѣдствіе его, вообще даже весьма благодѣтельное, такъ какъ только этимъ усиленіемъ потугъ дается возможность къ естественному окончанію родовъ. Еслибы въ подобномъ случаѣ мы считали потуги слишкомъ сильными, патологическими, и принимали противъ нихъ соотвѣтственные терапевтическія мѣры, то въ практикѣ это давало бы самыя печальныя послѣдствія. Единственнымъ критеріемъ для оцѣнки силы потугъ является достигаемый эффектъ, и въ этомъ-то смыслѣ даже очень сильныя потуги могутъ оказаться слишкомъ еще слабыми для данного случая.

Изъ этого ясно, что установить общее понятіе о слишкомъ сильныхъ или слишкомъ слабыхъ потугахъ совершенно невозможно. Даже очень слабыя потуги могутъ оказаться для данного случая достаточно сильными, а въ другомъ случаѣ даже сильнѣйшія потуги могутъ оказаться слишкомъ еще слабыми для окончанія родовъ. Слѣдовательно, мы имѣемъ право говорить только объ относительно слишкомъ слабыхъ и относительно слишкомъ сильныхъ потугахъ.

Къ тому же степень напряженія потужной дѣятельности растетъ вообще строго пропорціонально величинѣ противодѣйствія, и если отношеніе между изгоняющими силами и этою послѣднею нарушается, то въ значительномъ большинствѣ случаевъ первоначальному измѣненію подвергается величина противодѣйствія, тогда какъ аномалія потужной дѣятельности является уже вторичнымъ образомъ.

Эти замѣчанія мы предпослали ради того, чтобы выяснитъ точку зрѣнія для оцѣнки потужной дѣятельности и оправдать, почему при изложеніи ненормальныхъ противодѣйствій мы должны будемъ еще разъ говорить о тѣхъ аномаліяхъ потужной дѣятельности, которыя ими вызываются.

До какой степени должны быть велики тѣ трудности, съ которыми сопряжено изложеніе патологии потужной дѣятельности, — это понятно уже изъ того, что дѣло идетъ здѣсь о такомъ процессѣ, физиологія котораго во многихъ отношеніяхъ еще совершенно не выяснена.

Матка, подобно всякой другой мышцѣ, можетъ производить внѣшнюю работу единственно при томъ условіи, чтобы сокращеніе чередовалось съ расслабленіемъ (см. вып. I, стр. 140); но перемежки между потугами, по крайней мѣрѣ — въ позднѣйшихъ стадіяхъ родового акта, не бываютъ вполне свободны, а ограничиваются только относительнымъ расслабленіемъ, которое во время потуги прерывается сильнымъ и поэтому, въ смыслѣ внѣшней работы, успешнымъ сокращеніемъ (см. вып. I, стр. 155).

Съ другой стороны, мы видѣли также, что по мѣрѣ того, какъ роды приближаются къ концу, собственно потужная дѣятельность ослабѣваетъ вслѣдствіе утолщенія и укороченія полаго мускула, и на первый планъ выступаетъ дѣятельность брюшного пресса.

Поэтому, говоря объ аномаліяхъ изгоняющихъ силъ, мы должны различать:

- 1) аномаліи мускулатуры самой матки
и 2) аномаліи брюшнаго пресса.

Аномаліи мускулатуры самой матки, т. е. патологию собственно потужной дѣятельности, лучше всего раздѣлить на слѣдующія 3 категоріи: 1) потуги слишкомъ слабыя въ отношеніи къ противодѣйствию, 2) потуги въ отношеніи къ противодѣйствию слишкомъ сильныя, и 3) пребываніе матки въ состояніи такого сильнаго сокращенія даже во время паузы, что и сокращеніе, являющееся во время самой потуги, уже не можетъ произвести требуемой виѣшней работы, — судорожныя потуги.

Разсмотримъ всѣ эти аномаліи по порядку.

Слабость потугъ.

Подъ «слабостью потугъ» можно подразумѣвать логически только тѣ состоянія, при которыхъ потуги недостаточно сильны, чтобы имѣть своимъ результатомъ нормальное теченіе родовъ. При этомъ предполагается, что матка во время перемижкь между потугами расслабляется надлежащимъ образомъ. Фактически, однако, къ слабости потугъ причисляются обыкновенно и такія состоянія, которыя, собственно говоря, слѣдовало бы относить къ судорожнымъ родовымъ болямъ, а именно — случаи, въ которыхъ потуги, правда, не очень сильны, но настолько достаточны, что имѣли-бы своимъ результатомъ нормальное теченіе родовъ, еслибы матка во время перемижкь расслаблялась надлежащимъ образомъ, и только благодаря тому, что она и въ это время остается въ непрерывномъ сокращеніи, получается такой результатъ, что потуги, хотя и не очень сильныя, но сами по себѣ нормальныя, оказываютъ поразительно слабое дѣйствіе. Первую форму мы называемъ простою слабостью потугъ, а вторую — судорожною.

Значеніе слабости потугъ будетъ весьма различно, смотря по тому, въ какомъ періодѣ родовъ она появилась. Въ началѣ періода раскрытія очень часто бывають такія слабыя потуги, что въ первое время роды идутъ весьма медленно, а иногда даже наступаютъ довольно продолжительные перерывы, въ теченіе которыхъ потуги совершенно отсутствуютъ. Въ это время слабость потугъ не имѣетъ почти никакого практическаго значенія.

Въ дальнѣйшемъ теченіи періода раскрытія и въ періодѣ изгнанія ¹⁾ первичная слабость потугъ принадлежитъ къ рѣдкостямъ.

Иногда, но далеко не постоянно, она наступаетъ вслѣдствіе общей слабости организма или послѣ изнурительныхъ болѣзней; сравнительно чаще она обусловливается врожденнымъ слабымъ развитіемъ мускулатуры матки.

¹⁾ См. A h l f e l d, P. med. Woch. 1885, 51.

Состояніе мускулатуры матки играетъ здѣсь вообще очень важную роль. Способность къ сокращенію можетъ уменьшиться вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія матки во время беременности (т. е. главнымъ образомъ при двойняхъ и при чрезмѣрномъ накопленіи околоплодной жидкости), но несомнѣнно также вслѣдствіе свѣжаго или стараго метрита или эндометрита. Кромѣ того, очень обыкновенною и въ практическомъ отношеніи чрезвычайно важною причиною ослабленія мускулатуры матки оказываются слишкомъ частые, а въ особенности — очень трудные роды. Въ послѣднемъ случаѣ почти всегда существуетъ еще какая нибудь аномалія таза, которая, въ связи со слабостью потугъ, оказываетъ чрезвычайно неблагоприятное вліяніе.

Разстройство потужной дѣятельности очень легко можетъ наступить и въ томъ случаѣ, если форма и положеніе матки измѣняются сосѣдними опухолями. Помимо новообразованій въ брюшной полости, немаловажную роль въ этомъ отношеніи можетъ также играть накопленіе каловыхъ массъ въ толстыхъ кишкахъ или переполненіе мочевого пузыря.

Чрезвычайно важное значеніе имѣетъ слабость потугъ въ послѣдовомъ періодѣ, въ которомъ она часто бываетъ только продолженіемъ существовавшей раньше. Объ этихъ случаяхъ мы еще будемъ говорить въ другомъ мѣстѣ.

Распознаваніе слабости потугъ не совсѣмъ просто. Первый признакъ долженъ состоять въ томъ, что дальнѣйшій ходъ родовъ приостановился или, по крайней мѣрѣ, значительно замедлился. Если сокращенія матки при этомъ очевидно слабы, т. е., если она не становится совершенно твердою, если сокращеніе, едва достигнувъ своего аспе, опять ослабѣваетъ, если паузы между отдѣльными сокращеніями необычайно продолжительны, то мы должны признать слабость потугъ, хотя бы существовало еще и другое препятствіе, которымъ объясняется замедленіе родовъ, а тѣмъ болѣе, конечно, въ такихъ случаяхъ, когда другаго препятствія не существуетъ.

Но и тамъ, гдѣ дальнѣйшій ходъ родовъ приостанавливается вслѣдствіе ригиднаго состоянія мягкихъ частей или вслѣдствіе несоразмѣрности между головкою младенца и тазомъ роженицы, мы признаемъ, по крайней мѣрѣ, относительную слабость потугъ, если сокращенія матки не усилены очевиднымъ образомъ, потому что усиленія ихъ при означенныхъ обстоятельствахъ слѣдовало бы ожидать, какъ нормальнаго явленія.

Предсказаніе различно, главнымъ образомъ — смотря по тому, въ какомъ періодѣ родовъ существуетъ слабость потугъ: чѣмъ болѣе раннимъ будетъ этотъ періодъ, тѣмъ болѣе благоприятно предсказаніе, такъ что въ самомъ началѣ родовъ, до истеченія водъ, слабость потугъ совсѣмъ не имѣетъ неблагоприятнаго значенія, но въ періодѣ изгнанія она можетъ вызвать очень серьезныя разстройства, а въ послѣдовомъ періодѣ — даже повести къ смерти (отъ кровотеченія).

Терапія въ началѣ періода раскрытія едва ли когда нибудь бываетъ необходима: здѣсь требуется только терпѣніе. Но если слабость потугъ продолжается и въ дальнѣйшемъ теченіи этого періода, то, прежде всего, не слѣдуетъ предпринимать никакихъ энергическихъ мѣръ: нужно позаботиться только объ опороженіи мочевого пузыря и особенно — прямой кишки, а затѣмъ опять-таки держаться выжидательно. Это тѣмъ болѣе необходимо, что изъ внутреннихъ средствъ нѣтъ ни одного, которое оказывало бы вѣрное дѣйствіе: ни пилокарпинъ ¹⁾, ни бора, ни настойка корицы не дѣйствуютъ сколько нибудь надежно, а относительно хинина существуетъ разногласіе, и даже врачи, живущіе въ малярійныхъ мѣстностяхъ, утверждаютъ, что при слабости потугъ онъ не имѣетъ никакого дѣйствія ²⁾. Прибѣгать къ этой цѣли не слѣдовало-бы тѣмъ болѣе, что, по опытамъ Рогак'а и Runge ³⁾, онъ вызываетъ у младенца выдѣленіе первороднаго кала (безъ асфиксії) и расстройство питанія, остающееся и послѣ рожденія.

Превосходное дѣйствіе оказываютъ наркотическія средства при судорожной слабости потугъ, т. е. въ случаяхъ, въ которыхъ потуги, сами по себѣ не очень сильныя, не имѣютъ никакого результата потому, что матка во время паузы не расслабляется надлежащимъ образомъ; такое же дѣйствіе оказываютъ эти средства при слабости потугъ, сопровождаемой сильною нервною раздражительностью и психическимъ возбужденіемъ. Въ особенности мы рекомендуемъ подкожныя вприскиванія морфія ⁴⁾. Хлораль-гидратъ ⁵⁾ производитъ совершенно такое же дѣйствіе (см. вып. I, стр. 215). Наркотическія средства вызываютъ болѣе полное расслабленіе матки во время паузы и увеличиваютъ эффектъ самой потуги. Впрочемъ, еще болѣе рѣзкое дѣйствіе они оказываютъ на брюшную прессь: Но къ хлороформу слѣдуетъ прибѣгать только въ періодъ изгнанія.

Въ числѣ медикаментовъ, которымъ приписывается вліяніе на потуги, первое мѣсто, во всякомъ случаѣ, занимаетъ спорынья ⁶⁾, такъ

¹⁾ Литература указана уже въ вып. I, на стран. 260.—²⁾ См. Hehle, Wiener med. Presse 1872, No. 29; Pollak, e. l., No. 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 and Rutland, e. l., Oct. 1872, pp. 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; Goodell, e. l., p. 162; Guelmi. Giorn. d'Ostetr. e Ginecol. I. 1873; Burdel, Annales de gyn. Juin—Août 1874; Chiura, Annales de gyn. II. Sept. 1874, p. 237; Duboué, e. l., Octobre 1874, p. 216.—³⁾ Centr. f. Gyn. 1880, No. 3.—⁴⁾ См. Oberprieier, D. i. München 1874.—⁵⁾ См. Gerson da Gunha и Bourdon (Gaz. des hôp. 1873. 22).—⁶⁾ Feist, M. f. G., B. III, p. 241; West, Obst. Tr. III, p. 222 (съ дебатами по этому вопросу); Mayrhofer, Wiener med. Presse, 1868, № 1, 3, 5; Denham, Dublin 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. LVI; Zweifel, Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak. 1875, p. 387; Benicke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. III, p. 173; Markwaldt, Arch. f. Anat. u. Phys. 1884, p. 434; Kobert, Arch. f. exp. Path., B. XVIII, p. 316, и Centr. f. Gyn. 1885, 1,—1886, 20.

какъ, при употребленіи ея въ свѣжемъ видѣ, она безусловно дѣйствуетъ на сокращенія гладкихъ мышечныхъ волоконъ матки. Тѣмъ не менѣе, прибѣгать къ ней до рожденія младенца, какъ къ средству, усиливающему потуги, можно развѣ только съ большою осторожностью, такъ какъ она вызываетъ продолжительное сокращеніе мускулатуры матки, а не нормальныя потуги, прерываемыя свободными паузами. Объ этомъ свидѣтельствуютъ, во первыхъ, прямыя наблюденія на роженицахъ; во вторыхъ, Schatz, при помощи своего токодинамометра (см. вып. I, стр. 174), показалъ, что спорынья вызываетъ продолжительное и колоссальное повышеніе внутриматочнаго давленія во время паузы, тогда какъ самыя потуги становятся, правда, болѣе частыми, но за то и гораздо болѣе слабыми, и въ заключеніе даже совершенно перестаютъ появляться ¹⁾. А такъ какъ для изгнанія младенца самое важное условіе заключается въ томъ, чтобы сокращеніе матки чередовалось съ ея ослабленіемъ, то мы и не можемъ приписывать спорыньѣ никакого ускоряющаго дѣйствія на теченіе родовъ. Кромѣ того, продолжительныя сокращенія, прерываемыя только неполными паузами, подвергаютъ опасности жизнь младенца. Именно, при каждомъ сокращеніи матки, даже во время нормальной потуги, обмѣнъ газовъ между кровью матери и кровью плода, если и не прекращается совершенно, то во всякомъ случаѣ значительно ограничивается, такъ что и во время нормальной потуги сердечныя звуки плода становятся болѣе рѣдкими; мало того, при очень сильныхъ потугахъ, слѣдующихъ быстро одна за другою, младенецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ не можетъ достаточно оправляться во время короткихъ перемежекъ, вслѣдствіе чего онъ подвергается асфиксін и умираетъ. Совершенно то же самое происходитъ при энергическомъ дѣйствіи спорыньи: равномерное сокращеніе матки, не прерываемое свободными перемежками, препятствуетъ обмѣну газовъ на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, вслѣдствіе чего наступаетъ асфиксія младенца ²⁾. Слѣдовательно, такъ какъ спорынья не вызываетъ правильной потужной дѣятельности, ускоряющей теченіе родовъ, и такъ какъ для младенца она положительно вредна, то примѣнять ее можно только тогда, когда, въ случаѣ еслибы младенецъ оказался въ опасности, мы будемъ имѣть полную возможность немедленно окончить роды, — т. е., когда маточный зѣвъ совершенно раскрылся. Поэтому въ періодѣ раскрытія она совсѣмъ не должна быть употребляема, а назначать ее въ періодѣ

¹⁾ См. Tageblatt d. Rostocker Naturforscherversamml. 1871, p. 65; Mauk, D. i. Tübingen 1884; Schatz, Deutsche med. Woch. 1884, No. 48, и Saexinger, e. I. 1885, No. 3.—²⁾ J. Veit (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., V. III, p. 253) видѣлъ одинъ случай, гдѣ послѣ употребленія спорыньи образовалась у младенца трещина въ черепѣ.

изгнанія позволительно только подъ условіемъ тщательнаго наблюденія за сердечными звуками младенца.

Совершенно иное дѣло—употребленіе спорыньи въ послѣдовомъ періодѣ. Главная задача заключается здѣсь въ томъ, что плацента должна отдѣлиться отъ матки, которая непосредственно послѣ этого должна сократиться настолько, чтобы изъ открытыхъ сосудовъ не могло произойти значительнаго кровотеченія, тогда какъ самое изгнаніе уже отдѣлившейся плаценты обыкновенно не представляетъ затрудненій. Открытые же сосуды всего вѣрнѣе закрываются продолжительнымъ равномернымъ сокращеніемъ матки, слѣдовательно—такимъ путемъ, который вполне соотвѣтствуетъ дѣйствию спорыньи. Поэтому ее и слѣдуетъ назначать въ такихъ случаяхъ, когда существуетъ основаніе предполагать, что опорожненная матка сократится недостаточно. Въ подобномъ случаѣ можно дать спорынью, когда періодъ изгнанія младенца уже приближается къ концу; но никоимъ образомъ не слѣдуетъ давать ее въ такое время, когда окончаніе родовъ еще не находится въ нашей власти. Въ послѣдовомъ періодѣ спорынья тоже составляетъ для насъ драгоценное средство, такъ какъ она дѣйствуетъ довольно быстро, большею частью спустя 10 минутъ.

Обыкновенно спорынья дается въ видѣ свѣже-приготовленнаго порошка, по 1—2 грамма на приемъ. Изъ препаратовъ ея ¹⁾ дѣйствителенъ только водный экстрактъ и, можетъ быть, экстрактъ *Вонжеана* ²⁾. Но и этотъ препаратъ дѣйствуетъ во время родовъ не такъ вѣрно, какъ свѣжая спорынья.

Примѣч. Спиртный экстрактъ спорыньи—эрготинъ *Wigger'a*—представляетъ по *Köhler'u* ³⁾, *parcoiticum aere*. Водный экстрактъ, называемый просто эрготиномъ, и именно—очищенный препаратъ *Wernich'a* ⁴⁾, употребляется для подкожныхъ впрыскиваній, въ растворѣ 1 ч. на 5 чч. воды, при чемъ на каждое впрыскиваніе берется отъ половины до цѣлаго Правацовскаго шприца ⁵⁾. Послѣ долгаго храненія, спорынья теряетъ свое дѣйствіе. Въ практическомъ отношеніи интересно наблюденіе *Wernich'a* ⁶⁾, по которому спорынья вызываетъ очень обильное выдѣленіе мочи.

Такъ какъ число внутреннихъ средствъ, которыя дѣйствительны въ періодѣ раскрытія, оказывается чрезвычайно ничтожнымъ, то въ случаяхъ, когда настоятельно необходимо устранить слабость потугъ въ этомъ именно періодѣ, намъ приходится въ заключеніе обращаться къ тѣмъ средствамъ, которыя служатъ для производства искусственныхъ прежде-

¹⁾ См. *Kobert, Ueber d. Bestandtheile u. Wirk. d. Mutterkorus. Leipzig 1884.*
²⁾ *Schellenberg (Centralbl. f. Gyn. 1878, No. 16)* рекомендуетъ давать эрготинъ въ желатиновыхъ пластинкахъ, которыя содержатъ его по 0,1 грамма и принимаются растворенными въ горячей водѣ.—³⁾ *Virchow's Arch., B. 60, p. 381.*—
⁴⁾ *Berl. V. z. Geb. u. Gyn. B. III, 1, p. 71.*—⁵⁾ *Begg (Lancet 1870)* сообщилъ одинъ случай, въ виду котораго мы должны быть всѣсколько осторожны на счетъ дозировки. Именно, у одной женщины, плохо упитанной и въ высшей степени истощенной, получившей во время родовъ 65 гранъ спорыньи, появилась черезъ 6 недѣль ангина всѣхъ четырехъ конечностей.—⁶⁾ *Med. Centralblatt 1873, № 23.*

временныхъ родовъ. На первомъ планѣ мы должны здѣсь поставить горячій душъ (38—40° R.), направляемый на нижній сегментъ матки; въ началѣ періода раскрытія, при узкомъ зѣвѣ, онъ оказывается особенно дѣйствительнымъ, разрыхляя въ то же время мягкіе родовые пути.

Для этой цѣли лучше всего употреблять простой ирригаторъ, который нужно держать не слишкомъ высоко; онъ даетъ не очень сильную и совершенно равномерную струю, предохраняя въ то же время отъ опаснаго прониканія воздуха вмѣстѣ съ выпрыскиваемой жидкостью (см. вып. I, стр. 257). Горячій душъ находитъ себѣ примѣненіе особенно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ первая стадія періода раскрытія тянется нѣсколько дней, приводя въ отчаяніе окружающихъ, а равно и при преждевременномъ разрывѣ плоднаго пузыря, когда изглаженіе маточной шейки и раскрытіе зѣва очень долго заставляютъ себя ждать. Впрочемъ, необходимо имѣть въ виду, что онъ оказываетъ мѣстно раздражающее дѣйствіе и можетъ вызывать, особенно при повторномъ примѣненіи, очень сильныя боли.

Искусственный разрывъ плоднаго пузыря тоже представляетъ отличное средство для ускоренія родовъ. Переполненіе пузыря околоплодною жидкостью уменьшаетъ сократительную способность чрезмерно растянутой мускулатуры матки, такъ что достаточно сильныя потуги наступаютъ лишь послѣ излитія водъ, по крайней мѣрѣ — частичнаго ¹⁾. Кромѣ того, истеченіе водъ является очень сильнымъ раздражителемъ для двигательной дѣятельности маточной мускулатуры, такъ какъ яйцевыя оболочки вслѣдъ за тѣмъ сморщиваются и перемѣщаются на внутренней поверхности матки, и отдѣльныя части младенца производятъ мѣстное давленіе на маточную стѣнку. Поэтому мы можемъ быть вполне увѣрены, что спустя нѣкоторое время послѣ излитія водъ непременно появятся болѣе сильныя потуги. Впрочемъ, искусственный разрывъ пузыря далеко не всегда безопасенъ. Хотя боязнь сухихъ родовъ основана на ложномъ воззрѣніи, такъ какъ околоплодная жидкость никогда не вытекаетъ совершенно, а задерживается отчасти между изгибами тѣла младенца, если только многократнымъ неосторожнымъ изслѣдованіемъ не былъ открытъ доступъ для воздуха, который въ такомъ случаѣ можетъ вытѣснить послѣдніе остатки жидкости, — но до тѣхъ поръ, пока нижній сегментъ матки не прилегаетъ къ головкѣ непосредственно со всѣхъ сторонъ, искусственный разрывъ пузыря угрожаетъ младенцу опасностью, которая при мало раскрытомъ зѣвѣ очень серьезна; мы говоримъ, именно, о выпаденіи пуповины [по Гугенбергеру ²⁾], при преждевременномъ разрывѣ пузыря оно встрѣчается втрое чаще, нежели при своевременномъ]. Въ подобныхъ случаяхъ лучше производить про-

¹⁾ См. Massmann, Petersb. med. Zeitschr. 1866. II. 11, p. 46, и 1869. II. 4, p. 201; Bidder, e. l. 1868. II. 7 u. 8, p. 1; Pinard, Ann. de gyn. 1886. Mars.—
²⁾ Petersb. med. Z. 1872. B. III. § 4 u. 5.

коль пузыря пробнымъ троакаромъ; хотя отверстіе это лишь рѣдко не увеличивается въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ, а еще рѣже опять закупоривается, но околоплодная жидкость всегда вытекаетъ настолько медленно, что спускающаяся головка мало по малу обхватывается нижнимъ сегментомъ матки, и такимъ образомъ предотвращается выпаденіе пуповины или мелкихъ частей младенца. Если же головка стоитъ низко, а плодный пузырь выдается сильно впередъ, то въ такомъ случаѣ операція эта одинаково хорошо можетъ быть произведена любымъ способомъ, — ногтемъ пальца, или пинчимъ перомъ, или спеціально приспособленными инструментами.

Тампонація влагалища посредствомъ коллейринтера производится только тогда, когда существуетъ основаніе бояться преждевременнаго разрыва пузыря. Тампонъ замедляетъ этотъ разрывъ своимъ противодавленіемъ и въ то же время вызываетъ потуги.

Катетеризація матки, т. е. введеніе эластическаго бужа между маткою и яйцомъ, съ оставленіемъ его на мѣстѣ, можетъ имѣть примѣненіе лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, такъ какъ этотъ способъ дѣйствуетъ слишкомъ медленно. Поразительный эффектъ наблюдается только тогда, когда пузырь еще цѣль; однако, мы должны согласиться съ заявленіемъ Scanzoni ¹⁾, что успѣхъ возможенъ даже и послѣ частичнаго излитія водъ. Во всякомъ случаѣ, при цѣломъ еще пузырьѣ это средство заслуживаетъ частаго примѣненія, такъ какъ оно дѣйствуетъ вѣрно и, при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, не влечетъ за собою никакого вреда ²⁾.

Очень простое и безопасное, но далеко не надежное средство для усиленія потужной дѣятельности представляютъ растиранія дна матки (о способѣ выжиманія, употребляемомъ для усиленія и замѣны потужной дѣятельности, см. вып. I, стр. 264). Дно матки, черезъ одинаковые промежутки времени, слегка растирается рукою, до тѣхъ поръ, пока матка не станетъ болѣе твердою на ошупь. Этимъ способомъ легко удастся сдѣлать потуги болѣе частыми, но достигнуть замѣтнаго усиленія ихъ оказывается гораздо труднѣе. До извѣстной степени надежно онъ дѣйствуетъ только тогда, когда головка уже начинаетъ показываться изъ половой щели, а очень надежно — только въ послѣдовомъ періодѣ.

Изъ другихъ средствъ намъ остается еще упомянуть объ электричествѣ, которое, въ видѣ гальваническаго тока, было примѣнено M'Kae ³⁾ и затѣмъ очень настоятельно рекомендовалось въ особенности Bayer'омъ ⁴⁾. Hildebrandt ⁵⁾ наблюдалъ успѣшное дѣйствіе этого средства только въ послѣдовомъ періодѣ и непосредственно послѣ родовъ.

¹⁾ Lehrb. d. Geburtsh. 4. Aufl. B. II, p. 254.—²⁾ См. Valenta, Die Catheterisatio uteri etc. Wien 1871.—³⁾ Obst. J. of Gr. Britain I, p. 460.—⁴⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. XI, p. 88.—⁵⁾ Die neue gyn. Universitäts-Klinik. Leipzig 1876, p. 96.

О терапіи слабости потугъ въ періодъ изгнанія мы будемъ говорить по поводу аномалій брюшнаго пресса.

Чрезмѣрно сильныя потуги.

Чрезмѣрно сильныя потуги дѣйствуютъ на поступательное движеніе младенца очень энергично, если матка во время перемерекъ разслабляется надлежащимъ образомъ, и обыкновенно онѣ не имѣютъ никакихъ вредныхъ послѣдствій, коль скоро роды ведутся рационально. Если противодѣйствіе незначительно, то маточный зѣвъ изглаживается очень быстро, и головка нѣсколько бурно прорѣзывается чрезъ половую расщелину [слишкомъ быстрые роды, *partus praecipitatus*] ¹⁾. Если промежность при этомъ совсѣмъ не поддерживается, то въ ней могутъ, конечно, произойти очень значительныя поврежденія. Умѣрять слишкомъ сильныя потуги нѣтъ никакой надобности, такъ какъ онѣ или необходимы для того, чтобы преодлѣть механическое препятствіе, или же, въ противномъ случаѣ, дѣло ограничится только очень быстрымъ рожденіемъ младенца, послѣ чего бурныя потуги заключатся удовлетворительнымъ сокращеніемъ матки.

Нѣсколько иное дѣло — чрезмѣрно болѣзненныя потуги. И это названіе, конечно, тоже должно быть понимемо не иначе, какъ въ относительномъ смыслѣ. Нѣкоторыя женщины даже при самыхъ бурныхъ сотрясающихъ потугахъ совсѣмъ не жалуются на боль, тогда какъ другія уже въ началѣ родовъ жалуются на очень сильныя боли даже при самыхъ слабыхъ сокращеніяхъ матки. Однако, не подлежитъ сомнѣнію, что боль, вызываемая потугами, можетъ достигать такой сильной степени, что становится невыносимою и иногда даже вызываетъ скоропреходящія психическія разстройтва. А такъ какъ для устраненія этихъ болей мы имѣемъ вѣрныя и безопасныя средства, то не прибѣгать къ нимъ при сильныхъ боляхъ было-бы очень жестоко (см. вып. I, стр. 212).

Судорожныя потуги.

Весьма важное значеніе имѣетъ та аномалія потужной дѣятельности, при которой матка во время перемерекъ разслабляется недостаточно или не разслабляется вовсе, т. е. находится въ состояніи непрерывнаго тоническаго сокращенія.

Мы уже объяснили въ другомъ мѣстѣ (см. вып. I, стр. 140), что для производства внѣшней работы безусловно необходимо чередованіе между сокращеніемъ и разслабленіемъ и что непрерывное сокращеніе матки не имѣетъ на поступательное движеніе младенца никакого вліянія, а только фиксируетъ его въ данномъ положеніи.

¹⁾ Winkel, Festschrift. München 1884.

Въ рѣдкихъ случаяхъ такія судорожныя потуги встрѣчаются еще въ послѣднее время беременности. Матка при этомъ нѣсколько болѣзненна и на ощупь равномѣрно тверда, такъ что части младенца различаются съ трудомъ. Вѣроятно, это и есть то состояніе, которое старинные врачи описывали подъ именемъ «*rheumatismus uteri*».

Чаще эти тоническія сокращенія матки встрѣчаются во время родовъ, хотя наивышшія степени, при которыхъ matka безпрерывно остается въ равномѣрномъ сокращеніи (*tetanus uteri*), чрезвычайно рѣдки и наблюдаются только какъ вторичное явленіе въ послѣднемъ періодѣ запущенныхъ родовъ.

Обыкновенно же мы имѣемъ дѣло съ такими случаями, въ которыхъ потуги, сами по себѣ сильныя, не могутъ оказывать надлежащаго дѣйствія потому, что matka во время перемижкѣ разслабляется слишкомъ недостаточно. Самыя потуги при этомъ совершенно нормальны, но очень мало дѣйствительны, даже при обыкновенномъ сопротивленіи. При изслѣдованіи матки мы замѣчаемъ, что и во время перемижкѣ она представляется на ощупь сильно напряженною. Потуги при этомъ обыкновенно бывають довольно болѣзненны.

Очень часто это состояніе развивается вторичнымъ образомъ, если поступательное движеніе младенца встрѣчаетъ слишкомъ большое противо-дѣйствіе (чаще всего — со стороны твердыхъ родовыхъ путей). Сначала потуги становятся болѣе сильными и еще отдѣлены между собою нормальными перемижками, но постепенно дѣло доходитъ до того, что matka остается сокращенною даже во время перемижкѣ, а въ концѣ концовъ наступаетъ безпрерывное сокращеніе (*tetanus uteri*).

Наиболѣе дѣйствительными при этихъ состояніяхъ оказываются наркотическія средства, которыя должны быть назначаемы въ очень большихъ дозахъ. Послѣ употребленія этихъ средствъ, напряженіе матки во время перемижкѣ уменьшается, и роды начинаютъ быстро подвигаться впередъ, хотя бы перемижки и сдѣлались болѣе продолжительными. Такъ наз. Присницевскіе компрессы на животъ и теплыя общія ванны тоже производять благопріятное дѣйствіе. Fraenkel ¹⁾ рекомендуетъ сочетаніе морфія съ хлороформомъ, какъ очень дѣйствительное средство, не только при столбнякѣ матки (*tetanus uteri*), но и при судорожныхъ стриктурахъ; въ послѣднее время онъ назначаетъ даже атропинъ вмѣстѣ съ морфіемъ (0,001 грам. перваго и около 0,015 грам. втораго), а затѣмъ наркотизируетъ хлороформомъ ²⁾.

Настоящихъ стриктуръ тѣла матки, т. е. кольцеобразныхъ сокращеній отдѣльныхъ его частей, не существуетъ вовсе. Полный мускуль матки, оттянувшійся вверхъ по тѣлу младенца, можетъ, конечно, симулировать такую стриктуру, если контракціонное кольцо (см. вып. I,

¹⁾ Prager Vierteljahresschr. 1872. 4, p. 33.—²⁾ Arch. f. Gyn., V. VII, p. 380.

стр. 143) уже при наружном осмотрѣ представляется рѣзко замѣтнымъ въ области пупка, образуя глубокой перехватъ, какъ въ песочныхъ часахъ. Но при тщательномъ изслѣдованіи мы убѣждаемся, что только надъ этимъ кольцомъ находится равномерно сократившееся тѣло матки, а внизу отъ него лежатъ мягкіе и дряблые: нижній сегментъ матки, шейка и влагалище.

Аномалии брюшного пресса.

Изъ физиологіи родовъ мы уже знаемъ, какую важную роль играетъ брюшной прессъ въ періодѣ изгнанія. Такимъ образомъ очевидно, что патологическія состоянія брюшного пресса могутъ значительно препятствовать благополучному теченію этого періода.

Полное отсутствіе функции брюшного пресса, къ счастью, почти никогда не встрѣчается въ періодѣ изгнанія. Насильственное растяженіе мягкихъ частей таза всегда возбуждаетъ рефлекторнымъ путемъ дѣятельность брюшного пресса, такъ что она отсутствуетъ только въ случаяхъ паралича нижней половины туловища или при очень глубокомъ наркозѣ.

Наблюдений относительно родовъ при параличѣ нижней половины туловища существуетъ очень немного. Періодъ изгнанія въ этихъ случаяхъ, повидимому, былъ значительно затрудненъ. Если у многородящихъ, при отсутствіи большихъ препятствій, роды могутъ иногда совершаться безъ всякаго содѣйствія брюшного пресса, то въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго. Однако, важное значеніе его для изгнанія младенца доказываютъ тѣ случаи, въ которыхъ роды приостанавливаются при абсолютномъ наркозѣ, когда дѣятельность брюшного пресса прекращена.

Гораздо чаще встрѣчается ослабленная дѣятельность брюшного пресса. Это бываетъ въ особенности у очень чувствительныхъ женщинъ, которыя боятся всякой боли и которыя, издавая непрерывные стоны во время каждаго родового сокращенія, совсѣмъ не вырабатываютъ потугъ. Но, кромѣ того, встрѣчаются и такія состоянія, которыя дѣлаютъ невозможнымъ сколько нибудь сильное давленіе брюшного пресса или не позволяютъ ему дѣйствовать на изгнаніе плода. Въ отношеніи перваго пункта важную роль играетъ значительная вялость брюшныхъ стѣнокъ съ сильнымъ отвисаніемъ живота, а также большія грыжи и нѣкоторыя болѣзни, въ особенности—сердца и легкихъ. При отвисломъ животѣ атрофированныя мышцы не могутъ оказывать достаточнаго давленія на содержимое брюшной полости, и всякая попытка ведетъ только къ тому, что матка выпячивается въ широкой промежутокъ между прямыми мышцами живота. Въ отношеніи втораго пункта мы должны указать на большія опухоли брюшной полости. Эти опухоли, а въ особенности—сильное переполненіе мочевого пузыря, могутъ сдѣлать всякое напря-

женіе брюшнаго пресса очень болѣзненнымъ, такъ что роженица старается его подавлять.

Впрочемъ, недостаточность брюшнаго пресса, если она не очень велика, обыкновенно еще уравнивается дѣйствіемъ мускулатуры матки, такъ что роды не могутъ быть окончены естественными силами только въ томъ случаѣ, если полный мускулъ совершенно пересталъ функционировать. Простая слабость потугъ лишь весьма рѣдко бываетъ настолько значительна, чтобы могла привести къ такому результату; скорѣе онъ можетъ быть вызванъ столбнякомъ матки (*tetanus uteri*). Но въ практическомъ отношеніи гораздо болѣе важно то обстоятельство, что полный мускулъ совсѣмъ не рѣдко бываетъ очень сильно оттянутъ вверхъ и, изгнавъ изъ себя большую часть младенца, уже не оказываетъ никакого дѣйствія на его дальнѣйшее поступательное движеніе¹⁾.

Это бываетъ нерѣдко у первородящихъ, если неуступчивое тазовое дно сильно препятствуетъ прорѣзыванію младенца. Послѣдній въ это время почти совершенно уже изгнанъ изъ тѣла матки, такъ что роды приостанавливаются, если брюшной прессъ не въ состояніи вытѣснить младенца наружу.

Терапія этихъ разстройствъ въ отправленіяхъ брюшнаго пресса должна, конечно, стремиться прежде всего къ устраненію причинъ. Если брюшной прессъ не функционируетъ вслѣдствіе боли, то въ такомъ случаѣ наркотическія средства творятъ чудеса; то же самое можно сказать и о хлороформѣ, коль скоро онъ дается въ умѣренныхъ дозахъ, тогда какъ при полномъ нарковѣ брюшной прессъ совершенно парализуется. Если энергическому дѣйствію брюшнаго пресса мѣшаетъ переполненный мочевоіъ пузырь, то это препятствіе можетъ быть устранено катетеромъ.

Замѣнить недостаточную дѣятельность брюшнаго пресса очень трудно. При дряблыхъ брюшныхъ покровахъ часто еще удается возстановить сильную дѣятельность брюшнаго пресса, если вокругъ живота наложить тугую повязку, импровизированную изъ полотнаца. Для замѣны брюшнаго пресса можно также прибѣгнуть къ способу выжиманія, если сопротивленіе не слишкомъ велико. Обыкновенно, однако, бываетъ всего лучше замѣнить отсутствующую *vis a tergo* искусственнымъ потягиваніемъ, либо щипцами, либо за ножку, послѣ предварительнаго поворота.

Примѣч. При очень сильномъ напряженіи брюшнаго пресса дѣло можетъ дойти до разрыва легочныхъ пузырьковъ, съ послѣдовательною подкожною эмфиземою шеи, лица и грудной кѣтки. Это осложненіе встрѣчается преимущественно у первородящихъ, узнается очень легко по припухлости и характерной крепитации и исчезаетъ само собою черезъ 5—7 дней, не оставляя дурныхъ послѣдствій, если только эмфизема не слишкомъ обширна. Дальнѣйшее распространеніе подкожной эмфиземы

¹⁾ См. Ahlfeld, Deutsche med. Woch. 1885, No. 51.

можетъ быть съ успѣхомъ ограничено, если воспретить рожеищѣ активное сокращеніе брюшнаго пресса и принять мѣры къ возможно скорому окончанію родовъ ¹⁾.

Аномалии мягкихъ родовыхъ путей.

Литература: Benicke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. II, p. 232.

Пороки развитія родового канала. (См. стр. 16).

Литература: Kussmaul, Von d. Mangel etc. d. Gebärmutter. Würzb. 1859, pp. 167, 253.—Fürst, M. f. G., B. 30, pp. 97, 161.—Schatz, Arch. f. Gyn II, p. 296.

При однорогой маткѣ, съ прибавочнымъ рогомъ или безъ него, не наблюдалось до сихъ поръ никакого затрудненія для родового акта. При различныхъ формахъ раздвоенія матки ²⁾, роды точно также часто протекали совершенно нормально, но все-таки чаще бывали замедлены, чѣмъ при одиночной маткѣ. Наблюдавшіяся при этомъ неправильности родового акта, помимо механическаго препятствія, которое иногда представляла перегородка влагалища ³⁾, обуславливались преимущественно косымъ положеніемъ беременной половины матки, вліявшимъ неблагопріятно, съ одной стороны, на потужную дѣятельность, а съ другой стороны—на положеніе младенца (во многихъ случаяхъ предлежало плечико). Иногда дѣло доходило даже до разрыва матки. Потужная дѣятельность при однорогой и двойной маткѣ, повидимому, нисколько не разстраивается, коль скоро положеніе матки нормально. Если при двойной маткѣ беременна лишь одна ея половина, то маточный зѣвъ другой половины иногда остается во время родовъ закрытымъ, но иногда онъ тоже раскрывается. Если беременны обѣ половины матки, то каждая изъ нихъ можетъ изгнать свой плодъ независимо отъ другой половины, и иногда даже на разстояніи очень большаго промежутка времени. Но если роды въ обѣихъ половинахъ матки наступаютъ даже одновременно, то все-таки потужная дѣятельность происходитъ въ каждой изъ нихъ совершенно самостоятельно, такъ что одна половина можетъ быть сокращена въ то время, когда другая расслаблена. Въ послѣдовомъ періодѣ двойная матка легко можетъ подать поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ,

¹⁾ См. Blundell, Vorl. über Geburtsh., deutsch von Callmann. Leipzig 1838. II, p. 67; Depaul, Gaz. méd. 29. Oct. 1842; Sougé, Gaz. des hôp. 1864, №№ 92 и 100; Sinclair and Johnston, Pract. midw. 1858, p. 517, и Mackenzie, Amer. J. of Obst. IV, p. 203; Whitney, Boston med. a. surg. J. 30. Nov. 1871; Алексѣевъ, Arch. f. Gyn. IX, p. 437; Fischer, Zeitschr. f. Wundärzte u. Geb., B. XXVIII, 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.—²⁾ Benicke (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. I, p. 366) наблюдалъ роды даже при полномъ раздвоеніи матки (uterus didelphys).—³⁾ P. Müller (Arch. f. Gyn. V, p. 132) и Borinski (Arch. f. Gyn., B. X, p. 145) наблюдали механическое препятствіе для родового акта, возникшее оттого, что выходенію плода препятствовалъ сильно гипертрофированный небеременный рогъ двойной матки.

которыя, именно благодаря неодновременному сокращенію обѣихъ половинъ, бывають особенно опасны въ томъ случаѣ, если плацента помещается на перегородкѣ.

Зарощеніе и суженіе матки.

Литература:

Congl. orif. ext.: W. J. Schmitt, Heidelb. kl. Annalen. I, p. 537.—Lachapelle, Prat. des acc. T. III, p. 298.—F. C. Naegele, Heidelb. kl. Ann. III, p. 492.—H. F. Naegele, Mogostokia e congl. orif. ut. ext. Comment. Heidelb. 1835; Med. Annal. 1836. II, p. 185, и 1840. VI, p. 33.—Пренія по этому вопросу на съѣздѣ естественныхъ испытателей въ Майнцѣ; см.: Neue Zeitschr. f. Geb., B. XIV, p. 144.—Genth, e. l., B. XXIX, p. 118.—Arneth, Die geb. Praxis, p. 64.—Credé, Klin. Vorträge, I, 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. XXX, 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. IV, p. 24.—Kleinwächter, Prager Vierteljahrsschrift 1870, B. III, p. 109.—Salisbury, Boston m. and s. J. 24. April 1870.—Zweifel, Arch. f. Gyn. V, p. 145.—Becker, Bair. ärztl. Int.-Bl. 1873, No. 27.—Palmer, Obst. J. of Gr. Brit. October 1874, p. 404.—Hildebrandt, Die neue gyn. Universitätsklinik etc., p. 42.—Löhle, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. I, p. 373.—Welponer, Wiener med. Pr. 1879, No. 17 и слѣд.—Weber-Breisky, Prager med. Woch. 1878, No. 7.

Рубцовое зарощеніе: Depaul, Gaz. méd. de Paris 1860, No. 22.—Arneth, Geb. Praxis, p. 66.—Hayn, Berl. kl. W. 1870, No. 10.—Kleinwächter, Prager Vierteljahrsschrift 1870, B. III, p. 110.—Latz, Berl. kl. W. 1870, No. 35.—Liebmann, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. II, p. 60.—Ascher, Prager med. Woch. 1879.—Pilat, Annales de gynéc. 1876. VI, p. 296.—Welponer, Wiener med. Presse 1880, №№ 22—24.

Такъ какъ при полномъ зарощеніи маточнаго зѣва зачатіе наступить не можетъ, то во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ такое зарощеніе наблюдается при родахъ, оно могло быть приобрѣтено не иначе, какъ уже во время беременности.

Подъ именемъ склеиванія наружнаго зѣва (*conglutinatio orificiі externi*) описаны случаи, въ которыхъ зѣвъ, самъ по себѣ очень малый, не раскрывается во время родовъ. При этомъ, не смотря на сильную потужную дѣятельность, мы находимъ, что очень маленькій наружный зѣвъ, обыкновенно даже едва ощутимый, остается постоянно закрытымъ, тогда какъ внутренній зѣвъ широко раскрытъ, и подлежащая часть необыкновенно ясно прощупывается чрезъ очень тонкія стѣнки маточной шейки. Если, найдя мѣсто наружнаго зѣва, сильно нажать на него пальцемъ или пуговкою маточнаго зонда, то онъ раскрывается и оттягивается надъ головкою въ нѣкоторыхъ случаяхъ очень быстро, а въ другихъ — медленно.

Много труда было употреблено на то, чтобы объяснить это своеобразное состояніе наружнаго зѣва. Такъ какъ до наступленія беременности наружный зѣвъ обязательно былъ открытъ (потому что женщина менструировала и забеременѣла), то большинствомъ авторовъ признавалось,

что во время беременности должно было произойти склеивание или зарощение, самые причины которого были, однако, предметом разногласия.

По наблюдениям Schroeder'a, к которым мы вполне присоединяемся, наружный зѣвъ въ этихъ случаяхъ только очень узокъ, но никогда не бываетъ совершенно закрытъ ¹⁾). Наружный зѣвъ, даже когда не удалось его ощупать пальцемъ, обыкновенно узнается при изслѣдованіи зеркаломъ по маленькой каплѣ слизи, которая въ немъ сидитъ. Поэтому такъ называемая *conglutinatio orificii externi* вовсе не обуславливается патологическимъ процессомъ, развившимся во время беременности, и дѣло заключается только въ томъ, что маленький наружный зѣвъ первородящихъ, въ особенности — болѣе пожилыхъ, часто бываетъ чрезвычайно узокъ, а ближайшія къ нему ткани очень жестки и неподатливы вслѣдствіе старыхъ катарральныхъ раздраженій. Внутренній зѣвъ въ подобныхъ случаяхъ раскрывается и оттягивается вверхъ по яйцу обыкновеннымъ образомъ, и стѣнки маточной шейки сильно вытягиваются въ длину и мало по малу значительно истончаются. При этомъ жесткое кольцо очень маленькаго наружнаго зѣва совершенно не поддается, а когда часть яйца уже вступила въ цервикальный каналъ и стѣнки послѣдняго сдѣлались тонки какъ бумага, то наружный зѣвъ уже не подвергается никакому вытяженію, которое могло бы способствовать его раскрытію. Очень маленькое отверстіе зѣва, окруженное неподатливыми краями, оказываетъ тогда большее противодѣйствіе, чѣмъ значительно истонченная стѣнка цервикальнаго канала, такъ что скорѣе эта послѣдняя разорвется, а все-таки наружный зѣвъ не раскроется. Растянутыя стѣнки цервикальнаго канала получаютъ возможность оттянуться вверхъ только послѣ насильственнаго раскрытія неподатливаго кольца и механическаго расширенія узкаго отверстія.

Слѣдовательно, наружный зѣвъ при такъ называемой *conglutinatio* не зарощенъ, а только не обладаетъ способностью къ расширенію, и здѣсь существуетъ полная аналогія съ цервикальнымъ выкидышемъ, но съ тою разницею, что въ послѣднемъ случаѣ матка перестаетъ сокращаться, такъ какъ маленькое яйцо совершенно вытѣснено въ растянутый цервикальный каналъ.

Очень рѣдко материнскія яйцевыя оболочки въ ближайшемъ сосѣдствѣ внутренняго зѣва бываютъ такъ плотно срослены съ оболочками, принадлежащими самому плоду, что нижній сегментъ матки не можетъ оттягиваться вверхъ по яйцу. Если оболочки будутъ отдѣлены при помощи пальца, или будетъ произведенъ искусственный разрывъ плоднаго пузыря, то наружный зѣвъ получаетъ возможность раскрываться ²⁾).

¹⁾ Подобнымъ же образомъ высказался Breisky (l. c.) — ²⁾ См. Eichstädt, Zeug., Geb. u. Wochenb. etc. Greifswald 1859, p. 70; Hecker, Kl. d. Geburtsk. I, p. 119; Neumann, Ueber d. Anzeigen z. künstl. Sprengen d. Eihäute. D. i. Halle 1869, и Wagner, Obst. Operations. 2. ed. 1871, p. 80; Litzmann, Arch. f. Gyn., Bd. X, p. 108.

Часто, впрочемъ, наружныя оболочки яйца (*decidua* и *chorion*), крѣпко сросшіяся съ нижнимъ сегментомъ матки, разрываются въ такихъ случаяхъ самопроизвольно въ области внутренняго зѣва, такъ что онѣ оттягиваются вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки, и одна только водная оболочка, сохраняя цѣлость яйца, образуетъ собою плодный пузырь. На извергнутомъ яйцѣ мы тогда находимъ, что мѣшокъ водной оболочки совершенно отдѣленъ отъ внутренней поверхности хоріона.

Еще рѣже, чѣмъ *conglutinatio orificiі externi*, встрѣчается болѣе плотное, дѣйствительно рубцовое зарощеніе маточнаго зѣва, возникшее во время беременности. Оно можетъ образоваться послѣ воспаленій маточной шейки (иногда — какъ результатъ прижиганій). При ощупываніи мы находимъ, что маточный зѣвъ закрытъ рубцовыми перемычками. Если не будетъ сдѣлана соответственная операція, то наступитъ разрывъ передняго свода влагалища. Во избѣжаніе этого слѣдуетъ произвести кровавое возстановленіе зарощеннаго отверстія, ножомъ или ножницами.

Впрочемъ, рубцовое зарощеніе зѣва гораздо чаще бываетъ неполное, такъ что или существуютъ еще проходимыя мелкія отверстія, или очень узкій зѣвъ окруженъ жесткою рубцовой каймою. Подобныя служенія могутъ быть послѣдствіемъ язвеннаго воспаленія во время родильнаго періода. Лѣченіе то же самое, какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

Служеніе зѣва, или, вѣрнѣе, недостаточная способность его къ расширенію, можетъ зависѣть и отъ другихъ аномалій въ строеніи его ткани. О затвердѣніи вслѣдствіе новообразованій мы еще будемъ говорить въ другомъ мѣстѣ; здѣсь же мы рассмотримъ только простую ригидность (неподатливость) маточнаго зѣва. Она обуславливается хроническими воспалительными процессами въ маткѣ и особенно въ ея шейкѣ. Чаще всего она встрѣчается у пожилыхъ многорожавшихъ, у которыхъ еще до наступленія беременности существовала гипертрофія маточной шейки; такъ напр., ригидность зѣва достигаетъ значительной степени въ тѣхъ случаяхъ, когда существовавшее выпаденіе матки было устранено только благодаря беременности. По наблюденіямъ *Welpeleg'a* ¹⁾, она встрѣчается и при сифилитическомъ затвердѣніи. Тѣ же самые процессы наблюдаются у первородящихъ, и особенно рѣзко они бывають выражены при томъ видѣ гипертрофіи влагалищной части, при которомъ послѣдняя имѣетъ сходство съ мужскимъ половымъ членомъ.

У пожилыхъ первородящихъ (старше 30-лѣтняго возраста) маточная шейка, хотя и не постоянно, но все-таки очень часто обладаетъ недостаточною способностью къ расширенію, такъ что роды тянутся необыкновенно долго, и предсказаніе для младенца значительно ухудшается. Такъ какъ въ виду этого обстоятельства, а равно и потому, что здѣсь

¹⁾ *Wiener med. Presse* 1879, p. 333.

нерѣдко бываютъ слишкомъ слабыя потуги, мы вынуждены часто прибѣгать къ оперативнымъ пособіямъ, то эти роженицы подвергаются болѣе опасностямъ сравнительно съ другими, не говоря уже о томъ, что онѣ въ болѣе степени подвержены всѣмъ обычнымъ послѣдствіямъ затянувшихся родовъ. Кромѣ того, эклампсія и разрывы промежности наблюдаются у нихъ чаще, чѣмъ у другихъ рожениць ¹⁾).

Лѣчение ригидности маточнаго зѣва не всегда бываетъ просто. Такъ какъ раскрытіе затвердѣлыхъ частей всего безопаснѣе производится естественными силами, то мы и должны выжидать до тѣхъ поръ, пока это возможно. Если естественнымъ силамъ удастся раскрыть маточную шейку, такъ что противодѣйствіе существуетъ еще только со стороны оплотнѣвшаго края наружнаго зѣва, то мы должны безъ всякаго опасенія надрѣзать этотъ край въ нѣсколькихъ мѣстахъ, ножницами или ножемъ. Но если оплотнѣвшая маточная шейка на всемъ своемъ протяженіи, часто очень значительномъ, упорно не раскрывается, не смотря на сильную и долго продолжающуюся потужную дѣятельность, то предсказаніе становится сомнительнымъ, а терапия — трудною. Случай, въ которыхъ, при длинной и жесткой маточной шейкѣ, наступаетъ смерть плода съ разложениемъ секретовъ матки и накоплениемъ газовъ въ ея полости, и въ которыхъ сама роженица начинаетъ лихорадить, — случаи эти принадлежатъ къ числу самыхъ неблагопріятныхъ, какіе только могутъ встрѣтиться. Въ виду этого безусловно необходимо вести подобные роды съ крайнею осторожностью и съ самымъ тщательнымъ соблюденіемъ антисептики. Можно сдѣлать попытку способствовать раскрытію маточной шейки, вводя въ нее маленькіе каучуковые колпейринтеры (расширители Barnes'a). Если симптомы со стороны матери до такой степени серьезны, что необходимо поскорѣе окончить роды, то слѣдуетъ попытаться расширить маточную шейку некровавыми способами или разрѣзами ²⁾ настолько, чтобы сдѣлалось возможнымъ извлечь младенца посредствомъ краніокласта.

Кровоизліянія въ ткань маточной шейки всего легче происходятъ именно при ея гипертрофіи. Если они достигаютъ значительнаго объема (такъ наз. кровяныя опухоли шейки, *thrombus cervicis*), то могутъ уже сами по себѣ сдѣлаться препятствіемъ для родового акта.

¹⁾ 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; Tänzler u. Wyder, e. l., B. III, p. 181; Grenser, Beitr. z. Geb. u. Gyn. Festschrift. Leipzig 1881; Mangiagalli, Annali di Ostetr. 1881. 5—8; Rumpfe, 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.—²⁾ Skutsch, Arch. f. Gyn., Bd. XXXI, p. 400.

Зарощеніе и сѣуженіе влагалища и наружныхъ половыхъ частей.

Литература:

Сѣуженія влагалища: Devilliers, *Annal. f. Frauenkr.* VI, p. 297.—v. Siebold, *Neue Zeitschr. f. Geb.*, B. XI, 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. XIII, p. 60.—Wachs, e. l., B. XXX, p. 54.—Schön, *Allg. Wien. med. Z.* 1868, No. 11.—Herzfeld, *Wiener med. Presse.* 1868, No. 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.*, B. IV, p. 317.—Dewees, *Krankh. des Weibes*. Uebers. von Moser. 1837, p. 25.—Credé, *Verh. d. geb. Ges. in Berlin.* IV, p. 57.—Kiwisch, *Die Geburtskunde etc.* Erlangen 1854. I, p. 104.—Röbbelen, *Deutsche Klinik.* 1854, No. 10.—Leopold, *M. f. G.*, B. 10, p. 357.—v. Scanzoni, *Allg. Wiener med. Z.* 1864, No. 4.—v. Franque, *Wiener med. Halle.* 1864, No. 50.—Edmond, *Gaz. des hôp.* 1864, No. 52.—Fethersten, *Brit. med. J.* 26. March 1864.—Hubbauer, *Zeitschr. f. Wundärzte u. Geb.* 1863. XVI. 3.—Horton, *Philad. med. and surg. Rep.* Nov. 1869, p. 314.—Holst, *Scanzoni's Beiträge*, B. V, p. 398.—Godefroy, *Journ. d. conaiss. méd.-chir.* 1870, № 3 и 4.—Leisenring, *Philad. med. Times.* Aug. 1871, p. 395.—Johnson, *Brit. med. J.* 1871, No. 25.—Carl Braun, *Wiener. med. W.* 1872, No. 45.—Hay, *Philadelphia med. Times.* January 3. 1874.—Dufour, *Arch. de tocologie.* Juin 1874, p. 376.—Brown, *Philadelphia med. J.* 1873. Nov. 8.—Schantz, *Wiener med. Blätter.* 1880, No. 34.

Рубцовое зарощеніе наружныхъ половыхъ частей: Cazeaux-Tarnier, *Traité d. acc.* 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.—Wyder, *Centr. f. Gyn.* 1885. 7.

Сѣуженія влагалища бываютъ въ большинствѣ случаевъ врожденныя. При очень узкомъ, но въ остальныхъ отношеніяхъ нормально развитомъ влагалищѣ роды нѣсколько замедляются, но тѣмъ не менѣе потугамъ всегда удается расширить размягченное влагалище для прохожденія чрезъ него головки, и только въ видѣ исключенія образуются продольные разрывы, которые почти всегда ограничиваются слизистою оболочкою и не легко могутъ проникнуть въ тазовую кѣтчатку.

Очень рѣдко, повидимому, встрѣчается врожденная кольцеобразная стриктура влагалища. Одинъ случай подобнаго рода сообщенъ Delaunay¹⁾, а другой, совершенно такой же, описанъ Schlegel'омъ. Влагалище при этомъ представляется очень короткимъ и оканчивается вверху на подобіе слѣпаго мѣшка съ маленькимъ отверстіемъ, непроходимымъ для пальца, такъ что является сомнѣніе, есть ли это маточной зѣвъ при короткомъ влагалищѣ и отсутствіи сводовъ, или же мы имѣемъ дѣло со стриктурой рукава. Когда сѣуженное мѣсто расширилось во время родовъ, то вверху отъ него мы находимъ продолженіе влагалища, а затѣмъ—маточный зѣвъ. Jarjavay²⁾ и Trélat-

¹⁾ *Annales de gynécol.* Juin 1874, p. 459.—²⁾ *Le Progrès.* 1859.

Chantreuil ¹⁾ наблюдали совершенно такіе же случаи, но съ двумя отверстиями.

Не особенно рѣдко встрѣчаются во влагалищѣ мостикообразныя перемычки, идущія отъ одной стѣнки къ другой. Но эти перемычки часто не требуютъ никакого вмѣшательства искусства, такъ какъ онѣ очень тонки и легко разрываются напиряющею головкою.

Мѣстныя съуженія влагалища могутъ обусловливаться различнаго рода язвенными процессами, при заживленіи которыхъ образовались обширныя рубцы. Хотя эти съуженія нерѣдко преодолеваются постепеннымъ напоромъ головки, но все-таки иногда могутъ потребоваться надрѣзы. Послѣдніе особенно цѣлесообразны въ тѣхъ случаяхъ, когда рубецъ занимаетъ только часть рукава. Гораздо болѣе затруднительна терапия, если влагалище почти по всей своей длинѣ превращено въ рубцовыя массы. При такихъ условіяхъ нужно попытаться сдѣлать рукавъ проходимымъ, расширяя его прессованными губками, пальцами, расширяющими инструментами и колпейринтеромъ, а также соответствующими надрѣзами; но въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ, вѣроятно, наилучшіе шансы даетъ своевременно произведенное кесарское сѣченіе.

Ненормально большая плотность дѣвственной плевы, не разорвавшейся при совокупленіи, обыкновенно имѣетъ своимъ послѣдствіемъ только незначительное замедленіе родовъ, такъ какъ дѣвственная плева сильно растягивается напиряющею головкою и въ концѣ концовъ разрывается. Напротивъ того, старые разрушительные процессы въ наружныхъ половыхъ частяхъ, зажившіе съ образованіемъ неподатливыхъ рубцовъ, могутъ настоятельно потребовать оперативнаго пособія.

Примѣч. Совершенно пѣлая дѣвственная плева встрѣчается у первородящихъ не особенно рѣдко. Въ этихъ случаяхъ короткая складка *hymen'a* такъ дрябла и отверстие его такъ широко, что *immissio penis* оказалась легко возможною при неповрежденной дѣвственной плевѣ. Гораздо рѣже встрѣчаются случаи, въ которыхъ беременность наступила не смотря на то, что *immissio penis*, при очень маленькомъ отверстіи въ неуступчивой дѣвственной плевѣ, была невозможна. Зачатіе происходитъ здѣсь такимъ образомъ, что дѣвственная плева на подобіе воронки вдавливается *penis'омъ* во влагалище и чрезъ маленькое отверстие ея попадаетъ сѣмя въ верхнюю часть рукава. Подобнымъ именно способомъ, безъ всякаго сомнѣнія, произошло зачатіе въ чрезвычайно интересномъ случаѣ, который сообщенъ С. Braun'омъ ²⁾. Здѣсь, очевидно, все дѣло заключалось въ томъ, что былъ сохраненъ *sinus urogenitalis*, который, какъ обыкновенно, былъ настолько узокъ, что по величинѣ своей равнялся мочеиспускательному каналу, и поэтому *immissio penis* оказалась невозможною. Самое влагалище имѣло нормальную ширину, и роды въ лицевомъ положеніи прошли благопріятно, при чемъ были только сдѣланы боковыя надрѣзы.

Слишкомъ узкій входъ во влагалище, съ мало уступчивыми краями, встрѣчается особенно часто у пожилыхъ первородящихъ. Онъ можетъ значительно замедлить изгнаніе младенца, а съ другой сто-

¹⁾ Gaz. méd. 1866.—²⁾ l. c. (наблюденіе I).

роны, при очень бурныхъ потугахъ, повлечь за собою обширные разрывы. И здѣсь также могутъ потребоваться боковые надрѣзы напрягающейся каймы.

Очень рѣдко встрѣчающееся, но весьма серьезное препятствіе для родовъ наблюдалъ Веніске ¹⁾ у одной женщины, страдавшей жестокимъ вагинизмомъ. Нижняя часть влагалища была сужена настолько, что потребовалась краниотомія. Спазмъ, въ довольно значительной степени, остался и послѣ родовъ въ теченіе нѣкотораго времени, а затѣмъ возобновлялся при слѣдующихъ 4-хъ родахъ. Подобные же случаи описаны Révillot и Krustenstern'омъ ²⁾.

Измѣненія въ положеніи матки.

Отклоненіе матки въ одну сторону, чаще всего—въ правую, составляетъ явленіе нормальное, и даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно выражено въ довольно значительной степени, оно обыкновенно не оказываетъ на теченіе родовъ никакого неблагоприятнаго вліянія. Но если отклоненіе достигаетъ очень значительной степени, то оно можетъ ослаблять дѣйствіе маточныхъ сокращеній, такъ какъ направленіе этого послѣдняго не совпадаетъ съ тазовою осью, а образуетъ съ нею уголъ. Если къ тому же еще присоединится значительная вялость маточныхъ стѣнокъ, какъ это часто бываетъ у многородящихъ, то въ такомъ случаѣ младенецъ легко можетъ принять поперечное положеніе.

Наклоненіе матки впередъ (отвислый животъ) имѣетъ своимъ послѣдствіемъ значительное отклоненіе маточнаго зѣва по направленію назадъ и медленное сглаживаніе передней губы; кромѣ того, во всякомъ случаѣ, съ нимъ находится въ связи передне-темянное вставленіе головки.

Нижній сегментъ матки, вмѣстѣ съ подлежащею частью, весьма нерѣдко бываетъ опущенъ у первородящихъ до тазоваго выхода; но такъ какъ это смѣщеніе возможно только при широкомъ тазѣ и, слѣдовательно, маточный зѣвъ при началѣ потужной дѣятельности легко можетъ оттягиваться вверхъ, то оно является только облегченіемъ для родоваго акта, благодаря низкому стоянію подлежащей части.

Значительная гипертрофія маточной шейки можетъ симулировать выпаденіе матки. Затрудненіе для родоваго акта въ этомъ случаѣ обуславливается преимущественно измѣненіями маточнаго зѣва. Послѣдній представляется хронически воспаленнымъ и оплотнѣвшимъ, такъ что раскрытіе его происходитъ очень медленно, и иногда могутъ даже потребоваться надрѣзы.

Примѣч. Guéniot ³⁾ описалъ, подъ именемъ «*allongement oedémateux avec prolapsus du col utérin*», своеобразное набуханіе нижняго сегмента матки, кото-

¹⁾ l. c.—²⁾ Centr. f. Gyn. 1883, p. 44.—³⁾ Arch. génér. Avril 1872, p. 402.

рое основано на сильной гиперемии и характеризуется повторнымъ исчезаніемъ и возобновленіемъ симптомовъ.

Матка во время родовъ можетъ выпасть, либо отчасти, либо даже совершенно, такъ что она вмѣстѣ съ заключеннымъ въ ней младенцемъ выступаетъ изъ половой расщелины. Случаи неполнаго выпаденія, напр. такіе, въ которыхъ головка, при своемъ прорѣзываніи, еще покрыта нижнимъ сегментомъ матки, приведены у H ü t e r ' a ¹⁾ и R u g g e n i n i ²⁾, а случаи полнаго выпаденія—у H ü t e r ' a ³⁾ и F r o g é ⁴⁾.—F o s t e r ⁵⁾ сообщаетъ одинъ случай, въ которомъ при потягиваніи за пуповину, въ послѣдовомъ періодѣ, произошло полное выпаденіе матки.

Опухоли мягкихъ родовыхъ путей.

Миомы. (См. стр. 40.)

Литература: P u c h e l t, De tumoribus in pelvi part. imped. Comment. Heidelberg 1840, pp. 107-и 116.—P i l l o r e, Gaz. des hôp. 1854, No. 137.—L e h m a n n, Nederl. Tydschr. for Genesk. Maart en April 1864 (Schmidt's Jahrb. 1855, B. LXXXV, p. 58).—H a b i t, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 1860, No. 41.—H e e k e r, Kl. d. Geb. II, p. 124, и M. f. G., B. 26, p. 446.—B r e s l a u, M. f. G., B. 25, Suppl., p. 122.—G u é n i o t, Gaz. des hôp. 1864, No. 43.—Т о л о ч и н о в ъ, Wiener med. Presse. 1869, No. 30.—M a g d e l a i n e, Etude s. l. tumeurs fibreuses sous-périt. etc. Thèse. Strasbourg 1869.—L a m b e r t, Des grossesses compl. de myomes utérins. Thèse. Paris 1870. (Собрано 165 случаевъ).—Пренія въ Société chir. de Paris: Gaz. des hôp. 1869, №№ 38—51.—N a u s s, D. i. Halle 1872.—S ü s s e r o t t, D. i. Rostock 1870.—L e f o u r, Des fibromes utérins etc. Paris 1880.—S c h r o e d e r, Zeitschr. f. Gyn. u. Geb., B. 5, p. 391.—D o l é r i s, Arch. de tocol. Janvier 1883, etc.—S t r a t z, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 12, H. 2.—H e g a r u. K a l t e n b a c h, Oper. Gynaecologie 1886, p. 475.—C h a d w i c k, Bost. med. J. 1885. July 30.—A h l f e l d, Ber. u. Arb. II. 1885, p. 127.

Полипы: O l d h a m, Guy's Hosp. Rep. Apr. 1844. Vol. III, p. 105, и Vol. VIII, p. 71; L a m b e r t, l. c.

Значеніе миомъ для родоваго акта весьма различно, смотря по ихъ мѣстоположенію. Подслизистыя и большія интерстиціальныя миомы лишь чрезвычайно рѣдко допускаютъ зачатіе, и если даже оно наступило, то очень часто происходитъ выкидышъ. Во время родовъ эти опухоли часто не представляютъ серьезнаго механическаго препятствія, такъ какъ онѣ оттягиваются кверху вмѣстѣ съ маточною стѣпкою. Въ послѣдовомъ періодѣ онѣ подають поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ, если положеніе ихъ таково, что мѣсто прикрѣпленія плаценты не можетъ сократиться надлежащимъ образомъ.

Если подслизистый фиброидъ сидитъ на тонкой ножкѣ (полипъ), то онъ можетъ бытъ вытѣсненъ книзу, и при поверхностномъ изслѣдованіи можно принять его за подлежащую часть младенца. Въ этихъ случаяхъ часто требуется пособіе искусства, —либо извлеченіе младенца, либо предварительное удаленіе полипа съ помощью ножницъ. (Послѣднее, если только оно возможно, должно быть произведено уже въ интересахъ родильнаго періода). Иногда ножка полипа отрывается самопроизвольно.

Впрочемъ, искусственному удаленію доступны также подслизистыя

¹⁾ M. f. G., B. 16, pp. 197 sequ.—²⁾ Schmidt's Jahrb. 1869, B. 144, p. 181.—³⁾ l. c.—⁴⁾ Gaz. méd. 1. Dec. 1866, p. 753 (M. f. G., B. 31, p. 222).—⁵⁾ Lancet. Febr. 1869.

фиброиды, не имѣющіе ножки, если они сидятъ въ маточной шейкѣ. Напримѣръ, Danysau ¹⁾, Braxton Hicks ²⁾ и Wallace ³⁾ вылушали очень большія опухоли подобнаго свойства и такимъ образомъ достигали того, что становились возможны роды естественнымъ путемъ. Schroeder ⁴⁾ вылушилъ въ концѣ беременности большую міому, величиною болѣе дѣтской головки, сидѣвшую въ тазовой клѣтчаткѣ, послѣ чего наступили нормальные роды. Этотъ способъ заслуживаетъ примѣненія во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ опухоль доступна со стороны влагалища, хотя бы она исходила даже изъ нижняго сегмента матки.

Подсерозныя міомы, пока онѣ еще малы, обыкновенно не вызываютъ никакихъ разстройствъ родоваго акта; если же онѣ очень велики и сидятъ не въ области дна матки, а дальше книзу, то, запружая тазовой входъ, могутъ оказаться весьма серьезнымъ препятствіемъ для родовъ. Если онѣ запружаютъ его несовершенно, то часто размягчаются такъ сильно, что младенецъ, вопреки всякому ожиданію, прогоняется мимо опухоли, или, по крайней мѣрѣ, его удается извлечь, — иногда, правда, только послѣ предварительнаго уменьшенія черепа. (Ручное извлечение за ножки всегда удается легче, чѣмъ извлечение подлежащей головки посредствомъ щипцовъ). Но прежде всего нужно попытаться отодвинуть опухоль въ большой тазъ (впрочемъ, она можетъ сама собою удалиться изъ малаго таза, вслѣдствіе того, что матка, постепенно передвигаясь по яйцу, оттягиваетъ ее кверху). Если продолжать эти попытки терпѣливо и настойчиво, то часто удается достигнуть цѣли, хотя бы опухоль была очень велика и казалась вначалѣ совершенно неподвижною. Если и это не удается, то нужно прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію, которое при такихъ условіяхъ даетъ весьма неблагоприятное предсказаніе ⁵⁾.

Примѣч. Въ настоящее время еще не можетъ быть окончательно рѣшено во прась о томъ, слѣдуетъ ли при міомахъ, требующихъ кесарскаго сѣченія, предпочесть старый способъ, или же операцию Porro [върѣе—сочетаніе операциі Porro съ міотоміей] ⁶⁾. Что послѣдній способъ въ такихъ именно случаяхъ принципиально заслуживаетъ преимущества, — это не можетъ подлежать сомнѣнію, такъ какъ онъ въ одно и то же время оканчиваетъ роды и избавляетъ больную отъ опухоли. Впрочемъ, въ 4-хъ случаяхъ, въ которыхъ эта операція была произведена Storer'омъ, Agnew, Tarnier и Zweifel'емъ, она имѣла для роженицъ смертельный исходъ, тогда какъ Hofmeier и Schroeder сообщили два случая, въ которыхъ они произвели ее съ благопріятнымъ результатомъ. Смертность отъ кесарскаго сѣченія при міомахъ составляла, по Sängery, для роженицъ 83,7% (36 смертныхъ случаевъ изъ числа 43-хъ), а для младенца 55,2% (21 смертный случай изъ числа 38-ми).

Если удалить міому очень трудно, то слѣдуетъ произвести одно только кесарское сѣченіе, коль скоро оно возможно. Если же никакихъ трудностей не оказывается,

¹⁾ См. Magdelaîne, 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⁾ Arch. de tocologie. Nov. и Dec. 1875.—⁶⁾ См. Sängery, Beitr. z. Geb. u. Gyn. Festschrift. Leipzig 1881, p. 47, и Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen. Leipzig 1882.

то вмѣстѣ съ кесарскимъ сѣченіемъ должно быть произведено удаленіе міомы, и въ такомъ случаѣ почти всегда приходится удалить всю матку съ ея придатками, т. е. соединить міомотомію съ операцией Рогго.

Какое значительное вліяніе оказываютъ фиброиды на положеніе младенца и на механизмъ родовъ, —объ этомъ свидѣтельствуютъ статистическія цифры Толочина¹⁾, который на 25 случаевъ съ головными положеніями нашелъ 13 случаевъ съ тазовыми и 10 — съ поперечными. Теченіе родовъ было въ 30 случаяхъ нормально, въ 21 — очень трудно, хотя дѣло обошлось безъ помощи искусства, и въ 39 случаяхъ потребовались операціи.

Очень рѣдко простая гипертрофія передней губы маточнаго зѣва достигаетъ такихъ размѣровъ, что становится механическимъ препятствіемъ для родового акта. Ср. случаи Кеннеди²⁾, Schöller'a³⁾ и Cazeaux-Tarnier⁴⁾. Въ послѣднемъ случаѣ опухоль помѣщалась въ крестцовой впадинѣ, и маточная шейка была повернута такимъ образомъ, что задняя губа стала переднею. Schroeder видѣлъ на 5-мѣ мѣсяцѣ беременности одинъ случай, совершенно аналогичный случаю Schöller'a и въ которомъ передняя губа, имѣвшая почти толщину предлечья, ошибочно принималась за вывороченную матку; къ сожалѣнію, эта больная была потеряна изъ виду. Въ случаѣ Niemeyer'a⁵⁾, опухоль помѣщалась между бедрами и имѣла величину дѣтской головки; младенецъ былъ извлеченъ щипцами, а опухоль удалена въ родильномъ періодѣ посредствомъ лигатуры. Въ случаяхъ Godson'a⁶⁾, Szukits'a⁷⁾ и Scharglau⁸⁾, гипертрофированная передняя губа уменьшилась въ родильномъ періодѣ почти до нормальныхъ размѣровъ.

Ракъ. (См. стр. 41).

Литература: Puchelt, l. c., p. 74.—Menzies, M. f. G., B. 5, p. 207.—Simpson, Sel. Obst. Works. I. 1871, p. 498.—Dieterich, D. i. Breslau 1868.—Cohnstein, Arch. f. Gyn., B. V, p. 366.—Valenta, Arch. f. Gyn., B. X, p. 405.—Ruttledge, D. i. Berlin 1876.—Benicke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. I, p. 337.—Herman, London Obst. Tr. Vol. XX, p. 191.—Wiener, Bresl. ärztl. Zeitschr. II, No. 4.—Frommel, Z. f. Geb. u. Gyn., B. V, p. 158.—Gönnner, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. X, p. 7.—Stratz, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. XII, H. 2.—Felsenreich, Wiener med. Presse 1883.—Bar, Thèse de Paris. 1886.

Раковое перерожденіе встрѣчается почти исключительно въ маточной шейкѣ и влечетъ за собою при наступленіи беременности самыя гибельныя послѣдствія. Уже во время беременности могутъ при этомъ появляться очень обильныя кровотеченія, а во время родовъ подлежащая часть, напирая на маточный зѣвъ, можетъ причинить самыя обширныя разрывы маточной шейки и нижней части матки, такъ какъ шейка сдѣлалась нерастяжимою вслѣдствіе того, что уступчивая ткань ея замѣщена неподатливымъ новообразованіемъ. Въ другихъ случаяхъ давленіе подлежащей части вызываетъ омертвѣніе перерожденной шейки, и смерть наступаетъ только въ родильномъ періодѣ, отъ послѣдствій гангрены. Механически, впрочемъ, роды возможны и въ самыхъ повидимому отчаянныхъ случаяхъ, такъ какъ новообразованная

¹⁾ Wiener med. Presse 1869, No. 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, No. 33.—⁸⁾ Berl. V. z. Geb. u. Gyn., B. II, p. 22.

массы, замѣнившія нормальную ткань шейки, могутъ быть извергнуты раньше изгнанія подлежащей части, или размягчаться и выдѣлиться наружу даже тогда, когда онѣ помѣщаются въ тазовой клѣтчаткѣ.

Въ терапевтическомъ отношеніи наиболѣе цѣлесообразно удаленіе новообразованныхъ массъ, которое, впрочемъ, легче и безопаснѣе можетъ быть произведено во время беременности. Поэтому, если возможно, слѣдуетъ оперировать хотя бы за короткое время передъ ожидаемымъ наступленіемъ родовъ. Если же это время пропущено, то мы должны, насколько возможно, удалить новообразование пальцами или острою ложечкой, а въ крайнемъ случаѣ—рѣзущими инструментами, и такимъ образомъ освободить столько мѣста, чтобы можно было извлечь младенца щипцами или посредствомъ поворота. Если мы будемъ дѣлать это достаточно энергически и удалять новообразованныя массы даже изъ тазовой клѣтчатки, то обыкновенно окажется возможнымъ обойтись безъ кесарскаго сѣченія, которое для матери въ высшей степени неблагоприятно. Но кесарское сѣченіе заслуживаетъ преимущества, если, при живомъ младенцѣ, невозможно освободить столько мѣста, чтобы извлеченіе щипцами или посредствомъ поворота не представляло сяншкомъ большихъ трудностей; операція эта оправдывается здѣсь вполне, такъ какъ жизнь младенца въ подобныхъ случаяхъ имѣетъ большую цѣну, чѣмъ жизнь матери, уже и безъ того обреченной на вѣрную смерть. Полное удаленіе матки посредствомъ лапаротоміи, т. е. сочетаніе операціи Porro съ операціей Freund'a, было произведено во время беременности Spencer Wells'омъ ¹⁾ съ благоприятнымъ исходомъ, а во время родовъ—Bischoff'омъ ²⁾ и Schroeder'омъ ³⁾, съ исходомъ неблагополучнымъ

Примѣч. До какой степени неблагоприятно предсказаніе при осложненіи ракомъ, это видно изъ сопоставленія, сдѣланнаго Cohnstein'омъ: именно, изъ числа 126 матерей, страдавшихъ ракомъ, 72 (т. е. 57,1%) умерли во время родовъ или въ родильномъ періодѣ, а изъ 116 младенцевъ родился живыми только 42 (т. е. 36,2%). Впрочемъ, для матери кесарское сѣченіе при такихъ обстоятельствахъ не даетъ абсолютно неблагоприятнаго предсказанія; объ этомъ свидѣтельствуютъ случаи Oldham'a ⁴⁾ и Greenhalgh'a ⁵⁾, въ которыхъ женщины оправдись отъ послѣдствій самой операціи.

Опухоли влагалища и наружныхъ половыхъ частей. (См. Puchelt, l. c., p. 138).

Новообразованія влагалища и наружныхъ половыхъ частей встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Фиброиды, полипы и раковыя опухоли, если величина ихъ сколько нибудь значительна, должны быть вылуцаемы во время родовъ, коль скоро они не могутъ родиться впереди головки,

¹⁾ Brit. med. J. 1881. Oct. 29.—²⁾ См. Goenner, l. c., p. 14.—³⁾ Centr. f. Gyn. 1886, No. 1.—⁴⁾ Guy's Hosp. Rep. 1851. Vol. XI, p. 426.—⁵⁾ Obst. Tr. IX, p. 241.

какъ въ случаѣ Рогго ¹⁾, въ которомъ фиброидъ былъ вылушенъ послѣ родовъ. Чаше всего встрѣчаются кисты, которыя, впрочемъ, почти всегда бываютъ настолько малы, что не составляютъ никакого препятствія для родового акта. Однако, въ случаѣ Peters'a ²⁾ киста была такъ велика, что только послѣ прокола ея оказалось возможнымъ извлечь младенца.

Кровяная опухоль влагалища и наружныхъ половыхъ частей (*thrombus s. haematoma vaginae et vulvae*) также весьма рѣдко бываетъ препятствіемъ для родового акта, уже потому, что обыкновенно она образуется лишь послѣ изгнанія младенца ³⁾. Но еслибы такое препятствіе оказалось, то необходимо, въ случаѣ возможности, окончить роды прежде, чѣмъ опухоль станетъ очень велика. Вскрывать опухоль позволено только въ крайнемъ случаѣ, такъ какъ послѣ разрыва можетъ появиться опасное кровотеченіе.

Сильный отекъ наружныхъ половыхъ частей, представляющій иногда очень болѣзненное препятствіе для родового акта, можетъ быть въ значительной степени устраненъ посредствомъ скарификацій.

Опухоли соседнихъ органовъ.

Литература:

Грыжи: Puchelt, l. c., p. 225.—Meigs, London med. Gaz. April 1845.—Stoltz, Gaz. méd. de Strasb. 1845, No. 1.—P. A. Meissner, M. f. G., B. XXI, 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, No. 6.—Brennecke, Centralbl. f. Gyn. 1879, No. 2.—Dick, e. l., No. 7.

Опухоли яичниковъ: Puchelt, l. c., p. 157.—Litzmann, Deutsche Klinik 1852, № 38, 40, 42.—Jetter, D. i. Tübingen. 1861.—Playfair, Obst. Tr. IX, p. 69.—Doumairon, Etudes sur les Cystes ovar. etc. Thèse. Strasbourg 1860.—Barnes, Obst. Op. 2-d ed., p. 263.—P. Ruge, Zeitschr. f. Geb. u. Fr., p. 8; Berl. klin. Woch. 1878, No. 16, и пренія объ этомъ предметѣ въ No. 19.—Schroeder, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. V, p. 382.—Ahlfeld, Ber. u. Arb. II. 1885, p. 122.—Lomer, Arch. f. Gyn., B. XIX, p. 301.—Wilson, Tr. of the Amer. gyn. Soc., Vol. V, p. 100.—Fischel, Prager med. Woch. 1881, No. 42, и 1882, No. 6.—Stratz, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. XII, p. 262.—Porak, Gaz. hebdom. 1884, No. 9 и слѣд.—Toporski, D. i. Breslau. 1884.—Olshausen, Krankh. d. Ovarien. Stuttgart 1886, p. 129.

Грыжи могутъ сдѣлаться опасными въ томъ случаѣ, если содержимое ихъ составляютъ кишечныя петли и если послѣднія лежатъ въ маломъ тазу такимъ образомъ, что ущемляются между его стѣнками и проходящею чрезъ него головкою. Это можетъ имѣть мѣсто тогда, когда Дугласово пространство при выпаденіи задней стѣнки влагалища сильно выпячивается книзу, т. е. при простой влагалищной грыжѣ; далѣе, это возможно тогда, когда кишечная петля, позади широкой маточной связки, проникаетъ вмѣстѣ съ брюшиною чрезъ тазовую фасцію и между мышцами

¹⁾ Annales de gynéc. 1876. Vol. V, p. 72.—²⁾ M. f. G., B. XXXIV, p. 141.—³⁾ См. Puchelt, l. c., p. 145; Sinclair and Johnston, Pract. midw., p. 488, No. 4; Barker, Amer. J. of Obst. Vol. III, p. 500; Elliot, e. l. Vol. I, p. 200; Flögl, Wiener med. Presse 1870, No. 25; Kuhn, Wiener med. Jahrb. 1870, H. IV.

тазоваго дна, выпячивая кожу промежности (*hernia perinealis*). Если такая грыжа помѣщается впереди широкой маточной связки, что́ бываетъ сравнительно рѣже, то содержимое ея опускается въ заднюю часть одной изъ большихъ губъ (*hernia labii majoris posterior*).

Само собою разумѣется, что во время родовъ грыжа всегда должна быть вправлена. Если же это неисполнимо, то слѣдуетъ по возможности ускорить роды, чтобы такимъ образомъ предотвратить сильное прижатіе и ущемленіе кишечныхъ петель.

Прямая кишка можетъ быть переполнена каловыми массами до такой степени, что возникаетъ препятствіе для родоваго акта. Ощущеніе, даваемое каловыми массами при ощупываніи, весьма характерно. Вдавленія, произведенныя въ нихъ пальцами чрезъ стѣнку влагалища, долго не исчезаютъ, какъ въ мягкой глинѣ. Прямая кишка при этомъ должна быть опорожнена посредствомъ клистировъ, а въ крайнемъ случаѣ — пальцами.

Задержаніе мочи встрѣчается у роженицъ далеко не рѣдко и можетъ достигнуть очень значительной степени. На теченіе родовъ оно дѣйствуетъ неблагоприятно въ томъ смыслѣ, что оно мѣшаетъ потужной дѣятельности и препятствуетъ вступленію подлежащей части въ тазъ. Уже при наружномъ осмотрѣ замѣчается рядомъ съ маткою другая опухоль, меньшаго объема, нѣсколько обращенная въ противоположную отъ нея сторону. Книзу отъ пупка эта опухоль отдѣлена отъ матки явственною бороздою.

Болѣе значительную опухоль, выпячивающуюся во влагалище и иногда сильно смѣщенную въ одну какую нибудь сторону, переполненный мочевоу пузырь образуетъ только въ такихъ случаяхъ, когда уже раньше существовала *cystocele*. Но и тогда смѣщенная часть пузыря обыкновенно вытягивается изъ малаго таза маточноу шейкою, отодвигающеюся надъ подлежащею частью младенца. Возможно, однако, и то, что головка при своемъ поступательномъ движеніи оттѣснитъ ее внизъ и будетъ крѣпко удерживать ее въ маломъ тазу. Роды при такихъ условіяхъ могутъ затянуться, а съ другой стороны, дѣло можетъ дойти до сильнаго прижатія и даже разрыва соприкасающихся стѣнокъ мочеваго пузыря и влагалища.

Опорожненіе переполненнаго мочеваго пузыря посредствомъ катетера можетъ представлять большія трудности. Отверстіе мочеиспускательнаго канала бываетъ иногда втянуто во влагалище такъ глубоко, что оно недоступно для глаза, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ головка почти совершенно сдавливаетъ уретру. Для катетеризаціи роженицъ слѣдуетъ всегда употреблять мужской катетеръ. Предварительно, посредствомъ ощупыванія, опредѣляютъ положеніе мочеваго пузыря и затѣмъ при введеніи катетера наклоняютъ наружный конецъ его въ противоположную сторону, такъ что внутренній конецъ продвигается по направленію къ пузырю. Если и такимъ образомъ не удастся ввести катетеръ, то слѣдуетъ возобновить

попытку въ колѣно-локтевомъ положеніи. Cystocele всего лучше предотвращается тѣмъ, что при вступленіи головки въ малый тазъ отталкиваютъ переднюю стѣнку влагалища по направленію вверхъ.

Камни мочеваго пузыря ¹⁾ также могутъ составлять серьезное препятствіе для родоваго акта. Если присутствіе камня обнаружено прежде, чѣмъ головка успѣла фиксироваться, то онъ долженъ быть отодвинуть въ большой тазъ, и тогда онъ будетъ совершенно безвреденъ. Но если камень мочеваго пузыря плотно ущемленъ между головкою и лоннымъ сочлененіемъ, представляя серьезное препятствіе для родоваго акта, и если его невозможно отодвинуть въ сторону, по направленію къ foram. obturator., какъ это совѣтуетъ Гугенбергеръ ²⁾, то нужно сдѣлать разрѣзъ влагалища соотвѣтственно мѣстоположенію камня и по извлеченіи послѣдняго немедленно зашить рану.

Примѣч. Ущемленные камни мочеваго пузыря иногда принимались за экзостозы тазовыхъ костей, и, благодаря этой ошибкѣ, врачи прибѣгали къ гораздо болѣе серьезнымъ операціямъ, въ ущербъ матери и младенцу. Въ одномъ случаѣ, о которомъ сообщаетъ С о h n ³⁾, было уже рѣшено, по единогласному мнѣнію трехъ врачей, произвести касарское сѣченіе, но женщина эта самопроизвольно родила живаго младенца, а затѣмъ вышла и камень.

Опухоли яичниковъ (см. стр. 43), лежащія въ маломъ тазу, обыкновенно — позади влагалища, могутъ представлять значительное препятствіе для родоваго акта. При этомъ нужно сдѣлать попытку отодвинуть опухоль поверхъ тазоваго входа, надавливая на нее всею рукою или половиною ручной кисти; въ крайнемъ случаѣ эта попытка можетъ быть сдѣлана въ колѣно-локтевомъ положеніи. Если опухоль ущемлена въ тазу или фиксирована сращеніями, или же, если предлежащая часть младенца уже очень плотно установилась, то попытка вправленія можетъ оказаться неудачною. Въ такомъ случаѣ можетъ потребоваться



Рис. 114. Опухоль яичника, составлявшая препятствіе для родовъ. (По Мергшан'у).

¹⁾ См. Puchelt, l. c., p. 193.—²⁾ Petersb. med. Z. 1875. В. V. Н. 3.—³⁾ Berl. kl. W. 1866, No. 41.

проколъ опухоли чрезъ заднюю стѣнку влагалища. Если опухоль сплошная, то поступать съ нею слѣдуетъ такъ же, какъ съ подбрюшинными фиброидами, или можно сдѣлать оваріотомію во время родовъ ¹⁾. Необходимо, впрочемъ, замѣтить, что маленькая киста, ущемленная въ тазу, очень часто можетъ симулировать сплошную опухоль.

При неврвпавимыхъ кистомахъ точно также наиболѣе рациональнымъ средствомъ иногда оказывается оваріотомія.

Lahs ²⁾, въ одномъ случаѣ кисто-саркомы, крѣпко приросшей въ маломъ тазу, произвелъ кесарское сѣченіе, съ неблагопріятнымъ исходомъ.

Примѣч. Berry ³⁾, Luschka ⁴⁾ и Haerling ⁵⁾ сообщили 3 случая, въ которыхъ опухоль яичника, по окончаніи или во время родовъ, выпадала наружу чрезъ разрывъ влагалищнаго свода. Въ послѣднемъ изъ этихъ случаевъ опухоль оторвалась и была извергнута до рожденія младенца; женщина выздоровѣла, какъ и въ случаѣ Berry. Dupp ⁶⁾ извѣстъ акушерскими щипцами опухоль яичника, которая впереди младенца выступила въ влагалище чрезъ прободяющій разрывъ послѣдняго и оторвалась отъ своей ножки. Младенецъ, чрезъ тотъ же разрывъ, попалъ въ брюшную полость и былъ удаленъ изъ нея посредствомъ поворота и извлечения, а затѣмъ послѣдовало полное выздоровленіе.

Прежняя статистика учила, что опухоли яичниковъ составляютъ одно изъ самыхъ неблагопріятныхъ осложненій родового акта. По Litzman'n'y, въ 24-хъ случаяхъ изъ 56-ти родовъ окончились для матери смертельнымъ исходомъ, и только 7 младенцевъ изъ числа 42-хъ были рождены живыми. Однако, нужно думать, что со временемъ будутъ здѣсь получаться болѣе удовлетворительные результаты. Въ пользу этого говорить, по крайней мѣрѣ, статистика Plauffaiga: въ 5 случаяхъ, въ которыхъ удалось отодвинуть опухоль вверхъ, и въ 9-ти случаяхъ, въ которыхъ были сдѣланы проколы, ни одна изъ этихъ женщинъ не умерла, а изъ 13-ти младенцевъ, судьба которыхъ извѣстна, 9 родились живыми. Такъ какъ изъ 13-ти матерей, у которыхъ роды были предоставлены самимъ себѣ, умерли 6, то это доказываетъ, что выжидательная терапія должна быть отвергнута.

Изъ тазовой клѣтчатки и изъ надкостницы тазовыхъ костей также могутъ исходить опухоли (карциномы, саркомы, фиброиды), которыя, будучи почти всегда неврвпавимыми, требуютъ экстирпации или кесарскаго сѣченія, если онѣ не размягчаются во время родовъ, какъ это было въ случаѣ d'Outrepoint'a ⁷⁾. При эхиноккокахъ малаго таза ⁸⁾ лучше всего сдѣлать проколъ, или же лапаротомію съ вылуценіемъ мѣшка, какъ это было сдѣлано Schroeder'омъ у одной женщины въ 3-мъ мѣсяцѣ беременности.

Примѣч. Кромѣ случаевъ, собранныхъ Richelt'омъ ⁹⁾ (если при этомъ оставить въ сторонѣ костныя опухоли, о которыхъ мы будемъ говорить въ ученіи объ узкомъ тазѣ), сюда относятся еще слѣдующіе: Большіе фиброиды, исходившіе

¹⁾ Godefroy (Gaz. obst. de Paris. 20. Oct. 1875, p. 310), при большой дермоидной кистѣ яичника, произвелъ кесарское сѣченіе и оваріотомію, съ благополучнымъ исходомъ.—²⁾ Deutsch. med. Woch. 1878, No. 5.—³⁾ London obst. Tr. VIII, p. 261.—⁴⁾ M. f. G., B. 27, p. 267.—⁵⁾ Lomer, l. c., p. 315.—⁶⁾ Virginia med. monthly. December 1874, p. 39.—⁷⁾ Neue Zeitschr. f. Geb., B. IX, p. 1.—⁸⁾ Wiener, Arch. f. Gyn., B. XI, p. 572.—⁹⁾ l. c., pp. 48 и 205; см. также: Sä nger, Beitr. etc. Festschrift. Leipzig. 1881. p. 101.

изъ тазовыхъ костей, описаны Kiwisch'емъ¹⁾, Dohrn'омъ²⁾ и Rutenberg'омъ³⁾, а карциномы и саркомы, точно также исходившія изъ тазовыхъ костей, были наблюдаемы Mauger'омъ⁴⁾, Elkington'омъ⁵⁾, Martin'омъ⁶⁾, Berry⁷⁾ и Swaagman'омъ⁸⁾. Сюда же, по всей вѣроятности, принадлежитъ случай, сообщенный Shekelton'омъ⁹⁾. Въ случаѣ Kürsteiner'a¹⁰⁾, препятствіемъ для родового акта была коллоидная саркома прямой кишки. Löhlein¹¹⁾ видѣлъ одинъ случай, въ которомъ суженіе таза было обусловлено опухолью, исходившею, вѣроятно, изъ копчиковой железы; совершенно такая же опухоль оказалась и у младенца. Въ случаѣ Barnes'a¹²⁾, препятствіемъ для родовъ была haematocele retrouterina; въ случаѣ Sadler'a¹³⁾, гидатидная опухоль, исходившая изъ печени, потребовала кесарскаго сѣченія; Gribbaum¹⁴⁾ и Rogak¹⁵⁾ тоже наблюдали серьезные препятствія для родового акта, возникавшія вследствие эхинококка; Rube¹⁶⁾ сообщаетъ одинъ случай, въ которомъ подбрюшинный абсцессъ, величинею съ дѣтскую головку, помѣщавшійся въ лѣвой подвздошной области, разорвался во время родовъ и излилъ свое содержимое въ брюшную полость. Единственнымъ въ своемъ родѣ представляется случай, сообщенный Гугенбергеромъ¹⁷⁾: массы экссудата, толщиною въ 1^{1/2}, инкапсулированныя въ Дугласовомъ пространствѣ и имѣвшія хрящевую консистенцію, произвели такое суженіе таза, что потребовалась кефалотрипсія. Другой случай, сообщенный этимъ же авторомъ¹⁸⁾ (lithoraedion, оставшійся отъ прежней внематочной беременности, сужилъ тазъ до такой степени, что пришлось сдѣлать кесарское сѣченіе), точно также принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ, но все-таки еще находитъ себѣ аналогію въ случаяхъ, описанныхъ Daumont'омъ¹⁹⁾ и Соок'омъ²⁰⁾. Въ первомъ изъ нихъ опухоль, помѣщавшаяся въ Дугласовомъ пространствѣ, могла быть отодвинута вверхъ, а во второмъ случаѣ, помимо обыкновенной (внутриматочной) беременности, развилась еще и внематочная, при чемъ плодъ, помѣщавшійся внѣ матки, составлялъ серьезное препятствіе для родового акта (см. стр. 63, примѣчаніе).

Аномаліи костнаго таза.

Исследование таза.

Литература: W. Smellie, Coll. of cases. Lond. 1754, p. 367.—G. W. Stein sen., Kleine Werke z. prakt. Geb. Marburg 1798, pp. 133 и 157.—J. L. Baudelocque, L'art des accouch. 8. éd. 1844. T. I, p. 73.—Michaëlis, Das euge Becken. Leipzig 1865, p. 81.—Credé, 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 Samml. klin. Vorträge, No. 11.—Litzmann, Volkmann's Samml. klin. Vorträge, No. 20, и Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884.—Pinard, Les vices de conform. etc. Thèse de Paris. 1874.—Balandin, Klin. Vorträge etc. H. 1. Petersburg 1883.

Вопросъ о томъ, насколько узокъ или насколько широкъ данный тазъ, принадлежитъ къ числу самыхъ трудныхъ задачъ акушерскаго изслѣдованія, для рѣшенія которыхъ мы должны пользоваться всеми

¹⁾ Geburtskunde. II. Abth, p. 192.—²⁾ M. f. G., B. 29, p. 11.—³⁾ Journal de Méd. de Bruxelles. 26. Avril 1863 (2 случая).—⁴⁾ Archives gén. Mai 1848, p. 107.—⁵⁾ Brit. Recorder I. 11 1848 (см. Schmidt's Jahrb., B. LXIII, p. 197).—⁶⁾ См. Stumpf, III. med. Z. III. (Schmidt's Jahrb., R. LXXXVII, No. 8).—⁷⁾ Obst. Tr. VII, p. 261.—⁸⁾ Schmidt's Jahrb., B. CXX, p. 310.—⁹⁾ Sinclair and Johnston, Pract. midw., p. 434 (см. M. f. G., B. 2, p. 309).—¹⁰⁾ Beitrag zur Casuistik der Beckengeschwülste. D. i. Zürich 1863.—¹¹⁾ Berl. B. z. Geb. u. Gyn., B. III, p. 5.—¹²⁾ Obst. Op. 2-d ed., p. 267.—¹³⁾ Med. Times. 1864.—¹⁴⁾ M. f. G., B. 24, p. 428.—¹⁵⁾ Gaz. hebdom. 1884, p. 137.—¹⁶⁾ Ueber Geschwülste der Beckenweichteile etc. D. i. Bonn 1870.—¹⁷⁾ Bericht aus dem Hebammeninstitut etc., p. 97.—¹⁸⁾ e. l., p. 122.—¹⁹⁾ Obst. Tr. VI, p. 3.—²⁰⁾ Lancet 1863. June 11.

вспомогательными средствами, какія имѣются въ нашемъ распоряженіи. Поэтому, хотя тщательное объективное изслѣдованіе и представляетъ здѣсь единственное средство, дающее сколько нибудь вѣрные результаты, мы все-таки должны еще принимать во вниманіе всѣ другія данныя, въ особенности — анамнестическія, которыя заставляютъ подозрѣвать суженіе таза.

При помощи анамнеза мы должны постараться прежде всего узнать, существуютъ ли у данной женщины или, быть можетъ, у нея существовали раньше такія болѣзни, относительно которыхъ изъ опыта извѣстно, что онѣ влекутъ за собою измѣненія въ формѣ таза. Помимо очень рѣдкихъ случаевъ инаго происхожденія, сюда относятся англійская болѣзнь (рахитъ) и размягченіе костей (остеомалация). Такъ какъ не только эти болѣзни, но повидимому и другія неправильныя формы таза, а равно и красивые широкіе тазы, передаются наследственно, то при анамнезѣ мы должны еще выяснитъ, какимъ образомъ протекали роды у единокровныхъ родственницъ данной женщины. Если мы имѣемъ дѣло съ многородящей, то чрезвычайно важно получить точныя свѣдѣнія о предшествовавшихъ родахъ. Однако, слѣдуетъ имѣть въ виду, что и при значительномъ суженіи таза первоначальные роды обыкновенно протекаютъ лучше, и намъ часто приходится слышать отъ женщинъ, представляющихъ не малое суженіе таза, что онѣ до тѣхъ поръ рожали благополучно. Если же анамнезъ даетъ въ этомъ отношеніи положительный результатъ, г. е., если при предшествовавшихъ родахъ требовалась помощь искусства, которая уже сама по себѣ даетъ право заключить о механическомъ препятствіи для родового акта (слѣдовательно, въ особенности, если приходилось прибѣгать къ краниотоміи), или же, если дѣти рождались съ искаженною формою черепа или съ замѣтными вдавленіями на кожѣ головы, то мы рѣдко ошибемся, распознавъ суженіе костнаго таза.

При объективномъ изслѣдованіи прежде всего нужно обращать вниманіе на тѣлосложеніе и ростъ.

У женщинъ очень низкаго роста мы можемъ съ большимъ вѣроятіемъ предполагать суженіе таза; но и средній или даже болѣе чѣмъ средній ростъ не составляетъ вѣрной гарантіи противъ такого суженія, хотя вообще при хорошемъ ростѣ слѣдуетъ ожидать, что тазъ окажется нормальнымъ. У женщинъ хорошо сложенныхъ, съ широкими лонными костями, широкимъ крестцомъ и совершенно прямыми нижними конечностями, аномаліи таза могутъ встрѣчаться развѣ только въ видѣ исключенія, тогда какъ, наоборотъ, очень узкія лонныя кости, а еще болѣе — искривленія нижнихъ конечностей, должны на этотъ счетъ возбуждать подозрѣніе (кривыя ноги — въ особенности потому, что онѣ чаще всего бываютъ послѣдствіемъ предшествовавшаго рахита). Необыкновенно сильная кривизна ключицъ, а равно и такъ наз. рахитическія

четки и искривленія верхнихъ конечностей тоже не должны быть упускаемы изъ виду, потому что они указываютъ на англійскую болѣзнь. Такъ какъ сколіозъ позвоночнаго столба тоже часто бываетъ рахитическаго происхожденія, то и онъ можетъ дать намъ указаніе въ этомъ направленіи. Необходимо еще имѣть въ виду, что при узкомъ тазѣ отвислый животъ встрѣчается чаще, чѣмъ при другихъ обстоятельствахъ, и въ довольно значительной степени даже у первородящихъ, такъ что сильное отвисаніе живота при первой беремености всегда очень подозрительно.

Всѣми этими обстоятельствами не слѣдуетъ пренебрегать при оцѣнкѣ таза. Но исключительно на нихъ основывать эту оцѣнку мы должны лишь съ большою осторожностью, такъ какъ они могутъ указывать развѣ только на то, что суженіе таза въ данномъ случаѣ чрезвычайно вѣроятно или невѣроятно, а заключать изъ нихъ, хотя бы приблизительно, о самой степени суженія мы не имѣемъ никакого права.

Точныя свѣдѣнія относительно таза, поскольку они могутъ быть получены на живой женщинѣ, даетъ только изслѣдованіе его самого.

Изслѣдованіе это бываетъ ручное и инструментальное, наружное и внутреннее.

Для опредѣленія отдѣльныхъ размѣровъ таза путемъ наружнаго изслѣдованія употребляется такъ наз. циркуль или тазомѣръ *Baudelocque'a* (см. рис. 115). Женщина при этомъ, какъ и при обыкновенномъ изслѣдованіи беременныхъ, лежитъ въ кровати, на спинѣ, на боку или на животѣ, смотря по тому, между какими точками измѣряется разстояніе. Приложивъ пуговицы обѣихъ ножекъ циркуля къ двумъ точкамъ, разстояніе между которыми мы желаемъ опредѣлить, мы должны тотчасъ же отыскать соответствующую цифру на скалѣ инструмента, не снимая его съ мѣста.

Авторы приводятъ большее число наружныхъ размѣровъ таза, которые отчасти совершенно излишни, а отчасти имѣютъ значеніе только для нѣкоторыхъ очень рѣдкихъ аномалій. Но здѣсь мы ограничимся разсмотрѣніемъ важнѣйшихъ изъ этихъ размѣровъ.

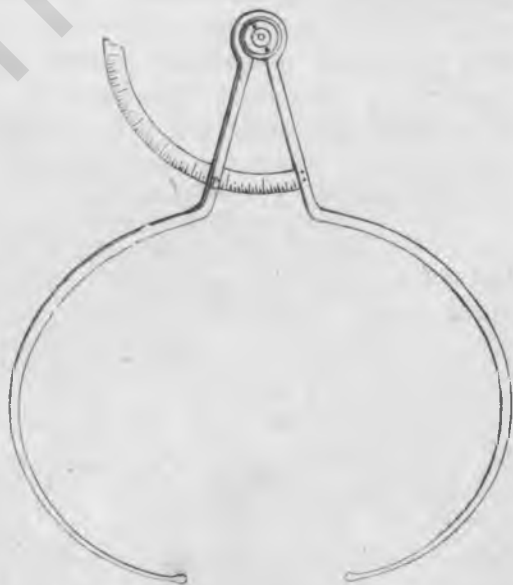


Рис. 115. Циркуль (тазомѣръ) *Baudelocque'a*.

На большомъ тазѣ важное значеніе имѣютъ слѣдующіе размѣры:

1) разстояніе между обѣими *spinae ant. sup. oss. ilei* (Sp. I.) и 2) разстояніе между обѣими *cristae oss. ilei* (Cr. I.).

Для того чтобы получать точные размѣры, которые могли бы быть сравниваемы между собою, очень важно производить измѣреніе всегда однимъ и тѣмъ же способомъ. Поэтому при измѣреніи Sp. I. и Cr. I. слѣдуетъ всегда приставлять ножки циркуля къ наружнымъ частямъ подвздошныхъ костей, такъ какъ внутреннія губы у тучныхъ субъектовъ плохо доступны.

Sp. I. равняется, среднимъ числомъ, 26-ти, а Cr. I.—29-ти сантиметрамъ.

Впрочемъ, эти размѣры важны не столько своею абсолютною величиною, сколько своимъ взаимнымъ отношеніемъ ¹⁾. Именно, рахитическій тазъ отличается тѣмъ, что размѣръ Sp. I. увеличенъ на счетъ Cr. I., такъ что или разность между ними уменьшена, или они равны между собою, или, наконецъ, первый изъ этихъ размѣровъ оказывается больше втораго. Въ послѣднемъ случаѣ мы уже не можемъ измѣрять разстояніе между Cr. I. по вышеуказанному способу, такъ какъ, начиная отъ переднихъ верхнихъ остей, оно постоянно уменьшается. При такихъ условіяхъ мы или довольствуемся тѣмъ общимъ результатомъ, что разстояніе между Sp. I. превышаетъ разстояніе между гребешками, или же мы измѣряемъ разстояніе между Cr. I., отступя приблизительно на 7 сантиметровъ отъ переднихъ верхнихъ остей.

Наибольшее разстояніе между большими вертелами (Tr.) имѣетъ мало значенія. Подозрительнымъ должно считаться только необыкновенно короткое разстояніе между ними, такъ какъ при этомъ должны быть уменьшены поперечные размѣры малаго таза; но заключать о длинѣ этихъ послѣднихъ размѣровъ по незначительнымъ уклоненіямъ въ величинѣ разстоянія между большими вертелами мы не имѣемъ никакого права. Разстояніе это измѣрить легко, и оно равняется, въ среднемъ выводѣ, $31\frac{1}{2}$ сантиметра.

Самый важный изъ всѣхъ размѣровъ таза—прямой размѣръ входа (истинная конъюгата, *conjugata vera*), такъ какъ узкіе тазы въ значительномъ большинствѣ случаевъ бываютъ укорочены исключительно или, по крайней мѣрѣ, преимущественно въ этомъ направленіи. Для оцѣнки этого размѣра немаловажное значеніе имѣетъ такъ наз. діаметръ Baudelocque'a (D. B.) или наружная конъюгата (*conjugata externa*).

Наружная конъюгата измѣряется тазомѣромъ, при чемъ женщина лежитъ на боку. За заднюю точку этого размѣра принимается ямка, находящаяся подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поленичнаго позвонка. Обыкновенно она бываетъ

¹⁾ Объ отношеніи ихъ къ поперечному размѣру тазоваго входа см. R. Scheffer, M. f. G., В. 31, p. 299.

ясно обозначена и легко можетъ быть найдена, а иногда видна даже глазомъ. По обѣ стороны крестца видны двѣ ямки, въ которыхъ кожа плотнѣе прикрѣплена къ подлежащимъ костямъ, т. е. къ *spinae post. sup. oss. ilei*. Если эти двѣ ямки соединить прямою линіею, то искомаля точка, при нормальномъ тазѣ, находится приблизительно на $3 - \frac{1}{4}$ сантиметра кверху отъ ея середины, такъ что линіи, проведенныя отъ заднихъ верхнихъ остей къ упомянутой ямкѣ, находящейся подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка, образуютъ четверугольникъ съ внутренними краями ягодичныхъ мышцъ, слившимися между собою внизу. При совершенно нормальномъ тазѣ этотъ четверугольникъ имѣетъ, по *Michaelis's*у, приблизительно ромбoidalную форму (см. рис. 116, красивый ромбъ Капитолійской Венеры). Въ неправильныхъ тазахъ, именно — въ рахитическихъ, остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка лежитъ ниже, такъ что верхній уголъ четверугольника оказывается болѣе тупымъ, а иногда вышеупомянутая ямка, находящаяся подъ этимъ отросткомъ, совпадаетъ съ линіею, соединяющею обѣ заднія верхнія ости, или даже лежитъ ниже ея. Такимъ образомъ вмѣсто ромба получается треугольникъ.

За переднюю точку наружной конъюгаты принимается то мѣсто лоннаго сочлененія, которое всего дальше отстоитъ отъ задней точки. Эта передняя точка всегда лежитъ на верхнемъ краѣ лоннаго сочлененія.

Для того чтобы полученный размѣръ отличался наибольшою точностью, мы отыскиваемъ прежде всего заднюю точку, которую почти всегда удастся ощупать безъ особеннаго затрудненія, такъ какъ остистые отростки поясничныхъ позвонковъ гораздо болѣе длинны и прощупываются явственнѣе, чѣмъ соответствующіе отростки крестцовой кости, и такъ какъ упомянутая ямка въ большинствѣ случаевъ ясно выражена. Приложивъ къ этой ямкѣ одну пуговку тазомѣра и неподвижно удерживая эту послѣднюю одною рукою, мы беремъ вторую пуговку между пальцами другой руки и приставляемъ ее къ вышеозначенному мѣсту лоннаго сочлененія, а затѣмъ, не снимая тазомѣра и слегка надавливая на него, отмѣчаемъ найденное разстояніе.

Въ рѣдкихъ случаяхъ эта ямка бываетъ неясно выражена, такъ что для отысканія послѣдняго поясничнаго позвонка намъ приходится отсчитывать остистые отростки сверху внизъ.



Рис. 116. Капитолійская Венера.

Въ нормальныхъ тазахъ діаметръ Baudelocque'a или наружная конъюгата (D. V. или *conjugata externa*) равняется, среднимъ числомъ, $20\frac{1}{4}$ сант.

Многіе полагають, что, вычитая изъ діаметра Baudelocque'a приблизительно 9 сантиметровъ, можно получить довольно точную величину истинной конъюгаты. Но это предположеніе невѣрно: вычислить величину истинной конъюгаты на основаніи діаметра Baudelocque'a мы никогда не можемъ, хотя бы даже приблизительно. Боделоковскій діаметръ не лишень нѣкотораго значенія въ томъ смыслѣ, что даетъ возможность вообще констатировать укороченіе истинной конъюгаты, но для опредѣленія самой степени этого послѣдняго онъ не имѣетъ почти никакого значенія. Въ этомъ смыслѣ можно сказать, что наружная конъюгата, величина которой менѣе 18-ти или даже 19-ти сантиметровъ, всегда подозрительна и должна наводить на мысль о суженіи таза, тогда какъ въ случаяхъ, въ которыхъ она равна 21 сантиметру или даже превосходитъ эту цифру, лишь весьма рѣдко можетъ быть найдено укороченіе истинной конъюгаты, да и то очень незначительное.

Измѣреніе діагональной конъюгаты (C. d.) даетъ возможность гораздо вѣрнѣе заключить о величинѣ *conjugatae verae*.

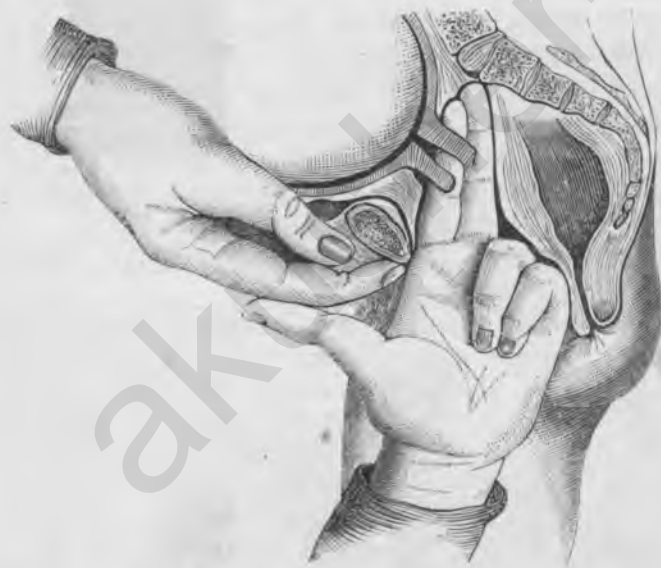


Рис 117. Измѣреніе діагональной конъюгаты.

серединѣ мыса. Лишь при очень значительной асимметріи таза наиболѣе выдающаяся точка мыса лежитъ сбоку отъ его середины. При неправильномъ тазѣ можетъ случиться, что линия, идущая къ мѣсту соединенія перваго крестцоваго позвонка со вторымъ, окажется болѣе короткою; въ такомъ случаѣ мы измѣряемъ и эту линію, потому что въ

Діагональною конъюгатою называется линія, соединяющая нижній край лоннаго сочлененія съ ближайшею къ нему точкою мыса крестцовой кости (*promontorium*). Передній конецъ этой линіи соответствуетъ острому краю *lig. arcuati*, а задній, въ большинствѣ случаевъ, —

практическомъ отношеніи важно опредѣлить только самый короткій прямой размѣръ таза (« акушерская конъюгата »).

Діагональная конъюгата измѣряется слѣдующимъ образомъ (см. рис. 117): Вводятъ во влагалище указательный и средній пальцы лѣвой руки, сложенные вмѣстѣ, а остальными пальцами, пригнутыми къ ладони, постепенно, но съ большою силою отдавливаютъ промежность по направленію вверхъ. Сильно наклонивъ предплечіе книзу, чтобы не зайти слишкомъ далеко назадъ въ крестцовую впадину, стараются ощупать *promontorium* и, крѣпко приложивъ къ нему локтевую сторону верхушки лѣваго средняго пальца, плотно вдавливаютъ лучевую сторону той же руки въ лонную дугу. Затѣмъ, поставивъ правое предплечіе въ положеніи наибольшей пронаціи, такъ чтобы локоть былъ обращенъ прямо вверхъ, тщательно ощупываютъ ладонною стороною верхушки праваго указательнаго пальца то мѣсто, гдѣ *lig. arcuatum* пересѣкаетъ лѣвый указательный палецъ или его пястную кость. Сдѣлавъ на этомъ мѣстѣ ясную мѣтку при помощи ногтя праваго указательнаго пальца, вынимаютъ лѣвое предплечіе и лѣвую руку какъ-разъ въ томъ положеніи, какое они имѣли во время производившагося измѣренія, и немедленно посредствомъ тазомѣра опредѣляютъ разстояніе отъ локтеваго края верхушки средняго пальца до сдѣланной мѣтки.

Примѣч. Такъ какъ правый указательный палецъ, приставленный къ лѣвому при производствѣ измѣренія, образуетъ съ нимъ очень острый уголъ, то сдѣлать достаточно ясную мѣтку часто бываетъ почти невозможно вслѣдствіе сдвиганія кожи на лѣвомъ пальцѣ. На этомъ-то основаніи пронація правой руки, если она дѣлается съ осторожностью, часто облегчаетъ измѣреніе діагональной конъюгаты, и самый результатъ его, при нѣкоторомъ навыкѣ, становится болѣе точнымъ. Skutsch ¹⁾ въ последнее время тоже высказался въ пользу этого видоизмѣненнаго способа.

При нормальномъ тазѣ, если условія не слишкомъ неблагоприятны, удастся достигнуть крестцоваго мыса и, слѣдовательно, измѣрить діагональную конъюгату. У многородящихъ, съ широкимъ входомъ во влагалище и уступчивою промежностью, это измѣреніе удастся легче; болѣе труднымъ оно оказывается у первородящихъ, съ короткимъ узкимъ влагалищемъ и высокою неуступчивою промежностью, а также при очень сильной чувствительности рукава или при стриктурахъ его; наконецъ, оно можетъ оказаться совершенно невозможнымъ вслѣдствіе низкаго стоянія подлежащей части или вслѣдствіе опухолей во входѣ влагалища.

Чтобы облегчить себѣ измѣреніе діагональной конъюгаты, необходимо еще имѣть въ виду слѣдующія правила:

Женщина, у которой производится измѣреніе, должна находиться въ удобномъ для этого положеніи. Наболѣе цѣлесообразно хорошо устроенное акушерское кресло, при чемъ локоть лѣвой руки долженъ упираться въ колѣно, для того чтобы рука не уставала. Если измѣреніе

¹⁾ Die Beckenmessung, Hab.-Schr. Jena 1886.

производится въ лежачемъ положеніи, на софѣ или на кровати, то слѣдуетъ приподнять крестецъ, подложивъ подъ него подушку, для того чтобы можно было наклонить предплечіе внизъ.

Введя лѣвую руку во влагалище, слѣдуетъ правою рукою раздвинуть дѣтородныя губы, для того чтобы онѣ сами или покрывающіе ихъ волосы не заворачивались внутрь и не причиняли боли. Промежность должна быть отодвинута вверх не сразу, а всегда очень постепенно, но при этомъ энергически. Мочевой пузырь и въ особенности прямая кишка должны быть опорожнены, прежде чѣмъ приступить къ измѣренію.

Надлежащая точность получаемыхъ результатовъ можетъ быть достигнута только упражненіемъ. Между тѣмъ какъ вначалѣ часто получаются при провѣрочныхъ измѣреніяхъ весьма неодинаковыя цифры, — впоследствии, когда пріобрѣтенъ большой навыкъ, результаты отдѣльныхъ измѣреній часто совпадаютъ между собою совершенно, или по крайней мѣрѣ, отличаются другъ отъ друга всего на $\frac{1}{4}$ сант., самое большое — на $\frac{1}{2}$ сантиметра.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ, если приняты надлежащія предосторожности, удается достигнуть крестцовога мѣса, или, по крайней мѣрѣ, мы убѣждаемся въ томъ, что діагональная конъюгата имѣетъ, въ minimum'ѣ, такую длину, при которой суженіе таза немислимо. При благоприятныхъ условіяхъ удается измѣрить діагональную конъюгату, имѣющую до 13-ти сантиметровъ въ длину, или немногимъ болѣе.

Вычетъ, который долженъ быть сдѣланъ изъ діагональной конъюгаты для того, чтобы получить собственно интересующую насъ истинную конъюгату, хотя и колеблется нѣсколько, но все-таки незначительно. Онъ составляетъ, среднимъ числомъ, около $1\frac{3}{4}$ сант. Чѣмъ острѣе уголь, образуемый діагональною конъюгатою съ лоннымъ сочлененіемъ, и чѣмъ больше высота этого послѣдняго, тѣмъ болѣе вычетъ долженъ быть сдѣланъ.

Ручнаго измѣренія діагональной конъюгаты, въ связи съ ошупываніемъ полости таза, вполне достаточно для опредѣленія терапевтическихъ показаній у кровати роженицы.

Уже съ давнихъ поръ до самаго послѣдняго времени изобрѣтались особые инструменты для непосредственнаго измѣренія истинной конъюгаты¹⁾. Изъ старыхъ инструментовъ сюда относятся тазомѣры Van-Nuevel'я и др., а изъ инструментовъ новѣйшаго времени — тазомѣры Crouzat, Küstner'a и проч.

Но все эти методы непосредственнаго измѣренія лишь чрезвычайно

¹⁾ См. Küstner, Arch. f. Gyn., B. XVII, p. 54; Freund, Frey, D. i. Strassburg. 1880; Crouzat, De la mensuration etc. Paris 1881; Kabierske, Centr. f. Gyn. 1883, No. 28; Kurz, e. l., No. 32; Skutsch, Die Beckenmessung. . . . Hab.-Schrift, Jena 1886 (съ подробнымъ историческимъ обзоромъ методовъ измѣренія таза).

редко употребляются даже въ родильныхъ домахъ, а въ частной практикѣ они едва ли могутъ получить какое нибудь значеніе, такъ какъ, будучи слишкомъ хлопотливы и неудобопримѣнны, они не даютъ точнаго и надежнаго результата.

При очень значительныхъ суженіяхъ таза иногда оказывается возможнымъ непосредственно измѣрить истинную конъюгату двумя пальцами, введенными во влагалище.

Величину истинной конъюгаты мы еще можемъ измѣрить на живой женщинѣ, по крайней мѣрѣ—приблизительно; но о поперечномъ размѣрѣ тазоваго входа, къ сожалѣнію, нельзя этого сказать: мы не имѣемъ ни одного метода, который давалъ бы возможность сколько нибудь точно опредѣлять его величину. (Это едва ли можетъ казаться удивительнымъ, если принять въ соображеніе, что даже на трутѣ, во вскрытой и опорожненной брюшной полости, опредѣлить поперечный размѣръ тазоваго входа не совсѣмъ просто). Поэтому мы вынуждены ограничиваться приблизительною оцѣнкою названнаго размѣра, точное опредѣленіе котораго невозможно. Сдѣлать такую оцѣнку на основаніи размѣровъ Sp. и Cr. II., а равно и на основаніи Tr., бываетъ возможно, даже и то въ очень малой степени, только тогда, когда они чрезмѣрно длинны или чрезмѣрно коротки (см. стр. 142), потому что длина ихъ зависитъ не столько отъ ширины малаго таза, сколько отъ развитія и положенія подвздошныхъ костей, отъ развитія и направленія шеекъ бедренныхъ костей и т. д. Наибольшее значеніе, по крайней мѣрѣ—для человѣка опытнаго, имѣетъ ошупываніе боковыхъ стѣнокъ малаго таза двумя пальцами или, еще лучше, половиною ручной кисти; при помощи этого способа мы стараемся составить себѣ по возможности точное понятіе о величинѣ малаго таза въ поперечномъ направленіи.

Примѣч. Küstner ¹⁾ предлагаетъ измѣрять разстояніе между обѣими spinæ schii посредствомъ изобрѣтеннаго имъ тазомѣра и, прибавляя къ полученной величинѣ 3,3 сантиметра, опредѣлять такимъ образомъ поперечный размѣръ тазоваго входа. Kehler ²⁾ вычисляетъ длину поперечнаго размѣра по величинѣ такъ наз. diameter transversa anterior (разстояніе между обоими tubercula ilio-pect.); разность этихъ двухъ размѣровъ, въ среднемъ выводѣ, составляетъ 13 миллиметровъ. Loehlein ³⁾ предлагаетъ еще другой наружный размѣръ для вычисленія поперечнаго размѣра тазоваго входа.

Незначительныя асимметріи таза едва ли доступны на живой женщинѣ сколько нибудь вѣрному распознаванію. Пользоваться для этой цѣли наружными косыми размѣрами (разстояніе между spin. ant. sup. одной стороны и spin. post. sup. другой) мы должны развѣ только съ большою осторожностью ⁴⁾. Сравнительно наиболѣе цѣнные результаты

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. XX, p. 327 (см. также Deutsche med. Woch. 1881, No. 18).

—²⁾ Kehler, Beitr. z. klin. u. exper. Geburtsk. II. N. 3, p. 333. Giessen 1887.—

³⁾ Loehlein, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. 11, p. 21.—⁴⁾ См. Schneider, M. f. G. B. 29, p. 273, и Gruner, Ztschr. f. rat. Med. 1868, p. 242.

еще даетъ здѣсь тщательное внутреннее изслѣдованіе, при которомъ обращается вниманіе на уровень крестцового мыса, а также и на то, существуетъ ли возможность равномерно обвести пальцами обѣ половины таза; но это ощупываніе всегда должно производиться обѣими руками, сначала одною, а затѣмъ вскорѣ другою, такъ какъ при изслѣдованіи только одною рукою легко получается ощущеніе асимметріи, которой въ дѣйствительности не существуетъ.

Измѣреніе тазоваго выхода до сихъ поръ оставалось въ нѣкоторомъ пренебреженіи, такъ какъ точное производство его сопряжено съ трудностями, а между тѣмъ суженія тазоваго выхода встрѣчаются очень рѣдко. Трудности по отношенію къ поперечному размѣру выхода основаны на томъ, что сѣдалищные бугры покрыты толстыми и очень легко сдвигающимися мякими частями. Breisky ¹⁾ недавно предложилъ измѣрять тазовой выходъ слѣдующимъ образомъ:

Прямой размѣръ тазоваго выхода (не считая при этомъ копчика, слѣдовательно — отъ верхушки крестца до верхушки лонной дуги), какъ доказано опытомъ, не можетъ быть точно измѣренъ путемъ внутренняго изслѣдованія, и поэтому наружное измѣреніе его заслуживаетъ преимущества. Задняя точка этого размѣра, при положеніи беременной на боку, замѣтна уже для глаза, такъ какъ она соотвѣтствуетъ верхней границѣ заднепроходной борозды (*seena ani*) и у худощавыхъ субъектовъ слегка выпячена; кромѣ того, нижніе углы крестца въ большинствѣ случаевъ прощупываются безъ труда. Для полной точности вводятъ указательный палецъ въ прямую кишку: перемѣщая копчикъ между этимъ пальцемъ и большимъ, легко можно найти мѣсто сочлененія его съ крестцомъ. Переднюю точкою этого размѣра считается острый край *lig. arcuati* въ верхушкѣ лонной дуги. Одною рукою придерживаютъ одну пуговку тазомѣра на задней точкѣ и въ то же время большимъ пальцемъ другой руки, введеннымъ во влагалище, приставляютъ другую пуговку къ краю *lig. arcuati*. Полученная цифра, которую нужно отсчитать на скалѣ инструмента, еще не снятаго съ мѣста, будетъ, конечно, какъ наружный размѣръ, нѣсколько больше истиннаго прямого размѣра тазоваго выхода. Какъ великъ долженъ быть вычетъ, для того чтобы получить истинный прямой размѣръ, это еще въ точности неизвѣстно (вѣроятно, $1\frac{1}{2}$ сантиметра).

Поперечный размѣръ тазоваго выхода измѣряется, по способу того же автора, слѣдующимъ образомъ: Женщина лежитъ на спинѣ, съ приподнятымъ крестцомъ и согнутыми, лишь слегка разведенными бедрами. Ощупавъ внутренне края сѣдалищныхъ бугровъ, измѣряютъ разстояніе между ними посредствомъ Oslander'овскаго циркуля (вѣтви котораго направлены кнаружи). Такъ какъ между пуговками циркуля и сѣдалищными буграми лежатъ мягкія части, то къ полученной цифрѣ нужно

¹⁾ Med. Jahrb. XIX. 1. Wien 1870, p. 3 (см. также: Carfunkel, Petersb. med. Z. 1876. V, p. 532).

еще прибавить, среднимъ числомъ, около $1\frac{1}{2}$ сант. Измѣреніе это можетъ быть сдѣлано проще и съ не меньшею точностью, если, положивъ беременную такимъ же образомъ, какъ для операціи камнеотсѣченія, отмѣтить на кожѣ ягодицъ цвѣтнымъ карандашемъ положеніе сѣдалищныхъ бугровъ, и затѣмъ измѣрить разстояніе между ними посредствомъ Osian-der'овскаго циркуля. Къ полученной цифрѣ, при этомъ способѣ измѣренія, уже не приходится прибавлять толщину мягкихъ частей.

Распознаваніе болѣе рѣдкихъ формъ узкаго таза будетъ подробно изложено при ихъ специальномъ описаніи.

Аномаліи, не важныя въ акушерскомъ отношеніи.

Слишкомъ широкій тазъ нисколько не нарушаетъ теченія родовъ. Къ слишкомъ быстрымъ родамъ онъ подаетъ поводъ единственно при тѣхъ же обстоятельствахъ, какъ и нормальный тазъ. Поэтому съ акушерской точки зрѣнія онъ не можетъ ни въ какомъ случаѣ считаться патологическимъ.

Примѣч. Douglu ¹⁾ доказалъ измѣреніями, что слишкомъ широкіе тазы не увеличены равномерно во всѣхъ направленіяхъ, но что отдѣльныя части ихъ, которыя при общесъуженномъ тазѣ отстаютъ въ своемъ ростѣ, превышаютъ здѣсь средніе размѣры.

Слишкомъ высокій тазъ, если онъ при этомъ не суженъ, точно также едва ли оказываетъ какое нибудь неблагоприятное вліяніе.

Аномаліи наклоненія таза, если на нихъ совершенно не обращается вниманія, могутъ имѣть нѣкоторыя вредныя послѣдствія. Слишкомъ большое наклоненіе таза можетъ препятствовать вступленію головки въ тазовую входъ, а слишкомъ малое наклоненіе можетъ затруднять выступленіе ея изъ тазоваго выхода. Первое можетъ быть уменьшено приподнятіемъ крестца и верхней части туловища, такъ чтобы поясничная область лежала всего ниже, а роженица находилась въ полусидячемъ положеніи; второе можетъ быть увеличено сильнымъ приподнятіемъ поясничной области, такъ чтобы всего ниже лежалъ крестецъ ²⁾.

За исключеніемъ послѣднихъ случаевъ, дѣйствительно неблагоприятное вліяніе на родовую актъ оказываютъ только узкіе тазы.

Узкій тазъ.

Литература: Henr. v. Deventer, Oper. chir. novum lumen exhib. obstetr. etc. Lugd. Bat. 1701. cap. 3. 27. Нѣмецкій переводъ: 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. I.—W. Smellie, Treatise on the theory and pract. of midw. Vol. I. 3-d ed. London 1756, p. 82 и др.; Tab. anatom. T. III, XXVII u. XXVIII.—De Frémery, De mutat. fig. pelvis etc. Lugd. Bat. 1793.—G. W. Stein-jun., Lehre der Geburtshülfe. I. Th. Elberfeld 1825. 1. Abschn. 2. u. 3. Kap.,

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. XXII, p. 47. См. также: Rumpfe, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. X, p. 239.—²⁾ B. Schultze, Jenaische Zeitschr. f. Med. u. Nat. B. III, H. 2 u. 3.

и многія другія сочиненія этого автора.—G. A. Michaëlis, Des enge Becken, herausg. von Litzmann. Leipzig 1851.—C. C. Th. Litzmann, Die Formen des Beckens, insbes. des engen weiblichen Beckens. Berlin 1861, и Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884.—F. A. Kehler, Beitr. z. vergl. u. experim. Geburtsk. 3. H. Pelikologische Studien. Giessen 1869, и 5. H.: Versuche z. Erzeugung difformer Becken. Giessen 1875.

Историческія замѣчанія: Ученіе объ узкомъ тазѣ есть наука юная. До конца XVII столѣтія акушеры не имѣли о немъ вообще никакого представленія, и только во второй половинѣ нынѣшняго вѣка было вполне оцѣнено то значеніе, какое имѣеть узкій тазъ.

Полное отсутствіе всякихъ свѣдѣній объ узкомъ тазѣ, продолжавшееся цѣлыми вѣками, есть явленіе до такой степени замѣчательное, что Michaëlis, въ цитированномъ нами сочиненіи (Das enge Becken. Leipzig 1851), приступая къ историческому обзору предмета, начинаетъ съ изложенія тѣхъ причинъ, которыми этотъ странный фактъ обусловливался.

Причины эти заключались, съ одной стороны, въ ложныхъ гипотезахъ, которыми объясняли затрудненія при родахъ, а съ другой стороны—въ недостаточности свѣдѣній о нормальномъ тазѣ и о механизмѣ родовъ.

Что касается перваго пункта, то здѣсь особенно роковое вліяніе оказало ученіе, господствовавшее со временъ Гипократа, именно—ученіе о томъ, что младенецъ рождается собственными силами. Изъ этого, разумѣется, должны были заключить, что рожденіе мертваго младенца совсѣмъ невозможно или, по крайней мѣрѣ, сопряжено съ большимъ трудомъ. А такъ какъ опытъ очевиднымъ образомъ подтверждаетъ совпаденіе трудныхъ родовъ съ мертвыми младенцами, то причину затрудненія родового акта считалась смерть младенца, хотя въ дѣйствительности она была только послѣдствіемъ трудныхъ родовъ. Нѣтъ надобности объяснять, какое пагубное вліяніе на практическую дѣятельность должно было оказать это смѣшиваніе причины со слѣдствіемъ.

О свойствахъ нормальнаго таза почти ничего не было извѣстно, такъ какъ анатомическія вскрытія въ тѣ времена не производились, а аналогія съ животными была здѣсь совершенно неподходящей. Уже съ глубокой древности господствовалъ тотъ взглядъ, что сочлененія таза расслабляются во время родовъ и что только благодаря такому обстоятельству становится возможнымъ прохожденіе младенца. Поэтому Soranus и Aëtius полагали, что причина трудныхъ родовъ именно и заключается въ слишкомъ крѣпкомъ соединеніи костей таза. Такимъ образомъ это ученіе собственно предполагало, что всякій тазъ, самъ по себѣ, слишкомъ узокъ, и что роды встрѣчаютъ затрудненіе, коль скоро онъ не раздается во время родового акта. Поэтому, когда рука, введенная въ узкій тазъ, получала непосредственное ощущеніе, что онъ суженъ, то патологическимъ признавали не самое суженіе таза, а слишкомъ крѣпкое соединеніе его костей. (Въ доказательство того, что Аэцію было извѣстно суженіе таза, приводится одно мѣсто изъ его книги, гдѣ онъ говоритъ, что роды могутъ быть затруднены «ob nimiam lumborum cavitatem, uterum comprimentem»,—мѣсто, которое, хотя и въ нѣсколько другомъ смыслѣ, цитировано уже Сораномъ по Герофилу. Очень сомнительно, слѣдуетъ ли подъ этими словами понимать укороченіе конъюгаты, и во всякомъ случаѣ они еще не доказываютъ знакомства съ узкимъ тазомъ.)

Ложное ученіе о растяженіи таза во время родовъ господствовало до тѣхъ поръ, пока Andr. Vesalius (въ 1543 г.) отнялъ у него всякую почву своимъ превосходнымъ описаніемъ нормальнаго таза. Ученикъ его, J. C. Argentius, который самъ былъ практическимъ акушеромъ, открылъ, наконецъ, узкій тазъ въ 1572 году. Онъ заявилъ, что суженіе таза составляетъ самую важную причину трудныхъ ро-

довъ, но ошибочно объяснялъ его чрезмѣрною шириною лонныхъ костей и вдавленіемъ ихъ внутрь.

Однако, это ученіе не обратило на себя того вниманія, какого оно заслуживало, и прошло почти безслѣдно. Даже наоборотъ, старинное ученіе о расхожденіи тазовыхъ костей вновь получило право гражданства, благодаря *Ambrøise Paré* (1550 г.) и *S. Pilaen'sy* (1597 г.), и было будто бы подтверждено передъ большимъ собраніемъ извѣстныхъ врачей путемъ демонстраціи на трупъ одной дѣтубойцы, умершей черезъ 10 дней послѣ родовъ.

Съ половины XVI столѣтія акушерство стало дѣлать во Франціи громадныя успѣхи, благодаря тому, что имъ начали заниматься такіе выдающіеся хирурги, какъ *A. Paré* и *Jacques Guillemeau*. Однако, узкій тазъ былъ этимъ хирургамъ еще неизвѣстенъ, и даже *Maigriceau*, хотя и упоминалъ о немъ вскользь (въ 1668 г.), но совершенно еще не подовѣрвалъ его важнаго практическаго значенія.

Основателемъ акушерскаго ученія о тазѣ долженъ быть признанъ *Heinrich van Deventer* (1701 г.), который въ началѣ своей книги («*Opere chir. novum lumen*» etc.) поставилъ описаніе нормальнаго таза. Онъ описываетъ объ главныя формы узкаго таза, общесъуженный и плоскій, и ему уже извѣстны тѣ особенности, которыя представляеть при каждой, изъ нихъ теченіе родовъ. Отъ него не ускользнуло также вліяніе узкаго таза на головку младенца—захожденіе черепныхъ костей одной за другую, удлиненіе черепа въ прямомъ размѣрѣ и вдавленія въ мягкихъ частяхъ головки. Его современникъ *de la Motte* (1722 г.), выдающійся практической акушеръ, называетъ суженіе тазоваго входа главнѣйшею причиною трудныхъ родовъ и даетъ образцовыя предписанія относительно терапіи. *Dionis* (1718 г.) и *Puzos* († 1753 г.) также обнаруживаютъ знакомство съ узкимъ тазомъ. *Puzos* уже объясняетъ измѣненія рахитическаго таза давленіемъ тяжести туловища на размягченныя тазовыя кости и обнаруживаетъ свою практическую опытность, заявляя, что при значительномъ рахитическомъ суженіи бывають иногда благополучные довольно легкіе роды, но что въ концѣ концовъ, при послѣдующихъ родахъ, сама женщина или младенецъ становится жертвою суженія таза.

Дальнѣйшій весьма важный шагъ впередъ въ ученіи объ узкомъ тазѣ былъ сдѣланъ, благодаря англичанину *W. Smellie* (1751 г.), который, какъ наблюдатель съ яснымъ и трезвымъ умомъ, превосходно описалъ нормальный тазъ въ его совокупности, а также рахитическій тазъ и измѣненія формы головки въ узкомъ тазу, и который впервые опредѣлилъ величину истинной конъюгаты по ручному измѣренію діагональной. Его знаменитый соперникъ во Франціи, *Levet* (1747 г.), не столько точный наблюдатель природы, сколько остроумный теоретикъ, былъ знакомъ единственно съ рахитическимъ тазомъ и придерживался нѣкоторыхъ воззрѣній, совершенно не согласныхъ съ дѣйствительностью. Такъ напр., онъ говоритъ, что конъюгата есть наибольшій размѣръ тазоваго входа (5—6") и что поперечный размѣръ короче ея на 1".

Высокій авторитетъ, которымъ пользовался *Levet* не только во Франціи, но и въ Германіи, былъ причиною того, что ученіе объ узкомъ тазѣ въ ближайшее къ нему время не подвигалось впередъ, а напротивъ, даже сдѣлало замѣтный регрессъ сравнительно съ ученіемъ *Smellie*. Но все-таки старанія по части измѣренія таза, употребленныя самымъ знаменитымъ изъ его учениковъ въ Германіи, *Stein'омъ*-старшимъ (1763 г.), который во всемъ слѣдовалъ своему учителю, заслуживають полнаго уваженія, хотя особеннымъ успѣхомъ они не увѣнчались.

Современникъ *Stein'a*, англичанинъ *Denman* (1788 г.), впервые оцѣнилъ тѣ механическіе законы, которые обнаруживаются въ устройствѣ таза; но все-таки онъ не примѣнилъ ихъ къ узкому тазу. Онъ сравнивалъ тазъ со сводомъ, а крестцовую кость неправильно считалъ ключемъ его. Въ голландской диссертаціи *de Fergus*, появившейся въ 1793 г., впервые была съ успѣхомъ сдѣлана попытка уста-

новить всѣ тѣ моменты, которыми обуславливается форма нормального таза, и было принято въ расчетъ вліяніе ихъ на патологически размягченныя кости.

Великій французскій акушеръ *Vaudelocque* (1781 г.) стяжалъ свои лавры на этомъ поприщѣ не столько вѣрными анатомическими свѣдѣніями объ узкомъ тазѣ, сколько стремленіемъ къ точному распознаванію на живыхъ, вполне соответствовавшимъ практическому направленію его ума; но и въ этомъ случаѣ его указанія не совсѣмъ свободны отъ ощибокъ. Онъ ввелъ въ практику измѣреніе наружной конъюгаты (названной въ честь его *Боделоковскимъ діаметромъ*), а также измѣреніе діагональной конъюгаты посредствомъ пальца. Ложное ученіе о вколачиваніи головки, доведенное имъ до своего апогея, еще и до сихъ поръ не совсѣмъ исчезло со сцены.

Stein-младшій (1803 г.), который по своему практическому направленію и своей трезвой наблюдательности очень близко подходилъ къ *Smellie*, далъ превосходное описаніе отдѣльных формъ таза, которое еще и до сихъ поръ можетъ считаться образцовымъ. Онъ очень хорошо описалъ рахитическій и остеомалятический тазы и извлекъ изъ забвенія общесъуженный тазъ.

Самые значительные успѣхи въ ученіи объ узкомъ тазѣ были сдѣланы двумя выдающимися профессорами Кильскаго университета, именно—*Michaëlis*'омъ и *Litzmann*'омъ. *Michaëlis* (+1848 г.) сдѣлалъ эпоху въ наукѣ тѣмъ, что онъ не только разсматривалъ механическое несоответствіе, обуславливаемое узкимъ тазомъ, но и выдвинулъ на первый планъ вліяніе, оказываемое этимъ послѣднимъ на положеніе младенца и на потужную дѣятельность, и описалъ уклоненія въ механизмъ родовъ при различныхъ видахъ суженія таза. Крімъ того, измѣряя всѣ тазы, какіе ему попадались, онъ доказалъ, что узкій тазъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ предполагалось до тѣхъ поръ. *Litzmann* (въ 1861 г.), слѣдуя примѣру *de Frémeu*, описалъ различные виды узкаго таза на основаніи тѣхъ механическихъ условій, которыя опредѣляютъ и измѣняютъ его форму, при чемъ онъ опирался на работы братьевъ *Weber* и *Heim. Meuser*'а по вопросу о механикѣ таза и подтвердилъ свои результаты точными и кропотливыми измѣреніями.

Keilger возымѣлъ новую, несомнѣнно плодотворную идею—экспериментально изучать патологическія измѣненія таза. Извлекая изъ нормального таза большее или меньшее количество его солей при помощи хлористоводородной кислоты, онъ получалъ гибкіе (такъ наз. каучуковые) тазы и изслѣдовалъ на нихъ разнообразныя механическія условія, которыя способны вызывать измѣненія, характерныя для той или другой формы таза. Хотя и нельзя вполне согласиться съ полученными имъ результатами (каучуковому тазу соответствуетъ, пожалуй, остеомалятический тазъ, но никакъ не рахитическій, а дѣйствіе мышечныхъ сокращеній было, во всякомъ случаѣ, преувеличено *Keilger*'омъ), однако мы должны признать, что эта оригинальная и несомнѣнно плодотворная идея приблизила насъ къ разрѣшенію вопроса о тѣхъ механизмахъ, которыми обуславливаются патологическія измѣненія таза.

Общія замѣчанія объ узкомъ тазѣ.

Вопросъ о томъ, достаточно ли великъ данный тазъ для безпрятственного прохожденія головки, зависитъ не только отъ размѣровъ самого таза, но и отъ величины младенца, а въ особенности—его головки. Но такъ какъ увеличеніе черепа, которое оказывало бы серьезное вліяніе на механизмъ родовъ, встрѣчается въ высшей степени рѣдко, и такъ какъ размѣры головки, по крайней мѣрѣ—у здоровыхъ зрѣлыхъ младенцевъ, никогда не бываютъ значительно ниже среднихъ цифръ, то

и явилось обыкновеніе разсматривать головку младенца, какъ величину постоянную. Это тѣмъ болѣе извинительно, что не существуетъ ни одного точнаго метода, посредствомъ котораго мы могли бы измѣрять величину головки, находящейся еще въ маткѣ. Но, какъ бы то ни было, никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду, что вслѣдствіе ненормальнаго объема головки узкій тазъ можетъ оказаться относительно широкимъ для даннаго случая, и наоборотъ.

Слѣдовательно, въ дальнѣйшемъ изложеніи мы будемъ разсматривать головку младенца какъ величину постоянную, предполагая тѣ среднія размѣры ея, которые извѣстны изъ наблюдений, и будемъ говорить о суженіяхъ таза по отношенію къ головкѣ, имѣющей эти средніе размѣры.

Тазъ можетъ быть суженъ въ какомъ угодно мѣстѣ и въ любомъ изъ своихъ размѣровъ, и поэтому установить общія правила, приложимыя ко всемъ видамъ узкаго таза, совершенно невозможно.

Но все-таки изученіе узкаго таза, чрезвычайно важное для практическаго акушера, значительно облегчается тѣмъ обстоятельствомъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ суженіе ограничивается почти исключительно тазовымъ входомъ, и при томъ по преимуществу—истинною конъюгатою.

Поэтому прямой размѣръ тазоваго входа — истинная конъюгата — играетъ здѣсь первостепенную роль. Хотя и нельзя вполне одобрить установившійся обычай, согласно которому узкій тазъ опредѣляется почти исключительно по величинѣ истинной конъюгаты (такъ что, напримѣръ, подъ именемъ таза въ 8 сантиметровъ подразумѣваютъ такой тазъ, котораго истинная конъюгата равняется 8-ми сантиметрамъ), однако мы должны признать, что всѣ остальные размѣры таза, въ сравненіи съ важностью *conjugatae verae*, значительно отступаютъ на задній планъ.

Слѣдовательно, подъ именемъ узкаго таза обыкновенно подразумѣваютъ такой, въ которомъ, благодаря уплощенію его спереди назадъ, укорочена истинная конъюгата,—такъ наз. плоскій тазъ.

Это именно и есть тотъ видъ таза, который въ патологіи родовъ играетъ первостепенную роль, который встрѣчается чрезвычайно часто и который вызываетъ самыя разнообразныя разстройства родоваго акта, начиная съ легкихъ уклоненій въ механизмъ родовъ и кончая препятствіями настолько значительными, что младенецъ не можетъ пройти черезъ тазъ. Поэтому мы поставимъ плоскіе тазы во главѣ всѣхъ разнообразныхъ формъ узкаго таза и будемъ говорить о нихъ особенно подробно, такъ что при описаніи ихъ будетъ разсмотрѣно многое изъ того, что относится и ко всемъ остальнымъ или, по крайней мѣрѣ, къ большинству остальныхъ видовъ узкаго таза.

При укороченіи истинной конъюгаты весьма важная разница будетъ,

конечно, состоятъ въ томъ, имѣютъ ли остальные размѣры тазоваго входа нормальную длину, или же они также укорочены. Если они укорочены въ той же мѣрѣ, какъ истинная конъюгата, то мы имѣемъ предъ собою обще-равномѣрно-сѣуженный тазъ; если же они укорочены въ сравнительно меньшей степени, то это будетъ общенеравномѣрно-сѣуженный или обще-сѣуженный плоскій тазъ, который точно также бываетъ обусловленъ англійскою болѣзнью.

Важное значеніе имѣетъ вопросъ о границахъ между нормальнымъ и сѣуженнымъ тазомъ.

Очевидно, что съ акушерско-практической точки зрѣнія мы можемъ говорить о сѣуженіи таза лишь въ томъ случаѣ, если оно настолько значительно, что можетъ нарушить прохожденіе младенца. Вопросъ заключается лишь въ томъ, какое нарушеніе должно быть признано достаточнымъ, чтобы на основаніи его провести ту границу, о которой мы говоримъ.

Тогда какъ прежніе авторы усматривали вредное вліяніе узкаго таза только въ дѣйствительномъ механическомъ затрудненіи родоваго акта, Michaelis впервые показалъ, что вліяніе его гораздо болѣе обширно, что оно обнаруживается также въ неправильностяхъ положенія и позиціи младенца и въ аномаліяхъ потужной дѣятельности; мало того, онъ показалъ, что врачъ, хорошо знакомый съ неправильнымъ вставленіемъ черепа при различныхъ видахъ сѣуженія таза, можетъ на основаніи этого признака опредѣлять даже самый видъ сѣуженія въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ другой врачъ, менѣе опытный, считалъ бы теченіе родовъ совершенно нормальнымъ.

Michaelis, на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ къ тому, что плоскій тазъ долженъ считаться сѣуженнымъ, если конъюгата его менѣе $9\frac{1}{2}$ сантиметровъ, тогда какъ для обще-равномѣрно-сѣуженныхъ тазовъ эта предѣльная цифра стоитъ нѣсколько выше, на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ сантиметра, т. е. понятіе объ узкомъ тазѣ начинается здѣсь уже тогда, когда истинная конъюгата имѣетъ въ длину приблизительно 10 сантиметровъ. Но это опредѣленіе не должно быть истолковано въ томъ смыслѣ, что во всякомъ тазѣ, въ которомъ истинная конъюгата имѣетъ въ длину менѣе $9\frac{1}{2}$ resp. 10 сантиметровъ, родовый актъ будетъ затрудненъ непосредственно. Сѣуженіе таза въ значительномъ большинствѣ случаевъ вліяетъ на теченіе родоваго акта единственно только тѣмъ, что оно обуславливаетъ неправильное вставленіе головки и ненормальныя уклоненія въ механизмѣ родовъ, а вовсе не тѣмъ, чтобы оно существенно замедляло ея прохожденіе.

Если принять въ расчетъ также и эти легчайшія степени сѣуженія таза, то всѣ узкіе тазы, съ практической точки зрѣнія, цѣлесообразно могутъ быть подраздѣлены на слѣдующія 3 группы или степени, а именно:

1) Абсолютно узкій тазъ, при которомъ нормальное рожденіе зрѣ-

лаго младенца невозможно ни въ какомъ случаѣ. Сюда относятся всѣ тазы, кратчайшій размѣръ которыхъ не превышаетъ $6\frac{1}{2}$ сантиметровъ.

2) Узкій тазъ, который при благоприятныхъ условіяхъ, правда, еще допускаетъ рожденіе зрѣлаго младенца, но при которомъ замедленіе или затрудненіе родового акта представляется вѣроятнымъ, такъ что всегда можно опасаться неблагополучнаго исхода для матери и для младенца. Крайнимъ предѣломъ истинной конъюгаты въ этихъ случаяхъ нужно считать $6\frac{1}{2}$ —9 сантиметровъ для плоскаго таза, укороченнаго только въ направленіи этого размѣра, и $9\frac{1}{2}$ сантиметровъ—для обще-сѣуженнаго таза. Даже при наименѣе сѣуженныхъ тазахъ этой категоріи, роды, если они часто повторяются, обыкновенно бываютъ въ томъ или другомъ случаѣ сопряжены съ серьезными затрудненіями.

3) Узкій тазъ, который не представляетъ значительнаго механическаго препятствія, но вліяніе котораго обнаруживается только неправильнымъ вставленіемъ головки. Между этою формою и нормальнымъ тазомъ существуютъ незамѣтные переходы.

При обсужденіи вопроса о частотѣ узкаго таза ¹⁾ мы можемъ опять-таки ограничиться вышеупомянутыми формами, при которыхъ сѣуженіе имѣетъ мѣсто только въ тазовомъ входѣ, такъ какъ всѣ остальные формы слишкомъ рѣдки для того, чтобы могли оказать вліяніе на процентное отношеніе, которымъ выражается частота узкаго таза вообще.

Хотя въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ, въ которыхъ часто встрѣчается англійская болѣзнь, значительныя степени сѣуженія таза наблюдаются гораздо чаще, нежели въ другихъ, но повидимому въ Германіи узкій тазъ встрѣчается приблизительно одинаково часто во всѣхъ ея мѣстахъ. Въ пользу этого говоритъ то обстоятельство, что во всѣхъ мѣстахъ Германіи, въ которыхъ регулярно производились измѣренія таза, напр. въ Киль, Марбургъ, Гёттингенъ, Боннъ, Бреславль, Прагъ и Эрлангенъ, узкій тазъ былъ найденъ приблизительно въ одинаковомъ процентномъ числѣ всѣхъ случаевъ, а именно въ 14 — 20% , т. е. на 5—7 женщинъ всегда приходилось по одному случаю узкаго таза.

Сѣуженный въ направленіи конъюгаты или плоскій тазъ.

Характеристическая особенность этой обширной группы узкихъ тазовъ (всѣ остальные виды узкаго таза встрѣчаются въ практикѣ чрезвычайно рѣдко) состоятъ въ уплощеніи ихъ по направленію сзади напередъ. Уплощеніе это, зависящее обыкновенно отъ чрезмѣрнаго поперечнаго растяженія, которому подвергались подобные тазы, выражается исключительно или преимущественно укороченіемъ истинной конъю-

¹⁾ Michaëlis, 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. XXXII, p. 283; Winckel, Klinische Beob. etc. Leipzig 1882; Fischel, Wiener med. Blätter. 1882, No. 42.

гаты, такъ что укороченная конъюгата именно и составляетъ характеристическій признакъ этой обширной группы узкихъ тазовъ.

Такие тазы подраздѣляются на двѣ большія категории, смотря по тому, произошло ли уплощеніе вслѣдствіе англійской болѣзни или независимо отъ нея.

Плоскій не-рахитическій тазъ.

Литература: Betschler, Annalen der klin. Anstalten. Breslau 1882. B. I, pp. 24, 60; B. II, p. 31.—Michaëlis, l. c., p. 127.—Litzmann, l. c., p. 44.—Schroeder, l. c., p. 70.

Историческія замѣчанія: Съ какихъ поръ сталъ извѣстенъ плоскій не-рахитическій тазъ, опредѣлить очень трудно. J. G. Arantius, которымъ впервые былъ открытъ узкій тазъ, совершенно односторонне объяснял укороченіе конъюгаты вдавленіемъ лонныхъ костей, между тѣмъ какъ Heinrich van Deventer, основатель точнаго ученія объ узкомъ тазѣ, хорошо зналъ плоскій тазъ, но ничего не высказалъ о способѣ его возникновенія. De la Motte также не далъ болѣе точнаго опредѣленія плоскаго таза, если только мы не вадумаемъ утверждать, что, когда онъ говорилъ «la cause la plus essentielle de l'accouchement long et difficile est lorsque les vertebres inferieures des lombes avec la partie superieure de l'os sacrum ou même cet os tout entier s'avancent si fort en devant», онъ подъ первымъ видомъ подразумѣвалъ рахитическій плоскій тазъ, а подъ вторымъ—не-рахитическій. Впрочемъ, приведенными словами de la Motte'a дѣйствительно могло бы быть выражено самое существенное различіе въ ёмкости этихъ двухъ видовъ узкаго таза.

Но съ тѣхъ поръ какъ Dionis и Puzos обратили вниманіе на измѣненіе таза, обусловливаемое рахитомъ, авторы стали говорить почти исключительно объ этой именно формѣ узкаго таза. Дѣло имѣеть такой видъ, какъ будто безъ словъ было признано, что во всѣхъ тазавъ, сжуженныхъ исключительно въ направленіи конъюгаты, сжуженіе это зависитъ отъ рахита.

Betschler былъ первый, который обратилъ вниманіе на то, что существуютъ также и не-рахитическіе тазы, уплощенные во входѣ. Michaëlis, основываясь на своихъ многочисленныхъ измѣреніяхъ, выставилъ на видъ, что плоскій не-рахитическій тазъ именно и представляетъ наиболѣе частую форму, а Litzmann измѣрилъ и описалъ его съ такою же точностью, какъ и остальные аномаліи таза.

Во всѣхъ странахъ, въ которыхъ англійская болѣзнь не чрезвычайно распространена, плоскій не-рахитическій тазъ встрѣчается гораздо чаще рахитическаго, и даже тамъ, гдѣ эта болѣзнь чрезвычайно распространена, первая форма все еще наблюдается нѣсколько чаще второй.



Рис. 118. Плоскій не-рахитическій тазъ.

Плоскій не-рахитическій тазъ на первый взглядъ производитъ впечатлѣніе нормальнаго, а иногда даже красиваго таза; но при инструментальномъ измѣреніи легко открывается уплощеніе его въ прямомъ размѣрѣ. Уплощеніе это обусловлено тѣмъ, что крестцовая кость нѣсколько болѣе вдается въ полость таза, не поворачиваясь, однако,

вокругъ своей поперечной оси. Слѣдовательно, укороченіе прямого размѣра происходитъ во всѣхъ плоскостяхъ таза (хотя преимущественно во входѣ), такъ что отношеніе прямыхъ размѣровъ полости и выхода таза къ истинной конъюгатѣ остается приблизительно то же самое, какъ въ нормальномъ тазу. При этомъ нельзя не замѣтить довольно равномернаго уменьшенія всѣхъ костей таза, въ особенности — крестца, такъ что и поперечные размѣры тоже были бы уменьшены, еслибы этому не противодействовала перемѣщеніе крестца кпереди. Дѣло именно въ томъ, что такъ какъ крестцовая кость соединена съ задними остями подвздошныхъ костей очень крѣпкими неподатливыми связками, то, перемѣщаясь кпереди, она должна производить сильное потягиваніе за заднія ости. Еслибы тазовое кольцо не было сомкнуто спереди въ лонномъ сочлененіи, то лонныя кости обѣихъ сторонъ, очевидно, должны были бы при этомъ удалиться одна отъ другой. Но такъ какъ расхожденію лонныхъ костей препятствуетъ крѣпкое соединеніе ихъ въ лонномъ сочлененіи, то вслѣдствіе потягиванія за заднія ости, при относительно еще гибкихъ костяхъ, долженъ нѣсколько увеличиться поперечный размѣръ таза и лонное сочлененіе должно нѣсколько приблизиться къ крестцу. Поэтому, если представить себѣ обще-равномѣрно-суженный тазъ, въ которомъ суженіе это выражено въ незначительной степени, то въ такомъ случаѣ чрезмѣрное перемѣщеніе крестца кпереди, коль скоро оно происходитъ въ самой ранней юности, должно будетъ привести къ слѣдующимъ результатамъ: прямые размѣры нѣсколько уменьшатся вслѣдствіе самаго перемѣщенія крестца, а поперечные размѣры нѣсколько увеличатся вслѣдствіе поперечнаго растяженія таза, но это увеличеніе ихъ будетъ отчасти уравновѣшено приближеніемъ лоннаго сочлененія къ крестцовой кости. Слѣдовательно, поперечные размѣры увеличиваются подъ вліяніемъ одной только причины, а прямые уменьшаются въ зависимости отъ двухъ причинъ; но такъ какъ тазъ былъ до нѣкоторой степени обще-суженный, то поперечные размѣры оказываются нормальными, а прямые — значительно уменьшенными. (Довольно часто, однако, и поперечные размѣры такого таза остаются нѣсколько укороченными въ сравненіи съ нормальными средними цифрами).

Впрочемъ, отдѣльныя кости такого таза имѣютъ нормальное строеніе и нормальную плотность. Крылья подвздошныхъ костей обыкновенно также не представляютъ ничего ненормальнаго, ни въ своемъ положеніи, ни въ своей формѣ. Кривизна ихъ въ большинствѣ случаевъ выражена довольно сильно.



Рис. 119. Плоскій тазъ съ двойнымъ мышцомъ, по F ü r s t'у.

Что касается причинъ этого измѣненія таза, то ничего достовѣрнаго о нихъ неизвѣстно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вѣроятно, дѣло идетъ о рахитическомъ тазѣ съ очень слабо выраженными измѣненіями, такъ что, кромѣ укороченія конъюгаты, на немъ не сохранилось никакихъ другихъ признаковъ англійской болѣзни.

Плоскій не-рахитическій тазъ, какъ мы уже сказали, представляетъ самую частую изъ всѣхъ формъ узкаго таза (онъ встрѣчается, безъ сомнѣнія, чаще, чѣмъ всѣ остальные формы, вмѣстѣ взятая) и очень часто подаетъ поводъ къ разстройствамъ родового акта. Однако, наивысшія степени суженія при этомъ тазѣ не встрѣчаются, такъ какъ истинная конъюгата лишь весьма рѣдко бываетъ менѣе 8-ми сантиметровъ.

Примѣч. Engelken ¹⁾ описалъ одинъ плоскій не-рахитическій тазъ, въ которомъ истинная конъюгата равнялась 4,8 сант.—Въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаются такіе плоскіе тазы, которые сужены и въ поперечномъ размѣрѣ выхода. Это осложненіе плоскаго таза очень важно въ практическомъ отношеніи ²⁾.

Соединеніе перваго крестцоваго позвонка со вторымъ (которое можетъ остаться неокостенѣвшимъ) образуетъ иногда такъ наз. второй мысъ, т. е. оба позвонка встрѣчаются подъ тупымъ, открытымъ кзади, угломъ, такъ что соединеніе ихъ вдается въ полость таза и суживаетъ ее. Если линія, соединяющая этотъ второй мысъ съ лоннымъ сочлененіемъ, такъ же коротка, какъ и истинная конъюгата, или даже короче ея, то въ акушерскомъ отношеніи это составляетъ весьма важную аномалію, на которую должно быть обращено вниманіе при измѣреніи таза ³⁾. Очень красивый тазъ подобнаго рода описанъ Fürst'омъ ⁴⁾ (см. рис. 119).

Примѣч. На рис. 118 изображенъ очень красивый плоскій тазъ, обладательница котораго родила при помощи наложенія щипцовъ и умерла отъ перитонита. Размѣры этого таза, который хранится въ коллекціи Мюнхенскаго родильнаго дома, слѣдующіе (см. вып. I, стр. 6):

	Прямой размѣръ.	Поперечный размѣръ.
Входъ таза	8 ³ / ₄ сант. (100)	13 сант. (148,6)
Полость	10 ¹ / ₂ « (120)	12 ¹ / ₂ » (143)
Выходъ	10 » (114,3)	11 ¹ / ₂ » (131,5).

Плоскій рахитическій тазъ.

Литература: P. Dionis, Traité gén. des acc. Paris 1724, pp. 241 и 264.—N. Puzos, l. c., pp. 3 и слѣд.—W. Smellie, l. c.—G. W. Stein-jun., l. c.—G. Michaëlis, l. c., p. 122.—Litzmann, l. c., p. 47.—Halbey, Zur Kenntniss d. platten Beckens. D. i. Marburg 1869.—Stanesco, Reck. clin. s. l. rétréciss. du bassin basées sur 414 cas etc. Paris 1869.—Rigaud, Examen critique de 396 cas de rétréciss. du bassin. Paris 1870.—Kehrer, Arch. f. G. V, p. 55.—Fehling, Arch. f. Gyn., B. XI, p. 173.

Историческія замѣчанія: Pierre Dionis впервые обратилъ вниманіе на то, что узкій тазъ встрѣчается чаще всего у такихъ женщинъ, которыя въ дѣтствѣ страдали рахитомъ. Puzos былъ хорошо знакомъ съ особенностями рахити-

¹⁾ Diss. inaug. München 1878.—²⁾ Michaëlis, l. c., p. 128, и Schroeder, l. c., p. 72.—³⁾ Michaëlis, l. c., p. 130.—⁴⁾ Arch. f. Gyn., B. VII, p. 407.

ческаго таза. Онъ обращаетъ вниманіе на впадину между послѣднимъ поясничнымъ и первымъ крестцовымъ позвонками, знаетъ асимметрію рахитическаго таза, вслѣдствіе которой тазовой входъ сильнѣе суженъ на одной сторонѣ, чѣмъ на другой, и объясняетъ эти измѣненія тѣмъ давленіемъ, которое оказываетъ тяжесть туловища на размягченныя кости таза въ стоячемъ и сидячемъ положеніи. Послѣ него Smellie и Stein-младшій дали образцовое описаніе рахитическаго таза, и затѣмъ дальнѣйшіе успѣхи ученія объ узкомъ тазѣ были связаны преимущественно съ этою рахитическою формою.

Плоскій рахитическій тазъ представляетъ слѣдующія особенности:

Кости его имѣютъ въ большинствѣ случаевъ нормальное строеніе, но при этомъ представляются нѣсколько болѣе тонкими и нѣжными, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; рѣже, напротивъ того, онѣ оказываются чрезмѣрно твердыми и неуклюжими.

Наклоненіе таза почти всегда ненормально велико.

Всѣ кости таза уменьшены въ болѣе или менѣе значительной степени, и уменьшеніе это всего сильнѣе выражено и всего легче можетъ быть замѣчено въ крыльяхъ подвздошныхъ костей. Крестцовая кость тоже коротка и узка, но поперечный размѣръ ея можетъ все-таки достигнуть нормальной величины, благодаря тому, что вогнутость этой кости по направленію справа налѣво уничтожается вслѣдствіе болѣе значительнаго перемѣщенія тѣла позвонковъ между крыльями ея по направленію кпереди.

Существенныя измѣненія этого таза обуславливаются тѣмъ, что крестцовая кость сильнѣе перемѣщается кпереди, поворачиваясь въ то же время около своей поперечной оси такимъ образомъ, что основаніе крестца приближается къ лонному сочлененію. Съ этимъ измѣненнымъ положеніемъ крестцовой кости сопряжено двоякое измѣненіе ея формы. Вопервыхъ, тѣла крестцовыхъ позвонковъ перемѣщаются кпереди между ея крыльями, фиксированными въ своихъ сочлененіяхъ съ подвздошными костями, такъ что вогнутость крестца по направленію справа налѣво уничтожается, превращаясь въ прямую линію, или-же тѣла позвонковъ выдвигаются изъ крыльевъ крестцовой кости, такъ что поверхность ея, обращенная къ полости таза, представляется въ поперечномъ направленіи уже не вогнутою, а выпуклою. Вовторыхъ, кривизна крестцовой кости въ отвѣсномъ направленіи тоже уменьшается, по крайней мѣрѣ—въ верхней части, тогда какъ далѣе книзу часто происходитъ очень сильное искривленіе, при чемъ верхушка крестца загибается крючкообразно впередъ. Искривленіе это, обуславливаемое притяженіемъ со стороны натянутыхъ связокъ (*ligg. spinoso-и tuberoso-sacra*), соответствуетъ 4-му или 5-му крестцовому позвонку. Вслѣдствіе того, что верхняя половина крестцовой кости сильно вдвинута въ полость таза, заднія ости подвздошныхъ костей чрезмѣрно выдаются надъ ея заднею поверхностью. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ, въ особенности—перваго, сильно сплющены сзади.

Крылья подвздошныхъ костей малы, сильно наклонены къ горизонту,

недостаточно изогнуты и расходятся между собою кпереди, такъ что отношеніе между размѣрами Sp. I. и Ст. I. увеличено, а иногда первый изъ этихъ размѣровъ оказывается даже больше втораго.



Рис. 120. Плоскій рахитическій тазъ.

и вертлужныя впадины болѣе направлены кпереди, чѣмъ въ нормальномъ тазу.

На самую ёмкость таза, въ различныхъ отдѣлахъ его, эти измѣненія вліяютъ слѣдующимъ образомъ: Благодаря тому, что мысь крестцовой кости сильнѣе выдается впередъ, тазъ уплощенъ по направленію спереди назадъ, и уплощеніе это, точно такъ же какъ въ не-рахитическихъ плоскихъ тазахъ, еще болѣе увеличивается благодаря послѣдовательному растяженію таза въ поперечномъ направленіи. Это послѣдовательное поперечное растяженіе можетъ дойти до такой сильной степени, что, не смотря на первоначально малую величину всѣхъ костей, поперечный размѣръ тазоваго входа становится ненормально великъ, а безымянная линія (*linea innominata s. arcuata*), на близкомъ разстояніи отъ крыльевъ крестцовой кости, загибается почти подъ угломъ. Слѣдовательно, въ тазовомъ входѣ поперечный размѣръ имѣетъ нормальную или даже болѣе чѣмъ нормальную длину, и косые размѣры укорочены лишь немного, тогда какъ *dist. sacro-coty.* уменьшена въ значительной степени, а всего болѣе укорочена конъюгата. Въ полости таза всѣ размѣры по направленію книзу болѣе и болѣе увеличиваются. Прямой размѣръ ея иногда достигаетъ своей нормальной длины вслѣдствіе поворачиванія крестцовой кости около поперечной оси, а выходъ рахитическаго таза нерѣдко бываетъ ненормально великъ, особенно—въ поперечномъ размѣрѣ.

Вышеописанныя измѣненія происходятъ подъ вліяніемъ рахита слѣдующимъ образомъ:

Рахитъ поражаетъ дѣтей большею частью на первомъ году жизни. У дѣтей этого возраста костный тазъ, пораженный рахитомъ,—если болѣзнь эта существуетъ еще не очень давно и въ умѣренной степени,—состоитъ изъ плотныхъ отдѣльныхъ костей, покрытыхъ со всѣхъ сторонъ мягкими остеидными слоями и соединенныхъ между собою плотными хрящами нормальнаго строенія. Слѣдовательно, между каждыми двумя костями находятся два мягкихъ остеидныхъ слоя (по одному на концѣ каждой кости), которые при нормальныхъ условіяхъ превратились бы въ костную ткань, и одинъ болѣе плотный хрящъ, лежащій между остеидными слоями. Самыя кости при этомъ болѣе тонки,

чѣмъ въ нормальномъ состояніи, и слѣдовательно болѣе подвержены загибамъ и надломамъ.

Измѣненія формы таза, — помимо тѣхъ, которыя вызываються измѣненными условіями давленія при сколіозахъ и т. п., — происходятъ вслѣдствіе сжатія остеоиднаго слоя на эпифизахъ и вслѣдствіе сдвиганія самыхъ костей.

Сжатіе остеоиднаго слоя отчасти составляетъ причину малой величины отдѣльныхъ костей, но отчасти малая величина ихъ, вѣроятно, можетъ быть послѣдствіемъ продолжительной недѣятельности мускулатуры бедра и таза. Самое же значительное вліяніе на форму рахитическаго таза оказываетъ сдвиганіе костей.

Дѣти, пораженныя рахитомъ, либо совсѣмъ еще научились ходить, либо успѣли уже этому разучиться. Давленіе, производимое тяжестью туловища при сидячемъ положеніи въ постели, вызываетъ рахитическія измѣненія слѣдующимъ образомъ:

Такъ какъ въ сидячемъ положеніи совершенно не существуетъ боковаго противодавленія со стороны бедеръ, то вслѣдствіе этого тазъ сдавливается по направленію сзади и сверху впередъ и внизъ такимъ образомъ, что боковыя стѣнки его, при болѣе значительномъ развитіи болѣзни, сгибаются подъ угломъ, и тазъ представляется раздѣленнымъ на двѣ половины, переднюю и заднюю. Такъ какъ атрофированныя крылья подвздошныхъ костей принадлежать къ задней половинѣ, то они расходятся по направленію кпереди. Вертлужныя впадины принадлежать къ передней половинѣ; поэтому онѣ обращены прямо впередъ, и такое измѣненное положеніе ихъ составляетъ причину того, что впослѣдствіи, когда дѣлаются попытки ходить, уплощеніе таза по направленію сзади напередъ еще болѣе увеличивается.

Кромѣ того, давленіе, производимое тяжестью туловища, вколачиваетъ верхнюю часть крестцовой кости глубже въ тазъ, такъ что промонторіумъ стоитъ ниже и болѣе кпереди, и крестцовая кость поворачивается около своей поперечной оси. А такъ какъ дѣти очень часто принимаютъ въ постели полусидячее, полулежащее положеніе, то нижняя часть крестцовой кости, уже и безъ того фиксированная посредствомъ *ligg. sacro-spin.* и *sacro-tub.*, загибается крючкообразно впередъ. Такъ какъ отдѣльные крестцовые позвонки не соединены плотно ни между собою, ни съ крыльями крестцовой кости, то они вытѣсняются впередъ изъ промежутка между этими крыльями, фиксированными въ крестцово-подвздошныхъ сочлененіяхъ, и сдавливаются на своей задней поверхности. Крестцовая кость, перемѣщаясь болѣе кпереди, натягиваетъ крѣпкія *ligg. ilio-sacralia*, а чрезъ ихъ посредство — заднія ости подвздошныхъ костей, вслѣдствіе чего еще болѣе увеличивается поперечное растяженіе тазоваго кольца. Расхожденіе крыльевъ подвздошныхъ костей по направленію кпереди обуславливается отчасти тою же причиною, но

отчасти также болѣе сильнымъ давленіемъ кишекъ, вздутыхъ газами.

Съдавленные бугры, отчасти вслѣдствіе натяженія со стороны начинающихся отъ нихъ мышцъ, поворачивающихъ бедра, а отчасти вслѣдствіе самаго сидѣнія на мягкихъ костяхъ, оттѣняются кнаружи, такъ что лонная дуга увеличивается, и лонное сочлененіе сильнѣе наклоняется къ горизонту.

Впрочемъ, мы должны настоятельно указать на то, что рахитическая форма таза наблюдалась даже у новорожденныхъ дѣтей, у которыхъ, слѣдовательно, давленіе туловища еще не могло обнаружить своего дѣйствія ¹⁾.

Рахитъ встрѣчается почти всюду, но въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ особенно часто. Очень сильныя суженія таза зависятъ отъ него гораздо чаще, чѣмъ отъ другихъ причинъ. Суженіе можетъ достигать такой значительной степени, что истинная конъюгата имѣетъ въ длину всего 3 сантиметра.

О другихъ формахъ рахитическаго суженія таза, уклоняющихся отъ вышеописанной картины, а также о болѣе значительныхъ асимметріяхъ его, мы будемъ еще говорить впоследствии.

Примѣч. Особенно важное значеніе имѣютъ острия грани и остроконечные выступы, встрѣчающіяся, если не исключительно, то, по крайней мѣрѣ, преимущественно въ рахитическихъ тазахъ. Кроме необыкновеннаго заостренія мыса, которое иногда приходится наблюдать, эти аномаліи встрѣчаются преимущественно на передней стѣнкѣ таза. Хрящ лоннаго сочлененія, какъ бы вытѣсненный изъ него по направленію кзади, можетъ образовать выступъ, сильно вдающійся въ полость таза ²⁾, или гребешокъ лонной кости можетъ представляться чрезмѣрно заостреннымъ, или, наконецъ, сухожилие *m. psoatis min.* можетъ окостенѣть на мѣстѣ своего прикрѣпленія. *Crista oss. rubis* и окостенѣвшее въ видѣ ости сухожилие названной мышцы могутъ представляться на скелетированномъ тазѣ совершенно острыми. На живой женщинѣ они, конечно, покрыты мягкими частями, а упомянутая ость вдобавокъ еще окружена плотнымъ сухожилиемъ, такъ что неблагоприятнаго вліянія они обыкновенно не оказываютъ. Однако, при очень продолжительныхъ родахъ и узкомъ тазѣ, ткань матки или влагалища, находящаяся между такимъ костнымъ выступомъ и головкою младенца, можетъ разрушиться вслѣдствіе омертвѣнія, вызваннаго прижатіемъ, если головка, при сильныхъ потугахъ, была долгое время вколочена въ тазовомъ входѣ ³⁾.

Kilian, въ вышеприведенной монографіи, описываетъ это заостреніе *cristae oss. rubis* и образованіе ости вслѣдствіе окостенѣнія сухожилія *m. psoatis min.*, какъ особую разновидность, подъ именемъ такъ наз. «остистаго таза». Lambi впервые далъ совершенно вѣрное объясненіе и отвелъ дѣйствительно подобающее мѣсто этимъ аномаліямъ, которыя встрѣчаются въ тазахъ мужскихъ и женскихъ, нормальныхъ и

¹⁾ См. Scharlau, M. f. G., B. XXX, p. 401; Kehrer, Arch. f. Gyn., B. V, p. 55; Fischer, c. l., B. VII, p. 46, и Fehling, c. l., B. XI, p. 173.—²⁾ Hennig, M. f. G., B. 33, p. 137.—³⁾ См. Klein, Partus memorab. D. i. Bonnae 1842, p. 15; H. F. Kilian, Schild. neuer Beckenformen. Mannh. 1854; Lambi, Prager Vierteljahrsschr. 1855, B. XXXV, p. 142; Grenser, M. f. G., B. I, p. 145; Lehmann, Schmidt's Jahrb. 1869, B. CXXXIII, p. 188; von Franqué, Scanzon's Beiträge, B. VI, p. 91; Feiler, M. f. G., B. 9, p. 249 (ость въ плоскомъ перахитическомъ тазѣ); Leopold Arch. f. Gyn. IV, p. 336.

патологическихъ. Luschka ¹⁾ подтвердилъ, что упомянутая ость образуется вслѣдствіе окостенѣнія сухожилія m. psoas min. на мѣстѣ его прикрѣпленія.

На рис. 120 изображенъ рахитическій тазъ изъ коллекціи родильнаго дома въ Боннѣ; онъ имѣеть слѣдующіе размѣры (см. вып I, стр. 6):

	Прямой размѣръ	Поперечный размѣръ
Входъ таза	6,3 (100)	13,8 (219)
Полость »	8,1 (128,5)	11,5 (182,5)
Выходъ »	8,5 (134)	12,0 (190)

Такъ какъ перфорированная головка не могла быть извлечена кефалотрибомъ, то пришлось сдѣлать поворотъ, послѣ чего младенецъ былъ извлеченъ за ножку.

Роды при плоскомъ тазѣ.

Положеніе и членорасположеніе плода.

Литература: Michaëlis, l. c.—Litzmann, l. c.—Weidling, D. i. Halle. 1882.—H. Müller, D. i. Marburg 1874.—P. Cramer, D. i. Bern 1882.—Kummer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XII, p. 416. 1886.—Löwenthal, D. i. Berlin 1886.

Плоскій тазъ очень сильно вліяетъ на положеніе плода во время родовъ, такъ что неправильныя положенія младенца встрѣчаются при немъ, по меньшей мѣрѣ, вчетверо чаще, чѣмъ при нормальномъ тазѣ. У первородящихъ это вліяніе плоскаго таза еще гораздо рѣзче бросается въ глаза.

Изъ физиологіи беременности мы уже знаемъ, что упругая яйцевидная матка первородящихъ устанавливаетъ головку (обращенную нѣсколько книзу вслѣдствіе тяжести младенца) приблизительно отвѣсно надъ тазовымъ входомъ и что при нормальныхъ размѣрахъ послѣдняго неподатливые брюшные покровы и сокращающіяся круглыя маточныя связки вгоняютъ подъ конецъ беременности нижнюю часть матки вмѣстѣ съ находящеюся въ ней головкою въ полость таза, такъ что при нормальныхъ условіяхъ головка уже въ началѣ родовъ стоитъ у первородящихъ болѣе или менѣе низко подъ тазовымъ входомъ.

Эти отношенія измѣняются даже у первородящихъ, коль скоро тазъ слишкомъ узокъ для того, чтобы головка легко могла въ него вступить. И здѣсь также упругая матка въ большинствѣ случаевъ регулируетъ положеніе младенца такимъ образомъ, что головка предлежитъ надъ тазовымъ входомъ; но такъ какъ послѣдній слишкомъ узокъ для головки, то она отклоняется въ сторону и ложится на край одной изъ подвздошныхъ костей. Иногда, особенно вслѣдствіе ненормальнаго положенія матки, младенецъ принимаетъ положеніе еще болѣе неправильное. Узкій тазъ предрасполагаетъ къ отнсанію живота и къ значительной подвижности матки. Но при отвисломъ животѣ матка въ стоячемъ положеніи беременной уже не наклонена къ горизонту подъ угломъ приблизительно въ 35°, какъ это бываетъ обыкновенно, а лежитъ почти горизонтально, или дно ея даже болѣе опущено, чѣмъ ея нижній сег-

¹⁾ Die Anat. des menschl. Beckens. Tübing. 1864, p. 87.

ментъ. Послѣ того, что мы уже сказали о причинахъ нормальнаго положенія младенца (см. вып. I, стр. 70), должно быть понятно, что при такихъ обстоятельствахъ легко образуются поперечныя и тазовыя положенія. Но и чрезмѣрная подвижность матки при узкомъ тазѣ, облегчая перемѣщеніе ея дна изъ стороны въ сторону, должна предрасполагать къ частымъ перемѣнамъ въ положеніи младенца, которыя, какъ доказано опытомъ, встрѣчаются при узкомъ тазѣ болѣе часто, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, такъ что и по этой причинѣ младенецъ легче можетъ принять неправильное положеніе.

Если головка въ началѣ родовъ отклонена въ сторону, то начинающимся потугамъ, которыя уменьшаютъ матку въ поперечномъ направленіи, обыкновенно удается возстановить продольное положеніе младенца, такъ что подлежащую часть опять оказывается головка; но въ другихъ случаяхъ поперечное положеніе остается таковымъ во время родовъ, или бываетъ и то, что первоначально подлежащая головка, которая не можетъ быть фиксирована въ тазовомъ входѣ, отгоняется отъ него въ сторону, такъ что поперечное положеніе образуется уже послѣдовательно.

Членорасположеніе младенца при такихъ аномаліяхъ въ его положеніи тоже легко можетъ сдѣлаться неправильнымъ. Подбородокъ отходить отъ груди, и подлежащую часть становится личико, или, при тазовыхъ положеніяхъ, вслѣдствіе того, что затруднено вставленіе ягодицъ, происходитъ выпаденіе ножекъ во влагалище, или, при поперечныхъ положеніяхъ, но иногда и при черепныхъ, выпадаютъ впереди головки верхнія конечности, а во многихъ случаяхъ происходитъ также выпаденіе пуповины. Послѣднее, въ особенности, встрѣчается у первородящихъ почти исключительно при плоскомъ тазѣ. Дѣло именно въ томъ, что такъ какъ у первородящихъ, при нормальномъ тазѣ, головка уже подъ конецъ беременности вступаетъ въ тазъ или, по крайней мѣрѣ, стоитъ неподвижно надъ тазовымъ входомъ, то выпаденіе пуповины при такихъ условіяхъ невозможно, потому что нижній сегментъ матки плотно обхватываетъ головку со всѣхъ сторонъ. Если же головка, вслѣдствіе узкой конъюгаты, остается высоко надъ тазовымъ входомъ или, быть можетъ, отклоняется даже въ сторону, то при раскрываніи маточнаго зѣва нижній сегментъ матки часто не вполне обхватываетъ головку съ которой нибудь стороны, и чрезъ образующійся свободный промежутокъ выпадаетъ пуповина.

Но если уже у первородящихъ неправильныя положенія плода встрѣчаются при такихъ условіяхъ довольно часто, то съ возрастающимъ числомъ родовъ являются еще новыя причины для неправильныхъ положеній. Болѣе дряблая матка уже во время беременности значительно облегчаетъ образованіе поперечныхъ положеній, а такъ какъ узкая конъюгата препятствуетъ вступленію головки въ полость таза, то и

начинающимся потугамъ часто не удается фиксировать головку въ черепномъ положеніи. Мало того, первоначально предлежавшая головка нерѣдко отклоняется отъ своего положенія, такъ какъ очень подвижная матка смѣщается въ сторону всякій разъ, когда роженица ложится на тотъ или на другой бокъ. Чѣмъ болѣе матка сдѣлалась дряблою и чѣмъ болѣе она истощена частыми предшествовавшими родами, тѣмъ болѣе частыми и сложными становятся ненравильныя положенія младенца. Нормальное членорасположеніе его въ полости дряблой матки тоже утрачивается при этихъ обстоятельствахъ, такъ что у многородящихъ съ плоскимъ тазомъ встрѣчаются такія положенія и членорасположенія младенца, которыхъ никогда не приходится наблюдать при другихъ условіяхъ.

Позиція предлежащей части и механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ.

Литература: Michaëlis, l. c.—Litzmann, Samml. klin. Vortr. No. 74. 1874.—v. Haselberg, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II, pp. 211 и 289.—Dohrn, Arch. f. Gyn., V. VI, p. 82.

Даже въ тѣхъ случаяхъ суженія таза, въ которыхъ роды протекаютъ повидимому совершенно нормально, т. е. въ которыхъ они оканчиваются однѣми естественными силами въ не слишкомъ продолжительное время и безъ всякаго ущерба для матери и для младенца, опытный акушеръ можетъ и безъ измѣренія таза распознать съ большою степенью вѣроятія не только суженіе вообще, но и преимущественное укороченіе конъюгаты, слѣдовательно — самый видъ суженія, такъ какъ позиція предлежащей части и способъ прохожденія ея черезъ суженное мѣсто представляютъ особенности, характеристичныя для плоскаго таза.

При описаніи нормальнаго механизма родовъ (вып. I, стр. 163) мы уже видѣли, что въ случаѣ равнаго противодѣйствія на сторонѣ передней части головки и на сторонѣ затылка этотъ послѣдній, который лежитъ ближе къ точкѣ приложенія изгоняющей силы, долженъ опуститься болѣе низко, такъ какъ одно и то же противодѣйствіе производитъ на длинномъ плечѣ рычага болѣе значительный эффектъ, чѣмъ на короткомъ. Но при плоскомъ тазѣ, когда головка послѣ разрыва плоднаго пузыря оказывается надъ тазовымъ входомъ, большой поперечный размѣръ ея (diameter biparietalis) встрѣчаетъ препятствіе для своего вступленія въ укороченную истинную конъюгату. Поэтому головка отклоняется болѣе выпуклыми частями своей поверхности къ той сторонѣ мыса, на которой лежитъ темяной бугоръ, т. е. въ сторону затылка. вмѣстѣ съ тѣмъ измѣняется положеніе головки относительно позвоночника, такъ что болѣе длинное плечо рычага находится уже на сторонѣ затылка. Послѣдній поэтому отстаетъ въ своемъ поступательномъ движеніи, и головка вступаетъ въ тазъ такимъ образомъ, что лобъ опускается ниже затылка.

Слѣдовательно, при плоскомъ тазѣ головка устанавливается надъ входомъ его съ низко опущенною переднею частью черепа, такъ что большой родничекъ значительно приближается къ конъюгатѣ, а малый родничекъ стоитъ выше его и оказывается труднѣе доступнымъ для пальца.

Вторая, не столь важная особенность въ способѣ вставленія головки заключается въ томъ, что стрѣловидный шовъ обыкновенно стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ тазоваго входа, и только тогда, когда головка уже совершенно вступила въ полость таза, онъ принимаетъ косвенное положеніе, помѣщаясь въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ.

Но самая характеристичная и въ діагностическомъ отношеніи наиболѣе важная аномалія механизма родовъ состоитъ въ ненормально низкомъ опущеніи той темянной кости, которая обращена кпереди, причемъ стрѣловидный шовъ сильно отклоняется назадъ и иногда проходитъ непосредственно передъ мысомъ крестцовой кости. Это передне-темянное вставленіе, если иногда и отсутствуетъ, то обыкновенно лишь въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ несообразность между головкою и тазомъ весьма незначительна. Оно существуетъ почти постоянно, хотя и бываетъ выражено въ неодинаковой степени, и постоянство его объясняется тѣмъ направленіемъ, въ которомъ дѣйствуетъ изгоняющая сила. Направленіе это не перпендикулярно къ конъюгатѣ, а образуетъ съ нею острый уголъ, обращенный своимъ отверстіемъ впередъ, т. е. дѣйствіе изгоняющей силы направлено къ задней стѣнкѣ таза. Такъ какъ головка вслѣдствіе этого сильнѣе придавливается къ крестцовому мысу, чѣмъ къ лонному сочлененію, то на той сторонѣ ея, которая обращена кзади, происходитъ болѣе сильное треніе, такъ что темянная кость, обращенная кзади, отстаётъ сравнительно съ другою въ своемъ поступательномъ движеніи.

Примѣч. Передне-темянное вставленіе головки при плоскомъ тазѣ представляеть только усиленную степень такъ наз. Негелевскаго отклоненія, которое часто встрѣчается и при нормальныхъ условіяхъ (см. вып. I, стр. 174). Такимъ образомъ оно служитъ въ то же время важнымъ доказательствомъ того, что изгоняющая сила дѣйствуетъ чрезъ позвоночникъ плода (Fruchtaxendruck). Значительное усиленіе его при плоскомъ тазѣ составляетъ отчасти послѣдствіе отвисанія живота, которое существуетъ въ большинствѣ случаевъ.

Въ то время какъ головка устанавливается надъ входомъ таза вышеозначеннымъ образомъ, т. е. съ болѣе низкимъ опущеніемъ лба и поперечнымъ направленіемъ стрѣловиднаго шва, сильно отклоненнаго кзади, — височная область, обращенная кпереди, лежитъ надъ лоннымъ сочлененіемъ и на его задней стѣнкѣ. Это характерное вставленіе головки, при сколько нибудь значительной несообразности ея съ тазовымъ входомъ, констатируется обыкновенно очень скоро послѣ своевременнаго разрыва плоднаго пузыря, а затѣмъ, смотря по степени упомянутой несообразности и по силѣ потужной дѣятельности, можетъ

пройти болѣе или менѣе долгое время (иногда до 12 часовъ или еще болѣе), прежде чѣмъ головка вступитъ въ полость таза.

Это медленное вступленіе въ полость таза, сопровождаемое постепеннымъ измѣненіемъ формы черепа, происходитъ такимъ образомъ, что височная область, обращенная впереди, представляетъ почти неподвижную точку, около которой головка втатывается въ тазъ по его задней стѣнкѣ. При этомъ обращенная къзади теменная кость, которая своимъ верхнимъ переднимъ угломъ первоначально прилежала къ крестцовому мысу, скользитъ внизъ по послѣднему такимъ образомъ, что вѣнечный шовъ постоянно находится близъ его середины. Если сильно выпяченный мысъ крестцовой кости оставляетъ на кожѣ черепа замѣтную полосу вслѣдствіе прижатія, что бываетъ нерѣдко, то послѣдняя помѣщается на теменной кости, направляясь отъ ея верхняго передняго угла къ виску, параллельно вѣнечному шву и непосредственно къзади отъ него (см. рис. 121).



Рис. 121. Вступленіе головки въ плоскій тазъ.

Во время этого выкатыванія головки по мысу крестцовой кости, стрѣловидный шовъ, который первоначально былъ сильно отклоненъ къзади, постепенно приближается къ серединѣ таза. вмѣстѣ съ тѣмъ передняя поверхность перваго крестцоваго позвонка, которая вначалѣ легко прощупывалась, мало по малу покрывается опускающеюся теменною костью, обращенною къзади, или, по крайней мѣрѣ, образовавшеюся головною оцухолью. — Послѣднія два обстоятельства важны въ прогностическомъ отношеніи.

Когда головка прошла чрезъ тазовой входъ, — затылокъ, не встрѣчающій уже никакого сопротивленія, обыкновенно опускается ниже остальныхъ ея частей и поворачивается впереди. Такъ какъ выходъ таза не суженъ, то дальнѣйшій механизмъ родовъ совершается нормальнымъ образомъ, и послѣ вступленія головки въ полость таза они часто оканчиваются у многородящихъ поразительно быстро (иногда даже въ какія нибудь двѣ потуги).

Примѣч. Кроме этого обычнаго механизма родовъ, встрѣчаются въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ еще и другіе способы вставленія головки и прохожденія ея чрезъ плоскій тазъ.

Сравнительно маловажное уклоненіе состоитъ въ томъ, что затылокъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ опускается прежде еще, чѣмъ наибольшая периферія черепа успѣла пройти чрезъ тазовой входъ, и тогда головка проходитъ чрезъ него уже въ этомъ положеніи. Если на черепѣ при такихъ условіяхъ остается полоска вслѣдствіе прижатія его крестцовымъ мысомъ, то она представляетъ не прямую линію, идущую параллельно вѣнечному шву, а направляется сначала отъ верхняго передняго угла

темянной кости къ темянному бугру и затѣмъ опускается подъ тупымъ угломъ въ самую переднюю часть височной впадины.

Несравненно болѣе важное значеніе имѣеть та аномалія, при которой головка вставляется исключительно или почти исключительно темяною костью, обращенною къзади: задне-темянное вставленіе ¹⁾. При этомъ стрѣловидный шовъ проходитъ непосредственно позади лоннаго сочлененія, или даже кверху отъ него. Въ заключеніе височная область, обращенная къзади, прилегаетъ къ мысу крестцовой кости, а при самой высокой степени этой аномаліи прощупывается на немъ соответствующее ухо: заднее ушное положеніе.

Причины такого вставленія головки еще не вполне извѣстны. Значительное наклоненіе таза, не сопровождаемое отвисаніемъ живота, повидимому предрасполагаетъ къ этой аномаліи. С्यूженіе таза обыкновенно бываетъ весьма значительное. Но *Litzman* и показали, что это неправильное вставленіе головки встрѣчается иногда и при нормальномъ тазѣ, хотя оно существуетъ здѣсь обыкновенно лишь въ теченіе короткаго времени и исправляется еще до разрыва плоднаго пузыря или вскорѣ послѣ него, само собою или при нѣкоторомъ пособіи искусства, такъ что подлежащая темянная кость поворачивается вверхъ по крестцовому мысу.

Въ прогностическомъ отношеніи это вставленіе головки при узкомъ тазѣ чрезвычайно неблагоприятно. Если не устранить его своевременно, то младенецъ почти никогда не родится живымъ. Хотя и здѣсь, совершенно такъ же, какъ при вышеописанномъ передне-темянномъ вставленіи, головка устанавливается надъ тазовымъ входомъ одною своею стороною и слѣдовательно не обращена къ тазу большимъ своимъ размѣромъ, однако вступленіе ея въ тазъ при предлежаніи темянной кости, обращенной къзади, чрезвычайно затруднено или даже совершенно невозможно. Отличіе отъ передне-темяннаго вставленія состоитъ въ томъ, что при предлежаніи темянной кости, обращенной къзади, шейка младенца, вслѣдствіе положенія матки относительно тазоваго входа, перегибается почти подъ прямымъ угломъ къ плечу [иногда бываетъ возможно прощупать этотъ уголъ при наружномъ изслѣдованіи ²⁾]. Вступленіе головки въ полость таза можетъ совершиться только такимъ образомъ, что сначала височная область, обращенная къзади, сильно отдавливается внизъ по крестцовому мысу, а затѣмъ уже около нея, какъ неподвижной точки, спускается за переднюю стѣнкою таза темянная кость, обращенная впередъ (*J. Veit*).

При этомъ медленномъ вступленіи головки не только наступаетъ обыкновенно смерть младенца, но и для матери какъ показали *J. Veit*, возникаетъ очень большая опасность вслѣдствіе растяженія задней части нижняго сегмента матки.

Терапія, слѣдовательно, должна стремиться къ тому, чтобы устранить это неправильное вставленіе черепа. При подвижной головкѣ, особенно когда пузырь еще цѣлъ, можно еще въ исключительныхъ случаяхъ устранить неправильное вставленіе, искусственно увеличивъ наклоненіе матки впередъ (для этого предписываютъ роженицѣ ходить по комнатѣ или постоянно сохранять сидячее положеніе). Если указанное время уже пропущено, то мы можемъ, по совѣту *Michaëlis'a*, ввести всю руку въ полость матки, попытаться повернуть головку вокругъ ея лобно-затылочной оси. Если же эта попытка не удалась, то слѣдуетъ сдѣлать поворотъ на ножку, коль скоро не наступило уже растяженіе маточной шейки, которое служить противопоказаніемъ къ повороту. Въ послѣднемъ случаѣ необходимо прибѣгнуть къ краниотоміи.

Breisky ³⁾ обратилъ вниманіе еще на другой способъ вставленія головки при

¹⁾ *Litzman*, *Arch. f. Gyn.* II, p. 433; *J. Veit*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* IV, p. 229. ²⁾ *Hegar*, *Berl. klin. Wochenschr.* 1875, No. 15.—³⁾ *Prager Vierteljahrsschrift* 1869, B. IV, p. 58. Больше подробно это вставленіе изучено *Rapin*омъ: *Engagement latéral de la tête etc. D. i. Lausanne.* 1874. (См. также: *Fankhauser*, *Die Schädelform nach Hinterhauptslage. D. i. Bern* 1872, p. 74, и *Kleinwächter*, *Prager Viertelj.* 1872, B. III, p. 104).

плоскомъ тазѣ, а именно—на прохожденіе ея чрезъ одну боковую половину тазоваго входа. Это въ срединное вставленіе головки чаще всего наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда мысь крестцовой кости (при лордозѣ пояснично-крестцовой части позвоночника) и хрящъ лоннаго сочлененія такъ сильно вдаются въ тазъ, что входъ его получаетъ нѣкоторое сходство съ горизонтально-лежащею цифрою 8 (∞). Головка при этомъ иногда устанавливается только надъ одною боковою половиною тазоваго входа (чаще всего—надъ лѣвою) и проходитъ чрезъ нее съ опущеннымъ затылкомъ, какъ при общесъуженномъ тазѣ. Прохожденіе головки обыкновенно совершается довольно внезапно, послѣ чего дальнѣйшій механизмъ родовъ протекаетъ нормальнымъ образомъ.

Лицевыя положенія при плоскомъ тазѣ встрѣчаются чаще, чѣмъ при нормальномъ. Роды въ этихъ случаяхъ затруднены, лично долго остается въ поперечномъ размѣрѣ таза, и подбородокъ обыкновенно лишь поздно поворачивается впередъ. Лицевое положеніе значительно ухудшаетъ предсказаніе для младенца.

Изъ тазовыхъ положеній при плоскомъ тазѣ ножныя встрѣчаются чаще, чѣмъ ягодичныя. Это объясняется тѣмъ, что укороченная конъюгата не допускаетъ ранняго вступленія ягодицъ, вслѣдствіе чего ножки и опускаются въ нижнюю часть матки. Другая причина состоитъ въ томъ, что матка часто имѣетъ косоое положеніе и вслѣдствіе своей вялости очень легко измѣняетъ свою форму, особенно у многородящихъ съ узкимъ тазомъ, у которыхъ ягодицы, если даже и лежатъ всего ниже, тѣмъ не менѣе отклонены въ сторону отъ тазоваго входа, такъ что въ раскрывающійся маточный зѣвъ попадаютъ ножки младенца. Прохожденіе послѣдующей головки, при сколько нибудь значительномъ суженіи таза, почти всегда замедляется до такой степени, что младенецъ погибаетъ, если не будетъ прибѣгнуто къ пособію искусства; часто онъ умираетъ даже не смотря на то, что соотвѣтственное пособіе было оказано.

При поперечныхъ положеніяхъ въ плоскомъ тазѣ младенецъ обыкновенно предлежитъ плечикомъ, какъ и въ нормальномъ тазѣ. Поперечное положеніе часто бываетъ первичнымъ; но иногда оно образуется лишь въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ, послѣ того какъ вначалѣ предлежала головка. Спинка младенца при узкомъ тазѣ чаще бываетъ обращена къзади, чѣмъ при нормальномъ; рѣже наблюдается предлежаніе грудью. Очень часто роды бываютъ осложнены выпаденіемъ ручки и пуповины. Окончаніе родовъ естественными силами, которое и при нормальномъ тазѣ встрѣчается здѣсь только въ весьма исключительныхъ случаяхъ, представляетъ при плоскомъ тазѣ еще большія затрудненія, но все-таки оно возможно, если поперечный размѣръ тазоваго входа достаточно великъ ¹⁾.

Примѣч. У всѣхъ авторовъ, предшествовавшихъ Mich aëlis'у, мы встрѣчаемъ только отдѣльныя указанія на счетъ способа прохожденія головки чрезъ плоскій тазъ.

¹⁾ См. Klein wächter, Arch. f. Gyn., B. II, p. 111.

Smellie, своими превосходными, чрезвычайно вѣрными рисунками (на 27-мъ и 28-мъ листахъ его анатомическихъ таблицъ), обнаружилъ пониманіе механизма родовъ при узкомъ тазѣ. Въ сочиненіяхъ Stejn'a-мадшаго, столь много сдѣлавшаго для ученія о тазѣ, мы встрѣчаемъ только намеки относительно способа прохожденія головки чрезъ узкій тазъ, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ¹⁾ онъ все-таки обнаруживаетъ свою превосходную наблюдательность. Рациональное ученіе объ этомъ предметѣ, захватывающее самую сущность его, но еще недостаточно разработанное, мы находимъ впервые въ диссертациі Mampе ²⁾. Въ этой диссертациі своей онъ говоритъ, что при укороченной конъюгатѣ темянная кость, обращенная кпереди, устанавливается очень низко, при чемъ стрѣловидный шовъ проходитъ у самаго мыса крестцовой кости, и что относительный уровень, на которомъ стоятъ оба родничка, зависитъ преимущественно отъ суженія таза. При укороченіи конъюгаты, если тазъ нормаленъ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ, опускается всего ниже большой родничекъ, а при суженіи полости таза—малый родничекъ. Дальнѣйшею разработкою этого ученія, какъ оно было вложено въ настоящей главѣ, мы обязаны преимущественно Michaëlis'y.

Теченіе родовъ при плоскомъ тазѣ.

Литература: Michaëlis, l. c.—Litzmann, Volkmann's Samml. klin. Vortr. 1871, No. 23.

Роды при плоскомъ тазѣ, въ среднемъ выводѣ, гораздо болѣе продолжительны, чѣмъ при нормальномъ. Замедленіе это отчасти, но не исключительно, зависитъ отъ самой несоразмѣрности между подлежащею частью и тазомъ. Періодъ раскрытія болѣе продолжителенъ уже вслѣдствіе того, что потужная дѣятельность часто бываетъ ненормальна. Если разрывъ плоднаго пузыря происходитъ преждевременно, а при узкомъ тазѣ это бываетъ довольно часто, то періодъ раскрытія еще болѣе затягивается. Головка въ такомъ случаѣ не можетъ тотчасъ занять мѣсто плоднаго пузыря, такъ какъ она еще задерживается узкимъ тазовымъ входомъ. Вслѣдствіе этого маточный зѣвъ опять закрывается, и новое раскрытіе его часто происходитъ лишь спустя долгое время, когда онъ опять растягивается постепенно увеличивающеюся головною опухолью.

Всего болѣе замедляются роды въ то время, когда головка послѣ раскрытія маточнаго зѣва должна вступить въ тазовой входъ. При значительной несоразмѣрности между тазомъ и головкою это становится возможнымъ лишь послѣ нѣсколькихъ часовъ удовлетворительной потужной дѣятельности, которая должна измѣнить конфигурацію головы. Когда послѣдняя уже вступила въ полость таза, роды обыкновенно продолжаются безъ дальнѣйшаго замедленія.

Лишь въ исключительныхъ случаяхъ потужная дѣятельность оказывается уже истощившеюся настолько, что для изгнанія младенца изъ полости таза еще требуется болѣе продолжительное время; точно также

¹⁾ Theor. Geb. §. 600. 4; диссертациія Roberti, pp. 16 и 27, и Siebold's J. IV, p. 493.—²⁾ De partus hum. mech. D. i. Hal. 1821, pp. 23 и 59.

лишь очень рѣдко контракціонное кольцо успѣваетъ настолько передвинуться вверхъ, что значительно уменьшившееся тѣло матки, изъ котораго бѣольшая часть младенца уже вышла, оказывается не въ состояніи изгнать его чрезъ входъ влагалища.

Бѣольшая или меньшая продолжительность родоваго акта, а также благопріятный или неблагопріятный исходъ его, зависятъ преимущественно отъ характера потужной дѣятельности.

Какъ общее положеніе, хотя и видоизмѣняющееся до нѣкоторой степени въ частныхъ случаяхъ, можно признать, что потуги тѣмъ болѣе сильны, чѣмъ болѣе значительно противодѣйствіе. Поэтому при суженіяхъ таза бывають въ большинствѣ случаевъ такія сильныя потуги, какія при нормальномъ тазѣ встрѣчаются лишь въ высшей степени рѣдко. Наибольшей силы онѣ достигаютъ при плоскомъ тазѣ, при которомъ дѣло можетъ дойти до того, что сильнѣйшія потуги слѣдуютъ очень быстро одна за другою, угрожая разрывомъ матки. Но и такую необычайно усиленную потужную дѣятельность мы не должны при плоскомъ тазѣ считать патологическою, такъ какъ она необходима для предолѣнія ненормально увеличеннаго противодѣйствія въ конъюгатѣ.

По раскрытіи маточнаго зѣва, потуги имѣють своей задачей установить головку въ опредѣленномъ положеніи относительно тазоваго входа, что достигается обыкновенно въ очень короткое время, а затѣмъ измѣнить ея форму такимъ образомъ, чтобы вслѣдствіе уменьшенія отдѣльных ея размѣровъ, въ особенности — поперечныхъ, головка получила возможность пройти чрезъ входъ таза. Но эти потуги, часто весьма энергичныя, которыми вызывается такое измѣненіе въ формѣ головки, происходятъ безъ содѣйствія брюшнаго пресса, даже когда онѣ продолжаются въ теченіе многихъ часовъ. До окончательной конфигураціи черепа, за рѣдкими исключениями, не приходится видѣть ни одной потуги, которая сопровождалась бы участіемъ брюшнаго пресса. Матка, своими неустанными, медленными и поэтому въ большинствѣ случаевъ безвредными сокращеніями, самостоятельно измѣняетъ форму головки такимъ образомъ, что, благодаря этому, нерѣдко предолѣвается даже весьма значительная несоразмѣрность между головкою и тазомъ.

Когда головка, наконецъ, измѣнилась въ своей формѣ настолько, что можетъ уже пройти чрезъ тазовой входъ, то наступаетъ первая потуга, сопровождаемая участіемъ брюшнаго пресса, и, слѣдовательно, такая потуга является въ подобныхъ случаяхъ желаннымъ признакомъ того, что головка уже готова пройти чрезъ входъ таза. Теперь роженица уже можетъ и даже должна активно сокращать брюшную прессу, тогда какъ раньше это было бы бесполезно или даже вредно.

Кромѣ того, въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ еще 2 признака, столь же вѣрные, но менѣе постоянные, которые указываютъ вступленіе головки въ полость таза. Признаки эти суть слѣдующіе: 1) внезапно

появляющийся позывъ къ испражненію, хотя прямая кишка совершенно пуста; 2) боль въ икрахъ, которая зависитъ отъ давленія головки на крестцовое сплетеніе (роженицы обыкновенно ее называютъ спазмомъ въ икрахъ).

Раскрытіе цервикальнаго канала представляетъ большія противоположности, которыя, достигая крайнихъ своихъ предѣловъ, могутъ имѣть серьезныя послѣдствія.

Въ однихъ случаяхъ маточная шейка слишкомъ рано и необыкновенно легко уступаетъ вытяженію со стороны сокращающагося тѣла матки, такъ что полый мускулъ очень быстро оттягивается вверхъ по младенцу, который уже послѣ нѣсколькихъ сильныхъ потугъ оказывается лежащимъ въ растянутаой «выходной трубкѣ». Это бываетъ не особенно рѣдко у многородящихъ, при очень сильной потужной дѣятельности. Въ такихъ случаяхъ, прежде еще чѣмъ предлежащая часть будетъ крѣпко вколочена въ суженный тазовой входъ, нижній сегментъ матки и ея шейка подвергаются такому значительному растяженію, что дѣло можетъ дойти до ихъ разрыва, и тогда младенецъ попадаетъ въ брюшную полость.

Въ другихъ случаяхъ, при очень плотной маточной шейкѣ и неуступчивомъ наружномъ зѣвѣ, т. е. особенно часто у первородящихъ, раскрытіе зѣва происходитъ слишкомъ медленно. Если маточный зѣвъ, при отвисломъ животѣ, отклоненъ далеко взади, то передняя губа часто остается неизглажепною еще и тогда, когда головка уже крѣпко вколочивается въ тазъ. Означенная губа, подвергаясь при этомъ сильному прижатію, припухаетъ и можетъ совершенно отщепиться или омертвѣть, такъ что образуется пузырно-маточный свищъ.

Одно изъ самыхъ неблагоприятныхъ осложненій родоваго акта при узкомъ тазѣ составляетъ слабость потугъ, которая при плоскомъ тазѣ бываетъ первичною лишь въ видѣ рѣдкаго исключенія. Въ этомъ случаѣ почти всегда требуется пособіе искусства. Такъ какъ для преодоленія увеличеннаго противодѣйствія необходимы болѣе сильныя сокращенія матки, то при слабыхъ потугахъ роды не могутъ окончиться естественными силами.

Гораздо чаще, особенно у многородящихъ, встрѣчается при плоскомъ тазѣ послѣдовательная слабость потугъ, наступающая уже въ дальнѣйшемъ теченіи родоваго акта. Чрезвычайно большія усилія матки при предшествовавшихъ родахъ, особенно когда послѣдніе повторялись очень часто, могутъ оказать въ высшей степени неблагоприятное вліяніе на развитіе ея мускулатуры. Поэтому у многородящихъ съ узкимъ тазомъ матка уже во время беременности нерѣдко представляется въ видѣ вялаго мѣшка, особенно предрасполагающаго къ поперечнымъ положеніямъ младенца, а во время родовъ такая матка совершенно неспособна къ сильнымъ сокращеніямъ, столь необходимымъ при узкомъ тазѣ. Съ этою дѣйствительною слабостью потугъ не должны быть смѣшиваемы выше-

описанные случаи, въ которыхъ полный мускуль матки слишкомъ быстро оттягивается вверхъ, такъ что контракціонное кольцо уже очень рано оказывается на уровнѣ пупка. Оба эти состоянія даютъ весьма сходную картину, и оба они встрѣчаются почти исключительно у пожилыхъ многородящихъ. Они служатъ важнѣйшею причиною того, что опасность для матери и для младенца при узкомъ тазѣ увеличивается съ возрастающимъ числомъ родовъ и что при послѣдующихъ родахъ гораздо чаще требуются оперативныя пособія ¹⁾).

Вообще, однако, при очень большомъ противодействиіи поступательному движенію младенца потужная дѣятельность матки становится все болѣе и болѣе напряженною, маточныя сокращенія все болѣе усиливаются, а промежутки между ними все болѣе укорачиваются. Но если головка, не смотря на всё усилія матки, остается надъ суженнымъ мѣстомъ таза, то сильно функционирующій полный мускуль все болѣе оттягивается вверхъ по младенцу, и дѣло доходитъ до значительнаго растяженія маточной шейки ²⁾). При этомъ влагалище, шейка и нижній сегментъ матки до такой степени вытягиваются, образуя длинный тонкостѣнный каналъ, что въ немъ оказывается половина или даже болѣе часть младенца, а утолщенное, сильно укоротившееся тѣло матки уже не можетъ производить никакого дѣйствія на ту небольшую часть плода, которая въ ней еще остается. Сильное растяженіе, которому подвергаются стѣнки этого канала и придатки матки, вызываетъ постоянныя и жестокія боли, роженица становится неспокойною, громко кричить, и потужная дѣятельность мало замѣтна, такъ какъ утолщенная, сильно укоротившаяся матка остается и во время перемижкѣ довольно твердою. При тщательномъ изслѣдованіи прощупываются сильно напряженныя круглыя связки, и контракціонное кольцо часто уже при наружномъ осмотрѣ можетъ быть замѣчено въ области пупка или даже кверху отъ него, представляя поперечную, а въ большинствѣ случаевъ наклонную бороздку. Состояніе это дѣлается еще болѣе неблагоприятнымъ, если полный мускуль сильно оттянулся въ одну сторону, такъ что стѣнки выходной трубки на противоположной сторонѣ подвергаются необыкновенно сильному растяженію ³⁾). Въ этихъ-то случаяхъ чрезвычайно легко происходятъ разрывы матки, либо самопроизвольно, либо во время оперативнаго пособія.

Терапія при этихъ обстоятельствахъ прежде всего имѣетъ своей задачей искусственно окончить роды такимъ способомъ, при которомъ не было бы надобности измѣнять положеніе младенца въ маткѣ. Слѣдовательно, здѣсь умѣстны: выжиманіе плода, извлеченіе щипцами или

¹⁾ Этотъ фактъ, вопреки возраженіямъ Litzman'a, вновь доказанъ Müller'омъ на основаніи статистическихъ данныхъ (Müller, Diss. inaug. Marburg 1874).
²⁾ Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. VI, p. 138.—³⁾ См. Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. III, p. 305.

краниокластомъ, тогда какъ поворотъ почти всегда влечетъ за собою полный или неполный разрывъ матки.

Еще болѣе неблагоприятны тѣ случаи, въ которыхъ непрерывное тоническое сокращеніе полаго мускула (*tetanus uteri*) наступаетъ прежде еще, чѣмъ онъ далеко передвинулся вверхъ по младенцу. Этотъ столбнякъ появляется почти единственно въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ возбудимость матки настолько измѣнилась вслѣдствіе большихъ пріемовъ спорыньи или вслѣдствіе механическихъ раздраженій, что наступаетъ непрерывное тоническое сокращеніе (изъ механическихъ раздраженій особенно важную роль играютъ неудачныя попытки къ производству поворота). Поступательное движеніе младенца при этомъ останавливается, такъ какъ онъ только сжимается судорожными сокращеніями матки и удерживается неподвижно въ тазовомъ входѣ.

Состояніе это особенно неблагоприятно еще и потому, что оно очень сильно затрудняетъ оперативную помощь. Мы должны стараться, посредствомъ теплыхъ ваннъ и наркотическихъ (въ особенности — хлороформа), уменьшить тоническое напряженіе матки настолько, чтобы явилась возможность приступить къ оперативному пособію.

Распознаваніе плоскаго таза.

Литература: Michaëlis, l. c.—Litzmann, Volkmann's Samml. klin. Vortr. 1871, No. 20.

Объ этомъ предметѣ мы уже говорили по поводу измѣренія таза, такъ что здѣсь намъ остается только еще разъ вкратцѣ упомянуть о важнѣйшихъ относящихся сюда пунктахъ.

Во время беременности должны наводить на мысль о суженія таза слѣдующія обстоятельства: необыкновенно малый ростъ, особенно если анамнезъ указываетъ на бывшую англійскую болѣзнь; — рахитическія искривленія костей; — очень значительное отвисаніе живота (особенно у первобеременныхъ); — необыкновенная подвижность матки, такъ что ее очень легко можно перемѣщать изъ стороны въ сторону; — наконецъ, поперечное положеніе младенца и вообще высокое стояніе подлежащей части въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности у первородящихъ. Но съ полною достовѣрностью констатировать существующее суженіе и съ наибольшою точностью опредѣлить самую степень его удастся только путемъ тщательнаго измѣренія таза.

Длина истинной конъюгаты (С. v.) всего вѣрнѣе вычисляется изъ діагональной (С. d.). По величинѣ Бодолоковскаго размѣра (D. В.) мы можемъ только заключить о существованіи суженія, но не о степени его. Если остистый отростокъ послѣдняго поясничнаго позвонка не лежитъ, по меньшей мѣрѣ, на 2 сантиметра выше линіи, соединяющей объ верхнія заднія подвздошныя ости, то мы несомнѣнно имѣемъ дѣло съ плоскимъ

тазомъ. Если отношеніе наружнаго размѣра Sp. I. (т. е. разстоянія между обѣими верхними передними остями) къ размѣру St. I. (т. е. къ разстоянію между гребешками обѣихъ подвздошныхъ костей) значительно увеличено, то это есть такое явленіе, которое встрѣчается почти исключительно при рахитическомъ тазѣ.

Во время родовъ почти всѣ отклоненія отъ нормы должны наводить на мысль о томъ, что мы имѣемъ дѣло съ плоскимъ тазомъ. Уже слишкомъ раннее истеченіе околоплодной жидкости встрѣчается чаще при узкомъ тазѣ, чѣмъ при нормальномъ, а неправильныя положенія младенца и, въ особенности, выпаденіе пуповины должны возбуждать сильное подозрѣніе на счетъ плоскаго таза, и тѣмъ болѣе, если мы имѣемъ дѣло съ первородящей. Высокое стояніе головы въ то время, когда уже появились сильныя потуги и когда маточный зѣвъ уже началъ раскрываться, точно также служитъ довольно вѣрнымъ признакомъ несоотвѣтствія между тазомъ и подлежащею частью, по крайней мѣрѣ—у первородящихъ. Всѣ эти обстоятельства важны особенно тѣмъ, что побуждаютъ насъ предпринять тщательное измѣреніе таза; но о самой степени суженія они, разумѣется, ничего намъ не говорятъ.

Р. Müller ¹⁾ предложилъ очень хорошій способъ къ тому, чтобы опредѣлять степень несоразмѣрности между головкою и тазомъ. Если у беременной захватить обѣими руками головку, лежащую надъ тазовымъ входомъ, такъ чтобы верхушки пальцевъ упирались съ обѣихъ сторонъ въ основаніе черепа, и если при этомъ сильнѣе надавливать на затылокъ, то при нормальныхъ условіяхъ удастся довольно далеко отгѣснить головку въ полость малаго таза. Если же это не удалось опытному акушеру, то можно заключить, что существуетъ несоразмѣрность между головкою и тазомъ, а по величинѣ того протяженія, на какомъ головка остается выпяченною надъ лоннымъ сочлененіемъ, мы можемъ приблизительно судить о самой степени этой несоразмѣрности.

Послѣдствія и исходы для матери и для младенца при плоскомъ тазѣ.

Литература: Mich aëlis, l. c.—Litz m a n n, Samml. klin. Vortr. 1871, No. 23, и 1874, No. 74.

Предсказаніе при узкомъ тазѣ зависитъ преимущественно отъ степени суженія, далѣе—отъ условій, представляемыхъ головкою младенца, затѣмъ—отъ характера потужной дѣятельности, и наконецъ—отъ терапіи.

Такъ какъ въ началѣ родовъ мы можемъ основываться почти единственно на первомъ изъ этихъ факторовъ, т. е. на степени суженія таза, то предсказаніе въ это время очень недостоверно, за исключеніемъ

¹⁾ Samml. klin. Vortr. Leipzig 1885, No. 264, и Brühl, Arch. f. Gyn., B. XXVI, p. 88.

тѣхъ случаевъ, въ которыхъ мы имѣемъ дѣло съ самыми незначительными или, наоборотъ, съ самыми высокими степенями суженія. Но когда маточный зѣвъ уже совершенно раскрылся и наступилъ разрывъ плоднаго пузыря, мы обыкновенно имѣемъ возможность уже послѣ нѣсколькихъ сокращеній матки составить себѣ гораздо болѣе вѣрное понятіе о степени несоотвѣтствія между тазомъ и головкою въ данномъ случаѣ. Если головка спустя короткое время вставляется во входъ таза довольно значительнымъ своимъ сегментомъ, то слѣдуетъ ожидать, что это несоотвѣтствіе будетъ благополучно преодолено. Если же она продолжаетъ стоять необыкновенно высоко и подвижно даже спустя долгое время послѣ разрыва плоднаго пузыря, то нужно думать, что несоотвѣтствіе очень значительно.

Что касается потужной дѣятельности, то уже по характеру ея въ періодъ раскрытія часто бываетъ возможно до нѣкоторой степени судить о томъ, какова она будетъ въ остальное время родовъ. У первородящихъ можно съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ разсчитывать на удовлетворительныя потуги. У многородящихъ иногда уже изъ предшествовавшаго опыта извѣстно, что потужная дѣятельность обыкновенно бывала у нихъ неудовлетворительной.

Вообще, при умѣренныхъ степеняхъ суженія таза предсказаніе болѣе благопріятно для матери, чѣмъ для младенца; при значительномъ суженіи оно ухудшается для обоихъ одинаково, а при абсолютно узкомъ тазѣ предсказаніе для матери очень сомнительно, тогда какъ для младенца, который безъ вмѣшательства терапіи обреченъ на вѣрную гибель, оно становится благопріятнымъ, если будетъ произведена надлежащая операція (кесарское сѣченіе).

Прежде всего разсмотримъ послѣдствія для матери. Наибольшая опасность для нея при плоскомъ тазѣ заключается въ прижатіи мягкихъ частей. При этомъ весьма важно знать, что очень кратковременное, хотя и весьма сильное прижатіе не производитъ въ нихъ омертвѣнія, тогда какъ гораздо болѣе слабое, но за то очень продолжительное прижатіе можетъ имѣть самыя гибельныя послѣдствія. Этимъ-то и объясняется, почему тазовыя и поперечныя положенія младенца, при цѣлесообразной терапіи, не легко могутъ имѣть для матери очень вредныя послѣдствія, тогда какъ черепныя положенія иногда влекутъ за собою серьезныя поврежденія родовыхъ путей. Конечно, при незначительномъ несоотвѣтствіи между тазомъ и головкою, особенно если потуги достаточно сильны, она можетъ пройти чрезъ него такъ быстро, что мягкія части матери совсѣмъ не повреждаются или только въ умѣренной степени; но, чѣмъ болѣе значительно суженіе таза, тѣмъ болѣе возрастаетъ опасность для матери. Головка вколачивается между крестцовымъ мысомъ и лоннымъ сочлененіемъ и болѣе или менѣе сильно сдавливаетъ мягкія части матери, которыя здѣсь находятся.

Послѣдствіемъ такого прижатія иногда бываетъ только доброкачественно протекающее мѣстное воспаленіе. Но въ случаяхъ болѣе неблагопріятныхъ, особенно при продолжительномъ прижатіи и у женщинъ слабого тѣлосложенія, представляющихъ плохое питаніе, наступаетъ омертвѣніе прижатыхъ частей. Омертвѣніе это въ большинствѣ случаевъ не ведетъ къ серьезнымъ послѣдствіямъ, особенно если оно локализируется въ задней стѣнкѣ. Въ этой области, гдѣ, кромѣ стѣнокъ родового канала, находится между головкою и тазомъ одна только брюшина Дугласова пространства, продолжительное прижатіе сначала вызываетъ склеиваніе обоихъ серозныхъ листковъ, такъ что сдавленное мѣсто ограничивается отъ остальной полости брюшины, и только затѣмъ уже наступаетъ омертвѣніе. Поэтому у женщинъ съ плоскимъ тазомъ, которыя рожали уже неоднократно, матка довольно часто оказывается приросшею на задней своей поверхности ¹⁾.—Спереди, между головкою и лоннымъ сочлененіемъ, находится мочевоу пузырь, такъ что при незначительномъ прижатіи наступаетъ воспаленіе и изъязвленіе его слизистой оболочки, а при полномъ омертвѣніи прижатыхъ частей образуются различнаго рода мочевые свищи. Если въ родовой каналъ попали инфекціонныя вещества, то они находятъ въ распадающейся ткани прижатыхъ частей весьма благопріятную почву для своего размноженія, такъ что вслѣдъ за подобными родами часто развиваются тяжелыя формы родильной горячки.

Головка иногда проходитъ чрезъ суженный тазъ съ такою силою, что послѣдствіемъ этого является разрывъ одного или нѣсколькихъ тазовыхъ сочлененій, чаще всего—лоннаго.

Примѣч. Разрывы сочлененій таза едва-ли такъ рѣдки, какъ предполагается обыкновенно. Въ этомъ смыслѣ можно вполне присоединиться къ соображеніямъ, которыя высказаны Ahlfeld'омъ. Мы думаемъ, что не очень рѣдко встрѣчаются тѣ случаи, въ которыхъ разорванное лонное сочлененіе не вѣдетъ, такъ какъ разъединенные концы костей еще удерживаются мягкими частями во взаимномъ прикосновеніи, и что многіе изъ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ наблюдаются у роуильницъ очень продолжительныя расстройства отправленій нижнихъ конечностей, должны быть объяснены именно такимъ поврежденіемъ ²⁾.

Чаще всего разрывается лонное сочлененіе, но рѣдко и крестцово-подвздошныя, либо одновременно съ нимъ, либо сами по себѣ. Всего легче разрывъ происходитъ въ такихъ тазахъ, въ которыхъ поперечный размѣръ слишкомъ малъ, слѣдовательно—въ тазахъ остеомалатическихъ и общесуженныхъ. Онъ наступаетъ преимущественно, но не исключительно, при трудныхъ родахъ и энергическомъ пособіи искусства. Характерныя симптомы разрыва лоннаго сочлененія—мѣстная боль въ этой области, какъ бы парализованныя нижнія конечности, повернутыя кнаружи, сильная боль при всякомъ активномъ или пассивномъ движеніи—даютъ возможность поставить діагнозъ даже тогда, когда лонное сочлененіе не вѣдетъ. Если же разъединенныя кости разошлись между собою, то вдобавокъ отсутствуютъ явленія со стороны мочевого пузыря, которыя въ противномъ случаѣ имѣются въ наличности. Для распознаванія

¹⁾ Hofmeier (Zeitschr. f. Geb. и Gyn., В. 10, р. 1) демонстрировалъ это на одномъ препаратѣ.—²⁾ См. E id a m, Berl. klin. Woch. 1875, No. 28.

важенъ еще поразительный успѣхъ терапіи: боль въ сочлененіи исчезаетъ, какъ только наложенъ крѣпкій тазовой поясъ. Этотъ послѣдній всего вѣрнѣе предотвращаетъ также нагноеніе сустава, которое легко можетъ имѣть смертельный исходъ¹⁾.

Кромѣ этихъ поврежденій, угрожаютъ матери все тѣ опасности, къ которымъ ведутъ слишкомъ продолжительные роды. Именно, если роды послѣ полного истеченія водъ еще продолжаютъ слишкомъ долгое время, то они могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ воспаленіе слизистой оболочки и болѣе глубокіе транеи, а иногда полное истощеніе силъ. Очень сильныя потуги при непреодолимомъ препятствіи могутъ вызвать разрывъ матки.

Особенно важную роль играетъ разложеніе секретовъ полового канала, которое при очень продолжительныхъ родахъ наступаетъ всегда, если воздухъ съ его возбудителями гніенія нашель доступъ въ половые пути, благодаря слишкомъ частому и неосторожному изслѣдованію. Секретъ при этомъ получаетъ дурной запахъ, и мало по малу, особенно если въ половые пути проникло болѣе значительное количество воздуха, образуются зловонные газы, выполняющіе всю полость матки [*tympania uteri s. physometra*²⁾]. Но въ большинствѣ случаевъ эта *tympania uteri* вызывается гніеніемъ умершаго плода. При значительномъ скопленіи газовъ въ маткѣ, сильно выпяченное дно ея оттѣсняетъ грудобрюшную преграду вверхъ, такъ что появляется нѣкоторое затрудненіе дыханія, а потужная дѣятельность совершенно прекращается. *Tympania uteri* можетъ быть узнана по тимпаническому перкуторному звуку въ области дна матки, по очень сильному зловонію секрета и по выходненію зловонныхъ газовъ изъ опорожненной матки. Родильницѣ при этомъ грозитъ очень большая опасность подвергнуться инфекціонному послѣродовому заболѣванію.

Не слѣдуетъ также упускать изъ виду, что и самыя операціи, которыя потребовались вслѣдствіе узкаго таза, могутъ быть сопряжены съ большими опасностями для матери. Прободеніе головки, само по себѣ, нисколько для нея не опасно; поворотъ, если онъ сдѣланъ своевременно и при тщательномъ соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, точно также сопряженъ лишь съ небольшою опасностью, но если маточная шейка уже сильно растянута, то операція поворота очень легко можетъ причинить разрывъ матки. Щипцы, если они накладываются неумѣло, а главное — преждевременно, влекутъ за собою самыя опасныя послѣдствія, и даже въ рукахъ опытнаго акушера, знающаго тѣ предѣлы,

¹⁾ См. A h l f e l d, Ueber die Zerreiſsung der Schamfuge währ. d. Geburt. D. i. Leipzig 1868, и S c h m i d t's Jahrb., B. CLXIX, p. 185; G m e l i n, Ueber die Krankh. der Symphyse etc. D. i. Tübingen 1854; E r c o l e G a l v a g n i, S c h m i d t's Jahrb. 1869, B. CXXXI, p. 52; F o d é r é, Des arthrites pelv. etc. Thèse. Paris 1869; W i n c k e l, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2. Aufl. Berlin 1869, p. 427; D u c h è n e, De la rupture des symphyses du bassin etc. Thèse. Strasbourg 1869; S c h a u t a, Wiener allg. med. Z. 1882, No. 28; F r a i s s e, Thèse de Paris 1883; K r i e l e, D. i. Halle 1882.—²⁾ S t a u d e, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 3, p. 191; H o f m e i e r, e. l., B. 5, p. 175; S t a h l, D. i. Halle 1872.

въ которыхъ дозволительно прибѣгать къ наложенію шишцовъ, они никогда не представляютъ вполне безопаснаго средства при высоко стоящей головкѣ, еще не вступившей въ тазъ.

Тазовыя положенія младенца должны считаться при узкомъ тазѣ рѣшительно благопріятными для матери, такъ какъ мягкія ягодицы не могутъ произвести сильнаго прижатія, а послѣдующая головка, если она не изгоняется потугами, можетъ быть искусственно извлечена такъ быстро, что производимое ею прижатіе, будучи весьма кратковременнымъ, не оставляетъ за собою вредныхъ послѣдствій. Насколько опасными могутъ сдѣлаться для матери запущенныя поперечныя положенія младенца, настолько же они для нея не опасны при своевременномъ діагнозѣ и цѣлесообразной терапіи.

Не менѣе важны тѣ послѣдствія, которыя при узкомъ тазѣ возникаютъ для младенца.

Большая продолжительность родовъ — почти постоянный результатъ несообразности между тазомъ и подлежащею частью — уже сама по себѣ опасна для младенца. Болѣе продолжительная и усиленная потужная дѣятельность, обыкновенно наблюдаемая при узкомъ тазѣ, становится послѣ разрыва пузыря и истеченія большей части околоплодной жидкости особенно опасною для младенца въ двоякомъ отношеніи. Во-первыхъ, сильныя потуги, прерываемыя лишь короткими пережками, влекутъ за собою то, что кровь изгоняется изъ материнскихъ сосудовъ, находящихся во время потуги подъ сильно увеличеннымъ давленіемъ, и такъ какъ содержимое матки находится подъ одинаковымъ давленіемъ съ ея стѣнками, то изгоняемая кровь никогда не будетъ направляться къ плацентѣ, а будетъ всегда попадать въ брюшныя сосуды матери. Благодаря этому, затрудняется обмѣнъ крови между матерью и младенцемъ, и послѣдній подвергается асфиксїи, такъ какъ кровь его сдѣлалась болѣе венозною. Кромѣ того, сильное прижатіе, которому часто подвергается головка, можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ раздраженіе блуждающихъ нервовъ, которое, замедляя сердцебиеніе младенца, должно еще болѣе уменьшить количество кислорода въ его крови и, слѣдовательно, усилить асфиксію. Такимъ образомъ сильныя потуги, быстро слѣдующія одна за другою, могутъ повлечь за собою смерть плода въ маткѣ. — Во-вторыхъ, сильныя сокращенія матки могутъ вызвать частичное или даже полное отдѣленіе плаценты, которое хотя и происходитъ вообще довольно рѣдко, но сравнительно всего чаще наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда матка, а слѣдовательно и мѣсто прикрѣпленія плаценты очень сильно сократились по истеченіи водъ. — Всѣ эти обстоятельства, неблагопріятныя для младенца, возможны и при нормальномъ тазѣ, но встрѣчаются главнымъ образомъ при суженіяхъ его, такъ какъ несоотвѣтствіе между тазомъ и подлежащею частью увеличиваетъ продолжительность родовъ и усиливаетъ потужную дѣятельность.

Другое обстоятельство, весьма неблагоприятное для младенца, именно — выпаденіе пуповины, особенно легко наступаетъ при плоскомъ тазѣ, такъ какъ при нормальныхъ размѣрахъ его раскрывшаяся маточная шейка обыкновенно обхватываетъ головку со всѣхъ сторонъ, а этимъ самымъ предотвращается выпаденіе пуповины. При плоскомъ тазѣ, напротивъ того, головка долгое время стоитъ высоко, такъ что маточный зѣвъ раскрывается однимъ только напирющимъ на него плоднымъ пузыремъ, въ которомъ, между головкою и стѣнками маточной шейки, имѣется достаточно свободнаго мѣста для предлежанія пуповины, а затѣмъ, когда пузырь разорвался, выпаденіе послѣдней наступаетъ неизбежно. Но всякое выпаденіе пуповины очень опасно для плода, а при узкомъ тазѣ, если не будутъ приняты соответственныя мѣры, оно почти всегда ведетъ къ смерти младенца, и даже при надлежащемъ вмѣшателствѣ искусства жизнь его находится въ большой опасности.

Но и при отсутствіи неблагоприятныхъ осложнений, черепное положеніе младенца, которое вообще, какъ извѣстно, всего болѣе для него благоприятно, представляетъ при узкомъ тазѣ различнаго рода опасности, обусловливаемая преимущественно тѣмъ, что головка механически повреждается при своемъ прохожденіи чрезъ суженное мѣсто.

Разсмотримъ вкратцѣ тѣ измѣненія, которымъ подвергается головка въ узкомъ тазѣ, а равно и вліяніе ихъ на жизнь младенца.

Прежде всего, опытами Fehling'a ¹⁾ и Keller'a ²⁾ доказано, что объемъ головки, сжимаемой со всѣхъ сторонъ, нѣсколько уменьшается вслѣдствіе выдавливанія крови и цереброспинальной жидкости. Хотя уменьшеніе объема, зависящее отъ этой причины, оказывается незначительнымъ, однако не слѣдуетъ совсѣмъ упускать его изъ виду.

Что касается измѣненій въ формѣ головки, то изъ нихъ мы должны прежде всего рассмотреть такъ наз. головную опухоль (саритусседанецн). Сама по себѣ эта опухоль, даже когда она очень велика, нисколько не опасна для младенца, а въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ слѣдуетъ даже считать ее довольно благоприятнымъ явленіемъ. При высоко стоящей головкѣ она возникаетъ вслѣдствіе того, что все тѣло младенца находится подъ равномернымъ давленіемъ, которому не подвержена только часть черепа, лежащая въ маточномъ зѣвѣ. Слѣдовательно, очень большая головная опухоль развивается на высоко стоящей головкѣ лишь въ томъ случаѣ, если края маточнаго зѣва, при сильныхъ потугахъ, очень тѣсно прилегаютъ къ головкѣ, уже начинающей вступать въ тазовую входъ, т. е., если несоразмѣрность между нею и тазомъ не слишкомъ велика. Большая головная опухоль оказываетъ благоприятное дѣйствіе еще и потому, что, напрягая наружные покровы головки, она нѣсколько способствуетъ ея сжатію, а при преждевремен-

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. VI, p. 68.—²⁾ D. i. Erlangen. 1877.

номъ разрывѣ плоднаго пузыря она расширяетъ еще не раскрытый или вновь закрывшійся маточный зѣвъ настолько, чтобы головка могла чрезъ него пройти. Наконецъ, большая головная опухоль всегда служить доказательствомъ того, что потужная дѣятельность удовлетворительна. Поэтому она имѣетъ благоприятное прогностическое значеніе.

Отъ головной опухоли нужно строго отличать кровяную опухоль головки или головную гематому (*cephalhaematoma*), которая представляетъ кровоизліяніе между черепными костями и ихъ надкостницей (*epicranium*).

Головная гематома, въ существенныхъ чертахъ, сводится къ тѣмъ маленькимъ субперіостальнымъ кровоподтекамъ, которые мы встрѣаемъ почти у всѣхъ новорожденныхъ: если разорвался сосудъ нѣсколько большаго калибра, или же, если надкостница была очень слабо прикрѣплена къ подлежащей кости, то образуется ясно замѣтная выбливающаяся опухоль.

Поэтому головная гематома образуется и послѣ совершенно нормальныхъ, даже очень легкихъ родовъ. Въ исключительныхъ случаяхъ, по наблюденіямъ *Schroeder*'а и др., она встрѣчается при тазовыхъ и поперечныхъ положеніяхъ младенца, а также при лицевыхъ положеніяхъ, при которыхъ она образуется на затылкѣ.

Наконецъ, кровяная опухоль встрѣчается при трещинахъ головки, возникая вслѣдствіе изліянія крови изъ разорвавшихся при этомъ сосудовъ, и такимъ образомъ она своимъ происхожденіемъ можетъ быть объяснена узкому тазу.

Такъ какъ головная гематома въ большинствѣ случаевъ помѣщается на подлежащей теменной кости и къ тому же сопровождается обыкновенною головною опухолью, болѣе значительною по объему, то ее часто замѣчаютъ лишь на 2-й или 3-й день послѣ рожденія младенца. Но, какъ бы то ни было, и послѣ рожденія она еще нѣкоторое время продолжаетъ увеличиваться. Она имѣетъ характерную напряженно-эластическую консистенцію и окружена въ видѣ кольца рѣзко ограниченными краями, которые вскорѣ становятся твердыми какъ кость. Головная гематома никогда не переходитъ черезъ шовъ, но она можетъ быть обоюдостороннею (*Schroeder* видѣлъ ее даже въ четырехъ мѣстахъ одновременно — на обѣихъ теменныхъ костяхъ, на затылочной и одной изъ височныхъ).

Въ терапевтическомъ отношеніи либо совсѣмъ ничего не предпринимаютъ, либо прокалываютъ опухоль пробнымъ троакаромъ безъ доступа воздуха и накладываютъ давящую повязку. Въ послѣднемъ случаѣ полное исцѣленіе наступаетъ нѣсколько скорѣе ¹⁾.

Болѣе важны тѣ измѣненія формы, которымъ подвер-

¹⁾ См. Hofmann, Arch. f. Kinderheilk. I, p. 9.

гаются при узкомъ тазѣ костный черепъ младенца ¹⁾. Они обусловливаются отчасти тѣмъ, что черепныя кости могутъ заходить одна за другую, а отчасти ихъ гибкостью и въ то же время способностью до нѣкоторой степени сохранять измѣненіе формы, вызванное продолжительнымъ давленіемъ (восковая гибкость, *flexibilitas cerea*). Вслѣдствіе всего этого, головка подъ вліяніемъ потугъ, прижимающихъ ее къ тазовымъ костямъ роженицы, постепенно измѣняетъ свою форму, приспособляя ее къ формѣ тазоваго входа. Первый эффектъ, вызываемый несоразмѣрностью между головкою и тазомъ, состоитъ въ томъ, что отдѣльныя кости черепа заходятъ одна за другую на мѣстѣ швовъ. Такъ какъ головка вступаетъ своимъ поперечнымъ размѣромъ въ укороченную конъюгату, то уменьшеніе ея поперечнаго размѣра путемъ захожденія одной темянной кости за другую (по стрѣловидному шву) именно и представляетъ обычный эффектъ, вызываемый узкимъ тазомъ. Обыкновенно темянная кость, обращенная къзади, т. е. придавленная къ крестцовому мысу, задвигается подъ темянную кость, обращенную впереди. Лобныя кости (на мѣстѣ лобнаго шва) задвигаются одна подъ другую иногда въ томъ же направленіи, какъ темянныя кости по стрѣловидному шву, а иногда и въ обратномъ направленіи, между тѣмъ какъ затылочная кость, на мѣстѣ ламбдовидныхъ швовъ, почти всегда задвигается подъ темянныя.

Вообще, это захожденіе черепныхъ костей одной за другую на мѣстѣ швовъ должно считаться весьма благопріятнымъ измѣненіемъ формы головки, которое, какъ доказано опытомъ, обыкновенно не причиняетъ младенцу никакого вреда, даже когда оно достигаетъ значительной степени, и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до разрыва венозныхъ пазухъ, лежащихъ подъ швами (обыкновенно — продольной пазухи), съ смертельнымъ кровоточеніемъ въ полость черепа.

Измѣненіе формы, обусловленное искривленіемъ черепныхъ костей при плоскомъ тазѣ, происходитъ при передне-темянномъ вставленіи головки обыкновенно такимъ образомъ, что темянная кость, обращенная къзади, уплощается вслѣдствіе давленія крестцоваго мыса, а другая темянная кость, обращенная впереди и вколоченная въ тазовомъ входѣ, становится болѣе выпуклою, такъ что въ экзвивитныхъ случаяхъ форма головки представляетъ значительную асимметрію, рѣзко бросающуюся въ глаза (см. рис. 121). Лобная кость, обращенная къзади, лишь рѣдко бываетъ уплощена при плоскомъ тазѣ, такъ какъ она только въ исключительныхъ случаяхъ проходитъ мимо крестцоваго мыса (уплощеніе ея чаще наблюдается при общесъуженномъ тазѣ).

Уплощеніе какой либо кости черепа очень часто сопровождается

¹⁾ См. Michaëlis, l. c.; R. Barnes, *Obstetr. Tr.*, Vol. VII, p. 171; Olshausen, *Volkman's Samml. klin. Vorträge*. Leipzig 1870, No. 8; Litzmanu, e. l., No. 23, p. 190; Fritsch, *Klin. d. alltäggl. geb. Operationen*. Halle 1880.

незначительными нарушеніями ея цѣлости, въ видѣ трещинъ, направляющихся отъ периферіи данной кости къ точкѣ ея окостенѣнія. Трещины эти, въ большинствѣ случаевъ не влекущія за собою никакихъ вредныхъ послѣдствій, принадлежатъ уже къ настоящимъ поврежденіямъ головки, которыя при узкомъ тазѣ встрѣчаются далеко не рѣдко, и при томъ не только въ костяхъ ея, но и въ мягкихъ частяхъ.

Поврежденія мягкихъ частей головки производятся продолжительнымъ давленіемъ со стороны крестцовога мыса или лоннаго сочлененія. Они образуются только въ томъ случаѣ, если давленіе продолжалось довольно долгое время; поэтому при послѣдующей головкѣ, которая быстро проходитъ чрезъ тазъ, мы никогда ихъ не встрѣчаемъ, хотя бы давленіе и достигало очень сильной степени. Мысль крестцовой кости представляетъ ту часть таза, которая всего болѣе вдается въ его полость, и поэтому онъ чаще всего и производитъ такъ наз. слѣды отъ давленія ¹⁾. Слѣды эти находятся на той темной кости, которая во время родовъ была обращена кзади, и при типическомъ положеніи головки въ плоскомъ тазѣ они помѣщаются обыкновенно въ томъ углу означенной кости, который лежитъ у большаго родничка. Въ указанной области такой слѣдъ отъ давленія имѣетъ обыкновенно круглую или овальную форму, при чемъ распространеніе его по поверхности бываетъ весьма неодинаковымъ въ различныхъ случаяхъ. Кожа представляется или только слегка покраснѣвшею, немного вдавленною, или сильнѣе измѣненною въ цвѣтѣ и окруженною узкимъ краснымъ вѣнчикомъ, или она оказывается темносѣрою или черною вслѣдствіе гангрены. Измѣненія эти, смотря по степени разстройства кровообращенія, могутъ или пройти въ 1—2 дня, не оставивъ никакихъ слѣдовъ, или привести къ поверхностному отслоенію кожицы, или, наконецъ, вызвать демаркаціонное нагноеніе съ отторженіемъ мягкихъ покрововъ черепа до самой кости. Для младенца эти поврежденія сами по себѣ не опасны, но особенно важное значеніе они имѣютъ для опредѣленія механизма родовъ. Если существуетъ только одинъ слѣдъ отъ давленія, то онъ почти всегда соотвѣтствуетъ крестцовому мысу; если же существуютъ два слѣда, то одинъ изъ нихъ соотвѣтствуетъ мысу, а другой — лонному сочлененію или, по крайней мѣрѣ, близко отъ него лежащему мѣсту передней стѣнки таза. Слѣдъ отъ давленія, находящійся въ переднемъ верхнемъ углу темной кости, иногда продолжается въ видѣ красной полоски до височной области. Эта полоска, идущая позади вѣчнаго шва и параллельно ему, имѣетъ въ большинствѣ случаевъ прямое направленіе; рѣже она загибается подъ угломъ, открытымъ впереди (см. стр. 167).

Въ прогностическомъ отношеніи гораздо болѣе важны для младенца

¹⁾ О врожденныхъ дефектахъ кожи головки см.: E. v. Hofmann, Wiener med. Presse. 1885.

поврежденія черепныхъ костей ¹⁾). Изъ нихъ чаще всего встрѣчаются желобоватая вдавленія передняго края темянной кости, прилегающаго къ вѣчному шву. Въ незначительной степени развитія такія вдавленія встрѣчаются очень часто, при чемъ край темянной кости нѣсколько приподнятъ надъ уровнемъ вѣчнаго шва, а ближайшее сосѣднее мѣсто представляется замѣтно вдавленнымъ; рѣже они бываютъ настолько значительны, что въ жолобъ можно почти вложить палець. Въ большинствѣ случаевъ кость бываетъ только загнута; рѣже въ ней происходитъ настоящій надломъ. Сами по себѣ эти загибы не опасны, но могутъ получить серьезное значеніе особенно вслѣдствіе того, что при нихъ часто происходитъ разъединеніе чешуйчатаго шва (см. ниже).

Болѣе опасны для жизни младенца такъ наз. ложкообразныя вдавленія черепныхъ костей. Они встрѣчаются на лобной кости и на темянной, между ея бугромъ и большимъ родничкомъ или вѣчнымъ швомъ ²⁾, образуя глубокія ямки, такъ что самый крутой край спускается со стороны темяннаго бугра. На мѣстѣ надлома той или другой кости, въ упомянутой ямкѣ, часто образуется головная гематома, которая и при всѣхъ другихъ поврежденіяхъ черепа составляетъ весьма обыкновенное явленіе (см. стр. 181). Уголъ поврежденной кости, который обращенъ къ большому родничку, оказывается приподнятымъ, а на остальной периферіи, прилегающей къ черепнымъ швамъ, обыкновенно замѣчается одна или нѣсколько трещинъ. На лобной кости эти вдавленія лишь рѣдко образуются самопроизвольно; чаще всего они здѣсь происходятъ вслѣдствіе неумѣлаго наложенія щипцовъ и форсированнаго извлеченія головки, если лобная кость, проходя мимо крестцоваго мыса, подвергается слишкомъ сильному прижатію. На темянной кости они уже не такъ рѣдко производятся силою однихъ потугъ, но гораздо чаще опять-таки причиною ихъ бываетъ наложеніе щипцовъ, или насильственное ручное извлеченіе послѣдующей головки, особенно если она очень тверда и неподатлива. Предсказаніе при этихъ вдавленіяхъ весьма серьезно, хотя и не безусловно неблагоприятно. Сопоставивъ изъ литературы 65 случаевъ ложкообразныхъ вдавленій, мы нашли, что 22 младенца (34%) родились мертвыми или умирающими, 10 (15,4%) умерли спустя короткое время вслѣдствіе поврежденія черепа, а 33 (50,8%), насколько судьбу ихъ можно было прослѣдить, остались въ живыхъ и, за немногими исключеніями, здоровье ихъ было удовлетворительно. Вдавленіе, въ случаяхъ послѣдней категоріи, можетъ постепенно выровняться, особенно если оно находится на темянной кости, тогда какъ на

¹⁾ См. Köhler, Intrauterine Schädelcompression. Diss. i. Berlin 1869; Hoffmann, Ueber löfelf. Schädelimpress. bei Neugeb. D. i. Halle 1869; Kehler, 14. Jahresbericht der Oberhess. Ges. f. Nat. u. Heilk. VII, p. 141. О ложкообразныхъ вдавленіяхъ, происходящихъ вслѣдствіе большихъ насилій, см.: E. v. Hofmann, Wiener med. Presse. 1885. ²⁾ Neumann (Arch. f. Gyn., V. XIII, p. 273) нашелъ такое вдавленіе между темяннымъ бугромъ и ламбовиднымъ швомъ.

любной оно чаще сохраняется на долгое время и служить легко замѣтнымъ признакомъ тѣхъ опасностей, съ которыми было сопряжено рожденіе младенца.

Изъ другихъ поврежденій черепа особенно важно разъединеніе темянной и височной кости въ чешуйчатомъ швѣ. Оно происходитъ иногда при черепныхъ положеніяхъ, но гораздо чаще — при насильственномъ извлеченіи послѣдующей головки чрезъ суженный тазовой входъ. Очень рѣдко при этомъ обѣ кости бываютъ разъединены такимъ образомъ, что темянная отходитъ кнаружи отъ височной; обыкновенно же онѣ помѣщаются въ одной плоскости, но раздѣлены довольно большимъ промежуткомъ, который выполненъ одною только твердою мозговою оболочкою. Это поврежденіе очень часто становится смертельнымъ вслѣдствіе разрыва венозной пазухи, такъ какъ кровотеченіе изъ нея происходитъ вблизи основанія черепа.

Еще болѣе опаснымъ, въ виду мѣстоположенія, представляется своеобразное отдѣленіе эпифизовъ затылочной кости, которое впервые было описано Schroeder'омъ. Именно, суставные отростки этой кости, вслѣдствіе сжатія ея съ обѣихъ сторонъ, отламываются отъ затылочной чешуи, а иногда даже смѣщаются по ея поверхности. Это поврежденіе чаще происходитъ на послѣдующей головкѣ, рѣже — на предлежащей (но довольно обыкновенно — при извлеченіи ея посредствомъ кефалотриба). Въ значительномъ большинствѣ случаевъ оно становится смертельнымъ, благодаря кровотеченію въ черепную полость, или благодаря непосредственному прижатію продолговатаго мозга.

Кромѣ вышеописанныхъ поврежденій, которыя часто бываютъ результатомъ искусственнаго пособія при родахъ, это послѣднее можетъ вызвать еще и нѣкоторыя другія. Такъ напр., щипцы въ трудныхъ случаяхъ могутъ причинить настоящее раздробленіе черепа, и даже трудное извлеченіе при тазовомъ положеніи младенца можетъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ принести вредъ. Именно, при очень трудномъ извлеченіи образуются иногда поперечные переломы затылочной чешуи въ томъ мѣстѣ, гдѣ находятся *suturae mendosae* ¹⁾). Такой поперечный переломъ происходитъ особенно легко въ томъ случаѣ, если *sut. mendosae* глубоко приникаютъ въ затылочную чешую съ обѣихъ сторонъ ²⁾).

И такъ, мы разсмотрѣли различныя поврежденія черепа, болѣе или менѣе опасныя по своимъ послѣдствіямъ. Необходимо еще замѣтить, что кровотеченія на поверхность головного мозга, если они не слишкомъ значительны, переносятся въ большинствѣ случаевъ хорошо, а безусловно опасными становятся только тогда, когда они имѣютъ мѣсто вблизи основанія черепа.

¹⁾ См. Schroeder: Schw., Geb. und Wochenb. Bonn 1867, p. 125.—²⁾ У перуанцевъ затылочная чешуя еще въ первые мѣсяцы послѣ рожденія совершенно раздѣлена поперекъ на двѣ части, и поэтому верхнюю часть называютъ «os Incae».

Поврежденія туловища происходятъ почти исключительно при ручномъ извлеченіи за тазовой конецъ. Напр., при извлеченіи послѣдующей головки (а въ рѣдкихъ случаяхъ также при извлеченіи подлежащей головки посредствомъ щипцовъ) могутъ быть причинены разрывы волоконъ той грудино-ключично-сосковой мышцы, которая обращена кзади. При этомъ происходитъ экстрavasатъ, который на второй недѣлѣ послѣ рожденія младенца начинаетъ прощупываться въ видѣ твердоватой опухоли. Гематома въ большинствѣ случаевъ и узнается лишь на второй недѣлѣ, когда начинаютъ замѣчать, что головка новорожденнаго постоянно наклонена въ сторону. *Caput obstipum*, повидимому, нерѣдко обуславливается именно этимъ поврежденіемъ *m. sternocleido-mastoidei* ²⁾. Гематома этой мышцы въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчается даже послѣ легкихъ самопроизвольныхъ родовъ. — 0 поврежденіяхъ позвоночника мы уже упоминали (см. вып. I, стр. 299). Переломы ключицы и плеча также иногда встрѣчаются при ручномъ извлеченіи младенца и при освобожденіи ручекъ. Эти послѣднія манипуляціи нерѣдко производятъ также отдѣленіе эпифизовъ въ трубчатыхъ костяхъ конечностей ³⁾.

Еще болѣе неблагоприятны параличи верхнихъ конечностей, которые происходятъ вслѣдствіе разрыва волоконъ *plexus brachialis* при освобожденіи ручекъ. Распознать такой параличъ не трудно, на основаніи полной или неполной потери движеній въ верхней конечности, при отсутствіи какихъ бы то ни было поврежденій въ костяхъ. Онъ требуетъ немедленнаго лѣченія электричествомъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ онъ можетъ остаться навсегда и даже повлечь за собою атрофію всей конечности.

Опасность для младенца при плоскомъ тазѣ наименѣе велика при первыхъ родахъ, а затѣмъ она значительно увеличивается, такъ что первые, вторые и третьи роды еще даютъ живыхъ младенцевъ въ $\frac{1}{2}$ всего числа случаевъ, а при 3-хъ послѣдующихъ родахъ отношеніе это ухудшается почти въ 5 разъ (*Michaëlis*). Причина заключается, во первыхъ, въ функциональномъ ослабленіи матки, которое наступаетъ довольно часто и послѣдствіемъ котораго бывають неправильныя положенія младенца и неудовлетворительныя потуги, а во вторыхъ — въ томъ обстоятельстве, что чѣмъ старше роженица и чѣмъ чаще у нея повторялись роды, тѣмъ болѣе увеличивается поперечный размѣръ головки младенца.

¹⁾ Bohn, Deutsche Klinik 1864, №№ 28 и 52; Fasbender, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., B. II, p. 170; O. Küstner (Centr. f. Gyn. 1886. No. 9) полагаетъ, что гематомы грудино-сосковой мышцы образуются не столько вслѣдствіе вытяженія шеи, сколько вслѣдствіе скручиванія ея.—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, u. Langenbeck's Archiv, B. 31, H. 2; Olshausen, Klin. Beitr. Stuttgart 1884, p. 194.

Терапія при плоскомъ тазѣ.

Литература: Michaelis, l. c.—Schroeder, Schwang., Geb. u. Woch. Bonn 1867, p. 106.—Litzmann, Volkmann's Samml. klin. Vcrrtr., No. 90, и Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884.

Терапія при узкомъ тазѣ вообще зависитъ прежде всего, хотя и не исключительно, отъ степени несообразности его съ величиною младенца. Если дѣло идетъ о самой незначительной степени суженія, при которой длина истинной конъюгаты превышаетъ 9 сантиметровъ (см. стр. 158), то въ такомъ случаѣ, при условіяхъ почти нормальныхъ, рѣдко бываетъ необходимо терапевтическое вмѣшательство, и еслибы даже оказались какія нибудь осложненія родового акта, то они не требуютъ иной терапіи, чѣмъ при нормальномъ тазѣ.

Примѣч. Въ случаяхъ, въ которыхъ несоответствіе между тазомъ и головкою очень незначительно, можно сдѣлать попытку, по примѣру Hofmeier'a ¹⁾, втиснуть головку въ тазовой входъ давленіемъ чрезъ брюшные покровы.

Если же, наоборотъ, существуетъ высшая степень суженія таза, то и въ этомъ случаѣ образъ дѣйствія врача едва ли когда нибудь можетъ оставаться подъ сомнѣніемъ. Если длина конъюгаты менѣе 5-ти сантиметровъ, то единственнымъ средствомъ можетъ быть только кесарское сѣченіе (абсолютное показаніе), такъ какъ извлеченіе даже мертвого младенца чрезъ тазовой каналъ болѣе опасно для матери, чѣмъ эта операція. Но если длина конъюгаты находится въ предѣлахъ между 5,0 и 7,0—7,5 сант., то при мертвомъ младенцѣ показана только краниотомія, а при живомъ вступаетъ съ нею въ конкуренцію кесарское сѣченіе (относительное показаніе къ этой послѣдней операціи). Если мать желаетъ, чтобы младенецъ ради нея былъ принесенъ въ жертву, то слѣдуетъ произвести краниотомію, хотя бы онъ былъ еще живъ; въ противномъ же случаѣ вступаетъ въ свои права кесарское сѣченіе, предпринимаемое для сохраненія жизни младенца.

Примѣч. Врачъ въ подобныхъ случаяхъ, конечно, можетъ имѣть на рожицу сильное вліяніе. Каждый разумный врачъ, руководствуясь непосредственнымъ чувствомъ, будетъ вообще придавать большую цѣну жизни матери, чѣмъ неродившагося еще младенца, въ особенности если у рожицы уже имѣются маленькія дѣти, ради которыхъ необходимо сохранить ее въ живыхъ. Какъ бы то ни было, однако, всегда будутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ сами родители должны особенно дорожить сохраненіемъ младенца. Но врачъ, смотря по своему личному опыту и оперативному искусству, будетъ весьма различно оцѣнивать степень той опасности, съ которою сопряжено кесарское сѣченіе, и онъ вправѣ объяснить родителямъ, насколько, по его мнѣнію, велика эта опасность въ данномъ случаѣ. Можетъ быть, уже не далеко то время, когда мы будемъ имѣть право смотрѣть на кесарское сѣченіе какъ на операцію весьма мало опасную, если рожица не лихорадитъ и если существуетъ возможность оперировать при соблюденіи всѣхъ антисептическихъ предосторожностей.

¹⁾ Hofmeier, Ztschr. f. Gebh. VI, p. 138. См. также Engström, C. f. Gyn. 1885, p. 264.

Существенныя затрудненія при рѣшеніи вопроса относительно терапіи возникаютъ обыкновенно только при среднихъ степеняхъ сѣуженія таза, т. е. при плоскомъ тазѣ въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ длина истинной конъюгаты находится въ предѣлахъ между 7,0 и 9,0 сант. Мнѣнія акушеровъ на этотъ счетъ весьма различны. Относительно поворота при узкомъ тазѣ ¹⁾ авторы распадаются на два лагеря: одни принципиально предпочитаютъ поворотъ, между тѣмъ какъ другіе держатся въ принципѣ того мнѣнія, что при головномъ положеніи младенца несоотвѣтствіе между головою и тазомъ должно быть преодолено естественными силами родового акта.

Примѣч. Только грубымъ незнаемъ всѣхъ условій даннаго вопроса и недостаткомъ критики можетъ быть объяснено то, что нѣкоторые авторы вздумали противопоставлять при узкомъ тазѣ производство поворота наложенію шипцовъ. Schloeder достаточно опровергнувъ эту грубую ошибку въ акушерскихъ воззрѣніяхъ. Если роды происходятъ въ черепномъ положеніи и если это послѣднее не было измѣнено помощію поворота, то всегда нужно прежде всего имѣть въ виду самопроизвольное прохожденіе головки чрезъ сѣуженное мѣсто, а къ щипцамъ обращаться лишь въ рѣдкихъ случаяхъ и съ особенною осторожностью.

James Simpson впервые высказалъ опредѣленно то мнѣніе, что при средней степени несоотвѣтствія между головою и тазомъ послѣдующая головка проходить чрезъ сѣуженное мѣсто легче, чѣмъ предлежащая, такъ какъ въ первомъ случаѣ она сначала вступаетъ въ тазовой входъ меньшею своею окружностью, видѣрясь въ него на подобіе клина. Темныя кости при этомъ, какъ полагаетъ Simpson,

¹⁾ Изъ весьма обширной литературы о поворотѣ при узкомъ тазѣ мы укажемъ только слѣдующія работы: J. F. Oslander, Handb. d. Entb. III, p. 179; J. Simpson, Prov. med. and surg. J. D. 1847, p. 673; Monthly J. of Med. Febr. 1852, p. 135, и Sel. Obst. Works. I. 1871, pp. 393 и 486; Dubreuilhe, Gaz. méd. de Paris. No. 28. 1856; Hohl, Deutsche Klinik 1860, No. 36; Hecker, Kl. d. Geb. I. 1861, p. 101; Walther Franke, Wendung auf die Füße bei engem Becken. Halle 1862; Blot. Gaz. méd. de Paris. No. 29. 1862, и Arch. gén. Juillet 1863; Inglis, Edinb. med. J. Dec. 1864, p. 503; McClintock, 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. Woch., p. 111, и M. f. G., B. 32, p. 162; Schwarlau, 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, No. 44; Barnes, Obst. Op. 2-d ed., p. 224; Fuhrmann, Berl. klin. W. 1868, No. 9 etc.; Poppel, M. f. G., B. 32, p. 200; Ringlout, Dubl. quart. J. of m. sc. Aug. 1868; Hönig, M. f. G., B. 33, p. 255, и Berl. klin. W. 1871, No. 34; Lehmann, Schmidt's Jahrb. 1869, B. CXXXIII, No. 8, p. 188; Wichers, e. l., p. 192; Braxton 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, p. 501, и 1871, p. 17; Borinski, Arch. f. Gyn., B. IV, p. 226; Schatz, e. l., B. V, p. 163; Macdonald, Edinbournh med. Journ. Sept. 1873, p. 214; Cohnstein, Arch. f. Gyn. VII, p. 126; Hildebrandt, Die neue gynaekol. Universitäts-klinik etc. 1876, p. 54; Goodell, Amer. J. of Obstetrics. VIII, pp. 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, pp. 97 и 302; Stewart, e. l. Vol. IX, p. 314; Slingenberg, Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1874; Besselmann, Diss. inaug. München 1876; Matthews Duncan, London Obst. Trans. Vol. XX; G. Winter, Zeitschr. f. Gebh., B. 13, p. 260; Hegner, Diss. inaug. Zürich. 1881.

легче задвигаются одна подъ другую въ стрѣловидномъ швѣ, т. е. головка легче конфигурируется.

Мнѣніе это, безусловно, не совсѣмъ лишено основанія. Однако, указанному преимуществу, котораго нельзя отрицать, можетъ быть противопоставлена та большая невыгода, что послѣдующая головка имѣетъ для своей конфигураціи лишь немного минутъ времени, а если этотъ срокъ пропущенъ, то младенецъ уже не можетъ родиться живымъ. Напротивъ того, конфигурація предлежащей головки можетъ продолжаться въ теченіе многихъ часовъ, не угрожая быстрымъ наступленіемъ опасности для жизни младенца. Если потуги удовлетворительны, то мы видимъ въ самомъ дѣлѣ, что въ теченіе нѣсколькихъ и даже многихъ часовъ, нерѣдко при очень значительномъ несоотвѣтствіи между головкою и тазомъ, достигается такое громадное измѣненіе формы черепа съ уменьшеніемъ его поперечныхъ размѣровъ, каковаго при послѣдующей головкѣ никогда не приходится наблюдать, или которое возможно здѣсь развѣ только съ переломомъ черепныхъ костей.

Но при сколько нибудь значительномъ несоотвѣтствіи между тазомъ и предлежащею головкою очень многое, почти даже все, зависитъ отъ характера потужной дѣятельности. Если потуги удовлетворительны, какъ это бываетъ, напримѣръ, у большинства первородящихъ, то онѣ своею медленною, но неустанною работою могутъ еще преодолѣть такое несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ, которое при послѣдующей головкѣ никогда не могло бы быть преодолено, даже сильнѣйшимъ и самымъ искуснымъ потягиваніемъ, безъ смертельнаго поврежденія черепа. Но если потуги при предлежащей головкѣ неудовлетворительны, то мы не имѣемъ никакой возможности ускорить окончаніе родовъ, не прибѣгнувъ къ повороту или къ краниотоміи, потому что щипцы могутъ быть употреблены въ дѣло только тогда, когда несоотвѣтствіе между тазомъ и головкою уже совершенно или почти совершенно преодолено.

Если несоотвѣтствіе это существуетъ лишь въ умѣренной степени, то, конечно, поворотъ и извлеченіе даютъ хорошіе результаты не только для матери, но и для младенца; однако, и здѣсь также потужная дѣятельность при предлежащей головкѣ обыкновенно приводитъ роды къ благополучному концу. Если же несоотвѣтствіе достигаетъ значительной степени, то для самопроизвольнаго окончанія родовъ при предлежащей головкѣ требуются очень хорошія потуги, безъ которыхъ младенецъ не можетъ пройти живымъ чрезъ суженное мѣсто таза; но и поворотъ въ этихъ случаяхъ даетъ сомнительные шансы, такъ какъ нельзя предвидѣть, установится ли послѣдующая головка въ позиціи благопріятной для ея извлеченія и будетъ ли возможно преодолѣть несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, не прибѣгая къ другимъ средствамъ, кромѣ простаго потягиванія. Какъ бы ни былъ превосходенъ ручной приемъ Veit'a и Smellie, введеніе котораго въ

акушерскую практику значительно улучшило результаты, достигаемые при извлеченіи за ножку, однако нельзя отрицать, что при нѣкоторомъ насиліи оны часто сопровождается чрезвычайно опасными поврежденіями черепа, въ особенности — разъединеніемъ чешуйчатого шва и отломомъ суставныхъ отростковъ затылочной кости, а эти два поврежденія почти безусловно смертельны.

Но поворотъ при значительномъ суженіи таза почти всегда имѣеть для матери одно большое преимущество предъ самопроизвольнымъ теченіемъ родовъ, а именно то, что опаснаго прижатія мягкихъ частей почти никогда при немъ не бываетъ, если оны произведенъ своевременно, такъ какъ ягодицы, по своей мягкости, никогда не могутъ оказывать сильнаго давленія, а послѣдующая головка либо рождается очень быстро, либо объемъ ея въ скоромъ времени уменьшается помощію операціи. А такъ какъ поворотъ, произведенный своевременно и со всѣми антисептическими предосторожностями, представляетъ для матери сравнительно не опасную операцію, то во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуетъ значительное несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ, своевременный поворотъ былъ бы въ интересахъ матери наилучшимъ средствомъ. Но въ интересахъ младенца мы не должны относиться къ дѣлу съ такою односторонностью, тѣмъ болѣе, что, къ счастью, въ большинствѣ случаевъ бываетъ возможно спасти жизнь матери и младенца, вмѣстѣ взятыхъ. Но въ разрѣшеніи вопроса о поворотѣ при узкомъ тазѣ, которое имѣеть въ практикѣ чрезвычайную важность, необходимо руководствоваться не теоретическими соображеніями, а исключительно результатами практическаго опыта. Эти именно результаты, въ связи съ вышеприведенными теоретическими соображеніями, и привели насъ къ тому, что въ производствѣ поворота при узкомъ тазѣ мы руководствуемся слѣдующими показаніями:

Если суженіе таза стоитъ близко къ тому предѣлу, при которомъ еще можетъ родиться живой младенецъ, или, вѣрнѣе сказать, если несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ повидимому едва еще допускаетъ возможность рожденія живаго младенца, то нужно сдѣлать поворотъ какъ можно раньше, во всякомъ случаѣ — не слишкомъ долго послѣ разрыва плоднаго пузыря, а немедленно, какъ только маточный звѣвъ распырлся въ достаточной степени. Такъ какъ младенецъ имѣеть здѣсь вообще мало шансовъ остаться въ живыхъ, то мы и должны больше принимать въ соображеніе интересы матери.

Далѣе, если несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ не совсѣмъ незначительно, то поворотъ умѣстенъ тогда, когда потуги оказываются неудовлетворительными, или когда этого можно ожидать на основаніи предшествовавшихъ родовъ. Такъ какъ роды въ черепномъ положеніи

представляютъ здѣсь мало шансовъ къ благопріятной конфигураціи головки, то мы и должны превратить это положеніе въ тазовое.

Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ, при отсутствіи осложнений, мы должны предварительно выждать, какое дѣйствіе будутъ оказывать потуги. Конечно, и врачъ и роженица должны при этомъ запастись большимъ терпѣніемъ, но за то въ среднемъ выводѣ удастся такимъ образомъ спасти жизнь большому числу младенцевъ, чѣмъ въ томъ случаѣ, если мы будемъ принципиально всегда прибѣгать къ повороту.

Все сказанное до сихъ поръ относится къ повороту, производимому исключительно въ виду существующаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ (профилактическій поворотъ при узкомъ тазѣ). Но мы должны еще выставить на видъ, что очень часто поворотъ становится необходимымъ изъ-за какого нибудь осложнения, — если, напримѣръ, при узкомъ тазѣ существуетъ лицевое положеніе или очень неблагопріятная позиція головки (задне-темянное вставленіе). Равнымъ образомъ предлежаіе плечикомъ и выпаденіе пуповины требуютъ поворота при узкомъ тазѣ гораздо чаще, чѣмъ при нормальномъ. Наконецъ, слишкомъ продолжительные роды въ черепномъ положеніи могутъ вызвать у матери угрожающія явленія (прижатіе мягкихъ частей или повышеніе температуры тѣла), которыя настоятельно требуютъ немедленнаго окончанія родовъ. И въ этихъ случаяхъ тоже умѣстно сдѣлать поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ, если не существуетъ противопоказанія со стороны слишкомъ сильнаго растяженія нижняго сегмента матки.

Если вообще при головныхъ положеніяхъ всего лучше держаться въ большинствѣ случаевъ выжидательно, то еще болѣе нужно остерегаться послѣдшаго и слишкомъ частаго примѣненія щипцовъ.

Щипцы при узкомъ тазѣ вообще неумѣстны и уже очень часто причиняли огромный вредъ, напр. вслѣдствіе того, что головка, стоявшая еще высоко, казалась врачу уже вступившею въ тазъ. Эта ошибка особенно легко является вслѣдствіе того, что головная опухоль часто бываетъ очень велика, а каналъ рахитическаго таза имѣетъ короткую длину. Но прежде всего не слѣдуетъ думать, что щипцы могутъ преодолѣть сколько нибудь значительное несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ. Не говоря уже о томъ, что они почти всегда захватываютъ высоко-стоящую головку въ лобно-затылочномъ размѣрѣ и, слѣдовательно, поперечные размѣры ея, долженствующіе пройти чрезъ конъюгату, скорѣе могутъ только удлиниться, а темяныя кости не имѣютъ возможности задвинуться одна подъ другую, — примѣненіе этого инструмента не можетъ осуществить другаго фактора, участвующаго въ конфигураціи черепа, а именно — не можетъ произвести искривленія черепныхъ костей. Между тѣмъ, безъ помощи этой конфигураціи, несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ, если оно сколько нибудь значительно, не можетъ быть

преодолено иначе, какъ съ переломомъ или вдавленіемъ черепныхъ костей, т. е. преодоленіе его не можетъ быть достигнуто безопаснымъ образомъ.

Щипцы, даже въ рукахъ самаго искуснаго акушера, представляютъ только очень грубый инструментъ при узкомъ тазѣ и никогда не могутъ замѣнить хорошихъ потугъ. Поэтому необходимое предварительное условіе для наложенія щипцовъ заключается въ томъ, чтобы несоотвѣтствіе между головкою и узкимъ тазомъ было уже совершенно или почти совершенно преодолено, т. е., чтобы наибольшая окружность головки стояла уже въ тазовомъ входѣ.

Коль скоро выполнено это условіе, щипцы могутъ быть показаны въ слѣдующихъ случаяхъ: 1) если наступаютъ такіа явленія, которыя требуютъ быстрого окончанія родовъ, въ интересахъ матери или младенца, и 2) если даже и нѣтъ подобныхъ явленій, но дальнѣйшій ходъ родовъ приостановился вслѣдствіе ослабленія потугъ.

Щипцы при узкомъ тазѣ и высоко стоящей головкѣ, если они накладываются только въ указанныхъ нами случаяхъ и при наличности вышеупомянутаго предварительнаго условія, представляютъ средство мало опасное для матери и иногда спасительное для младенца. Единственное практическое затрудненіе состоитъ въ томъ, чтобы опредѣлить, дѣйствительно ли наибольшая окружность головки уже вступила въ тазовой входъ. Для рѣшенія этого вопроса мы должны не только руководствоваться тою частью черепа, которая стоитъ въ проводной линіи таза, но обойти пальцемъ всю доступную часть его периферіи, отъ задней поверхности лоннаго сочлененія до мыса крестцовой кости, и тогда мы можемъ убѣдиться, стоитъ ли наибольшій поперечный размѣръ черепа уже въ конъюгатѣ, или нѣтъ. Важнымъ признакомъ служить и то обстоятельство, если при ощупываніи задней стѣнки таза мы находимъ, что первый крестцовый позвонокъ уже прикрытъ головкою и образовавшеюся на ней родовой опухолью, такъ что его нельзя ощупать надлежащимъ образомъ.

Если врачъ, осторожно руководствуясь вышеприведенными показаніями, рѣшился прибѣгнуть къ щипцамъ, то онъ всегда долженъ помнить, что уровень, на которомъ стоитъ головка, могъ быть опредѣленъ невѣрно и что въ этомъ случаѣ щипцы, быть можетъ, не въ состояніи окончить роды. Попытки извлеченія щипцами никогда не должны быть очень продолжительны, такъ какъ въ этомъ случаѣ онѣ угрожаютъ матери серьезною опасностью. Если 6 или 8 сильныхъ тракцій не дали сколько нибудь замѣтнаго результата, то нужно отказаться отъ дальнѣйшихъ попытокъ и снять щипцы съ головки. Въ интересахъ матери обыкновенно бываетъ необходимо тотчасъ же послѣ этого сдѣлать краниотомию, тѣмъ болѣе, что младенецъ въ подобныхъ случаяхъ всегда погибаетъ.

Если во время родовъ наступаетъ смерть младенца.

которая при узкомъ тазѣ нерѣдко уже очень рано вызывается выпаденіемъ пуповины, то при сколько нибудь значительномъ, но еще преодолимомъ препятствіи должна быть немедленно сдѣлана краниотомія. Если операція эта произведена достаточно рано, прежде еще чѣмъ успѣли пострадать мягкія части матери, и если потуги удовлетворительны, то послѣ перфорации можно предоставить изгнаніе головки естественнымъ силамъ, а въ противномъ случаѣ необходимо прибѣгнуть къ краниокласту.

Опасности, съ которыми сопряжены роды при узкомъ тазѣ, могутъ быть отчасти предотвращены искусственными преждевременными родами. Показанія къ этому были уже достаточно разсмотрѣны въ ученіи объ акушерскихъ операціяхъ.

Обще-равномѣрно-суженный тазъ.

Литература: Н. v. Deventer, l. c., cap. 3. 37.—G. W. Steinjun., Annalen. 3. Stück 1809, p. 23, и Lehre der Geb. I, p. 78.—E. de Haber (Naegeler), Diss. exh. cas. rar. partus etc. Heidelb. 1830.—F. C. Naegeler, Das schräg verengte Becken u. s. w. Mainz 1839, p. 98.—Michaëlis, l. c., p. 135.—Litzmann, l. c., p. 39.—Brandau, Beitr. z. Lehre v. allg. etc. Becken. Marburg 1866.—Ries, Zur Kenntniss des allgem. gleichm. verengten Beckens. D. i. Marburg 1868.—Loehlein, Ueber die Kunsthülfe etc. D. i. Berlin 1870, и Zur Lehre vom durchweg zu engem Becken, Zeitschr. f. Geb. u. Fr., p. 37.—Rumpe, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 10, p. 239.

Историческія замѣчанія: Heinrich van Deventer былъ первый, которому стала извѣстна обще-суженный тазъ. Онъ называетъ его «*pelvis nimis parva*», отличаетъ его отъ плоскаго таза («*pelvis plana*»), знаетъ о тѣхъ опасностяхъ, съ которыми сопряженъ обще-суженный тазъ, и выставляетъ на видъ, что прежде всего здѣсь требуется отъ акушера много терпѣнія, такъ какъ головка, вытягиваясь въ длину, лишь очень медленно вступаетъ въ тазовую полость. Послѣ него эта форма узкихъ тазовъ, если не была совершенно забыта, то, по крайней мѣрѣ, опять стала почти неизвѣстна практическимъ акушерамъ. Dionis и Smellie упоминаютъ вскользь, что она встрѣчается у женщинъ очень низкаго роста, тогда какъ Puzos уже знаетъ, что она бываетъ также у женщинъ высокаго роста и хорошаго тѣлосложенія. Denham, Roederer, Deleurye и др. тоже упоминаютъ о ней въ самыхъ краткихъ словахъ.

Stein'у-младшему принадлежитъ та заслуга, что онъ превосходно оцѣнилъ значеніе обще-суженнаго таза. Онъ знаетъ, что степень укороченія всѣхъ размѣровъ довольно незначительна (хотя, ограничивъ ее всего $\frac{1}{2}$ " , онъ зашелъ слишкомъ далеко), но что эти обще-суженные тазы вліяютъ на родовую актъ сильно, чѣмъ другія формы узкаго таза. Вліяніе это, во первыхъ, чисто механическое, которое можетъ быть уравновѣшено малою величиною головки, а во вторыхъ оно выражается разстройствомъ потужной дѣятельности, такъ что роды при обще-суженномъ тазѣ продолжаютъ очень долго. Naegeler исправилъ нѣкоторыя ошибки, сдѣланныя Stein'омъ: такъ напр., онъ говоритъ, что укороченіе всѣхъ размѣровъ можетъ доходить до 1" и что подобные тазы могутъ встрѣчаться у женщинъ хорошаго тѣлосложенія и выше средняго роста.

Michaëlis описалъ характерный механизмъ родовъ и своеобразное теченіе ихъ при этой формѣ узкаго таза, а Litzmann показалъ, что хотя она и представляетъ нормальный типъ женскаго таза, но отчасти напоминаетъ дѣтскую форму. Результаты Litzmann'a были въ существенныхъ чертахъ подтверждены Ries'омъ (подъ руководствомъ Dohrn'a), который измѣрилъ 31 экземпляръ подобныхъ тазовъ.

Обще-равномѣрно-суженный тазъ представляетъ нормальную форму женскаго таза, но только всѣ діаметры его равномѣрно укорочены. Онъ отличается отъ нормальнаго таза только малою величиною своихъ костей, тогда какъ толщина, строеніе и способъ соединенія ихъ между собою не представляютъ никакой разницы отъ нормальнаго таза. Кости бываютъ или относительно толсты и крѣпки, или нѣсколько тонки и нѣжны, такъ что въ послѣднемъ случаѣ часто получается очень красивый нормальный, но истонченный тазъ. Эти тазы встрѣчаются преимущественно у женщинъ очень низкаго роста, но иногда также у граціозныхъ, стройныхъ, хорошо сложенныхъ женщинъ средняго и даже выше средняго роста.

Хотя во многихъ случаяхъ эти тазы представляются совершенно нормальными, но въ нѣсколько уменьшенномъ масштабѣ, однако они довольно часто напоминаютъ до нѣкоторой степени дѣтскую форму. Отдѣльныя кости нерѣдко бываютъ соединены между собою совершенно такъ же, какъ въ дѣтскомъ тазѣ. Иногда эту дѣтскую форму напоминаютъ еще слѣдующія особенности: уменьшенная ширина крестца, преимущественно его крыльевъ, и менѣе изогнутое направленіе этой кости, которая къ тому же вдается въ полость таза не такъ далеко, какъ



Рис. 122. Обще-равномѣрно-суженный тазъ.

при нормальныхъ условіяхъ. Слѣдовательно, мы имѣемъ дѣло съ такимъ тазомъ, который остановился на ранней ступени своего развитія: отдѣльныя кости его преждевременно прекратили свой ростъ и слишкомъ рано соединились между собою, но все это не помѣшало дѣтскому тазу превратиться въ ту форму, которая свойственна тазамъ взрослыхъ женщинъ. Быть можетъ, при этомъ видѣ обще-суженныхъ тазовъ слишкомъ раннее соединеніе отдѣльныхъ костей представляетъ явленіе первичное, которое уже послѣдовательнымъ путемъ вызываетъ задержку ихъ роста по направленію линіи, перпендикулярной къ поверхности окостенѣнія.

Степень суженія во всѣхъ этихъ случаяхъ можетъ быть различна; наиболѣе значительною она; конечно, становится тогда, когда тазъ не только преждевременно остановился въ своемъ развитіи, но еще и отъ рожденія былъ слишкомъ малъ. Однако, и въ этихъ случаяхъ укороченіе отдѣльныхъ размѣровъ всегда бываетъ меньше 3-хъ сантиметровъ.

Чаще всего прямые размѣры бываютъ укорочены нѣсколько болѣе остальныхъ; суженіе обыкновенно достигаетъ наибольшей степени въ тазовомъ входѣ, и только въ исключительныхъ случаяхъ всего сильнѣе бываетъ суженъ выходъ таза.

Обще-равномѣрно-суженные тазы встрѣчаются несравненно рѣже плоскихъ тазовъ, суженныхъ только въ конъюгатѣ. Для Германіи, по

крайней мѣрѣ, это составляетъ общее правило. По наблюденіямъ Р. Müller'a ¹⁾, полукретины въ Бернѣ даютъ необыкновенно большой контингентъ обще-сѣуженныхъ тазовъ; однако, и въ Базелѣ, гдѣ не существуетъ кретинизма, обще-равномѣрно-сѣуженные тазы встрѣчаются, по Goepner'у ²⁾, поразительно часто.

Примѣч. Въ виду относительной рѣдкости этихъ тазовъ мы приведемъ здѣсь нѣкоторые казуистическія указанія. Подобные случаи описаны Naegele ³⁾, Martin'омъ ⁴⁾ (Fleischmann сдѣлалъ модель этого таза изъ papier-maché), Michaelis'омъ ⁵⁾, Schmidt'омъ ⁶⁾, Lamb'емъ ⁷⁾, Hübner'омъ ⁸⁾ (во второмъ изъ его случаевъ былъ сѣуженъ преимущественно выходъ таза), Гугенбергеромъ ⁹⁾, Porrelet'емъ ¹⁰⁾, Schroeder'омъ ¹¹⁾, Kleinwächter'омъ ¹²⁾ и Kogmanп'омъ ¹³⁾ (этотъ случай былъ осложненъ косымъ сѣуженіемъ таза).

На рис. 122-мъ изображенъ очень красивый тазъ подобнаго рода, изъ Боннской коллекціи; онъ имѣетъ слѣдующіе размѣры (см. вып. I, стр. 6):

	Прямой размѣръ	Поперечный размѣръ
Входъ таза	9 сант. (100)	11 ¹ / ₄ сант. (125)
Полость >	11 > (122)	11 ¹ / ₂ > (128)
Выходъ >	10 ¹ / ₄ > (113)	10 > (111).

Восьмимѣсячный младенецъ былъ извлеченъ щипцами; мать умерла отъ эклампси.

Кромѣ этой обыкновенной формы обще-равномѣрно-сѣуженнаго таза, встрѣчаются еще, хотя и несравненно рѣже, такъ называемые тазы карлицъ (pelvis nana). Они имѣютъ форму дѣтскаго таза въ періодѣ развитія половой зрѣлости, но представляютъ еще и второй изъ главныхъ признаковъ дѣтскаго таза, а именно — отсутствіе костнаго соединенія между отдѣльными костями въ вертлужной впадинѣ и въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи. Слѣдовательно, тазы карлицъ фактически ничѣмъ не отличаются отъ дѣтскаго таза. Эта форма встрѣчается только у женщинъ необыкновенно малаго роста. На рис. 123-мъ изображенъ такой тазъ, описанный Leisinger'омъ.



Рис. 123. Тазъ карлицы* (по Leisinger'у).

Примѣч. Тазы карлицъ описаны Naegele ¹⁴⁾, Michaelis'омъ ¹⁵⁾, Гугенбергеромъ ¹⁶⁾, Levy ¹⁷⁾, Загорскимъ ¹⁸⁾ (тазъ, сѣуженный преимущественно въ конъюгатахъ), Нескег'омъ ¹⁹⁾, Kleinwächter'омъ ²⁰⁾ и Closmaden'омъ ²¹⁾ (ростъ 97 сантиметровъ).

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. X, p. 406; B. XVI, p. 155.—²⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. VII, p. 314.—³⁾ l. c., p. 100.—⁴⁾ Zur Gynaek. H. 1. Jena 1848, p. 142.—⁵⁾ l. c., p. 136.—⁶⁾ Verh. d. Berl. geb. Ges. IV, p. 33.—⁷⁾ Prager Vierteljahrsschr., B. XXXV, 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, случаи 1—45 (въ случаяхъ 3, 17, 23, 27, 33, 37 и 38-мъ приведены точные размѣры скелетированныхъ тазовъ).—¹⁰⁾ M. f. G., B. 28, p. 225.—¹¹⁾ Schw., Geb. u. Woch., p. 75.—¹²⁾ Prager Vierteljahrsschr. 1870, B. III, p. 117.—¹³⁾ Arch. f. Gyn., B. VI, p. 472.—¹⁴⁾ l. c., p. 101.—¹⁵⁾ l. c., p. 133.—¹⁶⁾ l. c., p. 81 (случай 11-й).—¹⁷⁾ Schmidt's Jahrb. 1861, B. CXI, p. 315.—¹⁸⁾ M. f. G., B. 31, p. 57.—¹⁹⁾ Bericht über 1868. Sep.-Abdr., p. 10.—²⁰⁾ Prager Viertelj. 1872, B. III, p. 94.—²¹⁾ Ann. de Gyn. 1874. II, p. 58.

Обладательницы нѣкоторыхъ изъ этихъ тазовъ были недоразвиты физически и умственно, съ рудиментарнымъ состояніемъ половыхъ органовъ. Подобные случаи описаны Naegle¹⁾, Lerche²⁾, Leisinger'омъ³⁾, Konig'омъ⁴⁾, Schnurger'омъ⁵⁾ (осложненіе англійскою болѣзью) и Springer'омъ⁶⁾.

Можетъ ли обще-равнобѣрно-суженный тазъ зависѣть иногда отъ англійской болѣзни, это еще подлежитъ сомнѣнію (случай, описанный до сихъ поръ, весьма немногочисленны).

Одинъ изъ самыхъ извѣстныхъ тазовъ подобнаго рода, не отдѣленный отъ остального скелета, имѣется въ коллекціи Боннскаго родильнаго дома. Онъ описанъ и представленъ на рисункѣ въ диссертациі Korten'a⁷⁾. Размѣры его слѣдующіе (см. выш. I, стр. 6):

	Прямой размѣръ	Поперечный размѣръ
Входъ таза	8 сант. (100)	10 ³ / ₄ сант. (128)
Полость »	10 ¹ / ₄ » (128)	9 ¹ / ₄ » (115,6)
Выходъ »	9 ¹ / ₂ » (118,7)	7 » (87,5).

Въ коллекціи Мюнхенскаго родильнаго дома также имѣется обще-суженный тазъ, въ которомъ крылья подвздошныхъ костей чрезвычайно малы, такъ что рахитическое происхожденіе этого таза представляется несомнѣннымъ. Размѣры его слѣдующіе:

	Прямой размѣръ	Поперечный размѣръ
Входъ таза	8 ³ / ₄ сант. (100)	11 ¹ / ₂ сант. (138)
Полость »	9 ¹ / ₂ » (115)	10 » (119)
Выходъ »	10 ³ / ₄ » (130)	9 ³ / ₄ » (118).

Теченіе родовъ при обще-равнобѣрно суженномъ тазѣ.

На положеніе и членорасположеніе плода обще-равнобѣрно-суженный тазъ вліяетъ далеко не въ такой степени, какъ плоскій тазъ. Младенецъ въ большинствѣ случаевъ находится въ черепномъ положеніи и сохраняетъ свое нормальное членорасположеніе, а выпаденіе пуповины встрѣчается здѣсь не многимъ чаще, чѣмъ при нормальномъ тазѣ.



Рис. 124. Вступленіе головки въ обще-равнобѣрно-суженный тазъ.

Вступленіе головки въ тазъ характеризуется тѣмъ, что малый родничекъ сильно опущенъ, а стрѣловидный шовъ, еще при высоко-стоящей головкѣ, въ большинствѣ случаевъ стоитъ очень близко къ прямому размѣру таза. Встрѣчаются, однако, и другія позиціи головки. Но, какъ бы то ни было, когда потуги оказали свое дѣйствіе, малый родничекъ оказывается сильно опущеннымъ, потому что головка при общемъ суженіи таза всегда задерживается надъ тазовымъ входомъ по всей его окружности, и это

¹⁾ l. c., p. 106.—²⁾ De pelvi in transv. ang. Halis 1845.—³⁾ Diss. Tübingen 1847.—⁴⁾ Diss. Marburg 1855.—⁵⁾ D. i. Stuttgart 1842.—⁶⁾ Prager. med. Viertelj. 1872. 4, p. 6.—⁷⁾ De pelvi ubique justo minore. D. i. Bonnæ 1853; см. также: Schroe-dler, Schw., Geb. u. Wochenbett, p. 77.

препятствие дѣйствуетъ сильнѣе на сторонѣ лба, соответствующей болѣе длинному плечу рычага. Такимъ образомъ малый родничекъ при сильномъ суженіи таза прощупывается приблизительно въ проводной линіи.

Если полость таза и его выходъ не сужены, то малый родничекъ, стоявшій необыкновенно низко, принимаетъ опять свое нормальное положеніе, и дальнѣйшій механизмъ родовъ становится совершенно нормальнымъ; если же равномерное суженіе распространяется и на полость таза, и на его выходъ, то малый родничекъ остается сильно опущеннымъ, такъ что при прорѣзываніи головки онъ появляется наружу изъ-за уздечки большихъ губъ, а не изъ-подъ лонной дуги, какъ это бываетъ обыкновенно.

Роды обыкновенно бываютъ очень продолжительны. Этому способствуютъ различныя причины, и прежде всего то обстоятельство, что прохожденіемъ головки чрезъ тазовой входъ еще не устранены всѣ затрудненія, какъ при плоскомъ тазѣ, а наоборотъ, поступательное движеніе головки еще и затѣмъ часто встрѣчаетъ весьма значительныя препятствія, такъ что она медленно вступаетъ въ тазъ, а проходить чрезъ него еще медленнѣе.

Другая причина заключается въ томъ, что потужная дѣятельность при обще-равномерно-суженномъ тазѣ обыкновенно оставляетъ многого желать. Даже у первородящихъ здѣсь нерѣдко наблюдается первичная слабость потугъ.

Мѣстное прижатіе, которому подвергается въ плоскомъ тазѣ нижній сегментъ матки со стороны крестцового мыса и лоннаго сочлененія, вызываетъ, какъ кажется, болѣе сильную потужную дѣятельность, чѣмъ всестороннее прижатіе его въ равномерно-суженномъ тазѣ. Возможно также, что при этой послѣдней формѣ чаще встрѣчается недостаточное развитіе мускулатуры матки (недоразвитіе всѣхъ половыхъ органовъ).

Распознаваніе обще-равномерно-суженнаго таза затруднительно, такъ какъ форма этого послѣдняго совершенно нормальна, — и единственнымъ, легко констатируемымъ признакомъ оказывается укороченіе конъюгаты. Хотя и поперечный размѣръ входа также укороченъ, однако непосредственному измѣренію онъ не доступенъ, а величина наружныхъ поперечныхъ размѣровъ не можетъ дать о немъ вполне вѣрнаго представленія. Но если эти послѣдніе, при нормальномъ изгибѣ подвздошныхъ гребешковъ, оказываются значительно ниже среднихъ цифръ, то въ такомъ случаѣ вѣроятно, что и поперечные размѣры таза точно также укорочены. Введя во влагалище нѣсколько пальцевъ и ощупавъ ими всю полость таза, мы получаемъ, при нѣкоторомъ навыкѣ, довольно вѣрное понятіе о величинѣ таза въ поперечномъ направленіи. Если при этомъ головка проходитъ чрезъ тазъ съ сильно опущеннымъ малымъ родничкомъ, то позволительно заключить, что тазъ равномерно суженъ.

Обще-равномерно-суженный тазъ довольно существенно отличается

отъ плоскаго таза по тѣмъ послѣдствіямъ для матери, съ которыми сопряжены при немъ роды. Давленіе на мягкія части производится здѣсь не исключительно въ одномъ узкомъ мѣстѣ тазоваго входа, такъ что свищи и гангрена вслѣдствіе прижатія при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ наблюдаются гораздо рѣже. Но за то при немъ производится всестороннее прижатіе маточной шейки, которое вызываетъ опуханіе зѣва, въ рѣдкихъ случаяхъ—даже всей стѣнки влагалища, а такое обширное прижатіе влечетъ за собою опасности, о которыхъ мы уже говорили. Наконецъ, серьезныя поврежденія нерѣдко производятся акушерскими операціями, которыя часто бываютъ здѣсь сопряжены съ большими трудностями.

То же самое можно сказать о послѣдствіяхъ по отношенію къ младенцу. Слѣды отъ давленія и гангрена наружныхъ покрововъ головки встрѣчаются рѣже, чѣмъ при плоскомъ тазѣ. Если существуютъ слѣды отъ давленія, то, благодаря сильному опущенію затылка, они находятся въ большинствѣ случаевъ на лобной кости, обращенной къзади. О вдавленіяхъ черепныхъ костей можно сказать то же самое: такъ какъ лобная кость, обращенная къзади, всего болѣе подвержена прижатію со стороны крестцоваго мыса, и такъ какъ между тѣмъ она очень мало податлива, то и вдавленія образуются не особенно легко. Полоски, вызванныя прижатіемъ, и слѣды отъ давленія на двухъ сторонахъ головки почти никогда не встрѣчаются.

Что касается захожденія черепныхъ костей, то оно всего сильнѣе выражено на затылочной, которая заходитъ далеко подъ темянныя кости. Эти послѣднія надвигаются больше на затылочную кость, чѣмъ одна на другую. Уплощеніе той стороны головки, которая обращена къзади, часто бываетъ всего болѣе выражено на лобной кости. Головная опухоль во время родовъ часто очень быстро достигаетъ значительной величины.

Терапія при обще-равномѣрно-сѣуженномъ тазѣ еще менѣе, чѣмъ при плоскомъ, должна основываться на производствѣ поворота, такъ какъ извлеченіе послѣдующей головки можетъ оказаться довольно затруднительнымъ. Накладываніе щипцовъ на головку, еще стоящую надъ тазовымъ входомъ, имѣетъ противъ себя тѣ же самыя соображенія, какъ при плоскомъ тазѣ, да и въ то время, когда головка уже вступила въ тазъ, щипцы далеко не представляютъ вѣрнаго средства для преодолѣнія пренятствія. Поэтому не слѣдуетъ слишкомъ форсировать попытки извлеченія щипцами, и еслибы младенецъ умеръ въ это время, то нужно тотчасъ же снять щипцы и сдѣлать прободеніе головки.

Обще-суженный плоскій или обще-неравномерно-суженный тазъ.

Эта форма таза почти всегда бывает обусловлена рахитомъ ¹⁾. Въ такомъ случаѣ мы находимъ всѣ характерныя особенности рахитическаго таза, выраженыя чрезвычайно ясно; но кости до такой степени атрофированы и такъ сильно отстали въ своемъ ростѣ, что при преимущественномъ укороченіи конъюгаты довольно значительно укорочены также поперечные размѣры, по крайней мѣрѣ—въ тазовомъ входѣ. Особенно уменьшены крылья подвздошныхъ костей. Довольно вѣроятно, что эта форма таза возникаетъ тогда, когда рахитъ появился очень рано и въ весьма сильной степени, но затѣмъ скоро окончился полнымъ сращеніемъ отдѣльныхъ костей между собою. Въ другихъ случаяхъ, однако, поперечное суженіе рахитическаго таза, не въ анатомическомъ, а въ акушерскомъ смыслѣ, обусловливается тѣмъ, что мысъ крестцовой кости вдается до поперечнаго размѣра тазоваго входа, раздѣляя его на двѣ части. Въ такомъ случаѣ роды могутъ совершиться только въ другомъ, меньшемъ размѣрѣ таза, лежащемъ болѣе впереди.



Рис. 125. Обще-неравномерно-суженный рахитическій тазъ.

Примѣч. Тазъ, представленный на рис. 125-мъ, находится въ коллекціи Боннскаго родильнаго дома, вмѣстѣ съ принадлежащимъ къ нему скелетомъ, чрезвычайно изуродованнымъ вслѣдствіе рахита. Онъ отличается двойнымъ мысомъ. Конъюгата, идущая къ верхнему мысу, равна 8,25 сант., а къ нижнему — только 7,25 сант. Размѣры этого таза (см. вып. I, стр. 6) слѣдующіе:

	Прямой размѣръ.	Поперечный размѣръ.
Входъ таза	7,25 сант. (100)	11,75 сант. (162)
Полость »	8,5 » (117,2)	9,75 » (134,5)
Выходъ »	9,25 » (127,6)	7,75 » (106,9)

Кромѣ рахитическаго обще-неравномерно-суженнаго таза, очень рѣдко встрѣчается еще и не-рахитическая форма, на которую впервые обратилъ вниманіе Michaëlis, а затѣмъ—Schroeder. Она зависитъ, вѣроятно, отъ малой величины всѣхъ костей таза, при одновременномъ уплощеніи его свади напередъ.

Теченіе родовъ при обще-неравномерно-суженномъ тазѣ.

Этотъ тазъ представляетъ соединительное звено между тазами плоскими и обще-равномерно-суженными, такъ что теченіе родовъ при немъ имѣетъ иногда больше сходства съ теченіемъ ихъ при первой изъ этихъ двухъ формъ, а иногда—съ теченіемъ ихъ при второй.

Разсматриваемый тазъ заслуживаетъ особеннаго вниманія со стороны

¹⁾ Michaëlis, l. c., p. 132; Litzmann, l. c., p. 55; Halbey, Zur Kenntniss des platten Beckens. D. i. Marburg 1869.

практическаго акушера, такъ какъ большія затрудненія родоваго акта, неожиданно появляющіяся при плоскомъ тазѣ, очень часто бываютъ обусловлены тѣмъ, что и поперечный размѣръ имѣетъ не совсѣмъ нормальную величину.

Точно установить отношеніе между конъюгатою и поперечнымъ размѣромъ весьма трудно. Для этого очень важно наблюдать за механизмомъ родовъ, который въ одно и то же время соединяетъ въ себѣ особенности, свойственныя какъ плоскому, такъ и обще-равномерно-суженному тазу. Чѣмъ болѣе укорочена конъюгата въ сравненіи съ поперечнымъ размѣромъ, тѣмъ болѣе позиція головки становится похожею на ту, которая наблюдается при плоскомъ тазѣ; наоборотъ, чѣмъ болѣе укороченъ поперечный размѣръ, тѣмъ болѣе она приближается къ той, которая свойственна равномерно-суженному тазу. Обыкновенно позиція головки въ одно и то же время представляетъ особенности, свойственныя обоимъ видамъ: головка упорно занимаетъ поперечное положеніе, какъ при плоскомъ тазѣ, и затылокъ стоитъ очень низко, какъ при равномерно-суженномъ тазѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при дальнѣйшемъ поступательномъ движеніи головки, попеременно опускается то малый, то большой родничекъ, такъ что головка вслѣдствіе этого можетъ оставаться въ поперечномъ направленіи до самаго выхода таза.

Спондилолистетическій тазъ.

Литература: Rokitan sky, Oesterr. med. Jahrb. V. XIX. 1839, p. 202.—Spraeth, Zeitschr. d. Ges. d. Wiener Aerzte. 10. Jahrg. 1. Bd. 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. s. etc. Bonnae 1853, и Schild. neuer Beckenf. etc. Mannh. 1854.—Breslau, Scanzoni's Beitr. 1855, B. II, и M. f. G., B. 18, p. 411.—Lamb l, Scanzoni's Beitr., B. III, p. 2, и Centr. f. Gyn. 1885, No. 23.—Olshausen, M. f. G., B. 22, p. 301.—Breisky, Arch. f. Gynaek., B. 9, H. 1.—F. L. Neugebauer, Zur Entwicklungsgeschichte des spondylolisthet. Beckens etc. 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.—S. Thomas, Nederl. tijdschr. v. G. 1885. Th. II.—Lombard, C. f. G. 1885, p. 798.

Историческія замѣчанія. Rokitan sky былъ первый, который описалъ два подобныхъ таза съ анатомической точки зрѣнія [въ руководствѣ Herbiniaux ¹⁾ сообщенъ 1 случай родовъ, гдѣ, по всей вѣроятности, дѣло шло о спондилолистетическомъ тазѣ, хотя онъ и былъ принятъ за рахитическій]. Въ одномъ изъ случаевъ Rokitan sky'аго неуклюжій исполнискій тазъ ²⁾ былъ случайно найденъ при анатомическомъ вскрытіи, а второй тазъ клинически описанъ Spraeth'омъ. Третій, такъ наз. Пражскій тазъ описанъ сначала Kiwisch'емъ, затѣмъ Seyfert'омъ и еще подробнѣе Kilian'омъ. Послѣдній описалъ также четвертый, такъ наз. Падерборнскій тазъ.

Число относящихся сюда тазовъ постепенно стало нѣсколько увеличиваться въ послѣднее время, особенно благодаря F. L. Neugebauer'у, такъ что теперь намъ извѣстны, въ общей сложности, 17 тазовъ, описанныхъ анатомически, и 28 тазовъ,

¹⁾ Traité sur div. acc. Brux. 1772 T. I, p. 349.—²⁾ Lamb l, l. c., p. 25.

наблюдавшихся клинически. Neugebauer'у принадлежит и та заслуга, что онъ тщательно изучилъ и вполне вѣрно разъяснилъ этиологическія условія подобныхъ тазовъ, а также съ большою настойчивостью изслѣдовалъ всё вообще обстоятельства имѣющія отношеніе къ спондилолистезу.

Измѣненіе таза заключается существенно въ томъ, что нижняя поверхность послѣдняго поясничнаго позвонка, соскользнувшая съ перваго крестцоваго, отчасти свободно вдается въ тазъ, но отчасти еще покоится на верхней поверхности перваго крестцоваго позвонка, или нижняя поверхность его, а иногда даже задняя, лежитъ на передней поверхности крестца. Это смѣщеніе происходитъ постепенно, такъ что межпозвоночный хрящъ атрофируется, и тѣла обоихъ позвонковъ, вслѣдствіе взаимнаго тренія, значительно измѣняютъ свою форму. Часто образуется костное сращеніе между обоими позвонками, такъ что дальнѣйшее соскальзываніе приостанавливается. Благодаря тому, что поясничная часть позвоночника опускается въ малый тазъ, послѣдній болѣе или менѣе значительно суживается въ прямомъ размѣрѣ. Длина истинной конъюгаты, разумѣется, уже не можетъ здѣсь имѣть никакого значенія, такъ какъ мыслъ крестцовой кости замѣненъ, въ акушерскомъ смыслѣ, тою частью поясничной области позвоночника, которая лежитъ всего ближе къ верхнему внутреннему краю лоннаго сочлененія. Это мѣсто можетъ соответствовать нижнему краю 4-го, 3-го или даже 2-го поясничнаго позвонка. Степень суженія обыкновенно бываетъ очень значительна: акушерская конъюгата мацерированнаго таза въ большинствѣ случаевъ имѣла въ длину всего $5-7\frac{3}{4}$ сант.



Рис. 126. Спондилолистетическій тазъ, описанный Breslau.

Но это укороченіе прямого размѣра тазоваго входа составляетъ не единственное измѣненіе, которому подвергается тазъ. Самый тазъ измѣняется подобно тому, какъ при кифозѣ. Именно, такъ какъ позвоночникъ, а вмѣстѣ съ нимъ вся тяжесть туловища, опускается въ тазъ, то центръ тяжести долженъ былъ бы перемѣститься впереди, если бы это не уравновѣшивалось уменьшеннымъ наклоненіемъ таза, которое составляетъ здѣсь почти постоянное явленіе. Но смѣщенная поясничная часть позвоночника производитъ давленіе на верхній конецъ крестцовой кости по направленію къзади, такъ что основаніе крестца раздвигаетъ обѣ заднія подвздошныя ости, а верхушка копчика болѣе вдается въ тазъ. Вслѣдствіе этого прямой размѣръ тазоваго выхода нѣсколько укорачивается, тогда какъ истинная конъюгата (разстояніе между лоннымъ сочлененіемъ и верхнимъ краемъ перваго крестцоваго позвонка) удлиняется. Поперечные размѣры, по направленію къ тазовому выходу, все болѣе и болѣе уменьшаются вслѣдствіе сближенія сѣдалищныхъ бугровъ, которое зависитъ, во-первыхъ, отъ раздвиганія подвздош-

ныхъ костей въ ихъ верхнихъ частяхъ, а во-вторыхъ — отъ притяженія со стороны подвздошно-бедренныхъ связокъ (*ligg. ilio-femoralia*), сильно натянутыхъ вслѣдствіе уменьшеннаго наклоненія таза. Это укороченіе поперечнаго размѣра тазоваго выхода въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигало очень значительной степени. Во второмъ изъ случаевъ, описанныхъ *Breslau*, наблюдалось еще одно послѣдствіе поворота крестцовой кости, а именно — чрезмѣрная подвижность въ сочлененіяхъ таза.

Примѣч. Что касается причины этой аномаліи таза, то прежде всего нужно помнить, что крѣпкая связь между поясничною частью позвоночника и крестцовой костью обусловлена не межпозвоночнымъ хрящемъ, а взаимнымъ положеніемъ ихъ сочленовныхъ отростковъ. Именно, нижній сочленовный отростокъ 5-го поясничнаго позвонка захватываетъ сочленовный отростокъ крестца такимъ образомъ, что не можетъ соскользнуть впередъ. И дѣйствительно, при спондилолистезѣ соскальзываетъ впередъ не весь 5-й поясничный позвонокъ, а только тѣло его съ верхнимъ сочленовнымъ отросткомъ, тогда какъ нижній сочленовный и остистый отростки остаются на своихъ мѣстахъ. Очевидно, что это возможно только путемъ нарушенія цѣлости позвоночной дуги, которое, по превосходнымъ изслѣдованіямъ *Neugebauer'a*, можетъ быть основано или на врожденномъ спондилолизѣ, т. е. на отсутствіи окостенѣнія въ позвоночной дугѣ, или на приобретенномъ переломѣ этой послѣдней. И въ томъ, и въ другомъ случаѣ, когда тѣло позвонка соскальзываетъ впередъ, обѣ части позвоночной дуги сильно расходятся въ стороны. Но сочленовные отростки крестцовой кости могутъ и отломиться, такъ что, по крайней мѣрѣ — вначалѣ, весь 5-й поясничный позвонокъ перемѣщается впередъ вмѣстѣ съ сочленовными отростками крестца.

Распознаваніе можетъ показаться легкимъ, въ виду сильнаго lordоза поясничной части позвоночника и выпячиванія ея въ малый тазъ. Однако, оба эти признака, въ совершенно такомъ же видѣ, встрѣчаются въ случаяхъ сильнаго рахита, и даже при внутреннемъ изслѣдованіи бываетъ иногда очень трудно опредѣлить, зависитъ ли выпячиваніе подъ крестцовымъ мысомъ отъ загиба крестцовой кости или отъ смѣщенія поясничной части позвоночника. Поэтому *Breisky* обращаетъ вниманіе на то, что въ первомъ случаѣ съ обѣихъ сторонъ сильно выпяченнаго мыса прощупываются крылья крестцовой кости, тогда какъ при спондилолистезѣ вдается въ тазовой входъ одно только тѣло позвонка, безъ крыльевъ. Но всякое сомнѣніе должно исчезнуть при ближайшемъ осмотрѣ всего тѣла. Рахитъ сопровождается характерными измѣненіями скелета, тогда какъ при спондилолистезѣ бросается въ глаза чрезвычайно своеобразная форма туловища (обстоятельство, на которое впервые обратилъ вниманіе *Breisky*). При очень маломъ наклоненіи таза и правильномъ строеніи грудной клѣтки и конечностей сильно бросается въ глаза укороченіе живота, который какъ будто уходитъ въ промежутокъ между обоими подвздошными гребешками, далеко отстоящими другъ отъ друга. Въ самомъ дѣлѣ, наружная форма таза, напоминающая кифотическій тазъ, и сильное выпячиваніе мыса, вдающагося въ тазовой входъ, должны обезпечивать вѣрное распознаваніе и развѣ

только могут оставлять сомѣнія относительно «*pelvis obtectae*». Neugebauer обратилъ еще вниманіе на характерные слѣды стопы, оставляемые при хожденіи больной.

Очень важное значеніе можетъ имѣть еще и то обстоятельство, что, благодаря соскользнувшему позвоночнику, мѣсто раздвоенія брюшной аорты опускается очень низко, такъ что сама аорта или, по крайней мѣрѣ, каждая изъ двухъ общихъ подвздошныхъ артерій становится доступною для пальца ¹⁾).

Предсказаніе во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ суженіе таза сколько нибудь значительно, должно считаться весьма серьезнымъ, и, какъ бы то ни было, оно всегда болѣе неблагоприятно, чѣмъ при рахитическомъ тазѣ съ конъюгатю одинаковой длины. Дѣло, именно, въ томъ, что суженіе спондилолистетическаго таза не ограничивается короткимъ пространствомъ, а начинается еще въ большемъ тазу, вслѣдствіе лордоза поясничной части позвоночника, и не прекращается книзу отъ самаго узкаго мѣста, а продолжается еще и въ полость таза. Кромѣ того, нужно еще имѣть въ виду суженіе тазоваго выхода.

Терапія существенно зависитъ отъ степени суженія. Если входъ таза суженъ очень значительно, то единственно рациональнымъ средствомъ представляется кесарское сѣченіе. Случай, описанный Breslau (конъюгата $7\frac{3}{4}$ сант.) въ этомъ отношеніи весьма поучителенъ, такъ какъ роженица, у которой не было сдѣлано кесарское сѣченіе, умерла не разрѣшившись. Но суженіе таза не всегда достигаетъ столь значительной степени. Поэтому необходимо возможно точнѣе опредѣлять наименьшее разстояніе между лоннымъ сочлененіемъ и поясничною частью позвоночника, оцѣнивая степень суженія нѣсколько болѣе серьезно, чѣмъ при рахитическомъ тазѣ.

Тазъ, уплощенный вслѣдствіе вывиха обоихъ тазобедренныхъ суставовъ.

Литература: Gurlt, Ueber einige etc. Missstaltungen des m. Beckens. Berlin 1854, p. 31.—Fabbri, Descrizione di una pelvi obliqua-ovale etc. Bologna 1861.—Guéniot, Des luxations coxo-fémorales etc. Paris 1869.—Sassmann, Arch. f. Gyn. V, p. 241.—Kleinwächter, Prager Viertelj. 1873, B. II и III, p. 163.—Küstner, Sitzungsber. d. Jenaischen Ges. f. M. u. N. 24, Mai 1878.—Fischer, Arch. f. Gyn., B. 25, p. 337.—Krukenberg, e. l., p. 253.

При врожденномъ вывихѣ обоихъ тазобедренныхъ суставовъ тазъ представляетъ слѣдующія измѣненія:

Наклоненіе таза необыкновенно увеличено. Крылья подвздошныхъ костей стоятъ болѣе отвѣсно.

Крестцовая кость далеко выступаетъ впередъ, такъ что поперечное растяженіе таза ненормально велико, и онъ представляется уплощеннымъ

¹⁾ Olshausen, l. c.

спереди назадъ. Поперечный размѣръ тазоваго выхода чрезвычайно великъ, тогда какъ прямой размѣръ его укороченъ.

Измѣненія эти обусловлены, вопервыхъ, измѣненнымъ положеніемъ вывихнутыхъ бедеръ, которыя своимъ давленіемъ придаютъ подвздошнымъ костямъ болѣе отвѣсное направленіе, а вслѣдствіе потягиванія со стороны мышцъ вызываютъ поперечное расширеніе тазоваго выхода, вторыхъ — тѣмъ, что вывихъ мѣшаетъ дѣтямъ своевременно научиться ходить: они проводятъ первые годы жизни въ сидячемъ положеніи, и такъ какъ нормальное противодавленіе со стороны бедеръ отсутствуетъ, то вслѣдствіе этого развивается болѣе значительное уплощеніе таза (см. вып. I, стр. 14).

Чрезвычайно большое наклоненіе таза обусловлено отчасти сильнымъ вытяженіемъ *ligg. ilio-femoralium* и *m. ilio-psoatis*, которое производится вывихнутыми бедрами, но отчасти и тѣмъ, что, вслѣдствіе вывиха, подпирающая линія туловища перемѣщается кзади, такъ что для возстановленія равновѣсія образуется лордозъ поясничной части позвоночника.

Въ акушерскомъ отношеніи этотъ тазъ имѣетъ приблизительно такое же значеніе, какъ рахитическій, при той же длинѣ истинной конъюгаты.

Примѣч. *Schroeder*'у пришлось наблюдать на живыхъ 3 экземпляра этой формы плоскаго таза, изъ которыхъ первый подробно описанъ *Sassman* п'омъ. Роды во всѣхъ трехъ случаяхъ окончились благопріятно, какъ для матери, такъ и для младенца. Вывихъ обоихъ тазобедренныхъ суставовъ во всѣхъ трехъ случаяхъ былъ врожденный и характеристическій по своимъ признакамъ. Въ послѣднемъ случаѣ, благодаря хроническому обезображивающему воспаленію, шейки обоихъ бедеръ почти совершенно отсутствовали, такъ что нижнія конечности очень легко могли производить полный поворотъ кнаружи. При этомъ большіе вертела стояли обыкновенно высоко, у крыльевъ подвздошныхъ костей (женщина была нѣжнаго сложенія, и ростъ ея равнялся всего 129 сантиметрамъ). Важнѣйшіе размѣры этихъ трехъ тазовъ имѣли слѣдующую длину:

	I.	II.	III.
Sp. I.	23,5	22,5	23,5
Cr. I.	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 сочлененія.

Литература: *Crevé*, Von d. Krankh. d. weibl. Beckens. Berlin 1795, p. 122.—*Freund*, Arch. f. Gyn. III, pp. 398 и 406.—*Litzmann*, e. l. IV, p. 266.—*Günzburg*, Petersb. med. Zeitschr. 1872—73. H. 6. B. III, p. 525.—*Gusserow*, Berl. klin. Woch. 1879, No. 2, и *Stubenrauch*, Diss. inaug. Berlin 1879.—*Maggioli*, Due pelvi con deform. vera etc. Milano 1881.

По способу своего возникновенія этотъ «расщепленный тазъ», какъ его называетъ *Litzmann*, вполне аналогиченъ плоскому тазу, хотя значительно отличается отъ него по своимъ размѣрамъ, такъ какъ от-

существованіи лоннаго сочлененія допускаетъ только поперечное растяженіе со стороны задней половины таза, но не уплощеніе спереди назадъ. Но поперечное растяженіе при расщепленномъ тазѣ необыкновенно велико (болѣе значительно, чѣмъ при рахитическомъ): крестецъ глубоко вдавленъ между подвздошными костями, и заднія части боковыхъ стѣнокъ таза сильно расходятся кпереди, тогда какъ переднія части ихъ загнуты настолько, что имѣютъ взаимно параллельное направленіе или слегка конвергируютъ кпереди. Лонныя кости раздѣлены большимъ безкостнымъ промежуткомъ, который выполненъ крѣпкою связкою или только мягкими частями, принадлежащими къ наружнымъ половымъ органамъ.

Эта форма таза возникаетъ вслѣдствіе того, что обычное дѣйствіе, производимое тяжестью туловища, усиливается здѣсь до чрезмѣрной степени. Именно, такъ какъ отсутствіе лоннаго сочлененія сопряжено съ отсутствіемъ нормальнаго противодѣйствія, оказываемаго лонными костями по отношенію одна къ другой, то задніе концы боковыхъ стѣнокъ таза необыкновенно сильно натягиваются въ поперечномъ направленіи, между тѣмъ какъ переднія части ихъ, вслѣдствіе давленія бедеръ, загибаются подъ угломъ. Повидимому, эти послѣдовательныя измѣненія могутъ быть мало выражены, если очень рано наступилъ анкилозъ обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій.

Расщепленный тазъ не представляетъ механическихъ затрудненій для родового акта. Въ родильномъ періодѣ легко можетъ произойти выпаденіе матки.

Воронкообразно-суженный тазъ.

Мы уже говорили о томъ, что въ значительномъ большинствѣ узкихъ тазовъ суженіе локализуется исключительно или, по крайней мѣрѣ, преимущественно въ тазовомъ входѣ. Слѣдовательно, эти тазы расширяются въ направленіи отъ входа къ выходу. Обратное отношеніе, т. е. приблизительно нормальная величина тазоваго входа съ постепеннымъ суженіемъ по направленію къ выходу, встрѣчается не часто.

Если оставить въ сторонѣ кифотическій тазъ, о которомъ мы будемъ особо говорить въ слѣдующей главѣ, то другія формы, относящіяся къ категоріи воронкообразныхъ тазовъ, встрѣчаются довольно рѣдко, а еще рѣже бываетъ то, чтобы суженіе выхода достигало значительной степени. Суженіе это или ограничивается только прямымъ размѣромъ выхода, или распространяется также на его поперечный размѣръ.

Въ послѣднемъ случаѣ воронкообразный тазъ получаетъ большое сходство съ кифотическимъ и сохраняетъ характеръ дѣтскаго таза.

Примѣч. Этіологія этихъ суженій по направленію къ тазовому выходу почти совершенно еще неизвѣстна. Слишкомъ далекое перемѣщеніе верхушки крестца вмѣстѣ съ копчикомъ по направленію кпереди, при соответственномъ перемѣщеніи верхней

части крестца по направленію кзади, должно, конечно, считаться признакомъ ранней остановки развитія.

Большинство воронкообразныхъ тазовъ, которые имѣются въ коллекціяхъ, носятъ на себѣ характеръ кифотическаго таза; но такъ какъ только при очень немногихъ изъ нихъ сохраненъ позвоночникъ, то не всегда бываетъ легко рѣшить, дѣйствительно ли воронкообразная форма зависитъ отъ кифоза.

Распознаваніе безъ помощи инструментальнаго измѣренія бываетъ легкимъ только тогда, когда суженіе тазоваго выхода достигаетъ значительной степени. При этомъ рѣзко бросаются въ глаза параллельное направленіе нисходящихъ вѣтвей обѣихъ лонныхъ костей, узкая лонная дуга и уменьшенное разстояніе между сѣдалищными буграми. Но безъ помощи измѣренія распознать незначительную степень суженія очень трудно. Подозрѣвать ее нужно въ томъ случаѣ, если головка, несомнѣнно стоящая уже въ маломъ тазу, не подвигается впередъ, не смотря на удовлетворительныя потуги, и это подозрѣніе должно быть подтверждено или опровергнуто тщательнымъ ручнымъ изслѣдованіемъ и инструментальнымъ измѣреніемъ по вышеописанному способу (см. стр. 148).



Рис. 127. Воронкообразный тазъ.

Предсказаніе можетъ считаться не-серьезнымъ только при незначительныхъ степеняхъ суженія, тогда какъ при значительныхъ степеняхъ оно очень дурно для младенца, да и для матери тоже неблагоприятно. Головка, непрерывно напирала на лонную дугу, легко можетъ вызвать здѣсь гангрену мягкихъ частей, такъ что послѣдствіемъ

этого могутъ быть, съ одной стороны, рубцовыя стриктуры влагалища, а съ другой — пузырно-влагалищныя свищи и костоѣда вѣтвей лонной дуги.

Что касается терапіи, то при живомъ младенцѣ и не слишкомъ значительномъ суженіи необходимо прибѣгнуть къ щипцамъ, если роды пріостановились. Однако, въ интересахъ матери не слѣдуетъ дѣлать слишкомъ форсированныхъ тракцій, такъ какъ послѣдствіемъ этого могутъ быть разрывы влагалища, мочевые свищи, костоѣда и разрывы тазовыхъ сочлененій. Если довольно сильныя, но осторожныя тракціи не привели къ цѣли, то нужно сдѣлать прободеніе головки. Для младенца результатъ будетъ тотъ же самый, а для матери — гораздо болѣе благоприятный. При мертвомъ младенцѣ, если головка долго не изгоняется изъ тазоваго выхода, необходимо тотчасъ же приступить къ перфорациі. Кесарское сѣченіе едва ли здѣсь можетъ понадобиться.

Примѣч. Воронкообразно-суженный тазъ, игравшій прежде большую роль, былъ въ новѣйшее время оставленъ почти безъ вниманія, и это, конечно, не основательно. Мы приведемъ здѣсь, по крайней мѣрѣ, нѣсколько казуистическихъ указаній: Hugenberger, Bericht etc., p. 76 sequ., случаи 1, 2, 19, 40 и, съ сообщеніемъ разбитовъ скелетированнаго таза, случаи 31, 35, 56 (послѣдній тазъ прямо-воронко-

образно-суженный); Schroeder, Schw., Geb. u. W., p. 91; Hecker (въ отчетахъ его собственныхъ, а также его ассистентовъ), Klinik d. Geb. 1861, p. 118.—Bericht über 1868, Bair. Intelligenzblatt, 1869. Separatabdruck, p. 11; Braun, M. f. G., B. 20, p. 236 Poppe, M. f. G., B. 28, p. 224; Dedolph, Ueber ein im Ausgang verengtes Becken. D. i. Marburg 1869, и Ernst Braun, Arch. f. Gyn., B. III, p. 154. Fischel (Prag. med. Woch. 1880, 34, 35) въ последнее время также сообщил нѣсколько случаевъ изъ Пражской клиники. Суженіе, конечно, становится еще болѣе серьезнымъ тогда, когда оно существуетъ и въ тазовомъ входѣ, увеличиваясь по направленію къ выходу. Въ случаѣ, сообщенномъ Schraglauer (M. f. G., B. 27, p. 1), такое суженіе имѣло своимъ послѣдствіемъ гангрену влагалища, костоѣду правой лонной кости и тнилотное разложеніе матки, съ прободеніемъ и разрывомъ праваго крестцово-подздошнаго сочлененія.

Тазъ, представленный на рис. 127-мъ, находится въ коллекціи Эрлангенскаго родильнаго дома. Размѣры его слѣдующіе (см. вып. I, стр. 6):

	Прямой размѣръ	Поперечный размѣръ
Входъ таза . .	11,4 (110)	12,6 (110,5)
Полость таза . .	13,6 (119,3)	11,2 (98,2)
Выходъ > . .	10,7 (93,9)	8,5 (74,6).

Кифотическій тазъ.

Литература: Herbiniaux, Traité sur divers acc. etc. Bruxelles 1782, pp. 270 и 276.—Jörg, Ueber d. Verkr. d. menschl. Körpers etc. Leipzig 1810, p. 51.—Rokitansky, Med. Jahrb. des österreich. Staates. Wien. 1839, B. 19, p. 199.—Neugebauer, M. f. G., B. 22, p. 297.—A. Breisky, Ztschr. 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.—Chautreuil, 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., B. 1, p. 224.—Fehling, Arch. f. Gyn. 4, p. 1.—Schilling, Diss. i. Berlin 1873.—Hüter, Z. f. Geb. u. Gyn., B. 5, p. 22.—Phaenomenoff, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 7, p. 254.—Korsch, Arch. f. Gyn., B. 19, p. 475.—Champaneys, London Obst. Tr., Vol. 25.—Goetze, Arch. f. Gyn., B. 25, p. 393.—Torgler, Arch. f. Gyn., B. 26, p. 429.—Barbour, Spinal deformity. London 1885.

Историческія замѣчанія: Herbiniaux былъ первый, который указалъ на то, что мышь крестцовой кости у женщинъ, страдающихъ кифозомъ, отодвинута къзади. Онъ сообщилъ одинъ случай родовъ при рахитическомъ кифозѣ грудной и поясничной частей позвоночника, и ему было уже извѣстно, что выходъ таза можетъ быть суженъ вслѣдствіе кифоза. Jörg точно также обратилъ вниманіе на большую длину конъюгаты у женщинъ, страдающихъ кифозомъ. Rokitansky превосходно оцѣнилъ вліяніе кифоза, смотря по его мѣстоположенію; но изъ характеристическихъ измѣненій самого таза онъ упоминаетъ только о значительномъ его высотѣ и о преобладаніи конъюгаты надъ остальными его размѣрами. Neugebauer, на съѣздѣ естествоиспытателей въ Штеттинѣ, въ 1863 году, впервые выставилъ на видъ важное акушерское значеніе кифотически-поперечно-суженнаго таза, но это поперечное суженіе онъ ошибочно объяснялъ атрофіею крестцовой кости.

Затѣмъ, въ 1865 году, Breisky опубликовалъ свою работу, въ которой онъ описалъ скелетированные кифотическіе тазы и весьма подробно изложилъ особенности въ формѣ таза, обусловливаемыя кифозомъ, а равно и самый способъ ея возникновенія. Къ такимъ же результатамъ пришелъ Mohr, который наблюдалъ въ клиникѣ Breslau (въ Цюрихѣ) одинъ весьма интересный случай родовъ при очень значительномъ кифотическомъ суженіи таза въ поперечномъ размѣрѣ, при чемъ дѣло окончилось разрывомъ матки. Въ последнее время Гугенбергеръ подробно сообщилъ

еще одинъ случай. Chautrenil, основываясь на обстоятельномъ знакомствѣ съ нѣмецкою литературою и на собственныхъ наблюденіяхъ, сдѣланныхъ надъ скелетированными тазами, а также и надъ живыми женщинами, опубликовалъ весьма цѣнную монографію, а впоследствии описалъ еще два экземпляра кифотическихъ тазовъ. Ноенингъ, весьма тщательно оцѣнившій этиологическія условія этого обезображиванія формы таза, описалъ, кромѣ одного экземпляра, о которомъ уже раньше сообщалъ Birnbaum, еще одинъ чрезвычайно суженный тазъ, съ кифозомъ пояснично-крестцовой части позвоночника (см. рис. 128). Въ высшей степени интересенъ тазъ, описанный Lange (очевидно, не имѣвшій, между прочимъ, никакого отношенія къ рахиту и обусловленный кифозомъ поясничной и крестцовой, а не грудной и поясничной частей позвоночника); этотъ тазъ, подобно тѣмъ, которые были описаны Haun'омъ¹⁾ и Schilling'омъ (второй тазъ изъ числа описанныхъ послѣднимъ авторомъ), представлялъ анкилозъ одного изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій и подалъ поводъ къ кесарскому сѣченію.

Для того чтобы кифозъ могъ вызвать эту своеобразную форму таза, онъ долженъ помѣщаться такъ низко, чтобы вліяніе его не было уравновѣшено лордозомъ ниже-лежащихъ частей позвоночника. Поэтому въ наиболѣе чистомъ видѣ кифотическая форма таза встрѣчается при кифозѣ поясничной части позвоночника, но и пояснично-крестцовый кифозъ вызываетъ эту характеристическую форму таза, даже еще болѣе выраженную, съ тою только разницею, что самъ крестецъ представляетъ здѣсь нѣкоторыя отклоненія. Если кифозъ помѣщается въ нижней грудной части позвоночника, то измѣненія таза почти всегда бываютъ еще ясно замѣтны, хотя и не достигаютъ такого значительнаго развитія, какъ въ предыдущемъ случаѣ; если же онъ помѣщается еще выше, то характерныя особенности кифотическаго таза ступшевыаются, и тазъ можетъ даже подвергнуться измѣненіямъ совершенно иного свойства, благодаря очень значительному компенсирующему лордозу поясничной части позвоночника. Измѣненія, вызываемыя кифозомъ, обнаруживаются въ самомъ чистомъ своемъ видѣ только тогда, когда искривленіе позвоночника было послѣдствіемъ костофды тѣлъ позвонковъ, такъ какъ рахитическій кифозъ можетъ только видоизмѣнить форму таза, предварительно уже измѣненную подъ вліяніемъ рахита, а измѣненія таза, обусловливаемыя кифозомъ, діаметрально противоположны тѣмъ, которые вызываются рахитомъ.



Рис. 128. Тазъ съ кифозомъ поясничныхъ и крестцовыхъ позвонковъ, описанный Ноенинг'омъ.

Важнѣйшія измѣненія таза, вызываемыя кифозомъ поясничной части позвоночника, суть слѣдующія:

Верхняя часть крестца оттѣснена назадъ, такъ что тѣла его позвонковъ

¹⁾ Beitr. z. Lehre vom schräg verengten Becken. Königsberg 1852.

сзади выступаютъ надъ уровнемъ крестцовыхъ крыльевъ, а передняя поверхность крестцовой кости представляется сильно вогнутою справа налѣво. При этомъ означенная поверхность сильно вытянута въ длину, такъ что мысъ крестцовой кости стоитъ очень высоко и отклоненъ далеко кзади. Длина всей кости увеличена, а поперечный размѣръ ея уменьшенъ. Продольная вогнутость ясно выражена только въ нижней части, а верхняя часть нерѣдко оказывается выпуклою, такъ что въ этихъ случаяхъ вся передняя поверхность крестца представляетъ S-образное искривленіе (сверху внизъ). Крестцовая кость повернута такимъ образомъ, что прямой размѣръ полости таза, а еще болѣе — тазоваго выхода, оказывается значительно меньше истинной конъюгаты.

Крылья подвздошныхъ костей лежатъ болѣе горизонтально, S-образная кривизна ихъ уменьшена, разстояніе между обѣими передними верхними остями (Sp. I.) и разстояніе между обоими гребешками (Cr. I.), въ особенности — первое, увеличены противъ нормы, тогда какъ разстояніе между задними верхними остями, вслѣдствіе узости крестца, уменьшено. Переднія нижнія ости чрезвычайно сильно развиты; боковыя стѣнки малаго таза необыкновенно высоки; безымянная линія сильно вытянута. Сѣдалищныя кости значительно приближены одна къ другой, такъ что разстояніе между ихъ буграми и разстояніе между обѣими spin. ischii значительно уменьшены противъ нормы. Естественнымъ послѣдствіемъ этого является узкая лонная дуга, форма которой получаетъ сходство съ тою, какую она имѣетъ при остеомалятическомъ тазѣ.

Что касается измѣненія ёмкости малаго таза, то въ тазовомъ входѣ косые размѣры нѣсколько увеличены, *dist. sacro-coty.* — въ болѣе высокой степени, а всего болѣе увеличена конъюгата, между тѣмъ какъ поперечный размѣръ обыкновенно бываетъ нѣсколько уменьшенъ, а очень часто оказывается даже абсолютно меньше конъюгаты. Въ полости таза прямые размѣры нѣсколько укорочены, а поперечные — въ значительной степени, и это укороченіе значительно возрастаетъ по направленію къ тазовому выходу, такъ что прямой размѣръ выхода, принимая въ соображеніе необыкновенно большую длину истинной конъюгаты сравнительно съ длиною ея въ нормальномъ тазѣ, долженъ, правда, считаться нормальнымъ или только незначительно уменьшеннымъ, но поперечные размѣры представляются укороченными въ весьма значительной степени.

Если вмѣсто поясничнаго кифоза существуетъ пояснично-крестцовый, то измѣненія таза выражены еще въ болѣе сильной степени, но съ тою разницею, что самъ крестецъ представляетъ нѣкоторыя уклоненія, а именно: длина его не только не увеличена, но даже уменьшена въ сравненіи съ нормальною, а поперечный размѣръ обыкновенно уменьшенъ въ очень значительной степени, и настоящаго мыса не существуетъ. Кифотическій тазъ, описанный Монг'омъ, а равно и Брюссельскій тазъ

(последній — съ кифозомъ въ области крестца), отличался ненормальною подвижностью въ тазовыхъ сочлененіяхъ.

Если кифозъ помѣщается низко, то можетъ наступить еще и другое очень важное ограниченіе ёмкости таза. Именно, кифозъ можетъ быть до такой степени уравновѣшенъ сильнымъ лордозомъ самыхъ нижнихъ поясничныхъ позвонковъ, что тазъ прикрывается поясничною частью позвоночника совершенно такъ же, какъ при спондилолистезѣ, и поэтому прямой размѣръ тазоваго входа значительно суживается. Сюда принадлежитъ случай *Olshausen'a* (акушерская конъюгата, соотвѣтствовавшая верхнему краю послѣдняго поясничнаго позвонка, имѣла въ длину $8\frac{3}{4}$ сант.), а также случай *Gluge*, изъ Брюсселя ¹⁾ [акушерская конъюгата, соотвѣтствовавшая предпоследнему поясничному позвонку, тоже имѣла въ длину $8\frac{3}{4}$ сант.]. Подобный же тазъ, но въ высокой степени суженный (до 3,8 сант. въ самомъ узкомъ мѣстѣ), тщательно описанъ въ последнее время *Fehling'омъ* ²⁾, подъ именемъ «*pelvis obtecta*»; другой подобный тазъ, находящійся въ коллекціи *Stoltz'a*, описанъ въ диссертациі *Didier* ³⁾. *Nowitz* ⁴⁾ уже раньше описалъ такой тазъ, подъ видомъ спондилолистетического. *Herrgott* ⁵⁾ описываетъ эту форму таза, какъ новую, подъ именемъ «*spondylizème*».

Примѣч. Кифотическія измѣненія таза вызываюются давленіемъ, производимымъ тяжестью туловища, а именно слѣдующимъ образомъ:

Прежде всего, подъ вліяніемъ кифоза перемѣщается центръ тяжести тѣла, такъ что онъ приходится впереди опорной плоскости, образуемой обѣими стопами. Слѣдовательно, тѣло должно было бы падать впередъ, если бы не измѣнилось это положеніе центра тяжести. Измѣненіе это достигается отчасти компенсирующимъ лордозомъ, а отчасти перемѣщеніемъ таза. По изслѣдованіямъ *H. Meueg'a*, вертикальная линія, идущая отъ центра тяжести тѣла, падаетъ при нормальныхъ условіяхъ не въ опорную плоскость таза, образуемую головками бедеръ, а нѣсколько вквди отъ нея. Слѣдовательно, тазовое кольцо опрокинулось бы назадъ, если бы этому не противодействовало напряженіе *lig. iliofemorialis*, самой крѣпкой изъ всѣхъ связокъ человѣческаго таза. Но при кифозѣ центръ тяжести тѣла приходится впереди упомянутой опорной плоскости, а *ligg. iliofemoralia* расслабляются вслѣдствіе сгибанія бедеръ и поворачиванія ихъ кнутри (отчего и зависитъ особенность походки, «какъ будто субъектъ несетъ что-нибудь передъ собою»). Благодаря расслабленію названныхъ связокъ, уменьшается наклоненіе таза до тѣхъ поръ, пока вертикальная линія, идущая отъ центра тяжести тѣла, не пересѣчетъ, по меньшей мѣрѣ, линію, соединяющую головки обоихъ бедеръ, и пока туловище придетъ въ положеніе неустойчиваго равновѣсія. Слѣдовательно, если кифозъ сколько-нибудь значителенъ, а главное, если онъ помѣщается такъ низко, что верхушка горба находится не въ далекомъ разстояніи позади таза (въ этомъ послѣднемъ случаѣ центръ тяжести опять перемѣстился бы дальше вквди), наклоненіе таза должно весьма значительно уменьшиться, вслѣдствіе

¹⁾ *Lambert*, l. c., p. 61.—²⁾ l. c.—³⁾ Thèse de Nancy. 1874.—⁴⁾ *Arch. de tocol.* 1877, p. 517.—⁵⁾ *Arch. de tocol.* 1877, pp. 65 и 129. Мнѣніе *Herrgotta*,—дѣйствительно, впрочемъ, новое,—по которому оба извѣстные вѣнскіе таза (см. выше, стр. 200) представляютъ не спондилолистетическіе таза, а «*bassins spondylizématiques*», уже опровергнуто *Chiarì* (*Medicin. Jahrb.* 1878, N. 1, p. 61). См. также *Neugebauer*, *Arch. f. Gyn.*, B. XXI, p. 389.

чего крестцовая кость должна принять болѣе вертикальное положеніе. Это возможно тѣмъ болѣе, что во всѣхъ случаяхъ, до сихъ поръ наблюдавшихся, кифозъ появлялся въ дѣтствѣ, болшею частью въ первые годы жизни, слѣдовательно—въ такое время, когда тяжесть туловища еще не успѣла вогнать верхнюю часть крестца въ малый тазъ. Тяжесть туловища дѣйствуетъ при этомъ чрезъ нижнее колѣно кифоза, направленное свадѣ и сверху впередъ и внизъ. Такимъ образомъ давленіе, производимое тяжестью туловища, не будетъ вколачивать верхнюю часть крестца въ малый тазъ, какъ при обыкновенномъ положеніи этой кости, а отодвинетъ крестцовый мысъ по направленію къзади, и, слѣдовательно, верхушка крестца перемѣстится впередъ. Вслѣдствіе этого, во-первыхъ, удлинится передняя поверхность крестцовой кости и поясничныхъ позвонковъ, принадлежащихъ къ нижнему колѣну кифоза, а задняя поверхность сдвливается, такъ что отдѣльные позвонки получаютъ форму клиньевъ, обращенныхъ своими острыми гравями назадъ, и во-вторыхъ, удлинится конъюгата, тогда какъ прямые размеры полости таза и его выхода уменьшаются, по крайней мѣрѣ—относительно. *Ligg. spinoso-и tuberoso-sacra*, благодаря этому, расслабляются, вслѣдствіе чего точки ихъ прикрѣпленія—*spinae ischii и tubera ischii*—развиты недостаточно. Такъ какъ кифозъ появляется въ дѣтскомъ возрастѣ, когда отдѣльные части крестца еще не успѣли слиться въ одну кость, то тѣла крестцовыхъ позвонковъ вытѣсняются изъ крыльевъ по направленію къзади, чѣмъ и обуславливается сильная вогнутость крестца въ поперечномъ направленіи. Такъ какъ крестецъ оттягивается назадъ, то верхнія части подвздошныхъ костей раздвигаются между собою свадѣ; но и спереди крѣпкія *ligg. ilio-femoralia* тоже производятъ сильное потягиваніе за нижнія подвздошныя ости (которыя вслѣдствіе этого необыкновенно развиты), и такимъ образомъ это одновременное потягиваніе спереди и свадѣ, дѣйствующее на крылья подвздошныхъ костей спаружи отъ безымянныхъ линій, придаетъ названнымъ костямъ болѣе горизонтальное положеніе, и, слѣдовательно, сѣдалищные бугры сближаются между собою. Менѣе изогнутое направленіе подвздошныхъ костей также обуславливается этимъ потягиваніемъ, а равно и тѣмъ, что здѣсь отсутствуетъ обыкновенная причина поперечнаго растяженія тазоваго кольца, именно—потягиваніе, производимое подвздошно-крестцовыми связками на верхнія заднія ости этихъ костей. Но тазовой выходъ еще болѣе суживается вслѣдствіе того, что, благодаря отсутствію поперечнаго растяженія таза, давленіе, производимое бедрами въ вертлужныхъ впадинахъ, сближаетъ нижнія боковыя части таза между собою, а равно и вслѣдствіе того, что, когда сѣдалищные бугры до известной степени уже приблизились другъ къ другу, они еще сближаются и еще сильнѣе заворачиваются внутрь, благодаря постоянному сидячему положенію. Въ частности легко можно было бы доказать, что этими же причинами объясняются всѣ вышеописанныя измѣненія, представляемыя кифотическимъ тавомъ.

Если дѣло идетъ о пояснично-крестцовомъ кифозѣ, т. е., если нижнее колѣно его образуется самимъ крестцомъ, то въ такомъ случаѣ тяжесть туловища дѣйствуетъ не чрезъ потягиваніе за нижніе поясничные позвонки, а непосредственно оказываетъ давленіе на верхнюю часть крестца, по направленію спереди и сверху назадъ и внизъ. Давленіе это, конечно, не производитъ удлиненія передней поверхности крестца, такъ что въ подобныхъ случаяхъ кифотическій тазъ отличается короткою крестцовой костью. Такъ какъ верхушка горба находится непосредственно позади таза, то перемѣщеніе центра тяжести впередъ оказывается здѣсь еще болѣе значительнымъ, и поэтому въ подобныхъ именно случаяхъ характерныя кифотическія измѣненія таза бывають всего яснѣе выражены.

Значительный поворотъ крестцовой кости вокругъ ея поперечной оси можетъ повлечь за собою ненормальную подвижность въ крестцово-подвздошныхъ сочлененіяхъ, а благодаря тому, что верхніе концы горизонтальныхъ вѣтвей обѣихъ лонныхъ

костей нѣсколько удаляются другъ отъ друга вслѣдствіе поворота подвздошныхъ, лонное сочлененіе можетъ также сдѣлаться болѣе подвижнымъ. Въ Цюрихскомъ тазѣ, а равно и въ томъ, который описанъ Феноменовымъ и Коршемъ, эта ненормальная подвижность существовала въ очень значительной степени: когда крестцовую кость поворачивали вокругъ ея поперечной оси такимъ образомъ, что promontorium перемѣщался назадъ, а нижній конецъ крестца—впередъ, то гребешки подвздошныхъ костей удалялись другъ отъ друга, между тѣмъ какъ сѣдалищные бугры приближались другъ къ другу; наоборотъ, когда promontorium перемѣщался впередъ, то поперечное суженіе тазоваго выхода уменьшалось.

Для полнаго развитія вышеописанныхъ измѣненій очень важную роль играетъ время появленія кифоза: чѣмъ раньше онъ появлялся, тѣмъ болѣе характеристичною становится форма таза.

Новую, въ высшей степени интересную точку зрѣнія относительно возникновенія кифотического таза установилъ Feuld¹⁾, обративъ вниманіе на то, что, когда скелеть сохраняетъ дѣтскій характеръ, вертикальная линія, идущая отъ центра тяжести туловища, находится уже не въ позвоночныхъ дугахъ, а въ переднихъ частяхъ самыхъ тѣхъ позвонковъ. Эти послѣдніе въ такомъ случаѣ сдавливаются и у здоровыхъ субъектовъ становятся болѣе компактными, тогда какъ при наклонности къ заболѣваніямъ костной системы они могутъ подвергнуться каріозному процессу, вслѣдствіе котораго и развиваются ясно выраженные измѣненія, свойственныя кифотическому тазу.

Распознаваніе кифотического таза, съ тѣхъ поръ какъ на эти измѣненія было обращено вниманіе, уже не можетъ представлять никакихъ трудностей. Самый кифозъ рѣзко бросается въ глаза, и поэтому въ настоящее время уже невозможно смѣшать кифотическій тазъ съ остеомалятическимъ, съ которымъ онъ имѣетъ извѣстное сходство въ отношеніи тазоваго выхода. Впрочемъ, такія ошибки были въ прежнія времена тѣмъ болѣе извинительны, что и въ кифотическомъ тазѣ выходъ его можетъ раздаться во время родовъ, благодаря подвижности сочлененій, какъ онъ раздается въ остеомалятическомъ, благодаря мягкости его костей. Независимо отъ анамнеза, кифотическій тазъ отличается отъ остеомалятического совершенно иною формою крестца и подвздошныхъ костей, а также и тѣмъ, что поперечные размѣры большаго таза, которые при остеомаляціи всегда уменьшены, оказываются при кифозѣ въ большинствѣ случаевъ увеличенными. Promontorium кифотического таза обыкновенно бываетъ недоступенъ для пальца. Измѣреніе суженнаго тазоваго выхода производится по способу, уже описанному на стр. 148.

Предсказаніе при кифотическомъ тазѣ существенно зависитъ отъ степени суженія тазоваго выхода. Для матери оно очень неблагоприятно только тогда, когда выходъ суженъ въ весьма значительной степени; для младенца (если не будетъ сдѣлано кесарское сѣченіе) оно при этихъ условіяхъ тоже неблагоприятно, хотя бы степень суженія и не была очень значительной. Но все-таки, даже при очень сильномъ поперечномъ суженіи выхода, роды могутъ окончиться благопріятно для

¹⁾ Gyn. Klinik. I. 1885, p. 1.

матери и для младенца, если существует ненормальная подвижность въ тазовыхъ сочлененіяхъ. Неблагопріятное дѣйствіе на ходъ родовъ можетъ также оказать чрезмѣрное отвисаніе живота, наблюдавшееся въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Это осложненіе, въ связи съ измѣненною формою брюшной полости, навѣрно составляетъ главную причину того, что роды при кифотическомъ тазѣ относительно часто происходятъ въ передне-головномъ положеніи. Вогнутая брюшная поверхность младенца обращена къ выпуклой передней поверхности маточной полости, такъ какъ matka въ отвисшихъ брюшныхъ покровахъ роженицы изогнута на подобіе реторты. Еслибы не это обстоятельство, то младенецъ долженъ былъ бы занять въ маткѣ слишкомъ много мѣста, котораго въ ней не существуетъ.

Объ акушерской терапіи нельзя еще сказать ничего положительнаго. Въ большинствѣ случаевъ, если еще представляется возможность, слѣдуетъ производить искусственные преждевременные роды, тогда какъ кесарское сѣченіе можетъ потребоваться очень рѣдко, именно при необыкновенно сильномъ суженіи тазоваго выхода. Такъ какъ головка вступаетъ въ тазъ безъ всякихъ затрудненій, то роды могутъ быть предоставлены естественнымъ силамъ, пока это дозволяетъ состояніе роженицы. Если же роды приостановились, то иногда можно съ успѣхомъ примѣнить щипцы; однако, лучше держаться правила—не слишкомъ поздно приступать къ прободенію головки.

Характерная форма рахитическаго таза измѣняется весьма существенно, если рахитъ вмѣстѣ съ тѣмъ вызвалъ кифозъ въ нижней части позвоночника. (Особенности рахитическаго таза почти во всемъ диаметально противоположны тѣмъ, которыя свойственны кифотическому тазу). Въ этомъ случаѣ остаются лишь слабо выраженные рахитическія измѣненія, и опредѣлить настоящее происхожденіе подобнаго таза часто бываетъ очень трудно, тѣмъ болѣе, что и въ кифотическомъ тазѣ отношеніе между размѣрами Sp. I. и Cr. I. нѣсколько измѣняется въ пользу перваго. Большинство измѣненій, зависящихъ отъ кифоза, мы находимъ обыкновенно въ крестцовой кости, и измѣненія эти очень ясно выражены. Крестецъ повернуть вокругъ своей поперечной оси такимъ образомъ, что истинная конъюгата совѣмъ не укорочена или только въ незначительной степени, а иногда даже нѣсколько удлинена, между тѣмъ какъ прямой размѣръ тазоваго выхода сильно укороченъ. Promontorium при этомъ стоитъ очень высоко, и такъ какъ крестецъ въ большинствѣ случаевъ сохраняетъ рахитическую форму, оставаясь прямымъ или даже вынуклымъ въ поперечномъ направленіи, то «акушерская конъюгата» часто направляется отъ лоннаго сочлененія къ нижнему краю 1-го или даже 2-го крестцоваго позвонка. Однако, въ видѣ исключенія, тѣла позвонковъ могутъ быть нѣсколько вытѣснены изъ крыльевъ крестцовой кости и направленію къзади совершенно такъ же, какъ при кифотическомъ

тазъ. Конъюгата часто бываетъ укорочена, но иногда нормальна или даже удлинена; однако, она всегда меньше поперечнаго размѣра. Крылья подвздошныхъ костей обыкновенно представляютъ характерныя рахитическія измѣненія: они атрофированы, имѣютъ значительную S-образную кривизну и сильно расходятся впереди. Ширина лонной дуги въ большинствѣ случаевъ остается увеличенною; сѣдалищные бугры стоятъ далеко другъ отъ друга и выворочены кнаружи; но иногда тазовой выходъ представляетъ такія же свойства, какъ при кифотическомъ тазѣ.

Какимъ образомъ возникаютъ эти измѣненія, — объяснить не трудно. Рахитическія особенности сохраняются только отчасти, выражаясь въ большинствѣ случаевъ отсутствіемъ поперечной вогнутости крестца и уменьшенными крыльями подвздошныхъ костей, лежащими болѣе горизонтально и расходящимися впереди. Если кифозъ появляется въ началѣ рахита, то сѣдалищные бугры могутъ перемѣститься кнутри настолько, что впослѣдствіи сидячее положеніе еще болѣе суживаетъ тазовой выходъ; но если сѣдалищные бугры, подъ вліяніемъ рахита, уже успѣли довольно сильно выворотиться кнаружи, то и при появленіи кифоза они сохраняютъ это положеніе.

Если кифозъ помѣщается высоко, то онъ можетъ компенсироваться лордозомъ поясничной части позвоночника, и въ такомъ случаѣ тазъ представляетъ всѣ особенности рахитическаго.

Кифо-сколіотико-рахитическій тазъ ¹⁾.

Литература: König, Zeitschr. f. Geb. u. Fr., p. 239.—Leopold, Das scol.-n. kypboscol.-rach. Becken. Leipzig 1879, и Arch. f. Gyn., B. 16, p. 1.—Götze, e. l., B. 25, p. 393.

Рахитическій тазъ при низко-сидящемъ кифо-сколіозѣ, если въ компенсирующемъ сколіозѣ принимаетъ участіе крестцовая кость, подвергается своеобразнымъ измѣненіямъ, уклоняющимся отъ тѣхъ, которыя свойственны вышеописанному кифо-рахитическому тазу.

Въ существенныхъ чертахъ сохранены особенности кифо-рахитическаго таза, но къ нимъ еще присоединяется значительная асимметрія обѣихъ половинъ. Тяжесть туловища сосредоточивается въ задней части одной половины таза, которая влѣдствіе этого представляетъ очень малое наклоненіе, тогда какъ боковая стѣнка другой половины сильно наклонена къ горизонту. Въ тазовомъ выходѣ это косое смѣщеніе обыкновенно, какъ кажется, принимаетъ противоположное направленіе.

¹⁾ Сюда же, вѣроятно, относится тотъ тазъ, при которомъ Serf Meyer произвелъ кесарское сѣченіе съ благопріятнымъ исходомъ (Archives de toc. Septembre 1874, p. 513).

Косо-суженный тазъ.

Незначительныя асимметріи въ нормальныхъ тазахъ, какъ и въ другихъ мѣстахъ тѣла, встрѣчаются очень часто, но недоступны распознаванію и совершенно безразличны для родового акта, а слѣдовательно не имѣютъ никакого практическаго значенія.

Болѣе значительныя асимметріи обусловливаются или сколіозомъ позвоночника, имѣющимъ въ большинствѣ случаевъ рахитическое происхожденіе, или недостаточнымъ употребленіемъ одной изъ нижнихъ конечностей, или, наконецъ, синостозомъ одного изъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій (такъ наз. Негелевскій тазъ).

Начнемъ съ этой послѣдней аномаліи.

а) Анкилотически-косо-суженный тазъ.

Изъ всѣхъ вышеупомянутыхъ видовъ косога смѣщенія таза анкилотически-косо-суженный тазъ представляетъ, въ среднемъ выводѣ, наиболѣе значительную асимметрію, при чемъ тазовой входъ имѣетъ форму косвенно лежащаго овала, остроконечный полюсъ котораго помѣщается на окостенѣвшемъ крестцово-подвздошномъ сочлененіи (отсюда и происходитъ названіе «косо-овальный анкилотическій тазъ»).

Литература: F. C. Naegle, *Heidelb. klin. Annalen.* B. X, p. 449, и *Das schräg verengte Becken etc.* Mainz 1839.—Betschler, *Neue Zeitschr. f. Geb.* 1840, B. IX, p. 121.—E. Martin, *Progr. de pelvi obl. ov. etc.* Jenae 1841; *Neue Zeitschr. f. Geb.*, B. XV, p. 49, B. XIX, p. 111, и *Schmidt's Jahrb.*, B. LXXI, p. 360.—U n n a, *Oppenheim's Zeitschr. f. die ges. Med.* Hamburg 1843, B. XXIII, p. 281.—M o l e s c h o t t, e. l. 1846, B. XXXI, p. 441.—G. W. Stein, *Neue Zeitschr. f. Geb.*, B. XIII, p. 396, и B. XV, p. 1.—v. Ritgen, *Neue Z. f. Geb.*, B. XXVIII, p. 1.—E. Rosshirt, *Lehrb. d. Geb.* Erlangen 1851, p. 305.—K i w i s c h, *Die Geburtskunde.* Erlangen 1851. II. Abth., p. 173.—C. Hunnius (Walter), *De pelvi obl. ov. D. i.* Dorp. 1851.—H a y n, *Beiträge zur Lehre vom schräg. ov. Becken.* Königsb. 1852.—H o h l, *Zur Pathol. des Beckens.* Leipzig 1852.—L i t z m a n n, *Das schräg-ov. Becken etc.* Kiel 1853.—S. Thomas, *Das schräg verengte Becken etc.* Leyden u. Leipzig 1861.—F a b b r i, *Descrizione di una pelvi obliqua ovale etc.* Bologna 1866.—O l s h a u s e n, *M. f. G.*, B. 19, p. 161.—S. Thomas, *M. f. G.*, B. 20, p. 384.—L i t z m a n n, *M. f. G.*, B. 23, p. 249.—A. Otto, *M. f. G.*, B. 28, p. 81.—M. Duncan, *Obst. Research.* Edinb. 1868, p. 113.—Kleinwächter, *Prager Vierteljahrsschr.* B. 106. 1870. 2, p. 12.—S p i e g e l b e r g, *Arch. f. Gyn.*, B. II, p. 145.—K e h r e r, *Beitr. z. vergl. u. experim. Geburtskunde.* H. 3 u. 5. Giessen 1869 u. 1875.—G u s s e r o w, *Arch. f. Gyn.*, B. XI, p. 264.—R i e d i n g e r, *Prag. Ztschr. f. Heilk.* 1886. H. 5 u. 6.—См. также литературу попережно-суженнаго таза.

Историческія замѣчанія. Если не считать Dionis'a, у котораго мы встрѣчаемъ бѣглое указаніе на этотъ видъ узкаго таза (*Traité gén. des acc.*, p. 241), то Naegle-старшій былъ первый, обратившій вниманіе на акушерскую важность подобныхъ тазовъ. До тѣхъ же поръ о нихъ упоминалось очень рѣдко и мимоходомъ, напр. патолого-анатомами, но преимущественно въ полемикѣ противъ симфизиотоміи, при чемъ обращалось вниманіе на безплодность ея въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ оказался бы анкилозъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій. Stein-младшій даетъ, правда, рисунокъ косо-суженнаго таза съ анкилозомъ (отъ одного Гессенскаго гусара), но въ самомъ текстѣ своей книги (*Die Lehre der*

Geburtshülfe) говорить о немъ только вскользь. Но послѣ того какъ *Naegеле* старшій, сначала въ журнальной статьѣ, а затѣмъ въ своей классической монографіи, обратилъ вниманіе акушеровъ на этотъ предметъ, къ числу 35-ти описанныхъ имъ экземпляровъ скорѣ прибавились новые, и интересъ къ этому виду узкаго таза поддерживался полемикой, возникшей относительно его происхожденія и еще продолжающейся по настоящее время. Самъ *Naegеле* очень осторожно высказывался о причинахъ этой аномаліи таза, но все-таки былъ склоненъ думать, что синостозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія представляетъ первичный порокъ развитія. Противъ этого мнѣнія впервые высказался *Betschler*, который, въ своемъ рефератѣ о сочиненіи *Naegеле*, привелъ одно наблюденіе, несомнѣнно свидѣтельствовавшее о томъ, что анкилозъ можетъ быть вызванъ каріознымъ разрушеніемъ крыла крестцовой кости. Но между тѣмъ какъ самъ *Naegеле* и *Betschler* еще оставляли вопросъ нерѣшеннымъ окончательно, *Martin* и *Stein* (а также *Danyau* и *Dubois*) скорѣ стали утверждать, что единственною причиною анкилоза служить воспаление, а ученики *Naegеле*—*Unna* и *Moleschott*—(впослѣдствіи также *G.* и *W. Vrolik*, *Tiedemann*, *Rokitansky*, *Scanzoni*, *Robert*, *Kirchhofer* и *Walter*) начали настаивать на томъ, что анкилозъ зависитъ отъ первичнаго отсутствія или недоразвитія ядеръ окостенѣнія въ крыльяхъ крестца. Къ мнѣнію *Martin'a* и *Stein'a*, въ главныхъ чертахъ, присоединились еще *Rosshirt* и *Ritgen*, тогда какъ *Kiwisch* полагалъ, что причиною анкилоза служить переходъ процесса окостенѣнія на промежуточный хрящъ.

Очень важное значеніе имѣли тщательныя анатомическія изслѣдованія *Hohl'a*, который впервые замѣтилъ, что полное отсутствіе или недостаточное развитіе ядеръ окостенѣнія въ крыльяхъ крестца дѣйствительно встрѣчается. Онъ показалъ, что при отсутствіи ядра окостенѣнія въ крылѣ одного только 1-го крестцоваго позвонка это крыло замѣняется усиленнымъ развитіемъ соответственной части 2-го позвонка, но что въ случаяхъ, въ которыхъ отсутствуетъ также крыло 2-го позвонка, а можетъ быть и 3-го, соответственная половина крестца должна неизбѣжно отстать въ своемъ развитіи, и такъ вслѣдствіе этого долженъ получить коую форму. Синостозъ при этомъ не составляетъ неизбѣжнаго послѣдствія, но все-таки присоединяется довольно часто, благодаря тому, что хрящъ также отстаетъ въ своемъ развитіи или исчезаетъ вслѣдствіе давленія, а затѣмъ кости срастаются между собою вслѣдствіе тѣснаго соприкосновенія (но безъ участія воспалительнаго процесса).

Тотчасъ послѣ *Hohl'a*, *Litzman* опубликовалъ статью, въ которой онъ устанавливаетъ существенно новую точку зрѣнія. Онъ обращаетъ вниманіе на совпаденіе анкилоза съ кокситомъ противоположной стороны (представляющимъ, по мнѣнію *Naegеле*, только случайное осложненіе) и указываетъ на одностороннее давленіе, какъ на причину, обуславливающую синостозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія и косо смѣщеніе таза. Синостозъ въ этихъ случаяхъ происходитъ никакъ не вслѣдствіе сильнаго гнойнаго воспаления, а только вслѣдствіе воспаления внутреннихъ слоевъ хряща, которое вызывается постояннымъ прижатіемъ. Главная заслуга *Litzman'a*, благодаря которой было въ значительной степени выяснено возникновеніе этихъ тазовъ, состоитъ въ томъ, что онъ указалъ на важное значеніе, какое имѣетъ смѣщеніе анкилозированной подвздошной кости по направленію кзади: во всѣхъ тазахъ, въ которыхъ такое смѣщеніе существуетъ, анкилозъ не могъ быть первичнымъ явленіемъ.

Впослѣдствіи *Simon Thomas* (въ Лейденѣ) сталъ опять защищать мнѣніе объ исключительно воспалительномъ происхожденіи разсматриваемыхъ тазовъ и этимъ самымъ завязалъ сильную полемику съ *Olshausen'омъ*, высказавшимся въ пользу *Litzman'a*, а также и съ самимъ *Litzman'омъ*.

Анкилотически-косо-сбуженные тазы встрѣчаются не очень рѣдко, хотя въ высушенномъ видѣ описано до сихъ поръ лишь небольшое

число экземпляровъ (около 60-ти). Что эта форма таза существовала уже въ глубокой древности, доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что Naegele описалъ подобный тазъ, найденный на египетской муми.

Существенныя особенности этихъ тазовъ зависятъ оттого, что со стороны одной вертлужной впадины производится гораздо болѣе сильное давленіе, чѣмъ со стороны другой. Вслѣдствіе этого подвздошная кость соотвѣтствующей стороны оттѣсняется къверху, кнутри и часто также къзади. Тазъ получаетъ такимъ образомъ слѣдующія особенности:

На сторонѣ анкилоза крыло крестцовой кости оказывается болѣе узкимъ или даже совершенно исчезнувшимъ; *foramina anteriora* также сужены; *facies auricularis* болѣе узка, чѣмъ на другой сторонѣ (направленіе синостоза въ большинствѣ случаевъ обозначено гладкимъ валикомъ). Передняя поверхность поясничныхъ позвонковъ нѣсколько обращена въ сторону анкилоза.



Рис. 129. Косо-суженный тазъ, описанный Несскегомомъ.



Рис. 130. Косо-суженный тазъ, описанный Литцманномъ.

Подвздошная кость той же стороны приподнята, стоитъ болѣе вертикально и часто также смѣщена къзади. Вслѣдствіе этого *incisura ischiadica* уменьшается, а *spina* и *tuber ischii* приближаются къ крестцу. Вертлужная впадина также нѣсколько приподнята и направлена болѣе къпереди; отверстіе лонной дуги обращено въ ту же сторону.

Лонное сочлененіе отклонено въ противоположную сторону. Безымянная линія анкилозированной стороны сильно вытянута, а другая изогнута, и при томъ меньше сзади, чѣмъ спереди.

Разность въ величинѣ косыхъ размѣровъ и обѣихъ *dist. sacro-cotyl.* въ большинствѣ случаевъ очень значительна. Истинная конъюгата нѣсколько увеличена вслѣдствіе косаго смѣщенія таза, а поперечный размѣръ тазоваго входа нѣсколько укороченъ, и это укороченіе возрастаетъ по направленію къ выходу.

Въ нижеслѣдующемъ примѣчаніи мы подробнѣе рассмотримъ способъ возникновенія этой аномаліи, который былъ предметомъ продолжительныхъ споровъ.

Примѣч. Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о первичномъ недоразвитіи одного изъ крыльевъ крестцовой кости. Благодаря отсутствію нѣкоторыхъ ядеръ окостенѣнія, это крыло можетъ болѣе или менѣе значительно остановиться въ своемъ

развитіи, а въ самыхъ интензивныхъ случаяхъ одна изъ боковыхъ частей крестца почти совершенно отсутствуетъ сверху до низу, такъ что подвздошная кость почти непосредственно прилегаетъ къ тѣламъ крестцовыхъ позвонковъ.

Необходимымъ послѣдствіемъ такой асимметріи крестцовой кости является сколіозъ поясничной части позвоночника, обращенный своею выпуклостью къ больной сторонѣ. Тазъ, благодаря этому, устанавливается въ косвенномъ положеніи, и вертлужная впадина больной стороны наклоняется къ горизонту, такъ что головка бедра производитъ здѣсь болѣе сильное давленіе. Такимъ образомъ эта вертлужная впадина смѣщается кзади, кнутри и кверху, т. е. приближается къ мысу крестцовой кости, а безымянная лямба становится вытянутою и иногда въ своей задней части, близъ крестцово-подвздошнаго сочлененія, загибается подъ угломъ.

Но увеличенное давленіе, производимое головкою бедра, вызываетъ на суставныхъ поверхностяхъ крестцово-подвздошнаго сочлененія узуру ткани и костное сращеніе ихъ между собою (сочлененіе это имѣетъ всѣ характерныя принадлежности настоящаго сустава, именно—хрящевой покровъ на суставныхъ поверхностяхъ, синовиальную оболочку и синовиальную жидкость). Такимъ образомъ и происходитъ синостозъ. Но развитіе его всегда сопровождается смѣщеніемъ той подвздошной кости, которая подвержена ненормально сильному давленію: она смѣщается кзади, выступая надъ заднюю поверхность крестца въ болѣе значительной степени, чѣмъ подвздошная кость противоположной стороны.

Слипчивое воспаленіе, ведущее къ синостозу, вѣроятно, протекаетъ безболѣзненно, во всякомъ случаѣ—весьма хронически и безъ образованія остеофитовъ. Поэтому кости въ области сочлененія и въ ближайшемъ его сосѣдствѣ сохраняютъ вездѣ свою нормальную гладкую поверхность, и только спереди, соответственно бывшему сочлененію, часто существуетъ гладкій костный валикъ.

Къ числу тазовъ, возникшихъ подобнымъ образомъ и представляющихъ вышеупомянутое смѣщеніе названной кости, принадлежатъ, между прочимъ, слѣдующіе: тазъ, изображенный *Litzman*'омъ въ *M. f. G.*, В. 23, р. 249 (см. рис. 130),—тазъ, описанный *Martin*'омъ (I. c., р. 5),—3 таза, находящихся въ Вѣнскомъ патолого-анатомическомъ музеѣ,—тазъ, описанный *Olshausen*'омъ,—тазъ, описанный *Kleinwächter*'омъ (чрезвычайно интересный по причинѣ осложненія рахитомъ),—и, вѣроятно, тазы, описанные въ монографіи *Naegle* подъ №№ 4, 7 и 17.

Иногда синостозъ, повидимому, бываетъ подготовленъ уже во время утробной жизни: именно, крестцово-подвздошное сочлененіе, при отсутствіи нѣкоторыхъ ядеръ окостененія въ одномъ изъ крыльевъ крестца, не образуется вовсе, и сращеніе обѣихъ костей происходитъ или уже во время утробной жизни, или позднее, но во всякомъ случаѣ—независимо отъ ненормальныхъ условій давленія. Само собою разумѣется, что смѣщеніе подвздошной кости по направленію кзади можетъ при этомъ не наступить.

Сюда относятся, между прочимъ, 13-й случай *Thomas'a*, 72-й случай *Гугенбергер*а и 2 случая *Naegle*, описанные въ его монографіи подъ №№ 3 и 10. *Litzman*'у до 1861-го года пришлось видѣть всего одинъ подобный тазъ, что свидѣтельствуетъ до нѣкоторой степени о рѣдкости этой формы.

Согласно вышесказанному, анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія составляетъ хотя и обычный, но не необходимый атрибутъ Нэгелевскаго таза. Легкія степени недоразвитія одного изъ крыльевъ крестца встрѣчаются чрезвычайно часто. Почти во всякой сколько-нибудь большой коллекціи можно найти подобные тазы. Синостоза почти никогда въ нихъ не оказывается. Но онъ можетъ отсутствовать и при болѣе значительныхъ степеняхъ недоразвитія одного изъ крыльевъ крестца, при которыхъ имѣются въ наличности всѣ характерныя признаки косо-овальнаго таза. Сюда отно-

сятся, между прочимъ, 2 случая S. Thomas'a (№№ 1 и 2 въ его монографіи, pp. 36 и 37),—2 случая Hohl'a (l. c., p. 18; Taf. II, Fig. 2, p. 22),—одинъ случай Naeglele (l. c., p. 54), а въ особенности—тазъ, описанный Schnell'емъ (Diss. inaug. Dorpat Liv. 1853), гдѣ существовало чрезвычайно значительное недоразвитіе праваго крыла, съ сильнымъ косымъ смѣщеніемъ таза.

Степень суженія Нэгелевскаго таза обуславливается отчасти степенью недоразвитія одного изъ крыльевъ крестца, но въ такой же, а иногда еще въ большей мѣрѣ—первоначальнымъ устройствомъ самого таза. Поэтому здѣсь существуютъ тазы очень косые, но мало суженные, и наоборотъ, довольно узкіе, но съ незначительнымъ косымъ смѣщеніемъ.

Чрезвычайно большое сходство съ вышеописанною формою имѣютъ тѣ косо-овальные тазы, которые своимъ происхожденіемъ обязаны первичному воспаленію крестцово-подвздошнаго сочлененія. Такое воспаление, развилось ли оно во время утробной жизни или повднѣ, должно было обязательно имѣть гнойный характеръ, если оно повлекло за собою разрушеніе всего сустава и образованіе синостоза. Подобные тазы представляютъ, прежде всего, признаки воспалительнаго процесса въ области самого сустава и въ его ближайшемъ сосѣдствѣ. На крестцѣ и подвздошной кости, часто даже на большомъ разстояніи отъ окостѣвшаго сочлененія, мы находимъ остеофиты въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ. Въ сосѣдствѣ синостоза обѣ сросшіяся между собою кости уплотнены (склерозированы). Fогamina nutritia могутъ быть сужены. Благодаря этому, нарушается питаніе кости, и наступаетъ послѣдовательная атрофія соответствующаго крыла, такъ что тазъ становится косымъ, а позвоночникъ—сколиотическимъ. Тазъ принимаетъ наклонное положеніе; безымянная линія на анкилозированной сторонѣ становится менѣе изогнутою, и тазовой входъ получаетъ косо-овальную форму (см. выше).

Тазы этого рода описаны Betschler'омъ, Ritgen'омъ, Haun'омъ, S. Thomas'омъ, Holst'омъ, Sinclair'омъ, Hecker-Paetsch'омъ и Voigtel-Marti'омъ. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ анамнезъ указывалъ на бывшія заболѣванія кости, или же о нихъ ясно свидѣтельствовали рубцы, оставленные бывшими костными свищами. Вообще эти тазы бываютъ гораздо менѣе косыми, чѣмъ тѣ, которые произошли вслѣдствіе первичнаго недоразвитія одного изъ крыльевъ крестца: въ послѣднемъ случаѣ разница между косыми размѣрами часто составляла 4 и даже 5 сантиметровъ, а въ первомъ—часто всего $\frac{1}{2}$ сантиметра или еще менѣе (напр., въ тазахъ, описанныхъ Hecker-Paetsch'омъ и Voigtel-Marti'омъ). Соответственно этому и косо-овальная форма часто бываетъ очень мало выражена. Смѣщеніе подвздошной кости по направленію кзади отсутствуетъ въ этихъ тазахъ, въ которыхъ первичнымъ явленіемъ былъ синостозъ.

б) Коксалгическій тазъ.

Литература: Guéniot, Des lux. coxo-fém. Paris 1869.—Fasbender, Charité-Annalen. III, p. 614.—Leopold, Arch. f. Gyn. I, p. 446. Кромъ того, см. литературу, указанную въ предыдущей главѣ.

Если одна изъ нижнихъ конечностей, вслѣдствіе своего заболѣванія, долго остается безъ употребленія, и если перемѣщеніе тѣла совершается только при помощи здоровой конечности (а на больной сторонѣ—при помощи костыля), то въ такомъ случаѣ давленіе, производимое исключительно однимъ только бедромъ, вызываетъ на этой-же сторонѣ уплотненіе безымянной линіи и суженіе таза. Чаше всего эти

измѣненія наблюдаются послѣ коксита. Но тотъ же эффектъ можетъ получиться и въ томъ случаѣ, если одна изъ нижнихъ конечностей долго не функционировала вслѣдствіе пораженія ея дѣтскимъ параличемъ ¹⁾, или вслѣдствіе того, что была произведена ампутація ²⁾, или вслѣдствіе заболѣванія колѣннаго сустава. Необходимымъ условіемъ для значительнаго



Рис. 131. Косо-суженный тазъ въ Эрлангенѣ, описанный Litzmann'омъ.

косога смѣщенія таза служить то, чтобы нарушеніе функціи появилось въ дѣтскомъ возрастѣ: вообще, чѣмъ раньше оно наступило, тѣмъ болѣе значительно становится асимметрія таза. И здѣсь также развивается послѣдовательный сколіозъ поясничной части позвоночника (обращенный своею выпуклостью къ здоровой сторонѣ). Уплотненіе передней стѣнки таза часто достигаетъ весьма значительной степени. Косвенно-овальная форма тазоваго входа часто бываетъ сравнительно мало выражена вслѣдствіе того, что при кокситѣ форма его измѣнена и на больной сторонѣ, благодаря атрофіи костей и потягиванію со стороны мышцъ.

Примѣч. Анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія присоединяется не всегда ³⁾; но крестцовое крыло здоровой стороны, наравнѣ съ подвздошною костью, почти во всѣхъ случаяхъ сжимается давленіемъ бедра въ вертлужной впадинѣ и поэтому становится болѣе узкимъ, сравнительно съ крыломъ противоположной стороны. Кромѣ вышеописанныхъ характеристическихъ особенностей, рѣзко бросается въ глаза атрофія всѣхъ тазовыхъ костей на больной сторонѣ. Если больная умираетъ прежде, чѣмъ могла пользоваться здоровою конечностью, то косога смѣщенія, повидно, не оказывается, и въ этихъ случаяхъ тазъ можетъ быть суженъ на больной сторонѣ, вслѣдствіе чрезвычайной атрофіи ⁴⁾. Но косога смѣщеніе таза съ суженіемъ его на больной сторонѣ можетъ появиться и вслѣдствіе того, что конечность, пораженная кокситомъ, осталась годною къ употребленію и была отягощена въ большой степени, чѣмъ здоровая конечность ⁵⁾. Schroeder наблюдалъ подобный случай на живой, гдѣ тяжесть туловища пала главнымъ образомъ на больную конечность, которая была укорочена.

Въ коккалгически-косо-суженныхъ тазахъ весьма интересно состояніе тазовой полости и тазоваго выхода. Обыкновенно косога смѣщеніе, существующее въ тазовомъ входѣ, простирается, хотя и въ незначительной степени, до самаго выхода. Съдалици-

¹⁾ Valenta, M. f. G., B. 25, p. 168.—²⁾ Herbiniaux, l. c., p. 478; M-me Lachapelle, Prat. d. acc. T. III, p. 413; Dumas, Montpellier méd. Sept. 1879.—³⁾ Случаи косога суженія таза вслѣдствіе коксита, безъ анкилоза, можно найти у Litzmann'a, l. c., p. 8 etc.—v. Siebold'a, Neue Zeitschr. f. Geb., B. XXIX, p. 215, и Ваескел'я, Arch. de Physiologie. 1870, No. 4, p. 435.—⁴⁾ См. Blasius, M. f. G., B. 13, p. 328, и Valenta, M. f. G., B. 25, p. 161 (вывихъ праваго бедра).—⁵⁾ См. Spiegelberg, M. f. G., B. 32, p. 305; Küstner, Arch. f. Gyn., B. VIII, p. 326, и Ernst Braun, Wiener med. Presse. 1871, No. 34 (наблюденіе на живой).

ный бугоръ здоровой стороны, вмѣстѣ со всею подвздошною костью, смѣщенъ въ этихъ случаяхъ вверхъ и внутрь, по направленію къ крестцу, а сѣдалищный бугоръ большой стороны оттянуть кнаружи, особенно если пораженная конечность хотя бы нѣсколько еще употреблялась при ходьбѣ. Въ другихъ же случаяхъ оба эти измѣненія едва выражены, такъ что смѣщенія въ тазовомъ выходѣ уже не оказываются. Но сѣдалищный бугоръ здоровой стороны можетъ быть смѣщенъ потягиваніемъ мышцъ въ противоположномъ направленіи, т. е. впередъ и кнаружи. Если при этомъ атрофированный сѣдалищный бугоръ большой стороны смѣщенъ кнутри и къзади, что и бываетъ обыкновенно при полномъ анкилозѣ бедра, то косо смѣщеніе тазоваго входа получаетъ въ выходѣ таза совершенно обратное направленіе. [Ср. тазъ Пражскаго живописца у *Litzman'a* ¹⁾ и описанный *Kreuzeromъ* ²⁾ Франкфуртскій мужской тазъ, въ которомъ этотъ видъ смѣщенія существуетъ въ меньшей степени. Если оставить въ сторонѣ рахитически-кифосколіотическіе таза, то до сихъ поръ извѣстенъ только одинъ случай женскаго таза, представляющаго подобное смѣщеніе, а именно—тазъ *Мари Гизъ*, описанный *Ritgenomъ* ³⁾].

с) Сколіотико-рахитическій тазъ.

Литература: *Leopold*, Das scoliotisch.- u. kyphoscol.-rach. Becken. Leipzig 1879, и *Arch. f. Gyn.*, B. XVI, p. 1.

Сколіотическія искривленія позвоночника вліяютъ на форму таза только тогда, когда въ компенсирующемъ сколіозѣ участвуетъ крестцовая кость, какъ это, впрочемъ, и бываетъ обыкновенно. Вообще въ этихъ тазахъ характерныя рахитическія измѣненія рѣзко выражены. Поперечная вогнутость крестца отсутствуетъ, или крестцовые позвонки даже выдвинуты впередъ; *promontorium* смѣщенъ въ сторону искривленія позвоночника, а крестцовое крыло на этой сторонѣ, вслѣдствіе производимаго на него двленія, часто оказывается гораздо болѣе узкимъ, чѣмъ на другой. Въ очень рѣдкихъ, повидимому, случаяхъ можетъ присоединиться анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія той же стороны. Соответствующая подвздошная кость смѣщена кверху, кнутри и къзади, крыло ея стоитъ болѣе отвѣсно; дно вертлужной впадины приподнято. Но сѣдалищный бугоръ обыкновенно бываетъ вывороченъ кнаружи, какъ и вообще при рахитическомъ тазѣ, и поэтому ширина лонной дуги увеличена. Лонное сочлененіе нѣсколько смѣщено въ противоположную сторону; безымянная линия суженной половины таза болѣе вытянута; косою размѣръ этой стороны имѣетъ большую длину, а *distancia sacro-cotyli*. — значительно меньшую, чѣмъ соответствующіе размѣры другой стороны. Происхожденіе этихъ асимметрій отчасти должно быть объяснено болѣе значительнымъ отяго-



Рис. 132. Сколіотико-рахитическій тазъ (по Р. Н. *Kiliany*).

¹⁾ l. c., p. 9, и Taf. III, IV u. V.—²⁾ *Descr. pelv. cujusd. etc.* D. i. Bonnae 1860.—³⁾ *Neue Z. f. Geb.*, B. XXX, p. 153, и *M. f. G.*, B. 2, p. 433.

щеніемъ сѣуженной половины таза при сколіозѣ позвоночника и тѣмъ противодавленіемъ, которое оказывается въ вертлужной впадинѣ, но отчасти также компенсаторнымъ сколіозомъ крестцовой кости, которая: при этомъ поворачивается вокругъ своей продольной оси. Именно, передняя поверхность крестца всегда поворачивается въ ту сторону, въ которую обращена выпуклость его сколіотическаго искривленія. Если, напримѣръ, эта выпуклость обращена вправо, то и передняя поверхность крестца обращена въ правую же сторону, такъ что лѣвое крыло его выступаетъ впередъ и сѣуживаетъ лѣвую половину таза. Въ то же время головка лѣваго бедра оттѣняетъ свою вертлужную впадину и лѣвую переднюю стѣнку таза по направленію къ мысу крестцовой кости. Слѣдовательно, сѣуженію, и при томъ—двойному, всегда подвергается та половина таза, которая соотвѣтствуетъ выпуклости поясничнаго сколіоза.

Если сколіозъ очень значителенъ, то вертлужная впадина этой стороны можетъ приблизиться къ крестцовому мысу настолько, что получается нѣкоторое подобіе ложно-остеомалятическаго таза, какъ это видно на рис. 132-мъ. Если *distantia sacro-cotyli* этой стороны до такой степени укорочена, что ни одна часть головки не можетъ въ ней помѣститься, то вся эта половина таза совершенно потеряна для механизма родовъ, и тогда происходитъ «внѣсрединное вставленіе головки» (см. стр. 169). Тазъ, или, вѣрнѣе сказать, широкая половина его,—если вообще еще можетъ идти рѣчь о вступленіи головки,—какъ бы представляетъ при этомъ обще-сѣуженный тазъ, въ которомъ роль истинной конъюгаты играетъ *distantia sacro-cotyli*, а поперечный размѣръ приблизительно совпадаетъ съ косымъ размѣромъ широкой половины, какъ это схематически изображено на рис. 133-мъ. Сюда принадлежитъ тазъ, описанный и изображенный на рисункѣ G. Вауп'омъ¹⁾, а равно и находящійся въ патолого-анатомическомъ музеѣ во Флоренціи, о которомъ упоминаетъ Lambl²⁾. Въ интересномъ случаѣ, описанномъ Гугенбергеромъ³⁾, препятствіе для родоваго акта было еще увеличено вслѣдствіе того, что въ области крестца существо-

Пром.

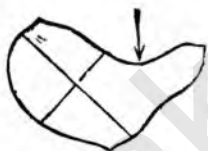


Рис. 133. Входъ сколіотико-рахитическаго таза.

вала *hydrorrhachis*.

Распознаваніе косо-сѣуженныхъ тазовъ. Изъ того, что косо-сѣуженные тазы лишь въ рѣдкихъ случаяхъ были узнаны, можно было бы заключить, что распознаваніе ихъ сопряжено съ необыкновенными трудностями. Однако это справедливо лишь въ томъ отношеніи, что при обыкновенномъ способѣ изслѣдованія таза очень легко можно просмотрѣть эту аномалію. Но мы обладаемъ диагностическими критеріями,

¹⁾ Wiener med. Woch. 1857, №№ 24, 25 и 26.—²⁾ Prag. Vierteljahrsschrift 1859 B. LXI, p. 192.—³⁾ Arch. f. Gyn., B. XIV, p. 1.

которые, по крайней мѣрѣ—при значительномъ косомъ смѣщеніи таза, даютъ намъ возможность или подтвердить или исключить подозрѣніе на счетъ этой аномаліи, коль скоро такое подозрѣніе возникло. Все дѣло, слѣдовательно, въ томъ, чтобы пришла въ голову мысль о возможности существованія анкилотически-косо-с्यूженного таза въ данномъ случаѣ.

До наступленія родовъ такое подозрѣніе можетъ возникнуть лишь чрезвычайно рѣдко, именно—въ такихъ только случаяхъ, когда женщина хромаетъ, или когда одна подвздошная кость стоитъ выше другой, или когда мы находимъ кокситъ на одной сторонѣ либо рубцы отъ фистулезныхъ ходовъ въ ягодичной области. Если въ анамнезѣ имѣется указаніе на то, что женщина хромала прежде или что у нея было какое либо острое или хроническое заболѣваніе въ задней тазовой области, то это обстоятельство должно возбудить упомянутое подозрѣніе. Но въ большинствѣ случаевъ эти тазы встрѣчаются у здоровыхъ первородящихъ, съ нормальною длиною наружной конъюгаты.

Съ наступленіемъ родовъ уже легче можетъ возникнуть такое подозрѣніе. Если головка, не смотря на сильныя потуги, продолжаетъ стоять высоко, если это замедленіе родового акта не объясняется величиною конъюгаты, а съ другой стороны нѣтъ основанія предполагать чрезмѣрно большой объемъ головки, то мы должны подумать о томъ, не имѣемъ ли мы дѣла съ косо-с्यूженнымъ тазомъ.

Подозрѣніе это, коль скоро оно возникло, всегда можетъ быть подтверждено или исключено слѣдующимъ образомъ:

Важное значеніе уже имѣеть болѣе приподнятый уровень крыла одной изъ подвздошныхъ костей, который—конечно, при соблюденіи соотвѣтственныхъ предосторожностей—можетъ быть опредѣленъ въ лежачемъ или стоячемъ положеніи. Далѣе, весьма важное значеніе имѣеть неравенство разстоянія обѣихъ верхнихъ заднихъ остей отъ остистыхъ отростковъ поясничной части позвоночника, еслибы такое неравенство было найдено (E. Martin). Именно, въ большинствѣ подобныхъ тазовъ верхняя задняя ость на анкилозированной сторонѣ находится гораздо ближе къ срединной линіи, чѣмъ на противоположной сторонѣ; впрочемъ, въ другихъ случаяхъ совсѣмъ не существовало такого неравенства, или оно было настолько незначительно, что не могло быть съ точностью констатировано измѣреніемъ на живой женщинѣ. И такъ, если верхняя задняя ость на одной сторонѣ находится замѣтно ближе къ остистымъ отросткамъ, чѣмъ на другой, то діагнозъ долженъ считаться почти несомнѣннымъ; но отрицательный результатъ въ этомъ случаѣ нисколько не доказываетъ отсутствія анкилотическаго с्यूженія.

При внутреннемъ изслѣдованіи мы ощущаемъ прежде всего лонную дугу, которая при косомъ с्यूженіи таза явственно смѣщена въ сторону; далѣе, мы убѣждаемся въ томъ, находятся ли сѣдалищныя ости обѣихъ сторонъ приблизительно въ одинаковомъ разстояніи отъ соотвѣтствующаго края

крестцовой кости (Ritgen), и ошупываемъ объ боковыя стѣнки таза, при чемъ насъ поражаетъ болѣе вытянутое направленіе безымянной линіи на больной сторонѣ. Ощупать *promontorium* всегда удастся, если изслѣдованіе будетъ произведено половиною ручной кисти. При этомъ рѣзко бросается въ глаза боковое отклоненіе крестцовога мыса и неодинаковое разстояніе его отъ безымянныхъ линій (неравенство обѣихъ *distantiae sacro-cotyloideae*).

Кромѣ того, уже Naegle указалъ нѣсколько наружныхъ размѣровъ, которые въ нормальныхъ тазахъ имѣютъ съ обѣихъ сторонъ одинаковую, а въ косо-сѣуженныхъ — неодинаковую длину. Важнѣйшіе изъ этихъ размѣровъ суть слѣдующіе:

1) Разстояніе между передней верхней остью одной стороны и заднею верхнею остью противоположной (21 сантиметръ).

2) Разстояніе остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка отъ передней верхней ости той и другой стороны (18 сантиметровъ).

Результатъ этихъ измѣреній свидѣтельствуетъ о косомъ сѣуженіи таза, конечно, лишь въ томъ случаѣ, если найдена значительная разница между размѣрами обѣихъ сторонъ (но, какъ бы то ни было, она должна быть болѣе 1 сантиметра). Далѣе, въ коксалгическихъ тазахъ необходимо при этихъ измѣреніяхъ принимать въ расчетъ атрофію костей и мягкихъ частей на больной сторонѣ.

Съ помощію всѣхъ этихъ діагностическихъ средствъ намъ удастся распознать косое сѣуженіе таза, если смѣщеніе его достигаетъ значительной степени. Гораздо труднѣе опредѣлить степень сѣуженія. Она зависитъ преимущественно оттого, имѣлъ ли данный тазъ первоначально большіе или малые размѣры, а затѣмъ, конечно, и отъ степени косаго смѣщенія.

Степень смѣщенія можетъ быть приблизительно опредѣлена всѣми вышеуказанными способами изслѣдованія. Предположить значительное смѣщеніе мы имѣемъ право въ особенности тогда, когда найдена очень большая разница между Негелевскими размѣрами той и другой стороны. О первоначальной величинѣ таза можно заключить смотря по тому, оказались ли при этомъ всѣ его размѣры довольно длинными или необыкновенно короткими (наружные размѣры, Sp. I. и St. I., почти всегда оказываются уменьшенными).

Вопросъ о томъ, существуетъ ли анкилозъ въ данномъ случаѣ косаго смѣщенія таза, можетъ быть навѣрное рѣшенъ въ утвердительномъ смыслѣ только тогда, когда имѣются явные слѣды бывшаго воспаленія. Если *spina post. sup.* на больной сторонѣ очень близка къ остистому отростку послѣдняго поясничнаго позвонка, то анкилозъ, конечно, представляется весьма вѣроятнымъ. Если анкилоза не существуетъ, то, изслѣдуя женщину чрезъ прямую кишку въ стоячемъ положеніи и заставляя ее стоять то на одной, то на другой ногѣ, мы ошущаемъ,

по Freund'у ¹⁾, перемѣщеніе въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи. Распознать асимметрію всего легче при рахитическомъ сколіозѣ.

Предсказаніе при этой формѣ таза, судя по имѣющимся до сихъ поръ наблюденіямъ, чрезвычайно неблагоприятно, какъ для матери, такъ и для младенца. По Litzmann'у ²⁾, изъ 28 роженницъ умерли 22 при первыхъ родахъ, въ томъ числѣ 5—не разрѣшившись; 3 роженницы погибли отъ вторыхъ родовъ, а 2—отъ шестыхъ. Теченіе родовъ было нормально только 6 разъ изъ 41, и въ томъ числѣ 5 разъ у одной и той же женщины. Изъ 41 младенца родились живыми только 10 (въ томъ числѣ 6 отъ одной и той же матери и 2—благодаря кесарскому сѣченію). Однако, несомнѣнно, что предсказаніе, основанное на этихъ цифрахъ, весьма неблагоприятно только потому, что многіе болѣе легкіе случаи проходили незамѣченными, или даже были узнаны, но не опубликованы, какъ менѣе интересные. Schroeder въ теченіе 2-хъ лѣтъ наблюдалъ въ Эрлангенѣ 3 случая, въ которыхъ діагнозъ представлялся совершенно яснымъ, какъ по результатамъ измѣренія таза, такъ и въ виду этиологии, и однако всѣ они окончились благополучно для матерей и для младенцевъ (одинъ младенецъ, впрочемъ, умеръ отъ случайной причины чрезъ 3 недѣли послѣ рожденія).

Предсказаніе болѣе благоприятно, если тазъ первоначально имѣлъ большіе размѣры. Въ этомъ случаѣ даже при очень значительномъ косомъ смѣщеніи таза еще возможны самопроизвольные роды. Но если тазъ, при очень значительномъ косомъ смѣщеніи, имѣлъ первоначально небольшіе размѣры, то предсказаніе для матери въ большинствѣ случаевъ очень печально, а для младенца оно не совсѣмъ неблагоприятно только при томъ условіи, если достаточно рано будетъ произведено кесарское сѣченіе. Тазовыя положенія неблагоприятны для младенца, такъ какъ извлеченіе головки почти всегда бываетъ очень затруднительно; но для матери они оказываются болѣе благоприятными, нежели черепныя положенія, такъ какъ роды продолжаютъ болѣе короткое время.

Большой интересъ представляетъ механизмъ родовъ при косо-с्यूженномъ тазѣ. Для способа вступленія головки во входъ таза самое важное значеніе имѣетъ положеніе крестцоваго мыса. Если онъ отклоненъ нѣсколько назадъ, то головка всего легче вступаетъ въ тазовой входъ такимъ образомъ, что стрѣловидный шовъ помѣщается въ болѣе длинномъ косомъ размѣрѣ, а затылокъ въ большинствѣ случаевъ нѣсколько опущенъ; но если promontorium выдается впередъ, то онъ до такой степени приближается къ подвздошной кости анкилозированной стороны, что часть тазоваго входа, лежащая позади *dist. sacro cotyl.* этой же стороны, совершенно пропадаетъ для механизма родовъ, такъ

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. III, p. 399.—²⁾ M. f. G., B. 23, p. 284.

какъ ни одна часть черепа не можетъ въ ней помѣститься (см. стр. 222). Въ этихъ случаяхъ тазовой входъ получаетъ наибольшее сходство съ обще-равномѣрно-суженнымъ тазомъ, и головка, съ сильно опущеннымъ затылкомъ, вступаетъ такимъ образомъ, что стрѣловидный шовъ находится ближе къ конъюгатѣ, помѣщаясь, слѣдовательно, въ болѣе короткомъ косомъ размѣрѣ. Если тазъ къ тому же имѣлъ первоначально слишкомъ малую величину, то для механизма родовъ пропадаетъ, очевидно, такая значительная часть тазоваго входа, что въ остающуюся часть его, головка совсѣмъ уже не можетъ вступить. Достойно вниманія то обстоятельство, что во многихъ случаяхъ, какъ это убѣдительно доказываютъ опыты, произведенные съ сильно асимметрическими тазами и дѣтскими черепами различной величины, головка всего легче вступаетъ затылкомъ въ узкую половину таза, или вступленіе ея единственно возможно при такомъ условіи, потому что прямой размѣръ ея исключается, благодаря опущенію затылка, а поперечный находитъ себѣ достаточно мѣста въ большемъ косомъ размѣрѣ таза, тогда какъ при вступленіи въ широкую половину поперечный размѣръ головки не можетъ пройти чрезъ болѣе короткій косою размѣръ таза.

Но и по вступленіи головки въ тазовой входъ еще не преодолены всѣ затрудненія для родовъ, такъ какъ въ поперечномъ направленіи тазъ стонвится все болѣе и болѣе узкимъ. Чрезъ выходъ таза головка проходитъ всего легче, если стрѣловидный шовъ помѣщается въ направленіи болѣе короткаго косаго размѣра.

Послѣдующая головка легче проходитъ чрезъ тазъ, если затылокъ соответствуетъ болѣе широкой его половинѣ.

Терапія зависитъ прежде всего отъ первоначальной величины таза, а затѣмъ — отъ степени косаго смѣщенія.

Если врачъ имѣлъ довольно рѣдкое счастье распознать косое суженіе таза еще во время первой беременности, или же, если обладательница такого таза, послѣ благополучно перенесенныхъ родовъ, опять забеременѣла, то обыкновенно показуются искусственные преждевременные роды. Но операція эта излишняя, если у первородящей, при умѣренной степени косаго смѣщенія, тазъ самъ по себѣ очень великъ, или же, если у многородящей предшествовавшіе роды показали, что младенецъ, имѣющій даже большіе размѣры, можетъ безопасно пройти чрезъ тазъ. Время для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ зависитъ въ особенностяхъ отъ величины таза.

Если косое суженіе таза распознано во время самыхъ родовъ, а особенно — послѣ того, какъ уже обнаружили затрудненія для родового акта, то по вступленіи головки въ тазовой входъ мы должны держаться выжидательно. Еслибы при этомъ оказалось необходимымъ ускорить окончаніе родовъ, то при живомъ младенцѣ требуется наложеніе щипцовъ, такъ какъ по вступленіи головки въ тазовой входъ они

представляютъ единственное возможное средство къ тому, чтобы спасти и роженицу, и младенца. Однако, наложеніе щипцовъ сопряжено съ большими опасностями, такъ какъ цѣль можетъ быть достигнута только сильными тракціями. Другое неудобство щипцовъ состоитъ въ томъ, что они могутъ воспрепятствовать повороту головки, необходимому въ данномъ случаѣ. Если мы убѣдились, что головка не поддается даже очень сильными тракціямъ, то лучше всего немедленно снять щипцы и произвести перфорацию, такъ какъ извлечь щипцами живаго младенца при этихъ условіяхъ никогда не удастся, а для матери, послѣ продолжительныхъ и форсированныхъ тракцій, предсказаніе тоже становится почти абсолютно неблагоприятнымъ. При мертвомъ младенцѣ слѣдуетъ немедленно перфорировать головку, какъ только обнаружили механическія затрудненія для родового акта.

Если головка даже послѣ раскрытія маточнаго зѣва не вступаетъ въ тазъ, то иногда самымъ рациональнымъ средствомъ должно быть признано кесарское сѣченіе, такъ какъ во всѣхъ этихъ случаяхъ тазъ суженъ въ очень сильной степени. Но если врачъ признаетъ эту операцію ненужною, или же если она не допускается окружающими, то единственно рациональнымъ средствомъ будетъ поворотъ на ножку. Конечно, при этихъ обстоятельствахъ извлечь живаго младенца не легко удастся, но жизнь его въ подобныхъ случаяхъ могла бы быть спасена только кесарскимъ сѣченіемъ, а для матери предсказаніе при поворотѣ на ножку гораздо болѣе благоприятно, такъ какъ при невозможности ручнаго извлечения послѣдующей головки младенецъ вскорѣ умираетъ, а послѣ произведенной перфорации родовый актъ совершается быстро и при наиможно благоприятныхъ для матери условіяхъ. Между тѣмъ, перфорация послѣдующей головки даетъ предсказаніе болѣе благоприятное, нежели перфорация подлежащей головки, стоящей подвижно надъ тазовымъ входомъ.

Анкилотически-поперечно-суженный тазъ.

Литература: F. Robert, Beschreibung eines im höchsten Grade quer verengten Beckens etc. Carlsruhe u. Freiburg 1842.—C. Kirchhoffer, Neue Zeitschr. f. Geb. 1846, B. XIX, p. 305.—Seyfert, Verh. der phys. med. Ges. in Würzburg 1852, B. III, H. 3, p. 324, и Lambl, Prager Vierteljahrsschr. 1853, B. II, p. 142,—1854, B. IV, p. 1.—F. Robert, Ein durch mechanische Verl. u. ihre Folgen quer verengtes Becken im Besitz von Hrn. P. Du Bois 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. Diss. i. Berlin 1870.—Kleinwachter, Arch. f. Gynaek., B. I, p. 156.—Comelli, Wiener med. Woch. 1875, No. 38.—P. Grenser, 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 замѣчанія: Первый случай анкилотически-поперечно-суженнаго таза былъ сообщенъ Robert'омъ въ 1842 году (см. рис. 134); затѣмъ слѣдовали два наблюденія Kirchhoffer'a (въ Киль) и Seyfert-Lambl'a (въ Прагѣ), послѣ чего Robert, въ 1853 году, описалъ еще одинъ тазъ, находящійся въ кол-

лекція Р. Dubois. Пятый относящійся сюда тазъ былъ демонстрированъ Lloyd Roberts'омъ (изъ Манчестера), въ засѣданіи Obst. Soc. of London, 4-го декабря 1867 года. Шестой тазъ, находящійся въ Гиссенскомъ патолого-анатомическомъ кабинетѣ, описанъ Кеггер'омъ, а затѣмъ Е. А. Martin описалъ седьмой тазъ (изъ Берлинской поликлиники), форма котораго подтверждена вскрытіемъ. Choisir описалъ еще одинъ (восьмой) поперечно-суженный тазъ, подъ именемъ «bassin de Landouzy» [этотъ случай былъ уже раньше сообщенъ Дерaul'емъ ¹⁾]. Оба таза, описанные Kleinwächter'омъ и Comelli по наблюденію на живыхъ, вѣроятно, аналогичны случаю Robert'a-Dubois. Суженіе въ обоихъ случаяхъ не достигло чрезвычайной степени, такъ что роды могли быть окончены посредствомъ краниотоміи. Въ случаѣ, описанномъ Ehrendorfe'омъ, была произведена Spreeth'омъ операція Roggo, съ благоприятнымъ исходомъ. Относится ли сюда тазъ, описанный P. Grenser'омъ,—еще подлежитъ большому сомнѣнію; возможно, что это былъ тазъ обще-равномерно-суженный во входѣ, но суженіе въ поперечномъ діаметрѣ увеличивалось по направленію къ выходу. Впрочемъ, костьда нисходящихъ вѣтвей ossium pubis, существовавшая будто бы впродолженіе 14-ти лѣтъ, даетъ право думать, что въ этомъ случаѣ имѣлось каріозное разрушеніе крестцово-подвздошныхъ сочлененій.

Совершенно особое положеніе занимаетъ тазъ, описанный недавно Litzman'омъ ²⁾ (въ Альтонѣ); въ этомъ случаѣ было найдено очень недостаточное развѣтвѣніе крестца (прирожденное?).

Особенность этой наиболѣе рѣдкой изъ всѣхъ аномалій таза состоитъ въ анкилозѣ обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій. Крылья крестцовой кости при этомъ или совершенно отсутствуютъ, или, по крайней мѣрѣ, существуютъ въ очень рудиментарномъ видѣ. Крестцовые позвонки узки; въ поперечномъ направленіи передняя поверхность крестца имѣетъ выпуклую форму вмѣсто вогнутой, а въ продольномъ направленіи форма ея бываетъ различна. Положеніе крестца измѣнено; онъ сильно вдается въ тазъ, такъ что задніе концы подвздошныхъ костей выступаютъ надъ нимъ необыкновенно далеко, и разстояніе между верхними задними остями значительно уменьшено. Изгибъ безымянной линіи очень слабо выраженъ или почти отсутствуетъ совершенно. Подвздошныя кости, начиная отъ анкилозированныхъ сочлененій, направляются почти прямо впередъ и соединяются между собою въ лонномъ сочлененіи подъ очень острымъ угломъ. Первый тазъ, описанный Robert'омъ, былъ симметриченъ, а въ остальныхъ существуютъ различныя асимметріи.



Рис. 134. Анкилотическа-поперечно-суженный тазъ, описанный Robert'омъ.

Емкость таза, конечно, измѣняется весьма существеннымъ образомъ. Прямой размѣръ тазоваго входа въ большинствѣ случаевъ укороченъ, благодаря тому, что крестцовая кость слишкомъ далеко выступаетъ

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. XXV, p. 31.—²⁾ Dict. encyclop. des sciences médic. Art. Bassin.

впередъ. Важнѣйшее измѣненіе состоитъ въ чрезвычайно значительномъ суженіи поперечныхъ размѣровъ, которое по направленію къ тазовому выходу увеличивается до такой степени, что здѣсь остается только узкая длинная щель. (Поперечный размѣръ тазоваго выхода въ вышеупомянутыхъ случаяхъ имѣлъ отъ 6,1 до $2\frac{3}{4}$ сант. въ длину).

Примѣч. Случай Robert'a - Dubois существенно уклоняется отъ остальныхъ. Крылья крестцовой кости имѣются въ этомъ тазѣ, но плохо развиты, а анкилозъ существуетъ только частичный. При этомъ вблизи крестцово-подвздошныхъ сочлененій имѣются слѣды бывшаго воспаления; лѣвая *vrina post. sup.*, очевидно, была отломлена, а затѣмъ при сращеніи съ подвздошною костью осталась смѣщенной. Изъ анамнеза оказалось, что на 6-мъ году жизни больная попала подъ колесо кареты, которое прошло по ея тазу, что послѣ этого она цѣлый годъ не могла ходить, затѣмъ страдала натечнымъ абсцессомъ и выздоровѣла только на 15-мъ году. Тазъ въ этомъ случаѣ существенно отличался отъ остальныхъ тѣмъ, что, помимо незначительнаго смѣщенія лѣвой подвздошной кости назадъ и вверхъ (которое, по всей вѣроятности, было непосредственно вызвано травматическимъ поврежденіемъ), крестцовая кость выдавалась впередъ не дальше обыкновеннаго. Эта особенность, какъ мы сейчасъ увидимъ, имѣетъ весьма важное значеніе для вопроса о возникновеніи не только поперечно-суженнаго, но и косо-суженнаго таза.

Способъ возникновенія формы таза въ разбираемомъ нами случаѣ Robert'a - Dubois довольно ясенъ. Травматическое поврежденіе на 6-мъ году жизни привело къ воспаленію обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій и, вслѣдствіе этого, къ частичному анкилозу. Но съ появленіемъ анкилоза крестцовая кость уже не могла быть выдвинута тяжестью туловища впередъ, между обѣими подвздошными; слѣдовательно, начиная съ 6-го года жизни, *ligg. ilio-sacralia* уже не производили никакого потягиванія за задніе концы подвздошныхъ костей. Благодаря этому обстоятельству, а равно и благодаря тому, что ростъ крестцовыхъ крыльевъ былъ воспрепятствованъ вслѣдствіе анкилоза, устранился всякій поводъ къ болѣе значительному поперечному растяженію, и тазъ долженъ былъ сохранить приблизительно ту же форму, какую онъ имѣлъ на 6-мъ году жизни; мало того, поперечные размѣры, благодаря исключительному давленію со стороны бедеръ, не встрѣчавшему никакого противодѣйствія въ поперечномъ растяженіи таза, должны были относительно еще болѣе уменьшиться. Полную, повидимому, аналогію съ этимъ тазомъ, какъ въ отношеніи его формы, такъ и въ отношеніи анамнеза, представляетъ случай, описанный Choisis'емъ («*bassin de Landouzy*»).

Но остальные тазы отличаются отъ этихъ двухъ въ томъ отношеніи, что крестцовая кость далеко выдвинута впередъ. Изъ этого очевидно, что синостозъ не могъ въ нихъ быть первичнымъ явленіемъ, а наступилъ уже послѣ того, какъ начала дѣйствовать тяжесть туловища. Слѣдовательно, возникновеніе остальныхъ тазовъ можетъ быть объяснено только первичнымъ порокомъ развитія обоихъ крыльевъ крестцовой кости (въ пользу чего говорятъ также отрицательныя данныя анамнеза). Вслѣдствіе уменьшенныхъ сочленовныхъ поверхностей (а можетъ быть и вслѣдствіе недостаточнаго развитія подвздошно-крестцовыхъ связокъ), крестцовая кость стала сильнѣе выдвигаться впередъ, какъ только начала дѣйствовать тяжесть туловища. Но происшедшее при этомъ усиленное треніе повлекло за собою слипчивое (а въ случаѣ Martin'a—вѣроятно, гнойное) воспаленіе обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій, которое окончилось образованіемъ анкилоза.

Измѣненія емкости различныхъ отдѣловъ таза должны были произойти слѣдующимъ образомъ:

Такъ какъ поперечное растяженіе таза обуславливается только ростомъ крестцо-

выхъ крыльевъ, то при отсутствіи этихъ послѣднихъ или недостаточномъ ихъ развитіи оно должно также отсутствовать или должно происходить лишь въ незначительной степени. Поэтому объ подвздошныя кости направляются почти прямо впередъ. При этомъ совершается на обѣихъ сторонахъ тотъ же самый процессъ, который при косо-суженномъ тазѣ происходитъ на одной только сторонѣ; разница лишь въ томъ, что въ послѣднемъ случаѣ происходитъ косое смѣщеніе, такъ какъ условія давленія измѣнены на одной только сторонѣ и такъ какъ здоровая подвздошная кость притягиваетъ къ себѣ другую въ лонномъ сочлененіи. Въ поперечно-суженныхъ тазахъ сохранено сходство съ дѣтскою формою, но только крестецъ сильнѣе выдвинутъ впередъ, а подвздошныя кости, вслѣдствіе давленія со стороны бедеръ, еще болѣе сближены между собою, такъ что поперечные размѣры имѣютъ относительно гораздо меньшую длину, чѣмъ у новорожденныхъ. Конъюгата уменьшается вслѣдствіе перемѣщенія крестцового мыса впередъ; но такъ какъ лонное сочлененіе, благодаря отсутствію поперечнаго растяженія, не приближается къ мысу, то она опять увеличивается, такъ что длина ея въ большинствѣ случаевъ не особенно уклоняется отъ нормальной. Въ случаѣ Robert'a-Dubois, въ которомъ тазъ 17-лѣтней женщины былъ чрезвычайно малъ и нѣженъ, величина конъюгаты оказалась большою, чѣмъ можно было бы ожидать (результатъ того, что крестцовая кость не выдвинулась впередъ), тогда какъ длина конъюгаты въ случаѣ Kirchoffe'ra объясняется первоначальною величиною таза.

Слѣдовательно, анкилотически-поперечно-суженные тазы несомнѣнно говорятъ въ пользу различнаго происхожденія косо-суженныхъ тазовъ, какъ это уже объяснено въ предыдущей главѣ. Поперечно-суженные тазы, описанные Robert'омъ (случай Dubois) и Choisil'емъ («bassin de Landouzy»), а вѣроятно и тѣ, которые описаны Kleinwächter'омъ и Comelli и въ которыхъ дѣло не дошло до анатомическаго вскрытія, соответствуютъ такимъ косо-суженнымъ тазамъ, которые возникли вслѣдствіе костоѣды, а остальные случаи—такимъ, которые возникли вслѣдствіе первоначальнаго порока развитія на одной лишь сторонѣ, со смѣщеніемъ подвздошной кости.

Распознаваніе этихъ тазовъ лишь рѣдко можетъ представлять затрудненія. Разстояніе между обѣими передними верхними остями (Sp. I.) и разстояніе между подвздошными гребешками (Cr. I.), а въ особенности — разстояніе между большими вертелами (Tr.), чрезвычайно малы, тогда какъ Боделокковскій размѣръ (D. B.) имѣетъ почти нормальную длину. Особеннаго вниманія заслуживаетъ задняя поверхность крестцовой кости. Если анамнезъ даетъ отрицательный результатъ, т. е., если анкилозъ образовался не вслѣдствіе болѣе сильнаго гнойнаго воспаленія, то разстояніе между верхними задними остями оказывается поразительно уменьшеннымъ, тогда какъ остистые отростки лежатъ настолько глубоко, что прощупываются съ трудомъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи тотчасъ же бросается въ глаза укороченіе поперечныхъ размѣровъ и приблизительно параллельное направленіе нисходящихъ вѣтвей обѣихъ лонныхъ костей. Суженіе это настолько значительно, что смѣшать подобный тазъ возможно лишь съ немногими другими аномаліями. Отъ остеомалятического таза онъ легко отличается по анамнезу, по иному виду задней поверхности крестца, по иному положенію крестцового мыса и крыльевъ подвздошныхъ костей,

а отъ кифотически-поперечно-суженнаго таза—по отсутствію кифоза и по иной величинѣ поперечнаго размѣра большаго таза и разстоянія между большими вертелами. Всего труднѣе отличить эту аномалію отъ очень маленькаго таза съ воронкообразно-поперечно-суженнымъ выходомъ, въ особенности если поперечное суженіе анкилотическаго таза не достигаетъ крайней степени.

Предсказаніе при анкилотически-поперечно-суженномъ тазѣ вытекаетъ изъ терапіи.

Единственно рациональною терапіею въ большинствѣ случаевъ будетъ кесарское сѣченіе, даже при мертвомъ младенцѣ. Дѣйствительно, оно и было произведено въ 6 случаяхъ изъ числа 7-ми, въ которыхъ діагнозъ находится внѣ всякаго сомнѣнія. Въ Пражскомъ случаѣ (тазъ цыганки), въ которомъ поперечное суженіе было наименѣе значительно, оказалось достаточнымъ произвести перфорацию и кефалотрипсию; родильница умерла отъ пуэрперальной горячки.

Остеомалитическій тазъ.

Литература: G. W. Stein-sen., Kleine Werke zur prakt. Geb. Marburg 1798. VI. Abb. von d. Kaisergeburt. 3-ій случай: 1780, p. 283, Tab. 10; e. l., p. 325; старые случаи Cooper'a, e. l., 1776, и Vaughan-Atkinson'a, p. 327.—G. W. Stein-jun., Annalen der Geb. St. I, p. 119, и St. II u. III; Lehre d. Geb. Elberfeld 1825, Th. I, p. 103.—F. C. Naegele, Erf. u. Abh. etc. Mannheim 1812, p. 409, и Clausius, Commentatio etc. Frankof. 1834, p. 19.—H. F. Kilian, Beiträge zu einer genauen Kenntniss der allgem. Knochenerweichung der Frauen etc. Bonn 1829, и Das halisteretische Becken etc. Bonn 1857.—Litzmann, Die Formen des Beckens, pp. 85 и 113.—Casati, Sulla osteomalacia, oss. etc. Milano 1871.—Hennig, Arch. f. Gynaek., B. V, p. 494.

Историческія замѣчанія. Stein-старшій былъ въ Германіи первымъ, описавшимъ случай кесарскаго сѣченія, въ которомъ остеомалитическій тазъ сдѣлался предметомъ акушерскаго наблюденія. До него, въ Англій, кесарское сѣченіе по причинѣ остеомаліи было произведено Cooper'омъ и Atkinson'омъ. Впрочемъ, Stein въ своемъ руководствѣ еще не упоминаетъ объ остеомалитическомъ тазѣ. De Frémeу, въ своей диссертаци, примѣнилъ и къ остеомалитической формѣ таза тѣ общіе принципы, на которыхъ основано возникновеніе другихъ его аномалій, хотя лично онъ видѣлъ только гипсовый слѣпокъ съ подобнаго таза.

Stein-младшій, въ своемъ руководствѣ («Die Lehre der Geburtshülfe»), наряду съ другими аномаліями, говоритъ и о «размяченномъ тазѣ», описывая его съ своею обычною образцовою точностью.

Послѣ Stein'a-младшаго особенныя заслуги въ дѣлѣ изученія остеомалитическаго таза приобрѣлъ себѣ Kilian, а Litzmann, занимаясь измѣреніемъ тазовъ вообще, измѣрялъ также остеомалитическіе тазы и сопоставилъ всѣ случаи, которые были извѣстны въ литературѣ до 1861 года.

Остеомалитическіе тазы бываютъ весьма различной величины, смотря по своимъ первоначальнымъ размѣрамъ; однако, даже первоначально большія кости могутъ быть уменьшены всестороннимъ сжатіемъ, такъ что нормальный тазъ можетъ подъ вліяніемъ остеомаліи превратиться въ обще-суженный.

Остеомалитическіе тазы, даже при толстыхъ костяхъ, отличаются своею поразительною легкостью. Всѣ кости сильно изогнуты и часто представляютъ надломы. Костная ткань, какъ это можно видѣть на распиленныхъ бедрахъ скелетированнаго таза, сильно разрѣжена, представляясь похожею на *diploë*, а вокругъ нея часто оказывается лишь очень тонкій слой компактнаго костнаго вещества. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ таза это компактное вещество не особенно рѣдко оказывается даже совершенно исчезнувшимъ, такъ что кости имѣютъ здѣсь шероховатую, порозную, какъ бы изъѣденную поверхность.

Важнѣйшія измѣненія отдѣльныхъ костей таза состоятъ въ слѣдующемъ:

Крестцовая кость узка, а въ особенности сужены ея крылья. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ, совершенно такъ же какъ при очень сильномъ рахитѣ, выступаютъ впереди крыльевъ и при этомъ лежатъ ниже ихъ, такъ что иногда крылья крестцовой кости, благодаря этому вытяженію впередъ и внизъ, имѣютъ на своей поверхности замѣтныя бороздки. Слѣдовательно, *promontorium* вдается глубоко въ тазъ, приближаясь и къ лонному сочлененію, и къ нижнему концу крестцовой кости. Последнее обстоятельство зависитъ, во первыхъ, отъ смѣщенія самого мыса, а во вторыхъ и оттого, что крестцовая кость становится въ продольномъ направленіи чрезвычайно вогнутою, такъ что въ эквивалентныхъ случаяхъ нижній конецъ ея и *promontorium* почти соприкасаются между собою. Это сильное искривленіе въ большинствѣ случаевъ происходитъ вслѣдствіе явственнаго загиба подъ угломъ, обыкновенно — въ верхней части 3-го или даже 2-го крестцоваго позвонка. Тѣла крестцовыхъ позвонковъ, какъ и поясничныхъ, сжаты при этомъ сверху внизъ и атрофированы. Поясничные позвонки, благодаря опущенію мыса, приближаются къ тазовому входу, такъ что вслѣдствіе лордоза этой части позвоночника (который компенсируется кифозомъ грудной части) тазовой входъ можетъ быть прикрытъ сверху, какъ при *sp. oblecta* (см. стр. 210), и акушерскою конъюгатою должна считаться линия, соединяющая



Рис. 135. Остеомалитическій тазъ.

лонное сочлененіе съ однимъ изъ послѣднихъ поясничныхъ позвонковъ. Значительный сколіозъ встрѣчается рѣдко.

Крылья подвздошныхъ костей иногда бывають малы и мѣстами про-свѣчивають; но въ другихъ случаяхъ они довольно толсты. Разстояніе между верхними передними остями (*Sp. II.*) обыкновенно уменьшено, и при томъ оно гораздо короче разстоянія между подвздошными гребешками (*Cr. II.*). Крылья подвздошныхъ костей имѣютъ желобоватую бо-

роздку, идущую сверху вниз, которая иногда раздѣляется влообразно. Заднія верхнія ости малы и почти нисколько не выступаютъ за крестцовую костью, а находятся въ одной плоскости съ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка. Иногда этотъ остистый отростокъ выдается даже сильнѣе, чѣмъ заднія верхнія ости, и въ такомъ случаѣ онъ можетъ быть загнуть въ ту или другую сторону.

Передняя часть тазоваго кольца сжата съ обѣихъ сторонъ, такъ что tuberc. ilio-pectinea сближены между собою. Вертлужныя впадины смѣщены вверхъ, впередъ и внутрь, и тазовой входъ заостренъ клювообразно по направленію къ лонному сочлененію. Вслѣдствіе этого уменьшается разстояние между нисходящими вѣтвями лонныхъ костей, а также и между восходящими вѣтвями сѣдалищныхъ. Разстояние между сѣдалищными буграми тоже уменьшено, но при этомъ они въ большинствѣ случаевъ нѣсколько выворочены кнаружи. Въ мѣстахъ наиболѣе размягченныхъ оказываются настоящіе загибы подь угломъ, и иногда кости, составляющія лонную дугу или клювообразно заостренное лонное сочлененіе, соприкасаются между собою. Въ этихъ же мѣстахъ почти постоянно встрѣчаются болѣе или менѣе значительныя асимметріи.

Емкость таза, вслѣдствіе всего этого, чрезвычайнао измѣняется, и въ прямомъ размѣрѣ, и особенно въ поперечномъ. Сѣуженіе въ выходѣ обыкновенно бываетъ болѣе значительнымъ, чѣмъ во входѣ; рѣже наблюдается обратное.

Тазовой входъ, благодаря тому, что обѣ вертлужныя впадины и промонтоиумъ приближены другъ къ другу, получаетъ трехзубчатую форму, такъ что при самой сильной степени сѣуженія онъ имѣть форму Y. Прямой размѣръ входа укороченъ довольно часто, а поперечный — почти всегда. Сѣуженіе въ поперечномъ направленіи увеличивается въ полости таза и въ тазовомъ выходѣ. Прямой размѣръ полости таза не укороченъ, если только верхушка крестцовой кости загнута не слишкомъ далеко кверху. Послѣднее обстоятельство значительно уменьшаетъ прямой размѣръ газоваго выхода; иногда выходъ можетъ быть даже почти совершенно закрытъ вслѣдствіе того, что обѣ вѣтви лонной дуги и оба сѣдалищные бугра сближены между собою, а въ задней части его помѣщается загнутая верхушка крестца.

Примѣч. Сущность остеомалиціи состоитъ въ томъ, что сформировавшаяся уже кость, при воспалительныхъ явленіяхъ, теряетъ свои известковыя соли со стороны Гаверсовыхъ каналцевъ, а остающаяся размягченная костная ткань вытѣсняется гиперплазіею костнаго мозга. При этомъ характеристично то обстоятельство, что расстройство питанія костей прогрессируетъ неудержимо. Слѣдовательно, въ патолого-анатомическомъ отношеніи эта болѣзнь всего лучше можетъ быть названа прогрессивнымъ остеомизлитомъ и остентомъ ¹⁾.

¹⁾ См. Volkman n, Handb. d. allg. u. sp. Chir. von Pitha, u. Billroth. Erlangen 1865, B. II, Abth. 2, p. 312.

Остеомалиція встрѣчается, хотя и не исключительно, но, по крайней мѣрѣ, преимущественно у беременных и родильницъ, и въ этихъ случаяхъ она начинается съ костей таза. Иногда она появляется уже во время первой беременности, но гораздо чаще—послѣ повторныхъ родовъ. Настоящія причины ея до сихъ поръ еще не выяснены. Сырыя, ватхлыя жилища и вообще скудныя условія жизни, а также всѣ моменты, вызывающіе упадокъ питанія, несомнѣнно вліяютъ на ея возникновеніе, но только въ такихъ мѣстностяхъ, въ которыхъ она существуетъ эндемически, и во всякомъ случаѣ это послѣднее обстоятельство играетъ преобладающую роль. Напримеръ, въ Англіи и Сѣверной Америкѣ остеомалиція почти совсѣмъ не встрѣчается, а въ другихъ мѣстностяхъ, особенно на берегахъ Рейна и въ сосѣднихъ съ нимъ долинахъ, въ Восточной Фландріи, въ окрестностяхъ Милана и въ нѣкоторыхъ другихъ мѣстахъ, она наблюдается относительно часто. При наличности этихъ эндемическихъ условій, постоянная гиперемія, которой подвержены тазовыя кости во все продолженіе беременности, можетъ, вѣроятно, послужить поводомъ къ обнаруженію остеомалиціи. Но существенное вліяніе, вѣроятно, имѣетъ еще и то обстоятельство, что большое количество известковыхъ солей идетъ на построеніе скелета плода. Вліяніе этого фактора на возникновеніе остеомалиціи представляется чрезвычайно правдоподобнымъ въ виду интересныхъ и важныхъ изслѣдованій Roloff'a¹⁾ относительно развитія ея у животныхъ.

Остеомалигическій процессъ начинается главнымъ образомъ въ видѣ остеомалита. Костный мозгъ, заключающій въ себѣ жиръ, исчезаетъ, а вмѣстѣ его образуется мелодая красная костномозговая ткань, съ небольшими круглыми клѣтками, которыя сильно размокаются при явленіяхъ значительной гипереміи, сопровождаемой иногда кровоналіяніями. Потеря извести въ сформированнейшей уже кости происходитъ со стороны Гаверсовыхъ канальцевъ и затѣмъ продолжается съ одной костной пластинки на другую, такъ что въ окружности этихъ канальцевъ образуется остеондная ткань, т. е. костная ткань безъ известковыхъ солей. Но и сама костная ткань при этомъ измѣняется: костныя тѣльца становятся болѣе толстыми и круглыми, наполняются жиромъ, и каналцы въ нихъ отчасти исчезаютъ. Въ заключеніе вся костная ткань всасывается и замѣняется разрастающагося костномозговою тканью. Превращеніе самихъ костныхъ тѣлецъ въ костномозговую клѣтку должно считаться невѣроятнымъ. Это замѣщеніе костномозговою тканью происходитъ по направленію Гаверсовыхъ канальцевъ, такъ что среди костнаго мозга лежатъ еще неизмѣненныя костныя пластинки, и вся кость становится похожею на *diploë*. Въ случаяхъ очень сильнаго развитія болѣзни кость становится совершенно мягкою, какъ воскъ, легко рѣжется пожею и при этомъ хруститъ лишь въ отдѣльныхъ мѣстахъ. Въ самыхъ экзвивитныхъ случаяхъ остается только кожистый изъюкъ изъ надкостницы, который заключаетъ въ себѣ костномозговую ткань и жиръ. Особенно знаменитыми сдѣлались слѣдующія болѣзни: *M-me Souplet*, скелетъ которой хранился въ Дюконтреповскомъ музеѣ (этотъ случай описанъ *Morgan d'омъ*), и *Elisabeth Foster*, которая, по словамъ *William'a Coorega*, представляла въ заключеніе неподвижный кусокъ живаго мяса, но и въ этомъ видѣ все-таки еще забеременѣла.

Изслѣдованія относительно химическихъ процессовъ при остеомалиціи привели къ разнорѣчивымъ результатамъ. Вѣрно только то, что въ остеомалигическихъ костяхъ уменьшено содержаніе неорганическихъ составныхъ частей, и уменьшеніе это въ однихъ случаяхъ касается преимущественно углекислой извести, а въ другихъ — фосфорнокислой. Въ сильно пораженныхъ костяхъ не оказывается ни глютина, ни хондрина. Кислая реакція разрастающагося костнаго мозга есть явленіе не постоянное; молочная кислота, найденная въ мочѣ *Schmidt'омъ*, *C. O. Weber'омъ*,

¹⁾ Roloff, Virchow's Arch. P. 37. 1867.

Moerg'somъ и Muck'omъ, точно также встрѣчается не во всѣхъ случаяхъ. Слѣдовательно, мнѣніе, по которому известковыя соли растворяются кислотою и такимъ образомъ удаляются изъ костей, не имѣть достаточныхъ оснований. Не вполнѣ установлено и то, какимъ путемъ известь выдѣляется изъ организма. По изслѣдованіямъ прежнихъ авторовъ, моча женщинъ, страдающихъ остеомаляціей, содержитъ очень много извести, а Gussow¹⁾ утверждаетъ то же самое относительно молока; но оба эти наблюденія оспариваются другими авторами²⁾.

Слѣдовательно, въ противоположность рахиту, при которомъ отдѣльныя кости обыкновенно сохраняютъ свою плотность, а находящіеся между ними остеонидные слои даютъ имъ только возможность значительно смѣщаться и измѣнять свое взаимное положеніе,—кости при остеомаляціи размягчаются по направленію шнурти кнаружи, вслѣдствіе чего форма ихъ подвергается весьма значительнымъ измѣненіямъ.

Измѣненія таза обуславливаются тѣми же моментами, подъ вліяніемъ которыхъ формируется развитой женскій таазъ, но съ тою разницею, что на размягченныя кости эти моменты дѣйствуютъ слишкомъ сильно (см. вып. I, стр. 15). Очень важную роль, конечно, играетъ степень размягченія костей и послѣдовательный порядокъ ихъ заболванія. Сравнительно меньшее значеніе имѣетъ потягиваніе со стороны мышцъ.

Крестцовая кость, подъ давленіемъ тяжести туловища, смѣщается впередъ и внизъ, а нижній конецъ ея, при сидячемъ положеніи больной, загибается вверхъ. Опускаясь внизъ, крестцовая кость тянетъ за собою заднія части подвздошныхъ костей. Но, въ противоположность рахитическому таазу, въ которомъ, благодаря плотности его костей и отсутствію противодавленія въ вертлужныхъ впадинахъ, увеличивается при этомъ поперечное растяженіе,—при остеомаляціи размягченныя подвздошныя кости сами загибаются подъ угломъ, а вертлужныя впадины, благодаря противодавленію бедренныхъ головокъ, отгнѣсняются вверхъ и внутрь, вслѣдствіе чего подвздошныя кости еще сильнѣе загибаются, и крылья ихъ получаютъ складчатую поверхность. Вмѣстѣ съ тѣмъ лонное сочлененіе заостряется клювообразно (часто съ одновременнымъ переломомъ костей). Въ лежачемъ положеніи задняя поверхность крестца и заднія части подвздошныхъ костей уплощаются, и иногда остистые отростки загибаются въ ту или другую сторону. Такъ какъ въ нормальномъ состояніи осьевая линія, идущая отъ центра тяжести туловища, проходитъ позади опорной точки, соединяющей обѣ вертлужныя впадины, то при размягченныхъ костяхъ весьма значительно уменьшается наклоненіе таза.

Вслѣдствіе своеобразныхъ особенностей въ положеніи таза, и преимущественно вслѣдствіе постоянного лежанія на одномъ боку, но также и вслѣдствіе неравномернаго размягченія отдѣльныхъ костей, возникаютъ различныя асимметріи и видоизмѣненія формы остеомалятического таза.

Очень важно, въ теченіе какого времени больныя еще продолжали ходить съ размягченными костями. Если онѣ слегли въ постель очень скоро послѣ появленія болванья и если онѣ при этомъ мало лежали на боку, то вертлужныя впадины не сближаются между собою. Въ сидячемъ положеніи промонтогіумъ глубоко опускается въ таазъ, но при постоянномъ лежаніи на спинѣ не оказывается и этого явленія.

На рис. 135-мъ изображенъ остеомалятический таазъ, весьма интересный по своей исторіи³⁾ и находящійся въ коллекціи Боннскаго родильнаго дома. Обладательница его, г-жа Chaoube, заболѣла остеомаляціей послѣ двукратныхъ нормальныхъ родовъ. Третьи роды еще прошли легко и благополучно, тогда какъ при четвертыхъ и пятыхъ родахъ потребовалась перфорация головки, а при шестыхъ былъ сдѣланъ поворотъ и извлеченъ мертвый младенецъ. Когда она забеременѣла въ седьмой разъ,

¹⁾ M. f. G., B. 20, p. 19.—²⁾ Pagenstecher, M. f. G., B. 19, p. 128.—³⁾ См. Pütz, Enarr. Sect. Caes. etc. D. i. Bonn 1843.

было произведено Kilia номъ ¹⁾ кесарское сѣченіе, съ благополучнымъ исходомъ для нея самой и для младенца; сальникъ, выпавшій на другой день послѣ операціи, былъ отрванъ. При восьмой беременности ²⁾, послѣ того какъ лицо чрезъ самопроизвольный разрывъ матки выпало цѣликомъ въ брюшную полость, была сдѣлана лапаротомія и извлеченъ мертвый младенецъ. Когда больная по выздоровленіи опять забеременѣла, у нея снова произошелъ разрывъ матки, такъ что еще разъ была сдѣлана лапаротомія, съ благополучнымъ исходомъ для матери и для младенца.

Распознаваніе можетъ быть затруднительно въ началѣ болѣзни, если характеристическія измѣненія таза еще отсутствуютъ или мало выражены. Въ мѣстностяхъ, въ которыхъ остеомалаяція существуетъ эндемически, нужно предполагать эту болѣзнь у всякой беременной или родильницы, жалующейся на сильныя «ревматическія» боли въ нижней половинѣ туловища. Если во время каждой беременности мы будемъ измѣрять ростъ всего тѣла и величину діагональной конъюгаты, то иногда прогрессивное уменьшеніе ихъ даетъ намъ возможность распознать остеомалаяцію въ такое время, когда еще отсутствуютъ тѣ измѣненія, которыя сами по себѣ ставятъ діагнозъ внѣ всякаго сомнѣнія. Это тѣмъ болѣе важно, что незначительныя степени суженія лонной дуги и клювообразнаго заостренія лоннаго сочлененія трудно узнаются съ положительностью на живой.

Если остеомалаяція уже достигла большей степени развитія, то распознаваніе ея не представляетъ никакихъ трудностей. При изслѣдованіи таза наружная конъюгата, не всегда, но очень часто, оказывается укороченною, между тѣмъ какъ мысъ крестцовой кости почти всегда легко доступенъ для пальца. Размѣры большаго таза уменьшены, (въ особенности — разстояніе между обоими вертелами; гребешки подвздошныхъ костей очень сильно изогнуты; клювообразная форма лоннаго сочлененія, параллельное направленіе обѣихъ вѣтвей лонной дуги и уменьшенное разстояніе между сѣдалищными буграми весьма характеристичны. Сильный изгибъ крестцовой кости точно также констатируется безъ труда.

Дифференціальное распознаваніе отъ кифотическаго и анкилотически-поперечно-суженнаго таза, — почти единственныхъ аномалій, съ которыми еще возможно смѣшать остеомалаятическій тазъ, — было уже изложено въ предыдущихъ главахъ. Отъ очень рѣдко встрѣчающагося ложно-osteомалаятическаго таза настоящій остеомалаятическій тазъ отличается на основаніи анамнеза.

Степень суженія должна опредѣляться главнымъ образомъ по уменьшенію разстоянія между сѣдалищными буграми и по формѣ лонной дуги. Размѣры тазоваго входа имѣютъ здѣсь меньшее значеніе, не говоря уже о томъ, что внутреннее изслѣдованіе его часто бываетъ совсѣмъ невозможно, вслѣдствіе суженія выхода.

¹⁾ См. K ü p p e r, Sect. Caes. etc. D. i. Bonnae 1838.—²⁾ Kilia n, Organ für die gesammte Heilkunde. B. I. Heft 3. Bonn 1841.

Предсказаніе неблагопріятно. Полное исцѣленіе остеомаліціи принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ, и даже улучшеніе возможно только въ томъ случаѣ, если больная долго не забеременѣвала. Но самыя измѣненія таза остаются даже тогда, когда наступило полное исцѣленіе. Мало того, если принять въ соображеніе, что при очень значительномъ развитіи остеомаліціи сильно размягченный тазъ можетъ быть расширенъ головкою младенца, проталкиваемой сокращеніями матки, то мы увидимъ, что въ чисто акушерскомъ отношеніи полное исцѣленіе остеомаліціи даетъ болѣе неблагопріятные шансы, чѣмъ прогрессивное ея развитіе.

Такъ какъ способность къ зачатію не измѣняется даже при самыхъ высшихъ степеняхъ остеомаліціи (по крайней мѣрѣ—до тѣхъ поръ, пока еще возможна *immissio penis* въ выходъ таза), то большинство этихъ больныхъ умираетъ во время родовъ или отъ ихъ послѣдствій, а другія, въ еще болѣе плачевномъ состояніи, погибаютъ отъ хроническаго истощенія.

До какой степени неблагопріятно вліяетъ остеомаліціа на теченіе родового акта, объ этомъ свидѣтельствуетъ статистика *Litzmann'a*, по которой изъ числа 72-хъ женщинъ, еще забеременѣвшихъ во время своей болѣзни, 38 ни разу не родили естественнымъ путемъ и только 11 родили такимъ путемъ по одному разу.

По отношенію къ младенцу исходы бывають различны. Въ самомъ началѣ болѣзни, а равно и при полной мягкости таза, если таковая существуетъ, еще можетъ естественнымъ путемъ родиться живой младенецъ. Съ другой стороны, шансы для младенца болѣе благопріятны въ виду того, что при остеомаліціи очень часто имѣется абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію, т. е. къ такой операціи, которая по отношенію къ младенцу даетъ благопріятные результаты.

Терапія должна сообразоваться съ результатами тщательнаго изслѣдованія таза. Производя изслѣдованіе всею рукою, мы должны стараться выяснитъ, можетъ ли чрезъ данный тазъ пройти неповрежденная или, по крайней мѣрѣ, перфорированная головка. Суженіе во многихъ случаяхъ достигаетъ такой высокой степени, что роды естественнымъ путемъ абсолютно невозможны, если кости таза, о чемъ всегда нужно помнить при значительномъ развитіи остеомаліціи, не размягчены настолько, чтобы могли раздаться во время родовъ. Въ конкретномъ случаѣ бываетъ иногда очень трудно рѣшить, должны ли мы при очень сильномъ суженіи таза немедленно произвести кесарское сѣченіе, если условія для этой операціи благопріятны, или же намъ слѣдуетъ держаться выжидательно, надѣясь на расширеніе размягченнаго таза. Если удастся несомнѣнно констатировать нѣкоторую растяжимость остеомалитическаго таза, то, въ виду опасностей, съ которыми сопряжено кесарское сѣченіе, а особенно—въ виду наблюденій, сдѣланныхъ *Lazzati* и *Casati* въ Миланѣ (на

62 случая родовъ всего 2 случая съ кесарскимъ съченіемъ), мы должны держаться выжидательно.

Примѣч. Случай, въ которыхъ сильно размягченный тазъ раздавался подъ напоромъ головки до такой степени, что роды, вопреки всякому ожиданію, могли быть окончены естественнымъ путемъ, либо самопроизвольно, либо при помощи искусства, встрѣчаются повидимому не особенно рѣдко. Кромѣ тѣхъ случаевъ, которые сопоставлены Kilia'номъ¹⁾, сюда еще относятся: случаи Robert'a²⁾ [именно, 2 случая, изъ которыхъ въ одномъ дѣло идетъ о вторичной беременности той же женщины, которая приведена у Kilia'на подъ № X, а другой описанъ также Schmitz'омъ³⁾], далѣе—случай Olshausen'a⁴⁾, Гугенбергера⁵⁾, Kéz marszky⁶⁾, Müller'a⁷⁾ и Löhlein'a⁸⁾. Въ случаяхъ Breslau⁹⁾, Fasbender-Püllen'a¹⁰⁾ и Крассовскаго¹¹⁾ также оказался растяжимый тазовой выходъ, но тѣмъ не менѣе было произведено кесарское съченіе, которое во второмъ изъ нихъ привело къ благоприятному результату. Кромѣ того, въ тазахъ, вынутыхъ изъ трупа, каучуко-подобная растяжимость была найдена Wiuckel'емъ¹²⁾, Schiesk'омъ¹³⁾ и Weber-Ebenhof'омъ¹⁴⁾ [последними двумя авторами—при остеомалаяціи не-дуэрпериального происхожденія].—Lazzati, въ Миланѣ, по словамъ Barnes'a¹⁵⁾, утверждаетъ, что хотя остеомалаяція встрѣчается тамъ очень часто, однако прибѣгать къ кесарскому съченію приходится рѣдко, даже при значительномъ обезображеніи таза; обычная терапія заключается въ производствѣ поворота, послѣ котораго тазовыя кости раздаются настолько, что позволяютъ извлечь младенца цѣликомъ или по частямъ.

Litzman сопоставилъ тѣ операции, которыя потребовались при остеомалаятическомъ тазѣ. Именно, въ 16-ти случаяхъ было сдѣлано прободеніе головки, въ 40—кесарское съченіе, въ 2-хъ—искусственные преждевременные роды и въ 1—сим-физиотомія; въ 7 случаяхъ наступилъ разрывъ матки, и 4 роженницы умерли не разрѣшившись.

Ложно-osteomalаятической тазъ, по Michaëlis'у, или спавшійся рахитическій, по Litzmann'у.

Литература: Smellie, Treatise etc. London 1752, p. 83, и Tab. anat., T. III. —Steinjun., Die Lehranstalt der Geb. in Bonn. Elberf. 1823, p. 184.—Clausius, Diss. s. cas. rariss. etc. 1834; F. C. Naegele, Das schräg verengte Becken, p. 85, и T. XII, XIII.—Lange, Prager Vierteljahrsschrift 1844, p. 5.—Hohl, Zur Path. des Beckens, p. 78.—A. P. Kilia, De rachitide etc. D. i. Bonn 1855.—Litzmann, l. c., p. 92.—Scanzoni, Lehrb. d. Geb. 4. Aufl. B. II, p. 437.—C. O. Weber, Enarr. cons. rach. etc. Progr. Bonn 1862.—Marchand u. Schücking, Arch. f. Gyn., B. XII, p. 437 (случай 3-й).—Hamann, D. i. Halle 1881.—Griffith, Tr. Lond. obst. Soc. XXVII. 1886.

Этотъ тазъ имѣетъ поразительное сходство съ остеомалаятическимъ тазомъ. Мысль опущенъ далеко внизъ, а верхушка крестцовой кости сильно приближена къ нему, вслѣдствіе перегиба въ области 3-го или даже 2-го позвонка. Вертлужныя впадины также сближены между собою

¹⁾ Das halisteretische Becken, p. 35 sequ.—²⁾ De dilat. pelv. hal. etc. Bonnae 1859.—³⁾ Scanzoni's Beitr. IV, p. 42.—⁴⁾ Berl. klin. W. 1869, No. 33.—⁵⁾ Petersl. med. Z. 1872, B. III, H. 1.—⁶⁾ Arch. f. Gyn., B. IV, p. 537.—⁷⁾ Scanzoni's Beitr., B. VII, p. 268.—⁸⁾ Berl. klin. W. 1875, No. 25.—⁹⁾ Deutsche Klinik 1859, No. 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⁾ e. l., B. 27, p. 178.—¹⁴⁾ Prager Viertelj. 1873. I, p. 78.—¹⁵⁾ Obst. Op. 2-d ed., p. 325.

а лонное сочленение выдается впередъ, такъ что входъ таза имѣетъ треугольную форму. Чаще всего эти тазы отличаются отъ настоящихъ остеомалятическихъ очень малую величиною своихъ костей, а особенно — подвздошныхъ крыльевъ. Послѣдніе всего чаще оказываются сохранившими рахитическую форму и рахитическое положеніе, такъ что трубообразное спаденіе ихъ въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ. Но иногда и это явленіе бываетъ рѣзко выражено.



Рис. 136. Ложно-остеомалятической тазъ.

Эти ложно-остеомалятическіе тазы образуются вообще тогда, когда кости, пораженные рахитомъ, очень сильно размягчены, а между тѣмъ больныя усердно пользуются своими нижними конечностями. При такихъ условіяхъ верхняя часть крестцовой кости, подъ давленіемъ тяжести туловища, сильно опускается внизъ и впередъ, а вертлужныя впадины, подъ давленіемъ бедренныхъ головокъ, также выпячиваются въ малый тазъ. Такое чрезвычайное размягченіе цѣлыхъ костей можетъ образоваться при очень продолжительномъ существованіи рахита, если снаружи отлагаются на костяхъ одни только остеоидные слои, а сформировавшаяся уже костная ткань должна съ теченіемъ времени уступить мѣсто костному мозгу, т. е. подвергнуться физиологическому всасыванію. Но въ другихъ случаяхъ, при очень значительной степени рахита, какъ доказано О. Weber'омъ, встрѣчается въ то же время остеопорозъ, т. е. размягченіе уже уплотнѣвшей кости. Подобное явленіе представляло бы уже настоящее осложненіе рахитическаго процесса остеомаляціей.

Примѣч. Рисунки такихъ тазовъ представлены уже Smellie, на 3-мъ листѣ его анатомическихъ таблицъ. Hull, Goosch, Burns и Davis также упоминаютъ объ этой рѣдкой формѣ рахитическаго таза. Первый, точно описанный случай сообщень Steip'омъ-младшимъ, а затѣмъ Naegele описаль эквивалентный случай такого таза, который представленъ нами на рис. 136-мъ. Кромѣ того, подобные тазы были наблюдаемы и у дѣтей; такіе случаи сообщены, напримѣръ, Stoltz'омъ, Betschler'омъ, Otto, Krumboltz'омъ, Wallach'омъ, Mayer'омъ и Fabend'омъ.

Тазъ, суженный костными опухолями.

Настоящія костныя опухоли, которыя составляли бы препятствіе для родового акта, встрѣчаются чрезвычайно рѣдко, такъ что въ литературѣ имѣется очень немного подобныхъ случаевъ. Но суженіе полости таза можетъ быть также обусловлено переломомъ тазовыхъ костей, сросшимся при смѣщеніи отломковъ или при чрезмѣрномъ развитіи костной мозоли.

Общихъ правилъ, которыя были бы приложимы ко всѣмъ этимъ случаямъ, установить нельзя. И предсказаніе, и акушерская терапія должны сообразоваться съ величиною и мѣстоположеніемъ опухоли.



Рис. 137. Тазъ съ экзостозами, описанный В е h'омъ.

Объ опухоляхъ, исходящихъ изъ тазовыхъ костей, но не имѣющихъ костяной твердости, мы уже говорили (см. стр. 139).

Примѣч. Naegele, въ диссертации Haberga¹⁾, сообщалъ одинъ случай, наблюдавшійся Leudig'омъ (въ Майнцѣ), гдѣ не только почти весь малый тазъ, но и часть большаго были выполнены огромною костною опухолью. Въ случаѣ M'Kibbin'a²⁾ остеома точно также занимала почти весь малый тазъ и послужила поводомъ къ кесарскому сѣченію. Другой, очень интересный случай, изображенный на рис. 137-мъ, описавъ В е h'омъ³⁾: опухоль выполняла почти весь малый тазъ, такъ что потребовалось кесарское сѣченіе. Далѣе, Marchant⁴⁾ сообщилъ одинъ случай, въ которомъ онъ съ благополучнымъ исходомъ произвелъ кесарское сѣченіе по причинѣ большой полшаровидной костной опухоли, помѣщавшейся въ верхней части крестцовой кости. Въ Америкѣ кесарское сѣченіе уже неоднократно производилось по причинѣ экзостозовъ тазовыхъ костей⁵⁾; но всѣ эти случаи описаны неточно. Stadfeldt⁶⁾ наблюдалъ большую энхондрому лонной кости. С. А. Fried, въ диссертации Thierry⁷⁾, сообщилъ одинъ случай, въ которомъ хрящъ между послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ и первымъ крестцовымъ былъ покрытъ экзостозомъ, имѣвшимъ форму каштана. Fischel⁸⁾ въ одномъ случаѣ нашелъ экзостозъ, величиною болѣе грецкаго орѣха, на мысѣ крестцовой кости.

Lenoir⁹⁾ собралъ нѣсколько весьма интересныхъ случаевъ, въ которыхъ суженіе таза было обусловлено чрезмѣрнымъ развитіемъ костной мозоли послѣ переломовъ, а именно — случаи Paravoine'a¹⁰⁾, Rowland-Gibson'a¹¹⁾ [это наблюденіе не совсемъ достоверно; можетъ быть, дѣло шло о спондилолистезѣ] и David'a¹²⁾. Hull¹³⁾ сообщилъ одинъ случай, въ которомъ, послѣ наступившаго уже разрыва матки, Baglow произвелъ лапаротомію съ благополучнымъ исходомъ. Переломъ вертлужныхъ впадинъ также можетъ произвести суженіе таза, если костные обломки выпячиваются внутрь¹⁴⁾. Наконецъ, суженіе можетъ зависетьъ оттого, что источникныя стѣнки вертлужныхъ впадинъ выпячиваются въ полость таза головками бедренныхъ костей¹⁵⁾.

¹⁾ Diss. i. exh. cas. rariss. partus. qui propter exostosis etc. Heidelb. 1830.—

²⁾ Edinb. med. and surg. J. 1831, B. XXXV, p. 351; Naegele, Das schräg verengte Becken. 1839, p. 110 и Т. XVI.—³⁾ De exostosi pelv. etc. D. i. Berol. 1854, и M. f. G., B. IV, p. 12.—⁴⁾ Journ. de méd. de Bruxelles, Dec. 1864; Canstatt's Jahresb. pro 1865, p. 315.—⁵⁾ См. Harris, Amer. J. of Obst. IV, pp. 633, 634 и 645.—

⁶⁾ Foedslen ved Bækkenets Svulster. Kjobenhavn 1879.—⁷⁾ De partu diff. a mal. conf. pelvi. Argent. 1764.—⁸⁾ Prager med. Woch. 1880, No. 9.—⁹⁾ Arch. gén. Juin 1859, p. 5.—¹⁰⁾ e. l., p. 7.—¹¹⁾ e. l., p. 11.—¹²⁾ e. l., p. 12.—¹³⁾ A defence of the Ces. op. Manchester, pp. 68 и 72.—¹⁴⁾ Burns, Handb. der Geburtsh. von Kilian, p. 36; Lenoir, l. c., p. 17; Gurlt, Ueber einige etc. Missstalt. d. menschl. Beckens. Berlin 1854, pp. 36 и 37.—¹⁵⁾ Otto, Seltene Beob. z. Anat., Phys. und Path. II, p. 19.

Аномалии яйца.

Аномалии плода.

Чрезвычайное развитие плода.

Уже въ общихъ замѣчаніяхъ объ узкомъ тазѣ (см. стр. 152) мы сказали, что механическое препятствіе для родового акта можетъ обусловливаться не только суженіемъ таза, но и чрезвычайно величиною младенца, а особенно — его головки.

Хотя величина младенца, за исключеніемъ патологическихъ случаевъ, никогда не бываетъ настолько значительной, чтобы могла вызывать такія серьезныя препятствія, какія нерѣдко встрѣчаются при узкомъ тазѣ, но все-таки ненормально большая величина младенца, даже при нормальномъ тазѣ, можетъ до нѣкоторой степени затруднять ходъ родовъ, а если тазъ вдобавокъ еще суженъ, хотя бы и незначительно, то она пріобрѣтаетъ большое практическое значеніе. Поэтому для насъ важно знать тѣ причины, которыя вліяютъ въ смыслѣ усиленнаго развитія плода. О длинѣ младенца, которая для механизма родовъ имѣетъ второстепенное значеніе, мы здѣсь говорить не будемъ, а замѣтимъ только, что вообще она пропорціональна вѣсу тѣла. Съ приблизительною точностью она можетъ быть опредѣлена по способу Ahlfeld'a (см. вып. I, стр. 116): тазомѣромъ опредѣляется разстояніе отъ ягодицъ до головки, и полученная длина увеличивается въ 2 раза. Опредѣлить вѣсъ младенца въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ мы не можемъ; но все-таки изслѣдованіями Gassner'a ¹⁾ доказано, что тяжелыя женщины рожаютъ тяжелыхъ дѣтей, а изслѣдованія Frankenhäuser'a ²⁾ показали, что вѣсъ младенца увеличивается пропорціонально росту матери (вліяніе отца, которое во всякомъ случаѣ не можетъ подлежать сомнѣнію, до сихъ поръ еще относительно человѣка не установлено точными наблюденіями). Вѣсъ младенца увеличивается также пропорціонально возрасту роженицы, а особенно числу предшествовавшихъ родовъ ³⁾. Наконецъ, у мальчиковъ вѣсъ тѣла вообще бываетъ нѣсколько больше, чѣмъ у дѣвочекъ.

Очень важное значеніе для механизма родовъ имѣютъ свойства головки. Она представляетъ весьма значительныя различія, которыя вообще соотвѣтствуютъ степени развитія всего остальнаго тѣла, такъ что при маломъ вѣсѣ младенца головка его тоже бываетъ не велика и, что особенно важно, обладаетъ большою гибкостью и легко поддается сжатію, между тѣмъ какъ при значительномъ вѣсѣ младенца и сильномъ развитіи всего тѣла, головка обыкновенно бываетъ велика и тверда ⁴⁾.

¹⁾ M. f. G., B. XIX, p. 21.—²⁾ Jenaische Zeitschr. f. Med. u. N. 1867, B. III, p. 184.—³⁾ См. также: Kleinwächter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 11, p. 222.—⁴⁾ Budin et Ribemont, Gaz. méd. de Paris 1879, 39.

У мальчиковъ, въ среднемъ выводѣ, головка имѣетъ большую величину, чѣмъ у дѣвочекъ, а особеннаго вниманія заслуживаетъ то обстоятельство, что важнѣйшій діаметръ головки, именно — большой поперечный размѣръ ея (*d. biparietalis*), чрезвычайно увеличивается съ бѣльшимъ числомъ предшествовавшихъ родовъ и съ болѣе пожилымъ возрастомъ матери, такъ что наибольшей ширины черепа слѣдуетъ ожидать у младенцевъ мужскаго пола, рождаемыхъ пожилыми многородящими. Уже напередъ должно считаться весьма вѣроятнымъ, что степень развитія черепа младенца будетъ соотвѣтствовать степени развитія его у обоихъ родителей. Къ сожалѣнію, относительно черепа отца не имѣется никакихъ свѣдѣній въ родильныхъ домахъ, въ которыхъ эти измѣренія производятся по преимуществу. Но что здѣсь дѣйствительно существуетъ нѣкоторая пропорціональность, — это старался доказать *Stehberger* ¹⁾ на небольшомъ числѣ случаевъ. *Fasbender* ²⁾, на основаніи результата многочисленныхъ измѣреній, произведенныхъ имъ надъ головками роженицъ и младенцевъ, категорически высказываетъ то положеніе, что головка младенца представляетъ уменьшенный слѣпокъ съ головки матери.

Примѣч. *Hesker* ³⁾, послѣ того какъ на это обстоятельство было обращено вниманіе *G. Veit* ^{омъ} ⁴⁾ и *Frankenhäuser* ^{омъ} ⁵⁾, доказалъ обширными статистическими данными, что вѣсь младенца возрастаетъ съ бѣльшимъ числомъ предшествовавшихъ родовъ, и, дѣйствительно, это послѣднее обстоятельство ⁶⁾, повидимому, играетъ здѣсь первостепенную роль, хотя и заявленіе *Duncan* ^а ⁷⁾ о зависимости этаго факта отъ болѣе пожилаго возраста матери тоже имѣетъ свои основанія, такъ что на увеличеніе вѣса послѣдующихъ младенцевъ вліяютъ оба эти обстоятельства, вѣсть взятыя. Дѣйствуютъ ли вышеупомянутый законъ вплоть до климактерическаго возраста, или же производительная способность женщины, какъ полагаютъ *Duncan*, достигаетъ своего апогея около 29-го года жизни, такъ что послѣ означеннаго возраста опять рождаются дѣти менѣе тяжелыя, это до сихъ поръ еще съ положительностью не доказано достаточно обширными статистическими данными.

Если оба вышеприведенныя обстоятельства, т. е. возрастъ матери и число предшествовавшихъ родовъ, дѣйствительно вліяютъ въ смыслъ болѣе сильнаго развитія младенца, то уже напередъ можно ожидать, что при благоприятномъ совпаденіи этихъ двухъ моментовъ будутъ рождаться наиболѣе тяжелыя дѣти. *Wegrich* ⁸⁾, въ самомъ дѣлѣ, констатировалъ для каждой беременности тотъ возрастъ матери, при которомъ вѣсь младенца бываетъ наибольшимъ. Именно, онъ нашелъ, что первый младенецъ бываетъ наиболѣе развитъ, когда мать находится въ возрастѣ 24 лѣтъ, второй — у матерей 27 лѣтъ, третій — при 29-лѣтнемъ возрастѣ матери, четвертый — у матерей 31 года, а пятый — у матерей 34—35 лѣтъ. Возростаніе вѣса послѣдующихъ дѣтей находится еще въ большой зависимости отъ ихъ пола, именно въ томъ смыслѣ, что вѣсь тѣла всего болѣе увеличивается, когда мальчикъ слѣдуетъ за дѣвочкой, между

¹⁾ *Centralbl. f. Gynaek.* 1878, No. 20; *Cohnstein*, e. l., No. 22.—²⁾ *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, B. III, p. 278; *Grünbaum*, *Diss. inaug.* Berlin 1879.—³⁾ *M. f. G.*, B. 24, p. 405, и B. 26, p. 348.—⁴⁾ *M. f. G.*, B. 6, p. 104.—⁵⁾ *M. f. G.*, B. 13, p. 172.—⁶⁾ 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; v. *Sobbe*, *D. i. Marburg* 1872.—⁷⁾ *Edinb. med. J. Dec.* 1864, p. 497.—⁸⁾ *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, B. I, p. 3; *Cohnstein*, *Arch. f. Gyn.*, B. XV, p. 220; *Kleinwächter*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, B. 11, H. 1.

тъмъ какъ дѣвочка, рождающаяся послѣ мальчика, бываетъ обыкновенно менѣе развита.

Уже Clarke ¹⁾ и въ особенности Simpson ²⁾ старались объяснить болѣе значительнымъ вѣсомъ тѣла и болѣшимъ объемомъ головки у мальчиковъ то обстоятельство, что роды при младенцѣ мужскаго пола бываютъ болѣе продолжительны и сопряжены съ большою опасностью, какъ для самого младенца, такъ и для матери; однако, нижеслѣдующія цифры, въ которыхъ обозначенъ излишекъ, приходящійся на долю мальчиковъ, доказываютъ, что разница, о которой говорятъ эти авторы, не особенно значительна. Цифры эти слѣдующія:

	Вѣсъ тѣла.	D. tr. maj.	D. r.	D. obl.	Окружность головки.
по Hесker'у . . .	80 грам.	0,04 сант.	0,21 сант.	0,42 сант.	0,6 сант.
• Schroeder'у . . .	66,5 „	0,13 „	0,12 „	0,12 „	0,57 „

Впрочемъ, G. Veit ³⁾ доказалъ статистическими данными, что болѣшій вѣсъ тѣла составляетъ здѣсь, по меньшей мѣрѣ, не единственную причину, такъ какъ даже при одинаковомъ вѣсѣ умираетъ во время родовъ всегда больше мальчиковъ, нежели дѣвочекъ. Но, съ другой стороны, болшой поперечный размѣръ у мальчиковъ несоотвѣтственно великъ; Pfannkuch ⁴⁾ показалъ, что и при одинаковомъ вѣсѣ тѣла головка у мальчиковъ имѣетъ болшую величину, чѣмъ у дѣвочекъ ⁵⁾.

По Schroeder'у ⁶⁾, очень важное значеніе для хода родовъ имѣетъ разница въ величинѣ поперечнаго размѣра головки, находящаяся въ зависимости отъ всѣхъ вышеприведенныхъ условій, такъ что у молодыхъ первородящихъ поперечный размѣръ головки младенца нерѣдко бываетъ менѣе $9\frac{1}{4}$ сант., а у пожилыхъ многородящихъ онъ достигаетъ 10— $10\frac{1}{2}$ сант., особенно при младенцѣ мужскаго пола.

Распознать чрезмѣрно болшой объемъ головки раньше окончанія родовъ возможно только приблизительно ⁷⁾. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ обращаютъ наше вниманіе результаты ощупыванія головки, предлежащей въ нижнемъ сегментѣ матки, или чрезмѣрная длина стрѣловиднаго шва и слишкомъ большое разстояніе между обоими родничками ⁸⁾; но эти признаки надежны только тогда, когда они достигаютъ крайней степени. Слѣдовательно, принимая въ соображеніе всѣ вышеуказанныя условія, а равно и то обстоятельство, что распознать полъ младенца до его рожденія лишь рѣдко бываетъ возможно, мы должны ожидать, что, вообще, у молодыхъ первородящихъ головка младенца будетъ не очень велика, тогда какъ у женщинъ пожилыхъ, которыя уже часто рожали, нужно ожидать напередъ, что объемъ черепа младенца окажется значительнымъ, въ особенности если голова самой роженицы тоже очень велика.

Предсказаніе и терація ничѣмъ не отличаются отъ тѣхъ случаевъ, когда несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ зависитъ отъ умѣреннаго суженія послѣдняго, но съ тою только разницею, что

¹⁾ Philos. Tr. Vol. 76. II, p. 349.—²⁾ Edinb. med. J. 1844, p. 387, и Sel. Obst. Works I. 1871, p. 307.—³⁾ M. f. G., B. 6, p. 119.—⁴⁾ Arch. f. Gyn. IV, p. 297.—⁵⁾ См. также: Olshausen, Klin. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884, p. 122. (Роды мальчикомъ гораздо чаще наблюдались у женщинъ съ узкимъ тазомъ).—⁶⁾ Scanzoni's Beitr., B. V, p. 401.—⁷⁾ См. Duncan, Obst. Journ. of Gr. Brit. September 1875, p. 417.—⁸⁾ У зрѣлыхъ, хорошо развитыхъ младенцевъ, какъ донавалю Fehling'омъ (Arch. f. Gyn. B. VII, p. 507), болшой родничекъ имѣетъ не меньшую, а болшую величину, чѣмъ у малыхъ плодовъ.

предсказаніе для младенца въ большинствѣ случаевъ бываетъ нѣсколько болѣе неблагоприятно, такъ какъ чрезмѣрно большая головка почти всегда труднѣе поддается сжатію. Обстоятельство это особенно важно при извлеченіи послѣдующей головки, такъ какъ при значительномъ ея объемѣ и чрезмѣрной твердости легко происходятъ на ней ложкообразныя вдавленія, вслѣдствіе чего предсказаніе значительно ухудшается.

Чрезмѣрное развитіе туловища младенца можетъ существенно затруднить прорѣзываніе его даже при нормальномъ тазѣ. Но при суженіи таза сильно развитое туловище можетъ встрѣтить препятствія уже при своемъ вступленіи въ тазовую входъ, такъ что оно задерживаетъ головку, уже стоящую въ нормальномъ выходѣ таза, и весьма значительно затрудняетъ искусственное извлеченіе младенца.

Сросшіяся двойни.

Литература: Hohl, Die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder. Halle 1850.—Playfair, Obst. Tr. VIII, p. 300.—Kleinwächter, Lehre v. d. Zwillingen. Prag 1871.—G. Veit, Samml. klin. Vortr., № 164—165. Leipzig 1879.—A. H. f. e. l. d., Missbildungen des Menschen. Leipzig 1880.—Herrgott, Ann. de gyn. Déc. 1886.

Лучше всего различать, по G. Veit'у, слѣдующіе 3 вида сросшихся двоенъ:

1) Неполное раздвоеніе на верхнемъ (*diprosopus*, *cephalothoracopagus*) или нижнемъ концѣ туловища (*dipygus*).

2) Двойни, сросшенныя верхними (*kranioragus*) или нижними концами своихъ туловищъ (*ischioragus*, *pygoragus*).

3) Двойни, сросшенныя туловищами [*thoracopagus* (см. рис. 138) и *dicephalus*].

Вообще, акушерское значеніе всѣхъ этихъ уродствъ нерѣдко уменьшается благодаря тому, что тазовыя положенія встрѣчаются при нихъ сравнительно гораздо чаще, далѣе — благодаря тому, что беременность часто оканчивается раньше своего нормальнаго срока, а самые плоды (какъ и нормальныя двойни) часто бываютъ слабо развиты.

Распознаваніе этихъ аномалій въ началѣ родовъ невозможно, да и въ дальнѣйшемъ теченіи родового акта представляетъ иногда большія трудности. Наружнымъ и обыкновеннымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ въ большинствѣ случаевъ удается съ положительностью констатировать только беремен-



Рис. 138. Thoracopagus.

случаевъ удается съ положительностью констатировать только беремен-

ность двойнями, но не сращеніе ихъ между собою. Сращеніе это должно быть подозрѣваемо тогда, когда существующее препятствіе для родового акта ничѣмъ другимъ не можетъ быть удовлетворительно объяснено. Полную увѣренность относительно этого даетъ только непосредственное ощупываніе сращеннаго мѣста рукою, введенною въ полость матки, т. е. изслѣдованіе половиною руки или всею рукою.

Примѣч. Вообще, для распознаванія всѣхъ этихъ уродствъ очень важно знать, что у многоплодныхъ они встрѣчаются сравнительно чаще (по G. Veit'y, это вѣрно лишь постольку, поскольку вообще намъ гораздо чаще приходится наблюдать многоплодныхъ, чѣмъ первородящихъ), что они до нѣкоторой степени наследственны и нерѣдко повторяются у одной и той же женщины, и наконецъ, что нѣкоторыя уродства встрѣчаются въ видѣ осложненія, такъ что по незначительнымъ уродствамъ, легко доступнымъ распознаванію (напр., *pes varus*, *spina bifida*), можно иногда заключить о другихъ, болѣе важныхъ уродствахъ (напр., *hydrocephalus* или *hemicephalus*), точное распознаваніе которыхъ до сихъ поръ еще невозможно.

Неполныя раздвоенія, отнесенныя нами къ категоріи № 1, могутъ представлять механическія затрудненія для родового акта вслѣдствіе большаго объема удвоенной части тѣла. Двойная головка легче проходитъ чрезъ тазъ въ томъ случаѣ, когда она слѣдуетъ за туловищемъ (послѣдующая двойная головка). Если же она идетъ впереди (предлежащая двойная головка), то въ такомъ случаѣ часто приходится прибѣгать къ щипцамъ и даже къ перфораци.

Что касается рѣдкихъ формъ двоенъ, отнесенныхъ нами къ категоріи № 2, то краниорагі, которые къ родамъ всегда устанавливаются нижнимъ концомъ туловища, проходятъ чрезъ тазъ безъ затрудненій, между тѣмъ какъ *ischioragi*, и *rugoragi* въ большинствѣ случаевъ требуютъ нѣкоторой искусственной помощи.

Наиболѣе важными представляются полныя раздвоенія, отнесенныя нами къ категоріи № 3.

Diccephalus вліяетъ менѣе неблагопріятно, если онъ вставляется тазовымъ концомъ; въ этомъ случаѣ мы извлекаемъ сначала одну послѣдующую головку, а затѣмъ — другую. При черепныхъ положеніяхъ головка, идущая впереди, встрѣчаетъ очень большое препятствіе со стороны другой головки, упирающейся надъ тазовымъ входомъ. Извлечь щипцами первую головку часто бываетъ очень трудно, а если даже удалось ее извлечь, то младенецъ неподвижно упирается заднею частью шеи въ лонную дугу. Послѣ этого вторая головка иногда вступаетъ въ тазъ сама собою; но обыкновенно бываетъ всего лучше декапитировать родившуюся головку и затѣмъ сдѣлать поворотъ или содѣйствовать самоизвороту.

Thogasoragi почти всегда бываютъ чрезвычайно подвижны одинъ относительно другаго, какъ что *xiphoragi* могутъ даже имѣть при родахъ взаимно обратное положеніе. Эта подвижность облегчаетъ какъ самопроизвольные роды, такъ и искусственныя пособія. Если возможно,

то слѣдуетъ привести обоихъ младенцевъ въ тазовое положеніе съ предлежаніемъ всѣхъ четырехъ ножекъ и затѣмъ извлекать такимъ образомъ, чтобы младенецъ, лежащій позади, родился первымъ. При головныхъ положеніяхъ объ головки могутъ помѣщаться непосредственно одна за другою. Если второй младенецъ имѣетъ поперечное положеніе, то слѣдуетъ сдѣлать поворотъ, а затѣмъ — извлеченіе.

Болезни плода.

Литература: Hohl, l. c.—Joulin, Des cas de dystocie app. au. foetus. Paris 1863.—Herrgott, A., Thèse. Paris 1878.

Acardiacus ¹⁾ [см. рис. 139] образуется вслѣдствіе того, что при анастомозѣ сосудистой системы двухъ близнецовъ, лежащихъ въ одной общей ворсистой оболочкѣ, слѣдовательно — двухъ близнецовъ одинаковаго пола, кровяное давленіе въ сосудистой системѣ одного изъ нихъ до такой степени превышаетъ давленіе въ сосудистой системѣ другаго, что кровообращеніе въ этой послѣдней получаетъ обратное направленіе; благодаря этому обстоятельству, сердце и легкія, вмѣстѣ съ болѣе или менѣе значительною частью туловища, атрофируются, и этотъ уродливый плодъ получаетъ питательный матеріалъ отъ плода нормально развитаго. Въ пупочной венѣ уродливаго плода наступаетъ при этомъ застой крови, который можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ значительную гипертрофію и отечное припуханіе подкожной кѣлѣчатки. Безголовый плодъ (acerphalus) рождается обыкновенно въ ножномъ положеніи, черезъ $\frac{1}{2}$ —3—12 часовъ послѣ того, какъ родился нормально развитый младенецъ. Гипертрофія туловища можетъ потребовать



Рис. 139. Acardiacus, по Franquē.

извлеченія, и если она очень значительна, то операція эта можетъ быть сопряжена съ чрезвычайными трудностями ²⁾.

Чрезмѣрное растяженіе мозговыхъ желудочковъ накопившеюся въ нихъ серозною жидкостью, смотря по степени и продолжительности ея накопленія, можетъ повлечь за собою или гемиецефалию, или головную водянку (hydrocephalus).

Гемиецефалы или анэнцефалы ³⁾ [см. рис. 140] часто бы-

¹⁾ См. Porpel, M. f. G., B. 20, p. 249, и Ahlfeld, Arch. f. Gyn. XVI, p. 321.—²⁾ Verb. der Berl. geb. Ges. I, p. 126.—³⁾ См. Lebedeff, Virch. Arch., B. LXXXVI, p. 263, и Ribbert, e. l., B. LXXXIII, p. 396.

ваютъ очень хорошо развиты и отличаются особенно широкими плечами. Маленькая головка, обращенная личикомъ вверхъ, сидитъ непосредственно на туловищѣ, уши лежатъ на плечахъ, глаза сильно выпячены, языкъ нерѣдко выдвинутъ изо рта. Количество околоплодной жидкости часто бываетъ очень значительно. Анэнцефалы иногда предлежать основаніемъ черепа или личикомъ; но столь же часто они устанавливаются въ ножномъ или поперечномъ положеніи. Если предлежитъ черепъ, то удается прощупать его основаніе (турецкое сѣдло, *sella turcica*) и такимъ образомъ установить діагнозъ; но и при лицевомъ положеніи малая величина личика, въ связи съ вышеуказанными признаками, должна послужить поводомъ къ тщательному изслѣдованію черепа. Широкія плечики могутъ значительно затруднять родовой актъ при предлежаніи черепа, такъ какъ послѣдній, благодаря своей малой величинѣ, недостаточно подготавливаетъ для нихъ родовые пути. Въ этомъ случаѣ показуется поворотъ на ножки, такъ какъ при тазовыхъ положеніяхъ плечики извлекаются



Рис. 140. Hemicephalus или anencephalus.
а—остатки головного мозга.

безъ труда; но если поворотъ невозможенъ, то младенца извлекаютъ за головку, либо непосредственно рукою, либо пальцемъ или тупымъ крючкомъ, введеннымъ въ полость рта, или, наконецъ, низводятъ одну или обѣ ручки мимо головки и такимъ образомъ извлекаютъ младенца.

Гораздо болѣе важны, въ сравненіи съ гемицефаліей, тѣ случаи, въ которыхъ водянка мозговыхъ желудочковъ повлекла за собою не уничтоженіе черепнаго свода, а растяженіе его, т. е. образованіе головной водянки (*hydrocephalus*).

Hydrocephalus рѣдко бываетъ дѣйствительнымъ препятствіемъ для родовъ; но все-таки подобные случаи иногда встрѣчаются группами и могутъ повторяться у одной и той же женщины. Объемъ черепа въ этихъ случаяхъ находится въ значительномъ несоотвѣтствіи съ величиною личика; лобъ необыкновенно сильно выдается впередъ; черепныя кости тонки, имѣютъ по краямъ лучистый видъ и представляютъ на своемъ протяженіи свободныя промежутки; черепныя швы широки; роднички имѣютъ колоссальную величину.

Если напряженіе черепа не слишкомъ велико, а кости его мягки и подвижны, то онъ можетъ, принимая заостренную форму, постепенно приспособиться къ тазовому входу и такимъ образомъ пройти чрезъ тазъ, или же онъ разрывается, такъ что водяночная жидкость вытекаетъ наружу и затѣмъ головка, уменьшившись въ объемѣ, проталкивается чрезъ родовые пути. Но въ значительномъ большинствѣ случаевъ (по Ноллю — въ 63 изъ числа 77-ми) требуется искусственное пособіе. Чаще всего здѣсь наблюдается черепное положеніе, хотя нерѣдко черепъ предлежитъ не прямо надъ тазовымъ входомъ, а бываетъ нѣсколько отклоненъ въ сторону, выдаваясь своею лбною или затылочною костью надъ однимъ изъ краевъ таза, такъ что вступленіе его въ тазъ, благодаря этому, еще болѣе затрудняется. Болѣе благоприятны тазовыя положенія, которыя при головной водянкѣ встрѣчаются чаще, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ.

Распознаваніе головной водянки не совсѣмъ легко. При тщательномъ наружномъ изслѣдованіи долженъ броситься въ глаза увеличенный объемъ черепа, и въ случаяхъ тазоваго положенія младенца это составляетъ единственное средство для распознаванія головной водянки. Если предлежитъ черепъ, то при внутреннемъ изслѣдованіи онъ прощупывается въ видѣ сильно наполненнаго пузыря, особенно напрягающагося во время потуги, а въ промежутки между потугами удается ощущать широкіе швы и роднички, а также края костей, имѣющіе лучистую форму; кромѣ того, черепныя швы нерѣдко оказываются выпяченными въ видѣ валиковъ. Чѣмъ менѣе напряжена головка, тѣмъ болѣе легкимъ оказывается распознаваніе, такъ какъ смѣшать ее было бы возможно развѣ только съ черепомъ мертво-гнилаго плода. Если еще остаются сомнѣнія, то, введя половину руки или всю руку, мы непосредственно опредѣляемъ величину черепа и отношеніе ея къ величинѣ личика.

Предсказаніе для младенца очень неблагоприятно, такъ какъ даже въ лучшемъ случаѣ онъ можетъ прожить только короткое время. Предсказаніе для матери зависитъ весьма существенно оттого, къ какому

исособію искусства было прибѣгнуто въ данномъ случаѣ. Очень легко, въ особенности при нецѣлесообразной терапіи, можетъ наступить разрывъ матки.

Терапія должна имѣть въ виду почти исключительно интересы матери, такъ какъ предсказаніе относительно сохраненія жизни младенца уже само по себѣ неблагоприятно. Принимая во вниманіе, что искусственное уменьшеніе слишкомъ большой головки представляетъ въ интересахъ матери несомнѣнно единственное рациональное средство и что проколъ головки (но не прободеніе ея) не безусловно влечетъ за собою смерть плода, а особенно—принимая въ соображеніе то обстоятельство, что иногда, для исцѣленія головной водянки, операція эта производится даже послѣ рожденія младенца, мы должны всегда прибѣгать къ проколу посредствомъ тонкаго троакара, какъ только головка становится доступной. Если сдѣланъ проколъ подлежащей головки и если удастся безъ труда отыскать ножки, то послѣ прокола всегда нужно немедленно приступать къ повороту и извлеченію, такъ какъ уменьшенная послѣдующая головка легко извлекается изъ полости таза, а уменьшенная и вслѣдствіе этого дряблая подлежащая головка съ трудомъ можетъ быть изгнана силою потугъ. Если головка уже опустилась въ тазъ настолько, что поворотъ оказывается невозможнымъ, то послѣ прокола она изгоняется естественными силами. Къ щипцамъ никогда здѣсь не слѣдуетъ прибѣгать, такъ какъ они очень легко соскальзываютъ при сколько нибудь сильныхъ тракціяхъ и, повидимому, часто уже подавали поводъ къ разрыву матки. При тазовыхъ положеніяхъ послѣдующая головка прокалывается чрезъ одинъ изъ широко открытыхъ боковыхъ родничковъ, если она не выходитъ сама собою, а извлеченіе ея сопряжено съ нѣкоторыми трудностями.



Рис. 141. Растяженіе мочевого пузыря плода, по Нескел'гу.

Увеличеніе живота младенца, которое только при очень значительной степени своего развитія подаетъ поводъ къ серьезнымъ расстройствамъ родового акта, можетъ зависѣть отъ брюшной водянки, отъ растяженія мочевого пузыря мочою, или отъ увеличенія почекъ и печени. Если увеличеніе живота не слишкомъ значительно, то роды только замедляются, а въ противномъ случаѣ они совершенно невозможны или становятся возможными только послѣ разрыва брюшныхъ покрововъ.

Оно всегда, конечно, распознается лишь благодаря тому, что замедление родового акта, наступившее послѣ рожденія головки или, чаще, послѣ рожденія ягодицъ, заставляетъ предпринять тщательное изслѣдованіе съ цѣлью опредѣлить, въ чемъ именно заключается препятствіе. Если ручное извлеченіе младенца оказывается невозможнымъ, то жидкость должна быть выпущена посредствомъ троакара, а при сплошныхъ опухоляхъ необходима эмбриотомія.

Примѣч. Случаи брюшной водянки плода встрѣчаются нерѣдко. Въ новѣйшей литературѣ они сообщены Е. Martin'омъ ¹⁾, v. Franque ²⁾ (2 случая, изъ которыхъ первый былъ осложненъ значительнымъ скопленіемъ околоплодной жидкости), Schroeder'омъ ³⁾ и Robert'омъ ⁴⁾. Schroeder видѣлъ однажды брюшную водянку, наступившую вслѣдствіе разрыва гидронефротического мѣшка.

Случаи значительнаго переполненія мочевого пузыря (см. рис. 141) сообщены Deraul'емъ ⁵⁾, Hecker'омъ ⁶⁾, M. V. Freund'омъ ⁷⁾, Rose ⁸⁾, Kristeller'омъ ⁹⁾, Hartmann'омъ ¹⁰⁾, Arnold'омъ ¹¹⁾, Duncan'омъ ¹²⁾, Whittaker'омъ ¹³⁾, Olshausen'омъ ¹⁴⁾, Carmichael'емъ ¹⁵⁾ и Comelli ¹⁶⁾. Растяженіе пузыря можетъ быть настолько значительно, что даже при шестимѣсячномъ плодѣ возникаютъ очень серьезныя препятствія для родового акта. Часто при этомъ, какъ въ случаѣ Ahlfeld'a ¹⁷⁾, бывають сильно растянуты мочеточники.

Noeggerath ¹⁸⁾ описалъ одинъ случай, въ которомъ ракъ печени младенца оказался значительнымъ препятствіемъ для родовъ (печень вѣсила 2¹/₂ фунта).

Въ литературѣ извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ родовой актъ затруднялся кистовидно-перерожденными почками младенца (hydrops renum cyst. congenitus, по Virchow'у), при чемъ это перерожденіе часто бывало осложнено другими аномаліями развитія (hydrancephalocoele). Изъ новѣйшихъ относящихся сюда случаевъ мы укажемъ на тѣ, которые сообщены E. v. Siebold'омъ ¹⁹⁾, Uhde ²⁰⁾, Virchow'омъ ²¹⁾, Diesterweg'омъ ²²⁾, Kanzow'омъ ²³⁾, Levy ²⁴⁾, Vosz'омъ ²⁵⁾, Wegscheider'омъ ²⁶⁾, Wolf'омъ ²⁷⁾, Brückner'омъ ²⁸⁾, Madge'емъ ²⁹⁾, Lammer'омъ ³⁰⁾, Cummins'омъ ³¹⁾ и Wilson'омъ ³²⁾.

Животъ плода можетъ быть значительно увеличенъ еще и другаго рода опухолями. Такъ напр., Buhl ³³⁾ описываетъ случай foetus in foetu, и нѣсколько подобныхъ же случаевъ цитируются Joulin'омъ ³⁴⁾. Gervis ³⁵⁾ сообщаетъ одинъ случай, въ которомъ матка, при отсутствіи шейки и влагалища, была сильно растянута мутною

¹⁾ M. f. G., B. 27, p. 28.—²⁾ Wiener med. Presse 1866, No. 33.—³⁾ Schw., Geb. u. W., p. 151.—⁴⁾ De l'ascite de foetus etc. Thèse. Strassb. 1870.—⁵⁾ Gaz. hebdom. 1860, №№ 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 Arch., B. XXXVII, H. 1, p. 6.—¹²⁾ Edinb. med. Journ. 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⁾ Wiener med. Woch. 1879, 39.—¹⁷⁾ Arch. f. Gyn. IV, p. 161.—¹⁸⁾ Deutsche Klinik 1854, No. 44.—¹⁹⁾ M. f. G., B. 4, p. 161.—²⁰⁾ e. l., B. VIII, p. 26.—²¹⁾ Verh. d. Berliner geb. Ges. II, p. 176.—²²⁾ e. l. VIII, p. 184.—²³⁾ M. f. G., B. XIII, 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, No. 26, и 1867, No. 46.—²⁸⁾ Virchow's Arch. 1869, B. XXXXVI, p. 503.—²⁹⁾ London Obst. Tr., Vol. XI, p. 55.—³⁰⁾ Verh. d. phys.-med. Ges. in Würzburg. 1871, B. II, p. 8.—³¹⁾ Dublin Journ. Mai 1873, p. 499.—³²⁾ Amer. J. of Obst., Vol. V, p. 753.—³³⁾ Hecker u. Buhl, Kl. d. Geb. I, p. 301.—³⁴⁾ l. c., p. 75.—³⁵⁾ Obst. Tr. V, p. 284.

серозною жидкостью. Rogers ¹⁾ описываетъ одинъ случай, въ которомъ яички, задержанныя въ брюшной полости и перерожденныя въ большія фибро-кистозныя опухоли, весьма значительно затрудняли родовой актъ. Феноменовъ ²⁾ видѣлъ даже одинъ случай, въ которомъ роды были затруднены вслѣдствіе аневризмы аорты.

Если плодъ умеръ и если онъ подверженъ дѣйствию воздуха (какъ это бываетъ послѣ разрыва плоднаго пузыря при частомъ изслѣдованіи роженицы и частыхъ оперативныхъ попыткахъ), то объемъ его можетъ увеличиться вслѣдствіе накопленія газовъ въ брюшной полости и въ подкожной кѣлѣтчаткѣ до такой степени, что возникаетъ очень значительное препятствіе для родоваго акта, которое тѣмъ болѣе неприятно, что при попыткахъ извлеченія отдѣльныя части гнилаго плода легко отрываются (см. стр. 178).

Очень рѣдко значительное препятствіе для родовъ бываетъ обусловлено громадною серозно-студенистою инфильтраціею всей подкожной кѣлѣтчатки плода. Keiller ³⁾ сообщаетъ одинъ подобный случай, въ которомъ сама роженица тоже страдала отекомъ; Vetschler ⁴⁾ описываетъ 2 чрезвычайно интересныхъ случая, изъ которыхъ во второмъ удалось доказать, что причину отска было разстройство кровообращенія въ пупочной венѣ. Подобную же картину даетъ «elephantiasis congenita cystica»; экзквизитный случай такого перерожденія описанъ и срисованъ Steinwinker ⁵⁾ [см. рис. 142].

Кромѣ этихъ опухолей въ тѣлѣ младенца, препятствіемъ для родоваго акта могутъ быть липомы, карциномы и такъ называемыя кисто-гигромы, достигающія иногда величины дѣтской головки. Онѣ помѣщаются на передней или задней поверхности шеи, въ мышечной впадинѣ на *m. pectoral.*, или въ промежностной и крестцовой областяхъ. Въ послѣднемъ мѣстѣ встрѣчается еще цѣлый рядъ другихъ опухолей, именно — грыжи, *hydrothachis* и опухоли, содержащая въ себѣ зачатки плода ⁶⁾. Joulin ⁷⁾ сообщаетъ одинъ случай, въ которомъ роды были чрезвычайно затруднены серозною кистою брюшныхъ покрововъ, которая по величинѣ своей равнялась головѣ взрослого человѣка. Эктопія брюшныхъ внутренностей младенца, наступающая вслѣдствіе несростанія брюшныхъ покрововъ, служить поводомъ только къ діагностическимъ затрудненіямъ, такъ какъ



Рис. 142. Elephantiasis congenita cystica, по Steinwinker'y.

¹⁾ Arch. f. Gyn., B. XVII, p. 133.—²⁾ Amer. J. of Obst., Vol. II, p. 626.—
³⁾ Edinb. med. and surg. Journ. April 1855.—⁴⁾ Breslauer Klin., B. I, p. 260.—
⁵⁾ D. i. Halle 1872.—⁶⁾ См. Wernher, Die angeborenen Cystenhygrome. Giessen 1843; Lotzbeck, Die angeb. Geschw. d. hint. Kreuzbeingegend. München 1858; Schwartz, Marburger Programm 1860; Braune, Die Doppelbildungen etc. Leipzig 1862; Staudé, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II, p. 108; Treyer, Virchow's Arch., B. LVIII, p. 509; de Soyre, Arch. de tocol. Mars 1874, p. 156.—⁷⁾ l. c., p. 114.

предлежащую часть бывает иногда печень; однако, Kóltseh ¹⁾ сообщает одинъ случай, въ которомъ печень, помѣщавшаяся въ пупочной грыжѣ, явилась препятствіемъ для родового акта. Вышеупомянутыя опухоли могутъ представлять такое значительное препятствіе, что приходится искусственно уменьшать ихъ объемъ; однако, во многихъ случаяхъ бываетъ возможно обойтись безъ этого, если удастся отодвинуть опухоль въ крестцовую впадину роженицы.

Примѣч. Препятствіемъ для родового акта, въ рѣдкихъ случаяхъ, могутъ быть также искривленные или анкилозироваанные конечности. Подобный случай былъ сообщенъ еще J. v. Noo p'омъ ²⁾. Jörg ³⁾ описываетъ одинъ случай, гдѣ роды были затруднены вслѣдствіе сращения плечика съ крестцовой костью при эктопіи брюшныхъ внутренностей; кромѣ того, въ литературѣ имѣется еще цѣлый рядъ другихъ случаевъ, совершенно аналогичныхъ. Поступательное движеніе младенца можетъ быть также задержано вслѣдствіе сращения его со стѣнкою матки, или съ плацентою ⁴⁾. Наконецъ, роды могутъ быть нѣсколько затруднены вслѣдствіе трупнаго окоченѣнія умершаго младенца ⁵⁾. Что трупное окоченѣніе младенца, находящагося еще въ маткѣ, дѣйствительно встрѣчается, хотя и въ крайне рѣдкихъ случаяхъ,—это доказано наблюденіями Schultze ⁶⁾ и можетъ быть подтверждено нашими собственными наблюденіями, хотя ни въ нашихъ случаяхъ, ни въ случаяхъ Schultze оно не составляло препятствія для родовъ.

Неправильное положеніе младенца.

Одно изъ самыхъ частыхъ и въ практическомъ отношеніи наиболѣе важныхъ препятствій для родового акта причиняется такимъ положеніемъ плода, при которомъ онъ не можетъ пройти чрезъ малый тазъ. Это бываетъ именно въ томъ случаѣ, когда плодъ не имѣетъ продольнаго положенія, такъ что ни головка его, ни тазовой конецъ не могутъ вступить въ малый тазъ роженицы. Плодъ занимаетъ тогда въ маткѣ болѣе или менѣе поперечное положеніе. Во время беременности и въ началѣ родовъ, особенно до тѣхъ поръ, пока пузырь еще цѣлъ, положеніе плода можетъ быть совершенно поперечнымъ, такъ что головка и тазовой конецъ лежатъ приблизительно на одинаковомъ уровнѣ. При этомъ въ маточномъ зѣвѣ либо совсѣмъ не прощупывается никакихъ частей младенца, либо прощупывается часть спинки, а обыкновенно — мелкія части плода. Но послѣ разрыва пузыря, если не возстановится продольное положеніе, почти всегда въ тазовой входъ вступаетъ плечико. Младенецъ лежитъ тогда не совсѣмъ поперекъ, а тазовой конецъ его стоитъ нѣсколько выше головки, и такъ какъ тѣло его вогнуто по тому боку, который не предлежитъ въ тазовомъ входѣ, а предлежащій бокъ становится вслѣдствіе этого сильно выпуклымъ,

¹⁾ M. f. G., V. 10, p. 13.—²⁾ Siphra und Pua, Anm. 11.—³⁾ Handb. d. spec. Therapie etc. Leipzig 1835, p. 278, Anm.—⁴⁾ См. Joulin, l. c., p. 101, и Whitacker, Amer. J. of Obst., Vol. III, p. 247; Stein, Diss. inaug. Marburg 1879; Hein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 6, Heft 2.—⁵⁾ См. Curtze, Zeitschr. f. Med., Ch. u. Geb. 1866. V, p. 261.—⁶⁾ Deutsche Klinik 1857, No. 41.

то и членорасположеніе его не совсѣмъ нормально. Кромѣ того, ручка' соотвѣтствующая подлежащему плечу, послѣ разрыва пузыря очень легко удаляется отъ груди и выпадаетъ во влагалище (см. рис. 146).

Младенецъ, лежащій поперекъ, можетъ имѣть относительно матки различныя положенія, а именно:

Первое поперечное положеніе, когда головка помѣщается въ лѣвой половинѣ матки, и второе поперечное положеніе, когда она лежитъ въ правой половинѣ.

Кромѣ того, различаютъ еще положеніе спинки, которая можетъ быть обращена или къ брюшной, или къ спинной поверхности тѣла матери; въ первомъ случаѣ мы имѣемъ такъ называемую первую разновидность того или другаго поперечнаго положенія, а въ послѣднемъ случаѣ—вторую. Чаще всего встрѣчается первая разновидность перваго поперечнаго положенія, при которой, слѣдовательно, головка обращена влѣво, а спинка—впередъ. Отношеніе между частотою перваго поперечнаго положенія и частотою втораго равняется 2,6; отношеніе между частотою первой и второй разновидности равняется 2,9.

Для того чтобы понять этиологию поперечныхъ положеній, мы должны взять за исходный пунктъ положеніе плода во время беременности и тѣ причины, которыми оно обуславливается. Объ этомъ предметѣ мы уже говорили въ выш. I (стр. 68 и слѣд.). Между прочимъ, тамъ было сказано, что у первородящихъ, подъ конецъ беременности, головка младенца при нормальныхъ условіяхъ стоитъ уже въ маломъ тазу, и только въ исключительныхъ случаяхъ, большею частью при узкомъ тазѣ, она въ началѣ родовъ стоитъ подвижно надъ тазовымъ входомъ или даже нѣсколько отклонена въ сторону, имѣя, слѣдовательно, такое положеніе, которое у многородящихъ составляетъ правило.

У многородящихъ головка младенца, стоящая надъ тазовымъ входомъ, проталкивается въ него съ появленіемъ потугъ; но и въ томъ случаѣ, когда головка нѣсколько отклонена въ сторону, положеніе ея обыкновенно исправляется родовыми сокращеніями матки. Слѣдовательно, поперечнаго положенія младенца можно ожидать прежде всего тогда, когда головка въ началѣ родовъ была отклонена въ сторону, а установленію ея въ прямомъ положеніи препятствуютъ какія нибудь опредѣленныя причины. Боковое отклоненіе головки чаще всего встрѣчается при значительномъ расслабленіи матки, которое у многородящихъ вообще составляетъ не рѣдкое явленіе, но особенно сильной степени достигаетъ при узкомъ тазѣ, если къ тому же предшествовавшіе роды были трудны. Значительное скопленіе околоплодной жидкости также увеличиваетъ подвижность младенца и позволяетъ головкѣ отклониться отъ тазоваго входа. Но мы уже замѣтили, что начинающимся потугамъ, которыя уменьшаютъ поперечный размѣръ матки, удается въ большинствѣ случаевъ установить отклонившуюся головку прямо надъ тазовымъ входомъ.

Это естественное исправленіе положенія младенца можетъ быть воспрепятствовано въ особенности слѣдующими причинами:

Прежде всего, внезапное истеченіе околоплодной жидкости, еще до появленія настоящихъ потугъ, можетъ фиксировать младенца въ томъ положеніи, какое онъ занимаетъ въ данный моментъ, такъ какъ послѣ полного излитія водъ все тѣло младенца плотно обхватывается маткою. Слѣдовательно, если головка въ это время была еще отклонена въ сторону, то она остается въ томъ же положеніи, и подлежащее плечико проталкивается въ тазовой входъ. Далѣе, очень важную роль играетъ положеніе самой роженицы въ то время, когда начинаютъ появляться потуги. Если головка, напримѣръ, была отклонена нѣсколько влѣво, то начинающимся потугамъ безъ сомнѣнія удастся установить ее надъ тазовымъ входомъ, когда роженица находится въ стоячемъ положеніи, или когда она лежитъ на спинѣ. Съ другой стороны, когда роженица лежитъ на лѣвомъ боку, дно матки вмѣстѣ съ тазовымъ концомъ младенца опускается влѣво, и, слѣдовательно, головка тѣмъ легче можетъ установиться надъ тазовымъ входомъ. Но если роженица лежитъ на правомъ боку, то тазовой конецъ младенца опускается въ правую сторону, а головка еще болѣе отклоняется влѣво, такъ что, благодаря этому нецѣлесообразному положенію роженицы, младенецъ можетъ принять совершенно поперечное положеніе. Кромѣ того, прямому установленію головки надъ тазовымъ входомъ могутъ мѣшать чисто механическія препятствія, напр. подлежащая плацента или вѣматочныя опухоли, помѣщающіяся въ тазовомъ входѣ. Наконецъ, при двойняхъ, второй младенецъ, вслѣдствіе механическаго препятствія со стороны перваго, очень часто находится не въ продольномъ положеніи, а послѣ изгнанія перваго младенца это неправильное положеніе легко можетъ быть фиксировано сокращеніями матки.

Если въ виду всего этого совершенно понятно, что косоое положеніе младенца, существовавшее еще во время беременности, нерѣдко удерживается и во время родовъ, то, съ другой стороны, приходится иногда наблюдать, что головка, подлежащая въ началѣ родовъ, отклоняется затѣмъ въ сторону, такъ что поперечное положеніе возникаетъ уже послѣдовательнымъ путемъ. Это бываетъ особенно тогда, когда тазовой входъ слишкомъ малъ для головки, или когда послѣдняя для него слишкомъ велика. Въ томъ и другомъ случаѣ головка, подъ влияніемъ потугъ, отклоняется иногда въ сторону, и плечико вталкивается въ тазовой входъ. Этому послѣдовательному отклоненію головки можетъ значительно способствовать нецѣлесообразное положеніе роженицы.

Въ заключеніе необходимо еще замѣтить, что при мертвомъ, а особенно при мертво-гниломъ младенцѣ положеніе его часто становится неправильнымъ, благодаря измѣненному положенію центра тяжести его

тѣла, а также благодаря тому, что младенецъ утрачиваетъ свое нормальное членорасположеніе.

Распознаваніе поперечныхъ положеній не трудно. Они опредѣляются съ полною положительностью уже при одномъ наружномъ изслѣдованіи; именно, при осмотрѣ бросается въ глаза растяженіе матки въ ширину, а при ощупываніи мы находимъ тѣло младенца, лежащее поперекъ. (Подробности объ этомъ предметѣ см. въ вып. I, стр. 128).

Литература по вопросу о произвольномъ поворотѣ и самоизворотѣ: De n m a n, London med. J. Vol. V. 1783. Art. V. 371.—D o u g l a s, Expl. of the real process of the spont. evol. etc. 2-d ed. Dublin 1819.—G o o c h, Med. Tr. VII. London 1820. X, p. 230.—W. J. S c h m i t t, Rhein. Jahrb. B. III. St. 1. Bonn 1821, p. 114.—H a y n, Ueber die Selbstwendung. Würzburg 1824.—D. W. H. B u s c h, Geburtsb. Abhandl. Marburg 1826.—B e t s c h l e r, Ueber d. Hülfe der Natur z. Beendig. d. Geb. bei Schiefh. d. Kindes. Klinische Annalen. II, p. 197.—J u n g m a n n, Diss. inaug. Giessen 1850.—B i r n b a u m, M. f. G., B. 1, p. 321.—H a u s s m a n n, M. f. G., B. 23, pp. 202 и 361.—O. S i m o n, Die Selbstentwicklung. D. i. Berlin 1867.—B a r n e s, Obst. Op. 2-d ed., p. 107.—K l e i n w ä c h t e r, Arch. f. Gyn., B. II, p. 111.—J a k e s c h, Prager med. Woch. 1877, №№ 13 и 14.—C h i a r a, La evoluzione spontanea etc. Milano 1878.

Если при поперечныхъ положеніяхъ младенца не предпринимается никакого пособія искусства, то обыкновенно роды возможны только до тѣхъ поръ, пока подлежащая часть стоитъ еще высоко надъ тазовымъ входомъ. Если къ произвольному повороту отнести всѣ тѣ случаи, въ которыхъ головка была нѣсколько отклонена во время беременности влѣво или вправо и въ которыхъ начинающимся потугамъ удалось установить ее прямо надъ тазовымъ входомъ и фиксировать ее въ этомъ положеніи, то названный процессъ наблюдается чрезвычайно часто. Рѣже это удается при болѣе значительномъ поперечномъ положеніи младенца, — всего легче тогда, когда потуги начинаются медленно и остаются въ первое время довольно слабыми, такъ какъ въ противномъ случаѣ, когда потуги очень сильны съ самаго начала, онѣ вдавливаютъ подлежащую часть въ тазовой входъ и фиксируютъ ее въ этомъ мѣстѣ. Послѣ разрыва пузыря, потуги лишь въ исключительныхъ случаяхъ еще имѣютъ возможность установить продольное положеніе младенца, — всего легче тогда, когда беременная лежитъ на томъ боку, на которомъ ей слѣдуетъ лежать при данныхъ обстоятельствахъ (напр., на лѣвомъ боку, если головка отклонена влѣво). Предсказаніе, какъ для матери, такъ и для младенца, во всѣхъ этихъ случаяхъ не бываетъ многимъ хуже, чѣмъ при первичномъ продольномъ положеніи; однако, послѣ излитія водъ легче можетъ наступить выпаденіе пуповины, и тогда предсказаніе для младенца становится неблагоприятнымъ. Если тазовой конецъ плода, въ видѣ исключенія, лежитъ ближе къ тазовому входу роженицы, то произвольный поворотъ на ягодицы совершается еще съ большею легкостью.

Если потуги уже вколотили подлежащее плечико въ тазовой входъ, то произвольный поворотъ совершается лишь чрезвычайно рѣдко. Но при благоприятныхъ условіяхъ головка можетъ нѣсколько подняться

вверхъ, такъ что плечико выходитъ изъ малаго таза, и вмѣсто него вставляются ягодицы. Обыкновенно, однако, роды послѣ этого не могутъ окончиться естественными силами.

Такое окончаніе родовъ естественными силами вообще бываетъ здѣсь возможно только при очень сильныхъ потугахъ и при благопріятномъ соотношеніи между размѣрами таза и величиною младенца, слѣдовательно—или при очень широкомъ тазѣ [при чемъ возможность эта не исключается незначительнымъ укороченіемъ конъюгаты ¹⁾, если только поперечный размѣръ достаточно великъ], или при очень малой величинѣ младенца (незрѣлый плодъ, или второй изъ двухъ близнецовъ). Этотъ процессъ самоизворота (см. рис. 143, 1-5) облегчается въ томъ случаѣ, когда тѣло младенца очень мягко и доступно сжатію, а именно—при мертвомъ и, въ особенности, мертво-гниломъ плодѣ. Механизмъ его состоитъ въ слѣдующемъ: Плечико все болѣе вкочлачивается сильными потугами въ полость таза и, какъ предлежащая часть, поворачивается впередъ (по причинамъ, о которыхъ мы уже говорили). Между тѣмъ какъ головка остается въ большомъ тазу, плечико подходит подъ лонное сочлененіе; при этомъ продольная ось младенца изогнута такимъ образомъ, что головка и ягодицы непосредственно соприкасаются между собою. Все туловище младенца изгоняется сильными потугами, проходя мимо предлежащаго плечика, такъ что сначала рождается соответственная сторона груди, затѣмъ—тазовой конецъ плода и нижнія конечности, но въ заключеніе—головка. (Положеніе и членорасположеніе младенца въ маломъ тазу при глубоко вкочленномъ плечикѣ весьма наглядно изображены на рисункѣ, приложенномъ къ монографіи Chiaга; этотъ рисунокъ представляетъ разрѣзъ замороженнаго трупа роженицы).

Еще рѣже встрѣчается другой видъ самоизворота, которому способствуетъ значительная сжимаемость младенца въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдній давно уже умеръ. И здѣсь также плечико идетъ впередъ, но затѣмъ въ малый тазъ проталкивается головка рядомъ съ грудью, такъ что сначала рождается плечико, потомъ—головка, сильно придавленная къ груди, и въ заключеніе—ягодицы ²⁾).

Самоизворотъ почти всегда влечетъ за собою смерть младенца, такъ какъ только малые незрѣлые плоды, по своей недостаточной жизнеспособности умирающіе вскорѣ послѣ рожденія, могутъ подобнымъ образомъ пройти чрезъ тазъ совершенно безнаказанно. Къ числу очень рѣдкихъ исключеній принадлежитъ случай, сообщенный Кунномъ ³⁾: младенецъ, вѣсомъ въ 4¹/₂ фунта и длиною въ 17¹/₂ дюймовъ, родился путемъ самоизворота и остался въ живыхъ. Если младенецъ не мертво-гнилой

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, приводимыхъ Вальнесомъ (l. c., p. 122).—³⁾ Wochenbl. d. Zeitschr. d. Ges. Wiener Aerzte. 1864, №№ 24 и 25; Jakesch, l. c.

или не очень малъ, то и роженица можетъ пострадать вслѣдствіе тѣхъ механическихъ затрудненій, которыя встрѣчаются при самоизворотѣ.

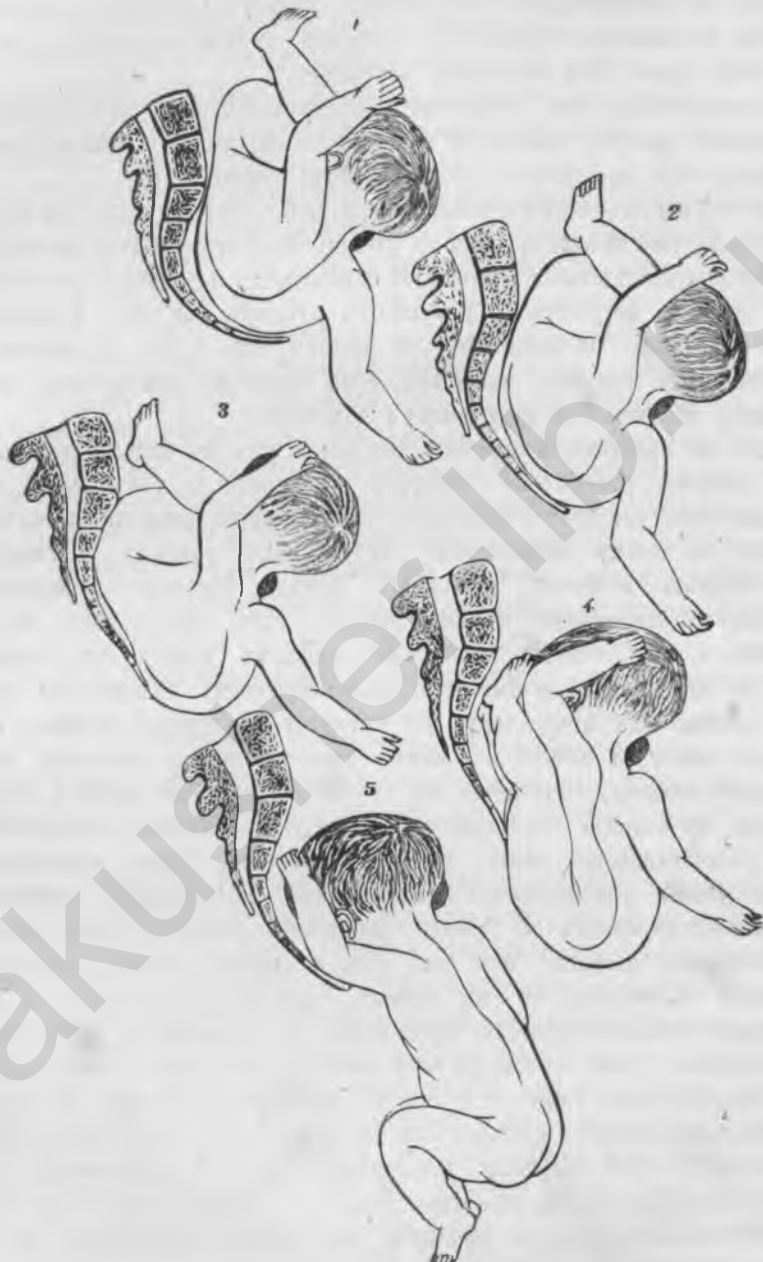


Рис. 143. 1-5. Различныя стадіи самоизворота, по Jungmann'у. 5

Еще болѣе неудовлетворительно предсказаніе при поперечныхъ положеніяхъ, предоставляемыхъ естественнымъ силамъ, если существуетъ

неблагоприятное соотношеніе между размѣрами таза и величиною младенца, или же, если потуги недостаточно сильны. Мать въ подобныхъ случаяхъ, не разрѣшившись отъ бремени, умираетъ вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ въ брюшныхъ органахъ, вслѣдствіе разрыва матки или потери крови, или вслѣдствіе истощенія.

Но предсказаніе при поперечныхъ положеніяхъ, по крайней мѣрѣ — относительно матери, становится совершенно инымъ, т. е. весьма благоприятнымъ, если предпринята цѣлесообразная терапія.

Эта терапія — исключительно оперативная. Что касается самой техники, то она уже изложена нами въ ученіи объ акушерскихъ операціяхъ.

Если при изслѣдованіи беременной оказывается поперечное положеніе, то мы должны, посредствомъ наружныхъ ручныхъ приемовъ, превратить его въ продольное. Обыкновенно это удается безъ труда, и продольное положеніе часто остается таковымъ, если умѣренно фиксировать матку брюшнымъ полсомъ или подходящимъ корсетомъ.

Если мы находимъ поперечное положеніе уже въ началѣ родовъ, то ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ выжидать до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ раскроется настолько, что окажется возможнымъ сдѣлать поворотъ на ножку посредствомъ внутреннихъ ручныхъ приемовъ, а нужно сдѣлать попытку съ самаго начала превратить поперечное положеніе въ продольное, и чѣмъ раньше, тѣмъ лучше. Если пузырь еще цѣлъ и если головка стоитъ не слишкомъ далеко отъ тазоваго входа, то это нерѣдко достигается цѣлесообразнымъ положеніемъ роженицы, именно — на томъ боку, къ которому отклонена головка: такъ какъ дно матки, а вмѣстѣ съ нимъ — тазовой конецъ младенца, стоящій выше головки, опускается въ ту же сторону, на которой лежитъ роженица, то головка оттѣсняется въ противоположномъ направленіи, т. е. устанавливается надъ тазовымъ входомъ. Этому перемѣщенію головки можно способствовать цѣлесообразно подложенною подушкою. Если такимъ способомъ не удастся установить отклонившуюся головку надъ тазовымъ входомъ, или же, если младенецъ имѣетъ совершенно поперечное положеніе, то мы должны попытаться достигнуть цѣли наружными ручными приемами. Продолжая эти попытки съ необходимою настойчивостью, намъ часто удается установить продольное положеніе даже послѣ излитія водъ. Если же и такимъ способомъ не удастся превратить поперечное положеніе въ продольное, то лучше всего послѣдовать совѣту Winter'a ¹⁾, т. е. выждать достаточнаго раскрытія маточнаго зѣва, хотя бы уже наступилъ разрывъ пузыря, а затѣмъ сдѣлать поворотъ комбинированными ручными приемами, или рукою, введенною въ матку, и немедленно послѣ поворота приступить къ извлеченію. Такимъ образомъ устраняются тѣ опасности, которыя легко могутъ возникнуть для

¹⁾ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 12, p. 153; Fehling, C. f. G. 1886, No. 10; Dohrn, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 14, p. 72.

младенца, если будетъ сдѣланъ одинъ только поворотъ, безъ извлеченія. Отступать отъ этой терапіи, предлагаемой Winter'омъ, можно лишь въ томъ случаѣ, если раскрытіе маточнаго зѣва, при отсутствіи родовыхъ сокращеній и наступившемъ разрывѣ пузыря, не подвигается впередъ, не смотря на то, что роды продолжаются уже нѣсколько дней, или же, если жизнь матери или младенца находится въ опасности.—Послѣ того какъ установлено продольное положеніе, часто очень быстро появляются хорошія потуги.

Если мы застаемъ поперечное положеніе уже въ позднемъ періодѣ родовъ, то поворотъ, производимый при глубокомъ наркозѣ, можетъ быть допущенъ только тогда, когда нижній сегментъ матки еще находится въ удовлетворительномъ состояніи, а предлежащее плечико еще не слишкомъ глубоко вколочено въ тазъ. Въ послѣднемъ случаѣ нужно сдѣлать попытку, не удастся ли отодвинуть плечико вверхъ. Если же это не удастся, то, при широкомъ тазѣ и малой величинѣ младенца, можно выждать наступленія самоизворота ¹⁾, или же способствовать ему надлежащимъ потягиваніемъ за ручку или за тазовой конецъ, или за туловище, обхвативъ его крючкообразно согнутымъ пальцемъ. Если и эта попытка не увѣнчивается успѣхомъ, то при глубоко вколоченномъ плечикѣ, а равно и при угрожающемъ разрывѣ матки, производятъ эмбриотомію, а именно — декапитацию, если шейка младенца доступна, или же экзентерацію, и затѣмъ приступаютъ къ извлеченію, либо за ягодицы, либо за ручку, подражая въ послѣднемъ случаѣ самоизвороту.

Неправильное членорасположеніе младенца.

Литература: Credé, Verh. d. Ges. f. Geb. in Berlin. IV, p. 153.—Pernice, Die Geb. mit Vorf. d. Extrem. neben d. Kopf. Leipzig 1858.—Kuhn, Wien. med. Woch. 1869, №№ 7—15.

О неправильномъ членорасположеніи младенца при лицевыхъ положеніяхъ, а также о выпаденіи ручки при поперечныхъ положеніяхъ и о выпаденіи одной или обѣихъ ножекъ при тазовыхъ, мы уже говорили въ другомъ мѣстѣ. Здѣсь же намъ остается только рассмотреть случаи выпаденія одной конечности при предлежащей головкѣ и нормальномъ тазѣ.

При подвижной головкѣ весьма нерѣдко прощупывается рядомъ съ нею предлежащая ручка, которая обыкновенно отходитъ вверхъ еще до разрыва плоднаго пузыря или, по крайней мѣрѣ, послѣ него. Поэтому никакой терапіи здѣсь не требуется. Еслибы ручка даже не отошла вверхъ послѣ разрыва пузыря, то она остается на мѣстѣ, а головка, проходя подлѣ нея, вступаетъ въ тазъ. Чтобы облегчить это отхожденіе ручки, мы заставляемъ роженицу лечь на бокъ, противоположный той сторонѣ, на которой ручка лежитъ рядомъ съ головкою.

¹⁾ См. Kleinwächter, l. c.

Иное дѣло, если впереди головки помѣщается бѣльшая часть верхней конечности. Въ такомъ случаѣ нужно строго различать, стоитъ ли еще головка надъ тазовымъ входомъ, или она уже вступила въ тазъ. Въ первомъ случаѣ всегда слѣдуетъ вправлять подлежащую конечность, такъ какъ нельзя быть увѣреннымъ, можетъ ли вообще головка вступить въ тазъ одновременно съ верхней конечностью; вправление производится такимъ образомъ, что конечность отодвигается вверхъ по личику, и эта манипуляція при вышеозначенныхъ условіяхъ легко удастся. Если головка еще настолько подвижна, что и послѣ вправленія верхняя конечность снова выпадаетъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ способу выжиманія (см. вып. I, стр. 263), вдавливая головку мимо верхней конечности въ полость таза. Эта манипуляція при нормальномъ тазѣ удастся безъ особеннаго труда.

Но если головка стоитъ уже въ тазу, то роды представляются естественнымъ силамъ, такъ какъ уже тотъ фактъ, что головка вступила въ тазъ одновременно съ верхней конечностью, доказываетъ самымъ несомнѣннымъ образомъ, что въ данномъ случаѣ тазъ достаточно великъ для одновременнаго прохожденія этихъ двухъ частей тѣла. Одно это обстоятельство само по себѣ никогда не требуетъ извлеченія головки щипцами, такъ что наложеніе щипцовъ становится необходимымъ только въ виду какихъ нибудь особенныхъ осложненій, чаще всего — въ виду слабости потугъ. Англійскіе акушеры ¹⁾ указываютъ на то, что серьезнымъ препятствіемъ для родового акта бываетъ иногда запрокидываніе одной верхней конечности на заднюю область шеи. Это препятствіе узнается при изслѣдованіи половиною руки, или всею рукою, и устраняется вытягиваніемъ предплечія запрокинутой конечности или поворотомъ младенца.

Предлежаніе одной нижней конечности впереди головки при нормальномъ тазѣ и доношенномъ младенцѣ встрѣчается очень рѣдко, между тѣмъ какъ при незрѣломъ младенцѣ оно наблюдается сравнительно чаще. Въ этихъ случаяхъ мы стараемся, если возможно, отодвинуть ножку вверхъ и вставить головку въ тазовой входъ; если же это оказывается невозможнымъ, то мы дѣлаемъ поворотъ на ножку, который иногда удастся только при помощи такъ называемаго двойнаго ручнаго приема.

Патологическія условія при многоплодныхъ родахъ.

Литература: Hohl, Neue Zeitschr. f. Geb., V. XXXII, p. 1.—Joulin, Des cas de dystocie app. an foetus. Paris 1863, p. 83.—Kleinwächter, Lehre von den Zwillingen. Prag. 1871, p. 167.—Besson, Dystocie spéc. d. l. acc. mult. Paris 1877.

Если изъ двухъ близнецовъ первый находится въ тазовомъ положеніи, а второй въ черепномъ, то можетъ случиться, что впереди послѣдующей головки перваго вступаетъ въ тазъ подлежащая головка втораго. При

¹⁾ Simpson, Obst. Works, p. 381; Lambert, Edinb. Obst. Tr. 1872. 203.

такихъ условіяхъ первый младенецъ безъ труда рождается вплоть до пупка или даже до плечиковъ, но затѣмъ головка его встрѣчаетъ для своего прорѣзыванія большое препятствіе со стороны предлежащей головки втораго младенца, которая помѣщается въ шейномъ углубленіи перваго такимъ образомъ, что обѣ нижнія челюсти или оба затылка захватываютъ другъ друга, или такъ, что личико одного близнеца лежитъ на задней области шеи другаго. Распознаваніе, конечно, можетъ быть установлено только тщательнымъ изслѣдованіемъ.

Роды могутъ окончиться естественными силами такимъ образомъ, что вслѣдъ за туловищемъ перваго младенца рождается второй младенецъ, и уже затѣмъ прорѣзывается головка перваго. Обыкновенно, однако, требуется искусственное пособіе. Такъ какъ попытки отодвинуть вверхъ вторую головку или вытянуть туловище перваго младенца совершенно бесполезны, то слѣдуетъ сначала извлечь вторую головку щипцами, послѣ чего первая головка выходитъ уже сама собою. Если бы это не удалось, то нужно перфорировать головку втораго младенца, такъ какъ головка перваго обыкновенно бываетъ недоступна ¹⁾.

Гораздо рѣже вступаютъ одновременно въ тазъ предлежащія головки обоихъ младенцевъ, такъ что головка втораго лежитъ въ шейномъ углубленіи перваго. Препятствіе для родового акта въ этомъ случаѣ не столь значительно, и распознать его едва ли возможно до рожденія первой головки. Такъ какъ обѣ головки могутъ быть извлечены щипцами одна послѣ другой, то эта операція составляетъ наилучшее и въ то же время вполне достаточное средство къ искусственному окончанію родовъ.

Примѣч. Случаи, въ которыхъ первый младенецъ имѣлъ тазовое положеніе, а равно и тѣ, въ которыхъ предлежали обѣ головки, приведены у Нohl'я, Joulin'a, Kleinwächter'a и Klingelhoef'er'a ²⁾. Борѣе значительное препятствіе для родового акта, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда обѣ головки помѣщаются одна за другою въ своемъ нормальномъ положеніи, возникаетъ тогда, когда въ шейномъ углубленіи перваго младенца, находящагося въ черепномъ положеніи, помѣщается личико втораго младенца, какъ это было въ случаѣ Graham Weig'a ³⁾, или когда въ шейномъ углубленіи перваго плода, имѣющаго черепное или тазовое положеніе, помѣщается шея втораго младенца, лежащаго поперекъ. Joulin ⁴⁾ цитируетъ 3 случая этой послѣдней аномаліи, изъ которыхъ въ двухъ случаяхъ роженицы умерли не разрѣшившись.

Если оба младенца имѣютъ ножное положеніе, то въ маточномъ зѣвѣ могутъ ощущиваться всѣ четыре ножки [въ случаѣ Schultze ⁵⁾, кромѣ того, еще прощупывалась одна ручка]. Серьезное препятствіе для родового акта при этомъ не легко можетъ возникнуть, хотя Bartscher ⁶⁾ сообщаетъ одинъ случай, гдѣ первый младенецъ, ножки котораго уже родились, сидѣлъ верхомъ на второмъ младенцѣ такимъ образомъ, что втораго пришлось предварительно извлечь.

Мы уже говорили о томъ, что близнецы въ очень рѣдкихъ случаяхъ находятся въ одномъ общемъ мѣшкѣ водной оболочки (см. вып. I, стр. 74). При этомъ обѣ пу-

¹⁾ Newcombe (Obst. Journ. of Gr. Brit. I, p. 387) перфорировалъ головку перваго близнеца.—²⁾ Berl. klin. Woch. 1873, №№ 2 и 3.—³⁾ Edinb. med. J. 1860, p. 478.—⁴⁾ l. c., p. 87.—⁵⁾ M. f. G., V. 11, p. 355.—⁶⁾ M. f. G., V. 14, p. 41.

повины, вслѣдствіе перемѣщенія младенцевъ относительно другъ друга, могутъ обвиняться одна около другой, или одна пуповина попадаетъ въ узелъ, образуемый другою. P. Müller ¹⁾ собралъ 8 случаевъ подобнаго рода, а затѣмъ въ новѣйшее время присоединились еще случаи, опубликованные Ygonin'омъ ²⁾, Fricker'омъ ³⁾ и Maennel'емъ ⁴⁾. [Kleinwächter ⁵⁾ упоминаетъ еще объ одномъ препаратѣ изъ Пражской клиники]. Если, вслѣдствіе обвитія одной пуповины около другой или вслѣдствіе образования узла въ одной пуповинѣ, затрудняется кровообращеніе, то наступаетъ смерть одного или обоихъ младенцевъ.

Аномаліи придаточныхъ частей плода.

Аномаліи яйцевыхъ оболочекъ могутъ затруднять поступательное движеніе плода лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, да и то въ очень незначительной степени.

Слишкомъ тонкія оболочки могутъ быть причиною преждевременнаго разрыва пузыря, такъ что бѣольшая часть околоплодной жидкости изливается еще въ то время, когда предлежащая часть младенца стоитъ подвижно надъ тазовымъ входомъ. Обыкновенно, однако, остается еще въ маткѣ такое количество жидкости, что механизмъ родовъ не подвергается никакому разстройству, и только при существующихъ осложненіяхъ (преимущественно при узкомъ тазѣ), при которыхъ замедляется теченіе родовъ, разложеніе секретовъ въ маткѣ можетъ повлечь за собою очень серьезныя послѣдствія (*tympania uteri*, см. стр. 178), если при частомъ производствѣ изслѣдованія околоплодная жидкость, еще находящаяся въ мѣшкѣ водной оболочки, замѣщается воздухомъ. Поэтому при узкомъ тазѣ и преждевременномъ разрывѣ пузыря нужно остерегаться слишкомъ частаго производства изслѣдованія, и лучше всего, приказавъ роженицѣ спокойно лежать на спинѣ или на боку, ввести во влагалище не слишкомъ сильно наполненный каучуковый тампонъ, который въ одно и то же время усиливаетъ потуги ⁶⁾ и задерживаетъ околоплодную жидкость, еще не излившуюся изъ полости матки (лишь во время самой потуги вытекаетъ мимо тампона очень небольшое количество жидкости).

Въ видѣ послѣдствія *endometritidis deciduae chronicae*, встрѣчается значительное утолщеніе отпадающей оболочки и слишкомъ плотное прикрѣпленіе ея къ внутренней поверхности матки. Изгнаніе младенца при этомъ можетъ быть затруднено лишь въ исключительныхъ случаяхъ, именно тогда, когда эти измѣненія локализируются въ области нижняго сегмента матки и когда сращеніе до такой степени крѣпко, что не позволяетъ маткѣ оттягиваться вверхъ по яйцу (см. стр. 125).

Болѣе важную роль играетъ это приращеніе утолщенной отпадающей

¹⁾ Scanzoni's Beiträge, B. V, H. 1, p. 31.—²⁾ Gaz. méd. de Lyon. 1864, No. 13.—³⁾ Ueber Verschling. u. Knotenb. d. Nabelschn. b. Zwillingfr. Tübingen 1870.—⁴⁾ Arch. f. Gyn., B. X, p. 388.—⁵⁾ l. c., p. 95.—⁶⁾ См. Hugenberger, Petersb. med. Z. 1872. B. III. H. 4. u. 5.

оболочки въ послѣдовомъ періодѣ. Уже во время изгнанія младенца плодное яйцо отдѣлилось отъ маточной стѣнки не въ толщѣ отпадающей оболочки, какъ это бываетъ обыкновенно, а въ большинствѣ случаевъ— между водною и ворсистою, такъ что послѣ изгнанія плаценты легко могутъ остаться на внутренней поверхности матки довольно большіе куски хоріона вмѣстѣ со всею отпадающею оболочкою ¹⁾. Ворсистая оболочка въ этихъ случаяхъ мѣшаетъ постепенной отслойкѣ связанныхъ съ нею частей отпадающей оболочки и легко вызываетъ послѣродовыя кровотечения. Ихорознаго разложенія частей отпадающей оболочки, задержанныхъ вмѣстѣ съ ворсистою или безъ нея, обыкновенно не наступаетъ, если роды прошли при соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, такъ что въ большинствѣ случаевъ эти задержанные куски оболочекъ выдѣляются вмѣстѣ съ послѣродовымъ очищеніемъ. Но если въ матку проникли инфекціонные зародыши, то они встрѣчаютъ въ задержанныхъ оболочкахъ очень удобную почву для своего развитія. Поэтому немедленное удаленіе задержанныхъ оболочекъ тотчасъ послѣ родовъ показывается только тогда, когда наступаютъ кровотечения, а въ послѣродовомъ періодѣ— только въ томъ случаѣ, если послѣдовала инфекція.

Слишкомъ незначительное количество околоплодной жидкости едва ли можетъ когда либо подавать поводъ къ замедленію родовъ, если всѣ остальные условія нормальны; напротивъ того, чрезмѣрно большое количество этой жидкости можетъ различнымъ образомъ препятствовать теченію родовъ, особенно благодаря тому, что оно влечетъ за собою неправильное положеніе младенца, а сокращенія матки при этомъ обыкновенно бываютъ недостаточны.

Немаловажную роль играетъ еще относительное укороченіе пуповины, которое наступаетъ во время родовъ благодаря тому, что внутренняя поверхность матки и наружная поверхность младенца значительно перемѣщаются одна по другой ²⁾. Это перемѣщеніе лишь въ незначительной степени происходитъ по направленію въ сторону (вслѣдствіе поворота младенца около его длинной оси), а главнымъ образомъ оно происходитъ въ продольномъ направленіи. Впервыхъ, тѣло плода, первоначально изогнутое, выпрямляется во время родовъ, а вовторыхъ, предлежащая часть все болѣе и болѣе изгоняется изъ матки, и нижній сегментъ этой послѣдней все болѣе оттягивается вверхъ, такъ что предлежащая головка и внутренній маточный зѣвъ, первоначально прилежавшіе другъ къ другу, очень далеко расходятся между собою въ концѣ періода изгнанія.

Вслѣдствіе этого пуповина иногда подвергается сильному натяженію,

¹⁾ См. *Wenicke*, *Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr.*, p. 91; *Küstner*, *Arch. B. XIII*, p. 422, *B. XIV*, p. 295, и *Berl. klin. Wochenschr.* 1880, 2 u. 3; *Kaltenbach*, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, *B. 2*, p. 225; *Ahlfeld*, *Ber. u. Arb.*, *B. II* u. *III*. —²⁾ *Schatz*, *Arch. f. Gyn.*, *B. VI*, p. 391, —*B. VIII*, p. 1, —*B. IX*, p. 29, и *Chantréuil*, *Des dispositions du cordon etc.* Paris 1875.

которое, однако, въ значительномъ большинствѣ случаевъ совершенно безвредно, такъ какъ пуповина обладаетъ большою растяжимостью. Но иногда это укороченіе пуповины влечетъ за собою преждевременное отдѣленіе плаценты, а съ другой стороны—ненормальные повороты лежащей части и даже замедленіе родового акта.

Укороченіе пуповины, обвитой вокругъ шеи младенца, можетъ быть распознано съ достовѣрностью при черепныхъ положеніяхъ только послѣ рожденія головки, когда оказывается, что крѣпко затянутая петля мѣшаетъ дальнѣйшему изгнанію младенца. Если раздвинуть петлю или перекинуть ее черезъ головку не удастся, то нужно перерѣзать пуповину и перевязать конецъ ея, соотвѣтствующій плоду, или на нѣкоторое время прижать его между пальцами.

Относительное укороченіе пуповины чаще встрѣчается при тазовыхъ положеніяхъ, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда она проходитъ между обѣими нижними конечностями (когда младенецъ «сидитъ на ней верхомъ»). Во время прорѣзыванія тазового конца еще легко удастся отодвинуть пуповину черезъ ту или другую ягодицу; но если этотъ удобный моментъ пропущенъ, то въ послѣдствіи пуповина можетъ быть такъ сильно натянута на промежности младенца, что ее необходимо перерѣзать до рожденія туловища и головки.

Аномалии родовъ вслѣдствіе опасныхъ осложненій, не препятствующихъ механизму родового акта.

Прижатіе пуповины.

Литература: Michaëlis, Abhandlungen etc. Kiel 1833, p. 263.—Schurég, Procid. du cord. ombil. Strasb. 1835.—Kohlschütter, Quaedam de fun. umb. etc. Lipsiae 1833 (см. Wittlinger's Analecten. I. 1, p. 142).—Hecker, Kl. d. Geb. I, p. 165; II, p. 183.—Hildebrandt, M. f. G., B. 23, p. 115.—Massmann, Petersb. med. Z. 1868. Н. 3 и 4, p. 140.—Engelmann, Amer. Journ. of Obst. VI, pp. 409, 540; VII, p. 246.—Schlüter, Diss. inaug. Halle 1880.—Cuntz, D. med. Woch. 1880, № 17—19.

Пуповина, находящаяся въ нормальномъ своемъ положеніи (сюда должны быть также отнесены случаи обвитія пуповины, встрѣчающіеся необыкновенно часто), лишь весьма рѣдко сдавливается съ такою силою, чтобы въ ней остановилось кровообращеніе и наступила вслѣдствіе этого асфиксія или смерть младенца. Lañs ¹⁾ справедливо замѣчаетъ, что до тѣхъ поръ, пока пузырь еще цѣлъ, такое одностороннее прижатіе находящейся въ немъ пуповины представляется даже невозможнымъ, такъ какъ внутриматочное давленіе совершенно одинаково, передается

¹⁾ Zur Mechanik d. Geb. Marb. 1869, p. 16.

ли оно пуповинѣ непосредственно маточными стѣнками или при посредствѣ околоплодной жидкости. Слѣдовательно, пуповина при цѣломъ еще пузырьѣ можетъ быть подвержена прижатію только тогда, когда сильныя сокращенія брюшнаго пресса проталкиваютъ въ малый тазъ голову младенца, еще обхваченную нижнимъ сегментомъ матки, такъ что пуповина ущемлена между головою и тазомъ, покрытымъ маточною стѣнкою. Но если роды подвинулись такъ далеко, что головка, уже выступившая изъ матки, находится во влагалищѣ, то пуповина, лежащая вблизи головки, можетъ быть сдавлена между нею и тазомъ подъ вліяніемъ однихъ только маточныхъ сокращеній. Чаще всего это бываетъ въ періодѣ изгнанія, если пуповина, обвитая вокругъ шеи, долго остается прижатою къ задней поверхности лоннаго сочлененія. Важное значеніе этого обстоятельства было выяснено G. Veit'омъ ¹⁾, который показалъ, что разстройства дыханія у младенца при обвитіи пуповины встрѣчаются въ два или три раза чаще, чѣмъ при другихъ ея положеніяхъ, и что смерть въ этихъ случаяхъ наступаетъ относительно рѣдко только потому, что опасность является лишь за короткое время до рожденія младенца. Впрочемъ, по статистическимъ даннымъ Druffel'я ²⁾, опасность для жизни младенца оказывается гораздо болѣе значительною.

Опасность эта особенно увеличивается, если почему либо оказалось необходимымъ наложить щипцы. Концы ложекъ этого инструмента очень легко могутъ производить весьма опасное давленіе на пуповину, если она обвита вокругъ шеи. Поэтому, даже послѣ очень быстраго извлеченія щипцами, передъ которымъ сердечные звуки плода были еще совершенно нормальны, часто въ подобныхъ случаяхъ наступаетъ глубокая асфиксія или смерть младенца.

Такому прижатію, опасному для жизни младенца, гораздо чаще подвергается выпавшая пуповина.

О выпаденіи пуповины можно говорить только послѣ разрыва пузыря, если одна или нѣсколько петель ея находятся въ маточномъ зѣвѣ, или во влагалищѣ, или передъ наружными половыми частями; напротивъ того, пуповина называется предлежащею, если до разрыва пузыря она протискивается въ маточномъ зѣвѣ чрезъ яйцевыя оболочки.

Выпаденіе пуповины имѣть во всѣхъ случаяхъ одну и ту же этиологію. Всякая пуповина, имѣющая нормальную длину и даже довольно короткая, достаточно длинна для того, чтобы могла выпасть во влагалище. Но этому препятствуетъ предлежащая часть младенца, которая при нормальныхъ родахъ выполняетъ нижній сегментъ матки (но ни въ какомъ случаѣ не полость таза) настолько совершенно, что ни одна петля пуповины не можетъ мимо нея пройти и выпасть наружу. Это герметическое выполненіе предлежащею частью младенца и

M. f. G., B. 19, p. 240.—²⁾ D. i. Marburg 1871.

составляетъ, такъ сказать, физиологическую задачу нижняго сегмента матки во время родовъ.

Всѣ патологическія условія, затрудняющія или дѣлающія невозможнымъ такое герметическое выполненіе нижняго сегмента матки, могутъ служить поводомъ къ выпаденію пуповины. Поэтому оно чаще всего встрѣчается при предлежаніи плечика и при ножномъ положеніи, при которыхъ нижній сегментъ матки обыкновенно не можетъ быть герметически выполненъ предлежащею частью младенца, такъ какъ объемъ ея очень незначителенъ и такъ какъ она въ большинствѣ случаевъ стоитъ еще высоко надъ тазовымъ входомъ. При ягодичныхъ положеніяхъ младенца выпаденіе пуповины встрѣчается ужѣ несравненно рѣже, а всего рѣже оно наблюдается при лицевыхъ и головныхъ положеніяхъ. Причиной выпаденія пуповины въ большинствѣ этихъ послѣднихъ случаевъ обыкновенно оказывается слишкомъ высокое стояніе головки и отклоненіе ея въ сторону; и то и другое, по большей части, бываетъ послѣдствіемъ суженія таза. Въ исключительныхъ случаяхъ это высокое стояніе головки и ненормальная подвижность ея бываетъ послѣдствіемъ чрезмѣрнаго скопленія околоплодной жидкости, которое въ то же время слишкомъ сильно растягиваетъ нижній сегментъ матки, такъ что въ моментъ разрыва плоднаго пузыря маточныя стѣнки не прилегаютъ непосредственно къ головкѣ младенца.

Нѣкоторое значеніе имѣетъ также ненормальная дряблость нижняго сегмента матки. Такъ какъ у многородящихъ это явленіе встрѣчается чаще, чѣмъ у первородящихъ, то и выпаденіе пуповины сравнительно чаще наблюдается у многородящихъ. У всякой первородящей выпаденіе пуповины подлѣ головки должно возбуждать сильное подозрѣніе на счетъ узкаго таза ¹⁾, если оно не можетъ быть объяснено другими очевидными причинами.

Если при преждевременномъ излитіи водъ чаще наблюдается выпаденіе пуповины, чѣмъ при своевременномъ разрывѣ пузыря ²⁾, то эта связь должна быть объясняема въ такомъ смыслѣ, что тѣ же самыя причины, которыя способствовали выпаденію пуповины, легко могутъ служить поводомъ и къ преждевременному разрыву пузыря.

Наряду съ постоянно существующею причиной выпаденія пуповины, именно—съ недостаточнымъ выполненіемъ нижняго сегмента предлежащею частью, чрезмѣрная длина пупочнаго канатика можетъ считаться только второстепеннымъ благопріятствующимъ моментомъ, именно въ тотъ смыслѣ, что болѣе длинная пуповина болѣе тяжела и, слѣдовательно, съ болѣею силою устремляется въ существующій уже свободный промежутокъ.

¹⁾ По Engelmann'у, выпаденіе пуповины при узкомъ тазѣ наблюдается въ 16 разъ чаще, чѣмъ при нормальномъ.—По Гугенбергеру (Petersb. med. Z. 1872, В. 3, Н. 4 и 5), выпаденіе пуповины при преждевременномъ разрывѣ пузыря встрѣчается вдвое чаще, чѣмъ при своевременномъ.

Послѣ вышесказаннаго становится понятно, что выпаденіе пуповины при головныхъ положеніяхъ младенца почти всегда наступаетъ одновременно съ разрывомъ пузыря или, по крайней мѣрѣ, спустя очень короткое время. Дѣло въ томъ, что подлежащая часть въ моментъ разрыва пузыря стоитъ еще высоко и часто отклонена въ сторону, но затѣмъ она опускается глубже въ тазъ, и, слѣдовательно, выпаденіе пуповины становится уже невозможнымъ.

Предлежаніе пуповины при сильномъ напряженіи плоднаго пузыря иногда распознается съ большимъ трудомъ; но обыкновенно, по крайней мѣрѣ—въ промежуткѣ между потугами, намъ удается прощупать мягкій пульсирующій канатикъ за яйцевыми оболочками. Выпавшая пуповина, конечно, прощупывается гораздо легче; но и она, при бѣгломъ изслѣдованіи, можетъ проскользнуть незамѣченною, если петля находится надъ маточнымъ зѣвомъ у самой его периферіи.

Для матери выпаденіе пуповины не имѣетъ никакихъ послѣдствій, помимо тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, въ которыхъ пуповина до такой степени напряжена, что головка при своемъ поступательномъ движеніи сильно оттягиваетъ область прикрѣпленія плаценты. Напротивъ того, для младенца выпаденіе пуповины представляетъ одно изъ самыхъ опасныхъ осложнений, и въ особенности при предлежаніи головки оно почти всегда влечетъ за собою смерть младенца, если не будетъ оказано соотвѣтственное пособіе. Опасность для младенца возникаетъ вслѣдствіе того, что выпавшая пуповина гораздо легче (а при головныхъ положеніяхъ—почти всегда очень быстро) подвергается прижатію съ остановкою кровообращенія, чѣмъ пуповина, находящаяся въ своемъ нормальномъ положеніи (подробности о способѣ наступленія смерти будутъ приведены впоследствии). При черепныхъ положеніяхъ головка такъ тѣсно прилегаетъ къ тазу, что лежащая между ними пуповина почти всегда подвергается сильному прижатію, а самое прохожденіе головки чрезъ тазъ обыкновенно тянется такъ долго, что младенецъ въ это время успѣваетъ умереть вслѣдствіе затрудненнаго плацентарнаго кровообращенія.

Терапія бываетъ различна, въ особенности смотря по положенію младенца. При головныхъ положеніяхъ она зависитъ преимущественно отъ степени раскрытія маточнаго зѣва.

Если въ плодномъ пузырьѣ прощупывается подлежащая пуповина, то прежде всего слѣдуетъ стараться о томъ, чтобы возможно дольше задержать разрывъ пузыря, такъ какъ до тѣхъ поръ, пока онъ еще цѣлъ, подлежащая пуповина можетъ быть отодвинута въ сторону, а еслибы дѣйствительно произошло ея выпаденіе, то при широко раскрытомъ зѣвѣ оно менѣе опасно, чѣмъ при мало раскрытомъ. Поэтому мы должны быть очень осторожны при изслѣдованіи роженицы, а во время потуги воздерживаться отъ всякаго изслѣдованія, и вложить во влагалище умѣренно наполненный каучуковый тампонъ,

который оказывалъ бы противодѣйствіе плодному пузырю. Если головка отклонена въ сторону, то роженица должна лежать на томъ же боку. Но если этими средствами не удалось достигнуть того, чтобы предлежащая пуповина отошла вверхъ, то при цѣломъ еще пузырь слѣдуетъ попытаться осторожно отодвинуть ее чрезъ яйцевыя оболочки. Если и это не удалось, то, при не вполне раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, слѣдуетъ выждать, пока разорвется плодный пузырь и можно будетъ немедленно приступить къ активному вмѣшательству. Но если маточный



Рис. 144. Палочка С. Браунъ для вправленія пуповины.

зѣвъ уже совершенно раскрытъ, то дальнѣйшее выжиданіе представляется излишнимъ, такъ какъ условія въ это время наиболѣе благоприятны для поворота младенца или для ручнаго вправленія пуповины по тѣмъ правиламъ, которыя сейчасъ будутъ изложены.

Если уже произошелъ разрывъ пузыря, то условія наиболѣе неблагоприятны въ томъ случаѣ, когда маточный зѣвъ еще мало раскрытъ. Жизнь младенца при этомъ почти всегда можетъ считаться погибшею. Немедленное окончаніе родовъ не можетъ быть достигнуто безъ величайшей опасности для матери. Поэтому вправленіе пуповины представляетъ здѣсь единственное средство, которое еще можетъ спасти жизнь младенца. Но при узкомъ зѣвѣ вправленіе рукою невозможно, и такимъ образомъ остается только весьма несо-

вершенный способъ инструментальнаго вправленія, который обыкновенно и не достигаетъ цѣли.

Для вправленія пуповины предложенъ цѣлый рядъ инструментовъ, изъ которыхъ къ числу самыхъ простыхъ и цѣлесообразныхъ принадлежитъ инструментъ Браунъ¹⁾. Онъ представляетъ каучковую палочку (а еще лучше—палочку изъ китоваго уса, какъ это предложено Е. Martin'омъ), на тонкомъ концѣ которой находится отверстіе съ проведеннымъ чрезъ него двойнымъ шнуркомъ. Этотъ послѣдній проводится подъ выпавшую пуповину, и петля его перекидывается черезъ верхній конецъ палочки (см. рис. 144). Затѣмъ палочка вмѣстѣ съ захваченной пуповиной вводится высоко въ матку. При удаленіи палочки освобождается перекинутый черезъ нея шнурокъ, такъ что петля пуповины выскальзываетъ. Еще болѣе цѣлесообразнымъ кажется способъ Робертонъ²⁾, при которомъ, какъ и при другихъ болѣе старыхъ способахъ, петля шнура вмѣстѣ съ пуповиною удерживается на днѣ матки. Инструментъ представляетъ тонкую каучковую трубку, длиною въ 40

¹⁾ См. Chiari, Braun und Spaeth, Klin. d. Geb., p. 88.—²⁾ См. Barnes, Obst. Op., 2-d ed., p. 143.

сант. (а еще лучше — толстый эластическій катетеръ, какъ предложилъ еще *Michaelis*), внутри которой находится проволока и изъ верхняго боковаго отверстія которой виситъ шнурокъ въ видѣ петли. Въ эту послѣднюю вкладывается выпавшая пуповина, такъ чтобы она слегка ее обхватывала (см. рис. 145), а затѣмъ обѣ вмѣстѣ продвигаются за подлежащую часть въ полость матки. Эластическій катетеръ, по удаленіи проволоки, остается въ маткѣ и изгоняется уже вмѣстѣ съ плацентою. Такимъ образомъ пуповина, захваченная петлею, остается на долгое время въ верхней части матки.

Инструментальное вправление всегда сопряжено съ опасностью прижатія пуповины во время самой манипуляціи. Если пуповина удерживается въ маткѣ посредствомъ инструмента въ родѣ того, который предложенъ *Roberton*'омъ, то въ такомъ случаѣ не исключена возможность продолжительнаго прижатія петлею. Если же инструментъ послѣ вправления пуповины будетъ удаленъ, то она очень легко, часто даже немедленно, выпадаетъ вновь, хотя бы самая манипуляція, для предупрежденія этого, и была произведена при коленно-локтевомъ положеніи роженицы или при положеніи на боку.



Рис. 145. Инструментъ *Roberton*'а для вправления пуповины.

Если маточный зѣвъ раскрытъ совершенно или, по крайней мѣрѣ, настолько, что можно съ удобствомъ провести чрезъ него всю руку, то шансы къ спасенію младенца несравненно болѣе благоприятны. Въ этомъ случаѣ намъ предстоитъ выборъ между ручнымъ вправленіемъ пуповины и поворотомъ младенца (при вполнѣ раскрытомъ зѣвѣ тотчасъ послѣ поворота должно быть приступлено къ извлеченію).

Большинство акушеровъ, вообще, болѣе склоняются къ операциі поворота, и дѣйствительно, она никогда не составляетъ погрѣшности, особенно при полномъ раскрытіи маточнаго зѣва. Но и ручное вправление, которымъ въ послѣднее время незаслуженно пренебрегали, даетъ при вполнѣ раскрытомъ зѣвѣ очень хорошіе результаты, если оно произведено надлежащимъ образомъ.

Правила для ручнаго вправления пуповины весьма опредѣленны и немногочисленны, а именно состоятъ въ слѣдующемъ: вправление всегда должно съ самаго же начала производиться всею рукою и при томъ въ коленно-локтевомъ положеніи роженицы; оно должно быть произведено быстро, хотя при этомъ никогда нельзя избѣгнуть сильнаго прижатія пуповины, продолжающагося, правда, очень короткое время.

Когда пуповина уже вправлена, роженица не должна дожидаться на

спину, хотя бы только временно, а должна быть непосредственно переведена изъ коленно-локтеваго положенія въ положеніе на боку, и именно на томъ, по направленію къ которому была отклонена головка. Дно матки, вмѣстѣ съ тазовымъ концомъ младенца, опускается въ ту же сторону, на которой лежитъ роженица, такъ что головка перемѣщается соотвѣтственно срединѣ тазоваго входа и, герметически выполняя собою нижній сегментъ матки, препятствуетъ новому выпаденію пуповины.

Если нижній сегментъ матки представляется очень вялымъ, то послѣ вправленія пуповины акушеръ сдѣлаетъ хорошо, если оставитъ свою руку въ маточной шейкѣ до тѣхъ поръ, пока наступитъ слѣдующая потуга. Кромѣ того, во всѣхъ случаяхъ, когда головка сильно отклонена въ сторону, акушеръ долженъ по окончаніи вправленія отдавливать ее свободною рукою къ тазовому входу, одновременно съ выниманіемъ другой руки изъ полости матки,

Выборъ той или другой руки для производства операціи не имѣетъ большаго значенія. Но, разумѣется, всего удобнѣе вправлять одноименною рукою, напр. — правою, если пуповина лежитъ на правой же сторонѣ (слѣдовательно — при первомъ черепномъ положеніи младенца) и если операція производится въ коленно-локтевомъ положеніи роженицы; акушеръ при этомъ стоитъ у лѣваго края ностели.

Примѣч. Коленно-локтевое положеніе представляетъ здѣсь такія большія преимущества вслѣдствіе того, что оно чрезвычайно благоприятствуетъ опусканію пуповины, по ея собственной тяжести, въ полость матки, а послѣ вправленія, когда роженица заняла положеніе на боку, пуповина остается въ передней части матки, такъ какъ послѣдняя въ большинствѣ случаевъ наклонена впередъ (отвислый животъ). Эти преимущества всего яснѣе обнаруживаются тогда, когда выпавшая часть пуповины очень велика: коль скоро намъ удалось захватить рукою и вправить хотя бы одну половину выпавшей части пупочнаго канатика, другая половина весьма нерѣдко проскальзываетъ въ матку сама собою, благодаря потягиванію со стороны той части, которая уже вправлена. Если же вправленіе производится въ положеніи на спинѣ, то первая половина, уже вправленная, снова выпадаетъ во влагалище, какъ только мы собираемся захватить другую половину, и тогда операція эта, по выраженію Воёга, представляетъ «настоящую работу данаидъ».

Если вправленіе производится очень быстро, то нельзя избѣгать сильнаго прижатія захватываемыхъ петель пуповины. Однако, это прижатіе, если оно продолжается короткое время, не приноситъ особеннаго вреда; но, съ другой стороны, оно можетъ имѣть очень вредныя послѣдствія, если пуповина, при продолжительныхъ безплодныхъ попыткахъ вправленія, производимыхъ сначала двумя пальцами, затѣмъ половиною руки и только подъ конецъ — всею рукою, подвергается прижатію въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

И такъ, при раскрытомъ маточномъ зѣвѣ вправленіе пуповины и поворотъ младенца въ большинствѣ случаевъ представляютъ одинаково умѣстныя операціи, выборъ между которыми зависитъ отъ нашего произвола. Однако, существуютъ опредѣленные случаи, въ которыхъ вправленіе пуповины не можетъ быть одобрено,

а единственно умѣстнымъ представляется поворотъ младенца. Случаи эти суть слѣдующіе: 1) когда пульсація пуповины сдѣлалась уже рѣдкою и слабою: при такихъ обстоятельствахъ подлежитъ большому сомнѣнію, прекратится ли послѣ вправленія пуповины асфиксія младенца, достигшая уже значительной степени; 2) когда тазъ очень узокъ, а вслѣдствіе этого позиція головки очень неблагоприятна: при такихъ условіяхъ невѣроятно, чтобы головка могла вскорѣ установиться въ болѣе выгодной позиціи; поэтому здѣсь имѣется основаніе ожидать, что вправленная пуповина опять выпадетъ, тогда какъ при поворотѣ младенца шансы въ этомъ отношеніи, конечно, болѣе удовлетворительны; 3) когда, кромѣ пуповины, выпала еще ручка: вправленіе той и другой требуетъ болѣе продолжительнаго времени, при чемъ пульсація пуповины легко можетъ прекратиться; 4) когда выпала значительная часть пуповины, а въ то же время существуютъ еще и другія неблагоприятныя условія со стороны размѣровъ таза или позиціи головки.

Такъ какъ выпаденіе пуповины происходитъ по большей части одновременно съ разрывомъ плоднаго пузыря, а головка при этомъ стоитъ еще подвижно надъ тазовымъ входомъ, то въ большинствѣ случаевъ не существуетъ одного изъ предварительныхъ условій, необходимыхъ для наложенія щипцовъ. Но у многородящихъ головка младенца иногда уже вскорѣ послѣ разрыва пузыря опускается глубоко въ малый тазъ. Въ подобныхъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи ни о какой другой терапіи, кромѣ извлеченія головки посредствомъ щипцовъ, и тогда къ этой операціи слѣдуетъ приступить немедленно. Но при этихъ условіяхъ головка иногда сама собою рождается настолько быстро, что акушеръ даже не имѣетъ времени наложить щипцы.

При лицевыхъ положеніяхъ выпаденіе пуповины происходитъ нѣсколько чаще, нежели при черепныхъ, такъ какъ они чаще встрѣчаются при узкомъ тазѣ. Терапія въ существенныхъ чертахъ остается та же самая; но вправленію пуповины въ этихъ случаяхъ всегда слѣдуетъ предпочитать поворотъ младенца.

Совершенно иначе представляется дѣло въ случаяхъ предлежанія или выпаденія пуповины при тазовыхъ положеніяхъ младенца. Условія для выпаденія пуповины при чистыхъ ягодичныхъ положеніяхъ нѣсколько болѣе благоприятны, чѣмъ при головныхъ, а при ножныхъ положеніяхъ они даже гораздо болѣе благоприятны, такъ какъ здѣсь всегда имѣется для этого достаточно свободнаго мѣста. Но опасность прижатія пуповины оказывается гораздо меньшею даже при ягодичныхъ положеніяхъ, благодаря мягкости ягодицъ, а при ножныхъ положеніяхъ она представляется гораздо меньшею и обыкновенно даже совсѣмъ отсутствуетъ, въ особенности при неполныхъ ногоположеніяхъ, при которыхъ пуповина, лежащая впереди разогнутого бедра, отчасти защищена отъ давленія другимъ согнутымъ бедромъ. Поэтому вправленіе пуповины въ подобныхъ случаяхъ

не необходимо и вообще даже не целесообразно, такъ какъ оно остается безуспѣшнымъ: пуповина каждый разъ выпадаетъ вновь, такъ какъ причина ея выпаденія, т. е. ножное положеніе младенца, остается по прежнему. Но такъ какъ въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ можетъ все-таки наступить болѣе сильное давленіе на пуповину, то нужно заботиться о томъ, чтобы была возможность немедленно окончить роды, какъ только возникнетъ опасность для жизни младенца. Поэтому, если ягодицы еще не совсѣмъ вступили въ малый тазъ, мы должны низвести одну или обѣ ножки, такъ какъ, съ одной стороны, этимъ самымъ уменьшается объемъ лежащаго тазоваго конца, а, съ другой стороны, получается хорошая точка опоры для извлеченія. Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ безусловно необходимо наблюдать за пульсомъ младенца и немедленно приступать къ извлеченію, какъ только сердцебиеніе становится болѣе рѣдкимъ. Если ягодицы уже вступили въ тазъ, а ножки при этомъ остались согнутыми, то при начинающейся асфиксии опять-таки нужно попытаться сдѣлать извлеченіе, хотя оно только при очень благоприятныхъ условіяхъ можетъ быть окончено настолько быстро, чтобы удалось спасти жизнь младенца. При полныхъ ногоположеніяхъ дальнѣйшей терапіи не требуется, такъ какъ пуповина при нихъ не подвергается прижатію.

При поперечныхъ положеніяхъ выпаденіе пуповины послѣ разрыва плоднаго пузыря есть явленіе весьма обыкновенное; но опасное прижатіе ея встрѣчается только въ очень запущенныхъ случаяхъ. Если маточный зѣвъ еще узокъ, то мы спокойно выжидаемъ его раскрытія, а затѣмъ дѣлаемъ поворотъ на ножку и извлеченіе. Поворотъ на головку съ одновременнымъ вправленіемъ пуповины до такой степени груденъ для производства и благоприятный исходъ при немъ настолько неправдоподобенъ, что эта терапія должна быть признана незаслуживающею одобренія.

Другой вопросъ заключается въ томъ, можно ли еще оперировать въ такихъ случаяхъ, когда пульсація пуповины сдѣлалась очень рѣдкою или уже совершенно прекратилась. Въ первомъ случаѣ операція навѣрное еще умѣстна, а во второмъ она представляется уже излишнею только тогда, когда мы увѣрены, что пульсація пуповины прекратилась на долгое время, такъ какъ при быстромъ извлеченіи, производимомъ вскорѣ послѣ прекращенія пульсаціи, младенецъ хотя и рождается въ состояніи глубокой асфиксии, но жизнь его иногда еще можетъ быть спасена. Чѣмъ меньшей зрѣлости достигъ младенецъ, тѣмъ дольше жизнь его въ полости матки можетъ быть сохранена послѣ оставленія плацентарнаго кровообращенія, но тѣмъ менѣе шансовъ существуетъ къ тому, что младенецъ и послѣ рожденія останется въ живыхъ.

Примѣч. Если оставить въ сторонѣ Guillemeau, который уже говорилъ объ опасностяхъ при предлежаніи пуповины, то Louise Bourgeois должна

быть признана первою, обладавшею практическимъ опытомъ относительно этого осложнения родового акта. Она различаетъ выпаденіе пуповины при поперечныхъ и черепныхъ положеніяхъ, знаетъ очень хорошо тѣ опасности для младенца, съ которыми это осложненіе сопряжено, рекомендуетъ производить ручное вправленіе пуповины при никакомъ положеніи туловища роженицы, а затѣмъ удерживать пуповину въ маткѣ посредствомъ ватныхъ тампоновъ. Послѣдующіе авторы были хорошо знакомы съ выпаденіемъ пуповины, хотя взгляды ихъ относительно этиологии и терапіи этого осложнения, а въ особенности относительно способа наступленія смерти младенца, сильно расходились между собою. *Maugis* и имѣлъ чрезвычайно вѣрное понятіе объ этиологии этого осложнения, а относительно терапіи онъ рекомендовалъ прежде всего прибѣгать къ вправленію пуповины и только въ случаѣ неуспѣха производить поворотъ младенца. Ту же самую терапію предлагалъ *Reu*, тогда какъ *de la Motte* рѣшительно высказывался противъ вправленія и въ пользу немедленного производства поворота. *Deventer* даетъ превосходные совѣты насчетъ терапіи, а именно, онъ рекомендуетъ отодвигать подлежащую пуповину еще до разрыва плоднаго пузыря и давать роженицѣ коленно-локтевое или боковое положеніе съ цѣлью предотвратить новое выпаденіе; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ справедливо говоритъ, что выпавшая пуповина подвергается прижатію въ плоскомъ таѣ не такъ легко, какъ въ обще-суженомъ. Коленно-локтевое положеніе ¹⁾ впоследствии особенно рекомендовалось еще *Ritgen* ²⁾, *Kieser* ³⁾, *Thomas* ⁴⁾, *Theopold* ⁵⁾, и *Brunton* ⁶⁾.

Относительно того, насколько часто встрѣчается выпаденіе пуповины, авторы очень сильно расходятся между собою, особенно потому, что они не обращали достаточнаго вниманія на неодинаковую частоту этого осложнения при различныхъ положеніяхъ младенца. По статистикѣ *Hildebrandt*'а, основанной на 45040 случаяхъ родовъ, 1 случай выпаденія пуповины приходится на 148 головныхъ положеній. Эта цифра вполне совпадаетъ съ цифрою *Hecker*'а, хотя послѣдняя и основана на очень маломъ числѣ случаевъ: *Hecker* тоже нашелъ, что 1 случай выпаденія пуповины приходится на 148 головныхъ положеній, тогда какъ при положеніяхъ тазовыхъ выпаденіе пуповины встрѣчается въ одномъ случаѣ изъ 11, а при поперечныхъ—даже въ 1 случаѣ изъ 5-ти.

Поврежденія мягкихъ родовыхъ путей.

Разрывы матки.

Поврежденія матки, встрѣчающіяся во время родовъ, существенно различаются между собою, смотря по тому, представляютъ ли они только частичныя поврежденія, не препятствующія изгнанію младенца чрезъ естественные родовые пути, или же они представляютъ большія нарушенія цѣлости, наступившія самопроизвольно и въ большинствѣ случаевъ довольно внезапно, при чемъ тѣло матки извергаетъ младенца въ брюшную полость. Рассмотримъ прежде всего эту вторую форму поврежденій матки.

¹⁾ См. *Virgibaum*, M. f. G., B. XXX, p. 292.—²⁾ *Lehrb. d. Geb. f. Hebammen*, p. 324.—³⁾ *Nederl. Weekbl.* April 1855 (см. *Schmidt's Jahrb.*, B. LXXXIX, p. 200).—⁴⁾ *Postur. Treatm. of Prol. of the Funis*, въ *Transact. of the New-York Acad. of med.* 1858.—⁵⁾ *Deutsche Klinik* 1860, No. 27.—⁶⁾ *Obst. Journ. of Gr. Britain* April 1879, p. 16.

Перфорирующіе разрывы матки.

Литература: Deneux, Essai sur la rupture de la matrice etc. Paris 1804.—M-me Lachapelle, Pratique des acc. T. III. Mém. VIII.—Bluff, Siebold's Journ. 1835, B. XV, p. 249.—Duparcque, Hist. compl. des rupt. etc. Paris 1836; въмѣстѣ переводъ Nevermann'a (Quedlinburg u. Leipzig 1838).—Lehmann, M. f. G., B. 12, p. 408.—Chiari, Braun u. Spaeth, Kl. d. Geb., p. 184.—Radford, Obst. Tr. VIII, p. 150.—Kormann, Ueber die Uterusrupturen in forensischer Beziehung. Leipzig 1864.—Munk, Sieben neue Fälle von Uterusruptur. Tübingen 1874.—Baudi, Ueber Ruptur der Gebärmutter. Wien 1875.—Thompson, Obst. Journ. of Gr. Britain. III. 1876, pp. 633, 718, 804.—Kaltenbach, Arch. f. Gyn., B. XXII, p. 123.—Fleischmann, Zts. f. Heilk. VI, p. 287.—Franz, Otbl. f. Gyn. 1885, No. 4.

Этіологія.

Если мы желаемъ вѣрно понять и оцѣнить механическія условія, ведущія къ разрыву матки, то должны предварительно выяснить себѣ тотъ механизмъ, съ помощью котораго рождается младенецъ при нормальныхъ условіяхъ. Мы знаемъ уже, что матка въ началѣ появленія потужной дѣятельности измѣняетъ свою форму, становясь болѣе узкою и болѣе длинною. Удлиненіе ея происходитъ въ такой степени, что уже спустя короткое время послѣ появленія первыхъ потугъ, дно матки оттѣсняется къ вершинѣ свода грудобрюшной преграды. Вслѣдствіе сокращенія полаго мускула, отверстіе матки, соотвѣтствующее цервикальному каналу, постепенно расширяется, и это расширение его происходитъ такимъ образомъ, что сильно сокращающаяся мускулатура все болѣе и болѣе скопляется на противоположномъ полюсѣ яйца. Въ области контракціоннаго кольца эта сильно сократившаяся мускулатура переходитъ въ истонченный нижній сегментъ матки. Но чѣмъ болѣе контракціонное кольцо передвигается вверхъ по яйцу, тѣмъ сильнѣе растягиваются нижній сегментъ матки и цервикальный каналъ, такъ что нижній конецъ яйца вскорѣ оказывается въ маточной шейкѣ и постепенно проникаетъ черезъ наружный зѣвъ.

Если представить себѣ вырѣзанную изъ живота и совершенно изолированную матку въ состояніи полной дѣятельности, то сокращенія ея, очевидно, имѣли бы такой эффектъ, что мускулатура постепенно оттягивалась бы вверхъ, а самое яйцо нисколько не подвинулось бы впередъ и осталось бы на томъ же мѣстѣ, гдѣ оно находилось прежде. И въ самомъ дѣлѣ, яйцо въ періодѣ раскрытія обыкновенно нисколько не измѣняетъ своего положенія относительно таза; если же намъ кажется, что оно какъ будто опустилось внизъ, то это зависитъ только оттого, что маточная шейка постепенно оттягивается вверхъ.

Но къ концу періода раскрытія это положеніе дѣла весьма существенно измѣняется по двумъ причинамъ: во первыхъ потому, что тѣло матки со всѣхъ сторонъ прикрѣплено къ тазу и, слѣдовательно, не можетъ оттянуться вверхъ дальше извѣстнаго предѣла, а вовторыхъ потому, что въ родовомъ актѣ начинаетъ принимать участіе брюшная прессъ.

Прикрѣпленіе матки къ стѣнкамъ таза влечетъ за собою то, что мускулатура ея въ концѣ періода раскрытія уже не можетъ дальше передвигаться вверхъ по яйцу и поэтому при своихъ сокращеніяхъ оттѣсняетъ содержимое свое по направленію книзу, а энергическое дѣйствіе брюшнаго пресса оттѣсняетъ въ ту же сторону всю матку вмѣстѣ съ ея содержимымъ.

Чѣмъ болѣе затруднено изгнаніе младенца, тѣмъ выше отодвигается контракціонное кольцо, тѣмъ сильнѣе растягивается нижній сегментъ матки и тѣмъ болѣе значительному вытяженію подвергаются ея связки. Если растяженіе нижняго сегмента достигаетъ чрезмѣрной степени, то истонченная ткань его можетъ разорваться, такъ что происходитъ перфорирующій разрывъ матки.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ то, что при несоотвѣтствіи между тазомъ и головкою, когда контракціонное кольцо послѣ сильнаго сокращенія маточной мускулатуры отодвинулось далеко вверхъ, дѣйствіе вытяженія не распространяется на наружный маточный зѣвъ и на влагалище, а ограничивается исключительно связками матки.

(Bandl, въ своемъ сочиненіи о разрывахъ матки, которое составило эпоху въ научномъ акушерствѣ, сдѣлалъ попытку объяснить растяженіе маточной шейки тѣмъ обстоятельствомъ, что губы ея ущемляются между головкой и тазомъ. Но объясненіе это, очевидно, не достаточно, такъ какъ даже при черепныхъ положеніяхъ губы маточнаго зѣва обыкновенно не бываютъ крѣпко ущемлены, а, съ другой стороны, растяженіе маточной шейки съ разрывомъ матки встрѣчается и въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ о крѣпкомъ ущемленіи не можетъ быть и рѣчи (напр.— при поперечныхъ положеніяхъ).) Вытяженіе, производимое полымъ мускуломъ матки, дѣйствуетъ, конечно, на маточную шейку, но только на ея верхнюю часть, и совсѣмъ не распространяется на влагалищную часть матки и на самое влагалище, такъ что нижній сегментъ матки растягивается всего сильнѣе и бѣльшая часть расширенной шейки тоже подвергается еще значительному растяженію, тогда какъ наружный маточный зѣвъ, влагалище и входъ во влагалище растягиваются все меньше и меньше.

Для того чтобы надлежащимъ образомъ оцѣнить роль маточныхъ связокъ, подвергающихся этому вытяженію, мы должны предварительно вкратцѣ рассмотреть анатомію беременной матки и сосѣднихъ съ нею органовъ.

Важнѣйшій связочный аппаратъ, фиксирующій матку, лежитъ по обѣ стороны ея, между *lig. rotund.* и *lig. recto-uterinum.* Матка во время беременности, увеличиваясь въ ширину и въ толщину, вростаетъ между обоими листками широкихъ маточныхъ связокъ такимъ образомъ, что совершенно выполняетъ существующій между ними промежутокъ, при чемъ къ ней тѣсно прилегають не только круглая маточная связка, но также Фаллопіева труба и яичникъ. Утолщенная матка при этомъ

вдвигается между упомянутыми листками до такой степени, что мѣста прикрѣпленія круглой и яичниковой связокъ находятся другъ отъ друга въ разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ ¹⁾. Но такъ какъ круглая маточная связка направляется впередъ и нѣсколько внутрь, а *lig. infundibulo-pelvicum*, въ которомъ заключены *vasa spermatica*, направляется, въ качествѣ продолженія Фаллопиевой трубы и яичниковой связки, почти прямо спереди назадъ, то весь связочный аппаратъ, образуемый этими связками въ соединеніи съ *lig. recto-uterinum*, представляетъ двѣ широкія поверхности, вѣерообразно направляющіяся отъ боковаго края матки впередъ и назадъ. Самую крѣпкую часть этого аппарата, конечно, представляетъ толстая, мускулистая круглая связка (*lig. rotundum*). Спереди, между обѣими круглыми связками, и сзади, между *ligg. recto-uterina*, матка почти совсѣмъ не фиксирована.

При несоразмѣрности между тазомъ и подлежащею частью, въ то время, когда тѣло матки, благодаря сильнымъ сокращеніямъ мускулатуры, оттянулось далеко кверху (такъ что въ эскизвизитныхъ случаяхъ контракціонное кольцо стоитъ непосредственно подъ пупкомъ или даже надъ нимъ), нижній сегментъ матки вмѣстѣ съ шейкою превращенъ въ громадную, тонкостѣнную полость, въ которой очень часто помѣщается большая половина младенца. Тонкія стѣнки этой полости, которыя сами по себѣ, благодаря сильному растяженію ихъ слабой мускулатуры, совершенно неспособны сокращаться, находятся подъ очень высокимъ давленіемъ, усиливающимся при всякомъ сокращеніи матки, при которомъ младенецъ все болѣе и болѣе выталкивается изъ полости ея тѣла. Тонкія мышечныя волокна постепенно раздвигаются, а подлежащая часть младенца видѣдряется между ними въ наиболѣе податливомъ мѣстѣ и стремится здѣсь найти для себя выходъ наружу. На высотѣ одной изъ потугъ дѣло доходитъ до полного прободенія маточной ткани; головка, видѣряясь въ этомъ мѣстѣ, сначала отдѣляетъ брюшину отъ подлежащаго слоя, а затѣмъ прорывается и чрезъ нее, и если разрывъ достаточно великъ, то головка, а за нею все остальное тѣло младенца, извергается въ брюшную полость. Послѣ этого опорожненная матка сокращается, и потужная дѣятельность останавливается.

Для происхожденія разрыва въ высшей степени важно то обстоятельство, что растяженіе всегда бываетъ болѣе значительнымъ на одной сторонѣ матки, чѣмъ на другой. Это явленіе наблюдается и при черепныхъ положеніяхъ, при которыхъ тѣло матки отодвигается преимущественно къ брюшной поверхности плода, а, слѣдовательно, растяженію подвергается другая сторона матки, соотвѣтствующая спинкѣ младенца; оно наблюдается и при поперечныхъ положеніяхъ, при которыхъ болѣе сильному растяженію подвергается та сторона матки, гдѣ лежитъ головка.

¹⁾ При вскрытіи трупа одной беременной на 8-мъ мѣсяцѣ оказалось, что разстояніе это было равно 4 сантиметрамъ.

Механизмъ этихъ измѣненій, постепенно подготовляющихъ разрывъ матки, до такой степени немногосложенъ, что, послѣ того, какъ онъ былъ выясненъ въ монографіи Bandl'я, почти всѣ акушеры отказались отъ стариннаго воззрѣнія, по которому разрывъ маточной мускулатуры происходитъ совершенно внезапно.

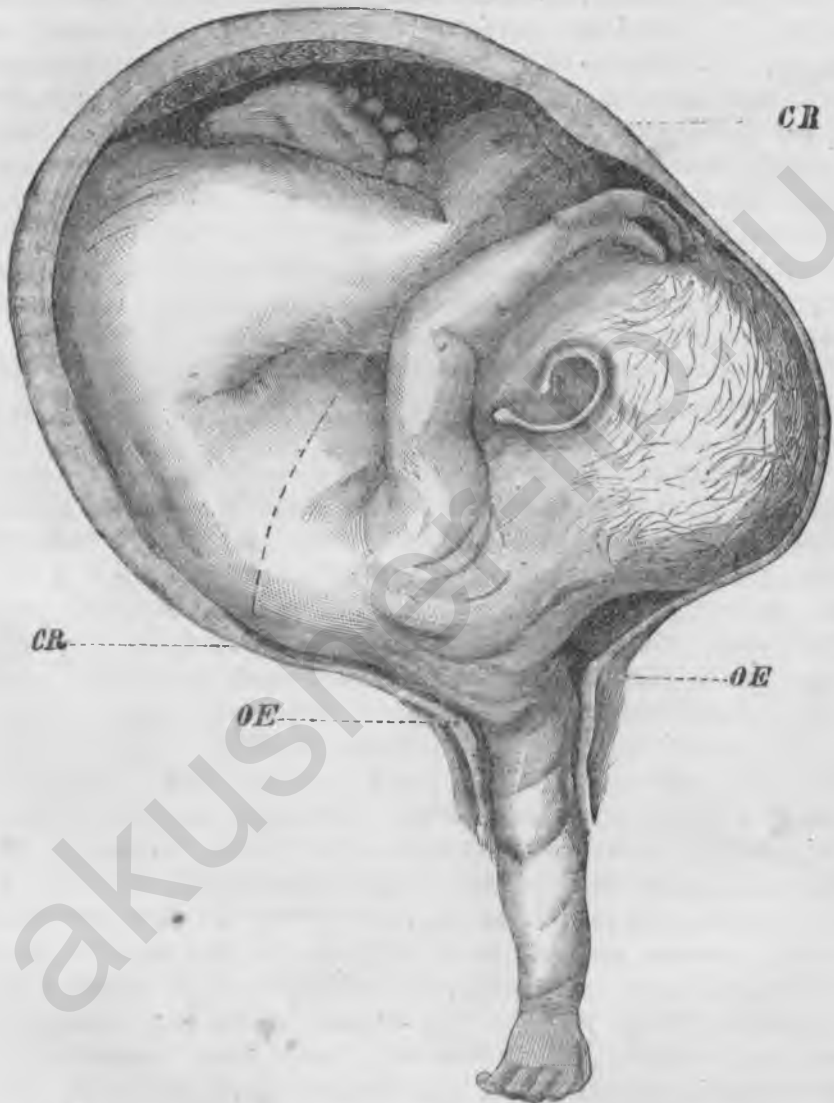


Рис. 146. Грозившій разрывъ матки при поперечномъ положеніи младенца. *OE*—orificium ext.; *CR*—контракціонное кольцо. На лѣвой сторонѣ, нижній сегментъ [матки и маточная шейка растянута до такой степени, что готовы разорваться

Примѣч. Michaelis¹⁾), впрочемъ, уже много раньше пришелъ къ убѣжде-

¹⁾ Das enge Becken. 1851, p. 209.

нію, что причина разрыва заключается въ растяженіи родового канала; но эта теорія почти не обратила на себя никакого вниманія. Правда, Michaelis объясняетъ такимъ образомъ одни только разрывы влагалища, но то же самое объясненіе могло быть примѣнено и къ разрывамъ шейки.

Произойдетъ ли разрывъ очень рано, или очень поздно, или же онъ не наступитъ вовсе—это зависитъ отчасти отъ степени разрываемости, которая въ различныхъ случаяхъ бываетъ весьма неодинакова. По-видимому, у женщинъ болѣе пожилыхъ, которыя уже часто рожали, разрывъ происходитъ иногда даже въ такихъ случаяхъ, когда растяженіе не достигало чрезвычайной степени. Въ другихъ же случаяхъ матка обладаетъ необыкновенною растяжимостью, такъ что все тѣло младенца можетъ быть извергнуто въ полость, образуемую нижнимъ сегментомъ и шейкою, а между тѣмъ никакого разрыва не происходитъ; мало того, брюшина обладаетъ такою необыкновенною эластичностью, что при разрывѣ маточной мускулатуры она нерѣдко сохраняетъ свою цѣлость, и младенецъ помѣщается подъ отдѣлившимся серознымъ покровомъ.

При очень большой растяжимости придатковъ матки, вся шейка иногда оттягивается вверхъ до такой степени, что влагалище отрывается отъ нея по всей окружности ¹⁾).

Послѣ вышесказаннаго становится очень понятно, что у первородящихъ, у которыхъ мышечныя волокна крѣпки и эластичны, разрывы матки встрѣчаются относительно рѣдко, между тѣмъ какъ у многородящихъ, у которыхъ волокна эти отличаются своею дряблостью, у которыхъ матка лежитъ совершенно незащищенною въ широкомъ промежуткѣ между обѣими прямыми мышцами и у которыхъ уступчивыя связки сильно растягиваются уже въ началѣ родовъ, не оказывая значительнаго противодѣйствія, разрывы матки встрѣчаются гораздо чаще.

Для возникновенія разрыва требуется нѣкоторое затрудненіе родового акта, хотя не всегда оно должно достигать очень значительной степени. Поводомъ къ разрыву матки обыкновенно бываютъ черепныя положенія при узкомъ тазѣ, залуценныя поперечныя положенія, а въ рѣдкихъ случаяхъ также головная водянка младенца.

Очевидно, что разрывъ матки, если условія для него уже подготовлены, долженъ особенно легко наступать въ тѣхъ случаяхъ, когда для поворота младенца насильственно вводится рука въ полость матки, а еще легче, когда употреблено чрезмѣрное насиліе при самомъ поворотѣ, при которомъ головка младенца должна снова возвратиться въ сократившуюся полость матки. Разрывы, возникшіе при такихъ условіяхъ, называются насильственными, въ противоположность тѣмъ, которые происходятъ самопроизвольно.

Относительно того, какъ часто встрѣчаются разрывы матки, взгляды авторовъ значительно расходятся между собою. По статистикѣ Wandl'я,

¹⁾ Hugenberger, Ueber Kolporrhaxis in d. Geburt. St. Petersburg 1876.

1 случай разрыва матки приходится на 1183 случая родовъ. Но это отношеніе навѣрное слишкомъ велико, такъ какъ статистика клиникъ, въ которыя направляются по преимуществу патологическіе случаи родовъ, не можетъ здѣсь имѣть рѣшающаго значенія. По статистикѣ v. Fгапсіе, 1 случай разрыва матки приходится на 3225 роженецъ.

Патологическая анатомія.

Соотвѣтственно этиологическимъ условіямъ, разрывъ никогда не происходитъ въ сокращающейся мускулатурѣ тѣла матки. Напротивъ того, вся мускулатура, лежащая сверху отъ контракціоннаго кольца, становится тѣмъ болѣе толстою и крѣпкою, чѣмъ болѣе возрастаютъ шансы къ разрыву. Разрывъ всегда находится въ нижнемъ сегментѣ матки и въ области шейки, до наружнаго зѣва. Но, конечно, онъ можетъ по направленію кверху проникать до нѣкоторой степени въ контракціонное кольцо, а по направленію книзу доходить до влагалища. Подобные случаи всегда объясняются тѣмъ, что первоначальный разрывъ увеличился при прохожденіи младенца. Разрывъ рѣдко направляется прямо сверху внизъ, а обыкновенно бываетъ нѣсколько косвеннымъ или почти поперечнымъ; онъ можетъ помѣщаться въ передней, задней или боковой части матки. Обыкновенно разрываются всѣ слои, начиная отъ слизистой оболочки до брюшины включительно, такъ что возникаетъ непосредственное сообщеніе между брюшною полостью и родовымъ каналомъ. Одна только круглая маточная связка слишкомъ крѣпка для того, чтобъ могла разорваться, хотя она и не препятствуетъ дальнѣйшему распространенію разрыва самой матки, который можетъ подъ этой связкой переходить съ одной стороны на другую. Края разрыва всегда бываютъ зазубрены, сильно истончены и усѣяны кровоподтеками. Младенецъ или, по крайней мѣрѣ, часть его тѣла почти всегда выступаетъ изъ разрыва, такъ что эта часть помѣщается или свободно въ брюшной полости, или подъ отдѣлившимся серознымъ покровомъ, если сама брюшина осталась неразорванною (неполный разрывъ матки).

Симптомы.

Хотя обыкновенно разрывы матки происходятъ совершенно неожиданно, такъ что ни окружающіе роженицу, ни акушерка, ни даже врачъ совершенно не подозрѣвали о возможности этого осложнения, однако существуетъ довольно много признаковъ, которые даютъ возможность предвидѣть грозящій разрывъ матки, если врачъ хорошо знакомъ съ тѣмъ механизмомъ, при посредствѣ котораго мало по малу происходитъ растяженіе нижняго сегмента и шейки матки.

Уже общее безпокойство, выраженіе страха на лицѣ и непрерывные стоны, издаваемые роженицею даже во время пережки между потугами, указываютъ на то, что безпрестанное вытяженіе связокъ не позволяютъ

ей оправиться во время этихъ перемежекъ, а при тщательномъ объективномъ изслѣдованіи, констатируя тѣ признаки, которые сейчасъ будутъ описаны, мы получаемъ полное убѣжденіе въ томъ, что мягкіе родовые пути чрезмерно растянуты и уже очень близки къ разрыву.

Самый же разрывъ почти всегда происходитъ совершенно внезапно. На высотѣ одной изъ потугъ роженица ощущаетъ жестокую, пронизывающую боль и при этомъ очень часто чувствуетъ происшедшій разрывъ. Область разрыва, если она не недоступна ощупыванію вслѣдствіе своего мѣстоположенія въ задней стѣнкѣ матки, бываетъ чрезвычайно чувствительна къ давленію. Кроме того, почти во всѣхъ случаяхъ немедленно обнаруживаются еще два симптома, а именно—прекращеніе потужной дѣятельности и кровотеченіе изъ влагалища. Потужная дѣятельность прекращена совершенно, такъ что ни сама роженица, ни акушеръ уже не замѣчаетъ нормальнаго чередованія между самою потугою и свободною перемежкой. Кровотеченіе можетъ быть очень обильнымъ; но наружное кровотеченіе изъ влагалища въ большинствѣ случаевъ бываетъ не особенно значительнымъ, а нерѣдко даже весьма ничтожнымъ.

Другой признакъ, лишь рѣдко отсутствующій, состоитъ въ томъ, что подлежащая часть отступаетъ обратно отъ тазоваго входа и становится болѣе подвижною, чѣмъ была прежде. Если младенецъ выступилъ цѣликомъ въ брюшную полость, то подлежащая часть совершенно ускользаетъ отъ изслѣдующаго пальца.

Симптомы упадка силъ наступаютъ всегда, въ однихъ случаяхъ раньше, въ другихъ позже, но не всегда они появляются вскорѣ послѣ разрыва. Раньше всего наступаетъ измѣненіе пульса, который становится очень частымъ, малымъ и мягкимъ. Впослѣдствіи кожа становится блѣдною, конечности и носъ холодѣютъ, все тѣло покрывается холоднымъ потомъ, а затѣмъ наступаютъ обморочные припадки, стѣсненіе въ трудѣ, одышка и чувство приближенія смерти. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ проходитъ много часовъ, прежде чѣмъ появятся угрожающіе симптомы.

Вообще симптомы менѣе выражены въ тѣхъ случаяхъ, когда младенецъ не цѣликомъ выступилъ въ брюшную полость, а большая часть его находится еще въ родовомъ каналѣ. Правда, во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія младенецъ оказывается извергнутымъ изъ ложа мускула, но иногда этотъ послѣдній уже въ моментъ наступленія разрыва заключалъ въ себѣ еще очень небольшую часть младенца.

Въ большой тонкостѣнной выходной трубкѣ почти все тѣло младенца или, по крайней мѣрѣ, нѣкоторая часть его остается особенно тогда, когда подлежащая часть (головка или плечико) такъ плотно вколочена въ полость таза, что уже не можетъ податься обратно, хотя *vis a tergo* совершенно прекратила свое дѣйствіе. Выступленію младенца въ брюшную

полость иногда также препятствует брюшина, если она осталась неразорванной.

Въ случаяхъ послѣдней категоріи иногда, хотя и рѣдко, обнаруживается еще два симптома, которыхъ не бываетъ при полномъ разрывѣ. Вопервыхъ, сбоку отъ матки образуется въ теченіе одного или нѣсколькихъ часовъ ясно замѣтная опухоль, доступная ощупыванію (подбрюшинная гематома), тогда какъ при совмѣстномъ разрывѣ брюшины кровь изливается въ брюшную полость. Вторымъ симптомомъ, несравненно болѣе рѣдкимъ, состоитъ въ эмфиземѣ соединительной ткани. Эта эмфизема, начинаясь на мѣстѣ разрыва, распространяется подъ брюшиною и очень скоро доходитъ до передней брюшной стѣнки, такъ что становится доступна ощупыванію.

Распознаваніе.

Распознаваніе, очень легкое при наступившихъ уже симптомахъ упадка силъ, можетъ вначалѣ представлять нѣкоторыя трудности. Тѣмъ не менѣе оно всегда оказывается возможнымъ, если младенецъ выступилъ цѣликомъ въ брюшную полость. Уже внезапное прекращеніе потужной дѣятельности, которая непосредственно передъ тѣмъ была еще чрезвычайно сильна, не встрѣчается ни при какихъ другихъ условіяхъ. Внезапное отхожденіе подлежащей части, непосредственно передъ тѣмъ еще вколоченной въ тазовомъ входѣ, точно также встрѣчается исключительно при разрывѣ матки. При наружномъ изслѣдованіи можно ясно ощупать тѣло младенца, лежащее подъ брюшными покровами, и рядомъ съ нимъ — довольно твердую, шарообразную опухоль, т. е. сократившуюся опорожненную матку, а при внутреннемъ изслѣдованіи мы непосредственно ощущаемъ пальцами самое мѣсто разрыва.

Положеніе младенца относительно опорожненной матки можетъ быть весьма различнымъ. Обыкновенно младенецъ лежитъ очень близко отъ мѣста разрыва. Поэтому всего болѣе доступны распознаванію тѣ случаи, когда разрывъ находится съ правой или лѣвой стороны, такъ какъ при этихъ условіяхъ мы одинаково ясно прощупываемъ тѣло младенца въ одной половинѣ живота и опорожненную матку — въ другой. Если разрывъ, въ видѣ исключенія, находится въ передней стѣнкѣ матки, то части младенца чрезвычайно ясно прощупываются чрезъ брюшные покровы, тогда какъ матка, лежащая позади, бываетъ иногда недоступна ощупыванію. Если разрывъ находится въ задней стѣнкѣ, то обыкновенно младенецъ бываетъ нѣсколько отклоненъ въ одну сторону, а матка — въ другую; но иногда тѣло младенца, помѣщаясь непосредственно передъ позвоночникомъ и прощупываясь въ этомъ случаѣ очень неясно, оттѣсняетъ опорожненную матку и плотно прижимаетъ ее къ передней брюшной стѣнкѣ.

Предсказаніе.

Что касается исходовъ, наблюдаемыхъ при полныхъ разрывахъ матки, то младенецъ почти всегда умираетъ, потому что сокращенія матки, если онъ не будетъ очень скоро извлеченъ, производятъ отдѣленіе плаценты. Роженица можетъ быстро умереть отъ истеченія кровью; но часто смерть наступаетъ отъ послѣдовательнаго перитонита уже въ родильномъ періодѣ. Благопріятный исходъ для роженицы, если младенецъ остался въ полости брюшины, составляетъ большую рѣдкость, и въ такихъ случаяхъ возможны всѣ исходы внѣматочной беременности. Но если младенецъ былъ извлеченъ, то разрывъ можетъ сростись.

Примѣч. Въ литературѣ имѣется довольно много случаевъ, гдѣ, по удаленіи младенца чрезъ естественные родовые пути, дѣло оканчивалось выздоровленіемъ матери; но гораздо рѣже подобные случаи наблюдаются тогда, когда младенецъ остается въ брюшной полости. Младенецъ при этомъ можетъ или инкапсулироваться ¹⁾, или же онъ подвергается нагноенію и выходитъ наружу чрезъ брюшные покровы, или чрезъ прямую кишку, или чрезъ влагалище ²⁾. Въ интересномъ случаѣ, который сообщенъ Rautenberg'омъ ³⁾, выступила изъ разрыва только часть младенца, такъ что послѣдствія были извлечены изъ маточнаго звѣва плюсневья косточки, а чрезъ фистулу абсцесса, вскрывшагося около пупка, можно было ощупать кости черепа. Послѣ полного извлеченія, при которомъ было констатировано сообщеніе абсцесса съ полостью матки, больная выздоровѣла. Нѣкоторое сходство съ этимъ случаемъ представляетъ другой случай, сообщенный Diessl'емъ ⁴⁾, но здѣсь больная умерла черезъ 7 недѣль послѣ разрыва матки. Ваеза, въ одномъ случаѣ, произвелъ операцію спустя долгое время послѣ разрыва и при этомъ нашелъ прободеніе мочевого пузыря и безчисленное множество свищей въ тонкихъ кишкахъ; операція имѣла благопріятный исходъ.

Если между краями разрыва ущемлена кишка, то наступаютъ симптомы непроходимости кишекъ и можетъ образоваться *anus praeternaturalis*, сообщающійся съ полостью матки. Въ одномъ случаѣ Kiwisch'a каловой свищъ зажилъ, не смотря на то, что въ продолженіе 10-ти дней все содержимое тонкихъ кишекъ изливалось черезъ матку.

Терапія.

Съ тѣхъ поръ, какъ, благодаря изслѣдованіямъ Vандл'я, выяснилось, что разрывы матки подготовляются медленно, профилактика стала играть въ ихъ терапіи первостепенную роль.

При всякихъ затянувшихся родахъ, сопровождаемыхъ энергическою потужною дѣятельностью, слѣдуетъ обращать вниманіе на состояніе тѣла матки и на вытяженіе ея связокъ. Эти данныя могутъ быть выяснены единственно посредствомъ ощупыванія. Особенно важно опредѣлить границу между полымъ мускуломъ и выходною трубкою. Это можетъ быть выяснено наблюденіемъ во время сильной потуги. Въ нѣкоторыхъ слу-

¹⁾ См. Bluff, l. c., случай VIII; тамъ же, на стр. 309, приведены случаи Jeffreу'а и Astguc'a.—²⁾ e. l., pp. 309 и 310.—³⁾ Petersb. med. Z. 1868, N. 11 u. 12, p. 362.—⁴⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. III, p. 13.

чаяхъ твердая мускулатура матки до такой степени рѣзко отдѣлена отъ болѣе мягкаго и выпяченнаго нижняго сегмента, что не опредѣлить этой границы даже невозможно, такъ какъ она очень ясно замѣтна уже при наружномъ осмотрѣ, представляясь въ видѣ поперечной, но въ большинствѣ случаевъ косвенной борозды, протянутой по животу на нѣкоторомъ разстояніи книзу отъ пупка (контракціонное кольцо). Эта болѣе мягкая припухлость, соответствующая пассивно растянutoму нижнему сегменту матки, можетъ быть по ошибкѣ смѣшана только съ переполненнымъ мочевымъ пузыремъ, но очень легко отличается отъ него при введеніи катетера.

Конечно, граница, образуемая контракціоннымъ кольцомъ, не всегда бываетъ столь рѣзко выражена, потому что головка, находящаяся въ нижнемъ сегментѣ матки, точно также можетъ придавать ему очень твердую консистенцію. Но все-таки, при тщательномъ изслѣдованіи во время потуги и во время перемежки, удастся ясно отличить границу между полымъ мускуломъ и мягкой растянutoю выходною трубкою.

Для того, чтобы узнать предстоящій разрывъ матки, очень важно также опредѣлить состояніе круглыхъ маточныхъ связокъ, въ особенности на сторонѣ болѣе растянutoй, слѣдовательно — на той, которой угрожаетъ разрывъ. Прежде всего бросается въ глаза, что эти связки оканчиваются необыкновенно высоко у дна матки и очень сильно напряжены даже во время перемежки между потугами; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ бывають натянuty на подобіе проволоки, такъ что не замѣтить этого сильнаго напряженія совершенно невозможно. Напряженіе круглыхъ маточныхъ связокъ, продолжающееся и во время перемежки, всегда свидѣтельствуетъ о чрезвычайно сильномъ растяженіи матки, хотя и не служитъ безусловнымъ признакомъ предстоящаго разрыва.

Общее состояніе роженицы точно также измѣнено. Температура иногда повышена, пульсъ учащенъ, хотя объемъ его не уменьшенъ. Но особенно характеристично то, что роженица не оправляется во время перемежки между потугами, тогда какъ при обыкновенныхъ условіяхъ она въ это время чувствуетъ себя облегченною. Роженица возбуждена, лицо имѣетъ болѣзненное, тоскливое выраженіе, и, вообще, весь внѣшній видъ больной имѣетъ отпечатокъ безпокойнаго страха. Животъ при ощупываніи обыкновенно оказывается нѣсколько чувствительнымъ.

При помощи этихъ признаковъ, если только всегда имѣть въ виду постепенное возникновеніе разрывовъ матки, удастся констатировать растяженіе нижняго сегмента и, но крайней мѣрѣ — приблизительно, опредѣлить самую степень этого растяженія. Коль скоро выяснилось, что растяженіе уже достигло очень значительной степени, необходимо готчасъ же окончить роды, но такимъ образомъ, чтобы содержимое растянutoй тонкостѣнной полости нижняго сегмента и шейки матки не могло увеличиться во время нашихъ манипуляцій. Слѣдовательно, поворотъ

въ этихъ случаяхъ вообще неумѣстенъ, хотя иногда при поперечныхъ положеніяхъ можетъ быть допущена осторожная попытка такого рода подъ хлороформнымъ наркозомъ, если только эта попытка будетъ сдѣлана руками опытнаго акушера. Опаснымъ моментомъ, во время котораго легко можетъ произойти разрывъ матки, бываетъ обыкновенно не захватываніе и потягиваніе ножки, а самое поворачиваніе младенца, такъ какъ при этомъ головка его должна перемѣститься въ верхнюю часть матки.

Если головка стоитъ въ такомъ положеніи, что можно надѣяться извлечь ее щипцами, то въ этомъ случаѣ и должны быть наложены щипцы. Въ противномъ же случаѣ необходимо произвести перфорацию подлежащей головки и извлеченіе ея посредствомъ краниокласта, все равно, имѣемъ ли мы дѣло съ живымъ или мертвымъ младенцемъ. Состояніе младенца въ этомъ случаѣ совершенно для насъ безразлично, такъ какъ уже помимо того, что жизнь матери имѣетъ болѣшую цѣну, разрывъ матки безусловно влечетъ за собою смерть младенца. При поперечныхъ положеніяхъ, если очень осторожная попытка поворота не приводитъ къ цѣли, необходимо приступить къ извлеченію младенца по частямъ.

Если разрывъ уже наступилъ, то настоятельно необходимо окончить роды какъ можно скорѣе. Если болѣшая часть младенца находится еще въ маткѣ, то окончить роды естественнымъ путемъ всегда удается. При головныхъ положеніяхъ роды, если возможно, должны быть окончены посредствомъ краниотоміи. Попытка наложить щипцы почти всегда оказывается безуспѣшною. Поворотъ, во всякомъ случаѣ, долженъ производиться съ большою осторожностью. Если младенецъ попалъ въ брюшную полость, то мы стараемся потягиваніемъ за ножку извлечь его чрезъ разрывъ матки; въ значительномъ большинствѣ случаевъ это удается безъ труда, такъ какъ, даже при сильномъ сокращеніи матки, край разрыва, помѣщающагося въ тонкой выходной трубкѣ, остаются не сократившимися, а выпавшія кишечныя петли развѣ только очень рѣдко могутъ представлять въ этомъ отношеніи непреодолимое препятствіе. Когда младенецъ уже извлеченъ, то надѣяться на спасеніе родильницы возможно только при томъ условіи, если въ брюшную полость не попали инфицирующія вещества. Но, къ сожалѣнію, при трудныхъ родахъ, съ которыми почти всегда и приходится здѣсь имѣть дѣло, такое устраненіе инфицирующихъ веществъ достигается довольно рѣдко (сыровидная смазка и первородный калъ, сами по себѣ, не обладаютъ инфекционными свойствами). При перфорирующихъ разрывахъ матки, повидимому, всего лучше ограничиваться наложеніемъ давящей повязки¹⁾, которая сближаетъ между собою разорванныя части; при неполныхъ

¹⁾ См. Frommel, Centralbl. f. Gyn. 1880, No. 18, и Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 5, p. 400; Gräfe, Centralbl. f. Gyn. 1880, No. 26; Morsbach, e. l., No. 26, Hecker, e. l., No. 10; Felsenreich, Arch. f. Gyn., B. XVII, p. 490, и Hofmeier, Centr. f. Gyn. 1883, No. 30; Breus, Centr. f. Gyn. 1884, No. 24.

разрывахъ слѣдуетъ вводить дренажную трубку, и это тѣмъ болѣе цѣлесообразно, чѣмъ болѣе значительно то протяженіе, на которомъ произошла отслойка брюшины. Производство лапаротоміи ¹⁾ можетъ быть оправдано только въ исключительномъ случаѣ, если къ этому имѣется специальное показаніе (напр., если нужно остановить кровотеченіе). Что касается кесарскаго сѣченія съ экстирпаціей матки, то хотя Halbertsma ²⁾, а затѣмъ Славянскій ³⁾ и Крассовскій ⁴⁾ производили эту операцію съ благопріятнымъ исходомъ для матери и для младенца, однако мы должны вообще согласиться съ мнѣніемъ Ingerslev'a ⁵⁾, который безусловно отвергаетъ подобную терапію.

Плацента обыкновенно бываетъ уже отдѣлена и часто оказывается уже извергнутою въ брюшную полость; ее удаляютъ тѣмъ же путемъ, какимъ былъ удаленъ младенецъ. Если чрезъ разрывъ выпали въ матку кишечныя петли, то онѣ должны быть тщательно вправлены.

Терапія становится очень затруднительною, если и по удаленіи плаценты матка не сокращается, а остается вялою, и если продолжается кровотеченіе (впрочемъ, это бываетъ очень рѣдко). Въ такомъ случаѣ мы стараемся вызвать сокращенія; для этого мы вводимъ одну руку и, удаливъ кровяные сгустки, растираемъ дно матки другою рукою снаружи, такъ чтобы оно придавливалось къ рукѣ, находящейся въ маточной полости. Если кровотеченіе и при этомъ не остановилось, то мы вкладываемъ въ матку маленькіе кусочки льду, или дѣлаемъ осторожныя впрыскиванія горячей воды. Больная кладется на бокъ, противоположный разрыву, для того чтобы ни кровь, ни впрыскиваемая вода не могли проникнуть въ полость брюшины. Тампонація безусловно должна быть отвергнута, такъ какъ она только препятствуетъ истеченію крови наружу. Послѣдовательное лѣченіе должно быть чисто выжидательное, и только въ случаѣ появленія лихорадки дѣлаются впрыскиванія карболовой кислоты чрезъ дренажную трубку.

Перфорирующая узра матки.

Литература: M-me Lachapelle, Prat. des acc. T. III. Mém. VHI.—Olshausen, M. f. G., B. 20, p. 271.—Hecker, M. f. G., B. 31, p. 292.—Jolly, Arch. génér. Sept.-Nov. 1868; L'Union méd. 1869, No. 18.—Breus, Wien. med. Bl. 1864, No. 13.

При трудныхъ родахъ встрѣчаются еще и другіе виды дефектовъ родового канала, проникающихъ въ полость брюшины. Они могутъ возникать только тогда, когда часть стѣнокъ этого канала была долгое время подвержена чрезвычайно сильному прижатію между двумя другими частями, обладающими большою плотностью. Слѣдовательно, дѣло идетъ

¹⁾ Статистическія данныя Trask'a (Amer. J. of med. sc. Jan. and April 1848) и Haggis'a (Amer. J. of Obst. 1880, p. 802) никоимъ образомъ не рѣшаютъ вопроса въ пользу лапаротоміи.—²⁾ Centr. f. Gyn. 1881, B. V, p. 67.—³⁾ Cbl. f. Gyn. 1886, No. 14.—⁴⁾ Wideman, ibid., p. 694.—⁵⁾ e. l., p. 270.

здѣсь, собственно говоря, о такой потерѣ вещества, которая образовалась вслѣдствіе гангрены, вызванной прижатіемъ.

Такъ какъ прижатіе это производится обыкновенно головкою младенца съ одной стороны и тазовыми костями матери—съ другой, то подобные дефекты почти всегда возникаютъ только при узкомъ тазѣ. Впрочемъ, въ видѣ исключенія, такое же разрушительное прижатіе, какое обыкновенно производится головкою младенца, можетъ быть произведено и акушерскими инструментами, именно—щипцами и кесалотрипторомъ.

Въ большинствѣ случаевъ, благодаря укороченію конъюгаты, сдавленные мѣста находятся въ передней и задней частяхъ тазоваго входа. Спереди гангрена, вызванная прижатіемъ, чаще всего локализируется въ стѣнкѣ влагалища и въ сосѣдней стѣнкѣ мочеваго пузыря. По отпаденіи струпа, обыкновенно лишь спустя 6—10 дней послѣ родовъ, образуется пузырно-влагалищный свищъ; рѣже возникаетъ при этомъ пузырно-маточный свищъ, если передняя губа не отянулась вверхъ отъ лоннаго сочлененія.

Прижатію со стороны крестцоваго мыса, на задней стѣнкѣ таза, обыкновенно подвергается не влагалище, а задняя губа маточнаго зѣва. Но, благодаря большей ея толщинѣ, гангренозный струпъ часто проникаетъ не чрезъ всю толщю губы, такъ что по отпаденіи его остается круглая язва съ шероховатымъ дномъ. Если же произошло прободеніе, то отверстіе проникаетъ въ Дугласово пространство, и такъ какъ послѣродовое очищеніе попадаетъ чрезъ образовавшуюся фистулу въ брюшную полость, то дѣло оканчивается разлитымъ перитонитомъ и септицеміей. Этотъ исходъ можетъ быть предотвращенъ только слипчивымъ перитонитомъ, существовавшимъ уже раньше или образовавшимся вслѣдствіе прижатія во время родовъ (такой слипчивый перитонитъ несомнѣнно составляетъ довольно частое явленіе). Въ послѣродовомъ періодѣ при этихъ условіяхъ остается только приращеніе матки въ области Дугласова пространства ¹⁾). Такіе же процессы встрѣчаются и спереди матки, по бокамъ мочеваго пузыря.

Опасныя послѣдствія могутъ также имѣть продольные разрывы маточной шейки, которые почти всегда помѣщаются сбоку и, очень часто, въ ея нижнемъ отдѣлѣ (см. стр. 287); но они могутъ также простирались отсюда нѣсколько далѣе къверху, а въ исключительныхъ случаяхъ, и преимущественно, какъ кажется, послѣ оперативныхъ пособій, могутъ образоваться перфорирующіе разрывы въ одной только верхней части шейки.

Всѣ эти поврежденія легко могутъ имѣть смертельный исходъ, если уже во время родовъ развилось инфекціонное состояніе, такъ какъ при

¹⁾ См. Hofmeister, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. X, p. 1.

этомъ наступаетъ болѣе обширное распадѣніе прижатыхъ тканей и ихорозное воспаленіе брюшины.

Распознаваніе этихъ поврежденій очень трудно, такъ какъ они не даютъ характерныхъ признаковъ, и обыкновенно дѣло выясняется только дальнѣйшимъ теченіемъ и анатомическимъ вскрытіемъ. Одни только перфорирующие продольные разрывы шейки доступны непосредственному ощупыванію при изслѣдованіи пальцемъ по окончаніи родовъ.

Для терапіи особенно важно, чтобы омертвѣніе мягкихъ частей, вызванное прижатіемъ, не осложнилось инфекціей. Устраненіе этого осложненія отчасти составляетъ задачу акушерской терапіи, а отчасти входитъ въ составъ профилактическаго лѣченія родильной горячки, о которомъ мы еще будемъ говорить впоследствии.

Не-перфорирующие разрывы шейки.

Небольшіе боковые надрывы шейки составляютъ фізіологическую принадлежность родового акта. При всякихъ родахъ происходятъ боковые надрывы маточнаго зѣва, которые могутъ быть ощупаны въ началѣ послѣродоваго періода ¹⁾, но затѣмъ не вызываютъ никакихъ дальнѣйшихъ явленій и зарубцовываются настолько удовлетворительно, что открыть ихъ впоследствии бываетъ иногда очень трудно или даже невозможно. Лишь съ наступленіемъ новой беременности, когда влагалищная часть матки сильно разрыхляется и инфильтрируется отеочною жидкостью, старые рубцы, не растягивающіеся вмѣстѣ съ остальною тканью, обыкновенно опять начинаютъ прощупываться съ такою ясностью, что они составляютъ одинъ изъ лучшихъ признаковъ, по которымъ можно отличить первородящую отъ многородящей.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти боковые надрывы шейки имѣютъ чрезмѣрную длину и получаютъ тогда патологическое значеніе. Такіе большіе надрывы происходятъ при неподатливыхъ и въ то же время легко разрывающихся мягкихъ частяхъ, потерявшихъ необходимую степень эластичности, какъ это бываетъ у пожилыхъ первородящихъ. Но особенно часто они наблюдаются въ тѣхъ случаяхъ, когда къ искусственному окончанію родовъ было приступлено слишкомъ рано, т. е., когда роды, въ виду дѣйствительно существующаго показанія или безъ всякой надобности, были искусственно окончены настолько рано, что маточный зѣвъ еще не успѣлъ достаточно раскрыться для прохожденія головки. Боковой разрывъ въ этихъ случаяхъ можетъ доходить до свода влагалища, а иногда и выше, такъ что вскрывается parametrium этой

¹⁾ См. рисунокъ въ монографіи Nieberding'a (Ektropium und Risse am Hals der Gebärmutter. Würzburg 1879).

стороны. Что здѣсь могутъ также происходить поврежденія брюшины, объ этомъ мы уже говорили.

Поперечные разрывы маточной шейки при нормальномъ состояннн ея ткани встрѣчаются очень рѣдко; лишь въ весьма исключительныхъ случаяхъ передняя губа бываетъ такъ сильно сжата и ущемлена между головкою и лоннымъ сочлененіемъ, что болѣе или менѣе совершенно отрывается отъ матки. Чаше поперечные разрывы встрѣчаются при затвердѣннн ткани маточной шейки. Въ такомъ случаѣ можетъ оторваться та или другая губа ¹⁾, или же сначала происходитъ поперечный боковой разрывъ влагалищной части, а затѣмъ, вслѣдствіе напирания головки, присоединяется еще продольный разрывъ. Младенецъ можетъ выступить чрезъ такой поперечный разрывъ, что и было несомнѣнно въ одномъ случаѣ, въ которомъ Schroeder имѣлъ возможность изслѣдовать родильницу послѣ того, какъ процессъ рубцеванія уже совершенно окончился. Влагалищная часть матки только съ правой стороны еще находилась въ связи съ шейкою и была приращена въ правомъ сводѣ, такъ что зондъ, введенный чрезъ наружный зѣвъ, выходилъ опять во влагалище чрезъ верхній конецъ разрыва. E. Martin ²⁾ наблюдалъ одинъ случай, въ которомъ оторванная губа превратилась въ полипообразное тѣло. Въ другихъ случаяхъ влагалищная часть отрывалась совершенно или почти совершенно и извергалась въ видѣ кольцеобразнаго лоскута ³⁾.

Во время родовъ всѣ эти разрывы обыкновенно не обнаруживаются никакими симптомами, такъ какъ, благодаря прижатію, производимому подлежащею частью младенца, не бываетъ даже и кровотеченія, или, по крайней мѣрѣ, оно весьма незначительно. Очень рѣдко, во всякомъ случаѣ, приходится наблюдать, чтобы въ околوماتочной клѣтчаткѣ (parametrium) образовалась кровяная опухоль, доступная ощупыванію; на это осложненіе обратили вниманіе Hесker и Jolly.

Въ послѣродовомъ періодѣ болѣе глубокіе разрывы шейки рѣдко подаютъ поводъ къ обильнымъ кровотеченіямъ, чаще всего тогда, когда слишкомъ раннее окончаніе родовъ помощью искусства, повлекшее за собою самый разрывъ, было предпринято въ виду предлежанія плаценты, слѣдовательно—тогда, когда разрывъ находится близъ мѣста ея прикрѣпленія.

Если кровотеченія не было совсѣмъ, или оно уже остановилось, то даже болѣе обширные разрывы, проникавшіе въ parametrium, заживаютъ безъ особенно серьезныхъ симптомовъ, коль скоро не произошло зараженія.

Но если зараженіе наступило, то разрывы, проникающіе въ рыхлую

¹⁾ Ahlfeld, Arch. f. Gyn., B. IV, p. 515.—²⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., B. II, p. 151.—³⁾ См. Streng, Prager Vierteljahrsschr. 1872, B. I, p. 51; Staudе, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., B. I, p. 144 (этотъ же случай описанъ Gontermann'омъ: D. i. Berlin 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, Diss. inaug. Berlin 1874; Müller, Glasgow Ind. J. January 1879.

тазовую клетчатку, влекутъ за собою самыя дурныя послѣдствія. Всего быстѣе оканчиваются смертью тѣ случаи, въ которыхъ зловонное отдѣленіе съ образованіемъ газовъ въ родовомъ каналѣ наступило уже во время родовъ. Газы попадаютъ въ окружающую соединительную ткань и могутъ превратить широкую маточную связку въ большую воздушную опухоль, а иногда даже распространиться въ стороны, проникая подъ брюшинный покровъ матки ¹⁾). Въ другихъ случаяхъ мы находимъ при анатомическомъ вскрытіи обширное ихорозное распаденіе всей тазовой клетчатки.

Если зараженія не было, то по заживленіи разрыва соотвѣтственная сторона маточной шейки все-таки остается обезображенною, а это обстоятельство можетъ еще и впоследствии сдѣлаться причиною тягостныхъ расстройствъ.

Распознаваніе этихъ поврежденій путемъ ощупыванія бываетъ иногда затруднительно и ненадежно вълѣдствіе того, что маточная шейка мягка и истончена; но посредствомъ сдавливанія и вытягиванія книзу мы имѣемъ возможность вывести разорванныя части наружу до такой степени, что онѣ становятся доступны зрѣнію.

Терапія. При глубокихъ кровотокающихъ разрывахъ шейки наиболѣе цѣлесообразно соединять края разрыва посредствомъ кроваваго шва ²⁾). Для того чтобы швы были наложены какъ слѣдуетъ, пуэрперальная матка сильно отдавливается въ малый тазъ, и вялыя губы маточнаго зѣва вытягиваются Мюзеевскими щипцами настолько, чтобы мѣсто разрыва лежало свободно внѣ влагалища. Швы накладываются тогда безъ затрудненій; они соединяютъ разорванныя части и останавливаютъ кровотеченіе. Послѣдній эффектъ обыкновенно имѣеть непосредственно самое важное значеніе. Въ этомъ отношеніи швы не могутъ быть вполне замѣнены ничѣмъ другимъ, такъ какъ все остальные способы остановки кровотечения—холодная и горячая вода, растворъ полуторохлористаго железа, тампонація—гораздо менѣе надежны.

Разрывы влагалища.

Литература: M'Clintock, Dublin quart. Journ. May 1866.—Hugenberger, Ueber Kolporrhoeis in der Geburt. Petersb. med. Ztschr. 1875. B. V. H. 5. u. 6.—Schroeder, Schw., Geb. u. Woch., p. 160.—Winkel, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2. Aufl., p. 50.—W. A. Freund, Gyn. Klinik. Strassburg 1885, p. 135.

Поврежденія влагалища имѣютъ весьма различное значеніе, смотря по мѣстоположенію и глубинѣ разрыва.

Въ верхней части влагалища встрѣчаются быстро образующіеся разрывы, съ прободеніемъ въ полость брюшины, которые тѣсно примыкаютъ къ перфорирующимъ разрывамъ матки ³⁾ [см. стр. 278].

¹⁾ Loehlein, Ztschr. f. Geb. u. Frauenkr., p. 261.—²⁾ Kaltenbach, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. 2, p. 277; Goodell, New-York med. Rec. 20. Oct. 1878.—³⁾ Berry Hart, Edinb. med. Journ. 1883. July.

Влагалище при этомъ отрывается отъ маточной шейки, либо въ переднемъ, либо въ заднемъ сводѣ, либо по всей окружности. Симптомы, предсказаніе и терапія такихъ разрывовъ тѣ же самыя, что и при быстро образующихся перфорирующихъ разрывахъ маточной шейки. Выпаденіе кишокъ встрѣчается здѣсь нѣсколько чаще. Своеобразный случай разрыва передняго свода влагалища съ выпаденіемъ мочевого пузыря сообщенъ въ послѣднее время *Battlehner*'омъ ¹⁾.

Дефекты влагалища могутъ происходить по тѣмъ же причинамъ, какъ и медленно образующееся прободеніе матки. Обыкновенно во время родовъ только готовится омертвѣніе, такъ что гангренозная ткань отпадаетъ уже въ послѣродовомъ періодѣ. Если прижатое мѣсто находится въ передней стѣнкѣ влагалища, какъ это обыкновенно и бываетъ, то легко можетъ образоваться пузырно-влагалищный свищъ.

Въ связи съ разрывами маточной шейки встрѣчаются продольные разрывы въ верхней части влагалища, которые проникаютъ болѣе или менѣе глубоко чрезъ слизистую оболочку. Въ средней части влагалища, какъ наиболѣе широкой, изолированные разрывы обыкновенно не встрѣчаются. Но тѣмъ чаще они образуются въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ влагалища, который въ сравненіи съ остальными его отдѣлами представляется наиболѣе узкимъ. И здѣсь также эти изолированные разрывы бываютъ по преимуществу продольными и помѣщаются сбоку, составляя отчасти непосредственное продолженіе разрывовъ наружныхъ половыхъ органовъ, а отчасти встрѣчаясь самостоятельно. Разрывы въ самой нижней трети влагалища не очень рѣдко проникаютъ чрезъ всю толщю его стѣнки, сообщаясь съ околовлагалищною соединительною тканью. Въ такихъ случаяхъ могутъ происходить обильныя кровотеченія. Чаще всего эти разрывы встрѣчаются у первородящихъ, а также послѣ наложенія щипцовъ.

При незначительномъ поверхностномъ поврежденіи слизистой оболочки, подслизистая соединительная ткань не очень рѣдко разрывается на болѣе обширномъ пространствѣ, такъ что образуются фистулезные ходы, которые заживаютъ съ большимъ трудомъ.

Небольшіе разрывы, помимо незначительной травматической лихорадки въ случаѣ нагноенія, не вызываютъ никакихъ симптомовъ, и вообще они могутъ быть констатированы только при очень тщательномъ изслѣдованіи. Они заживаютъ путемъ нагноенія, продукты котораго теряются въ послѣродовомъ очищеніи. Разрывы, проникающіе даже на болѣе глубокую въ сосѣднюю клетчатку, обыкновенно влекутъ за собою только ограниченное мѣстное воспаленіе соединительной ткани, и развѣ при осложненіи инфекціей они могутъ повести къ обширному параметриту съ его послѣдствіями. Разрывы сами по себѣ не болѣзненны, но при

¹⁾ Arch. f. Gyn., В. XXVIII, p. 500.

ощупываніи пальцемъ въ нихъ появляется невыносимая боль. Обыкновенно они заживаютъ путемъ образованія грануляцій, не оставляя за собою вредныхъ послѣдствій, а продуктъ выпотѣнія въ подлежащую клетчатку исчезаетъ путемъ всасыванія. Но если поврежденіе было очень обширнымъ и проникало на значительную глубину, то въ результатѣ можетъ остаться суженіе влагалища.

Терапія. При свѣжихъ разрывахъ всего лучше соединять края раны посредствомъ наложенія швовъ. Если разрывы сильно гноятся, то въ позднѣйшее время послѣродоваго періода могутъ потребоваться дезинфицирующія спринцованія, а въ первые дни этого періода слѣдуетъ оставить раны въ покоѣ и вложить въ рукавъ полоску іодоформной марли. При фистулезныхъ ходахъ можетъ понадобиться дренажъ. Еслибы кровотеченіе, въ исключительномъ случаѣ, оказалось болѣе обильнымъ, то и здѣсь оно всего лучше можетъ быть остановлено наложеніемъ швовъ. Если же это исполнимо, то кровоточащее мѣсто тампонируется іодоформною марлею, но безъ одновременной тампонаціи всего влагалища.

Поврежденія входа во влагалище.

Литература: Klaproth, M. f. G., B. 11, p. 81; B. 13, p. 1.—Winckel, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2. Aufl., p. 108.—Schroeder, Schw., Geb. u. Wochenb., pp. 165 и 166.—Müller, Scanzoni's Beiträge. B. VI, pp. 148 и 153; B. VII, p. 201.—Kleinwächter, Prager Vierteljahrsschrift. 1871, B. III, p. 14.—M. Duncan, Obst. J. of Great Brit. IV, p. 461.

Во входѣ влагалища встрѣчаются многочисленныя поврежденія, которыя сами по себѣ болѣею частью не имѣютъ особеннаго значенія.

Входъ влагалища настолько узокъ, что растяженіе его при прорѣзываніи головки лишь рѣдко бываетъ возможно безъ нарушенія цѣлости; поэтому у первородящихъ почти всегда, а у многородящихъ очень часто, встрѣчаются небольшіе разрывы, проникающіе только чрезъ слизистую оболочку. Помимо разрывовъ промежности, въ собственномъ смыслѣ этого слова, такія поврежденія влагалищнаго входа встрѣчаются у первородящихъ особенно часто позади неповрежденной уздечки, представляя разрывы слизистой оболочки въ ладьеобразной ямкѣ. На днѣ этихъ разрывовъ иногда находятъ почти совершенно оторванные довольно большіе куски слизистой оболочки, которые свѣшиваются въ просвѣтъ влагалища. Небольшіе разрывы почти всегда образуются также по обѣ стороны влагалищнаго входа, приблизительно въ томъ мѣстѣ, гдѣ нисходящая вѣтвь лонной кости соединяется съ восходящею вѣтвю сѣдалищной. Если поврежденіе проникаетъ на большую глубину, то надкостница часто оказывается обнаженною или, по крайней мѣрѣ, покрытою только небольшимъ слоемъ соединительной ткани. Эти боковые разрывы влагалищнаго входа довольно часто простираются на внутреннюю поверхность малыхъ дѣтородныхъ губъ. Въ большинствѣ случаевъ они имѣютъ форму треугольника, самый острый уголъ котораго обра-

щенъ впереди, помѣщаясь на малой губѣ. У многородящихъ эти поврежденія часто ограничиваются очень узкими трещинами въ слизистой оболочкѣ, имѣющими радіальное направленіе.

Болѣе важное значеніе имѣютъ разрывы слизистой оболочки, помѣщающіеся между клиторомъ и мочеиспускательнымъ каналомъ. Даже очень поверхностные разрывы въ этомъ мѣстѣ могутъ проникать въ пещеристую ткань, весьма богатую кровью, такъ что происходятъ значительныя кровотеченія. Иногда кровь брызжетъ изъ нѣсколькихъ артерій, но чаще она сочится какъ изъ губки. Эти кровотеченія весьма важны, такъ какъ они сопряжены съ большою опасностью и такъ какъ они, безъ сомнѣнія, часто по ошибкѣ смѣшивались съ кровотеченіями изъ сократившейся матки. Распознаваніе ихъ возможно только при тщательномъ мѣстномъ изслѣдованіи, но за то оно при этомъ условіи оказывается очень легкимъ. Перевязать кровоточащія артеріи въ разрыхленной ткани не легко, такъ какъ лигатуры соскальзываютъ. Если кровотеченіе не слишкомъ обильно, то иногда оно останавливается подъ струею холодной воды. Болѣе вѣрное дѣйствіе оказываетъ противо-давленіе посредствомъ тампона, который пропитывается въ случаѣ надобности полуторохлористымъ желѣзомъ и въ теченіе короткаго времени прижимается пальцами. Если это не помогло, то обкалываютъ кровоточащее мѣсто въ глубинѣ, или сшиваютъ разрывъ.

Примѣч. Klaproth впервые сообщилъ 5 случаевъ такого кровотеченія, а Winckel говорить, что въ числѣ 2000 случаевъ родовъ онъ 9 разъ видѣлъ артеріальное кровотеченіе изъ такихъ разрывовъ. Schroeder, въ числѣ 286 случаевъ родовъ, 7 разъ видѣлъ сильно кровоточившіе разрывы въ этой области. Что эти разрывы играютъ въ практикѣ большую роль, доказывается смертельнымъ кровотеченіемъ, о которомъ вкратцѣ упоминаетъ Porrel¹⁾, а также случаями P. Müller'a, въ числѣ которыхъ 3 раза наступила смерть отъ малокровія. Хотя обыкновенно эти разрывы встрѣчаются только у первородящихъ, но Müller въ 2-хъ случаяхъ наблюдалъ ихъ у женщинъ, рожавшихъ во второй разъ.

Гораздо болѣе обширные разрывы встрѣчаются на промежности.

Литература: Schultz, M. f. G., B. 12, p. 241.—Hecker, Kl. d. Geb. I, p. 141, и Arch. f. Gyn. XII, p. 89.—Freiter, Ueber Dammrisse. D. i. München 1867.—Winckel, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2. Aufl., p. 37.—Schroeder, Schw., Geb. u. Woch., p. 163.—Olshausen, Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig 1872, No. 44.—Mann, Amer. Journ. of Obst. VII, p. 464.—Lente, Noeggerath, Mondé, e. l. VIII, p. 522 sequ.—Bantock, Obst. J. of Gr. 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.—Skene, New-York med. J. 1885. March—April.

Незначительные разрывы уздечки встрѣчаются очень часто, въ особенности у первородящихъ. По тщательнымъ изслѣдованіямъ влагалищнаго входа, которыя произведены Schroeder'омъ, уздечка у первородящихъ бываетъ сохранена въ 39% общаго числа случаевъ и

¹⁾ M. f. G., B. XXVIII, p. 298.

оказывается разорванною въ 61⁰/₀, а у многородящихъ разрывы ея встрѣчаются рѣже, такъ что въ 70⁰/₀ всѣхъ случаевъ она остается неповрежденною. У первородящихъ разрывъ уздечки въ то же время легко принимаетъ болѣе обширное распространіе: настоящіе разрывы промежности встрѣчаются у нихъ въ 34¹/₂⁰/₀ всѣхъ случаевъ, а у многородящихъ—только въ 9⁰/₀.

Разрывы образуются вслѣдствіе значительнаго растяженія влагалищнаго входа при прорѣзываніи головки, а иногда и плечиковъ. Чѣмъ болѣе узка полая расщелина, чѣмъ болѣе величину имѣетъ головка, чѣмъ болѣе размѣромъ она прорѣзывается, а главное, чѣмъ быстрѣе это прорѣзываніе происходитъ, тѣмъ легче, при равныхъ прочихъ условіяхъ, можетъ наступить разрывъ промежности. Очень многое при этомъ зависитъ, конечно, отъ состоянія тканей, образующихъ промежность, и по этому поводу Нескеръ справедливо замѣчаетъ, что инья промежности рвутся какъ трутъ. Нѣкоторое значеніе имѣетъ также положеніе роженицы. Въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ, при которомъ промежность растягивается не только дѣйствіемъ изгоняющей силы, но и всею тяжестью младенца, и при которомъ головка въ періодѣ изгнанія должна подниматься снизу вверхъ, т. е. въ направленіи противоположномъ ея собственной тяжести, разрывы промежности образуются сравнительно легче; наоборотъ, при положеніи на боку, а еще болѣе, когда роженица стоитъ на колѣняхъ или на корточкахъ, эти неблагоприятныя условія устраняются. Поэтому у женщинъ, застигнутыхъ родами врасплохъ, или родившихъ тайно въ положеніи на колѣняхъ или на корточкахъ, уздечка довольно часто оказывается неповрежденною. (Schroeder видѣлъ 8 подобныхъ случаевъ, и притомъ всѣ безъ исключенія у первородящихъ, но ни въ одномъ изъ нихъ не нашелъ разрыва уздечки). По тѣмъ же причинамъ разрывы промежности легко образуются при очень незначительномъ наклоненіи таза, особенно если оно еще болѣе уменьшено подушкою, положенною подъ крестецъ роженицы, тогда какъ при очень большомъ наклоненіи таза они встрѣчаются сравнительно рѣже. Слишкомъ узкая лонная дуга точно также можетъ сильно отдавливаетъ головку по направленію къ промежности и этимъ самымъ подать поводъ къ разрыву.

Кромѣ простыхъ разрывовъ уздечки, встрѣчаются такіе разрывы промежности, которые простираются до заднепроходнаго сфинктера, а въ очень рѣдкихъ случаяхъ проникаютъ чрезъ него въ прямую кишку или направляются мимо него въ сторону, по поверхности прямой кишки. Разрывы, проникающіе чрезъ заднепроходный сфинктеръ, почти никогда не встрѣчаются во время самопроизвольныхъ родовъ при головныхъ положеніяхъ, а почти исключительно при положеніяхъ тазовыхъ, или послѣ извлеченія головки щипцами.

Разрывъ промежности почти всегда происходитъ по направленію изнутри внаружи: сначала разрывается слизистая оболочка задней стѣнки влагалища, затѣмъ мускулатура промежности, а въ заключеніе — кожа. Послѣдняя часто оказывается еще сохранившею свою цѣлость въ то время, когда головка уже прорѣзалась; промежность при этомъ кажется еще совершенно неповрежденною, и только при прорѣзываніи плечиковъ разрывъ ея становится полнымъ. Очень рѣдко бываетъ наоборотъ, т. е. сначала разрывается кожа, или разрывъ вообще только ею и ограничивается. Эти послѣдніе случаи не имѣютъ никакого значенія.

Рѣдко встрѣчаются такъ называемые центральные разрывы промежности. Послѣдняя разрывается при этомъ въ своей средней части, тогда какъ передняя спайка и заднепроходный сфинктеръ сохраняютъ свою цѣлость. Если передняя спайка въ концѣ концовъ не разорвется, то младенецъ, минуя половую расщелину, можетъ родиться чрезъ промежность. Такіе роды могутъ быть объяснены только огромнымъ расширеніемъ, которому всегда подвергается промежность передъ прорѣзываніемъ головки. Впрочемъ, центральный разрывъ наблюдается только въ такихъ промежностяхъ, которыя уже съ самаго начала имѣли сравнительно очень большую ширину.

Разрывы промежности лишь весьма рѣдко подають поводъ къ очень обильнымъ кровотечениямъ, такъ что кровоточащія артеріи встрѣчаются развѣ только въ исключительныхъ случаяхъ. Чаше приходится видѣть обильное венозное кровотеченіе, именно — при разрывахъ, захватывающихъ заднепроходный сфинктеръ и соприкасающіяся стѣнки прямой кишки и влагалища. Въ послѣродовомъ періодѣ даже большіе разрывы промежности обыкновенно не вызываютъ никакихъ симптомовъ, за исключеніемъ незначительной лихорадки и жгучей боли на мѣстѣ разрыва. Непроизвольное выдѣленіе кишечныхъ газовъ и даже каловыхъ массъ встрѣчается только въ тѣхъ случаяхъ, когда разрывъ захватываетъ также заднепроходный сфинктеръ.

Для распознаванія разрывовъ промежности безусловно необходимо тщательное изслѣдованіе путемъ непосредственнаго осмотра, котораго и не должно никогда упускать изъ виду, такъ какъ запущенные разрывы промежности могутъ повлечь за собою непріятныя и даже самыя плачевныя послѣдствія (выпаденіе задней стѣнки влагалища и матки, кишечно-влагалищный свищъ, постоянное недержаніе кишечныхъ газовъ и испражнений).

Въ терапіи разрывовъ промежности самое большое значеніе имѣетъ профилактика (см. вып. I, стр. 203). Если разрывъ промежности уже наступилъ, то мы должны тщательно соединить его края, такъ какъ, будучи предоставленъ самому себѣ, онъ почти никогда не заживаетъ *per primam intentionem*, а постепенно зарубцовывается путемъ нагноенія, оставляя послѣ себя, по меньшей мѣрѣ, расширеніе

половой щели. Надежное соединеніе краевъ разрыва можетъ быть достигнуто только наложеніемъ кроваваго шва. Если разрывъ не великъ, то достаточно наложить нѣсколько швовъ, которые просто проводятся отъ промежности къ влагалищу и завязываются снаружи. Если рана въ задней части промежности очень глубока, то швы накладываются двумя рядами: сначала — со стороны влагалища, а затѣмъ — со стороны промежности. Если разрывъ захватываетъ также заднепроходный сфинктеръ и соприкасающіяся стѣнки влагалища и прямой кишки, то швы должны быть наложены тремя рядами: сначала они накладываются со стороны прямой кишки и въ ней же завязываются, затѣмъ — со стороны влагалища и, наконецъ, со стороны промежности.

Въ высшей степени просто накладываются непрерывные швы изъ катгута, какъ это предлагаютъ Broese ¹⁾ и Werth. вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ способъ даетъ хорошіе результаты, если только употребляется катгутъ хорошаго качества.

Строгая антисептика и здѣсь также составляетъ наилучшую гарантію того, что будетъ достигнуто полное заживленіе *per primam intentionem*. Но у женщины только-что родившей, у которой безпрестанно выдѣляется кровь въ небольшихъ количествахъ, условія въ этомъ отношеніи нѣсколько затруднительны, и здѣсь антисептика всего вѣрнѣе можетъ быть достигнута, если швы накладываются подъ непрерывнымъ орошеніемъ. Кроме того, при наложеніи узловатаго шва очень важно, чтобы отдѣльные швы плотно затягивались, такъ какъ припухшія ткани промежности всегда быстро уменьшаются въ объемѣ, а затѣмъ швы становятся болѣе слабыми.

Для послѣдовательнаго лѣченія катетеризація не нужна, и вообще даже не слѣдуетъ къ ней прибѣгать, такъ какъ она опасна для мочеваго пузыря. Колѣни должны быть связаны вмѣстѣ, для того чтобы бедра не могли раздвигаться въ стороны. Роженица получаетъ въ пищу супъ, молоко, яйца, и въ послѣдствіи — мясо. Первое кишечное испражненіе при такихъ условіяхъ наступаетъ не раньше 6-го — 8-го или 10-го дня. Назначать опій мы не совѣтуемъ, такъ какъ онъ дѣлаетъ каловыя массы очень твердыми, и затѣмъ первое испражненіе влечетъ за собою опасность новаго разрыва. Спринцованія влагалища дѣйствуютъ вредно и поэтому не должны быть употребляемы.

Кровотеченія во время родовъ.

Кровотеченія, происходящія до изгнанія младенца.

Кровотеченія, встрѣчающіяся во время родовъ, существенно различаются между собою, смотря по тому, происходятъ ли они еще до изгнанія младенца, или уже въ послѣдовомъ періодѣ.

¹⁾ Centr. f. Gyn. 1883, No. 49; Keller, Arch. f. Gyn., B. XXVI, p. 283.

Изъ кровотеченій первой категоріи нами уже рассмотрѣны тѣ, которыя обусловливаются разрывами матки, влагалища и влагалищнаго входа. Помимо этихъ случаевъ, а равно и тѣхъ незначительныхъ кровотеченій, которыя возникаютъ вслѣдствіе отдѣленія отпадающей оболочки при оттягиваніи нижняго сегмента матки съ поверхности яйца, остальные кровотечения, происходящія до изгнанія младенца, почти исключительно бываютъ обусловлены преждевременнымъ, частичнымъ или полнымъ, отдѣленіемъ плаценты. Это наблюдается чаще всего при ненормальномъ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты (*placenta praevia*), при которомъ она въ большинствѣ случаевъ преждевременно отдѣляется на ограниченномъ пространствѣ; но, въ видѣ исключенія, то же самое встрѣчается и при нормальномъ мѣстоположеніи плаценты.

Кровотеченія при нормальномъ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты.

Литература: Habit, Wiener med. Wochenschrift 1866, № 39 и 40.—Goodell, Amer. J. of Obst. Vol. II, 2, p. 281.—Hennig, Arch. f. Gyn., B. VIII, p. 336.—Funtun, Obst. J. of Gr. Britain. October 1875, p. 437.—Freudenberg, Arch. f. Gyn., B. XXVII, p. 485.

Кровотеченія, происходящія вслѣдствіе отдѣленія плаценты при нормальномъ ея мѣстоположеніи, встрѣчаются иногда въ самомъ концѣ беременности и уже послѣдовательнымъ образомъ вызываютъ родовыя сокращенія матки; въ другихъ же случаяхъ они начинаются лишь во время родовъ.

Этиологическія условія кровотеченій, происходящихъ до разрыва плоднаго пузыря, суть тѣ же самыя, о которыхъ мы уже говорили какъ о причинахъ со стороны матери, вызывающихъ кровотечения во время беременности (см. стр. 86). И здѣсь также довольно часто причиною отдѣленія плаценты оказываются заболѣванія *deciduae serotinae*, и эти послѣднія составляютъ посредствующее звено, благодаря которому довольно часто происходитъ такое отдѣленіе плаценты при паренхиматозномъ нефритѣ¹⁾.

Кровь можетъ изливаться наружу или оставаться на мѣстѣ. Внутреннее кровотеченіе происходитъ въ томъ случаѣ, когда плацента всѣмъ своимъ краемъ плотно прикрѣплена, а въ отдѣлившейся центральной части ея происходитъ изліяніе крови, или когда предлежащая часть младенца такъ сильно обхвачена нижнимъ сегментомъ матки, что это обстоятельство препятствуетъ истеченію крови наружу, а если кровотеченіе не очень значительно, то оно можетъ оставаться внутреннимъ и въ томъ случаѣ, когда кровь изливается преимущественно у дна матки. Если кровь, благодаря разрыву самой плаценты или яйцевыхъ оболочекъ, попадаетъ въ полость яйца, то обыкновенно изъ половыхъ путей вытекаетъ отдѣльными каплями кровянисто-серозная жидкость.

¹⁾ См. Winter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 11, p. 398; Fehling, Centralbl. f. Gyn. 1885, p. 647; Wiedow, Arch. f. Gyn., B. XXXI, H. 3; E. Cohn, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. 14, p. 587; Rouhaud, Arch. de tocol. 1887, p. 443.

Эти внутреннія кровотеченія, если они сколько нибудь значительны, вызываютъ очень тревожные симптомы. Внезапно обнаруживаются признаки остраго малокровія, съ упадкомъ силъ, и появляются жестокия боли въ животѣ. Матка при этомъ быстро увеличивается въ объемъ, такъ что у женщинъ, находящихся въ раннемъ періодѣ беременности, животъ имѣетъ такой видъ, какъ будто беременность уже подходитъ къ концу, или же, какъ будто существуетъ беременность двойнями; это растяженіе матки можетъ доходить даже до такой степени, что появляется очень сильная одышка. Потужная дѣятельность, соотвѣтственно растяженію матки, отсутствуетъ совершенно или, по крайней мѣрѣ, очень слаба.

Распознаваніе, какъ извѣстно изъ опыта, не всегда бываетъ легкимъ, но тѣмъ не менѣе симптомы такъ рѣзко выражены, что, по крайней мѣрѣ, въ болѣе серьезныхъ случаяхъ оно всегда можетъ быть сдѣлано путемъ исключенія, если только подумать о возможности внутренняго кровотеченія. Распознаваніе облегчается, если одновременно съ внутреннимъ происходитъ еще и незначительное наружное кровотеченіе, какъ это бываетъ нерѣдко, или же, если изъ родовыхъ путей выдѣляется кровянисто-серозная жидкость. Внезапная перемѣна общаго состоянія и признаки внутренняго кровотеченія могутъ возбудить мысль о разрывѣ матки, но въ послѣднемъ случаѣ объемъ ея уменьшается или, по крайней мѣрѣ, не увеличивается, а подлежащая часть отходитъ обратно вверхъ, если она не совсѣмъ плотно была вколочена въ маломъ тазу.

Предсказаніе для младенца очень неблагоприятно, такъ какъ онъ всегда погибаетъ, если роды очень быстро не окончатся самопроизвольно или при помощи искусства. Предсказаніе для матери точно также неудовлетворительно и гораздо болѣе неблагоприятно, чѣмъ при подлежащей плацентѣ.

Такъ какъ кровотеченіе само по себѣ не можетъ быть остановлено, то главная задача терапіи состоитъ въ возможно скоромъ опорожненіи матки отъ ея содержимаго, для того чтобы сокращеніе ея закрыло просвѣтъ кровотокащихъ сосудовъ. Слѣдовательно, при достаточно раскрытомъ зѣвѣ мы должны немедленно окончить роды: если головка уже вступила въ тазъ, то она извлекается щипцами, а въ противномъ случаѣ дѣлается поворотъ на ножки съ извлеченіемъ. Если маточный зѣвъ раскрытъ еще недостаточно, то мы должны безъ всякаго опасенія сдѣлать надрѣзы. Но если роды еще такъ мало подвинулись впередъ, что немедленное окончаніе ихъ представляется невозможнымъ, то мы даемъ внутрь спорынью, а затѣмъ пытаемся вызвать сокращенія матки при помощи сильнаго растиранія и посредствомъ впрыскиваній горячей воды. Если и это не помогло, такъ что кровотеченіе продолжается и наступаетъ упадокъ силъ, то въ такомъ случаѣ требуется искусственный разрывъ плоднаго пузыря. Объемъ матки, благодаря этому, уменьшается, и если, вслѣдъ за разрывомъ плоднаго пузыря, энергически растирать

её снаружи, то можно рассчитывать на достаточно сильныя сокращенія, которыми кровотеченіе будетъ остановлено. Но, разумѣется, здѣсь грозитъ та опасность, что въ маткѣ, если она останется вялою, будетъ освобождено еще болѣе мѣста для изливающейся крови.

Примѣч. Имѣть сомнѣнія, что матка въ концѣ беременности, до тѣхъ поръ, пока она отчасти не опорожнилась отъ своего содержимаго, обыкновенно не можетъ быть растянута кровотеченіемъ въ сколько нибудь значительной степени. Такое растяженіе матки возможно только тогда, когда стѣнки ея необыкновенно дряблы. Съ этимъ согласуется и то обстоятельство, что внутреннія кровотеченія встрѣчаются почти исключительно у многорождающихъ, въ особенности у такихъ, которыя рожали очень часто. Такъ напр., по статистикѣ Goodell'я, въ числѣ 64 случаевъ, въ которыхъ имѣются точныя указанія по этому поводу, было всего 8 первородящихъ, 2 женщины, рожавшія во второй разъ, и одна, рожавшая въ третій разъ (при этомъ исключены 15 случаевъ, относительно которыхъ заявлено только вообще, что женщины были многорожавшія, но не указано, въ который именно разъ происходили роды у каждой изъ нихъ въ отдѣльности). Но и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ не имѣется указаній на счетъ числа предшествовавшихъ родовъ, почти всегда дѣло идетъ о женщинахъ болѣе пожилаго возраста. Такъ какъ матка только при вяломъ своемъ состояніи можетъ быть растянута кровотеченіемъ, то естественно, что почти во всѣхъ этихъ случаяхъ потуги отсутствовали или, по крайней мѣрѣ, были очень слабы, тѣмъ болѣе, что значительныя кровотеченія, вызывая растяженіе матки, въ свою очередь оказываютъ вредное дѣйствіе на потужную дѣятельность.

Предсказаніе, по наблюденіямъ Goodell'я, очень неблагоприятно: изъ 107 младенцевъ были спасены только 6, а изъ 106 матерей умерли 54.

Особенный интересъ представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ плацента остается прикрѣпленною на всей своей периферіи, тогда какъ въ центральной части, между нею и стѣнкою матки, происходитъ изліяніе крови. Область прикрѣпленія плаценты при этомъ можетъ быть выпячена настолько, что снаружи совершенно ясно прощупывается опухоль, выступающая надъ уровнемъ матки. Въ этой новообразованной полости имѣется достаточно мѣста для такого обильнаго кровотеченія, чтобы дѣло могло окочиться смертью. Въ числѣ 106 случаевъ, собранныхъ въ литературѣ Goodell'емъ, такое центральное отдѣленіе плаценты было найдено 10 разъ.

Въ другихъ случаяхъ кровь изливается наружу, хотя самое лицо еще сохранило свою цѣлость. Распознаваніе при этомъ, конечно, не представляетъ никакихъ трудностей, предсказаніе болѣе благоприятно, да и самая терапия болѣе проста.

Такъ какъ матка лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ можетъ сколько нибудь значительно увеличиться въ объемѣ прежде, чѣмъ будетъ опорожнена часть ея содержимаго, то вообще, до разрыва плоднаго пузыря, кровотеченіе можетъ быть почти навѣрное остановлено тампонаціей влагалища, тѣмъ болѣе, если расслабленіе матки будетъ предотвращено растираніемъ живота. Еслибы при этомъ наружное кровотеченіе, вопреки ожиданію, замѣнилось внутреннимъ, то слѣдуетъ поступать по тѣмъ правиламъ, которыя сейчасъ будутъ нами изложены (см. стр. 299). Но если маточный зѣвъ раскрылся въ сколько нибудь достаточной стѣпени, то въ интересахъ младенца слѣдуетъ немедленно приступить къ искусственному окончанію родовъ.

Существенно иную картину представляютъ эти кровотеченія, если они появляются уже тогда, когда матка отчасти опорожнилась отъ своего содержимаго.

Въ этихъ случаяхъ гораздо чаще, чѣмъ подъ вліяніемъ вышеуказанныхъ этиологическихъ условій, происходитъ частичное или полное отдѣленіе плаценты, вслѣдствіе уменьшенія самой матки. Мы видѣли уже, что послѣ рожденія младенца, когда падаетъ внутриматочное давленіе, плацента при физиологическихъ условіяхъ, благодаря сокращенію матки, отдѣляется отъ ея внутренней поверхности. То же самое, въ видѣ исключенія, можетъ наступить тогда, когда содержимое матки еще до рожденія младенца внезапно уменьшается въ весьма значительной степени, т. е. въ особенности тогда, когда при очень обильномъ скопленіи околоплодной жидкости все количество ея внезапно изливается изъ матки, или, при двойняхъ, въ тотъ моментъ, когда родился первый младенецъ. Впрочемъ, даже при этихъ благопріятствующихъ условіяхъ, преждевременное отдѣленіе плаценты все-таки составляетъ рѣдкое исключеніе, такъ какъ она въ значительной степени обладаетъ способностью приспособляться къ уменьшенію той поверхности, на которой она прикрѣплена.

Кровотеченіе при этомъ бываетъ внутреннимъ развѣ только въ исключительныхъ случаяхъ, когда нижній сегментъ матки плотно обхватываетъ головку со всѣхъ сторонъ. Но и при такихъ условіяхъ кровь проталкивается мимо головки во время каждой потуги или, по крайней мѣрѣ, начинаетъ изливаться сильною струею въ то время, когда мы стараемся нѣсколько отодвинуть головку вверхъ. Гораздо чаще происходитъ наружное кровотеченіе, и въ этихъ, по крайней мѣрѣ, случаяхъ распознаваніе не представляетъ никакихъ трудностей.

Младенецъ при этихъ кровотеченияхъ точно также всегда находится въ большой опасности, такъ какъ обыкновенно плацента уже отдѣлена на большомъ пространствѣ, или, по крайней мѣрѣ, отслойка ея постепенно увеличивается. Предсказаніе для матери зависитъ существенно оттого, какое дѣйствіе окажетъ терапія.

Такъ какъ матка, отчасти опорожненная отъ своего содержимаго, легко можетъ опять растянуться до прежняго объема, то послѣ разрыва плоднаго пузыря нужна большая осторожность въ примѣненіи тампонаціи, если мы не желаемъ, чтобы наружное кровотеченіе замѣнилось внутреннимъ. Тампонацію можно примѣнить въ видѣ опыта, если немедленное окончаніе родовъ представляется неисполнимымъ; но при этомъ мы должны стараться воспрепятствовать новому растяженію матки, давая внутрь спорынью и растирая дно матки снаружи. Если же представляется возможнымъ немедленно окончить роды, т. е., если зѣвъ достаточно раскрылся или можетъ быть искусственно расширенъ безъ особенной опасности для матери, то слѣдуетъ приступить къ извлече-

нію младенца. Даже при не очень значительныхъ кровотеченіяхъ это безусловно необходимо въ интересахъ младенца, а при сильныхъ кровотеченіяхъ — въ интересахъ матери и младенца, вмѣстѣ взятыхъ.

Примѣч. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ (всего легче — при второмъ изъ двухъ близнецовъ) плацента, если она уже совершенно отделилась, можетъ быть извергнута раньше младенца, хотя бы она была прикрѣплена въ нормальномъ мѣстѣ. Эти случаи, чаще встрѣчающіеся при предлежаніи послѣда, описывались подъ именемъ «*prolapsus placentae*». Въ одномъ случаѣ, который сообщаетъ Hüter¹⁾ мѣста плаценты, прикрѣпленная на днѣ матки, опустилась до маточнаго зѣва. Подобный же случай описанъ Нескер²⁾.

Кровотеченія при предлежаніи плаценты.

Литература: Holst, M. f. G., B. 2, p. 81.—Simpson, Sel. Obst. Works. London 1871, p. 177.—Seyfert, Prager Vierteljahrsschr. IX. 1852. B. II, p. 140.—Chiari, Braun u. Spaeth, Kl. d. Geb., p. 151.—Greenhalgh, Obst. Tr. VI, p. 140.—Kuhn, Wiener med. Presse. 1867, No. 15 etc.—Fränkel, Berl. klin. Wochenschrift. 1870, №№ 22 u. 23.—Hecker, Bair. ärztl. Intellig.-Blatt. 1873, No. 22.—Hartcop, D. i. Berlin 1872; Paessler, D. i. Berlin 1876; Meissen, D. i. Berlin 1877.—Jüdel, Arch. f. Gynaek., B. VI, p. 432.—M. Duncan, Edinb. med. Journ. Nov.-Dec. 1873; Obst. J. of Gr. Britain. Dec. 1873, p. 576; Brit. med. Journ. Nov. 1873; London Obst. Transact. Vol. XV, p. 189; Arch. f. Gyn., B. VI, p. 55.—Spiegelberg, Samml. klin. Vorträge, No. 99.—Müller, Placenta praevia etc. Stuttgart 1877.—Tenzler u. Wyder, см. Winckel, Ber. u. Studien, III, p. 192.—Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. VIII, p. 89.—Behm, e. l., B. IX, p. 373.—Loмер, Am. J. of Obst. Dec. 1884.—Gramér, Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1883, No. 16.—Bayer, Verh. des Münch. Gyn.-Congr. 1886, p. 27.—Hofmeier, см. Benckiser u. Hofmeier, Der schwangere u. kreisende Uterus. Stuttgart 1887.

Гораздо чаще, чѣмъ при нормальномъ мѣстоположеніи плаценты, кровотеченія во время родовъ происходятъ въ томъ случаѣ, когда она прикрѣплена въ нижнемъ сегментѣ матки, т. е. при предлежаніи плаценты (*placenta praevia*). Если при этомъ внутренній маточный зѣвъ до такой степени окруженъ разросшимися ворсинками хоріона, что послѣ того, какъ онъ почти совершенно раскрылся, въ немъ прощупывается повсюду плацентарная ткань и нигдѣ не прощупываются оболочки яйца, то это называется центральнымъ прикрѣпленіемъ предлежащей плаценты (*placenta praevia centralis*), тогда какъ при боковомъ прикрѣпленіи ея (*placenta praevia lateralis*) она прощупывается только съ одной стороны маточнаго зѣва.

Причиной этого ненормальнаго прикрѣпленія яйца служить, по всей вѣроятности, чрезмѣрная ширина полости матки, обусловленная хроническимъ эндометритомъ; кромѣ того, по гипотезѣ Wüder³⁾ возможно также, что нѣкоторую роль играетъ уничтоженіе мерцательныхъ движеній эпителия маточной полости, наступающее при катаррѣ матки. Особеннаго вниманія заслуживаетъ то, что *placenta praevia* чаще всего встрѣчается у многородящихъ.

¹⁾ Deutsche Klinik 1852, No. 49.—²⁾ Bair. ärztl. Intelligenzblatt 1871. No. 17. S.-A., p. 4.—³⁾ Arch. f. Gyn., B. XXVIII, p. 341.

Единственнымъ, но чрезвычайно важнымъ симптомомъ предлежанія плаценты является кровотеченіе.

Что кровотеченіе вызывается отдѣленіемъ плаценты отъ внутренней поверхности матки въ области внутренняго зѣва, это признано почти всеми авторами, хотя относительно самаго механизма и причинъ такого отдѣленія плаценты взгляды ихъ сильно расходятся между собою. Dupcan въ особенности старался доказать, что причиною отдѣленія плаценты не можетъ быть сокращеніе нижняго сегмента матки. Напротивъ того, онъ утверждаетъ, что отдѣленіе плаценты обуславливается растяженіемъ нижняго отдѣла полости матки и происходитъ именно слѣдующимъ образомъ: Нижний сегментъ матки, имѣющій форму отрѣзка шара, долженъ превратиться въ цилиндрическій каналъ, для того чтобы яйцо могло выступить изъ матки. Это возможно только такимъ путемъ, что части матки, лежація всего ближе къ внутреннему зѣву, сильно оттягиваются въ стороны, т. е. въ поперечномъ направленіи. Но, совершенно такъ же, какъ при физиологическихъ условіяхъ плацента отдѣляется потому, что она не можетъ слѣдовать за сильнымъ сокращеніемъ той части матки, на которой она прикрѣплена, отдѣленіе ея въ случаяхъ *placentae praeviae* происходитъ оттого, что она не можетъ слѣдовать за сильнымъ растяженіемъ области ея прикрѣпленія.

Новѣйшіе взгляды относительно формироваія нижняго сегмента матки заставляютъ признать это объясненіе Dupcan'a справедливымъ, по крайней мѣрѣ, постольку, поскольку оно предполагаетъ, что отдѣленіе плаценты зависитъ отъ растяженія названнаго сегмента. Мы видѣли уже, что нижній сегментъ матки, вѣроятно, сформированный уже во время беременности, какъ предполагаетъ Hofmeier, растягивается во время родовъ, часто даже въ концѣ беременности, и что по мѣрѣ того, какъ онъ все болѣе растягивается, находящіяся въ немъ яйцевыя оболочки все болѣе отдѣляются отъ маточной стѣнки. Плацента, если она прикрѣплена въ нижнемъ сегментѣ матки, точно также должна отдѣляться отъ его стѣнокъ по мѣрѣ того, какъ увеличивается его растяженіе. Впрочемъ, нужно замѣтить, что плацента, подобно яйцевымъ оболочкамъ, можетъ нѣсколько поддаваться этому растяженію, если наступилъ разрывъ плоднаго пузыря, послѣ котораго растяженіе ея производится только на одной сторонѣ. Растяженіе нижняго сегмента, какъ справедливо утверждаетъ Dupcan, гораздо легче можетъ привести къ отдѣленію плаценты, чѣмъ сокращеніе матки, которое, даже достигая довольно сильной степени, иногда не влечетъ за собою отдѣленія плаценты, прикрѣпленной въ нормальномъ мѣстѣ.

Впрочемъ, такъ какъ объясненіе Dupcan'a представляетъ нѣкоторыя трудности въ виду того, что нижній сегментъ матки имѣетъ относительно малые размѣры, то Schroeder старался доказать, что причиною кровотечения служитъ оттягиваніе маточной стѣнки вверхъ по

яйцу. Допуская, что топографическое отношеніе яйца къ внутренней поверхности маточной полости измѣняется тѣмъ въ большей степени, чѣмъ ближе извѣстная часть яйца отстоитъ отъ внутренняго зѣва, Schlegel полагаетъ, что, въ то время, какъ на верхнемъ полюсѣ яйца маточная стѣнка совсѣмъ не смѣщается, нижнія части тѣла матки, первоначально прилежавшія къ нижнему полюсу яйца, отодвигаются далеко вверхъ. Следовательно, если плодный пузырь сохраняетъ свою цѣлость почти до конца періода раскрытія, то при такихъ условіяхъ тѣло матки должно перемѣститься вверхъ на очень значительное разстояніе, по крайней мѣрѣ—на половину длины всего яйца. Но такъ какъ плацента, прикрѣпленная въ нашемъ случаѣ у нижняго полюса яйца, не можетъ относительно него измѣнять своего положенія, пока яйцо сохраняетъ еще свою цѣлость, то отслойка маточной мускулатуры отъ плаценты должна все болѣе и болѣе увеличиваться по мѣрѣ раскрытія внутренняго зѣва, такъ что при всякой сильной потугѣ отдѣляются все новые и новые участки плаценты.

На какомъ обширномъ пространствѣ и съ какою быстротою часто происходитъ подобное отдѣленіе плаценты—это мы можемъ иногда наблюдать непосредственно: тогда какъ при началѣ родовъ прощупывается въ маточномъ зѣвѣ одинъ только край плаценты, съ дальнѣйшимъ теченіемъ родового акта намъ кажется, что она все болѣе и болѣе выпадаетъ, а къ концу періода раскрытія прощупывается въ маточномъ зѣвѣ почти вся плацента, совершенно отдѣлившаяся. Это явленіе зависитъ не отъ постепеннаго опусканія плаценты, а только оттого, что нижній сегментъ и шейка матки перемѣстились вверхъ по яйцу.

Положеніе дѣла существенно измѣняется въ томъ случаѣ, когда плацента не вынуждена оставаться на своемъ первоначальномъ мѣстѣ впереди предлежащей части младенца, какъ это всегда бываетъ при совершенно еще неповрежденномъ яйцѣ, т. е. когда она можетъ оттягиваться вверхъ, слѣдуя за перемѣщеніемъ тѣла матки. Всего скорѣе это возможно послѣ самопроизвольнаго или искусственнаго разрыва плоднаго пузыря, такъ какъ плацента уже не встрѣчаетъ никакого препятствія къ тому, чтобы вмѣстѣ съ маткою оттягиваться вверхъ по тѣлу младенца. Но то же самое возможно и тогда, когда разорвалась одна только ворсистая оболочка, между тѣмъ какъ амнионъ остается неповрежденнымъ и, следовательно, плодный пузырь сохраняетъ свою цѣлость: ворсистая оболочка отдѣляется отъ водной на очень большомъ пространствѣ и вмѣстѣ съ тѣломъ матки оттягивается вверхъ.

При центральномъ прикрѣпленіи предлежащей плаценты (*placenta praevia centralis*), дѣло представляется нѣсколько болѣе сложнымъ. Плацента въ подобныхъ случаяхъ всегда отдѣляется отъ внутренней поверхности матки на болѣе обширномъ пространствѣ и поэтому кровотеченіе бываетъ болѣе обильнымъ; но все-таки и здѣсь послѣ разрыва

плоднаго пузыря плацента можетъ оттянуться вверхъ по одной изъ стѣнокъ матки.

Относительно того, какимъ образомъ и изъ какого источника происходитъ кровотеченіе, взгляды авторовъ всегда очень сильно расходились между собою. Вѣрно во всякомъ случаѣ то, что плодъ можетъ терять значительное количество крови развѣ только въ видѣ очень рѣдкаго исключенія, такъ какъ хотя ворсинки хоріона нерѣдко разрываются ¹⁾, особенно при неосторожномъ внутреннемъ изслѣдованіи, но проходящія въ нихъ сосуды плода настолько малы, что не могутъ дать значительнаго кровотеченія. И такъ, изливающаяся кровь всегда происходитъ исключительно или, по крайней мѣрѣ, большею своею частью изъ сосудовъ матери и, по всей вѣроятности, исключительно вытекаетъ изъ той части запоздалой оболочки, отъ которой плацента уже отдѣлилась. Simpson утверждалъ, что изъ отдѣлившейся части плаценты можетъ изливаться материнская кровь, циркулирующая между ворсинками хоріона; но это, конечно, находится въ связи съ вопросомъ о томъ, изъ какого источника происходитъ содержимое межворсинчатаго пространства.

Относительно частоты *placentae praeviae* мнѣнія авторовъ довольно сильно расходятся. Клиническіе отчеты даютъ нѣсколько преувеличенную цифру, такъ какъ нѣкоторыя женщины именно и обращаются въ клинику по причинѣ кровотеченія. По статистическимъ даннымъ Schwaz'a ²⁾, на 519328 родовъ въ Курфюршество Гессенскомъ *placenta praevia* наблюдалась 332 раза, т. е. по одному разу на 1564. У первородящихъ, какъ это понятно уже послѣ сказаннаго нами объ этиологіи, *placenta praevia* встрѣчается рѣдко: по Simpson'у, на долю первородящихъ пришлось всего 11 случаевъ изъ 136, по Kuhn'у — 6 изъ 46-ти, по Hartcor'у и Paessler'у — 24 изъ 164-хъ.

Кровотеченіе при центральномъ прикрѣпленіи предлежащей плаценты обыкновенно начинается еще во время беременности, а при боковомъ прикрѣпленіи — нерѣдко лишь въ началѣ родовъ. Оно появляется тогда, когда начинаетъ растягиваться нижній сегментъ матки. Такъ какъ растяженіе это обыкновенно происходитъ еще во время беременности [иногда, хотя и въ незначительной степени, уже въ первые мѣсяцы, такъ что наступаетъ выкидышъ ³⁾], то кровотеченіе при *placenta praevia centralis* наступаетъ по большей части внезапно и совершенно неожиданно въ одинъ изъ послѣднихъ мѣсяцевъ, безъ того, чтобы можно было отыскать опредѣленную причину, оказавшую такое быстрое дѣйствіе. Кровотеченіе можетъ быть очень обильнымъ и повлечь за собою обмороки, а иногда даже исчезаніе пульса; въ другихъ же случаяхъ

¹⁾ См. Lehmann, Nederl. Tijdschr. Jan. 1868, p. 49; Schmidt's Jahrb., B. CXXXIX, p. 301. — ²⁾ M. f. G., B. VIII, p. 108. — ³⁾ См. Hecker, Klinik der Geburtst. II, p. 170.

оно вскорѣ останавливается само собою, и затѣмъ больная опять начинаетъ заниматься своими дѣлами, пока опять не наступитъ кровотеченіе, при которомъ опасность обыкновенно еще болѣе увеличивается. Иногда кровотеченіе останавливается не вполне, такъ что постоянная, хотя и незначительная потеря крови влечетъ за собой сильную анемію. Съ наступленіемъ кровотечения, особенно когда оно очень обильно, беременность довольно часто оканчивается раньше срока: появляются родовыя сокращенія, которыя часто, однако, бываютъ очень слабы, кровь сочится неудержимо изъ вскрытыхъ сосудовъ, такъ что, если не будетъ подано пособіе искусства, дѣло можетъ окончиться смертью отъ очень быстрой потери крови.

При боковомъ прикрѣпленіи подлежащей плаценты условія представляются менѣе неблагопріятными. Чѣмъ ближе край плаценты отстоитъ отъ внутренняго зѣва, тѣмъ раньше появляется кровотеченіе, и наоборотъ. Кровотеченіе и въ этихъ случаяхъ обыкновенно останавливается, какъ только наступилъ разрывъ плоднаго пузыря, потому что плацента въ это время можетъ уже, по крайней мѣрѣ отчасти, отодвигаться вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки и, слѣдовательно, дальнѣйшая отслойка ея прекращается. Если плацента прикрѣплена на нѣкоторомъ разстояніи отъ внутренняго зѣва, то въ такомъ случаѣ кровотеченіе появляется поздно; съ разрывомъ плоднаго пузыря кровотеченіе останавливается, и только разрывъ яйцевыхъ оболочекъ, помѣщающихся у края плаценты, и присутствіе кровянаго сгустка у этого края составляютъ при осмотрѣ извергнутой плаценты единственные признаки того, что она была прикрѣплена слишкомъ низко.

Распознаваніе, если шейка проходима для изслѣдующаго пальца, оказывается легкимъ, такъ какъ маточная поверхность плаценты даетъ характерное ощущеніе, котораго ни съ чѣмъ другимъ почти невозможно смѣшать. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченіе появляется только тогда, когда внутренній зѣвъ уже оттянулся вверхъ такъ далеко, что становится недоступнымъ для пальца. При такихъ условіяхъ намъ удастся прощупать только утолщенные яйцевыя оболочки, а край плаценты, подлежащей сбоку внутренняго зѣва, прощупывается только тогда, когда палецъ введенъ на очень большую глубину. Если шейка закрыта, то при сильномъ кровотеченіи всегда слѣдуетъ предполагать предлежаніе плаценты и съ этимъ предположеніемъ сообразовать свои дѣйствія до тѣхъ поръ, пока наступитъ раскрытіе цервикальнаго канала, такъ что можно будетъ удостовѣриться относительно діагноза. Сильное разрыхленіе и утолщеніе нижняго сегмента матки подкрѣпляютъ это подозрѣніе, но не могутъ считаться достаточными признаками для окончательнаго діагноза.

Предсказаніе существенно зависитъ отъ терапіи. Если терапія ведется надлежащимъ образомъ, то жизнь матери въ значительномъ

большинствѣ случаевъ сохраняется, тогда какъ младенецъ, напротивъ того, очень часто погибаетъ. Для матери опасность зависитъ отъ потери крови, а для младенца—отъ асфиксии, которая наступаетъ тогда, когда часть плаценты, еще не отдѣлившаяся отъ матки и еще продолжающая функционировать, оказывается уже недостаточною для дыханія младенца. Эта недостаточность скорѣе можетъ наступить въ томъ случаѣ, когда отдѣленіе плаценты происходитъ внезапно; что же касается материнской крови, которая еще поддерживаетъ обмѣнъ съ кровью плода, то она тѣмъ менѣе способна доставлять младенцу необходимое количество кислорода, что она сама уже успѣла обдѣлать красными кровяными тѣльцами. Лишь въ высшей степени рѣдко смерть младенца наступаетъ вслѣдствіе сильной потери крови изъ разорванныхъ сосудовъ плацентарныхъ ворсинокъ. Опасность, какъ для младенца, такъ и для матери, конечно, бываетъ гораздо болѣе значительною при центральномъ прикрѣпленіи предлежащей плаценты, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда одна только часть ея предлежитъ въ маточномъ зѣвѣ.

Давно уже изъ опыта извѣстно, что роженицы, у которыхъ предлежитъ плацента, особенно часто и въ особенно тяжелой формѣ заболѣваютъ родильной горячкой, такъ какъ низкое прикрѣпленіе плаценты во всякомъ случаѣ облегчаетъ возможность зараженія, а потеря крови во время родовъ вліяетъ неблагопріятно на теченіе уже появившейся болѣзни.

Терапія. Если кровотеченіе появляется во время беременности и если оно незначительно, то мы ограниваемся тѣмъ, что предписываемъ спокойное лежаніе на спинѣ и устраняемъ всякія вредныя вліянія. Если же кровотеченіе болѣе значительно и если при этомъ маточная шейка совершенно закрыта (что бываетъ чрезвычайно рѣдко), то мы производимъ тампонацію влагалища по способу, уже описанному на стр. 102. Тампонъ оставляется на мѣстѣ или возобновляется до тѣхъ поръ, пока не остановится кровотеченіе, или пока маточный зѣвъ не станетъ пропускать два пальца. Послѣдній въ большинствѣ случаевъ достигаетъ этой ширины уже по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, такъ что дальнѣйшая тампонація оказывается излишнею. Если маточный зѣвъ проходимъ для двухъ пальцевъ уже во время беременности и если кровотеченіе очень значительно, то лучше всего дѣйствовать въ томъ предположеніи, что уже начался родовой актъ, т. е. поступать такимъ образомъ, какъ при начавшихся родахъ.

Тампонація умѣстна здѣсь только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ шейка оказывается еще непроходимую. Если же она проходима, то безусловно требуется болѣе активное вмѣшательство. Главнѣйшія правила терапіи *placentae praeviae* во время родовъ могутъ быть формулированы въ видѣ слѣдующаго совѣта: разрывай плодный пузырь, изводи одну ножку, но выжидай съ извлеченіемъ младенца.

Что разрывъ плоднаго пузыря дѣйствуетъ очень благопріятно и что

кровотеченіе послѣ него почти всегда останавливается,—это признано почти всѣми акушерами и при томъ какъ-разъ самыми опытными практиками. Объяснить это благопріятное дѣйствіе очень легко на основаніи вышесказаннаго: между тѣмъ какъ до разрыва плоднаго пузыря кровотеченіе происходило оттого, что плацента, натянутая со всѣхъ сторонъ, отдѣлялась во время растяженія нижняго сегмента матки,—послѣ разрыва пузыря это отдѣленіе ея прекращается потому, что яйцевыя оболочки, а слѣдовательно и плацента, фиксированная теперь лишь съ одной стороны, оттягиваются вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки по направленію вверхъ. Поэтому при предлежаніи плаценты слѣдуетъ разрывать пузырь какъ можно раньше. Противопоказаній здѣсь не существуетъ никакихъ. Даже предлежаніе пуповины, прощупываемой за оболочками, не должно насъ отъ этого удерживать, такъ какъ интересы младенца, жизнь котораго при предлежащей плацентѣ всегда находится въ большой опасности, должны стоять на второмъ планѣ, не говоря уже о томъ, что и предлежаніе пуповины не безусловно опасно для младенца, если сдѣланъ поворотъ на ножку.

Послѣ разрыва пузыря лучше всего немедленно низвести ножку, такъ какъ, вопервыхъ, это даетъ намъ возможность во всякое время ускорить роды и въ случаѣ необходимости окончить ихъ, а вовторыхъ, потягивая за ножку, мы можемъ плотно прижать тазовымъ концомъ младенца то мѣсто, отъ котораго плацента уже отдѣлилась и которое иногда еще продолжаетъ нѣсколько кровоточить.

Низведеніе ножки обыкновенно не представляетъ никакихъ трудностей, коль скоро маточная шейка уже проходима для двухъ пальцевъ. Поворотъ подъ хлороформнымъ наркозомъ, производимый посредствомъ двойнаго ручнаго приѣма, удается почти всегда, такъ какъ онъ предпринимается при очень благопріятныхъ условіяхъ, т. е. при недавно еще разорванномъ пузырьѣ и, слѣдовательно, при большой подвижности младенца, а обыкновенно также при вяломъ состояніи маточной мускулатуры.

Какъ бы ни была проста эта терапія при боковомъ прикрѣпленіи предлежащей плаценты, однако при центральномъ прикрѣпленіи послѣдней она можетъ представлять большія трудности. Но, введя палецъ поглубже, намъ обыкновенно все-таки удастся добраться до пузыря въ томъ мѣстѣ, гдѣ плацента на оцупъ представляется болѣе тонкою. Впрочемъ, при весьма обильномъ кровотеченіи, хотя и въ исключительныхъ случаяхъ, можетъ оказаться необходимымъ прорвать всю толщу плаценты для того, чтобы можно было проникнуть въ полость яйца. При этомъ, конечно, могутъ быть повреждены большіе сосуды плода, такъ что младенецъ истекаетъ кровью; но, съ другой стороны, младенецъ при такихъ условіяхъ всегда долженъ умереть, хотя бы мы и держались выжидательно.

Когда разорванъ пузырь и низведена ножка, то обыкновенно кровотеченіе останавливается, и поэтому изгнаніе младенца можетъ быть предоставлено естественнымъ силамъ. Очень часто случается видѣть, что послѣ чрезвычайно обильныхъ кровотеченій, появившихся въ началѣ періода раскрытія, роды въ ножномъ положеніи оканчиваются самопроизвольно, и никакого кровотеченія при этомъ уже не наступаетъ.

Если кровотеченіе остановилось не вполне, то мы нѣсколько оттягиваемъ ножку внизъ, и такимъ образомъ кровоточащее мѣсто прижимается тазовымъ концомъ младенца, играющимъ роль тампона.

Спѣшить извлеченіемъ младенца мы не совѣтуемъ ни въ какомъ случаѣ. Если доказано, что младенецъ уже умеръ, то при такихъ условіяхъ, конечно, легко можно рѣшиться обождать; съ другой стороны, если сердечные звуки младенца совершенно нормальны, то и въ такомъ случаѣ никто не задумается выждать предварительно, какое дѣйствіе окажутъ силы природы. Но дѣло представляется въ иномъ видѣ, если аускультация обнаруживаетъ, что сердечные звуки младенца становятся все болѣе и болѣе рѣдкими, или же, если выпавшая пуповина пульсируетъ очень медленно. Тѣмъ не менѣе и здѣсь также мы рѣшительно не совѣтуемъ торопиться извлеченіемъ младенца чрезъ мало раскрытыя мягкія части роженицы. Мы убѣждены, что самые благоприятные результаты въ терапіи предлежащей плаценты будетъ получать тотъ, кто возможно меньше принимаетъ въ соображеніе интересы младенца: число дѣтей, которыя при этомъ погибнуть, не будетъ значительно большимъ, а для матери будутъ получаться такіе благоприятные результаты, которые ни при какомъ другомъ способѣ не могутъ быть достигнуты.

Прежде всего, быстрое окончаніе родовъ вообще неблагоприятно для матери, если она уже малокровна, такъ какъ при внезапномъ опороженіи матки, при которомъ быстро падаетъ кровяное давленіе въ брюшной полости, кровь скопляется въ брюшныхъ органахъ въ такомъ большомъ количествѣ, что иногда могутъ появиться опасные симптомы анэмій головного мозга, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло оканчивается даже внезапною смертію роженицы.

Если всѣ эти опасности и могутъ быть ограничены соответственными профилактическими мѣрами (низкимъ положеніемъ головы, прижатіемъ живота и возбуждающими средствами) настолько, что при достаточно раскрытомъ зѣвѣ можно въ интересахъ младенца не особенно бояться быстрого извлеченія, то, съ другой стороны, при не вполне подготовленныхъ мягкихъ частяхъ возникаетъ для матери еще новая опасность, а именно—истеченіе кровью изъ разрыва маточной шейки.

Хотя шейка и нижній сегментъ матки при предлежаніи плаценты довольно мягки и растяжимы, а слѣдовательно, очень быстрое извлеченіе не сопряжено съ большими механическими трудностями, однако и въ мягкой шейкѣ легко могутъ происходить не совсѣмъ поверхностные

разрывы, которые, именно потому, что по близости отъ нихъ прикрѣплена плацента, могутъ очень сильно кровоточить и подвергать жизнь матери, уже и безъ того малокровной, тѣмъ большей опасности, что остановить кровотеченіе въ этихъ случаяхъ удастся не совсѣмъ легко, и нельзя быть увѣреннымъ, что оно будетъ остановлено въ короткое время.

Въ послѣдовомъ періодѣ мы должны держаться чисто выжидательно, если кровотеченіе совершенно остановилось, а въ противномъ случаѣ мы приступаемъ къ выжиманію плаценты. Еслибы и послѣ этого еще продолжалось кровотеченіе, хотя бы и въ меньшемъ количествѣ, чтбъ бываетъ, впрочемъ, чрезвычайно рѣдко, то мы поступаемъ такимъ же образомъ, какъ при другихъ кровотеченіяхъ, появляющихся въ послѣдовомъ періодѣ.

Если общая слабость непосредственно по окончаніи родовъ достигаетъ очень значительной степени, то мы стараемся поддержать силы роженицы, давая ей вино въ большихъ количествахъ. Этимъ самымъ, а также и низкимъ положеніемъ головы, всего легче предотвращается наступленіе обморока. Въ отчаянныхъ случаяхъ можетъ потребоваться вливаніе раствора поваренной соли ¹⁾, которое, однако, довольно часто могло бы быть замѣнено, по совѣту Нескег'а ²⁾, подкожными впрыскиваніями эфира, оказывающими здѣсь превосходное дѣйствіе. Съ этою цѣлью впрыскиваютъ до пяти разъ кряду по 1,0 грамму Aeth. sulf., повторяя впрыскиванія очень быстро одно за другимъ ³⁾.

Примѣч. Guillemeau (1609 г.) и Maugisseau (1668 г.) впервые стали вообще говорить о предлежаніи плаценты. Однако, они думали, подобно многимъ другимъ авторамъ позднѣйшаго времени, что плацента, первоначально прикрѣпленная въ верхней части матки, опускается въслѣдствіи къ маточному зѣву. Одинъ только Portal (1685 г.), не высказывая, впрочемъ, опредѣленнаго взгляда на счетъ происхожденія placentaе praeviae, нѣсколько разъ замѣчаетъ при изложеніи исторій болѣзни, что онъ находилъ плаценту плотно приросшею къ внутреннему зѣву ⁴⁾. Затѣмъ Schaller ⁵⁾ въ 1709 г. выяснилъ истинное положеніе дѣла результатами вскрытія одной роженицы, умершей въслѣдствіе предлежанія плаценты. Первый, кто изложилъ вѣрный взглядъ на этотъ предметъ въ своемъ учебникѣ акушерства (и при томъ, по всей вѣроятности, совершенно независимо отъ Schaller'а), былъ Johann van Noorп, ученикъ Portal'я (1715 г.). Въ 7-ой главѣ своего руководства, гдѣ идетъ рѣчь о кровотеченіяхъ у беременных («von der Blut-Stürzung einer schwangeren Frauen»), онъ говоритъ: «Die Ursache ist die Nach-Geburt, oder Mutter-Kuchen, welche im Anfang der Empfängniß, zu grosser Lebens-Gefahr der Frau, auf oder über dem Mutter-Mund ihren Sitz genommen, und sich da angeklebet hat». Наконецъ, Levret вполне выяснилъ сущность placentaе praeviae, такъ что свѣдѣнія объ этомъ предметѣ сдѣлались общимъ достояніемъ.

Предлежащая плацента не особенно рѣдко выпадаетъ, такъ что она изгоняется раньше младенца. Maugisseau былъ уже знакомъ съ этимъ фактомъ, но особенное

¹⁾ Schwargz, Habilitationsschrift. Halle 1881.—²⁾ l. c. См. Baug, Ueber subcutane Aetherinj. etc. D. i. München 1873.—³⁾ Впрыскиванія эти должны дѣлаться очень поверхностно и съ осторожностью, такъ какъ именно послѣ подкожныхъ впрыскиваній эфира были наблюдаемы параличи лучевого нерва (см. Remak, Verh. d. med. Gesellsch. zu Berlin. 7. 1. 85).—⁴⁾ La prat. des acc., pp. 201, 291, 341.—⁵⁾ См. диссертацию Seiler'a.

вниманіе на него было обращено только J. F. Oslander'омъ ¹⁾. Такъ какъ изъ опыта было извѣстно, что кровотеченіе въ этомъ случаѣ обыкновенно останавливается, то нѣкоторые совѣтовали искусственно удалить плаценту до рожденія младенца ²⁾. Но такъ какъ младенецъ при этомъ безусловно долженъ погибнуть, если очень быстро не послѣдуетъ самопроизвольное изгнаніе или искусственное извлеченіе, и такъ какъ въ случаяхъ, въ которыхъ роды могутъ быть быстро окончены, обыкновенно не бываетъ необходимости извлекать плаценту раньше младенца, то слѣдовать означенному совѣту можно только въ видѣ исключенія, именно въ такихъ случаяхъ, когда младенецъ не жизнеспособенъ, или когда доказано, что онъ уже мертвъ. Спасеніе живаго еще младенца при выпаденіи плаценты или при искусственномъ извлеченіи ея, если онъ не будетъ очень быстро изгнанъ естественными силами, бываетъ возможно почти исключительно посредствомъ поворота и извлеченія. [Simpson ³⁾ такимъ путемъ достигъ того результата, что 33 младенца изъ числа 106 родились живыми]. Какъ бы то ни было, къ числу величайшихъ рѣдкостей долженъ быть отнесенъ случай, описанный Zeruder'омъ ⁴⁾, гдѣ тотчасъ послѣ выпаденія плаценты вступила въ тазъ головка, такъ что щипцами еще удалось извлечь живаго младенца. Менѣе опасны для младенца тѣ рѣдкіе случаи, когда онъ изгоняется вмѣстѣ съ плацентою. Въ одномъ подобномъ случаѣ, въ которомъ плацента при черепномъ положеніи плода прилегала къ головкѣ, Schöde'у удалось оживить младенца, родившагося въ состояніи глубокой асфиксіи.

Placenta praevia рѣдко встрѣчается при двойняхъ, и еще гораздо рѣже приходится при этомъ видѣть предлежаніе обѣихъ плацентъ, какъ это было въ одномъ случаѣ Macdonald'a ⁵⁾, въ которомъ оба близнеца имѣли поперечное положеніе.

Кровотеченія изъ сосудовъ пуповины.

Литература: Benckiser (Nacgele), De haemorrh. int. part. etc. D. i. Heidelb. 1831.—Ricker, Siebold's Journ., B. XII, p. 506.—Hüter, Neue Zeitschr. f. Geb., B. 12, p. 48.—Hecker, Klin. d. Geb. I, p. 162.—Chiari, Braun u. Spræth, Klin. 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 menschl. Nachgeburt. Wien 1870, p. 63.—P. Ruge, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II, p. 42.—Valenta, Memorabilien. 1874, No. 5.

Поводомъ къ своеобразному кровотеченію во время родовъ бываетъ иногда insertio velamentosa (см. стр. 83). Именно, если пуповина при этомъ привѣрплена такимъ образомъ, что сосуды ея проходятъ въ той части яйцевыхъ оболочекъ, которая лежитъ въ маточномъ зѣвѣ, то при разрывѣ плоднаго пузыря они могутъ разорваться. Для младенца этотъ разрывъ сосудовъ иногда влечетъ за собою смертельное кровотеченіе; но и въ томъ случаѣ, если бы кровоточащій сосудъ былъ прижатъ головкою, плотно вступившею въ тазъ послѣ разрыва пузыря, младенецъ все-таки долженъ умереть отъ асфиксіи вслѣдствіе нарушеннаго обмѣна газовъ. Слѣдовательно, вскрывая трупъ младенца, мы находимъ признаки общаго малокровія или смерти отъ задушенія.

Эта аномалія можетъ быть распознана на основаніи того признака,

¹⁾ Gemeins. deutsche Z. f. Geb. 1832, B. VII, p. 223; см. также: E. v. Siebold, M. f. G., B. VI, p. 258.—²⁾ Sm. Radford, Prov. Journ. Dec. 1844, и Simpson, l. c.—³⁾ l. c., p. 197.—⁴⁾ Wiener med. Presse. 1869, No. 50.—⁵⁾ Obst. Journ. of Gr. Britain. June 1874, p. 165.

что въ нѣсколько утолщенныхъ яйцевыхъ оболочкахъ прощупывается пульсирующий сосудъ, по толщинѣ своей равный стволу вороньяго пера. При такихъ условіяхъ мы должны стараться по возможности замедлить разрывъ пузыря, вкладывая съ этою цѣлью умеренно наполненный, каучуковый тампонъ. Дѣло именно въ томъ; что если пузырь разорвется въ такое время, когда искусственное окончаніе родовъ еще не возможно, то младенецъ, въ случаѣ разрыва какого нибудь сосуда, долженъ неизбежно погибнуть; наоборотъ, если пузырь разорвется тогда, когда маточный зѣвъ уже достаточно раскрылся, то жизнь младенца можетъ быть спасена немедленнымъ извлеченіемъ.

Примѣч. Смерть младенца при такомъ предлежаніи пупочныхъ сосудовъ можетъ послѣдовать еще и оттого, что они сдавливаются головкою при ея вступленіи въ тазъ ¹⁾. Случай, сообщенный Кун'омъ ²⁾, интересенъ въ томъ отношеніи, что младенецъ родился чрезъ разрывъ яйцевыхъ оболочекъ, который прошелъ между сосу-дами. Совершенно такой же случай описанъ Руге ³⁾.

Опасное для младенца кровотеченіе можетъ наступить еще и въ томъ случаѣ, если роды происходятъ въ стоячемъ положеніи, или на колыняхъ, и если пуповина при изгнаніи младенца разрывается дѣйствіемъ его тяжести. Она можетъ разорваться очень близко отъ пупка, но иногда и по срединѣ или на мѣстѣ своего прикрѣпленія, а въ некоторыхъ случаяхъ она вырываетъ даже кусокъ плаценты. Лишь въ высшей степени рѣдко происходитъ при разрывѣ пуповины такое обильное кровотеченіе, что оно влечетъ за собою смерть младенца; въ большинствѣ же случаевъ сосуды оттягиваются въ глубину, и пуповина или совсѣмъ не кровоточитъ, или очень мало.

Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ.

Самою частою причиною кровотеченій, появляющихся послѣ изгнанія младенца, бываетъ недостаточное сокращеніе матки. Такая атонія матки наступаетъ въ особенности послѣ быстрого, естественнаго или искусственнаго, опорожненія ея полости, а также послѣ очень значительнаго растяженія ея во время беременности, слѣдовательно, во первыхъ — послѣ очень быстро окончившихся родовъ, послѣ преждевременнаго поворота и извлеченія, а во вторыхъ — при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости (hydramnion) и при двойняхъ. Иногда причиною атоніи бываетъ также общая слабость организма или плохое развитіе мускулатуры матки (при аномаліяхъ первоначальнаго ея развитія или послѣ предшествовавшихъ очень трудныхъ родовъ); въ другихъ случаяхъ атонія повторяется послѣ каждыхъ родовъ у одной и той же женщины, безъ того чтобы можно было отыскать для нея сколько нибудь вѣроятную причину. Частичныя приращенія плаценты къ маточной стѣнкѣ, которыя, впрочемъ, лишь весьма рѣдко бываютъ обусловлены настоящими соединительнотканными перемычками, точно также могутъ подавать поводъ къ сильнымъ кровотечениямъ, потому что отдѣлившіяся части матки, по близости отъ тѣхъ

¹⁾ См. ab Etlinger, Obs. obst. D. i. Bonn 1844, p. 16.—²⁾ l. c., No. 23, p. 557.—³⁾ l. c., p. 47.

имѣть, гдѣ находятся сращения, могутъ сократиться только несовершенно. Наконецъ, поводомъ къ кровотечениямъ можетъ быть слишкомъ поспѣшное вмѣшательство искусства въ самомъ началѣ послѣдоваго періода.

Естественный результатъ недостаточнаго или совсѣмъ не наступившаго сокращенія матки заключается въ томъ, что плацентарные сосуды остаются открытыми, и изъ нихъ происходитъ кровотеченіе, которое можетъ быть настолько обильно, что въ самое короткое время наступаетъ смерть. Распознаваніе этихъ кровотеченій очень легко, даже въ томъ случаѣ, когда внутренний зѣвъ сдѣлался такъ мало проходимымъ вслѣдствіе сильнаго искривленія матки впередъ (*anteflexio uteri*) или до такой степени закупоренъ яйцевыми оболочками ¹⁾ или большими кровяными сгустками, что кровь почти совсѣмъ не вытекаетъ наружу. Матка до такой степени вяла, что снаружи она либо совсѣмъ не прощупывается, либо представляется въ видѣ очень мягкаго дряблага тѣла, тогда какъ при нормальныхъ условіяхъ она прощупывается въ видѣ твердаго шара.

Существуетъ очень простая терапія, которая почти всегда оказывается достаточною: Вялая матка сильно растирается рукою, и уже послѣ немногихъ растираній она становится замѣтно болѣе твердою, а при дальнѣйшемъ растираніи, при которомъ дно ея захватывается всею рукою, она сокращается настолько, что кровотеченіе останавливается. Если кровотеченіе, по вышеизложеннымъ причинамъ, было преимущественно внутреннее, то сначала выдавливаются большіе кровяные сгустки (очень часто -- вмѣстѣ съ плацентою), а вслѣдъ за ними изливается довольно большое количество жидкой крови, но затѣмъ кровотеченіе останавливается. Еслибы при растираніи матки даже оказалось, что кровотеченіе вначалѣ, повидимому, усиливается, то это совсѣмъ не должно насъ беспокоить, такъ какъ изливающаяся кровь составляла содержимое растянутой полости матки и, слѣдовательно, для организма была уже потеряна во всякомъ случаѣ.

Хотя этимъ способомъ почти всегда удастся достигнуть такого значительнаго сокращенія матки, что кровотеченіе останавливается, но до тѣхъ поръ, пока плацента еще не извергнута, матка постоянно имѣетъ склонность къ новому расслабленію, при которомъ опять появляется кровотеченіе. Поэтому мы вынуждены продолжать ручной пріемъ *Stedé* до тѣхъ поръ, пока намъ не удастся выдавить плаценту изъ полости матки.

Послѣднее не можетъ быть достигнуто лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣйствительнаго сращения плаценты со стѣнкою матки (см. стр. 38); столь же рѣдко бываетъ и то, что матка раньше удаленія плаценты не сокращается, не смотря на растираніе, вслѣдствіе чего кровотеченіе не останавливается, или что кровотеченіе продолжается даже послѣ того, какъ

¹⁾ Braxton Hicks, Brit. med. J. Febr. 1872.

наступило сокращеніе матки. Во всѣхъ этихъ случаяхъ необходимо искусственное ручное отдѣленіе плаценты.

Съ этою цѣлью даютъ роженицѣ положеніе на спинѣ или на боку и, при самомъ строгомъ соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики, а главное — послѣ тщательнаго очищенія наружныхъ половыхъ частей, вводятъ во влагалище одну руку, основательно дезинфицированную, а затѣмъ, руководствуясь пупочнымъ канатикомъ, проникаютъ сложенными пальцами въ опорожненное яйцо и доходятъ до мѣста прикрѣпленія плаценты; послѣ этого, оказывая противодавленіе снаружи другою рукою, отдѣляютъ присосшую часть плаценты локтевою стороною мизинца, прикрытою оболочками яйца. Это отдѣленіе плаценты чрезъ яйцевыя оболочки, рекомендованное Hildebrandt'омъ ¹⁾, имѣетъ то преимущество, что устранена опасность септического зараженія оперирующею рукою. Но отдѣлить такимъ образомъ плаценту довольно часто не удастся потому, что существуютъ плотныя сращенія въ видѣ перемычекъ, и тогда сращенія эти должны быть протерты ногтями. Послѣ окончательнаго отдѣленія плаценты, ее захватываютъ полною рукою и такимъ образомъ извлекаютъ наружу. Иногда, особенно если предшествовали нецѣлесообразныя попытки удаленія плаценты, матка оказывается сократившеюся настолько, что плотно стянутое контракціонное кольцо не позволяетъ рукѣ проникнуть въ ея полость. При нѣкоторомъ терпѣніи и осторожномъ расширеніи узкаго мѣста, въ случаѣ надобности — подъ хлороформнымъ наркозомъ, это пренятствіе всегда можетъ быть устранено. Если плацента задержана въ маткѣ уже нѣсколько часовъ, то дальнѣйшее выжиданіе не можетъ быть допущено ни въ какомъ случаѣ, а необходимо удалить плаценту искусственно, такъ какъ въ послѣдствіи маточный зѣвъ будетъ все болѣе и болѣе суживаться. Хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ плацента, оставленная въ маткѣ, поразительно долго остается хорошо сохранившеюся и часто еще изгоняется въ послѣдствіи силами природы ²⁾, но обыкновенно она подвергается ихорозному разложенію и можетъ такимъ образомъ подать поводъ къ самымъ опаснымъ пуэрперальнымъ заболѣваніямъ.

Терапевтическія мѣры, необходимыя въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ кровотеченіе продолжается и послѣ удаленія плаценты, будутъ изложены въ патологіи родильнаго періода.

Выворотъ матки.

Литература: Fries, Abh. v. d. Umk. etc. d. Gebärmutter. München 1804. — Meissner, Frauenzimmerkrankheiten. 1843. B. I, p. 732. — Crosse, An essay etc. Transact. of the prov. med. and surg. ass. London 1845. — Lee, Amer. J. of med. sc. October 1860. — Betschler, Breslauer kl. Beitr. I, p. 1. — Veit, Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane. 2. Aufl. Erlangen 1867, p. 342. — Scanzoni, Beiträge z. Geb. u. Gyn., B. V, p. 83. — M. Duncan, Researches in Obstetrics. Edinb. 1868, p. 374. —

¹⁾ Kühne, D. i. Königsberg 1873. — ²⁾ См. Schroeder, Scanzoni's Beitr., B. VII, p. 27.

W. A. Freund, Zur Path. u. Ther. d. veralteten Inversio uteri etc. Breslau 1870.—Weiss, Des réductions de l'inversion utérine etc. 1873.—Depaul, Arch. de tocol. Avril 1879.—Gibert, Thèse de Paris 1879. (57 случаевъ).

Очень рѣдко происходитъ въ послѣдовомъ періодѣ своеобразное измѣненіе въ положеніи матки, состоящее въ выворотѣ всего органа, такъ что вывороченное дно матки выступаетъ чрезъ зѣвъ. Выворотъ будетъ неполный, пока дно матки еще находится надъ зѣвомъ; онъ называется полнымъ, если дно матки прошло чрезъ зѣвъ и вступило во влагалище. При высшей степени этого смѣщенія происходитъ выпаденіе вывороченной матки (*prolapsus uteri inversi*), такъ что она выступаетъ наружу изъ половыхъ частей (см. рис. 147).

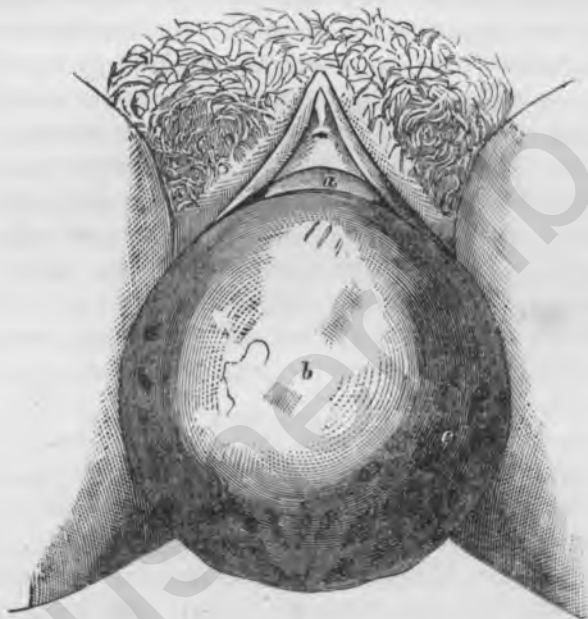


Рис. 147. Prolapsus uteri inversi (по Boivin и Dugès).
а—передняя губа; б—вывороченная матка; с—мѣсто прикрѣпленія плаценты.

Для возникновенія этой рѣдкой формы смѣщенія матки послѣдовѣй періодъ представляетъ самыя благопріятныя условія. Для этого требуется, именно, полное или, по крайней мѣрѣ, мѣстное расслабленіе матки и расширеніе маточнаго зѣва. Такъ какъ мѣсто прикрѣпленія плаценты, до тѣхъ поръ пока она еще не отдѣлилась, можетъ сократиться лишь весьма несовершенно, то ненормально сильное прикрѣпленіе плаценты играетъ въ этиологіи выворота матки, особенно важную роль. Плацента въ этомъ случаѣ, вмѣстѣ съ вялою частью маточной стѣнки, на которой она прикрѣплена, опускается въ полость матки, и такимъ образомъ получается первая стадія выворота. Полный выворотъ матки наступаетъ тогда, когда опустившееся мѣсто выходитъ изъ маточной шейки, вслѣдствіе потягиванія по направленію внизъ или вслѣдствіе давленія сверху.

Въ прежнія времена это случалось чаще всего благодаря тому, что повивальныя бабки потягивали за пуповину ¹⁾; но въ видѣ исключенія это возможно и при произвольныхъ родахъ, особенно—въ стоячемъ положеніи или въ положеніи на корточкахъ, если родившійся младенецъ тянетъ за собою плаценту, еще крѣпко сидящую на своемъ мѣстѣ. Очень рѣдко выворотъ наступаетъ вслѣдствіе того, что ручной приемъ *Stedé* при расслабленіи матки былъ примѣненъ ненадлежащимъ образомъ ²⁾, или же вслѣдствіе давленія брюшнаго пресса, именно—при внезапномъ изверженіи значительнаго количества крови, излившейся въ дряблую матку, какъ это было, напримѣръ, въ случаѣ *Fürst'a* ³⁾.

Внезапное наступленіе выворота матки въ послѣдовомъ періодѣ всегда влечетъ за собою значительныя перемѣны въ общемъ состояніи. Разстройства дѣятельности сердца, обмороки, судороги, рвота и т. д. могутъ, пожалуй, иногда обуславливаться потрясеніемъ нервной системы при внезапномъ наступленіи выворота; чаще, однако, они зависятъ отъ острой анеміи головнаго мозга, къ которой предрасполагаетъ уже одно внезапное опорожненіе матки отъ ея содержимаго, но которая должна еще усилиться въ весьма значительной степени, если не только содержимое матки, но и весь органъ выступаетъ изъ брюшной полости. Кровь въ такомъ случаѣ устремляется въ брюшныя сосуды, давленіе въ которыхъ внезапно подверглось значительному пониженію, и такъ какъ вслѣдствіе этого уменьшается притокъ крови къ верхней части тѣла, то наступаетъ анемія головнаго мозга.

Если плацента еще прикрѣплена къ маткѣ на всемъ своемъ протяженіи, то кровотеченія можетъ и не быть совсѣмъ; но почти всегда она оказывается уже отчасти отдѣлившеюся, такъ что вслѣдствіе недостаточнаго сокращенія матки происходитъ значительное кровотеченіе, которое можетъ очень быстро привести къ смерти. Въ другихъ же случаяхъ кровотеченіе нѣсколько уменьшается или не достигаетъ такой степени, чтобы угрожать опасностью жизни. Если маточный зѣвъ сильно сократился, то можетъ наступить ущемленіе и омертвѣніе тѣла матки.

Распознаваніе свѣжаго выворота матки не представляетъ ни малѣйшихъ трудностей. Опухоль, прощупываемая во влагалищѣ или выступающая изъ наружныхъ половыхъ частей, весьма характеристична, и смѣшать ее возможно только съ полипомъ. Но эта ошибка всегда можетъ быть устранена соединеннымъ наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ: при полипѣ матка оказывается на своемъ нормальномъ мѣстѣ, тогда какъ при выворотѣ она совсѣмъ не прощупывается въ брюшной полости.

Предсказаніе при очень быстромъ и цѣлесообразномъ пособіи не неблагоприятно, хотя абсолютно благоприятнымъ оно никогда не можетъ считаться; при отсутствіи же такого пособія оно становится очень неблаго-

¹⁾ Въ новѣйшее время послѣродовые вывороты матки сдѣлались очень рѣдкими.
—²⁾ *K u l p*, *Berl. V. z. Geb. u. Gyn.* I, p. 78.—³⁾ *Arch. f. Gyn.*, *B.* XX, p. 425.

пріятнымъ, хотя и были наблюдаемы отдѣльные случаи, въ которыхъ вывороченная матка вправлялась самопроизвольно ¹⁾).

Терапія состоитъ въ искусственномъ вправленіи матки, которое въ свѣжихъ случаяхъ удается всегда и при томъ обыкновенно безъ всякихъ трудностей. Если плацента совсѣмъ еще не отдѣлилась или только на очень небольшомъ протяженіи, то лучше всего попытаться вправить матку вмѣстѣ съ плацентой. Еслибы это не удалось, то мы всегда еще усвѣемъ отдѣлить плаценту и затѣмъ вправить матку безъ нея. Но если плацента еще прикрѣплена только на небольшомъ пространствѣ, то ее нужно отдѣлить до вправленія. Если маточный зѣвъ мало сохратился, то вправленіе удастся легко; въ противномъ же случаѣ операція эта можетъ представить большія трудности и потребовать неоднократныхъ попытокъ подъ хлороформнымъ наркозомъ. Когда вправленіе удалось, то рука оставляется въ маткѣ до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не сократится надлежащимъ образомъ. Если же матка остается очень вялою, то назначаютъ внутрь спорыню и дѣлаютъ впрыскиванія горячей воды, которыя даютъ здѣсь хорошіе результаты. Для предотвращенія рецидивовъ нужно предписать больной, чтобы она долго еще оставалась въ положеніи на спинѣ и избѣгала всякаго напряженія брюшнаго пресса.

Судороги рожениць. Эклампсія.

Литература: Litzmann, Deutsche Klinik 1852, №№ 19—31.—1855, №№ 29 и 30; M. f. G., B. 11, p. 414.—Wieger, Gaz. de Strasb. 1854, №№ 6—12 (Schmidt's Jahrbüch., B. LXXXVII, p. 57).—Chiari, Braun u. 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 a. d. Rostocker Hebammeninstitut etc. Rostock 1866, p. 89.—Dohrn, Zur Kenntniss d. heutigen Standes d. Lehre von der Puerperal-Eklampsie. 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. CXXXXIX, p. 290.—Hall Davis, London obst. Tr. Vol. XI, p. 268.—v. Mieczkowski, Fünfzig Fälle von Eklampsie. D. i. Berlin 1869.—Spiegelberg, Arch. f. Gyn., B. I, p. 383.—Fordyce Barker, Puerperal diseases. New-York. 1874.—Madden, Obst. J. of Gr. Britain. July 1874, p. 236.—Barnes, Lancet 1873. April.—Peter, Arch. de tocol. 1875, pp. 95, 215, 282, 422, 540.—Richard Hodges, On the nat., path. a. treatment of puerp. convuls. London 1864.—Ingerslev, Bidrag til Eklampsiens etc. Kjøbenhavn. 1879, и Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. VI, p. 171.—Loehlein, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 4, p. 88.—B. 6, p. 49.—B. 8, p. 535.—Schauta, Arch. f. Gyn., B. XVIII, p. 263.—Engstroem, On eclampsia etc. Helsingfors 1882.—King, Am. Journ. of obst. 1887, p. 225.

Всѣ виды судорогъ могутъ иногда появляться и у рожениць. Такъ напр., у женщинъ, страдающихъ эпилепсіей, можетъ появиться приступъ этой болѣзни во время родовъ; въ другихъ случаяхъ роды могутъ быть осложнены истерическими судорогами. Кромѣ того, влѣдствіе менингита,

¹⁾ Spiegelberg, Arch. f. Gyn. V, p. 118

апоплексій, опухолей головного мозга или очень значительной острой анеміи могутъ появляться во время родовъ эпилептиформные приступы

Примѣч. Женщины, страдающія эпилепсіей ¹⁾, нисколько не предрасположены къ приступамъ этой болѣзни во время родовъ, а у большинства такихъ роженицъ эпилептическіе приступы даже совсѣмъ не появляются, хотя бы во время беременности они повторялись очень часто. Такъ напр., Elliot ²⁾ рассказываетъ, что у одной женщины, страдавшей падучею болѣзью, эпилептическіе приступы, которые до тѣхъ поръ повторялись правильно по 1 разу въ мѣсяцъ, сдѣлались въ послѣдніе 3 мѣсяца болѣе частыми (возобновляясь около 4-хъ разъ ежемѣсячно), а въ послѣдніе 24 часа передъ началомъ родовъ было у нея 4 приступа, между тѣмъ какъ во время родовъ не было ни одного. Но это наблюдается не всегда; такъ напр., въ случаѣ Graub ³⁾ появились во время родовъ 6 приступовъ, хотя во время беременности не было ни одного. Истерическія судороги во время родовъ встрѣчаются еще гораздо рѣже.

Чаще всего наблюдается во время родовъ особый видъ судорогъ, характеризующійся тѣмъ, что приступы, изъ которыхъ каждый въ отдѣльности имѣетъ полное сходство съ приступомъ эпилепсіи, повторяются чрезъ болѣе короткіе или болѣе длинныя промежутки времени, при чемъ сознаніе послѣ первыхъ приступовъ еще возвращается, а впоследствии коматозное состояніе не прекращается даже во время перемежекъ. Эта форма судорогъ называется эклампсіей.

Этіологія ⁴⁾.

О дѣйствительной сущности эклампсіи намъ еще очень мало извѣстно. Во всякомъ случаѣ, эклампсія должна считаться только симптомомъ, который можетъ быть вызванъ различными причинами. Но, съ другой стороны, этотъ симптомъ — экламптическія судороги — обнаруживается съ такою силою и господствуетъ надъ всею картиною болѣзни до такой степени, что и въ болѣе счастливыя времена, когда врачи научатся точно различать отдѣльныя формы эклампсіи по ихъ этиологіи, общая картина этой болѣзни все-таки удержится, какъ нѣчто самостоятельное.

Съ тѣхъ поръ какъ Lever, Devilliers и Regnaud обратили вниманіе на совпаденіе экламптическихъ судорогъ съ альбуминуріей, почти всѣ авторы стали смотрѣть на эклампсію какъ на острую урэмію, и поэтому всѣ теоріи о происхожденіи урэмическихъ судорогъ были перенесены также на эклампсію.

Первая теорія, выставленная Frerichs'омъ, заключалась въ томъ, что урэмическіе приступы вызываются мочевиною, задержанною въ крови и превратившеюся въ углекислый амміакъ.

Traube, напротивъ того, полагалъ, что урэмическія явленія при

¹⁾ Parry, Amer. J. of Obst. Aug. 1875, p. 257; Guder, Betz's Irrenfreund. 1866, No. 1; Bégaud, 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⁾ Кромъ общей литературы, см. еще: Bidder, Holst's Beitr. z. Gyn. u. Geb. 2. H. 1867, p. 188; Macdonald, Obst. J. of Gr. Brit. 1876, pp. 137, 209, 281, и Edinab. med. Journal. 1878. May.

болѣзняхъ почекъ зависятъ не отъ задержки въ крови вредныхъ веществъ, которыя при другихъ условіяхъ выводятся мочою, но объяснялъ уремическій приступъ тѣмъ обстоятельствомъ, что при гидрэміи, вызванной потерю бѣлка, существующая въ то же время гипертрофія лѣваго желудка значительно повышаетъ кровяное давленіе въ артеріальной системѣ, а это повышение давленія при гидрэмическомъ состояніи крови влечетъ за собою отекъ головного мозга, вызывающій, въ свою очередь, анэмію мозга съ ея симптомами (т. е. съ коматознымъ состояніемъ и судорогами). Rosenstein приложилъ эту теорію Graube къ объясненію эклампсіи, при чемъ онъ выставлялъ на видъ, что у беременныхъ, даже не страдающихъ никакою болѣзнью почекъ, именно и существуютъ оба условія, которыя здѣсь требуются, т. е. гидрэмія и гипертрофія сердца, а во время родовыхъ сокращеній происходитъ еще и повышение кровяного давленія въ артеріальной системѣ.

Объ эти теоріи едва ли совершенно достаточны для объясненія даже уремического приступа, а еще менѣе онѣ разрѣшаютъ загадки, представляемыя эклампсіей. Прежде всего, именно, слѣдуетъ замѣтить, что въ крови экламптическихъ больныхъ, если не считать единичнаго наблюденія Spiegelberg'a, не было найдено ни мочевины, ни углекислага амміака, а между тѣмъ экспериментально можно доказать, что вещества эти вызываютъ судороги только тогда, когда они имѣются въ большомъ количествѣ. Если бы мы даже согласились съ гипотезой Oppler'a, которая предполагаетъ, что уремическое отравленіе зависитъ не отъ какихъ либо веществъ, задержанныхъ въ крови, но что раздраженіе центральныхъ органовъ нервной системы вызывается ненормальными продуктами химическаго превращенія, образующимися въ самыхъ тканяхъ подъ влияніемъ задержанныхъ въ крови составныхъ частей мочи, то и противъ приложенія этой видоизмѣненной теоріи къ пуэрпериальной эклампсіи все еще могутъ быть приведены очень вѣскія возраженія.

Хотя теорія Graube имѣетъ то преимущество, что она не совсѣмъ рушится вмѣстѣ съ предположеніемъ объ уремическомъ происхожденіи эклампсіи, но все таки она не можетъ быть признана вполне удовлетворительною въ виду того, что условія, которыхъ она требуетъ, не существуютъ въ достаточной степени. Вопервыхъ, гидрэмическое состояніе крови беременныхъ выражено во всякомъ случаѣ не такъ рѣзко, какъ это многими признавалось прежде (эклампсіею нерѣдко заболѣвають очень крѣпкія полнокровныя женщины), а вовторыхъ, ни анэмія головного мозга, ни отекъ его не встрѣчаются сколько нибудь постоянно при анатомическомъ вскрытіи, не говоря уже о томъ, что самое объясненіе анэміи головного мозга давленіемъ отечнаго транссудата не можетъ считаться особенно удачнымъ.

Еще болѣе важно то обстоятельство, что противъ простаго отождествленія уреміи съ эклампсіей могутъ быть приведены весьма суще-

ственные соображенія. Впервыхъ, намъ пришлось бы допустить, что роженицы особенно предрасположены къ урэмическимъ судорогамъ, такъ какъ типическіе судорожные приступы, часто встрѣчающіеся у роженицъ, одержимыхъ болѣзнью почекъ, составляютъ у другихъ урэмическихъ больныхъ очень большую рѣдкость. Ввторыхъ, къ появленію судорогъ предрасполагаютъ только опредѣленные формы заболѣванія почекъ. Дѣло въ томъ, что именно въ случаяхъ значительно развитаго нефрита, съ чрезвычайно сильными отеками, почти никогда не приходится наблюдать эклампсіи. Поэтому даже авторы, отождествляющіе эклампсію съ урэмією, выставляютъ на видъ, что появленіе экламптическихъ судорогъ обуславливается не сильною степенью развитія болѣзни почекъ, а ея внезапнымъ наступленіемъ. Но и это мнѣніе не вполне выдерживаетъ критику, такъ какъ именно во время родовъ очень часто наступаютъ внезапныя разстройства дѣятельности почекъ, не сопровождаемыя однако появленіемъ эклампсіи. Бѣлокъ въ мочѣ встрѣчается у роженицъ чрезвычайно часто, а именно, по Fleischlen'у, въ 17% общаго числа роженицъ (25% у первородящихъ и 8% у многородящихъ), по Winkel'ю въ 20%, по Ingerslev'у въ 32%, по Moerike въ 37%. Если даже допустить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло идетъ здѣсь только о простомъ прохожденіи бѣлка чрезъ эпителиальныя кѣтки, какъ это встрѣчается и въ другихъ случаяхъ при сильномъ напряженіи мышцъ, то все-таки часто наступаютъ явленія, вполне аналогичныя тѣмъ, которыя свойственны «почкѣ беременныхъ» (см. стр. 7), а именно: сильная альбуминурія, зернистые цилиндры и жирно-перерожденный эпителий. Между тѣмъ эклампсія въ этихъ случаяхъ обыкновенно не наступаетъ, тогда какъ она появляется нерѣдко, если измѣненія, свойственныя почкѣ беременныхъ, существуютъ уже въ теченіе болѣе долгаго времени.

И такъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ очень рѣзкое заболѣваніе почекъ, несомнѣнно находящееся въ этиологической связи съ эклампсією, эта послѣдняя не можетъ быть отождествляема безъ дальнѣйшихъ разсужденій съ острою урэмією.

Противъ такого отождествленія еще болѣе говорятъ тѣ случаи, въ которыхъ появляется полная картина эклампсіи безъ всякаго измѣненія въ почкахъ. Это бываетъ не особенно рѣдко, такъ какъ Ingerslev собралъ 106 случаевъ, въ которыхъ моча совсѣмъ не содержала бѣлка или въ которыхъ почки при анатомическомъ вскрытіи оказались вполне здоровыми. Если бы мы вздумали выдѣлить эти случаи въ особую группу и смотрѣть на нихъ не какъ на эклампсію, а какъ на острую эпилепсію, то очевидно, что мы выиграли бы этимъ очень немного, такъ какъ по формѣ своего проявленія они совершенно сходны съ эклампсією при альбуминуриі. Мало того, нѣтъ сомнѣнія, что случаи, въ которыхъ отсутствуетъ этиологическая связь между альбуминуриєю

и эклампсією, должны быть еще гораздо болѣе частыми, такъ какъ весьма нерѣдко приходится видѣть, что послѣ цѣлаго ряда экламптическихъ приступовъ моча содержитъ такія ничтожныя количества бѣлка, которыя съ одинаковымъ правомъ могутъ считаться результатомъ сильныхъ судорогъ. Слѣдовательно, если эклампсія не обуславливается ни самыми рѣзкими формами заболѣванія почекъ, ни внезапно появляющимися разстройствами въ дѣятельности этихъ органовъ, если она въ значительномъ числѣ случаевъ появляется безъ всякихъ признаковъ заболѣванія почекъ, то мы тѣмъ болѣе не имѣемъ права отождествлять эклампсію съ острою урэмією, хотя и нужно согласиться, что нѣкоторыя болѣзни почекъ играютъ въ этиологіи эклампсіи чрезвычайно важную роль.

Но, къ сожалѣнію, современное состояніе нашихъ знаній не позволяетъ намъ сказать объ этомъ предметѣ ничего положительнаго, такъ что въ настоящее время лучше всего не принимать окончательно ни одной изъ вышеизложенныхъ теорій и ограничиваться просто тѣми свѣдѣніями, болѣе или менѣе достовѣрными, которыя имѣются по вопросу о возникновеніи экламптическихъ судорогъ.

Kussmaul и Tenner своими многочисленными и тщательно проведенными опытами несомнѣнно доказали, что приступы, сходные съ экламптическими и epileptическими, появляются у животныхъ во всѣхъ опытахъ безъ исключенія, если прегражденъ доступъ артеріальной крови къ головному мозгу. Поэтому въ высшей степени вѣроятно, что экламптический приступъ обуславливается анэмією мозга. Но эта анэмія едва ли можетъ быть иною какъ вазомоторною, т. е. зависящею отъ спазма сосудовъ. Въ пользу этого говоритъ, во первыхъ, отсутствіе всякаго иного объясненія для анэмій головного мозга, во вторыхъ — чрезвычайно быстрое появленіе приступа и относительно быстрое возвращеніе къ нормальному состоянію, наконецъ, въ третьихъ, то обстоятельство, что анатомическія вскрытія въ большинствѣ случаевъ даютъ отрицательный результатъ; не слѣдуетъ также забывать, что при эклампсіи дѣйствуютъ благоприятно тѣ средства, которыя обладаютъ способностью расширять сосуды. Происходитъ ли здѣсь первичное возбужденіе одного только вазомоторнаго центра, которое путемъ спазма сосудовъ, снабжающихъ полушарія большого мозга, вызываетъ коматозное состояніе, а путемъ спазма сосудовъ, идущихъ къ Варолиеву мосту и продолговатому мозгу, вызываетъ судороги, или же здѣсь существуетъ первичное возбужденіе вазомоторнаго центра и двигательныхъ центральныхъ аппаратовъ, — этотъ вопросъ долженъ еще остаться открытымъ.

Какъ бы то ни было, въ высшей степени вѣроятно, что экламптический приступъ, подобно epileptическому, вызывается острою анэмією головного мозга, появившеюся въ слѣдствіе спазма сосудовъ.

Но самыя причины этого спазма до сихъ подъ еще неизвѣстны ¹⁾. Всѣ данныя говорятъ въ пользу того, что у беременныхъ, у родильницъ, а въ особенности у роженицъ, подобно тому какъ у дѣтей, существуетъ особенное предрасположеніе нервовъ, такъ что спазмъ сосудовъ наступаетъ подъ вліяніемъ такихъ причинъ, которыхъ при иныхъ условіяхъ было бы для этого недостаточно, т. е. вазомоторный центръ обладаетъ повышенной возбудимостью, въ особенности у роженицъ. Благодаря такому предрасположенію, спазмъ сосудовъ можетъ вызываться уже тѣми измѣненіями въ составѣ крови, которыя происходятъ при вышеупомянутыхъ болѣзняхъ почекъ. Другія раздраженія, вызывающія тотъ же самый эффектъ, очень трудно поддаются опредѣленію. Возможно, что способствующую роль, точно также какъ при эпилепсіи, играютъ раздраженія периферическихъ нервовъ; напр., можно представить себѣ дѣло такимъ образомъ, что судороги вызываются раздраженіемъ нервовъ матки или прижатіемъ сѣдалищнаго нерва.

Относительно другихъ условій, при которыхъ встрѣчается эклампсія, намъ прежде всего извѣстно, что она, какъ уже замѣчено, появляется гораздо чаще у такихъ женщинъ, которыя страдаютъ альбуминуріей, далѣе, что у первородящихъ она наблюдается гораздо чаще, чѣмъ у многородящихъ, и что беременность двойнями служитъ до нѣкоторой степени предрасполагающимъ моментомъ. Отъ заболѣванія эклампсіей не гарантируетъ никакой возрастъ и никакое общественное положеніе. Плохое питаніе и общее малокровіе нисколько къ ней не предрасполагаютъ, а напротивъ того, эклампсією особенно часто заболѣваютъ полнокровныя первородящія, у которыхъ подкожный жировой слой сильно развитъ. Необходимо еще замѣтить, что случаи заболѣванія эклампсіей поразительно учащаются въ сырую, холодную погоду.

Эклампсія принадлежитъ къ числу самыхъ опасныхъ осложненій родового акта, и значеніе ея тѣмъ болѣе важно, что она встрѣчается не особенно рѣдко. Одинъ случай эклампсіи приходится приблизительно на 500 родовъ.

Эклампсія обнаруживается чаще всего во время родовъ, но иногда еще во время беременности, или только въ родильномъ періодѣ.

Примѣч. Въ числѣ 316 случаевъ, собранныхъ Schroeder'омъ, эклампсія 62 раза обнаружилась во время беременности, 190 разъ во время родовъ и 64 раза въ родильномъ періодѣ, и притомъ большею частью въ теченіе первыхъ двухъ дней. Лишь рѣдко случается видѣть, чтобы женщина, однажды уже страдавшая эклампсіей, снова заболѣла ею въ одинъ изъ слѣдующихъ родильныхъ періодовъ. Что наследственность не совсѣмъ остается здѣсь безъ вліянія, это доказываетъ въ высшей степени интересный случай Elliot'a ²⁾, гдѣ эклампсіей страдало цѣлое семейство: мать, имѣвшая четырехъ дочерей, умерла вмѣстѣ съ двумя дочерьми отъ эклампсіи, третья дочь заболѣла эклампсіей на шестомъ мѣсяцѣ беременности, но выздоровѣла, а чет-

¹⁾ См. Osthoff, Volkmann's Samml. klin. Vortr., No. 266.—²⁾ l. c., p. 291.

вертая, которую наблюдалъ Elliot, совсѣмъ не представляла альбуминурии во время беременности, но за 14 дней передъ наступленіемъ родовъ появилось въ мочѣ значительное количество бѣлка, и въ самомъ началѣ родовъ наступили судороги, которыя окончились смертью.

Анатомическія измѣненія мало характерны. Чаще всего мы находимъ анемію и отекъ головного мозга, съ утолщеніемъ извилинъ, причѣмъ еще подлежитъ нѣкоторому сомнѣнію, слѣдуетъ ли смотрѣть на эти анатомическія измѣненія какъ на причину или какъ на послѣдствіе судорогъ. Кромѣ того, очень часто оказываются измѣненія въ почкахъ, начиная отъ застойной почки и кончая самыми высшими степенями паренхиматознаго нефрита. Расширеніе мочеточниковъ встрѣчается при анатомическомъ вскрытіи въ случаяхъ эклампсіи настолько часто, что Halbertsma ¹⁾ видѣлъ въ немъ настоящую причину заболѣванія почекъ и появленія эклампсіи. Въ сердцѣ довольно часто оказывается перерожденіе мускулатуры. Очень рѣдкая анатомическая основа эклампсіи была найдена Stumpf'омъ ²⁾ въ острой желтой атрофіи печени. Подобные же случаи описаны Ahlfeld'омъ ³⁾.

Симптомы.

Самый приступъ эклампсіи появляется иногда совершенно внезапно и неожиданно. Въ другихъ же случаяхъ ему предшествуютъ предвѣстники, именно — общее безпокойство, головныя боли, разстройства зрѣнія, тошнота, подергиванія въ мышцахъ или внезапное головокруженіе; это суть, такъ сказать, abortивные приступы эклампсіи. Пульсъ полонъ и твердъ. Самый приступъ эклампсіи имѣетъ полное сходство съ эпилептическимъ. При расширенныхъ зрачкахъ наступаетъ полная потеря сознанія, съ тоническими и клоническими судорогами. Вокругъ рта является пѣнистая жидкость, языкъ прикусывается въ нѣсколькихъ мѣстахъ, дыханіе становится стерторознымъ. Приступъ тянется иногда всего одну или двѣ минуты, но часто онъ бываетъ болѣе продолжителенъ, затѣмъ судороги ослабѣваютъ, на тѣлѣ появляется потъ, и послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго коматознаго состоянія больная пробуждается въ сильномъ изнеможеніи съ болями во всѣхъ членахъ, но спустя болѣе или менѣе долгое время появляется новый приступъ. Число приступовъ можетъ быть очень велико (до 30, и даже 70—80). Промежутки между ними все болѣе укорачиваются, больныя остаются и во время этихъ перемежекъ въ сопорозномъ состояніи, и на высотѣ развитія приступа можетъ послѣдовать смерть, болшею частью отъ апоплексіи или отъ отека легкыхъ. Въ случаяхъ, протекающихъ благопріятно, перемежки

¹⁾ Volkmann's Samml. klin. Vortr. V. No. 212. (Сообщеніе, сдѣланное на международномъ конгрессѣ врачей въ Коллегаревѣ въ 1884 году).—Verh. d. Münch. Gyn.-Congresses 1886, p. 161.—²⁾ Ber. u. Arb. III, p. 86.

становятся болѣе продолжительными, а самые приступы менѣе выраженными и болѣе короткими и въ концѣ концовъ совершенно прекращаются.

Температура тѣла вообще зависитъ отъ частоты и силы приступовъ. Обыкновенно она повышается прогрессивно и въ случаѣ смертельнаго исхода достигаетъ очень высокихъ цифръ передъ наступленіемъ смерти, а въ случаяхъ, оканчивающихся выздоровленіемъ, она понижается довольно быстро ¹⁾).

Потуги при эклампсiи въ большинствѣ случаевъ бываютъ очень сильны, такъ что роды часто даже оканчиваются въ неожиданно короткое время.

Распознаваніе.

Распознаваніе эклампсiи обыкновенно не представляетъ никакихъ трудностей. Отдѣльный приступъ эклампсiи, правда, ничѣмъ не отличается отъ эпилептического, но разница въ томъ, что при эпилепсiи приступы бывали уже раньше, а при эклампсiи за первымъ приступомъ быстро слѣдуютъ второй и третій. Истерическія судороги могутъ быть отличены на основаніи анамнеза, да и самый приступъ выражается иначе: онъ не сопровождается полною потерей сознанія, а послѣ него не бываетъ коматознаго состоянія. Апоплексія головного мозга влечетъ за собою паралитическія явленія, а что касается судорогъ, обусловленных острымъ малокровіемъ, то и онѣ также легко могутъ быть отличены отъ эклампсiи.

Предскаваніе.

Эклампсiя всегда имѣетъ очень серьезное значеніе. Прежде всего, жизнь роженицы подвергается самой серьезной опасности, если эклампсiическіе приступы слѣдуютъ быстро одинъ за другимъ. Коматозное состояніе становится болѣе глубокимъ, затѣмъ присоединяется отекъ легкихъ съ трахеальными хрипами, появляется ціанозъ, и больная легко можетъ умереть отъ задушенія или отъ упадка силъ.

Но и по окончаніи родовъ, хотя бы самые приступы прекратились, больная нерѣдко еще спустя нѣсколько дней умираетъ вслѣдствіе упадка силъ, при чемъ коматозное состояніе не ослабѣваетъ, а пульсъ, слѣвавшись очень малымъ, уже не возвращается къ нормѣ.

Свойства пульса вообще имѣютъ чрезвычайно важное прогностическое значеніе ²⁾). До тѣхъ поръ пока онъ остается твердымъ и напряженнымъ, больная еще не находится въ непосредственной опасности, хотя бы онъ и былъ довольно учащенъ. Но если пульсъ, значительно учащенный, становится малымъ и легко сжимаемымъ, то въ такомъ

¹⁾ Bourneville, Arch. de tocologie. Avril 1875, p. 193, и Dieudé, Thèse de Paris. 1875.—²⁾ Ballantyne, Sphygmographic tracings in puerperal eclampsia. Edinb. Obst. Soc. 14. 1. 1885.

случаѣ предсказаніе, какъ замѣтилъ впервые Schroeder, дѣлается почти абсолютно неблагоприятнымъ. Большая можетъ умереть очень быстро и неожиданно; мало того, если роды окончились даже благополучно, больная все-таки, при постепенномъ уменьшеніи пульсовой волны, можетъ умереть спустя нѣсколько часовъ, и если она даже пережила первые дни родильнаго періода, то она можетъ еще умереть между 4-мъ и 8-мъ днемъ послѣ родовъ.

Благоприятное предсказаніе даютъ тѣ случаи, въ которыхъ пульсъ остается полнымъ, въ которыхъ экламптические приступы прекращаются послѣ родовъ, и больная, находившаяся въ коматозномъ состояніи, пробуждается по прошествіи 6—12—24 часовъ въ полномъ сознаніи.

Но, конечно, и при этихъ благоприятныхъ условіяхъ необходимо обращать очень большое вниманіе на состояніе почекъ. Обыкновенно альбуминурия послѣ родовъ быстро уменьшается, но умѣренные количества бѣлка въ мочѣ часто остаются еще въ теченіе долгаго времени. Насколько часто присоединяются хроническія болѣзни почекъ,—это до сихъ поръ съ положительностью неизвѣстно. Чѣмъ быстрѣе развилось заболѣваніе почекъ, тѣмъ болѣе шансовъ на полное возстановленіе нормальнаго состоянія.

Къ эклампсіи нерѣдко присоединяются маниакальныя состоянія ¹⁾, при которыхъ предсказаніе, впрочемъ, относительно благоприятно.

Терапія.

Профилактическія мѣры бывають возможны довольно рѣдко, такъ какъ эклампсія большею частью обнаруживается неожиданно. По крайней мѣрѣ, можно сказать, что въ случаяхъ, въ которыхъ вниманіе врача возбуждено симптомами хроническаго нефрита, экламптические приступы обыкновенно не появляются. Но, какъ бы то ни было, рациональное лѣченіе нефрита во время беременности весьма желательно, и съ этою цѣлью лучше всего назначить строгую молочную діету ²⁾, горячія ванны или пилокарпинъ (см. ниже), а если болѣзнь продолжается по прежнему, то слѣдуетъ произвести искусственный выкидышъ или искусственные преждевременные роды (см. выш. I, стр. 245, и выш. II, стр. 7).

Если уже былъ одинъ приступъ эклампсіи, то настоятельно необходимо абсолютный наркозъ. При этомъ важно не столько то, какое средство будетъ употреблено, сколько именно то, чтобы наркозъ былъ достаточно глубокъ. Такъ какъ послѣднее требованіе всего быстрѣе можетъ быть исполнено хлороформомъ, то это средство и представляется весьма цѣлесообразнымъ, по крайней мѣрѣ, въ случаяхъ болѣе

¹⁾ Seydel, Viertelj. f. ger. Med. 1868. IX, p. 317.—²⁾ См. Tarnier, Ann. de gynec. 1876, p. 41.

настоятельныхъ. Когда наркозъ уже наступилъ, то для продолженія его можно съ пользою прибѣгнуть къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія въ большихъ дозахъ. G. Veit ¹⁾ въ послѣднее время, подобно многимъ другимъ авторамъ, горячо совѣтуетъ употреблять эти впрыскиванія съ самаго начала. Хлораль-гидратъ ²⁾, употребляемый или самъ по себѣ, или, въ болѣе неблагопріятныхъ случаяхъ, вмѣстѣ съ другими наркотическими, точно также оказался очень дѣйствительнымъ средствомъ (онъ назначается внутрь, или въ клистирахъ по 3—5 грам. pro dosi, или въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній раствора изъ 5 грам. въ такомъ же количествѣ воды, причѣмъ впрыскивается полный Правацовскій шприцъ, отъ 3 до 4 разъ кряду). Jenks ³⁾ видѣлъ въ одномъ случаѣ поразительно хорошій результатъ послѣ вдыханія амилъ-нитрита.

Наркотическія средства, какъ извѣстно изъ опыта, дѣйствуютъ очень благопріятно. Приступы прекращаются, если только наркозъ былъ достаточно глубокъ. Но обыкновенно, разумѣется, не слѣдуетъ допускать, чтобы больная пробудилась отъ наркоза раньше окончанія родовъ. Какъ только она становится безпоявною и начинаетъ метаться изъ стороны въ сторону, необходимо возобновить дозу. Наркотизація можетъ быть прекращена по окончаніи родовъ, если приступы прекратились.

Иногда оказывается необходимымъ поддерживать непрерывный наркозъ въ теченіе 12 часовъ или еще дольше. Благопріятное дѣйствіе наркотическихъ объясняется, конечно, тѣмъ, что они вызываютъ расширеніе сосудовъ.

Къ общимъ кровопусканіямъ, рекомендуемымъ многими авторами, мы вообще не совѣтуемъ прибѣгать. Приступы сами по себѣ не служатъ для нихъ показаніемъ, такъ какъ общее кровопусканіе ухудшаетъ составъ крови, а возобновленіе приступа гораздо вѣрнѣе можетъ быть предотвращено наркотическими средствами. Но у крѣпкихъ, полнокровныхъ роженицъ, представляющихъ признаки переполненія малаго круга, достаточно обильное кровопусканіе не можетъ, по крайней мѣрѣ, принести вреда, а напротивъ того можетъ, пожалуй, доставить временное облегченіе.

Что касается другихъ средствъ, предлагаемыхъ для лѣченія эклампсіи, то особеннаго вниманія еще заслуживаютъ попытки купировать приступы обильными выдѣленіями. Послѣ того какъ Jaquet ⁴⁾ справедливо совѣтовалъ для возбужденія сильнаго пота заворачивать больныхъ въ мокрую простыню, Breus ⁵⁾ въ послѣднее время съ хорошимъ результатомъ примѣнилъ и при эклампсіи гораздо сильнѣе

¹⁾ Volkmann's Samml. klin. Vortr., No. 304.—²⁾ Rabl-Rückhard, Berl. klin. Woch. 1869, No. 48; Martin, e. l. 1870, No. 1; Chouppre, Ann. de gyn., Janvier—Mars 1876; Testut, De l'emploi etc. Paris 1879.—³⁾ Philad. med. Times. August 1871, p. 404.—⁴⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. I, p. 100, и Poster, Amer. J. of med. sc. July 1873.—⁵⁾ Arch. f. Gyn., B. 19, p. 219,—B. 21, p. 142; см. также: Bar, Ann. de gyn. 1885. Avril.

дѣйствующія горячія ванны (45° Ц.), предложенныя Liebermeister'омъ для лѣченія Брайтовой болѣзни.

Съ этой же цѣлью многіе рекомендуютъ пилокарпинъ ¹⁾. Но, по наблюденіямъ Kleinwächter'a, Sänger'a, Fordyce Barker'a и Welponer'a ²⁾, къ которымъ мы съ своей стороны вполне присоединяемся, средство это должно употребляться съ величайшею осторожностью. Давать его слѣдуетъ только въ началѣ заболѣванія, при хорошемъ пульсѣ, не особенно глубокомъ коматозномъ состояніи и свободномъ дыханіи. Напротивъ того, при глубокомъ коматозномъ состояніи, а особенно — при начинающемся уже отека легкиихъ, пилокарпинъ можетъ вызвать трахеальные хрипы и повести къ смертельному исходу.

Въ акушерскомъ отношеніи нужно имѣть въ виду, что хотя приступы эклампсіи далеко не всегда прекращаются послѣ родовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже появляются только въ родильномъ періодѣ, но обыкновенно все-таки окончаніе родовъ оказываетъ благоприятное дѣйствіе въ смыслѣ уменьшенія судорогъ. Поэтому въ случаяхъ, въ которыхъ существуетъ возможность окончить роды безъ особенно насильственной операціи, мы должны извлечь младенца помощью поворота или щипцами, а иногда даже посредствомъ краниотоміи ³⁾.

Возможно скорое окончаніе родовъ еще особенно оправдывается въ интересахъ младенца, такъ какъ уже самыя судороги подвергаютъ жизнь его большой опасности, а съ другой стороны не подлежитъ сомнѣнію, что очень продолжительный и глубокой наркозъ, въ какомъ находится роженица, оказываетъ на него вредное дѣйствіе. Младенецъ при этомъ рождается иногда въ полнѣйшемъ сопорозномъ состояніи, и всѣ попытки къ его оживленію остаются безуспѣшными, хотя бы онѣ продолжались цѣлыми часами.

Если заболѣваніе развивается во время беременности, то, помимо наркоза, очень хорошо дѣйствуетъ еще потогонное лѣченіе; если же эклампсія появилась въ родильномъ періодѣ, то въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточно большихъ приѣмовъ морфія.

Прибавленіе.

Смерть матери во время родовъ.

Роженица можетъ во время родовъ умереть отъ различныхъ причинъ. Истощеніе слишкѣмъ продолжительною и слишкѣмъ трудною родою дѣя-

¹⁾ Fehling, Centralbl. f. Gyn. 1878, No. 9; Prochownick, e. l., No. 12; Bidder, e. l., No. 15; Stroynowski, e. l., No. 20; Schramm, e. l. 1879, No. 13; Braun, Berl. klin. Woch. 1879, No. 24.—²⁾ Kleinwächter, Wiener med. Presse. 1879, No. 17; Sänger, Arch. f. Gyn., B. XIV, p. 389; F. Barker, Puerperal diseases. 1884, p. 120, и Boston med. J. Febr. 20. 1879; Welponer, Wien. med. W. 1879, 52.—³⁾ См. Fehling, Med. Corresp.-Blatt. d. Würtemb. ärztl. Vereins. 1. Febr. 1876.

тельностью, перфорирующей разрывъ матки, эклампсія, апоплексія, острая анемія могутъ болѣе или менѣе внезапно причинить смерть. (О случаяхъ внезапной смерти вслѣдствіе эмболии легочной артеріи и прониканія воздуха въ вены матки, — случаяхъ, встрѣчающихся и у роженицъ, — мы будемъ говорить въ прибавленіи къ патологии родильнаго періода).

Если роды дѣйствительно начались, то въ случаѣ смерти матери желательнo, чтобы они были и окончены, все равно, живъ ли младенецъ или мертвъ. При живомъ младенцѣ окончаніе родовъ предписывается закономъ. Если роды могутъ быть окончены чрезъ естественные пути посредствомъ поворота и извлеченія за попку или посредствомъ извлеченія головки щипцами, то они и должны быть окончены такимъ способомъ; если же это невозможно, то слѣдуетъ тотчасъ же произвести кесарское сѣченіе. При мертвомъ младенцѣ опять-таки лучше всего не допускать до того, чтобы онъ остался въ тѣлѣ умершей матери, а врачебно-жизнейскія соображенія требуютъ окончанія родовъ особенно тогда, когда они были очень трудны и этимъ самымъ повели къ смерти матери.

Примъч. Впрочемъ, даже и послѣ смерти матери еще могутъ наступить самопроизвольные роды, благодаря тому, что младенецъ изгоняется сильнымъ внутрибрюшнымъ давленіемъ, происходящимъ вслѣдствіе образованія газовъ въ трутѣ умершей роженицы. Aveling ¹⁾ приводитъ цѣлый рядъ такихъ случаевъ, отчасти, конечно, совершенно невѣроятныхъ или изукрашенныхъ вымышленными подробностями ²⁾.

Преждевременное дыханіе и смерть младенца во время родовъ.

Литература: Krahn er, Deutsche Klinik 1852, No. 26.—Hecker, Verh. der Berliner geb. Ges., 1853. VII, p. 145.—Schwartz, Die vorzeitigen Athembewegungen. Leipzig 1858, и Arch. f. Gyn., B. I, p. 361.—Boehr, Henke's Zeitschr. 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. XXXVII, p. 145, и Der Scheintod Neugeborener. Jena 1871.—Poppel, M. f. G., B. 25. Suppl., p. 1.—Böing, D. i. Halle 1868.—Jacobi, D. i. Halle 1876.

Относительно терапіи см. также: Hüter, M. f. G., B. 21, p. 123.—Olshausen, Deutsche Klinik 1864, No. 36 etc.—Stempelmann, M. f. G., B. 28, p. 184.—Schroeder, Schw., Geb. u. Wochenb., 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. 5, p. 36.—Champney, Med. chir. Tr. Vol. LXIV.—Torggler, Wiener med. Bl. 1885, № 8—10.

Мы уже много разъ упоминали объ опасностяхъ, угрожающихъ младенцу во время родового акта, но подробно еще не говорили о томъ, какимъ образомъ эти опасности обнаруживаютъ свое дѣйствіе. Между тѣмъ, для акушера чрезвычайно важно знать, въ силу какого именно механизма наступаетъ смерть внутриутробнаго плода.

Обмѣнъ веществъ въ тѣлѣ плода тотъ же самый, что и въ тѣлѣ взрослого человѣка. Поддержаніе органовъ въ ихъ цѣлости и сохраненіе жизни возможны только тогда, когда организму доставляются кислородъ

¹⁾ London Obst. Tr. XIV, p. 240.—²⁾ Reimann, Arch. f. Gyn., B. XI, p. 215.

и удобоусвояемыя пищевыя вещества, такъ какъ всё многообразныя проявленія жизни обусловливаются тѣмъ, что притокъ кислорода къ сложнымъ химическимъ соединеніямъ организма и распаденіе ихъ на соединенія менѣе сложныя освобождаютъ связанныя въ нихъ химическія силы. Но между тѣмъ какъ во время внѣматочной жизни человѣкъ получаетъ кислородъ чрезъ легкія, а пищу — чрезъ пищеварительный каналъ, къ плоду оба эти вещества доставляются материнскою кровью чрезъ плаценту и пуповину. Продукты регрессивнаго метаморфоза, углекислота — во всякомъ случаѣ, но, вѣроятно, еще и простыя азотистыя соединенія, переходятъ въ плацентѣ изъ крови плода въ кровь матери и взаимно того получаютъ изъ кровяной плазмы матери болѣе сложные химическія соединенія, а изъ ея красныхъ кровяныхъ тѣлецъ — кислородъ. Если эта связь съ материнскими кровеносными сосудами будетъ въ какомъ нибудь мѣстѣ прервана, то плодъ долженъ задохнуться и умереть съ голоду. Но такъ какъ безъ пищевыхъ веществъ организмъ можетъ обходиться гораздо дольше, чѣмъ безъ кислорода, то плодъ умираетъ при явленіяхъ одного только задушенія.

Слѣдовательно, при нормальныхъ условіяхъ плодъ находится, въ околоплодной жидкости въ состояніи арноэ, т. е. онъ не имѣетъ никакой потребности въ дыханіи, потому что кислородъ въ избыткѣ доставляется ему другими путями.

При нормальныхъ условіяхъ это положеніе дѣла измѣняется только послѣ рожденія младенца. Хотя мы и должны допустить, что раздраженіе, производимое на влажную кожу холоднымъ воздухомъ, можетъ вызвать вдыхательныя движенія ¹⁾, однако необходимость наступленія дыханія связана не съ этимъ обстоятельствомъ, и здоровый младенецъ начинаетъ дышать очень скоро послѣ рожденія несомнѣнно потому, что, когда плацента отдѣлена вслѣдствіе сокращенія матки, онъ уже не получаетъ кислорода изъ прежняго источника. При этомъ Pflüger, Jolly и Rosenthal полагаютъ, что дѣйствительною причиною, столь быстро возбуждающею дыханіе, служитъ не накопленіе углекислоты въ крови плода, а недостатокъ кислорода, вліяющій именно такимъ образомъ, что продукты обмѣна веществъ, которые теперь окисляются уже въ недостаточной степени, производятъ быстрое и очень сильное раздраженіе продолговатаго мозга. Olshausen ²⁾ полагаетъ, что причиною, столь быстро вызывающею первое вдыхательное движеніе, служатъ измѣненныя условія кровообращенія въ черепѣ новорожденнаго, а Lohs ³⁾ видитъ ее въ томъ, что плацентарная кровь застаивается по направленію къ сердцу младенца.

Въ видѣ исключенія (въ случаѣ малокровія или смерти матери, или

¹⁾ Preyer (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 7, p. 241, и Phys. d. Foetus. Jena, p. 151) утверждаетъ, что раздраженіе кожи играетъ здѣсь первостепенную роль и что при не-нарушенномъ плацентарномъ дыханіи требуется только раздраженіе болѣе сильное.—²⁾ Tageblatt der Leipz. Naturforschervers. 1872, p. 81.—³⁾ Arch. f. Gyn., B. IV, p. 311.

прижатія пуповины, или преждевременнаго отдѣленія плаценты) притокъ кислорода изъ плаценты къ тѣлу младенца можетъ прекратиться еще до его рожденія. При этомъ происходитъ то же самое, что при нормальныхъ условіяхъ наступаетъ только послѣ рожденія младенца. Плодъ дѣлаетъ въ маткѣ первое дыхательное движеніе, которое влечетъ за собою тѣ же необходимыя послѣдствія, какія имѣетъ дыханіе, происходящее при нормальныхъ условіяхъ. Вопервыхъ, плацентарное кровообращеніе, какъ уже было объяснено въ вып. I, на стр. 63, останавливается совершенно или, по крайней мѣрѣ, значительно замедляется, такъ какъ кровяное давленіе въ правомъ желудочкѣ, которое поддерживаетъ плацентарное кровообращеніе чрезъ посредство Боталлова протока, сильно понижается вслѣдствіе внезапнаго и очень значительнаго расширенія русла легочной артеріи; вовторыхъ, въ воздухоносные пути вступаетъ та среда, которая окружаетъ дыхательныя отверстія младенца. Важная разница состоитъ только въ томъ, что при нормальныхъ условіяхъ эту среду представляетъ атмосферный воздухъ, кислородъ котораго въ легочныхъ пузырькахъ окисляетъ кровь младенца, между тѣмъ какъ при нахожденіи плода въ родовомъ каналѣ она состоитъ изъ околоплодной жидкости, слизи или крови. И такъ, при этихъ условіяхъ кровь младенца не окисляется въ легкихъ; послѣ перваго дыхательнаго движенія происходятъ новыя очень сильныя вдыханія, которыя, какъ бы дѣйствіемъ насоса, притягиваютъ кровь праваго сердца въ грудную кѣтку, но продукты регрессивнаго метаморфоза, не окисляющіеся ни въ плацентѣ, ни въ легкихъ, все болѣе и болѣе скопляются въ крови, и возбудимость продолговатаго мозга понижается настолько, что никакія раздраженія уже не могутъ вызывать дыхательныхъ движеній, а затѣмъ, вслѣдствіе паралича сердечныхъ нервовъ, останавливается и дѣятельность сердца, т. е. наступаетъ смерть плода.

Примѣч. Несомнѣнно, что это есть обычный механизмъ, въ силу котораго происходитъ смерть плода въ полости матки. Но можетъ ли младенецъ, хотя бы видѣ исключенія, задохнуться въ полости матки, еще не сдѣлавъ ни однаго вдыханія, — это вопросъ совершенно другой. Schultze признаетъ такую смерть плода въроятною и объясняетъ ее слѣдующимъ образомъ: Для того чтобы вызвать первое вдыханіе, требуется раздраженіе опредѣленной величины; но величина это, очевидно, можетъ быть наименьшею при нормальной возбудимости центральныхъ органовъ нервной системы и, наоборотъ, должна быть болѣе значительною, если воспримчивость къ раздраженіямъ понижена. Если обмѣнъ газовъ въ плацентѣ только незначительно воспрепятствованъ, то дѣятельность сердца ослабѣваетъ, а воспримчивость центральныхъ органовъ къ дѣйствующимъ на нихъ раздраженіямъ понижается, но въ то же время нарушеніе обмѣна газовъ можетъ быть не на столько велико, чтобы обязательно вызвать первое вдыханіе. Если при этомъ нарушеніе обмѣна газовъ возрастаетъ очень постепенно, то возбудимость центральныхъ органовъ все болѣе и болѣе падаетъ, и для того, чтобы вызвать первое вдыханіе, требуется съ каждымъ разомъ все болѣе сильное раздраженіе. Возбудимость можетъ такимъ образомъ понизиться настолько, что въ концѣ концовъ даже самое сильное раздраженіе, т. е. полный перерывъ плацентарнаго кровообращенія, уже не можетъ вызвать вдыханія при сопровождающемъ состояніи младенца.

Съ другой стороны, *Schultze* доказалъ, что арноё младенца, находящагося въ маткѣ, можетъ опять восстановиться, если плацентарное кровообращеніе было уже прервано, но затѣмъ причина, которую вызвана эта остановка кровообращенія, прекратила свое дѣйствіе. Если прекратились первоначальныя вдыханія, то и присасываніе крови къ легкимъ тоже прекращается, и тогда сосуды плацентарнаго кровообращенія могутъ опять наполняться кровью въ большемъ количествѣ. Если въ то же время устранено препятствіе, мѣшавшее плацентарному кровообращенію, то обмѣвъ газовъ можетъ сдѣлаться нормальнымъ.

Благодаря этимъ остроумнымъ соображеніямъ, становится понятно, что въ рѣдкихъ случаяхъ могутъ рождаться дѣти, находящіяся въ состояніи глубокой асфиксин или даже мертвыя, а между тѣмъ не представляющія никакихъ признаковъ преждевременнаго дыханія, и съ другой стороны, что дѣти, родившіяся въ превосходномъ состояніи, могли все-таки за нѣкоторое время до рожденія производить въ маткѣ дыхательныя движенія и находиться въ опасности задушенія.

Такъ какъ изъ опыта извѣстно, что давленіе, произведенное на головной мозгъ младенца во время родовъ, также можетъ имѣть самыя дурныя послѣдствія, то спрашивается, какимъ образомъ должно быть объяснено это неблагоприятное дѣйствіе, оказываемое сжатіемъ мозга. Сомнительно, разумѣется, чтобы давленіе, производимое на продолговатый мозгъ, могло своимъ раздражающимъ дѣйствіемъ непосредственно вызвать первое вдыханіе; но, во всякомъ случаѣ, давленіе на головной мозгъ вызываетъ замедленіе пульса, чрезъ посредство раздраженія блуждающаго нерва, и можетъ даже повести къ полной остановкѣ дѣятельности сердца, какъ это наблюдалъ *Donn* ¹⁾ въ случаяхъ труднаго извлеченія за попки; а такъ какъ это затрудняетъ обмѣвъ между кровью матери и кровью младенца, и, слѣдовательно, содержаніе кислорода въ крови младенца уменьшается, то возбудимость продолговатаго мозга падаетъ. Такимъ образомъ младенецъ, вслѣдствіе давленія на головной мозгъ, приходитъ въ сопорозное состояніе, которое можетъ усилиться настолько, что обычныя раздраженія уже не въ состояніи вызвать перваго вдыханія. Такое давленіе на головной мозгъ возможно тогда, когда черепъ младенца подвергается сильному сжатію въ узкомъ тазѣ, а равно и въ томъ случаѣ, когда головка слишкомъ сильно сжимается ложками щипцовъ. Но тотъ же самый эффектъ можетъ быть вызванъ и кровоизлияніями въ черепную полость. Если эти кровоизлиянія помѣщаются на большихъ полушаріяхъ и если они не очень обширны, то новорожденные иногда переносятъ ихъ поразительно хорошо, такъ какъ давленіе не дѣйствуетъ непосредственно на продолговатый мозгъ. Если же кровоизлияніе помѣщается въ области основанія черепа, то оно дѣйствуетъ чрезвычайно вредно и даже въ значительной степени затрудняетъ оживленіе мнимо-умершаго младенца посредствомъ искусственнаго дыханія, такъ какъ давленіе продолжается и послѣ рожденія младенца ²⁾.

Вдыхательныя движенія, совершавшіяся утробнымъ младенцемъ,

¹⁾ *Arch. f. Gynaek.*, V. VI, p. 365.—²⁾ См. *Frankenhäuser, M. f. G.*, V. 15, p. 368; *Poppel, l. c.*; *Schultze, Der Scheintod* Neugeb., p. 102; *Schwartz, Arch. f. Gyn.*, V. I, pp. 364 и 369.

могутъ быть легко и вѣрно констатированы при вскрытіи трупа, по признакамъ смерти отъ задушенія и утопленія. При вдыханіи, происходящемъ въ полости матки, попадаетъ въ воздухоносные пути околоплодная жидкость съ примѣсью сыровидной смазки, слизи или крови, а также и съ примѣсью первороднаго кала, который всегда извергается при начинающемся сопородномъ состояніи, и всѣ эти инородныя вещества могутъ быть найдены при вскрытіи трупа. Инородныя вещества не оказываются только въ очень исключительныхъ случаяхъ, а именно, когда дыхательныя отверстія были прикрыты кускомъ плоднаго пузыря или стѣнками родового канала.

Другое очень важное и въ то же время болѣе постоянное анатомическое измѣненіе, находимое въ трупахъ такихъ младенцевъ, состоитъ въ гипереміи легкыхъ, которая всегда бываетъ настолько сильна, что дѣло доходитъ до кровоизліяній. Такъ какъ легочныя пузырьки, по недостатку воздуха, не могутъ расширяться, и такъ какъ легкія поэтому не могутъ слѣдовать за расширяющеюся грудною кѣткою, то при активномъ расширеніи послѣдней присасывается кровь въ грудную полость; всѣ вѣтви легочной артеріи при этомъ переполняются кровью и изъ нихъ происходятъ кровоизліянія (такъ называемые *Bayard*'овскіе эххимозы). Эти кровоизліянія, которыя могутъ быть очень различной величины (иногда очень мелкія, а иногда величиною до чечевицы) и которыя помѣщаются подъ легочною и реберною плеврою, а также и подъ околосоердечною сумкою, составляютъ постоянное анатомическое явленіе у дѣтей, умершихъ отъ задушенія въ полости матки.

Выраженіе «асфиксія» или «мнимая смерть», которымъ обозначаются послѣдствія нарушеннаго обмѣна газовъ, заимствовано, очевидно, отъ самыхъ высшихъ степеней этого состоянія, при которыхъ младенецъ не обнаруживаетъ никакихъ признаковъ жизни, кромѣ очень замедленной дѣятельности сердца. Однако, предшествующія стадіи тоже чрезвычайно важны, такъ что даже самые легкіе случаи, въ которыхъ младенецъ, быть можетъ, сдѣлалъ въ маткѣ всего одно дыхательное движеніе, а затѣмъ родился полный жизни, и въ которыхъ послѣ рожденія его присутствіе инородныхъ тѣлъ указывается только влажными хрипами въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ, требуютъ самаго заботливаго отношенія со стороны врача, потому что при первомъ вдыханіи попали въ легкое несвойственныя ему инородныя вещества, которыя могутъ вызвать въ немъ смертельное воспаленіе.

Своевременное распознаваніе начинающейся асфиксіи имѣеть весьма важное значеніе относительно предсказанія и терапіи. Хотя у насъ и имѣются очень важные діагностическіе признаки, но все-таки иногда этотъ діагнозъ можетъ представлять большія трудности. Нарушеніе обмѣна газовъ, производя раздраженіе блуждающаго нерва, всегда влечетъ за собою уменьшеніе частоты пульса, а такъ какъ сердцебиеніе младенца можетъ быть съ точностью контролируемо посред-

ствомъ стетоскопа, то этотъ признакъ оказывается весьма драгоцѣннымъ. Но раздраженіе блуждающаго нерва можетъ быть вызвано уже и такими причинами, которыя еще не могутъ вызвать перваго вдыханія. Слѣдовательно, вопросъ сводится къ тому, какое измѣненіе въ частотѣ пульса можетъ быть признано достаточнымъ, чтобы свидѣтельствовать о начавшейся асфиксіи и уже наступившемъ вдыханіи. Дѣло именно въ томъ, что первое вдыханіе играетъ здѣсь самую важную роль, такъ какъ оно очень значительно понижаетъ энергію плацентарнаго кровообращенія, и, слѣдовательно, обмѣнъ газовъ еще болѣе затрудняется.

Рѣшить этотъ вопросъ очень трудно, такъ какъ значительное уменьшеніе частоты пульса встрѣчается иногда и безъ вдыхательныхъ движеній. Уже обыкновенное родовое сокращеніе матки иногда значительно уменьшаетъ частоту пульса, а еще чаще это бываетъ при очень сильныхъ потугахъ, слѣдующихъ быстро одна за другою. Указать опредѣленную частоту ударовъ сердца, при которой обыкновенно начинается преждевременное дыханіе, мы не имѣемъ никакой возможности. Рѣшающее значеніе имѣетъ здѣсь то обстоятельство, возвращаются ли сердечные удары постоянно къ своей прежней частотѣ, или же замедленіе ихъ увеличивается прогрессивно. Если вначалѣ число ударовъ сердца равнялось вѣдъ потуги 150-ти въ минуту, а во время потуги—120-ти, и если эти цифры постоянно падаютъ, напр., сначала до 140 и 110, затѣмъ до 130 и 100, 120 и 90, 110 и 80, то нѣтъ никакого сомнѣнія, что жизнь младенца находится въ опасности. Но одновременное паденіе частоты пульса, хотя бы ниже 100 ударовъ въ минуту, ничего еще не доказываетъ.

Необходимо еще замѣтить, что въ рѣдкихъ случаяхъ частота сердцебиенія младенца безпрестанно увеличивается, доходя до 180 и даже 200 ударовъ въ минуту. Подобные случаи сообщены Hohl'емъ, Stoltz'омъ, Cazeaux, Kiwisch'емъ, Hüter'омъ, Schroeder'омъ и Ols-hausen'омъ. Повидимому, это бываетъ въ особенности тогда, когда головка при узкомъ тазѣ была съ большою силою вколочена дѣйствіемъ потугъ. Возможно, что это учащеніе ударовъ сердца обуславливается сильнымъ давленіемъ на головной мозгъ, которое вызвало параличъ блуждающаго нерва. Намъ приходилось видѣть случаи, въ которыхъ состояніе это продолжалось до 12 часовъ и еще болѣе. Въ концѣ концовъ наступаетъ замедленіе и полная остановка дѣятельности сердца.

Другой очень важный признакъ, и въ то же время самый ранній результатъ начинающейся асфиксіи, состоитъ въ выдѣленіи первороднаго кала, которое обуславливается не столько давленіемъ опускающейся грудобрюшной преграды и расслабленіемъ сфинктера прямой кишки при начинающемся сопородномъ состояніи, сколько именно тѣмъ, что уже въ самомъ началѣ появленія асфиксіи обыкновенно наступаетъ усиленная перистальтика кишекъ. Этотъ признакъ оказывается однако непригоднымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда, при ягодичномъ положеніи мла-

денца, подлежащія ягодицы находятся уже въ маломъ тазу, потому что первородный калъ при такихъ условіяхъ выдавливается механически. Но при черепныхъ и поперечныхъ положеніяхъ младенца выдѣленіе околоплодной жидкости, содержащей примѣсь первороднаго кала, имѣетъ очень важное значеніе, такъ какъ оно указываетъ на сопорозное состояніе, при которомъ младенецъ обыкновенно уже производилъ дыхательныя движенія въ полости матки. Съ другой стороны, однако, нужно замѣтить, что при трудныхъ родахъ выдѣленіе первороднаго кала иногда задолго предшествуетъ уменьшенію частоты сердечныхъ звуковъ, а въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ и то, что плодъ во время родовъ, иногда даже еще во время беременности, выдѣляетъ первородный калъ въ окружающую жидкость, хотя жизнь его никогда и не находилась въ опасности.

Примѣч. Вдыхательныя движенія младенца иногда обнаруживаются еще и при другихъ обстоятельствахъ. Такъ напр., очень часто случается видѣть, что младенецъ, рождающійся въ тазовомъ положеніи, начинаетъ производить дыхательныя движенія еще въ то время, когда головка его находится въ родовыхъ путяхъ матери. Рѣже случается ощущать дыхательныя движенія рукою, введенною напр. для поворота, еще въ то время, когда весь младенецъ находится въ полости матки.

Авторы, заслуживающіе полного довѣрія, говорятъ, что въ очень рѣдкихъ случаяхъ имъ приходилось слышать крикъ младенца, еще находящагося въ маткѣ (*vagitus uterinus*). Очевидно, что этотъ крикъ возможенъ только при особенно благоприятныхъ условіяхъ, а именно, когда въ полость матки попадаетъ воздухъ по той или другой причинѣ, напр., вслѣдствіе введенія руки или инструментовъ, такъ что даже при преждевременномъ дыханіи младенецъ можетъ вдохнуть такое количество воздуха, котораго достаточно для того, чтобы при послѣдующемъ выдыханіи произвести звукъ. Напримѣръ, *Bartscher* ¹⁾ наблюдалъ это явленіе въ двухъ случаяхъ, когда онъ вводилъ свои пальцы въ ротъ младенца для извлеченія послѣдующей головки. *Kristeller* ²⁾ слышалъ этотъ звукъ въ то время, когда онъ старался наложить ложки щипцовъ на голову, стоявшую высоко и подвижно надъ тазовымъ входомъ, а *Guthertz* ³⁾—при ягодичномъ положеніи младенца и очень вяломъ состояніи матки, когда онъ ввелъ въ нее всю руку. (Случай, о которомъ тамъ же сообщаетъ *Kuby*, сюда не относится, такъ какъ ротъ анемцефалика, имѣвшаго лицевое положеніе, уже находился внѣ родоваго канала въ то время, когда былъ услышанъ крикъ). Цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ, отчасти, впрочемъ, не воишь достоверныхъ, можно найти у *Kunze* ⁴⁾ и *Falk'a* ⁵⁾.

Schultze ⁶⁾ въ двухъ случаяхъ констатировалъ при выслушиваніи матки несомнѣнный дыхательный шумъ и вмѣстѣ съ тѣмъ ощущалъ дыхательныя движенія рукою, введенною въ полость матки.

Предсказаніе для младенца при преждевременномъ дыханіи всегда серьезно. Даже въ самыхъ легкихъ случаяхъ, въ которыхъ младенецъ родился полнымъ жизни, инородныя тѣла, проникшія въ воздухоносные пути, могутъ вызвать въ легочной ткани смертельную лобулярную пневмонію, или септическое зараженіе ⁷⁾. Въ другихъ случаяхъ, закупоривая дыхательныя пути, они могутъ механически препятствовать прониканію

¹⁾ M. f. G., B. 9, p. 294.—²⁾ M. f. G., B. 25, p. 321.—³⁾ Bair. Intelligenzblatt 1865, No. 22.—⁴⁾ Der Kindermord. Leipz. 1860, p. 101.—⁵⁾ Viertelj. f. ger. Med. 1869. X, p. 12.—⁶⁾ Deutsche Klin. 1857, No. 28; 1859, No. 3.—⁷⁾ *Küstner*, Arch. f. Gyn., B. XI, p. 256. См. также: *Geul*, Arch. f. Gyn., B. 15, p. 384.

воздуха въ легочные пузырьки. Если существуетъ настоящая асфиксія, то возбудимость продолговатаго мозга можетъ быть понижена до такой степени, что или появляются только слабыя, поверхностныя вдыханія, которыя не могутъ вводить достаточнаго количества воздуха въ легкія, или дыханіе даже не наступаетъ вовсе, а сердечныя звуки становятся все болѣе и болѣе рѣдкими, и младенецъ умираетъ непосредственно послѣ рожденія.

Рациональная терапія значительно улучшаетъ предсказаніе. Она должна главнымъ образомъ выполнить слѣдующія три задачи: 1) младенецъ, начавшій производить дыхательныя движенія, долженъ быть по возможности скорѣе поставленъ въ такія условія, чтобы онъ могъ вдыхать атмосферный воздухъ; 2) инородныя тѣла, проникшія въ дыхательныя пути, должны быть изъ нихъ удалены; 3) если возбудимость продолговатаго мозга настолько понижена, что вдыханія сами собою не наступаютъ вовсе или остаются очень слабыми, то необходимо посредствомъ искусственнаго дыханія возстановить нормальное состояніе центральныхъ органовъ.

Выполненіе перваго изъ этихъ трехъ показаній составляетъ задачу чисто акушерскую, о которой мы уже неоднократно говорили въ ученіи объ операціяхъ. Остальныя два показанія могутъ быть болѣе или менѣе выполнены различными путями.

Весьма цѣлесообразно и для удаленія инородныхъ веществъ едва ли чѣмъ либудь замѣнимо лѣченіе преждевременнаго дыханія введеніемъ катетера въ дыхательныя пути. Для этого употребляется эластическій катетеръ, толщиною не болѣе $3\frac{1}{2}$ миллиметровъ. Нѣсколько приподнявъ надгортанникъ указательнымъ пальцемъ, введеннымъ въ полость зѣва, вводятъ эластическій катетеръ въ дыхательное горло на такую глубину, пока это возможно безъ большаго насилія. Затѣмъ, высасывая воздухъ изъ катетера, втягиваютъ въ него инородныя вещества, находящіяся въ дыхательныхъ путяхъ, такъ что по вынутіи катетера они могутъ быть легко изъ него удалены. Если дыхательныя пути младенца сильно переполнены инородными веществами, то въ такомъ случаѣ высасываніе должно быть повторяемо до тѣхъ поръ, пока катетеръ еще наполняется. Очень часто при этомъ, благодаря раздраженію, производимому катетеромъ, появляются самопроизвольныя вдыханія, такъ что искусственное дыханіе оказывается уже излишнимъ. Когда дыхательныя пути совершенно освобождены отъ инородныхъ веществъ, то съ умѣренной, но постепенно возрастающею силою вдуваютъ чрезъ катетеръ воздухъ въ легкія и опять удаляютъ его оттуда, слегка надавливая на грудную кѣтку. Это продолжается до тѣхъ поръ, пока младенецъ не станетъ дышать самопроизвольно.

Введеніе катетера обыкновенно удается безъ всякихъ трудностей, и инородныя вещества, попавшія въ дыхательныя пути, могутъ быть при его помощи удалены весьма совершенно. Если околоплодная жидкость

содержала значительную примѣсь первороднаго кала, то въ такомъ случаѣ катетеризація особенно необходима, даже у такихъ дѣтей, которыя хотя и дышатъ самопроизвольно, но у которыхъ присутствіе хриповъ указываетъ на то, что въ дыхательныхъ путяхъ находятся инородныя вещества. Какъ бы ни было несомнѣнно, что околоплодная жидкость, кровь или слизь можетъ всосаться чрезъ слизистую оболочку дыхательныхъ путей, не оставивъ за собою никакихъ дурныхъ послѣдствій, и какъ бы часто намъ ни приходилось видѣть, что эти жидкости, вмѣстѣ съ кусочками первороднаго кала, извергаются новорожденнымъ младенцемъ при сильныхъ выдыхательныхъ движеніяхъ, но все-таки при преждевременномъ дыханіи кусочки первороднаго кала иногда попадаютъ въ болѣе мелкіе воздухоносные нути и выполняютъ ихъ настолько, что воздухъ не можетъ въ нихъ проникнуть даже при самыхъ глубокихъ вдыханіяхъ. Кусочки эти остаются тогда въ дыхательныхъ путяхъ и вызываютъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ образованіе гнѣздъ лобулярной пневмоніи. Такія инородныя вещества, конечно, могутъ быть удалены только посредствомъ высасыванія. При вдуваніи воздуха, если оно идетъ успѣшно, мы видимъ, что обѣ половины грудной кѣтки расширяются сильно и равномерно. Если же одна половина, въ большинствѣ случаевъ — лѣвая, расширяется менѣе другой, то обыкновенно намъ удается безъ труда ввести катетеръ въ соответствующій бронхъ, перемѣщая верхній конецъ инструмента къ противоположному углу рта.

Кромѣ этого способа для производства искусственнаго дыханія, оказался цѣлесообразнымъ еще и другой способъ, предложенный В. S. Schultze. Онъ состоитъ именно въ слѣдующемъ: Акушеръ, раздвинувъ ноги, держитъ между ними младенца, обращеннаго къ нему спиною, такимъ образомъ, что оба большіе пальца лежатъ на передней поверхности груди, оба указательные — подъ мышками, а остальные — на спинкѣ. Захвативъ младенца вышеозначеннымъ образомъ, акушеръ подбрасываетъ его вверхъ, такъ что нижній конецъ туловища перегибается по передней поверхности, и грудная кѣтка сильно сдавливается вслѣдствіе того, что туловище сгибается въ области поясничныхъ позвонковъ. Благодаря этому пассивному выдыхательному движенію, жидкости, попавшія въ дыхательныя пути, выступаютъ въ обильномъ количествѣ изо рта и носа. Послѣ этого, быстрымъ движеніемъ внизъ, опять выпрямляютъ младенца, такъ что онъ возвращается въ прежнее свое положеніе, и вмѣстѣ съ тѣмъ происходитъ очень сильное вдыханіе. Такимъ образомъ вдыхательныя и выдыхательныя движенія повторяются до тѣхъ поръ, пока младенецъ не начнетъ дышать самостоятельно.

Этотъ превосходно придуманный способъ Schultze имѣетъ въ практическомъ отношеніи очень важныя преимущества, заключающіяся, во-первыхъ, въ томъ, что онъ можетъ быть примѣненъ повсюду и безъ всякихъ приготовленій, а во-вторыхъ — въ томъ, что вдыханіе и выдыханіе могутъ совершаться при условіяхъ, вполне соответствующихъ

естественнымъ. На трупахъ мертворожденныхъ младенцевъ легко можно демонстрировать, что въ легкія, еще не дышавшія, вводится этимъ способомъ очень большое количество воздуха ¹⁾. Но мы не могли убѣдиться въ томъ, чтобы и удаленіе инородныхъ веществъ, попавшихъ въ дыхательные пути, достигалось при этомъ способѣ съ такимъ же совершенствомъ, какъ при введеніи катетера. Во всякомъ случаѣ, мы поступимъ хорошо, если будемъ предварительно высасывать инородныя вещества посредствомъ катетера и уже затѣмъ прибѣгать къ способу *Schultze*. Но и тогда этотъ способъ имѣетъ то неудобство, что при неискусномъ примѣненіи его могутъ быть причинены младенцу опасныя поврежденія, напр. переломы ключицъ и реберъ, или разрывы печени. Недавно, въ одномъ такомъ случаѣ, мы нашли селезенку совершенно оторванною, при обильномъ изліяніи крови въ полость брюшины; впрочемъ, этому поврежденію, навѣрное, значительно способствовала чрезмѣрная величина и тяжесть селезенки, а также брюшная водянка, которою страдалъ сифилитическій плодъ.

Примѣч. Изъ другихъ методовъ искусственнаго дыханія слѣдуетъ еще упомянуть о способѣ *Lahs'a* ²⁾: акушеръ, положивъ младенца горизонтально, быстро притягиваетъ его къ себѣ, а затѣмъ опять отталкиваетъ въ обратномъ направленіи. *Lahs* полагаетъ, что этотъ способъ соединяетъ въ себѣ искусственное дыханіе, раздраженіе кожи и удаленіе инородныхъ веществъ.

По *Schroeder's*, можно производить расширеніе грудной клѣтки во время купанія ребенка, поддерживая его только на спинкѣ, такъ что головка, тазъ и верхнія конечности свѣшиваются внизъ; затѣмъ сильное выдыханіе достигается такимъ образомъ, что младенца сгибаютъ по брюшной поверхности, и одновременно надавливая на его грудную клѣтку.

Но эти послѣдніе методы, что касается эффекта, производимаго вдыханіемъ, рѣшительно уступаютъ способу *Schultze* и вдуванію воздуха. Фарадизація *pp. phren.*, предложенная *Pernice* о мѣ, имѣетъ больше научнаго интереса, чѣмъ практическаго значенія. Способъ *Marshall Hall's*, рекомендуемый въ этихъ случаяхъ *Spiegelberg's* о мѣ, точно также оказывается для новорожденнаго мало цѣлесообразнымъ; то же самое можно сказать о способахъ *Silvester's*, *Pacini* и *Vain's*, при которыхъ вдыханіе производится подниманіемъ обоихъ плечъ или предплечій.

Правила для лѣченія асфиктическихъ новорожденныхъ могли бы быть формулированы слѣдующимъ образомъ:

Если новорожденный не дышетъ, то спустя 1—2 минуты слѣдуетъ перевязать пуповину, предварительно произведя нѣкоторое давленіе на матку, чтобы по возможности сохранить младенцу «запасную» кровь (см. вып. I, стр. 207). Перерѣзавъ пуповину, нужно сначала выкупать ребенка въ теплой ваннѣ, приготовленной заранее. Во время этого купанья можно опредѣлить степень асфиксіи, контролируя дѣятельность

¹⁾ Объ этомъ вопросѣ, важномъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи, см.: *Runge*, *Berl. klin. W.* 1882, No. 13, и *Viertelj. f. ger. Med. N. F. B.* 42. 1; *Hofmann*, *Wiener med. Bl.* 1884, No. 34, и *Wiener med. Woch.* 1885, No. 10; *Schautz*, e. l., №№ 29—30; *B. S. Schultze*, e. l. 1885, №№ 1—2; *Sommer*, *Viertelj. f. ger. Med. N. F. B.* 43. 2; *Skutsch*, *Deutsche med. Z.* 1886, No. 1. —²⁾ *Vorträge u. Abh. z. Tocologie. Marburg* 1884, p. 34, и *Arch. f. Gyn., V.* XXXVI, p. 173.

сѣрдца и реакцію, вызываемую раздраженіемъ кожи. Если тѣмъ временемъ не наступило самопроизвольное дыханіе, то слѣдуетъ приступить къ высасыванію инородныхъ веществъ изъ дыхательныхъ путей, и только тогда, когда эта задача уже исполнена, приступаютъ къ искусственному дыханію.

Сначала нужно производить искусственное дыханіе слѣдующимъ образомъ: Грудная клѣтка новорожденнаго, лежащаго спиною на твердой подстилкѣ, обхватывается обѣими руками, такъ что оба большіе пальца лежатъ на его грудной кости, а остальные 8 — на спинкѣ. Большими пальцами, въ не слишкомъ короткіе промежутки времени, надавливаютъ на грудину сверху внизъ, а затѣмъ давленіе это внезапно прекращается. Эластичность грудныхъ стѣнокъ вполне обнаруживаетъ свое дѣйствіе, и въ большинствѣ случаевъ асфиксіи этотъ простой и вмѣстѣ съ тѣмъ безопасный способъ искусственнаго дыханія оказывается совершенно достаточнымъ. Но если онъ не очень скоро вызываетъ самопроизвольныя вдыханія, то слѣдуетъ приступить къ вдуванію воздуха или осторожно примѣнить раскачиваніе по способу *Schultze*.

Если самопроизвольное дыханіе сдѣлалось сколько нибудь правильнымъ, хотя бы еще оставалось ненормально рѣдкимъ, и если новорожденный еще не начиналъ кричать, то въ это время умѣстны сильныя раздраженія кожи. Удары по тѣлу ребенка, производимые при первыхъ вдыханіяхъ или еще до ихъ появленія, совершенно безпѣльны; обрызгиваніе тѣла холодною водою точно также не приноситъ пользы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не смотря ни на какія средства, не удается вызвать крика, хотя ребенокъ дышетъ совершенно правильно. Такія дѣти обыкновенно скоро умираютъ вслѣдствіе ателектаза или пневмоніи.

Если при болѣе продолжительныхъ попыткахъ оживленія снова появляются хрипы, то слѣдуетъ на короткое время поставить ребенка головою внизъ. При этомъ жидкость, попавшая въ дыхательныя пути, обыкновенно вытекаетъ изъ ноздрей въ очень большомъ количествѣ. Можно также еще разъ повторить высасываніе посредствомъ катетера.

Слишкомъ поспѣшно примѣнять способъ *Schultze* или вдуваніе воздуха мы рѣшительно не совѣтуемъ: въ большинствѣ случаевъ удается оживить новорожденнаго, не прибѣгая къ этимъ крайнимъ средствамъ.

Ребенка не слѣдуетъ спускать съ глазъ до тѣхъ поръ, пока онъ не началъ громко кричать и производить сильныя движенія конечностями, а кожа его еще не получила нормальнаго ярко-краснаго цвѣта.

Патологія и терапія родильнаго (послѣродоваго) періода.

Въ этомъ отдѣлѣ мы будемъ говорить о всѣхъ тѣхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, которыя находятся въ причинной связи съ процессами родового акта, или съ нормальными отправлениями родильнаго состоянія, т. е. съ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ и усиленнымъ развитіемъ груди до той степени, какаа необходима для кормленія ребенка.

Важнѣйшія заболѣванія суть тѣ, которыя основаны на зараженіи раны въ половыхъ органахъ.

Заболѣванія эти имѣютъ въ высшей степени неодинаковое теченіе и даютъ совершенно различное предсказаніе; однимъ словомъ, въ клиническомъ отношеніи они чрезвычайно различны, но за то въ отношеніи этиологии несомнѣнно находятся между собою въ тѣсной связи.

Поэтому, предпославъ перечень литературы, мы приступимъ сначала къ изложенію этиологии.

Литература.

R. Lee, Research. on the path. etc. London 1833. Нѣмецкій переводъ Schneemann'a. Hannover 1834.—Eisenmann, Die Kindbettfieber. Erlangen 1834, и Die Wund- u. Kindbettfieber. Erl. 1837.—Helm, Monographie der Puerperalkrankh. Zürich 1840.—Kiwisch, Die Krankh. d. Wöchnerinnen. Prag 1840—41, и Klin. Vortr. 4. Aufl. B. I. Prag 1854, p. 600.—Litzmann, Das Kindbettfieber. Halle 1844.—Berndt, Die Krankh. d. Wöchnerinnen. Erlangen 1846.—Meckel, Charité-Annalen. 1854. V, p. 290.—C. Braun, Chiari u. Spaeth, Kl. d. Geb., p. 423.—Silberschmidt, Darst. d. Path. d. Kindbettfiebers. Erlangen 1859.—Hugenberg, Das Puerperalfieber. Petersb. med. Ztschr. Sep.-Abdr. 1862.—Leyden, Charité-Annalen 1862, B. X, H. 2, p. 22.—Fischer, e. l. 1864, B. XII, p. 52.—Hildebrandt, M. f. G., B. 25, p. 262.—Veit, Puerperalkrankheiten. 2. Aufl. Erlangen 1867. (Handb. d. spec. Path. u. Ther. von Virchow).—Le Fort, Les maternités. Paris 1866.—Winckel, Die Path. u. Ther. des Wochenbettes. Berlin 3. Aufl. 1878. Русскій переводъ подъ ред. М. И. Горвица.—Schroeder, Schw., Geb. u. W., p. 197.—Discuss. der. geb. Section d. Petersb. Aerzte. Petersb. med. Z. 1868, H. 6, p. 313.—Hervieux, L'Union méd. 1869, No. 129, и Traité des mal. puerp. etc. I. Paris 1870.—Evory Kennedy, Dublin quart. J. May 1869, p. 269.—Spiegelberg, Ueber d. Wesen d. Puerperalfiebers, въ Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipz. 1870, No. 3.—Florence Nightingale, Introductory notes on Lying-in Institutions. London 1871.—M. A. d'Espine, Archives générales. Octobre 1872.—Landau, Arch. f. Gyn., B. VI, p. 147.—Gruenewald, Volkmann's Samml. klin. Vorträge, No. 123.—Munro, Death in childbed and our lying-in-hospitals. London 1879.—Ingerslev, Sterbl. im Kindbett. Kopenhagen 1880 (рефератъ

въ Centr. f. Gyn. 1880, No. 15).—Credé, Gesunde u. kranke Wöchn. Leipzig 1886.
—M. Litten, Ueber septische Erkrankungen. Ztschr. f. klin. Med. II. 1881.—
Fritsch, Grundz. d. Path. u. Ther. d. Wochenb. Stuttgart 1884.—Lusk, Nature,
origin and prevention of puerper. fever. Internat. med. Congr. Philad. 1876.

Сущность заразных послеродовых болѣзней: Semmelweis, Die Aetiologie,
d. Begr. u. d. Prophyl. d. Kindbettfiebers, 1861, и Offener Brief an sämmtl. Prof. d.
Geb. Ofen 1862.—Hirsch, Historisch-geograph. Path. Erlangen 1862—1864. B. II,
p. 433.—Veit, M. f. G., B. 26, p. 173.—Ferber, Schmidt's Jahrb., B. CXXXIX,
No. 9.—Boehr, M. f. G., B. 32, p. 401.—Sage, Undersögelsel etc. Kjöbenhavn
1868; см. Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht über 1868. B. II. Abth. 3, p. 637.—
Coze u. Feitz, Gaz. méd. d. Strassb. 1869, p. 30.—Martin, Berl. klin. Woch.
1871, No. 32.—Hausmann, Ueber die Entsteh. d. übertragbaren Krankh. d. Wo-
chenbettes. Berlin 1875.—Heiberg, Die puerp. u. pyaemischen Prozesse. Leipz.
1873.—Превія въ Лондонскомъ Акушерскомъ Обществѣ, см.: Obst. Journ. of Gr. Brit.
May, June, July 1875.—M. Duncan, On the alleged occas. epid. prev. of Puerp.
Pyaem. a. of Erysipelas 1876.—Winckel, Ber. u. Studien etc. B. II. 1876, p. 242;
B. III. 1879, p. 355.—Kehrer, Beiträge. H. 4. 1875.—Karewski, Zeitschr. f.
Geb. u. Gyn., B. 7, p. 331.—Landau, Arch. f. Gyn., B. XXIII, H. 2.—Olshau-
sen, Kl. Beitr. z. Gyn. u. Geb. Stuttgart 1884, p. 133.—Dolérís, La fièvre puer-
pérale. Paris 1880.—Ahlfeld, Ber. u. Arb. Leipzig. B. I—III. 1885—1887.—A. Fraen-
kel, Deutsche med. Woch. 1884, No. 14.—Lomer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.,
B. 10, p. 366.—Ehrlich, Charité-Annalen. B. 7. 1882.—Kommerell, Mittheilun-
gen aus d. geb. gyn. Klinik z. Tübingen. 1884, p. 117.—Aufrecht, Tagebl. d. Mag-
deb. Naturforschervers. 1884, p. 204.—Noeggerath, Amer. J. of Obst. 1886, p. 449.
—Macdonald, Brit. med. J. 1884. 10. Mai.—Lomer, D. med. Wochenschr. 1887,
No. 6.—Gönnér, Cbl. f. Gyn. 1887, No. 28.—Felsenreich u. Miculicz, Pra-
ger Zeitschr. f. Heilkunde. II. 1881, p. 112.

Статистика: M. Duncan, On the mortality of childbed. Edinburgh 1870.—
Boehr, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. 3, p. 17.—Dohrn, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B.
12, p. 121.—Bokelmann, ibid., p. 143.

Симптомы и теченіе: Veit, M. f. G., B. 26, p. 127.—König, Archiv d. Heil-
kunde 1862. 3. Jahrg., p. 481.—Schroeder, M. f. G., B. 27, p. 108.—Baumfel-
der, Beiträge zu d. Beob. üb. Körperwärme. Leipz. 1867.—v. Gruenewaldt, Pe-
tersb. med. Z. 1868, H. 9, p. 152.—Olshauseu, Volkmann's Samml. klin. Vorträge.
Leipzig 1871, No. 28.

Патологич. анатомія: Virchow, Ges. Abh., p. 597, и Virchow's Arch., B.
XXIII, p. 415.—Buhl: Hecker u. Buhl, Klin. 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 sequ.—Maier, Virchow's Arch. 1864, B. XXIX, p. 526.

Терапія: Radecki, Petersb. med. Z. 1874. 4.—v. Gruenewaldt, Petersb.
med. Z. 1878. 48. 49.—Fritsch, Volkmann's Samml. klin. Vortr., No. 107.—Bi-
schoff, Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte, 1875, №№ 22 и 23.—Egli-Sinclair, e. l.
1877.—Zweifel, Berl. klin. Woch. 1878, No. 1.—Fehling, Arch. f. Gyn., B.
VIII, H. 2.—A. Schücking, Berl. klin. Woch. 1877, No. 26.—Münster, Zeit-
schr. f. Geb. u. Gyn., B. I, 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. II, p. 83.—J. Veit, Berl. klin. Woch. 1879, No. 23.—Thiede, Zeitschr.
f. Geb. u. Gyn., B. V, p. 87.—Runge, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 4, p. 195; B.
V.—Breisky, Prager Zeitschr. f. Heilk. 1880, No. 3, и Corresp.-Bl. f. schweiz.
Aerzte. III. 20.—Spiegelberg, Berl. klin. Woch. 1880, No. 22.—Bompiani,
Annali d'ostetr. III, №№ 3 и 4.—Gusserow, Berl. klin. Woch. 1882, No. 32.—
Fischel, Arch. f. Gyn., B. XX, p. 1.—Ehrendorfer, e. l., B. XXII, p. 84.—
Bar, Des méthodes antiseptiques en obstétrique. Paris 1883.—C. Fürst, Die Anti-
sepsis bei Schwangeren etc. Wien 1885.—Hofmeier, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. 5,
p. 175.—Säxinger, Mitth. aus d. geb. Kl. zu Tübingen. 1884.—Massari, Wien.
med. Pr. 1880, No. 39.—Runge, Verh. d. D. Ges. f. Gyn. München, p. 175; Vol-
kmann's klin. Vorträge, No. 287, и Arch. f. Gyn., B. XXX, p. 25.—Ehrendorfer,
Arch. f. Gyn., B. XXVII, p. 171.—Bokelmann, Berl. klin. Woch. 1887, No. 37.—
Kaltenbach, Volkmann's klin. Vortr., No. 295.—Apolant, Virchow's Arch., B.
106, p. 451.—Osterloh, D. Ztschr. f. pract. Med. 1875, No. 9.

Связь между родильной горячкой и рожей: Silberschmidt, Pathol. d. Kindbettfiebers. Erlangen 1859. — Hirsch, Histor.-geograph. Path., B. II, p. 430. — M. Duncan, On the . . . prevalence of puerperal pyaemia and of erysipelas. Edinburgh 1876. — Volkman, Handb. v. Pitha u. Billroth. I. 2, p. 146. — Hugenberger, Arch. f. Gyn., B. XIII, p. 387. — Gusselow, Arch. f. Gyn., B. XXV, p. 169. — Fränkel, D. med. Woch. 1884, No. 14. — Lomer, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. 10, p. 384. — Pihan-Du failly, Union méd. Août 1861. — Hill, Amer. Journ. 1850. — Kleinwächter, Wien. med. Pr. 1880, No. 29. — Brit. med. J. July 1831 (Эпидемія рожи).

Позднее изращение: J. Veit, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 6, p. 378. — Wiener, Bresl. ärztl. Zeitschr. 1882, No. 11. — P. Müller, Arch. f. Gyn., B. XX, p. 321. — Ahlfeld, Ber. u. Arbeiten. Leipzig 1883. B. 1, p. 210; B. 2, p. 178.

Этіологія заразныхъ послѣродовыхъ болѣзней.

Свѣжая рана, необходимая для пuerперального зараженія, имѣется у каждой родильницы. По окончаніи родовъ вся внутренняя поверхность матки представляетъ собою рану, такъ какъ отдѣленіе яйца отъ маточной стѣнки не происходитъ безъ того, чтобы на немъ не осталась нѣкоторая часть истинной отпадающей оболочки. Другая часть deciduae verae, оставшаяся въ маткѣ, представляетъ, слѣдовательно, раненую поверхность; но въ особенности такую представляеть decidua serotina, при чемъ на ней зіяютъ многочисленныя отверстія разорванныхъ венъ.

Кромѣ этой большой раны, почти у каждой родильницы существуютъ еще надрывы краевъ маточнаго зѣва и влагалищнаго входа. У первородящихъ эти надрывы, какъ въ одномъ, такъ и въ другомъ мѣстѣ, составляютъ постоянное явленіе.

Внутренняя поверхность самой матки бываетъ мѣстомъ зараженія не такъ часто, какъ раны маточной шейки, потому что инфицирующія вещества рѣже имѣютъ возможность проникнуть въ самую полость матки.

Гораздо труднѣе дать точный отвѣтъ на вопросъ о способѣ зараженія.

Мы знаемъ, что рана, поддерживаемая въ асептическомъ состояніи, заживаетъ легко и быстро, не вызывая ни воспалительныхъ явленій въ сосѣднихъ частяхъ, ни общаго заболѣванія всего организма.

Но въ процесѣ заживленія иногда наступаютъ разстройства, которыя, обнаруживаясь нагноеніемъ, гангреною, дифтеритомъ, рожею, флегмоною, лимфангоитомъ или флебитомъ, могутъ повести къ общему пѣмическому или септическому заболѣванію. При современномъ состояніи науки уже не подлежитъ сомнѣнію, что всѣ подобныя разстройства въ заживленіи раны вызываються микроорганизмами, хотя эти послѣдніе еще не вполне изучены и хотя мы въ настоящее время только еще начинаемъ сводить различныя явленія болѣзни къ опредѣленнымъ формамъ нисшихъ организмовъ.

Вообще, палочкообразные микроорганизмы (бациллы) должны быть признаны возбудителями гніенія, которые, получивъ доступъ къ ранѣ, вызываютъ въ ней разложеніе секретовъ. Шарообразныя же бактеріи

(микрококки) отличаются своею способностью проникать из раны въ окружающія живыя ткани, вызывая въ нихъ омертвѣніе, и даже попадать чрезъ лимфатическіе и кровеносные сосуды въ болѣе отдаленные органы, вызывая въ нихъ подобные же процессы.

У родильницъ, между тѣмъ, возбудители гніенія, повсюду имѣющіеся въ воздухѣ (убиквитарные микроорганизмы), легко попадаютъ въ половой каналъ. Это происходитъ несомнѣнно во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія, и такимъ образомъ у всякой родильницы существуетъ разложеніе секретовъ.

Послѣродовое очищеніе поэтому всегда содержитъ, кромѣ гнойныхъ тѣлецъ, очень большое количество микроорганизмовъ и издаетъ непріятный запахъ.

Болѣзненные явленія вызываются этимъ гнилостнымъ разложеніемъ только въ исключительныхъ случаяхъ, легче всего тогда, когда затруднено свободное выдѣленіе послѣродоваго очищенія (*lochiometra*). При этомъ поверхностные процессы гніенія вызываютъ или мѣстные воспалительные процессы, въ особенности — флегмонозные воспаленія соединительной ткани, или общее заболѣваніе организма (резорціонная лихорадка при *lochiometra*). Но эти нормальные, а иногда чрезмѣрно усиленные процессы гніенія въ половомъ каналѣ особенно важны еще и потому, что ослабляютъ жизненные свойства тканей, т. е. готовятъ почву такимъ образомъ, что патогенные микроорганизмы, вредное дѣйствіе которыхъ уничтожается въ другихъ случаяхъ эмигрировавшими безцвѣтными кровяными тѣльцами, находятъ возможность распространяться съ болшею легкостью и размножаться въ болѣе значительномъ количествѣ.

Но для поступленія патогенныхъ микроорганизмовъ это подготовленіе тканей, производимое процессами гніенія, не составляетъ необходимаго условія. Если микроорганизмы непосредственно перенесены изслѣдующимъ пальцемъ, то въ такомъ случаѣ свѣжая рана, хотя бы и небольшая, уже сама по себѣ оказывается достаточною для успѣшной прививки септического вещества, которое и вызываетъ септицемію.

Носители септического яда представляютъ очень мелкіе, своеобразно сгруппированные божки, изъ которыхъ главную роль въ этиологіи родильной горячки играетъ цѣпочный *streptococcus*, между тѣмъ какъ *staphylococcus* встрѣчается сравнительно рѣже.

Соотвѣствуютъ ли различнымъ клиническимъ формамъ заболѣванія специфически различныя микрококки, еще сомнительно. Во всякомъ случаѣ, до сихъ поръ не удалось провести между этими микрококками рѣзкую границу, которая была бы основана на ихъ морфологическихъ свойствахъ.

Aufrecht, на основаніи клиническихъ наблюденій и экспериментальныхъ изслѣдованій, признаетъ, что микрококкъ крупозной пневмоніи можетъ вызвать дифтеритическій пуэрперальный эндометритъ.

Авторы различаютъ самозараженіе родильницы и зараженіе

ея извнѣ. Въ послѣднемъ случаѣ патогенные микроорганизмы непосредственно переносятся на рану изслѣдующимъ пальцемъ, инструментами и т. п. Въ первомъ же случаѣ инфицирующее вещество имѣлось въ наличности уже раньше, напр. въ задержанной и гнющей плацентѣ, или въ гнющемъ тѣлѣ плода, или въ задержанныхъ выдѣленіяхъ.

Это подраздѣленіе, по всей справедливости, должно быть сохранено и въ настоящее время, и необходимо знать, что зараженіе извнѣ, т. е. путемъ непосредственной прививки носителей септического яда, вызываетъ вообще гораздо болѣе опасныя заболѣванія (септицемію, - піемію), сравнительно съ тѣми, которыя вызываются самозараженіемъ. Впрочемъ, абсолютную границу между самозараженіемъ и зараженіемъ извнѣ провести невозможно. Вопервыхъ, даже при такъ наз. самозараженіи возбудители болѣзни въ концѣ концовъ всегда происходятъ изъ внѣшней среды, такъ какъ, напримѣръ, гніеніе умершаго плода въ маткѣ невозможно безъ доступа воздуха; вся разница только въ томъ, что зараженіе происходитъ не непосредственно, а путемъ предварительнаго поступленія возбудителей гніенія въ содержимое полового канала. Вовторыхъ, ядовитое вещество, находящееся въ половомъ каналѣ, т. е. выдѣленіе, въ которомъ имѣются микрококки, иногда прививается только во время изслѣдованія пальцемъ, хотя бы даже совершенно чистымъ. Такимъ образомъ акушерское изслѣдованіе способствуетъ этой прививкѣ, какъ *causa efficiens*, хотя на самомъ пальцѣ и не было никакихъ инфицирующихъ веществъ.

Въ виду всего этого, разумѣется, чрезвычайно важно знать тѣ источники, изъ которыхъ, путемъ занесенія изслѣдующимъ пальцемъ, бѣльемъ, платешъ или инструментами, всего чаще проникаютъ въ пуэрперальныя раны опасныя для нихъ инфицирующія вещества.

Опасными въ этомъ отношеніи должны считаться всякія разлагающіяся органическія вещества, особенно, если они уже издають зловонный запахъ. Конечно, не всѣ зловонныя вещества такого рода должны быть непременно въ то же время носителями инфекціи, а съ другой стороны, инфицирующія вещества не должны обязательно издавать дурной запахъ. На практикѣ, однако, оказывается, что въ сомнительныхъ случаяхъ самымъ лучшимъ критеріемъ служить обонаніе, которое даже послѣ многократнаго и основательнаго обмыванія руки, кажущейся уже совершенно чистою, весьма нерѣдко даетъ намъ полную увѣренность въ томъ, что инфицирующее вещество еще не совсѣмъ удалено.

Изъ опыта извѣстно, что всего болѣе опасны выдѣленія больныхъ родильницъ (но также и выздоровѣвшихъ), затѣмъ — тканевыя жидкости (хотя бы не гнойныя и не ихорозныя), происходящія отъ флегмоны, рожи, дифтерита или скарлатины, далѣе — трупныя вещества, особенно отъ больныхъ, умершихъ вслѣдствіе септического зараженія,

наконецъ — ихорозныя выдѣленія раковыхъ опухолей и гнилостно разлагающійся выкидышъ.

Даже крайне ничтожнаго количества такихъ веществъ, котораго нельзя замѣтить ни глазомъ, ни обоняніемъ, можетъ оказаться совершенно достаточно, чтобы вызвать у роженицы самую острую септицэмію, которая очень скоро приводитъ къ смерти.

Особенный интересъ представляетъ вопросъ о связи между рожистымъ воспаленіемъ и пуэрперальными инфекціонными заболѣваніями. Многіе авторы говорятъ, что одинъ и тотъ же ядъ вызываетъ и рожистое воспаленіе, и родильную горячку. Но, тогда какъ Winkler заявляетъ, что въ органахъ и въ крови родильницъ, умершихъ отъ септицэміи, онъ находилъ специфическій рожистый микробоккъ (Fehleisen'a), разводки котораго будто бы вызывали рожу, — Гугенбергеръ, Gussegow и др. самымъ рѣшительнымъ образомъ отвергаютъ такую тождественность яда и не допускаютъ, чтобы рожистый процессъ могъ производить родильную горячку, или наоборотъ. Что у родильницъ часто встрѣчается рожистое воспаленіе, это совершенно понятно, такъ какъ у нихъ, вѣдь, всегда имѣются раны. И дѣйствительно, въ большинствѣ случаевъ рожа начинается у нихъ съ половыхъ органовъ.

Примѣч. Для очищенія инфицированной руки и приведенія ея въ асептическое состояніе очень важно, какъ долго она находилась въ соприкосновеніи съ заразными веществами. Если соприкосновеніе продолжалось короткое время, то въ такомъ случаѣ дезинфекція, судя по запаху, почти всегда достигается быстро и вѣрно. Иное дѣло, если соприкосновеніе продолжалось цѣлыми часами, напр. при анатомическомъ вскрытіи, при которомъ продолжительное соприкосновеніе руки съ жидкостями трупа вызываетъ въ ней инфильтрацію всего эпидермиса, а не только самаго верхняго клеточнаго слоя ¹⁾.

Въ дальнѣйшемъ изложеніи станетъ ясно, что инфекціонныя заболѣванія родильницъ обнаруживаются то въ видѣ легкой флегмоны наружныхъ половыхъ частей или въ видѣ легкаго параметрита, дающаго съ самаго начала хорошее предсказаніе, то въ видѣ самой тяжелой и сразу почти безнадежной септицэміи или пиэміи. Но при нѣкоторомъ знакомствѣ съ характеромъ этихъ различныхъ заболѣваній мы должны согласиться, что совершенно тождественная причина, совершенно одинаковый ядъ не можетъ лежать въ основѣ такихъ разнородныхъ процессовъ. Различіе это не можетъ также зависѣть и оттого, что въ одномъ случаѣ наступаетъ общее заболѣваніе организма, а въ другомъ заболѣваніе остается мѣстнымъ. Дѣло именно въ томъ, что при про-

¹⁾ По вопросу о томъ, нужно ли послѣ вскрытія трупа воздерживаться отъ акушерской практики или можно ограничиться основательною дезинфекціею руки, см. у слѣдующихъ авторовъ: v. Swieicki, Centr. f. Gyn. 1883, No. 16; Loehlein u. Fritsch, e. l., No. 23; Wiener, e. l., No. 24; Hofmeier u. Fritsch, e. l., No. 27; Goosch, e. l., No. 31; Wiedow, e. l., No. 37.

стомъ доброкачественномъ параметритѣ или даже флегмонозномъ воспаленіи наружныхъ половыхъ частей опытный практикъ уже съ перваго или втораго дня увѣренъ въ благоприятномъ предсказаніи, тогда какъ при септическомъ зараженіи злокачественный характеръ болѣзни обнаруживается довольно быстро.

Слѣдовательно, хотя мы не можемъ не признать, что въ каждомъ случаѣ заболѣванія, даже при самомъ простомъ и доброкачественномъ параметритѣ, носителями инфекціи служатъ микроорганизмы, но все-таки существуютъ основательныя данныя къ тому, чтобы отдѣлять септическія заболѣванія, въ настоящемъ смыслѣ слова, отъ инфекціонныхъ заболѣваній не-септического происхожденія. Должны ли мы въ такомъ случаѣ признать, что заболѣванія второй категоріи обуславливаются поступленіемъ простыхъ возбудителей гніенія, всегда имѣющихся даже въ нормальномъ послѣродовомъ очищеніи,—это еще съ положительностью не можетъ быть рѣшено; однако, въ настоящее время такое предположеніе должно считаться самымъ правдоподобнымъ, тѣмъ болѣе, что и совершенно нормальное послѣродовое очищеніе можетъ вызывать воспалительные процессы, какъ это несомнѣнно доказываютъ случаи флегмонознаго воспаления наружныхъ половыхъ частей и зараженія мочевого пузыря послѣродовымъ очищеніемъ, а также экспериментальныя изслѣдованія надъ животными.

Но провести абсолютную границу между септическими и не-септическими инфекціонными заболѣваніями родильницъ, такъ чтобы заболѣванія этихъ двухъ категорій не имѣли между собою ничего общаго, оказывается невозможнымъ, въ виду нѣкоторыхъ соображеній, доставляемыхъ опытомъ.

Напротивъ того, не подлежитъ сомнѣнію, что даже самые доброкачественные параметриты все-таки имѣютъ нѣкоторую этиологическую связь съ самыми тяжелыми формами родильной септицеміи. Это доказывается тѣмъ, что простые параметриты часто встрѣчаются наряду съ тяжелыми случаями инфекціоннаго заболѣванія во время всякой эпидеміи родильной горячки — все равно, обнаружилась ли она въ госпиталѣ или, напримѣръ, въ частной практикѣ повивальной бабки.

Даже въ нормальномъ послѣродовомъ очищеніи, а тѣмъ болѣе — въ ненормальномъ, всегда имѣются микроорганизмы самыхъ разнообразныхъ видовъ; но все-таки наиболѣе вѣроятнымъ должно быть признано, что неодинаковая злокачественность пuerperальныхъ заболѣваній зависитъ главнымъ образомъ оттого, какой именно изъ многочисленныхъ видовъ патогенныхъ микроорганизмовъ, одновременно находившихся въ той же питательной средѣ, поступилъ въ организмъ данной женщины. Между доброкачественными и злокачественными инфекціонными заболѣваніями родильницъ существуетъ, вѣроятно, такое же соотношеніе, какъ, напримѣръ, между скарлатиною и дифтеритомъ, которые очень часто

встрѣчаются рядомъ и этиологическіе субстраты которыхъ, очевидно, находятся другъ съ другомъ въ близкомъ родствѣ, хотя при всемъ томъ скарлатинная инфекція не тождественна съ дифтеритною.

Примѣч. Микроорганизмы септическихъ инфекціонныхъ болѣзней настолько малы, что нахождение ихъ было сопряжено съ величайшими трудностями.

Только изслѣдованіями Р. Косъа было доказано, что эти микроорганизмы встрѣчаются постоянно и что присутствіе ихъ всегда можетъ быть обнаружено. Благодаря усовершенствованному методу изслѣдованія (интенсивное освѣщеніе окрашенныхъ палочекъ и шариковъ, при полномъ исчезаніи структурной картины тканей), онъ получилъ возможность видѣть такіе мелкіе микроорганизмы, которые при прежнихъ методахъ или совсѣмъ оставались незамѣченными, или, по крайней мѣрѣ, могли быть видны только тогда, когда они скоплялись большими кучками. Благодаря этому усовершенствованному методу, Косъ доказалъ, что существуютъ специфическія формы мельчайшихъ бацилл и микрококковъ, которыя, будучи перенесены на другихъ животныхъ того же вида, всегда вызываютъ ту же самую вполне характеристичную форму инфекціоннаго заболѣванія, что, слѣдовательно, определенной морфологической формѣ микроорганизмовъ соотвѣтствуетъ также определенное теченіе болѣзненнаго процесса.

Къ сожалѣнію, относительно инфекціонныхъ заболѣваній ранъ у человѣка, въ смотря на многочисленныя попытки, ничего подобнаго до сихъ поръ еще не доказано, хотя и удалось открыть цѣлый рядъ вполне характеристичныхъ микроорганизмовъ, которые съ положительностью могутъ считаться носителями инфекціи.

Необходимо еще обратить особенное вниманіе на то, что пuerperальное зараженіе не есть болѣзнь специфическая, въ родѣ, напримѣръ, сибирской язвы, сыпнаго тифа и т. п. Скорѣе оно представляетъ не что иное, какъ піэмію или септицэмію, которыя наблюдаются и въ хирургической практикѣ. Если же пuerperальная инфекція даетъ иную картину болѣзни, то это зависитъ главнымъ образомъ отъ мѣста прививки и отъ тѣхъ путей, по которымъ распространяется привитой ядь, соотвѣственно направленію сосудовъ. Послѣ гинекологическихъ операцій иногда встрѣчаются заболѣванія, имѣющія чрезвычайное сходство съ пuerperальнымъ зараженіемъ, благодаря одинаковому исходному пункту болѣзненнаго процесса.

Отсутствіе специфичности доказывается и тѣмъ обстоятельствомъ, что роженицы и родильницы могутъ получать родильную горячку отъ больныхъ, страдающихъ флегмонозною рожею и другими подобными болѣзнями; въ особенности же это доказываетъ довольно часто наблюдавшимися случаями, въ которыхъ сидѣлки, имѣя рану на пальцѣ и заразившись отъ родильницы, страдавшей пuerperальной септицэміею, получали флегмонозное воспаленіе, съ исходомъ въ общее гнилостное зараженіе. Иногда инфекція передается также младенцу, до или послѣ его рожденія, и вызываетъ у него смертельную септицэмію.

Для того чтобы уяснить этиологию вообще и обозначить нѣкоторые источники, изъ которыхъ могутъ происходить инфицирующія вещества, мы приведемъ нѣсколько весьма убѣдительныхъ случаевъ, цитируемыхъ Нигсхемъ:

«Simps on рассказываетъ слѣдующее: Одинъ врачъ въ Лейсѣ (Leith) произвелъ вскрытіе трупа одной женщины, умершей вслѣдствіе тазоваго абсцесса; въ теченіе ближайшихъ 50-ти часовъ послѣ этого вскрытія онъ былъ призванъ къ 5-ти акушерскимъ случаямъ, и въ 4-хъ изъ нихъ очень скоро развилась родильная горячка, а въ одномъ случаѣ, въ которомъ женщина осталась здорова, она родила до его прибытія.

«Hutchinson сообщаетъ слѣдующій фактъ: Два врача, жившіе на разстояніи 10-ти англійскихъ миль одинъ отъ другаго, совмѣстнъ лѣчили одного больного, жившаго на пути между ихъ мѣстопробываніями и страдавшаго флегмонозною рожею;

послѣ того какъ оба врача, при посѣщеніи больного, тщательно изслѣдовали руками пораженную часть тѣла и въ особенности—ихорозную поверхность, каждый изъ нихъ въ ближайшіе затѣмъ 30—40 часовъ подавалъ посobie при родахъ на мѣстѣ своего постоянного жительства, при чемъ обѣ женщины заболѣли родильною горячкою и умерли.

«Robertson сообщаетъ слѣдующее объ эпидеміи, бывшей въ Манчестерѣ въ 1830 году: Акушерка Б. принимала 4 декабря 1830 г. у одной бѣдной женщины, которая вскорѣ затѣмъ умерла отъ родильной горячки; съ этого дня до 4 января 1831 года, т. е. ровно въ теченіе мѣсяца, та же акушерка принимала еще у 30-ти женщинъ, въ самыхъ различныхъ частяхъ предмѣстья, и изъ этихъ 30-ти родильницъ 16 заболѣли родильной горячкою и умерли. Это были первые и единственные случаи заболѣванія послѣ долгаго времени, въ теченіе котораго родильная горячка въ Манчестерѣ совсѣмъ не наблюдалась. Акушерки города, числомъ обыкновенно до 25-ти, принимали, въ среднемъ выводѣ, каждая у 90 роженицъ еженедѣльно, и изъ всѣхъ 380 роженицъ, у которыхъ онѣ принимали въ теченіе указанного мѣсяца, ни одна не заболѣла, за исключеніемъ тѣхъ, которыя были заражены акушеркою Б.»

Въ случаяхъ, описанныхъ подъ № 22, зараженіе произошло отъ фугаденическаго бубона и ущемленной гангренозной грыжи, а въ случаѣ № 23 — отъ гангренозной мошонки.

Semmelweis, въ своемъ классическомъ сочиненіи (на стр. 58), сообщаетъ слѣдующій фактъ: Въ родильной комнатѣ, на кровати № 1, съ которой началась визитация, лежала роженица, страдавшая ихорознымъ мозговиднымъ ракомъ. Затѣмъ врачъ осмотрѣлъ еще 12 роженицъ той же палаты, при чемъ изслѣдованіе производилось руками многихъ лицъ, его сопровождавшихъ. Всѣ 12 женщинъ заболѣли родильной горячкою, и изъ нихъ 11 умерли.

Съ тѣхъ поръ какъ вниманіе практическихъ врачей было обращено на возможность перенесенія инфекціи рукою, стало увеличиваться число сообщеній объ эпидеміяхъ родильной горячки, наблюдаемыхъ внѣ родильныхъ домовъ. Случаи злокачественныхъ заболѣваній, разносившихся при посредствѣ акушерокъ, сообщены Wermüller'омъ¹⁾, Mair'омъ²⁾, Stehberger'омъ³⁾, Kaufmann'омъ⁴⁾, Stage⁵⁾, Spiegelberg'омъ⁶⁾, Olshausen'омъ⁷⁾, Kraus'омъ⁸⁾ и Both'омъ⁹⁾.

Познакомившись съ сущностью и настоящею причиною послѣродовыхъ инфекціонныхъ заболѣваній, необходимо еще упомянуть о тѣхъ случаяхъ, которые способствуютъ возникновенію болѣзни.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь прививалась при посредствѣ изслѣдующаго пальца. Поэтому нигдѣ родильная горячка не встрѣчалась чаще, чѣмъ въ такихъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ, которыя служатъ цѣлямъ преподаванія, а особенно въ университетскихъ клиникахъ, гдѣ обучаются студенты, практически занимающіеся въ то же время анатоміей и хирургіей. Въ нѣкоторыхъ изъ такихъ учрежденій годичная смертность иногда даже превышала 25 0/0.

Благодаря тому, что въ настоящее время повсюду введена строгая дезинфекція рукъ, заболѣваемость и смертность родильницъ низведены до ничтожныхъ размѣровъ. Опасность для роженицъ въ родильныхъ домахъ

1) M. f. G., B. 25, p. 293; Boehl, e. l., B. XXXII, p. 409.—2) Bair. ärztl. Intelligenzblatt 1865, No. 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. 1874, p. 242.—8) Arch. f. Gyn., B. V, p. 562.—9) Bezirks-Vers. zu Zweibrücken. 2. Dec. 1874.

заключается теперь главнымъ образомъ въ принятіи первой, уже зараженной женщины, отъ которой болѣзнь можетъ затѣмъ получить дальнѣйшее распространение. Но и эта опасность въ хорошо устроенныхъ родильныхъ домахъ почти навѣрное можетъ быть устранена, если только септическое заболѣваніе поступившей женщины было немедленно распознано и если врачъ сообразно этому принялъ надлежащія мѣры.

Изъ случайныхъ моментовъ должны быть въ особенности упомянуты чрезмѣрно продолжительные и трудные роды, при которыхъ происходятъ болѣе обширныя и болѣе многочисленныя поврежденія (поэтому первородящія подвергаются большей опасности, чѣмъ многородящія). Особенно должны предрасполагать къ заболѣванію акушерскія операциа, а еще въ большей степени—обильныя кровотечения, такъ какъ послѣ нихъ усиливается всасываніе на всѣхъ слизистыхъ оболочкахъ и на всѣхъ раненыхъ поверхностяхъ. Наконецъ, въ числѣ благопріятствующихъ моментовъ необходимо еще упомянуть о предлежаніи плаценты. Мѣсто-нахожденіе большой плацентарной раны вблизи маточнаго зѣва благопріятствуетъ поступленію заразныхъ веществъ, переносимыхъ изслѣдующимъ пальцемъ или какимъ нибудь другимъ способомъ.

Значительная опасность всѣхъ этихъ моментовъ, въ смыслѣ возникновенія септической инфекции, понятна уже изъ сказаннаго нами о сущности зараженія и, между прочимъ, была подтверждена Semmelweis's'омъ на основаніи статистическихъ данныхъ.

Съ другой стороны, понятно и то, что женщины, родившія на улицѣ и уже затѣмъ поступившія въ родовспомогательное заведеніе, обыкновенно не заболѣваютъ даже тогда, когда тамъ господствуетъ эпидемія родильной горячки. То же самое относится и къ такимъ родильницамъ, которыя хотя и родили въ госпиталѣ, но ни разу не подвергались внутреннему изслѣдованію. Конечно, и у такихъ родильницъ зараженіе не исключено абсолютно, но тѣмъ не менѣе оно встрѣчается у нихъ чрезвычайно рѣдко. Дѣло въ томъ, что и послѣ родовъ еще можетъ наступить зараженіе извнѣ, или чрезъ посредство гніющихъ остатковъ плаценты и т. п.

Примѣч. Интересно, что въ тѣ времена, когда господствуютъ эпидемія родильной горячки, новорожденные дѣти нерѣдко также умираютъ отъ септического зараженія. Обыкновенно это послѣднее происходитъ со стороны пупочной раны (несомнѣнно чрезъ перевесеніе пальцами) и протекаетъ у новорожденнаго совершенно такимъ же образомъ, какъ родильная горячка у его матери. Появляется рожа брюшныхъ покрововъ, или воспалительный процессъ распространяется съ кѣтчатки, окружающей пупочные сосуды, на подбрюшинную соединительную ткань, и уже вторичнымъ путемъ вызываетъ смертельный перитонитъ. Самые сосуды, вмѣстѣ съ ближайшими къ нимъ тканями, могутъ при этомъ подвергнуться нагноенію или ихорозному разложенію; въ пупочныхъ артеріяхъ оказываются распавшіеся тромбы. Эмболическія гнѣзда въ другихъ органахъ встрѣчаются очень рѣдко, но за то очень часто присоединяется ихорэмическая пневмонія.

Историческія замѣчанія. Случаи остраго заболѣванія и смерти родиль-

ницъ отъ септического зараженія несомнѣнно встрѣчались во всѣ времена, и указанія на этотъ счетъ мы находимъ даже у авторовъ самой глубокой древности. Напримѣръ, Гипократъ приводитъ нѣсколько исторій болѣзни, относительно которыхъ не можетъ оставаться никакихъ сомнѣній. Подобные же случаи мы находимъ у Галена, Цельса, Авиценны и нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, вплоть до XVII столѣтія.

Но о настоящихъ эпидеміяхъ родильной горячки начали появляться сообщенія только съ тѣхъ поръ, какъ были учреждены особыя родовспомогательныя заведенія или, по крайней мѣрѣ, акушерскія отдѣленія при госпиталяхъ. Первое заведеніе подобнаго рода, въ которомъ получили свое акушерское образованіе такіе врачи, какъ Maugiseau и de la Motte, было учреждено при Hôtel Dieu, въ Парижѣ. Рецравскаиваетъ, что смертность родильницъ въ этомъ заведеніи во временахъ бывала очень велика, а особенно въ 1664 году. De la Motte также сообщаетъ объ эпидеміи, господствовавшей въ Hôtel Dieu въ 1678 году, и, кромѣ того, рассказываетъ еще объ одной эпидеміи, свирѣпствовавшей въ началѣ XVIII столѣтія въ Нормандіи, особенно—въ Казнѣ и Руанѣ. Въ другихъ городахъ, въ которыхъ были учреждены акушерскія отдѣленія, точно также вскорѣ появилась эпидемическая родильная горячка, напр., въ 1750 году—въ Лионѣ, въ 1760 и 1761 гг.—въ Лондонѣ (въ British Hospital и въ небольшомъ частномъ родильномъ заведеніи), въ 1765 и 1766 гг.—въ Копенгагенскомъ родильномъ домѣ, въ 1767 г.—въ Дублинѣ, черезъ 10 лѣтъ послѣ того, какъ тамъ было учреждено родовспомогательное заведеніе (Lying-in-Hospital). Въ Германіи первая эпидемія родильной горячки наблюдалась въ 1770 году въ Вѣнѣ, въ госпиталѣ св. Марка. Въ 1772 г. эпидемическая родильная горячка появилась и въ Эдинбургѣ, въ 1778 г.—въ Берлинѣ, въ 1781 г.—въ Касселѣ, и т. д. Самымъ убійственнымъ образомъ она свирѣпствовала въ парижскомъ Maternité, родовспомогательномъ заведеніи, отдѣленномъ отъ больницы Hôtel Dieu, и появлялась тамъ изъ году въ годъ. Въ 1829 г. умерли въ Maternité 252 родильницы изъ числа 2788-ми, въ 1831 г.—254 изъ 2907 (въ февралѣ 1831 г. родили въ одинъ день 6 или 7 женщинъ, и всѣ онѣ умерли). Въ Вѣнѣ родильная горячка также свирѣпствовала очень сильно. Въ 1823 г., въ теченіе февраля, марта и апрѣля, умерли въ этомъ городѣ не менѣе 133 родильницъ изъ числа 698-ми (т. е. 19%, по 3 трупа въ каждыя 2 дни). Въ 1842 г. умерли въ Вѣнскомъ родильномъ домѣ 518 родильницъ изъ 3287-ми (почти 16%), въ 1846 г.— 459 изъ 4010, а въ 1854 г.— 400 изъ 4593-хъ. Эти немногія цифры, къ которымъ легко можно было бы присоединить еще много другихъ совершенно аналогичныхъ, показываютъ, въ какой ужасающей степени господствовала иногда родильная горячка въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ.

Общепринятое теперь воззрѣніе, по которому родильная горячка можетъ переноситься при посредствѣ третьихъ лицъ, возникло первоначально въ Англіи, а затѣмъ было подробнѣе разработано въ Германіи.

Первый, высказавшій мнѣніе, что родильная горячка иногда переносится на здоровыхъ родильницъ врачами и акушерками, приходившими въ соприкосновеніе съ такими больными, былъ Denham. Затѣмъ въ Англіи очень скоро стали накопляться доказательства, свидѣтельствующія о возможности перенесенія болѣзни чрезъ посредство руки, и было опубликовано множество случаевъ, въ которыхъ родильницы заражались рукою врача не только отъ больныхъ, страдавшихъ пупереральной горячкой, но и отъ другихъ больныхъ, страдавшихъ флегмонозною рожею или ихорозными ранами, и поэтому въ Англіи уже съ давнихъ поръ существуетъ обычай, что врачъ, у котораго родильницы умираютъ отъ пупереральной горячки, отказывается на нѣкоторое время отъ практики. Дальнѣйшая разработка этого взгляда, особенно въ примѣненіи къ большимъ родильнымъ домамъ, и остроумное подтвержденіе его на основаніи цифръ составляетъ заслугу Semmelweis'sa, о которомъ всегда будетъ сохраняться память, какъ объ одномъ изъ благодѣтелей человечества. Сначала, въ 1847

году, Semmelweis заявилъ, что родильная горячка происходитъ вследствие зараженія трупнымъ ядомъ; но затѣмъ онъ самостоятельно развитъ свое воззрѣніе настолько, что господствующій теперь взглядъ на этиологию этой болѣзни, въ главныхъ своихъ чертахъ, долженъ быть признанъ его собственностью и личной заслугой.

Теперь мы приступимъ къ клиническому описанію отдѣльных заболѣваній, вызываемыхъ инфекціей, и разсмотримъ ихъ въ слѣдующемъ порядкѣ:

- 1) vulvitis и colpitis,
 - 2) доброкачественный (не-септический) параметритъ и периметритъ,
 - 3) пуэрперальная септицемія,
 - 4) пуэрперальная пиэмія,
 - 5) дифтеритическій (изолированный) эндокардитъ
- и 6) phlegmasi alba dolens puerperarum.

Хотя не во всѣхъ случаяхъ возможно провести между этими заболѣваніями клиническую границу, хотя эндокардитъ и phlegmasia dolens очень часто бываютъ только однимъ изъ проявленій септицеміи или пиэміи, хотя даже септицемія и пиэмія иногда комбинируются между собою, но все-таки обыкновенно слѣдуетъ регистрировать отдѣльный случай согласно вышеприведенной классификаціи, которая особенно необходима въ интересахъ діагностики и предсказанія, а также для точной характеристики картины того или другаго заболѣванія.

1. Vulvitis и colpitis puerperalis.

Поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ и влагалищнаго входа, которыя образуются во время родовъ и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ отсутствуютъ совершенно, очень часто подаютъ поводъ къ воспалительнымъ процессамъ въ этихъ областяхъ. Инфицирующей способности нормальнаго послѣродоваго очищенія совершенно достаточно для того, чтобы вызвать флегмонозное воспаленіе, которое обыкновенно, однако, ограничивается ближайшимъ сосѣдствомъ раны. Развитіе этого процесса всего чаще и съ наибольшею легкостью можетъ быть прослѣжено въ наружныхъ половыхъ органахъ. Въ этой области появляется воспалительный отекъ. Такъ какъ надрывы слизистой оболочки чаще всего помѣщаются съ правой и лѣвой стороны, доходя до внутренней поверхности малыхъ дѣтородныхъ губъ, то чаще всего припухаетъ одна изъ этихъ послѣднихъ, или обѣ вмѣстѣ. Рѣдко эта припухлость бываетъ очень значительна, и тогда она занимаетъ всю область наружныхъ половыхъ органовъ и распространяется на промежность.

Субъективные жалобы рѣдко бываютъ значительны. Лихорадки въ большинствѣ случаевъ не наблюдается вовсе, или, по крайней мѣрѣ, она не достигаетъ значительной степени, и температура въ скоромъ времени опять понижается до нормы.

Упомянутая припухлость появляется обыкновенно въ теченіе пер-

выхъ сутокъ послѣ родовъ, сравнительно рѣже — на вторыя сутки. Если она держится въ теченіе долгаго времени, то можетъ распространиться въ мочеиспускательный каналъ чрезъ его наружное отъерстіе и механическимъ путемъ вызвать задержаніе мочи. Это послѣднее, если оно зависитъ отъ означенной причины, не легко можетъ появиться раньше 6 го дня.

Замѣтному измѣненію подвергаются раны, существующія въ половомъ каналѣ. Подъ вліяніемъ послѣродоваго очищенія онѣ превращаются въ язвенныя поверхности, на днѣ которыхъ очень часто сидитъ грязный желтовато-сѣрый налетъ, образовавшійся вслѣдствіе поверхностнаго омертвѣнія тканей. Эти «пуэрперальныя язвы» составляютъ, въ особенности послѣ первыхъ родовъ, очень обыкновенное явленіе. Лихорадку онѣ точно также вызываютъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. При сколько нибудь значительномъ образованіи язвъ и обильномъ отдѣленіи гноя этотъ послѣдній, примѣшиваясь къ послѣродовому очищенію, обыкновенно придаетъ ему неприятный запахъ. Дно этихъ язвъ, по прошествіи 6—8 дней, очищается путемъ поверхностной отслойки и покрывается красными грануляціями, которыя обыкновенно на второй недѣлѣ родильнаго періода приводятъ къ образованію рубца.

Подобные же процессы, какъ въ наружныхъ половыхъ органахъ, несомнѣнно очень часто развиваются и во влагалищѣ, гдѣ они, впрочемъ, недоступны непосредственному осмотру глазомъ и вообще легко ускользаютъ отъ распознаванія, если остаются ограниченными и имѣютъ легкое теченіе. Часто, однако, уже и незначительныя флегмоны подслизистой ткани влагалища вызываютъ лихорадочное состояніе, причина котораго остается для врача неясною.

Если существуютъ обширныя и глубокія поврежденія маточной шейки и свода влагалища (какъ это особенно бываетъ послѣ наложенія щипцовъ при высоко стоящей головкѣ и послѣ операций, уменьшающихъ объемъ плода), то дѣло можетъ дойти до очень обильнаго зловоннаго нагноенія, или даже могутъ развиваться дифтеритическіе процессы, которые сопровождаются высокою лихорадкою и, по прошествіи многихъ недѣль, приводятъ къ значительнымъ рубцовымъ суженіямъ влагалища.

Распознаваніе этихъ болѣзней, если онѣ ограничиваются наружными половыми органами, легко можетъ быть установлено путемъ непосредственнаго осмотра. Процессы во влагалищѣ обыкновенно могутъ быть распознаны только помощью зеркала, а въ случаяхъ очень значительнаго своего развитія — даже помощью пальца, такъ какъ при ощупываніи мы замѣчаемъ припухлость влагалищныхъ стѣнокъ. Слѣдуетъ держаться правила — въ первые дни родильнаго періода совсѣмъ не вводить маточнаго зеркала, да и вообще прибѣгать къ нему только въ тяжелыхъ случаяхъ.

Терапія не должна быть слишкомъ активною. Врачъ долженъ ясно понимать, что всякое спринцованіе влагалища въ первые дни ро-

дильного періода, даже при искусномъ производствѣ, легко можетъ вызвать свѣжія раненія, вновь разъединяя надрывы слизистой оболочки, края которыхъ уже начали срастаться *per primam intentionem*. Послѣдствіемъ этого легко можетъ явиться новое зараженіе, которое довольно нерѣдко обнаруживается потрясающимъ ознобомъ. Флегмонозные воспаления наружныхъ половыхъ органовъ, въ большинствѣ случаевъ довольно легкія и при томъ безлихорадочныя или почти безлихорадочныя, не требуютъ инаго лѣченія, кромѣ опрятнаго содержанія посредствомъ наружныхъ обмываній и вкладыванія полоски іодоформной марли. Но въ случаяхъ болѣе неблагоприятныхъ, при очень обильномъ зловонномъ нагноеніи, особенно—изъ верхней части влагалища, нельзя обойтись безъ дезинфицирующихъ спринцованій рукава, которыя повторяются по нѣскольку разъ въ день, а въ случаяхъ самыхъ неблагоприятныхъ можетъ принести пользу постоянное орошеніе влагалища, продолжаемое въ теченіе одного или нѣсколькихъ дней.

Къ сулемѣ можно прибѣгать развѣ только для однократнаго спринцованія, если при этомъ не существуетъ перфорирующихъ поврежденій; но для болѣе частыхъ впрыскиваній, никогда не слѣдуетъ ее употреблять. Пуэрперальное влагалище всасываетъ чрезвычайно легко, такъ что при болѣе частомъ примѣненіи сулемы, даже въ очень разведенномъ растворѣ (1 : 5000), можетъ наступить смертельное отравленіе. Поэтому вообще слѣдуетъ предпочитать карболовую кислоту (2 -- 3^o /о); но и она также, при болѣе частыхъ спринцованіяхъ, должна быть употребляема только въ слабомъ растворѣ, или ей нужно предпочесть борную кислоту, уксуснокислый глиноземъ и т. п.

2. Параметритъ и периметритъ.

(Доброкачественная, не-септическая форма).

Воспаленіе околоматочной соединительной ткани и воспаленіе тазовой части брюшины обыкновенно встрѣчаются рядомъ, такъ что клинически отдѣлить одно отъ другаго оказывается невозможнымъ.

Теченіе и симптомы.

Заболѣваніе начинается въ большинствѣ случаевъ на второй или третій день родильного періода, рѣже—на 4-й или 5-й день, или еще позднѣе. Начало болѣзни обыкновенно, но не всегда, обнаруживается потрясающимъ ознобомъ, вслѣдъ за которымъ скоро наступаетъ повышение температуры до 39—40^o, а въ исключительныхъ случаяхъ температура достигаетъ даже гораздо болѣе высокихъ цифръ. Максимальное повышение очень часто достигается уже въ первый или, по крайней мѣрѣ, во второй день.

Пульсъ, который во многихъ случаяхъ былъ замедленъ до начала заболѣванія, лишь весьма постепенно слѣдуетъ за повышающеюся тем-

пературою и только по прошествіи 24 часовъ оказывается съ нею въ надлежащемъ соотношеніи. Частота пульса даже въ послѣдующіе дни болѣзни не легко поднимается выше 120 ударовъ въ минуту; обыкновенно же она остается на болѣе низкихъ цифрахъ.

Симптомы периметрита обыкновенно существуютъ съ самаго начала заболѣванія, обнаруживаясь или самопроизвольными болями, часто очень сильными, или, по крайней мѣрѣ, чувствительностью при давленіи въ нижней части бокового края матки. Часто при этомъ существуютъ очень болѣзненные послѣродовыя потуги, такъ какъ при воспаленіи брюшины, покрывающей матку, всякая послѣродовая потуга, которая при другихъ условіяхъ не сопровождалась бы никакими ощущеніями, вызываетъ сильную боль.

Начало заболѣванія имѣетъ большое или полное сходство съ началомъ септицеміи, такъ что въ первые 24 часа достоверно отличить эти два состоянія часто оказывается невозможнымъ.

Въ ближайшіе затѣмъ дни чувствительность къ давленію можетъ сдѣлаться болѣе распространенною и перейти на всю поверхность матки или еще дальше. Но верхняя часть живота всегда остается нечувствительною. Равнымъ образомъ отсутствуютъ и другіе признаки разлитого перитонита, а въ особенности — метеоризмъ.

Рвота точно также наблюдается лишь въ исключительныхъ случаяхъ, да и тогда она обыкновенно появляется только одинъ разъ. Значительнаго нарушенія сна, а тѣмъ болѣе — полной бессонницы, въ большинствѣ случаевъ не бываетъ послѣ того, какъ прошелъ первый очень жестокой лихорадочный приступъ.

Общее состояніе, помимо болевыхъ ощущеній, страдаетъ мало, или даже совсѣмъ не нарушается. Лицо сохраняетъ свое естественное выраженіе. Отдѣленіе молока и послѣродовое очищеніе обыкновенно въ значительной степени ограничиваются при первомъ приступѣ лихорадки, если оны очень сильны. Но эти явленія не остаются на продолжительное время.

По прошествіи первыхъ дней самопроизвольныя боли обыкновенно прекращаются, да и чувствительность къ давленію можетъ уменьшиться или совсѣмъ исчезнуть. Но лихорадка держится довольно долго, обыкновенно представляя замѣтныя ремиссіи по утрамъ; однако, въ родильномъ періодѣ довольно часто встрѣчается *tyrus inversus*, при которомъ въ утренніе часы наступаетъ ожесточеніе лихорадки.

Продолжительность лихорадки чрезвычайно неодинакова. Наряду съ такими случаями, въ которыхъ лихорадка держится всего 2 дня (при чемъ она обыкновенно бываетъ не высока и сопровождается очень незначительными мѣстными явленіями), встрѣчаются и такіе, въ которыхъ она тянется цѣлыми недѣлями. Но въ большинствѣ слу-

чаевъ, даже при очень бурномъ началѣ заболѣванія, она прекращается въ 8—10 дней.

Если лихорадка была очень непродолжительна, то замѣтнаго экссудата не бываетъ. Но если родильница лихорадитъ 6—8 дней или еще дольше, то почти всегда удается доказать присутствіе экссудата. До тѣхъ поръ пока продолжается лихорадка, несомнѣнно увеличивается и экссудатъ. Доступнымъ для ошупыванія онъ обыкновенно всего раньше становится при внутреннемъ изслѣдованіи, при чемъ онъ оказывается по ту или по другую сторону маточной шейки, гдѣ и чувствительность къ давленію почти всегда можетъ быть констатирована раньше, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ.

Этотъ фактъ очень рѣшительно говоритъ въ пользу того, что прививка инфицирующаго вещества обыкновенно происходитъ въ большихъ боковыхъ надрывахъ маточной шейки. Экссудатъ помѣщается въ околоматочной клѣтчаткѣ, а не въ брюшинѣ. Периметритъ, почти всегда ясно замѣтный въ началѣ болѣзни, уменьшается обыкновенно уже спустя 1—2 дня, и хотя онъ приводитъ къ образованию сращеній, но экссудаты, доступные изслѣдованію, не легко могутъ при немъ образоваться.

Вначалѣ тазовой экссудатъ, лежащій въ околоматочной клѣтчаткѣ, даетъ при соединенномъ наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи одно только ощущеніе значительной резистенціи на большомъ пространствѣ. Но съ уменьшеніемъ чувствительности къ давленію и по прошествіи болѣе долгаго времени прощупывается болѣе ограниченная и плотная опухоль. Если лихорадка болѣе продолжительна, то экссудатъ, помѣщавшійся первоначально въ нижней части одной изъ широкихъ маточныхъ связокъ, распространяется въ этой же связкѣ по направленію вверхъ, такъ что при наружномъ изслѣдованіи онъ прощупывается уже съ большею ясностью. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, экссудатъ распространяется то позади матки и влагалища (помѣщаясь подъ Дугласовымъ пространствомъ), то въ подвздошную впадину. Въ другихъ случаяхъ, при очень обширной экссудации, передній листокъ широкой маточной связки отдѣняется далеко вверхъ, такъ что экссудатъ непосредственно прилегаетъ къ задней поверхности брюшной стѣнки, надъ одною изъ Пупартовыхъ связокъ, и въ этомъ мѣстѣ становится доступнымъ для перкуссіи. Иногда эти экссудаты, распространяясь между брюшными мышцами и серознымъ покровомъ брюшной стѣнки, доходятъ вверхъ до пупка и прощупываются на подобіе тонкой доски, лежащей въ брюшныхъ покровахъ. Перкуторный звукъ въ этомъ мѣстѣ, благодаря малой толщинѣ экссудата, обыкновенно бываетъ только притупленный, но не абсолютно тупой. Кпереди отъ матки, между нею и мочевымъ пузыремъ, экссудатъ распространяется лишь въ очень исключительныхъ случаяхъ, потому что теченіе лимфы идетъ отъ бокового края

матки не къ этому мѣсту, а по направленію къ ея задней поверхности и къ подвздошной впадинѣ.

Если лихорадочное состояніе продолжается 4—5 недѣль, то можетъ случиться, что матка будетъ со всѣхъ сторонъ окружена и какъ бы замуравлена экссудатомъ. Если же экссудатъ существуетъ только на одной сторонѣ, то, достигнувъ надлежащихъ размѣровъ, онъ можетъ отбѣснить матку къ противоположной стѣнкѣ таза.

Примѣч. Прежде чѣмъ говорить о дальнѣйшемъ теченіи параметрита, мы должны еще упомянуть о нѣкоторыхъ видоизмѣненіяхъ въ картинѣ бо-лѣзни. Въ рѣдкихъ случаяхъ совсѣмъ не бываетъ начальнаго раздраженія брюшины. Хотя и здѣсь обыкновенно болѣзнь начинается быстро, но все-таки при менѣе угрожающихъ симптомахъ. При этомъ въ теченіе многихъ дней можетъ совершенно не быть ни самопроизвольной боли, ни даже чувствительности къ давленію, такъ что діагнозъ окончательно выясняется только тогда, когда уже образовался экссудатъ, доступный ощупыванію. Но съ образованіемъ экссудата появляется и нѣкоторая чувствительность къ давленію.

Въ рѣдкихъ случаяхъ, безъ всякой опредѣленной причины, эта чувствительность обнаруживается первоначально въ области дна матки, а не въ области ея боковаго края.

Зловонное послѣродовое очищеніе при параметритѣ встрѣчается нерѣдко. Причина заключается или въ осложненіи эндометритомъ, или въ обширныхъ язвахъ влагалища и наружныхъ половыхъ частей.

Въ исключительныхъ случаяхъ болѣзнь появляется еще по прошествіи первыхъ 5-ти дней родильнаго періода, или даже въ теченіе второй недѣли. Поводомъ къ такому позднему появленію параметрита бывають иногда новыя нарушенія цѣлости, вызываемыя акушерскимъ изслѣдованіемъ, или оставленіемъ постели, или задержкою послѣродоваго очищенія. Нужно, однако, думать, что это такъ наз. позднее зараженіе часто бываетъ только кажущееся: инфекция могла вначалѣ имѣть скрытое теченіе и только въпослѣдствіи обнаружиться замѣтными симптомами, совершенно такъ же, какъ параметритъ иногда обнаруживается только черезъ 8—14 дней послѣ употребленія ламинаріи или прессованной губки.

Теченіе параметрита бываетъ различно. Въ большинствѣ случаевъ наступаетъ выздоровленіе, при постепенномъ паденіи лихорадки. Но и въ такихъ благопріятныхъ случаяхъ нерѣдко бывають рецидивы, если родильница слишкомъ рано оставила постель. Затрудненныя испраженія въ первое время тоже нерѣдко вызываютъ рецидивъ.

При болѣе обширной экссудации въ тазовую клѣтчатку существуетъ возможность, что дѣло окончится образованіемъ абсцесса. Если лихорадка продолжается уже 4 или 5 недѣль, то очень естественно заподозрить, что это обусловлено нагноеніемъ. Однако, тазовая флегмона, хотя и въ исключительныхъ случаяхъ, можетъ продолжаться болѣе 5-ти недѣль даже при отсутствіи всякаго нагноенія.

Въ случаяхъ, въ которыхъ происходитъ образованіе абсцесса, дѣло идетъ обыкновенно такимъ образомъ, что вслѣдъ за первоначальную лихорадку, продолжавшуюся необычно долгое время, наступаетъ безлихорадочный періодъ, который тянется отъ 8 до 14 дней, а затѣмъ

уже появляется нагноительная лихорадка. Последняя обыкновенно характеризуется значительными утренними ремиссиями и даже полными перемижками. Пульсъ при этомъ постепенно становится менѣ полнымъ и болѣе частымъ, аппетитъ ухудшается, силы падаютъ.

Абсцессъ прорывается чаще всего въ мочевою пузырь, или въ прямую кишку, или наружу чрезъ брюшные покровы, рѣже— во влагалище или въ матку, а иногда даже въ нѣсколько органовъ поочередно. Если онъ прорвался въ мочевою пузырь, то наступаютъ признаки сильнаго раздраженія этого органа, и въ мочѣ появляется примѣсь гноя, въ различномъ количествѣ. Если абсцессъ прорвался въ кишечный каналъ, то наступаетъ поносъ; если при этомъ онъ прорвался въ прямую кишку и если его содержимое излилось въ очень обильномъ количествѣ, то присутствіе гноя въ испраженіяхъ легко можетъ быть обнаружено. Чрезъ брюшные покровы абсцессъ прорывается чаще всего непосредственно надъ или подъ Пупартовой связкой, рѣже— въ области пупка или въ другихъ мѣстахъ.

Въ плотномъ экссудатѣ, прилежающемъ къ Пупартовой связкѣ, появляются сначала отдѣльныя болѣе мягкія мѣста, въ которыя легко можно вдвинуть верхушку пальца. Затѣмъ кожа постепенно краснѣетъ, выпячивается, и при изслѣдованіи мы находимъ зыбленіе.

Послѣ самопроизвольнаго или искусственнаго вскрытія абсцесса немедленно ослабѣваютъ всѣ симптомы,— какъ лихорадка, такъ и ощущеніе боли, которое въ послѣдніе дни передъ тѣмъ постоянно усиливалось. Лихорадка нерѣдко исчезаетъ немедленно и навсегда. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ параметритъ еще продолжаетъ развиваться въ другихъ мѣстахъ, или наступаетъ новая задержка гноя, вслѣдствіе которой возобновляется и лихорадка.

Въ мочевою пузырь или въ кишечный каналъ абсцессъ прорывается обыкновенно всего раньше, иногда уже на третьей недѣлѣ послѣ родовъ, но въ большинствѣ случаевъ нѣсколько позднеѣ. Чрезъ брюшные покровы онъ рѣдко прорывается раньше 10-й недѣли, послѣ чего въ большинствѣ случаевъ наступаетъ скорое выздоровленіе, если приняты мѣры къ тому, чтобы обезпечить гною свободный выходъ. Полость абсцесса закрывается обыкновенно лишь спустя нѣсколько недѣль. Иногда остаются брюшные свищи, не заживающіе по цѣлымъ годамъ, вопреки всякому лѣченію. Абсцессы, прорвавшіеся въ кишечный каналъ, еще чаще оставляютъ послѣ себя внутренніе свищи.

Нагноеніе тазоваго экссудата встрѣчается очень рѣдко у такихъ родильницъ, которыя терпѣливо остаются въ постели до полного окончанія параметрита. Но если родильница оставляетъ постель еще до прекращенія лихорадки и при этомъ подвергается другимъ вреднымъ вліяніямъ, то въ такихъ случаяхъ нагноеніе происходитъ нерѣдко.

Еще болѣе неблагоприятно и хорозное разложеніе, которое за

то встрѣчается гораздо рѣже. Въ большинствѣ случаевъ оно оканчивается смертью вслѣдствіе гнилостнаго зараженія. Какъ нагноеніе, такъ и ихорозное разложеніе, по всей вѣроятности, наступаетъ только вслѣдствіе прониканія микроорганизмовъ кишечнаго канала въ инфильтрированныя больныя ткани. Относительно ихорознаго разложенія это можетъ считаться несомнѣннымъ. Экссудаты, помѣщающіеся въ подвздошной впадинѣ, — очевидно, по своему тѣсному сосѣдству съ заднею стѣнкою толстыхъ кишекъ, — имѣютъ большую склонность къ ихорозному разложенію, чѣмъ тѣ экссудаты, которые лежатъ въ широкихъ маточныхъ связкахъ.

Распознаваніе параметрита и периметрита въ большинствѣ случаевъ бываетъ не трудно, въ виду лихорадки и чувствительности къ давленію, а впоследствии также въ виду образовавшагося экссудата. Очень важно въ самомъ началѣ заболѣванія опредѣлить доброкачественный характеръ параметрита; но иногда это бываетъ затруднительно. Дифференціальное распознаваніе отъ септическихъ воспаленій будетъ рассмотрѣно въ главѣ о септицеміи.

Въ случаяхъ, окончившихся смертью, если при этомъ дѣло не дошло до нагноенія, анатомическое вскрытіе обнаруживаетъ разлитую, сальнаго вида, инфильтрацію тазовой соединительной ткани, преимущественно въ одной или обѣихъ широкихъ маточныхъ связкахъ. Если же наступило нагноеніе, то мы находимъ въ тазовой клѣтчаткѣ большую полость, форма которой часто бываетъ въ высшей степени неправильна. Прилегающая брюшина часто представляетъ сращения и утолщенія.

Предсказаніе вообще благоприятно. Смертельный исходъ при отсутствіи нагноенія наступаетъ въ высшей степени рѣдко, а при нагноеніи или ихорозномъ разложеніи — сравнительно чаще; иногда онъ наступаетъ вслѣдствіе того, что присоединилась *phlegmasia alba dolens* (см. ниже).

Терапія, при наступившемъ уже параметритѣ, не имѣетъ въ своемъ распоряженіи ни одного средства, которое могло бы задержать дальнѣйшій ходъ болѣзни. Самое появленіе параметрита уже означаетъ, что произошла инфекция тазовой клѣтчатки. Инфекція эта продолжаетъ развиваться неудержимо, и мы уже не можемъ повліять на нее въ томъ смыслѣ, чтобы она прервалась сразу или даже продѣлала быстро свое теченіе. При очень сильномъ раздраженіи брюшины, особенно въ самомъ началѣ, полезно прикладывать къ животу пузырь со льдомъ, который облегчаетъ чувство боли. Впоследствии лучше прикладывать согрѣвающие компрессы. Въ первые дни часто бываетъ полезно назначать нѣсколько приемовъ опія или морфія. Въ дальнѣйшемъ теченіи параметрита слѣдуетъ прежде всего оберегать больную отъ всякихъ вредныхъ вліяній. Всего важнѣе то, чтобы ей было разрѣшено оставить постель только тогда, когда лихорадка уже впродолженіе нѣсколькихъ

вечеромъ совершенно отсутствовала. Но при первыхъ попыткахъ оставленія постели еще необходимо, во избѣжаніе рецидивовъ, тщательно слѣдить за вечерними температурами. Въ первые дни болѣзни нужно позаботиться объ остановкѣ испражнений, давая съ этою цѣлью наркотическія средства, для ослабленія перистальтики. Впослѣдствіи же необходимо заботиться о правильныхъ испраженіяхъ, назначая клистиры или нѣжно дѣйствующія слабительныя. При продолжительной лихорадкѣ всего важнѣе принимать мѣры къ поддержанію силъ.

Жаропонижающія средства безцѣльны, или даже вредны вслѣдствіе того, что разстраиваютъ отправленія желудка. То же самое относится и къ холоднымъ ваннамъ, которыя дѣйствуютъ вредно вслѣдствіе того, что больную приходится поднимать съ кровати.

Если доказано, что наступило нагноеніе, то слѣдуетъ по возможности раньше вскрыть абсцессъ чрезъ брюшныя покровы. Опасность поврежденія брюшины при этомъ едва ли существуетъ, коль скоро экссудатъ прилегаеть къ брюшной стѣнкѣ надъ Пупартовой связкой: брюшина въ такомъ случаѣ оттѣснена вверхъ. Вскрытую полость абсцесса необходимо проспринцевать. Однако, примѣненіе ядовитыхъ антисептическихъ средствъ—сулемы, іодоформа и даже карболовой кислоты—требуетъ величайшей осторожности, потому что въ синуозной полости абсцесса часто задерживаются большія количества жидкости, а особенно потому, что у малокровныхъ, истощенныхъ больныхъ токсическія вещества быстро всасываются и плохо переносятся.

Примѣч. Добракачественное, не-септическое воспаленіе околоматочной соединительной ткани и серознаго покрова матки, которое прежде часто встрѣчалось во всѣхъ родильныхъ домахъ, сдѣлалось въ настоящее время большою рѣдкостью, по крайней мѣрѣ—между тѣми родильницами, которыя разрѣшились въ родовспомогательномъ заведеніи. Антисептическая профилактика, почти совершенно изгнавшая изъ родильныхъ домовъ септицемію, изгнала оттуда и простой параметритъ,—новое доказательство того, что между всѣми этими болѣзнями, какъ мы уже объяснили, существуетъ близкое родство въ отношеніи этиологій.

Послѣродовыя болѣзни, къ описанію которыхъ мы теперь приступаемъ, представляютъ болѣе тяжелыя формы зараженія, давно уже описанныя подъ именемъ родильной горячки. Эта опасная инфекция встрѣчается главнымъ образомъ въ двухъ формахъ, клинически между собою различныхъ, а именно—въ формѣ септицеміи и въ формѣ піеміи. Однако, необходимо замѣтить, что иногда—правда, не часто—обѣ эти формы существуютъ рядомъ, такъ что клиническая картина, представляющая сочетаніе симптомовъ той и другой, оказывается болѣе сложною.

3. Пуэрперальная септицемія.

Септицемія представляет во всё эпидеміи родильной горячки самую частую и въ то же время самую опасную форму заболѣванія, тогда какъ піэмія встрѣчается болѣе спорадически и оказывается нѣсколько менѣе опасною.

Картина болѣзни и ея симптомы.

Болѣзнь, появляясь въ теченіе перваго или втораго, рѣдко — третьяго дня родильнаго періода, и очень рѣдко — еще во время родовъ, обыкновенно начинается сильнымъ потрясающимъ ознобомъ и быстрымъ повышеніемъ температуры, которая въ большинствѣ случаевъ немедленно достигаетъ $39^{\circ},5 - 40^{\circ},0$ и иногда поднимается выше $41^{\circ},0$. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, помимо утреннихъ ремиссій и послѣдняго періода агоніи, температура остается на этой высотѣ, не представляя значительныхъ пониженій. Пульсъ очень скоро учащается до чрезвычайной степени, если не въ первый, то, по крайней мѣрѣ, на второй день болѣзни, въ теченіе котораго онъ часто доходитъ до 140 ударовъ въ минуту, а затѣмъ остается уже на этой цифрѣ.

Больная не только страдаетъ мучительными симптомами высокой лихорадки (головною болью и жаждою), но уже въ первый день или, самое позднее, черезъ 48 часовъ у нея появляется очень сильное воспаление брюшины. Родильница обыкновенно уже съ самаго начала чувствуетъ себя очень дурно, нерѣдко считаетъ себя близкою къ смерти и уже послѣ перваго или втораго дня болѣзни производитъ искаженными чертами своего лица общее впечатлѣніе трудно-больнаго субъекта.

Сонъ почти всегда совершенно исчезаетъ съ самаго начала болѣзни или, по крайней мѣрѣ, становится недостаточно глубокимъ, такъ что больная пробуждается почти черезъ каждые $\frac{1}{4}$ часа. Мало того, родильница часто совсѣмъ не можетъ спать одну или двѣ ночи, которыми отдѣлено окончаніе родовъ отъ появленія лихорадки. Въ качествѣ другаго предвѣстника, нерѣдко уже въ это время появляется ненормальное учащеніе пульса.

Послѣ родовое очищеніе почти всегда издаетъ гнилостный запахъ, который обыкновенно зависитъ здѣсь отъ гангренознаго эндометрита. Язвы наружныхъ половыхъ частей и влагалища принимаютъ грязный видъ и покрываются налетомъ, похожимъ на дифтеритическій. Черезъ нѣсколько дней послѣ начала болѣзни обнаруживаются признаки разлитаго перитонита. Весь животъ чувствителенъ къ давленію и вздуть кипячными газами. Метеоризмъ, благодаря вялости брюшныхъ покрововъ въ родильномъ періодѣ, часто достигаетъ громадной степени, и животъ растягивается почти до тѣхъ размѣровъ, какіе онъ имѣетъ во время беременности. Лихорадка и пульсъ остаются все время на очень

высоких цифрахъ, а въ другихъ случаяхъ частота пульса, при нѣсколько упавшей лихорадочной температурѣ, оказывается все-таки повышенной, даже до 160 ударовъ въ минуту (признакъ чрезвычайно неблагоприятный).

Упадокъ силъ и искаженіе лица безпрестанно увеличиваются. Но сама больная при этомъ чувствуетъ себя поразительно хорошо. Когда отъ появленія перитонита прошло 3—4 дня, боли въ животѣ успокаиваются. Родильница находится теперь не въ полномъ сознаніи, по крайней мѣрѣ настолько, что уже не можетъ вѣрно судить о своемъ состояніи. Она считаетъ себя выздоровѣвшею. Обыкновенно, однако, передъ смертію наступаетъ еще новое ухудшеніе, если перитонитъ распространяется до желудка. При этомъ появляется неудержимая рвота, которая, продолжаясь отъ 12 до 24 часовъ, опять вызываетъ чувство боли. Дыханіе становится очень поверхностнымъ и учащеннымъ, съ субъективною одышкою или безъ нея. Лицо и конечности покрываются холоднымъ потомъ. Наступаетъ упадокъ силъ, часто сопровождаемый бредомъ. При заключительномъ паденіи температуры и учащеніи очень малаго пульса, больная умираетъ между 7-мъ и 10-мъ днемъ родильнаго періода, обыкновенно въ сопорозномъ состояніи, а иногда и въ полномъ сознаніи, испытывая сильную тоску и одышку.

Это обычное теченіе пuerperальной септицеміи можетъ представлять нѣкоторыя отклоненія, основанныя отчасти на томъ, что болѣзнь протекаетъ или ненормально медленно, или ненормально быстро. Перитонитъ можетъ обнаружиться въ менѣ бурной формѣ, такъ что, по минованіи начальнаго періода, больная оказывается и субъективно и объективно въ болѣе удовлетворительномъ состояніи, но пульсъ все-таки остается малымъ и учащеннымъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ больная лишена нормальнаго сна. Если она дожила до 10-го или 11-го дня родильнаго періода, то иногда наступаетъ второй очень сильный потрясающій ознобъ, который обыкновенно зависитъ отъ появленія остраго плеврита. Во всѣхъ же случаяхъ, протекающихъ съ обычною быстротою, если вообще наступаетъ потрясающій ознобъ, то только одинъ разъ, въ самомъ началѣ болѣзни.

Съ появленіемъ плеврита обыкновенно очень быстро обнаруживается упадокъ силъ. Болѣе чѣмъ до 14-го или 15-го дня родильнаго періода больныя и въ этихъ случаяхъ рѣдко остаются въ живыхъ.

Иногда присоединяется желтуха, зависящая отъ обширнаго интерстиціального воспаленія печени. Эти случаи почти всѣ безъ исключенія оканчиваются смертію.

Совершенно иную картину представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ септицемія протекаетъ чрезвычайно быстро. Здѣсь она по большей части начинается уже въ первый день родильнаго періода. Чувствительность живота къ давленію и нѣкоторые метеоризмъ хотя и существуютъ, но представляются мало замѣтными, тѣмъ болѣе, что очень быстро наступаетъ помраченіе сознанія и упадокъ силъ. Лихорадка въ большинствѣ

случаевъ очень высока (бываютъ также исключенія изъ этого правила), и септицемія, представляя картину отравленія въ настоящемъ смыслѣ слова, приводитъ очень скоро, иногда уже въ $1\frac{1}{2}$ —2 дня, къ упадку силъ и къ смертельному исходу.

Примѣч. Бываютъ рѣдкіе случаи, въ которыхъ даже общій перитонитъ развивается безъ всякой самопроизвольной боли, а иногда и съ очень малою чувствительностью при давленіи въ параметральныхъ областяхъ, не смотря на то, что больная находится въ полномъ сознаніи. Подобные случаи наблюдаемы Schroeдегомъ Johnston-Sinclair'омъ ¹⁾, Olshauseн'омъ ²⁾ и Putzel'емъ ³⁾. Grünewald'ъ ⁴⁾ даже наблюдалъ полное отсутствіе лихорадки при обильномъ жидкомъ экссудатѣ.

Перитонеальный экссудатъ можетъ быть обнаруженъ посредствомъ выстукиванія только тогда, когда онъ имѣется уже въ значительномъ количествѣ. Притупленіе перкуторнаго звука въ одной или обѣихъ подвздошныхъ областяхъ, остающееся неизмѣннымъ при всякомъ положеніи тѣла, не допускаетъ тогда уже никакихъ сомнѣній относительно діагноза, между тѣмъ какъ первое и самое обильное скопленіе экссудата происходитъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Но и небольшія количества, накопившіяся надъ Пупартовыми связками, могутъ быть въ исключительныхъ случаяхъ констатированы выстукиваніемъ и ощупываніемъ, если они инкапсулированы сращеніями прилегающихъ кишечныхъ петель.

Если количество образовавшагося экссудата, въ большинствѣ случаевъ—гнойнаго, не слишкомъ велико, и если больная перенесла самый приступъ перитонита, то экссудаты могутъ всосаться совершенно или отчасти, при чемъ предварительно они подвергаются оплотнѣнію. Но въ маломъ тазу или повыше въ полости живота можетъ остаться обширное скопленіе гноя въ видѣ инкапсулированнаго абсцесса. Если этотъ послѣдній лежитъ цѣликомъ или большею своею частью между кишечными петлями, то гнойное содержимое его спустя долгое время принимаетъ буроватый цвѣтъ, часто даже каловой запахъ; нерѣдко въ полости такого абсцесса происходитъ образованіе газовъ. Послѣ самопроизвольнаго вскрытія абсцесса, больная можетъ еще выздороветь, если гной вскорѣ получаетъ вполне свободный выходъ, если лихорадка вскорѣ прекращается совершенно и если силы не слишкомъ истощены.

Примѣч. Случается иногда, что больная съ очень значительнымъ, вполне свободнымъ, нигдѣ не инкапсулированнымъ экссудатомъ, т. е. съ такъ наз. брюшною эмпіею ⁵⁾, вначалѣ еще переноситъ свою болѣзнь благополучно. Количество гнойнаго экссудата можетъ при этомъ достигать нѣсколькихъ литровъ. При всякой пере мѣнѣ положенія тѣла онъ стекаетъ въ самое отдаленное мѣсто и выпячиваетъ здѣсь очень выдѣльные брюшные покровы. Но въ концѣ концовъ эти больныя всегда умираютъ отъ нагноительной лихорадки и отъ упадка силъ, очень скоро наступающаго вслѣд-

¹⁾ Practic. midwifery. London 1858, pp. 56 и 57.—²⁾ l. c., p. 248.—³⁾ Amer. J. of Obst. VIII, p. 304.—⁴⁾ l. c., p. 171.—⁵⁾ В u c h, Charité-Annalen. IV. 1879, p. 360.

ствіе полной потери аппетита.—Въ другихъ случаяхъ картина болѣзни значительно видоизмѣняется осложнениями, напр. присоединяющимся эндокардитомъ или пиэміею, о которыхъ мы еще будемъ говорить въ слѣдующихъ главахъ.

Распознаваніе пуэрперальной септицѣміи, если она имѣетъ типическое теченіе и существуетъ уже въ продолженіе нѣсколькихъ дней, почти всегда бываетъ легкимъ. Но оно можетъ оказаться затруднительнымъ, если перитонитъ еще не наступилъ или находится еще въ началѣ своего развитія. Въ случаяхъ послѣдняго рода вопросъ заключается въ томъ, не имѣемъ ли мы предъ собою доброкачественное, не-септическое воспаленіе, которое, впрочемъ, какъ мы видѣли, тоже происходитъ путемъ инфекціи. Распознаваніе септицѣміи въ подобныхъ случаяхъ основывается прежде всего на общемъ впечатлѣніи больной, которое уже въ самомъ началѣ можетъ имѣть для опытнаго врача рѣшающее значеніе. Полное отсутствіе достаточно глубокаго сна и появленіе бреда, особенно еще въ началѣ болѣзни, точно также составляютъ немаловажные признаки. Кромѣ того, очень важное значеніе имѣетъ пульсъ, который при септицѣміи вскорѣ становится необыкновенно частымъ въ сравненіи съ высотой температуры, а пульсовая волна соотвѣтственно этому уменьшается. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни вопросъ почти всегда можетъ быть рѣшенъ на основаніи того, что перитонитъ становится разлитымъ или общимъ. Наконецъ, для діагноза часто имѣетъ значеніе анамнезъ, если онъ указываетъ на возможность перенесенія болѣзни чрезъ посредство врача, акушерки или санитарной прислуги. Необходимо еще обратить особенное вниманіе на то, что, кромѣ септического воспаленія брюшины, въ родильномъ періодѣ встрѣчается также гонорройный перитонитъ. Онъ можетъ начинаться очень бурно, но оканчивается почти всегда выздоровленіемъ. Достоверно отличить его отъ септической формы не всегда бываетъ легко. Гонорройный перитонитъ, повидимому, характеризуется отчасти своимъ позднимъ появленіемъ. Въ большинствѣ случаевъ онъ наступаетъ лишь по прошествіи нѣсколькихъ недѣль, хотя въ видѣ исключенія онъ можетъ появиться и въ первые дни родильнаго періода. Воспаленіе брюшины при этой формѣ рѣдко становится разлитымъ и не влечетъ за собою такихъ явленій паралича кишечнаго канала, какія бываютъ при септическомъ перитонитѣ. Кромѣ того, признаки общей интоксикаціи и упадка силъ при гонорройномъ перитонитѣ мало выражены. Распознаваніе гонорройнаго перитонита, помимо вышеуказанныхъ особенностей этой болѣзни, должно еще существенно основываться на анамнезѣ, resp. на предшествовавшемъ заболѣваніи Фаллопиевыхъ трубъ. Если у новорожденнаго въ то же время оказывается бленнорройное воспаленіе глазъ, то это обстоятельство также имѣетъ очень важное значеніе. Наконецъ, если въ половыхъ путяхъ удалось открыть присутствіе гонококковъ, то оно свидѣтельствуетъ о гонорройномъ происхожденіи перитонита.

Предсказаніе въ случаяхъ пуэрперальной септицѣміи зависить отъ быстроты распространенія перитонита, отъ степени развитія симптомовъ общей интоксикаціи, и при томъ въ особенности отъ характера пульса, силы бреда и степени искаженія лица, далѣе — отъ характера господствующей эпидеміи, если таковая существуетъ, и наконецъ — отъ времени появленія болѣзни: чѣмъ скорѣе послѣ родовъ она наступила, тѣмъ болѣе неблагопріятно предсказаніе.

Патологическая анатомія.

Однимъ изъ самыхъ постоянныхъ анатомическихъ измѣненій въ трубахъ роженицъ, умершихъ отъ септицѣміи, оказывается дифтеритическое или гангренозное воспаленіе слизистыхъ оболочекъ родового канала. Подобные процессы встрѣчаются иногда даже въ наружныхъ половыхъ частяхъ и во влагалищѣ, хотя въ большинствѣ случаевъ только на существующихъ уже ранахъ, которыя превращены въ дифтеритическія язвы съ желтовато-сѣрымъ дномъ и инфильтрированными краями.

Болѣе постоянно такое воспаленіе встрѣчается на внутренней поверхности матки. При гангренозномъ эндометритѣ оставшаяся въ маткѣ слизистая оболочка некротизируется на большемъ или меньшемъ протяженіи по поверхности и въ глубину. Нерѣдко вся внутренняя поверхность матки, начиная отъ внутренняго зѣва, покрыта струпомъ и имѣеть зеленоватый или буроватый цвѣтъ. Но то же самое заболѣваніе можетъ распространиться на большую часть цервикальнаго канала. Область прикрѣпленія плаценты иногда не представляетъ никакихъ измѣненій, а иногда поражена тѣмъ же процессомъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь даже ограничивается исключительно этою областью (*endometritis placentaris*). Если въ маткѣ остались большіе куски отпадающей оболочки, то обыкновенно они оказываются отечно-припухшими, образуя бугристыя возвышенія. Если соскоблить ножомъ омертвѣвшія массы, то нерѣдко мускулатура представляется совершенно обнаженною.

На слизистую оболочку Фаллопиевыхъ трубъ воспаленіе обыкновенно не переходитъ, такъ что даже при очень сильномъ развитіи эндометрита она оказывается нормальною или, по крайней мѣрѣ, только въ состояніи незначительнаго катарра. Но иногда все-таки дѣло доходитъ до гнойнаго воспаленія Фаллопиевой трубы (*salpingitis*), которое, путемъ дальнѣйшаго распространенія воспалительнаго процесса или же вслѣдствіе разрыва трубы съ изліяніемъ гноя въ брюшную полость, можетъ повлечь за собою перитонитъ, хотя нужно замѣтить, что въ значительномъ большинствѣ случаевъ перитонитъ возникаетъ инымъ путемъ.

Примѣч. Buhl¹⁾, Martin²⁾, Förster³⁾ и Graube⁴⁾ въ особенности обратили вниманіе на воспаленіе Фаллопіевой трубы, какъ на причину, которая можетъ привести къ пuerperальному перитониту. Но противъ этого говоритъ уже то обстоятельство, что обыкновенно одинъ только брюшной конецъ Фаллопіевой трубы бываетъ наполненъ гноемъ, тогда какъ въ остальныхъ ея частяхъ слизистая оболочка нормальна или, по крайней мѣрѣ, представляется только припухшею вслѣдствіе простаго катарра. Гораздо чаще, безъ всякаго сомнѣнія, перитонитъ является результатомъ воспаления подсерозной соединительной ткани, и уже затѣмъ воспалительный процессъ переходитъ съ брюшины въ наружный конецъ Фаллопіевой трубы. Förster полагаетъ, что перитонитъ долженъ считаться послѣдствіемъ воспаления Фаллопіевой трубы, если наиболѣе старыя анатомическія измѣненія занимаютъ ostium abdominale; но и этотъ признакъ не имѣетъ рѣшающаго значенія, такъ какъ перитонитъ, развивающійся вслѣдствіе параметрита, тоже начинается въ области широкихъ маточныхъ связокъ.

Что гнойное воспаленіе Фаллопіевой трубы можетъ, однако, вызвать острый перитонитъ вслѣдствіе ея разрыва или вслѣдствіе выступленія гноя изъ ея брюшнаго отверстія,—это не подлежитъ сомнѣнію, такъ какъ внѣ послѣродоваго состоянія подобное возникновеніе остраго перитонита наблюдается не особенно рѣдко. Оба случая, сообщенные Нескег'омъ⁵⁾, не имѣвшие, очевидно, никакого отношенія къ пuerperальной инфекціи и въ которыхъ существовалъ, несомнѣнно, старый гнойный катарръ Фаллопіевой трубы, доказываютъ, что то же самое возможно и въ послѣродовомъ періодѣ. Schroeber наблюдалъ совершенно такой же случай. Само собою разумѣется, что это возможно только при гнойномъ воспаленіи одной трубы, такъ какъ при томъ же воспаленіи обѣихъ всегда существуетъ безплодіе.

Если вся слизистая оболочка матки превращена въ кашицеобразную массу, то и сама паренхима всегда вовлекается въ болѣзненный процессъ. Уже при болѣе сильномъ эндометритѣ постоянно встрѣчаются измѣненія въ паренхимѣ, которыя могутъ быть названы воспаленіемъ матки (metritis). Они состоятъ въ отежномъ пропитываніи и мутномъ набуханіи всего органа. Матка при этомъ представляется размяченною, такъ что лежащія на ней кишечныя петли образуютъ вдавленія на ея поверхности, въ видѣ фасетокъ; кромѣ того, она недостаточно сокращена. Жидкость, пропитывающая матку, имѣетъ иногда чисто отечный характеръ, но въ большинствѣ случаевъ представляется мутною и содержитъ бѣлокъ съ мелкозернистымъ распадомъ, а иногда также окрашена кровью. Если ихорозный метритъ распространяется глубже, то часть маточной мускулатуры погибаетъ вслѣдствіе гнилостнаго распада (putrescentia uteri), и такимъ образомъ можетъ даже наступить прободеніе въ полость брюшины. Но иногда также извергаются наружу некротизированные куски маточной мускулатуры⁶⁾.

Примѣч. Въ другихъ случаяхъ—правда, очень рѣдкихъ—происходитъ на ограниченнхъ мѣстахъ маточной мускулатуры обильное размноженіе клеточныхъ элементовъ, которое можетъ привести къ образованію абсцессовъ, оканчивающихся

¹⁾ Zeitschr. f. rat. Med. 1856. VIII, p. 106, и Kl. d. Geb. I, p. 233.—²⁾ M. f. G., B. 13, p. 11; B. 17, p. 163.—³⁾ Wiener med. Wochenschr. 1859, №№ 44 и 45.—⁴⁾ Berl. klin. Woch. 1874, No. 6.—⁵⁾ Centralbl. f. Gynaek. 1878, No. 2.—⁶⁾ См. Grammatika i, Centralbl. f. Gynaek. 1885, No. 28.

творожистымъ уплотнѣніемъ своего содержимаго или прободеніемъ матки. Отъ наполненныхъ гноемъ лимфатическихъ сосудовъ эти абсцессы отличаются отсутствіемъ гладкой оболочки на внутренней поверхности своихъ стѣнокъ, а также своею менѣе круглою и болѣе сиувною формою; но все-таки несомнѣнно, что оба эти состоянія по ошибкѣ часто смѣшивались другъ съ другомъ.

Однимъ изъ самыхъ постоянныхъ анатомическихъ измѣненій оказывается на параметриту. Онъ представляетъ обширно распространенный процессъ въ тазовой кѣлтчаткѣ, а всего сильнѣе бываетъ выраженъ у боковыхъ краевъ матки и въ верхнихъ частяхъ широкихъ маточныхъ связокъ. Исходнымъ пунктомъ для этого флегмонознаго процесса служатъ обыкновенно боковыя части маточной шейки, гдѣ и совершилась прививка инфицирующаго вещества на мѣстѣ надрывовъ, образовавшихся во время родовъ. Рѣже исходнымъ пунктомъ бываютъ раны влагалищнаго входа, при чемъ флегмонозный процессъ начинается въ околотовлагалищной соединительной ткани и уже впоследствии распространяется вверхъ до самой матки.

Соединительная ткань, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ она поражена, представляется при макроскопическомъ осмотрѣ какъ бы отечно-припухшею, нѣсколько студенистою и мутною, съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, при самой тяжелой формѣ заболѣванія, оказывается мѣстами разлитая гнойная инфильтрація. При микроскопическомъ изслѣдованіи соединительной ткани она всегда представляется инфильтрированной громаднымъ количествомъ мелкокѣлочныхъ элементовъ.

Это флегмонозное воспаленіе соединительной ткани, какимъ бы мало-важнымъ оно ни казалось, представляетъ однако важнѣйшее изъ всѣхъ мѣстныхъ измѣненій, потому что оно появляется всего раньше и приводитъ впоследствии къ другимъ заболѣваніямъ, именно — къ перитониту, плевриту и общему зараженію организма.

Флегмонозное воспаленіе, развиваясь первоначально въ околотоварочной кѣлтчаткѣ, часто распространяется отсюда съ поразительною быстрою и при томъ преимущественно по направленію лимфатическихъ сосудовъ; слѣдовательно, вмѣстѣ съ лимфатическими *vasa spermatica* оно переходитъ въ подвздошныя впадины, а вмѣстѣ съ лимфатическими маточными сосудами — въ ретроперитонеальное пространство; мало того, оно можетъ, если больная проживетъ достаточно долгое время, распространиться вверхъ до грудобрюшной преграды и проникнуть чрезъ нее въ *mediastinum posticum*.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ это флегмонозное воспаленіе, распространяясь вдоль соединительной ткани, окружающей большіе сосуды нижнихъ конечностей, переходитъ подъ Пупартовой связкой на бедро и вызываетъ здѣсь ту форму заболѣванія, которая извѣстна подъ именемъ *phlegmasia alba dolens puerperarum*. Еще рѣже оно проникаетъ вдоль

круглой маточной связки через паховой каналъ и вызываетъ въ паховой области такое же воспаление, съ нагноеніемъ железъ.

Въ виду своеобразной наклонности этой флегмоны къ распространению по соединительной ткани почти всего туловища, Virchow назвалъ ее «erysipelas puerperale malignum internum».

Это заболѣваніе соединительной ткани довольно часто влечетъ за собою еще два патологическихъ измѣненія, а именно: заболѣваніе лимфатическихъ сосудовъ и брюшины.

Заболѣваніе лимфатическихъ сосудовъ характеризуется ихъ тромбозомъ.

Свернувшаяся лимфа обыкновенно выполняетъ весь просвѣтъ сосуда и представляется желтовато-бѣлою, часто даже совершенно гноевидною. Такъ какъ лимфатическіе сосуды матки очень рѣдко проходятъ сколько нибудь значительное протяженіе безъ многочисленныхъ анастомозовъ, и такъ какъ они вслѣдствіе этого представляютъ многочисленныя расширенія, то закупоренный сосудъ въ разрѣзѣ легко можетъ быть принятъ за небольшой абсцессъ. Но подобной ошибки можно избѣжать, если прослѣдить переходъ этой полости въ лимфатическій сосудъ и обратить вниманіе на ея гладкую внутреннюю стѣнку, выстланную эндотелиемъ.

Тромбозированные лимфатическіе сосуды помѣщаются главнымъ образомъ въ боковыхъ краяхъ матки, между прочимъ также въ области прикрѣпленія Фаллопиевыхъ трубъ и въ верхней части широкихъ маточныхъ связокъ вплоть до hilus ovarii, изъ котораго они проникаютъ въ самый яичникъ. Такъ какъ болѣе крупныя стволы лимфатическихъ сосудовъ лежатъ въ маткѣ очень поверхностно, то присутствіе въ нихъ тромбоза всего лучше можетъ быть обнаружено поверхностными разрѣзами, проходящими непосредственно подъ брюшиною.

Нерѣдко бываетъ возможно констатировать, что тромбозъ начался съ какого нибудь болѣе обширнаго надрыва маточной шейки.

Примѣч. Происходитъ ли свертываніе лимфы прямо вслѣдствіе соприкосновенія съ инфицирующимъ веществомъ, или же оно вызывается предварительнымъ опуханіемъ окружающей соединительной ткани,—этотъ вопросъ еще не рѣшенъ, да и не имѣетъ особеннаго значенія. Во всякомъ случаѣ, тромбозъ лимфатическихъ сосудовъ находится въ тѣсной связи съ флегмонознымъ воспаленіемъ околوماتочной кѣтчатки.

Hesker и Buhl утверждали, что здѣсь существуетъ не тромбозъ, а воспаленіе лимфатическихъ сосудовъ, и что содержимое ихъ есть настоящій гной. Названнымъ авторамъ было извѣстно, что это патологическое измѣненіе при септициѣ встречается почти постоянно и свидѣтельствуетъ объ очень тяжелой формѣ заболѣванія; но, согласно своему возрѣнію, они признавали здѣсь «лимфангоитъ матки» и называли эту септическую форму родильной горячки лимфангоитическою формою или «ruaema cum peritonitide».

Virchow затѣмъ доказалъ, что дѣло идетъ здѣсь не о воспаленіи лимфатическихъ сосудовъ, такъ какъ внутренняя оболочка ихъ представляется гладкою и со-

вершено неизмѣнною, но что гноевидное содержимое сосудовъ должно быть признано свернувшимся лимфою и что это свертываніе само по себѣ не представляетъ ничего злокачественнаго, а, наоборотъ, свидѣтельствуетъ уже о нѣкоторомъ стремленіи къ естественному исцѣленію, такъ какъ въ тромбозированныхъ сосудахъ должно быть прекращено дальнѣйшее перенесеніе инфицирующаго вещества.

Съ этимъ взглядомъ вполне согласуется тотъ фактъ, что заболѣваніе лимфатическихъ сосудовъ и железъ обыкновенно занимаетъ очень ограниченное пространство. Тромбозъ очень рѣдко распространяется за предѣлы малаго таза; но въ исключительныхъ случаяхъ онъ можетъ проникнуть даже въ грудной лимфатическій протокъ.

Если, въ виду вышесказаннаго, тромбозъ лимфатическихъ сосудовъ не можетъ самъ по себѣ считаться источникомъ какой-либо опасности, за то онъ обыкновенно бываетъ послѣдствіемъ септической и, слѣдовательно, опасной инфекціи, которая, не смотря на тромбозъ отдѣльныхъ сосудовъ, все-таки распространяется дальше по другимъ путямъ, оставшимся незакупоренными. Насколько часто встрѣчается тромбозъ лимфатическихъ сосудовъ въ случаяхъ, не оканчивающихся смертію, или при доброкачественномъ не-септическомъ параметритѣ,—это еще совершенно не выяснено, потому что больныя въ такихъ благоприятныхъ случаяхъ лишь рѣдко умираютъ въ послѣдствіи отъ какихъ нибудь осложнений. Однако, при вскрытіи трупа одной родильницы, умершей послѣ того, какъ общій перитонитъ находился уже въ стадіи обратнаго развитія, Schroeder нашелъ тромбозированные лимфатическіе сосуды на пути къ исцѣленію. Содержимое этихъ сосудовъ представлялось въ видѣ оплотнѣвшаго желтаго шарообразнаго кома.

Общій перитонитъ, какъ мы уже сказали, обыкновенно вызывается заболѣваніемъ подлежащей соединительной ткани и, во всякомъ случаѣ, сравнительно рѣже возникаетъ путемъ распространенія процесса съ Фаллопиевыхъ трубъ или со стѣнокъ матки.

Воспаленіе захватываетъ большую часть брюшины. Количество экссудата можетъ доходить до 1—2 литровъ. Онъ представляется или водянистымъ, буровато-грязнымъ и очень зловоннымъ, или имѣетъ серозно-гнойный характеръ, и только въ рѣдкихъ случаяхъ фибринозно-гнойный. Въ видѣ гнойнаго налета онъ встрѣчается особенно часто на яичникахъ, широкихъ маточныхъ связкахъ и на днѣ Дугласова пространства, между тѣмъ какъ на самой маткѣ большіе гнойные налеты почти никогда не встрѣчаются.

Брюшина, особенно на кишкахъ, часто представляется темнокрасно-бурою и сильно блестящею.

Лишь въ случаяхъ, оканчивающихся выздоровленіемъ или имѣющихъ затяжное теченіе, иногда происходитъ инкапсулированіе экссудата, если онъ имѣлъ фибринозно-гнойный характеръ. При ихорозномъ перитонитѣ такое инкапсулированіе экссудата не встрѣчается.

Въ случаяхъ самой острой септицеміи, оканчивающихся, напримѣръ, въ два дня смертельнымъ исходомъ, можетъ еще не быть никакого экссудата, такъ что перитонитъ, находящійся въ самомъ началѣ развитія, выражается только инъекціей сосудовъ брюшины и измѣненіемъ ея цвѣта.

Воспаленіе яичниковъ очень часто сопровождается септической перитонитъ. Оно представляетъ главнымъ образомъ — и особенно въ

первое время — интерстиціальное воспаленіе, развившееся вслѣдствіе того, что флегмона соединительной ткани чрезъ *hilus ovarii* перешла съ широкихъ маточныхъ связокъ на строгу яичника. Однако, во всѣхъ случаяхъ сколько нибудь значительнаго развитія этой болѣзни наступаетъ вторичное пораженіе самой паренхимы яичника, при чемъ содержимое Граафовыхъ пузырьковъ становится мутнымъ, а находящіяся въ нихъ яйца погибаютъ. Яичники при анатомическомъ вскрытіи оказываются увеличенными вдвое или даже вчетверо, и строга ихъ на поверхности разрѣза представляется или блестящею, серозно-инфильтрированной, или уже пропитанною гноемъ, или, наконецъ, имѣетъ грязный цвѣтъ и распадается въ ихорозную кашицу (*putrescentia ovariorum*).

Въ случаяхъ септицеміи, оканчивающихся смертью, это заболѣваніе яичниковъ никогда не имѣетъ практическаго значенія, а въ случаяхъ, оканчивающихся выздоровленіемъ, оно имѣетъ значеніе развѣ только въ томъ смыслѣ, что часто становится причиною безплодія, или же въ виду того, что оно, хотя и рѣдко, приводитъ къ образованію абсцесса въ яичникѣ.

Подобнымъ же образомъ, но гораздо рѣже, возникаетъ плевритъ. Флегмонозное воспаленіе соединительной ткани, проникая въ заднее грудное средостѣніе, вызываетъ здѣсь острый плевритъ совершенно такъ же, какъ оно своимъ распространеніемъ изъ тазовой клѣтчатки вызвало воспаленіе брюшины. Но такъ какъ большинство больныхъ умираетъ прежде, чѣмъ флегмона успѣла проникнуть въ грудную клѣтку, то плевритъ наблюдается лишь въ меньшинствѣ случаевъ. Обыкновенно онъ встрѣчается только на одной сторонѣ, чаще слѣва, чѣмъ справа, а экссу- датъ бываетъ или гнойнымъ, или ихорознымъ.

Такимъ же путемъ развивается иногда перикардитъ, а вслѣдствіе распространенія процесса чрезъ *hilus pulmonum* дѣло доходитъ до интерстиціальной (интерлобулярной) пневмоніи. При этомъ соединительная ткань, окружающая бронхіальные трубки, оказывается студенисто-инфильтрированной. Послѣдовательнымъ путемъ могутъ быть поражены и самые бронхи. Эта интерстиціальная пневмонія имѣетъ полную аналогію съ инфекціонною пневмоніею новорожденныхъ, которая, подъ именемъ «интерлобулярной пневмоніи», была описана сначала F. Weber'омъ ¹⁾, а впослѣдствіи — Вилгемъ; кромѣ того, она представляетъ аналогію съ такимъ же заболѣваніемъ легкихъ рогатаго скота, пораженнаго чумою.

При септицеміи не очень рѣдко встрѣчается язвенный эндокардитъ, который однако по всей вѣроятности часто остается незамѣченнымъ. Объ этомъ осложненіи мы еще будемъ говорить въ одной изъ слѣдующихъ главъ.

¹⁾ Pathologische Anatomie der Neugeborenen. Kiel 1851. H. 2, pp. 20 и 49.

Довольно рѣдко встрѣчаются воспаления мозговыхъ оболочекъ, твердой или паутинной. Воспаленія эти отчасти бываютъ разлитыя, въ большинствѣ случаевъ—гнойныя, но отчасти наблюдаются въ видѣ ограниченныхъ гнѣздъ.

Селезенка почти всегда увеличена; пульпа ея очень мягка и имѣетъ шоколадный цвѣтъ.

Въ печени мы находимъ мутное набуханіе и начинающееся распаденіе клѣтокъ. Заболѣваніе обыкновенно не бываетъ одинаково выражено по всему органу, а представляется болѣе развитымъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ. Иногда, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ, существуетъ рѣзко выраженное желтушное окрашиваніе печени, которое зависитъ отъ интерстиціального воспаления.

На кожѣ иногда наблюдаются петехіи или разлитыя воспаления, имѣющія сходство съ рожистымъ процессомъ.

Въ кишечномъ каналѣ встрѣчаются катарральныя воспаления съ кровоизліяніями, а иногда съ изъязвленіями, образовавшимися изъ гѣмorrhagически-инфильтрированныхъ участковъ слизистой оболочки. Рѣже наблюдается дифтеритъ толстыхъ кишекъ, который иногда возникаетъ вслѣдствіе зараженія послѣuroдовымъ очищеніемъ чрезъ задній проходъ.

Въ мочевомъ пузырьѣ гѣмorrhagическіе участки слизистой оболочки иногда также превращаются въ изъязвленія, покрытыя или непокрытыя дифтеритическимъ налетомъ.

Терапія.

Если уже наступило септическое зараженіе, то локализовать болѣзненный процессъ на мѣстѣ его первоначальнаго развитія или купировать его удастся лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ. Но все-таки отъ этой надежды никогда не слѣдуетъ отказываться, и нужно держаться правила, что чѣмъ раньше приступлено къ лѣченію, тѣмъ больше шансовъ достигнуть благопріятной перемѣны въ дальнѣйшемъ ходѣ болѣзни. Правда, въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ ничтожное количество септического вещества, введеннаго, напримѣръ, при посредствѣ пальца, уже успѣло вызвать заболѣваніе, обнаруживающееся острымъ лихорадочнымъ приступомъ и вначалѣ ограничивающееся параметритомъ, рассчитывать на то, что еще удастся остановить дальнѣйшее развитіе процесса, совершенно невозможно, такъ какъ микроорганизмы, разъ они проникли въ соединительную ткань, уже неминуемо будутъ размножаться и распространяться съ величайшею быстротою. Но условія оказываются иными въ тѣхъ случаяхъ, когда въ половомъ каналѣ находятся гнилостно разлагающіяся вещества, напр. гниющіе остатки плаценты или омертвѣвшія материнскія ткани, и когда не сразу является самая опасная интоксикація, а напротивъ того, въ организмъ непрерывно еще поступаютъ

новыя инфицирующія вещества. Въ подобныхъ случаяхъ терапія имѣть несравненно болѣе шансовъ достигнуть благопріятнаго результата.

Въ практикѣ дѣло стоитъ обыкновенно такимъ образомъ, что отрицать непрерывно продолжающееся поступленіе заразныхъ веществъ въ систему кровообращенія мы не имѣемъ никакихъ данныхъ, и поэтому почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ насъ приглашаютъ вскорѣ послѣ наступленія болѣзни, мы должны начинать лѣченіе съ основательной дезинфекціи полового канала.

Если имѣется основаніе допустить, что задержаны остатки плаценты, то, удостовѣрившись въ этомъ, необходимо ихъ удалить, при чемъ сначала, разумѣется, должна быть сдѣлана попытка произвести эту операцію рукою. Но удалять остатки *deciduae* или яичевыхъ оболочекъ, если таковыя задержаны въ маточной полости, безусловно не слѣдуетъ (за исключеніемъ случаевъ выкидыша), или, по крайней мѣрѣ, нужно удалять только тѣ куски, которые выдаются изъ маточнаго зѣва во влагалище, потому что опасную инфекцію они едва ли когда нибудь вызываютъ, а полное удаленіе ихъ въ большинствѣ случаевъ было бы невозможно и только причинило бы новыя раны.

Еще менѣе позволительно выскабливать матку острою ложечкой, если плодъ былъ извергнутъ во второй половинѣ беременности. Такъ какъ полость матки въ означенное время имѣть большой объемъ и такъ какъ стѣнки ея легко повреждаются, то этотъ способъ лѣченія былъ бы очень ненадеженъ и вмѣстѣ съ тѣмъ чрезвычайно опасенъ.

Дезинфицирующее спринцованіе должно производиться какъ можно ранѣе. Слѣдовательно, въ самомъ началѣ заболѣванія нужно рѣшить, будемъ ли мы предпринимать такое спринцованіе, и если этотъ вопросъ рѣшенъ утвердительно, то спринцованіе должно быть сдѣлано немедленно. Спринцованіе, предпринятое только на другой день, уже не окажетъ никакого дѣйствія.

Растворъ карболовой кислоты (3—5%) заслуживаетъ преимущества предъ всѣми другими средствами. Растворовъ сулемы лучше совсѣмъ не употреблять въ родильномъ періодѣ. Опасность, съ которою они сопряжены, слишкомъ велика, а предотвратить ее не въ нашей власти. Извѣстно очень много случаевъ, въ которыхъ послѣ однократнаго спринцованія матки растворомъ сулемы наступало смертельное отравленіе ¹⁾.

¹⁾ Относительно примѣненія сулемы см. у слѣдующихъ авторовъ: V ö h t z, Cbl. f. G. 1864, No. 31.—Stadtfield, *ibid.*, No. 7.—L o m e r, *ibid.*, No. 14.—W i n t e r, *ibid.*, No. 43.—M ä u r e r, *ibid.*, No. 17.—T h o r n, Samml. klin. Vortr., No. 250.—K e l l e r, Arch. f. G., B. XXVI, p. 107.—v. H e r f f, Arch. f. Gyn., B. XXV, p. 487.—S z a b o, Arch. f. Gyn., B. XXX, p. 143.—T a e n z e r, Cbl. f. G., 1885, No. 18.—W a l c h e r, Württemb. Corr.-Bl. 1885, No. 37.—Z i e g e n s p e c k, Cbl. f. G. 1886, No. 34; 1887, No. 16.—F ü r s t, Die Antisepsis bei Schwangeren etc. Wien 1885, u. Wiener med. Bl. 1885, № 21—24.—F l e i s c h m a n n, Cbl. f. G. 1886, No. 47.—v. H e r f f, Cbl. f. G. 1887, № 36 и 37.

Такъ какъ отравленіе обнаруживается лишь спустя нѣсколько дней, а иногда даже спустя недѣлю и болѣе, то съ наступленіемъ его уже нельзя помочь дѣлу. Даже очень слабые растворы сулемы (1 : 4000 или 1 : 5000) не безопасны и могутъ при однократномъ спринцованіи матки или влагалища причинить смерть. Не только матка, но и влагалище, довольно часто теряющее во время родового акта поверхностные слои эпителия, всасываетъ въ родильномъ періодѣ несравненно энергичнѣе, чѣмъ при обыкновенныхъ условіяхъ. Послѣ обильныхъ кровотеченій или при осложненіи болѣзью почекъ (и то и другое въ родильномъ періодѣ встрѣчается довольно часто), опасность такихъ спринцованій еще болѣе увеличивается.

Но и внутриматочныя впрыскиванія карболовой кислоты сопряжены у родильницъ съ опасностью такъ называемаго карболоваго припадка, т. е. остраго отравленія этою кислотою. Дѣло начинается внезапною потерей сознания, послѣ чего въ тяжелыхъ случаяхъ появляются судороги, и спустя нѣсколько часовъ можетъ наступить смерть въ коматозномъ состояніи. Но хотя съ увѣренностью предотвратить наступленіе этихъ припадковъ мы не имѣемъ возможности, тѣмъ не менѣе смертельный исходъ можетъ быть предупрежденъ почти навѣрное, если спринцованіе будетъ немедленно прекращено, какъ только появились первые признаки начинающагося припадка. Поэтому во время спринцованія слѣдуетъ постоянно наблюдать за выраженіемъ лица родильницы, и какъ только въ немъ обнаружилась перемѣна, всегда очень рѣзко бросающаяся въ глаза, слѣдуетъ немедленно закрыть эластическую трубку ирригатора, прижавъ ее между пальцами. Даже при соблюденіи этого правила все-таки иногда еще наступаетъ полная потеря сознания, но очень кратковременная, такъ что больная скоро оправляется ¹⁾.

Спринцованіе производится чрезъ широкую стеклянную или металлическую трубку, которая всего лучше должна имѣть только боковыя отверстія или, по крайней мѣрѣ, не одно только отверстіе на самомъ концѣ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ впрыскиваемый растворъ почти неизбежно будетъ проникать непосредственно въ кровеносную систему, если это одно отверстіе упрется въ зияющую вену.

Для орошенія вполне достаточно, если жидкость будетъ падать

¹⁾ Относительно карболовыхъ припадковъ см.: Küstner, Cbl. f. Gyn. 1878, No. 14.—Fritsch, ibidem, No. 15.—Herdegen, ibidem, No. 16.—Bruntzel, Bresl. ärztl. Zeitschr. I. 1879, No. 5.—Fischer, Diss. inaug. Halle 1879.—Riegel, D. Arch. f. klin. Med. V, p. 469.—Glöckner, Diss. inaug. Halle 1886. Многочисленные опыты, приведенные въ этой диссертации, несомнѣнно доказываютъ, что такъ наз. карболовый припадокъ дѣйствительно зависитъ отъ остраго отравленія карболовою кислотою.

съ высоты $1\frac{1}{2}$ метра. Количество впрыснутого раствора не должно быть меньше 1—2 литровъ.

Если уже наступило заболѣваніе внутренней поверхности матки или существуютъ большія раны въ маточной шейкѣ или въ сводѣ влагалища, то иногда бываетъ полезно, послѣ тщательнаго промыванія болѣе крѣпкимъ растворомъ, производить постоянную ирригацію въ продолженіе 1—2 дней. Для этой цѣли лучше всего положить родильницу на Фолькманновскую раму, подъ которою ставится въ кровати подкладное судно съ боковою отводящею трубкою. Въ матку вводится широкая металлическая трубка, лучше всего—гибкій оловянный катетеръ, а между этою трубкою и ирригаторомъ помѣщается кранъ, при помощи котораго регулируется притокъ жидкости. Наиболѣе удобнымъ оказался кранъ, устроенный Schücking'омъ. Для постоянной ирригаціи употребляется однопроцентный растворъ карболовой кислоты; но черезъ 6—12 часовъ лучше замѣнить его какимъ нибудь другимъ дезинфицирующимъ средствомъ, которое не производитъ ядовитаго дѣйствія (например—пятипроцентнымъ растворомъ сѣрноватистокислаго натра или 4-процентнымъ растворомъ борной кислоты, и т. п.).

Вообще, постоянная ирригація въ родильномъ періодѣ не оправдала тѣхъ надеждъ, которыя на нее возлагались, и въ дѣйствительности рѣдко приносила пользу. Важнѣйшую роль, несомнѣнно, играетъ первое дезинфицирующее спринцованіе. Спустя нѣсколько часовъ можно, пожалуй, сдѣлать еще и второе такое же спринцованіе, но дальнѣйшее повтореніе его, какъ полагаетъ Breisky (и съ этимъ мы должны вполне согласиться), уже не можетъ принести никакой пользы.

Если уже существуетъ разлитой перитонитъ, то нужно совсѣмъ отказаться отъ внутриматочныхъ спринцованій, такъ какъ въ этомъ случаѣ они совершенно бесполезны.

Чтобы закончить описаніе мѣстной терапіи, намъ остается еще упомянуть о лѣченіи дифтеритическихъ язвъ наружныхъ половыхъ частей, влагалища и влагалищной части матки. Язвы, доступныя непосредственному осмотру, требуютъ однократнаго прижиганія крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты (10—20%). Но еслибы для этого понадобилось ввести маточное зеркало, то лучше совсѣмъ отказаться отъ такого мѣстнаго лѣченія.

Всасываніе изъ полости матки можетъ быть во всякомъ случаѣ ограничено, если вызвать сильныя маточныя сокращенія. Поэтому въ первые дни слѣдуетъ давать спорынью внутрь, или дѣлать подкожныя впрыскиванія эрготина, если спорынья не можетъ быть назначена въ виду состоянія желудка.

Если болѣзнь уже прошла свою начальную стадію, если, напримеръ, наступилъ перитонитъ, то прервать инфекціонный процессъ уже невозможно.

Внутреннихъ средствъ, которыя были бы въ состояніи сдѣлать безвредными поступившія въ организмъ заразные вещества, мы не знаемъ. Всѣ дезинфицирующія средства, которыя здѣсь назначаются для внутренняго употребленія, совершенно бесполезны потому, что для достиженія эффекта пришлось бы давать ихъ въ невозможно большихъ приемахъ.

Удалить вредоносныя вещества изъ организма путемъ искусственно усиленныхъ выдѣлений точно также не удастся. Нѣкоторою славою въ этомъ отношеніи пользуются, правда, слабительныя средства, которыя еще въ прошломъ столѣтіи часто были употребляемы при пурперальныхъ процессахъ, да и въ нынѣшнемъ вѣкѣ опять очень настоятельно рекомендовались de Latour'омъ, Seyffert'омъ и Breslau. Schroeder точно также полагалъ, что послѣ употребленія слабительнаго обыкновенно понижается лихорадка, затѣмъ перитонитъ становится менѣе болѣзненнымъ, а общія явленія принимаютъ менѣе тревожный характеръ. Вѣрно, однако, то, что и при сильномъ поносѣ, появился ли онъ самопроизвольно или былъ вызванъ искусственно, болѣзнь почти всегда развивается своимъ чередомъ, если уже наступило воспаленіе брюшины.

Если перитонитъ уже наступилъ, то самое рациональное — ограничить кишечную перистальтику при помощи опія и морфія. Конечно, локализовать этимъ путемъ септическое воспаленіе брюшины почти нѣтъ никакой надежды; но еслибы намъ удалось даже только замедлить его развитіе, то и это, понятнымъ образомъ, уже представляло бы извѣстную выгоду.

Кромѣ того, наркотическія средства почти безусловно необходимы для облегченія болей, существующихъ въ первое время послѣ появленія перитонита, и для того, чтобы больная могла ночью спокойно спать.

Многіе рекомендуютъ также ледяныя компрессы, которые, однако, всегда въ первое время усиливаютъ кишечную перистальтику и вообще, какъ намъ кажется, не имѣютъ другой цѣли, кромѣ отнятія теплоты.

Нѣкоторые врачи стараются и при этой болѣзни искусственно понижать лихорадку. Но о холодныхъ ваннахъ или завертываніяхъ при свѣжемъ перитонитѣ не можетъ быть и рѣчи. Поэтому непосредственное отнятіе теплоты можетъ быть достигнуто только помощью холодныхъ примочекъ или постоянного орошенія холодною водою. Однако, существенной пользы отъ такого отнятія теплоты ожидать не слѣдуетъ, да и не видно, въ чемъ она могла бы заключаться.

Такъ какъ мы здѣсь имѣемъ дѣло съ такою болѣзью, которая въ теченіе 8 дней оканчивается смертью или приводитъ къ ухудшенію, то и лихорадка, даже при очень высокой температурѣ, не можетъ быть сама по себѣ опасна для жизни. Поэтому и жаропонижающія средства, даваемыя внутрь, напр. хининъ, антипиринъ, салициловокислый натръ и т. п., совершенно бесполезны. Они почти всегда производятъ только чрезвы-

чайно непродолжительное и ничтожное понижение температуры, а в то же время разстраивают отправления желудка и отнимают у врача возможность правильно судить о положении дѣла.

Болѣе цѣлесообразно — поддерживать силы больной по возможности хорошою пищею и назначеніемъ спиртныхъ напитковъ въ большихъ приемахъ. Breisky и Runge горячо рекомендуютъ этотъ способъ лѣченія. Runge назначаетъ спиртные напитки даже въ необыкновенно большомъ количествѣ (напр., въ теченіе 7 дней 2 литра коньяку и 10 бутылокъ крѣпкаго вина) и старается прибавленіемъ яичнаго желтка и вкусовыхъ средствъ сдѣлать ихъ болѣе пріятными для больныхъ. Очень важнымъ пособіемъ для улучшенія аппетита онъ считаетъ одновременное лѣченіе прохладными ваннами (24—25° P.) короткой продолжительности (5—7 минутъ). По мнѣнію Runge, алкоголь не есть специфическое средство противъ пуэрперальной септицеміи, а увеличиваетъ только способность организма противоудѣйствовать поступившему въ него ядовитому веществу. Впрочемъ, онъ признаетъ, что при тѣхъ формахъ септического перитонита, которыя сопровождаются сильною болѣзненностью и частою рвотою, терапія не достигаетъ никакихъ результатовъ.

4. Пуэрперальная піэмія.

Піэмія начинается и протекаетъ совершенно иначе, чѣмъ септицемія. Начало заболѣванія рѣдко бываетъ раньше конца первой недѣли или начала второй. Почти всегда (и во всякомъ случаѣ гораздо чаще, чѣмъ при септицеміи) оно бываетъ обозначено сильнымъ потрясающимъ ознобомъ, за которымъ слѣдуютъ и другіе, по большей части раздѣленные между собою промежутками въ нѣсколько дней. Съ каждымъ потрясающимъ ознобомъ температура тотчасъ же поднимается очень значительно, нерѣдко до 40 и даже 41°, или еще выше. Но затѣмъ лихорадка вскорѣ становится ремиттирующею; температура на нѣсколько дней даже опускается до нормы, но какъ только наступаетъ новый потрясающій ознобъ, она немедленно опять повышается. Такъ какъ потрясающіе ознобы могутъ появляться въ любое время дня, а между тѣмъ отъ нихъ главнымъ образомъ зависятъ повышенія температуры, то и эти послѣднія не связаны съ опредѣленнымъ временемъ дня, и если утромъ температура была еще высока, то вечеромъ того же дня можетъ уже наступить паденіе лихорадки. Впрочемъ, первому острому проявленію болѣзни иногда предшествуетъ незначительное повышение температуры, до 38° или нѣсколько выше.

Въ началѣ самаго заболѣванія почти никогда нельзя констатировать какихъ либо мѣстныхъ измѣненій. Прежде всего отсутствуютъ всякіе признаки воспалительнаго пораженія матки или брюшины, да и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни подобные процессы не развиваются. По-

этому послѣ паденія лихорадки родильница опять чувствуетъ себя вполне хорошо и кажется совершенно здоровой. Если піэмія, въ видѣ исключенія, сопровождается перитонитомъ, то это всегда указываетъ на осложненіе септиціею. Въ подобныхъ случаяхъ и анатомическія измѣненія соотвѣтствуютъ одновременному существованію обѣихъ болѣзней. Въ легкихъ же случаяхъ, далеко не составляющихъ рѣдкости, могутъ въ теченіе недѣли появиться 2 или 3 потрясающихъ озноба, послѣ которыхъ наступаетъ окончательное паденіе лихорадки безъ того, чтобы гдѣ либо обнаружился мѣстный измѣненія.

Обыкновенно, однако, рано или поздно обнаруживается болѣзненность и припухлость одного или нѣсколькихъ суставовъ, или появляются признаки остраго воспаленія сухожильныхъ влагалищъ, въ особенности на предплечьи, или гдѣ нибудь образуются подкожные абсцессы. Изъ суставовъ особеннымъ предрасположеніемъ отличаются локтевой и колѣнный; но тѣ же измѣненія могутъ встрѣчаться и въ плечевомъ, тазобедренномъ или всякомъ другомъ суставѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни образуются метастазы въ формѣ клиновидныхъ инфарктовъ, чаще всего въ легкихъ, въ почкахъ и въ селезенкѣ. Легочные инфаркты могутъ обнаруживаться нѣсколько кровянистою мокротою, а почечныя эмболии—кровянистою мочою. Въ большинствѣ случаевъ, однако, они не даютъ никакихъ особенно рѣзкихъ симптомовъ и констатируются только при вскрытіи трупа.

Но эмболическіе инфаркты въ легкихъ часто вызываютъ плевритъ, прежде всего—на своей поверхности. Нерѣдко, однако, плевритъ становится разлитымъ, и тогда онъ обыкновенно въ скоромъ времени приводитъ къ смерти, при очень быстро усиливающейся одышкѣ.

Изъ другихъ органовъ иногда, хотя гораздо рѣже, заболѣваютъ околушная железа и глазное яблоко. Воспаленіе околушной железы всегда переходитъ въ нагноеніе. Заболѣваніе глаза начинается въ формѣ воспаленія сѣтчатки или сосудистой оболочки. Стекловидное тѣло, при очень сильныхъ боляхъ, становится мутнымъ, и въ большинствѣ случаевъ уже спустя нѣсколько дней больной глазъ совершенно теряетъ способность зрѣнія. Дѣло оканчивается омертвѣніемъ и прободеніемъ роговицы, съ послѣдующею атрофіею глазнаго яблока, если раньше не наступилъ смертельный исходъ. Но, къ счастью, заболѣванія глаза, по крайней мѣрѣ—въ случаяхъ, оканчивающихся выздоровленіемъ, встрѣчаются довольно рѣдко.

Въ качествѣ чрезвычайно опаснаго, хотя и рѣдкаго симптома, должны быть еще упомянуты обильныя маточныя кровотечения. Они появляются лишь на второй или третьей недѣлѣ родильнаго періода и зависятъ отъ обширнаго распаденія тромбовъ на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты. Кровотеченія эти могутъ быть очень обильны и обыкновенно весьма значительно ускоряютъ наступленіе смертельнаго

исхода. Изъ всѣхъ позднихъ кровотеченій родильного періода они оказываются наиболѣе опасными.

Наконецъ, довольно часто встрѣчается эндокардитъ, въ язвенной формѣ. Какъ осложненіе пуэрперальной піэміи, онъ не даетъ никакихъ рѣзко выраженныхъ явленій, кромѣ тѣхъ, которыя и безъ эндокардита встрѣчаются при піэміи почти постоянно, т. е. кромѣ потрясающихъ ознобовъ и капиллярныхъ эмболій. Но эндокардитъ въ родильномъ періодѣ не очень рѣдко встрѣчается и безъ піэміи, въ виду чего мы должны посвятить ему особую главу.

Теченіе и продолжительность піэміи очень различны. Наряду съ легкими случаями, протекающими въ какихъ нибудь 8 дней при двухъ или трехъ потрясающихъ ознобахъ и безъ видимой локализациі, встрѣчаются случаи тяжелые, которые послѣ 6—12 или большаго числа потрясающихъ ознобовъ оканчиваются смертью въ 10—14 дней, такъ что смертельный исходъ наступаетъ приблизительно между 16-мъ и 22-мъ днемъ родильного періода. Въ случаяхъ, оканчивающихся смертью, болѣзнь чаще всего и протекаетъ подобнымъ именно образомъ. Но если болѣзнь затягивается, то потрясающихъ ознобовъ можетъ быть очень много, до 20—30 или еще больше. Даже черезъ 40—50 дней послѣ родовъ иногда еще встрѣчаются ознобы, которые еще и въ это время могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ повышеніе температуры до 41° . Такіе затяжные случаи обыкновенно оканчиваются выздоровленіемъ.

Предсказаніе нигдѣ не сопряжено съ такими трудностями, какъ при піэміи. Поставить съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ хорошее предсказаніе возможно только тогда, когда ознобы съ самаго начала появляются чрезъ большіе промежутки времени, когда лихорадка послѣ каждаго озноба быстро прекращается и когда не существуетъ никакихъ локализаций. Но, съ другой стороны, даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ поражены многочисленные суставы, предсказаніе далеко не всегда абсолютно неблагоприятно. Намъ пришлось видѣть одинъ чрезвычайно тяжелый случай піэміи, который, наступивши послѣ разрыва промежности, окончился выздоровленіемъ, не смотря на то, что всѣ 6 большихъ суставовъ обѣихъ нижнихъ конечностей были поражены гнойнымъ воспаленіемъ и совершенно анкилозировались.

Распознаваніе, послѣ того какъ уже было нѣсколько потрясающихъ ознобовъ, не представляетъ никакихъ трудностей, даже при отсутствіи явныхъ локализаций. О возникновеніи піэміи мы уже говорили въ связи съ другими инфекціонными послѣродовыми болѣзнями. Однако, при піэміи играютъ извѣстную роль такіе этиологическіе моменты, которыхъ не бываетъ при септицеміи. Особенно часто піэмія вызывается ненормальными уклоненіями послѣдоваго періода, если потребовалось, напримѣръ, искусственное отдѣленіе плаценты, или же,

если часть плаценты задержана въ маткѣ. Въ случаяхъ, въ которыхъ предлежала плацента, пиэмія точно также встрѣчается относительно часто. Другіе этиологическіе моменты, напр. карцинома влагалища или матки, наблюдаются рѣже. Въ подобныхъ случаяхъ пиэмія можетъ обнаружиться очень рано, даже еще во время родовъ. Кромѣ того, исходнымъ пунктомъ для развитія пиэміи довольно часто бываютъ обширные разрывы промежности съ одновременнымъ разрывомъ прямой кишки и большихъ геморроидальныхъ венъ, а въ рѣдкихъ случаяхъ—тромбозированные варикозные узлы влагалища.

Патологическая анатомія пиэміи и септицеміи совершенно различна. При пиэміи не бываетъ ни перитонита, ни параметрита, а въ большинствѣ случаевъ мы не находимъ также эндометрита и гангренозныхъ язвъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ и во влагалищѣ.

Взаимнъ этого существуютъ гнойныя воспаленія суставовъ, которыя часто уже очень рано приводятъ къ разрушенію сочленовнаго хряща. Встрѣчаются также гнойныя или ихорозныя флегмоны въ различныхъ областяхъ тѣла, а еще чаще—клиновидные инфаркты въ легкихъ, въ почкахъ и въ селезенкѣ. Взаимнъ тромбозированныхъ лимфатическихъ сосудовъ, которые при септицеміи существуютъ почти постоянно, мы находимъ при пиэміи гноевидно распавшіеся тромбы въ маточныхъ венахъ и въ венозныхъ сосудахъ малаго таза, а особенно—въ одной изъ *vv. sperm. intern.* Рѣдко такіе тромбы простираются изъ маточной вены въ подчревную (*v. hypogastrica*).

Терапія, въ отношеніи профилактики, та же самая, что и при септицеміи. Нѣкоторые мѣстные пиэмическіе процессы, а особенно—заболѣванія суставовъ, требуютъ хирургическаго лѣченія. Если наступило нагноеніе суставовъ, то они должны быть вскрыты не слишкомъ поздно, а въ случаѣ надобности—резецированы. Внутреннія жаропонижающія средства въ быстро протекающихъ случаяхъ пиэміи не должны быть назначаемы, совершенно такъ же, какъ при септицеміи. Но въ затяжныхъ случаяхъ необходимо назначать и прохладныя ванны, и внутреннія жаропонижающія средства, чтобы этимъ противодействовать вредному вліянію постоянно возобновляющейся высокой лихорадки. Прохладныя ванны, въ виду отсутствія перитонита, обыкновенно не встрѣчаютъ противопоказаній. Но еще важнѣе—заботиться объ улучшеніи аппетита и посредствомъ питательной діеты поддерживать силы организма.

5. Язвенный эндокардитъ.

(*Endocarditis ulcerosa, mycotica, diphtheritica*).

Литература. Virchow, Arch. f. path. Anat., B. IX u. X; Ges. Abh., p. 711, и Beitr. z. Geb. u. Gyn. d. Ges. f. Gebh. I, p. 323; Charité-Ann. II. 1877, p. 716, и III. 1878, p. 737.—Litten, Charité-Ann. III. 1877.—Berl. klin. Woch. 1878, p. 93, и Zeitschr. f. klin. Med. II. 1881.—Olshausen, Arch. f. Gyn., B. VII, p. 193.—

Roth, D. Ztschr. f. Chir., B. I.—Heiberg, Die puerper. u. pyaem. Proc. 1873, p. 22.—Westphal, Arch. f. path. Anat., B. XX, p. 542.—Spiegelberg, M. t. G., B. 28, p. 430.—R. Meyer, Habilitationsschr. Zürich 1870.—Laffter, Bresl. ärztl. Ztschr. 1880, No. 18.

Эндокардитъ, въ родильномъ періодѣ, согласно вышесказанному, не долженъ разсматриваться какъ болѣзнь sui generis, а представляетъ только локализацию септического зараженія. Если эндокардитъ, какъ это бываетъ очень часто, появляется наряду съ другими локализациями зараженія, то при жизни онъ весьма обыкновенно остается незамѣченнымъ. Болѣе важнымъ и болѣе доступнымъ для діагноза становится эндокардитъ въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ онъ составляетъ единственную или, по крайней мѣрѣ, первичную локализацию гнилостнаго зараженія. Въ этомъ-то и заключается причина, по которой мы посвящаемъ ему особую главу.

Хотя Virchow еще 30 лѣтъ тому назадъ обратилъ вниманіе на это важное заболѣваніе и выставилъ на видъ, что оно часто встрѣчается въ родильномъ періодѣ, а впоследствии Litten опубликовать въ своей обширной работѣ большой рядъ случаевъ пuerperального эндокардита и показалъ, какіе признаки имѣются для діагноза, но все-таки акушеры до сихъ поръ мало интересовались этою болѣзнью.

Въ ряду симптомовъ самымъ раннимъ и болѣе постояннымъ оказывается лихорадка. Она начинается болѣею частью въ первые же дни родильнаго періода, но иногда и позднѣе. Начало заболѣванія въ большинствѣ случаевъ (въ 75%) бываетъ обозначено очень сильнымъ потрясающимъ ознобомъ, за которымъ слѣдуетъ быстрое повышеніе температуры, достигающее своего аспе обыкновенно въ 1—2 дня. Лихорадка обыкновенно остается на высокихъ цифрахъ и даетъ только умѣренные ремиссіи. Тѣмъ не менѣе встрѣчаются и очень быстрыя колебанія температуры на 3—4°. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни обыкновенно еще бывають повторные потрясающіе ознобы.

Гораздо рѣже лихорадка имѣетъ перемежающійся характеръ, почти съ совершенно правильными приступами, которые могутъ симулировать болотную лихорадку. Частота пульса мало соотвѣтствуетъ высотѣ температуры, такъ что даже при сильномъ пониженіи температуры пульсъ остается учащеннымъ, до 100—120 въ минуту, а въ позднѣйшія стадіи болѣзни число пульсовыхъ ударовъ часто доходитъ до 140. Пульсъ почти всегда бываетъ дигротиченъ, какъ это очень часто наблюдается при септицеміи вообще.

Симптомы болѣе постоянные, послѣ лихорадки, обнаруживаются со стороны центральной нервной системы. Уже очень рано наступаютъ бессонница, нѣкоторое помраченіе сознанія, головная боль, головокруженіе, значительная апатія и общая слабость. Послѣ первыхъ же дней больныя начинаютъ часто бредить даже въ теченіе дня и тихо говорить сами съ собою. При громкомъ окликѣ онѣ вначалѣ еще про-

буждаются. Впослѣдствіи бредъ становится болѣе упорнымъ. Большая упадаетъ въ состояніе ступора, а спустя болѣе долгое время—въ глубокое коматозное состояніе. Рѣже дѣло доходить до маниакальной формы остраго бреда, или развиваются другіе психозы ¹⁾).

Изъ мозговыхъ симптомовъ встрѣчаются также контрактуры мышцъ задней области шеи, скрежетаніе зубами, косоглазіе, судорожныя подергиванія и параличи. Въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко существуетъ воспаленіе твердой мозговой оболочки, или имѣются эмболии въ артеріяхъ головного мозга.

Не очень рѣдко наблюдается упорный поносъ. Но особенно частыми и въ диагностическомъ отношеніи очень важными оказываются измѣненія въ глазахъ, чаще всего—кровоизліянія въ сѣтчатку, которыя были найдены Litten'омъ въ 80% общаго числа случаевъ. Рѣже встрѣчаются кровоизліянія въ радужную или сосудистую оболочку, или эмболическіе процессы, которые приводятъ къ паноптальмиту (по Litten'у—въ 8 случаяхъ изъ 35).

Нерѣдко наблюдаются также измѣненія кожи, чаще всего—многочисленныя гѣморрагіи, рѣже—сыпь, похожая на розеолу или на скарлатину, а иногда—пузыри, въ родѣ пемфигозныхъ.

Общая картина болѣзни всего болѣе напоминаетъ картину брюшнаго тифа. Глубокая прострація, апатія, сухой языкъ—все это производитъ такое впечатлѣніе, какъ будто мы имѣемъ предъ собою тяжелый случай тифа. Увеличеніе селезенки, розеола, поносы могутъ сдѣлать это сходство еще болѣе полнымъ.

При выслушиваніи сердца иногда оказываются шумы, но во многихъ случаяхъ они отсутствуютъ во все продолженіе болѣзни. Увеличенія сердца нельзя констатировать.

Болѣзнь продолжается обыкновенно отъ 10 до 20 дней; но были наблюдаемы случаи, гдѣ она продолжалась до 28 дней.

Распознаваніе, даже и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ эндокардитъ не составляетъ частнаго проявленія общей септицеміи, не бываетъ легкимъ, но все-таки довольно часто оно оказывается возможнымъ. Однако, оно не можетъ быть основано на тѣхъ явленіяхъ, которыя даютъ изслѣдованіе самого сердца, такъ какъ сердечныя шумы у родильницъ встрѣчаются чрезвычайно часто и ничего особенно не доказываютъ, если не выражены очень рѣзко.

Распознаваніе скорѣе должно основываться преимущественно на общихъ явленіяхъ, а главнымъ образомъ—на очень рано наступающихъ, очень продолжительныхъ и рѣзко выраженныхъ мозговыхъ симптомахъ. Важными признаками служатъ также повторные потрясающіе ознобы и существующія въ большинствѣ случаевъ измѣненія въ глазахъ, которыя

¹⁾ Sioli, Arch. f. Psych., B. X; Westphal, l. c.

въ подобномъ видѣ обыкновенно не встрѣчаются ни при острыхъ экзантемахъ, ни при урэміи.

Высокая лихорадка, въ большинствѣ случаевъ очень продолжительная, легко можетъ навести на мысль о томъ, что мы имѣемъ дѣло съ обыкновенною лимфатическою формою септицеміи. Но этому предположенію (за исключеніемъ случаевъ, въ которыхъ эндокардитъ существуетъ одновременно съ септицеміей) противорѣчитъ то обстоятельство, что болѣзнь часто обнаруживается поздно; отсутствіе перитонита, очень рано появляющіеся и очень продолжительные мозговые симптомы, наконецъ, большая продолжительность всей болѣзни точно также говорятъ противъ этого предположенія.

Потрасающіе ознобы могутъ, правда, навести на мысль о піеміи, но лихорадка никогда не имѣетъ перемежающагося характера. Кромѣ того, при эндокардитѣ не бываетъ ни заболѣваній суставовъ, ни абсцессовъ.

Всего болѣе картина болѣзни обыкновенно напоминаетъ картину брюшнаго тифа, и это кажущееся сходство становится еще болѣе значительнымъ въ виду поноса и увеличенной селезенки; однако, при эндокардитѣ отсутствуетъ характерное для брюшнаго тифа теченіе лихорадки, а также характерная розеола и тифозный видъ испражнений.

Предположеніе объ урэміи исключается отсутствіемъ рвоты и въ то же время отсутствіемъ другихъ симптомовъ заболѣванія почекъ, хотя альбуминурия иногда и встрѣчается.

Предсказаніе, какъ нужно думать, всегда бываетъ абсолютно неблагоприятнымъ.

Патолого-анатомическія измѣненія обыкновенно наиболѣе выражены въ лѣвомъ сердцѣ. На двустворчатомъ клапанѣ, а иногда и на клапанахъ аорты, находятся отложенія, которыя безъ потери вещества не могутъ быть удалены. Но рядомъ съ этими отложеніями встрѣчаются и потери вещества.

Пораженные клапаны неравномѣрно утолщены. Въ сердечной мышцѣ довольно часто оказываются милиарные абсцессы. Исслѣдованіе утолщенныхъ и шероховатыхъ частей эндокардія обнаруживаетъ въ нихъ многочисленныя колоніи микрококковъ. Рѣже заболѣваніе локализуется въ трехстворчатомъ клапанѣ или полулунныхъ клапанахъ легочной артеріи.

Особенно часто, послѣ сердца, бываютъ поражены почки. Въ ихъ паренхимѣ часто оказывается большое число милиарныхъ абсцессовъ. Довольно часто, повидимому, встрѣчаются гнойныя воспаленія мягкой или твердой мозговой оболочки (*rachymeningitis haemorrhagica*, по Litten'у и Olshausen'у), а также энцефалитическіе абсцессы. Въ мозговыхъ оболочкахъ при этомъ нерѣдко оказываются гѣморрагіи. Послѣднія особенно часто встрѣчаются и въ сѣтчаткѣ.

Этіологія. Такъ какъ язвенный эндокардитъ часто бываетъ только однимъ изъ проявленій лимфатической или флебо-тромботической формы

родильной горячки и такъ какъ изслѣдованіе всегда обнаруживаетъ присутствіе микрококковъ на пораженныхъ клапанахъ сердца и во всѣхъ милиарныхъ абсцессахъ почекъ, селезенки и другихъ органовъ, то близкая генетическая связь этого заболѣванія съ пуэрперальной септицеміею и пиэміею очевидна безъ дальнѣйшихъ поясненій.

И здѣсь также ядовитое вещество въ большинствѣ случаевъ вступаетъ въ организмъ чрезъ раны полового канала. Въ случаяхъ, въ которыхъ предлежала плацента, зараженіе повидимому иногда происходило на мѣстѣ ея прикрѣпленія.

Причина, по которой микрококки, не смотря на движеніе крови, поселяются иногда въ клапанахъ сердца, становится ясною въ виду того обстоятельства, что микотическій эндокардитъ особенно часто встрѣчается послѣ бывшаго уже обыкновеннаго эндокардита, т. е. въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ оставшіяся шероховатости эндокардіа благопріятствуютъ поселенію микрококковъ. К ö s t e r, напротивъ того, полагаетъ, что колоніи микрококковъ, находимыя въ клапанахъ, занесены туда капиллярными эмболіями, т. е. чрезъ посредство вѣчныхъ артерій.

Пораженные клапаны сердца мѣстами подвергаются некрозу; при этомъ распадающіяся ткани съ существующими въ нихъ колоніями микрококковъ подають поводъ къ многочисленнымъ капиллярнымъ эмболіямъ, которыя, какъ мы уже видѣли, производятъ во многихъ органахъ милиарные абсцессы, часто окруженные гѣморрагическимъ вѣнчикомъ. Подобнымъ же образомъ возникаютъ воспалительные процессы въ головномъ мозгу и его оболочкахъ.

Слѣдовательно, не только самое происхожденіе болѣзни, но и распространеніе ея въ самыхъ различныхъ органахъ представляетъ полную аналогію съ пиэміею, т. е. съ пуэрперальнымъ зараженіемъ чрезъ посредство распадающихся тромбовъ въ маточныхъ венахъ. Но при язвенномъ эндокардитѣ эмболическія гнѣзда бывають болѣе мелкими (милиарными) и обыкновенно также гораздо болѣе многочисленными, а лихорадка — быть можетъ, именно вслѣдствіе постоянно повторяющихся эмболій — не имѣетъ перемежающагося характера; наконецъ, при язвенномъ эндокардитѣ почти постоянно и при томъ въ теченіе долгаго времени существуютъ мозговые симптомы, что опять-таки, вѣроятно, бываетъ результатомъ многочисленныхъ эмболій головного мозга, которыя существуютъ постоянно, но часто остаются незамѣченными.

Phlegmasia alba dolens puerperarum.

(Бѣлая опухоль бедра).

Уже при описаніи параметрита мы упомянули о томъ, что флегмона иногда распространяется на соединительную ткань бедра.

Болѣзнь эта встрѣчается очень рѣдко. Она начинается опуханіемъ бедра у Пупартовой связки, которому предшествовала флегмона около-

маточной кѣткати, иногда, впрочемъ, весьма незначительная (но въ нѣкоторыхъ случаяхъ не удастся доказать, чтобы дѣйствительно предшествовалъ параметритъ). Кожа становится сильно напряженною вслѣдствіе опуханія подлежащей соединительной ткани и иногда представляетъ разлитую красноту. Въ то же время съ самаго начала появляются боли, обыкновенно очень сильныя. Родильница болѣе или менѣе лихорадитъ. Въ теченіе нѣсколькихъ дней припухлость переходитъ на голень и распространяется до стопы. Но иногда она останавливается еще на бедрѣ. Первоначальное напряженіе мало по малу уступаетъ мѣсто болѣе мягкой резистенціи, и послѣ надавливанія пальцемъ долго остается углубленіе, какъ при хроническомъ отекаѣ. Болѣзнь продолжается обыкновенно 8—14 дней; но хроническій отекъ по окончаніи ея часто остается еще на многіе мѣсяцы.

Острое флегмонозное опуханіе соединительной ткани, въ которомъ заключается сущность этой болѣзни, часто влечетъ за собою тромбозъ венъ, вслѣдствіе ихъ прижатія. Но этотъ тромбозъ представляетъ только нѣчто случайное, и относитъ названіе «*phlegmasia dolens*» ко всякому первичному тромбозу, приводящему къ застоному отеку бедра, значило бы злоупотреблять этимъ терминомъ (см. ниже).

Распознаваніе нетрудно. Предсказаніе благоприятно, если *phlegmasia dolens* не осложнена другими, болѣе серьезными заболѣваніями.

Лѣченіе. Въ началѣ болѣзни, въ виду очень сильныхъ болей, нельзя обойтись безъ наркотическихъ средствъ. Втиранія какого нибудь нѣжнаго масла или ртутной мази оказываютъ хорошее дѣйствіе. Но особенно важно, чтобы конечность была удобно помѣщена въ приподнятомъ положеніи до тѣхъ поръ, пока исчезнутъ всѣ явленія раздраженія. По прекращеніи этихъ явленій слѣдуетъ прибѣгнуть къ бинтованію конечности, чтобы устранить оставшійся отекъ.

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 Faillie, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. II, p. 30.—Wiltshire, London Obst. Tr. XIII, p. 133.—Lardier, Thèse de Paris. 1874.—Macdonald, Obst. J. of Gr. Britain. November 1875, p. 516.—Ditzel, Hosp. Tid. 1881, 1.—Kuhn, Arch. f. Gyn., V. XVIII, p. 495.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ послѣ срочныхъ родовъ, и нѣсколько чаще—послѣ несвоевременныхъ, наступаетъ столбнякъ (*tetanus*). Какъ и всякій другой столбнякъ, онъ обыкновенно очень скоро оканчивается смертью. Иногда онъ наблюдался еще во время родовъ или до ихъ наступленія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ему предшествовали болѣе сильныя кровотеченія, требовавшія тампонаціи влагалища.

Столбнякъ родильницъ, вѣроятно, долженъ быть разсматриваемъ

какъ столбнякъ травматическій. Распространенное теперь возрѣніе, по которому онъ зависитъ отъ особаго рода инфекціи, представляется наиболѣе правдоподобнымъ.

Въ жаркомъ климатѣ *tetanus puerperalis*, какъ и *tetanus* вообще, встрѣчается будто бы чаще, чѣмъ въ Европѣ.

Предсказаніе неблагопріятно; но все-таки, по статистикѣ *Simpsou'a*, въ 5 случаяхъ изъ 27-ми наступило выздоровленіе. Лѣченіе такое же, какъ при столбнякѣ вообще.

Болѣзни родильницъ, не зависящія отъ пуэрперальной инфекціи.

Острыя экзантемы въ родильномъ періодѣ.

Литература: Schneider, D. i. Marburg 1873.—A. Martin, Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkr., p. 325.—Braxton Hicks, London Obst. Tr. Vol. XII, p. 44.—Discussion etc., e. l., Vol. XVII, p. 90 etc.—Olshausen, Arch. f. Gyn., B. IX, p. 169.—Liebmann, e. l., B. X, p. 556.—Tenzler u. Wyder, Winkel's Ber. u. Studien. III, p. 710.—Legendre, Thèse de Paris. 1881.—Granser, Cbl. f. Gyn. 1885, p. 60.—Cummins, Cbl. f. Gyn. 1885, p. 47.—Le Sage, Thèse de Paris. 1877.—Underhill, Obst. J. of Gr. Britain. July 1880.—Holst, Petersb. med. Woch. 1881, No. 51.

Какъ во время беременности, точно также и въ родильномъ періодѣ иногда появляются острые экзантемы, чаще всего — брюшной тифъ. Теченіе болѣзни обыкновенно не представляетъ ничего особеннаго; но, вообще, осложненіе родильнымъ состояніемъ не можетъ считаться благопріятнымъ.

Распознаваніе, послѣ непродолжительнаго наблюденія за ходомъ болѣзни, въ большинствѣ случаевъ можетъ быть сдѣлано безъ труда и съ полною достовѣрностью. Вначалѣ всего скорѣе можетъ оказаться затруднительнымъ дифференціальное распознаваніе между брюшнымъ тифомъ и язвеннымъ эндокардитомъ (см. стр. 377).

Особаго упоминанія заслуживаетъ скарлатина. Авторы много говорили о пуэрперальной скарлатинѣ (*scarlatina puerperalis*) и часто рассматривали ее какъ пуэрперальную септицэмію, которая осложнена скарлатиноподобною сыпью.

Нельзя, конечно, отрицать, что при септическихъ и піэмическихъ заболѣваніяхъ иногда появляются накожные сыпи; однако, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ эти сыпи имѣютъ форму эритемы, а еще рѣже онѣ бываютъ распространены по туловищу и конечностямъ такъ равномерно, какъ скарлатинная сыпь.

Если при лихорадочной температурѣ и при отсутствіи другихъ заболѣваній, несомнѣнно указывающихъ на пуэрперальную септицэмію, появляется сыпь, которая по своему виду и теченію похожа на скарлатинную, то мы не ошибемся, признавъ, что имѣемъ предъ собою настоящую *scarlatinam in puerpera*.

Въ родильномъ періодѣ встрѣчаются и легкія и тяжелыя формы скарлатины. Сыпь часто бываетъ очень интенсивна, будучи окрашена въ темно-красный цвѣтъ; ангина въ нѣкоторыхъ случаяхъ незначи-

тельна. Болѣзнь начинается обыкновенно въ первые дни родильнаго періода.

По заявленію А. Martin'a, къ которому присоединился и Schroeder, скарлатина въ родильномъ періодѣ нерѣдко влечетъ за собою дифтеритическій эндометритъ, что не особенно удивительно, такъ какъ и вообще скарлатина часто осложняется дифтеритическими заболѣваніями.

Заболѣванія мочеваго пузыря и мочеиспускательнаго канала.

Литература: Olshausen, Arch. f. Gyn., B. II, p. 273.—Berl. Beitr. z. Gebh. II. 1873, p. 71.—Kaltenbach, Arch. f. Gyn., B. III, p. 1.—E. Schwarz, D. i. Halle 1879.—Chamberlain, Amer. J. of Obst. X, p. 177.—Schücking, Cbl. f. Gyn. 1881, p. 291.—Struppi, Wien. med. Pr. 1883, No. 8.—Bumm, Arch. f. Gyn., B. XXIII, p. 334, и Verh. d. D. Ges. f. G. München 1886, p. 102.

Катарръ мочеваго пузыря (cystitis) въ родильномъ періодѣ есть болѣзнь не рѣдкая. Чаще всего онъ возникаетъ послѣ катетеризаціи, благодаря тому, что въ мочевою пузырь попадаетъ послѣродовое очищеніе. Въ другихъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе распространяется на слизистую оболочку пузыря съ наружныхъ половыхъ частей чрезъ мочеиспускательный каналъ. И въ этомъ случаѣ причина, вѣроятно, всегда заключается въ томъ, что въ мочевою пузырь попадаютъ носители инфекціи. Обыкновенный же катарръ наружныхъ половыхъ частей не переходитъ въ мочеиспускательный каналъ. Ущемленіе нижней части мочеваго пузыря, нерѣдко происходящее во время родового акта, можетъ вызвать только кровоподтеки въ его слизистой оболочкѣ, но не катарральное воспаленіе. Впрочемъ, кровоподтеки въ слизистой оболочкѣ пузыря благопріятствуютъ зараженію инфекціонными веществами, проникшими туда самостоятельно или введенными чрезъ посредство инструментовъ. По опытамъ Bumm'a, быть можетъ, слѣдуетъ допустить, что для этого даже необходимо какое нибудь поврежденіе слизистой оболочки, причиненное родовымъ актомъ или катетеризаціей. Вышеупомянутые кровоподтеки и некротическіе процессы въ стѣнкахъ мочеваго пузыря, какъ мы уже сказали, могутъ подать поводъ къ изъязвленію и дифтеритическому воспаленію его слизистой оболочки, либо подъ влияніемъ общей инфекціи, либо вслѣдствіе проникновенія микроорганизмовъ изъ половаго канала.

Катарръ пузыря не легко можетъ появиться въ первые дни родильнаго періода, такъ какъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ происходитъ вслѣдствіе катетеризаціи, требуетъ нѣсколько дней для инкубаціоннаго періода. Еще нѣсколько поздиѣе, не раньше второй недѣли, развивается та форма катарра мочеваго пузыря, которая происходитъ путемъ распространенія воспалительнаго процесса съ наружныхъ половыхъ частей.

Симптомы тѣ же самыя, что и при обыкновенномъ катаррѣ пузыря: учащенный позывъ къ мочеиспусканію, stranguria и чувстви-

тельность мочевого пузыря къ давленію при наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи. Моча (свойства которой у родильницъ могутъ быть достоверно опредѣлены только при выпущеніи ее чрезъ катетеръ) становится мутною и содержитъ бѣлокъ. При этомъ, согласно изслѣдованіямъ Витт'а, она всегда сохраняетъ кислую реакцію и заключаетъ въ себѣ одинъ микроорганизмъ въ формѣ диплококка, имѣющій чрезвычайное сходство съ гонококкомъ. Симптомы въ большинствѣ случаевъ очень слабо выражены и при надлежащемъ лѣченіи исчезаютъ очень скоро. Однако, бываютъ и исключенія изъ этого правила. Встрѣчаются иногда (а въ прежнее время, до введенія антисептическаго метода, встрѣчались еще чаще, чѣмъ теперь) такіе случаи цистита, въ которыхъ моча, кишашая бактеріями, издаетъ отвратительный, ни съ чѣмъ не сравнимый запахъ.

Эти неблагопріятныя формы катарра пузыря имѣютъ большую склонность распространяться чрезъ мочеточники въ почечныя лоханки. Въ такомъ случаѣ, чрезъ нѣсколько недѣль послѣ родовъ или еще позднѣе, при быстромъ появленіи высокой лихорадки, при сильныхъ боляхъ въ крестцѣ и при чувствительности къ давленію въ области почекъ, развивается жестокая форма піелита и нефрита. Заболѣваніе это послѣ 8—14-ти дневной лихорадки можетъ перейти въ кажущееся выздоровленіе, и лихорадка исчезаетъ. Но съ промежутками въ нѣсколько недѣль, а затѣмъ—въ нѣсколько мѣсяцевъ, могутъ появляться новые приступы нефрита.

Лѣченіе. Необходимо воспретить раздражающія вещества (въ томъ числѣ—пиво) и давать обильное питье, напр. углекислыя жидкости, травяные настои и т. д; кромѣ того, цѣлесообразны бальзамическія средства и отвары *Foliae uvae ursi* и т. п. препаратовъ. Промыванія мочевого пузыря въ свѣжихъ случаяхъ скорѣе вредны, чѣмъ полезны, а особенно у родильницъ—въ виду опасности новой инфекции. Самое важное значеніе имѣютъ профилактическія мѣры. Катетеризировать родильницу безъ крайней надобности не слѣдуетъ. Лучше уже предоставить ей, чтобы она мочилась въ сидячемъ положеніи или стоя на колѣняхъ, коль скоро она иначе не можетъ испускать мочу. Но если катетеризація безусловно необходима, то въ такомъ случаѣ катетеръ, хорошо дезинфицированный, долженъ вводиться не иначе, какъ при раздвинутыхъ дѣтородныхъ губахъ и послѣ самой тщательной дезинфекціи наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала растворомъ карболовой кислоты и т. п. Если катетеризацію приходится повторять въ теченіе нѣсколькихъ дней, то вполне предотвратить катарръ пузыря часто не удастся, не смотря на всѣ предосторожности.

Задержаніе мочи (*ischuria*) въ родильномъ періодѣ встрѣчается нерѣдко. Чаще всего, какъ мы уже сказали (см. вып. I, стр. 219), оно наступаетъ въ первый день родильнаго періода, въ большинствѣ случаевъ вслѣдствіе перегиба уретры, которая по окончаніи

родовъ смѣшается книзу, вмѣстѣ съ маткою и мочевымъ пузыремъ. Эта *ischuria* обыкновенно проходитъ уже на второй день родильнаго періода.

Нѣсколько позднѣе, большею частью уже къ концу первой недѣли родильнаго періода, наступаетъ иногда задержаніе мочи въ томъ случаѣ, если поврежденія, имѣющіяся въ наружныхъ половыхъ органахъ, вызвали въ нихъ сильное флегмонозное опуханіе. Последнее захватывается также наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала, а иногда распространяется и на всю уретру. Выдѣленіе мочи при этомъ встрѣчаетъ механическое препятствіе, которое, впрочемъ, всегда можетъ быть преодолено катетеромъ. Сильное ущемленіе уретры и мочеваго пузыря, если таковое имѣло мѣсто во время родовъ, точно также можетъ иногда повлечь за собою опуханіе этихъ частей, которое и становится причиною задержанія мочи. Это послѣднее въ такихъ случаяхъ нерѣдко бываетъ предвѣстникомъ недержанія мочи, наступающаго вслѣдствіе образованія мочеваго свища.

Наконецъ, причиною задержанія мочи въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ воспаленіе брюшины, захватившее серозный покровъ мочеваго пузыря. Задержаніе мочи появляется уже послѣ того, какъ перитонитъ просуществовалъ довольно долгое время. Оно обусловливается, по всей вѣроятности, параличемъ *m. detrusoris urinae*, наступающимъ вслѣдствіе того, что стѣнка мочеваго пузыря, послѣ воспаленія лежащей надъ нею брюшины, инфильтрируется серозною жидкостью. Это объясненіе представляется вѣроятнымъ въ виду того, что такимъ же образомъ происходитъ при перитонитѣ параличъ мускулатуры кишечнаго канала.

Лѣченіе всякой ишурии должно имѣть въ виду прежде всего ту причину, которою она вызвана. Самое же задержаніе мочи обыкновенно требуетъ введенія катетера.

Недержаніе мочи, въ слабой степени развитія, встрѣчается у родильницъ очень часто, такъ что при каждомъ кашлевомъ толчкѣ и т. п. моча вытекаетъ произвольно. Этотъ мучительный симптомъ наблюдается въ родильномъ періодѣ особенно часто у женщинъ, родившихъ уже не въ первый разъ. Послѣ трудныхъ родовъ, оконченныхъ помощью операціи, состояніе это легко можетъ ухудшиться, благодаря тому, что мочеиспускательный каналъ былъ подвергнутъ сильному прижатію.

Полное недержаніе мочи встрѣчается почти исключительно при мочевыхъ свищахъ. Такъ какъ эти свищи обыкновенно возникаютъ только по отпаденіи образовавшагося гангренознаго струпа, то и недержаніе мочи обыкновенно наступаетъ только около 6-го—10-го дня родильнаго періода. Если же оно появилось тотчасъ по окончаніи родовъ, то почти всегда ему предшествовало непосредственное поврежденіе

мочевого пузыря или мочеиспускательнаго канала, причиненное какимъ либо инструментомъ, обыкновенно — тупымъ или острымъ крючкомъ.

Лѣченіе можетъ состоять только въ производствѣ операціи, если заживленіе не наступило само собою, какъ это нерѣдко бываетъ при свищахъ, сообщающихся мочевой пузырь съ маточною шейкою. Операцію лучше производить не раньше, какъ черезъ 6 недѣль послѣ родовъ.

Тромбозъ венъ нижнихъ конечностей.

Первичный тромбозъ венъ еще и во время беременности наступаетъ чрезвычайно часто. При этомъ обыкновенно онъ встрѣчается лишь въ мелкихъ подкожныхъ венахъ, въ особенности на икрахъ. Въ родильномъ періодѣ увеличиваются тромбы уже существующіе, или образуются новые.

Причину этихъ тромбозовъ нужно искать въ расстройствахъ кровообращенія, а особенно — въ очень частомъ образованіи варикозныхъ узловъ. Къ этому присоединяется еще давленіе, производимое беременною маткою на нижнюю полу ю вену, или на подвздошныя. Въ родильномъ періодѣ возникаютъ еще и другія причины, именно: покойное состояніе мышцъ нижнихъ конечностей, а можетъ быть и замедленіе пульса, часто существующее въ теченіе долгаго времени, затѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ — обильныя потери крови, вслѣдствіе которыхъ она легче свертывается, и наконецъ, послѣ долгой лихорадочной болѣзни — ослабленіе сердца, а при обширныхъ тазовыхъ экссудатахъ — давленіе, которое они производятъ на тазовыя вены.

Въ виду этого обилія причинъ, которыя довольно обыкновенно дѣйствуютъ еще по нѣскольку вмѣстѣ, становится понятно, почему у родильницъ такъ часто встрѣчается тромбозъ венъ.

Обыкновенно эти тромбозы въ мелкихъ подкожныхъ или болѣе глубокихъ венахъ не даютъ никакихъ симптомовъ, или же только на короткое время вызываютъ незначительныя мѣстныя боли. Въ видѣ исключенія происходитъ послѣдовательное воспаленіе стѣнокъ вены или непосредственно окружающихъ ее тканей (phlebitis, periphlebitis). При этомъ можетъ образоваться небольшой абсцессъ, прорывающійся наружу. Но если тромбозуется *v. cruralis* или *v. poplitea* или *v. saphena*, то происходитъ застойный отекъ, а обыкновенно появляются и ненормальныя ощущенія, иногда даже довольно сильныя боли, хотя и непродолжительныя.

Эти первичныя тромбы обыкновенно не переходятъ за Пупартову связку въ тазъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ они не имѣютъ никакой склонности къ распаденію, а напротивъ, либо совершенно всасываются при восстановленіи просвѣта закупореннаго сосуда, либо превращаются въ плотный соединительнотканый шнурокъ, который навсегда закры-

васть просвѣтъ. Лихорадка появляется только тогда, когда въ видѣ исключенія присоединяется флебитъ или перифлебитъ.

Единственная опасность, которая здѣсь можетъ возникнуть, состоитъ въ томъ, что иногда отрывается отъ тромба оуень маленькій или болѣе значительный кусокъ, который производитъ эмболію легочной артеріи (см. ниже).

Что касается лѣченія, то прежде всего нужно остерегаться подвергать тромбы неравномѣрному давленію, которое можетъ ихъ раздробить на отдѣльные куски. Поэтому никакихъ втираній въ бедро не слѣдуетъ дѣлать: послѣ такихъ втираній уже довольно часто появлялись эмболіи легочной артеріи. Только при наступленіи несомнѣнно воспалительныхъ процессовъ бываетъ полезно намазывать (но не втирать) ртутную мазь, разжиженную прибавленіемъ масла. Въ другихъ же случаяхъ нужно ограничиваться помѣщеніемъ конечности въ приподнятомъ положеніи. Оставшійся отекъ, по прошествіи первыхъ недѣль родильнаго періода, лѣчится бинтованіемъ.

Гораздо болѣе неблагоприятны вторичныя тромбозы венъ нижнихъ конечностей, которые за то встрѣчаются гораздо рѣже. Они распространяются отъ мѣста прикрѣпленія плаценты чрезъ *v. hypogastrica* и *v. iliaca communis*. Тромбъ въ общей подвздошной венѣ обыкновенно бываетъ не вполне закупоривающій, а только пристѣночный, такъ что кровообращеніе въ ней не совсѣмъ прекращено. Въ бедренной венѣ совершенно закупоривающіе тромбы образуются уже довольно часто, хотя и не съ самаго начала. Во всякомъ же случаѣ, бедренная вена всегда закупоривается первою. Поэтому всегда существуетъ значительный застойный отекъ, который обыкновенно появляется быстро, вслѣдствіе чего кожа очень напряжена; отекъ, начинаясь отъ стопы, распространяется по всему бедру. Но болѣе важное отличіе отъ первичныхъ тромбозовъ заключается въ этиологіи, благодаря которой вторичныя тромбы имѣютъ склонность къ гнойному или ихорозному распаденію.

Тромбы, существующіе первично въ венахъ матки и сосѣднихъ съ нею частей, почти всегда въ такихъ случаяхъ бываютъ инфицированы, и поэтому весьма обыкновенно, чаще въ тазовыхъ венахъ, чѣмъ въ венахъ самого бедра, дѣло доходитъ до гноевиднаго распаденія тромбовъ, и развивается піэмія.

Очень часто тромбозъ распространяется и на другое бедро. Между тромбозомъ одного бедра и тромбозомъ другаго обыкновенно проходитъ 10—14 дней. Почти всегда существуетъ лихорадка вслѣдствіе общаго зараженія, отъ котораго больныя очень часто и умираютъ. Въ лучшемъ случаѣ выздоровленіе наступаетъ только спустя 4—8 недѣль.

Лѣченіе такое же, какъ при піэміи (см. стр. 375).

Невралгіи и парезы нижней конечности.

Крестцовое сплетеніе (plexus sacralis) при трудныхъ родахъ иногда подвергается сильному прижатію, такъ что отдѣльныя волокна его могутъ быть сильно разможжены, а иногда даже разорваны. Послѣдствія этихъ поврежденій наблюдаются почти исключительно послѣ такихъ родовъ, при которыхъ были наложены щипцы. Извѣстно, напримѣръ, какъ часто роженицы ощущаютъ въ одной изъ нижнихъ конечностей очень сильную боль при введеніи или замыканіи щипцовъ, или во время тракцій.

- Боль или какое нибудь другое ненормальное ощущеніе (чувство онѣмѣнія) часто остается съ самаго момента окончанія родовъ. Но иногда она появляется только впоследствии. Въ такихъ случаяхъ причиною невралгическихъ болей можетъ быть экссудатъ въ тазовой кѣлѣтчаткѣ, который окружаетъ крестцовое сплетеніе и вызываетъ воспалительный процессъ, распространяющійся на нервные стволы. Констатировать эту причину обыкновенно удается безъ труда, такъ какъ при изслѣдованіи чрезъ влагалище или чрезъ прямую кишку прощупывается тазовой экссудатъ, лежащій въ большинствѣ случаевъ вдоль одной изъ боковыхъ половинъ крестцовой кости.

Чувство боли и двигательныя разстройства въ нижней конечности могутъ продолжаться цѣлыми мѣсяцами или годами. Иногда также появляются трофическія разстройства (исхуданіе).

Лѣченіе, если имѣются экссудаты, должно состоять въ примѣненіи противовоспалительныхъ и всасывающихъ средствъ. Въ случаяхъ уже не свѣжаго происхожденія наиболѣе дѣйствительными оказываются грязныя ванны и богатыя углекислотою разсолныя воды.

Если имѣется основаніе предположить разрывъ или разможженіе нервныхъ стволовъ, то при отсутствіи воспалительныхъ явленій слѣдуетъ возможно раньше приступить къ лѣченію индукціоннымъ токомъ.

Кромѣ воспалительныхъ заболѣваній брюшныхъ органовъ или грудныхъ железъ и кромѣ инфекціонныхъ заболѣваній, тѣсно связанныхъ съ послѣродовымъ процессомъ, встрѣчаются въ родильномъ періодѣ еще и другія, сравнительно легкія болѣзненные состоянія, которыя также могутъ обуславливать лихорадку.

Первое мѣсто здѣсь занимаетъ переполненіе кишекъ каловыми массаами ¹⁾. Дѣятельность кишечника еще во время беременности нерѣдко до такой степени ослаблена, что въ немъ накапливается большое количество каловыхъ массъ, изъ которыхъ только очень малая

¹⁾ См. Küstner, Zeitschr. f. klin. Med, B. V, p. 186

часть можетъ быть удалена испражненіемъ, наступающимъ до или во время родовъ. Родильница при этомъ вступаетъ уже съ переполненными кишками въ родильный періодъ, первые дни котораго, между тѣмъ, характеризуются вялою дѣятельностью кишечника. Задержанныя каловыя массы могутъ при такихъ условіяхъ вызвать очень значительные симптомы раздраженія кишекъ. Въ болѣе легкихъ случаяхъ дѣло ограничивается только увеличеннымъ напряженіемъ и вздутіемъ живота, которыя сопровождаются лишь слабымъ воспалительнымъ раздраженіемъ слизистой оболочки. Но далеко не рѣдко это раздраженіе распространяется и на серозную оболочку кишекъ, такъ что могутъ появиться признаки раздраженія брюшины. Животъ, уже и безъ того нѣсколько вздутый и твердый, увеличивается еще въ большей степени, и появляется ограниченная (обыкновенно въ области слѣпой кишки), но въ большинствѣ случаевъ болѣе разлитая чувствительность къ давленію, которая можетъ достигнуть очень значительной степени, а иногда даже наступаетъ упорная рвота. Всѣ эти симптомы быстро проходятъ послѣ надлежащаго опорожненія кишекъ.

Распознаваніе основывается на прощупываемыхъ каловыхъ массахъ. При ощупываніи живота обнаруживается равномерное переполненіе всего кишечнаго канала. Дѣло въ томъ, что хотя и въ нормальномъ послѣ-родовомъ періодѣ животъ обыкновенно бываетъ нѣсколько вздутымъ, но все-таки онъ мягокъ и легко вдавливается. Между тѣмъ, при значительномъ скопленіи каловыхъ массъ онъ оказывается твердымъ и во многихъ случаяхъ равномерно неподатливымъ, такъ что иногда бываетъ трудно прощупать матку даже въ первые дни родильнаго періода; въ другихъ же случаяхъ прощупываются мѣстами возвышенія съ неясными границами. Если въ то же время при соединенномъ наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи боковыя части матки оказываются неболезненными, а особенно, если область слѣпой кишки чувствительна къ давленію, то становится очевиднымъ, что мы имѣемъ дѣло не съ инфекціоннымъ периметритомъ, а съ раздраженіемъ кишекъ вслѣдствіе задержки каловыхъ массъ. Отъ этого діагноза мы не должны отступать даже тогда, когда родильница заявляетъ, что имѣетъ правильныя испражненія: случается не очень рѣдко, что кишечный каналъ, не смотря на ежедневныя испражненія, все-таки переполненъ громаднымъ количествомъ каловыхъ массъ.

Терапія довольно проста. У всякой родильницы, уже непосредственно по окончаніи родовъ, должно быть обращено вниманіе на отпавленія кишечнаго канала, и еслибы кишки оказались переполненными, то уже въ первый или, по крайней мѣрѣ, на второй день послѣ родовъ нужно прибѣгнуть къ слабительнымъ. Эти послѣднія необходимы безусловно, коль скоро родильница до 4-го дня еще не имѣла ни одного испражненія. Самое нѣжное слабительное, которое всего менѣе раздражаетъ

кишечный каналъ и все-таки почти навѣрно вызываетъ кашицеобразныя испражненія, это — касторовое масло. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ даже повторные приемы его не достигаютъ цѣли, такъ что приходится обращаться къ препаратамъ тамариндовой мякоти, александрійскаго листа и ревеня, или къ каломелю. Поносозъ, наступающихъ самопроизвольно или послѣ употребленія слабительныхъ, опасаться нечего, и ихъ не слѣдуетъ останавливать вяжущими средствами, пока вмѣстѣ съ жидкими испражненіями еще продолжаютъ выдѣляться каловыя массы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ выводятся громадныя количества фекальныхъ массъ; такъ напр., Porrel ¹⁾ рассказываетъ объ одномъ случаѣ копростаза, гдѣ въ теченіе 4-хъ дней было вызвано 44 испражненія каловыми массами, и испражненія эти по большей части были весьма обильны. У нѣкоторыхъ женщинъ послѣ каждаго родовъ самъ собою появляется сильный поносъ, имѣющій для нихъ цѣлительное значеніе.

Другую, болѣе скрытую причину лихорадки въ родильномъ періодѣ можетъ служить психическое возбужденіе. При этомъ встрѣчаются довольно значительныя повышенія температуры, до 39° и даже 39°,5. Но уже спустя нѣсколько часовъ она опять возвращается къ нормѣ. Быстрое повышеніе температуры послѣ душевнаго волненія наблюдается такъ часто, что причинная связь между ними не можетъ подлежать никакому сомнѣнію. Эти случаи особенно ясно свидѣтельствуютъ о большомъ непостоянствѣ температуры въ родильномъ періодѣ.

Мы должны вкратцѣ еще упомянутьъ объ одной не совсемъ рѣдкой причинѣ повышенія температуры у родильницъ, именно — объ очень значительной потери крови. Послѣ весьма обильныхъ и быстро наступившихъ кровотеченій довольно часто появляется, наряду съ сильнымъ учащеніемъ пульса, продолжительное повышеніе температуры, которое не имѣетъ правильнаго типа и обыкновенно не переходитъ за 39°, а держится между 38° и 39°, давая по утрамъ небольшія и неправильныя ремиссии.

Не смотря на эти различныя причины, повышающія иногда температуру тѣла, мы все-таки лишь рѣдко имѣемъ возможность вполне точно опредѣлить въ каждомъ данномъ случаѣ, какую именно причину вызвано скоропреходящее повышеніе температуры, потому что у родильницъ оно можетъ вызываться еще однимъ обстоятельствомъ, которое въ частномъ случаѣ очень легко можетъ ускользнуть отъ діагноза; мы подразумеваемъ небольшіе надрывы маточной шейки и влагалища, которые имѣются почти у всякой родильницы. Если надрывы эти привели къ параметриту или къ флегмонозному воспаленію наружныхъ половыхъ частей, то присутствіе ихъ, конечно, открывається очень скоро. Если же надрывы не повлекли за собою такихъ послѣдствій,

¹⁾ M. f. G., B. 25, p. 306.

то они въ большинствѣ случаевъ остаются незамѣченными, а между тѣмъ не подлежитъ сомнѣнію, что они составляютъ самую частую причину незначительныхъ повышений температуры.

Измѣненія въ положеніи матки и влагалища.

Искривленія и наклоненія матки.

Литература: Winkel, Path. u. Ther. d. Wochenb. 2 Aufl., p. 88.—Schroeder, Schw., Geb. u. Woch., p. 187.—Bidder, Petersb. med. Z. 1869. B. XVII. H. 4. u. 5.—Credé, Arch. f. Gyn., B. I, p. 84.—Martin, Neig. u. Beug. d. Gebärmutter. 2 Aufl. Berlin 1870, u. Berl. Ber. z. Geb. u. Gyn. I, p. 149.—Pfannkuch, Arch. f. Gyn., B. III, p. 327.—A begg, Zur Geb. u. Gynaek. Danzig 1873, p. 65.—Marie Vöggtlin, въ Winkel's Ber. u. Studien. 1874, p. 95.—Bidder u. Sutugin, Aus der Gebäraustalt des kais. Erziehungshauses. Petersburg 1874, p. 130.—Boerner, Ueber den puerperalen Uterus. Graz 1875.

Изъ физиологіи родильнаго періода намъ уже извѣстно, что опорожненная матка, вслѣдствіе давленія, производимаго на ея заднюю поверхность брюшнымъ прессомъ, оттѣсняется кпереди, опускаясь на лонное сочлененіе, и что въ первое время родильнаго періода она остается въ этомъ положеніи, если не будетъ выведена изъ него другими причинами (чаще всего —наполненнымъ мочевымъ пузыремъ). Въ самое первое время послѣ родовъ маточная шейка свѣшивается во влагалище въ видѣ вялаго доскута; но въ ближайшіе затѣмъ дни она сформировывается настолько, что можно опредѣлить ея направленіе относительно продольной оси матки. Обыкновенно она образуетъ съ этою осью тупой уголъ, но часто также прямой, а рѣдко и острый. Смотра по величинѣ этого угла, искривленіе матки впередъ (см. вып. I, стр. 223, рис. 80) будетъ выражено въ большей или меньшей степени. Наиболѣе значительнымъ оно бываетъ тогда, когда тѣло матки сильно оттѣснено впередъ, а маточная шейка направлена сзади и сверху впередъ и внизъ. Искривленіе можетъ при этомъ достигнуть такой значительной степени, что передняя стѣнка матки и передняя стѣнка маточной шейки почти соприкасаются между собою. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ маточная шейка, при наклоненіи тѣла матки впередъ, бываетъ направлена назадъ до такой степени, что существуетъ только *anteversio uteri*, безъ всякаго искривленія.

Насколько обыкновеннымъ явленіемъ въ первое время родильнаго періода бываетъ искривленіе матки впередъ, настолько же рѣдко встрѣчается искривленіе ея взадъ. Объяснить это легко. Въ первое время родильнаго періода матка еще слишкомъ велика, чтобы могла опуститься ниже крестцоваго мыса, а при обыкновенномъ положеніи матки, значительно еще увеличенной въ объемѣ, брюшныя внутренности напиралютъ своею тяжестью на ея заднюю стѣнку.

Примѣч. Раньше 7-го дня родильнаго періода Schroeder ни разу не нашелъ искривленія матки взадъ, а на 7-й день—только у одной сифилитической родильницы, прежде-временно разрѣшившейся мертво-гнилымъ плодомъ. Но на 9-й день, у одной

рахитической родильницы съ узкимъ тазомъ, въ которомъ истинная конъюгата равнялась 8 сантиметрамъ, онъ нашелъ дно матки опустившимся ниже крестцового мыса. На g v e y ¹⁾ сообщилъ одинъ случай, въ которомъ онъ нашелъ наклоненіе матки взадъ уже на третій день послѣ родовъ, наступившихъ на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. Искривленіе матки взадъ встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ больше времени прошло послѣ родовъ, такъ что спустя нѣсколько недѣль оно наблюдается уже нерѣдко. Въ первое время родильнаго періода, какъ мы уже сказали, образуется ante flexio даже у тѣхъ родильницъ, у которыхъ до наступленія зачатія существовало искривленіе взадъ, и это послѣднее вновь появляется лишь послѣ того, какъ родильница оставила постель и принялась за свои обычныя занятія.

Въ первое время родильнаго періода эти измѣненія въ положеніи матки часто не обнаруживаются никакими симптомами. Но при очень сильномъ искривленіи впередъ выдѣленіе послѣродоваго очищенія можетъ быть настолько задержано перегибомъ въ области внутренняго зѣва, что по выпрямленіи дна матки вытекаетъ нѣсколько унцій буровой зловонной жидкости (lochiometra). Иногда это вызываетъ, при потрясающемъ ознобѣ, очень значительное повышеніе температуры, которое обусловливается поступленіемъ составныхъ частей послѣродоваго очищенія въ кровеносную систему и которое исчезаетъ, какъ только послѣродовому очищенію обеспеченъ свободный выходъ наружу.

При искривленіи матки взадъ довольно часто опять появляется кровавистое послѣродовое очищеніе, которое, особенно при недостаточномъ уходѣ, можетъ продолжаться по цѣлымъ недѣлямъ. Хотя явленіе это нерѣдко встрѣчается и безъ искривленія матки взадъ, но оно всегда должно служить для насъ поводомъ къ изслѣдованію въ этомъ направленіи, особенно у такихъ родильницъ, которыя уже и раньше страдали искривленіемъ матки. Въ случаяхъ послѣдняго рода мы дѣлаемъ попытку предотвратить новое искривленіе приемами спорными и горячими впрыскиваніями во влагалище. Если искривленіе взадъ уже появилось, то по прошествіи 5 недѣль можно приступить къ механическому лѣченію посредствомъ пессарія.

Выпаденіе матки и влагалища.

Влагалище во время беременности гипертрофируется такъ значительно, что уже въ это время передняя стѣнка его вдается во влагалищный входъ, а нерѣдко даже нѣсколько выпадаетъ наружу. Въ родильномъ періодѣ это выпаденіе встрѣчается довольно часто, но затѣмъ оно мало по малу исчезаетъ вслѣдствіе обратнаго развитія влагалища.

Задняя стѣнка влагалища рѣже выдается изъ влагалищнаго входа, сравнительно всего чаще у многорожавшихъ, у которыхъ уже и раньше существовало выпаденіе рукава, или въ такихъ случаяхъ, когда разрывъ промежности зажилъ путемъ грануляцій. Если выпаденіе задней или

¹⁾ Obst. Tr. V, p. 267.

передней стѣнки влагалища достигаетъ болѣе значительной степени, то оно можетъ повести къ выпаденію самой матки.

Но опущеніе или полное выпаденіе матки въ родильномъ періодѣ можетъ также возникать первичнымъ образомъ. Въ самое первое время послѣродоваго періода полное выпаденіе матки, въ виду ея значительной величины, едва ли возможно. Но когда матка уже нѣсколько уменьшилась, она можетъ при ненадлежащемъ режимѣ внезапно выпасть. Легче всего это происходитъ въ томъ случаѣ, если половая расщелина очень широка и если уже раньше существовало выпаденіе матки. Но гораздо чаще это послѣднее происходитъ очень постепенно, черезъ нѣсколько недѣль послѣ родовъ. Лѣченіе въ первое время ограничивается покойнымъ лежаніемъ на спинѣ послѣ вправленія выпавшей матки, а впослѣдствіи оно производится такимъ же образомъ, какъ и внѣ родильнаго періода.

Надежда на то, что существовавшее раньше выпаденіе матки будетъ устранено родильнымъ состояніемъ, почти никогда не оправдывается. Даже наоборотъ, родильница должна очень долго не покидать постели, чтобы выпаденіе матки не увеличилось еще болѣе. Исцѣленіе стараго выпаденія матки наступаетъ въ родильномъ періодѣ чрезвычайно рѣдко, а именно только тогда, когда она фиксируется въ тазу продуктами тяжелаго перитонита или параметрита, или когда влагалище сильно суживается вслѣдствіе глубокаго воспаления.

Примѣч. Въ литературѣ имѣются 2 случая, въ которыхъ послѣ изгнанія младенца ретрофлексированная матка выпала чрезъ разрывъ влагалища. Первый изъ нихъ сообщенъ Sch n a e k e n b e r g'омъ ¹⁾. Послѣ вправленія матки и двухнедѣльнаго лежанія на животѣ наступило исцѣленіе. Во второмъ случаѣ, который сообщенъ E. M a r t i n'омъ ²⁾, хирургъ принялъ выпавшую такимъ образомъ матку за фиброзный полипъ и вырвалъ ее руками. Нужно думать, что въ этихъ случаяхъ предшествовали разрывы слизистой оболочки задней стѣнки влагалища, которые могутъ происходить и при нормальныхъ родахъ.

Слишкомъ высокое мѣстоположеніе матки въ первое время родильнаго періода можетъ быть вызвано переполненіемъ мочеваго пузыря. Матка при этомъ смѣщена обыкновенно въ правую сторону и можетъ доходить до уровня пупка, между тѣмъ какъ съ лѣвой стороны внизу прощупывается наполненный мочевой пузырь. Это приподнятіе матки очень скоро устранивается катетеромъ.

Въ болѣе позднее время родильнаго періода чрезмерно высокое стояніе матки можетъ появиться въ томъ случаѣ, если внутривбрюшныя сращения фиксируютъ ее между пупкомъ и лоннымъ сочлененіемъ, такъ что влагалище представляется совершенно вытянутымъ въ длину, влагалищная часть матки исчезаетъ, и маточный звѣзъ становится очень трудно доступнымъ для пальца.

О самомъ важномъ измѣненіи въ положеніи матки, которое встрѣчается въ родильномъ періодѣ, именно о выворотѣ ея, мы уже говорили въ патологіи родовъ (см. стр. 312), такъ какъ измѣненіе это чаще всего появляется въ послѣдовомъ періодѣ.

¹⁾ Casper's Wochenschrift 1838, No 35, p. 70.—²⁾ M. i. G., B. 26, p. 4, u. Horn's Vierteljahrsschrift 1865, H. 3.

Новообразование в родильномъ періодѣ.

Литература: H e c k e r, Klin. d. Geb., B. II, p. 124, и M. f. G., B. 26, p. 446.—H o r w i t z, Petersb. med. Z. 1868, N. 5, p. 249.—A. M a r t i n, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., B. III, p. 33.—L o e h l e i n, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 1, p. 120.

Важное, хотя и рѣдкое осложненіе родильнаго періода составляютъ міомы матки. Онѣ могутъ въ этомъ періодѣ причинять различныя опасности. Впервыхъ, міомы матки, препятствуя равномерному ея сокращенію, могутъ подавать поводъ къ обильнымъ кровотечениямъ, а во вторыхъ онѣ сами легко подвергаются важнымъ патологическимъ измѣненіямъ. Именно, на поверхности ихъ можетъ наступить ихорозное распадѣніе, продукты котораго, всасываясь чрезъ небольшія трещины, вызываютъ септическія заболѣванія. Но, кромѣ того, значительныя опасности можетъ повидимому повлечь за собою очень быстрое распадѣніе міомы, т. е. участіе ея въ процессѣ обратнаго развитія, которому подвергается паренхима матки, по своему строенію однородная съ самою опухолью. Очень вѣроятно, что быстрое распадѣніе столь значительной массы ткани и всасываніе продуктовъ этого распадѣнія уже само по себѣ можетъ оказывать токсическое дѣйствіе. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ родильное состояніе кладетъ начало постепенному исчезанію міомы. Исцѣленіе можетъ наступить и въ томъ случаѣ, если опухоль, послѣ нагноенія подлежащихъ частей, извергается изъ матки.

Въ виду тѣхъ опасностей, съ которыми сопряжены міомы матки, необходимо посредствомъ ножницъ удалять новообразование во всѣхъ случаяхъ, гдѣ операція возможна, т. е. въ особенности тогда, когда дѣло идетъ о фиброзномъ полипѣ.

Относительно того печальнаго предсказанія, которое даютъ въ родильномъ періодѣ раковыя перерожденія маточной шейки даже тогда, когда во время родовъ не послѣдовало разрыва матки, мы говорили на стр. 133.

Кровотеченія в родильномъ періодѣ.

Литература: K i w i s c h, Klin. Vorträge. 4 Aufl. B. I, p. 243.—C h i a r i, Brau u. S p a e t h, Klinik der Geburtskunde., p. 201 и 218.—E l l i o t, Obst. Clinic., p. 233.—W i n c k e l, Path. u. Ther. d. Wochenb., p. 108.—R. B a r n e s, Obst. Tr., Vol. XI, p. 219, и Obst. Op., 2-d ed., p. 464.—B r e i s k y, Volkmann's Samml. klin. Vortr. Leipzig 1871, No. 14.

Кровотеченія у родильницъ имѣютъ въ практикѣ очень важное значеніе. Нормальнымъ образомъ родильница теряетъ въ первый день довольно чистую кровь, затѣмъ въ продолженіе 3-хъ или 4-хъ дней вытекаетъ темнокрасноватая и послѣ этого въ теченіе такого же времени буроватая жидкость, въ которой кровь содержится только въ разложившемся видѣ. Но очень часто кровотеченіе не прекращается въ нормальный срокъ. При этомъ оно или продолжается безпрерывно съ самаго начала, или, прекратившись, возобновляется отъ какихъ нибудь ничтож-

ныхъ причинъ, къ числу которыхъ особенно принадлежитъ первое встаніе родильницы съ постели. Но и кровотечения, появляющіяся послѣ 5-го дня, не имѣютъ никакого значенія, если показываются только кровяныя полоски въ послѣродовомъ очищеніи, или же, если кровь вытекаетъ только изрѣдка и въ очень маломъ количествѣ.

Не очень рѣдко, однако, встрѣчаются случаи, въ которыхъ тотчасъ послѣ родовъ появляются очень обильныя кровотечения, опасныя для жизни, или въ которыхъ упорныя кровотечения, изнуряющія больную, продолжаются еще и въ послѣдующіе дни родильнаго періода.

Мы здѣсь не будемъ касаться тѣхъ кровотеченій, которыя, вслѣдствіе образующихся надрывовъ, начинаются еще во время изгнанія младенца или тотчасъ послѣ изгнанія, такъ какъ о нихъ достаточно уже было сказано въ патологіи родовъ.

Въ настоящей главѣ мы рассмотримъ кровотечения на свободную поверхность слизистой оболочки, при которыхъ кровь изливается наружу.

Поводомъ къ кровотеченію, наступающему немедленно послѣ изгнанія плаценты, чаще всего бываетъ атонія матки. О причинахъ самой атоніи мы уже говорили (см. стр. 310).

При лѣченіи нужно прежде всего заботиться о томъ, чтобы вызвать сильныя сокращенія матки, такъ какъ они почти всегда приводятъ къ закрытію кровоточащихъ сосудовъ. Съ этою цѣлью сильно растираютъ матку рукою чрезъ брюшныя покровы, вмѣстѣ съ тѣмъ надавливая на нее совершенно такъ же, какъ при выжиманіи плаценты по способу *Credé*. Помощію этого надавливанія почти всегда могутъ быть удалены изъ матки находящіеся въ ней кровяныя сгустки, такъ что вводить въ нее руку съ этою цѣлью оказывается излишнимъ. Кромѣ того, во всѣхъ случаяхъ атоніи матки слѣдуетъ немедленно давать спорынью (2—3 приема по 1 грамму, быстро одинъ за другимъ); но никогда не нужно полагаться исключительно на это средство, а слѣдуетъ поступать совершенно такъ же, какъ будто спорынья не давалась вовсе. Въ значительномъ большинствѣ случаевъ эти мѣры оказываются достаточными, чтобы вызвать сокращенія матки и остановить кровотеченіе.

Если это удалось не вполне, то наибольшаго довѣрія заслуживаютъ впрыскиванія въ полость матки. Дѣйствіе ихъ основано главнымъ образомъ на механическомъ раздраженіи матки. Однако, оно еще болѣе можетъ быть усилено одновременнымъ термическимъ раздраженіемъ. Холодныя впрыскиванія (лучше всего—ледяной воды) уже давнымъ-давно получили здѣсь очень обширное примѣненіе и оказываютъ превосходное дѣйствіе въ значительномъ большинствѣ случаевъ. Но, повидимому, еще болѣе надежны впрыскиванія горячей воды ¹⁾ [40° R. или

¹⁾ Landau, Verh. d. Naturf.-Vers. in Graz 1875; Windelband, Deutsche med. Woch. 1876, No. 24; Runge, Berl. klin. Woch. 1877, No. 13, и Centr. f. Gyn. 1883, No. 21; Richter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. 2, p. 284; Haussmann, Berl. Klin. Woch. 1878, 45; Smith, Phil. med. Times VIII, 79. Verhandl. d. Brit. med. Assoc. in Cork 1879; Schwarz, Centr. f. Gyn. 1884, No. 16.

50° Ц.], которыя, по справедливому замѣчанію Rungge, имѣютъ еще то преимущество, что отдаютъ свое тепло, а не отнимаютъ его у мало-кровоной больной. Однако, они иногда причиняютъ довольно сильную боль.

Если и это не привело къ цѣли, то въ случаяхъ, въ которыхъ сокращенія матки не отсутствуютъ совсѣмъ, а только слишкомъ недостаточны для того, чтобы препятствовать истеченію крови изъ мѣста прикрѣпленія плаценты, мы можемъ сдѣлать попытку вызвать образованіе тромбовъ впрыскиваніемъ разведеннаго раствора полуторохлористаго желѣза. Средство это, смотря по надобности, употребляется въ различной степени разведенія, начиная съ раствора, имѣющаго винно-желтый цвѣтъ, и до концентраціи 1 : 3, которую предлагаетъ Wagner. Растворъ вливается въ матку помощію ирригатора. Но Liq. Ferri sesquichlor. не есть средство совершенно безвредное, хотя мнѣнія по поводу этого сильно расходятся ¹⁾. Слѣдовательно, прибѣгать къ нему можно только тогда, когда родильницѣ въ самомъ дѣлѣ грозитъ большая опасность. Wynn Williams ²⁾ предлагаетъ другой способъ, который можетъ быть скорѣе приведенъ въ исполненіе; именно, онъ совѣтуетъ ввести губку, смоченную растворомъ полуторохлористаго желѣза, и смазать ею внутреннюю поверхность матки. Предложенная въ послѣднее время тампонація полости матки іодоформною марлею ³⁾, по нашему мнѣнію, нераціональна и очень рискована, хотя бы она и вызывала иногда удовлетворительныя сокращенія.

Если никоимъ образомъ не удастся вызвать достаточныхъ сокращеній, то можно еще воспрепятствовать изліанію крови изъ открытыхъ сосудовъ, прижимая переднюю и заднюю стѣнки, матки одну къ другой. Depuch достигалъ этой цѣли, прижимая матку снаружи къ позвоночнику, между тѣмъ какъ Hamilton прижималъ другъ къ другу обѣ поверхности матки, надавливая на нее одною рукою снаружи и другою изнутри ⁴⁾. Hubbard совѣтуетъ, помѣстивъ родильницу въ полубоковомъ положеніи, прижимать матку къ подвздошной впадинѣ, къ мышцамъ боковой стѣнки живота и къ поясничной части позвоночника. Fassbender'у ⁵⁾ принадлежитъ заслуга, что онъ въ послѣднее время обратилъ на это средство вниманіе германскихъ акушеровъ. Онъ поступаетъ такимъ образомъ, что вводитъ одну руку поглубже въ задній сводъ влагалища, а затѣмъ, положивъ другую руку на переднюю поверхность живота, прижимаетъ другъ къ другу обѣ стѣнки матки ⁶⁾. Обыкновенно

¹⁾ Heywood Smith, London Obst. Tr. XV, p. 44 и 65; Playfair, Obst. Journ. 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. 1874. Jan. 3, Febr. 28, March 7; Atthill, Obst. J. of Gr. Brit. May 1874, p. 107; Lancet, 7, II. 1878; Ringland, e. l., 117, и пренія въ Dubl. Obst. soc. June 1874, p. 178; пренія въ Edinb. Obst. soc. (см. Obst. J. of Gr. Brit. March. 1875, p. 786). —

²⁾ Obst. Tr. XI, p. 236.—³⁾ Dührssen, Obl. f. Gyn. 1887, No. 35. —⁴⁾ Amer. J. of med. sc. April 1871, p. 369.—⁵⁾ Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., V. I, H. 1, p. 46.—⁶⁾ См. Awater, Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., V. II, p. 40.

это прижатіе можетъ быть практичнѣ достигнуто такимъ образомъ, что одну руку вводятъ въ передній сводъ влагалища, а другою снаружи захватываютъ заднюю стѣнку матки и прижимаютъ ее къ лонному сочлененію и къ рудѣ, лежащей во влагалищѣ.

Когда уже удалось вызвать сокращеніе матки, то главнѣйшая задача состоитъ въ томъ, чтобы предотвратить новое расслабленіе органа, а слѣдовательно и возобновленіе кровотеченія. Съ этой стороны очень полезна спорынья, данная предварительно, хотя безусловно на нее полагаться никакъ не слѣдуетъ. Всего вѣрнѣе можно контролировать дальнѣйшее состояніе матки, положивъ руку на брюшные покровы: рука непрерывно слѣдитъ за маткою, и какъ только сокращеніе начинаетъ ослабѣвать, его опять вызываютъ легкимъ растираніемъ. Опасность совершенно устранена только тогда, когда матка сама собою остается твердою. Если же она постоянно обнаруживаетъ наклонность къ новому расслабленію, а вмѣстѣ съ тѣмъ и къ новому кровотеченію, то мы должны по прежнему слѣдить за нею при помощи руки. Если матка была во время беременности чрезвычайно растянута (при двойняхъ, или при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости), — а въ этихъ случаяхъ именно и встрѣчаются самыя непріятныя и самыя упорныя кровотеченія *ex atonia*, — то можетъ оказаться необходимымъ слѣдить за нею непрерывно въ теченіе даже цѣлыхъ двухъ часовъ послѣ того какъ наступили роды. Если же кровотеченіе остановилось и если матка только по временамъ немного расслабляется, то въ виду того, что сократившаяся матка прощупывается чрезвычайно легко, наблюденіе за нею можетъ быть предоставлено акушеркѣ, а въ крайнемъ случаѣ даже самой родильницѣ. Нужно только обратить ихъ вниманіе на то, что еслибы въ животѣ перестало прощупываться твердое шарообразное возвышеніе, онѣ должны сильно растирать всю нижнюю область живота, пока опять не появится ограниченное затвердѣніе, т. е. сокращающаяся матка. Это наблюденіе рукою, хотя бы и не достаточно опытною, все-таки болѣе предпочтительно, чѣмъ довѣряться прикладыванію мѣшка съ пескомъ.

Само собою разумѣется, что должны быть надлежащимъ образомъ устраняемы послѣдствія потери крови, — какъ тѣ, которыя могутъ угрожать въ данный моментъ, такъ и тѣ, которыя остаются на продолжительное время. Соотвѣтственно этому, для предотвращения обмороковъ нужно заботиться о низкомъ положеніи головы, а въ то же время давать родильницѣ большіе приемы вина, грога и т. п. напитковъ; если упадокъ силъ начинаетъ грозить опасностью, то нужно дѣлать подкожныя впрыскиванія эфира или настойки мускуса. Дальнѣйшія послѣдствія анеміи требуютъ хорошаго питанія и лѣченія желѣзомъ.

Примѣч. Кровотеченіе изъ хорошо сократившейся матки составляетъ чрезвычайную рѣдкость. *Kiwisch* наблюдалъ значителъныя кровотеченія при порокахъ сердца и при другихъ разстройствѣхъ кровообращенія, выводящихъ застои крови въ

венахъ нижей половины тѣла; кромѣ того, въ числѣ причинъ такихъ кровотеченій оны приводятъ ненормально широкія отверстія, представляемыя вскрытыми венами въ области прикрѣпленія плаценты. Нескерг ¹⁾ видѣлъ смертельное кровотеченіе изъ одной чрезвычайно растянутой вены маточной шейки, Mikschik ²⁾—изъ небольшой явны въ той же области, Gaily Hewitt ³⁾ наблюдалъ смертельный исходъ вслѣдствіе повторныхъ кровотеченій изъ обнаженнаго аневризматическаго мѣшка arter. uterinae, а Johnston ⁴⁾ сообщаетъ одинъ случай, въ которомъ смертельное кровотеченіе было вызвано разрывомъ тромба маточной шейки ⁵⁾.

Всѣ эти кровотечения въ высшей степени рѣдки, но коль скоро они появились, они чрезвычайно опасны, такъ какъ даже при хорошо сократившейся маткѣ кровь изливается изъ сосудовъ неудержимо. Слѣдовательно, для лѣченія почти ничего другаго не остается, какъ содѣйствовать образованію тромба впрыскиваніями раствора полуторохлористаго желѣза въ полость матки. Диагнозъ обыкновенно можетъ быть установленъ только путемъ исключенія.

Другой видъ очень опаснаго кровотеченія наступаетъ въ такихъ случаяхъ, когда мѣсто прикрѣпленія плаценты не сокращается, не смотря на то, что остальные части матки сокращены удовлетворительно. Мы видѣли уже, что и при нормальныхъ условіяхъ мѣсто прикрѣпленія плаценты утолщается во время родовъ не въ такой степени, какъ остальная мускулатура матки, и что въ случаяхъ, въ которыхъ плацента послѣ родовъ остается приросшею, соотвѣтствующая ей часть маточной стѣнки остается тонкою ⁶⁾. Вслѣдствіе сокращенія окружающей мускулатуры эта часть въ такомъ случаѣ можетъ быть вытѣснена въ полость матки, выпячиваясь въ видѣ колбообразной опухоли, между тѣмъ какъ снаружи можно прощупать вдавленіе или воронкообразное углубленіе маточной стѣнки. Это состояніе называется параличемъ мѣста прикрѣпленія плаценты.

Распознаваніе можетъ быть установлено тщательнымъ изслѣдованіемъ. Если ввести палецъ одной руки въ полость матки, а другою рукою снаружи придавливать матку къ находящемуся въ ней пальцу, то изнутри можно ощупать выпяченное мѣсто прикрѣпленія плаценты, а другою рукою снаружи ощупывается вдавленіе.

Предсказаніе при высшей степени паралича очень неблагоприятно, такъ какъ продолжающіяся кровотечения ведутъ къ смерти.

При лѣченіи мы должны стараться устранить параличъ большими приѣмами спорынни и непрерывнымъ растираніемъ матки снаружи, или, въ худшемъ случаѣ, остановить кровотеченіе изъ парализованнаго мѣста впрыскиваніями раствора полуторохлористаго желѣза.

Примѣч. Engel ⁷⁾ впервые описалъ два подобныхъ случая при выкидышахъ на четвертомъ и на третьемъ мѣсяцѣ беременности. Въ первомъ изъ нихъ плацента крѣпко еще сидѣла на своемъ мѣстѣ [совершенно такой же случай, повидимому,

¹⁾ M. f. G., B. 7, p. 2.—²⁾ Ztschr. d. Ges. d. Wien: Aerzte. 1854. X, p. 478. —

³⁾ Obst. Tr. IX, p. 246.—⁴⁾ См. Sinclair and Johnston, Pract. Midwif. Lond. 1858, p. 501, No. 5.—⁵⁾ См. Murray, Gr. Brit. Obst. J. I, p. 11.—⁶⁾ См. Schroeder, Bonn 1886. Taf. VI.—⁷⁾ Oesterr. med. Jahrb. Neueste Folge. B. XXII. 1840, p. 310.

изображенъ на одномъ рисункѣ, который представленъ Virchow'омъ¹⁾, а во второмъ образовался фибриновый полиппъ (см. стр. 401). Rokitansky²⁾ два раза находилъ такое состояніе на трупѣ (въ томъ числѣ одинъ разъ при выкидышѣ) и въ подстрочномъ примѣчаніи упоминаетъ, что Betschler наблюдалъ одинъ подобный случай въ Бреславлѣ и что Burkhartd описалъ это состояніе подъ именемъ остраго fungus haematodes матки. Kiwisch³⁾ тоже наблюдалъ его однажды, а Chiari, Braun и Praeth⁴⁾ совместно описываютъ одинъ случай, который на 7-мъ мѣсяцѣ беременности окончился смертью черезъ 3 часа послѣ родовъ. Valenta⁵⁾ видѣлъ одинъ случай, окончившійся благопріятно, а Olshausen— тоже одинъ случай со смертельнымъ исходомъ (вдавленіе соотвѣтственно мѣсту прикрѣпленія плаценты въ этомъ послѣднемъ случаѣ прощупывалось чрезвычайно ясно, тогда какъ остальные части матки были сокращены удовлетворительно). Какъ бы ни были рѣдки высшія степени паралича мѣста прикрѣпленія плаценты, но слѣдуетъ думать, что неполные параличи, могущіе вызывать очень обильныя кровотеченія, встрѣчаются чаще⁶⁾.

Недостаточнымъ сокращеніемъ матки обуславливаются еще и нѣкоторыя другія кровотеченія, о которыхъ мы уже говорили, напримѣръ — кровотеченія при выворотѣ матки, при ея раздвоеніи и при міомахъ.

Кромѣ этихъ кровотеченій, происходящихъ непосредственно послѣ родовъ, могутъ также внезапно появляться болѣе или менѣе обильныя кровотеченія въ ближайшіе затѣмъ дни родильнаго періода и еще позднѣе, или же кровянистое послѣродовое очищеніе продолжается дольше обыкновеннаго и становится при этомъ, по крайней мѣрѣ временно, настолько обильнымъ, что производитъ ослабленіе организма. Причиной такихъ кровотеченій обыкновенно бываетъ ненормальное содержимое матки, чаще всего — оставшійся въ ней кусокъ плаценты, между тѣмъ какъ отпадающая оболочка, сама по себѣ, помимо случаевъ выкидыша, лишь чрезвычайно рѣдко вызываетъ кровотеченія, а ворсистая и водная оболочки, даже цѣликомъ задержанныя въ маткѣ, не вызываютъ ихъ почти никогда.

Кровотеченія при задержанныхъ въ маткѣ кускахъ плаценты обыкновенно появляются тѣмъ раньше и бываютъ тѣмъ болѣе значительны, чѣмъ болѣшую величину имѣетъ эта задержанная часть послѣда. Хотя даже очень большой кусокъ плаценты, напр. около половины ея, можетъ еще въ первыя сутки выдѣлиться безъ значительнаго кровотеченія, но обыкновенно въ такихъ случаяхъ происходитъ сильное кровотеченіе, и часто даже наступаетъ смерть отъ истеченія кровью, если не будетъ подана скорая помощь. Менѣе значительные куски, состоящіе лишь изъ нѣсколькихъ долекъ плаценты, могутъ въ продолженіе 8—14 дней оставаться плотно прикрѣпленными, не вызывая никакого кровотеченія; но послѣднее все-таки появляется рано или поздно. Напротивъ того, очень тонкіе кусочки, составляющіе лишь небольшую часть одной дольки, въ

1) Geschwülste. I, p. 148.—2) Handb. d. spec. pathol. Anat. Wien 1842. B. II, p. 555.—3) l. c., p. 427.—4) l. c., p. 202.—5) Die Catheterisatio uteri. Wien 1871 p. 7.—6) См. Klob, Path. Anat. d. weib. Sex., p. 263.

большинствѣ случаевъ отслаиваются незамѣтнымъ образомъ, не вызывая другихъ симптомовъ, за исключеніемъ того, что послѣродовое очищеніе по временамъ получаетъ зловонный запахъ. Куски плаценты чаще всего задерживаются при искусственномъ ея отдѣленіи, но иногда и въ такихъ случаяхъ, когда она выдѣлилась самопроизвольно. Такъ напр., Stadfeldt ¹⁾ говоритъ, что при анатомическомъ вскрытіи 70 родильницъ онъ 7 разъ нашелъ въ маткѣ куски плаценты, величиною отъ грецкого орѣха до гусиного яйца, и въ томъ числѣ 5 разъ плацента выдѣлилась самопроизвольно. Подобные же случаи сообщены Scholz'омъ ²⁾, Hecker'омъ ³⁾, Hüter'омъ ⁴⁾ и Fränkel'емъ ⁵⁾. Но если остатки плаценты могутъ задерживаться при самопроизвольномъ ея выдѣленіи, то мы не должны удивляться и тому, что они иногда задерживаются при выжиманіи по способу Credé ⁶⁾. Причиною такого задержанія кусковъ плаценты бываетъ иногда воспаленіе ея (placentitis), вслѣдствіе котораго они плотнѣе приросли къ маткѣ, но иногда эти куски представляютъ маленькія placen'ae succenturiatae (см. стр. 73), которыя, будучи связаны съ главною плацентою только при посредствѣ сосудовъ и яйцевыхъ оболочекъ, довольно легко могутъ отъ нея отрываться ⁷⁾.

Остатки deciduae verae, даже послѣ выкидыша, при которомъ она часто цѣликомъ задерживается въ маткѣ и при наступленіи котораго (въ первые мѣсяцы беременности) она всегда бываетъ очень толста, причиняютъ значительныя кровотеченія лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ. На зрѣломъ яйцѣ обѣ отпадающія оболочки очень тонки и только по краю плаценты представляются немного болѣе толстыми. При своевременныхъ родахъ отпадающія оболочки отдѣляются съ оболочками яйца на весьма различной глубинѣ. Но всегда значительная часть deciduae verae извергается только вмѣстѣ съ послѣродовымъ очищеніемъ, въ которомъ обрывки ея, начиная со втораго дня родильнаго періода, долго еще образуютъ главную составную часть. Въ этомъ всегда можно удостовѣриться при анатомическомъ вскрытіи родильницъ, случайно умершихъ въ первый или второй день послѣ родовъ. Была ли плацента извергнута самопроизвольно или же она была выдѣлена давленіемъ снаружи, это повидимому не оказываетъ замѣтнаго вліянія на ту глубину, въ которой совершается отслойка отпадающей оболочки.

Задержанные куски отпадающей оболочки вызываютъ кровотеченія почти исключительно въ тѣхъ случаяхъ, когда они превращены въ такъ наз. фибринозные полипы (см. ниже).

¹⁾ Schmidt's Jahrb., B. CXVIII, p. 191.—²⁾ Schmidt's Jahrb., B. CXII, p. 189.—³⁾ M. f. G., B. 7, p. 2.—⁴⁾ M. f. G., B. 9, p. 117.—⁵⁾ Arch. f. Gyn., B. II, p. 79.—⁶⁾ См. Hecker, Kl. d. Geb. II, p. 175; C. Martin, M. f. G., B. 29, p. 257, и Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., B. II, p. 117; G. Braun, Wien. med. Woch. 1869, No. 96, p. 1591; Schroeder находилъ ихъ при анатомическомъ вскрытіи и у живыхъ.—⁷⁾ См. Hegar, Die Path. u. Ther. d. Placentarretention. Berlin 1862, и Hüter, l. c.

Очень важно отношеніе задержанныхъ остатковъ яйца къ пуэрперальной инфекціи (см. стр. 263). Въ маткѣ всегда остаются куски отпадающей оболочки, которые, въ разложившемся состояніи и пропитанные многочисленными бактеріями гніенія, выдѣляются вмѣстѣ съ послѣродовымъ очищеніемъ. Но обыкновенно они не влекутъ за собою никакой опасности, потому что разложеніе, производимое бактеріями гніенія, наступаетъ только тогда, когда всасываніе въ половомъ каналѣ уже не происходитъ. Если же, въ видѣ исключенія, еще происходитъ всасываніе въ позднѣйшіе дни родильнаго періода (при задержкѣ послѣродоваго очищенія, при вновь образовавшихся небольшихъ поврежденіяхъ), то оно вызываетъ лихорадку, обыкновенно скоропреходящую; эти случаи принадлежатъ къ категоріи такъ наз. поздняго зараженія (см. стр. 353).

Если въ маткѣ осталась необыкновенно большая часть отпадающей оболочки, то эти послѣдствія могутъ достигнуть еще большей степени развитія, такъ что лихорадка можетъ оказаться нѣсколько болѣе сильною. Это и суть тѣ случаи, которые всего скорѣе еще могутъ быть отнесены къ такъ наз. самозараженію. Но все-таки опасныхъ заболѣваній, мѣстныхъ или общихъ, почти никогда не приходится здѣсь наблюдать. Поэтому мы и не можемъ согласиться съ новѣйшимъ заявленіемъ Ahlfeld'a и нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, будто бы задержанные куски отпадающей оболочки очень часто вызываютъ лихорадку и даже опасную инфекцію.

Нѣсколько иначе представляется дѣло при задержаніи кусковъ плаценты. Чѣмъ болѣшую величину имѣютъ эти задержанные куски, чѣмъ съ болѣшею постепенностью они отдѣляются, тѣмъ чаще и въ теченіе болѣе долгаго времени вскрываются все новые и новые сосуды, въ которые могутъ проникать болѣзнетворные микроорганизмы, между тѣмъ какъ подъ отдѣляющимися кусками deciduae эти микроорганизмы находятъ только возрождающуюся здоровую ткань.

Слѣдовательно, если въ матку, быть можетъ еще во время родовъ, проникли инфицирующія вещества, то они чрезвычайно легко могутъ попасть въ кровеносные сосуды подъ отдѣлившимися кусками плаценты, а затѣмъ перейти въ другія части тѣла. Поэтому, хотя даже сравнительно большіе куски плаценты довольно часто выдѣляются по прошествіи нѣсколькихъ дней или недѣль, не представляя никакихъ признаковъ разложенія, но, съ другой стороны, опасность зараженія въ подобныхъ случаяхъ существуетъ не малая. Если зараженіе наступило, то обыкновенно оно представляетъ канническую картину шѣми.

Но задержанные остатки яйца, и при томъ какъ-разъ въ тѣхъ случаяхъ, когда они не подвергаются гнилоственному распаденію, имѣютъ еще и другія послѣдствія. Куски отпадающей оболочки въ такихъ случаяхъ, и особенно часто послѣ выкидыша, окружаются

вновь образующея слизистою оболочкою матки и своимъ раздраженіемъ вызываютъ въ ней гиперпластическіе процессы (endometritis post abortum).

Задержанные куски плаценты могутъ, или сами по себѣ, или вслѣдствіе отложенія на нихъ кровяныхъ сгустковъ, образовать въ пуэрперальной маткѣ полипозныя опухоли, которыя въ практикѣ имѣютъ большое значеніе.

Постепенная отслойка задержанныхъ кусковъ плаценты сопровождается повторными кровотечениями и отложеніемъ фибрина вокругъ плацентарной ткани, которая при этомъ постепенно становится малокровною и очень плотною. Вся опухоль въ совокупности можетъ принять форму полости матки. Въ концѣ концовъ связь съ маточною стѣнкою поддерживается лишь немногими остатками плацентарной ткани, и образовавшаяся опухоль свѣшивается въ полость матки, представляя такъ называемый плацентарный полипъ ¹⁾.

При этомъ или уже въ самомъ началѣ родильнаго періода наступаютъ кровотечения, или все идетъ въ первое время совершенно нормально, пока не появится, иногда уже въ концѣ первой недѣли, но чаще — на второй или на третьей, а иногда еще позднѣе, очень обильное кровотеченіе, которое можетъ повторяться, если полипъ не будетъ удаленъ. Но не всегда основаніе полиповъ образуется задержанными кусками плаценты: иногда оно образуется одною отпадающею оболочкою, между тѣмъ какъ большая часть всей опухоли состоитъ изъ фибрина, — такъ называемый децидуальный или фибринозный полипъ ²⁾.

Впрочемъ, насколько часто эти полипозныя образованія встрѣчаются послѣ выкидыша, настолько же рѣдко они наблюдаются послѣ своевременныхъ родовъ. Въ первомъ случаѣ они обнаруживаются иногда лишь спустя нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ.

Образованію такихъ полипозныхъ гематомъ благопріятствуютъ тѣ болѣзни, при которыхъ часто встрѣчаются маточныя кровотечения.

Распознаваніе этихъ полиповъ не трудно, такъ какъ внутренній зѣвъ, закрывающійся при нормальныхъ условіяхъ къ 12-му дню родильнаго періода, гораздо дольше остается въ этихъ случаяхъ откры-

¹⁾ C. Braun, *Allgem. Wiener med. Z.* 1860, No. 47 (см. *Schmidt's Jahrb.*, B. CXVIII, p. 119); *Schroeder*, l. c.; *Kulp*, l. c., p. 19; *Fränkel*, l. c., p. 79; *Valenta*, см. *Schmidt's Jahrb.*, B. CXXXVI, p. 171; *Frankenhäuser*, см. *Martin*, *Neig. u. Beug. d. Gebärm.* 2 Aufl., p. 34, Anm.; *Martin*, e. l., p. 163, и *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, B. I, p. 151; *M. Graefe*, *Ztschr. f. Geb. u. Gyn.* XII, p. 328.

—²⁾ *Kiwisch*, *Klin. Vorträge*. 4. Aufl. B. I, p. 504; *Virchow*, *Geschwülste*. I, p. 146; *Schroeder*, *Scanzoni's Beitr.*, B. VII, p. 1; *Säxinger*, *Prager Vierteljahrsschrift* 1868, B. LXXXVIII, p. 90; *Kuhn*, *Wiener med. W.* 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.

тымъ, или, по крайней мѣрѣ, онъ опять раскрывается при возобновившемся кровотеченіи. При изслѣдованіи прощупывается опухоль, обыкновенно во внутреннемъ зѣвѣ, а иногда—въ наружномъ, и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ она вдается во влагалище. Ее можно обойти со всѣхъ сторонъ, а мѣсто ея прикрѣпленія къ маточной стѣнкѣ можетъ быть сдѣлано доступнымъ для пальца, если надвинуть на него матку давленіемъ снаружи. Матка при этомъ нѣсколько искривлена впередъ, подобно тому какъ обыкновенно въ родильномъ періодѣ, и, помимо увеличенія полости, обратное развитіе ея оказывается вполне удовлетворительнымъ.

Предсказаніе благоприятно, если достаточно рано произведено изслѣдованіе и предпринято надлежащее лѣченіе. Въ противномъ же случаѣ можетъ наступить смерть вслѣдствіе истеченія кровью, или вслѣдствіе ихорознаго распаденія полипа и осложненія септическимъ эндометритомъ.

Причина кровотечения можетъ быть устранена только удаленіемъ полипа. Обыкновенно это удается безъ труда, если по поверхности полипа ввести одинъ или два пальца до его ножки и затѣмъ просто надавливать на нее, причѣмъ другая рука должна, разумѣется, оттянуть матку по направленію внизъ. Удалять послѣдніе небольшіе остатки полипа нѣтъ никакой надобности, потому что они извергаются сами собою, а искусственное удаленіе ихъ можетъ легко причинить поврежденіе стѣнокъ матки.

Когда полипъ удаленъ, кровотеченіе обыкновенно тотчасъ же останавливается. Въ большинствѣ случаевъ должно быть послѣ этого произведено дезинфицирующее промываніе полости матки. Если кровотеченіе все-таки еще продолжается, то нужно думать, что въ маткѣ еще остались довольно большіе куски полипа. По удаленіи полипа всегда еще въ продолженіе нѣкотораго времени отдѣляется водянистая жидкость, похожая на мясные помои.

Гематома наружныхъ половыхъ частей и влагалища.

Литература: De neux, Mém. sur les tumeurs sang. de la vulve et du vagin. Paris 1830.—Blot, Des tumeurs sang. etc. Paris 1853.—Chiari, Braun u. Spaeth, Kl. d. Geb., p. 219.—Hecker, Kl. d. Geb., B. I, p. 158.—v. Franqué, Wiener med. Presse 1865, № 47 u 48.—Hugenberger, Petersb. med. Z. 1865, N. 11, p. 257.—Winkel, Pathol. des Wochenb. 2. Aufl., p. 129.—Valenta, Memorabilien 1871. 6.—v. Weckbecher-Sternefeld, Aerztl. Intelligenzbl. 1879. 11—14.—Wernich, Berl. Beitr. z. Gebh. u. Gyn., B. III, p. 126.—Львовъ, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. 13, p. 135.—Croom, Arch. d. Tocol. Nov. 1886—Budin, Progrès méd. 1887, No. 22.

Подъ именемъ тромба или гематомы влагалища или наружныхъ половыхъ частей обозначаютъ кровоизліяніе въ клетчатку, лежащую подъ слизистой оболочкою или наружными покровами указанныхъ мѣстъ.

Обширныя кровяныя опухоли въ этихъ областяхъ встрѣчаются не часто. По Winkel'ю, одинъ случай гематомы приходится на 1600

роженницъ. У многородящихъ она встрѣчается повидимому нѣсколько чаще; однако, значительныя варикозныя расширенія венъ никоимъ образомъ къ ней не предрасполагають. Если одновременно съ кровотокающимъ сосудомъ разорвана и покрывающая его слизистая оболочка, то кровь свободно изливается наружу; въ противномъ же случаѣ образуется кровяная опухоль въ окружающей соединительной ткани. Впрочемъ, оба эти явленія, т. е. кровотеченіе наружу и кровоизліяніе въ самую ткань, могутъ встрѣчаться и одновременно.

Лишь въ видѣ очень рѣдкаго исключенія разрывъ происходитъ еще въ послѣднее время беременности, какъ это было, напримѣръ, въ одномъ случаѣ, который сообщенъ С. Вагн'омъ¹⁾. Обыкновенно же онъ причиняется прорѣзываніемъ головки. Но опухоль не всегда обнаруживается тотчасъ послѣ изгнанія младенца, и этотъ фактъ объясняется отчасти медленнымъ изліяніемъ крови, а отчасти, вѣроятно, и тѣмъ обстоятельствомъ, что въ иныхъ случаяхъ происходитъ только сильное прижатіе вены, вслѣдствіе котораго постепенно въ ней развивается некрозъ, и уже затѣмъ наступаетъ изліяніе крови. Въ болѣе позднее время родильнаго періода эти разрывы сосудовъ происходятъ лишь чрезвычайно рѣдко, послѣ сильнаго тѣлеснаго напряженія, какъ это было, напримѣръ, въ случаѣ Helfer'a, гдѣ разрывъ наступилъ на 21-й день²⁾.

Мѣстоположеніе опухоли различно, смотря по мѣсту разрыва. Если послѣдній произошелъ подъ тазовой фасціей, то кровь опускается въ большую дѣтородную губу, рѣже—въ малую, или къ промежности. Если же кровотокающій сосудъ лежитъ между тазовой фасціей и брюшиной, то опухоль сначала распространяется вверхъ и можетъ инфильтрировать подсерозную клетчатку на большомъ протяженіи (до крыльцевъ подвздошныхъ костей, до почекъ, или до области пупка); но и въ этомъ случаѣ кровь можетъ опуститься внизъ. Обыкновенно опухоль бываетъ только на одной сторонѣ, но при значительномъ объемѣ она можетъ перейти и на противоположную сторону. Очень рѣдко встрѣчаются на обѣихъ сторонахъ двѣ кровяныя опухоли, образовавшіяся независимо одна отъ другой.

Сколько нибудь значительная опухоль всегда сопровождается болями, которыя, помимо ея величины, бываютъ тѣмъ болѣе сильны, чѣмъ быстрѣ наступило кровоизліяніе. Опухоль можетъ содержать такое значительное количество крови, что появляются признаки сильной анеміи, хотя смертельный исходъ едва ли когда нибудъ наступаетъ безъ кровотечения наружу. Если кровь излилась очень быстро, то она своимъ давленіемъ можетъ разорвать покрывающую кожу или слизистую оболочку, и въ такомъ случаѣ сильное кровотеченіе наружу можетъ, конечно, оказаться смертельнымъ.

1) Wien. med. Woch. 1861, No. 30, p. 473.—2) M. f. G., B. 25. Suppl., p. 77.

Если опухоль не очень значительна, то обыкновенно наступает всасываніе: жидкія составныя части крови исчезаютъ, а оплотнѣвшій кровяной сгустокъ окружается сумкою. Но если опухоль очень велика, то покровы ея (иногда общая стѣнка влагалища и прямой кишки) омертвѣваютъ вслѣдствіе прижатія, и излившаяся кровь выдѣляется наружу, отчасти въ видѣ сгустковъ, а отчасти въ видѣ темной жидкости. При этомъ новое кровотеченіе, еслибы оно появилось, можетъ опять повлечь за собою немедленную опасность, или можетъ наступить смерть вслѣдствіе отравленія крови, вызваннаго ихорознымъ распаденіемъ стѣнокъ, которыя раньше были подвергнуты сильному прижатію; но, съ другой стороны, мѣшокъ можетъ постепенно зарубцеваться, оставляя иногда свищи промежности или прямой кишки.

Распознаваніе не представляетъ никакихъ трудностей. Быстрое возникновеніе опухоли при одновременномъ наступленіи малокровія, синеватый цвѣтъ покрывающей ее слизистой оболочки влагалища, а часто и кожи, наконецъ — жидкое содержимое (опухоль всегда эластична и иногда представляетъ даже зыбленіе), — всѣ эти признаки исключаютъ всякія другія опухоли, которыя здѣсь могутъ встрѣчаться.

Предсказаніе тѣмъ болѣе неблагоприятно, чѣмъ болѣе велика опухоль. Кровоизліаніе можетъ привести къ смерти, или само по себѣ, если лопнули покровы, или же благодаря послѣдующему ихорозному распаденію и нагноенію; однако, въ значительномъ большинствѣ случаевъ дѣло оканчивается выздоровленіемъ: по Wipkel'ю, изъ 50-ти случаевъ только въ 6-ти наступила смерть (въ томъ числѣ 3 раза — отъ истеченія кровью).

Профилактическое лѣченіе едва ли возможно, такъ какъ гематомы большею частью появляются совершенно неожиданно, а въ случаяхъ, въ которыхъ можно было бы ожидать ихъ появленія въ виду сильнаго варикознаго расширенія венъ, онѣ почти никогда не образуются. Если кровяная опухоль замѣчена рано, когда она еще продолжаетъ увеличиваться, то нужно сдѣлать попытку посредствомъ прижатія и холода задержать ея дальнѣйшій ростъ и содѣйствовать свертыванію крови и образованію тромбовъ. Для того чтобы удовлетворить этимъ двумъ показаніямъ, лучше всего ввести каучуковый тампонъ, наполненный ледяною водою, или прикладывать ледяные компрессы снаружи. Если опухоль перестала увеличиваться, то слѣдуетъ держаться выжидательно, пока не появятся какія нибудь особенныя явленія, требующія активнаго вмѣшательства. Тромбозированію кровоточащихъ сосудовъ еще и теперь нужно стараться способствовать прикладываніемъ льда. Самымъ благоприятнымъ исходомъ всегда бываетъ всасываніе безъ вскрытія опухоли. Слѣдовательно, если покровы не омертвѣваютъ и если въ сосѣднихъ частяхъ не появляется сильнаго воспаленія, если опухоль, напротивъ того, уменьшается и становится болѣе твердою, то мы должны держаться чисто выжидательно. Даже очень большія опухоли, величи-

ною болѣе кулака, могутъ при такихъ условіяхъ исчезать безъ особенныхъ явленій, оставляя послѣ себя только незначительное затвердѣніе.

Искусственнаго вскрытія опухоли въ свѣжихъ случаяхъ надо избѣгать, пока это возможно. Но если опухоль очень велика, если отъ окончанія родовъ прошло уже много дней и если повидимому предстоитъ самопроизвольный разрывъ кожи, то слѣдуетъ вскрыть опухоль и удалить изъ нея кровяные сгустки. Разрѣзъ дѣлается въ наиболѣе отлогомъ мѣстѣ. Если и послѣ него еще появляется кровотечение, то нужно сдѣлать тампонацію іодоформною марлей. Если въ гѣматомѣ развивается нагноеніе, то въ такихъ случаяхъ разрѣзъ всегда необходимъ. Вскрытую полость нужно лѣчить по общимъ правиламъ хирургіи.

Болѣзни груди.

Аномаліи отдѣленія молока. Застой молока. Молочная лихорадка.

Литература: Kiwisch, Krankh. d. Wöchnerinnen. II, p. 160. — Scauzoni, Kiwisch's Klin. Vortr. III. 1855, p. 108. — G. Veit, Frauenkrankheiten, p. 612. — Winkel, Path. u. Ther. d. Wochenbettes, p. 353. — Stumpf, Arch. f. klin. Med. XXX, p. 201.

Количество молока, отдѣляемаго грудными железами, бываетъ индивидуально весьма различнымъ. У нѣкоторыхъ матерей молоко въ продолженіе цѣлаго года и болѣе отдѣляется въ громадномъ количествѣ, тогда какъ другія уже съ самаго начала не въ состояніи насытить своего ребенка.

Тѣлосложеніе при этомъ не играетъ никакой роли. Существенное же вліяніе оказываетъ степень развитія самой железы. У женщинъ, представляющихъ необыкновенно толстый *panniculus adiposus*, грудная железа часто бываетъ плохо развита, хотя по причинѣ обильнаго количества интерлобулярной и подкожной жировой ткани она часто кажется у нихъ довольно большою. У очень молодыхъ родильницъ недостаточное отдѣленіе молока часто зависитъ оттого, что грудныя железы еще не достигли полнаго своего развитія, а у пожилыхъ первородящихъ — оттого, что грудныя железы, раньше не функционировавшія, уже до нѣкоторой степени подверглись обратному развитію. У первородящихъ въ возрастѣ 35-ти лѣтъ, или еще болѣе пожилыхъ, почти никогда нельзя рассчитывать, что онѣ будутъ въ состояніи кормить ребенка, даже и въ томъ случаѣ, когда на третій или четвертый день послѣ родовъ существуетъ обиліе молока, такъ какъ въ это время почти у каждой родильницы молоко отдѣляется въ очень большомъ количествѣ. Лишь весьма рѣдко встрѣчается такое полное отсутствіе молока (*agalactia*), чтобы въ указанное время совсѣмъ не было никакихъ слѣдовъ болѣзненнаго опуханія груди.

Количество молока, вначалѣ очень обильное, легко можетъ сдѣлаться недостаточнымъ подъ вліяніемъ нецѣлесообразной и непривычной пищи или ненадлежащаго режима; подобнымъ же образомъ дѣйствуютъ по-

носы и лихорадка, если она очень высока и довольно продолжительна. Сильныя душевныя волненія могут на короткое время оказывать въ этомъ отношеніи вредное дѣйствіе.

Случаи, въ которыхъ недостатокъ молока обусловливается атрофіею грудныхъ железъ, недоступны лѣченію. Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ приходится почти исключительно ограничиваться профилактическими мѣрами, оставляя кормящую родильницу при ея обычномъ образѣ жизни и обычной діетѣ. Если кормилицу, привыкшую къ картофелю и грубой пищѣ, внезапно перевести на преимущественно мясную пищу, лишивъ ее картофеля и хлѣба, то она всегда очень быстро теряетъ свое молоко. Пища, въ особенности жидкая, должна даваться въ обильномъ количествѣ. Пищевыхъ средствъ, которыя специфически дѣйствовали бы въ смыслѣ увеличенія количества молока, мы не знаемъ совершенно такъ же, какъ не знаемъ и медикаментовъ, которые дѣйствовали бы въ этомъ направленіи.

Если у кормящей женщины появляются регулы, то изъ-за этого обстоятельства прекращать кормленіе грудью нѣтъ никакой надобности. Нужно только слѣдить за тѣмъ, отдѣляется ли молоко при повторяющихся регулахъ въ количествѣ достаточно обильномъ для насыненія ребенка. Если послѣ родовъ прошло уже 8 мѣсяцевъ или еще болѣе, то обыкновенно количество молока съ наступленіемъ регулъ вскорѣ уменьшается.

Если менструація была только однажды и затѣмъ опять перестала появляться, то представляется вѣроятнымъ, что наступила новая беременность. Если возникло такое подозрѣніе, то ребенокъ долженъ быть отнятъ отъ груди.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ отдѣленіе молока у кормящихъ женщинъ бываетъ настолько обильнымъ, что положительно разстраиваетъ общее состояніе (*polygalactia*), или послѣ отнятія ребенка отъ груди непрерывно продолжается изнурительное отдѣленіе молока, обыкновенно изъ обѣихъ грудей (*galactorrhoea*). Количество вытекающаго молока въ этихъ случаяхъ можетъ доходить до нѣсколькихъ фунтовъ ежедневно.

Эта потеря соковъ можетъ вызвать совершенно такія же явленія, какія вызываются продолжительными кровотечениями или нагноеніями. Общее питаніе разстраивается, наступаетъ значительная слабость и исхуданіе, а иногда дѣло можетъ даже дойти до бугорчатки, амауроза и появленія душевной болѣзни. Такія же вредныя послѣдствія наступаютъ тогда, когда кормленіе грудью продолжается слишкомъ долго, или когда оно не переносится, какъ это очень часто бываетъ при недостаточномъ отдѣленіи молока. Женщина въ такихъ случаяхъ становится малокровною и страдаетъ сильными болями въ головѣ и спинѣ. Эти боли появляются главнымъ образомъ тотчасъ послѣ приложенія ребенка къ груди. Иногда также появляются очень

обильныя маточныя кровотеченія, которыя могутъ быть остановлены только отнятіемъ ребенка отъ груди.

При галакторреѣ мы стараемся ограничить отдѣленіе молока наложеніемъ давящей повязки. Иногда также благоприятное вліяніе оказываетъ іодистый калий. Обыкновенно въ то же время существуетъ аменоррея, которая часто бываетъ обусловлена атрофіею матки. A begg¹⁾ въ двухъ случаяхъ излѣчилъ галакторрею посредствомъ маточнаго душа, который опять вызвалъ появленіе регулъ, а Gottschalk²⁾ — посредствомъ скарификацій влагалищной части, послѣ которыхъ, впрочемъ, не наступили регулы. Съ этою цѣлью можно приставлять шпавки къ влагалищной части или дѣлать смазыванія іодною настойкою, или, наконецъ, вводить «сгауоns utérins».

Начинающееся обильное отдѣленіе молока, за весьма рѣдкими исключеніями, сопровождается очень значительнымъ и болѣзненнымъ напряженіемъ грудныхъ железъ (застой молока, galactostasis). У первородящихъ это явленіе наступаетъ на третій или четвертый день послѣ родовъ, а у многородящихъ обыкновенно днемъ раньше. Новорожденный еще не можетъ справиться съ обильною пищею, которая отдается въ его распоряженіе, а вмѣстѣ съ тѣмъ избытокъ молока у первородящихъ обыкновенно съ трудомъ вытекаетъ изъ грудныхъ сосковъ. Боли могутъ сдѣлаться на 12—20 часовъ довольно неприятными, въ особенности, если аксиллярная доля железы сильно развита и прижимается верхнимъ плечомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ застой молока вызываетъ незначительное повышеніе температуры (молочная лихорадка, febris lactea). Но температура при этомъ никогда не поднимается выше 38°,2 и затѣмъ опять быстро падаетъ до нормы.

При повышеніи температуры въ родильномъ періодѣ ставить діагнозъ «молочной лихорадки» нужно съ большою осторожностью. Если температура достигла 38°,4, то причина лихорадки навѣрно заключается въ чемъ нибудь другомъ. Но и низкія температуры должны быть относимы къ молочной лихорадкѣ лишь въ томъ случаѣ, если для лихорадки нельзя отыскать другихъ причинъ, если груди во время усиленнаго отдѣленія молока дѣйствительно напряжены и болѣзненны, и если температура на слѣдующій день опять сдѣлалась нормальной.

Застой молока почти не требуетъ никакого лѣченія, потому что онъ всегда быстро проходитъ самъ собою. Слѣдуетъ только подвязать груди, а если родильница не кормитъ сама своего ребенка, то можно еще назначить соляное слабительное. Если молоко совсѣмъ не выдѣляется изъ грудныхъ сосковъ, то слѣдуетъ въ продолженіе получаса прикладывать къ нимъ теплые влажные компрессы, или можно одинъ разъ

1) M. f. G., B. 16, p. 424.—2) Gottschalk, Deutsche med. Ztg. 1887, No. 81.

примѣнить каучуковый насосъ, но не чаще, чтобы этимъ не вызвать еще болѣе сильнаго отдѣленія молока. Давать іодистый калий съ цѣлью ограничить отдѣленіе молока совершенно бесполезно, такъ какъ дѣйствіе его обнаруживается лишь въ то время, когда застой молока уже давным-давно прошелъ самъ собою.

Заболѣванія грудныхъ сосковъ. Трещины.

Литература: Winckel, M. f. G., B. 22, p. 345, и Berl. klin. Woch. 1864, No. 2.—Scharlau, Berl. klin. Woch. 1864, № 19 и 20.—Kehrer, Beitr. z. klin. u. exp. Geb. u. Gyn. B. II. 1879, p. 57.—Hausmann, Berl. klin. Woch. 1878, No. 14.—Kaltenbach, Centr. f. Gyn. 1883, No. 5.—Kehrer, Der prakt. Arzt. 1883, No. 3.

Грудные соски, покрытые нѣжнымъ эпидермисомъ, легко подвержены заболѣваніямъ у женщинъ, кормящихъ грудью. Этому способствуютъ различныя обстоятельства. Соски мацерируются вытекающимъ молокомъ, а также слюною ребенка при сосаніи груди, такъ что кожа легко отстаетъ въ видѣ мелкихъ пузырьковъ, которые при своемъ заживленіи образуютъ небольшіе струпья. Кромѣ того, на верхушкѣ и у основанія соска находятся складки, въ которыхъ эпидермисъ еще болѣе нѣженъ и еще плотнѣе прикрѣпленъ къ подлежащимъ частямъ. Если надъ этими складками образовались корки отъ вытекающаго молозива и осѣвшей грязи и если во время сосанія эти корки будутъ разорваны, то и самая складка легко можетъ разорваться по своей длинѣ, и образуется трещина. Поэтому у тѣхъ женщинъ, у которыхъ упомянутыя складки мало развиты, у которыхъ соски имѣютъ поверхность почти совершенно гладкую, такія трещины не легко образуются. Другія женщины, напротивъ того, имѣютъ неровные глубоко изрытые соски, такъ что еще до начала кормленія существуютъ между отдѣльными очень мелкими сосочками красныя, нѣсколько мокнуція мѣста, которыя при раздвиганіи сосочковъ вызываютъ боль. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ кормленіе грудью не легко обходится безъ образованія трещинъ. Кромѣ того, сильно выдающіеся соски, которые легко захватываются ребенкомъ, подвержены образованію трещинъ гораздо менѣе, чѣмъ такіе соски, которые онъ долженъ безпрестанно притягивать, чтобы крѣпко ихъ держать во рту. Гноящіяся трещины, по изслѣдованіямъ Витм'а, всегда заключаютъ въ себѣ, кромѣ отдѣльныхъ палочкообразныхъ микроорганизмовъ, большое количество стафилококковъ, въ томъ числѣ патогенныя формы — *staphylococcus aureus* и *staph. albus*. Не смотря на присутствіе этихъ микроорганизмовъ, лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до воспаленія грудной железы. Цѣпочныя формы микрококковъ встрѣчаются гораздо рѣже, но за то имѣютъ гораздо большее значеніе.

Примѣч. Соответственно частотѣ этиологическихъ условій, трещины грудныхъ сосковъ встрѣчаются очень часто. Winckel нашелъ въ Берлинѣ болѣе или менѣе

значительныя трещины у 70-ти родильницъ изъ числа 200, а въ Ропштокъ—даже у 72-хъ изъ 150-ти. Schroeder въ Боннѣ очень тщательно изслѣдовалъ 77 родильницъ въ порядкѣ ихъ поступления и только у 14-ти изъ нихъ нашелъ настоящія трещины, а у 9 родильницъ—ссадины, покрытыя струпьями. Эти данныя приблизительно совпадаютъ съ результатами наблюдений Schgamm'a ¹⁾, который нашелъ трещины у 17-ти изъ числа 100 родильницъ.

Трещины составляютъ для кормящихъ грудью большое мученіе, такъ какъ при каждомъ прикладываніи ребенка онѣ вызываютъ сильнѣйшія боли. Напротивъ того, простыя ссадины, покрытыя небольшими корками или усѣянныя экхимозами, бываютъ менѣе чувствительны; но изъ нихъ могутъ образоваться и настоящія трещины. Сами по себѣ трещины не вызываютъ лихорадки, или только очень незначительную. Но если трещина была инфицирована, то наступаетъ воспаленіе грудной железы, съ очень сильною лихорадкою.

Если трещины были оставлены безъ надлежащаго ухода, то онѣ становятся все болѣе глубокими и болѣе чувствительными; родильница непрерывно находится въ возбужденномъ состояніи и каждый разъ съ большимъ страхомъ прикладываетъ ребенка къ груди. Сонъ пропадаетъ, аппетитъ уменьшается, и наконецъ, когда боль становится слишкомъ сильною или когда прекращается отдѣленіе молока, оказывается необходимымъ отнять ребенка отъ груди. Иногда трещины становятся настолько глубокими, что сосокъ почти совершенно отдѣленъ отъ груди и остается съ нею въ соединеніи почти исключительно при посредствѣ млечныхъ протоковъ.

Самое неблагоприятное и вмѣстѣ съ тѣмъ не рѣдкое послѣдствіе трещинъ составляетъ воспаленіе грудной железы.

Лѣченіе. Важную роль играетъ профилактика во время беременности. Необходимо заботиться о томъ, чтобы соски выступали надлежащимъ образомъ и чтобы кожа на нихъ сдѣлалась достаточно гибкою. Первое достигается частымъ вытягиваніемъ сосковъ пальцами или по мощію стеклянныхъ насосовъ, второе—педантически оцратнымъ содержаніемъ сосковъ и частыми обмываніями въ мыльной водѣ, а также частыми смазываніями масломъ или ланолиномъ (но не глицериномъ). Если кожа очень нѣжна, то въ такомъ случаѣ полезны обмыванія краснымъ виномъ или слабымъ растворомъ танина.

Если соски, не смотря на все это, остаются очень малы, такъ что ребенокъ захватываетъ ихъ только съ трудомъ, то необходимо передъ каждымъ кормленіемъ вытягивать сосокъ посредствомъ насоса и уже затѣмъ къ вытянутому соску прикладывать ребенка, который тогда немедленно можетъ захватить его цѣликомъ.

Если трещины уже образовались, то послѣ отнятія ребенка отъ груди онѣ заживаютъ быстро, а безъ этого средства—часто очень мед-

¹⁾ Scanzoni's Beiträge. V. 1, p. 23.

ленно и съ большимъ трудомъ. Иногда бываетъ полезно, чтобы ребенокъ сосалъ грудь чрезъ резиновый колпачекъ; но въ другихъ случаяхъ это не предотвращаетъ образованія трещинъ и не облегчаетъ болей. Кроме того, нѣкоторыхъ дѣтей невозможно заставить, чтобы они сосали грудь чрезъ такой резиновый колпачекъ, или же они по своей слабости не могутъ чрезъ него высасывать молоко.

Простыя ссадины грудныхъ сосковъ всего лучше заживаютъ при однократномъ или повторномъ смазываніи 5-процентнымъ растворомъ азотнокислаго серебра, при чемъ послѣ каждаго смазыванія ребенокъ не долженъ прикладываться къ груди въ теченіе 12-ти часовъ. Для заживленія трещинъ мы не имѣемъ ни одного особенно дѣйствительнаго средства. Лучше всего дѣйствуютъ частыя примочки изъ 3—5⁰/₀ раствора карболовой кислоты.

Воспаленіе грудной железы. Mastitis.

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 kraambed. Utrecht 1871.—Chantreuil, Arch. de tocologie. 1874, p. 146 etc.—Howe, Amer. Journ. of Obst. Vol. VIII, p. 571.—Bumm, Arch. f. Gyn., B. XXIV, H. 2; B. XXVII, p. 460.—Cohn, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. XI, p. 432.—Rosenbach, Mikroorganismen b. d. Wundinfectionskrankheiten. Wiesbaden 1884.—Passet, Unters. üb. d. Aetiol. d. eitr. Phlegmone. Berlin 1885, p. 55.—Ahlfeld, Ber. u. Arb. II, p. 121.—Escherich, Fortschritte d. Med. III, No. 8.—Küstner, Arch. f. Gyn., B. XXII, p. 291.—Schlösser, Diss. inaug. München 1883.—Billroth, Die Krankh. d. Brustdrüse. Stuttgart. 1880; Med. Jahrb. B. 18. 1869.

Паренхиматозное воспаленіе грудной железы (mastitis) встрѣчается въ родильномъ періодѣ не особенно рѣдко. Оно начинается чаще на второй или третьей недѣлѣ послѣ родовъ, чѣмъ на первой. Раньше 6-го дня оно развивается рѣдко.

Начало заболѣванія обнаруживается почти всегда потрясающимъ ознобомъ, часто очень сильнымъ, за которымъ обыкновенно тотчасъ же слѣдуетъ значительное повышеніе температуры. Родильница въ это время рѣдко уже ощущаетъ самопроизвольныя боли въ грудной железнѣ; но при изслѣдованіи обыкновенно уже и теперь констатируется ограниченное болѣзненное затвердѣніе, надъ которымъ кожа представляется покраснѣвшею.

Въ благопріятно протекающихъ случаяхъ лихорадка прекращается уже на другой день; краснота кожи, болѣзненность и инфильтрація исчезаютъ почти къ тому же времени, и болѣзнь этимъ заканчивается.

Но если лихорадка продолжается полныхъ двое сутокъ, то почти никогда нельзя надѣяться на разрѣшеніе воспалительнаго процесса. Въ такихъ случаяхъ наступаетъ нагноеніе. Боли усиливаются, затвердѣніе увеличивается, затѣмъ черезъ 6—10 дней обнаруживается зыбленіе, часто еще очень глубокое, и какъ бы рано ни былъ сдѣланъ разрѣзъ.

все-таки во многихъ случаяхъ оказывается уже очень значительное скопленіе гноя.

Если своевременно предпринято надлежащее хирургическое лѣченіе, то въ большинствѣ случаевъ дѣло ограничивается только однимъ абсцессомъ, который заживаетъ, самое позднее, черезъ нѣсколько недѣль. Но если время въ самомъ началѣ было упущено, или же, если для мѣстнаго лѣченія употреблялись нецѣлесообразныя средства, то различныя доли грудной железы воспаляются одна за другою, и каждая изъ низъ образуетъ отдѣльный абсцессъ, который вскрывается независимо отъ остальныхъ. Въ заключеніе оказывается разрушенною ббльшая часть железистой ткани, а кожа грудной железы — продыравленной многочисленными свищевыми ходами. Такое продолжительное воспаление, тянущееся по цѣлымъ мѣсяцамъ, можетъ въ высшей степени изнурить больную родильницу и сдѣлать ее малокровною.

Примѣч. Необходимо замѣтить, что иногда воспаление грудной железы вызываетъ вначалѣ повышеніе температуры до 41°, 5 и болѣе. Если это чрезмѣрное повышеніе температуры еще сопровождается бредомъ, то можно подумать, что дѣло идетъ о септическомъ зараженіи. Впрочемъ, въ рѣдкихъ случаяхъ такое зараженіе дѣйствительно и происходитъ чрезъ трещины грудныхъ сосковъ, и тогда оно уже вторичнымъ образомъ можетъ привести къ острому ихорозному воспаленію грудной железы и къ общему зараженію всего организма. Kaltenbach ¹⁾ наблюдалъ одинъ случай, въ которомъ трещина груднаго соска была инфицирована рожистымъ ядомъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ воспаление грудной железы имѣетъ слѣдующее своеобразное теченіе: Лихорадка послѣ 2—3 дней прекращается. Мѣстныя явленія исчезаютъ не вполне, но боль все-таки незначительна. Лишь спустя 6—8 дней снова появляется лихорадка. Всѣ симптомы усиливаются, и дѣло доходитъ до нагноенія. Эти подострые случаи часто бываютъ очень затруднительны въ отношеніи распознаванія и предскаванія.

Этіологія воспаления грудной железы сдѣлалась теперь, благодаря бактериологическимъ изслѣдованіямъ, несравненно болѣе ясною, хотя нѣкоторыя подробности еще не установлены. Въ настоящее время уже несомнѣнно, что болѣзнь эта всегда происходитъ путемъ зараженія. Инфицирующее вещество, судя по имѣющимся до сихъ поръ изслѣдованіямъ, можетъ проникнуть въ железу двумя путями, — или чрезъ трещину груднаго соска, изъ которой оно затѣмъ переносится теченіемъ лимфы, или чрезъ млечные протоки. Возможность зараженія этимъ вторымъ путемъ несомнѣнно доказана изслѣдованіями Escherich'a и Vishn'a, такъ какъ названные авторы находили бактеріи въ молокѣ еще до заболѣванія грудной железы. Бактеріи, оказывавшіяся въ молокѣ, всегда были тождественны съ тѣми, которыя находились въ гнойной жидкости, покрывавшей трещины грудныхъ сосковъ. Молоко, благодаря присутствію бактерій, иногда оказывалось потерявшимъ свою щелочную

¹⁾ Kaltenbach, C. f. G. 1883, p. 65.

реакцію. По заживленіи трещинъ, бактеріи обыкновенно очень скоро исчезали и изъ молока.

Клиническія наблюденія весьма рѣшительно говорятъ въ пользу того, что обыкновенно зараженіе происходитъ чрезъ млечные протоки. Въ подобныхъ случаяхъ заболѣваетъ первоначально сама паренхима железы, и при томъ какая нибудь одна доля ея. Микроорганизмы обыкновенно имѣютъ форму стафилококка. При паренхиматозномъ маститѣ, не переходящемъ въ нагноеніе, Сohn нашель своеобразную форму стрептококка.

Рѣже инфекція происходитъ чрезъ трещины грудныхъ сосковъ и затѣмъ передается по соединительнотканнымъ промежуткамъ. Въ такихъ случаяхъ развивается флегмонозный маститъ, который въ наиболѣе типичной формѣ обнаруживается тогда, когда причиною воспаления былъ *streptococcus pyogenes*.

При флегмонозномъ маститѣ воспаленіе бываетъ съ самаго начала болѣе разлитымъ, при чемъ замѣтное и очень обширное участіе принимаетъ подкожная клетчатка, и сравнительно быстрѣ появляется разлитая краснота кожи. Но и это воспаленіе переходитъ вторичнымъ образомъ на железистыя доли, изолированныя вслѣдствіе нагноенія окружающей ихъ соединительной ткани.

Остается еще разсмотрѣть, какое вліяніе на возникновеніе мастита имѣетъ застой молока въ грудной железнѣ. Предполагать, что возникновеніе болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ зависитъ исключительно отъ застоя молока, въ настоящее время уже невозможно. Но такъ какъ доказано, что микроорганизмы, проникнувъ въ млечные протоки, разлагаютъ молоко и отчасти, вѣроятно, осаждаютъ казеинъ вслѣдствіе образованія свободныхъ кислотъ (молочной и масляной), то становится понятно, что застой молока можетъ способствовать поселенію бактерій. Но это неблагоприятное вліяніе застоя молока не имѣетъ особенно большаго значенія, о чемъ главнымъ образомъ свидѣтельствуютъ результаты терапіи. Если же въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляется воспаленіе грудной железы при застоя молока и одновременномъ отсутствіи трещинъ на грудныхъ соскахъ, то необходимо имѣть въ виду, что причинная связь между этими явлениями можетъ быть истолкована невѣрно. Трещины, съ появленіемъ которыхъ ребенокъ былъ отнятъ отъ груди, часто оказываются уже зажившими, а воспаленіе грудной железы обнаруживается въ то время, когда наступилъ застой молока. Маститъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ наблюдается у женщинъ, кормящихъ грудью; но и не-кормящія родильницы не совсѣмъ отъ него застрахованы. Значительное большинство случаевъ (по Winckel'ю—67,6%) приходится на долю первородящихъ, тогда какъ послѣ первыхъ двухъ родильныхъ періодовъ болѣзнь появляется очень рѣдко. По Winckel'ю маститомъ заболѣваютъ почти 6% всѣхъ родильницъ (NB—въ родовспомогательномъ институтѣ, гдѣ первородящія составляютъ, среднимъ числомъ, 50%). Въ

Галле, въ теченіе 4 лѣтъ (1883—1886 г.), изъ 972 родильницъ, находившихся за это время въ клиникѣ, несомнѣнное воспаленіе грудной желѣзы наблюдалось въ 31 случаѣ, и изъ этого числа только въ 6 случаяхъ наступило нагноеніе. Такой ничтожный процентъ нарывовъ нужно приписать строгому исполненію терапевтическихъ мѣръ, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить.

Терапія въ большинствѣ случаевъ оказываетъ на теченіе мастита рѣшающее вліяніе. Профилактика состоитъ въ опрятномъ содержаніи грудныхъ сосковъ и надлежащемъ дезинфицированіи ихъ, особенно послѣ каждаго прикладыванія ребенка, если на нихъ имѣются трещины. Важно и то, чтобы ротъ ребенка также содержался въ чистотѣ. Если же, не смотря на предохранительныя мѣры, появился маститъ, то самое важное условіе состоитъ въ томъ, чтобы къ лѣченію было приступлено какъ можно раньше и чтобы ребенокъ былъ немедленно отнятъ отъ груди. Если послѣдняя мѣра не была принята совѣмъ или не была примѣнена въ первые 24 часа послѣ озноба, которымъ почти всегда обнаруживается начало заболѣванія, то почти во всѣхъ такихъ случаяхъ дѣло доходитъ до нагноенія. Но если ребенокъ былъ немедленно отнятъ отъ груди, то въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ, или еще чаще, воспаленіе грудной железы купируется. Въ прежнія времена маститъ купировался такъ рѣдко именно потому, что съ появленіемъ его прикладывали ребенка къ груди по возможности чаще, такъ какъ самое возникновеніе болѣзни приписывалось застою молока.

Послѣ отнятія ребенка отъ груди слѣдуетъ немедленно положить поддерживающую повязку (*suspensorium mammae*). Слабительныя средства, а при поверхностномъ мѣстонахожденіи воспалительнаго процесса—прикладываніе пузыря со льдомъ, также приносятъ пользу.

Если лихорадка уже продолжается болѣе 36 часовъ, то почти съ увѣренностью слѣдуетъ ожидать нагноенія. Разрѣзъ долженъ быть сдѣланъ немедленно, какъ только констатировано размягченное мѣсто, въ которомъ несомнѣнно можетъ быть доказано присутствіе гноя. Въ области околососкового кружка разрѣзъ долженъ имѣть радіальное направленіе, чтобы не вскрыть большихъ млечныхъ мѣшечковъ (*sinus lactei*) перпендикулярно къ ихъ длинѣ. Послѣ разрѣза вводится дренажная трубка, и затѣмъ абсцессъ лѣчится по правиламъ антисептики.

Примѣч. Иногда наблюдается ограниченная флегмона соединительной ткани, лежащей подъ околососковымъ кружкомъ (*mastitis subareolaris*). Опухоль при этомъ едва ли когда нибудь достигаетъ величины грецкого орѣха. Самая паренхима грудной железы не принимаетъ въ процессъ никакого участія. Это есть единственная форма мастита, при которой нѣтъ надобности отнимать ребенка отъ груди.

Въ рѣдкихъ случаяхъ развивается флегмонозное воспаленіе клетчатки, лежащей позади грудной железы, между нею и грудною стѣнкою (*paramastitis*). Железа при этомъ набухаетъ и даетъ такое ощущеніе, какъ будто она лежитъ на подушкѣ, наполненной водою; основаніе ея становится отечнымъ. Если не будетъ очень рано

сдѣланъ разрѣвъ по краю железы, то могутъ образоваться длительные и опасные затеки гноя. По мнѣнію Billroth'a, эти абсцессы, лежащіе позади грудной железы, всегда бываютъ обусловлены нагноеніемъ ея глубокихъ долей.

Молочная грыжа. Galactocele.

Литература: Virchow, Geschwülste. I, p. 283. — G. Veit, Frauenkrankh. 2. Aufl., p. 610.

Очень рѣдко случается, чтобы при закрытіи одного изъ выводящихъ протоковъ еще продолжалось отдѣленіе молока въ соответствующей долѣ железы. Млечный протокъ при этомъ все болѣе и болѣе растягивается, такъ что онъ можетъ даже образовать очень большую полость, или же стѣнка его разрывается, и молоко остается въ новообразованной полости, имѣющей видъ абсцесса. Обыкновенно эти молочныя грыжи бываютъ малы, но онѣ могутъ достигать даже чрезвычайно большихъ размѣровъ, какъ это доказывается однимъ случаемъ, о которомъ сообщил Scagra: опухоль доходила до лѣвой подвздошной области и заключала въ себѣ 10 фунтовъ молока.

Содержимое опухоли вначалѣ бываетъ чистое молоко, впоследствии же отъ него отдѣляется сыворотка, а твердыя составныя части сгущаются, или, благодаря гѣморрагіямъ въ полость опухоли, примѣшивается кровь, которая придаетъ ея содержимому разнообразныя цвѣтовые оттѣнки.

Распознаваніе бываетъ иногда очень затруднительно. Если стѣнка млечнаго протока не лопнула, то въ виду упругой консистенціи и рѣзко обозначенныхъ границъ опухоли всего легче можно смѣшать ее съ кистой, а послѣ разрыва и изліянія содержимаго въ окололежащую ткань можно смѣшать ее съ абсцессомъ.

Лѣченіе, однако, существенно не измѣняется отъ недостаточности распознаванія. Такъ какъ послѣ простаго прокола содержимое опять накапливается, то необходимо посредствомъ впрыскиваній іодной настойки вызвать воспаленіе въ стѣнкахъ млечнаго протока. Если же этимъ путемъ не удастся достигнуть зарощенія полости, то нужно вскрыть ее разрѣзомъ, послѣ чего она заживаетъ путемъ нагноенія.

Душевные болѣзни родильницъ.

Литература: Berndt, Krankh. d. Wöchn. Erlangen 1846. — Leubuscher' Verh. d. Ges. f. Geb. 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 (см. Virchow-Hirsch'scher Jahresh. über 1867. B. II, Abth. 3, p. 675). — Winkel, Path. u. Ther. d. Wochenbettes. 2. Aufl., p. 449. — Weber, Allg. med. Centralzeitung 1870, №№ 87 и 88. — Madden, Brit. and for. med.-chir. Review. Oct. 1871. — Leidesdorf, Wien. med. W. 1872, No. 25. — Arndt, Berl. Beitr. z. G. u. Gyn., B. III, p. 183. — Ripping, Die Geistesstörungen d. Schwangeren, Wöchn. u. Säugenden. Stuttgart 1870. — Cortyl, Thèse de Paris 1877. — M. Schmidt, D. i. Berlin 1880. — Кромѣ того, см. спеціальныя сочиненія о психозахъ.

Душевные болѣзни родильницъ не заключаютъ въ себѣ рѣшительно

ничего специфическаго. Беременность и родильное состояніе служатъ только очень важными этиологическими моментами для душевныхъ заболѣваній.

Что половой аппаратъ играетъ во всей психической жизни женщинъ очень важную роль, объ этомъ свидѣтельствуетъ повседневный опытъ. Достаточно указать на истерію и на ея тѣсную связь съ болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ. Въ физиологіи беременности мы уже говорили о томъ, какое большое вліяніе оказываетъ беременность на душевное настроеніе: серьезныя до тѣхъ поръ женщины иногда становятся необузданно веселыми, и наоборотъ, веселыя молодыя особы легко могутъ сдѣлаться серьезными, иногда даже нелюдимыми и меланхоличными. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ эта послѣдняя перемѣна душевнаго настроенія переходитъ въ дѣйствительный психозъ; чаще дѣло ограничивается тѣмъ, что серьезное угнетенное настроеніе продолжается и въ родильномъ періодѣ.

Вліяніе, оказываемое беременностью на головной мозгъ, можетъ быть объяснено, по крайней мѣрѣ отчасти, физиологическими условіями, а именно тѣмъ обстоятельствомъ, что беременность всегда сопровождается приливами крови къ черепу и его содержимому, которые, совершенно такъ же какъ они вызываютъ иногда образованіе остеофиговъ на черепныхъ костяхъ, могутъ производить и разстройства питанія головного мозга. Но эти послѣднія могутъ обусловливаться уже и качественнымъ составомъ крови, неблагоприятно измѣненнымъ во время беременности. Важную этиологическую роль, повидимому, играютъ общія разстройства питанія, которыя могутъ вызываться самою беременностью, но которыя достигаютъ особенно значительной степени послѣ обильныхъ потерь крови и послѣ кормленія грудью, если оно происходило при неблагоприятныхъ условіяхъ.

Если вдобавокъ принять въ соображеніе, что беременныя и роженицы часто испытываютъ чрезвычайно сильныя психическіе аффекты, то мы не будемъ удивляться тому, что у многихъ душевно-больныхъ женщинъ можетъ быть доказано возникновеніе психоза въ родильномъ періодѣ. Но само собою понятно, что и остальные этиологическіе моменты, играющіе роль въ возникновеніи душевныхъ болѣзней вообще, т. е. главнымъ образомъ — наследственность, весьма значительно вліяютъ и на возникновеніе ихъ въ родильномъ періодѣ.

Соотвѣтственно вышеупомянутымъ различіямъ, которыя замѣчаются въ психическомъ настроеніи беременныхъ и роженицъ, душевныя болѣзни родильницъ выражаются или состояніями угнетенія, или состояніями возбужденія.

Первыя, въ видѣ легкихъ формъ меланхоліи, обыкновенно начинаются еще во время беременности, а затѣмъ продолжаютъ и въ родильномъ періодѣ, въ теченіе котораго онѣ могутъ превратиться въ

тяжелую меланхолию. Эта послѣдняя даетъ вообще болѣе неблагоприятное предсказаніе и часто уже съ самаго начала характеризуется склонностью къ самоубійству. Менѣе неблагоприятны состоянія маниакальнаго возбужденія съ приступами буйства. Во время родовъ, при прорѣзываніи головки, появляется иногда, хотя и весьма рѣдко, психическое возбужденіе, которое обыкновенно, правда, проходитъ очень быстро, но все-таки должно быть отнесено къ категории острой мании. Эти состоянія, вѣроятно, никогда не переходятъ непосредственно въ болѣе продолжительное душевное расстройство. Послѣднее обыкновенно развивается только черезъ 6 дней послѣ родовъ, или еще позже. Иногда психозъ появляется послѣ эклампсіи или хорей. Но подъ видомъ остраго психоза довольно часто обнаруживаются септическія заболѣванія. Обыкновенно въ такихъ случаяхъ существуетъ или менингитъ, или эндокардитъ. Если родильница лихорадила уже въ самомъ началѣ или еще до появленія душевнаго расстройства, то всегда слѣдуетъ имѣть въ виду возможность такой связи съ септическимъ заболѣваніемъ.

Предсказаніе въ этихъ послѣднихъ случаяхъ неблагоприятно. Если же инфекция можетъ быть исключена, то вообще предсказаніе при пuerperальныхъ психозахъ нѣсколько болѣе благоприятно, чѣмъ внѣ родильнаго періода. Однако, встрѣчаются и очень тяжелыя формы психозовъ. Если несомнѣнно существуетъ наследственное предрасположеніе, то въ такомъ случаѣ предсказаніе значительно ухудшается. Меланхолия даетъ неблагоприятное предсказаніе, въ особенности если она задолго предшествовалась продромальными явленіями во время беременности. На выздоровленіе трудно рассчитывать раньше какъ черезъ 6—9 мѣсяцевъ послѣ полнаго обнаруженія психической болѣзни. Исключеніе изъ этого правила составляютъ повидимому тѣ психозы, которые появляются послѣ эклампсіи: въ нѣкоторыхъ, по крайней мѣрѣ, случаяхъ они оканчиваются выздоровленіемъ уже спустя нѣсколько дней, не смотря на очень рѣзкія галлюцинаціи зрѣнія и слуха.

Лѣченіе вначалѣ еще можетъ оказать нѣкоторое вліяніе, если заботиться объ устраненіи всякихъ внѣшнихъ раздраженій и давать наркотическія средства, въ особенности хлораль-гидратъ. Во всѣхъ тяжелыхъ случаяхъ, а особенно при меланхолии, необходимо какъ можно скорѣе удалить больную изъ ея обычной обстановки и перевести ее въ психіатрическое заведеніе.

Прибавленіе. Внезапная смерть въ родильномъ періодѣ.

Литература: Mordret, De la mort subite dans l'état puerpéral. Mém. de l'acad. d. Méd. Tome XXII.—Jepson, Amer. J. of Obst. Vol. V, p. 191.—Barella, Bull. de la soc. de méd. de Gand Juillet 1874.—Hauck, D. i Greifswald. 1885.

Здѣсь мы рассмотримъ тѣ ужасные случаи, когда родильница, вполне здоровая или, по крайней мѣрѣ, страдающая какою нибудь очень легкою болѣзнью, умираетъ совершенно внезапно и неожиданно.

Но мы не будемъ касаться тѣхъ случаевъ внезапной смерти, о которыхъ уже достаточно было сказано въ предыдущихъ главахъ, т. е. мы не будемъ говорить о случаяхъ смерти вслѣдствіе внезапной потери крови, или объ опасныхъ для жизни апоплексіяхъ, или о разрывѣ сердца вслѣдствіе остраго миокардита, какъ это было въ интересномъ случаѣ, который сообщенъ Spiegelberg'омъ ¹⁾, а ограничимся только двумя не особенно рѣдкими причинами внезапной смерти роженицъ и родильницъ, именно—эмболиею легочной артерій и вступленіемъ воздуха въ вены матки.

Эмболия легочной артерій.

Литература: Hecker, Deutsche Klinik. 1855, No. 36.—Charcot et Ball, Gaz. hebdom. 1858. V. 44 etc. (Schmidt's Jahrb., B. CIV, p. 187).—Maskinder, Obst. Tr. Vol. I, p. 213.—Hervieux, Gaz. des hôp. 1864, No. 8.—v. Franqué, Wiener med. Halle 1861, №№ 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 Jahresber. üb. 1866, p. 542).—Chantreuil, Gaz. des hôp. 1866, No. 59. (Рефератъ тамъ-же).—Playfair, Lancet, July-August 1867 (Virchow-Hirsch'scher Jahresber. über 1867, p. 603), и Lond. obst. Tr. Vol. X, p. 21, съ преніями по этому вопросу.—Duncan, Res. in Obst., p. 399.—Ritter, M. f. G., B. 27, p. 138.—Worley, British med. J. 7. May 1870.—Martin, Neig. u. Beug. d. Gebärm. 2. Aufl., p. 163, Anm.—Ringland, Dublin J. of med. sc. April 1872, p. 329, и Proceed. of the Dublin Obst. Soc. 1872, p. 91.—Hening, Deutsches Arch. f. klin. Med., B. XV, p. 436.—Ahlfeld, Ver. u. Arb. III, p. 147.

Мы оставляемъ здѣсь въ сторонѣ такъ наз. капиллярныя эмболіи, которыя, появляясь при эндокардитѣ, или при гнойномъ либо ихоронномъ распленіи тромбовъ, образовавшихся въ тазовыхъ венахъ послѣ инфекции на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, приводятъ къ образованію инфарктовъ въ легкихъ и въ другихъ органахъ. Объ этихъ эмболіяхъ уже была рѣчь при описаніи пуэрпальной піэмии и язвеннаго эндокардита.

Въ настоящей главѣ мы имѣемъ въ виду только случаи закупорки болѣе крупныхъ вѣтвей или самаго ствола легочной артерій большими сгустками, оторвавшимися отъ тромба, который при этомъ обыкновенно не представляетъ никакихъ измѣненій. Тромбъ, отъ котораго оторва-

¹⁾ M. f. G., B. 28, p. 439.

лась эмболическая пробка, находится обыкновенно въ одной изъ венъ бедра, при чемъ тромбозъ этой вены почти всегда бываетъ первичный и, слѣдовательно, не обнаруживается никакими симптомами, или только очень ничтожными (см. стр. 385). Поэтому родильница обыкновенно чувствуетъ себя вполне здоровою, и въ большинствѣ случаевъ она уже успѣла оставить постель, но совершенно внезапно и неожиданно, безъ всякихъ предвѣстниковъ, появляется эмболія. Такъ какъ эмболическая пробка закупориваетъ обыкновенно одну или обѣ главныя вѣтви легочной артеріи и при томъ въ большинствѣ случаевъ закрываетъ весь просвѣтъ сосуда, то смерть большею частью наступаетъ немедленно, при очень непродолжительной одышкѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ куски тромба отрывались вслѣдствіе давленія на тромбозированныя вены, напр. при втираніи въ бедро какой нибудь мази.

Иногда смерть наступаетъ не тотчасъ, а по прошествіи нѣсколькихъ дней, при возрастающей одышкѣ, усиливающемся ціанозѣ и непрерывномъ паденіи температуры. Въ этомъ отношеніи особенно интересенъ случай, внимательно прослѣженный Ritter'омъ ¹⁾. При благопріятныхъ обстоятельствахъ, т. е. при закупоркѣ какой нибудь болѣе мелкой вѣтви легочной артеріи, дѣло можетъ ограничиться припадкомъ одышки, послѣ котораго наступаетъ медленное улучшение и выздоровленіе. Olshausen наблюдалъ такой случай на 17-й день родильнаго періода, при тромбозѣ бедренной вены. Другой подобный же случай сообщенъ Ahlfeld'омъ.

Вступленіе воздуха въ вены матки.

Литература: Olshausen, M. f. G., B. 24, p. 350 (съ указаніемъ литературы этого предмета).—Litzmann, Arch. f. Gyn., B. II, p. 176.—Coardwent, St. George's Hosp. Rep., Vol VI.—Stande, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., B. III, p. 220.—Kéz m á r s k y, Arch. f. Gyn., B. XIII, p. 200.—Lauffs, D. i. Bonn 1885.

Когда въ сосудистую систему сразу проникаетъ большое количество воздуха, то наступаетъ внезапная смерть. Вѣроятною причиною смертельнаго исхода должно считаться то обстоятельство, что воздухъ вытѣсняетъ кровь изъ вѣчныхъ артерій сердца.

Во время родовъ и въ самомъ началѣ родильнаго періода иногда, хотя и рѣдко, попадаетъ воздухъ въ зіяющія вены на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, и немедленно послѣ этого наступаетъ смерть, при явленіяхъ сильной одышки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отъ прониканія воздуха до наступленія смерти проходитъ нѣсколько болѣе продолжительное время, а иногда одышка и ознобъ даже прекращаются, и смерть не наступаетъ.

¹⁾ Brit. med. Journ. May 3. 1873.

Что во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ, при производствѣ операций или при изслѣдованіи половиною руки, можетъ попасть воздухъ не только во влагалище, но и въ матку, это не подлежитъ сомнѣнію. Вѣроятно также и то, что во время изгнанія младенца это случается постоянно, даже и безъ особенныхъ благопріятствующихъ условий. Вступленію воздуха въ родовой каналъ способствуетъ такое положеніе тѣла, при которомъ давленіе въ брюшной полости становится отрицательнымъ, т. е. козѣно-локтевое положеніе, или положеніе на боку. Этого отрицательнаго давленія, въ связи съ присасывающею силою сердца, при уже наступившемъ частичномъ или полномъ отдѣленіи плаценты, по всей вѣроятности, можетъ оказаться достаточно для вступленія воздуха въ широко открытыя плацентарныя вены. Въ другихъ случаяхъ, при закрытомъ цервикальномъ каналѣ, пуэрперальная матка, по видимому, своими собственными сокращеніями вгоняетъ находящійся въ ней воздухъ въ зіяющіе сосуды.

Иногда, какъ напр. въ двухъ случаяхъ, тщательно прослѣженныхъ *Olshausen*'омъ и *Litzmann*'омъ, воздухъ попадаетъ въ вены матки при спринцованіи влагалища посредствомъ такъ называемаго клизопомпа. Но если спринцованія производятся посредствомъ ирригатора, введеннаго теперь во всеобщее употребленіе, и если принимаются мѣры къ тому, чтобы въ трубкѣ его не было воздуха, то такіе несчастные случаи совершенно невозможны.

При разрывѣ плоднаго пузыря, если воды изливаются въ очень большомъ количествѣ, вѣроятно, попадаетъ иногда воздухъ въ полость матки, благодаря внезапно понизившемуся внутриматочному давленію. Кроме того, нѣкоторые случаи внезапной смерти при разрывѣ матки или при предлежаніи плаценты несомнѣнно были обусловлены вступленіемъ воздуха въ маточныя вены. *Olshausen* высказалъ это въ видѣ предположенія еще въ 1864 году, но наблюдать подобный случай ему пришлось только очень недавно. При операциі поворота, которая была предпринята въ виду предлежанія плаценты, роженица внезапно умерла, безъ того, чтобы появилось новое кровотеченіе. Діагнозъ былъ поставленъ немедленно и подтвердился вскрытіемъ: все правое сердце было наполнено воздухомъ, но въ маточныхъ венахъ воздуха не оказалось¹⁾.

*Krukenberg*²⁾ считаетъ вѣроятнымъ, что смерть вслѣдствіе прониканія воздуха въ вены можетъ наступать и при кесарскомъ сѣченіи, если разрѣзъ попалъ на плаценту.

¹⁾ Этотъ случай сообщенъ *Kramer*'омъ: *Ztschr. f. Geb. u. Gyn.*, В. 14, р. 489.

²⁾ *Arch. f. Gyn.*, В. 28, р. 411.

Иногда, въ качествѣ наиболѣе разительнаго симптома, замѣчается при поглаживаніи брюшныхъ покрововъ очень ясная крепитация, какъ въ случаяхъ подкожной эмфиземы. Эта крепитация зависитъ отъ наполненія маточныхъ сосудовъ воздухомъ, и присутствіе ея ставитъ діагнозъ внѣ всякаго сомнѣнія.

Въ профилактическомъ отношеніи особенно важно избѣгать колѣно-локтеваго положенія или положенія на боку въ такихъ случаяхъ, когда дѣлается поворотъ при разрывѣ матки или при предлежаніи плаценты.

акusher-lib.ru

Алфавитный указатель.

А.

Абсцессы брюшной полости 2 в. 359; — грудной железы 2 в. 411; — легких 2 в. 373; — матки 2 в. 362; — подкожные 2 в. 373; — сердечной мышцы 2 в. 378; — тазовой клетчатки 2 в. 353.

Акушерские инструменты 1 в. 242.

Акушерское исследование 1 в. 92; историческая замечания 1 в. 99.

Амаурозъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 406.

Амниотическія нити 2 в. 80.

Ампутація, произвольная 2 в. 80.

Анкилозъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій 2 в. 215.

Анкилотически-косо-суженный тазъ 2 в. 215; механизмы родовъ 2 в. 225; предсказаніе 2 в. 225; распознаваніе 2 в. 223; терапия 2 в. 226.

Анкилотически - поперечно-суженный тазъ 2 в. 227; — предсказаніе 2 в. 231; — распознаваніе 2 в. 230; — терапия 2 в. 231.

Аномалии брюшного пресса 2 в. 121; — влагалища 2 в. 44; — водной оболочки 2 в. 76; — выдѣленія молока 2 в. 405; — грудей 2 в. 46; — изгоняющихъ силъ 2 в. 110; — крестца таза 2 в. 139; — матки 2 в. 16; — мягкихъ родовыхъ путей 2 в. 123; — плаценты 2 в. 72; — плода 2 в. 241; — половыхъ органовъ во время беременности 2 в. 16; — придаточныхъ частей плода 2 в. 66, 262; — пуповины 2 в. 80; — яйца 2 в. 47, 241; — яйцевыхъ оболочекъ 2 в. 66, 262.

Антисептика при акушерскихъ операціяхъ 1 в. 241.

Анемія у беременныхъ 2 в. 12; какъ показаніе къ искусственному выкидышу 1 в. 245.

Асимметрической тазъ 2 в. 147; опредѣленіе его размѣровъ 2 в. 148.

Асимметрия черепа младенца 1 в. 170, 2 в. 182.

Асфиксія новорожденного 2 в. 330; лечение ея 2 в. 335.

Атонія матки 2 в. 310, 394.

Атрезія матки 2 в. 126.

Атрофія печени, острая желтая 2 в. 8.

А*.

Acardiacus 2 в. 246.

Accouchement forcé 1 в. 260.

Agalactia 2 в. 405.

Air-tractor 1 в. 288.

Allantois 1 в. 45.

Allongement oedémateux du col utérin 2 в. 130.

Anencephalus 2 в. 247.

Арноѣ младенца 2 в. 327.

Б.

Бактеріи 2 в. 339.

Баллотированіе 1 в. 126; — головки 1 в. 111.

Беременность: воображаемая 1 в. 106; діететика 1 в. 119; кровотеченія 2 в. 86; многоплодная 1 в. 73, 116; патологія 2 в. 3; продолжительность 1 в. 51, 79; развитіе плода въ отдѣльные мѣсяцы беременности 1 в. 52; распознаваніе 1 в. 92, 100, 103, 106, 110, 116. терапия 2 в. 3; физиологія 1 в. 18; чрезвычайная продолжительность 2 в. 106.

Беременность двойнями 1 в. 74; распознаваніе 1 в. 116.

Блениоррея влагалища 2 в. 45.

Боделоковскій діаметръ 2 в. 142; — циркуль (тазомѣръ) 2 в. 141.

Боковые надрывы маточной шейки 2 в. 287.

Боковые надрывы промежности 1 в. 205.

Большой родничекъ 1 в. 59.

Болъзни беременныхъ 2 в. 3; — грудей 2 в. 405; — плода 2 в. 246; — плоднаго яйца 2 в. 47; — родильницъ 2 в. 337.

Болъзни кожи у беременныхъ 2 в. 16; — у родильницъ 2 в. 377.

Бредъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 377.

Бромистый этиль для наркотизированія роженіцъ 1 в. 215.

Брюшная беременность 2 в. 48, 56.

Брюшная водянка плода 2 в. 250.

Брюшная эмпіема 2 в. 359.

Брюшной прессъ 1 в. 141, 154; — маліи его 2 в. 124.

Брюшной тифъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 361.

Бугорчатка у беременныхъ 2 в. 11.

Бура при слабости потугъ 2 в. 114.

B*.

Basilyst 1 в. 328.

Basiotrib 1 в. 328.

Bayard'овскіе эххимовы 2 в. 330.

C*.

Caput succedaneum, см. Головная опухоль.

Carunculae myrtiformes 1 в. 108.

Cephalhaematoma 2 в. 181.

Chloasma uterinum 1 в. 91.

Chorion 1 в. 37;—frondosum 1 в. 38;—laeve 1 в. 38; hyperplasia chorii 2 в. 66.

Colostrum 1 в. 226.

Colpitis 2 в. 348.

Colpohyperplasia cystica 2 в. 45.

Conglutinatio orificii externi 2 в. 124.

Conjugata diagonalis 2 в. 144;—externa 2 в. 142;—vera 1 в. 2.

Corpus luteum: spurium 1 в. 27; verum 1 в. 26.

Cotyledones 1 в. 49.

Criminal abortion 2 в. 32.

Culbute 1 в. 69.

Cystitis въ родильномъ періодѣ 2 в. 367, 382.

Cystocele 2 в. 136.

V.

Вагинизмъ 2 в. 130.

Варикозные узлы у беременныхъ 2 в. 13.

Вартонова студень 1 в. 50.

Вдавленія головки: желобоватая 2 в. 184; ложкообразная 2 в. 184.

Величина плаценты 2 в. 73.

Взаимныя отношенія отдѣльныхъ раздѣловъ таза 1 в. 5.

Виттова пляска у беременныхъ 2 в. 11.

Влагалище: аномалія 2 в. 44; бленноррея 2 в. 45; во время беременности 1 в. 88; въ родильномъ періодѣ 1 в. 224; выпаденіе 2 в. 391; варошеніе 2 в. 128; разрывы 2 в. 289; рубцы 2 в. 129; сокращенія 1 в. 142; тампонація влагалища 1 в. 258.

Вливаніе раствора поваренной соли 2 в. 308.

Вліяніе родовъ на общее состояніе женщины 1 в. 195.

Внезапная смерть въ родильномъ періодѣ 2 в. 417.

Внутреннее изслѣдованіе беременныхъ 1 в. 97;—для распознаванія положеній младенца 1 в. 128.

Внутреннія кровотеченія 2 в. 297.

Внутриматочное давленіе 1 в. 161, 2 в. 115.

Внѣматочная беременность 2 в. 47; предсказаніе 2 в. 62; распознаваніе 2 в. 60; леченіе 2 в. 63.

Внѣсрединное вставленіе головки 2 в. 169.

Водная оболочка 1 в. 43; аномалія ея 2 в. 76.

Воздухъ, вступленіе его въ вены матки 2 в. 418.

Воронкообразный таазъ 2 в. 205.

Ворсанки водной оболочки 1 в. 43.

Ворсистая оболочка, см. Chorion.

Воспаленіе брюшины 2 в. 357, 365; грудной железы 2 в. 410; крестцово-подвздошного сочлененія 2 в. 219; лимфатическихъ сосудовъ 2 в. 364; матки 2 в. 32, 39; мозговыхъ оболочекъ 2 в. 367, 378; мочевого пузыря 2 в. 382; околоушной железы 2 в. 373; печени 2 в. 358; плаценты 2 в. 74; роговицы 2 в. 373; суставовъ 2 в. 373; сухожильныхъ влагалищъ 2 в. 373; яичниковъ 2 в. 365.

Вращеніе вывороченной матки 2 в. 315;—пуповины 2 в. 268.

Впрыскиванія воды между маткою и яйцомъ 1 в. 257.

Впрыскиванія въ матку, горячія, холодныя 2 в. 394.

Врожденное расщепленіе лоннаго сочлененія 2 в. 204.

Врзываніе головки 1 в. 134.

Входъ во влагалище, поврежденія его 1 в. 212, 2 в. 291.

Входъ таза 1 в. 2.

Вывихъ обояхъ тазобедренныхъ суставовъ 2 в. 203.

Выворотъ матки 2 в. 312.

Выдѣленіе первороднаго кала 2 в. 331.

Выдѣленіе пота въ родильномъ періодѣ 1 в. 219.

Выжиманіе младенца 1 в. 263;—плаценты 1 в. 209.

Выкидышъ 2 в. 84;—искусственный 1 в. 243;—историческія замѣчанія 1 в. 243; показанія 1 в. 244; предсказаніе 2 в. 98;—привычный 2 в. 88; при placenta praevia 2 в. 303; распознаваніе 2 в. 97; тампонація влагалища 2 в. 102; терапия 2 в. 99; теченіе 2 в. 93; удаленіе яйца 2 в. 102; этиология 2 в. 84.

Выпаденіе влагалища 2 в. 391;—вывороченной матки 2 в. 313.

Выпаденіе матки во время беременности 2 в. 28;—во время родовъ 2 в. 131;—въ родильномъ періодѣ 2 в. 392.

Выпаденіе плаценты 2 в. 300, 308.

Выпаденіе пуповины 2 в. 265;—при лицевыхъ положеніяхъ 2 в. 271;—при плоскомъ таазѣ 2 в. 180;—при поперечныхъ положеніяхъ 2 в. 272;—при тазовыхъ положеніяхъ 2 в. 271;—при черепныхъ положеніяхъ 2 в. 266.

Выпаденіе ручки 2 в. 259.

Выслушивание живота беременных 1 в. 94;—для распознавания положений младенца 1 в. 127.

Выходъ таза 1 в. 3.

Вычисленіе конца беременности 1 в. 80.

Вънечный шовъ 1 в. 59.

Въсь беременной 1 в. 91;—арълага плода 1 в. 57.

Г.

Гидромія беременныхъ 2 в. 13;—роже-ница 2 в. 317.

Гиперплазія ворсистой оболочки 2 в. 67.

Гипертрофія маточной шейки 2 в. 126.

Гипотеза Thury 1 в. 32.

Гнойное воспаленіе Фаллопиевой трубы 2 в. 361.

Головка младенца 1 в. 59, 230; асим-метрия 1 в. 170; при затылочныхъ положе-ніяхъ 1 в. 170; при лицевыхъ положеніяхъ 1 в. 179; при лобныхъ положеніяхъ 1 в. 184; чрезмерно большая головка 2 в. 242.

Головная водянка 2 в. 248;—гематома 2 в. 181.

Головная опухоль 1 в. 130, 134, 168; при узкомъ тазѣ 2 в. 180.

Головные щипцы 1 в. 270.

Головные положенія 1 в. 122; причина ихъ частоты 1 в. 70.

Горячій душъ при слабости потугъ 2 в. 117.

Граафовъ пузырекъ 1 в. 19; обратное развитіе 1 в. 26.

Грудь во время беременности 1 в. 89; аномалии ихъ 2 в. 46; абсцессы 2 в. 411; воспаленіе 2 в. 410; флегмона 2 в. 412.

Грыжи бѣлой линіи живота 2 в. 30;—матки во время беременности 2 в. 29;—во время родовъ 2 в. 135.

Губы детородныя, отекъ 2 в. 135, 348;

Гематома влагалища 2 в. 402;—матки, полипозная 2 в. 401.

Гемофілія у беременныхъ 2 в. 12.

Д.

Давленіе на головной мозгъ младенца во время родовъ 2 в. 329.

Движенія плода 1 в. 102.

Двойной ручной приемъ 1 в. 318.

Декапитационный крючекъ Braun'a 1 в. 335.

Денцидуальный полипъ 2 в. 401.

Діагностическіе признаки беременности 1 в. 100.

Діагональная конъюгата 2 в. 144.

Діа метръ Baudelocque'a 2 в. 142.

Діететика беременности 1 в. 119;—ро-дильнаго періода 1 в. 232;—родового акта 1 в. 196.

Длина плода 1 в. 57;—пуовины 1 в. 50, 2 в. 80.

К. Ш р е д е р л.—Учебникъ акушерства.

Дублинскій методъ удаленія плаценты 1 в. 211.

Душевные болѣзни родильницъ 2 в. 414.

Душъ, восходящій 1 в. 256;—горячій 2 в. 117.

Дыханіе младенца, причина его наступ-ленія 2 в. 327; дыханіе плода 1 в. 64; ды-ханіе родильницы 1 в. 219.

Дѣвственная плева во время родовъ 1 в. 107, 108;—ненормально плотная 2 в. 129.

Дѣтская мука Nestlé 1 в. 240.

D*.

Decapitatio, см. Обезглавленіе.

Decidua 1 в. 33;—reflexa 1 в. 33;—sero-тина 1 в. 33, 36;—vera 1 в. 33; изверженіе deciduae 1 в. 221; толщина ея 1 в. 34; утол-ченіе deciduae 2 в. 262.

Dicephalus 2 в. 244.

Dilatateur intrautérin 1 в. 259.

Diprosopus 2 в. 244.

Dipygus 2 в. 244.

Distantia sacrocotyloidea 1 в. 3.

Ductus Botalli 1 в. 61;—omphalotent-ricus 1 в. 44, 45;—venosus Arantii 1 в. 61.

E.

Евстахіева заслонка 1 в. 62.

Емкость легкиихъ у беременныхъ 1 в. 92;—у родильницъ 1 в. 219.

E*.

Elephantiasis congenita cystica 2 в. 251.

Endometritis decidua 2 в. 32;—dec.

catarrhalis 2 в. 37;—dec. chronica 2 в. 32

—dec. tuberosa 2 в. 33, 37;—gangraenosa

2 в. 361;—placentaris 2 в. 36, 361;—puru-

lenta 2 в. 36, 76;—въ родильномъ періодѣ

2 в. 353, 361.

Enteritis 2 в. 367.

Erysipelas puerperale malignum inter-num 2 в. 364.

F*.

Foetus papyraceus 2 в. 91;—sanguino- lentus 2 в. 90.

Foramen ovale 1 в. 61.

Forceps 1 в. 270.

Forcipe perforatore 1 в. 328.

Foveola coccygea 1 в. 131.

G*.

Galactocele 2 в. 414.

Galactorrhoea 2 в. 406.

Graviditas extrauterina 2 в. 47; abdomi-

nalis 2 в. 56; interstitialis 2 в. 53; ovarica 2 в.

54; tubaria 2 в. 50; tubo-abdominalis 2 в. 54;

tubo-ovarica 2 в. 55; tubo-uterina 2 в. 53.

Grossesse nervense 1 в. 106.

Н*.

- Naematocele retrouterina* 2 в. 51.
Hemicephalus 2 в. 247.
Hippomanes 1 в. 42
Hydrannion 2 в. 76; распознавание
 2 в. 78.
Hydrocephalus 2 в. 248.
Hydrops renum cysticus congenitus
 2 в. 250.
Hydrorrhachis 2 в. 251.
Hydrorrhoea gravidarum 2 в. 37.
Hyperemesis gravidarum 2 в. 14.

Ж.

- Желобоватая вдавления черепа 2 в. 184.
 Желтое тело 1 в. 26.
 Желток 1 в. 20.
 Желточный пузырь 1 в. 44.
 Желтуха новорожденных 1 в. 230;—
 родильниц 2 в. 358.
 Живот младенца, увеличение его в
 объеме 2 в. 249.

З.

- Заболванія глазъ въ родильномъ пе-
 риодѣ 2 в. 373, 377.
 Заболванія сердца у беременныхъ 2
 в. 10.
 Задержаніе кала у беременныхъ 2 в.
 14;—у родильницъ 2 в. 387;—у роженицъ
 2 в. 136.
 Задержаніе мочи у беременныхъ 2 в.
 14;—у родильницъ 2 в. 383;—у роженицъ
 2 в. 136.
 Задержаніе плаценты 2 в. 401.
 Задержаніе плода въ маткѣ 2 в. 92.
 Задне-темянное вставленіе головки
 2 в. 168.
 Закисъ азота для наркотизированія ро-
 женицъ 1 в. 215.
 Замокъ щипцовъ 1 в. 272.
 Запосъ: кровяной 2 в. 89; мясистый
 2 в. 89; пузырьный 2 в. 66.
 Запоздалые роды 2 в. 106.
 Запущенное поперечное положеніе
 1 в. 321.
 Зародышевый пузырекъ 1 в. 21; за-
 родышное пятно 1 в. 21.
 Зарощеніе влагалища 2 в. 128;—матки
 2 в. 124.
 Зарощеніе, рубцовое, маточнаго зъва
 2 в. 126.
 Застой молока 2 в. 407.
 Злокачественная анемія у беременныхъ
 1 в. 245, 2 в. 12.
 Зобъ во время беременности 2 в. 16.
 Зрѣлый плодъ 1 в. 57.
 Зубная боль у беременныхъ 2 в. 16.

И.

- Извлеченіе головки 1 в. 282; послѣ
 декапигатія 1 в. 335; послѣдующей головки
 1 в. 285, 294; уменьшенной головки 1 в. 329
 Извлеченіе за почки 1 в. 288;—за
 ягодицы 1 в. 301;—посредствомъ щипцовъ
 1 в. 265.
 Извлеченіе плода при выкидышѣ 2 в.
 104;—яйца при выкидышѣ 2 в. 103.
 Игониющая сила 1 в. 135, 142; ано-
 мали нхъ 2 в. 110.
 Измѣненія влагалища во время бере-
 менности 1 в. 88;—матки 1 в. 81;—наруж-
 ныхъ половыхъ частей 1 в. 88;—яйца послѣ
 смерти плода 2 в. 89.
 Измѣненія въ положеніи влагалища, въ
 родильномъ періодѣ 2 в. 390.
 Измѣненія въ положеніи матки 2 в.
 21;—во время родовъ 1 в. 154, 2 в. 130;—
 въ родильномъ періодѣ 2 в. 390.
 Измѣненія формы матки: во время бе-
 ременности 1 в. 86; во время родовъ 1 в. 154.
 Измѣненіе діагональной конъюгаты
 2 в. 144;—таза 2 в. 141;—тазоваго выхода
 2 в. 148.
 Измѣненіе таза 2 в. 141;—косо-сжy-
 женнаго таза 2 в. 224.
 Изслѣдованіе, акушерское: внутреннее
 1 в. 97, 128; наружное 1 в. 93, 125; сое-
 диненное 1 в. 98, 131.
 Изслѣдованіе таза 2 в. 139.
 Импрегнація яйца 1 в. 24.
 Иннервация матки 1 в. 135.
 Инструментъ С. Вгаун'а для вправле-
 нія пуповины 2 в. 268; инструментъ Ро-
 bertou'a 2 в. 269.
 Интерстициальная беременность 2 в. 53.
 Инфаркты въ легкяхъ 2 в. 373.
 Ирригация матки 2 в. 368, 370.
 Искривленіе матки взадъ: во время
 беременности 2 в. 23; въ родильномъ пе-
 риодѣ 2 в. 390.
 Искривленіе матки впередъ: во время
 беременности 2 в. 21; въ родильномъ пе-
 риодѣ 1 в. 222, 2 в. 390.
 Искусственное вскармливаніе дѣтей 1 в.
 239.
 Искусственное дыханіе 2 в. 334.
 Искусственное расширеніе маточнаго
 зъва 1 в. 260.
 Искусственные преждевременные роды
 1 в. 247.
 Искусственный выкидышъ 1 в. 243.
 Искусственный разрывъ плоднаго пу-
 зыря 2 в. 117.
 Истерическія судороги во время родовъ
 2 в. 316.

I*.

- Insertio velamentosa* 1 в. 50; 2 в. 83,
 309.
Ischiopagus 2 в. 244.
Ischuria въ родильномъ періодѣ 2 в. 383.

Н.

- Камень мочевого пузыря, как препятствие для родового акта 2 в. 137.
 Катетеризация дыхательных путей 2 в. 333.
 Катетеризация матки 1 в. 255. 2 в. 118.
 Качества щипцов 1 в. 270.
 Кесарское сечение 1 в. 336; на мертвых 2 в. 108; при плоскомъ тазѣ 2 в. 187; результаты 1 в. 343.
 Кефалотрипторъ 1 в. 330.
 Кисто-пигрома въ тѣлѣ младенца 2 в. 251.
 Кисты влагалища 2 в. 45;—плаценты 2 в. 74.
 Кифотическій тазъ 2 в. 207; кифорахитическій 2 в. 213; кифо-сколиотико-рахитическій 2 в. 214; предсказаніе 2 в. 212.
 Кишечный каналъ, воспитаніе его въ родильномъ періодѣ 2 в. 367.
 Кишечныя испраженія въ родильномъ періодѣ 1 в. 219.
 Клиторь, кровотокащія разрывы въ его области 2 в. 292.
 Коксалгическій тазъ 2 в. 219.
 Количество крови у беременных 1 в. 90.
 Количество ооцитарной жидкости 1 в. 47;—послѣ родового очищенія 1 в. 225.
 Колпейринтеръ 1 в. 258.
 Комбинированный поворотъ 1 в. 308, 315; 2 в. 255.
 Контракционное кольцо 1 в. 114, 143, 144.
 Копростаъ 2 в. 389.
 Кормилица 1 в. 238.
 Коровье молоко 1 в. 239.
 Косо-суженный тазъ 2 в. 215; предсказаніе 2 в. 225; распознаваніе 2 в. 222; терапия 2 в. 226.
 Костный тазъ, аномаліи его 2 в. 139.
 Костяныя опухоли таза 2 в. 239.
 Краевой сосудъ плаценты 1 в. 39.
 Краниокласть 1 в. 329.
 Краниотомія 1 в. 322.
 Крестцово-подвздошное сочлененіе: воспаленіе его 2 в. 219; синозовъ 2 в. 218.
 Крикъ младенца въ маткѣ 2 в. 332.
 Кровообращеніе плода 1 в. 61.
 Кровотеченія, внутреннія 2 в. 297;—во время беременности 2 в. 86;—во время родовъ 2 в. 295;—въ послѣдовомъ періодѣ 2 в. 316;—въ родильномъ періодѣ 2 в. 373, 393, 394;—въ яйцевыхъ оболочкахъ 2 в. 89;—изъ сосудовъ пуповины 2 в. 309;—при нормальномъ мѣстоположеніи плаценты 2 в. 296;—при предлежаніи плаценты 2 в. 300.
 Кровь беременных 1 в. 90.
 Кровяной занозъ 2 в. 89.
 Крючекъ, тупой, 1 в. 302.

К*.

- Kephalothoracospagus* 2 в. 244.
Képhalotripsie intracranienne 1 в. 328.
Kraniopagus 2 в. 244.
Kraniotomy-forceps 1 в. 328.

Л.

- Ламбовидный шовъ 1 в. 59, 129.
 Лапаротомія послѣ смерти беременной 2 в. 108;—при вѣнматочной беременности 2 в. 64;—при разрывѣ матки 2 в. 285.
 Лапаро-элитротомія 1 в. 342.
 Либиховскій супъ 1 в. 240.
 Лимфангоитъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 364.
 Липоидное превращеніе плода 2 в. 91.
 Липома плода 2 в. 251.
 Лицевыя положенія вторичныя 1 в. 180; механизмъ родовъ 1 в. 176; первичныя 1 в. 179; при плоскомъ тазѣ 2 в. 169; причины 1 в. 179; распознаваніе 1 в. 130; частота 1 в. 123; щипцы при лицевыхъ положеніяхъ 1 в. 284.
 Лобный шовъ 1 в. 59.
 Лобныя положенія 1 в. 183.
 Ложкообразныя вдавленія черепа 2 в. 184.
 Ложно-остеомалятический тазъ 2 в. 238.

L*.

- Laminaria digitata* 1 в. 258.
Liquor amnii 1. 43, 47;—*folliculi* 1 в. 20.
Lithopaedion 2 в. 59; въ рудиментарномъ роутѣ матки 2 в. 18; какъ препятствіе для родовъ 2 в. 139.
Lochiometra 2 в. 340, 391.

М.

- Малый родничекъ 1 в. 59.
 Малый тазъ 1 в. 2;—съ его мягкими частями 1 в. 17.
 Манія въ родильномъ періодѣ 2 в. 416.
 Матка: абсцессы 2 в. 362; аномаліи 2 в. 16; атонія 2 в. 310, 394; воспаленіе 2 в. 32; выворотъ 2 в. 312; выпаденіе 2 в. 28, 391; выпаденіе вывороченной матки 2 в. 313; грыжи 2 в. 29; душъ, восходящій 1 в. 256; зарощеніе 2 в. 124; измѣненія въ положеніи матки 1 в. 154, 2 в. 21, 130, 390; иннервация 1 в. 135; искривленіе впередъ въ послѣдовомъ періодѣ 1 в. 222; катетеризация 2 в. 118; кровотеченія въ родильномъ періодѣ 2 в. 373; миомы 2 в. 40, 131, 393; опухоли 2 в. 40; перфорирующая узора 2 в. 285; положеніе матки 1 в. 87; пороки развитія 2 в. 16; разрывы 2 в. 31, 273; ракъ 2 в. 41; сокращенія 1 в. 135, 140; состояніе матки во время беременности 1 в. 81; состояніе

ея въ родильномъ періодѣ 1 в. 220; столбнякъ матки 1 в. 321, 2 в. 120; форма матки во время беременности 1 в. 86.

Маточная шейка: во время беременности 1 в. 86, 108, 109, 113; во время родовъ 1 в. 132, 147, 151; въ родильномъ періодѣ 1 в. 222; — изглаженная 1 в. 150; гипертрофія 2 в. 126; разрывы, не-перфорирующіе 2 в. 287; разрывы при предлежаніи плаценты 2 в. 288; разрывы 1 в. 262; раковыя опухоли 2 в. 133, 393; раскрытіе шейки 1 в. 149; расширение ея, искусственное 1 в. 258.

Маточное зеркало 1 в. 98.

Маточный зъвъ: изглаженный 1 в. 150; искусственное расширение его 1 в. 261; раскрытый 1 в. 150; ригидный 2 в. 126; рубцовое зарощеніе 2 в. 126.

Маточный шумъ 1 в. 96; вл. родильномъ періодѣ 1 в. 223.

Мацерация плода 2 в. 90.

Малитикообразныя движенія щипцами 1 в. 273.

Меланхолія въ родильномъ періодѣ 2 в. 415.

Менструація 1 в. 21; прекращеніе ея во время беременности 1 в. 101.

Мертво-гнилой плодъ 2 в. 90.

Метастатическія воспаленія въ родильномъ періодѣ 2 в. 373.

Методъ извлеченія за ножку 1 в. 292; — извлеченія головки щипцами 1 в. 281; — поворота на ножку 1 в. 315, 317.

Методы акушерскаго изслѣдованія 1 в. 92; — искусственныхъ преждевременныхъ родовъ 1 в. 255; — поворота на головку 1 в. 307.

Механизмъ родовъ 1 в. 135, 161; при косо-с्यूженномъ тазѣ 2 в. 225; при лцевыхъ положеніяхъ 1 в. 176; при лобныхъ положеніяхъ 1 в. 183; при многоплодныхъ родахъ 1 в. 193; при ножныхъ положеніяхъ 1 в. 189; при плоскомъ тазѣ 2 в. 165; при тазовыхъ положеніяхъ 1 в. 188; при черепныхъ положеніяхъ 1 в. 161; при ягодичныхъ положеніяхъ 1 в. 189.

Микрококкъ крупозной пневмоніи при родильной горячкѣ 2 в. 340.

Микрококки 2 в. 339.

Микроорганизмы, нахожденіе ихъ по способу Кош'а 2 в. 344.

Міомы 2 в. 40, 131, 393.

Мнимая смерть новорожденнаго 2 в. 330. Многоплодная беременность 1 в. 73; распознаваніе 1 в. 116.

Многоплодные роды 1 в. 193; патологическія условія 2 в. 260.

Молоко 1 в. 226; образованіе его 1 в. 225; слишкомъ обильное отдѣленіе молока 1 в. 236; качественныя измѣненія молока 2 в. 412.

Молочная грыжа 2 в. 414.

Молочная лихорадка 1 в. 227; 2 в. 407.

Морфій для наркотизированія роженицы 1 в. 215.

Моча новорожденныхъ 1 в. 232.

Моча, отдѣленіе ея въ родильномъ періодѣ 1 в. 219.

Мочевой пузырь, заболванія его въ родильномъ періодѣ 2 в. 367, 382.

Мочевой пузырь плода 1 в. 46; растяженіе пузыря, какъ препятствіе для родовъ 2 в. 250.

Мочеспускательный каналъ, заболванія его въ родильномъ періодѣ 2 в. 382.

Мускулатура беременной матки 1 в. 84.

Мѣсто прикрѣпленія плаценты 1 в. 49.

Мягкія части малаго таза 1 в. 17.

Мясистый заносъ 2 в. 89.

М*.

Mastitis: у беременныхъ 2 в. 46; у новорожденныхъ 1 в. 232; у родильницъ 2 в. 410.

Mesconium 1 в. 57, 230, выдѣленіе его при преждевременномъ дыханіи плода 2 в. 331.

Membrana decidua 1 в. 33; — granulosa 1 в. 20.

Metritis во время беременности 2 в. 39; — въ родильномъ періодѣ 2 в. 362.

Mikropyle 1 в. 30.

Missed labour 2 в. 92.

Mykosis vaginae 2 в. 45.

Myxoma diffusum 2 в. 71; — fibrosum placentae 2 в. 71.

Н.

Надрывъ маточнаго зъва 2 в. 127; — маточной шейки 1 в. 261; — промежности 1 в. 205.

Наклоненіе беременной матки взадъ 2 в. 21; — частичное 2 в. 22.

Наклоненіе матки впередъ: во время беременности 2 в. 21; въ родильномъ періодѣ 2 в. 390.

Наклоненіе таза 1 в. 6; — слишкомъ большое 2 в. 149.

Наклоненія матки въ родильномъ періодѣ 2 в. 390.

Наложеніе щипцовъ 1 в. 279.

Направленіе тазовой полости 1 в. 6.

Наркотизированіе роженицы 1 в. 212; — бромистымъ этиломъ 1 в. 215; — закисью азота 1 в. 215; морфіемъ 1 в. 215; — хлоралгидратомъ 1 в. 214; — хлороформомъ 1 в. 212; — при слабости потугъ 2 в. 114; — при эклампсіи 2 в. 323.

Наружное изслѣдованіе беременныхъ 1 в. 93; — для распознаванія положеній младенца 1 в. 125.

Наружное передвиженіе сѣмени 2 в. 17.

Наружное передвиженіе яйца 1 в. 28, 2 в. 17.

Наружныя половыя части во время беременности 1 в. 88; с्यूженіе ихъ 2 в. 128.

Насильственное родоразрѣшеніе 1 в. 260.
 Настойка корицы при слабости потугъ 2 в. 114.
 Натуральная оспа во время беременности 2 в. 5.
 Невралгія сѣдалищнаго нерва 2 в. 387.
 Неврозы у беременныхъ 2 в. 16.
 Недержаніе мочи у беременныхъ 2 в. 14;—у родильницъ 2 в. 384.
 Непормально-большая плотность двѣственной плевы 2 в. 129.
 Неоплодотворенное яйцо 1 в. 18.
 Неправильное положеніе младенца 2 в. 252; неправильное членорасположеніе 2 в. 259.
 Нефритъ во время беременности 2 в. 7;—какъ поводъ къ искусственному выкидышу 1 в. 245;—какъ поводъ къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ 1 в. 252; при родильной горячкѣ 2 в. 378, 383.
 Нижній сегментъ матки 1 в. 146.
 Новообразованія 2 в. 40;—въ родильномъ періодѣ 2 в. 393.
 Новообразованія плаценты 2 в. 74.
 Новорожденный младенецъ 1 в. 229; кормленіе его 1 в. 238; уходъ за новорожденнымъ 1 в. 237.
 Пожное положеніе 1 в. 128; механизмъ родовъ 1 в. 189; распознаваніе 1 в. 131.
 Нормальная конъюгата 1 в. 7.
 Носители инфекціи 2 в. 340.

О.

Обвитіе пуповины 2 в. 81.
 Обезглавленіе младенца 1 в. 334.
 Обратное развитіе Графова пузырька 1 в. 26.
 Обратное развитіе матки въ родильномъ періодѣ 1 в. 220.
 Обще-неравномѣрно-суженный тазъ 2 в. 154, 199; роды при этой аномаліи таза 2 в. 199.
 Обще-равномѣрно-суженный тазъ 2 в. 154, 193;—рахитическаго происхожденія 2 в. 196; распознаваніе 2 в. 197; роды при этой аномаліи таза 2 в. 196.
 Овариотомія у беременныхъ 2 в. 43.
 Овуляція 1 в. 21.
 Окаменѣлый плодъ 2 в. 59. См. Lithopaedion.
 Околоплодная жидкость 1 в. 47; количество ея 1 в. 47; количество слущкомъ мало 2 в. 80, 263;—чрезмѣрное 2 в. 76, 263.
 Окружность головки 1 в. 60.
 Омертвѣніе матки при выворотѣ 2 в. 314.
 Операция Roggo 1 в. 341.
 Опій для наркотизированія роженицы 1 в. 215;—какъ эмменагогумъ 1 в. 321.
 Оплодотворенное яйцо 1 в. 30.
 Опухоли влагалища 2 в. 134;—матки 2 в. 40;—сосѣднихъ съ нею органовъ 2 в. 43, 135.

Опухоли мягкихъ родовыхъ путей 2 в. 131.
 Опухоли таза, какъ препятствіе для родовъ 2 в. 138.
 Опухоли яичниковъ 2 в. 43, 137.
 Освобожденіе ручекъ 1 в. 294.
 Остатки плаценты 2 в. 104, 398.
 Остатки яйца, задержанные въ маткѣ: при выкидышѣ 2 в. 104; въ родильномъ періодѣ 2 в. 398.
 Остеомалятической тазъ 2 в. 231; предсказаніе 2 в. 237; распознаваніе 2 в. 236; терапия 2 в. 237.
 Остеомаляція, сущность ея 2 в. 233.
 Остеофиты послеродовые 1 в. 91.
 Остистый тазъ 2 в. 162.
 Ось таза 1 в. 8.
 Отвислый животъ 2 в. 21, 130.
 Отдѣленіе молока, аномалія его 2 в. 405.
 Отдѣленіе плаценты 1 в. 159; 2 в. 299.
 Отдѣленіе эпифизовъ затылочной кости 2 в. 185.
 Отекъ дѣтородныхъ губъ 2 в. 135, 348;—у беременныхъ 2 в. 13.
 Отекъ плода 2 в. 251.
 Отпаденіе пуповины 1 в. 230.
 Ощупываніе беременныхъ 1 в. 93;—роженицъ 1 в. 125.

П.

Параличь мѣста прикрѣпленія плаценты 2 в. 397.
 Параметривъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 350, 363;—пихорозный 2 в. 354.
 Парезы нижнихъ конечностей 2 в. 387.
 Патологическая анатомія пуэрперальнаго эндокардита 2 в. 378;—пуэрперальной нѣміи 2 в. 375;—пуэрперальной сентициміи 2 в. 361;—разрывовъ матки 2 в. 279.
 Патологія беременности 2 в. 3;—родовъ 2 в. 110;—родильнаго періода 2 в. 337.
 Первородный калъ, см. Mesonitium.
 Перевязка пуповины 1 в. 207.
 Передвиженіе яйца, внутреннее 1 в. 29;—наружное 1 в. 28; 2 в. 17.
 Передне-головное положеніе 1 в. 172.
 Передне-темянное вставленіе головки 2 в. 166.
 Переднія воды 1 в. 133.
 Переломъ затылочной чешуи при узкомъ тазѣ 2 в. 185.
 Перемежающаяся лихорадка во время беременности 2 в. 5.
 Переполненіе кишекъ каловыми массами въ родильномъ періодѣ 2 в. 387; какъ препятствіе для родоваго акта 2 в. 136.
 Перерѣзка пуповины 1 в. 207.
 Перикардитъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 366.
 Периметривъ во время беременности 2 в. 39;—въ родильномъ періодѣ 2 в. 350.
 Перитонитъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 357, 365, 373;—гонорройный 2 в. 360.

- Периодъ изгнанія 1 в. 133, 153.
 Периодъ раскрытія 1 в. 132, 146.
 Перфораторъ ножницеобразный 1 в. 325;—трепановидный 1 в. 326.
 Перфорирующій разрывъ матки 2 в. 274.
 Петля для извлеченія за ягодицы 1 в. 302.
 Печень въ родильномъ періодѣ 2 в. 358.
 Пилокарпинъ 1 в. 259;—при слабости потугъ 2 в. 114;—при эклампсии 2 в. 325.
 Питаніе новорожденнаго 1 в. 258.
 Питаніе плода 1 в. 60, 65.
 Питательные клистиры 2 в. 15.
 Піэлитъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 383.
 Піэмія пуэрперальная 2 в. 372; патологическая анатомія 2 в. 375; предсказаніе 2 в. 374; распознаваніе 2 в. 374; терапия 2 в. 375.
 Плацента 1 в. 37, 49; абсцессы 2 в. 76; аномаліи 2 в. 72; величина 2 в. 73; воспаленіе 2 в. 74; гиперплазія 2 в. 74; изгнаніе 1 в. 135, 209; кисты 2 в. 74; мѣсто прикрѣпленія 1 в. 49; новообразования 2 в. 74; отдѣленіе 1 в. 157; отсутствіе плаценты 2 в. 73; приращеніе 2 в. 310; разлитая миксома 2 в. 71; сифилисъ 2 в. 75; строеніе 1 в. 41; удаленіе по способу Credé 1 в. 209; фиброзная миксома 2 в. 71; форма плаценты 2 в. 73; число плацента 2 в. 73.
 Плацентарный полипъ 2 в. 95, 401.
 Плавить въ родильномъ періодѣ 2 в. 358, 366, 373;—у беременныхъ 2 в. 6.
 Плодный пузырь, искусственный разрывъ его при слабости потугъ 2 в. 117.
 Плодъ 1 в. 51; аномаліи его 2 в. 241; болячи 2 в. 246; движеніе 1 в. 102; дыханіе 1 в. 64; кровообращеніе 1 в. 61; мертво-гнилой 2 в. 90; питаніе 1 в. 60, 65; сердечные звуки 1 в. 95, 102; смерть плода, распознаваніе 1 в. 118.
 Плодъ, зрѣлый 1 в. 57; вѣсъ его 1 в. 57; длина 1 в. 57; отекъ 2 в. 251; позиція 1 в. 68; положеніе 1 в. 68; растяженіе мочевого пузыря 2 в. 250; сифилисъ 2 в. 9; срощеніе плоды 2 в. 244; членорасположеніе 1 в. 68; чрезвѣрное развитіе 2 в. 241.
 Плоскій тазъ 2 в. 155; не-рахитическій 2 в. 156; рахитическій 2 в. 158; кесарское сѣченіе 2 в. 187; механизмъ родовъ 2 в. 165; поворотъ 2 в. 190; предсказаніе 2 в. 175; распознаваніе 2 в. 174; терапия 2 в. 187; шивцы 2 в. 191.
 Пневмоія во время беременности 2 в. 6;—при родильной горячкѣ 2 в. 366, 373.
 Поворотъ на головку 1 в. 303; во время беременности 1 в. 306; въ началѣ родовъ 1 в. 306; историческія замѣчанія 1 в. 303; комбинированными ручными приемами 1 в. 308; методы 1 в. 307; наружными ручными приемами 1 в. 308; показанія 1 в. 306; соотвѣтственнымъ положеніемъ роженицы 1 в. 307; способы Braxton Hicks'a, Busch'a и d'Outrepoint'a 1 в. 309.
 Поворотъ на колѣно 1 в. 319;—на ягодицы 1 в. 310.
 Поворотъ на ножку 1 в. 311; историческія замѣчанія 1 в. 311; показанія 1 в. 313.
 Поворотъ при выпаденіи пуповины 2 в. 271; при плоскомъ тазѣ 2 в. 188; при поперечныхъ положеніяхъ 2 в. 258.
 Поврежденія входа во влагалище 2 в. 291.
 Поврежденія черепныхъ костей младенца 2 в. 184.
 Повышеніе температуры: во время беременности 2 в. 4; послѣ душевныхъ волненій 2 в. 389; послѣ обильной потери крови 2 в. 389.
 Подкожные выскливанія эфира 2 в. 308.
 Подраздѣленія узкого таза 2 в. 154.
 Позднее вараніе 2 в. 353.
 Позиція плода въ маткѣ 1 в. 68;—при плоскомъ тазѣ 2 в. 165.
 Показанія: къ извлеченію за ножку 1 в. 290; къ искусственному выкидышу 1 в. 244; къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ 1 в. 248; къ кесарскому сѣченію 1 в. 338; къ наложенію щипцовъ 1 в. 277; къ повороту на головку 1 в. 306; къ повороту на ножку 1 в. 313; къ прободенію головки 1 в. 324.
 Полипы матки во время родовъ 2 в. 131;—плацентарные 2 в. 95, 401;—фибринозные 2 в. 95, 401.
 Половые органы, измѣненія ихъ во время беременности 1 в. 81, 101.
 Положеніе матки въ брюшной полости 1 в. 87.
 Положеніе плода въ маткѣ 1 в. 68, 121;—неправильное 2 в. 252;—при плоскомъ тазѣ 2 в. 163; распознаваніе 1 в. 125.
 Положеніе роженицы 1 в. 198.
 Положенія младенца 1 в. 121; внутреннее изслѣдованіе 1 в. 128; наружное изслѣдованіе 1 в. 125; распознаваніе 1 в. 125; соединенное изслѣдованіе 1 в. 131.
 Полость таза 1 в. 3; направленіе ей 1 в. 6.
 Полудорохлористое желѣзо при кровотеченіяхъ 2 в. 395.
 Полю, причина его развитія 1 в. 30.
 Поносы въ родильномъ періодѣ 2 в. 378
 Поперечная кровать 1 в. 278; при поворотѣ на ножку 1 в. 316.
 Поперечно-сѣженный тазъ 2 в. 227.
 Поперечные разрывы маточной шейки 2 в. 288.
 Поперечныя положенія: 1 в. 128, 2 в. 252; запущенныя 1 в. 321; поворотъ 2 в. 258; при плоскомъ тазѣ 2 в. 169; распознаваніе 1 в. 131, 2 в. 255; частота 1 в. 124.
 Пороки развитія половыхъ органовъ 2 в. 16, 123.
 Послѣдовый періодъ 1 в. 134, 156, 208; кровотеченія 2 в. 310.

- Послѣдъ, см. Плацента.
 Послѣродовое очищеніе 1 в. 224; гни-
 лостное 2 в. 357.
 Послѣродовыя потуги 1 в. 223.
 Постоянная ирригація матки 2 в. 370.
 Постукиваніе 1 в. 94.
 Потеря въ вѣсъ младенца 1 в. 231;—
 родильницы 1 в. 218;—рожицы 1 в. 195.
 Потуги 1 в. 135; аномаліи ихъ 2 в.
 112; потуги при обще-равномѣрно-сужен-
 номъ тазѣ 2 в. 197;—при плоскомъ тазѣ
 2 в. 172; сила потугъ 1 в. 161; судорож-
 ныя потуги 2 в. 119; чрезмѣрно болѣзнен-
 ныя потуги 2 в. 119; чрезмѣрно сильныя
 потуги 2 в. 119.
 Потужная боль 1 в. 141.
 Почка беременныхъ 2 в. 7.
 Почки въ родильномъ періодѣ 2 в. 278,
 383.
 Почки младенца, какъ препятствіе для
 родовъ 2 в. 250.
 Пражскій ручной приемъ 1 в. 298.
 Предлежаніе пуповины 2 в. 265;—
 ручки 2 в. 259.
 Предохраненіе промежности отъ раз-
 рыва 1 в. 203.
 Предсказаніе: при вѣматочной бере-
 менности 2 в. 62; при выкидышѣ 2 в. 98;
 при извлеченіи за ножку 1 в. 299; при ис-
 кусственныхъ преждевременныхъ родахъ
 1 в. 254; при лицевыхъ положеніяхъ 1 в.
 184; при лобныхъ положеніяхъ 1 в. 184;
 при наложеніи щипцовъ 1 в. 286; при пі-
 эміи 2 в. 374; при плоскомъ тазѣ 2 в. 175;
 при поворотѣ на ножку 1 в. 314; при пу-
 зырномъ заносѣ 2 в. 70; при пупераль-
 номъ зядохардитѣ 2 в. 378; при разрывахъ
 матки 2 в. 282; при септицеміи 2 в. 361;
 при тазовыхъ положеніяхъ 1 в. 190.
 Преждевременное дыханіе младенца
 2 в. 326.
 Преждевременное прекращеніе бере-
 менности 2 в. 84.
 Преждевременные роды, искусственные
 1 в. 246; время производства 1 в. 249;
 показанія 1 в. 248; предсказаніе 1 в. 254.
 Прекращеніе регулъ 1 в. 101.
 Препятствія для родовъ: со стороны
 влагалища 2 в. 128; со стороны матки
 2 в. 124.
 Прессованная губка 1 в. 258.
 Прибачочный рогъ матки, рудиментар-
 ный 2 в. 17.
 Привычный выкидышъ 2 в. 38, 88.
 Прижатіе матки при кровотеченіяхъ
 2 в. 395.
 Прижатіе пуповины 2 в. 264;—выпав-
 шей пуповины 2 в. 265.
 Признаки зрѣлаго плода 1 в. 57.
 Прикрѣпленіе пуповины 1 в. 50.
 Причины развитія пола 1 в. 30.
 Прободеніе головки 1 в. 323;—при
 узкомъ тазѣ 2 в. 187, 193.
 Проводная лннія 1 в. 8.
 Продолжительность беременности 1 в.
 51, 79;—чрезмѣрная 2 в. 106.
 Продолжительность послѣродового очи-
 щенія 1 в. 225;—родовъ 1 в. 195.
 Продольные разрывы маточной шейки
 2 в. 287, 288.
 Произвольная ампутація 2 в. 80.
 Произвольный поворотъ 2 в. 255.
 Проколъ оболочекъ яйца 1 в. 256.
 Промежуточная беременность 2 в. 53.
 Протъзываніе головки 1 в. 134.
 Прошупываніе частей плода 1 в. 102.
 Прямая кишка, переполненіе ея у ро-
 женицъ 2 в. 136.
 Пузырно-влагалищный свищъ 2 в. 286.
 Пузырно-маточный свищъ 2 в. 286.
 Пузырный заносъ 2 в. 66; предсказа-
 ніе 2 в. 70; распознаваніе 2 в. 69; тера-
 пія 2 в. 70.
 Пуповина 1 в. 50; аномаліи 2 в. 80;
 вправленіе 2 в. 268; выпаденіе 1 в. 305,
 2 в. 265; выпаденіе при лицевыхъ положе-
 ніяхъ 2 в. 271; выпаденіе при плоскомъ
 тазѣ 2 в. 180; выпаденіе при поперечныхъ
 положеніяхъ 2 в. 272; выпаденіе при та-
 зовыхъ положеніяхъ 2 в. 271; длина 2 в.
 80; insertio velamentosa 1 в. 50, 2 в. 83,
 309; обитіе 2 в. 81; отпаденіе 1 в. 230;
 перевязываніе 1 в. 207; перерѣзка 1 в. 207;
 предлежаніе 2 в. 265; прижатіе 2 в. 264;
 прикрѣпленіе 1 в. 50; скручиваніе 2 в. 82;
 узлы 1 в. 50, 2 в. 81; укороченіе 2 в. 263;
 шумъ пуповины 1 в. 96.
 Пупочные сосуды 1 в. 50.
 Пупочный пузырькъ 1 в. 44.
 Пуперальные язвы 2 в. 349, 370.
- P*.
- Partus praecipitatus 2 в. 119;—praema-
 turus 2 в. 84;—serotinus 2 в. 106.
 Pelvis obsecta 2 в. 210.
 Phlegmasia alba dolens 2 в. 363, 379.
 Physometra 2 в. 178.
 Pityriasis versicolor у беременныхъ
 1 в. 91.
 Placenta materna 1 в. 49;—membra-
 nacea 2 в. 73;—spuria 2 в. 73;—succentu-
 riata 2 в. 73.
 Placenta praevia 2 в. 300; centralis,
 lateralis 2 в. 300; выпаденіе ея 2 в. 308;
 кровотеченія 2 в. 300; терапия 2 в. 305.
 Polygalactia 2 в. 406.
 Putrescentia uteri 2 в. 362.
 Pygoragus 2 в. 244.
- P.
- Развитіе оплодотвореннаго яйца 1 в.
 30;—плода, чрезмѣрное, 2 в. 241;—лице-
 выхъ оболочекъ 1 в. 46.
 Разлитая миксома 2 в. 71.
 Различія тазовъ по индивидуальности
 я расамъ 1 в. 9.

Размеры головки 1 в. 59.
 Размеры таза 1 в. 1;—тазового входа 1 в. 2, 3;—тазового выхода 1 в. 4;—широкой части полости таза 1 в. 3;—узкой части полости таза 1 в. 3.
 Разрыв влагалища 2 в. 289;—влагалищного входа 1 в. 212;—въ области клитора 2 в. 292;—лового сочленения 2 в. 177;—матки во время беременности 2 в. 30;—матки во время родовъ 2 в. 273;—маточной шейки 2 в. 287, 288;—перфорирующіе 2 в. 289;—при предлежаніи плаценты 2 в. 308.
 Разрывъ плоднаго пузыря 1 в. 133, 148;—искусственный 2 в. 117.
 Разрывъ промежности 1 в. 202; 2 в. 292.
 Разрывы матки 2 в. 273; патологическая анатомія 2 в. 279; предсказаніе 2 в. 282; распознаваніе 2 в. 281; симптомы 2 в. 279; терапия 2 в. 282; этиологія 2 в. 274.
 Разстройство зрѣнія въ родильномъ періодѣ 2 в. 406.
 Разъединеніе темяной и височной кости 2 в. 185.
 Ракъ влагалища 2 в. 134;—матки (во время беременности) 2 в. 41;—маточной шейки 2 в. 133, 393;—тазовыхъ костей 2 в. 138.
 Ракъ въ органахъ младенца 2 в. 250, 251.
 Раненія матки 2 в. 30.
 Распознаваніе асимметрии таза 2 в. 147;—кифотического таза 2 в. 212;—косо-суженнаго таза 2 в. 222;—обще-равномѣрно-суженнаго таза 2 в. 197;—остеомалятического таза 2 в. 236;—плоскаго таза 2 в. 174;—спондилолистетического таза 2 в. 202.
 Распознаваніе беременности 1 в. 92, 100, 103;—въматочной беременности 2 в. 60;—выкидыша 2 в. 97;—жизни плода 1 в. 118;—искривленія беременной матки взадъ 2 в. 26;—многоплодной беременности 1 в. 116;—первой беременности 1 в. 106;—періода беременности 2 в. 110;—піеміи 2 в. 374;—повторной беременности 1 в. 106;—положеній младенца 1 в. 125;—пузырнаго заноса 2 в. 69;—родильнаго періода 1 в. 227;—септицеміи 2 в. 360;—смерти плода 1 в. 118;—чрезмѣрнаго скопленія околоплодной жидкости 2 в. 78;—эндокардита 2 в. 377.
 Растиранія дна матки при кровотеченіяхъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 394;—при слабости потугъ 2 в. 118.
 Растяженіе маточной шейки при плоскомъ тазѣ 2 в. 173.
 Расширеніе маточнаго звѣа 1 в. 260;—маточной шейки, механическое, 1 в. 258.
 Расширители Barnes'a 1 в. 258.
 Расщепленный тазъ 2 в. 204.
 Рахитическій тазъ 2 в. 158; кифо-рахитическій 2 в. 213; обще-равномѣрно-суженный 2 в. 195; сколіотико-рахитическій 2 в. 221

Рвота у беременныхъ 1 в. 91;—чрезмѣрная 2 в. 14.

Ригидность маточнаго звѣа 2 в. 126.

Родильная горячка 2 в. 337, 356; историческая замѣчанія 2 в. 346; этиологія 2 в. 339.

Родильный періодъ: дѣтетка 1 в. 232; патологія 2 в. 337; распознаваніе 1 в. 227; физиологія 1 в. 216.

Родильный столбнякъ 2 в. 380.

Родильный стулъ 1 в. 200.

Родички 1 в. 59.

Родовая опухоль на лбу 1 в. 183; на лицѣ 1 в. 130, 178; на ягодицѣ 1 в. 189.

Роды: вліяніе ихъ на общее состояніе роженицы 1 в. 195; дѣтетка 1 в. 196; кровотеченія 2 в. 295; механизмъ нормальный 1 в. 135, 161; многоплодные 1 в. 193, 2 в. 260; патологія 2 в. 110; періоды 1 в. 132; при обще-неравномѣрно-суженномъ тазѣ 2 в. 199; при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ 2 в. 196; при плоскомъ тазѣ 2 в. 163; причины наступленія 1 в. 139; продолжительность 1 в. 195; теченіе 1 в. 132; физиологія 1 в. 121.

Рожа у беременныхъ 2 в. 6;—ново-рожденныхъ 2 в. 346;—при родильной горячкѣ 2 в. 342.

Розеола въ родильномъ періодѣ 2 в. 377.

Рубцовое зарощеніе маточнаго звѣа 2 в. 126.

Рубцы во влагалищѣ 2 в. 129;—въ брюшныхъ покровахъ 1 в. 89.

Ручной приемъ: двойной 1 в. 318; Пражскій 1 в. 298; Veit'a 1 в. 294, 299.

С.

Самозараженіе родильницъ 2 в. 340, 400.

Самонаворотъ 2 в. 256.

Саркомы тазовыхъ костей 2 в. 138.

Свища въ родильномъ періодѣ 2 в. 384.

Стуцненное молоко 1 в. 240.

Селезенка въ родильномъ періодѣ 2 в. 367.

Септицемія пуэрперальная 2 в. 357; патологическая анатомія 2 в. 361; предсказаніе 2 в. 361; распознаваніе 2 в. 360; терапия 2 в. 367.

Септическое зараженіе новорожденнаго 2 в. 346.

Сердечная мышца въ родильномъ періодѣ 2 в. 378.

Сердечные звуки плода 1 в. 95, 102.

Синостозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія 2 в. 218.

Сифилисъ во время беременности 2 в. 9.

Сифилисъ плаценты 2 в. 75;—плода 2 в. 9.

Скарлатина въ родильномъ періодѣ 2 в. 381.

Сколіотико-рахитическій тазъ 2 в. 221
 Скручиваніе пуповины 2 в. 32

Слабость потугъ 2 в. 112; при плоскомъ тазѣ 2 в. 172; терапия 2 в. 114.

Сливочная смѣсь Biedert'a 1 в. 240.

Слѣды отъ давленія 2 в. 183.

Слюнотечение у беременныхъ 1 в. 91;—чрезмѣрное 2 в. 15.

Смерть матери во время беременности 2 в. 107;—во время родовъ 2 в. 325;—въ родильномъ періодѣ 2 в. 417.

Смерть младенца во время беременности 2 в. 85;—во время родовъ 2 в. 326.

Смерть плода, распознаваніе 1 в. 118.

Соединенное изслѣдованіе 1 в. 98; для распознаванія положеній младенца 1 в. 131.

Сокращенія влагалища 1 в. 142;—матки 1 в. 140.

Соскальзываніе щипцовъ 1 в. 287.

Состояніе младенца послѣ рожденія 1 в. 229; состояніе родильницы 1 в. 216.

Сосуды пуповины, кровотеченія пазухъ во время родовъ 2 в. 309.

Спондилолистетическій тазъ 2 в. 200; предсказаніе 2 в. 203; терапия 2 в. 203.

Спондилотомія 1 в. 336.

Спорынья 2 в. 114, 394, 397.

Способъ Braxton Hicks'a 1 в. 309.

Способъ Credé 1 в. 209.

Способы Barnes'a (для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ) 1 в. 258; способъ Brünninghausen'a 1 в. 258;—Cohen'a 1 в. 257;—Hopkins-Meissner'a 1 в. 256;—Kiwisch'a 1 в. 256;—Krause 1 в. 255;—Scheel'я 1 в. 256;—Schöller'a 1 в. 258;—Tarnier 1 в. 259.

Способы лѣченія асфиксія: Marshall-Hall'я 2 в. 335; Schultze 2 в. 334.

Спринцованіе матки 2 в. 368.

Сросшіяся двойни 2 в. 244.

Столбнякъ матки, см. Tetanus uteri.

Стриктура влагалища 2 в. 128;—гѣла матки 2 в. 120.

Строеніе плаценты 1 в. 41.

Стрѣловидный повъ 1 в. 59, 129.

Судороги роженца 2 в. 315.

Судорожныя потуги 2 в. 119.

Суррогаты материнскаго молока 1 в. 259.

Съуженіе влагалища 2 в. 128.

S*.

Salpingitis 2 в. 361.

Sectio caesarea 1 в. 338.

Simonart'овскія нити 2 в. 80.

Sphénotrésie 1 в. 328.

Splenitis 2 в. 367.

Spondylizème 2 в. 210.

Spurious pregnancy 1 в. 106.

Superfoecundatio 1 в. 76.

Superfoetatio 1 в. 76.

T.

Тазовое дно при родахъ 1 в. 165.

Тазовыя положенія: историческій обзоръ 1 в. 191; механизмы родовъ 1 в. 188; предсказаніе 1 в. 190; распознаваніе 1 в. 130; терапия 1 в. 190; частота 1 в. 124; тазовыя положенія при плоскомъ тазѣ 2 в. 169.

Тазомѣръ 2 в. 141.

Тазъ: большой 1 в. 1; женскій, въ отличіе отъ мужскаго 1 в. 8; измѣненія женскаго таза во время беременности 1 в. 88; костный 1 в. 1; малый 1 в. 2; малый, съ его мягкими частями 1 в. 17; новорожденнаго, превращеніе его въ развитый тазъ 1 в. 10; нормальный 1 в. 1; отдѣлы его 1 в. 1; слишкомъ высокий 2 в. 149; слишкомъ широкій 2 в. 149; узкій 2 в. 149.

Тазъ: анкилотически-косо-сѣуженный 2 в. 215; анкилотически-поперечно-сѣуженный 2 в. 227; воронкообразно-сѣуженный 2 в. 205; кифо-рахитическій 2 в. 213; кифосколиотико-рахитическій 2 в. 214; кифотическій 2 в. 207; коксалгическій 2 в. 219; ложно-остеомалягическій 2 в. 238; общенервно-сѣуженный 2 в. 199; общеравно-сѣуженный 2 в. 193; остеомалягическій 2 в. 231; плоскій 2 в. 155; плоскій не-рахитическій 2 в. 156; плоскій рахитическій 2 в. 158; расщепленный 2 в. 204; сколиотико-рахитическій 2 в. 221; спондилолистетическій 2 в. 200; сѣуженный костными опухолями 2 в. 239; уплотненный вслѣдствіе вывиха обонхъ тазобедренныхъ суставовъ 2 в. 203.

Тазы карлицъ 2 в. 195.

Тампонація влагалища при выкидышѣ 2 в. 102;—при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ 1 в. 258;—при предлежащихъ плацентахъ 2 в. 305;—при слабости потугъ 2 в. 118.

Температура новорожденнаго 1 в. 231;—родильницъ 1 в. 217, 2 в. 387, 391;—роженца 1 в. 195.

Теорія Graube 2 в. 317.

Терапія: беременности 2 в. 3; вѣроятной беременности 2 в. 63; выкидыша 2 в. 99; пѣмни 2 в. 375; разрывовъ матки 2 в. 282; септиціеміи 2 в. 367; слабости потугъ 2 в. 114; при искривленіи беременной матки внадъ 2 в. 27; при косо-сѣуженномъ тазѣ 2 в. 226; при кровотеченіяхъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 394; при лицевыхъ положеніяхъ 1 в. 185; при лобныхъ положеніяхъ 1 в. 186; при плоскомъ тазѣ 2 в. 187; при пузырномъ заносѣ 2 в. 70; при тазовыхъ положеніяхъ 1 в. 191.

Теченіе выкидыша 2 в. 93;—пѣмни 2 в. 374;—септиціеміи 2 в. 357.

Теченіе родовъ 1 в. 132; при лицевыхъ положеніяхъ 1 в. 176; при плоскомъ тазѣ 2 в. 170; при тазовыхъ положеніяхъ 1 в. 188; при черепныхъ положеніяхъ 1 в. 167.

Тифъ во время беременности 2 в. 5;—въ родильномъ періодѣ 2 в. 381.

Токодинамометръ 1 в. 161.
Толщина отпадающей оболочки 1 в. 34.
Тракціи 1 в. 282.
Трещины грудныхъ сосковъ 2 в. 408.
Тройни 1 в. 75.
Тромбовъ вѣнь нижнихъ конечностей 2 в. 385.
Тромбовъ лимфатическихъ сосудовъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 364.
Трубная беременность 2 в. 50; разрывъ Фаллопиевой трубы 2 в. 52.
Трубно-брюшная беременность 2 в. 54.
Трубно-маточная беременность 2 в. 53.
Трубно-яичниковая беременность 2 в. 55.
Трупное окоченѣніе младенца 2 в. 252.
Тупой кривошея 1 в. 302.
Тяжесть туловища, вліяніе ея на форму таза 1 в. 11.

Т*.

Tetanus puerperalis 2 в. 380.
Tetanus uteri 1 в. 321, 2 в. 120;—при плоскомъ тазѣ 2 в. 174.
Thesa folliculi 1 в. 20.
Thoracopagus 2 в. 244.
Thrombus cervicis 2 в. 127.
Thrombus vaginae et vulvae 2 в. 46.
Transformation 1 в. 328.
Trichomonas vaginalis 1 в. 225, 2 в. 46.
Tumpania uteri 1 в. 320, 2 в. 178.

У.

Удаленіе плаценты 1 в. 209.
Уздечка, надрывы ея 2 в. 292.
Узкая часть полости таза 1 в. 3.
Узкій тазъ 2 в. 149; общія замѣчанія 2 в. 152; подраздѣленіе 2 в. 154, частота 2 в. 155.
Узлы пуповины 1 в. 50, 2 в. 81.
Узура матки, перфорирующая 2 в. 285.
Укороченіе пуповины 2 в. 263.
Уменьшеніе черепа младенца 1 в. 323.
Урвмія роженицъ 2 в. 317.
Условія для наложенія щипцовъ 1 в. 275.
Утолщеніе отпадающей оболочки 2 в. 262.
Уходъ за ребенкомъ 1 в. 237;—за родильницей 1 в. 232.
Учащенный позывъ къ мочеиспусканію у беременныхъ 2 в. 14.
Ученіе объ акушерскихъ операціяхъ 1 в. 241.

У*.

Unguis 1 в. 46.
Uterus bicornis 2 в. 19;—didelphus 2 в. 19;—versus 2 в. 19;—unicornis 2 в. 17.

Ф.

Фарадизація пп. рhgen. 2 в. 335.
Фиброиды влагалища 2 в. 134;—матки во время беременности 2 в. 40;—во время родовъ 2 в. 131;—тазовыхъ костей 2 в. 138.
Фибринозный полипъ 2 в. 95, 401.
Физиологія беременности 1 в. 18;—родильнаго періода 1 в. 216;—родовъ 1 в. 121;—яйца 1 в. 22.
Флегмона грудной железы 2 в. 412.
Форма тазоваго входа 1 в. 10.
Форма черепа, асимметрическая 1 в. 169; при лицевыхъ положеніяхъ 1 в. 179; при лобныхъ положеніяхъ 1 в. 183; при тазовыхъ положеніяхъ 1 в. 170; при узкомъ тазѣ 2 в. 182; при черепныхъ положеніяхъ 1 в. 169.

Х.

Хининъ при слабости потугъ 2 в. 114.
Хлораль-гидратъ для наркотизированія роженицъ 1 в. 214;—для усиленія потугъ 2 в. 114.
Хлоровъ беременныхъ 2 в. 13.
Хлороформъ для наркотизированія роженицъ 1 в. 212;—для усиленія потугъ 2 в. 114;—при поворотѣ 1 в. 316, 321.
Холера во время беременности 2 в. 6.

Ц.

Центральный разрывъ промежности 2 в. 294.
Центръ тяжести плода 1 в. 71.
Цервикальная беременность 2 в. 95.
Цервикальный выкидышъ 2 в. 95.

Ч.

Частота пульса: у младенца при преждевременномъ дыханіи 2 в. 331; у родильницъ 1 в. 218.
Частота различныхъ положеній младенца 1 в. 124;—узкаго таза 2 в. 155.
Черепныя кости младенца 1 в. 59; захождение ихъ другъ за друга 1 в. 169; поврежденія ихъ во время родовъ 2 в. 184; швы 1 в. 59.
Черепныя положенія: механизмъ родовъ 1 в. 161; распознаваніе 1 в. 128; частота 1 в. 123. «
Членорасположеніе младенца 1 в. 68;—неправильное 2 в. 259; при плоскомъ тазѣ 2 в. 164.
Чрезвѣрный поворотъ 1 в. 174, 190.

Ш.

Широкая часть полости таза 1 в. 3.
Шумъ пуповины 1 в. 96.

Щ.

Щипцы 1 в. 265; головная кривизна 1 в. 271; замок 1 в. 272; историческія замѣчанія 1 в. 265; качества щипцовъ 1 в. 270; наложеніе щипцовъ 1 в. 279; показанія къ наложенію щипцовъ 1 в. 277; предсказаніе 1 в. 286; способъ извлеченія 1 в. 282; соскальзываніе щипцовъ 1 в. 287; условія для наложенія щипцовъ 1 в. 275.

Щипцы при лицевыхъ положеніяхъ 1 в. 284;—при обращенномъ кпереди большомъ родничкѣ 1 в. 283;—при плоскомъ тазѣ 2 в. 191;—при послѣдующей головкѣ 1 в. 285, 297.

Щипцы съ осевыми тракціями 1 в. 274.

Э.

Эквантемы, острия, въ родильномъ періодѣ 2 в. 381.

Эквентерация полостей тѣла 1 в. 334.

Эклампсія 2 в. 315; предсказаніе 2 в. 322; симптомы 2 в. 321; терапия 2 в. 323. Экссудатъ при параметритѣ 2 в. 352;—при перитонитѣ 2 в. 359.

Эктопія брюшныхъ внутренностей 2 в. 251.

Эхимоны, Bayard'овскіе 2 в. 330.

Электричество, для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ 1 в. 259;—при слабости матки 2 в. 118.

Эмболія головного мозга 2 в. 377;—легочной артеріи 2 в. 373, 386, 417.

Эмбриотомія 1 в. 331; способы производствa 1 в. 333.

Эмфизема, подкожная, при сильномъ напряженіи брюшнаго пресса 2 в. 122.

Эндокардитъ въ родильномъ періодѣ 2 в. 366, 374, 375.

Эпилепсія у рожениць 2 в. 316.

Эрготивъ 2 в. 116.

Этіология выкидыша 2 в. 84;—пуэрперального зараженія 2 в. 339, 344, 374, 380;—разрывовъ матки 2 в. 274;—эклампсии 2 в. 316.

Я.

Ягодичныя положенія: механизмъ родовъ 1 в. 189; распознаваніе 1 в. 130.

Ядро окостененія 1 в. 57.

Яйцевыя оболочки 1 в. 33; при многоплодной беременности 1 в. 73; развитіе ихъ 1 в. 46;—слишкомъ топкія, слишкомъ толстыя 2 в. 262; срощеніе ихъ съ нижнимъ сегментомъ матки 2 в. 125.

Яйцо 1 в. 18; аномаліи его 2 в. 241; болѣзни его 2 в. 47; измѣненія его послѣ смерти плода 2 в. 89; наружное передвиженіе его 1 в. 28, 2 в. 17; неоплодотворенное яйцо 1 в. 18; оплодотворенное 1 в. 30; передвиженіе его въ Фаллопиевой трубѣ 1 в. 27; развитіе оплодотвореннаго яйца 1 в. 30; яйцо въ концѣ беременности 1 в. 47.

Яичниковая беременность 2 в. 54.

V*.

Vagitus uterinus 2 в. 332.

Vasa omphalo-mesenterica 1 в. 44.

Vernix caseosa 1 в. 57.

Vulvitis 2 в. 348.

Z*.

Zona pellucida 1 в. 20, 37.

Оглавление 2-го выпуска.

	страни.
Патология и терапия беременности	3
Возвраты беременныхъ	3
Особенности (которыхъ острыхъ и хроническихъ болезней во время беременности (O.)	3
Заболванія, обусловленные измненіями, происходящими во всемъ организмѣ беременной (O.)	13
Аномаліи половыхъ органовъ во время беременности (O.)	16
Аномаліи матки	16
Пороки развитія	16
Измненія въ положеніи матки	21
Наклоненія и искривленія	21
Искривленіе беременной матки взадъ, съ явленіями ущемленія	23
Выпаденіе беременной матки	28
Грыжи беременной матки	29
Разрывы и раненія (O.)	30
Воспаленіе (V.)	32
Endometritis decidua	32
Metritis	39
Perimetritis	39
Новообразованія (O.)	40
Миомы	40
Ракъ	41
Опухоли сосѣднихъ органовъ (O.)	43
Аномаліи влагалища (O.)	44
Аномаліи груди (O.)	46
Возвраты плоднаго яйца (V.)	47
Развитіе его въ ненормальномъ мѣстѣ. Вибматочная беременность	47
Аномаліи придаточныхъ частей плода	66
Аномаліи оболочекъ яйца. Пузырный заносъ	66
Аномаліи плаценты	72
Аномаліи развитія	73
Новообразованія плаценты	74
Аномаліи водной оболочки и околоплодной жидкости	76
Аномаліи пуповины	80
Преждевременное прекращеніе беременности. Выкидышъ	84
Преждевременные роды	84
Чрезвычайно продолжительная беременность. Запоздалые роды	106
Прибавленіе. Смерть матери во время беременности (V.)	107

	стр.
Патологія и терапія родовъ	110
Аномаліи изгоняющихъ силъ (V.)	110
Слабость потугъ	112
Чрезмѣрно сильныя потуги	119
Судорожныя потуги	119
Аномаліи брюшнаго пресса	121
Аномаліи мягкихъ родовыхъ путей	123
Пороки развитія родоваго канала (V.)	123
Зарощеніе и суженіе матки (V.)	124
Зарощеніе и суженіе влагалища и наружныхъ половыхъ частей (V.)	128
Измѣненія въ положеніи матки (V.)	130
Опухоли мягкихъ родовыхъ путей (O.)	131
Миомы	131
Ракъ	133
Опухоли влагалища и наружныхъ половыхъ частей	134
Опухоли сосѣднихъ органовъ	135
Аномаліи тазоваго таза (O.)	139
Исслѣдованіе таза	139
Аномаліи, не важныя въ акушерскомъ отношеніи	149
Узкій тазъ	149
Общія замѣчанія объ узкомъ тазѣ	152
Суженный въ направленіи конъюгаты или плоскій тазъ	155
Плоскій не-рахитическій тазъ	156
Плоскій рахитическій тазъ	158
Роды при плоскомъ тазѣ	163
Положеніе и членорасположеніе плода	163
Позиція подлежащей части и механизмъ родовъ при плоскомъ тазѣ	165
Теченіе родовъ при плоскомъ тазѣ	170
Распознаваніе плоскаго таза	174
Послѣдствія и исходы для матери и для младенца при плоскомъ тазѣ	175
Терапія при плоскомъ тазѣ	187
Обще-равномѣрно-суженный тазъ	193
Теченіе родовъ при обще-равномѣрно-суженномъ тазѣ	196
Обще-суженный плоскій или обще-неравомѣрно-суженный тазъ	199
Теченіе родовъ при обще-неравомѣрно-суженномъ тазѣ	199
Спондилолистическій тазъ	200
Тазъ, уплощенный вслѣдствіе вывиха обоихъ тазобе- ренныхъ суставовъ	203
Тазъ со врожденнымъ расщепленіемъ лоннаго сочлененія	204
Воронкообразно-суженный тазъ	205
Кифотическій тазъ	207
Кифо-сколіотико-рахитическій тазъ	214
Косо-суженный тазъ	215
Анкилотически-косо-суженный тазъ	215
Коксалгическій тазъ	219
Сколіотико-рахитическій тазъ	221

	Анкилотически-поперечно-суженный тазъ	страй. 227
	Остеомалятический тазъ	231
	Ложно-остеомалятический тазъ	238
	Тазъ, суженный костными опухолями	239
Аномалии яйца (V.)		241
Аномалии плода		241
Чрезвычайное развитие плода		241
Сросшиеся двойни		244
Болваны плода		246
Неправильное положение младенца		252
Неправильное членорасположение младенца		259
Патологическія условия при многоплодныхъ родахъ		260
Аномалии придаточныхъ частей плода		262
Аномалии родовъ вследствие опасныхъ осложнений, не препятствующихъ механизму родового акта		264
Прижатіе пуповины (O.)		264
Поврежденія мягкихъ родовыхъ путей (O.)		273
Разрывы матки		273
Перфорирующие разрывы матки		274
Перфорирующая узора матки		285
Не-перфорирующие разрывы шейки		287
Разрывы влагалища		289
Поврежденія входа во влагалище		291
Кровотеченія во время родовъ (V.)		295
Кровотеченія, происходящія до изгнанія младенца		295
Кровотеченія при нормальномъ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты		296
Кровотеченія при предлежаніи плаценты		300
Кровотеченія изъ сосудовъ пуповины		309
Кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ		310
Выворотъ матки (V.)		312
Судороги роженицы. Эклампсія (V.)		315
Прибавленіе. Смерть матери во время родовъ (V.)		325
Преждевременное дыханіе и смерть младенца во время родовъ (O.)		326
Патологія и терапия родильнаго періода (O.)		337
Заразныя послѣродовыя болѣзни. Этиологія		339
1) Vulvitis et colpitis puerperalis		348
2) Параметритъ и периметритъ		350
3) Пуэрперальная септицемія		357
4) Пуэрперальная пѣмія		372
5) Язвенный эндокардитъ		375
6) Phlegmasia alba dolens puerperarum		379
Прибавленіе. Родильный столбнякъ		380
Болваны родильницъ, не зависящія отъ пуэрперальной инфекціи		381
Острые экзантемы въ родильномъ періодѣ		381
Заболванія мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала		382
Тромбозъ венъ нижнихъ конечностей		385
Невролгія и парезы нижнихъ конечностей		387

	страни
Сравнительно легкія болѣзненныя состоянія, вызывающія лихорадку	387
Измѣненія въ положеніи матки и влагалища	390
Искривленія и наклоненія матки	390
Выпаденіе матки и влагалища	391
Новообразованія въ родильномъ періодѣ	393
Кровотеченія въ родильномъ періодѣ	393
Гематома наружныхъ половыхъ частей и влагалища	402
Болѣзни груди	405
Аномалии отдѣленія молока	405
Заболѣванія грудныхъ сосковъ. Трещины	408
Воспаленіе грудной железы. Mastitis	410
Молочная грыжа. Galactocoele	414
Душевыя болѣзни родильницъ	414
Прибавленіе: Внезапная смерть въ родильномъ періодѣ	417
Эмболія легочной артеріи	417
Вступленіе воздуха въ вены матки	418

Замѣченныя опечатки.

Въ вып. I.

Страница	Строка	Напечатано:	Слѣдуетъ читать:
339	4 снизу	продолжая	продолжаютъ
344	12 сверху	операціи произ- водились	операція прояв- лялась

Въ вып. II.

3	8 снизу	тъ заболѣванія.	тѣми заболѣваніями.
4	36 сверху	epistaxis	epistaxis
5	7 »	лихорадящей	лихорадящей
413	3 сверху	желѣзы	желѣзы
—	24 »	положить	наложить