

В. И. Ивченко
Д-ръ Максъ Рунге,

Ординарный Профессоръ Акушерства и Гинекологіи и Директоръ Университетской
Гинекологической клиннки въ Геттингенѣ.

Гязанова Л. С.

УЧЕБНИКЪ АКУШЕРСТВА.

Съ 117 рисунками въ текстѣ.

Перевелъ д-ръ С. З. Серебренниковъ,
дополнилъ по послѣднему 6-му нѣмецкому изданію
д-ръ О. М. Шуръ.

РУССКОЕ ИЗДАНИЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

(*Max Runge*, Lehrbuch der Geburtshülfe. 6 Auflage. Berlin).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).

Малая Итальянская, 13.

1902.

120
861-143-163
861-143-163
18-98-143-163

	Стр.
родовъ	88
чія водъ	90
та на весь организмъ матери	91
а на плодъ	92
силь на организмъ матери	94
Предисловіе къ 1-му изданію.	94

Въ акушерскихъ руководствахъ въ настоящее время, конечно, нѣтъ недостатка. Поэтому каждый пойметъ, что я лишь послѣ долгихъ колебаній принялъ предложеніе издателя написать такое руководство.

Книга эта преслѣдуетъ прежде всего учебную цѣль. Она имѣетъ задачей изложить въ сжатой и удобопонятной формѣ все ученія и факты научнаго акушерства, которые сдѣлались уже общимъ достояніемъ специалистовъ.

Исходя изъ этого плана, я долженъ былъ по возможности ограничить разборъ спорныхъ мнѣній и совершенно обойти всякую полемику. Наоборотъ, я заботился о томъ, чтобы отдѣльными главами имѣли тѣсную связь между собою и чтобы по возможности всюду проглядывало логическое развитіе акушерскихъ ученій изъ анатомически и физиологически доказанныхъ фактовъ.

Соотвѣтственно цѣли этой книги, особенное вниманіе было обращено на хорошее качество рисунковъ, которые исполнены опытною рукою университетскаго преподавателя рисованія, г-на *Петерса*. Считаю своимъ долгомъ выразить здѣсь благодарность моему высокоуважаемому товарищу д-ру *Schultze*, который разрѣшилъ мнѣ воспользоваться для этого учебника его «стѣнными таблицами беременности и родовъ». Выбѣтъ съ тѣмъ я долженъ высказать благодарность моему уважаемому коллегѣ *Friedrich'у Merkel'ю*, профессору анатоміи въ Геттингенѣ, который совѣтомъ и дѣломъ помогалъ мнѣ въ выборѣ и изготовленіи оригинальныхъ рисунковъ.

Геттингенъ, августъ 1891 г.

МАКСЪ РУНГЕ.

Предисловіе къ 6-му изданію.

Почти 10 лѣтъ прошло съ тѣхъ поръ, какъ впервые появилось это руководство. За этотъ промежутокъ времени оказалось необходимымъ выпустить 6 изданій и, слѣдовательно, авторъ не можетъ жаловаться на недостаточное расположеніе и вниманіе къ себѣ. Насколько оцѣ признателенъ за оказываемое ему вниманіе, настолько же онъ постоянно старался улучшить и расширить содержаніе книги, не поступаясь при этомъ ни однимъ изъ основныхъ положеній, выраженныхъ въ первомъ изданіи. Придерживаясь этого взгляда, авторъ переработалъ это новое изданіе.

Геттингенъ, іюль 1901 г.

МАКСЪ РУНГЕ.

Физиология и дієтетика беременности.

	Стр.
I. Введеніе	1
Опредѣленіе и происхожденіе беременности	1
Половая зрѣлость, овуляція и менструація	1
Человѣческое яйцо	3
Человѣческое сѣмя	4
Оплодотвореніе	5
II. Плодъ съ его оболочками и придатками	8
1. Яйцевыя оболочки	8
Отпадающая оболочка	8
Ворсистая оболочка	13
Водная оболочка	13
2. Плацента	14
3. Пуповина	17
4. Околоплодная жидкость	20
5. Плодъ въ отдѣльныя мѣсяцы беременности	22
6. Зрѣлый плодъ	23
7. Положеніе плода въ маткѣ	27
8. Физиология плода	29
III. Анатомическія и физиологическія измѣненія организма матери во время беременности	36
1. Измѣненія половых и сосѣднихъ съ ними органовъ	36
2. Измѣненія груди	42
3. Измѣненія во всемъ организмѣ	43
IV. Продолжительность беременности	47
V. Діагностика беременности	49
1. Акушерское изслѣдованіе	49
Наружное изслѣдованіе	49
Дезинфекція	53
Внутреннее изслѣдованіе	53
Соединенное изслѣдованіе	55
2. Діагностическое примѣненіе признаковъ беременности	55
Распознаваніе беременности	56
Распознаваніе первой и повторной беременности	58
Распознаваніе періода беременности	60
Распознаваніе положенія плода, жизни его или смерти	63
VI. Многоплодная беременность	64
VII. Дієтетика беременности	69

Физиология и дієтетика родовъ.

I. Введеніе	72
II. Костный родовый каналъ (тазъ)	73
III. Мягкіе родовые пути	77
IV. Положенія младенца	78
V. Проталкивающія силы при родахъ	79
1. Потуги	79
2. Брюшной прессъ	80
3. Сокращеніе стѣнокъ влагалища	80
4. Родовая боль	80
VI. Клиническое теченіе нормальныхъ родовъ въ черепномъ положеніи	84
1. Предвѣстники родовъ	84
2. Періодъ раскрытія	84
3. Періодъ изгнанія	87

	Стр.
4. Послѣдовый періодъ	88.
5. Продолжительность родовъ	90
6. Особенности истечения водъ	90
7. Вліяніе родового акта на весь организмъ матери	91
8. Вліяніе родового акта на плодъ	92
VII. Механизмъ родовъ	94
1. Дѣйствіе изгоняющихъ силъ на образование мягкаго родового канала и на способъ изгнанія содержимаго матки	94
2. Способъ прохожденія плода чрезъ костный родовой каналъ	100
3. Измѣненіе формы головки подъ вліяніемъ родового акта	102
4. Распознаваніе и теченіе перваго и втораго черепныхъ (затылочныхъ) положеній	104
5. Уклоненія механизма родовъ при черепныхъ положеніяхъ Третье и четвертое черепныя положенія	105
Другія уклоненія механизма родовъ	107
VIII. Веденіе нормальныхъ родовъ въ черепномъ положеніи	108
1. Общія предписанія	108
2. Асептическое веденіе родовъ	109
3. Анамнезъ, изслѣдованіе и распознаваніе	115
4. Веденіе періодовъ раскрытія и изгнанія	117
5. Защита промежности отъ разрыва	120
6. Посobie при прохожденіи плечиковъ	123
7. Перерѣзка пуповины	124
8. Веденіе послѣдоваго періода	125
9. Наркозъ во время родовъ	127
IX. Первые жизненныя функціи новорожденнаго ребенка	129
X. Первые заботы о новорожденномъ ребенкѣ	132
XI. Многоплодные роды	134
XII. Роды въ лицевомъ положеніи	136
Уклоненія отъ нормальнаго механизма родовъ	142
XIII. Роды въ тазовыхъ положеніяхъ	143
Уклоненія въ механизмѣ родовъ	149

Физиологія и діететика родильнаго періода.

I. Введеніе	150
II. Обратное развитіе половыхъ органовъ и заживленіе родовыхъ ранъ	150
III. Другія клиническія явленія въ родильномъ періодѣ, связанныя съ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ и заживленіемъ родовыхъ ранъ	155
IV. Отдѣленіе молока	158
V. Распознаваніе родильнаго періода	163
VI. Діететика родильнаго періода	163
1. Уходъ за родильницей	163
2. Діететика кормленія грудью	167
VII. Состояніе ребенка въ первые дни жизни	169
VIII. Діететика ребенка	171
1. Общія предписанія	171
2. Естественное кормленіе ребенка	172
3. Кормленіе грудью кормилицы	172
4. Искусственное вскармливаніе	174

Акушерскія операци.

I. Введеніе	178
II. Подраздѣленіе акушерскихъ операций	179
III. Подготовленіе къ операци	179
Акушерскіе инструменты	179
Дезинфекція	180
Операционное ложе	182
Хлороформный наркозъ	182
Опредѣленіе положенія младенца непосредственно передъ операци	182
Тампонація влагалища	183
Искусственный разрывъ плоднаго пузыря	184
IV. Искусственныя преждевременныя роды	185

	Стр.
Методы производства искусственных преждевременных родовъ	189
Введение бужа	190
V. Искусственный выкидышъ	192
VI. Распиреніе мягкихъ родовыхъ путей	193
VII. Сифизоотомія	195
VIII. Поворотъ	198
Внутренній поворотъ	198
Комбинированный поворотъ	205
Наружный поворотъ	207
IX. Операция наложенія щипцовъ	208
X. Извлечение за тазовой конецъ	224
Простое освобожденіе ручекъ и головки	224
Полное извлечение за тазовой конецъ	226
Извлечение за ножку	228
Извлечение за обѣ ножки	229
Извлечение за ягодицы	229
Осложненія и затрудненія при извлеченіи	234
Предсказаніе при извлеченіи	238
XI. Выжиааніе	240
XII. Краниотомія	241
Производство краниотоміи	244
XIII. Эмбриотомія	249
XIV. Кесарское съченіе	253
Кесарское съченіе на живой	253
Кесарское съченіе на мертвой или умирающей женщинѣ	259
XV. Операция Pogo	261
XVI. Искусственное отдѣленіе плаценты	263

Патологія и терапия беременности.

I. Введение	265
II. Патологическое усиленіе физиологическихъ явленій	265
III. Случайныя заболѣванія во время беременности	269
Сифилисъ	273
Болезни почекъ	276
Острая желтая атрофія печени	278
Неврозы и психозы	279

Приложеніе.

Пороки сердца, бугорчатка и т. д.	281
Острыя инфекціонныя болѣзни	282
Хирургическія операціи во время беременности	285
Хроническія болѣзни и бракъ	285
IV. Аномаліи половыхъ органовъ	286
1. Аномаліи влагалища	286
2. Аномаліи матки	287
Пороки развитія	287
Измѣненія въ положеніи матки	289
Anteversio uteri gravidi (отвислый животъ)	289
Retroversio и retroflexio uteri gravidi	289
Ущемленіе наклоненной и искривленной взадъ беременной матки	290
Грыжи беременной матки	294
3. Аномаліи придатковъ матки	294
V. Аномаліи яйца и его оболочекъ	295
1. Эндометритъ беременныхъ	295
2. Пузырный вѣаносъ	296
3. Чрезвѣрное скопленіе околоплодной жидкости	300
4. Аномаліи плаценты	302
5. Аномаліи пуповины	305
6. Смерть плода во время беременности	307
VI. Преждевременное прекращеніе беременности (выкидышъ, преждевременные роды)	309

Течение и терапия выкидыша въ первые 4 мѣсяца беременности	311
Терапія неполнаго выкидыша	316
Преждевременное изгнание плода между 5-мъ и 10-мъ мѣ- сяцами беременности	318
VII. Вибѣматочная беременность	319

Патологія и терапия родовъ.

I. Введеніе	331
II. Аномаліи изгоняющихъ силъ	331
1. Слабость потугъ	331
2. Слишкомъ сильныя потуги	336
3. Судорожныя потуги	337
III. Аномаліи мягкихъ родовыхъ путей	338
1. Закрытіе и суженіе маточнаго зѣва и влагалища	338
2. Міомы матки	340
3. Ракъ маточной шейки	342
4. Опухоли яичниковъ	344
IV. Аномаліи костнаго родового канала	345
1. Введеніе. Измѣреніе таза	345
2. Слишкомъ широкій тазъ	352
3. Узкій тазъ	352
Главные формы узкаго таза	355
Плоскій не-рахитическій тазъ	355
Плоскій рахитическій тазъ	356
Роды при плоскомъ тазѣ	359
Послѣдствія для матери и младенца	363
Веденіе родовъ при плоскомъ тазѣ	368
Обще-равнообразно-суженный тазъ	375
Обще-суженный плоскій тазъ	377
Болѣе рѣдкія формы узкаго таза	378
Спондилолистетическій тазъ	378
Тазъ съ врожденнымъ расщепленіемъ лоннаго сочлененія	380
Остеомалтический тазъ	381
Кифотическій тазъ	386
Воронкообразный тазъ	390
Анкилотически-поперечно-суженный тазъ	390
Косо-суженный (косо-сѣженный) тазъ	391
1. Сколиотически-косо-суженный тазъ	392
2. Коксалгическій тазъ	393
3. Анкилотически косо-суженный тазъ	394
Распознаваніе косо-суженнаго таза	395
Тазъ, суженный костными опухолями	397
V. Аномаліи со стороны яйца	398
1. Необыкновенно большая величина младенца	398
2. Аномаліи развитія и болѣзни плода	398
Головная водянка	398
Гемиецефалы	400
Acardiacus	400
Чрезмѣрный объемъ туловища	401
Сросшіяся двойни	402
3. Патологическое положеніе плода. Поперечное положеніе	403
4. Патологическое членорасположеніе плода	411
Предлежаніе и выпаденіе ручки рядомъ съ головкою	411
Предлежаніе и выпаденіе ножки рядомъ съ головкою	412
5. Предлежаніе и выпаденіе пуповины	412
VI. Другія осложненія родовъ	416
1. Раненія родовыхъ путей во время родовъ	416
Разрывъ матки	416
Узура матки и влагалища	420
Разрывы маточной шейки	421
Разрывы влагалища	422
Разрывы промежности	424
Другія раненія наружныхъ половыхъ частей	427
Поврежденія тазовыхъ сочлененій	427

	Стр.
2. Кровотеченія во время родовъ	428
Преждевременная отслойка плаценты при прикрѣпленіи ея на нормальномъ мѣстѣ	428
Преждевременная отслойка плаценты при прикрѣпленіи ея на ненормальномъ мѣстѣ. Предлежаніе плаценты	431
Симптомы и лечение острой анеміи	439
Кровотеченіе въ 3-ий періодъ родовъ	441
Атоническія кровотеченія до изгнанія плаценты и задержка этой послѣдней	442
Атоническія кровотеченія послѣ изгнанія плаценты	445
Эматома наружныхъ половыхъ частей и влагалища	447
3. Выворотъ матки	448
4. Пуэрперальная эклампсія	450
5. Смерть матери во время родовъ	458
6. Роды послѣ смерти роженицы (трупные роды)	459
7. Мнимая смерть новорожденного ребенка	460

Патологія и терапия родильнаго періода.

I. Введеніе	465
II. Болѣзни, обусловленные зараженіемъ пуэрперальныхъ ранъ полового аппарата	465
1. Опредѣленіе и общая этиологія	465
2. Частная этиологія	470
3. Анатомическое и бактериологическое состояніе	473
4. Клиническое теченіе, предсказаніе и терапия	480
Легкія формы пуэрперальной инфекции.	481
Резорпционная лихорадка	481
Вульвитъ и пуэрперальная язва	481
Эндометритъ	482
Периметритъ	485
Parametritis circumscripta	486
Phlegmasia alba dolens	489
Тяжелыя формы пуэрперальной инфекции (родильная горячка).	490
Лимфатическая форма (септицемія въ собственномъ смыслѣ)	491
Флеботромботическая форма (піемія въ собственномъ смыслѣ)	493
Язвенный эндокардитъ	494
Терапія тяжелыхъ формъ	495

Приложеніе.

Рожа въ родильномъ періодѣ	499
Столбнякъ въ родильномъ періодѣ	500
Трипперъ въ родильномъ періодѣ	500
Краткій обзоръ причинъ лихорадки у родильницъ	501
Инфекція ранъ у новорожденныхъ дѣтей	501
III. Недостаточное обратное развитіе половыхъ частей и заболѣванія прилегающихъ органовъ	502
1. Недостаточное обратное развитіе половыхъ частей и задержка остатковъ плаценты	502
2. Измѣненія въ положеніи матки	505
3. Копростазъ въ родильномъ періодѣ	506
4. Заболѣванія мочевыхъ органовъ	507
Катарръ мочевого пузыря въ родильномъ періодѣ	507
5. Доброкачественные тромбозы венъ нижнихъ конечностей	508
6. Невралгія и парезъ нижнихъ конечностей	509
IV. Болѣзни грудей	510
1. Функціональныя расстройствa	510
2. Трещины грудныхъ сосковъ	511
3. Воспаленіе грудной железы	513
V. Случайныя заболѣванія въ родильномъ періодѣ	515
1. Скарлатина въ родильномъ періодѣ	515
2. Эмболія легочной артеріи	516
3. Душевные болѣзни родильницъ	517
Алфавитный указатель	520

Физиологія и дієтетика беременности.

І. Введеніє.

Опредѣленіє и происхожденіє беременности.

Беременностью называютъ то состояніє женщины, когда она въ своемъ тѣлѣ носитъ оплодотворенное яйцо.

Наступленіє беременности связано по времени съ тѣмъ періодомъ жизни, который начинается съ *возраста половой зрѣлости* и заканчивается *климактерическимъ возрастомъ*, т. е. временемъ угасанія половыхъ функцій. Этотъ періодъ характеризуется *менструаціей* — періодически повторяющимся кровотеченіемъ изъ матки — и *овуляціей*, т. е. выходомъ одного яйца изъ яичника.

Возникновеніє беременности зависитъ отъ *соитія* съ мужчиной, причѣмъ мужское сѣмя изливается во влагалище. Если мужское сѣмя достигло женскаго яйца, то сѣмянная клѣтка соединяется съ яйцовой клѣткою: происходитъ *оплодотвореніє*, и женщина *беременна*. Беременность продолжается среднимъ числомъ 270—280 дней и заканчивается родами, т. е. изгнаніемъ плода изъ половыхъ путей матери.

Половая зрѣлость, овуляція и менструація.

Половая зрѣлость въ нашемъ климатѣ наступаетъ среднимъ числомъ на 14—15 году жизни. Съ ея наступленіемъ половые органы уже достигли своей способности функционировать и проявляютъ эту способность въ видѣ овуляціи и менструаціи. *Климактерическій періодъ* начинается среднимъ числомъ на 45—47-мъ году жизни. Въ это время угасаетъ функція половыхъ органовъ, которые съ наступленіемъ менопаузы мало по малу подвергаются атрофіи.

Менструація состоитъ въ періодическомъ кровотеченіи изъ слизистой оболочки матки, которое продолжается приблизительно 3—4 дня и повторяется обыкновенно черезъ каждые 28 дней. Менструація стоитъ въ тѣсной связи съ овуляціей [*Bischoff*¹⁾]. По времени оба процесса обыкновенно совпадаютъ. При овуляціи разрывается фолликулъ (Гра-

¹⁾ Beweis der von der Begattung unabhängigen periodischen Reifung und Lösung der Eier der Säugethiere und der Menschen als der ersten Bedingung ihrer Fortpflanzung 1844.—Zeitschrift f. rationelle Medic. N. F. Bd. 4.

афовъ пузырекъ), лежащій близъ поверхности яичка, и яйцо выпадаетъ въ брюшную полость. Разрывъ фолликула происходитъ вслѣдствіе внезапно увеличившагося накопленія находящейся въ немъ жидкости, зависающаго отъ того же прилива крови, который въ маткѣ ведетъ къ менструаціи. Эту явную связь между овуляціей и менструаціей *Pflüger* ¹⁾ остроумно пытался объяснить тѣмъ раздраженіемъ, которое оказываетъ постоянный ростъ клѣтокъ яичника на нервы, лежащіе въ его напряженной паренхимѣ. Раздраженіе становится черезъ періодическіе промежутки времени настолько сильнымъ, что вызываетъ рефлекторнымъ путемъ приливъ крови къ половымъ органамъ. Этотъ приливъ крови производитъ въ маткѣ менструацію, а въ яичникѣ—быстрое увеличеніе количества жидкости въ фолликулѣ, ведущее къ разрыву послѣдняго, т. е. къ овуляціи. *Pflüger* видитъ въ кровоточеніи изъ матки подготовительный актъ для прикрѣпленія къ маткѣ оплодотвореннаго яйца. „Менструація есть инкуляціонный уколъ, производимый природою для прививки материнскому организму оплодотвореннаго яйца“.

Многочисленные факты свидѣтельствуютъ о тѣсномъ соотношеніи между овуляціей и менструаціей. Можно принять за правило, что оба эти процесса одновременно наступаютъ въ юности и одновременно же прекращаются въ старости. Какъ бы то ни было, появленіе менструаціи безусловно связано съ существованіемъ яичниковъ, хотя иногда и случается, что во время менструаціи не произойдетъ разрывъ фолликула ²⁾. До сихъ поръ еще не приведено ни одного факта, который съ положительностью доказывалъ бы, что истинная менструація, т. е. періодическое ежемѣсячное кровоточеніе, можетъ существовать тамъ, гдѣ отсутствуетъ возможность овуляціи. Съ оперативнымъ удаленіемъ яичниковъ менструація всегда прекращается.

Съ другой стороны, однако, мы должны признать за овуляціей извѣстную самостоятельность по отношенію къ менструаціи. Объ этомъ свидѣтельствуютъ случаи беременности у молодыхъ особъ, которыя вообще еще ни разу не менструировали. Это же доказывается и тѣмъ норѣдко наблюдаемымъ фактомъ, что женщины забеременѣваютъ во время кормленія грудью, хотя менструація со времени послѣднихъ родовъ не появлялась вновь. Слѣдовательно, хотя мы и должны признать за правило, что овуляція и менструація по времени совпадаютъ между собою, но все-таки нельзя отрицать, что овуляція можетъ иногда происходить и безъ одновременнаго кровоточенія изъ матки.

Strassmann ³⁾ доказалъ экспериментальнымъ путемъ, что повышеніе давленія въ яичникѣ вызываетъ набуханіе и измѣненіе слизистой оболочки матки.

Хотя и не подлежитъ сомнѣнію, что женщина уже съ наступленіемъ мен-

¹⁾ Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium in Bonn. 1865.—*G. Veit*, Verhandl. d. deutschen Gesellschaft f. Gynäk. zu Bonn. 1891.

²⁾ *Leopold* и *Mironoff*, Arch. f. Gynäk. Bd. 45. — *Gebhard*, Handb. d. Gynäk. von *J. Veit*, Bd. 3. 1898.

³⁾ Arch. f. Gynaekol. Bd. 52.

струація способна къ оплодотворенію, однако полнаго своего развитія половые органы обыкновенно достигаютъ лишь къ 20-му году жизни. Очень раннее наступленіе беременности можетъ вслѣдствіе узости влагалища и наружныхъ половых частей увеличить опасность родовъ, какъ для матери, такъ и для младенца. Извѣстны случаи наступленія беременности на 12-мъ, 10-мъ и даже 8-мъ году жизни. Съ другой стороны, существуютъ наблюденія, гдѣ беременность наступала очень поздно, напр. послѣ 50-го года жизни. Вообще способность зачатія уменьшается уже за много лѣтъ передъ наступленіемъ менопаузы.

Человѣческое яйцо.

Человѣческое яйцо было открыто *C. E. v. Baer*'омъ въ 1827 году. Оно представляетъ большую кѣтку съ обильною протоплазмой и одиночнымъ ядромъ, заключающимъ въ себѣ ядрышко. Для невооруженнаго глаза яйцо едва еще видно. Величина яйца измѣнчива и представляетъ чисто

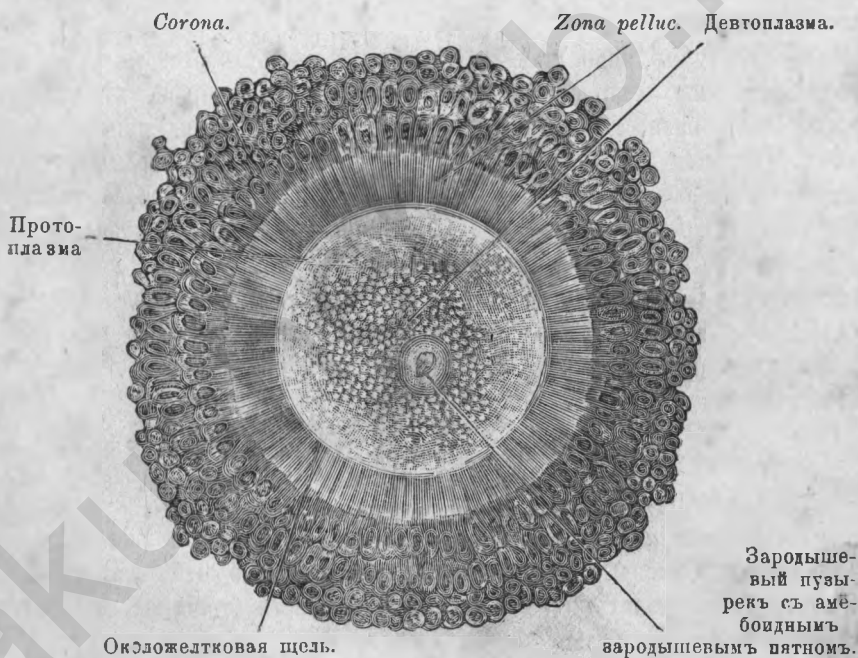


Рис. 1. Свѣжее яйцо изъ Граафова пузырька 30-лѣтней женщины (по *Nagel*'ю). Увеличеніе $500\times$. Къ зрительно обращена та сторона желтка, гдѣ лежитъ зародышевый пузырекъ. Послѣдній помѣщается на девтоплазмѣ.

индивидуальную единицу. Изображенное на рис. 1 яйцо имѣетъ (безъ яйцевого эпителия) поперечникъ въ 160—170 μ (*Nagel*, Arch. f. mikroskop. Anatomie. Bd. 31). Величина эта соотвѣтствуетъ большинству случаевъ.

Исслѣдуя подъ микроскопомъ свѣжее яйцо, только что вынутое изъ фолликула, мы различаемъ въ немъ прежде всего яйцевой эпителий (*corona radiata*), окружающій въ видѣ вѣнка яйцевую кѣтку и происходящій отъ эпителиальныхъ кѣтокъ фолликула. Затѣмъ слѣдуетъ радіально-полосчатая оболочка (*zona pellucida*), которая должна быть разсматри-

ваема какъ продуктъ яйцевого эпителия. Эта оболочка обхватываетъ *собственно яйцо*, которое заключаетъ въ себѣ *желтокъ* (протоплазма) съ *зародышевымъ пузырькомъ* (кѣлочковое ядро) и *зародышевымъ пятномъ* (ядрышко).

Между желткомъ и радіально-полосчатою оболочкою (*zona pellucida*) находится очень узкая, такъ называемая „околожелтковая щель“. Желтокъ состоитъ изъ мелкозернистаго протоплазматическаго вещества. Кнутри отъ этого послѣдняго находится другая часть желтка въ видѣ матово-блестящихъ капель. Это есть такъ называемая девтоплазма, которая состоитъ изъ накопленныхъ питательныхъ матеріаловъ, потребляемыхъ впоследствии при ростѣ яйца. Зародышевый пузырекъ съ зародышевымъ пятномъ всегда занимаетъ въ протоплазматическомъ слѣбѣ нѣсколько эксцентрическое положеніе. Въ зародышевомъ пятнѣ были наблюдаемы амебодныя движенія.

Прежде чѣмъ яйцо станетъ способнымъ къ оплодотворенію, оно продѣлываетъ еще одинъ процессъ, извѣстный подъ именемъ созрѣванія яйца. Этотъ процессъ изучался почти исключительно на яйцахъ животныхъ. Процессы созрѣванія состоятъ въ исчезновеніи зародышеваго пузырька и въ образованіи такъ называемаго яйцевого ядра, а также въ выдѣленіи „полюсныхъ тѣлецъ“ („*Richtungskörperchen*“), значеніе которыхъ еще не выяснено. Достоверно то, что въ развитіи яйца они не принимаютъ дальнѣйшаго участія. *Nagel* видѣлъ въ околожелтковой щели одного человѣческаго яйца два маленькихъ тѣла, которыя онъ принимаетъ за полюсныя тѣльца. Дальнѣйшій ходъ процесса созрѣванія человѣческаго яйца до сихъ поръ еще совершенно неизвѣстенъ.

Человѣческое сѣмя.

Дѣйствующія составныя части сѣмени суть *сѣмянные клѣтки* или *сѣмянные нити* (сперматозоиды), свѣдѣнія о которыхъ восходятъ къ 1677 году. Сѣмянные нити имѣютъ приблизительно 0,5 мм. въ длину. Каждая нить состоитъ изъ болѣе толстой части (головка), за которою слѣдуетъ короткая болѣе тонкая средняя часть, переходящая въ длинный нитевидный хвостъ. Сѣмянные нити образуются изъ сѣмянныхъ клѣтокъ яичка. Изъ ядра этихъ послѣднихъ образуется головка сѣмянной нити, а изъ протоплазмы — хвостъ ея. Сѣмянные нити обладаютъ самостоятельнымъ движеніемъ. При помощи змѣевидныхъ движеній своего хвоста онѣ перемѣщаются въ жидкостяхъ головкою впередъ. Показанія авторовъ о скорости этого поступательнаго движенія варьируютъ между 1,2 и 3,6 мм. въ минуту. Движенія сѣмянныхъ нитей въ щелочныхъ жидкостяхъ становятся болѣе сильными, тогда какъ въ кислыхъ растворахъ они прекращаются и сѣмянные нити умираютъ. Въ маткѣ сѣмянные нити могутъ оставаться живыми до одной недѣли и болѣе, тогда какъ въ кислотѣ отдѣленія влагалища всѣ сѣмянные нити обыкновенно погибаютъ черезъ короткое время.

рода движенія, наблюдавшіяся на маточномъ зѣвѣ при изслѣдованіи очень нервныхъ женщинъ, а также опыты *Hoffmann'a* и *Basch'a* ¹⁾). Эти изслѣдователи дѣйствительно видѣли у собакъ, послѣ раздраженія пары нервовъ, идущихъ отъ аортнаго сплетенія симпатическаго нерва къ маткѣ, эрекцію влагалищной части и раскрытіе маточнаго зѣва. Анатомическое строеніе маточной шейки у женщины, по мнѣнію *Henle*, конечно, допускало бы извѣстную способность набуханія; но о присутствіи настоящихъ кавернозныхъ тѣлъ не можетъ быть рѣчи.

Проникнувъ въ матку, сѣмянные нити могутъ, благодаря своему самостоятельному движенію, относительно быстро пройти къ Фаллопіевымъ трубамъ и даже черезъ нихъ къ яичнику. Рѣсничныя движенія эпителия Фаллопіевой трубы, направленные къ маткѣ, не могутъ препятствовать поступательному движенію сѣмянныхъ нитей. Если послѣднія на этомъ пути встрѣчаются съ яйцомъ, то происходитъ оплодотвореніе. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что оплодотвореніе можетъ происходить на всемъ протяженіи отъ нижняго отдѣла матки до яичника включительно. У животныхъ оно происходитъ почти всегда въ Фаллопіевой трубѣ, да и у человѣка оно, повидимому, совершается обыкновенно въ томъ же органѣ. Многочисленныя складки и углубленія слизистой оболочки наружной трети Фаллопіевой трубы, вѣроятно, могутъ служить для сѣмянныхъ нитей продолжительнымъ мѣстопробываніемъ, такъ что послѣднія получаютъ возможность оставаться здѣсь живыми до выстуленія яйца (*reservoir seminis*).

Что касается *способа соединенія яйцевой клетки съ сѣмянною*, то по отношенію къ человѣку, конечно, никакихъ наблюденій не имѣется. Свѣдѣнія наши основаны преимущественно на наблюденіяхъ, сдѣланныхъ надъ такими животными, у которыхъ, какъ, напр., у земноводныхъ и рыбъ, происходитъ такъ называемое наружное оплодотвореніе. Наиболѣе удобными для наблюденія оказываются маленькія и прозрачныя яйца иглокожихъ животныхъ; надъ этими именно яйцами произвелъ свои извѣстные опыты *O. Hertwig* ²⁾), описанія котораго мы здѣсь придерживаемся.

Наблюдая подъ микроскопомъ зрѣлыя яйца съ яйцевымъ ядромъ и прибавленною къ нимъ сѣмянною жидкостью, мы замѣчаемъ, что изъ безчисленнаго множества сѣмянныхъ нитей, кишачихъ вокругъ яйца, вступаетъ въ него лишь *одна*, и именно та, которая раньше всѣхъ другихъ приблизилась къ нему бичеобразными движеніями своего хвоста. Тамъ, гдѣ эта нить наталкивается своею головкою на поверхность яйца, протоплазматическій слой приподнимается въ видѣ маленькаго бугра, который растетъ по направленію къ сѣмянной нити. На мѣстѣ этого бугра сѣмянная нить и вѣдряется въ яйцо маятникообразными движеніями своего хвоста. Затѣмъ движенія нити прекращаются, и она становится недоступною для наблюденія. Но головка ея медленно вѣдряется глубже

¹⁾ *Stricker's med. Jahrbücher*. 1877.

²⁾ *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte* 1888.

въ яйцо, становится шарообразною, причемъ протоплазма послѣдняго располагается вокругъ головки (называемой теперь уже сѣмяннымъ ядромъ) въ видѣ радіальныхъ слоевъ. Яйцевое и сѣмянное ядро оказываютъ другъ на друга какъ бы притягивающее дѣйствіе и движутся съ возрастающею скоростью одно къ другому, и притомъ сѣмянное ядро быстрѣе, а яйцевое нѣсколько медленнѣе. Оба ядра вскорѣ встрѣчаются, плотно прилегаютъ одно къ другому и сливаются между собою. Продуктъ этого слянія есть первое сегментационное ядро, въ которомъ совершаются дальнѣйшіе процессы развитія, образующіе новый индивидуумъ.

Такимъ образомъ при оплодотвореніи совершаются ясно констатируемые морфологическіе процессы, изъ коихъ наиболѣе важнымъ и существеннымъ является соединеніе двухъ клѣточныхъ ядеръ, яйцевого и сѣмянного. При этомъ соединеніи сливаются другъ съ другомъ, какъ показали дальнѣйшія изслѣдованія, эквивалентныя количества мужского и женскаго ядернаго вещества [*O. Hertwig* ¹⁾].

Изслѣдованія *van Beneden*'а ²⁾ и другихъ выдающихся ученыхъ, отчасти дополняющія собою изслѣдованія *Hertwig*'а, показываютъ, что у другихъ животныхъ процессъ оплодотворенія идетъ существенно тѣмъ же порядкомъ, хотя многія подробности его до сихъ поръ еще совершенно недоступны нашему изученію.

Оплодотворенное человѣческое яйцо попадаетъ въ матку и поселяется въ ея слизистой оболочкѣ: *женщина беременна*. Очень важны и разнообразны тѣ процессы, которые теперь совершаются въ организмѣ женщины. Растущее яйцо образуетъ въ первыя недѣли зародышевыя листки, внѣшнія формы тѣла зародыша и яйцевыя оболочки. Ростъ яйца не остается, однако, безъ вліянія на организмъ женщины. Не только происходятъ важныя измѣненія въ половомъ аппаратѣ, но и весь организмъ женщины видоизмѣняется подъ вліяніемъ беременности.

Актъ оплодотворенія, по всей вѣроятности, совершается обыкновенно въ широкомъ брюшномъ концѣ Фаллопіевой трубы. Что оплодотвореніе возможно и по ту сторону Фаллопіевой трубы, объ этомъ свидѣтельствуютъ извѣстные случаи вѣматочной беременности (см. соотвѣтствующую главу).

Въ противовѣсъ мнѣнію объ активномъ участіи матки при восприниманіи сѣмянныхъ нитей, мы не можемъ умолчать о вполнѣ точно констатированныхъ случаяхъ наступленія беременности послѣ однократнаго совокупленія во время обморока и въ эфирномъ наркотѣ. Даже безъ вложенія полового члена (*immissio penis*) было наблюдаемо зачатіе; объ этомъ свидѣтельствуютъ отдѣльные случаи беременности, въ которыхъ оказывалась неповрежденная дѣвственная плева съ очень маленькимъ отверстіемъ ³⁾. Въ такихъ случаяхъ изліяніе сѣмени послѣдовало по направленію къ влагалищному входу. Извѣстно также, что существуетъ

¹⁾ Die Zelle und die Gewebe. 1892.

²⁾ La maturation de l'oeuf, la fécondation etc. des mammifères. Bull. de l'acad. royale de Belgique. 1875.—*Recherches sur la maturation de l'oeuf etc. Archives de biologie*. 1883.—*van Beneden* и *Neyt*, Nouvelles recherches sur la fécondation et la division mitotique chez l'ascaride mégalocephale. 1887.—*Eberth*, Fortschritte d. Med. 1884.—*Platner*, Arch. f. mikrosk. Anatomie. Bd. 27.—*Sobotta*, тамъ же Bd. 45. 1895.

³⁾ См. *v. Guérard*, Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

немалое число женщинъ, которыя не ощущаютъ при совокупленіи никакого чувства сладострастія и все-таки легко и часто становятся беременными.

Многочисленныя наблюденія у вышихъ животныхъ доказываютъ, что нормальнымъ образомъ служатъ для оплодотворенія только одна сѣмянная нить. Хотя несомнѣнно бывають случаи, что въ яйцо проникаетъ нѣсколько сѣмянныхъ нитей, но для соединенія съ женскимъ яйцевымъ ядромъ всегда служитъ только одна сѣмянная нить. Тѣмъ не менѣе, при поврежденіи яйцевой кѣтки можетъ совершиться «переоплодотвореніе» двумя или нѣсколькими сѣмянными нитями (O. Hertwig). Это переоплодотвореніе можетъ быть вызвано у животныхъ искусственнымъ образомъ, если подвергнуть яйцо дѣйствию жара, холода, химическихъ агентовъ, напр. хлороформа, или причинить ему механическое поврежденіе. Чѣмъ болѣе значительно это поврежденіе, тѣмъ больше сѣмянныхъ нитей проникаетъ въ яйцо. Но въ такихъ случаяхъ дальнѣйшее развитіе ненормально.

II. Плодъ съ его оболочками и придатками.

Описаніе дальнѣйшаго развитія яйца составляетъ задачу учебниковъ эмбриологіи. Мы же коснемся здѣсь развитія яйца и плода лишь постольку, поскольку знакомство съ нимъ представляется необходимымъ для пониманія физиологіи беременности и родовъ.

Яйцо въ концѣ беременности состоитъ изъ *трехъ яйцевыхъ оболочекъ*, обхватывающихъ собою *околоплодную жидкость*, затѣмъ изъ *плода*, плавающего въ этой жидкости, далѣе изъ *плаценты*, образуемой яйцевыми оболочками, и наконецъ изъ *пуповины*, которая соединяетъ плодъ съ плацентою. (См. рис. 2).

1. Яйцевыя оболочки.

Плодъ окруженъ тремя яйцевыми оболочками. Самая наружная изъ нихъ—*membrana decidua*—образуется разросшеюся и обхватившею яйцо слизистою оболочкою матки. Остальныя двѣ яйцевыя оболочки—*chorion* и *amnion*—образуются самимъ яйцомъ.

Отпадающая оболочка. Membrana decidua.

Съ поселеніемъ оплодотвореннаго яйца въ маткѣ слизистая оболочка ея начинаетъ сильно разрастаться во всѣхъ своихъ составныхъ частяхъ и обростаеъ яйцо, такъ что оно окружено ею со всѣхъ сторонъ. Въ этой слизистой оболочкѣ, называемой теперь уже отпадающею оболочкою¹⁾, различаютъ три отдѣла. Мѣсто поселенія яйца называютъ запоздалою отпадающею оболочкою (*decidua serotina*); часть слизистой оболочки, обростающая яйцо со всѣхъ сторонъ, называется завороченною (*decidua reflexa*), тогда какъ осталная слизистая оболочка, выстилающая внутреннюю поверхность матки, носить названіе истинной отпадающей оболочки (*decidua vera*).

¹⁾ Klein, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 22.—Leopold, Uterus u. Kind. Geburtshülfl. anatomischer Atlas, 1897.—His, Arch. f. Anatomie u. Physiologie. Anatomische Abtheilung 1897.—Siegenbeck van Heukelom. Ebenda 1898.

Эти обозначения—*decidua vera*, *reflexa* и *serotina*—ведут свое начало изъ той эпохи, когда спадающую оболочку принимали за эксудатъ. Думали именно, что яйцо, идущее изъ Фаллопиевой трубы, выпираетъ впереди себя эксудатъ («*decidua reflexa*»), тогда какъ на мѣстѣ поселенія яйца образуется впоследствии новый эксудатъ («*decidua serotina*»). Согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ оплодотворенное яйцо прорывается сквозь эпителиальный покровъ матки, поселяется такимъ образомъ подъ эпителиемъ и при дальнѣйшемъ своемъ ростѣ выпираетъ тонкій слой слизистой оболочки матки въ полость послѣдней въ видѣ оболочки *Membrana capsularis* ¹⁾.

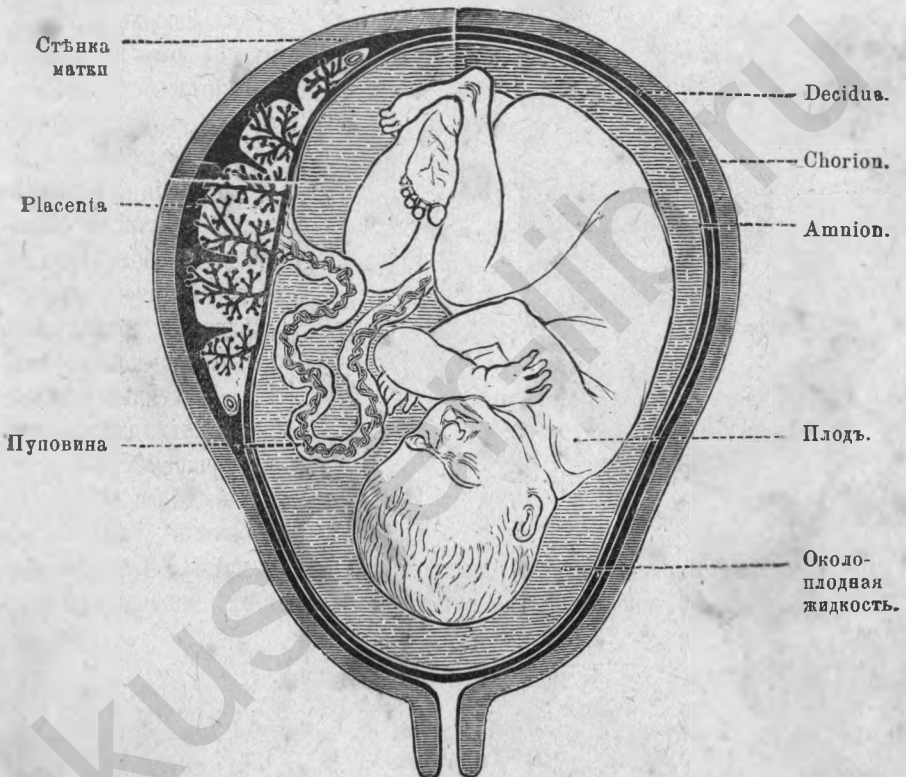


Рис. 2. Схематическое изображение доношеннаго яйца. (*Decidua reflexa* на рисункѣ не изображена).

Decidua vera покрываетъ всю внутреннюю поверхность матки, за исключеніемъ отверстій Фаллопиевыхъ трубъ, и кончается въ области внутренняго маточнаго зѣва. Она представляетъ въ первые мѣсяцы беременности рыхлую, нѣсколько бугристую и красноватую слизистую оболочку, имѣющую въ толщину до 1 см. Начиная съ 3 — 4-го мѣсяца, она уменьшается въ толщинѣ, какъ-бы сплющивается растущимъ яйцомъ, мало по малу прилегающимъ тѣсно къ стѣнкамъ матки, а въ концѣ беременности имѣетъ въ толщину уже едва 1—2 мм., представляется болѣе гладкою и значительно поблѣднѣвшею, такъ какъ менѣе богата сосудами.

¹⁾ Peters, Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäkol. Leipzig 1897. — Ueber die Einbettung des menschlichen Eies etc. 1899.

Если изслѣдовать обрывокъ отпадающей оболочки, извергнутой въ

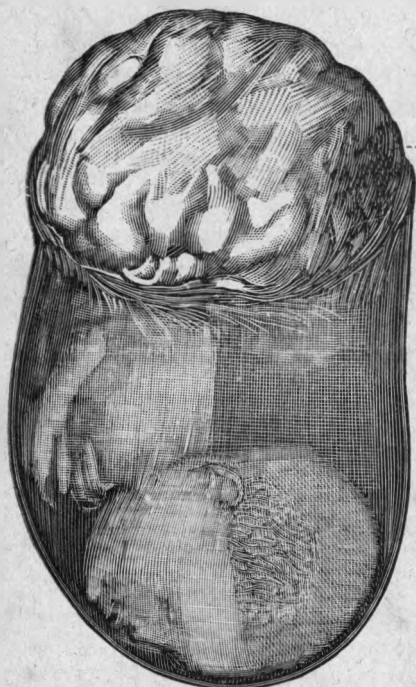


Рис. 3. Доношенное яйцо въ 10-й мѣсяцъ беременности. $\frac{1}{2}$. Плодъ въ лицевомъ положеніи.

ранніе мѣсяцы беременности, то уже при макроскопическомъ осмотрѣ находятъ на немъ многочисленныя мелкія отверстія, которыя характерическимъ образомъ пронизываютъ перепонку на подобіе рѣшета (рѣшетовидная оболочка). Это суть отверстія большихъ железъ, пронизывающія въ значительномъ числѣ отпадающую оболочку. При микроскопическомъ изслѣдованіи различаютъ въ отпадающей оболочкѣ обращенный къ полости матки компактный клѣтчатый слой и помѣщающійся подъ нимъ губчатый железистый

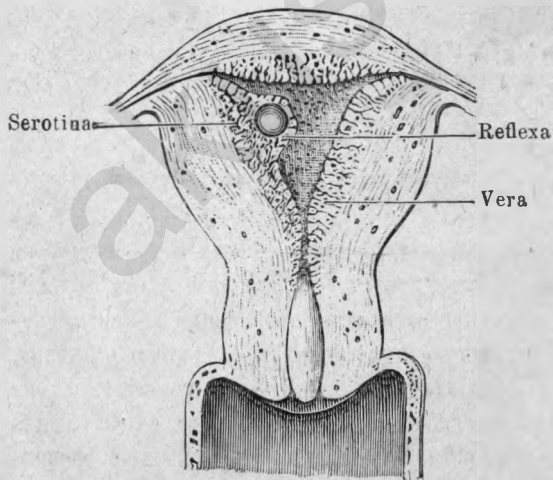


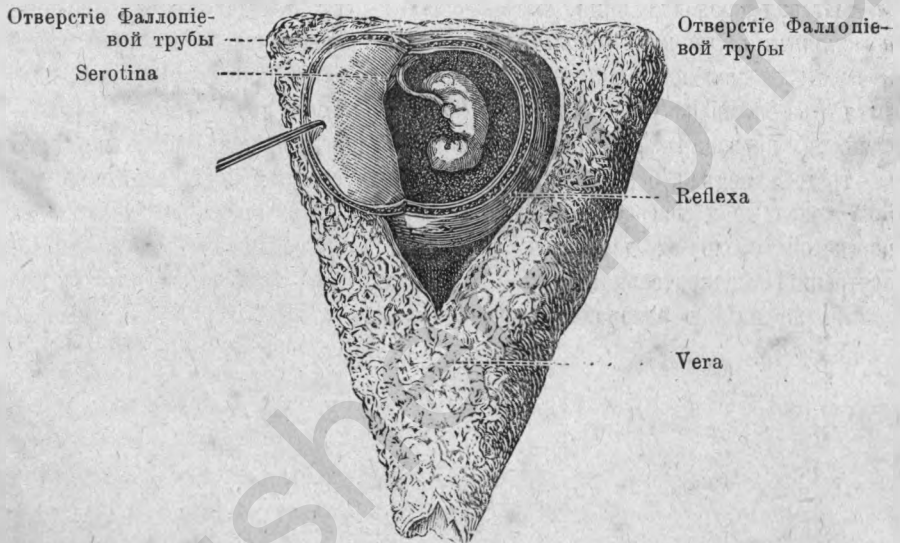
Рис. 4 (по В. S. Schultze). Важдреніе яйца въ слизистую оболочку матки.



Рис. 5. Клѣтки отпадающей оболочки.

эпителиемъ, не производящимъ во время беременности мерцательныхъ движеній, состоитъ изъ большихъ, тѣсно скученныхъ, круглыхъ и вер-

тенообразныхъ клѣтокъ (децидуальныя клѣтки, см. рис. 5), которыя происходятъ изъ клѣтокъ соединительной ткани слизистой оболочки. Онѣ богаты протоплазмой и иногда обладаютъ нѣсколькими ядрами. Железистый слой содержитъ большія, расширенныя, сплюснутыя железистыя трубки, которыя выстланы однослойнымъ, болѣе кубическимъ, нежели цилиндрическимъ эпителиемъ. Къ концу беременности поверхностные слои deciduae постепенно подвергаются частичному некробіозу, который, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, выражается не столько жировымъ перерожденіемъ, сколько, главнымъ образомъ, коагуляціоннымъ некрозомъ¹⁾. Количество железъ къ концу беременности тоже значительно уменьшается.



Область маточнаго зѣва.

Рис. 6. Содержимое матки на 2-мъ мѣсяцѣ беременности. По препарату Геттингенской гинекологической клиники.—*Decidua vera* представляетъ полный отпечатокъ полости матки. *Reflexa* и *serotina* хорошо видны. Во вскрытомъ яйцѣ виденъ плодъ съ пуповиной. Рисунокъ изображенъ въ натуральную величину.

Decidua reflexa имѣетъ вначалѣ такое же строеніе, какъ и *decidua vera*, только на сторонѣ, обращенной къ полости матки, она лишена эпителия. Но вскорѣ она все болѣе и болѣе растягивается растущимъ яйцомъ и истончается. Сосуды и железы исчезаютъ, клѣтки подвергаются жировому перерожденію. Въ концѣ концовъ *decidua reflexa* и *vera* приходятъ во взаимное соприкосновеніе, склеиваются между собою и, начиная съ 5—6-го мѣсяца, едва еще могутъ быть отличены одна отъ другой.

Decidua serotina имѣетъ вначалѣ такое же строеніе, какъ и *decidua vera*, но мало по малу она подвергается важнымъ превращеніямъ, причѣмъ въ ней образуется важнѣйшій для существованія плода органъ, именно плацента (дѣтское мѣсто, послѣдъ). Въ сильно утолщающейся

¹⁾ Klein, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 22.

ткани образуются большія кровеносныя пространства, которыя вступаютъ въ близкое нижеописанное соотношеніе съ частями второй яйцевой оболочки (ворсистая оболочка, chorion). Некробиотическіе участки постепенно образуются также въ decidua serotina во второй половинѣ беременности.

Отслойка яйца при родахъ происходитъ въ области отпадающей оболочки. Часть ея извергается вмѣстѣ съ яйцомъ, а другая остается въ маткѣ и служитъ въ послѣродовомъ періодѣ исходнымъ пунктомъ для образованія новой слизистой оболочки.

Ворсистая оболочка. Chorion.

Вторая оболочка яйца, помѣщающаяся между отпадающею и водною, — ворсистая оболочка (chorion), — имѣетъ первоначально на всей своей поверхности маленькія ворсинки, которыя, подобно корнямъ растенія, вдаются въ материнскую ткань ~~deciduae serotinae~~ ^{deciduae} и ~~reflexae~~ ^{serotinae}. Въ ворсинкахъ, первоначально сплошныхъ, безсосудистыхъ, появляются примѣрно съ третьей недѣли беременности кровеносныя сосуды, представляющіе собою конечныя вѣтви сосудовъ пуповины. Въ это время различаютъ на ворсистой оболочкѣ два слоя: наружный эпителиальный (exochorion) и внутренній соединительнотканый, содержащій сосуды (endochorion), который, по мнѣнію авторовъ, происходитъ изъ allantois.

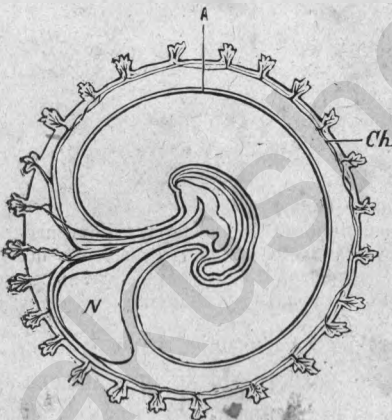


Рис. 7. Схема яйца на 24-й день. Величина около 2:1.

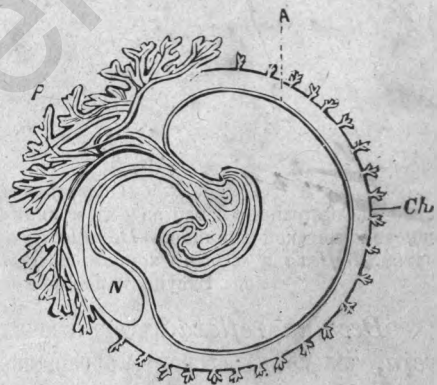


Рис. 8. Схема яйца въ концѣ 5-й недѣли. Приблизительно въ натуральную величину.

Ch—ворсистая оболочка. А—водная оболочка. P—мѣсто плаценты. N—пупочный пузырь. Оба рисунка по В. S. Schultze.

Со второго мѣсяца беременности это анатомическое строеніе постепенно подвергается важному измѣненію. Ворсинки на периферіи яйца останавливаются въ своемъ ростѣ и, наконецъ, атрофируются. Лишь тамъ, гдѣ яйцо сидитъ на decidua serotina, онѣ не только остаются существовать, но и чрезвычайно сильно размножаются, такъ что въ этомъ мѣстѣ образуется толстый слой древовидно-развѣтвленныхъ ворсинокъ (см. рис. 8),

которыя врастают глубоко въ материнскую ткань и отчасти также въ вышеупомянутыя большія сосудистыя пространства *deciduae serotinae*. Такимъ образомъ къ началу четвертаго мѣсяца постепенно создается путемъ разрошенія ворсинокъ и материнской отпадающей оболочки новый органъ—*плацента, дѣтское мѣсто*,—въ которомъ кровь плода и кровь матери, нигдѣ не смѣшиваясь, приходятъ въ самое тѣсное соотнoшеніе между собою.

Такимъ образомъ съ начала 4-го мѣсяца большая часть ворсистой оболочки обнажена отъ ворсинокъ и представляетъ тонкую, нѣсколько шероховатую соединительнотканную перепонку, которая покрыта эпителиемъ и на которой еще замѣтны остатки прежнихъ ворсинокъ въ видѣ отдѣльныхъ неровностей (*chorion laeve*), тогда какъ на мѣстѣ поселенія яйца образуется путемъ громаднаго разрошенія ворсинокъ дѣтская часть плаценты (*chorion frondosum*).

Самая ворсинка хоріона при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается состоящею изъ соединительнотканной основы, въ которой проходятъ конечныя вѣтви сосудовъ пуповины. Она носитъ покровъ изъ двойного слоя клѣтокъ. Наружный слой образуется изъ мелкозернистой протоплазмы, въ которой заложены ядра на болѣе или менѣе одинаковомъ разстояніи другъ отъ друга, но которая обыкновенно не обнаруживаетъ клѣточковыхъ границъ между ядрами (*syncytium*). Подъ этимъ находится другой эпителиальный слой съ ясно разобщенными другъ отъ друга зернистыми клѣтками, который непосредственно покрываетъ ткань ворсинокъ и можетъ быть разсматриваемъ какъ первоначальный эпителий ворсистой оболочки (клѣточный слой *Langhans'a*. *Epi-blast*). Ростъ ворсинокъ происходитъ такимъ образомъ, что эпителий даетъ колбообразные отпрыски, въ которые затѣмъ врастаютъ соединительнотканнные элементы съ сосудами.



Рис. 9. Ворсинки хоріона. Срисовано съ микроскопическаго препарата. $\frac{1}{32}$.

Водная оболочка. Amnion.

Эта оболочка яйца, лежащая къ плоду всего ближе, представляетъ съ эмбриологической точки зрѣнія продолженіе наружной кожи зародыша.

Это есть тонкая, прозрачная, бессосудистая перепонка, состоящая из соединительнотканнаго слоя, который съ внутренней стороны, обращенной къ плоду, покрытъ однослойнымъ плоскимъ эпителиемъ ¹⁾). Первоначально водная оболочка отдѣлена отъ хоріона студенистымъ слоемъ, а впоследствии, съ середины беременности, она тѣсно прилегаетъ къ хоріону и покрываетъ также продуктъ его, именно дѣтскую часть плаценты. Съ этого послѣдняго мѣста она заворачивается на пуповину и покрываетъ ее до пунка младенца.

Во второй половинѣ беременности *chorion* и *amnion* соединены кажущимся образомъ въ одну яйцевую оболочку; тѣмъ не менѣе, еще и въ концѣ беременности всегда легко удаётся механически отдѣлить стекловиднопрозрачную водную оболочку отъ болѣе толстаго и шероховатаго хоріона.

2. Плацента.

Плацента (дѣтское мѣсто, послѣдъ) представляетъ плоское, губчатое тѣло, красно-бурого цвѣта, съ круглымъ краемъ, которое въ концѣ беременности имѣетъ около 3-хъ стм. въ толщину, около 16 стм. въ поперечникъ и вѣситъ около 500 грм.



Рис. 10. Дѣтская сторона плаценты съ налитыми сосудами пуповины. Водная оболочка удалена.—Величина 1:4.



Рис. 11. Материнская сторона плаценты.—Величина 1:4.

Плацента сидитъ обыкновенно на передней или задней стѣнкѣ тѣла матки. Обращенная къ плоду часть плаценты покрыта гладкою водною оболочкою и представляется болѣе свѣтло-сѣрою, нѣсколько блестящею. На этой поверхности прикрѣплена покрытая точно также водною оболочкою *пуповина*, сосуды которой на плацентѣ немедленно даютъ древовидныя развѣтвленія (см. рис. 10). На рожденной плацентѣ выпуклая

¹⁾ A. Lunge, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 28.

и обыкновенно темнѣ окрашенная часть, обращенная къ маткѣ („материнская часть плаценты“), имѣетъ дольчатую форму, въ противоположность гладкой ея сторонѣ, которая обращена къ плоду. Эта сторона плаценты, обращенная къ маткѣ, пронизана глубокими бороздами, раздѣляющими ее на отдѣльныя доли (см. рис. 11); она покрыта частью извергнутою вмѣстѣ съ нею запоздалою отпадающею оболочкою, которая въ видѣ тонкой перепонки выстилаетъ ее на всемъ протяженіи и отдаетъ отъ себя перегородки, проникающія между отдѣльными долями плаценты. Послѣ рожденія младенца плацента извергается вмѣстѣ съ яйцевыми оболочками и пуповиной.

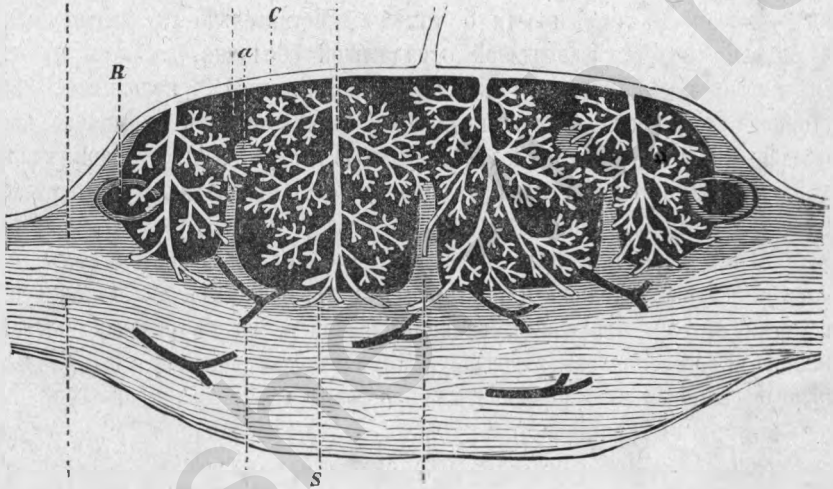
Болѣе тонкое изслѣдованіе этого сложнаго органа, въ которомъ материнская и дѣтская ткань переплетены въ одно неразрывное цѣлое, составляетъ одну изъ труднѣйшихъ задачъ микроскопической техники. Много спорили въ особенности о томъ, дѣйствительно-ли вышеупомянутыя большія полости запоздалой отпадающей оболочки, въ которыя вдаются ворсинки (*межворсинчатыя пространства*), наполнены, какъ это описывалось, материнскою кровью. Этотъ споръ въ настоящее время разрѣшенъ превосходными изслѣдованіями *Waldeyer'a* ¹⁾, которому удалось при впрыскиваніи синяго клея въ аорту, послѣ предварительной перевязки бедренныхъ артерій, наполнить тѣю же массою межворсинчатыя пространства. Такимъ образомъ было доказано, что въ межворсинчатыхъ пространствахъ дѣйствительно циркулируетъ материнская кровь. Маточно-плацентарныя артеріи проходятъ, сильно извиваясь, но не отдавая особенно большихъ вѣтвей, сквозь запоздалую отпадающую оболочку и открываются непосредственно въ межворсинчатыя пространства. Чѣмъ ближе онѣ подходятъ къ этимъ пространствамъ, тѣмъ болѣе истончается ихъ стѣнка, такъ что въ заключеніе она уже состоитъ только изъ слоя плоскихъ клѣтокъ. Изъ межворсинчатыхъ пространствъ кровь отводится венами, отрывающимися въ большой краевой сосудъ, который идетъ кругомъ всей плаценты. Благодаря этому анатомическому расположенію, скорость теченія крови въ широкихъ межворсинчатыхъ пространствахъ значительно уменьшается. Въ эти кровяныя озера погружены древовидно развѣтвленныя ворсинки хоріона, причѣмъ кровь матери отдѣлена отъ крови плода лишь тонкимъ слоемъ соединительной ткани и эпителиемъ ворсинокъ, а также эндотелиемъ материнской кровеносной пазухи. Существованіе этого эндотелия, впрочемъ, въ новѣйшее время подвергается сомнѣнію, и такимъ образомъ предполагаютъ, что кровь матери изливается непосредственно въ экстравакулярныя пространства, такъ что раздѣлительный слой между материнскою и дѣтскою кровью оказывается еще болѣе тонкимъ, чѣмъ думали до сихъ поръ.

Прилагаемый здѣсь схематическій рисунокъ даетъ точное понятіе объ анатомическомъ строеніи плаценты (рис. 12).

¹⁾ Arch. f. mikrosk. Anatomie. Bd. 35.

Обращенная къ плоду сторона плаценты, къ которой прикрѣпляется пуповина, образована ворсистою оболочкою. (Покрывающая плаценту водная оболочка не изображена на рисункѣ). Ворсистая оболочка отдаетъ въ глубину развѣтвляющіяся ворсинки, которыя содержатъ кровь плода. Ворсинки погружены большею своею частью въ межворсинчатые пространства (на рис. зачерненыя), заключающія въ себѣ материнскую кровь, и меньшею своею частью проникаютъ въ запоздалую отпадающую оболочку. Межворсинчатые пространства снабжаются кровью изъ маточно-плацентарныхъ сосудовъ; содержимое ихъ отводится чрезъ большую краевую вену плаценты. Запоздалая отпадающая оболочка отдаетъ перегородки, идущія

Decidua placentalis subchorialis. Межворсинчатые пространства. Ворсинка. Пуповина.



Мускулатура матки. Маточно-плацентарный сосудъ. Перегородка между долями.

Рис. 12. Схема плаценты по *Heinz*'у. *a*—островкообразный узелъ отпадающей оболочки. *R*—краевая вена. *C*—ворсинка. *S*—serotina.

отъ материнской стороны плаценты по направленію къ ворсистой оболочкѣ, но не доходящія до нея. Лишь по краю плаценты ворсистая оболочка соприкасается съ запоздалою отпадающею оболочкою (*decidua placentalis subchorialis*, *Kölliker*). Ср. рис. 12 съ рис. 13, который срисованъ съ природы.

Хотя новѣйшими изслѣдованіями уже выяснены многіе важные пункты болѣе тонкой анатоміи плаценты, однако еще остаются важные вопросы, которые до сихъ поръ еще не рѣшены и существующія объясненія еще не могутъ быть приведены въ учебникахъ ¹⁾. Предметомъ оживленнаго спора въ настоящее время

¹⁾ *Merttens*, Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 30. *Hofmeier*, Bd. 35.—*v. Herff*, *Strahl*, *Hubrecht*, *Siegenbeck v. Heukelom*, *Peters* Naturforscherversammlung zu Braunschweig. Centralbl. f. Gynäk. 1897, стр. 1202.—*His*, Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abtheil. 1897. *Siegenbeck v. Heukelom*, Ibidem 1898. *Kossmann*, Arch. f. Gyn. Bd. 57.—*Peters*, Ueber die Einbettung des mensch. Eies 1899 u. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 9.—*Leopold*, Arch. Gyn. Bd. 59.

служить вопросъ о происхожденіи и физиологическомъ значеніи syncitium'a, который, по мнѣнію однихъ авторовъ, принадлежитъ матери, по мнѣнію же другихъ— плоду. Эти изслѣдованія имѣютъ важное значеніе для истолкованія нѣкоторыхъ состояній, развивающихся послѣ выкидыша и особенно послѣ пузырныхъ заносовъ (см. Пузырный заносъ).

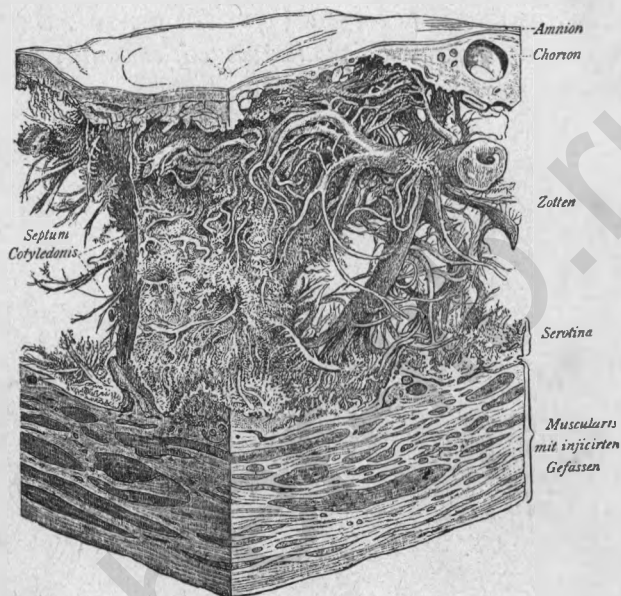


Рис. 13. Строеніе плаценты. Препараты отъ середины налятой плаценты. По Leopold'у.

3. Пуповина.

Пуповина (пупочный канатикъ) идетъ отъ пупка младенца къ дѣтской сторонѣ плаценты и на мѣстѣ проникновенія въ эту послѣднюю немедленно развѣтвляеть свои сосуды. Если пуповина прикрѣплена приблизительно въ серединѣ плаценты, то это называется *insertio centralis*; кромѣ того, она можетъ быть прикрѣплена ближе къ краю плаценты (*insertio marginalis*), или на нѣкоторомъ отъ него разстояніи къ самимъ оболочкамъ яйца (*insertio velamentosa*). Этотъ послѣдній способъ прикрѣпленія пуповины имѣеть патологическое значеніе (см. Аномаліи пуповины).

Пуповина представляетъ шнурокъ различной длины (въ среднемъ выводитъ около 50 см.), толщиной въ мизинецъ, и почти всегда бываетъ скручена въ видѣ спирали, большею частью въ лѣвую сторону (считая отъ плода). Средняя длина отъ пуповины (50 см.) значительно превосходитъ разстояніе между плодомъ и плацентою въ зрѣломъ яйцѣ. Поэтому часть пуповины образуетъ въ околоплодной жидкости отдѣльныя петли между брюшною поверхностью младенца и плацентою и обвиваетъ

нерѣдко (чѣмъ болѣе длинна пуповина, тѣмъ чаще) отдѣльныя части плода, напр. верхнюю или нижнюю конечность, шею или спинку.

Пуповина обтянута водною оболочкою, которая съ пупка младенца переходитъ непосредственно въ кожу живота и покрыта здѣсь многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ ¹⁾. Иногда кожа младенца еще продолжается на пуповину на протяженіи $\frac{1}{2}$ —1 см.

Пуповина содержитъ 3 сосуда (пупочные сосуды), *Вартонову студень* и остатки двухъ эмбриональныхъ образований, именно колбасовидной оболочки (allantois) и желточного протока.

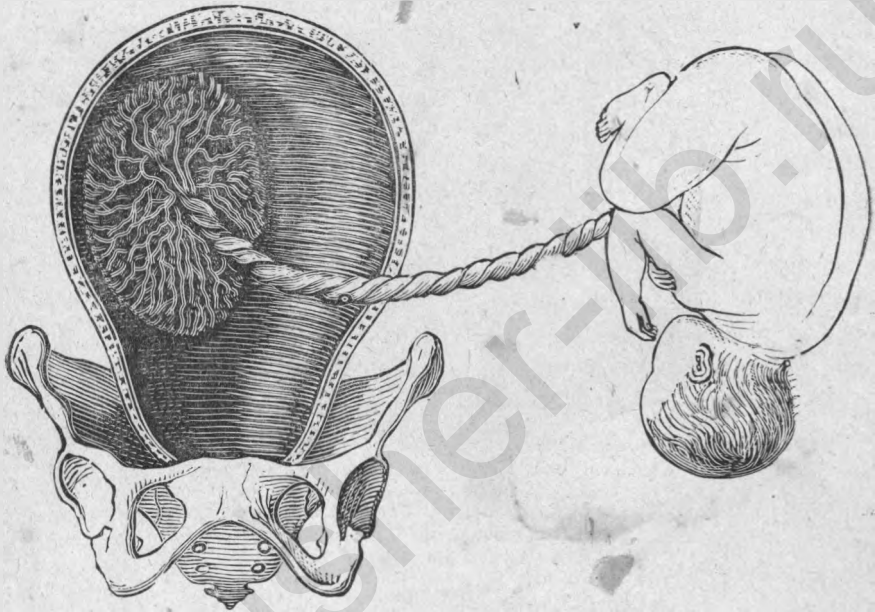


Рис. 14 (по В. S. Schultze). Матка съ плацентой, пуповиной и плодомъ. Плодъ вынутъ изъ матки, но сохранилъ свое утробное членорасположеніе.

Пупочные сосуды состоятъ изъ двухъ пупочныхъ артерій, которыя, въ качествѣ продолженія подчревныхъ артерій, доставляютъ кровь плода чрезъ пуповину къ плацентѣ, и изъ пупочной вены, которая доставляетъ кровь отъ плаценты обратно къ плоду. Каждый сосудъ имѣетъ, помимо спиральныхъ изгибовъ пуповины, еще и собственную кривизну. Сосуды окружены *Вартоновою студенью*,—эмбриональною студенистою соединительною тканью. Нерѣдко пупочные сосуды принимаютъ въ *Вартоновой студени* на нѣкоторомъ пространствѣ обратное направленіе, сильно при этомъ извиваясь, а затѣмъ опять направляются впередъ. Вслѣдствіе этого образуются въ пуповинѣ утолщенія или такъ называемые *ложные узлы* ²⁾, не имѣющіе, впрочемъ, никакого значенія. Болѣе опасны т. н. *истин-*

¹⁾ М. Lange, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 28.

²⁾ См. Hyrtl, Die Blutgefäße der menschlichen Nachgeburт, 1870.—Thoma, Arch. f. Gynäk. Bd. 61.

ные узлы, встречающиеся гораздо реже и образующиеся вследствие того, что плод при своих движениях проскальзывает в петлю пуповины и постепенно затягивает ее.

Пупочные сосуды не отдают в самой пуповинѣ никакихъ вѣтвей и не имѣютъ собственныхъ сосудовъ (*vasa vasorum*). Стѣнка ихъ, а въ особенности—артерій, чрезвычайно богата мышечными волокнами, тогда какъ эластичная *intima* отсутствуетъ ¹⁾). Тамъ, гдѣ пуповина вступаетъ въ пупокъ, находится въ подкожной клетчаткѣ живота тонкій вѣнчикъ сосудовъ, который въ области прикрѣпленія водной оболочки какъ-бы сразу обрѣзывается ²⁾). Это расположение сосудовъ играетъ очень важную роль въ омертвѣніи и отпаденіи пуповины, наступающемъ послѣ рожденія младенца.

Пупочныя артеріи пульсируютъ и этимъ самымъ обнаруживаютъ свою связь съ сердцемъ плода. Проникнувъ въ плаценту, онѣ, подобно другимъ сосудамъ человѣческаго тѣла, дѣлятся на вѣтви до тѣхъ поръ, пока ихъ капилляры не достигнутъ мельчайшихъ развѣтвленій ворсинокъ (см. рис. 9). Затѣмъ волосные сосуды собираются въ болѣе крупныя (венозныя) стволы, образующіе въ совокупности пупочную вену, которая доставляетъ плацентарную кровь обратно къ плоду, чѣмъ и завершается плацентарное кровообращеніе.

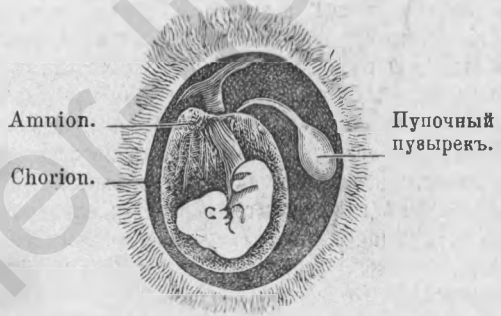


Рис. 15 (по В. S. Schultze). Яйцо по истеченіи первыхъ 6-ти недѣль. Натуральная величина.

Отъ желточного протока имѣются въ пуповинѣ лишь немногіе и трудно находимые остатки, между тѣмъ какъ въ первое время зародышевой жизни онъ играетъ, какъ извѣстно, очень большую роль. Послѣ того какъ на яйцѣ образовался кружкообразный зачатокъ зародыша, значительная часть желтка отшнуровывается въ видѣ желточного пузыря или пупочнаго пузырька (см. рис. 15). Ножка, соединяющая этотъ пузырь съ брюшною полостью плода, представляетъ собою желточный протокъ (*ductus omphalo-entericus*), черезъ который проходятъ отъ плода въ пупочный пузырекъ важныя для питанія сосуды (*vasa omphalo-mesenterica*). На мѣстѣ перехода желточного протока въ замыкающую въ послѣдствіи брюшную полость образуется пупокъ плода. Съ дальнѣйшимъ отшнурованіемъ пупочнаго пузырька желточный протокъ постепенно суживается, самъ пупочный пузырекъ отстаетъ въ ростѣ, сосуды его запусѣваютъ, и въ заключеніе желточный протокъ превращается въ тонкій шнурокъ, на которомъ сидитъ маленький атрофированный пупочный пузырекъ. Этотъ остатокъ пупочнаго пузырька почти всегда находятъ на плацентѣ доношеннаго младенца въ видѣ желтоватаго образованія, величиною около чечевицы, которое лежитъ между водною и ворси-

¹⁾ Stutz, Arch. f. Gynäk. Bd. 13.

²⁾ Hyrtl, Die Blutgefäße der menschlichen Nachgeburt. 1870.

стою оболочками и по близости котораго нерѣдко удається различить остатокъ желточнаго протока въ видѣ узкой бѣловатой полосы [*Schultze* ¹⁾]. Иногда мѣсто выхода желточнаго протока изъ пуповины на яйцевыя оболочки бываетъ ясно обозначено отходящею отъ пуповины складкою водной оболочки (складка *Schultze*).

Въ качествѣ остатка мочевого мѣшка (*allantois*) довольно постоянно находятъ въ зрѣлой пуповинѣ узкій заросшій каналъ, присутствіе котораго становится явнымъ на поперечномъ разрѣзѣ пуповины; онъ лежитъ между обѣими артеріями, часто нѣсколько сбоку, и можетъ быть ясно замѣченъ только при помощи лупы.

Относительно развитія мочевого мѣшка (*allantois*) въ человѣческомъ яйцѣ и относительно того, какое значеніе онъ имѣетъ для доставленія пупочныхъ сосудовъ къ периферіи яйца, взгляды авторовъ въ настоящее время расходятся болѣе чѣмъ когда либо.

Въ прежнее время думали, что и у человѣка мочевоу мѣшокъ развивается въ видѣ стебельчатаго пузыря изъ заднекишечника плода, затѣмъ, пройдя чрезъ пупокъ растетъ по направленію къ ворсистой оболочкѣ и такимъ образомъ доставляетъ концы первичныхъ аортъ (пупочныя артеріи) къ периферіи яйца. *His* ²⁾, наоборотъ, отвергаетъ для человѣческаго яйца существованіе свободно-вырастающаго пузыря *allantois*, который, по его мнѣнію, наблюдался до сихъ поръ только у животныхъ. По *His*'у, плодъ всегда уже съ самаго начала находится въ соединеніи съ ворсистою оболочкою при посредствѣ «брюшной ножки». Последняя представляетъ продолженіе передней брюшной стѣнки зародыша и беретъ свое начало позади пупочной щели. Въ эту ножку врастаютъ и мочевоу мѣшокъ въ видѣ узкаго канала, и пупочныя сосуды. *v. Preuschen* ³⁾, наоборотъ, полагаетъ, что онъ доказалъ развитіе у человѣка свободной *allantois* въ формѣ пузыря, и продолжаетъ оставаться при своемъ мнѣніи, несмотря на возраженія *Bardleben*'а и *His*'а.

Часть мочевого мѣшка, лежащая въ тѣлѣ человѣческаго зародыша, превращается въ послѣдствіи въ мочевоу пузырь и мочевоу протокъ (*urachus*). Послѣдній облитерируется, и тогда его называютъ *ligamentum vesico-umbilicale medium*. Что касается остальной части мочевого мѣшка, то вышеупомянутые остатки ея содержатся въ пуповинѣ.

4. Околоплодная жидкость.

Въ полости водной оболочки лежитъ плодъ, окруженный мутною, бѣловатою, т. е. *околоплодною* жидкостью. Количество этой жидкости равняется въ среднемъ выводѣ $\frac{1}{2}$ —1 литру. Въ первые мѣсяцы беременности количество ея по отношенію къ величинѣ плода болѣе значительно, чѣмъ въ послѣдствіи. Но абсолютное количество этой жидкости во второй половинѣ беременности увеличивается. Околоплодная жидкость имѣетъ приторный запахъ и щелочную реакцію; удѣльный вѣсъ ея равняется 1006—1012. Она содержитъ въ значительномъ количествѣ эпидермоидальныя чешуйки, сыровядную смазку (*vernix caseosa*) и пушковые во-

¹⁾ Das Nabelbläschen, ein constantes Gebilde in der Nachgeburst des ausgetragenen Kindes. 1861.

²⁾ Anatomie menschlicher Embryonen. 1880—1885.

³⁾ Die Allantois des Menschen 1887.—Sitzungsberichte d. med. Vereins z. Greifswald, 1889.

лосы. Химическій анализ обнаруживаетъ въ ней небольшія количества бѣлка (0,1863 %) ¹⁾, солей, мочевины и креатина.

Значеніе околоплодной жидкости во время беременности состоитъ въ томъ, чтобы удерживать маточныя стѣнки и яйцевыя оболочки въ достаточномъ удаленіи отъ плода, защитить его такимъ образомъ отъ внѣшняго давленія и предоставить ему достаточно мѣста для свободнаго развитія и движенія.

Вопросъ о происхожденіи околоплодной жидкости породилъ обширную литературу и по настоящее время далеко еще не рѣшенъ. Повидимому, въ образованіи ея участвуетъ какъ организмъ матери, такъ и организмъ плода. Материнская часть этой жидкости происходитъ, вѣроятно, изъ сосудовъ отпадающей оболочки, а другая часть, принадлежащая плоду, трансударуетъ чрезъ его кожу и пупочные сосуды, но больше всего она, повидимому, образуется мочою плода, выпускаемю періодически изъ мочевого пузыря въ околоплодную жидкость.

Что околоплодная жидкость образуется преимущественно организмомъ плода, это постоянно утверждалось въ особенности *Gusserow*'омъ ²⁾ и его учениками, которые приводили для этого многочисленныя и разнообразныя доказательства; но и они, однако, не остались безъ возраженій [*Krukenberg* ³⁾]. Въ новѣйшее время *Nagel* ⁴⁾, подобно тому, какъ уже раньше его *Wiener* и др., высказался на основаніи эмбриологическихъ изслѣдованій въ томъ смыслѣ, что околоплодная жидкость даже въ первое время беременности представляетъ, по крайней мѣрѣ отчасти, конечный продуктъ объема веществъ въ тѣлѣ зародыша.

Противъ этого мнѣнія объ участіи почекъ въ происхожденіи околоплодной жидкости приводилось то соображеніе, что количество мочевины въ названной жидкости чрезвычайно непостоянно. На 10-мъ мѣсяцѣ беременности оно колеблется между 0,02 и 0,4%; слѣдовательно, оно иногда не превышаетъ содержанія мочевины въ материнской крови (по *Fehling*'у—0,021%). *Fehling* ⁵⁾ и др. поэтому оспариваютъ постоянство выдѣленія мочи плода въ околоплодную жидкость. (См. Физиологія плода).

По изслѣдованіямъ *Jungbluth*'а ⁶⁾, трансудация изъ системы пупочныхъ сосудовъ плода въ околоплодную жидкость въ первой половинѣ беременности представляется легко понятною. Описанныя этимъ авторомъ *vasa propria*, берущія свое начало изъ пуповины и направляющіяся между водною и ворсистою оболочками, содержатъ кровь лишь до начала второй половины беременности, а затѣмъ заростають. Наоборотъ, при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости (*hydramnion*) они бывають развиты въ особенно большомъ числѣ и остаются до конца беременности *проходимыми* (*Levison, Waldeyer*).

Что организмъ матери также участвуетъ въ образованіи околоплодной жидкости, это доказывается особенно опытами *Zuntz*'а ⁷⁾. Послѣ впрыскиванія индигосѣрнокислаго натра на яремную вену беременной самки онъ находилъ то же красящее вещество въ околоплодной жидкости, тогда какъ въ почкахъ плода вещество это отсутствовало. Тотъ же самый результатъ получался и при предварительномъ умерщвленіи плода. *Richard Schroeder* нашелъ, что съ увеличеніемъ содержанія гемоглобина въ крови матери увеличивается и содержаніе бѣлка въ околоплодной жидкости.

1) *Schroeder, Richard*, Arch. f. Gynäk. Bd. 39. Вычислено изъ 50-ти анализовъ.

2) Arch. f. Gynäk. Bd. 13. *Dührssen*, Ibidem, Bd. 32.

3) Ibidem, Bd. 22 и 26.

4) ibid. Bd. 35.

5) ibid. Bd. 14.

6) ibid. Bd. 4.

7) *Pflüger's Archiv*. Bd. 16 и *Wiener, Archiv f. Gynäk.* Bd. 17.

5. Плодъ въ отдѣльные мѣсяцы беременности.

Для того чтобы быть въ состояніи опредѣлять возрастъ преждевременно рожденнаго плода, акушеру безусловно необходимо имѣть точныя свѣдѣнія о развитіи плода въ отдѣльные мѣсяцы беременности.

Мѣсяцемъ беременности мы называемъ промежутокъ въ 28 дней; слѣдовательно, человѣческая беременность, продолжающаяся среднимъ числомъ 280 дней, состоитъ изъ 10-ти такихъ мѣсяцевъ.

Первый мѣсяцъ. His ¹⁾ пытался, по аналогіи съ періодами формировація тѣла куринаго зародыша, установить и для человѣческаго зародыша въ первыя недѣли его жизни 10 стадій развитія. Первыя 5 стадій имѣютъ только эмбриологическій интересъ, и поэтому мы пройдемъ ихъ молчаніемъ. Въ 6-й и 7-й стадіи головной и спинной мозгъ уже закрыты, сердце появляется въ видѣ трубки и, вѣроятно, уже функционируетъ. Животъ еще широко открытъ, средній кишечникъ представляется въ видѣ желоба, соединеннаго при помощи широкаго и очень длиннаго канала съ пупочнымъ пузырькомъ. Голова еще не наклонена впередъ.

Въ 8-й стадіи голова сгибается впередъ, такъ что средній мозгъ стоитъ всего выше. Закрытіе кишечника становится болѣе явственнымъ, но соединеніе съ пупочнымъ пузырькомъ еще остается довольно широкимъ.

Въ 9-й стадіи увеличивается сгибаніе тѣла, головной мозгъ продолжаетъ дифференцироваться, сообщеніе съ пупочнымъ пузырькомъ суживается. Появляются первые зачатки печени въ видѣ валика.

Въ 10-й стадіи обнаруживаются первые зачатки конечностей. Зародышъ въ это время имѣетъ около 4 мм. въ длину; возрастъ его около 3-хъ недѣль. Собственно періодъ формировація зародыша въ это время уже законченъ, и для опредѣленія дальнѣйшихъ стадій развитія достаточно только знать длину тѣла. Въ концѣ перваго мѣсяца зародышъ имѣетъ 7—7,5 мм. въ длину. Все яйцо имѣетъ приблизительно величину грецкаго орѣха. Пупочный пузырекъ уже сидитъ на стемелькѣ.

Второй мѣсяцъ. Между тѣмъ какъ раньше человѣческой плодъ едва можно было различить отъ зародышей животныхъ, онъ во второй половинѣ втораго мѣсяца уже представляетъ всѣ характерныя внѣшнія особенности, свойственныя человѣку. Голова очень велика, жаберныя дуги исчезли, конечности характерно расчленены. Зародышъ въ это время называется уже „плодомъ“ (His). При этомъ превращеніи плодъ достигаетъ длины 13—16 мм.

Третій мѣсяцъ. Яйцо превосходитъ размѣры гусянаго; зародышъ имѣетъ въ длину въ 7—9 см. Пупокъ закрытъ, внѣшнія формы тѣла совершенно развиты, пальцы рукъ и ногъ различаются ясно. Наружныя половыя части начинаютъ уже принимать типическую форму, свойственную тому или другому полу. Въ кишечникѣ можно обнаружить присутствіе составныхъ частей желчи (*Zweifel*).

¹⁾ Anatomie menschlicher Embryonen. 1880—1885. См. также. Minot, Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte. Deutsche Ausgabe von Kaestner. 1894.

Четвертый мѣсяцъ. Длина плода 10 — 17 см. Половые отличія уже ясно замѣтны. На поверхности тѣла появляется пушокъ.

Пятый мѣсяцъ. Длина 18 — 27 см. На головѣ, объемъ которой все еще относительно очень великъ, появляются волосы. Если плодъ въ это время рожденъ живымъ, то на его груди можно видѣть бѣніе сердца. Иногда плодъ дѣлаетъ нѣсколько дыхательныхъ движеній, но затѣмъ скоро умираетъ.

Шестой мѣсяцъ. Длина 28—34 см. Вѣки раздѣлены другъ отъ друга, кожа покрыта сыровидною смазкою (*vernix caseosa*). Начинается уже отложеніе жира. Плодъ, рожденный въ этой стадіи, можетъ обнаруживать болѣе замѣтные признаки жизни, но въ живыхъ не остается.

Седьмой мѣсяцъ. Длина 35 — 38 см. Вѣсъ въ среднемъ выводитъ около 1000 грм. Плодъ, рожденный живымъ въ это время, уже кричитъ слабымъ голосомъ. Въ большинствѣ случаевъ онъ умираетъ, и только очень рѣдко удавалось сохранить его въ живыхъ.

Восьмой мѣсяцъ. Длина 40 — 43 см. Вѣсъ около 1500 грм. Зрачковая перепонка исчезаетъ. Формы тѣла нѣсколько болѣе округлены, кожа красна, покрыта обильнымъ пушкомъ, лицо еще очень морщинисто. Дѣти, рожденныя въ этомъ мѣсяцѣ, могутъ быть при тщательномъ уходѣ сохранены въ живыхъ. Плодъ послѣ 30 недѣль считается „жизнеспособнымъ“. Многіе однако не переживаютъ первыхъ часовъ или дней.

Девятый мѣсяцъ. Длина 46 — 48 см. Вѣсъ около 2500 грм. Отложеніе жира увеличивается, краснота кожи исчезаетъ. Дѣти, рожденныя въ этомъ мѣсяцѣ, обыкновенно остаются въ живыхъ, хотя при недостаточномъ уходѣ смертность ихъ еще очень велика.

Десятый мѣсяцъ. Длина 48—50 см. Вѣсъ 3000—3600 грм. Въ началѣ этого мѣсяца носовые и ушные хрящи еще мягки; ногти постепенно доходятъ до верхушки пальцевъ. Формы тѣла становятся болѣе округленными, пушковые волосы выпадаютъ, и къ концу 10-го мѣсяца плодъ представляетъ уже всѣ признаки полной зрѣлости.

Приведенныя здѣсь цифры для длины плода, а особенно для его вѣса, должны считаться только приблизительными. Среднія цифры, приводимыя различными акушерами, уклоняются другъ отъ друга довольно значительно.

6. Зрѣлый плодъ.

Зрѣлый плодъ имѣетъ 48—54 см. въ длину и вѣситъ 3000 — 3600 грм. Ширина въ плечахъ равняется 12 см., а въ тазобедренной области 9,5—10 см. Туловище и конечности имѣютъ округленную форму. Кожа представляется ярко-розовою и только въ области плеча и плечевого пояса еще покрыта легкимъ пушкомъ. На поверхности ея лежитъ болѣе или менѣе толстымъ слоемъ бѣловатая жирная сыровидная смазка (*vernix caseosa*). Голова покрыта темными въ большинствѣ случаевъ волосами, имѣющими 3 — 4 см. въ длину. Носовые и ушные хрящи тверды на-ощупь. Ногти тоже тверды и на верхнихъ конечностяхъ уже переходятъ за верхушки пальцевъ. Лички лежатъ въ мошонкѣ. Ядро

окоствєннїя въ нижнемъ эпифизѣ бедра имѣеть среднимъ числомъ $\frac{1}{2}$ стм. въ наибольшемъ размѣрѣ.

Зрѣлый младенецъ немедленно послѣ рожденїя кричитъ громкимъ голосомъ, сильно двигаетъ конечностями, открываетъ глаза и нерѣдко дѣлаетъ сосательныя движенїя. Спустя короткое или болѣе долгое время послѣ рожденїя онъ испускаетъ мочу и изъ задняго прохода т. наз. первородный калъ (месоциумъ).

Болѣе точнаго описанїя заслуживаетъ *головка* зрѣлаго младенца, такъ какъ она по своей твердости и своему объему имѣеть при родахъ особенно важное значенїе.

Головка состоитъ изъ черепа и лица, которое у новорожденныхъ еще имѣеть относительно малый объемъ. Черепъ состоитъ изъ двухъ лобныхъ костей, двухъ темянныхъ, двухъ височныхъ и одной затылочной. Швы и роднички еще не закрыты, такъ что кости черепа въ своихъ соединенїяхъ обладаютъ нѣкоторою подвижностью и смѣщаемостью. Эта смѣщаемость, въ связи съ нѣкоторою гибкостью черепныхъ костей, даетъ возможность черепу извѣстнымъ образомъ измѣнять свою форму при родахъ (способность конфигураціи).

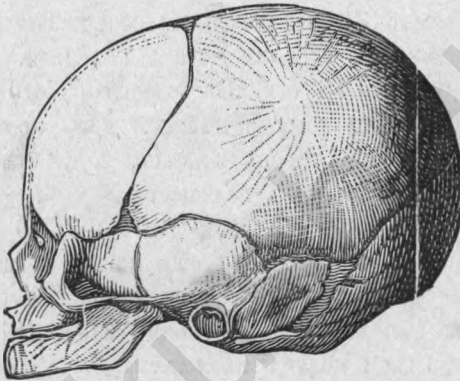


Рис. 16. Головка зрѣлаго младенца въ профиль.
Величина 1 : 2.

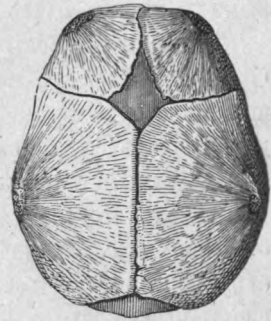


Рис. 17. Видъ черепа сверху, съ большимъ и малымъ родничками.

Между обѣими лобными костями идетъ лобный шовъ (*sutura frontalis*), между обѣими темянными — стрѣловидный шовъ (*sutura sagittalis*), между темянными и лобными — вѣнечный шовъ (*sutura coronalis*), тогда какъ затылочная кость отдѣлена отъ обѣихъ темянныхъ ламбдовиднымъ швомъ (*sutura lambdoidea*).

Большой или *лобный родничекъ* представляетъ широкій четырехугольный пробѣлъ между костями, закрытый фиброзною перепонкою, и лежитъ на передней части головы тамъ, гдѣ оба вѣнечные шва сходятся со стрѣловиднымъ и лобнымъ. Онъ имѣеть форму трапеціи. Края его, соответствующїе лобнымъ костямъ, болѣе длинны, чѣмъ тѣ, которые соответствуютъ темяннымъ костямъ; передній уголъ его представляется болѣе острымъ въ сравненїи съ заднимъ (форма бумажнаго змѣя).

Малый или *затылочный родничекъ* у зрѣлаго младенца обыкновенно представляетъ уже не пробѣлъ между костями, а только мѣсто соприкосновенія трехъ швовъ, именно стрѣловиднаго и обѣихъ вѣтвей ламбовиднаго. Слѣдовательно, стрѣловидный шовъ соединяетъ большой родничекъ съ малымъ.

Передне-боковые роднички (между лобною, темянною и клиновидною костями), равно какъ задне-боковые (между темянною, височною и затылочною), не имѣютъ акушерскаго значенія.

Головка зрѣлаго младенца имѣетъ въ среднемъ выводѣ слѣдующіе размѣры [они указаны были *Schroeder*'омъ ¹⁾ и подтверждены *Merkel*'емъ ²⁾]:

1. Прямой размѣръ (*diameter recta s. fronto-occipitalis*), идущій отъ *glabella* къ наиболѣе выдающейся точкѣ затылка, равняется $11\frac{3}{4}$ стм.

2. Большой поперечный размѣръ (*diameter transv. maj. s. biparietalis*), наибольшее разстояніе между обоими темянными буграми, равняется $9\frac{1}{4}$ стм.

3. Малый поперечный размѣръ (*diameter transv. min. s. bitemporalis*), наибольшее разстояніе между обоими вѣчныхными швами, равняется 8 стм.

4. Большой косою размѣръ (*diameter obliqua maj. s. mento-occipitalis*), идущій отъ подбородка къ наиболѣе удаленной точкѣ затылка, равняется $13\frac{1}{2}$ стм.

5. Малый косою размѣръ (*diameter obliqua min. s. suboccipito-bregmatica*), идущій отъ задней области шеи къ серединѣ большого родничка равняется $9\frac{1}{2}$ стм.

Окружность головки, измѣренная на уровнѣ *glabella* и *protuberantia occipitalis externa*, равняется 34 стм.

Встрѣчаются, впрочемъ, довольно значительныя уклоненія отъ такихъ среднихъ размѣровъ. Вообще у мальчиковъ головка имѣетъ нѣсколько большую величину, чѣмъ у дѣвочекъ. Значительныя уклоненія въ размѣрахъ головки нерѣдко бываютъ обусловлены индивидуальными различіями въ формѣ черепа.

На степень развитія зрѣлаго плода вліяютъ различныя обстоятельства. У мальчиковъ длина и вѣсъ тѣла, въ среднемъ выводѣ, болѣе значительны, чѣмъ у дѣвочекъ. Дѣти первородящихъ вѣсятъ въ среднемъ выводѣ меньше, чѣмъ дѣти многорожавшихъ. Наиболѣе развитыя дѣти рождаются будто бы при 9-й беременности [*Issmer* ³⁾]. Кромѣ того, длина и особенно вѣсъ тѣла увеличиваются съ возрастомъ матери. Женщины большого роста рожаютъ вообще болѣе тяжелыхъ и длинныхъ дѣтей. *Gassner* ⁴⁾ показалъ посредствомъ взвѣшиваній, что питаніе младенца пропорціонально питанію матери. Вѣсъ всего яйца относится къ вѣсу тѣла роженицы, въ среднемъ выводѣ, какъ 1:10,8. Вѣсъ младенца относится къ вѣсу яйца какъ 1:1,755.

Дѣвочки вообще имѣютъ болѣе обильный *panniculus adiposus*, тогда какъ

1) *Lehrb. d. Geburtshülfe*. 1891.

2) *Handbuch d. topographischen Anatomie*. Bd. I. 1885.

3) *Arch. f. Gynäk.* Bd. 30.

4) *Monatsschrift f. Geburtsk. u.* Bd. 19.

по розмірамъ головки онѣ обыкновенно нѣсколько уступають мальчикамъ. На 100 дѣвочекъ рождается среднимъ числомъ 106 мальчиковъ. Что ростъ обоихъ родителей и ихъ физическое развитіе могутъ имѣть опредѣляющее вліяніе на развитіе плода, объ этомъ свидѣтельствуетъ повседневный опытъ. Также на форму головы оказываютъ вліяніе черепа обоихъ родителей, а не одной матери ¹⁾. *La Torre* ²⁾ нашель, что вліяніе отца сказывается особенно на развитіи формы тѣла и превѣшиваетъ въ этомъ отношеніи вліяніе матери, отражающееся главнымъ образомъ на структурѣ внутреннихъ органовъ и на образованіи характера. Этотъ послѣдній пунктъ стоитъ въ противорѣчій съ болѣе старымъ очень распространеннымъ воззрѣніемъ, которое можетъ быть подтверждено многочисленными примѣрами изъ исторіи, а именно, что степень развитія умственныхъ способностей наследуется человѣкомъ отъ его матери, а характеръ и склонности—отъ отца (*Шопенгауеръ*).

Относительно того, какими причинами опредѣляется развитіе пола въ яйцѣ, мы располагаемъ только гипотезами. По одному воззрѣнію, господствовавшему въ древности ³⁾ и очень распространенному въ народѣ еще и теперь, мальчики происходятъ будто-бы изъ праваго яичника, а дѣвочки—изъ лѣваго. Это воззрѣніе достаточно опровергнуто экспериментальными изслѣдованіями *Vischhoff'a*, а также многократно констатированнымъ фактомъ, что женщины, у которыхъ былъ удаленъ путемъ операціи одинъ яичникъ, рожали дѣтей обоого пола. Роды разнополыми двойнями также наблюдались у оваріотомированныхъ женщинъ.

Другая теорія гласитъ, что развитіе пола уже предопредѣлено въ неоплодотворенномъ яйцѣ. Слѣдовательно, пришлось бы допустить, что существуютъ яйца женскія и мужскія. Но доказательства, которыя приводилъ *B. S. Schultze* въ пользу этого взгляда, вызвали сильныя возраженія (*Hensen*).

По другой гипотезѣ, развитіе пола опредѣляется лишь въ первое время эмбриональной жизни. Основываясь на наблюденіяхъ изъ растительнаго и животнаго царства, *Ploss* утверждалъ, что хорошее питаніе благопріятствуетъ развитію женскаго пола; но *Wappaeus*, на основаніи обширной статистики, оспариваетъ вѣрность этой гипотезы по отношенію къ человѣку, тогда какъ *Wilkins* въ новѣйшее время опять старался подтвердить ее своими изслѣдованіями на животныхъ. Опыты *Born'a*—впрочемъ не вполне свободные отъ возраженій—также свидѣтельствуютъ въ пользу того, что развитіе пола въ оплодотворенномъ яйцѣ, по крайней мѣрѣ у лягушекъ, можетъ опредѣляться вѣшними вліяніями. *Schlechter*, на основаніи очень обширнаго статистическаго матеріала, пришелъ къ тому результату, что съ улучшеніемъ коннозаводства увеличивается относительное число женскихъ рожденій; процентное число живорожденныхъ уменьшается, и притомъ для мужскаго пола въ большей степени, чѣмъ для женскаго.

По другой гипотезѣ, развитіе пола опредѣляется лишь въ моментъ оплодотворенія. Рѣшающее значеніе, по *Hofacker'u* и *Sadler'u*, здѣсь имѣетъ разность въ возрастѣ отца и матери: если отецъ старше матери, то рождается больше мальчиковъ; если отецъ и мать имѣютъ одинаковый возрастъ, то рождается нѣсколько меньше мальчиковъ, чѣмъ дѣвочекъ; если мать старше отца, то рождается еще больше дѣвочекъ. Но эта гипотеза оказалась несостоятельной (*Berner, Schuhmann*). Кромѣ того, противъ нея говорятъ значительный избытокъ мальчиковъ у пожилыхъ первородящихъ (*Ahlfeld*). По опытамъ *Thury*,

1) *Goenner. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 33.*

2) *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynéc. 1888.—Centralbl. f. Gynäk. 1894. № 31.*

3) Однако, ученіе это не исходитъ, какъ многіе думаютъ, отъ *Гипократа* (см. *Fasbender, Entwicklungslehre, Geburtsh. u. Gynäk. in den Hippokratischen Schriften. 1897.*)

здѣсь вліяютъ время плодотворнаго совокупленія; если оплодотвореніе происходитъ у животныхъ въ началѣ течки, то рождаются дѣтеныши женскаго пола, если же въ концѣ течки, то производятся на свѣтъ дѣтеныши мужскаго пола. *Coste* не могъ однако у кроликовъ подтвердить это наблюденіе. Многочисленные другіе опыты, произведенные послѣ *Thury* ¹⁾, свидѣтельствуютъ одни за, другіе противъ его теоріи. Что концентрація сѣмени не вліяетъ, какъ многіе думали, на развитіе пола,—это доказано экспериментальными изслѣдованіями *Pflüger*'а.

По теоріи *Janke*, основанной, впрочемъ, на статистическомъ матеріалѣ, который не вездѣ разработанъ съ должною критикою, оба пола въ моментъ плодотворнаго совокупленія вступаютъ въ борьбу между собою. Каждый полъ имѣетъ стремленіе вытѣснить другой, и побѣда остается за индивидуумомъ болѣе сильнымъ, лучше упитаннымъ, который въ моментъ совокупленія обладаетъ болѣею половую способностью. Слѣдовательно, мужчина, если онъ въ моментъ соитія обладаетъ болѣею половую способностью, произведетъ бы мальчика ²⁾.

Düsing ³⁾ исходитъ изъ точки зрѣнія естественнаго подбора. Для сохраненія вида требуется приблизительно одинаковое число особей обоюго пола. На свѣтъ производится тотъ полъ, размноженіе котораго выгодно для сохраненія вида. «Чѣмъ болѣе имѣется недостатокъ въ индивидуумахъ одного какого нибудь пола, чѣмъ болѣе поэтому требованія на половую дѣятельность предъ-являются имѣющимся индивидуумамъ одного какого нибудь пола, чѣмъ быстрее и въ болѣе молодомъ возрастѣ потребляются ихъ половые продукты, тѣмъ болѣе они производятъ индивидуумовъ того же самаго пола».

Теорія Шенка ⁴⁾ основана на томъ взглядѣ, что измѣненіемъ обмѣна веществъ можно вліять на образованіе того или другаго пола. Если усиливать процессы горѣнія настолько, что въ мочѣ болѣе не останется никакихъ способныхъ къ образованію тепла тѣлъ, то яйцо произведетъ индивидуума мужскаго пола. Напр., если въ мочѣ женщины находятся слѣды сахара, который посредствомъ особой діеты удается уничтожить, то женщина эта должна родить мальчика.

7. Положеніе плода въ маткѣ.

Положеніемъ плода въ маткѣ называютъ взаимное отношеніе ихъ продольныхъ осей. Если обѣ оси приблизительно совпадаютъ, то такое положеніе называется *продольнымъ* или *прямымъ*. Продольныя положенія дѣлятся, въ свою очередь, на *головныя* и *тазовыя*, смотря по тому, лежитъ-ли надъ тазомъ матери головка или тазовой конецъ плода („предлежащая часть“). Если обѣ продольныя оси перекрещиваются, то такое положеніе называется *поперечнымъ*. Такъ какъ и матка, и плодъ растутъ преимущественно въ длину, то продольное положеніе плода оказывается наиболѣе натуральнымъ и встрѣчается чаще всѣхъ остальныхъ: въ 99 % всѣхъ вообще случаевъ зрѣлый плодъ имѣетъ продольное положеніе. Слѣдовательно, для того, чтобы при зрѣломъ плодѣ возникло поперечное положеніе, обыкновенно требуются какія нибудь особенныя обстоятельства. Между продольными положеніями громадный перевѣсъ принадлежитъ головнымъ, которыя наблюдаются приблизительно въ 96 % всѣхъ вообще случаевъ.

¹⁾ Изъ новѣйшихъ изслѣдованій см. *Dunsmoor*, North western Lancet 1899. 15 August. см. *Jahrb. v. Frommel* t. 1899, стр. 586.

²⁾ См. *Herz*, Arch. f. wiss. u. pract. Tierheilkunde. Bd. 16.

³⁾ *Jenaische Zeitschr. f. Naturwissenschaft*. Bd. 17.

⁴⁾ *Leopold Schenk*, Theorie Schenk 1899.

Позиция плода обозначает направление его спинки относительно стѣнокъ матки. Если при продольномъ положеніи плода спинка его обращена влѣво, то такая позиция называется первою; если же спинка обращена вправо, то это называется второю позиціей. Первая позиция встрѣчается чаще второй при всѣхъ положеніяхъ, а особенно при черепныхъ. При поперечныхъ положеніяхъ спинка можетъ быть обращена или впередъ (первая позиция), или назадъ (вторая позиция). Въ этомъ случаѣ опять-таки чаще встрѣчается первая позиция (ср. главу о поперечномъ положеніи).



Рис. 18 (по В. S. Schultze) Сагитальный разрѣзъ беременной на послѣднемъ мѣсяцѣ. Черепное положеніе, первая позиция, нормальное членорасположеніе плода.

Перемены въ положеніи и позиціи плода въ ранніе мѣсяцы беременности наблюдаются очень часто, особенно у многородящихъ. Поперечныя положенія часто еще въ концѣ беременности превращаются въ головныя; рѣже бываетъ наоборотъ. Ягодичныя положенія тоже могутъ переходить въ головныя, и наоборотъ. Чѣмъ меньшую величину имѣетъ плодъ, тѣмъ легче онъ можетъ перемѣнять свое положеніе и свою позицию. Узкій тазъ, вялые брюшные покровы и относительно широкая полость матки благоприятствуютъ этимъ измѣненіямъ. Къ концу беременности положеніе и позиция плода дѣлаются болѣе постоянными, особенно у первобеременныхъ. Однако, перемѣна положенія плода можетъ еще послѣдовать за короткое время до родовъ и въ самомъ началѣ родового акта, а перемѣна позиціи — даже въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ.

Членорасположеніемъ плода называютъ положеніе его туловища относительно головки и конечностей. При нормальномъ членорасположеніи доношенный младенецъ лежитъ *изогнутый* соответственно яйцевидной формѣ полости матки и занимаетъ наивозможно меньше мѣста. Однако, это изогнутое членорасположеніе существуетъ уже въ такое время, когда плодъ далеко еще не выполняетъ всей полости матки. Поэтому давленіе

маточныхъ стѣнокъ не можетъ быть единственною причиною изогнутаго членорасположенія плода ¹⁾. Позвоночникъ сильно согнутъ, головка наклонена впередъ, верхнія конечности, согнутыя въ локтевомъ суставѣ, прилегаютъ къ груди (см. рис. 18). Нижнія конечности притянуты къ животу, колѣни согнуты, обѣ стопы сильно разогнуты, такъ что тыльная ихъ поверхность притянута къ голенямъ. Обѣ подошвы обращены обыкновенно одна къ другой. На брюшной сторонѣ плода, между его верхними и нижними конечностями, обыкновенно лежитъ нѣсколько петель пуповины. Это нормальное членорасположеніе подвергается во время беременности лишь чрезвычайно скоропреходящимъ измѣненіямъ вслѣдствіе движеній конечностей плода, но почти никогда оно не подвергается при живомъ плодѣ продолжительному измѣненію, между тѣмъ какъ во время родовъ измѣненія въ членорасположеніи плода встрѣчаются нерѣдко. Мертвый плодъ даже во время беременности часто принимаетъ ненормальное членорасположеніе.

Много спорили о томъ, отъ какой причины зависитъ столь частое предлежапіе черепа. Опыты съ плаваніемъ плода показываютъ, что головка устанавливается ниже тазового конца и что правое плечо обращено внизъ ²⁾. Это обусловлено большимъ вѣсомъ головки и печени. При вертикальномъ положеніи женщины передняя стѣнка матки стоитъ ниже задней. Слѣдовательно, если правая, ниже стоящая сторона плода прилегаетъ къ передней стѣнкѣ матки, то головка оказывается приблизительно на маточномъ зѣвѣ и спянка опускается влѣво и впередъ. Этимъ будто бы и объясняется большая частота первой черепной позиціи въ сравненіи со второю.

Другіе авторы, и особенно *Simpson*, утверждали, что плодъ въ маткѣ всегда занимаетъ то положеніе, которое для него наиболѣе удобно. Если сравнить форму плода съ формою матки, то окажется, что это наиболѣе удобное положеніе плода и есть именно головное положеніе, такъ какъ головка очень удобно можетъ помѣститься въ чашкообразномъ нижнемъ сегментѣ матки. Если же плодъ займетъ другое положеніе, то онъ подвергается давленію со стороны стѣнокъ матки. На это давленіе плодъ реагируетъ рефлекторными движеніями, которыя продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока онъ приметъ свое наиболѣе удобное положеніе.

Еще другіе авторы приводятъ въ объясненіе, между прочимъ, частичныя сокращенія матки, давленіе ея стѣнокъ и неподатливость передней брюшной стѣнки.

Причину для преобладанія перваго черепного положенія *Hasse* ³⁾ ищетъ въ лѣвостороннемъ положеніи прямой кишки и зависящемъ отъ этого положеніи матки и въ конфигураціи всего тазового пространства. Благоприятствующимъ моментомъ служатъ далѣе очень частый лѣвосторонній сколіозъ таза, соответствующій правостороннему сколіозу позвоночника.

8. Физиологія плода.

Питаніе яйца въ маткѣ происходитъ въ первое время отчасти изъ желтка пупочнаго пузырька, а отчасти чрезъ ворсинки хоріона, ко-

¹⁾ *Fr. Merkel*, Menschliche Embryonen etc. auf Medianschnitten untersucht. 1894.—*B. Schultze*, Wien. med. Blätter. 1892. № 4 u. 30.

²⁾ *G. Veit*, Beiträge z. Geburtsk. u. Gynäk. von *Scanzoni*, Bd. 4.—*Mech*, Arch. f. Gynäk. Bd. 20.

³⁾ *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 19.—См. также *B. Schultze*, Wiener med. Blätter. 1892, № 4 u. 30.

торыя на-подобіе маленькихъ корешковъ вѣдряются въ опадающую оболочку и путемъ осмоза принимаютъ отъ матери питательный матеріаль. Впослѣдствіи, когда уже образовались *vasa omphalo-mesenterica*, они доставляютъ зародышу для его питанія остатокъ желтка изъ пупочнаго пузырька. Ближайшія подробности этого способа питанія совершенно неизвѣстны.

Затѣмъ мало по малу развивается *система пупочнаго кровообращенія*, которая снабжаетъ ворсинки кровью плода. Обѣ системы кровообращенія существуютъ нѣкоторое время рядомъ, а затѣмъ первая постепенно исчезаетъ, и съ образованіемъ плаценты кровообращеніе *приходитъ въ тѣ условія, въ которыхъ оно уже остается до конца беременности.*

Пупочныя артеріи доставляютъ кровь плода къ плацентѣ, въ ворсинкахъ которой онѣ распадаются на волосные сосуды. Изъ этихъ послѣднихъ кровь, сдѣлавшаяся въ плацентѣ артеріальною, доставляется чрезъ пупочную вену обратно къ плоду. Пупочная вена изливаетъ свою кровь въ нижнюю полую вену отчасти прямо чрезъ *ductus venosus Arantii*, а отчасти чрезъ посредство сосудистой системы печени. Изъ нижней полой вены кровь идетъ въ правое предсердіе, затѣмъ чрезъ овальное отверстіе въ лѣвое предсердіе, въ лѣвый желудочекъ и, наконецъ, въ восходящую аорту. Верхняя полая вена, собирающая кровь изъ верхней половины тѣла, изливаетъ ее въ правое предсердіе, затѣмъ въ правый желудочекъ, въ легочную артерію и чрезъ Боталловъ протокъ въ нисходящую аорту, изъ которой кровь попадаетъ опять въ пупочныя артеріи.

Это анатомическое расположеніе, благодаря которому вся кровь плода должна обязательно проходить чрезъ плаценту, уже само по себѣ даетъ право предположить, что въ плацентѣ совершаются процессы важные для внутриматочнаго существованія плода. И дѣйствительно, результаты очень кропотливыхъ естественно-историческихъ изысканій свидѣтельствуютъ, что плацента есть тотъ органъ, въ которомъ плодъ принимаетъ отъ матери *кислородъ* и *питательный матеріаль*. Слѣдовательно, она возмѣщаетъ у плода функцію легкихъ и всасывающую дѣятельность пищеварительнаго аппарата. Въ случаѣ отслойки плаценты отъ своего ложа, жизнь плода прекращается. Цѣлость децидуальнаго и пупочнаго кровообращенія составляетъ необходимое условіе существованія плода.

Дѣло въ томъ, что плодъ въ маткѣ не представляетъ только часть материнскаго организма и растетъ не такъ, какъ какое нибудь новообразование на материнской почвѣ, а обладаетъ въ качествѣ самостоятельнаго индивидуума *собственнымъ обмѣномъ веществъ* ¹⁾. Источникъ, изъ котораго плодъ беретъ вещества для построенія своего тѣла, находится, конечно, въ материнскомъ организмѣ; вещества, потребленные въ организмѣ плода, большею частью тоже отводятся въ материнскую сосу-

¹⁾ Gusserow, Arch. f. Gynäk. Bd. 3.—Preyer, Physiologie des Embryo. 1885.

дистую систему. Материнскій организмъ составляетъ для плода какъ бы внѣшній міръ, изъ котораго онъ заимствуетъ средства къ удовлетворенію своей потребности дыханія и питанія. вмѣстѣ съ жизнью матери угасаеъ и жизнь плода.

Обмѣнъ веществъ въ тѣлѣ плода доказанъ прежде всего тѣмъ фактомъ, что плодъ образуетъ теплоту. Температура зрѣлаго плода, какъ свидѣтельствуютъ точныя измѣренія, превышаетъ приблизительно на $0,3 - 0,5^{\circ}$ температуру матки. Если плодъ умираетъ, то температура его уравнивается съ температурою матки.

Переходъ *кислорода* изъ материнской крови въ сосуды ворсинокъ дѣтской плаценты доказанъ спектроскопическимъ находеніемъ оксигемоглобина въ крови пупочной вены [*Zweifel* ¹⁾], а также констатированною при опытахъ надъ животными разницею окраски крови въ пупочной венѣ и пупочныхъ артеріяхъ: въ первой кровь имѣетъ алый, а въ послѣднихъ—темнокрасный цвѣтъ. Если ограничить у беременной самки притокъ кислорода, то алая кровь въ пупочной венѣ плода становится темною и принимаетъ венозный характеръ.

Затѣмъ клиническія наблюденія и многочисленныя экспериментальныя изслѣдованія доказываютъ, что продолжительная остановка плацентарнаго кровообращенія или отслойка плаценты влечетъ за собою смерть плода. Вскрытіе умершаго плода обнаруживаетъ признаки асфиктической смерти: плодъ умеръ отъ недостатка кислорода.

Это состояніе, въ которомъ плодъ получаетъ кислородъ безъ активнаго дыханія, извѣстно подъ именемъ *арноэ*. Состояніе это прекращается, какъ только нарушена доставка кислорода: наступаетъ *дурноэ*, и дремавшій до тѣхъ поръ дыхательный центръ производитъ *первое вдыхательное движеніе*. Физиологически это первое вдыханіе наступаетъ тотчасъ послѣ рожденія младенца. Благодаря уменьшенію матки, отслаивается плацента, внезапно является недостатокъ въ кислородѣ, и результатомъ этого оказывается первое вдыханіе. Но если доставка кислорода еще во время находенія плода въ полости матки будетъ воспрепятствована вслѣдствіе какой нибудь случайности, напр. вслѣдствіе прижатія пуповины, то и въ такомъ случаѣ результатъ будетъ тотъ же самый: плодъ въ маткѣ начинаетъ дышать, онъ дѣлаетъ «*преждевременныя дыхательныя движенія*» ²⁾. Но такъ какъ движенія эти не доставляютъ ему кислорода, а только присасываютъ въ воздухоносные пути составныя части той среды, въ которой плодъ помѣщается, то онъ быстро погибаетъ отъ задушенія. Поэтому при анатомическомъ вскрытіи плода, умершаго отъ задушенія въ полости матки, почти всегда находятъ наряду съ признаками асфиктической смерти постороннія вещества въ воздухоносныхъ путяхъ, попавшія туда вслѣдствіе преждевременныхъ дыхательныхъ движеній, а именно околоплодную жидкость, кровь или также

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 9.

²⁾ Schwartz, Die vorzeitigen Athembewegungen. 1858.

первородный калъ, который во время асфиксіи былъ выдѣленъ въ околоплодную жидкость.

Слѣдовательно, переходъ *кислорода* чрезъ плаценту отъ матери къ плоду доказанъ съ достаточною точностью. Но потребление кислорода плодомъ, какъ свидѣлствуютъ экспериментальныя изслѣдованія, оказывается значительно меньшимъ, нежели у матери. Поэтому плодъ сравнительно дольше можетъ вынести прекращеніе доставки кислорода, и именно, какъ показываютъ клиническія наблюденія, тѣмъ дольше, чѣмъ въ болѣе молодомъ возрастѣ онъ находится.

Гораздо болѣе затруднительнымъ представляется вопросъ о томъ, *какимъ образомъ плодъ получаетъ отъ матери остальные свои питательныя вещества*. Для уясненія этого вопроса вводили въ материнскую систему кровообращенія, какъ при опытахъ надъ людьми, такъ и при опытахъ надъ животными, легко опредѣляемая химическимъ анализомъ вещества и затѣмъ удостовѣрялись, перешли-ли эти вещества въ тѣло плода. Результатъ многочисленныхъ изслѣдованій, произведенныхъ въ этомъ направленіи, преимущественно подъ руководствомъ *Gusserow'a* ¹⁾, сводится къ тому, что растворимыя вещества всѣ безъ исключенія переходятъ отъ матери къ плоду. Мѣсто этого перехода лежитъ въ плацентѣ. Что касается газовъ, то, помимо кислорода, этотъ переходъ отъ матери къ плоду доказанъ въ отношеніи хлороформа и окиси углерода. Относительно же того, могутъ-ли морфологическіе элементы при нормальныхъ условіяхъ переходить чрезъ плаценту отъ матери къ плоду, до сихъ поръ еще существуетъ между авторами разногласіе.

Слѣдовательно, по всѣмъ этимъ опытамъ, переходъ воды и растворенныхъ въ материнской крови питательныхъ веществъ, напр. сахара и растворимыхъ солей, совершается безъ всякаго труда. Невыясненнымъ, однако, еще остается переходъ бѣлка, который трудно и медленно диффундируетъ. Весьма вѣроятно, что эпителий ворсинокъ обладаетъ какими-то функциональными свойствами, регулирующими переходъ питательнаго матеріала. Предполагали также, что бѣлокъ и другія вещества доставляются плоду безцвѣтными кровяными тѣльцами, эмигрирующими къ нему отъ матери чрезъ плаценту. *Rauber* нашелъ, что кровь въ пупочной венѣ всегда болѣе богата безцвѣтными кровяными тѣльцами, чѣмъ въ пупочныхъ артеріяхъ. Если это наблюденіе справедливо, то оно, конечно, свидѣлствовало бы съ большимъ вѣроятіемъ о непрерывномъ переходѣ безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ отъ матери къ плоду. Однако, другіе авторы рѣшительно это оспариваютъ (*Sänger*).

Какимъ образомъ плодъ образуетъ для построенія своего тѣла новые матеріалы, напр. гѣмоглобинъ, затѣмъ имѣющійся почти во всѣхъ органахъ гликогенъ, клей, жиръ,—это до сихъ поръ еще совершенно не выяснено. *Fehling* ²⁾ своими весьма кропотливыми изслѣдо-

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 3, 12, 13, 14, 22, 23, 31, 32, 37.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 11; Das Dasein vor der Geburt. Antrittsvorlesung. 1887.

ваніями доказаль, что наростаніе тканей въ первые мѣсяцы идетъ всего энергичнѣе, а затѣмъ довольно равномерно уменьшается до самаго рожденія, и только относительный приростъ жира увеличивается во все продолженіе беременности.

Что касается *конечныхъ продуктовъ обмена веществъ*, то углекислота несомнѣнно отводится кровью пупочныхъ артерій и принимается материнскимъ организмомъ. Что другіе продукты идутъ тѣмъ же путемъ, это весьма вѣроятно въ виду опытовъ *Savory* и *Gusserow'a* ¹⁾. Слѣдовательно, плацента представляетъ вмѣстѣ съ тѣмъ выдѣлительный органъ и поэтому авторы справедливо говорятъ о плацентарномъ *газообмѣнѣ* (плацентарное дыханіе) и плацентарномъ *размѣнѣ веществъ*. Образование мочевины въ тѣлѣ плода не можетъ быть оспариваемо, хотя постоянство секреторной дѣятельности почекъ и испусканія мочи въ околоплодную жидкость еще и до сихъ поръ составляетъ предметъ большихъ споровъ. Кромѣ того, потребленныя вещества отводятся еще кожными выдѣленіями и первороднымъ каломъ.

Играетъ-ли околоплодная жидкость какую нибудь роль въ питаніи плода, это очень невѣроятно. По составу своему она можетъ считаться гораздо скорѣе выдѣлительнымъ продуктомъ, чѣмъ питательною жидкостью. Но, конечно, обильное нахожденіе пушковыхъ волосъ въ первородномъ калѣ, которые могутъ попадать въ кишечный каналъ только путемъ проглатыванія, даетъ право думать, что плодъ часто глотаетъ околоплодную жидкость. Слѣдовательно, возможно, что часть требуемой для него воды плодъ получаетъ изъ околоплодной жидкости. Но случаи закрытія пищевода у зрѣлыхъ живорожденныхъ младенцевъ доказываютъ, что плодъ можетъ и безъ глотанія околоплодной жидкости достигнуть полной зрѣлости.

Отправленія органовъ плода и производимая имъ механическая работа. — Объ отдѣлительной функціи почекъ мы уже вкратцѣ упоминали. Здѣсь же мы должны еще упомянутьъ объ *отправленіяхъ печени*, которымъ по преимуществу обязанъ своимъ происхожденіемъ *первородный калъ (месоніит)*. Послѣдній имѣетъ черновато-зеленый цвѣтъ, кашицеобразную и нѣсколько вязкую консистенцію. Онъ довольно плотно выползаетъ прямую кишку и нижній отдѣлъ толстыхъ кишокъ. Вѣсовое количество его составляетъ 60 — 90 грм. Химическій анализъ обнаруживаетъ въ немъ желчные пигменты, желчныя кислоты, холестеринъ, эпидермоидальныя клѣтки, кишечный эпителий и пушковые волосы. Продукты гніенія и газы въ немъ отсутствуютъ. Онъ почти не имѣетъ запаха. Поступательное движеніе его изъ тонкой кишки въ толстую предполагаетъ у плода *кишечную перистальтику*. Выдѣленія первороднаго кала въ околоплодную жидкость при нормальныхъ условіяхъ не происходитъ. Наоборотъ, оно происходитъ часто при асфиксіи плода и за-

¹⁾ *ibid.* Bd. 13.

висить здѣсь, очевидно, отъ усиленной въ это время перистальтики кишекъ. Весьма любопытенъ тотъ фактъ, что послѣ употребленія матерью большихъ дозъ хинина околоплодная жидкость часто оказывалась содержащею первородный калъ.

Кожныя выдѣленія плода образуютъ собою сыровидную смазку (*vernix caseosa*). Она состоитъ изъ жира, выдѣленнаго сальными железами, и смѣшана съ эпидермоидальными чешуйками и пушковыми волосами.

Особенный интересъ представляютъ *сердечныя сокращенія* плода и *самостоятельныя движенія* его. Сердце начинаетъ свою дѣятельность, вѣроятно, еще до третьей недѣли беременности. Но доступными для выслушиванія чрезъ животъ беременной сердечныя тоны ставаются лишь съ конца 5-го мѣсяца. Частота ихъ у доношеннаго младенца составляетъ около 140 въ минуту; но въ болѣе ранніе мѣсяцы беременности она бываетъ еще болѣе значительною. Движенія плода и повышеніе температуры у матери увеличиваютъ частоту его сердечныхъ тоновъ. При лихорадочномъ состояніи у матери частота сердечныхъ тоновъ плода идетъ довольно параллельно съ движеніемъ температуры ея тѣла. Недостатокъ кислорода обыкновенно въ первое время замедляетъ сердечныя тоны (раздраженіе блуждающаго нерва), тогда какъ незадолго передъ наступленіемъ асфиктической смерти они учащаются (параличъ блуждающаго нерва).

Самостоятельныя движенія плода были уже наблюдаемы на abortивныхъ яйцахъ въ концѣ третьяго мѣсяца. Но беременная замѣчаетъ движенія плода лишь около 20-й недѣли. Они теперь достаточно сильны уже для того, чтобы могли изъ матки, тѣсно прилегающей къ брюшной стѣнкѣ, возбуждать чувствительные нервы кожи живота. Ощущаемыя движенія плода состоятъ отчасти въ томъ, что онъ ударяетъ своими ножками о маточную стѣнку, а отчасти въ томъ, что онъ выпрямляетъ свое туловище. Движенія эти повторяются черезъ большіе или меньшіе промежутки времени и съ дальнѣйшимъ ходомъ беременности становятся болѣе сильными и частыми. Болѣе сильныя движенія матери и повышеніе температуры ея тѣла, повидимому, усиливаютъ и учащаютъ движенія плода.

Описанная здѣсь *зависимость плода отъ матери* показываетъ, что расстройства питанія, дыханія, кровообращенія и температуры материнскаго организма не могутъ не имѣть вліянія на плодъ. Далѣе, изъ того факта, что растворенныя и газообразныя вещества, а можетъ быть и морфологическіе элементы, переходятъ чрезъ плаценту отъ матери къ плоду, немедленно возникаетъ вопросъ, вовлекается-ли плодъ въ сочувственное заболѣваніе при отравленіяхъ матери, при употребленіи ею лекарственныхъ веществъ, а особенно при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ ея, и если вовлекается въ заболѣваніе, то какимъ именно образомъ. Этотъ интересный вопросъ будетъ нами рассмотрѣнъ въ послѣдующихъ главахъ.

Теория *Schwartz'a* ¹⁾, что ближайшею причиною первого вдыханія служитъ отсутствіе кислорода, а не раздраженіе чувствительныхъ нервовъ кожи плода послѣ его рожденія, остается, несмотря на всѣ возраженія [*Preyer* ²⁾, *Heinricius* ³⁾], неопровергнутою до сихъ поръ и приобрѣла въ новѣйшее время еще одну важную опору, благодаря экспериментальнымъ изслѣдованіямъ *Cohnstein'a* и *Zuntz'a* ⁴⁾, а также и автора этой книги ⁵⁾. Кромѣ того, *Cohnstein* и *Zuntz* доказали анализами крови плода (у овецъ), что кровь пупочной вены дѣйствительно содержитъ больше кислорода и меньше углекислоты, чѣмъ кровь пупочныхъ артерій.

Что касается спорнаго перехода морфологическихъ элементовъ и организованныхъ болѣзнетворныхъ агентовъ отъ матери къ плоду, то нѣкоторые авторы считаютъ возможнымъ допустить его лишь въ такихъ случаяхъ, когда плацентарная перегородка между матерью и плодомъ повреждена вліяніемъ родового акта или преждевременными потугами. Другіе же допускаютъ возможность этого перехода и при полной цѣлости плаценты.

Что почки плода отдѣляютъ мочу, это въ настоящее время едва-ли уже кѣмъ нибудь оспаривается. Только постоянство отдѣленія мочи и періодическое изверженіе ея въ околоплодную жидкость, какъ мы уже упоминали на стр. 21, не признается нѣкоторыми авторами, вопреки противоположнымъ увѣреніямъ *Gusserow'a*, *Dührssen'a*, *Wiener'a*, *Nagel'a* и др. *Cohnstein* и *Zuntz* при своихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ нашли, что условія давленія въ почкахъ плода (у млекопитающихъ животныхъ) при нормальномъ состояніи очень неблагоприятны для болѣе сильнаго и постояннаго отдѣленія мочи. Точно также опыты *Schaller'a* ⁶⁾ съ флоридиномъ говорятъ противъ существованія правильнаго отдѣленія и выдѣленія мочи. Напротивъ того, *Döderlein* ⁷⁾ въ новѣйшее время самымъ точнымъ образомъ доказалъ относительно рогатаго скота, что зародышъ во всѣхъ стадіяхъ своего развитія отдѣляетъ мочу, которая накапливается въ мочевомъ мѣшкѣ. Съ другой стороны, аномалии развитія доказываютъ, что при отсутствіи обѣихъ почекъ плодъ можетъ достигнуть полной зрѣлости. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ совсѣмъ не было околоплодной жидкости ⁸⁾.

Изслѣдованія крови плода производились до сихъ поръ почти исключительно на животныхъ. Въ виду этого обстоятельства, произведенныя подъ руководствомъ *Александра Шмидта* (въ Дерптѣ) изслѣдованія крови *человѣческаго плода* ⁹⁾, взятой изъ пуповины непосредственно послѣ его рожденія, прежде чѣмъ наступило первое вдыханіе, представляютъ особенный интересъ, тѣмъ болѣе, что самые методы изслѣдованія отличались здѣсь гораздо большею точностью въ сравненіи съ примѣнявшимися до сихъ поръ. Оказалось, что въ моментъ рожденія младенца удѣльный вѣсъ кровяной сыворотки его бываетъ гораздо болѣе низкій, чѣмъ у взрослыхъ, тогда какъ цѣльная кровь имѣетъ приблизительно тотъ же удѣльный вѣсъ, какъ и у взрослыхъ. При этомъ содер-

1) Die vorzeitigen Athembewegungen. 1858. Arch. f. Gynäk. Bd. 1.

2) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 7.

3) Zeitschrift f. Biologie. Bd. 26.

4) *Pflüger's* Arch. Bd. 42.

5) Arch. f. Gynäk. Bd. 46.

6) Arch. f. Gynäk. Bd. 57.—См. также *P. Strassmann*, Arch. f. Physiol. 1899. Supplement.

7) Arch. f. Gynäk. Bd. 37.

8) *Hoenes*, Ueber einen Fall von angeborenem Mangel beider Nieren. Dissertation, Bonn. 1895.

9) *F. Krüger*, Ueber das Verhalten des fötalen Blutes im Momente d. Geburt. Dissertation, Dorpat. 1886.—*D. Scherenziss*, Untersuchungen über das fötale Blut im Momente d. Geburt. Dissertation, Dorpat. 1888.

жаніе гемоглобина бываетъ нѣсколько меньшее, чѣмъ у взрослыхъ людей. Слѣдовательно, красныя кровяныя тѣльца должны быть чрезвычайно богаты стро-
мою. Растворимыя составныя части, въ томъ числѣ и гемоглобинъ, лишь весьма слабо соединены со стро-
мою. *Красныя кровяныя тѣльца легко разруша-
ются.* Далѣе оказалось, что кровь плода *свертывается очень медленно* и что содержаніе въ ней фибрина менѣе значительно, чѣмъ среднее содержаніе его у роженицъ по изслѣдованіямъ *Nasse*. Кровь плода *болѣе богата солями*, чѣмъ кровь взрослыхъ, и особенно рѣзко бросается въ глаза большее содержаніе нерастворимыхъ солей въ цѣльной крови. Соотвѣтственно этимъ даннымъ *J. Veit*¹⁾, опредѣлявшій осмотическое давленіе между матерью и плодомъ, нашелъ, что точка замерзанія крови плода въ моментъ рожденія нѣсколько ниже, чѣмъ у материнской крови. Осмотическое давленіе крови плода такимъ образомъ нѣ-
сколько выше. Яйцевыя оболочки обладаютъ свойствомъ проницаемой перепонки, хотя въ ограниченномъ смыслѣ. Проницаемость присуща также и плацентѣ, но она регулируетъ свои осмотическія условія посредствомъ особой свойственной ей функціи. Иначе невозможно было бы объяснить, какимъ образомъ происходитъ воспріятіе солей изъ материнской крови, болѣе бѣдной солями. Недавно появившіяся изслѣдованія *Kroenig*'а и *Füth*'а²⁾ доказываютъ, напротивъ, что существуетъ осмотическое равновѣсіе между материнской и дѣтской кровью. *Halbau*³⁾ старался изслѣдовать аглютинаціонную способность крови, какъ плода, такъ и матери. Оказалось, что существуетъ значительная разниця въ этомъ отношеніи между той и другой кровью. Не входя въ дальнѣйшій разборъ разногласій, отмѣчаемыхъ въ упомянутыхъ работахъ, укажемъ только на то, что работы эти продолжаясь, обѣщаютъ привести къ важнѣйшимъ заключеніямъ относительно физиологіи и патологіи плода и новорожденнаго въ первые дни жизни.

III. Анатомическія и физиологическія измѣненія организма матери во время беременности.

1. Измѣненія половыхъ и сосѣднихъ съ ними органовъ.

Измѣненія половыхъ органовъ и беременной женщины отличаются вообще *увеличеніемъ массы ихъ тканей*, которое обусловлено отчасти гипертрофіей и гиперплазіей тканевыхъ элементовъ, а отчасти серознымъ пропитываніемъ органовъ.

Всего сильнѣе увеличивается въ объемъ матка, которая вы-
ростааетъ изъ малаго таза въ брюшную полость, затѣмъ подъ конецъ бе-
ременности доходитъ до подложечной впадины и, увеличиваясь во всѣхъ на-
правленіяхъ, сильно растягиваетъ брюшные покровы и значительно уве-
личиваетъ окружность живота.

Этотъ ростъ матки основанъ въ первое время беременности на такъ называемой эксцентрической гипертрофіи. Стѣнки ея увеличиваются въ длину и толщину, безъ того чтобы яйцо въ первое время выполнило всю полость ея. Но въ дальнѣйшемъ теченіи беременности матка увеличивается подъ влияніемъ растяженія, производимаго растущимъ яйцомъ. Между тѣмъ какъ въ дѣтственномъ состояніи матка имѣетъ 6,5 — 7 см. въ длину, она подъ конецъ беременности увеличивается до 35 — 37 см. въ длину,

1) *J. Veit*, Zeitschr. f. Geburt u. Gynäk. Bd. 42.

2) Monatschr. f. Geburt. u. Gynäk. Bd. 13. 1901.

3) Wien. klin. Wochenschr. 1900. № 24.

24—26 стм. въ ширину и 23—24 стм. въ направленіи сзади напередъ. Полость ея подь конецъ беременности оказывается въ 519 разъ большею, чѣмъ въ дѣвственномъ состояніи (*Krause*), тогда какъ въсь ея увеличивается въ 21—24 раза (*Meckel*). Толщина маточныхъ стѣнокъ увеличивается примѣрно до 5-го мѣсяца, затѣмъ перестаетъ увеличиваться, а къ концу беременности скорѣе даже нѣсколько уменьшается. Впрочемъ, она представляетъ большія индивидуальныя различія (примѣрно отъ 5 до 10 мм. въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности).

Форма матки постепенно превращается изъ грушевидной въ яйцевидную. Полость матки теряетъ свою треугольную форму и тоже становится яйцевидною. Особенно сильно растетъ дно матки, которое при этомъ выгибается вверхъ на-подобіе купола, такъ что оно стоитъ значительно выше области прикрѣпленія Фаллопиевыхъ трубъ.

Нормальная anteflexio uteri увеличивается. Матка прилегаетъ своимъ тѣломъ и дномъ къ передней брюшной стѣнкѣ. При этомъ дно ея часто бываетъ наклонено нѣсколько вправо, и вся матка повернута около своей продольной оси въ томъ же направленіи, такъ что лѣвый край ея обращенъ болѣе впередъ. Беременная матка обладаетъ въ значительной степени пассивною подвижностью и измѣняетъ свое положеніе, смотря по различнымъ положеніямъ беременной. При положеніи на правомъ боку дно матки опускается вправо, тогда какъ шейка ея отклоняется нѣсколько въ лѣвую сторону. При положеніи на лѣвомъ боку происходитъ обратное. При положеніи на спинѣ матка ложится на позвоночникъ, тогда какъ при стоячемъ положеніи она опирается главнымъ образомъ на переднюю брюшную стѣнку. Кишки помѣщаются по обѣ стороны матки, позади и сверху отъ нея (ср. рис. 18).

Между тѣмъ какъ брюшинный покровъ слѣдуетъ за громаднымъ расширеніемъ матки и утолщается лишь незначительно, *мышечный слой* дна и тѣла матки *презвычайно разрастается* вслѣдствіе увеличенія числа и объема мышечныхъ волоконъ. Каждое волокно увеличивается примѣрно въ 7—11 разъ въ длину и въ 2—5 разъ въ ширину. Но новообразование мышечныхъ элементовъ происходитъ, повидимому, только въ первой половинѣ беременности. Лежащая между мышечными волокнами соединительная ткань тоже разрастается и становится болѣе рыхлою. Всѣ кровеносныя и лимфатическія сосуды значительно увеличиваются въ длину и въ калибръ. Артеріи, вступающія въ матку ¹⁾ и тамъ находящіяся, принимаютъ извилистое направленіе на-подобіе пробочника. Свообразный видъ артерій на мѣстѣ плаценты былъ уже описанъ выше. Расширяются также значительно и вены, идущія какъ внутри матки, такъ и возлѣ нея. Вся маточная стѣнка унизана густымъ сплетеніемъ, которая по поверхности органа состоятъ изъ толстыхъ вѣтвей, а ближе къ *mucosa* изъ болѣе тонкихъ вѣтокъ. Въ особенности у боковыхъ сторонъ маточной шейки вены обра-

¹⁾ Nagel, Arch. f. Gynäk. Bd. 53.

зуютъ очень густую сѣть, промежутки которой выполнены разрыхленной соединительной тканью параметрія (см. рис. 17). Также нервы удлинняются и утолщаются, послѣднее особенно влѣдствіе разростаія неврилеммы. Ganglion cervicale тоже значительно увеличивается въ объемѣ.

Маточная шейка принимаетъ въ этомъ ростѣ лишь незначительное участіе. Влагалищная часть представляется на-ошупъ разрыхленной, болѣе мягкой и шероховатой, и имѣетъ во второй половинѣ беременности

синеватый цвѣтъ. Съ выростаніемъ матки въ полость большого таза влагалищная часть тоже отодвигается вверхъ и становится труднѣе достижимою для пальца.

Замѣчательное превращеніе слизистой оболочки матки въ отпадающую оболочку уже описано на стр. 10. Отпадающая оболочка оканчивается у внутренняго маточнаго зѣва. Эпителій цервикальнаго канала остается сохраннымъ, но не производитъ мерцательныхъ движеній. Слизистая оболочка шейки имѣетъ очень неровную поверхность и отдѣляетъ обильное количество секрета, такъ что весь цервикальный каналъ наполненъ большою вязкою слизистою пробкою. По-

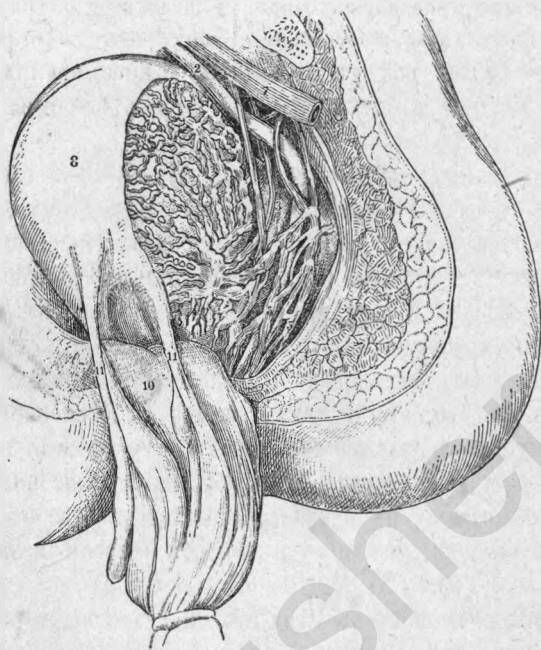


Рис 19.

Вены внутреннихъ половыхъ частей у беременной женщины съ ихъ множественными анастомозами (по Nagel'ю).

Видъ правой половины таза сзади послѣ удаленія крестцовой кости. 3. Vena uterina. 4. 4. Корни Vena utero-vaginalis. 5. 5. Корни V. vesico-vaginalis. 7. Vena hypogastrica. 2. Мочеточникъ. 8. Матка. 10. Прямая кишка. 11. 11. Lig. recto-uterina.

видимому, можно считать за правило, что цервикальный каналъ до самаго конца беременности остается сохраннымъ и не идетъ на образованіе маточной полости. Если, тѣмъ не менѣе, цервикальный каналъ оказывается иногда подъ конецъ беременности нѣсколько болѣе расширеннымъ въ области внутренняго маточнаго зѣва, то это, повидимому, зависитъ отъ необычайно сильныхъ сокращеній беременной матки (*Schroeder* и его ученики).

Расположеніе мышечныхъ волоконъ въ беременной маткѣ отличается чрезвычайною запутанностью и до сихъ поръ еще не вполне изучено. По изслѣдованіямъ *C. Ruge* и *Keuller'a*¹⁾, мускулатура матки подъ конецъ беременности

¹⁾ Dissertation. Berlin. 1880.

состоять изъ мышечнымъ пластинокъ, расположенныхъ слоями одна надъ другою. Отдѣльныя пластинки начинаются отъ брюшины и, направляясь косвенно внизъ и внутрь, пронизываютъ всю стѣнку матки. Пластинки эти во всѣхъ направлѣнiяхъ соединены между собою при помощи промежуточныхъ перекладинъ. *Bayer*¹⁾ констатировалъ, что мышечныя волокна переходятъ въ матку отъ Фаллопiевыхъ трубъ, маточныхъ и яичниковыхъ связокъ и могутъ быть въ ней прослѣжены на далекомъ разстоянii, образуя, такъ сказать, основу для остальной мускулатуры матки. Расширенiе матки во время беременности происходитъ, по *Bayer*'у, преимущественно путемъ разъединенiя и перемѣщенiя мышечныхъ листковъ. Это разъединенiе послѣднихъ совершается подъ влiянiемъ различныхъ факторовъ, участвующихъ въ построенiи маточной мускулатуры, и сообразуется въ каждомъ отдѣльномъ мѣстѣ съ характеромъ преобладающей тамъ мышечной системы. Такимъ образомъ яйцо постепенно развертываетъ различныя слои мускулатуры матки и какъ бы вросаетъ въ продолженiя волоконъ Фаллопiевой трубы и круглыхъ связокъ.

Ученiе о сохраненiи цервикальнаго канала во все продолженiе беременности сильно оспаривается (*Bandl, Küstner, Zweifel* и др.). Ср. ученiе о нижнемъ сегментѣ матки во время родовъ.

Небольшiя разрощенiя на-подобiе узелковъ находятся во время беременности почти всегда на брюшинѣ Дугласовой полости и на яичникахъ. Они представляютъ собою крупноклѣточные образования, напоминающiя отпадающую оболочку, лежатъ подъ эндотелиемъ брюшины и съ инволюцiей, происходящей въ послѣдородовомъ периодѣ, исчезаютъ (*Schmorl, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 5. Kinoshita, Ebenda, Bd. 8*).

Благодаря вышеописанному росту матки, *Фаллопiевы трубы* и *яичники* тоже поднимаются вмѣстѣ съ нею въ брюшную полость и развертываютъ въ большей степени широкiя маточныя связки. Фаллопiевы трубы относительно низко прикрѣпляются къ маткѣ въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, благодаря болѣе сильному росту ея дна, и направляются почти отвѣсно внизъ. Яичники тоже лежатъ болѣе отвѣсно и нѣсколько придвинуты къ боковымъ краямъ матки. Круглыя связки, соотвѣтственно росту матки, увеличиваются въ длину и, благодаря разрощенiю ихъ мускулатуры, значительно утолщаются.

Увеличенiе массы остальныхъ *придатковъ матки* и *наружныхъ половыхъ частей* основано главнымъ образомъ на увеличенномъ содержанiи крови и на разрыхленiи, т. е. легкой инфильтрацiи ткани серозною жидкостью. Это особенно относится къ соединительной ткани широкихъ связокъ и остальной клѣтчаткѣ таза, въ которой лимфатическiе сосуды тоже увеличиваются въ числѣ и калибрѣ.

Яичники также увеличиваются въ объемѣ. На разрѣзѣ праваго или лѣваго яичника характерно выступаетъ мѣсто того фолликула, который доставилъ яйцо для данной беременности. Это есть такъ называемое *corpus luteum verum*, представляющееся въ видѣ желтой массы, которая, превосходя по объему прежнiй фолликулъ, пронизана мелкими сосудами и обязана своимъ происхожденiемъ процессу разростанiя и жирового перерожденiя клѣтокъ *thecablae granulosaе* и стѣнки фолликула. На 3—4 мѣ-

¹⁾ Gynäk. Klinik. von *W. A. Freund*. 1885. См. также *Werth* и *Груздевъ*, Arch. f. Gynäk. Bd. 55.

сяць жєлтое тѣло оказываєтєя уже достигимъ своего наибольшаго протяженія, затѣмъ оно мало по малу развивается обратно, и въ заключеніе отъ него остается только простой рубецъ. Измѣненіе ткани Фаллопиевыхъ трубъ состоитъ, помимо разрыхленія, еще въ гипертрофіи ихъ мускулатуры.

Во *влагалищѣ* мышечные элементы тоже увеличиваются въ числѣ и объемѣ, хотя и не до такой степени, какъ въ маткѣ. Слизистая оболочка гипертрофируется особенно сильно и принимаетъ вслѣдствіе венозной гипереміи синевато-красный цвѣтъ. Складки болѣе выражены, сосочки припухли, отдѣленіе увеличено. Длина и ширина влагалища, особенно во второй половинѣ беременности, значительно увеличиваются. Вслѣдствіе сильнаго набуханія верхняго отдѣла влагалища рукавная часть матки кажется на-ощупь укороченною.

Вышеописанное разрыхленіе тканей простирается и на *наружныя половыя части*. Дѣтородныя губы становятся болѣе объемистыми и часто бывають покрыты расширенными венами. Половая щель зияетъ. Преддверіе влагалища принимаетъ въ высшей степени характеристическій синевато-красный цвѣтъ. Благодаря обильному отдѣленію, наружныя половыя части становятся болѣе влажными.

Бедра и тазовая область съ 3—4 мѣсяца округляются и расширяются вслѣдствіе увеличеннаго отложенія жира. Сочлененія тазовыхъ частей становятся, благодаря серозному пропитыванію, болѣе свободными и подвижными. Результатомъ этого является возможность нѣкоторой конфигураціи и очень незначительнаго, правда, увеличенія емкости таза во время родовъ [*Баландинъ*¹⁾].

По *Баландину*, въ тазовомъ входѣ возможное увеличеніе емкости не имѣетъ по своей незначительности никакого практическаго значенія, между тѣмъ какъ по выходѣ таза увеличеніе это является условіемъ чрезвычайно важнымъ для теченія родового акта.

Это анатомическое измѣненіе половыхъ органовъ выражается также *своеобразными измѣненіями ихъ отправления* и не остается безъ вліянія на *сосѣдніе органы*.

Менструація съ наступленіемъ беременности прекращается, и только по окончаніи родильнаго періода или кормленія грудью она появляется вновь. Рѣдко приходилось наблюдать еще въ первые мѣсяцы беременности однократное или повторное кровотеченіе изъ половыхъ путей; но слѣдуетъ ли подобное кровотеченіе разсматривать какъ менструацію, это по меньшей мѣрѣ сомнительно.

Овуляція обыкновенно тоже прекращается во время беременности

Объ этомъ свидѣтельствуетъ, между прочимъ, тотъ фактъ, что при анатомическомъ вскрытіи въ случаяхъ одноплодной беременности всегда находятъ *не болѣе одного* желтаго тѣла.

Возбудимость беременной матки повышена и прогрессивно увеличивается до самаго конца беременности. Она обнаруживается констати-

¹⁾ Klinische Vorträge. 1883.

русыми поврежденіями, особливо во второй половинѣ беременности, сокращеніями маточной мускулатуры, которыя усиливаются обыкновенно безъ всякой опредѣленной причины, а иногда повидимому подъ вліяніемъ какого нибудь сильнаго движенія. Беременная или совсѣмъ не ощущаетъ этихъ сокращеній матки, или же ощущаетъ ихъ въ видѣ появляющагося поврежденіемъ „отвердѣнія живота“, которое соединено также съ легкою стягивающею болью. При ощупываніи рукою ясно замѣчается увеличеніе тонуса. Эти сокращенія, очевидно, имѣютъ весьма важное значеніе для движенія крови въ большихъ кровяныхъ пространствахъ плаценты и служить также, между прочимъ, къ тому, чтобы установить и сохранить положеніе плода, соответствующее формѣ матки.

Механическія разстройства, производимыя этимъ сильнымъ ростомъ матки въ окружающихъ органахъ, всегда бывають очень ясно замѣтны, но тѣмъ не менѣе не могутъ считаться очень интенсивными, если принять во вниманіе величину матки. Давленіе на мочевой пузырь обуславливаетъ частый позывъ къ мочеиспусканію, давленіе на прямую кишку обнаруживается запоромъ. Послѣдній часто бываетъ только продолженіемъ запора, существовавшего еще до беременности, но становится теперь еще болѣе упорнымъ. *Варикозныя расширенія* венъ и отеки бедеръ и наружныхъ половыхъ частей, встрѣчаемые нерѣдко у беременныхъ, приписываются, и во многихъ случаяхъ, конечно, съ полнымъ основаніемъ, той же самой причинѣ. Но если эти явленія обнаруживаются очень рано, то ихъ нельзя приписывать давленію, и причину ихъ считается тогда замедленіе кровообращенія въ венахъ, обусловленное наступающимъ во время беременности расщареніемъ тазовыхъ венъ. Этотъ венозный застой, вѣроятно, бываетъ причиною привычнаго запора даже чаще, чѣмъ давленіе на прямую кишку. Если отеки простираются и на верхнюю половину тѣла, то причиною ихъ можетъ быть лишь какое нибудь общее разстройство. Появляющіяся иногда къ концу беременности невралгическія боли, онѣмѣніе и затрудненная подвижность нижнихъ конечностей тоже приписываются давленію матки или, вѣрнѣе, подлежащей головки плода, которая въ это время уже лежитъ надъ тазовымъ входомъ.

Вытягиваніе живота, производимое растущею маткою, начинается съ четвертаго мѣсяца беременности. Между тѣмъ какъ вначалѣ брюшныя покровы тоже утолщаются вслѣдствіе отложенія жира, они въ дальнѣйшемъ ходѣ беременности истончаются, благодаря растяженію увеличивающагося маткою, и это истонченіе ихъ представляется особенно замѣтнымъ у многоплодныхъ. Болѣе глубокіе слои собственно кожи (*cutis*) не могутъ слѣдовать за этимъ растяженіемъ и поэтому въ отдѣльныхъ мѣстахъ расходятся между собою. Эти нарушенія цѣлости представляются въ видѣ буроватыхъ или бѣловато-синихъ полосъ, которыя въ большомъ числѣ просвѣчиваютъ сквозь неповрежденную кожу, особенно на нижней части живота (рубцы беременности, *striae gravidarum*). Они появляются обыкновенно въ послѣднюю треть беременности и только очень рѣдко

отсутствуют совсемъ. Быстрое и обильное отложеніе жира на бедрахъ, въ сѣдалищной области и на грудяхъ почти всегда вызываетъ и въ этихъ мѣстахъ то же самое явленіе. Рубцы беременности остаются послѣ родовъ въ видѣ бѣловатыхъ полосъ, слегка морщинистыхъ въ поперечномъ направленіи.

По *Waldeyer*'у¹⁾, рубцы беременности образуются такимъ образомъ, что въ дефектахъ ткани вырастаютъ молодыя соединительнотканныя клѣтки. Благодаря этому, а также болѣе сильному серозному пропитыванію, получается красновато-синеватый цвѣтъ свѣжихъ рубцовъ. Послѣ родовъ молодая соединительная ткань сморщивается и рубцы становятся бѣловатыми. Подобные бѣловатаго цвѣта рубцы появляются и при другихъ сильныхъ растяженіяхъ кожи (отложеніе жира, водянка и т. п.).



Рис. 20. Животъ беременной въ послѣднемъ мѣсяцѣ. Striae gravidarum на животѣ и правомъ бѣдрѣ. Linea alba пигментирована. Пупокъ выпяченъ впередъ.

Въ послѣднемъ мѣсяцѣ наклоняютъ въ стоячемъ положеніи и особенно при ходьбѣ верхнюю часть тѣла назадъ, какъ-бы несутъ беременный животъ впереди себя и такимъ образомъ часто принимаютъ характеристическую осанку. Отсюда такъ называемая „гордая походка“ беременныхъ, отсюда же очень распространенное выраженіе, что беременную можно узнать сзади.

2. Измѣненія грудей.

Грудныя железы уже во второмъ мѣсяцѣ начинаютъ припухать и напругаться, а къ концу беременности объемъ ихъ значительно увеличивается. При ощупываніи рукою мы находимъ въ нихъ отдѣльныя узловатія или

¹⁾ Das Becken. 1899, стр. 607.

продольныя припухлости. Чувствительность железъ увеличена. Поверхностныя вены просвѣчиваютъ въ видѣ синеватыхъ полосъ чрезъ нѣжную кожу железъ и верхней части грудной стѣнки. При надавливаніи, а иногда и самопроизвольно, выдѣляется изъ железъ прозрачная, водянистая, иногда желтоватая жидкость, такъ называемое *молозиво (colostrum)*. Эта жидкость есть продуктъ секреторной дѣятельности грудныхъ железъ, начинающейся только теперь во время беременности, такъ какъ въ это именно время железы достигаютъ полнаго своего развитія. Увеличеніе объема обусловлено размноженіемъ железистыхъ элементовъ, набуханіемъ соединительной ткани и болѣе сильнымъ накопленіемъ жира.

Околососковый кружокъ принимаетъ буроватый цвѣтъ, и притомъ у брюнетокъ болѣе интенсивный, чѣмъ у блондинокъ, и становится нѣсколько болѣе выпяченнымъ впередъ; сальные железы его набухаютъ. Сосокъ становится болѣе длиннымъ и чувствительнымъ, эректильная способность его увеличивается. Направленіе грудныхъ сосковъ, обращенное спутри кнаружи, становится теперь особенно ясно замѣтнымъ.

3. Измѣненія во всемъ организмѣ.

Явленія въ тѣлѣ беременной, которыя разсматривались нами до сихъ поръ, могли быть болѣе или менѣе легко и безъ натяжки объяснены ростомъ яйца и наступающимъ вслѣдствіе этого измѣненіемъ въ половыхъ органахъ. Но, помимо того, у беременныхъ *всегда появляются и въ болѣе отдаленныхъ органахъ важныя измѣненія*, связь которыхъ съ половымъ аппаратомъ не сразу понятна.

На первомъ планѣ мы должны здѣсь разсмотрѣть состояніе *крови*. Старыя изслѣдованія дѣлали вѣроятнымъ увеличеніе количества крови съ одновременнымъ разжиженіемъ ея, — состояніе, которое *Kiwisch* назвалъ *серезною плеторой*. Кровь становится болѣе воднистою, содержаніе безцвѣтныхъ тѣлецъ и фибрина въ ней увеличивается, тогда какъ содержаніе красныхъ тѣлецъ и бѣлка уменьшается. Новѣйшіе же изслѣдователи оспариваютъ, чтобы т. н. хлороанемическое состояніе присуще было беременности, и, въ противоположность прежнимъ взглядамъ, утверждаютъ, что содержаніе въ крови гемоглобина и количество красныхъ, а въ особенности бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, въ послѣднія недѣли беременности въ общемъ возрастаетъ ¹⁾. Кромѣ того беременность обусловливаетъ повышеніе щелочности крови ²⁾.

Этимъ ненормальнымъ, но, къ сожалѣнію, во многихъ отношеніяхъ еще недостаточно извѣстнымъ состояніемъ крови нѣкоторые прежніе авторы думали объяснить многочисленныя измѣненія въ организмѣ беременной, а также разнообразныя разстройства въ общемъ ея состояніи, которыя частѣе болѣе чѣмъ граничатъ съ областью патологическаго. Однако, фактическія данныя въ настоящее время еще слишкомъ недостоверны, чтобы на нихъ

¹⁾ *Schroeder, Richard*, Arch. f. Gynäk. Bd. 39. *Wild*, Arch. f. Gynäk. Bd. 53.

²⁾ *Blumreich*, Arch. f. Gynäk. Bd. 59.

можно было построить хотя бы даже гипотезу для объясненія етіологической связи между этими явленіями. Поэтому мы здѣсь удовольствуемся сопоставленіемъ фактического матеріала относительно тѣхъ измѣненій во время беременности, которыя происходятъ въ отдаленныхъ отъ полового аппарата и не зависящихъ отъ него органахъ.

Кожа на извѣстныхъ мѣстахъ тѣла своеобразно измѣняетъ свою окраску. Буроватая *пигментация*, у брюнетокъ болѣе интенсивная, чѣмъ у блондинокъ, появляется не только на околососковомъ кружкѣ, но и вокругъ пупка, вдоль бѣлой линіи живота и часто также на наружныхъ половыхъ органахъ. Впрочемъ, легкая пигментация бѣлой линіи живота отъ пупка до лоннаго сочлененія наблюдается у брюнетокъ даже никогда не рожавшихъ. Однако съ наступленіемъ беременности пигментация этой линіи всегда усиливается и часто распространяется вверхъ до подложечной впадины. Но и на лицѣ, особенно во второй половинѣ беременности, часто оказываются пигментация въ видѣ неправильныхъ пятенъ на лбу, верхней губѣ, спинкѣ носа, бровяхъ (*chloasma uterinum*), которыя могутъ причинять у беременныхъ, особенно у брюнетокъ, весьма значительное обезображиваніе. На лицѣ эти отложенія пигмента съ окончаніемъ беременности исчезаютъ почти всегда совершенно, но на прочихъ частяхъ тѣла они остаются лишь въ нѣсколько ослабленномъ видѣ.

Кожа лица у многихъ женщинъ теряетъ свой нормальный тургоръ. Свѣжій цвѣтуцій цвѣтъ лица пропадаетъ, кожа становится дряблою, принимаетъ часто желтоватый цвѣтъ, а вокругъ глазъ образуются синеватые круги. Наоборотъ, другія женщины становятся во время беременности болѣе цвѣтущими и свѣжими, чѣмъ когда либо; но черты лица у нихъ замѣтно грубѣютъ. Всѣ эти измѣненія опять исчезаютъ, особенно послѣ перваго роулиальнаго періода, изъ котораго молодая еще женщина часто выходитъ такую же цвѣтущую и свѣжею, какъ была раньше.

Начиная съ 5-го мѣсяца беременности, почти въ 50% всѣхъ случаевъ образуется на внутренней поверхности черепного свода между костями черепа и твердою мозговою оболочкою *разрощеніе костной ткани (послѣродовой остеопитъ, Rokitansky)* въ видѣ неправильныхъ пластинокъ, имѣющихъ около 2—4 мм. въ толщину. Эти остеопиты, состоящіе изъ органическаго основного вещества и углекислой извести, обыкновенно сидятъ на лобной и темянныхъ костяхъ и не причиняютъ никакихъ разстройствъ. Они появляются преимущественно у молодыхъ особъ и съ окончаніемъ беременности постепенно уменьшаются; но исчезаютъ-ли они совершенно, это еще подлежитъ сомнѣнію.

Что *сердце* во время беременности подвергается легкой гипертрофіи, — это, повидимому, несомнѣнно доказано ¹⁾. Увеличенная работа сердца, обусловленная развитіемъ маточной сосудистой системы, дѣлаетъ гипертрофію его также и теоретически понятною. Однако, увеличеніе сердеч-

¹⁾ *Dreysel*, Dissertation, München. 1890.

ной тупости, часто констатируемое у беременных при постукиваніи, основано на отхожденіи краевъ легкаго и нисколько не доказываетъ гипертрофіи лѣваго желудочка (*Gerhardt*). Нерѣдко существуетъ систолическій шумъ на верхушкѣ сердца.

Частота пульса, по наблюденіямъ *Kehrer'a*, въ среднемъ выводитъ нѣсколько превышаетъ 80 ударовъ въ минуту. Беременная часто уже въ первые мѣсяцы страдаютъ сердцебіеніемъ, головокруженіемъ, приливами крови къ головѣ или груди. Щитовидная железа ¹⁾ часто выдается сильнѣе обыкновеннаго, особенно при существующемъ уже зобѣ.

Емкость легкихъ не уменьшается. Основаніе грудной клѣтки расширяется, а передне-задній размѣръ ея нѣсколько уменьшается [*Dohrn* ²⁾].

Отдѣленіе мочи нѣсколько увеличено (около 1750 куб. см. въ сутки). Содержаніе воды въ ней увеличено, а выдѣленіе мочевины не измѣнено ³⁾. Незначительная альбуминурия наблюдается довольно часто, особенно во второй половинѣ беременности. Иногда находятъ въ мочѣ небольшое количество сахара, всосавшагося изъ грудныхъ железъ (молочный сахаръ); найденъ былъ также и виноградный сахаръ [*Payer* ⁴⁾].

Аппетитъ въ большинствѣ случаевъ усиленъ, особенно во второй половинѣ беременности; но иногда наблюдается и потеря аппетита, временамъ даже довольно упорная.

Очень своеобразна *тошнота*, которая ощущается особенно въ утренніе часы и отъ которой, вѣроятно, ни одна беременная не избавлена совершенно. Часто эта тошнота бываетъ первымъ признакомъ наступившей беременности. Она появляется чаще и бываетъ болѣе интенсивною въ первой половинѣ беременности и нерѣдко усиливается въ это время до степени настоящей *рвоты*, безъ того чтобы могла быть рѣчь собственно о какой либо болѣзни желудка. Рвота у беременных обыкновенно появляется тоже въ утренніе часы, рѣдко среди дня, иногда во время ѣды. У первобеременныхъ она появляется чаще и въ болѣе сильной степени. Къ серединѣ беременности она обыкновенно исчезаетъ. Въ большинствѣ случаевъ она не разстраиваетъ ни аппетита, ни общаго питанія. Беременная, только-что опорожнившая все содержимое своего желудка, нерѣдко по окончаніи рвоты опять принимается за ѣду съ новымъ аппетитомъ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ эта рвота, повторяющаяся каждодневно по много разъ, влечетъ за собою явный упадокъ питанія. Эти случаи образуютъ переходъ къ такъ называемой злокачественной (неукротимой) рвотѣ, представляющей одну изъ самыхъ опасныхъ болѣзней во время беременности.

Рѣже рвоты наблюдается *слонотеченіе*, которое однако можетъ иногда сдѣлаться очень тягостнымъ.

¹⁾ *Lange*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 40.

²⁾ *Monatschr. f. Geburtsh.* Bd. 24 u. 28.

³⁾ См. изслѣдованія *Захарьевскаго*, *Zeitschr. f. Biologie N. F.* Bd. 12 1894.

⁴⁾ *Monatschr. f. Geburtsh. n. Gynäk.* Bd. 10.

Разстройства въ области нервной системы обыкновенно бываютъ лишь незначительныя и скоропреходящія. Головныя боли,—иногда, впрочемъ, довольно мучительныя,—зубныя боли, невралгическія боли въ конечностяхъ, боли въ крестцѣ, извращенныя вкусовыя и обонятельныя ощущенія, легкія разстройства зрѣнія, приступы общей слабости и даже обморочныя припадки часто сопутствуютъ беременності. Почти у всѣхъ беременныхъ имѣется повышеніе колѣннаго рефлекса, которое по мѣрѣ прогрессированія беременності увеличивается, достигаетъ во время родовъ *maximum'a* и въ теченіи родильнаго періода снова падаетъ¹⁾.

Мы должны еще упомянуть о такъ наз. *извращеніи аппетита у беременныхъ*. Оно выражается почти непреодолимымъ стремленіемъ къ извѣстнаго рода пищевымъ или вкусовымъ веществамъ, которыя въ большинствѣ случаевъ нѣсколько уклоняются отъ обычной діеты. Если беременная имѣетъ возможность удовлетворить этому стремленію, то приходится только удивляться, въ какихъ количествахъ она можетъ съѣдать и переносить эти пищевыя вещества, которыя для другого субъекта не особенно удобоваримы при употребленіи въ сколько-нибудь значительныхъ дозахъ. Если это стремленіе простирается даже на вещества совершенно не съдобныя (мѣлъ и т. п.), то мы, конечно, имѣемъ передъ собою уже нѣчто патологическое.

Кромѣ того, наблюдаются также *измѣненія въ душевномъ настроеніи*. Быстрыя перемѣны настроенія и повышенная психическая возбудимость лишь въ рѣдкихъ случаяхъ отсутствуютъ совершенно. Нѣкоторыя беременныя склонны къ меланхолическому настроенію. Женщины вообще очень веселыя становятся во время беременності болѣе серьезными. Преувеличенный страхъ предстоящихъ родовъ, которыхъ она будто бы не въ состояніи перенести, пугаетъ иногда женщину даже не боязливую. Другія, наоборотъ, становятся веселыми и болѣе спокойно взираютъ на будущее. Замѣчательно то вліяніе, какое оказываетъ появленіе первыхъ движеній плода на душевное настроеніе женщины и общее направленіе ея идей. Если у многихъ женщинъ преобладаетъ въ первые мѣсяцы нѣкоторое чувство недовольства и равнодушіе къ продукту беременності, зато съ появленіемъ первыхъ признаковъ жизни плода пробуждается въ женщинѣ *материнское чувство*, которое концентрируетъ всѣ ощущенія и помысленія ея на одномъ пунктѣ и дѣлаетъ ее болѣе способною выносить страданія и побѣждать въ себѣ неосновательныя опасенія насчетъ будущаго.

Насчетъ *увеличенія вѣса тѣла* имѣются изслѣдованія, относящіяся къ послѣднимъ мѣсяцамъ беременності. По *Gassner'у*²⁾, это прибавленіе вѣса составляетъ для каждаго изъ послѣднихъ 3 мѣсяцевъ 1500 — 2500 грм. Увеличеніе это обусловлено не однимъ только ростомъ яйца, но также увеличеніемъ массы всего тѣла. Взвѣшиванія, про-

¹⁾ Neumann, Centralbl. f. Gynäk. 1895, № 8.

²⁾ Monatschr. f. Geburtsk. Bd. 19.

изведенныя *Baumt'*омъ ¹⁾ въ клиникѣ *Winckel'*я, показали, что въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности вѣсъ тѣла увеличивается среднимъ числомъ на 1777 грм., причемъ изъ этого числа приходится около 1000 грм. на все яйцо, около 150 грм. на половыя части матери и около 620 грм. на остальной ея организмъ.

Ислѣдованія *Winckel'*я показали, что температура тѣла у беременныхъ превышаетъ среднимъ числомъ на 0,2—0,3° Ц. среднюю температуру небеременныхъ. Этотъ фактъ и нѣкоторые другіе свидѣтельствуютъ о повышенномъ обмѣнѣ веществъ во время беременности. Замѣчательно еще то, что у беременныхъ очень быстро растутъ существующія новообразованія, какъ въ половомъ аппаратѣ, такъ и въ другихъ частяхъ тѣла. Бородавки у беременныхъ тоже увеличиваются въ объемѣ. У многихъ женщинъ физиологическое выпаденіе волосъ на головѣ совершенно прекращается съ наступленіемъ беременности и возобновляется лишь въ послѣ-родовомъ періодѣ. Существовавшая раньше зубная боль во время беременности иногда быстро усиливается. Рѣже наблюдаются легкія воспаленія десенъ и сильное разроженіе эпителія на языкѣ, съ послѣдовательнымъ отпаденіемъ его.

IV. Продолжительность беременности.

Уже издавна установился обычай вычислять окончаніе беременности, т. е. моментъ наступленія родовъ отъ перваго дня послѣдней появившейся менструаціи. Начиная съ этого дня и до наступленія родовъ беременность продолжается среднимъ числомъ 280 дней, причемъ крайніе предѣлы, между которыми случалось наблюдать рожденіе зрѣлаго плода, составляютъ 240 и 320 дней. Эти 280 дней раздѣляются на 10 мѣсяцевъ беременности, по 28 дней въ каждомъ; слѣдовательно, беременность продолжается среднимъ числомъ 40 недѣль.

Для того чтобы вычислить срокъ наступленія родовъ, отсчитываютъ отъ перваго дня послѣдней появившейся менструаціи 3 мѣсяца и затѣмъ прибавляютъ 7 дней. Если, напр., послѣдняя менструація появилась 1-го апрѣля, то наступленія родовъ нужно ожидать 8-го января.

Что для конкретнаго случая этотъ способъ вычисленія весьма недостаточенъ, это видно уже изъ вышеуказанныхъ предѣловъ продолжительности беременности (240—320 дней) и очень часто находить себѣ подтвержденіе въ акушерской практикѣ. Но все-таки мы вынуждены пока довольствоваться этимъ способомъ, за неимѣніемъ лучшаго.

Гораздо еще менѣе точные результаты даетъ распространенный въ публикѣ способъ вычисленія конца беременности по времени появленія первыхъ движеній младенца, замѣченныхъ матерью. Движенія младенца впервые замѣчаются матерью обыкновенно будто бы на 20-й недѣль беременности. Слѣдовательно, для того чтобы опредѣлить срокъ наступленія родовъ, мы должны, считая съ этого момента, прибавить еще около 20-ти недѣль. Достаточнымъ неудобствомъ является здѣсь уже то, что этотъ способъ вычисленія основанъ на заявленіи самой беременной о тѣхъ субъективныхъ ощущеніяхъ, которыя она испытываетъ. Но, помимо этого,

¹⁾ Dissertation, München. 1887.

первыя движенія плода часто замѣчаются матерью уже на 18-й недѣлѣ или иногда послѣ 20-й, не говоря уже о томъ, что многія женщины совсѣмъ не могутъ указать, когда именно у нихъ появились первыя движенія плода, или онѣ принимаютъ первыя еще слабыя движенія младенца за движенія кишекъ, и наоборотъ. Вообще этотъ способъ вычисленія оканчивается на практикѣ непригоднымъ.

Истинная продолжительность беременности, вычитанная съ момента оплодотворенія до наступленія родовъ, совершенно намъ неизвѣстна, такъ какъ мы не знаемъ, когда именно произошло оплодотвореніе, т. е. проникновеніе сѣмянной нити въ яйцо (импрегнація). Мы даже не знаемъ въ точности, оплодотворяется-ли всегда яйцо послѣдней появившейся менструаціи или первой непооявившейся. Одно время казалось, какъ будто второе мнѣніе должно взять перевѣсъ надъ первымъ. Но изслѣдованіямъ *His*'а, возможно, повидимому, и то и другое.

Sachs, работавшій подъ руководствомъ *J. Veit*'а, сопоставилъ обширный статистическій матеріалъ, свидѣтельствующій, повидимому, о томъ, что чаще всего оплодотворяется яйцо послѣдней появившейся менструаціи. Работа *Issmer*'а изъ Мюнхенской клиники дѣлаетъ вѣроятнымъ, что возможность оплодотворенія яйца послѣдней появившейся менструаціи оканчивается съ 16-мъ днемъ, и затѣмъ отъ 17-го дня уже наступаетъ очередь для яйца первой непооявившейся менструаціи. Случаи оплодотворенія яйца послѣдней появившейся менструаціи и первой непооявившейся относятся между собою какъ 3,67:1. *G. Veit*¹⁾ выступаетъ яркимъ приверженцемъ стараго ученія объ оплодотвореніи яйца послѣдней менструаціи, между тѣмъ какъ *Strassman*²⁾ старается защищать мнѣніе *Gusserow*'а, что менструальная кровь является признакомъ безплодной овуляціи.

Что опредѣлять начало беременности *со дня плодотворнаго совокупленія* оказывается на практикѣ въ большинствѣ случаевъ невозможнымъ—это само собою очевидно. Различные авторы, на основаніи ряда случаевъ, въ которыхъ имъ удавалось опредѣлить время плодотворнаго (однократнаго) совокупленія, вычисляли, что беременность продолжается съ этого момента въ среднемъ выводѣ 270—276 дней. Слѣдовательно, пришлось бы допустить, что плодотворное совокупленіе обыкновенно происходитъ черезъ нѣсколько дней по окончаніи менструаціи. Если оно произойдетъ позже, то продолжительность беременности (считая начало ея съ перваго дня послѣдней появившейся менструаціи) кажущимся образомъ увеличивается. Это обстоятельство было доказано *Sachs*'омъ, который совершенно справедливо видитъ въ немъ важный аргументъ въ пользу ученія объ оплодотвореніи яйца послѣдней появившейся менструаціи. Въ самомъ дѣлѣ, если бы оплодотворенію всегда подвергалось яйцо первой непооявившейся менструаціи, то день зачатія не имѣлъ бы никакого вліянія на продолжительность беременности, коль скоро началомъ ея считается первый день послѣднихъ появившихся регулъ; между тѣмъ въ дѣйствительности, по наблюденіямъ *Sachs*'а, оказывается противоположное.

Слѣдовательно, неточность вычисленія зависитъ, во-первыхъ, главнымъ образомъ оттого, что намъ неизвѣстенъ день плодотворнаго совокупленія, а во-вторыхъ, еще и оттого, что продолжительность беременности не есть величина постоянная, но можетъ быть различною даже у одной и той же женщины. У животныхъ продолжительность беременности также колеблется въ широкихъ предѣлахъ, напр. у коровы между 240 и 321, у лошади между 287 и 419 днями.

Въ обыденной жизни считаютъ, что беременность продолжается 9 мѣсяцевъ. Такъ какъ при этомъ подразумѣваются календарные мѣсяцы, то число дней составляетъ 273—276 и соответствуетъ приблизительно результату вычисленія со дня зачатія.

1) Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. zu Bonn. 1892.

2) Arch. f. Gynäk. Bd. 52.

Наступленіе родовъ черезъ 300 и болѣе дней послѣ послѣдней менструаціи составляетъ во всякомъ случаѣ очень большую рѣдкость. Если этому соотвѣтствуетъ чрезмѣрное развитіе младенца, то въ такомъ случаѣ дѣло уже идетъ о настоящихъ *запоздалыхъ родахъ* (partus serotinus).

V. Діагностика беременности.

1. Акушерское изслѣдованіе.

Изслѣдованіе беременной производится въ положеніи на спинѣ съ умѣренно приподнятою верхнею частью тѣла, на твердой по возможности постели. Необходимо обращать вниманіе на то, чтобы незадолго передъ изслѣдованіемъ былъ опорожненъ мочевой пузырь. Одежда, покрывающая животъ и нижнія конечности, отодвигается вверхъ или снимается совсѣмъ, и нижнія конечности до лѣба накрываются одѣяломъ или простыней. Рубашку тоже по меньшей мѣрѣ желательно отодвинуть назадъ, такъ какъ точное изслѣдованіе можетъ быть произведено только при полномъ обнаженіи живота беременной.

Акушерское изслѣдованіе распадается на *наружное, внутреннее и соединенное*. *Наружное изслѣдованіе* состоитъ изъ осмотра, ощупыванія и выслушиванія живота; но, кромѣ того, еще обращается вниманіе на состояніе грудныхъ железъ. При *внутреннемъ изслѣдованіи* вводятъ указательный палецъ руки во влагалище беременной, чтобы при помощи осязанія констатировать опредѣленные измѣненія и признаки, свойственные беременности.

Наружное изслѣдованіе.

При *осмотрѣ* живота должно обращать вниманіе особенно на величину и форму его, а затѣмъ также на вышеописанную пигментацію, рубцы беременности и состояніе пупка.

Для того чтобы произвести *ощупываніе*, акушеръ садится на край постели, обернувшись лицомъ къ беременной, и сначала опредѣляетъ обѣими руками напряженіе и толщину брюшныхъ покрововъ, а затѣмъ *уровень дна матки*. Для этой послѣдней дѣли онъ кладетъ обѣ руки ладонями на область подложечной впадины и осторожно ощупываетъ брюшные покровы по направленію сверху внизъ, пока не встрѣтитъ явственную резистенцію, которая и соотвѣтствуетъ мѣстоположенію дна матки. Напр., можетъ оказаться, что дно матки стоитъ на разстояніи ладони кверху отъ лоннаго сочлененія, или на уровнѣ пупка, или у мечевиднаго отростка грудины, и т. п. Затѣмъ акушеръ обхватываетъ обѣими руками боковые края матки и опредѣляетъ толщину, напряженіе, твердость или мягкость ея стѣнокъ. Послѣ этого онъ опять возвращается къ дну матки, чтобы узнать, прощупывается-ли въ немъ какая нибудь *часть плода*.

При акушерскомъ изслѣдованіи различаютъ *крупныя* и *мелкія части плода*. Крупными частями называютъ головку, тазовой конецъ и спинку, мелкими—нижнія и, сравнительно рѣже прощупываемыя, верхнія конечности. *Тазовой конецъ* при ощупываніи представляется въ видѣ

болѣе объемистаго, неровнаго, бугристаго тѣла, а *головка* въ видѣ болѣе твердаго, круглаго и гладкаго. Головка и тазовой конецъ даютъ ощущеніе *баллотированія*: при сильномъ надавливаніи они сначала отходятъ отъ маточной стѣнки, а затѣмъ опять ударяются въ нее. *Мелкія части* не баллотировуютъ; но онѣ очень подвижны и иногда производятъ даже самостоятельныя движенія. При всѣхъ продольныхъ положеніяхъ обыкновенно удается прощупать въ днѣ матки крупную часть плода.

Для того, чтобы отыскать ощупываніемъ „*предлежащую*“ крупную часть плода, акушеръ встаетъ съ своего мѣста, поворачивается лицомъ къ ногамъ беременной, кладетъ верхушки пальцевъ надъ лоннымъ сочлененіемъ и сильно надавливаетъ ими по направленію внутрь. Ясное ощущеніе резистенціи обыкновенно и здѣсь также указываетъ на присутствіе крупной части плода.

Для того, чтобы отыскать спинку, акушеръ прежде всего производитъ рукою давленіе въ верхнюю крупную часть плода: влѣдствіе этого увеличивается сгибаніе спинки, и тогда легче удается прощупать ее въ видѣ продолговатой резистенціи, соединяющей обѣ крупныя части плода и омѣщающейся въ правой или лѣвой половинѣ матки.

Мелкія части, соотвѣтственно членорасположенію плода, констатируются легкимъ ощупываніемъ на той сторонѣ матки, которая противолежитъ его спинкѣ. Прощупать ихъ возможно лишь въ томъ случаѣ, когда онѣ прилегаютъ къ маточной стѣнкѣ. Обыкновенно ихъ находятъ справа или слѣва вверху, рядомъ съ крупною частью плода, лежащею въ днѣ матки.

Если бы оказалось труднымъ опредѣлить уровень дна матки посредствомъ ощупыванія, напр. при очень мягкой консистенціи матки, то необходимо примѣнить постукиваніе. Констатированное при этомъ притупленіе звука соотвѣтствуетъ мѣстоположенію дна матки.

При тщательномъ ощупываніи матки нерѣдко констатируются *движенія плода*. Иногда также появляется замѣтное отвердѣвіе матки (*потуга*), которое вынуждаетъ насъ пріостановить изслѣдованіе на короткое время, пока не окончится это сокращеніе.

При болѣе тщательномъ ощупываніи и при большемъ навыкѣ, который легко приобрѣтается, можно констатировать еще другія важныя детали. Если именно обхватить низкостоящую головку обѣими руками и глубоко вдавливать ихъ въ тазъ, то можно хорошо отличить болѣе выпуклый *лобъ* на одной сторонѣ и плоскій *затылокъ*—на противоположной сторонѣ (изслѣдующій обращенъ лицомъ къ нижнимъ конечностямъ женщины).

Если съ умѣреннымъ надавливаніемъ передвигать приложенные пальцы надъ серединою Пупартовой связки взадъ и впередъ, то прощупывается въ видѣ канатика *ligamentum rotundum*, которое можно прослѣдить вверхъ почти до уровня пупка. Обыкновенно еще яснѣе прощупываются по направленію кнаружи *Фаллопиева труба* и *яичникъ*. Изъ направленія *Фаллопиевыхъ трубъ*, которое обыкновенно очень хорошо прощупывается, можно съ нѣкоторою увѣренностью заключить о мѣстоположеніи плаценты¹⁾. Если трубы имѣютъ сходящееся

¹⁾ Leopold, Geburtsh. u. Gynäk. Bd. II. 1895. — Palm, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 25.

направленіе на передней стѣнкѣ матки, то плацента сидитъ на задней стѣнкѣ; если же онъ идетъ почти параллельно съ продольною осью тѣла, то плацента помѣщается спереди. Опредѣленіе мѣстоположенія плаценты не лишено значенія при кесарскомъ сѣченіи и искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

Выслушиваніе живота производится черезъ стетоскопъ или непосредственно приложеннымъ ухомъ черезъ тонкое полотенце или салфетку. Кромѣ металлическаго шума переливанія въ кишкахъ, который иногда можетъ довольно сильно заглушать другіе тоны или шумы, и кромѣ аортнаго пульса матери, можно на животѣ беременной въ послѣднемъ мѣсяцѣ констатировать выслушиваніемъ *сердечные тоны плода, маточный шумъ, шумъ пуповины и движенія младенца.*

Сердечные тоны плода становится слышны съ конца 5-го мѣсяца и характеризуются своею двойственностью (систола и діастола) и значительною частотою, доходящею примѣрно до 140 ударовъ въ минуту. Всего яснѣе они бываютъ обыкновенно слышны тамъ, гдѣ спинка плода прилегаетъ къ брюшной стѣнкѣ. Для того, чтобы не смѣшивать сердечные тоны плода съ пульсомъ матери, который можетъ быть значительно учащенъ, напр. при лихорадочномъ состояніи или при общемъ малокровіи, мы должны одновременно съ выслушиваніемъ ощупывать у матери лучевой пульсъ и стараться опредѣлить, существуетъ-ли и какая именно существуетъ разница въ частотѣ слышимыхъ тоновъ и ощупываемаго пульса. Сосчитывать сердечные тоны плода слѣдовало бы всегда съ часами въ рукахъ.

Сравнительно недавно стали выслушивать сердечные тоны плода и оцѣнили ихъ діагностическое значеніе. Хотя впервые услышалъ тоны *Major* въ Женеvѣ, однако настоящимъ открывателемъ ихъ долженъ съ правомъ считаться *Lejumeau de Kergaradec*, въ 1822 г., такъ какъ лишь онъ правильно оцѣнилъ важность этого аускультаторнаго явленія въ діагностическомъ отношеніи. (*Mémoire sur l'auscultation appl. à l'étude de la gross. Paris. 1822*).

Маточный шумъ ставится слышенъ съ 3—4 мѣсяца въ видѣ ритмическаго жужжанія или дуновенія, обыкновенно въ нижнихъ боковыхъ частяхъ матки. Онъ совпадаетъ по времени съ пульсомъ матери и происходитъ въ большихъ артеріяхъ матки. Сила его очень измѣнчива. Иногда онъ бываетъ настолько громкимъ, что заглушаетъ сердечные тоны плода. Но хотя этотъ шумъ встрѣчается у беременныхъ почти постоянно, тѣмъ не менѣе онъ далеко не можетъ считаться исключительно свойственнымъ беременности, такъ какъ большія и въ особенности исходящія отъ матки брюшныя опухоли съ расширенными и извилистыми артеріями могутъ давать то же самое аускультативное явленіе.

Это обстоятельство, равно какъ и тотъ фактъ, что маточный шумъ можетъ быть слышенъ еще въ первые дни родильнаго періода, доказываетъ несостоятельность прежней теоріи, будто бы онъ образуется въ плацентѣ. Иногда удается при внутреннемъ изслѣдованіи черезъ влагалище найти по ясному ощущенію вибраціи ту артерію, которая производитъ маточный шумъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ вибраціи прощупывается даже чрезъ брюшную стѣнку. При сокращеніяхъ матки шумъ становится болѣе свистящимъ и можетъ совершенно исчезнуть. При

надавливаніи стетоскопомъ онъ точно также ослабѣваетъ или совершенно прекращается.

Шумъ пуповины констатируется въ видѣ шипящаго шума на томъ мѣстѣ, гдѣ всего яснѣ слышны сердечные тоны плода. Его находятъ въ 14—15 % всѣхъ случаевъ (*Schroeder*). По времени онъ совпадаетъ съ сердечными тонами плода. Происхожденіе его, вѣроятно, объясняется различными причинами. Въ большинствѣ случаевъ онъ, повидимому, вызывается частичнымъ (неполнымъ) прижатіемъ пуповины. Поэтому онъ особенно часто наблюдается въ такихъ случаяхъ, когда пуповина обвита вокругъ тѣла плода. Онъ весьма значительно измѣняется въ своей интенсивности и по временамъ исчезаетъ совершенно. Практическаго значенія во время беременности онъ не имѣетъ.

По *Витт'у*¹⁾, шумъ пуповины долженъ въ большинствѣ случаевъ разсматриваться какъ случайный шумъ сердца. Напротивъ того, по мнѣнію *Winckel'я*²⁾ и др. авторовъ, онъ происходитъ вслѣдствіе напряженія, прижатія или смѣщенія пуповины. Экспериментально удавалось иногда вызвать этотъ шумъ посредствомъ надавливанія на выпавшую пуповину, между тѣмъ какъ съ прекращеніемъ давленія онъ опять исчезалъ.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ врожденные пороки клапановъ сердца уже во время беременности обнаруживаютъ свое присутствіе подобнымъ же шумомъ, который при этомъ, конечно, существуетъ постоянно во все продолженіе беременности и констатируется также при выслушиваніи сердца плода послѣ его рожденія.

Во многихъ случаяхъ удается посредствомъ выслушиванія констатировать *движенія плода* въ видѣ глухихъ тоновъ, повторяющихся съ неправильными интервалами. Если сначала произвести энергическое ощупываніе матки и затѣмъ выслушивать ее въ теченіе болѣе долгаго времени, то обыкновенно удается услышать движенія плода еще въ концѣ 4-го мѣсяца беременности, слѣдовательно раньше, чѣмъ становятся слышны сердечные тоны плода (*Olshausen*).

Иногда случалось наблюдать періодическія движенія или толчки плода, продолжающіяся съ опредѣленнымъ ритмомъ въ теченіе нѣкотораго времени. Происхожденіе ихъ до сихъ поръ еще не выяснено (глотательныя движенія?).

При *изслѣдованіи грудей* должно обращать вниманіе на ихъ форму и напряженіе, также на узловатые и тяжеобразныя припухлости въ ихъ паренхимѣ, затѣмъ на окраску околососкового кружка, а въ особенности еще на состояніе сосковъ, потому что неправильности ихъ могутъ быть устранены цѣлесообразнымъ леченіемъ во время беременности. Часто соски бываютъ покрыты толстыми корками грязи, которыя могутъ даже препятствовать выхожденію молозива, между тѣмъ какъ въ противномъ случаѣ оно всегда вытекаетъ изъ грудной железы при надавливаніи на сосокъ. Рубцы въ области грудной железы указываютъ на предшествовавшіе процессы нагноенія.

Послѣ этого приступаютъ къ *внутреннему изслѣдованію*.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 25.

²⁾ Lehrbuch der Geburtshülfe. 1893.

Но непосредственно передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ должна быть *во всякъ безъ исключенія случаяхъ* произведена тщательная *дезинфекція* ручныхъ кистей и предплечій изслѣдующаго.

Благодаря значительному разрыхленію внутреннихъ половыхъ частей, небольшія поврежденія ихъ, особенно рукою начинающаго, при внутреннемъ изслѣдованіи случаются нерѣдко. Если же на рукѣ въ то же время находится заразное вещество, то возможность зараженія раны очевидна сама собою. Хотя опасность зараженія при изслѣдованіи гораздо меньше, чѣмъ во время родовъ, тѣмъ не менѣе въ до-антисептическую эпоху такіе случаи зараженія при изслѣдованіи бывали у клиницистовъ нерѣдко, и жертвою этого пало очень много человѣческихъ жизней. Большая отвѣтственность, принимаемая на себя врачомъ при всякомъ внутреннемъ изслѣдованіи, должна побуждать его къ самому тщательному выполненію антисептическихъ изслѣдованій.

Кисти и предплечія тщательно вычищаются тепловатою водою, мыломъ и ногтевой щеточкой, затѣмъ обсушиваются, и ногти основательно вычищаются маленькимъ ножичкомъ. Очищенные такимъ образомъ руки обмываются въ дезинфицирующемъ растворѣ (3 % карболовой кислоты или, лучше, 1⁰/₀₀ сулемы) и вычищаются щеточкой. Передъ дезинфекціей и изслѣдованіемъ необходимо или советѣмъ снять скюртку, или, по крайней мѣрѣ, засучить рукава его кверху.

Внутреннее изслѣдованіе.

Указательный и средній пальцы той руки, которою предполагаютъ произвести изслѣдованіе, намазываются вазелиномъ. Для того, чтобы пріобрѣсти достаточный навыкъ въ изслѣдованіи обѣими руками, необходимо производить изслѣдованіе иногда одною рукою, а иногда другою.

Беременная должна при изслѣдованіи нѣсколько раздвинуть ноги и притянуть ихъ къ животу. Изслѣдующій садится на край постели и осторожно вводитъ указательный палецъ руки во влагалище. При этомъ большой палецъ отводится по возможности сильнѣе и направляется къ лобку, а остальные пальцы пригибаются къ ладони. При дальнѣйшемъ продвиженіи пальца во влагалище, локоть долженъ быть сильно наклоненъ внизъ къ постели.

Такъ какъ для женщины это изслѣдованіе очень непріятно, то желательно, чтобы изслѣдующій ориентировался по возможности въ короткое время. При внутреннемъ изслѣдованіи дѣло идетъ главнымъ образомъ о томъ, чтобы отыскать пальцемъ слѣдующіе три пункта:

- 1) подлежащую часть плава,
- 2) маточный зѣвъ,
- 3) влагалищную часть матки.

Предлежащую часть палецъ ошупываетъ позади лоннаго сочлененія чрезъ передній сводъ влагалища. При этомъ должно опредѣлить ея *форму* и *подвижность*. Въ ранніе мѣсяцы беременности или при извѣстнаго рода нормальныхъ условіяхъ предлежащая часть не прощупывается.

Кзади отъ подлежащей части палець находить *наружный маточный зѣвъ*, представляющійся въ видѣ болѣе или менѣе доступной для него ямки или щели. При этомъ нужно опредѣлить, проходима-ли наружный зѣвъ для пальца и имѣеть-ли онъ *круглую* форму или же представляется въ видѣ *поперечной щели*. Если зѣвъ имѣеть круглую форму, то края его обыкновенно бываютъ гладкіе; если же онъ представляется въ видѣ поперечной щели, то сбоку отъ него прощупываются болѣе или менѣе глубокіе разрывы, къ которымъ часто примыкаетъ твердая рубцовая ткань. Эти разрывы явственно раздѣляютъ края зѣва на двѣ губы—переднюю и заднюю.

Маточный зѣвъ сидитъ на вершинѣ *влагалищной части*, которая при ощупываніи пальцемъ представляется въ формѣ вдающагося во влагалище конуса или рыхлаго лоскута. При обратномъ выдвиганіи пальца изъ влагалища нужно опредѣлить состояніе складокъ на передней и задней стѣнкахъ рукава, ширину послѣдняго и его входа.

Если введеніе *одного* пальца оказывается для изслѣдованія недостаточнымъ, то позволительно ввести съ осторожностью еще и средній палець. По окончаніи изслѣдованія опять вычищаютъ руки водою съ мыломъ и, прежде чѣмъ вытереть, обмываютъ ихъ въ какомъ нибудь дезинфицирующемъ растворѣ.

Для того, чтобы пріобрѣсти достаточный навыкъ во внутреннемъ изслѣдованіи, требуется довольно долгое упражненіе. Можно считать за правило, что начинающій при первомъ своемъ внутреннемъ изслѣдованіи не приходитъ почти ни къ какому результату.

Для полного изслѣдованія, конечно, требуется и осмотръ наружныхъ половыхъ частей. Въ практикѣ можно, впрочемъ, во многихъ случаяхъ избавить женщину отъ этого осмотра. Однако, тамъ, гдѣ очень обильное отдѣленіе или ненормальная чувствительность влагалищнаго входа даетъ поводъ предполагать какое нибудь заболѣваніе, или гдѣ имѣется подозрѣніе насчетъ сифилиса, или, наконецъ, гдѣ необходимо опредѣлить съ точностью состояніе дѣвственной плевы, этотъ осмотръ требуется обязательно. При пріемѣ беременныхъ въ клинику цѣлесообразно всегда подвергать наружныя половыя части немедленному, самому тщательному осмотру въ отношеніи сифилиса.

Изслѣдованіе желобоватыми зеркалами, производимое съ цѣлью сдѣлать доступными для глаза влагалищныя стѣнки и рукавную часть матки, можетъ оказаться необходимымъ только въ затруднительныхъ для діагноза случаяхъ или при патологическихъ условіяхъ.

Изслѣдованіе производится только-что обеззараженной и еще мокрой отъ дезинфицирующаго раствора рукою, безъ предварительнаго намазыванія пальца вазелиномъ. Въ виду скользкости влагалищнаго входа у беременныхъ, намазываніе масломъ не безусловно необходимо; оно даже въ интересахъ асептики вредно. Раньше примѣнялось еще масло для *защиты собственной руки* отъ заразительнаго иногда секрета влагалищнаго входа. Въ настоящее же время мы въ такихъ случаяхъ пользуемся резиновой перчаткой. (См. Асептическое веденіе

родовъ). Случаевъ, въ которыхъ врачи и акушерки заражались при изслѣдованіи сифилисомъ, описано не мало, но въ новѣйшее время встрѣчаются они значительно рѣже.

Соединенное изслѣдованіе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ необходимо *соединить наружное изслѣдованіе съ внутреннимъ*, т. е. производя изслѣдованіе пальцемъ во влагалищѣ, оказывать въ то же время другою рукою давленіе на беременную матку. Это *соединенное* изслѣдованіе представляется въ первые мѣсяцы беременности безусловно необходимымъ для того, чтобы опредѣлить величину, положеніе и консистенцію матки. Въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности примѣняютъ его особенно тогда, когда подлежащая часть плода стоитъ высоко и распознаваніе ея возможно только посредствомъ противодавленія снаружи.

Изслѣдованіе черезъ прямую кишку при одновременномъ надавливаніи снаружи положенною на матку рукою заслуживаетъ примѣненія особенно въ первые мѣсяцы беременности. Сильное разрыхленіе и размягченіе ткани матки со 2—4-го мѣсяца беременности всего явственнѣе констатируется въ области внутренняго маточнаго зѣва и надъ нею, тогда какъ шейка вначалѣ еще остается болѣе твердою. При осторожномъ введеніи двухъ намазанныхъ масломъ пальцевъ въ прямую кишку, если въ то же время большой палецъ введенъ во влагалище и приложенъ къ ружавной части матки, а другою рукою производится давленіе на матку черезъ брюшныя покровы, почти всегда удается констатировать эту въ высшей степени характеристическую *мягкость и сжимаемость ткани надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ*, представляющую явный контрастъ съ болѣе твердою тканью шейки [Hegar¹⁾]. Для человѣка опытнаго это осязательное ощущеніе служитъ драгоценнымъ діагностическимъ признакомъ беременности.

Значительная мягкость маточной ткани во время беременности даетъ возможность, какъ показала Hegar²⁾, образовать въ ней посредствомъ давленія *искусственную складку*, если находящимся во влагалищномъ сводѣ пальцемъ сжимать маточную стѣнку навстрѣчу къ пальцу другой руки, надавливавшему на нее сверху внизъ черезъ брюшныя покровы. Но это характерное для беременности явленіе должно быть вызываемо лишь съ большою осторожностью, такъ какъ въ противномъ случаѣ можно опасаться выкидыша.

2. Діагностическое примѣненіе признаковъ беременности.

Критическая оцѣнка вышеописанныхъ измѣненій, находимыхъ по большей части акушерскимъ изслѣдованіемъ, доставляетъ врачу возможность отвѣтить съ большею или меньшею положительностью на слѣдующіе вопросы, встрѣчающіеся ему въ практической жизни:

- 1) Беременна ли вообще женщина?
- 2) Первородящая ли она или повторно-родящая?

¹⁾ Sonntag, Sammlung klin. Vorträge, F. N. № 58.

²⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1895. № 35.

- 3) Въ которомъ мѣсяцѣ беременности находится женщина?
- 4) Какое положеніе имѣеть плодъ въ маткѣ и живъ-ли онъ?

Распознаваніе беременности.

Признаки беременности дѣлятся, по старинному обыкновенію, на *достовѣрные*, *вѣроятные* и *недостовѣрные*.

Изъ *достовѣрныхъ* признаковъ самымъ главнымъ считаются *явственно слышимые сердечные тоны плода*. Какъ только констатированы эти сердечные тоны, всякое сомнѣніе относительно состоянія женщины исчезаетъ. Достовѣрнымъ признакомъ обыкновенно считается также явственное прощупываніе частей плода. Однако, здѣсь возможны и дѣйствительно иногда случались ошибки: части плода могутъ симулироваться новообразованіями, бугристые выступы которыхъ плаваютъ въ асцитической жидкости.

Болѣе важное значеніе имѣють *объективно констатированныя самостоятельныя движенія* частей плода. Такъ какъ движенія эти часто могутъ быть констатированы выслушиваніемъ уже къ концу 4-го мѣсяца беременности, слѣдовательно, на цѣлыя 4 недѣли раньше, чѣмъ сердечные тоны плода, то этотъ достовѣрный признакъ пріобрѣтаетъ особенно важное значеніе. Не слѣдуетъ, впрочемъ, умолчать о томъ, что для констатированія движеній плода въ столь ранніе мѣсяцы беременности требуется большой навыкъ. На заявленіи самой женщины, будто бы она чувствуетъ движенія младенца, никогда не слѣдуетъ основывать положительнаго діагноза.

Такимъ образомъ до конца 4-го мѣсяца мы не имѣемъ вообще ни одного признака, который дѣлалъ бы несомнѣннымъ присутствіе беременности.

Изъ *вѣроятныхъ* признаковъ самую важную роль играетъ *прекращеніе менструаціи*. Если у здоровой женщины менструація, бывшая до тѣхъ поръ совершенно правильною, не появилась одинъ или два раза, то беременность представляется въ высшей степени вѣроятною. Но такъ какъ регулы могутъ прекращаться и отъ другихъ причинъ, напр. при нѣкоторыхъ болѣзняхъ, а съ другой стороны, и при существующей уже беременности иногда еще наблюдается выдѣленіе крови, то этотъ признакъ не можетъ считаться абсолютно достовѣрнымъ.

Изъ измѣненій въ половыхъ органахъ особенно важное значеніе для распознаванія первыхъ мѣсяцевъ беременности имѣеть прощупываемое чрезъ прямую кишку *разрыхленіе нижняго сегмента матки*. Важное значеніе имѣють также *увеличеніе объема матки, форма ея, искривленіе ея впередъ, мягкость ея ткани и, наконецъ сокращенія ея*, если таковыя были констатированы при изслѣдованіи. Эти сокращенія въ поздніе мѣсяцы беременности касаются всей матки, въ начальныхъ же періодахъ они бывають частичными, такъ что одна кака-либо часть матки представляется твердой на-ощупъ, между тѣмъ какъ вся остальная

ткань отличается обычной своей податливостью. Если при наличии всѣхъ этихъ данныхъ окажется, что регулы не появлялись уже нѣсколько разъ, если величина матки соотвѣтствуетъ тому мѣсяцу беременности, который оказался бы изъ вычисленія по послѣднимъ появившимся регуламъ, то вѣроятность беременности увеличивается почти до степени полной достовѣрности. Однако, и при этихъ условіяхъ возможны и иногда дѣйствительно случались ошибки, причемъ за беременность принимались большія и мягкія опухоли матки; даже вызываемыя оцупываніемъ сокращенія, которыя часто признавались характеристичными для беременности, были констатированы, хотя и рѣдко, также при опухоляхъ матки.

Сравнительно меньшее значеніе имѣетъ маточный шумъ, который можетъ встрѣчаться и при опухоляхъ; большее значеніе принадлежитъ *симптоматической красной окраскѣ* влагалищнаго входа, которая, однако, можетъ въ рѣдкихъ случаяхъ отсутствовать.

Пигментация кожи и измѣненія груди, какъ признаки беременности, вообще имѣютъ значеніе лишь у такихъ женщинъ, которыя, до тѣхъ поръ ни разу еще не рожали. Отдѣленіе въ грудяхъ часто оказывается еще по цѣлымъ годамъ послѣ родовъ. Но и у женщинъ не рожавшихъ пигментация кожи, набуханіе грудныхъ железъ и присутствіе въ нихъ отдѣленія должны лишь съ большою осторожностью приниматься въ соображеніе при распознаваніи беременности. Незначительное отдѣленіе въ грудныхъ железахъ встрѣчается даже у дѣвственницъ, въ особенности при болѣзняхъ половыхъ органовъ.

Недостовѣрными признаками беременности должны считаться разстройства въ субъективномъ состояніи женщины. Важнѣйшими изъ нихъ считаются *тошнота* и *рвота*, которыя однако могутъ отсутствовать въ нѣкоторыхъ случаяхъ, а съ другой стороны могутъ, конечно, зависѣть и отъ другихъ причинъ. Если у женщины, здоровой въ остальныхъ отношеніяхъ, прекратились регулы, и если затѣмъ спустя короткое время появился непріятный вкусъ во рту, переходящій постепенно въ ощущеніе тошноты, особенно по утрамъ, то это можетъ возбудить первое подозрѣніе о послѣдовавшемъ зачатіи.

Отсутствіе достовѣрныхъ признаковъ беременности въ первые ея мѣсяцы, конечно, создаетъ для діагноза нѣкоторыя затрудненія. Никогда не слѣдуетъ торопиться произнесеніемъ окончательнаго сужденія. Повторное изслѣдованіе, въ случаѣ надобности подъ наркозомъ, и болѣе долгое наблюденіе въ концѣ концовъ всегда приводятъ къ положительному діагнозу. Изложеніе дифференціально-діагностическихъ признаковъ, отличающихъ беременность отъ нѣкоторыхъ заболѣваний гесп. новообразованій во внутреннихъ половыхъ органахъ, составляетъ задачу учебниковъ гинекологіи. Если иногда гинекологъ или хирургъ впадаетъ въ заблужденіе и просматриваетъ или невѣрно истолковываетъ нормальную беременность, то это бываетъ почти исключительно лишь въ такихъ случаяхъ, когда онъ вообще даже и не подумалъ о возможности таковой, или же когда сама женщина умышленно ввела его въ обманъ своими ложными заявленіями.

Однако, и въ этомъ случаѣ добросовѣстное и, въ случаѣ надобности, повторное изслѣдованіе подъ наркозомъ (*per vaginam* и *per rectum*) выяснитъ дѣло.

Дифференціальный діагнозъ можетъ оказаться болѣе затруднительнымъ, если имѣется патологическая беременность, о которой будетъ рѣчь въ соответственныхъ главахъ этой книги (гидрамнион, пузырьный заносъ, вѣматочная беременность).

Въ высшей степени курьезны случаи такъ назыв. *воображаемой беременности* [Simpson ¹⁾]. Женщина небеременная воображаетъ себя въ интересномъ положеніи, испытываетъ всевозможныя субъективныя ощущенія беременности, воображаетъ, будто бы явственно слышитъ движенія младенца, и принимаетъ характеристическую походку беременныхъ, особенно если животъ, какъ это бываетъ рѣдко, увеличенъ въ объемъ вслѣдствіе метеоризма или обильнаго отложенія жира. Самообманъ идетъ такъ далеко, что женщина, въ концѣ концовъ, воображаетъ, будто бы уже начинаются роды, ощущаетъ потуги и ложится въ постель. При поверхностномъ изслѣдованіи врачъ можетъ, конечно, впасть въ очень непріятную ошибку. Однако, точное изслѣдованіе, въ случаѣ надобности подъ хлороформомъ, всегда даетъ возможность безъ труда найти нормальную, неувеличенную матку, и тогда вопросъ разрѣшается окончательно.

Распознаваніе первой и повторной беременности.

Рѣшеніе вопроса о томъ, идетъ-ли рѣчь о первородящей или о повторно-родящей, имѣетъ главнымъ образомъ судебно-медицинскій интересъ. Въ обыкновенной же практикѣ этотъ вопросъ выясняется уже анамнезомъ, хотя иногда и случается, что забеременѣвшія въ незаконномъ сожителствѣ или женщины, ролившія уже до брака, скрываютъ или отрицаютъ бывшіе у нихъ первые роды.

Распознаваніе основывается на присутствіи, или отсутствіи тѣхъ признаковъ, которые остаются послѣ родовъ, особенно въ половыхъ органахъ.

Подобнаго рода признаки могутъ быть съ большою точностью констатированы на влагалищной части, маточномъ зѣвѣ и наружныхъ половыхъ органахъ. У *первородящихъ* влагалищная часть свѣшивается во влагалище въ видѣ *конуса*, маточный зѣвъ имѣетъ *крулую* форму съ болѣе или менѣе острыми краями и *не пропускаетъ пальца*. У *повторно-родящихъ* влагалищная часть ошупывается въ видѣ мягкаго, припухшаго, толстаго *валика*. Маточный зѣвъ представляется въ видѣ *поперечной щели*; справа и слѣва, рѣдко также спереди и сзади, замѣчаются явственные *надрывы*, которые раздѣляютъ его край на двѣ губы—переднюю и заднюю. Разрывы могутъ пронизывать всю влагалищную часть; на ихъ концахъ часто ошупывается рубцовая ткань. Маточный зѣвъ *зіяетъ*, перикальный каналъ къ концу беременности проходимъ для пальца.

Если роды были много лѣтъ назадъ, то эти измѣненія неявственно выражены. Въ такихъ случаяхъ можно прибѣгнуть еще къ изслѣдованію зеркала.

Но рѣшающее значеніе почти во всѣхъ случаяхъ имѣетъ *состояніе дѣвственной плевы*. У перво-беременныхъ она хотя и *надорвана*, но не разрушена: основаніе ея сохранено въ цѣлости. У повторно-родящихъ дѣвственной плевы, въ собственномъ смыслѣ этого слова, уже не существуетъ. Головка младенца, прошедшая чрезъ половую расщелину, разру-

¹⁾ Diseases of women. 1872.

шила дѣвственную плеву, такъ что отъ нея остались только отдѣльные лоскутки и возвышенія или такъ наз. *миртовидные сосочки* (*carunculae myrtiformes*).

Кромѣ этихъ болѣе важныхъ признаковъ, существуютъ еще нѣкоторые другіе, менѣе важные. Если имѣется *старый разрывъ промежности* или надорвана *уздечка*, то это свидѣтельствуетъ о бывшихъ родахъ. Но сохранность этихъ двухъ частей нисколько не доказываетъ, что дѣло идетъ о первой беременности.

У повторно-родящихъ наружныя половыя части зяютъ больше, чѣмъ у первородящихъ. Въ послѣднемъ случаѣ влагалище болѣе узко и стѣнки его сильно морщинисты, тогда какъ у повторно-родящихъ складки его болѣе изглажены. Предлежащая часть у первородящихъ на 10-мъ мѣсяцѣ беременности плотно стоитъ надъ тазовымъ входомъ, тогда какъ у повторно-родящихъ, и въ особенности у многородящихъ, она до самаго наступленія родовъ стоитъ надъ нимъ болѣе подвижно.

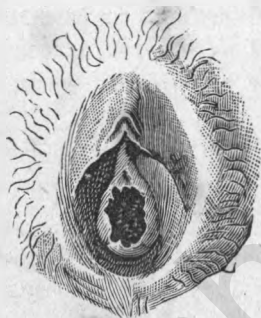


Рис. 21. Влагалищный входъ у первородящей.



Рис. 22. Влагалищный входъ у повторно-родящей.

Оба рисунка по *B. S. Schultze*.

Брюшныя покровы у повторно-родящихъ болѣе дряблы, и обыкновенно, кромѣ свѣжихъ бурокрасныхъ рубцовъ, они покрыты еще старыми бѣловатыми рубцами беременности.

Относительно *диагностическаго значенія рубцовъ беременности* господствуетъ обыкновенно у начинающихъ большая путаница. Присутствіе рубцовъ на животѣ беременной женщины, конечно, нисколько не свидѣтельствуетъ о бывшихъ родахъ, такъ какъ рубцы могли быть приобрѣтены въ данную беременность. Но если мы имѣемъ возможность, наряду съ старыми морщинистыми, бѣловатыми рубцами, открыть на животѣ беременной женщины такъ назыв. свѣжіе красно-бурые рубцы и съ положительностью отличить рубцы одной категоріи отъ другой, то присутствіе старыхъ рубцовъ, конечно, свидѣтельствуетъ о предшествовавшей беременности. Какъ бы то ни было, отличить эти двѣ категоріи рубцовъ довольно трудно, въ особенности для начинающаго, и такъ какъ мы имѣемъ для опредѣленія бывшихъ родовъ болѣе вѣрные признаки на маточномъ зѣвѣ и дѣвственной плевѣ, то можно безъ ущерба пренебречь дифференціальнымъ диагнозомъ между старыми и свѣжими рубцами беременности.

Если у женщины не беременной имѣются на животѣ рубцы, то она, по всей вѣроятности, уже однажды родила; но, конечно, подобные рубцы могутъ быть приобрѣтены и влѣдствіе какого-нибудь другого сильнаго растяженія живота

(брюшной водяной или опухолями). Кроме того, блѣвато-блестящія рубцы на бедрахъ и ягодицахъ существуютъ почти у $\frac{1}{3}$ всѣхъ дѣвственницъ: рубцы эти образовались въ періодѣ половой зрѣлости, благодаря росту таза и быстрому развитію подкожнаго жирового слоя.

Досрочные роды оставляютъ на маточномъ зѣвѣ и дѣвственной плевѣ, конечно, менѣе значительныя измѣненія. Но даже при очень раннемъ изгнаніи плода рѣдко отсутствуютъ небольшіе надрывы на маточномъ зѣвѣ.

Не должно забывать, что оперативныя манипуляціи на маточной шейкѣ и во влагалищѣ или гангренозные, гесп. сифилитическіе процессы на дѣвственной плевѣ могутъ симулировать измѣненія, оставленныя родовымъ актомъ.

Распознаваніе періода беременности.

При достаточномъ навыкѣ удается объективнымъ изслѣдованіемъ опредѣлить съ довольно большою точностью мѣсяцъ беременности. Важнѣйшимъ признакомъ считается длина матки, *дно* которой занимаетъ въ *отдѣльные мѣсяцы* беременности *довольно типическій уровень*.

Между тѣмъ какъ въ концѣ *перваго мѣсяца* увеличеніе объема матки лишь съ трудомъ можетъ быть констатировано соединеннымъ изслѣдованіемъ, матка во *второмъ мѣсяцѣ* достигаетъ приблизительно объема гусиного яйца. При этомъ характерно то, что дно матки лежитъ плашмя на переднемъ сводѣ влагалища.

Въ *третьемъ мѣсяцѣ* матка имѣетъ приблизительно величину дѣтской головки. Тѣло матки и дно ея почти совершенно выполняютъ тазовый входъ.

Въ *четвертомъ мѣсяцѣ* дно матки стоитъ уже надъ лоннымъ сочлененіемъ. Части плода нерѣдко уже могутъ быть констатированы соединеннымъ изслѣдованіемъ, а движенія его—выслушиваніемъ.

Въ *пятомъ мѣсяцѣ* дно матки стоитъ уже примѣрно на два поперечныхъ пальца ниже пупка. Въ концѣ этого мѣсяца становятся слышны сердечныя тоны плода.

Въ *шестомъ мѣсяцѣ* дно матки достигаетъ уровня пупка. Части плода явственно ощупываются при наружномъ изслѣдованіи.

Въ *седьмомъ мѣсяцѣ* дно матки стоитъ на три поперечныхъ пальца выше пупка. Пупочная впадина въ большинствѣ случаевъ изглажена. Внутреннее изслѣдованіе обыкновенно даетъ возможность при нормальныхъ условіяхъ прощупать предлагающую часть, которая „баллотируетъ“ на пальцѣ.

Въ *восьмомъ мѣсяцѣ* дно матки стоитъ посрединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ грудины (см. рис. 23).

Въ *девятомъ мѣсяцѣ* матка достигаетъ наивысшаго своего уровня. Она стоитъ на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ подъ мечевиднымъ отросткомъ грудины и, по направленію въ стороны, достигаетъ реберныхъ дугъ (см. рис. 25). У повторно-родящихъ весь цервикальный каналъ обыкновенно проходимъ для пальца. У первородящихъ наружный маточный зѣвъ пропускаетъ верхушку пальца.

Въ *десятомъ мѣсяцѣ* матка опускается впереди, такъ что дно ея стоитъ приблизительно на томъ же уровнѣ, какъ и въ восьмомъ мѣсяцѣ. Наи-

большая окружность живота въ это время равняется приблизительно 100 см. (см. рис. 24). У первородящих наружный маточный зѣвъ тоже



Рис. 23. Профиль беременной на 8-мъ мѣсяцѣ.



Рис. 24. Профиль беременной на 10-мъ мѣсяцѣ.

оказывается нѣсколько расширеннымъ; но цервикальный каналъ, въ большинствѣ случаевъ, непроходимъ для пальца.

Слѣдовательно, по уровню дна матки можно съ нѣкоторою достовѣрностью опредѣлить мѣсяцъ беременности. Только въ восьмомъ и десятомъ мѣсяцѣ дно матки стоитъ на одинаковомъ уровнѣ. Для того, чтобы отличить между собою эти два мѣсяца, приходится прибѣгнуть къ другимъ діагностическимъ средствамъ. Въ качествѣ таковыхъ средствъ имѣютъ значеніе: болѣе или менѣе *плотное стояніе головки надъ тазовымъ входомъ*, прощупываемое *укороченіе влагалищной части у первородящихъ и форма живота.*

Головка въ восьмомъ мѣсяцѣ стоитъ подвижно надъ тазовымъ входомъ, тогда какъ въ десятомъ мѣсяцѣ она лежитъ надъ нимъ совершенно плотно; послѣднее обстоятельство особенно сильно бываетъ выражено у первородящихъ, тогда какъ у повторно-рождающихъ головка еще и въ десятомъ мѣсяцѣ сохраняетъ известную подвижность, хотя и меньшую, чѣмъ



Рис. 25. Профиль беременной на 9-мъ мѣсяцѣ.

въ восьмомъ. *Влагалищная часть* у первородящихъ въ послѣднюю треть беременности постепенно укорачивается. Если влагалищная часть еще вдается во влагалище настолько, что имѣетъ длину фаланги пальца, то это свидѣтельствуеетъ о восьмомъ мѣсяцѣ; если же она едва еще прощупывается или даже совсѣмъ не можетъ быть найдена, то это говоритъ въ пользу десятаго мѣсяца беременности.

Опущеніе матки вперед въ десятомъ мѣсяцѣ беременности придаетъ животу характеристическую форму (см. рис. 24). Между тѣмъ какъ въ восьмомъ мѣсяцѣ брюшные покровы надъ дномъ матки столь сильно напряжены, что едва могутъ быть вдавлены рукою, они въ десятомъ мѣсяцѣ становятся болѣе вялыми. Пупочная область въ послѣднемъ мѣсяцѣ обыкновенно бываетъ выпячена въ видѣ пузыряка. Эта разница въ формѣ живота опять-таки бываетъ явственнѣе выражена у первородящихъ, чѣмъ у повторно-родящихъ. Опущеніе дна матки въ десятомъ мѣсяцѣ ощущается беременными даже субъективно, такъ, какъ благодаря ему, дыханіе становится болѣе свободнымъ. Наконецъ, важнымъ признакомъ, свидѣтельствующимъ въ пользу десятаго мѣсяца беременности, должно также считаться болѣе частое появленіе маточныхъ сокращеній.

Кажущееся язглаживаніе влагалищной части у перво-беременныхъ, очевидно, происходитъ не только подъ влияніемъ увеличивающагося разрыхленія влагалищныхъ стѣнокъ, но также вслѣдствіе оттъсненія передняго свода влагалища головкою плода. Но цервикальный каналъ въ большинствѣ случаевъ до самаго наступленія родовъ сохраняетъ длину приблизительно въ 3—4 см.

Вышеозначенный уровень дна матки въ отдѣльные мѣсяцы беременности совершенно вѣренъ для большинства случаевъ; но, конечно, онъ можетъ подвергаться разнообразнымъ уклоненіямъ, смотря по объему содержимаго матки, напр. при очень большомъ или очень маломъ плодѣ, при обильномъ количествѣ околоплодной жидкости, или при двойняхъ. Определеніе уровня дна матки въ поперечныхъ пальцахъ, конечно, не можетъ похвалиться особенною точностью. Но и при определеніи его въ сантиметрахъ дѣло нисколько не выигрываетъ.

Определеніе періода беременности сдѣлалось бы гораздо болѣе точнымъ, если бы мы имѣли возможность *во всехъ случаяхъ и во всякое время непосредственно измѣрить длину плода въ маткѣ*. Но такое измѣреніе можетъ быть произведено съ точностью лишь при продольныхъ положеніяхъ, когда головка плода уже довольно плотно стоитъ надъ тазовымъ входомъ. Измѣреніе это основывается на томъ фактѣ, что линія, соединяющая наиболѣе удаленныя между собою точки головки и тазового конца при нормальномъ членорасположеніи плода въ маткѣ (такъ назыв. ось плода), равна половинѣ длины всего младенца [*Ahlfeld* ¹⁾].

Эту ось плода измѣряютъ у беременныхъ такимъ образомъ, что одну вѣтвь тазомѣра приставляютъ къ крупной части плода, лежащей въ днѣ матки, а другую вводятъ во влагалище и придавливаютъ чрезъ передній

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 2.

сводъ его къ подлежащей части. Если бы, напр., измѣренная такимъ образомъ длина оси плода оказалась равной 24 см., то длина рожденнаго младенца отъ головки до пятокъ равнялась бы приблизительно 48 см. Впрочемъ, это отношеніе оси плода къ длинѣ рожденнаго младенца вѣрно только для беременности, тогда какъ во время родовъ младенецъ выпрямляется, благодаря дѣйствію потугъ, и, слѣдовательно, ось плода становится болѣе длинной. Поэтому вышеуказанный способъ вычисленія оказывается во время родовъ неточнымъ.

Распознаваніе положенія плода, жизни его или смерти.

Что касается распознаванія *положенія* плода, то во время беременности обыкновенно бываетъ достаточно опредѣлить, имѣемъ-ли мы предъ собою продольное или поперечное положеніе. Присутствіе крупной части плода въ днѣ матки и другой такой же части надъ лоннымъ сочлененіемъ свидѣтельствуетъ о *продольномъ положеніи*. Если же въ днѣ матки и надъ лоннымъ сочлененіемъ не прощупывается крупныхъ частей плода, а, наоборотъ, части эти прощупываются справа и слѣва, то дѣло идетъ о *поперечномъ положеніи*. При *головныхъ* положеніяхъ мелкія части прощупываются справа или слѣва въ днѣ матки, а при тазовыхъ положеніяхъ онѣ здѣсь обыкновенно отсутствуютъ. Тазовой конецъ при внутреннемъ изслѣдованіи явственно ощущается въ видѣ бугристой мягкой части, если только онъ, какъ это бываетъ очень часто, не стоитъ такъ высоко, что палецъ едва или даже совсѣмъ не можетъ до него достигнуть.

Гораздо болѣе точное опредѣленіе положенія, позиціи и членорасположенія плода требуется при изслѣдованіи во время родовъ.

Что младенецъ *живъ*, объ этомъ свидѣтельствуютъ объективно констатируемыя движенія и сердечные тоны плода. Если сердечные тоны не слышны въ такое время, когда они должны бы быть слышны, то изъ этого все-таки не слѣдуетъ тотчасъ заключать о смерти плода. Движенія младенца прощупываются вообще не при каждомъ изслѣдованіи, а сердечные тоны иногда ускользаютъ даже отъ человѣка чрезвычайно опытнаго при однократномъ, иногда и при повторномъ изслѣдованіи. Особенно легко это можетъ случиться при очень громкомъ маточномъ или кишечномъ шумѣ, или когда спинка плода случайно отстоитъ далеко отъ передней стѣнки матки, или же когда имѣется очень много околоплодной жидкости.

Рѣшающимъ признакомъ *смерти плода* служитъ *остановка въ дальнѣйшемъ развитіи беременности*, констатируемая при болѣе долгомъ наблюденіи: матка скорѣе уменьшается, чѣмъ увеличивается въ объемъ, консистенція ея становится болѣе мягкой, груди дѣлаются болѣе вялыми. При этомъ беременная перестаетъ чувствовать движенія плода, а взамѣнъ того появляются у нея ненормальныя ощущенія, именно: познабливаніе, общее изнеможеніе, диспепсія и другія, до тѣхъ поръ отсутствовавшія ощущенія, иногда даже такое чувство, какъ будто въ животѣ

болтается постороннее тѣло. Если при наличности всѣхъ этихъ данныхъ повторное и внимательное изслѣдованіе не обнаружитъ сердечныхъ тоновъ плода, то смерть младенца почти не подлежитъ никакому сомнѣнію. Этотъ выводъ еще болѣе подкрѣпляется, если у матери существуетъ такая болѣзнь (напр. сифилисъ), относительно которой мы знаемъ, что она часто влечетъ за собою смерть плода. Послѣдняя, въ концѣ концовъ, прерываетъ беременность. Умершій плодъ рождается спустя нѣсколько дней или недѣль.

При живомъ плодѣ матка, благодаря присутствію въ ней плода, имѣетъ на нѣсколько десятыхъ градуса болѣе высокую температуру, чѣмъ влагалище. Если плодъ умеръ, то матка и влагалище принимаютъ одинаковую температуру. Но діагностическое примѣненіе этого несомнѣнно доказаннаго факта [*Schroeder*¹⁾] встрѣчаетъ препятствіе въ технической трудности измѣренія температуры беременной матки. Измѣреніе это возможно, разумеется, только при раскрытомъ маточномъ звѣѣ.

Опредѣлить *полъ младенца* во время беременности до сихъ поръ еще невозможно. Хотя у младенцевъ женскаго пола констатируются въ среднемъ выводѣ нѣсколько болѣе частыя сердечныя сокращенія, чѣмъ у младенцевъ мужскаго пола, однако этотъ фактъ не можетъ имѣть діагностическаго примѣненія въ индивидуальномъ случаѣ. Во время родового акта возможно при тазовыхъ положеніяхъ опредѣлить полъ младенца благодаря тому, что при низкомъ стоявіи тазового конца удается непосредственно прощупать половыя части. Но такъ какъ послѣднія, подъ вліяніемъ давленія, производимаго родовымъ актомъ, обыкновенно подвергаются сильному припуханію, то въ этомъ случаѣ требуется нѣкоторая осторожность. Такъ, напр., сильно припухшія половыя губы легко могутъ быть по ошибкѣ приняты за мошонку.

VI. Многоплодная беременность.

Бываетъ не очень рѣдко, что въ беременной маткѣ одновременно находится *два плода*. По статистикѣ *G. Veit*'а, въ Пруссіи 1 случай родовъ двойнями приходился на 89 родовъ вообще. Наоборотъ, гораздо рѣже наблюдается беременность *тремя и четырьмя плодами*. Одинъ случай родовъ тройнями приходился на 7910, одинъ случай родовъ четырьмя плодами—на 371.126 родовъ вообще [*G. Veit*²⁾]. Извѣстны также примѣры родовъ *пятью* плодами одновременно.

Vasalli сообщаетъ случай родовъ *шестью* плодами, какого до сихъ поръ еще никто съ достовѣрностью не наблюдалъ. Роды наступили на 4-мъ мѣсяцѣ; длина плодовъ равнялась 22—26 см.; существовала плацента. (*Gaz. Lombard. XLVII. 22.* Цитировано по *Schmidt's Jahrb. Bd. 219, p. 168.*)

*Двойни*³⁾ происходятъ или такимъ образомъ, что одновременно были оплодотворены *два яйца*, происходящія изъ одного или двухъ фолликуловъ, или же такимъ образомъ, что въ *одномъ* яйцѣ развились *два зачатка*. Въ послѣднемъ случаѣ оба плода всегда бываютъ одинаковаго пола.

¹⁾ *Virchow's Archiv. Bd. 35.*

²⁾ *Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 6.—Mirabeau, Ueber Drillingsgeburten. 1894.*

³⁾ *B. S. Schultze, Volkmann'sche Vorträge. № 34.*

Происходятъ-ли двойни изъ одного или двухъ яицъ, это можетъ быть анатомически опредѣлено по состоянію яйцевыхъ оболочекъ и послѣдовъ. Если оба плода происходятъ изъ двухъ яицъ, то каждое яйцо имѣетъ свою отдѣльную ворсистую оболочку и отдѣльный послѣдъ, хотя обѣ плаценты могутъ быть кажущимся образомъ срослены въ одну. Если же двойни развились въ одномъ яйцѣ, то оба плода окружены одной общей для нихъ вористой оболочкой и сосудистая область обѣихъ послѣдовъ анастомозируютъ между собою. Водная оболочка, какъ продолженіе кожи плода, всегда должна быть двойная. Но въ очень рѣдкихъ случаяхъ находили только одну водную оболочку, такъ что оба плода помѣщались въ одной полости. Вѣроятно, дѣло при этомъ идетъ о разрывѣ раздѣляющихъ перегородокъ водной оболочки, съ послѣдующимъ исчезаніемъ ихъ.

Слѣдовательно, при беременности двойнями мы найдемъ на плацентѣ двѣ яйцевыя полости. Каждая изъ нихъ имѣетъ свою отдѣльную пуповину. Если на мѣстѣ соприкосновенія обѣихъ яйцевыхъ полостей находится только двѣ перепонки (обѣ водныя оболочки), то мы имѣемъ предъ собою двойни, образовавшіяся изъ одного яйца. Въ этомъ случаѣ можно будетъ изъ пуповины одного младенца инъцировать плацентарную сосудистую систему второго младенца. Оба близнеца будутъ одинаковаго пола. Если же на мѣстѣ соприкосновенія обѣихъ яйцевыхъ полостей могутъ быть различены четыре перепонки (двѣ водныя и двѣ ворсистыя оболочки), то близнецы происходятъ изъ двухъ яицъ. Инъекція пуповины одного младенца даетъ возможность въ этомъ случаѣ явственно различить перегородку между обѣими плацентами, если только онѣ вообще срослены между собою. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ существуютъ двѣ совершенно раздѣльныя плаценты. Близнецы, образовавшіяся изъ двухъ яицъ, могутъ быть различнаго или одинаковаго пола.

Двойни, образовавшіяся изъ двухъ яицъ, наблюдаются чаще, чѣмъ образовавшіяся изъ одного. Въ послѣднемъ случаѣ оба близнеца часто имѣютъ между собою поразительное сходство, которое простирается также на тѣлосложеніе и характеръ.

Относительно способа возникновенія *близнецовъ, образующихся изъ двухъ яицъ*, сразу является вопросъ, происходитъ-ли оплодотвореніе однимъ или нѣсколькими совокупленіями, и если предположить послѣднее, то происходятъ-ли оплодотворенныя яйца отъ одной овуляціи (*superfoecundatio*) или же они могутъ происходить отъ нѣсколькихъ овуляціонныхъ періодовъ (*superfoetatio*). *Superfoecundatio* теоретически вполнѣ мыслима, такъ какъ мужское сѣмя, доставленное новымъ соитіемъ, не встрѣчаетъ препятствій для своего проникновенія ко второму яйцу. Но прямого доказательства въ пользу того, что *superfoecundatio* встрѣчается у человѣка, до сихъ поръ еще не существуетъ.

О возможности оплодотворенія второго яйца изъ послѣдующаго овуляціоннаго періода, т. е. въ такое время, когда первое яйцо уже утвер-

дилось въ маткѣ, свідѣтельствовали, повидимому, такіе случаи, въ которыхъ одинъ близнецъ рождался хорошо развитимъ, а другой имѣлъ гораздо меньшую величину и поэтому, казалось, соотвѣтствовалъ болѣе позднему зачатію. Такъ какъ примѣрно черезъ 12 недѣль яйцо уже выполняетъ полость матки и decidua vera склеивается съ dec. reflexa, то промежутокъ времени, въ теченіе котораго возможна суперфетация, вообще не великъ. Физиологически суперфетация была бы мыслима лишь при томъ условіи, если бы овуляція продолжалась и во время беременности, а это до сихъ поръ еще не доказано. Большія различія въ степені розвитку встрѣчаются и при двойняхъ, образовавшихся изъ одного яйца, при которыхъ вообще нѣтъ и рѣчи о послѣдующемъ оплодотвореніи.

Благодаря большому растяженію живота, *субъективные симптомы* при беременности двойнями обыкновенно бываютъ болѣе значительны, иногда къ концу беременности становятся даже невыносимы. Отекъ покрововъ живота, наружныхъ половыхъ частей, бедеръ можетъ достигнуть громадныхъ размѣровъ, выдѣленіе бѣлка мочою встрѣчается относительно часто (см. главу „Почка беременныхъ“). Роды нерѣдко наступаютъ за нѣсколько недѣль до нормальнаго срока беременности.

Рожденные близнецы, по своей величинѣ и своему вѣсу, вообще уступаютъ другимъ новорожденнымъ, хотя бы роды наступили не раньше нормальнаго срока. Очень часто оба близнеца бываютъ развиты поразительно неодинаково. Иногда одинъ изъ нихъ умираетъ во время беременности, а другой продолжаетъ развиваться. Умершій плодъ лишь рѣдко извергается во время беременности, обыкновенно же онъ донашивается до конца ея. Послѣ всосанія околоплодной жидкости онъ обыкновенно засыхаетъ (мумифицируется), сплющивается давленіемъ растущаго другого близнеца и, наконецъ, рождается въ видѣ такъ называемаго foetus parvulus вмѣстѣ съ живымъ близнецомъ.

При беременности тремя, четырьмя и пятью плодами, условія въ отношеніи происхожденія изъ одного или нѣсколькихъ яицъ, въ отношеніи развитія плодовъ и ихъ пола, аналогичны съ тѣми же условіями при двойняхъ. Чѣмъ больше число плодовъ, тѣмъ, вообще, раньше прерывается беременность и тѣмъ меньшаго развитія они достигаютъ.

Если плоды при многоплодной беременности образовались изъ одного яйца, то возможно допустить одно изъ двухъ: или уже съ самаго начала существовало нѣсколько отдѣльныхъ зачатковъ, или же послѣдовательнымъ образомъ наступило расщепленіе одиночнаго зачатка. При двойняхъ, образовавшихся изъ одного яйца, всегда находили два пупочныхъ пузырька. Въ очень немногихъ случаяхъ, когда при двойняхъ существовала въ видѣ исключенія лишь одна водная оболочка, находили остатки разорваннаго amnion'a, и это обстоятельство подтверждаетъ предположеніе о томъ, что первично образуется двойная водная оболочка. Другіе же допускаютъ образованіе лишь одной водной оболочки и полагаютъ, что въ такихъ случаяхъ происходитъ расщепленіе зародыша.

Частота многоплодной беременности вообще увеличивается съ числомъ предшествовавшихъ родовъ и въ возрастѣ матери. Двойни, образовавшіяся изъ двухъ

яицъ, встрѣчаются преимущественно у многородящихъ [*Rumpe* ¹⁾]. Не особенно рѣдко беременность двойнями повторяется у одной и той же женщины. Наслѣдственность беременности двойнями наблюдалась несомнѣнно ²⁾. Но, по статистикѣ *Rumpe*, это бываетъ, вѣроятно, только при двойняхъ, образовавшихся изъ двухъ яицъ, такъ что наследственно передается, повидимому, какъ бы большее количество фолликулъ и яицъ въ яичникахъ. Согласно тому же автору, при обоихъ видахъ беременности двойнями, но особенно при двойняхъ, образовавшихся изъ двухъ яицъ, замѣчается значительный перевѣсъ мальчиковъ. *Valenta* ³⁾ реферируетъ замѣчательный случай, опубликованный въ 1808 г. *Hen. Xav. Boyer*'омъ. Женщина, бывшая 4 раза беременной отъ своего мужа, который былъ близнецомъ, родила въ общемъ 32 дѣтей, а именно два раза по четыре, 6 разъ тройни. 3 раза двойни. Изъ этихъ дѣтей 26 были мужского пола, въ живыхъ осталось 12 дѣтей. Двойная матка какъ будто особенно предрасполагаетъ къ забеременѣванію двойнями.

Разница въ величинѣ отдѣльныхъ плодовъ при многоплодной беременности можетъ быть очень значительна (въ особенности при двойняхъ, образовавшихся изъ одного яйца, — *Rumpe*), но можетъ и совсѣмъ отсутствовать. Соответственно различной степени развитія плодовъ, принадлежащія имъ плаценты или части плаценты, конечно, тоже будутъ имѣть неодинаковую величину. Близнецы, образовавшіеся изъ одного яйца, всегда плохо развиты и чаще, чѣмъ близнецы, происшедшіе изъ двухъ яицъ, обнаруживаютъ различныя уродства и патологическія состоянія; точно также при этихъ условіяхъ чаще наблюдаются выкидыши, преждевременные роды, умираніе одного плода (*Rumpe*).

Чѣмъ больше число плодовъ, тѣмъ болѣе неблагоприятнымъ обыкновенно бываетъ *предсказаніе* относительно ихъ дальнѣйшей жизни. Но что и тройни, напр., могутъ быть относительно хорошо развиты, это доказываютъ два случая *Sperling*'а и *Eisenhart*'а, въ которыхъ дянна плодовъ равнялась 45 и 47^{3/4} см. (Ср. *Mirabeau*, Ueber Drillingsgeburten. 1894).

Распознаваніе беременности двойнями далеко не всегда бываетъ легко. Во многихъ случаяхъ приходится довольствоваться вѣроятнымъ диагнозомъ. Ошибки въ распознаваніи навѣрно случались здѣсь у каждаго акушера.

Подозрѣніе о многоплодной беременности возбуждается уже *ненормально большимъ растяженіемъ живота*, которое, однако, можетъ при очень плохомъ развитіи плодовъ отсутствовать, а съ другой стороны можетъ быть обусловлено очень большимъ объемомъ одиночнаго плода или чрезмѣрно обильнымъ количествомъ околоплодной жидкости, или какими нибудь опухолями. Подозрѣніе это подкрѣпляется, если *при ощупываніи найдено поразительно много частей плода*. Каждую изъ нихъ необходимо опредѣлить съ наивозможною точностью и сравнить съ тою частью плода, которая найдена при внутреннемъ изслѣдованіи. Такимъ образомъ нерѣдко удается открыть двѣ одноименныя части плода, напр. двѣ головки, изъ которыхъ одна находится въ днѣ матки, а другая стоитъ надъ тазовымъ входомъ, или же ощупать при внутреннемъ изслѣдованіи одну крупную часть и затѣмъ при наружномъ изслѣдованіи поло-

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsb. u. Gynäk. Bd. 22.

²⁾ v. *Speyr*, Die mehrfachen Geburten in ihren erblichen Beziehungen. Dissertation. Basel 1894. — *Hellin*, Die Ursache der Multiparität etc. 1895.

³⁾ Wiener Med. Wochenschr. 1897, № 3.

жительно констатировать еще двѣ крупныя части плода. Сильное напряженіе и отекъ брюшныхъ покрововъ нерѣдко затрудняютъ ощупываніе.

Особенное вниманіе необходимо обращать на *выслушиваніе*. Присутствіе сердечныхъ тоновъ на обѣихъ сторонахъ живота ровно ничего не доказываетъ, такъ какъ они могутъ быть проведены съ одной стороны его на другую. Но если при выслушиваніи приложеннымъ къ животу ухомъ возможно доказать, что, начиная съ того мѣста, гдѣ сердечные тоны слышны всего яснѣе, они по направленію къ другой сторонѣ живота или по направленію кверху сначала все болѣе и болѣе ослабѣваютъ, а затѣмъ постепенно становятся болѣе громкими и въ заключеніе достигаютъ такой же силы, какъ на вышеназванномъ мѣстѣ, или, другими

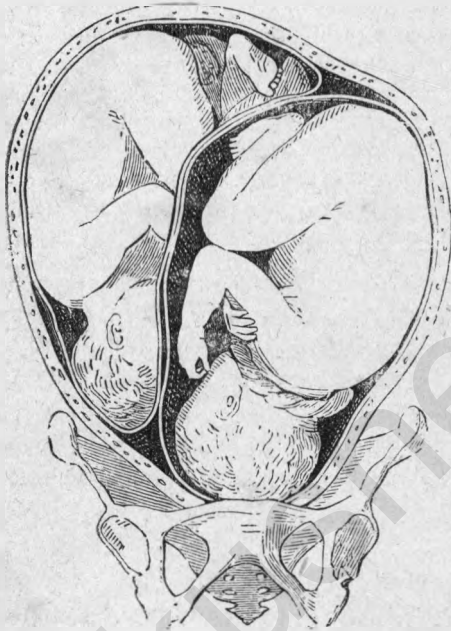


Рис. 26 (по В. S. Schultze). Двойни. Оба плода въ черепномъ положеніи.

словами, если между обоими фокусами, на которыхъ сердечные тоны слышны всего яснѣе, находится болѣе или менѣе *беззвучный промежутокъ*, то становится очень вѣроятнымъ, что въ маткѣ находятся два бьющіяся сердца. Если затѣмъ удастся при повторномъ выслушиваніи двумя наблюдателями констатировать разницу въ частотѣ сердечныхъ тоновъ на обѣихъ фокусахъ, то диагнозъ становится неподлежащимъ сомнѣнію. Но разница въ частотѣ сердечныхъ тоновъ должна быть значительна: если, напр., разность не превышаетъ 2—4 ударовъ, то она лежитъ еще въ предѣлахъ возможной ошибки.

Но вполне выяснитъ дѣло этимъ послѣднимъ путемъ удастся только не очень часто. Иногда вообще не удается найти двухъ отдѣльныхъ фокусовъ съ болѣе слышными сердечными тонами, или же удается найти два такихъ фокуса, но тоны слишкомъ неясны для того, чтобы ихъ можно было точно сосчитать. Само собою разумѣется, что и при отсутствіи разницы въ сердечныхъ тонахъ можетъ все-таки существовать беременность двойнями.

Въ большинствѣ случаевъ приходится основывать распознаваніе исключительно на данныхъ ощупыванія.

Иногда существуютъ *особенныя условія*, дѣлающія распознаваніе несомнѣннымъ: прощупываніе болѣе 4-хъ мелкихъ частей, напр. въ маточномъ зѣвѣ (В. S. Schultze), прощупываніе непульсирующей пуповины или мацерированныхъ черепныхъ костей въ маточномъ зѣвѣ при ясно слыш-

ныхъ въ то же время сердечныхъ тонахъ, прощупываніе двухъ плодныхъ пузырей (*DePaul*).

Гораздо труднѣе распознать беременность тройнями. Распознаваніе здѣсь должно основываться на тѣхъ же соображеніяхъ, какъ и при беременности двойнями. Беременность 4 или 5 плодами, конечно, никогда не доступна распознаванію.

VII. Дієтетика беременности.

Беременность, какъ физиологическое состояніе, часто соприкасающееся въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ съ предѣлами патологическаго, требуетъ особыхъ дієтетическихъ предписаній.

Беременная должна вообще вести *тотъ образъ жизни, къ которому она раньше привыкла* (если только этотъ образъ жизни былъ вообще разумный и гигиеничный), *и въ то же время избѣгать всякихъ эксцессовъ.*

Эти *эксцессы* принадлежатъ въ особенности къ *физической* сферѣ, но также и къ умственной, и могутъ состоять какъ въ чрезмѣрной физической работѣ, такъ и въ чрезмѣрныхъ развлеченіяхъ. Беременная должна особенно избѣгать ношенія большихъ тяжестей, подниманія тяжелыхъ предметовъ, продолжительной ѣзды по дурнымъ дорогамъ, верховой ѣзды, скаканія, танцевъ (особенно—круглыхъ танцевъ), восхожденія на очень крутыя горы, ѣзды въ продолженіе нѣсколькихъ дней по желѣзной дорогѣ. Она должна избѣгать бессонныхъ ночей, не должна по ночамъ утомлять себя умственной работой или развлеченіями, напр. частымъ посѣщеніемъ концертовъ, собраний, баловъ и т. д. Точно также она должна по возможности избѣгать всякихъ душевныхъ возбужденій. Вся окружающая обстановка должна имѣть своей задачей отдалять отъ беременной всякія неприятыя впечатлѣнія и способствовать поддержанію въ ней равнаго и веселаго настроенія духа.

Несоблюденіе этихъ предписаній, конечно, далеко не всегда влечетъ за собою перерывъ беременности. Но беременная должна знать, что она особенно при физическихъ эксцессахъ подвергаетъ себя риску преждевременно прервать свою беременность или, при другого рода эксцессахъ, значительно усилить субъективные симптомы беременности.

Тѣмъ не менѣе нужно заботиться не объ одномъ лишь *осторожномъ образѣ жизни*, а, наоборотъ, полезно рекомендовать извѣстное *упражненіе силъ*. Ежедневное движеніе на открытомъ воздухѣ обязательно необходимо, равно какъ и регулярная дневная работа, будетъ-ли это физическая или умственная. То и другое улучшаетъ самочувствіе беременной и всего лучше гарантируетъ ее отъ угнетеннаго настроенія. Но ничто такъ вредно не дѣйствуетъ на беременную, какъ праздное лежаніе на кушеткѣ, избѣганіе всякаго движенія, пребываніе по вечерамъ въ плохо провѣтриваемыхъ и переполненныхъ общественныхъ помѣщеніяхъ. Подобный образъ жизни увеличиваетъ вялость кишечника, вызываетъ бессонницу, нервныя явленія и угнетенное состояніе духа; часто также въ этихъ случаяхъ родовыя потуги оставляютъ многого желать.

Свѣжій воздухъ и *отрѣзность* тоже составляютъ необходимыя дієтетическія требованія. Беременная нуждается въ кислородѣ не только ради себя, но и ради своего плода. Особенно слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы она спала въ хорошо провѣтриваемой спальнѣ и избѣгала переполненныхъ помѣщеній. Болѣе долгое пребываніе въ такихъ помѣщеніяхъ часто влечетъ за собою сердцебіеніе и обморочныя припадки.

Ежедневно слѣдуетъ производить *обмыванія* обильно отдѣляющихъ наружныхъ половыхъ частей, но только не губкой, а перевязочной ватой или свѣже-вымытой тряпчочкой. *Спринцованія влагалища* могутъ быть дозволяемы только повременамъ при болѣе обильномъ отдѣленіи. Спринцованія эти должны быть производимы въ положеніи на спинѣ (или на бидѣ) тепловатою кипяченою водою, съ умѣренной высоты. Маточный наконечникъ, лучше всего стеклянный, долженъ быть предварительно очищенъ хорошенько въ растворѣ карболовой кислоты. Очень полезны также *теплыя ванны*, которыя должны быть повторяемы 1—2 раза въ недѣлю, особенно во второй половинѣ беременности. Слабымъ беременнымъ необходимо имѣть послѣ ванны часовой отдыхъ. Ванна улучшаетъ самочувствіе и поднимаетъ силы беременной. Сидячія и ножныя ванны, а равно и холодныя, должны быть воспрешены.

Одежда беременной должна имѣть въ виду теплое содержаніе живота и нижнихъ конечностей. Упраздненіе всѣхъ тѣхъ частей одежды, которыя стѣсняютъ грудь и животъ, должно быть рекомендуемо уже въ первой половинѣ беременности. Но въ большинствѣ случаевъ беременныя не обращаютъ на подобные совѣты никакого вниманія. При вялыхъ брюшныхъ покровахъ или т. н. отвисломъ животѣ полезно носить подходящую брюшную повязку. Груды должны содержаться въ теплѣ и должны быть защищены отъ давленія, для того чтобы соски могли хорошо развиваться.

Соски должны каждый день тщательно очищаться прохладною водою, и засохшія на нихъ корки должны быть аккуратно удаляемы. Обмыванія алкоголемъ (разбавленнымъ ромомъ или коньякомъ) уменьшаютъ ихъ чувствительность и дѣлаютъ кожу ихъ менѣе равнимою. Для того, чтобы сдѣлать кожу сосковъ болѣе гибкой, полезно повременамъ натирать ихъ масломъ.

Если женщина, кормящая своего ребенка, забеременѣла, то онъ долженъ быть немедленно отвѣтъ отъ груди.

Діета должна сообразоваться съ прежними привычками женщины. Чрезмѣрное переполненіе желудка вредно особенно вечеромъ и во второй половинѣ беременности. Но не слѣдуетъ ставить преграды очень хорошему въ большинствѣ случаевъ аппетиту беременной изъ опасенія неизбѣжной утренней тошноты и рвоты. Такъ называемымъ извращеннымъ вкусамъ беременной можно безъ особеннаго опасенія давать просторъ въ разумныхъ предѣлахъ, если они не слишкомъ уже причудливы.

Много труда требуетъ, въ большинствѣ случаевъ, забота объ ежедневно

необходимомъ *испращеніи*. Регулярными движеніями на открытомъ воздухѣ и легкими дієтетическими средствами удается достигнуть нѣкотораго результата; но часто бываетъ невозможно обойтись безъ слабительныхъ. Вообще должно остерегаться примѣненія проносныхъ средствъ, а слѣдуетъ испытывать магнезію, ревенъ или соляныя слабительныя. Клизмы иногда вполне цѣлесообразны, но ихъ нельзя долго употреблять.

Что касается половыхъ сношеній, то абсолютное воспрещеніе coitus'a будетъ неумѣстно, тѣмъ болѣе, что подобное воспрещеніе, какъ показываетъ практика, почти никогда не выполняется. Слѣдуетъ лишь рекомендовать извѣстную умѣренность, указывая на вредъ очень частыхъ половыхъ сношеній. Не можетъ подлежать никакому сомнѣнію, что частыя и бурныя совокупленія въ состояніи вызвать у нѣкоторыхъ женщинъ выкидышъ, особенно въ первые мѣсяцы.

Наоборотъ, въ послѣднемъ мѣсяцѣ беременности, а особенно за короткое время до родовъ, половыя сношенія должны быть безусловно воспрещены.

Вышеописанныя *субъективные симптомы беременности* требуютъ припадного леченія. Нѣкоторые изъ нихъ, конечно, могутъ быть облегчены; но обыкновенно лучшимъ лекарствомъ должно поневолѣ служить утѣшеніе, что они сами собою исчезнутъ съ окончаніемъ беременности.

Если *варикозныя расширенія венъ* или *отеки* на нижнихъ конечностяхъ достигаютъ болѣе значительныхъ размѣровъ, то необходимо бинтовать конечности или надѣвать на нихъ эластическіе чулки.

Если *рвота* становится болѣе частой, то беременная должна избѣгать послѣ ѣды всякаго тѣлеснаго движенія и принимать пищу малыми количествами, но зато почаще. При утренней рвотѣ беременная должна первую свою пищу принимать лежа въ постели и затѣмъ вставать лишь по истеченіи часа.

Для облегченія *болей въ головѣ или лицѣ*, которыя иногда бываютъ очень мучительными, можно повременамъ давать антипиринъ или фенацетинъ въ среднихъ дозахъ; тѣ же самыя средства можно примѣнять для облегченія зубныхъ болей, при которыхъ слѣдуетъ остерегаться выдергиванія здоровыхъ зубовъ.

Весьма замѣчательно то обстоятельство, что многія изъ разстройствъ, сопровождающихъ первую половину беременности, какъ, напр., тошнота, рвота и нервные симптомы, поддаются воздѣйствію сильными психическими мѣрами. (Испугъ, печаль, сильный интересъ, перемѣна мѣста, путешествіе).

Если во время беременности представляется желательнымъ назначить какія либо *лекарства*, то можно давать ихъ въ пріемахъ, не достигающихъ максимальной дозы, безъ всякаго опасенія за дальнѣйшее теченіе беременности или за здоровье плода. Не слѣдуетъ только давать по цѣлымъ недѣлямъ или мѣсяцамъ ядовитыя и, въ особенности, наркотическія средства.

Мы видѣли уже, что растворимыя вещества всѣ безъ исключенія переходятъ

отъ матери къ плоду. Поэтому не можетъ подлежать сомнѣнію, что частицы лекарственнаго вещества попадаютъ и въ сосудистую систему плода. Для нѣкоторыхъ медикаментовъ (салициловая кислота, хининъ, іодистый калий) это прямо доказано. При употребленіи среднихъ дозъ, если онѣ повторяются не слишкомъ часто, нельзя предполагать вреднаго вліянія на плодъ, и, во всякомъ случаѣ, ничего подобнаго до сихъ поръ неизвѣстно. Мало того, даже очень вѣроятно, что нѣкоторые сильные яды, какъ, напр., стрихнинъ [*Gusserow* ¹⁾, *Falk* ²⁾], дѣйствуютъ на плодъ менѣе сильно, чѣмъ на взрослого человѣка (на беременную). Что хлороформъ переходитъ отъ матери къ плоду, это доказано *Zweifel*'емъ ³⁾. Тѣмъ не менѣе, повседневный опытъ свидѣтельствуетъ, что при глубокомъ наркозѣ матери младенецъ рождается совершенно жизнеспособнымъ и тотчасъ начинаетъ сильно кричать и двигаться. Впрочемъ, акушерскій наркозъ обыкновенно бываетъ непродолжителенъ. Поэтому хлороформировать беременныхъ въ теченіе короткаго времени можно тоже безъ всякаго опасенія. Косвеннымъ образомъ хлороформъ можетъ, конечно, какъ это доказано на беременныхъ кроликахъ, подвергнуть опасности жизнь плода вслѣдствіе значительнаго пониженія давленія въ кровеносной системѣ матери ⁴⁾. Однако, для этого требуется уже очень продолжительный и глубокий наркозъ. (О паркотизаціи эфиромъ см. Наркозъ во время родовъ).

При привычномъ употребленіи наркотическихъ средствъ, напр. морфія, плодъ можетъ, повидимому, тоже нѣкоторымъ образомъ привыкнутьъ къ ихъ дѣйствію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ новорожденные будто бы представляли ясные признаки морфинизма. Морфинистки въ большинствѣ случаевъ страдаютъ безплодіемъ. Если у нихъ наступитъ беременность, то очень большія дозы, повидимому, вызываютъ выкидышъ. Быстрое отнятіе морфія, повидимому, тоже ведетъ къ выкидышу.

Вопросъ о вліяніи, оказываемомъ сильными психическими впечатлѣніями, поражающими беременныхъ, на возникновеніе тѣлесныхъ обезображиваній или психическихъ дефектовъ у плода, играетъ у многихъ профановъ большую роль («засматриваніе беременныхъ»). Въ современной научной медицинѣ возможность причинной связи между психическимъ впечатлѣніемъ и имѣющимся уродствомъ плода отвергается рѣшительнѣйшимъ образомъ. Но въ послѣднее время вопросъ этотъ нашли нужнымъ снова подвергнуть обсужденію (см. въ особенности интересную работу *Preuss*'а «*Vom Versehen der Schwangeren*». Eine historisch-kritische Studie. Berl. Klinik. Heft 51, 1892; далѣе *Ballantyne*, *Edinb. med. Journ.* 1891. Vol. 36 и *v. Welsenburg*, *Das Versehen der Frauen etc.* 1899). Какъ бы тамъ ни было, но въ практическомъ отношеніи и нынѣ еще остается въ полной силѣ совѣтъ—серьезно бороться съ вѣрою беременныхъ и окружающихъ ихъ лицъ въ «засматриваніе».

Физиологія и дієтетика родовъ.

I. Введеніе.

Родами мы называемъ процессъ, при которомъ плодъ вмѣстѣ съ его придатками изгоняется естественными силами изъ материнскаго организма. Роды разъединяютъ тѣсную связь между матерью и плодомъ. «*Новорожденный младенецъ*» начинаетъ свое самостоятельное внимательное существованіе.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 13.

²⁾ *Pflüger's Arch.* Bd. 34.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 12.

⁴⁾ *Runge*, Arch. f. exper. Path. u. Pharmak. Bd. 10.

Естественныя силы, изгоняющія плодъ, суть слѣдующія: сокращенія матки, называемыя *потугами*, и *брюшной прессъ*. Путь, по которому проталкивается плодъ,—такъ наз. *родовой каналъ*,—состоитъ изъ *таза* и *половыхъ частей* женщины. *Сопротивленіе*, встрѣчаемое проталкивающейею силою, зависитъ отъ отношенія величины, положенія, позиціи и членорасположенія плода къ емкости таза и къ степени растяжимости мягкихъ родовыхъ путей.

Для того, чтобы послѣдующее изложеніе теченія родовъ сдѣлалось вполне понятнымъ, мы должны предварительно рассмотреть здѣсь съ большою подробностью оба эти фактора, именно проталкивающія силы и сопротивленіе.

II. Костный родовой каналъ (тазъ).

Хотя съ одной стороны изслѣдованія *Баландина* показываютъ, что во время родовъ можетъ происходить незначительное расширеніе таза, съ другой стороны установлено, что нѣкоторое измѣненіе формъ таза можетъ происходить при различныхъ положеніяхъ женщины ¹⁾, однако расширеніе это настолько ничтожно, что мы и теперь еще вправѣ попрежнему рассматривать тазъ какъ *костный каналъ съ постоянными размѣрами*, чрезъ который долженъ пройти плодъ.

Способъ, какимъ проталкивается чрезъ тазъ младенецъ, а въ особенности его головка, какъ самая большая и твердая часть его, далеко не можетъ быть какимъ угодно. Въ виду нѣкоторой разницы между размѣрами головки плода и таза матери, головка должна приспособляться къ размѣрамъ узкаго канала, измѣняя свою позицію и свое положеніе относительно туловища. Эта относительная узость таза и относительно большая величина сопротивленія объясняетъ въ значительной мѣрѣ длительность и болѣзненность родовъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ даетъ намъ ключъ къ уразумѣнію тѣхъ разнообразныхъ опасностей, которыя могутъ возникнуть для матери и младенца при особенной затруднительности прохожденія чрезъ тазъ.

Анатомію женскаго таза ²⁾ мы здѣсь предполагаемъ извѣстной. Но роль его, какъ родоваго канала, требуетъ подробнаго описанія его пространственныхъ отношеній.

Акушерское значеніе имѣетъ одинъ лишь *малый тазъ*. Большой тазъ, отдѣляемый отъ лежащаго подъ нимъ малаго таза безымянной линіей (*linea terminalis*), не играетъ въ механизмѣ родовъ никакой роли, благодаря его относительно большой емкости.

Большой тазъ имѣетъ значеніе для акушера лишь въ томъ отношеніи, что по его размѣрамъ, легко опредѣлимымъ и на живой женщинѣ, позволительно заключить о размѣрахъ малаго таза, которые на живой женщинѣ не могутъ быть опредѣлены съ тою же точностью.

¹⁾ См. измѣреніе таза, отвисающее положеніе.

²⁾ См. *Waldeyer, Das Becken. 1899.*

Въ этомъ смыслѣ различаютъ на сухомъ тазѣ слѣдующіе размѣры:

1. Разстояніе между верхними передними остями подвздошныхъ костей = 23 см. (на живой женщинѣ = 26 см.).

2. Наибольшее разстояніе между гребешками подвздошныхъ костей = 25 см. (на живой женщинѣ = 29 см.).

Малый тазъ дѣлится на входъ, выходъ и полость.

Полость таза, въ свою очередь, раздѣляется на двѣ части, широкую (Beckenweite) и узкую (Beckenenge).

Входъ таза есть плоскость, мысленно проведенная чрезъ мысь крестцовой кости, обѣ безымянныя линіи, гребешки лобковыхъ костей и верх-

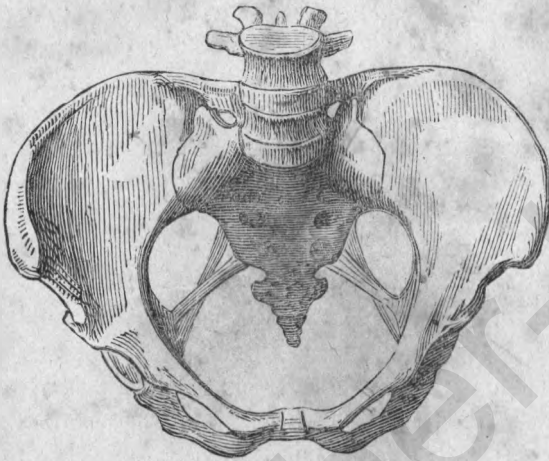


Рис. 27. Женскій тазъ.

ний край лоннаго сочлененія. Въ немъ необходимо различать слѣдующіе размѣры:

1. *Прямой размѣръ* или *истинная конъюгата (conjugata vera)* есть кратчайшее разстояніе между мысомъ крестцовой кости и лоннымъ сочлененіемъ. Этотъ размѣръ равняется 11 см.

2. *Поперечный размѣръ* или наибольшее разстояніе между обѣими безымянными линіями = $13\frac{1}{2}$ см.

3. *Два косыхъ размѣра*. *Правый* косой размѣръ (называемый также первымъ) идетъ отъ *праваго* крестцово-подвздошнаго сочлененія къ *лѣвому tuberculum ileopubicum*. *Лѣвый* косой размѣръ (называемый также вторымъ) идетъ отъ *лѣваго* крестцово-подвздошнаго сочлененія къ *правому tuberculum ileopubicum*. Каждый изъ нихъ равняется $12\frac{1}{2}$ см.

Кромѣ того, для оцѣнки пространственныхъ отношеній нѣкоторыхъ узкихъ тазовъ имѣетъ важное значеніе distantia sacrocotyloidea, т. е. разстояніе отъ середины крестцоваго мыса до верхней и задней части два вертлужной впадины обѣихъ сторонъ; разстояніе это равняется 9 см.

Широкая часть полости таза (Beckenweite) есть плоскость, мысленно проведенная чрезъ мѣсто соединенія 2-го и 3-го крестцовыхъ позвонковъ, середину вертлужныхъ областей и середину лоннаго сочлененія.

1. *Прямой размѣръ* или разстояніе между мѣстомъ соединенія 2-го и 3-го крестцовыхъ позвонковъ и серединою лоннаго сочлененія = $12\frac{1}{2}$ см.

2. *Поперечный размѣръ* или разстояніе между серединами вертлужныхъ областей = $12\frac{1}{2}$ см.

3. *Два косыхъ размѣра.* *Правый* косой размѣръ идетъ отъ середины верхняго края правой incisurae ischiadicae maj. къ серединѣ противоположащаго sulcus obturatorius. *Лѣвый* косой размѣръ идетъ въ обратномъ направленіи. Каждый изъ нихъ = $13\frac{1}{2}$ см.

Узкая часть полости таза (Beckenenge) есть плоскость, мысленно проведенная чрезъ верхушку крестца, ости сѣдалищныхъ костей и нижній край лоннаго сочлененія.

1. *Прямой размѣръ* есть разстояніе отъ верхушки крестца до нижняго края лоннаго сочлененія. Онъ равняется $11\frac{1}{2}$ см.

2. *Поперечный размѣръ* или разстояніе между остями обѣихъ сѣдалищъ костей = $10\frac{1}{2}$ см.

3. *Два косыхъ размѣра.* Задніе концы этихъ размѣровъ находятся на ligamenta tuberososacra. Такъ какъ послѣдніе способны растягиваться, то косые размѣры этой части таза не имѣютъ постоянной величины. Минимальная длина ихъ равняется приблизительно 11 см.

Выходъ таза ограниченъ верхушкою копчика, буграми сѣдалищныхъ костей и нижнимъ краемъ лоннаго сочлененія (см. рис. 28).

1. *Прямой размѣръ*, идущій отъ нижняго края лоннаго сочлененія къ верхушкѣ копчика = $9\frac{1}{2}$ см.

Благодаря отодвиганію назадъ копчиковой кости, подвижно соединенной съ крестцомъ, этотъ размѣръ увеличивается во время родовъ приблизительно на $2-2\frac{1}{2}$ см. и становится равнымъ $11\frac{1}{2}-12$ см.

2. *Поперечный размѣръ* соединяетъ оба сѣдалищные бугра. Онъ равняется 11 см.

3. *Два косые размѣра.* Задніе концы ихъ точно также находятся въ связочномъ аппаратѣ. Поэтому самые размѣры не имѣютъ постоянной величины. Минимальная длина ихъ составляетъ едва 11 см.

Изъ вышеприведенныхъ размѣровъ таза оказывается, что наибольшій размѣръ въ тазовомъ входѣ есть *поперечный*, въ широкой части полости таза—*косой*, а въ узкой части ея и въ выходѣ таза—*прямой*. Слѣдовательно, головка, проталкиваемая въ тазъ, встрѣтитъ въ означенныхъ размѣрахъ наименьшее сопротивленіе, а это обстоятельство не можетъ быть безразлично для способа прохожденія ея черезъ тазъ.

Направленіе тазовой полости лучше всего можетъ быть предста-

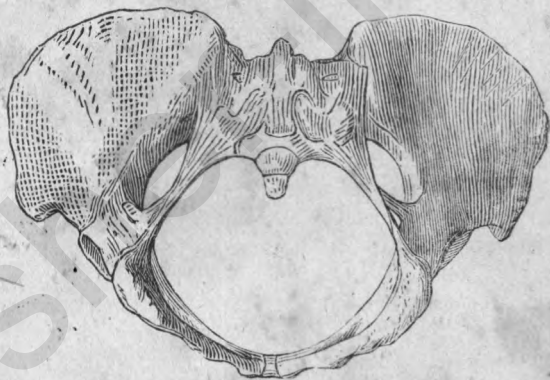


Рис. 28. Женскій тазъ, задя и снизу.

влено линіей, соединяющей между собою середины прямыхъ разѣровъ всѣхъ ея отдѣльныхъ частей. Эту линію называютъ *осью таза* или также *проводной линіей*, потому что въ направленіи ея продвигается рука при производствѣ акушерскаго изслѣдованія. До 3-го крестцовога позвонка ось таза представляетъ прямую линію, а затѣмъ она слегка загибается впередъ соотвѣтственно вогнутости крестцовой кости.

Наклоненіе таза опредѣляется угломъ, образуемымъ плоскостью тазоваго входа съ горизонтомъ. При вертикальномъ положеніи тѣла этотъ уголъ равняется среднимъ числомъ 60° . Мысль крестцовой кости стоитъ приблизительно на $9\frac{1}{2}$ стм. выше верхняго края лоннаго сочлененія. При правильной установкѣ таза къ горизонту переднія верхнія ости подвздошныхъ костей и бугорки лобковыхъ должны стоять въ одной вертикальной полости [*H. Meyer* ¹⁾]. Наклоненіе таза индивидуально различно; но даже у одной и той же женщины, при стоячемъ положеніи, оно значительно измѣняется (въ предѣлахъ отъ 40 до 100°), смотря по степени отведенія и поворачиванія бедеръ. Наклоненіе таза бываетъ наименьшее при незначительномъ поворотѣ бедеръ внутри и незначительномъ разведеніи ихъ въ обѣ стороны.

Индивидуальное наклоненіе таза довольно безразлично для хода родовъ, такъ какъ оно значительно измѣняется, смотря по положенію тѣла.

Выраженіе «тазовыя плоскости» не должно быть поняваемо въ математическомъ смыслѣ. Въ т. б. плоскости тазоваго входа, напр., мысль крестцовой кости стоитъ надъ безымянной линіей.

«Анатомическая конъюгата» соединяетъ середину крестцоваго мыса съ верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія. Но акушеры въ виду практическихъ соображеній принимаютъ за конъюгату кратчайшее разстояніе между крестцовымъ мысомъ и лоннымъ сочлененіемъ. Слѣдовательно, задній конецъ акушерской конъюгаты образуется тѣмъ мѣстомъ крестцоваго мыса, которое всего болѣе выступаетъ впередъ по направленію къ лобку, а передній конецъ ея — тѣмъ мѣстомъ лоннаго сочлененія, которое лежитъ всего ближе къ крестцовому мысу. Этотъ передній конецъ акушерской конъюгаты обыкновенно лежитъ на $\frac{1}{2}$ стм. подъ верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія, а иногда и нѣсколько выше (*Michaelis*).

Приведенные нами размѣры таза суть средніе размѣры; слѣдовательно, малыя отклоненія отъ нихъ не имѣютъ значенія. Величина размѣровъ и отношеніе ихъ другъ къ другу бываютъ различны, смотря по индивидуальности и расѣ. Такъ, напр., *Schröter* ²⁾ нашелъ, что у нѣмокъ и эстонокъ тазъ имѣетъ болѣшую емкость, чѣмъ у евреекъ и полякъ. У евреекъ тазъ поразительно малъ. Въ отношенія формъ таза различаютъ притупленную форму червоннаго туза, поперечно-овальную, продольно-овальную и круглую.

Тазы различныхъ расъ ³⁾ отличаются между собою преимущественно отношеніемъ въ нихъ прямого размѣра къ поперечному. Тазы европейскихъ женщинъ суть самыя просторныя. Особенно великъ въ нихъ поперечный размѣръ. То же самое относится къ тазамаъ американокъ, китайнокъ и японокъ. Приблизительно продольно-овальную форму и очень малую емкость имѣютъ тазы бушменокъ, круглую форму—тазы коренныхъ обитательницъ Америки и Австраліи. поперечно-

¹⁾ Die Statik und Mechanik des menschlichen Knochengerüsts. 1873.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 25.

³⁾ Литература: см. *Waldeyer*, Das Becken. 1899.

овальную форму съ относительно большой конъюгатой и довольно малую см-кость — таза негритянокъ (*C. Martin* и *H. Fritsch*). Наклоненіе таза тоже бываетъ различно, смотря по національности. *Schröter* нашелъ наибольшее наклоненіе таза у нѣмокъ, меньшее у полякъ и евреекъ, наименьшее у эстонякъ.

III. Мягкіе родовые пути.

Въ отличіе отъ костнаго родового канала, сопротивленіе *мягкихъ половыхъ путей* при родовомъ актѣ устраняется *растяженіемъ*.

Это растяженіе неизбѣжно сопряжено съ маленькими надрывами ткани. Если уже при отслойкѣ яйца отъ внутренней поверхности матки во время родовъ послѣдняя лишается своего естественнаго покрова, то при раскрываніи родовыхъ путей растягивающимъ ихъ яйцомъ образуются и въ нижней части полового канала многочисленныя мелкія поврежденія. Поэтому каждая роженица есть вмѣстѣ съ тѣмъ *раненая*, и тотчасъ послѣ родовъ половой каналъ сверху до низу покрытъ ранами. Тамъ же, гдѣ имѣются раны, существуетъ поводъ къ возникновенію *болѣзней ранъ*. И дѣйствительно, въ до-антисептическія времена, среди тѣхъ женщинъ, которыя умирали отъ послѣдствій родовъ, значительное большинство погибало отъ болѣзней, обусловленныхъ *инфекціей ранъ*.

Растяженію подвергаются *цервикальный каналъ, влагалище и наружныя половыя части*. Наименьшее сопротивленіе представляетъ очень растяжимое влагалище. Цервикальный каналъ и наружный маточный зѣвъ расширяются „яйцевымъ пузыремъ“, т. е. нижней частью яйца, проникающею подъ вліяніемъ потугъ на-подобіе пузыря въ каналъ шейки, а наружный маточный зѣвъ въ заключеніе совершенно разворачивается подъ давленіемъ подлежащей части плода. При этомъ во время первыхъ родовъ образуются болѣе или менѣе глубокіе надрывы въ наружномъ маточномъ зѣвѣ, которые остаются замѣтными почти на всю жизнь. Но и у повторно-родящихъ болѣе незначительныя надрывы въ наружномъ зѣвѣ составляютъ правило.

Наружныя половыя части растягиваются подлежащею частью плода. Расширеніе ихъ происходитъ преимущественно насчетъ растяженія ихъ нижняго отдѣла, т. е. промежности. Сравненіе отверстія дѣвственной плевы у перво-беременной съ объемомъ головки вѣлаго младенца даетъ начинающему наглядное понятіе объ изумительной расширяемости наружныхъ половыхъ частей. Понятно, что при этомъ не избѣжны многочисленные разрывы слизистой оболочки. У первородящихъ разрушается дѣвственная плева; на уздечкѣ и промежности часто тоже образуются надрывы. У повторно-родящихъ всѣ эти поврежденія менѣе значительны.

Растяженіе мягкихъ родовыхъ путей, необходимое для того, чтобы ихъ сдѣлать удобными для прохожденія младенца, увеличиваетъ болѣзненность родового акта и, въ соединеніи съ прохожденіемъ головки черезъ тазъ, дѣлается понятнымъ, почему роды продолжаются столь долгое время.

Относительно *мягкихъ частей, выстилающихъ костный тазъ*, не слѣдуетъ забывать, что онѣ оказываютъ нѣкоторое вліяніе на всѣ

размѣры таза. Важнѣйшему измѣненію подвергается тазовой выходъ. Плотный и толстый слой мягкихъ частей, состоящій главнымъ образомъ изъ мускулатуры, окруженной крѣпкими фасціями, закрываетъ выходъ таза и оставляетъ свободное мѣсто только для прямой кишки сзади и для влагалища спереди. Вслѣдствіе этого родовой каналъ измѣняетъ свое направленіе. Нижній отдѣлъ его лежитъ не внизу и сзади, а загибается кпереди и оканчивается лежащимъ на передней отѣлкѣ таза отверстиемъ наружныхъ половыхъ частей.

Далѣе заслуживаетъ вниманія весьма важная для родового канала близость къ нему двухъ органовъ, именно *тазовой кльтчатки* и *брюшины*. Разрыхленная тазовая кльтчатка, снабженная многочисленными и расширенными лимфатическими сосудами и простирающаяся до маточной шейки, чрезвычайно способна воспринимать заразные вещества изъ ранъ шейки и переносить ихъ въ болѣе отдаленныя части тѣла. Значительная близость брюшины, покрывающей наружную поверхность матки и простирающейся по направленію внизъ до области задняго свода влагалища, является поводомъ къ участію ея въ болѣе значительныхъ раненіяхъ и инфекціонныхъ процессахъ, которые, какъ только они распространились на брюшину, немедленно принимаютъ *угрожающій для жизни характеръ*.

Сильное развитіе сосудовъ вблизи матки и на поверхности ея, въ особенности обильныя и густыя венозныя сплетенія (см. рис. 19) дѣлаютъ понятнымъ, почему глубокія поврежденія, бывающія во время родового акта или при искусственномъ родоразрѣшеніи, даютъ тяжелыя кровотеченія, которыя могутъ даже повести къ смерти.

IV. Положенія младенца.

Въ ученіи о беременности мы уже подробно описали головку доношеннаго младенца. Тамъ же была рѣчь о положеніи, позиціи и членорасположеніи младенца въ беременной маткѣ. Теперь мы должны подробно описать *положенія младенца во время родовъ*.

Мы раздѣляемъ эти положенія на слѣдующія группы:

I. Прямыя положенія:

- а) Головныя положенія:
 - α) черепныя положенія,
 - β) лицевыя положенія.
- б) Тазовыя положенія:
 - α) ягодичныя положенія.
 - β) ножныя положенія.

II. Поперечныя положенія.

Сравнительную частоту этихъ положеній *Schroeder* ¹⁾ опредѣляетъ по клиническимъ отчетамъ слѣдующимъ образомъ:

Черепныя положенія	95 %
Лицевыя положенія	0,6 %
Тазовыя положенія	3,11 %
Поперечныя положенія	0,56 %

¹⁾ Lehrbuch der Geburtshülfe. 1891.

Winkel получилъ цифры совершенно аналогичныя. Черепныя положенія оказываются еще болѣе преобладающими, если исключить досрочные роды, узкіе тазы и другія несправильности.

Ягодичныя положенія встрѣчаются приблизительно вдвое чаще ножныхъ.

Первая позиція при всѣхъ положеніяхъ встрѣчается чаще второй, а особенно при черепномъ положеніи.

На 100 первыхъ позицій черепа приходится 39 вторыхъ.

На 100 случаевъ первой позиціи при лицевыхъ положеніяхъ — 61 случай второй позиціи.

На 100 случаевъ первой позиціи при тазовыхъ положеніяхъ — 68 случаевъ второй позиціи [*Hecker* ¹⁾].

Согласно вышеприведенному опредѣленію положенія и позиціи плода, принятому всѣми акушерами, слѣдовало бы всегда говорить—первая и вторая *позиція* черепа и т. д. Тѣмъ не менѣе, большинство акушеровъ употребляетъ выраженія: первое и второе черепное *положеніе*.

Изъ всѣхъ этихъ положеній *поперечное* должно считаться *патологическимъ*, такъ какъ плодъ въ этомъ положеніи, за рѣдкими исключеніями, *не можетъ быть изгнанъ силами природы*. *Продольныя положенія* должны считаться *нормальными* постольку, поскольку они допускаютъ самопроизвольные роды.

Наиболѣе благопріятное предсказаніе даютъ черепныя положенія. Нѣсколько болѣе неблагопріятны для матери и младенца роды въ лицевомъ положеніи, тогда какъ тазовыя положенія сопряжены съ значительными опасностями для младенца. Такъ какъ, кромѣ того, при лицевыхъ и ножныхъ положеніяхъ измѣнено нормальное членорасположеніе младенца, то многіе акушеры признаютъ нормальными только роды въ черепномъ положеніи, а всѣ остальные они относятъ къ области патологии.

V. Проталкиваюція силы при родахъ.

1. Потуги.

Потуги суть болѣзненные сокращенія матки, которыя имѣютъ перистальтической характеръ, обладаютъ извѣстною ритмичностью, но не причинены водѣ.

Сокращеніе матки можетъ быть прощупано рукою, положенною на животъ роженицы; матка становится болѣе твердою и вслѣдствіе ригидности своихъ стѣнокъ выпрямляется. Вмѣстѣ съ тѣмъ оя продольный размѣръ значительно увеличивается, дно матки замѣтно поднимается, поперечный размѣръ обыкновенно также нѣсколько увеличивается, передне-задній же, по *Fehling's* ²⁾, уменьшается. Вслѣдствіе увеличенія продольнаго размѣра ось плода выпрямляется. Роженица ощущаетъ потугу въ видѣ боли, которая локализируется сначала въ животѣ, а при болѣе сильныхъ потугахъ—въ крестцѣ, и распространяется отсюда на бедра.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 20.

²⁾ Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Bonn. 1891.

Потуга починається медлено, усилюється мало по малу (*stadium incrementi*), остається нѣкоторое время на достигнутой высотѣ (*acme*) и затѣмъ медлено опять ослабѣваетъ (*stadium decrementi*), послѣ чего настають *перемежки*, во время которой боль уменьшается, мускулатура совершенно расслабляется, но дно матки остається на болѣе высокомъ уровнѣ, чѣмъ во время беременности. Потуга продолжается примѣрно 60—100 секундъ, а перемежки обыкновенно нѣсколько минутъ. Съ дальнѣйшимъ ходомъ родовъ потуги становятся болѣе сильными и частыми, а перемежки—болѣе короткими. Во время потуги повышается кровяное давленіе. Частота пульса нѣсколько увеличивается, пока потуга не достигнетъ наивысшей точки своего развитія, и затѣмъ опять уменьшается.

2. Брюшной прессъ.

Въ послѣдней стадіи родовъ присоединяются къ потугамъ, какъ очень дѣятельная проталкивающая сила, подчиненныя волѣ *сокращенія брюшного пресса*. Когда головка стоитъ уже во влагалищѣ, роженица ощущаетъ сильную потребность сокращать во время потуги брюшной прессъ. Послѣ глубокаго вдыханія роженица на нѣкоторое время задерживаетъ дыханіе и вмѣстѣ съ тѣмъ сильно сокращаетъ брюшныя мышцы. Благодаря опущенію грудобрюшной преграды и сокращенію брюшныхъ мышцъ, содержимое живота подвергается равномерному давленію, вслѣдствіе чего матка оттѣсняется внизъ и содержимое ея проталкивается изъ раскрытаго маточнаго зѣва.

Для того чтобы хорошо пользоваться брюшнымъ прессомъ, роженица сгибаетъ нижнія конечности въ колѣняхъ и упирается обѣими стопами въ постель, беретъ въ руки какой нибудь неподвижный предметъ и такимъ образомъ фиксируетъ туловище. Стремленіе сокращать во время потуги брюшной прессъ становится къ концу родовъ настолько сильнымъ, что роженица лишь съ трудомъ можетъ произвольно останавливать эти сокращенія.

3. Сокращеніе стѣнокъ влагалища

не имѣетъ для рожденія младенца существеннаго значенія, напротивъ того, при изгнаніи послѣда ово играетъ извѣстную роль.

4. Родовая боль.

Родовая боль, дѣлающая для женщины родовой актъ столь мучительнымъ, связана съ потугой. Лишь въ послѣднихъ стадіяхъ періода изгнанія появляется вслѣдствіе давленія головки на наружныя половыя части *постоянное* ощущеніе боли.

Родовая боль, строго говоря, слагается изъ двухъ факторовъ. Давленіе, которому подвергаются вслѣдствіе сокращенія матки направляющіеся между мышечными волокнами нервы, обусловливаетъ, въ связи съ растя-

женіемъ маточныхъ связокъ, потужную боль въ собственномъ смыслѣ этого слова. Но, кромѣ того, растяженіе мягкихъ родовыхъ путей и прижиманіе ихъ къ тазовой стѣнкѣ производятъ, въ свою очередь, болевое ощущеніе, которое достигаетъ наибольшей степени при прохожденіи головки чрезъ чувствительныя наружныя половыя части.

Сила родовой боли зависитъ вообще отъ интенсивности потугъ и отъ величины сопротивленія. Ощущеніе и проявленіе боли индивидуально весьма неодинаковы. Многія женщины громко кричатъ, тогда какъ у другихъ боль едва выражается слабыми стономъ. Совершенно безъ всякой боли родовой актъ едва-ли когда нибудь протекаетъ.

Методомъ болѣе точнаго изученія сокращеній матки мы обязаны *Schatz* у¹⁾. Пузырь, слабо наполненный водою, проводится за головку плода въ полость матки и соединяется съ манометромъ, точно указывающимъ давленіе, подъ которымъ стоитъ пузырь въ отдѣльные моменты потуги и во время перемежки. Путемъ записыванія величинъ давленія на вращающемся барабанѣ можно затѣмъ изобразить наглядно всю дѣятельность матки въ формѣ кривой (токодинамометръ).

Относительно *иннервации обшательныхъ центровъ* матки свѣдѣнія наши еще не полны, несмотря на многочисленныя и отчасти даже превосходныя изслѣдованія. Анатомическія изслѣдованія *Frankenhäuser* а²⁾ показываютъ, что надъ заднею частью влагалищнаго свода лежитъ гангліозная масса, такъ наз. *ganglion cervicale*, которая состоитъ изъ симпатическихъ элементовъ (нити отъ 1—3-го крестцовыхъ узловъ) и изъ спинномозговыхъ волоконъ (вѣтви отъ 2—4-го крестцовыхъ нервовъ), а также изъ соединительныхъ вѣтвей, идущихъ къ подчревному сплетенію (*plexus hypogastricus*). Отъ этого *gangl. cervic.* происходитъ большинство нервовъ матки, тогда какъ меньшинство ихъ направляется къ маткѣ непосредственно отъ подчреваго сплетенія. Последнее обхватываетъ съ обѣихъ сторонъ прямую кишку и должно разсматриваться какъ продолженіе большого маточнаго сплетенія (*plexus uterinus magnus*), которое лежитъ близъ мѣста раздвоенія аорты. Это маточное сплетеніе образуется спускающимся впереди аорты нервнымъ сплетеніемъ (*plexus aorticus*), происходящимъ изъ *plexus mesenteric. super.*, вѣтвями *gangl. sperm.* и поясничными узлами симпатическаго нерва. Слѣдовательно, съ цереброспинальною системою матка соединяется посредствомъ крестцовыхъ нервовъ и лежащихъ въ аортномъ сплетеніи центральныхъ волоконъ. Согласно этому, *физиологическіе опыты надъ животными* показываютъ, что сокращенія матки могутъ быть вызваны и изъ продолговатаго мозга, и изъ мозжечка, а также изъ различныхъ частей головного и изъ спинного мозга. Далѣе, *Goltz* а³⁾ показалъ, что и послѣ перерѣзки спинного мозга на уровнѣ перваго поясничнаго позвонка (у собакъ) можетъ наступить беременность и могутъ продолжаться роды. *Rein* а⁴⁾ показалъ своими опытами и наблюденіями надъ кроликами, что въ маткѣ, совершенно разъединенной отъ цереброспинальныхъ центровъ, могутъ происходить всѣ тѣ процессы, которые сопряжены съ зачатіемъ, беременностью и родами. Точно также ему удалось доказать, что *gangl. cervicale* не имѣетъ значенія автоматическаго маточнаго центра. Что эта независимость матки отъ цереброспинальной системы существуетъ и у женщины, доказывается случаями, въ которыхъ при полной парализаціи, обусловленной сжатіемъ спинного

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 3 u. 27; Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft f. Gynäk. zu Wien. 1895. — *Hensen*, Arch. f. Gynäk. Bd. 55.

²⁾ Die Nerven der Gebärmutter. 1867.

³⁾ *Pflüger's Arch.* Bd. 9.

⁴⁾ *Pflüger's Arch.* Bd. 23.

мозга, роды протекали въ отношеніи потужной дѣятельности совершенно нормальнымъ образомъ. Дембо снігають нервные узлы, найденные имъ въ верхней части передней стѣнки влагалища, за двигательные центры матки; но это мнѣніе не вполне свободно отъ возраженій и въ послѣднее время оспаривалось на основаніи экспериментальныхъ данныхъ (Кочкаровъ).

Эта функціональная независимость матки заставляетъ предположить, что *двигательные центры лежатъ въ самой маткѣ*, хотя болѣе точное опредѣленіе этихъ центровъ должно быть еще предоставлено будущему ¹⁾. Тѣмъ не менѣе, не подлежитъ сомнѣнію, что сокращенія матки могутъ быть также вызываемы различнаго рода центральными, а въ особенности периферическими раздраженіями, хотя для появленія родовыхъ потугъ эти раздраженія не безусловно необходимы. Вопросъ о существованіи задерживающихъ центровъ или задерживающихъ нервовъ матки изучался многими изслѣдователями, но до сихъ поръ еще окончательно не рѣшенъ.

Физиологическія экспериментальныя изслѣдованія, отчасти въ согласіи съ клиническими наблюденіями, обнаружили рядъ важныхъ и въ практическомъ отношеніи факторовъ, которые способны вызывать сокращенія матки. Въ качествѣ такихъ факторовъ должны быть прежде всего названы: *острая анемія всего тѣла*, затѣмъ *острая анемія головного мозга и матки* ²⁾. Такое же вліяніе имѣють *чрезмѣрно венозная свойства всей крови*, которые возникаютъ при угрожающемъ задушеніи или при тяжелыхъ болѣзняхъ сердца и легкихъ. *Продолжительное повышеніе температуры тѣла*, повидимому, не вызываетъ сокращеній непосредственно, но зато повышаетъ возбудимость матки. Непосредственныя *механическія, электрическія и термическія* раздраженія тоже очень легко вызываютъ маточныя сокращенія. Если матку кролика со вскрытою брюшною полостью подвергнуть дѣйствию лучистой теплоты каленнаго желѣза, то немедленно появляются сильныя тетаническія сокращенія матки. Если же, наоборотъ, подвергнуть матку въ теченіе болѣе долгаго времени вліянію очень высокаго температуръ, напр. отъ 50 до 60° Ц., то послѣ сильнаго сокращенія мало по малу наступаетъ нѣчто въ родѣ паралича. Матка становится вялою и въ значительной степени теряетъ свою возбудимость ³⁾. Наоборотъ, при дѣйстви холода, тоже вызывающаго маточныя сокращенія, такой стадіи паралича не наблюдается. *Инородное содержимое* въ маткѣ тоже вызываетъ сокращенія, которыя прекращаются, какъ только извергнуто инородное тѣло. У женщины нельзя не усмотрѣть тѣсной связи потугъ съ *непосредственнымъ раздраженіемъ нижняго сегмента матки*. Съ прекращеніемъ этого раздраженія, какъ, напр., послѣ истеченія водъ при поперечныхъ положеніяхъ или при высокомъ стояніи головки, прѣращаются и потуга. Наоборотъ, онѣ бывають въ большинствѣ случаевъ особенно сильными при объемистой головкѣ, при ущемленіяхъ маточнаго зѣва, при узкомъ тазѣ. Далѣе, намъ извѣстенъ цѣлый рядъ *токсически дѣйствующихъ веществъ*, которыя послѣ введенія ихъ въ организмъ, вызываютъ сокращенія матки, напр. стрихнинъ (у кроликовъ) и спорынья, которая вызываетъ маточныя сокращенія какъ у животныхъ, такъ и у женщины. Атропинъ, напротивъ того, производитъ расслабленіе матки и дѣйствуетъ на нее парализующимъ образомъ.

Сильныя психическія возбужденія могутъ, по мнѣнію многихъ акушеровъ, преждевременно вызвать роды, или оказывать во время самыхъ родовъ вліяніе на потуги. Это наблюденіе отчасти согласуется съ результатами экспериментальныхъ изслѣдованій, по которымъ раздраженіе различныхъ частей головного мозга,

¹⁾ См. *Livio Herlitzka*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 37.

²⁾ *Oser u. Schlesinger*, Med. Jahrbücher v. *Stricker*, 1872. — *Schlesinger*, *ibid.* 1873 u. 1874.

³⁾ *Runge*, Arch. f. Gynäk. Bd. 13.

въ томъ числѣ и психомоторныхъ центровъ, вызываетъ у животныхъ маточныя сокращенія. *Раздраженіе груди сосковъ* у родильницы, напр. сосаніемъ младенца при кормленіи, вызываетъ, какъ это извѣстно каждой кормящей грудью женщиной, болѣе или менѣе сильныя сокращенія матки.

Вышеприведенныя факты не только имѣютъ очень большое значеніе для истолкованія нѣкоторыхъ патологическихъ явленій во время беременности и во время родовъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ даютъ намъ важныя точки опоры для терапіи.

Чрезвычайно большой научный интересъ представляетъ вопросъ о *причинѣ наступленія родовъ*. Въ нѣкоторыхъ изъ многочисленныхъ гипотезъ упущено изъ виду тотъ фактъ, что и при вѣматочной беременности, при которой яйцо помѣщается и развивается внѣ матки, напр. въ Фаллопиевой трубѣ, при которой, слѣдовательно, матка пуста, тоже по истеченіи 10-го мѣсяца быстро появляются потуги. Въ виду этого факта падаетъ то предположеніе, что въ достиженіи маткою извѣстнаго предѣла растяженія заключается причина, вызывающая потуги. Самою существенною опорой для этой послѣдней гипотезы служило частое наступленіе преждевременныхъ родовъ при многоплодной беременности и при чрезмѣрно большомъ скопленіи околоплодной жидкости. Новѣйшія анатомическія изслѣдованія ¹⁾ усматриваютъ причину наступленія родовъ въ разрываніи маточной шейки; однако, противъ этой гипотезы можно привести тѣ же самыя возраженія, какъ и противъ предыдущей. Равнымъ образомъ нельзя уже въ настоящее время придерживаться того взгляда, что плодъ въ концѣ 10-го мѣсяца становится инороднымъ тѣломъ, отъ котораго матка старается освободиться. Эта теорія инороднаго тѣла могла бы еще имѣть мѣсто развѣ лишь при такихъ преждевременныхъ родахъ, при которыхъ причиною прерванія беременности должна быть признана первичная смерть плода.

Напротивъ того, совершенно естественно является мысль поискать, не имѣется-ли въ числѣ вышеуказанныхъ раздраженій, могущихъ вызывать потуги, такого фактора, который могъ бы быть признанъ побудительною причиною, вызывающею наступленіе родовъ. Изслѣдованія *Friendländer'a* ²⁾ показываютъ, что къ концу беременности образуются въ запоздалой отпадающей оболочкѣ многочисленные тромбозы венъ, вслѣдствіе чего развивается *венозная гиперемія плаценты*. Эта увеличенная венозность крови, могущая, какъ намъ уже извѣстно, вызывать потуги, будто бы и вызываетъ, въ соединеніи съ очень повышенною къ концу беременности возбудимостью матки, первыя потуги и вмѣстѣ съ тѣмъ объясняетъ причину наступленія родовъ.

Болѣе вѣроятно, однако, что причина лежитъ *въ самомъ плодѣ*. По изслѣдованіямъ *Hasse* ³⁾, къ концу беременности кровь *плода* становится болѣе венозною. *Hasse* объясняетъ этотъ фактъ постепеннымъ измѣненіемъ направленія тока крови изъ нижней полой вены отъ лѣваго предсердія къ правому желудочку, а также относительнымъ уменьшеніемъ калибра Боталлова и Аранциева протоковъ съ одновременнымъ увеличеніемъ притока крови къ печени и легочнымъ артеріямъ. Эта увеличенная венозность крови, и прежде всего увеличенное содержаніе въ ней углекислоты, своимъ дѣйствіемъ на центральные нервныя аппараты маточной мускулатуры, будто-бы и обуславливаетъ наступленіе родовою дѣятельности. Дальнѣйшія экспериментальныя изслѣдованія затѣмъ показали, что, при увеличенной венозности крови, причина, вызывающая потуги, заключается не столько въ избыткѣ углекислоты, сколько въ недостаткѣ кислорода ⁴⁾. Возможно, однако, что причиною появленія потугъ служить не одно лишь измѣ-

¹⁾ *Knüpfner*, Berichte u. Arbeiten aus der Frauenklinik zu Dorpat. 1894.

²⁾ *Physiol.-anatom. Untersuchungen über den Uterus*. 1870.

³⁾ *Zeitschr. f. Geburtst. u. Gynäk.* Bd. 6.

⁴⁾ *Runge*, *ibid.* Bd. 4.

ненное содержаніе газовъ въ крови, но, какъ замѣчаетъ и *Hasse*, еще и другіе продукты регрессивнаго обмѣна веществъ въ тѣлѣ плода.

Впрочемъ, опыты съ мочевиной, произведенные *Feis'омъ*¹⁾ на беременныхъ животныхъ, привели къ отрицательному результату. Накопленіе въ материнской крови ненормально большихъ количествъ мочевины не вызывало маточныхъ сокращеній.

Поэтому всѣ приводившіяся до сихъ поръ объясненія для причины наступленія родовъ совершенно гипотетичны.

VI. Клиническое теченіе нормальныхъ родовъ въ черепномъ положеніи.

1. Предвѣстники родовъ.

Уже въ послѣднія недѣли беременности появляются болѣе сильныя и частыя сокращенія матки, какъ *предвѣстники родовой дѣятельности*. Эти *предварительныя* или *предвѣщающія потуги* готовятъ роды и служатъ главнымъ образомъ къ тому, чтобы фиксировать головку надъ тазовымъ входомъ. Въ этой стадіи, незадолго до наступленія родовъ, влагалищная часть у первородящихъ болѣе или менѣе „изглажена“ и наружный маточный зѣвъ нѣсколько раскрытъ, между тѣмъ какъ у повторно-родящихъ влагалищная часть всегда еще прощупывается, но весь цервикальный каналъ обыкновенно проходимъ для пальца. Надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ прощупываются яичевыя оболочки, непосредственно прилегающія къ головкѣ, которая у первородящихъ стоитъ надъ тазовымъ входомъ уже довольно плотно, а у повторно-родящихъ остается еще нѣсколько подвижной.

Иногда эти предварительныя потуги бываютъ такъ сильны, что можно подумать, какъ будто начались роды, а между тѣмъ вскорѣ опять наступаетъ покой, и роды еще заставляютъ себя ждать нѣсколько дней или даже недѣль.

Самые роды подраздѣляются на 3 періода. *Періодъ раскрытія* простирается отъ начала родовъ до полного расширенія маточнаго зѣва. Затѣмъ начинается *періодъ изгнанія*, заканчивающійся рожденіемъ младенца. Къ этому второму періоду примыкаетъ *послѣдovый періодъ*, заканчивающійся изгнаніемъ плаценты и оболочекъ.

2. Періодъ раскрытія.

Собственно начало родовъ обнаруживается не только болѣе сильными и частыми, а въ особенности болѣе бодрзненными потугами, но еще и тѣмъ, что потуга замѣтно расширяетъ маточный зѣвъ, а яичевыя оболочки (ворсистерая и водная) отходятъ отъ головки въ видѣ „*плоднаго пузыря*“ (яичевой пузырь). (См. рис. 29).

Давленіемъ потуги прогоняется болѣе значительное количество околоплодной жидкости въ прилегающую къ головкѣ часть яичевыхъ оболочекъ, которыя въ нижнемъ сегментѣ матки уже болѣе или менѣе отдѣлились

1) Arch. f. Gynäk. Bd. 46.

отъ мѣста своего прикрѣпленія (см. рис. 30). Такимъ образомъ *яичевой пузырь* постепенно выпячивается на-подобіе сегмента шара въ цервикальный каналъ, а затѣмъ въ наружный маточный зѣвъ, и принимаетъ на себя задачу расширенія этихъ частей сверху. Во время перемены между двумя потугами жидкость плоднаго пузыря большею своею частью переливается обратно въ матку, и самый пузырь становится болѣе вялымъ. Затѣмъ, съ послѣдующими болѣе сильными потугами, проталкивается въ плодный пузырь все большее и большее количество жидкости, такъ что пузырь становится болѣе напряженнымъ и увеличивается въ объемѣ. Головка въ это время у первородящихъ стоитъ уже плотно въ тазовомъ входѣ, а у повторно-родящихъ она хотя въ большинствѣ случаевъ еще нѣсколько подвижна, но во время самой потуги тоже фиксируется надъ тазовымъ входомъ.

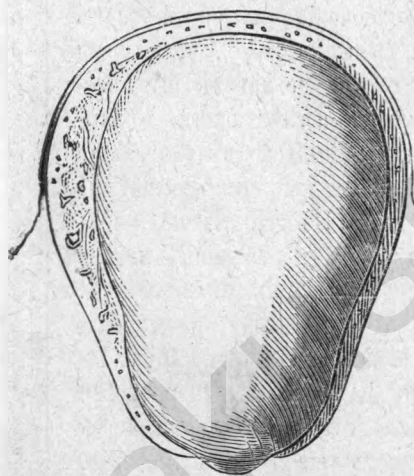


Рис. 29. Періодъ раскрытія. Плодный пузырь выпячивается въ маточный зѣвъ.
По *B. S. Schultze*.



O. int.

O. ext.

Рис. 30. Первородящая, начало потугъ. Внутренній зѣвъ матки раскрывается. Первое черепное положеніе. Замо-
роженный препаратъ. По *Leopold'y*.

Усиленіе потугъ (раскрывающія или подготавлиющія потуги) выражается у женщины извѣстнымъ безпокойствомъ. Аппетитъ исчезаетъ. У нѣкоторыхъ женщинъ появляется легкое познабливаніе, у другихъ тошнота, усиливающаяся иногда до степени рвоты. Повторно-родящая, знакомая уже по опыту съ ходомъ родовъ, знаетъ хорошо, что теперь настала ея часъ и дѣлаетъ все необходимыя къ этому приготовленія. На лицѣ первородящей выражается страхъ предстоящихъ ей родовъ, съ подробностями которыхъ она въ большинствѣ случаевъ совершенно незнакома,

но о мучительной болѣзненности которыхъ она уже догадывается по первымъ потугамъ.

Потуги слѣдуютъ теперь одна за другою примѣрно черезъ каждыя 3—5 минутъ, цервикальный каналъ развертывается, наружный маточный зѣвъ все болѣе и болѣе расширяется. Края маточнаго зѣва во время потуги сильно растягиваются плодовымъ пузыремъ, а во время перемежки между двумя потугами, съ обратнымъ отхожденіемъ пузыря, они опять становятся болѣе вялыми и отверстіе зѣва нѣсколько уменьшается.

Край маточнаго зѣва, первоначально еще толстый и, въ особенности у первородящихъ, представляющійся въ видѣ валика, постепенно напрягается и заостряется во время потуги, а въ послѣдствіи также и внѣ ея.

Степень расширенія маточнаго зѣва сравнивается обыкновенно съ величиною извѣстныхъ монетъ; говорятъ, напр.: маточный зѣвъ имѣетъ величину двугривеннаго, полтинника, серебрянаго рубля. Въ заключеніе маточный зѣвъ „изглаживается“, т. е. края его уже не могутъ быть открыты изслѣдующимъ пальцемъ; матка и влагалище превратились въ *одинъ* каналъ. Иногда также опредѣляютъ поперечникъ маточнаго зѣва въ сантиметрахъ. При полномъ расширеніи своемъ онъ имѣетъ отъ 10 до 11 см. въ поперечникѣ.

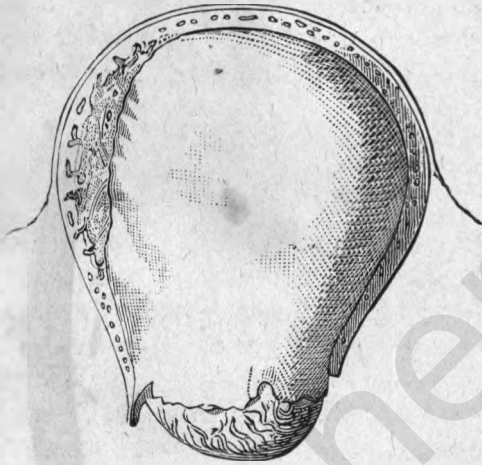


Рис. 31. Періодъ изгнанія. Пузырь разорвался, головка проходитъ черезъ маточный зѣвъ.
По В. S. Schultze.

Между тѣмъ какъ до сихъ поръ плодный пузырь во время перемежки опять становился болѣе вялымъ, наступаетъ теперь такой моментъ, когда онъ остается напряженнымъ и внѣ потуги. Пузырь „готовъ къ разрыву“. Головка, подвинувшаяся внизъ, препятствуетъ возвращенію околоплодной жидкости въ матку. Теперь проходитъ обыкновенно короткое время, и пузырь разрывается. Этотъ разрывъ яйцевыхъ оболочекъ наступаетъ обыкновенно въ маточномъ зѣвѣ и во время потуги. При этомъ отходятъ „первыя воды“ (въ количествѣ примѣрно отъ $\frac{1}{2}$ до 1 столовой ложки). Но большая часть околоплодной жидкости задерживается въ маткѣ головкою, заграждающею тазъ по направленію книзу.

Разрывъ пузыря происходитъ обыкновенно въ то время, когда маточный зѣвъ раскрытъ уже болѣе чѣмъ на половину; рѣдко при полномъ его расширеніи. Дальнѣйшее растяженіе маточнаго зѣва производится затѣмъ подлежащею частью плода. Послѣ разрыва пузыря потуги обыкновенно

новенно прекращаются на короткое время, чтобы затѣмъ возобновиться съ большей силой и частотой.

Съ изглаженіемъ маточнаго зѣва періодъ раскрытія оконченъ. Этотъ періодъ родовъ обыкновенно сопровождается обильнымъ выдѣленіемъ слизи, къ которой впоследствии примѣшивается немного крови. Кровь происходитъ изъ отпадающей оболочки, въ предѣлахъ которой наступаетъ отслойка яйца, и изъ небольшихъ надрывовъ въ маточномъ зѣвѣ. Болѣе сильное выдѣленіе крови имѣетъ безусловно патологическое значеніе.

3. Періодъ изгнанія.

Послѣ изглаженія маточнаго зѣва, головка плода вступаетъ во влагалище. Теперь обыкновенно начинается приводиться въ дѣйствіе брюшной прессь. Потуги становятся болѣе частыми и болѣзненными. Роженица старается принять подходящее положеніе, чтобы имѣть возможность во время потуги удовлетворять почти произвольному позыву къ сокращенію брюшного пресса (изгоняющія потуги). При изслѣдованіи пальцемъ ясно ощущивается во время каждой потуги поступательное движеніе головки, тогда какъ во время перемерки между двумя потугами головка опять отходитъ нѣсколько назадъ.

Въ это время, особенно если періодъ изгнанія болѣе продолжителенъ, часто находятъ измѣненія въ головкѣ младенца. Кожа головки сморщивается въ складки, и на той части черепа, которая всего болѣе подвижна внизу, ощущивается постепенно увеличивающееся припуханіе мягкихъ покрововъ, т. н. *родовая опухоль* (которая при черепныхъ положеніяхъ называется головною опухолью, *caput succedaneum*). Эта опухоль образуется вслѣдствіе давленія мягкихъ частей матери и особенно тазового кольца на проходящую черезъ нихъ головку младенца. Нерѣдко также замѣчается въ области черепныхъ швовъ надвиганіе костей одной на другую, особенно когда прохожденіе чрезъ тазъ сопряжено съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Движеній плода роженица обыкновенно въ это время уже не ощущаетъ.

Наконецъ, головка достигаетъ тазового дна. Часть черепа во время потуги становится видна между расходящимися половыми губами, но во время перемерки она сначала опять отходитъ назадъ, и половая расщелина снова закрывается; „*головка втягивается*“ (см. рис. 32). Вторичнымъ напираніемъ головки все болѣе и болѣе расширяются наружныя половыя части. Роженица при этомъ нерѣдко ощущаетъ позывъ на испражненіе. Произвольное мочеиспусканіе въ это время, а иногда раньше, оказывается въ большинствѣ случаевъ уже невозможнымъ. Всего сильнѣе растягивается промежность. Она увеличивается вдвое въ ширину и длину, истончается соотвѣтственно этому и въ заключеніе выпячивается шарообразно, причѣмъ задній проходъ оттягивается впередъ, сильно зияетъ, и изъ него нерѣдко выдавливается испражненіе. Мало по малу головка уже перестаетъ во время промежутка между двумя потугами отходить цѣликомъ

обратно, а остается и въ это время видимою въ половой расщелинѣ: „головка прорѣзывается“.

Сила и болѣзненность потугъ въ это время достигли уже своей наивысшей точки (сотрясающія потуги). Роженица сильно работаетъ брюшнымъ прессомъ. Лицо очень красно, губы синеваты и сухи, все тѣло обито потомъ, колѣни дрожатъ, иногда появляются судороги въ икрахъ. Многія впадаютъ въ состояніе безконечнаго страха и отчаянія. Возбужденное состояніе усиливается до высшей степени, пока, наконецъ, съ новой потугой, нерѣдко при провзительномъ крикѣ роженицы, не *родится* („прорѣжется“) *головка младенца*, послѣ чего роженица немедленно ощущаетъ необыкновенное облегченіе. Затѣмъ послѣ короткой паузы наступаетъ новая потуга, которая, при содѣйствіи брюшного пресса, легко выталкиваетъ туловище младенца чрезъ хорошо подготовленные половыя части матери. Рѣже туловище рождается непосредственно вслѣдъ за головкою, во время одной и той же потуги.

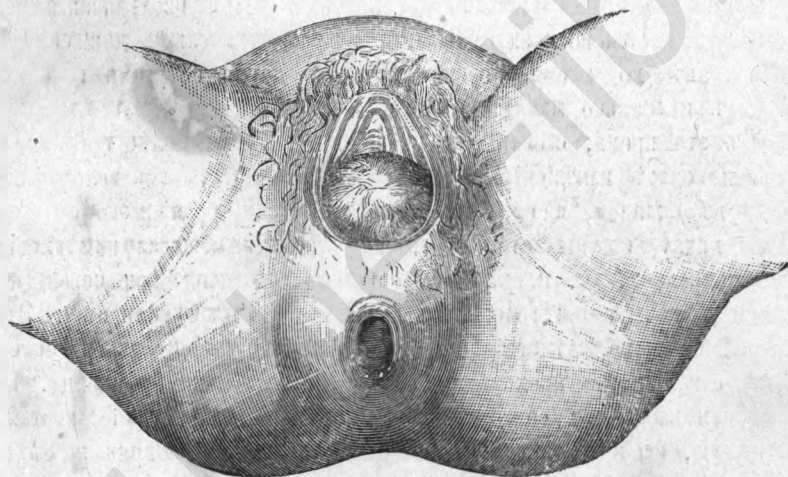


Рис. 32. Періодъ изгнанія. Головка врѣзывается. По *Smellie*.

Съ изгнаніемъ туловища вытекаетъ остатокъ околоплодной жидкости (вторыя или послѣдующія воды), иногда съ небольшою примѣсью крови. Новорожденный младенецъ падаетъ между бедеръ матери и немедленно обнаруживаетъ свою жизнь сильнымъ крикомъ. Отъ пупка рожденнаго младенца идетъ пульсирующая еще вначалѣ пуповина чрезъ зіяющія половыя части матери къ плацентѣ, находящейся въ полости матки.

4. Послѣдовый періодъ.

Послѣ столь тяжелой и болѣзненной работы обыкновенно у женщины является ощущеніе пріятнаго покоя. Другія, напротивъ, бываютъ настолько истощены, что лежатъ почти въ обморокѣ. Нерѣдко появляется познабливаніе или даже настоящій ознобъ, такъ что женщина проситъ, чтобы ее накрыли потеплѣе. Чрезъ расслабленные покровы живота матка прощу-

пывается очень ясно. Дно ея стоитъ на уровнѣ пупка или нѣсколько выше.

Выдѣленіе крови, замѣченное уже при истеченіи послѣдующихъ водъ и продолжающееся во время послѣдоваго періода, происходитъ изъ материнскихъ плацентарныхъ сосудовъ. Уменьшеніе матки, наступающее послѣ изгнанія младенца, должно повлечь за собою частичное отдѣленіе плаценты отъ мѣста ея прикрѣпленія (см. рис. 33). Вслѣдствіе такого отдѣленія плаценты вскрываются материнскіе кровеносные пути, и изъ нихъ появляется кровотеченіе, продолжающееся до тѣхъ поръ, пока они опять не закроются сокращеніями матки и не тромбозируются впоследствии.

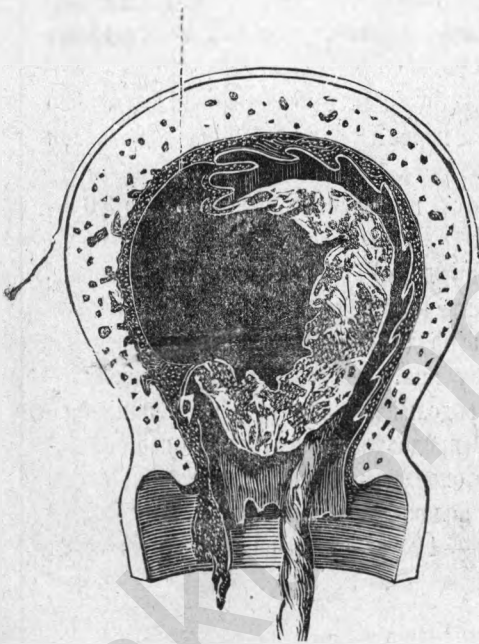


Рис. 33. Послѣдовый періодъ. Отслойка плаценты отъ мѣста ея прикрѣпленія
По В. S. Schultze.

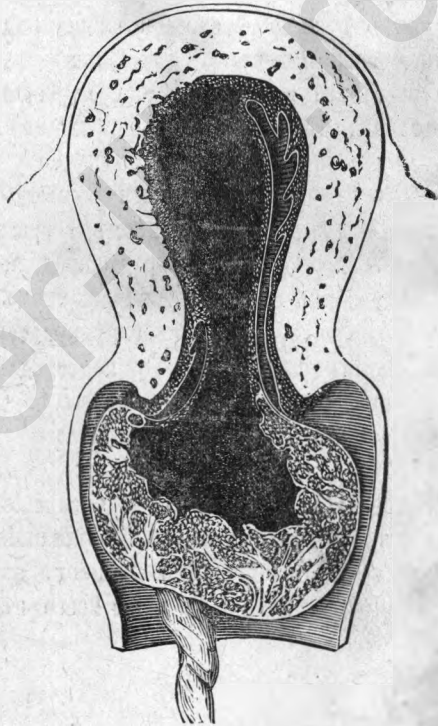


Рис. 34. Послѣдовый періодъ. Плацента лежитъ въ нижнемъ сегментѣ матки и во влагалищѣ. По В. S. Schultze.

Но окончательное изгнаніе послѣда производится появляющимися чрезъ короткое время *плацентарными потугами*, которыя по своей болѣзненности значительно уступаютъ потугамъ въ періодѣ изгнанія и въ періодѣ раскрытія. Отверднѣніе и приподниманіе матки при этомъ прослуживаются очень ясно. Во время плацентарныхъ потугъ происходятъ небольшія кровотеченія. Примѣрно чрезъ 15—30 минутъ въ большинствѣ случаевъ заканчивается отдѣленіе плаценты. Послѣдняя падаетъ въ нижній сегментъ матки и проталкивается во влагалище, откуда она изгоняется наружу брюшнымъ прессомъ и сокращеніями стѣнокъ влагалища, а отчасти и по собственной своей тяжести.

Матка теперь протискивается чрезъ вялые брюшные покровы въ видѣ твердаго шарообразнаго тѣла. Дно ея стоитъ приблизительно на ширину ладони кверху отъ лоннаго сочлененія. Это сильное и стойкое сокращеніе матки закрываетъ плацентарные сосуды и предотвращаетъ дальнѣйшее кровотеченіе. Роды окончены.

5. Продолжительность родовъ

весьма различна; она зависитъ отъ силы потугъ и отъ величины сопротивленія. Понятно, что малые плоды рождаются вообще быстрѣ крупныхъ и что при широкомъ тазѣ продолжительность родовъ можетъ укоротиться, а при узкомъ тазѣ, наоборотъ, значительно увеличиться. То же самое можно сказать о силѣ и слабости изгоняющихъ факторовъ, именно потугъ и брюшнаго прессы.

Понятно также, что у первородящихъ роды будутъ болѣе продолжительны, чѣмъ у повторно-родящихъ. Особенно медленно происходитъ растяженіе мягкихъ родовыхъ путей у т. н. пожилыхъ первородящихъ, именно у тѣхъ женщинъ, которыя рожаютъ въ первый разъ на 30-мъ году жизни или еще въ болѣе позднемъ возрастѣ.

У первородящихъ роды продолжаются въ среднемъ выводѣ около ²⁰ 22 часовъ, а у повторно-родящихъ 12—15 часовъ. Значительно большая часть этого времени приходится на долю періода раскрытія. Періодъ изгнанія продолжается у первородящихъ примѣрно $1\frac{3}{4}$ часа, а у повторно-родящихъ едва одинъ часъ. Отъ продолжительности періода изгнанія зависитъ предсказаніе относительно младенца. Продолжительность послѣдоваго періода весьма различна: онъ продолжается $\frac{1}{2}$ —2 часа или еще болѣе. Но акушеръ часто уменьшаетъ продолжительность этого періода такимъ образомъ, что онъ съ помощью опредѣленныхъ ручныхъ приѣмовъ удаляетъ отслоившуюся плаценту изъ половыхъ частей матери.

Роды начинаются чаще всего въ 9—12 часовъ вечера и оканчиваются всего чаще между 12 и 3 часами ночи [G. Veit¹⁾].

6. Особенности истеченія водъ.

Если пузырь разорвется прежде, чѣмъ маточный зѣвъ расширился настолько, чтобы въ него могла вступить подлежащая головка, то это называютъ *преждевременнымъ истеченіемъ водъ*. Оно часто влечетъ за собою значительное замедленіе періода раскрытія. Чѣмъ меньше околоплодной жидкости остается при этомъ въ маткѣ, тѣмъ болѣе неблагоприятнымъ становится предсказаніе для плода.

Въ другихъ случаяхъ *плодный пузырь*, послѣ полного раскрытія маточнаго зѣва, еще сохраняется въ цѣлости и *вытягивается во влагалище* или даже *между наружными половыми частями*. При этомъ, вслѣдствіе сильнаго натяженія яйцевыхъ оболочекъ, можетъ отдѣлиться часть плаценты, послѣ чего появляется кровотеченіе. Въ такихъ случаяхъ необходимо *разорвать* пузырь между двумя пальцами.

¹⁾ Monatsschr. f. Gebartsk. Bd. 5.

Очень рѣдко *младенецъ рождается вмѣстѣ съ оболочками* („ворочкѣ“), причѣмъ разрыва пузыря могло не послѣдовать вовсе, или же онъ произошелъ въ болѣе высокомъ мѣстѣ, а нижняя часть яйцевыхъ оболочекъ осталась на головкѣ. Въ подобномъ случаѣ необходимо тотчасъ же освободить лицо отъ яйцевыхъ оболочекъ для того, чтобы рожденный младенецъ могъ вдыхать воздухъ.

Иногда *отходятъ воды при цѣломъ еще пузырьѣ*. Въ этомъ случаѣ дѣло идетъ о т. н. ложныхъ водахъ, т. е. объ истеченіи жидкости, находившейся между отпадающей и ворсистой оболочками, или же разрывъ пузыря произошелъ выше маточнаго зѣва, тогда какъ часть яйцевыхъ оболочекъ, окружающая нижній отдѣлъ головки, осталась неповрежденной. Иногда разрывается въ маточномъ зѣвѣ одна лишь ворсистая оболочка, между тѣмъ какъ водная еще остается цѣлою.

Несомнѣнные, но рѣдкіе случаи доказываютъ, что если во время беременности отходить околоплодная жидкость черезъ разрывъ яйцевыхъ оболочекъ, то роды не должны тотчасъ послѣ этого обязательно наступить, а что иногда наступленіе ихъ еще заставляетъ себя ждать недѣлями ¹⁾.

7. Вліяніе родового акта на весь организмъ матери.

Значительнаго повышенія температуры тѣла при нормальныхъ родахъ обыкновенно не наблюдается. Въ среднемъ выводѣ она превышаетъ температуру тѣла у здоровыхъ беременных приблизительно на $0,1 - 0,2^{\circ}$ [*Winckel* ²⁾]. Она представляетъ обыкновенныя суточные колебанія. Повышеніе температуры до 38° Ц., или еще выше, должно всегда считаться явленіемъ патологическимъ. Пульсъ не представляетъ, за исключеніемъ вышеописанныхъ колебаній во время потугъ, ничего особенно достойнаго вниманія. Кровяное давленіе повышается во время потугъ и въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ продолжаетъ оставаться выше, чѣмъ во время беременности. Послѣ родовъ оно рѣзко падаетъ. (*Wiessner* см. *Centralbl. f. Gynäk.* 1899, стр. 1335).

Дыханіе въ общемъ нѣсколько учащено, но во время самой потуги оно становится болѣе рѣдкимъ. Въ крови наблюдается сильное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ ³⁾.

Новѣйшія изслѣдованія показали, что и при легкихъ нормальныхъ родахъ съ послѣдующимъ нормальнымъ родильнымъ періодомъ наступаютъ повышенія температуры (при измѣреніи *in ano*) на нѣсколько десятыхъ выше 38° . Многіе утверждаютъ, что виновникомъ такого повышенія является исключительно самый родовый актъ; но вопросъ этотъ, конечно, еще долженъ быть оставленъ открытымъ (см. *Hansen*, *Jahresberichte üb. d. Fortschritte der Geburtsh. u. Gynäk. v. Frömmel.* 1890). При истолкованіи подобнаго повышенія температуры, по-видимому, имѣетъ значеніе мѣсто измѣренія (подмышечная впадина, влагалище, *anus*).

Количество мочи увеличено, удѣльный вѣсъ ея низокъ, выдѣленіе

¹⁾ См. *Chazan*, *Centralbl. f. Gynäk.* 1894. № 5.

²⁾ *Monatsschr. f. Geburtsh.* Bd. 20.—*Gloekner*, *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 21.—*Winter*, *ibid.* Bd. 23.

³⁾ См. *Hofbauer*, *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 5. *Ergänzungsheft.*

мочевины, фосфорной и сѣрной кислотъ уменьшено, выдѣленіе хлористаго натрія значительно увеличено [*Winckel*¹⁾].

Очень часто моча содержитъ бѣлокъ, обыкновенно въ незначительныхъ количествахъ, у первородящихъ чаще и обыкновенно въ нѣсколько большемъ количествѣ, чѣмъ у повторно-родящихъ. Лишь въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ дѣло идетъ объ альбуминуриі, существовавшей уже во время беременности. Почти всегда альбуминуриа исчезаетъ въ послѣродовомъ періодѣ.

Потеря въ всѣхъ тѣла роженицы составляетъ, по изслѣдованіямъ *Baumm*'а²⁾ въ клиникѣ *Winckel*'а, среднимъ числомъ 6242 грм. (по *Gassner*'у—6564 грм.).

Изъ этого числа приходится:

на долю младенца	3265 грм.
„ „ плаценты	628 „
„ „ околоплодной жидкости	1300 „ (?)
„ „ крови	308 „
(по <i>Schauta</i> —600 грм.).	
„ „ извержений	366 „
„ „ легочнаго и кожного испаренія	375 „

8. Вліяніе родового акта на плодъ.

До сихъ поръ мы разсматривали плодъ при родахъ, какъ факторъ совершенно пассивный. Для теченія родового акта безразлично, проходитъ-ли черезъ родовой каналъ живой или мертвый доношенный младенецъ. Но отъ внимательнаго наблюдателя не можетъ ускользнуть то обстоятельство, что живой плодъ замѣчательнымъ образомъ реагируетъ *функционально* на родовой актъ.

Почти во всѣхъ случаяхъ замѣчается при каждой потугѣ явственное *замедленіе сердечныхъ тоновъ плода*, предшествуемое очень кратковременнымъ учащеніемъ ихъ въ началѣ потуги, между тѣмъ какъ во время перемижьи сердечные тоны опять достигаютъ своей первоначальной частоты. Это замедленіе сердечныхъ сокращеній бываетъ особенно явственнымъ въ періодѣ изгнанія и увеличивается вмѣстѣ съ его продолжительностью. Кромѣ того, оно зависитъ отъ уменьшенія объема матки. Чѣмъ меньше околоплодной жидкости остается въ маткѣ послѣ разрыва пузыря, тѣмъ, вообще, явственнѣе бываетъ выражено замедленіе сердечныхъ тоновъ.

Относительно истолкованія этого явленія авторы до сихъ поръ еще не пришли къ соглашенію. Мы присоединяемся къ мнѣнію тѣхъ авторовъ, которые думаютъ, что сокращенія матки производятъ извѣстную степень *анеміи* въ материнской части плаценты [*B. S. Schultze*³⁾]. Подъ вліяніемъ потуги кровь выжимается изъ материнскихъ сосудовъ, какъ изъ

1) Studien über den Stoffwechsel bei der Geburt. 1865.—Klin. Beobachtungen u. Pathologie d. Geburt. 1869.

2) Dissertation, München. 1887.

3) Der Scheintod Neugeborener. 1871.

губки. Вслѣдствіе этого падаетъ на короткое время энергія газообіѣна. Этотъ недостатокъ въ кислородѣ раздражаетъ задерживающій нервъ сердца, т. е. блуждающій нервъ, чѣмъ и объясняется замедленіе сердечныхъ сокращеній.

Послѣ истеченія первыхъ водъ матка нѣсколько уменьшается въ объемѣ, стѣнки ея должны привыкнуть къ уменьшившемуся объему содержимаго. Уже вслѣдствіе этого нѣсколько затрудняется кровообращеніе въ сосудахъ матки. Поэтому понятво, что замедленіе сердечныхъ тоновъ плода во время потуги наблюдается всего явственнѣе послѣ истеченія водъ, а особенно, когда воды отошли въ очень обильномъ количествѣ.

Если періодъ изгнанія продолжается очень долго, или если въ маткѣ послѣ разрыва пузыря осталось лишь немного околоплодной жидкости, то при сильныхъ потугахъ сердечные тоны плода мало по малу *уже и во время перемежки* перестаютъ возвращаться вновь къ своей нормальной частотѣ, а остаются *замедленными*. *Въ этомъ случаѣ мы уже имѣемъ дѣло съ состояніемъ патологическимъ*. Временный недостатокъ кислорода, часто возобновляясь, приводитъ къ состоянію задушенія (асфиксія), подъ вліяніемъ котораго наступаютъ и преждевременныя дыхательныя движенія. Если роды теперь не будутъ окончены въ возможно короткое время, то младенецъ погибаетъ отъ задушенія въ полости матки.

Для практическаго врача возникаетъ изъ этого слѣдующее важное положеніе: *Вмѣстѣ съ продолжительностью періода изгнанія пропорціонально растетъ опасность для младенца*. Чѣмъ преждевременно наступилъ разрывъ пузыря, чѣмъ болѣе велико относительное количество излившейся околоплодной жидкости и чѣмъ болѣе сильны при этомъ потуги, тѣмъ скорѣе можетъ случиться, что начинающаяся асфиксія выразится стойкимъ замедленіемъ сердечныхъ тоновъ младенца.

Что блуждающіе нервы у зрѣлаго плода уже функционируютъ,—это недавно было доказано *Heinricius*'омъ.

Противъ вышеизложенной теоріи приводили то обстоятельство, что при замедленіи сердечныхъ сокращеній во время потуги не наступаетъ преждевременныхъ дыхательныхъ движеній. *Schwartz* ¹⁾, дѣйствительно, при опытахъ надъ животными, приведенными въ состояніе *арноэ*, наблюдалъ, что послѣ прекращенія притока кислорода дыхательныя движенія всегда появлялись раньше, чѣмъ замедленіе сердечныхъ сокращеній. Другіе авторы объясняли замедленіе сердечныхъ тоновъ давленіемъ на головной мозгъ, которое, какъ намъ извѣстно, тоже уменьшаетъ частоту сердечныхъ сокращеній, но у плода, находящагося въ состояніи *арноэ*, никогда не вызываетъ вдыханій. Однако, вышеописанное замедленіе сердечныхъ сокращеній наблюдается и при напряженномъ еще пузырьѣ, когда о сильномъ давленіи на головку еще, конечно, не можетъ быть рѣчи. Нѣкоторые авторы объясняютъ разсматриваемое явленіе общимъ давленіемъ въ полости матки. Достойно вниманія, наконецъ, то обстоятельство, что замедленіе пульса подъ вліяніемъ потуги въ 19% всѣхъ случаевъ совершенно отсутствуетъ или же появляется только при послѣднихъ потугахъ, проталкивающихъ головку чрезъ родовую расщелину (*Hüter, Schwartz*).

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 1

VII. Механизмъ родовъ.

Въ предыдущей главѣ мы дали клиническую картину физиологическихъ родовъ. Въ настоящей же главѣ мы подробнѣе рассмотримъ тотъ способъ, какимъ проходитъ плодъ чрезъ родовой каналъ подъ вліяніемъ изгоняющихъ силъ (т. н. механизмъ родовъ).

1. Дѣйствіе изгоняющихъ силъ на образованіе мягкаго родового канала и на способъ изгнанія содержимаго матки.

Наши свѣдѣнія объ образованіи родового канала и о способѣ дѣйствія изгоняющихъ силъ существенно обогатились, благодаря работамъ *Schroeder'a* и его учениковъ.¹⁾

Хотя результаты этихъ работъ и не во всѣхъ деталяхъ получили единогласное признаніе, тѣмъ не менѣе въ послѣдующемъ изложеніи мы будемъ придерживаться ихъ по преимуществу, несогласные же съ ними взгляды будутъ приведены мелкимъ шрифтомъ.

При родовомъ актѣ верхній и нижній отдѣлы матки выполняютъ двѣ совершенно различныя задачи. Верхній отдѣлъ держится *активно*, онъ работаетъ, тогда какъ нижній держится главнымъ образомъ *пассивно*, онъ подвергается растяженію. Граница между верхнимъ и нижнимъ отдѣлами лежитъ, по *Schroeder'у*, не во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ, а на нѣсколько сантиметровъ выше, примѣрно въ томъ мѣстѣ, гдѣ брюшина перестаетъ плотно соединяться съ тѣломъ матки, а прилегаетъ къ ней болѣе рыхло и подвижно. Нижній отдѣлъ имѣетъ менѣе развитую мускулатуру, и мышечныя пластинки въ немъ соединены между собою слабѣе, чѣмъ въ верхнемъ отдѣлѣ.

Какъ только наступаютъ потуги, верхній, сокращающійся отдѣлъ матки рѣзко ограничивается отъ растягиваемаго нижняго отдѣла. Эта граница есть т. н. *контракціонное кольцо*, которое обыкновенно, но не всегда, выдается надъ внутреннею стѣнкою матки въ видѣ явственнаго кольцеобразнаго валика. Область, лежащая между контракціоннымъ кольцомъ и внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ, называется нижнимъ сегментомъ матки.

Верхнюю, работающую часть матки *Schroeder* назвалъ *полымъ мускуломъ*, а нижній сегментъ матки, шейку и влагалище — *выходною трубкою*.

Полый мускулъ при сокращеніи укорачивается и утолщается. Вслѣдствіе этого онъ оказываетъ давленіе на яйцо сверху внизъ, причемъ контракціонное кольцо одновременно поднимается кверху. Последнее обстоятельство влечетъ за собою истонченіе и расширеніе нижняго сегмента матки, такъ что яйцевыя оболочки отслаиваются отъ мѣста своего прикрѣпленія и внутренній маточный зѣвъ растягивается во всѣ стороны. Въ него вступаетъ плодный пузырь, который затѣмъ принимаетъ на себя

¹⁾ Der schwangere und kreisende Uterus. 1886.

задачу дальнѣйшаго расширенія цервикальнаго канала и наружнаго маточнаго зѣва. Отслойка яйцевыхъ оболочекъ происходитъ обыкновенно въ области отпадающей оболочки, большіе обрывки которой остаются на поверхности яйца.

Чѣмъ болѣе сильными становятся потуги, тѣмъ дальше кверху отходитъ контракціонное кольцо и тѣмъ сильнѣе растягиваются нижній сегментъ матки и шейка. Растяженіе тѣмъ болѣе сильно, чѣмъ болѣе значительно сопротивленіе. Напр. у первородящихъ растяженіе вообще бы-

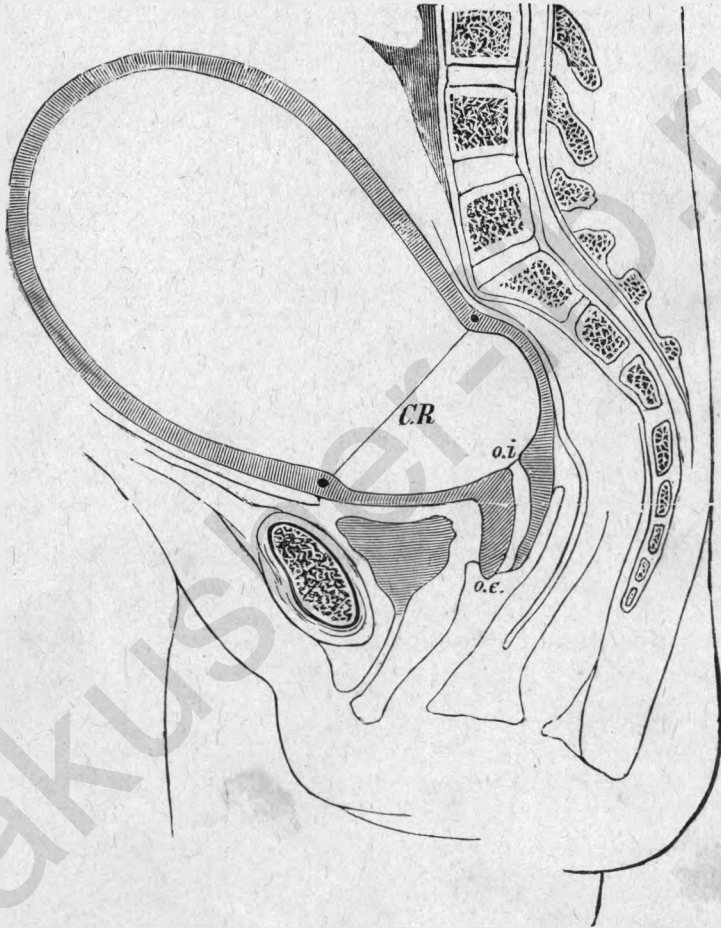


Рис. 35. Схематическій разрѣвъ полового канала до родовъ (по Schroeder'у). *C. R.*—контракціонное кольцо; *o. i.*—*orificium internum*; *o. e.*—*orificium externum*.

ваетъ болѣе сильное, чѣмъ у повторно-родящихъ, потому что въ первомъ случаѣ наружный маточный зѣвъ оказываетъ больше противодѣйствія, чѣмъ во второмъ.

Образованіе плоднаго пузыря и постепенное увеличеніе его становятся возможными благодаря значительной растяжимости и упругости яйцевыхъ оболочекъ. Когда при возрастающемъ давленіи достигнутъ предѣлъ растяжимости, наступаетъ разрывъ плоднаго пузыря.

Слѣдовательно, съ окончаніемъ періода изгнанія родовой каналъ уже сформированъ, тогда какъ младенець мало въ немъ подвинулся впередъ. Дно матки, поднимающееся во время потугъ все выше и выше, стоитъ теперь приблизительно у реберной дуги, а контракціонное кольцо помѣщается нѣсколько кверху отъ лоннаго сочлененія. Еще большому оттягиванію матки поверхъ плода препятствуютъ прикрѣпленія ея къ тазу, въ особенности же круглыя маточныя связки, которыя при каждой потугѣ

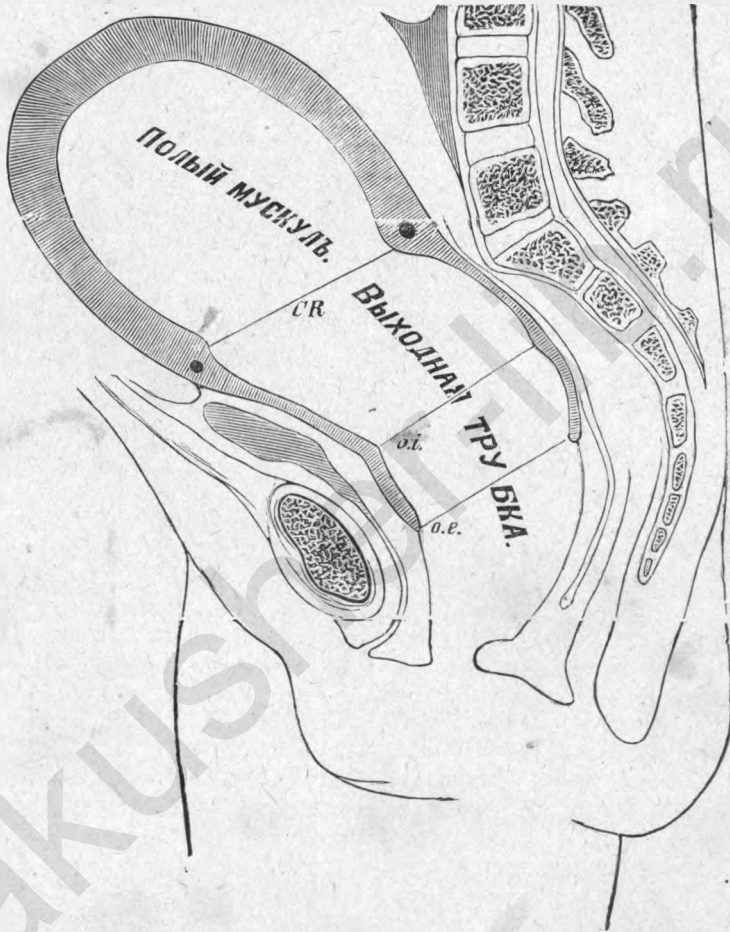


Рис. 36. Схематическій разръзъ полового канала по окончаніи періода раскрытія (по Schroeder'у). С. R.—контракціонное кольцо; o. i.—orificium internum; o. e.—orificium externum.

сильно сокращаются. Вслѣдствіе этого полый мускулъ оказываетъ теперь во время потуги болѣе сильное давленіе на плодъ, который и *подвигается впередъ*. Затѣмъ еще присоединяется брюшной прессъ, давленіе котораго становится тѣмъ болѣе дѣйствительнымъ, чѣмъ больше роды приближаются къ своему окончанію.

Поразителенъ тотъ фактъ, что во все продолженіе періода изгнанія

дно матки остается на одинаковомъ уровнѣ, несмотря на то, что головка въ своемъ поступательномъ движеніи перемѣщается все ниже и ниже. Это обстоятельство объясняется, во-первыхъ, усиливающимся *выпрямленіемъ младенца*, а во-вторыхъ, по *Schroeder*'у — тѣмъ, что *ягодицы его удаляются изъ дна матки*. Выпрямленіе младенца доказывается измѣримымъ удлиненіемъ оси плода. Если ось плода за короткое время предъ началомъ родовъ имѣла въ длину напр. 25 см., то она теперь увеличивается до 30—32 см. и приблизительно сохраняетъ эту величину даже во время пережки между потугами. Выпрямленіе плода происходитъ вслѣдствіе того, что контракціонное кольцо всегда раскрывается лишь настолько, насколько это необходимо, чтобы пропустить проходящую чрезъ него часть младенца. Вслѣдствіе этого младенецъ лишается своего согнутаго членорасположенія, спинка его выпрямляется, и „все то, что можетъ измѣнить свое положеніе, слѣдовательно—околоплодная жидкость, нижнія конечности и вѣроятно также пуповина, перемѣщается кверху“ (*Schroeder*). И такъ, дно матки выполнено теперь околоплодною жидкостью и нижними конечностями, причемъ послѣднія въ большинствѣ случаевъ прощупываются въ немъ очень явственно. За нижними конечностями слѣдуютъ опустившіяся ягодицы.

Этой теоріи образованія нижняго сегмента, разработанной *Schroeder*'омъ и его учениками, противостоятъ теорія *Bandl*'я и другихъ авторовъ, согласно которой нижній отдѣлъ матки образуется изъ верхней части шейки еще во время беременности.

По теоріи *Bandl*'я, внутренній маточный зѣвъ соотвѣтствуетъ контракціонному кольцу *Schroeder*'а (см. 37). Слѣдовательно, нижній сегментъ матки, по этой теоріи, образуется изъ развернутаго верхняго отдѣла цервикальнаго канала, между тѣмъ какъ *Schroeder* доказываетъ, что шейка остается сохранною до самаго конца беременности.

Теорія *Schroeder*'а нашла себѣ новое подтвержденіе, особенно благодаря работамъ *Hofmeier*'а ¹⁾, который пытается доказать, что и въ маткѣ небеременной имѣется нижній сегментъ въ смыслѣ *Schroeder*'а.

Теорію *Bandl*'я съ небольшими видоизмѣненіями раздѣляютъ *Küstner*, *Bayer* и др. ²⁾. Однако до сихъ поръ вопросъ не можетъ считаться рѣшеннымъ. Сообщеніе *Franque*, ³⁾ равно какъ препараты *Leopold*'а ⁴⁾ опять какъ будто подтверждали теорію *Шредера* относительно нижняго сегмента матки, но *Bayer* ⁵⁾ снова опровергъ эту теорію.

Werth'у ⁶⁾ удалось, если оставить въ сторонѣ нѣкоторыя второстепенныя подробности, подтвердить многочисленными клиническими наблюденіями теорію *Schroeder*'а относительно образованія родового канала. Тотъ фактъ, что дно матки остается до рожденія головки на одинаковомъ уровнѣ, былъ вновь под-

¹⁾ *Benckiser* u. *Hofmeier*, Beiträge zur Anatomie des schwangeren u. kreissenden Uterus. 1887.

²⁾ *Zweifel*, Zwei neue Gefrierschnitte Gebärender. 1893.

³⁾ *Cervix* u. unteres Uterinsegment. 1897. — Untersuchungen etc. zur Cervixfrage. Festschrift. Würzburg 1899.

⁴⁾ Uterus u. Kind etc. Geburtshülf. anat. Atlas 1897.

⁵⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 54.—Beitrage z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1. — Centralbl. f. Gynäk. 1900, № 3.

⁶⁾ *C. Müller*, Handb. d. Geburtsh. 1888. Bd. 1.

твержденъ изслѣдованіями *Hoffheinz'a*, произведенными на 100 роженцахъ въ клиникѣ *Dohrn'a*. *Winckel* не соглашается съ тѣмъ мнѣніемъ, что ягодицы плода покидаютъ дно матки въ періодъ изгнанія; наоборотъ, ссылаясь на разрѣзъ *Braune* (см. рис. 37), въ которомъ ягодицы плотно прилегаютъ къ дну матки, несмотря на то, что головка уже вышла во влагалище, онъ допускаетъ, что матка уменьшается въ объемѣ по мѣрѣ опорожненія ея содержимаго.

Выпрямленіе плода *Fehling* относитъ на счетъ принимаемаго имъ утолщенія матки (укороченія передне-задняго размѣра) во время потуги.

Что изгнаніе плода можетъ послѣдовать и безъ участія брюшнаго пресса, это доказываютъ роды при полномъ параличѣ нижней половины тѣла, а также замѣчательные случаи изгнанія младенца непосредственно послѣ смерти матери.

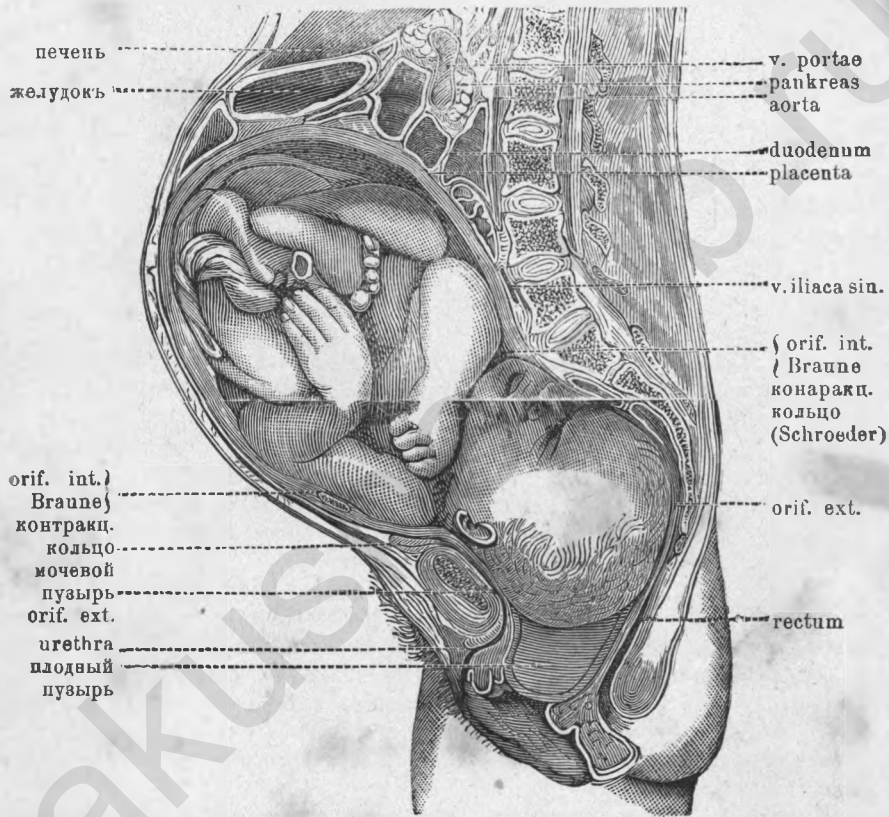


Рис. 37 (по *Braune*). Разрѣзъ замороженнаго тупа роженцы. Головка въ тазу, пузырь готовъ къ разрыву. Контрактионное кольцо (по *Braune*—*oficium integrum*) оттянулось ва головку и стоитъ надъ лоннымъ сочлененіемъ.

Плацента можетъ во время родовъ довольно совершенно приспособляться къ сокращеніямъ матки. Она становится во время потуги болѣе толстою и бугристою, но обыкновенно не отслаивается, такъ какъ, чѣмъ болѣе сильными становятся потуги, тѣмъ болѣе увеличивается и внутриматочное давленіе, которое прижимаетъ плаценту къ мѣсту ея прикрѣпленія.

Наоборотъ, послѣ рожденія младенца внутриматочное давленіе значи-

тельно падаетъ, а это обстоятельство, въ связи съ уменьшеніемъ объема матки, благоприятствуетъ отслойкѣ плаценты. Эта отслойка въ большинствѣ случаевъ происходитъ сначала болѣе или менѣе центрально, такъ что между отслоившейся плацентой и стѣнкою матки накапливается кровь, изливающаяся изъ вскрытыхъ децидуальныхъ сосудовъ. Это „ретроплацентарное кровоизліяніе“ (см. рис. 33) и наступающія въ то же время илацентарныя потуги оттѣсняютъ плаценту отъ маточной стѣнки въ полость яйца до тѣхъ поръ, пока она, оттягивая за собою яйцевыя оболочки, не отслоится совершенно и не упадетъ въ нижній сегментъ матки ¹⁾. Сильныя сокращенія въ это время, а еще болѣе послѣ полного рожденія плаценты, до такой степени уменьшаютъ стѣнки матки, что вскрытые сосуды сдавливаются и кровотечение останавливается.

Когда плацента вышла изъ полога мускула и лежитъ уже по ту сторону контракціоннаго кольца, дно матки поднимается вверхъ и становится болѣе узкимъ (см. рис. 34), между тѣмъ какъ надъ лоннымъ сочлененіемъ образуется явственная выпуклость, обусловленная плацентой, лежащею теперь въ нижнемъ сегментѣ матки (*Schroeder*). Черезъ 20—30 минутъ послѣ рожденія младенца отслойка плаценты обыкновенно вполне заканчивается.

Рѣже, будто бы, наблюдается изгнание плаценты по способу *Duncan*'а, при которомъ она не подвергается замѣтному вывороту, а проходитъ черезъ маточный звѣвъ нижнимъ своимъ концомъ впередъ и нѣсколько свернувшись по длинѣ. Но этотъ вопросъ едва-ли можетъ считаться окончательно рѣшеннымъ ²⁾. Согласно новѣйшимъ даннымъ по *Gessner*'у ³⁾ объясненіе *Duncan*'а является опять правиломъ, способъ же, описанный въ текстѣ, лишь исключеніемъ. Быть можетъ, на способъ отдѣленія послѣда и его выхода наружу влияют какъ время начала этого отдѣленія, такъ и мѣсто прикрѣпленія плаценты.

Анатомически отслойка всего яйца происходитъ въ области отпадающей оболочки и, слѣдовательно, отслойка плаценты—въ области запоздалой отпадающей оболочки. Соответственно этому, вмѣстѣ съ плацентой выдѣляются: вся ткань ворсистой оболочки, т. е. всѣ ворсинки, а равно и часть запоздалой отпадающей оболочки. На плацентѣ маточная сторона ея немедленно можетъ быть узнана по своему шероховатому, долъчатому виду, а сторона ея, обращенная къ плоду,—по гладкому покрову, образуемому водной оболочкой. Яйцевыя оболочки состоятъ изъ водной и ворсистой, а также изъ отдѣльныхъ, прилегающихъ къ этой послѣдней, обрывковъ отпадающей оболочки, которые имѣютъ весьма различную толщину и представляются обыкновенно въ области разрыва яйцевыхъ оболочекъ очень малочисленными, а вблизи плаценты всегда образуютъ болѣе толстые слои. Отличить на плацентѣ завороченную отпадающую оболочку отъ истинной почти всегда оказывается невозможнымъ. Вопросъ о томъ,

¹⁾ *B. S. Schultze* D. med. Wochenschr. 1880. Wandtafeln f. Schwangers- u. Geburtskunde. 2 Aufl. 1892.

²⁾ См. *Ahlfeld*, Zeitschr. f. Geburtsk. u. Gynäk. Bd. 33 u. 36.

³⁾ *Gessner*. Beiträge zur Physiologie der Nachgeburtperiode, Habilitationsschrift. 1897.—*Holzappel*, Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

происходить-ли отслойка яйца всегда въ области железнатаго или клѣточковаго слоя отпадающей оболочки, остается еще спорнымъ; отслойка совершается, повидимому, механически въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится наименьшее сопротивленіе [*Ruge* ¹⁾].

2. Способъ прохожденія плода черезъ костный родовой каналъ.

Головка при началѣ родовъ стоитъ надъ тазовымъ входомъ или уже въ немъ самомъ. Стрѣловидный шовъ проходитъ поперекъ или нѣсколько вкось, а именно тѣмъ косвеннѣе, чѣмъ дальше книзу уже опустилась головка. Оба родничка стоятъ приблизительно на одинаковомъ уровнѣ.

Какъ только потуги начинаютъ становиться болѣе сильными, *малый родничекъ опускается ниже большого* (первый поворотъ), вслѣдствіе чего подбородокъ еще больше приближается къ груди. Это низкое стояніе малаго родничка въ сравненіи съ большимъ сохраняется до самаго дна таза. Та темная кость, которая обращена къ лонному сочлененію и которая впервые показывается въ маточномъ зѣвѣ, носитъ названіе *предлежащей темной кости*.

Съ дальнѣйшимъ опущеніемъ головки *малый родничекъ поворачивается вперед* (второй поворотъ). Стрѣловидный шовъ еще болѣе вступаетъ въ косой размѣръ таза, до тѣхъ поръ, пока, при вступленіи головки въ узкую часть тазовой полости и въ выходъ таза, малый родничекъ не повернется почти прямо впередъ. Стрѣловидный шовъ помѣщается теперь приблизительно въ прямомъ размѣрѣ таза. Малый родничекъ *стоитъ* у лоннаго сочлененія, а большой—въ крестцовой впадинѣ. Этотъ поворотъ совершается не внезапно, а постепенно подъ влияніемъ многихъ потугъ. Между тѣмъ какъ во время потуги малый родничекъ проталкивается нѣсколько впередъ, онъ во время перемержки опять отступаетъ немного назадъ, а во время ближайшей слѣдующей потуги онъ подвигается еще нѣсколько дальше впередъ, чѣмъ во время предыдущей. Въ заключеніе стрѣловидный шовъ остается уже и внѣ потуги приблизительно въ прямомъ размѣрѣ таза. Головка стоитъ надъ тазовымъ дномъ.

Выхожденіе головки совершается теперь такимъ образомъ, что сначала изъ-подъ лоннаго сочленія рождается затылокъ до задней области шеи, затѣмъ затылокъ упирается въ лонное сочлененіе, подбородокъ удаляется отъ груди (третій поворотъ), а въ заключеніе выкатывается по промежути лобъ и, затѣмъ, лицо вмѣстѣ съ подбородкомъ.

Послѣ рожденія головки затылокъ обращенъ впередъ, лицо назадъ. Шея младенца лежитъ еще во влагалищѣ. Плечики стоятъ въ тазовомъ входѣ поперекъ или нѣсколько косвенно и затѣмъ проходятъ черезъ тазъ такимъ же образомъ, какъ прошла головка, т. е. въ широкой части полости таза положеніе ихъ соответствуетъ косому размѣру, а въ узкой части ея и въ тазовомъ выходѣ—прямому размѣру. Но такъ какъ стрѣловидный шовъ и межплечевой діаметръ взаимно перекрещиваются, то плечики должны избрать для своего прохожденія тотъ косой размѣръ,

¹⁾ *Schroeder*, Der schwangere und kreisende Uterus, 1886.

черезъ который не проходилъ стрѣловидный шовъ. Если, напр., стрѣловидный шовъ помѣщался въ правомъ косомъ размѣрѣ, то плечики проходятъ въ лѣвомъ. Этому повороту туловища при прохожденіи плечиковъ слѣдуетъ родившаяся головка: она поворачивается лицомъ въ сторону, къ правому или лѣвому бедру матери.

Послѣ рожденія плечиковъ все остальное тѣло младенца выскакиваетъ очень скоро и безпрепятственно.

Причины этихъ трехъ поворотовъ дѣтской головки во время родовъ далеко еще не выяснены вполне. Всего легче еще можно понять первый поворотъ, т. е. опущеніе малаго родничка въ сравненіи съ большимъ. Мѣсто прикрѣпленія позвоночника къ головкѣ младенца лежитъ значительно ближе къ затылку, чѣмъ къ передней части головы. Когда изгоняющая сила дѣйствуетъ вдоль позвоночника, болѣе короткое плечо рычага, на которомъ сидитъ малый родничекъ, легче преодолеваетъ равное съ обѣихъ сторонъ сопротивленіе, чѣмъ болѣе длинное плечо, на которомъ сидитъ большой родничекъ. Соответственно этому, послѣдній болѣе отстаетъ въ своемъ поступательномъ движеніи, а малый родничекъ перемѣщается внизъ.

Второй поворотъ (поворотъ малаго родничка вперед) объясняли не безъ основанія относительно величиною размѣровъ отдѣльныхъ плоскостей таза. Мы видѣли уже, что наибольшую длину имѣетъ въ тазовомъ входѣ поперечный размѣръ, въ широкой части полости таза—косой размѣръ, а въ узкой части ея и въ тазовомъ выходѣ—прямой. Слѣдовательно, черепъ встрѣтитъ въ этихъ размѣрахъ таза наименьшее противодѣйствіе, и поэтому онъ установится стрѣловиднымъ швомъ въ тазовомъ входѣ болѣе или менѣе поперекъ (установка его въ прямомъ размѣрѣ была бы даже невозможна), въ широкой части полости таза—косвенно, а въ узкой части ея и въ тазовомъ выходѣ—прямо спереди назадъ. При этой необходимой установкѣ черепа на косомъ и прямомъ размѣрахъ перемѣщается впередъ именно затылокъ по той причинѣ, что малый родничекъ еще на уровнѣ тазового входа представлялъ наиболѣе подвинутую часть черепа, а этотъ послѣдній встрѣчаетъ на передней стѣнкѣ таза меньшее противодѣйствіе, чѣмъ на задней его стѣнкѣ, образуемой костными частями.

Другіе авторы полагаютъ, что поворотъ туловища младенца есть явленіе первичное, которое уже послѣдовательнымъ образомъ ведетъ къ повороту головки. Поворотъ туловища объясняется уплотненіемъ матки, наступающимъ послѣ истеченія околоплодной жидкости [*Olshausen, Fehling* ¹⁾]. Этотъ взглядъ не остался безъ возраженій [*Frommel, Zweifel* ²⁾], но въ новѣйшее время вновь подтверждается *Olshausen* омъ ³⁾. Вопросъ о причинѣ втораго поворота далеко еще не рѣшенъ. Вышеприведенная теорія тоже не свободна отъ возраженій.

¹⁾ Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. zu Bonn. 1891.

²⁾ *Blanc* u. *Zweifel*, Gefrierdurchschnitte. 1890.—*Zweifel*, Zwei neue Gefrierschnitte, 1893.—*Maydell*, Berichte u. Arbeiten aus. d. Frauenklinik zu Dorpat. 1894.

³⁾ *Olshausen*, Beitrag z. Lehre vom Mechanismus d. Geburt. 1901.

Третій поворотъ (удаленіе подбородка отъ груди) объясняется нѣсколькими факторами. Благодаря мягкимъ частямъ тазового дна, родовой каналъ отклоняется кпереди. Потуги толкаютъ головку прямо къ тазовому дну по направленію къ верхушкѣ крестца. [Упругость и сократительность тазового дна дѣйствуютъ какъ противодавленіе. Головка направляется въ сторону наименьшаго противоудѣйствія, т. е. впередъ и вверхъ, а вслѣдствіе этого она появляется въ половой расщелинѣ. Въ этомъ случаѣ опустившійся книзу малый родничекъ, всего раньше пришедшій въ соприкосновеніе съ тазовымъ дномъ и, слѣдовательно, всего раньше отклонившійся кпереди, оказывается тоже впереди всей остальной головки, вслѣдствіе чего подбородокъ нѣсколько отходитъ отъ груди. При этомъ вышеописанное соотношеніе плечъ рычага немедленно измѣняется такимъ образомъ, что позвоночникъ лежитъ ближе къ передней части головки и большой родничекъ, сидящій на болѣе короткомъ плечѣ рычага, опускается ниже малаго, такъ что прорывающійся затылокъ направляется впередъ и вверхъ, задняя область шеи упирается въ лонное сочлененіе и затѣмъ лобъ выкатывается по промежности.

Способъ прохожденія плечиковъ опять-таки объясняется относительною величиною размѣровъ таза. Межплечевой діаметръ, подобно головкѣ, избираетъ для своего прохожденія наибольшіе размѣры таза. Слѣдовательно, въ тазовомъ входѣ онъ долженъ стоять болѣе или менѣе поперекъ, въ широкой части тазовой полости—косвенно, а въ узкой части ея и въ тазовомъ выходѣ—болѣе или менѣе прямо спереди назадъ.

3. Измѣненіе формы головки подъ вліяніемъ родового акта.

Головка младенца, рожденнаго въ первомъ или во второмъ черепномъ (затылочномъ) положеніи, имѣетъ характеристическую *форму*. Она удлинена по направленію большого косога размѣра и сплюснута въ маломъ косомъ размѣрѣ (см. рис. 38). Къ этому еще присоединяются измѣненія формы головки, обусловленныя смѣщеніемъ черепныхъ костей въ области швовъ и головною опухолью.



Рис. 38. Форма головки при затылочномъ положеніи.

Взаимныя перемѣщенія костей становятся возможными благодаря рыхлому соединенію ихъ между собою въ области швовъ и родничковъ. Перемѣщенія эти дѣлаютъ возможнымъ незначительное уменьшеніе головки младенца, причемъ цереброспинальная жидкость проходитъ въ позвоночный каналъ (*Fehling*). Это взаимное смѣщеніе костей бываетъ тѣмъ сильнѣе выражено, чѣмъ болѣе затруднительно прохожденіе младенца чрезъ родовой каналъ. Онъ происходитъ обыкновенно такимъ образомъ, что темянныя кости нѣсколько надвигаются спереди на лобную кость, а сзади на затылочную, тогда какъ задняя темянная кость обыкновенно задвигается подъ переднюю. Это послѣднее явленіе обусловлено большимъ противо-

дѣйствиємъ задней стѣнки таза и, въ особенности, болѣе сильнымъ выступаніемъ крестцового мыса. Оно часто отсутствуетъ; но особенно ясно оно бываетъ выражено при стуженіяхъ таза въ направленіи истинной конъюгаты. По этимъ же причинамъ почти всегда находятъ легкое уплощеніе задней темянной кости, тогда какъ передняя представляется болѣе выпуклой.

Черезъ нѣсколько дней послѣ рожденія младенца эта конфигурація черепа опять изглаживается, и головка вновь принимаетъ свою первоначальную форму.

Головная опухоль (*caput succedaneum*) всегда помѣщается центромъ своимъ на подлежащей темянной кости и отсюда распространяется дальше въ стороны. Границы ея не совпадаютъ со швами или родничками. Она представляется на-ощупь мягкой, почти тѣстоватою и съ анатомической точки зрѣнія характеризуется кровянисто-серозною инфильтраціей мягкихъ покрововъ головки и многочисленными мелкими экстравазатами въ этихъ послѣднихъ и даже подъ надкостницей черепныхъ костей.

Головная опухоль образуется послѣ разрыва плоднаго пузыря прежде всего на той части подлежащей темянной кости, которая впервые появляется въ маточномъ зѣвѣ; затѣмъ, по мѣрѣ большаго раскрытія маточнаго зѣва, опухоль распространяется отсюда въ стороны. Меньшее давленіе, подъ которымъ стоитъ находящаяся въ маточномъ зѣвѣ, а впоследствии въ наружныхъ половыхъ органахъ часть черепа по сравненію съ остальными частями головки, вполне объясняетъ образованіе головной опухоли. Величина ея прямо пропорціональна продолжительности родовъ послѣ разрыва плоднаго пузыря, а также силѣ потугъ. Быстрое увеличеніе головной опухоли во время родовъ указываетъ на то, что плодъ въ маткѣ стоитъ подъ высокимъ давленіемъ. Если роды протекаютъ очень быстро, то опухоль можетъ отсутствовать. Само собою понятно, что только при живомъ плодѣ дѣло доходитъ до образованія головной опухоли, и это обстоятельство, въ случаѣ сомнѣнія относительно жизни плода, можетъ имѣть діагностическое значеніе. Послѣ рожденія младенца головная опухоль исчезаетъ черезъ 12 или, самое большее, черезъ 48 часовъ.

Такъ какъ головная опухоль образуется на подлежащей темянной кости, то по положенію ея на правой или лѣвой темянной кости можно и по окончаніи родовъ опредѣлить тотъ видъ черепнаго положенія, въ которомъ былъ рожденъ младенецъ. Однако это возможно лишь въ теченіе короткаго времени послѣ рожденія, такъ какъ впоследствии отекъ, который представляетъ собою головная опухоль, часто измѣняетъ свое мѣстонахожденіе, смотря по положенію головки младенца; напр., при положеніи на лѣвомъ боку она опускается больше влѣво. Наоборотъ, синеватое окрашиваніе покрововъ головки и существующіе на ней кровоподтеки позволяютъ еще и на второй день послѣ рожденія отличить съ положительностью центръ головной опухоли, а слѣдовательно и ту темянную кость, которая предлежала во время родовъ.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ головная опухоль наблюдалась уже до разрыва плоднаго пузыря. Разность давленія въ этихъ случаяхъ становится понятною лишь при томъ условіи, если допустить, что при очень маломъ наполненіи плоднаго пузыря всякое сообщеніе между нимъ и лежащею позади него околоплод-

ною жидкостью было преграждено вслѣдствіе плотнаго прилеганія головки къ стѣнкѣ таза.

4. Распознаваніе и теченіе перваго и втораго черепныхъ (затылочныхъ) положеній.

Первое черепное положеніе.

Наружное изслѣдованіе: Ягодицы прощупываются въ днѣ матки, головка надъ лоннымъ сочлененіемъ, спинка въ лѣвой половинѣ матки, мелкія части справа вверху, рядомъ съ ягодицами. Сердечные тоны всего яенѣ слышны влѣво отъ срединной линіи подъ пупкомъ.

Внутреннее изслѣдованіе: Предлежащій черепъ узнается по его твердости и округлости, по родничкамъ и швамъ. Малый родничекъ прощупывается слѣва, большой справа, стрѣловидный шовъ—въ поперечномъ геср. косомъ размѣрѣ таза. Изъ темянныхъ костей предлежитъ правая.

Въ *дальнѣйшемъ теченіи* малый родничекъ опускается ниже и поворачивается кпереди. Стрѣловидный шовъ стоитъ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Малый родничекъ помѣщается слѣва и спереди, большой справа и сзади. Затѣмъ стрѣловидный шовъ вступаетъ въ прямой размѣръ, малый родничекъ оказывается позади лоннаго сочлененія, а большой у крестца. Задній отдѣлъ правой темянной кости всего раньше показывается между наружными половыми частями, затѣмъ рождается затылокъ и въ заключеніе выкатываются надъ промежностью лобъ и лицо. Послѣ рожденія головки лицо обращено назадъ. Плечики стоятъ теперь поперекъ въ тазовомъ входѣ, затѣмъ вступаютъ въ лѣвый косой и, наконецъ, въ прямой размѣръ таза. Правое плечико показывается подъ лоннымъ сочлененіемъ, а лѣвое въ это время выкатывается надъ промежностью. Во время прорѣзыванія плечиковъ лицо младенца поворачивается къ правому бедру матери.

Родившійся младенецъ имѣетъ головную опухоль на правой темянной кости. Лѣвая темянная кость задвинута подъ правую.

Второе черепное положеніе.

Наружное изслѣдованіе: Ягодицы прощупываются въ днѣ матки, головка надъ лоннымъ сочлененіемъ, спинка справа, мелкія части слѣва вверху. Сердечные тоны всего яенѣ слышны справа подъ пупкомъ.

Внутреннее изслѣдованіе: Малый родничекъ стоитъ справа, большой слѣва, стрѣловидный шовъ въ поперечномъ, геср. косомъ размѣрѣ таза. Изъ темянныхъ костей предлежитъ лѣвая.

Въ *дальнѣйшемъ теченіи* малый родничекъ поворачивается съ правой стороны кпереди. Стрѣловидный шовъ стоитъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ, малый родничекъ справа и спереди, большой слѣва и сзади. Затѣмъ малый родничекъ подходит совершенно подъ лонное сочлененіе, и стрѣловидный шовъ устанавливается въ прямомъ размѣрѣ таза. Въ наружныхъ половыхъ частяхъ всего раньше показывается задній отдѣлъ лѣвой темянной кости. Родившаяся головка обращена лицомъ кзади.

Плечики проходитьъ черезъ правый косо́й рази́ръ. Лѣвое плечико подходить подъ лонное сочлененіе, а правое выкатывается надъ промежностью. Во время прорѣзыванія плечиковъ лицо поворачивается къ лѣвому бедру матери.

Родившійся младенецъ имѣетъ головную опухоль на лѣвой темянной кости. Правая темянная кость задвинута подъ лѣвую.

Первое и второе черепныя положенія называются также *затылочными*, на томъ основаніи, что при прохожденіи головки черезъ тазъ всегда предшествуетъ затылокъ.

5. Уклоненія механизма родовъ при черепныхъ положеніяхъ.

Описывая механизмъ родовъ, мы до сихъ поръ предполагали, что дѣло идетъ о правильно протекающемъ первомъ или второмъ черепномъ (затылочномъ) положеніи.

Но встрѣчаются уклоненія отъ этого нормальнаго механизма. Важнѣйшія изъ нихъ состоятъ въ томъ, что *спинка младенца и вмѣстѣ съ нею малый родничекъ обращены назадъ*. По *Busch*'у, это называется 3-мъ и 4-мъ черепными положеніями, причѣмъ при 3-мъ спинка обращена вправо и назадъ, а при 4-мъ—влѣво и назадъ.

Третье и четвертое черепныя положенія.

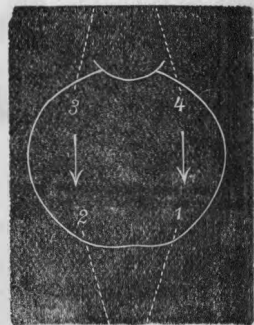
Теченіе родовъ при 3-мъ и 4-мъ черепныхъ положеніяхъ, какъ извѣстно изъ опыта, можетъ быть двойное. Въ однихъ случаяхъ происходитъ во время родовъ поворотъ спинки, гесп. малаго родничка *кпереди* такимъ образомъ, что 3-е черепное положеніе превращается во 2-е, а 4-е въ 1-е (см. рис. 39). Въ другихъ же случаяхъ 3-е и 4-е черепныя положенія остаются таковыми до конца и называются тогда *передне-головными положеніями*. Поворотъ можетъ послѣдовать въ любомъ отдѣлѣ таза и даже еще въ выходѣ его.

Роды въ передне-головномъ положеніи составляютъ 1,3% всѣхъ родовъ въ черепномъ положеніи (*Kehrer*) и 1,5% всѣхъ родовъ вообще [*Hecker*¹⁾].

Третье черепное положеніе встрѣчается нѣсколько чаще четвертаго.

Если 3-е или 4-е черепное положеніе сохраняется въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ, то *большой* родничекъ опускается *ниже* малаго и поворачивается *кпереди*. Опъ прорѣзывается всего раньше изъ-подъ лонной дуги, а затѣмъ затылокъ выкатывается надъ промежностью.

Передне-головныя положенія.



Затылочные положенія.

Рис. 39. Цифры обозначаютъ положеніе спинки гесп. малаго родничка.

¹⁾ Klinik d. Geburtskunde. 1864. Bd. 2.—Arch. f. Gynäk. Bd. 20.

Распознаваніе и теченіе третьяго черепного положенія.

Наружное изслѣдованіе: Результаты такіе же, какъ при 2-мъ черепномъ положеніи.

Внутреннее изслѣдованіе: Малый родничекъ обращенъ вправо и назадъ, большой влѣво и впередъ. Стрѣловидный шовъ стоитъ въ правомъ косомъ размѣрѣ. Изъ темянныхъ костей предлежитъ лѣвая.

Въ *дальнѣйшемъ теченіи* большой родничекъ опускается ниже жаглаго, попадаетъ, въ заключеніе, подъ лонное сочлененіе и прорѣзывается всего раньше. Затѣмъ область, лежащая надъ лобными буграми, упирается въ лонное сочлененіе, затылокъ выкатывается надъ промежностью, послѣ чего лицо прорѣзывается изъ-за лонной дуги. Лицо теперь обращено впередъ, а затылокъ назадъ. Плечики проходятъ чрезъ лѣвый косой размѣръ таза; родившееся лицо поворачивается къ лѣвому бедру матери.

Головная опухоль помѣщается на переднемъ отдѣлѣ лѣвой темянной кости.

Распознаваніе и теченіе четвертаго черепного положенія.

Наружное изслѣдованіе: Результаты такіе же, какъ при 1-мъ черепномъ положеніи.

Внутреннее изслѣдованіе: Малый родничекъ обращенъ влѣво и назадъ, большой вправо и впередъ. Стрѣловидный шовъ стоитъ въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ таза. Изъ темянныхъ костей предлежитъ правая.



Въ *дальнѣйшемъ теченіи* большой родничекъ попадаетъ подъ лонное сочлененіе. Послѣ того какъ головка прорѣзалась такимъ же образомъ, какъ при 3-мъ черепномъ положеніи, причѣмъ лицо, слѣдовательно, обращено впередъ, а затылокъ назадъ, плечики проходятъ чрезъ правый косой размѣръ таза, и въ это время лицо поворачивается къ правому бедру матери.

Головная опухоль помѣщается на переднемъ отдѣлѣ правой темянной кости.

Рис. 40. Форма головки при передне-головномъ положеніи.

Головка младенца, рожденнаго въ 3-мъ или 4-мъ черепномъ положеніи, имѣетъ брахицефалическую форму, очень близкую къ первоначальной.

Причина, вслѣдствіе которой роды протекаютъ въ 3-мъ и 4-мъ черепныхъ положеніяхъ, не всегда бываетъ ясна. Во многихъ случаяхъ эту причину составляетъ ненормально маленькая головка или, наоборотъ, чрезмѣрно широкій тазъ. Сопротивленіе при этомъ уменьшено, и головка не вынуждена совершать обычные свои повороты. Низкое стояніе предшествующаго большого родничка можетъ здѣсь отсутствовать. Въ другихъ же случаяхъ сопротивленіе увеличено: крупная головка, сильно развитый затылокъ, аномалии таза (кифотическій тазъ), сильное отвисаніе живота, а можетъ быть и ненормальное положеніе матки вслѣдствіе не-

правильнаго положенія роженицы, благопріятствуютъ отставанію затылка.

Въ случаяхъ съ уменьшеннымъ сопротивленіемъ роды протекають легко и благополучно, а въ случаяхъ съ увеличеннымъ сопротивленіемъ, особенно у первородящихъ, — медленно и трудно.

Опытъ свидѣтельствуетъ, что *предсказаніе* для младенца, въ среднемъ выводѣ, нѣсколько болѣе неблагопріятно, чѣмъ при 1-мъ и 2-мъ черепныхъ положеніяхъ. Пособіе искусства требуется чаще, чѣмъ при другихъ предлежащихъ черепе. Болѣе значительные разрывы промежности и ущемленія мягкихъ частей матери встрѣчаются нерѣдко, такъ какъ по промежности выкатывается сильнѣе развитой затылокъ и въ наружныя половыя части попадаетъ нѣсколько большая периферія черепа, чѣмъ при 1-мъ и 2-мъ черепныхъ положеніяхъ ¹⁾.

Болѣе точныя наблюденія показали, что при 3-мъ и 4-мъ черепныхъ положеніяхъ возможны двоякаго рода механизмы родовъ: 1) обращенный къ затылокъ опущенъ книзу, а область большого родничка прилегаетъ къ симфизу (болѣе легкій механизмъ, заднее затылочное положеніе); 2) низко стоитъ большой родничекъ, а подъ лоннымъ соединеніемъ находится область корня носа. Головка разогнута (темянное положеніе. Болѣе трудный механизмъ). См. *Müller*, *Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 7 и 8 и *J. Veit*, который не признаетъ необходимости и цѣлесообразности такого подраздѣленія, а рассматриваетъ все это лишь, какъ незначительныя разновидности въ механизмѣ выхода предлежащей части (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 42).

Другія уклоненія механизма родовъ.

Вставленіе стрѣловиднаго шва въ *прямомъ* размѣрѣ *тазового входа* наблюдается довольно рѣдко. При нормальныхъ условіяхъ прохожденіе головки въ этой позиціи совсѣмъ даже невозможно. Въ большинствѣ случаевъ затылокъ мало по малу опускается сильно внизъ, такъ что стрѣловидный шовъ приближается къ срединной линіи таза. Въ другихъ случаяхъ малый родничекъ все-таки поворачивается, въ концѣ концовъ, вправо или влѣво.

Поперечное стояніе головки въ выходѣ таза наблюдается сравнительно чаще. Оно встрѣчается при малой головкѣ или очень широкомъ тазѣ. Незначительность сопротивленія избавляетъ головку отъ необходимости повернуться затылкомъ вперед. Рѣже этому повороту препятствуютъ выпавшія конечности. Иногда причиною этого вставленія головки бываетъ прямо-суженный тазъ, суженіе котораго простирается далеко въ тазовую полость или выходъ котораго особенно широкъ.

При низкомъ поперечномъ стояніи головки прощупывается позади лоннаго сочлененія боковой родничекъ, который можетъ быть по ошибкѣ принятъ за малый родничекъ. Сомнѣніе выясняется прощупываніемъ уха, лежащаго вблизи родничка. Черепъ можетъ прорѣзаться въ поперечномъ размѣрѣ лишь при очень благопріятныхъ условіяхъ. Промежность под-

¹⁾ Ср. *Otto v. Weiss*. Zur Behandlung der Vorderscheitellagen. *Klin. Vorträge* N. F. 1892.

вергается громадной опасности. Обыкновенно роды приостанавливаются на болѣе долгое время до тѣхъ поръ, пока съ помощью искусства или безъ такового не будетъ достигнутъ поворотъ затылка кпереди.

Уклоняющийся отъ нормальнаго механизма родовъ *поворотъ плечиковъ* возникаетъ вслѣдствіе того, что плечики проходятъ черезъ тазъ въ томъ же косо́мъ размѣрѣ, въ которомъ проходилъ стрѣловидный шовъ. При этомъ «чрезмѣрномъ поворотѣ», встрѣчающемся приблизительно въ 10% черепныхъ положеній, лицо при первомъ черепномъ положеніи поворачивается къ лѣвому, а при второмъ къ правому бедру матери. Причины чрезмѣрнаго поворота не вполне выяснены; практическаго значенія онъ не имѣетъ.

Когда черепъ стоитъ въ тазовомъ входѣ, удается нерѣдко доказать, что поперечно-стоящій стрѣловидный шовъ лежитъ ближе къ крестцовому мысу, чѣмъ къ лонному сочлененію, причѣмъ подлежащая темянная кость стоитъ ниже задней. Постоянство этого т. н. *Негелевскаго наклоненія* отрицается нѣкоторыми авторами.

Причиною Негелевскаго наклоненія можетъ быть особенно сильное наклоненіе матки впередъ или болѣе сильное выступаніе крестцоваго мыса въ полость таза, вслѣдствіе чего задняя темянная кость задерживается въ своемъ поступательномъ движеніи. Въ послѣднемъ случаѣ обыкновенно удается также констатировать уплощеніе задней темянной кости и замѣтное пододвиганіе ея подъ переднюю. Негелевское наклоненіе, конечно, всего яснѣе должно быть выражено при суженіяхъ таза въ направленіи конъюгаты. Въ такихъ случаяхъ это вставленіе головки (съ низкимъ стояніемъ подлежащей темянной кости и положеніемъ стрѣловиднаго шва вблизи крестцоваго мыса) называется «вставленіемъ передней темянной кости».

Если же, наоборотъ, стрѣловидный шовъ стоитъ ближе къ лонному сочлененію и задняя темянная кость опущена ниже передней, то это называютъ «вставленіемъ задней темянной кости». Этотъ видъ вставленія головки встрѣчается при началѣ родовъ не особенно рѣдко, но исправляется въ большинствѣ случаевъ самопроизвольно. Но если это неправильное вставленіе черепа удерживается и въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ, то оно становится однимъ изъ самыхъ тяжелыхъ осложненій, какія намъ извѣстны (см. Теченіе родовъ при плоскомъ тазѣ).

VIII. Веденіе нормальныхъ родовъ въ черепномъ положеніи.

1. Общія предписанія.

Нормальные роды, какъ процессъ естественный, не нуждаются въ пособіи искусства. Дѣятельность врача ограничивается первоначально установленіемъ только того, идетъ-ли дѣло о нормальныхъ родахъ или же имѣются какія-нибудь неправильности.

При правильномъ теченіи родовъ помощь наша ограничивается гигиеническими и дієтетическими мѣрами, устраниеніемъ вредныхъ вліяній и возможнымъ облегченіемъ субъективныхъ страданій.

Роженица несомнѣнно можетъ и при отсутствіи всякой посторонней помощи разрѣшиться отъ бремени безъ того, чтобы возникъ какой-либо

вредъ для нея самой и для ея ребенка. Тѣмъ не менѣе, не одна лишь гуманность, но также и разнообразныя опасности, угрожающія матери и младенцу даже при нормальномъ вначалѣ теченія родовъ, обязываютъ насъ позаботиться о томъ, чтобы рожающая женщина въ трудную для нея минуту могла имѣть цѣлесообразную помощь.

Веденіе нормальныхъ родовъ обыкновенно ввѣряется повивальнымъ бабкамъ, и нельзя отрицать, что роды теряютъ для женщины большую долю своей мучительности, когда необходимыя манипуляціи при родовомъ актѣ производятся лицами ея пола и когда она имѣетъ возможность пользоваться совѣтами такого лица, которое уже *изъ собственнаго опыта* знакомо съ этимъ процессомъ. Какъ вообще женскій полъ превосходитъ мужской въ способности ухода за больными, такъ и для манипуляцій при родовомъ актѣ женская рука оказывается болѣе подходящею и болѣе искусною, чѣмъ мужская.

Мы не сочли бы возможнымъ обходиться у родильной постели безъ женской руки и думаемъ, что при нынѣшнихъ условіяхъ для роженицы всего лучше, когда врачъ ведетъ и нормальные роды, а добросовѣстная повивальная бабка подъ его наблюденіемъ производитъ тѣ необходимыя манипуляціи, которыя онъ сочтетъ возможнымъ ей поручить.

Необходимо признать, что средній уровень повивальныхъ бабокъ, какой существуетъ въ настоящее время, не стоитъ по своимъ теоретическимъ и практическимъ познаніямъ на высотѣ своей задачи. Точно также мѣры, принятія въ послѣднее время къ лучшему обученію акушерокъ, едва-ли позволяютъ надѣяться на устраненіе нынѣшнихъ недостатковъ; только коренныя реформы и допущеніе въ школы для повивальныхъ бабокъ лишь лицъ съ болѣе высокими подготовительнымъ образованіемъ могутъ помочь дѣлу. Необезвѣчныя женщины, стремящіяся къ дѣятельности, могли бы найти въ качествѣ акушерокъ широкое и благодарное поприще.

2. Асептическое веденіе родовъ.

Тотъ фактъ, что каждая роженица есть вмѣстѣ съ тѣмъ раненая, заставляетъ насъ прежде всего *позаботиться о недопущеніи до нея зародышей инфекции*, т. е. объ *асептическомъ* веденіи родовъ.

Удовлетворить этому требованію возможно лишь при томъ условіи, если все, что приходится въ соприкосновеніи съ родовой раной, предварительно освобождено отъ болѣзнетворныхъ зародышей, т. е. приведено въ *асептическое состояніе*. Особенно это относится къ *руку*, *производящей изслѣдованіе*. Какъ-разъ рука врача, приходящаго по условіямъ своей профессіи чуть не ежедневно въ соприкосновеніи съ заразными больными, весьма способна къ тому, чтобы при внутреннемъ изслѣдованіи пріавить заразу на свѣжую родовую рану.

Кто при современныхъ нашихъ свѣдѣніяхъ о болѣзняхъ, вызываемыхъ зараженіемъ ранъ, беретъ на себя смѣлость изслѣдовать роженицу безъ предварительной дезинфекціи своихъ рукъ, тотъ не только недобросовѣстный врачъ, но и дурной человекъ.

Когда врачъ приглашается къ родамъ, желательно, чтобы онъ уже

у себя дома произвелъ одинъ разъ тщательную дезинфекцію ручныхъ кистей и предплечій и надѣлъ чистое бѣлье. За этой первой предварительной дезинфекціей слѣдуетъ у самой родильной кровати вторая, *самая важная, которую никогда не должно упускать.*

При *дезинфекціи* прежде всего энергически очищаютъ предплечія, ручныя кисти и особенно ногтевую область пальцевъ *теплою водою* съ мыломъ, при помощи *ногтевой щетки*. Послѣдняя должна быть сдѣлана изъ растительнаго матеріала и должна поддаваться обеззараживанію посредствомъ вывариванія. Эта тщательная механическая чистка рукъ должна продолжаться по меньшей мѣрѣ 5 минутъ. Затѣмъ обмытыя части ополаскиваются водою для освобожденія отъ мыла и *подногтевое пространство* каждаго пальца при помощи маленькаго ножичка очищается отъ остающихся еще, но размягченныхъ обмываніями и уже легко удалимыхъ грязныхъ массъ и обрывковъ эпидермиса. За этой механической чисткой рукъ слѣдуетъ *собственно дезинфекція* ихъ. Она заключается въ обработкѣ рукъ алкогolemъ (не ниже 80%) и растворомъ сулемы ($1^0/_{00}$). Алкогolemъ моютъ руки въ теченіе 1 минуты при посредствѣ щетки и непосредственно за этимъ, когда алкоголь не успѣлъ еще испариться, руки погружаются въ растворъ сулемы, гдѣ онѣ энергично и въ теченіе нѣсколькихъ минутъ (особенно ногтевыя области) моются съ помощью щетки. Задача алкоголя состоитъ въ томъ, чтобы обезжирить эпидермисъ и сдѣлать послѣдній болѣе доступнымъ для дѣйствія обеззараживающаго раствора. Не подлежить также сомнѣнію, что и самому алкоголю присущи обеззараживающія свойства. (Дезинфекція по *Fürbringer*'у)¹⁾. Такое обеззараживаніе необходимо повторить, приступая къ изслѣдованію роженицы.

Отъ тщательнаго выполненія этой дезинфекціи зависитъ жизнь и здоровье роженицы!

Но если врачъ незадолго передъ тѣмъ, какъ онъ былъ приглашенъ къ роженицѣ, *находился въ соприкосновеніи съ чрезвычайно заразными веществами*, если онъ, напр., изслѣдовалъ септическую родильницу и посягнулъ дифтеритнаго ребенка, а въ особенности, если онъ произвелъ вскрытіе трупа, если вообще имѣлъ тѣсное соприкосновеніе съ частями трупа, то вышеописанной дезинфекціи уже недостаточно для того, чтобы сдѣлать изслѣдованіе вполнѣ безопаснымъ.

Въ подобныхъ случаяхъ врачъ долженъ прежде всего взять *теплую ванну*, обращая при этомъ особенное вниманіе на то, чтобы тщательно были вымыты волосы на головѣ и бородѣ. Затѣмъ онъ долженъ *совершенно перемѣнить бѣлье и платье*. Послѣ ванны должна быть немедленно произведена *энергическая дезинфекція* ручныхъ кистей и

¹⁾ Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection etc. 1888.—Deutsche Med. Wochenschr. 1897 № 6.—*Ahlfeld*, Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.—*Bumm*, ibidem.—*Tjaden*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 38.—*Krönig* u. *Paul*, Zeitschr. f. Hygiene 1897.—См. Centralbl. f. Gynäk. 1899—1900. Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft. f. Gynäk. zu Berlin 1899. *Paul* u. *Sarwey*. Münch. med. Wochenschr. 1899 № 49 ff. и 1900 № 27 ff.

предплечій, верхняя кожа которыхъ сдѣлалась уже, благодаря теплой ваннѣ, легко воспріимчивою къ дезинфицирующему раствору. Но и послѣ всего этого результатъ обеззараживанія еще далеко ненадеженъ.

Поэтому въ подобныхъ случаяхъ производятъ изслѣдованіе въ резиновыхъ перчаткахъ по *Friedrich'u*. Перчатки эти могутъ быть обезпложены вывариваніемъ, онѣ хорошо облегаютъ руки и, будучи очень тонкими, не препятствуютъ осязанію. Послѣ употребленія онѣ должны вновь вывариваться и сохраняться затѣмъ завернутыми въ обезпложенную марлю. Надѣвать слѣдуетъ перчатки на обеззараженные руки, такъ какъ онѣ могутъ при изслѣдованіи разорваться.

Совершенно избѣгнуть всякаго соприкосновенія съ заразными вещами врачъ не имѣетъ возможности при тѣхъ требованіяхъ, которыя предъявляетъ ему практика. Онъ долженъ только ограничить это соприкосновеніе, насколько возможно, и поставить себѣ правиломъ во *всѣхъ* случаяхъ, въ которыхъ такое соприкосновеніе имѣло мѣсто, *немедленно* дезинфицировать послѣ этого свои руки. Успѣхъ дезинфекціи тѣмъ болѣе вѣренъ, чѣмъ менѣе глубоко зародыши инфекции успѣли проникнуть въ верхнюю кожу.

Однако гораздо лучше *при необходимости прикасаться съ заразными массами надѣвать всякій разъ резиновые перчатки*; подобная мѣра заслуживаетъ самого широкаго распространенія среди врачей-акушеровъ. Чѣмъ чаще будутъ прибѣгать въ упомянутыхъ случаяхъ къ перчаткамъ, тѣмъ рѣже будетъ встрѣчаться надобность въ нихъ при родахъ.

Резиновые перчатки ¹⁾ уже давно употреблялись въ акушерской практикѣ, а именно въ тѣхъ случаяхъ, когда требовалось оберегать свою собственную руку отъ зараженія, напр. при изслѣдованіи сифилитической роженицы. Болѣе широкое распространеніе получили онѣ послѣ того, какъ ихъ стали изготовлять изъ очень тонкой, но вмѣстѣ съ тѣмъ прочной матеріи, такъ что они не препятствуютъ осязанію и не рвутся легко. Такимъ образомъ резиновые перчатки служатъ въ настоящее время съ одной стороны для защиты раны, съ другой стороны для защиты рукъ и, благодаря всему этому, онѣ несомнѣннымъ образомъ дѣлаютъ наши антисептическія мѣропріятія болѣе надежными.

Въ своемъ акушерскомъ наборѣ, который всегда долженъ быть готовъ съ хорошо вычищенными и правильно разложенными инструментами, врачъ долженъ имѣть при себѣ большой полотняный фартукъ, который онъ всегда долженъ надѣвать, приступая къ дезинфекціи. Фартукъ послѣ каждаго употребленія вымывается водою и вываривается.

Вступивъ въ родильную комнату, врачъ долженъ лучше всего немедленно произвести первую дезинфекцію, *раньше еще чѣмъ онъ вообще прикоснулся къ роженицѣ*, т. е. до наружнаго изслѣдованія, а затѣмъ онъ долженъ повторить дезинфекцію непосредственно *передъ каждымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ*. Лишь въ концѣ періода изгнанія и во время поддерживанія промежности, причѣмъ ему приходится довольно часто прикасаться къ половымъ органамъ женщины, достаточно повременамъ ополаскивать руки въ дезинфицирующей жидкости. Передъ

¹⁾ См. *Döderlein*, Berliner klin. Wochenschr. 1898, № 50.

первой дезинфекціей врачъ снимаетъ сюртукъ и немедленно надѣваетъ полотняный фартукъ.

Непосредственно послѣ дезинфекціи обеззараженная рука употребляется для изслѣдованія. Всякое соприкосновеніе ея съ другими предметами, одеждою врача, постельнымъ бѣльемъ, подстилками и т. п., уничтожило бы эффектъ всей дезинфекціи. Указательный палецъ долженъ быть введенъ во влагалище непосредственно, такъ чтобы онъ не пришелъ въ соприкосновеніе съ другими частями, а особенно съ заднепроходною областью.

Необходимые для веденія родовъ *инструменты*, напр. катетеръ, маточный наконечникъ и т. д., должны быть передъ употребленіемъ обеззаражены съ помощью *вывариванія*.

Кипяченая вода должна стоять наготовѣ въ большомъ количествѣ, на тотъ случай, если бы понадобилось промываніе. Ирригаторъ, по возможности *новый*, долженъ быть очищенъ горячимъ растворомъ соды.

Если врачъ пользовалъ своими совѣтами женщину еще до наступленія родовъ, то онъ долженъ уже въ послѣднія недѣли беременности заготовить необходимые для родовъ дезинфицирующіе растворы и позаботиться о покупкѣ ирригатора и новаго стекляннаго маточнаго наконечника. Никогда не слѣдуетъ во время родовъ употреблять маточный наконечникъ, употреблявшійся во время беременности.

Для асептического веденія родовъ необходимо также избѣгать всякаго ненужнаго внутренняго изслѣдованія. Число этихъ изслѣдованій должно быть ограничено настолько, насколько это возможно безъ ущерба для діагноза.

Въ *родильныхъ домахъ, служащихъ для обученія студентовъ и повивальныхъ бабокъ*, требуются для выполненія *антисептики рукъ болѣе строія предписанія*. У врача можно и должно предполагать теоретическое пониманіе антисептики и практическое умѣніе пользоваться ею. Другое дѣло — у студента, который еще долженъ изъ клиническаго преподаванія *усвоить* себя то и другое. Здѣсь поэтому необходимо, послѣ соприкосновенія съ заразными веществами и трупнымъ матеріаломъ, установить промежутокъ времени въ 48 часовъ, въ теченіе котораго учащійся не долженъ изслѣдовать ни одной роженицы. Мы считаемъ такую мѣру въ воспитательномъ отношеніи болѣе правильной и полагаемъ, что примѣненіе перчатокъ въ этомъ случаѣ можетъ легко подорвать дѣло дезинфекціи. Въ нашей клиникѣ дезинфекція производится исключительно по способу *Fürbringer'a* растворомъ сулемы 1:1000 безъ алкоголя. Обучающіеся въ клиникѣ обязаны предъ входомъ въ родильную комнату снять сюртукъ и надѣть длинный бѣлый фартукъ или китель, идущій отъ нижней части шеи до пятокъ.

Сулема (1:1000) обладаетъ болѣе сильнымъ дезинфицирующимъ дѣйствіемъ, нежели всѣ другія извѣстныя намъ средства, и поэтому *исключительно* ее слѣдовало бы употребить для дезинфекціи рукъ. Если же сулема не переносится, то нужно взять 3% растворъ карболовой кислоты или 1% растворъ лизола. Что сулема не можетъ быть употребляема для дезинфекціи инструментовъ, — поскольку послѣдніе вообще еще дезинфицируются химическимъ способомъ, — это едва ли требуетъ напоминанія. Для влагалищныхъ или маточныхъ спринцованій, если бы таковыя понадобились, сулема безусловно не годится въ виду большой опасности отравленія.

Сулема остается дѣйствительной лишь въ *переманной* водѣ, тогда какъ въ колодезной водѣ она разлагается и становится недѣйствительной, особенно если вода содержитъ большое количество углекислыхъ щелочныхъ земель («жесткая вода»). Для предупрежденія этого слѣдуетъ прибавлять къ раствору сулемы въ колодезной водѣ 0,5 грм. салициловой или 1,0 грм. уксусной кислоты на 1 литръ жидкости (*Fürbringer*). То же самое можетъ быть достигнуто прибавленіемъ поваренной соли къ раствору сулемы въ жесткой колодезной водѣ (1 грм. поваренной соли на 1 грм. сулемы). Весьма дѣлесообразны рекомендуемыя *Angerer*'омъ *сублиматныя лепешки*, которыя содержатъ равныя части сулемы и поваренной соли; лепешка, брошенная въ воду, быстро въ ней растворяется.

Въ новѣйшее время вполне основательно стремятся при родахъ въ частной практикѣ также замѣнять по возможности антисептику асептикой, т. е. инструменты, перевязочный матеріалъ, жидкости для промыванія стараются обезпложивать не химическими веществами, а высокой температурой; однимъ словомъ поступаютъ такъ, какъ это дѣлается въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ. Проведеніе асептики нетрудно и въ частной практикѣ, оно требуетъ только больше внимательности. Для промываній вмѣсто карболовой или лизоловой воды пользуются прокипяченной водою, но при этомъ необходимо особенно слѣдить за чистотою посуды и резиновыхъ трубокъ. Обезпложиваніе инструментовъ у кровати роженицы можетъ быть произведено по *Strassmann*'у. Завертываютъ, напр., инструменты, маточный наконечникъ, тесемки для перевязыванія пуповины и т. д., однимъ словомъ — все, что можетъ вынести вывариваніе, — въ большое полотенце, обвязываютъ пакетъ шелковою ниткою или кускомъ тесемки для перевязыванія пуповины и кладутъ его въ горшокъ съ горячей водою, къ которой, для предохраненія инструментовъ отъ ржавчины, можно прибавлять немного соды. Если горшокъ для пакета слишкомъ малъ, то сначала вывариваютъ погруженную часть пакета и затѣмъ вставляютъ его другимъ концомъ. Послѣ 5—10-минутнаго кипяченія содержимое пакета уже обезпложено. Пакетъ открывается лишь тогда, когда содержимое его должно быть употреблено въ дѣло ¹⁾.

Строго говоря, и *вата*, употребляемая для очищенія роженицы и т. д., должна быть предварительно *обезпложиваема*, такъ какъ продаваемая въ аптекахъ и т. д. не всегда бываетъ стерильная. Очень желательно, чтобы каждый врачъ имѣлъ у себя дома, кромѣ аппарата для вывариванія инструментовъ, еще и небольшой *паровой стерилизаторъ*. Точно также весьма удобны *Dührsen*'овскія *жестянки*, содержащія обезпложенную марлю, вату, іодоформную марлю и т. д., крѣпко запаиваемыя и открываемыя только за короткое время передъ употребленіемъ. Жестянки эти приготавливаются фабричнымъ способомъ. Перевязочныя средства въ жестянкѣ стерилизуются текущимъ паромъ высокаго напряженія, и жестянки послѣ обезпложиванія немедленно запаиваются. На безусловную стерильность продажныхъ пакетовъ съ антисептически пропитанными перевязочными средствами нельзя рассчитывать.

Если, по мнѣнію врача, неблагоприятныя внѣшнія обстоятельства не позволяютъ при родахъ провести асептику во всей строгости, то со стороны его не будетъ грѣхомъ перейти къ антисептикѣ, т. е. употреблять для промываній карболовую или лизоловую воду, держать въ ней ватные шарики, служащіе для обтиранія половыхъ частей роженицы, обтирать инструменты 5% растворомъ карболовой кислоты и держать ихъ въ карболовой водѣ, пока они не потребуются.

Отъ асептического состоянія изслѣдующихъ рукъ и употребляемыхъ

¹⁾ *P. Strassmann*, Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe. 1895.

при роженні інструментовъ зависить предсказаніе относительно заживленія родовыхъ ранъ въ родильномъ періодѣ.

Но и сама *роженница* требуетъ *асептическихъ попеченій*. Половые органы и окружающія ихъ части должны быть при началѣ родового акта энергически вычищены мыломъ и теплой водой, затѣмъ обмыты стерильной водой или слабымъ растворомъ карболовой кислоты и вытерты до-суха стерильной ватой. (Само собою разумѣется, что примѣненіе губокъ недозволительно во все продолженіе *puerperii*). Если возможно, то за короткое время передъ родами или вначалѣ ихъ слѣдуетъ сдѣлать общую ванну и въ ней же произвести очистку половыхъ частей. Роженица должна надѣть чистое бѣлье; постель тоже должна быть накрыта свѣже-выстираннымъ бѣльемъ.

На вопросъ о необходимости *дезинфекціи влагалища* у роженицы отвѣчали до сихъ поръ различно. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что послѣ нормальныхъ родовъ родильный періодъ протекаетъ вполне удовлетворительно и безъ дезинфекціи и промыванія влагалища. Весь споръ вертится только около незначительнаго плюса или минуса, наблюдаемаго въ температурныхъ числахъ родильнаго періода. Поэтому мы теперь отказались отъ нея при нормальныхъ обстоятельствахъ.

Половой каналъ беременной женщины обладаетъ *защитительными приспособленіями* противъ видрвенія болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ. По изслѣдованіямъ *Krönig's* и *Menge* ¹⁾, не всеми еще признаннымъ, вирулентные микробы (стрептококки и стафилококки, но не гонококки), введенные ради опыта во влагалище, погибли черезъ 20—30 часовъ. Кромѣ того, во время родовъ, благодаря изгнанію слизи изъ маточной шейки, всегда свободной отъ микроорганизмовъ, и благодаря обильному отдѣленію влагалищной слизи, всѣ загрязненія разрыхляются и отводятся внизъ, пока, наконецъ, при разрывѣ плоднаго пузыря не послѣдуетъ въ направленіи изнутри кнаружи промываніе всей нижней части родового канала околоплодною жидкостью. Послѣ рожденія младенца остатокъ околоплодной жидкости и отходящая кровь еще разъ орошаетъ свѣже-пораненный родовой каналъ, пока онъ, наконецъ, не будетъ вытертъ выходящей плацентой, какъ губкой (см. *P. Strassmann*, l. c.). Мы должны остерегаться не нарушать этихъ защитительныхъ приспособленій. Поэтому у здоровой роженицы мы отвергаемъ промываніе влагалища, а еще болѣе—примѣнявшееся нѣкоторыми прежними авторами выскабливаніе и вытираніе его антисептическими средствами, которое уничтожаетъ родовую слизь и причиняетъ излишнія раненія. Однако, мнѣнія относительно этого вопроса еще расходятся. Такъ, напр., *Hofmeier* ²⁾ въ Вюрцбургской клиникѣ вытираетъ влагалище и шейку роженицы $\frac{1}{2}\%$ тепловатымъ растворомъ сулемы съ помощью 2 пальцевъ при продолжающейся ирригаціи. Эта внутренняя дезинфекція продѣлывается послѣ каждаго внутреннего изслѣдованія. Несмотря на то, что роженицы у него подвергаются весьма частымъ внутреннимъ изслѣдованіямъ, результаты въ отношеніи смертности получаются прекрасные.

¹⁾ Bacteriologie d. weiblichen Genitalkanals. 1897.—*Сморогановъ*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. II—*Walther*, Arch. f. Gynäk. Bd. 48; *Menge*, Centralbl. f. Gynäk. 1895. № 12.—*Vahle*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 35.—Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft. f. Gynäk. zu Berlin. 1899.

²⁾ *Hofmeier*, Sammlung klin. Vorträge № 177: Berlin. klin. Wochenschr. 1898, № 46; Münch. med. Wochenschr. 1900. № 37.

Если мы такимъ образомъ отвергаемъ промываніе влагалища при нормальныхъ родахъ, то все-таки при патологическихъ условіяхъ вопросъ оказывается существенно въ иномъ положеніи. При обильномъ гнойномъ гонорройномъ истеченіи, или передъ производствомъ операцій, особенно послѣ продолжительнаго періода изгнанія, наконецъ—при условіяхъ, заставляющихъ подозрѣвать нечистое изслѣдованіе, можно, пожалуй, примѣнять тщательное промываніе влагалища или растворомъ карболовой кислоты, или обезпложенной водой съ небольшимъ прибавленіемъ соли или, еще лучше, промывать влагалище и шейку $\frac{1}{2}$ % сублиматной водой. Но, разумѣется, не слѣдуетъ воображать, что этимъ будетъ достигнуто *полное* освобожденіе влагалища отъ микроорганизмовъ. (См. Акушерскія операціи).

Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ мы должны тоже заботиться объ опрятномъ содержаніи наружныхъ половыхъ частей. Послѣ испражненія необходимо тщательно обтереть задній проходъ кускомъ ваты, намоченнымъ въ отварной водѣ. Передъ прорѣзываніемъ головки слѣдуетъ обмыть промежность отварной водой или какимъ нибудь дезинфицирующимъ растворомъ.

Прежде чѣмъ покончить съ этою *важнѣйшею главою* практическаго акушерства, мы не можемъ не обратить вниманіе на слѣдующій грустный фактъ: Несмотря на то, что въ настоящее время почти всѣми признано ученіе, что отъ дезинфекціи рукъ и инструментовъ почти исключительно зависитъ прогностика родильнаго періода насчетъ заживленія родовыхъ ранъ, дезинфекція рукъ при родахъ не всегда производится съ тою тщательностью и осмотрительностью, которая одна только и гарантируетъ асептическое состояніе ихъ.

Никогда не слѣдуетъ все-таки забывать, что рука врача, благодаря его многостороннимъ занятіямъ, гораздо болѣе опасна и поэтому обыкновенно труднѣе дезинфицируема, чѣмъ рука повивальной бабки. Уже при первомъ клиническомъ обученіи должна быть положена основа для правильнаго усвоенія дезинфекціи. Первое, чему студентъ долженъ научиться въ акушерской клиникѣ, это—дезинфекціи своихъ рукъ. Въ нашей клиникѣ она производится подъ руководствомъ и наблюденіемъ ассистента, и никто не допускается къ изслѣдованію роженицы, если существуютъ какія либо сомнѣнія въ тщательности дезинфекціи его рукъ. слѣдуетъ помнить, что дезинфекція рукъ безъ предшествующаго механическаго очищенія ихъ ничего не стоитъ; не слѣдуетъ забывать, что передъ погруженіемъ въ сулему руки должны быть освобождены отъ мыла и что неочищенная отъ мыла щеточка не должна быть употребляема для сулемы, такъ какъ мыльная вода дѣлаетъ сулему неэффективной. Намазыванія пальцевъ жиромъ при изслѣдованіи необходимо по возможности избѣгать. Фурункулы или гноящіяся раны дѣлаютъ руку опасною, несмотря на ея дезинфекцію. Въ этомъ случаѣ не должно употреблять для изслѣдованія больную руку или нужно надѣть на больную палецъ вываренную каучуковую перчатку.

Повторяемъ: Шансы на *сохраненіе здоровья и жизни* изслѣдуемой жещины *прямо пропорціональны тщательности дезинфекціи рукъ* изслѣдующаго.

3. Анамнезъ, изслѣдованіе и распознаваніе.

Первый вопросъ, съ которымъ врачъ долженъ обратиться къ роженицѣ, состоитъ въ томъ, отошли-ли уже *первыя воды*. Если это уже случилось, то врачъ долженъ послѣ предварительной дезинфекціи немед-

ленно приступити къ внутреннему изслѣдованію, для того чтобы окончаніе родовъ не явилось для него сюрпризомъ. Во всѣхъ другихъ случаяхъ внутреннему изслѣдованію предпосылается наружное.

Если плодный пузырь еще не разорвался, то прежде всего нужно собрать *анамнезъ*. Необходимо спросить женщину, рождаетъ-ли она въ первый или уже не въ первый разъ, и если она рожала раньше, то какъ протекали предшествовавшіе роды и послѣродовые періоды, примѣнялось-ли пособіе искусства и рождались-ли дѣти живыми или мертвыми. Затѣмъ нужно узнать время послѣдней менструаціи и освѣдомиться о состояніи женщины во время послѣдней беременности. Послѣ этого нужно спросить, когда начались потуги и какова была сила ихъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ необходимо узнать о возрастѣ женщины, о перенесенныхъ ею болѣзняхъ (английская болѣзнь) и объ общемъ состояніи ея здоровья.

Акушерскому изслѣдованію должна предшествовать бѣглая ориентировка относительно общаго состоянія женщины, ея тѣлосложенія, состоянія питанія, количества крови, состоянія пульса и температуры тѣла. Послѣ этого производится *наружное изслѣдованіе* по способу, уже изложенному нами въ діагностикѣ беременности. Необходимо опредѣлить уровень дна матки, положеніе младенца, частоту сердечныхъ тоновъ и то мѣсто, въ которомъ они слышны всего яснѣе. Если бы въ это время или впослѣдствіи былъ констатированъ шумъ пуповины, то въ виду того, что послѣдняя, быть можетъ, подвергается натяженію или прижатію, необходимо съ особенною тщательностью наблюдать за сердечными тонами во все продолженіе родового акта. Далѣе, особенно важно опредѣлить изслѣдованіемъ, прощупывается-ли еще головка надъ лоннымъ сочлененіемъ или она вступила уже въ тазъ, и насколько именно (головку обхватываютъ обѣими руками сверху). При появленіи потуги изслѣдованіе должно быть пріостановлено до ея прекращенія.

Послѣ вторичной дезинфекціи приступаютъ къ *внутреннему изслѣдованію*. Изслѣдованіе производится рукою еще влажною отъ дезинфицирующаго раствора.

При внутреннемъ изслѣдованіи необходимо опредѣлить:

1. Величину и мѣстоположеніе маточнаго зѣва, состояніе его краевъ.
2. Существуетъ-ли еще плодный пузырь, становится-ли онъ во время перемежки между потугами болѣе вялымъ или остается напряженнымъ, имѣется-ли въ немъ много или мало околоплодной жидкости.
3. Предлежитъ-ли въ маточномъ зѣвѣ какая-нибудь часть плода, и какая именно.

Съ особенною тщательностью нужно стараться опредѣлить, стоитъ-ли предлежащая часть (головка) *плотно въ тазу* и въ *какомъ именно отдѣлѣ* ея она находится. Если она еще подвижна, то для опредѣленія ея нужно примѣнить соединенное изслѣдованіе. Если вытянутымъ пальцемъ еще возможно дойти до крестцоваго мыса, то головка стоитъ надъ тазовымъ входомъ, если же до крестцоваго мыса можно дойти

только согнутымъ пальцемъ, то нѣкоторый сегментъ головки уже вступилъ въ тазъ. Если до крестцового мыса вообще уже невозможно дойти пальцемъ, то головка стоитъ въ тазу цѣликомъ, т. е. наибольшею своею окружностью. Степень опущенія головки въ полость таза опредѣляется по крестцу. Чѣмъ большая часть крестца еще прощупывается, тѣмъ выше стоитъ головка. Если крестецъ совсѣмъ уже не прощупывается, то головка стоитъ въ выходѣ таза.

Опредѣлить положеніе родничковъ до разрыва плоднаго пузыря бываетъ иногда затруднительно; но опредѣленіе это становится легкимъ и представляется безусловно необходимымъ, какъ только наступилъ разрывъ пузыря. Необходимо, именно, опредѣлить, который изъ родничковъ обращенъ вправо, который влѣво, который впередъ, назадъ и, наконецъ, который изъ нихъ стоитъ ниже. Относительное положеніе обоихъ родничковъ указываетъ направленіе стрѣловиднаго шва. При изслѣдованіи нужно также обращать вниманіе на имѣющіяся складки въ кожѣ головки, затѣмъ на головную опухоль и на смѣщенія черепныхъ костей.

По окончаніи изслѣдованія необходимо осмотрѣть палецъ и удостовѣриться, покрытъ-ли онъ слизью, кровью или первороднымъ каломъ. Затѣмъ руки тщательно обмываются водою и дезинфицирующимъ растворомъ и вытираются чистымъ полотенцемъ.

Уже во время собиранія анамнеза и во время внутренняго изслѣдованія врачъ имѣлъ возможность *наблюдать потуги* и составить себѣ въ это же время, или еще раньше, понятіе объ ихъ силѣ и частотѣ.

Если первое изслѣдованіе совершенно выяснило существующее положеніе вещей и не открыло никакихъ неправильностей, если въ особенности головка уже стояла плотно въ тазу, то до разрыва плоднаго пузыря второе внутреннее изслѣдованіе едва-ли можетъ понадобиться. Но повтореніе его безусловно необходимо послѣ разрыва плоднаго пузыря. На головкѣ, обнаженной отъ яйцевыхъ оболочекъ и еще не покрытой головною опухолью, можно очень ясно различить швы и роднички. Если головка еще стоитъ подвижно, то необходимо удостовѣриться, не выпала-ли рядомъ съ нею какая нибудь часть плода, напр. пуповина или ручка, потому что это событіе имѣетъ важное патологическое значеніе.

Въ періодъ изгнанія слѣдуетъ тщательно наблюдать за сердечными тонами съ тою цѣлью, чтобы отъ насъ не ускользнуло постоянное замедленіе ихъ во время пережки между потугами или значительное учащеніе ихъ. Для того, чтобы слѣдить за ходомъ родовъ и чтобы окончаніе ихъ не явилось для насъ сюрпризомъ, мы должны слѣдить за наступленіемъ изгоняющихъ потугъ. Можно также повторить внутреннее изслѣдованіе въ періодъ изгнанія. Но *всякаго излишняго внутренняго изслѣдованія* должно избѣгать.

4. Веденіе періодовъ раскрытія и изгнанія.

Послѣ того какъ наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ опредѣлено положеніе младенца и удостовѣрено, въ какомъ періодѣ находится

роды, врачъ долженъ сдѣлать необходимія распоряженія для *дієтетическаго веденія родовъ*.

Каждой роженицѣ ставится вначалѣ родовъ обильный клистиръ для *опорожненія прямой кишки*. Роженица должна испражняться на подкладномъ суднѣ и ни въ какомъ случаѣ не на ночномъ горшкѣ или въ отхожемъ мѣстѣ. Задній проходъ послѣ испражненія долженъ быть тщательно очищенъ ватой.

Вначалѣ періода раскрытія роженица можетъ еще оставаться на ногахъ, если не существуетъ никакихъ уклоненій отъ нормы и если головка стоитъ плотно въ тазу. Но какъ только потуги становятся болѣе сильными или плодный пузырь остается напряженнымъ и во время перемены между ними, роженица должна лечь въ постель.

Родильною постелью служить простая кровать, съ возможно твердымъ матрацемъ, для того чтобы ягодицы не вваливались слишкомъ глубоко. Для предохраненія постели отъ смачиванія жидкостями кладется поперекъ матраца, въ томъ мѣстѣ, гдѣ лежатъ ягодицы роженицы, широкій кусокъ непромокаемой ткани, очищенный предварительно растворомъ карболовой кислоты. Сверху кладется подстилка изъ толстой мягкой ткани. Родильная кровать должна стоять по возможности свободно и должна быть доступна съ обеихъ боковъ; она не должна быть поставлена близъ горячей печки или у теплой стѣны. Сама роженица должна быть совершенно раздѣта, за исключеніемъ только рубашки, чулокъ и кофты. Рубашка заворачивается вверхъ по спинѣ для того, чтобы предохранить ее отъ загрязненія околоплодною жидкостью или кровью. Роженица должна быть легко накрыта, и шерстяного одѣяла на первое время вполне достаточно; но по окончаніи родовъ необходимо позаботиться о томъ, чтобы роженица была накрыта потеплѣе.

Родильная комната должна быть по возможности большая и свѣтлая, температура въ ней не должна превышать 14° Р. Всѣ лишнія лица должны быть изъ родильной комнаты удалены.

Врачъ долженъ безъ замедленія удостовѣриться, имѣются-ли въ наличности и въ должномъ порядкѣ всѣ остальные принадлежности для родоразрѣшенія и для перваго ухода въ послѣродовомъ періодѣ: ирригаторъ съ трубкою, маточный наконечникъ, наконечникъ для прямой кишки, подкладное судно, грѣлка, ванна и вода для нея, тесьма для перевязки пуповины, ножницы для перерѣзки ея, перевязочная вата, подстилки и необходимое дѣтское бѣлье.

При выборѣ *положенія тѣла* для женщины въ періодѣ раскрытія можно сообразоваться съ ея удобствами, если только позиція головки нормальна. Если же, наоборотъ, головка стоитъ высоко и подвижно, или если малый родничекъ медлитъ опуститься внизъ, то необходимо придерживаться слѣдующаго правила, которое имѣетъ въ практикѣ чрезвычайно важное значеніе: *женщина должна быть положена на тотъ бокъ, гдѣ лежитъ часть плода, долженствующая направиться въ*

тазу внизъ и впередъ. Если, напр., подвижная еще головка отклонилась къ правой подвздошной впадинѣ, то женщина должна быть положена на правый бокъ. Если головка стоитъ уже въ тазу и малый родничекъ медлитъ опуститься внизъ и направиться впередъ, то при первомъ черепномъ положеніи женщина должна быть положена на лѣвый бокъ, при второмъ на правый. Слѣдовательно, при 3-мъ черепномъ положеніи женщина должна быть положена на правый бокъ, при 4-мъ на лѣвый, для того чтобы малый родничекъ опустился внизъ и повернулся впередъ и чтобы былъ облегченъ переходъ въ прогностически болѣе выгодное 2-е, герр. 1-е черепное положеніе. Равнымъ образомъ, при низкомъ поперечномъ стояніи головки женщина должна быть положена на тотъ бокъ, гдѣ находится малый родничекъ, для того чтобы былъ облегченъ поворотъ его къ лонному сочлененію.

Эффектъ такого положенія тѣла объясняется тѣмъ, что подвижное дно матки съ его содержимымъ, т. е. съ ягодицами, сильно отклоняется въ соответственную сторону, слѣдовательно при положеніи роженицы на лѣвомъ боку—влѣво, а нижній сегментъ матки вмѣстѣ съ головкой поворачивается въ противоположную сторону, слѣдовательно при положеніи на лѣвомъ боку—вправо. Вмѣстѣ съ тѣмъ опускается глубже въ тазъ часть головки, соответствующая тому боку, на которомъ лежитъ роженица.

Если плодный пузырь уже готовъ къ разрыву, то нужно стараться собрать околоплодную жидкость въ подкладное судно.

Въ періодѣ изгнанія роженица должна лежать на спинѣ и, согнувъ колѣни, упираться нижними конечностями въ постель для того, чтобы могла хорошо работать брюшнымъ прессомъ.

Въ періодѣ раскрытія *произвольное сокращеніе брюшного пресса* во время потугъ представляется излишнимъ и даже вреднымъ, такъ какъ при этомъ можетъ преждевременно разорваться плодный пузырь. Въ періодѣ изгнанія роженица чувствуетъ почти произвольное стремленіе сокращать брюшной прессъ и обыкновенно удовлетворяетъ этому стремленію даже безъ всякаго напоминанія. Рѣдко приходится дѣлать ей наставленія на этотъ счетъ.

Во все продолженіе родовъ необходимо слѣдить за состояніемъ *мочевого пузыря*. Болѣе значительное наполненіе его вызываетъ слабость потугъ. Наполненный мочевой пузырь ясно выдается надъ лоннымъ сочлененіемъ въ видѣ шарообразной опухоли. Если роженица не можетъ произвольно испустить мочу, то необходимо ввести катетеръ. Для этого вообще слѣдуетъ употреблять мужской (металлическій) катетеръ, который непосредственно передъ употребленіемъ долженъ быть вываренъ. Послѣ тщательнаго обмыванія области отверстія мочеиспускательнаго канала, осторожно вводится обезпложенный катетеръ. Если головка стоитъ уже низко, то ее отгѣсняютъ немного назадъ пальцемъ, введеннымъ во влагалище. Если ввести катетеръ не удастся, то никогда не слѣдуетъ употреблять насиліе, а нужно, въ видѣ исключенія, взять эластическій кате-

теръ, или катетеръ изъ твердаго каучука. Введеніе такого катетера удається всегда.

Пищи роженица обыкновенно не жаждетъ, жажда, иногда довольно сильная, утоляется водою, молокомъ или кофе. Если роды тянутся очень долго, то для того, чтобы предотвратить истощеніе силъ, необходимо давать роженицѣ жидкія пищевыя вещества или также возбуждающія средства, напр. вино въ чистомъ видѣ или съ водою, бульонъ и т. д.

Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду *общее состояніе роженицы*, а особенно при очень большой продолжительности періода изгнанія необходимо время отъ времени удосто-вѣряться насчетъ состоянія пульса и температуры тѣла.

На тревожные *вопросы роженицы* относительно того, когда наступитъ конецъ родовъ, трудно дать отвѣтъ. „Чѣмъ болѣе сильны потуги, тѣмъ скорѣе настанетъ конецъ“. — „Чѣмъ болѣе продолжителенъ періодъ раскрытія, тѣмъ болѣе коротокъ болѣзненный періодъ изгнанія“. Этими и т. п. заявленіями врачъ старается доставить роженицѣ утѣшеніе. Тактичный и увѣренный образъ дѣйствій врача возбуждаетъ въ роженицѣ больше довѣрія, чѣмъ многословіе. Обильному краснорѣчію необразованныхъ повивальныхъ бабокъ, которое нерѣдко дѣйствуетъ на роженицу очень тягостно, долженъ быть положенъ конецъ серьезнымъ напоминаніемъ. Желательно, чтобы въ періодъ раскрытія при нормальномъ ходѣ родовъ врачъ на нѣкоторое время оставлялъ родильную комнату и даже уходилъ изъ дома роженицы. Это дѣлаетъ и его самого, и роженицу болѣе терпѣливыми и увеличиваетъ въ немъ способность вѣрной оцѣнки положенія вещей.

5. Защита промежности отъ разрыва.

Во время прохожденія головки чрезъ узкую половую расщелину возникаетъ, особенно у первородящихъ, опасность надрыва сильно растягиваемой промежности. Предупрежденіе этого разрыва, или, по крайней мѣрѣ, ограниченіе его разбѣровъ, составляетъ задачу *защиты промежности*.

Чѣмъ быстрѣе головка проходитъ чрезъ половую расщелину и чѣмъ болѣе велика периферія головки, вступающая въ наружныя половыя части, тѣмъ легче можетъ произойти разрывъ промежности. Слѣдовательно, для защиты промежности необходимо позаботиться о томъ, чтобы головка *прорывалась медленно* и проходила чрезъ наружныя половыя части *наименьшею своею окружностью*, т. е. въ направленіи своего *малаго косога размѣра*, или, другими словами, чтобы сначала прорѣзался затылокъ, а затѣмъ лобъ.

Какъ только головка начинаетъ и во время перемены между потугами оставаться видимою въ половой расщелинѣ, а у повторно-родящихъ пожалуй еще нѣсколько раньше, женщина кладется на бокъ, такъ чтобы ягодицы ея лежали у самаго края постели. Она сгибаетъ колѣни, а между ними кладется подушка. Теперь промежность тщательно очищается отвар-

ной водой или растворомъ карболовой кислоты при помощи ваты. Затѣмъ врачъ становится за спиою женщины, продвигаетъ одну руку между ея бедрами спереди назадъ, кладетъ верхушки пальцевъ на родившуюся часть головки и во время потуги отдавливаетъ ее къ промежности. Этимъ способствуетъ онъ продвиганію затылка и одновременно препятствуетъ слишкомъ быстрому выходу головки ¹⁾. Другая рука съ раздвинутыми пальцами прикладывается ладонною поверхностью своею къ промежности, большой палецъ при этомъ направленъ въ одну сторону, а остальные въ другую, такъ что уздечка остается свободной. Эта рука удерживаетъ во время потуги переднюю часть головки. Теперь запрещаютъ роженицѣ сокращать брюшной прессъ во время потуги, а обѣ руки врача функционируютъ вышеописаннымъ образомъ. Головкѣ даютъ медленно продвигаться впередъ во время потуги; затылокъ прорѣзывается впервые, затѣмъ—и

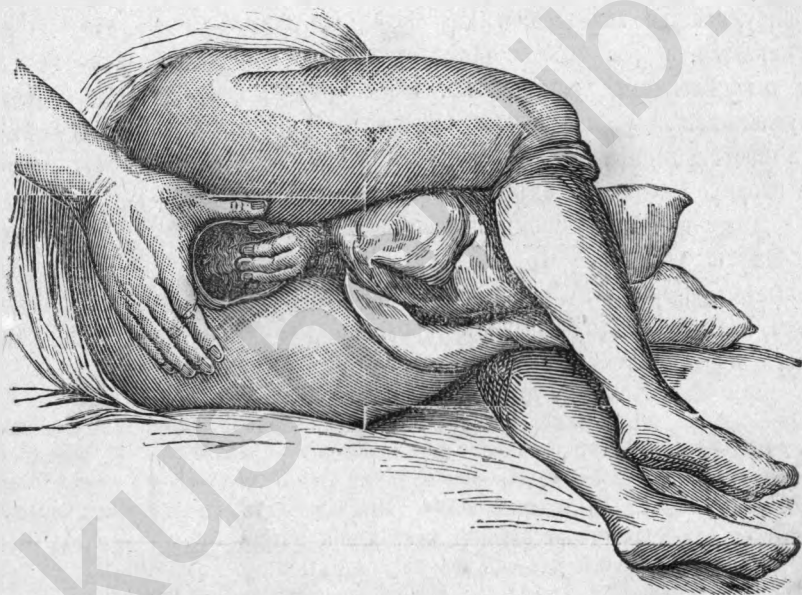


Рис. 41. Защита промежности въ положеніи на боку.

это есть самый критическій моментъ—выкатывается по промежности передняя часть головки, причемъ рука, лежащая сзади, отворачиваетъ вверхъ нея уздечку. Если только возможно, то слѣдуетъ стараться вывести переднюю часть головки по промежности во время паузы между двумя потугами, заставляя въ это время роженицу нѣсколько сокращать брюшной прессъ.

Поддерживаніе промежности выполнимо при положеніи роженицы на спинѣ съ подложенной подъ ягодицы подушкой. Но положеніе на боку несомнѣнно имѣетъ большія преимущества. Брюшной прессъ не можетъ въ этомъ положеніи работать съ полной своей силой. Вся промежность хо-

¹⁾ B. S. Schultze, Dammschutz. Samml. klin. Vorträge. № 278. 1900.

рошо доступна взору врача и женщина меньше обнажается. Если роженица, сильно согнувшись, лежит такимъ образомъ, что ягодицы ея помѣщаются у самаго края постели, то всѣ части ея тѣла, за исключеніемъ нижняго отдѣла ягодиць и верхнихъ отдѣловъ бедеръ, могутъ остаться необнаженными.

Если, несмотря на поддерживаніе промежности по вышеописанному способу, приходится все-таки опасаться разрыва, если ткань ея въ области уздечки начинаетъ уже раздвигаться въ стороны при напирании головки, то нужно попытаться освободить ее отъ чрезмѣрнаго давленія „*боковыми надръзами*“ (эпизиотомія). Одна вѣтвь ножницъ продвигается примѣрно на разстояніи 3 стм. надъ уздечкой между головкою и наружными половыми частями, а затѣмъ послѣднія разрѣзываются на протяженіи 1—1½ стм. по направленію къ сѣдалищному бугру. Вполнѣ достаточно сдѣлать по одному такому надрѣзу съ правой и лѣвой стороны. Эффектъ обнаруживается немедленно. Периферія наружныхъ половыхъ частей увеличивается, и разрывъ не образуется вовсе или же онъ образуется только на ограниченномъ пространствѣ. Послѣ родовъ разрѣзы въ большинствѣ случаевъ зияютъ мало и при леченіи іодоформомъ превосходно заживаютъ. Въ противномъ случаѣ, особенно когда они разорвались дальше, безусловно необходимо соединить ихъ посредствомъ наложенія швовъ.

Даже при наилучшемъ поддерживаніи промежности не всегда удается избѣгнуть разрыва. Но во всѣхъ случаяхъ удается навѣрно избѣжать большихъ разрывовъ промежности, проникающихъ въ толщу сфинктера, и такъ наз. полныхъ разрывовъ, проходящихъ сквозь сфинктеръ и нижнюю часть *septi rectovaginalis*.

Какъ бы ни было выгодно положеніе на боку при поддерживаніи промежности, однако, мы должны напомнить о томъ, что при быстромъ поворачиваніи жевщины изъ положенія на боку въ положеніе на спинѣ послѣ рожденія младенца и при вялой въ то же время маткѣ *легко можетъ въ послѣднюю проникнуть воздухъ*. Поэтому, прежде чѣмъ повернуть роженицу, слѣдуетъ позаботиться объ удовлетворительномъ сокращеніи матки.

Слишкомъ сильное давленіе на промежность при поддерживаніи ея справедливо порицается, такъ какъ это дѣлаетъ промежность малокровною, еще болѣе истончаетъ ее и благопріятствуетъ происхожденію разрыва; продвиганіе затылка вмѣсто того, чтобы быть ускорено, замедляется. При рожденіи головки промежность должна быть не «подпирема», а *защищена* описанными мѣрами. «Прямкишечный» ручной пріемъ, заключающійся въ томъ, чтобы выдвигать головку во время потугъ съ помощью введенныхъ въ прямую кишку двухъ пальцевъ, противорѣчитъ асептикѣ, такъ какъ при этомъ рука акушера неминуемымъ образомъ загрязняется испражненіями, и потому оставленъ.

Скорѣе можно рекомендовать *выдавливаніе головки со стороны задней части промежности (Ritgen)*, которое дѣйствуетъ одинаково съ «прямкишечнымъ» ручнымъ пріемомъ ¹⁾. Четыре пальца одной руки ставятся на заднюю часть промежности непосредственно подъ верхушкой копчика и надавливаютъ на находящееся здѣсь личико младенца. Этимъ самымъ препятствуютъ головкѣ отходить обратно во время перемежки между потугами, оттѣснятъ затылокъ по

¹⁾ См. Centralbl. f. Gynäk. 1887, стр. 65.

направленію къ лонной дугѣ и, наконецъ, приподнимають лобъ младенца и выкатываютъ его надъ промежностью во время паузы между двумя потугами (копчиковый или задне-промежностный ручной приемъ).

6. Пособіе при прохожденіи плечиковъ.

Послѣ того какъ родилась головка, освобождаютъ ротъ и ноздри младенца отъ слизистыхъ массъ и заботятся о томъ, чтобы отверстія эти лежали свободно, такъ чтобы младенецъ немедленно могъ начать дыхательныя движенія. Затѣмъ ощупываютъ шею младенца, чтобы удостовѣриться, *не обвита-ли вокругъ нея пуповина*. Если найдено такое обвитіе пуповины, то стараются расширить петлю или снять ее черезъ головку младенца, что обыкновенно легко удается. Въ противномъ же случаѣ, при очень плотномъ обвитіи пуповины, приходится перерѣзать ее ножницами. Перерѣзанные концы ея передаются другому лицу для прижатія, затѣмъ быстро извлекаютъ младенца за плечики по нижеописанному способу и, наконецъ, перевязываютъ оба конца перерѣзанной пуповины. При очень длинной пуповинѣ туловище можетъ прорѣзаться само собою, несмотря на то, что она нѣсколько разъ обвита вокругъ него. Въ другихъ случаяхъ обвитіе пуповины является, вслѣдствіе сильнаго укороченія ея, большимъ препятствіемъ для рожденія туловища, и если къ извлеченію послѣдняго будетъ приступлено раньше, чѣмъ устранено обвитіе пуповины, то можетъ наступить полная отслойка плаценты.

При прохожденіи плечиковъ рука опять-таки надавливаетъ на промежность такъ какъ послѣдняя вслѣдствіе растяженія головкой стала вялой и не въ состояніи придавливать переднее плечико къ лонной дугѣ. Поэтому одной рукою слѣдуетъ со стороны промежности произвести противодействие по направленію къ передней стѣнкѣ таза ¹⁾. Безъ такого поддерживанія промежности можетъ еще и теперь образоваться разрывъ ея или можетъ значительно увеличиться разрывъ, образовавшійся еще при рожденіи головки.

Если плечики долго не прорѣзываются, то, по устраненіи обвитія пуповины, необходимо приказать роженицѣ, чтобы она сильно сокращала брюшную прессъ во время потуги, а если послѣдняя долго заставляеть себя ждать, то нужно вызвать сокращеніе посредствомъ растиранія два матки. Такъ какъ младенецъ послѣ рожденія головки уже можетъ дышать, то особенно торопиться выведеніемъ плечиковъ нѣтъ надобности. Но если прошло уже нѣсколько минутъ и плечики не прорѣзываются, или если лицо младенца при несовершенномъ еще дыханіи мало по малу принимаетъ темно-синій цвѣтъ, то необходимо прибѣгнуть къ ручному пособію. Головку захватываютъ обѣими руками и оттягиваютъ ее внизъ, причемъ переднее плечико легче выступаетъ изъ-подъ лонной дуги. Если же это не удастся, то ребенка высвобождаютъ за плечики; въ обращенную назадъ подмышечную впадину младенца вводятъ со стороны спинки указатель-

¹⁾ B. S. Schultze, Dammschutz. Samml. klin. Vorträge. № 278. 1900.

ний палець разноименной руки и извлекають соотвѣтствующее плечико надъ промежностью. При этомъ заднее плечико должно быть сначала низведено по направленію къ промежности для того, чтобы переднее плечико могло выступить изъ-подъ лонной дуги, а затѣмъ вытягиваютъ заднее плечико по направленію вверхъ и впередъ. Если этотъ ручной пріемъ остается безуспѣшнымъ, то берутъ въ помощь другую руку. Указательный палець ея вводится со стороны спинки младенца въ обращенную кпереди подмышечную впадину, большіе пальцы обѣихъ рукъ кладутся на позвоночникъ и, въ заключеніе, туловище извлекается за оба плечика. Тянуть младенца за головку ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ. Вообще, этотъ способъ извлеченія за плечики рѣдко оказывается необходимымъ. *Въ обыкновенныхъ случаяхъ плечики рождаются безъ всякой посторонней помощи.*

7. Перерѣзка пуповины.

Послѣ рожденія туловища кладутъ руку на матку, стоящую теперь на уровнѣ пупка, и удостовѣряются, хорошо-ли она сократилась. Затѣмъ женщина перекалывается обратно на спину, если поддерживаніе промежности производилось въ положеніи на боку, и рожденный младенець кладется между бедрами ея такимъ образомъ, чтобы ротъ и ноздри были свободны. Если ребенокъ не тотчасъ начинаетъ сильно кричать, то его побуждаютъ къ этому легкими ударами по ягодицамъ или обрызгиваніемъ водою.

Рука, положенная на пуповину, ясно ощущаетъ біеніе ея, которое теперь мало по малу становится болѣе слабымъ. Чѣмъ болѣе энергично наступаетъ дыханіе, тѣмъ быстрѣе исчезаетъ пульсъ пуповины. Наконецъ, когда пульсація въ области пупка почти совершенно прекратилась, что бываетъ обыкновенно по истеченіи 3—5 минутъ или спустя нѣсколько болѣе долгое время, приступаютъ къ *перерѣзкѣ пуповины*. Узкая полотняная тесемка (стерилизованная вывариваніемъ въ кипящей водѣ) накладывается на разстояніи 2—3 пальцевъ отъ пупка младенца и плотно завязывается узломъ, поверхъ котораго кладется еще вторая запасная петля. Затѣмъ, приблизительно на разстояніи двухъ пальцевъ отъ этого мѣста по направленію къ матери, накладывается вторая такая же тесемка и завязывается двумя узлами. Въ заключеніе пуповина перерѣзывается между обѣими лигатурами при помощи особыхъ ножницъ (съ закругленными концами).

Первая лигатура накладывается съ цѣлю предупредить кровотеченіе изъ отрѣзка пуповины, оставшагося на младенцѣ. Впрочемъ, у очень крѣпкихъ дѣтей, при удовлетворительномъ дыханіи, обыкновенно такого кровоточенія нѣтъ надобности опасаться.

Вторая лигатура служитъ только для того, чтобы предотвратить загрязненіе постели кровью младенца, выходящею изъ плацентарнаго конца пуповины.

Младенецъ послѣ перерѣзки пуповины передается другому лицу для того, чтобы очистить его тѣло, выкупать его въ ваннѣ и надѣть на него бѣлье. Затѣмъ укладываютъ роженицу съ сомкнутыми бедрами и принимаютъ мѣры къ тому, чтобы она была потеплѣе накрыта.

Ножницы и тесемки для перевязыванія пуповины, а также тряпочки, служащія для перевязки пупка младенца, должны быть предъ употребленіемъ выварены въ кипящей водѣ. Ножницы незадолго предъ употребленіемъ могутъ быть также обмыты 3% растворомъ карболовой кислоты. Но, вообще, антисептическія средства не должны быть употребляемы при перевязкѣ пуповины. Болѣе сильныя препараты карболовой кислоты представляютъ для младенца смертельный ядъ. Обыкновенная тесьма для перевязки пуповины всегда оказывалась въ моей практикѣ вполне достаточной. Другіе акушеры (*Credé, Budin*) рекомендуютъ эластическую лигатуру, которая, будто бы, вѣрнѣе предохраняетъ отъ послѣдовательныхъ кровотеченій.

8. Веденіе послѣдоваго періода.

Къ маткѣ время отъ времени прикладываютъ руку, чтобы удостовѣриться, хорошо-ли она сократилась. Всякаго тренія и надавливанія при этомъ необходимо избѣгать. Лишь въ томъ случаѣ, когда послѣдовало болѣе значительное выдѣленіе крови, а матка въ то же время становится болѣе мягкой и поднимается вверхъ, необходимо вызвать сокращеніе ея посредствомъ легкаго кругообразнаго растиранія.

По истеченіи 20—30 минутъ плацента обыкновенно лежитъ уже въ „выходной трубкѣ“. На это указываетъ дно матки, которое становится болѣе узкимъ и поднимается вверхъ.

Дальвѣйшее изгнаніе плаценты нѣкоторые акушеры въ это время всецѣло предоставляютъ силамъ природы. Мы предпочитаемъ *выжиманіе* отдѣлявшейся и лежащей уже въ выходной трубкѣ плаценты, если она по прошествіи 30 минутъ еще не родилась сама собою; при этомъ не слѣдуетъ упустить изъ виду и употребленіе брюшного пресса. Благодаря выжиманію послѣдовый періодъ при этомъ укорачивается, по моему мнѣнію, вполне безвреднымъ для женщины образомъ, и во многихъ случаяхъ очень значительно.

Выжиманіе плаценты должно производиться только во время потуги, выражающейся отвердвненіемъ и приподниманіемъ матки. Если потуга долго заставляеть себя ждать, то можно вызвать ее легкимъ растираніемъ дна матки. Затѣмъ обхватываютъ дно матки ладонью такимъ образомъ, что большой палецъ руки обращенъ впередъ, а остальные пальцы лежатъ на задней стѣнкѣ матки, и „въ тотъ моментъ, когда потуга достигла повидимому наибольшей своей энергіи, смѣло надавливаютъ на дно и стѣнки матки по направленію къ крестцовой впадинѣ“ [*Credé* ¹⁾]. Давленіе проталкиваетъ плаценту цѣликомъ во влагалище, и благодаря опущенію всей матки, продвигаетъ ее въ наружныя половыя части или даже за половую расщелину, гдѣ ее принимаетъ рука акушера. Если первая попытка

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 17.

осталась безуспѣшной, то повторяють выжиманіе во время слѣдующей потуги. Болѣе сильное наполненіе мочевого пузыря при этомъ значительно мѣшаетъ дѣлу. Поэтому необходимо предварительно озаботиться объ опорожненіи мочевого пузыря. Если послѣ рожденія плаценты яйцевыя оболочки еще остаются въ полости матки, то захватываютъ плаценту обѣими руками и поворачиваютъ ее нѣсколько разъ вокругъ оси, такъ что яйцевыя оболочки свертываются въ шнурокъ и отслаиваются отъ внутренней поверхности матки. Если часть яйцевыхъ оболочекъ оторвалась, то это еще не можетъ служить поводомъ къ тому, чтобы ввести руку въ полость матки и удалить ихъ отсюда. Вообще, введеніе руки въ матку болѣе опасно, чѣмъ частичная задержка яйцевыхъ оболочекъ. Задержанные куски оболочекъ рождаются въ первые дни послѣродового періода при обильномъ выдѣленіи лохий.

Родившуюся плаценту необходимо тщательно осмотрѣть, чтобы удостовѣриться въ ея цѣлости.

По удаленіи плаценты обмываютъ половыя части женщины и подвергаютъ ихъ тщательному осмотру, обращая особенное вниманіе на промежность и клиторъ. *Разрывы въ области клитора* могутъ иногда *чрезвычайно сильно кровоточить*. (См. Патологія родовъ). *Разрывы промежности* должны быть *соединяемы кровавымъ швомъ*. Послѣ того какъ наружныя половыя органы и окружающія ихъ части тщательно вычищены перевязочной ватой, кладутъ ватный шарикъ между бедрами женщины, приказываютъ ей сомкнуть бедра и еще разъ удостовѣряются, хорошо-ли сократилась матка.

Если бѣлье родильницы было загрязнено, то можно теперъ надѣть на нее чистое, хорошо согрѣтое бѣлье. Загрязненныя подстилки должны быть замѣнены чистыми. Если имѣется въ распоряженіи вторая постель, то женщину осторожно на нее перекладываютъ. Постель должна уже во время родовъ быть совершенно готова, снабжена необходимыми подстилками и согрѣта грѣлками.

Выжиманіе плаценты называютъ «способомъ *Credé*». Впрочемъ, первоначально *Credé* ¹⁾ описывалъ свой способъ нѣсколько иначе, чѣмъ онъ примѣняется въ настоящее время. Способъ этотъ, какъ предписалъ *Credé*, долженъ примѣняться уже послѣ 3—4-й плацентарной потуги. Но мои наблюденія, произведенныя на большомъ матеріалѣ, привели меня къ убѣжденію, что выжиманіе плаценты, производимое вышеуказаннымъ образомъ черезъ 20—30 минутъ послѣ рожденія младенца, представляетъ совершенно *безвредный* для роженицы и, въ виду укороченія 3-го періода родъ въ, *весьма благодѣтельный* ручной приемъ, и поэтому мы практикуемъ его и пропагандируемъ среди своихъ слушателей съ совершенно спокойною совѣстью. Если выжиманіе будетъ примѣнено слишкомъ поздно, если къ нему будетъ приступлено раньше, чѣмъ плацента вполне отдѣлилась, то въ такомъ случаѣ наблюдаются чрезвычайно неприятыя разстройства, именно задержка яйцевыхъ оболочекъ и остатковъ плаценты, а также послѣдовательныя и позднія кровотеченія ²⁾.

¹⁾ *Klin. Vorträge über Geburtshülfe*. 1853.

²⁾ *Dohrn*, Deutsch. med. Wochenschr. 1880. № 41. — *Runge*, Berl. klin. Wochenschr.

Если бы оказалось, что роженица очень чувствительна къ давленію при выжиманіи плаценты, то немногихъ вдыханій хлороформа достаточно для устраненія этой чрезмѣрной чувствительности.

Другой, такъ называемый «внутренній ручной пріемъ» состоитъ въ томъ, что пуповину нѣсколько натягиваютъ одной рукой и затѣмъ, введя другую руку, сильно надавливаютъ на отдѣлившуюся и находящуюся въ маточномъ зѣвѣ плаценту по направленію къ крестцовой впадинѣ, причѣмъ плацента переходитъ во влагалище и, наконецъ, выводится наружу. Главнѣйшія преимущества способа *Credé* въ сравненіи съ внутреннимъ ручнымъ пріемомъ, примѣнявшимся въ прежнее время всѣми акушерами, состоитъ въ томъ, что при немъ предотвращено всякое соприкосновеніе съ свѣже пораненными половыми частями. Даже въ настоящее время, при господствѣ асептики, нельзя пренебрегать этимъ обстоятельствомъ по отношенію къ повивальнымъ бабкамъ.

9. Наркозъ во время родовъ.

Въ виду значительной болѣзненности нормальныхъ родовъ, каждому непосвященному въ медицину является естественный вопросъ — нельзя ли для облегченія ихъ воспользоваться существующими у насъ анестезирующими средствами. И дѣйствительно, *хлороформъ* со времени его открытія находитъ въ этомъ направленіи благодѣтельное и совершенно безопасное примѣненіе.

Но такъ какъ большія дозы хлороформа ослабляютъ потуги и всѣмъ прекращаютъ дѣятельность брюшного пресса, то, къ сожалѣнію, здѣсь не можетъ быть и рѣчи о такомъ глубокомъ наркозѣ, который бываетъ необходимъ для полнаго уничтоженія боли при операціяхъ. Если мы не желаемъ замедлить нормальный ходъ родовъ, то должны давать только небольшія дозы хлороформа, а такъ какъ даже и эти дозы, особенно при болѣе долгомъ примѣненіи, нѣсколько ослабляютъ потуги ¹⁾, то примѣненіе хлороформа всего лучше должно ограничиться такими случаями, въ которыхъ потужная боль ощущается очень сильно и роженица уже нѣсколько истощена чрезмѣрною продолжительностью родовъ, причѣмъ примѣненіе его должно по возможности откладываться къ самому болѣзненному періоду родового акта, именно къ періоду изгнанія. Какъ только роженица чувствуетъ приближеніе потуги, подносятъ къ ея лицу *маску съ хлороформомъ*. Уже небольшого числа глубокихъ вдыханій обыкновенно оказывается достаточнымъ, чтобы значительно притупить потужную боль. При этомъ на брюшной прессъ хлороформъ обыкновенно никакого неблагоприятнаго вліянія не оказываетъ, и, мало того, брюшной прессъ подъ вліяніемъ притупленной чувствительности часто работаетъ даже сильнѣе.

Наоборотъ, при производствѣ акушерскихъ операцій глубокой наркозъ находитъ себѣ такое же примѣненіе, какъ при хирургическихъ операціяхъ.

1880. № 44. Die übrige, sehr reiche Literatur über die Behandlung der Nachgeburtperiode siehe Centralbl. f. Gynäk. 1880 — 1892. — *Dohrn*, Die Behandlung des Nachgeburtzeit. 1898.

¹⁾ *Winckel*, Monatschr. f. Geburtsk. Bd. 25.—*Dönhoff*, Arch. f. Gynäk. Bd. 42.

Полное прекращеніе потужной дѣятельности при нѣкоторыхъ операціяхъ, напр. при поворотѣ, представляется даже желательнымъ.

Роженицы вообще легко хлороформируются. Наркозъ въ большинствѣ случаевъ идетъ очень гладко. Неблагопріятныя послѣдовательныя дѣйствія наблюдаются сравнительно рѣже. Выдѣленіе бѣлка, часто встречаемое у роженицъ и беременныхъ, не составляетъ противопоказанія къ примѣненію хлороформа. Неблагополучные случаи, даже при самомъ глубокомъ наркозѣ роженицы, принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Послѣ очень долгаго и глубокаго наркоза иногда приходится видѣть непріятныя атоническія послѣдовательныя кровотеченія.

О томъ, что плоду обыкновенно не причиняется никакого вреда даже при глубокомъ хлороформированіи матери, мы уже говорили выше.

Замѣнять хлороформъ эфиромъ въ акушерской практикѣ, особенно при операціяхъ, нѣтъ основаній, прежде всего именно въ виду благопріятныхъ результатовъ, которые до сихъ поръ давалъ хлороформъ. Кромя того и эфиръ неблагопріятно вліяетъ на потуги, хотя, быть можетъ, въ нѣсколько меньшей степени, чѣмъ хлороформъ¹⁾, такъ какъ послѣ эфира потужная дѣятельность возстановляется быстрѣе. Это послѣднее обстоятельство можетъ оказаться очень выгоднымъ при нѣкоторыхъ акушерскихъ операціяхъ, послѣ которыхъ желательно быстрое возобновленіе потугъ (наложеніе щипцовъ, поворотъ, кесарское сѣченіе). Широкому примѣненію эфира у роженицъ въ частной практикѣ препятствуетъ его легкая воспламеняемость. Предпочитать слѣдуетъ эфирный наркозъ, какъ менѣе опасный, въ случаяхъ сильнаго малокровія или пороковъ сердца, если бы при этихъ условіяхъ потребовалась акушерская операція. Постоянное примѣненіе эфира при родахъ въ частной практикѣ нецѣлесообразно уже на томъ основаніи, что онъ легко воспламеняется. Наоборотъ, при сильной анеміи или при порокахъ сердца, если бы при этихъ условіяхъ потребовалась акушерская операція, эфирный наркозъ заслуживаетъ предпочтенія, какъ менѣе опасный. Никогда эфиръ не долженъ примѣняться при катаррѣ воздухоносныхъ путей. Такъ какъ эфиръ понижаетъ кровяное давленіе въ меньшей степени, то даже очень продолжительная и очень глубокая наркотизація эфиромъ для плода еще менѣе опасна, нежели хлороформомъ, какъ я это доказалъ экспериментально въ 1878 году²⁾. Поэтому при большихъ операціяхъ во время беременности эфирный наркозъ, быть можетъ, заслуживалъ бы предпочтенія.

Изъ другихъ анестезирующихъ средствъ особенно примѣняли, въ видѣ опыта, *бромъ-этиль* и *вселяющій газъ*. Относительно того, насколько вѣрно *бромъ-этиль* въ сравненіи съ хлороформомъ успокаиваетъ боли и какимъ образомъ онъ вліяетъ на потужную дѣятельность, мнѣнія авторовъ еще расходятся. Неприятное свойство бромъ-этила состоятъ въ раздраженіи дыхательныхъ органовъ (иногда онъ вызываетъ бронхитъ), а также въ фосфорномъ запахѣ выдыхаемаго воздуха, остающемся еще довольно долго по окончаніи наркоза. Относительно примѣненія *смѣси вселяющаго газа съ кислородомъ* имѣются сообщенія болѣе благопріятныя (*Zweifel*). Наркозъ наступаетъ быстро. На потужную дѣятельность и на брюшную прессъ эта смѣсь будто бы не оказываетъ почти никакого вліянія. Впрочемъ, *Schroeder* наблюдалъ при этомъ наркозѣ непріятныя состоянія возбужденія. Примѣненіе этого наркоза очень хлопотливо и обходится *довольно дорого*, вслѣдствіе чего онъ и не вошелъ въ общее употребленіе.

Хлораль, *морфій* и *опій* не пригодны для достиженія общей анестезіи, но имѣютъ извѣстную цѣнность для регулированія потужной дѣятельности (см.

¹⁾ *Hensen*, Arch. f. Gynäk. Bd. 55.

²⁾ Arch. f. exper. Path. u. Pharmak. Bd. 10.

гл. о слабости потугъ). Для мѣстной анестезіи пробовали примѣнять кокаинъ въ формѣ смазываній или влагалитчныхъ шариковъ (*Winckel* ¹⁾), но въ практику это не вошло.

IX. Первыя жизненныя функціи новорожденнаго ребенка.

Важнѣйшее проявленіе жизни только-что родившагося ребенка заключается въ наступленіи *легочнаго дыханія*. За первымъ дыхательнымъ движеніемъ, наступающимъ часто уже непосредственно послѣ рожденія головки, появляются съ большими или меньшими перерывами дальнѣйшія вдыханія, пока ребенокъ, обыкновенно тотчасъ послѣ изгнанія тудовища, не испуститъ сильнаго крика, послѣ чего дыханіе мало по малу достигаетъ полнаго своего развитія. Въ то же время открываются глаза и производятся энергическія движенія конечностями. Нижнія конечности то выпрямляются, то сгибаются, верхнія приподнимаются, ручныя кисти то открываются, то опять крѣпко сжимаются въ кулакъ. Синеватый цвѣтъ кожи мало по малу уступаетъ мѣсто розовой окраскѣ. Нерѣдко ребенокъ въ это время испускаетъ мочу. Дыханіе—преимущественно ребернаго типа. Подниманіе грудной клѣтки начинается съ верхнихъ ея частей и подвигается отсюда внизъ ²⁾).

Глубина дыхательныхъ движеній въ первые часы жизни еще мала, но затѣмъ съ перваго дня на второй она значительно увеличивается. Поэтому невѣроятно, чтобы первыя дыхательныя движенія уже производили полное развертываніе легочныхъ пузырьковъ. Частота дыханія въ первые дни жизни составляетъ среднимъ числомъ 50 въ минуту ³⁾).

Причину перваго вдыханія, какъ это уже объяснено въ физиологіи плода, слѣдуетъ *исключительно* искать въ повышеніи *венозности крови плода*, которое обуславливается процессомъ рожденія. При изгнаніи плода отслаивается, благодаря уменьшенію матки, значительная часть плаценты, вслѣдствіе чего нарушается обмѣнъ газовъ между матерью и ребенкомъ и наступаетъ внезапный недостатокъ въ кислородѣ. Но многія дѣти вдыхаютъ уже въ послѣдніе моменты родовъ, незадолго передъ прорѣзываніемъ головки или во время ея прорѣзыванія. Въ этомъ случаѣ сильныя потуги уже вызываютъ разстройства кровообращенія въ плацентѣ.

Приведенный однажды въ состояніе возбужденія повышенной венозностью крови, дыхательный центръ послѣ изгнанія плода начинаетъ энергичнѣе работать подъ вліяніемъ присоединяющихся *раздраженій кожи*, производимыхъ въ особенности холоднымъ воздухомъ и испареніемъ околоплодной жидкости. Сильныя *движенія* конечностей жизнеспособно родившагося ребенка, раскрытіе глазъ и особенно *первый крикъ*, сопутствующій вдыханіямъ послѣ первыхъ глубокихъ вдыханій и обыкновенно лишь послѣ рожденія грудной клѣтки, представляютъ собою двигательныя проявленія въ отвѣтъ на сильное возбужденіе кожныхъ нервовъ, т. е. часто *рефлекторныя акты*. Нѣтъ сомнѣнія, что, благодаря

¹⁾ *Juhl*, Ueber die Wirkung des Cocain auf den Wehenschmerz. Dissertation. München 1887.

²⁾ *Eckerlein*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 19.

³⁾ *Dohrn*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 32.

очень сильному возбужденію кожныхъ нервовъ, появленіе ребенка на свѣтъ соединено съ сильнымъ чувствомъ непріятнаго, а можетъ быть даже съ сильнымъ ощущеніемъ боли.

Какъ только новорожденный ребенокъ сдѣлалъ первыя дыхательныя движенія, *начинаетъ преобразовываться зародышевая система кровообращенія, а именно развивается система малаго круга.* Пуповина и плацента выключаются изъ кровообращенія.

Съ первымъ дыхательнымъ движеніемъ расширяется грудная клѣтка, и вслѣдствіе этого въ развернутые легочныя пузырьки проникаетъ воздухъ, а изъ праваго желудочка устремляется обильное количество крови въ расширенныя сосудистыя пути легкихъ. Кровь, возвращающаяся изъ легкихъ чрезъ легочныя вены, наполняетъ теперь лѣвое предсердіе сильнѣе прежняго. Болѣе сильное наполненіе кровью оттѣсняетъ клапанъ овальнаго отверстія по направленію къ перегородкѣ предсердій: такъ что сообщеніе между правымъ и лѣвымъ предсердіями прекращается. Слѣдовательно, легочное дыханіе и развитіе системы малаго круга идутъ рука объ руку.

Количество крови въ Боталловомъ протокѣ уменьшается, благодаря тому, что кровь въ большемъ количествѣ приливаетъ къ легкимъ. Боталловъ протокъ сокращается и суживается.

Вслѣдствіе пониженія кровяного давленія въ правомъ сердцѣ и въ легочной артеріи и повышенія его въ лѣвомъ сердцѣ и въ аортѣ, механически сжимается аортное устье Боталлова протока ¹⁾, чему благоприятствуетъ остроугольное впаденіе этого послѣдняго къ аортѣ у зрѣлыхъ дѣтей (*Strassmann*). Впослѣдствіи Боталловъ протокъ облитерируется путемъ разрошенія соединительной ткани, исходящаго отъ его внутренней оболочки.

Вслѣдствіе *очень сильнаго развертыванія легкихъ* всѣ кровеносныя сосуды, помѣщающіеся внутри грудной полости, наполняются сильнѣе прежняго. Кровяное давленіе всего болѣе падаетъ въ легочной артеріи, затѣмъ въ нисходящей аортѣ и ея конечныхъ вѣтвяхъ, т. е. пупочныхъ артеріяхъ ²⁾. Этимъ паденіемъ кровяного давленія объясняется ослабленіе пульсаціи въ пуповинѣ, наступающее послѣ того какъ началось легочное дыханіе. Съ пониженіемъ кровяного давленія въ пупочныхъ артеріяхъ, сильно развитой въ нихъ мышечный слой энергично сокращается и суживаетъ ихъ просвѣтъ почти до полнаго закрытія. Кровь пупочной вены присасывается по направленію къ грудной полости и самая вена спадается, такъ что черезъ нѣсколько минутъ послѣ появленія перваго дыхательнаго движенія вся пуповина оказывается почти совершенно безкровной. Этотъ механизмъ дѣлаетъ сразу понятнымъ то, что при пере-

¹⁾ *P. Strassmann*. Arch. f. Gynäk. B. 45. — *Haberda*, Die fötalen Kreislaufwege des Neugeborenen etc. Wien 1896. — *Roeder*, Archiv f. Kinderheilk. Bd. 30. — *Scharfe* (Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 3), возражающій противъ мнѣнія *Strassmann*'а.

²⁾ *B. S. Schultze*, Der Scheintod Neugeborener 1871.

рѣзкѣ пуповины черезъ нѣсколько минутъ послѣ рожденія младенца вытекаетъ изъ нея очень мало крови или даже не вытекаетъ ничего, если только дыханіе происходитъ съ достаточной силой. Наоборотъ, если дыханіе совсѣмъ отсутствуетъ, или если оно происходитъ несовершенно, то пуповина остается переполнена кровью попрежнему, и перерѣзка ея безъ послѣдующей перевязки повлекла бы за собою смерть ребенка отъ истеченія кровью. Понятно и то, что пуповина дѣтей, рожденныхъ въ состояніи глубокой асфиксіи, почти совершенно не пульсируетъ и содержитъ мало крови. Дѣло именно въ томъ, что асфиксія вызываетъ у утробнаго младенца преждевременныя дыхательныя движенія, вслѣдствіе которыхъ сосудистое русло легкихъ развертывается точно такъ же, какъ при вѣтробномъ дыханіи, и кровь пупочнаго канатика присасывается по направленію къ грудной полости.

Относительно причины отсутствія крови въ пуповинѣ послѣ рожденія младенца существуетъ разногласіе. Противъ мнѣнія *Schultze*, будто бы давленіе въ аортѣ падаетъ при первомъ вдыханіи, высказались *Cohnstein* и *Zuntz* ¹⁾ на основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій. Несомнѣнно, во всякомъ случаѣ, что сильное сокращеніе мышечнаго слоя артерій играетъ въ этомъ исчезаніи крови изъ пуповины главную роль. Но необходимость легочнаго дыханія доказывается тѣмъ, что пуповина остается наполнена кровью и продолжаетъ пульсировать, если дыханіе совсѣмъ не наступило, или если оно развилось въ несовершенной степени.

Изъ предыдущаго изложенія видно, что младенецъ послѣ рожденія всасываетъ въ свое тѣло, благодаря развертыванію легкихъ, часть крови (запасную кровь), находящейся въ пуповинѣ и плацентѣ, если только пуповина не была перевязана тотчасъ послѣ его рожденія. И дѣйствительно, содержаніе крови въ плацентѣ при поздней перерѣзкѣ пуповины оказывалось меньшимъ, чѣмъ при немедленной перевязкѣ. Кромѣ того, взвѣшиванія новорожденныхъ дѣлаютъ вѣроятнымъ, что при поздней перерѣзкѣ пуповины дѣти развиваются въ среднемъ выводѣ лучше, чѣмъ при ранней перевязкѣ. Поэтому, конечно, пѣлесообразно выжидать съ перевязкой до тѣхъ поръ, пока пупочная вена не спадется и пульсація артерій совершенно или почти не прекратятся. Однако, польза отъ болѣе поздней перерѣзки пуповины часто преувеличивается ²⁾. Если новорожденный ребенокъ не дышетъ, если онъ находится въ состояніи мнимой смерти, то, конечно, поздняя перерѣзка пуповины не имѣетъ никакого смысла, а, наоборотъ, перерѣзка должна быть произведена немедленно, съ тою цѣлью, чтобы можно было приступить къ попыткамъ оживленія младенца. Насколько переходу запасной крови въ организмъ плода содѣйствуетъ еще давленіе, производимое стѣнкой матки на послѣдъ, еще окончательно не выяснено. Совершенно оспаривать подобное содѣйствіе невозможно. Литература у *Kostlin*'а, *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 39.

Откладывать перерѣзку пуповины до рожденія плаценты не слѣдуетъ, такъ какъ ребенокъ въ этомъ случаѣ получилъ бы больше крови, чѣмъ это необходимо для его организма, а именно онъ получилъ бы и ту кровь, которая служила для питанія пуповины и плаценты, слѣдовательно—двухъ органовъ, которые послѣ рожденія младенца выключаются изъ процесса питанія.

Частота сердечныхъ сокращеній непосредственно послѣ рожденія мла-

¹⁾ *Pflüger's Arch.* Bd. 34.

²⁾ *E. Schiff, Jahrb. f. Kinderheilk.* Bd. 34.

денца нѣсколько уменьшена, но затѣмъ она быстро опять поднимается до 120—136. При всякомъ движеніи, а особенно при крикѣ, она увеличивается. Температура послѣ рожденія младенца падаетъ довольно сильно, даже на 2° Ц. въ прямой кишкѣ. Ванна, которую всегда дѣлають новорожденному ребенку, значительно вліяетъ на это паденіе температуры. Послѣ того какъ новорожденнаго одѣли и онъ успѣлъ согрѣться, температура его тѣла мало по малу поднимается, такъ что примѣрно черезъ 36 часовъ она достигаетъ обыкновенно 37° Ц. ¹⁾).

Х. Первые заботы о новорожденномъ ребенкѣ.

Послѣ того какъ перерѣзана пуповина, новорожденному дѣлають первую ванну въ 28° Р., въ которой очищаютъ его тѣло отъ приставшей крови и слизи. Глаза не должны приходить въ соприкосновеніе съ водою ванны, а, напротивъ того, должны быть вытерты отдѣльно при помощи тонкихъ тряпочекъ, погруженныхъ предварительно въ чистую прохладную воду. Сыровидная смазка, которая часто держится на кожѣ очень крѣпко и въ большомъ количествѣ, устраняется втираніемъ деревяннаго масла.

Послѣ ванны тщательно обсушиваютъ ребенка согрѣтымъ полотенцемъ и затѣмъ тщательно осматриваютъ его, чтобы удостовѣриться насчетъ степени его зрѣлости и физическаго развитія, а также насчетъ того, нѣтъ-ли у него какихъ нибудь врожденныхъ аномалій (заячья губа, atresia ani, hydrocele и т. д.). Послѣ этого производится окончательная перевязка пуповины. Открываютъ запасную петлю лигатуры, крѣпко затягиваютъ узелъ еще разъ и накладываютъ поверхъ него второй узелъ. Наступающая мало по малу вялость пуповины, равно какъ и тотъ фактъ, что послѣ согрѣванія младенца въ его постелькѣ иногда опять начинаетъ сочиться кровь изъ пупочнаго канатика, дѣлають эту мѣру предосторожности необходимою, особенно у недоношеннаго младенца.

Затѣмъ отрѣзанная пуповина завертывается въ стерилизованную (вываренную) чистую полотняную тряпочку или въ марлевый компрессъ, запрокидывается вверхъ на животъ младенца и фиксируется бинтомъ приблизительно въ 4 пальца шириною, обернутымъ вокругъ живота. Одежда ребенка состоитъ изъ рубашки, кофточки и шерстяного платка, который долженъ свободно облегать нижнюю половину тѣла. Между половыми частями и заднепроходною областью кладется треугольно сложенная пеленка. Затѣмъ укладываютъ новорожденнаго въ его постельку, которая должна быть предварительно согрѣта для того, чтобы по возможности скорѣе компенсировать значительную потерю тепла, которой онъ подвергся. Въ большинствѣ случаевъ ребенокъ теперь засыпаетъ на нѣсколько часовъ.

Недоношенныхъ или вообще слабыхъ дѣтей полезно укладывать вмѣстѣ съ постелью въ такъ наз. *согрѣвательную ванночку*. Последняя состоитъ изъ продолговатаго сосуда съ двойными стѣнками, между которыми

¹⁾ Feis, Arch. f. Gynäk. Bd. 43.

наливается горячая вода, такъ что температура внутри ванночки, въ которую положенъ ребенокъ вмѣстѣ съ его постелью, можетъ быть поддерживаема на высотѣ 30—35° Р. Результаты, достигавшіеся при помощи согрѣвательной ванночки въ смыслѣ сохраненія жизни недоношенныхъ дѣтей и успѣшности ихъ физическаго развитія, оказываются превосходными.

Этотъ простой и превосходный аппаратъ дѣлаетъ излишними всѣ другіе частью очень сложные и дорогіе согрѣвательные приборы.

Для перевязки пуповины въ послѣднее время часто рекомендуютъ вату. Но матеріалъ этотъ неизбѣжнымъ образомъ промокаетъ насквозь и поэтому прилипаетъ къ пупочному канатику; при перемѣнѣ повязки вата тогда отдѣляется съ трудомъ и при этомъ пуповина подвергается значительнымъ insultамъ. Мы предпочитаемъ стерилизованную пупочную тряпочку. Всѣ многочисленныя и отчасти сложныя повязки пуповины, которыя предлагались въ новѣйшее время, совершенно излишни. Асептическая повязка изъ полотнянаго или марлеваго лоскутка удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ. Если существуетъ подозрѣніе на инфекцію, то вмѣсто простой повязки слѣдуетъ посыпать пуповину порошкомъ изъ салициловой кислоты и крахмала (1 : 5) или іодоформомъ и затѣмъ перевязывать ватой.

Если во время беременности или во время родовъ существовало обильное слизистое или гнойное истеченіе изъ половыхъ путей женщины, то младенцу грозитъ опасность приобрести путемъ зараженія бленнорройное воспаленіе глазъ, такъ какъ большинство подобныхъ истеченій основано на трипперѣ. Въ такихъ случаяхъ не только необходимо производить во время родовъ обильныя промыванія влагалища, но, кромѣ того, глаза младенца непосредственно послѣ его рожденія должны быть сдѣланы предметомъ профилактическаго леченія. *Надежнымъ профилактическимъ средствомъ противъ бленнорреи новорожденныхъ* оказался способъ *Credé*¹⁾. Послѣ того, какъ ребенка выкупали и вычистили глазки, какъ сказано было выше, каждый глазъ открываютъ двумя пальцами, приближаютъ къ самой роговицѣ стеклянную палочку съ висящей небольшой капелькой 2% раствора *argenti nitrici* и опускаютъ ее. Стеклянная палочка должна имѣть въ толщину 3 мм.; края ея должны быть гладки и закруглены. Отъ момента рожденія ребенка до опусканія капли должно пройти не болѣе полчаса.

Въ особенности у недоношенныхъ дѣтей, рѣже у доношенныхъ, впусканіе азотнокислаго серебра по способу *Credé* иногда вызываетъ состояніе раздраженія соединительной оболочки глазъ; раздраженіе это всегда бываетъ, если въ глазъ было впущено нѣсколько капель раствора или одна слишкомъ большая, или если растворъ былъ загрязненъ. Необходимо употреблять возможно болѣе свѣжіе растворы. При болѣе продолжительномъ стояніи растворъ становится мутнымъ даже въ темной стѣлянкѣ. Въ тѣхъ родильныхъ домахъ, въ которыхъ впусканіе раствора азотнокислаго серебра примѣнялось у *всѣхъ* новорожденныхъ дѣтей безъ исключенія, почти совершенно исчезло бленнорройное воспаленіе глазъ, отъ котораго раньше нельзя было избавиться. Въ частной практикѣ впускать въ глаза растворъ азотнокислаго серебра слѣдуетъ только при обильномъ отдѣ-

1) *Credé*, Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen. 1884.—Изъ новѣйшей литературы см.: *Köstlin*, Arch. f. Gynäk. Bd. 50 и *H. Cohn*, über Verbreitung u. Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen. 1896.—*Schallehn*, Arch. f. Gynäk. Bd. 54.

леніи изъ половыхъ путей или при основательномъ подозрѣніи насчетъ триппера. Другія профилактическія средства, испытывавшіяся и рекомендованныя многими авторами, до сихъ поръ еще по вѣрности своего дѣйствія уступаютъ способу *Credé*.

Въ послѣднее время во многихъ родильныхъ домахъ ограничиваются единственно очищеніемъ вѣкъ чистою или дистиллированную водою при помощи маленькихъ ватныхъ шариковъ непосредственно за рожденіемъ головки и передъ раскрытіемъ глазъ. При тщательномъ выполненіи способъ этотъ даетъ довольно хорошіе результаты ¹⁾, но уступаетъ по своей дѣйствительности *Credé*евскому способу. Само собою разумѣется, что способъ *Credé* не дѣйствителенъ въ рѣдкихъ случаяхъ гоннорройнаго заболѣванія глазъ имѣвшего мѣсто уже въ теченіи утробной жизни. Кромѣ того, не слѣдуетъ надѣяться на благоприятный результатъ въ случаѣ, когда опусканіе капли произведено спустя нѣсколько часто послѣ рожденія ребенка. Въ Геттингенской клиникѣ *Credé*евскій способъ применяется уже болѣе десятилѣтія; результаты превосходные. Въ послѣднее время употребляемъ мы 1% -ный растворъ азотнокислаго серебра. Явленій раздраженія при этомъ не бываетъ. Среди 600 дѣтей, пользовавшихся 1% -нымъ растворомъ, не было ни одного случая бленнорреи.

XI. Многоплодные роды.

1. *Роды двойнями*. Послѣ рожденія перваго младенца, которое происходитъ вообще такъ же, какъ при одиночномъ плодѣ, образуется второй плодный пузырь, а затѣмъ спустя короткое время рождается второй младенецъ. Лишь послѣ этого изгоняется плацента обоихъ плодовъ. Въ рѣдкихъ лишь случаяхъ, при двухъ раздѣльныхъ послѣдахъ, плацента перваго младенца изгоняется до рожденія втораго младенца.

Промежутокъ времени между рожденіемъ перваго младенца и рожденіемъ втораго не великъ. Обыкновенно онъ равняется 15—30 минутамъ, но въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ протянуться до 12—26 часовъ.

Положенія обоихъ плодовъ бываютъ очень различны ²⁾. Лишь въ половинѣ приблизительно всѣхъ случаевъ оба младенца рождаются въ головномъ положеніи. Очень часто первый младенецъ рождается въ головномъ положеніи, а второй въ тазовомъ. Кромѣ того, здѣсь встрѣчаются всевозможныя варіаціи. Тазовыя положенія и послѣ нихъ поперечныя наблюдаются относительно часто, въ особенности при рожденіи втораго младенца. Наконецъ, оба младенца могутъ находиться въ поперечномъ положеніи. Среди головныхъ положеній передне-головныя встрѣчаются нерѣдко.

Продолжительность родовъ при двойняхъ оказывается въ среднемъ выводѣ не большею, чѣмъ при одиночномъ плодѣ; но періодъ раскрытія тянется въ большинствѣ случаевъ необыкновенно долго, такъ какъ вслѣдствіе сильнаго растяженія матки первичная слабость потугъ составляетъ здѣсь почти правило. Послѣ рожденія втораго младенца часто наблюда-

¹⁾ *Kaltenbach*, Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. zu München. 1886. *Korn*, Arch. f. Gynäk. Bd. 31. *Nebel*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 14.

²⁾ *Reuss*, Arch. f. Gynäk. Bd. 4.—*Frommel*, Jahresber. f. Geburtsh. u. Gynäk. für 1890, стр. 66.

ются кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ, опять-таки по причинѣ слабости потугъ (атоническое послѣдовательное кровотеченіе).

Распознаваніе родовъ двойнями основывается на тѣхъ симптомахъ и результатахъ изслѣдованія, которые уже приведены при описаніи беременности двойнями. Но, благодаря существующимъ потугамъ, изслѣдованіе оказывается теперь болѣе затруднительнымъ. Диагнозъ остается не вполне яснымъ еще чаще, чѣмъ во время беременности. Вообще здѣсь слѣдуетъ остерегаться поспѣшной постановки распознаванія.

Наоборотъ, послѣ рожденія перваго младенца присутствіе втораго тотчасъ можетъ быть узвано по относительно большому объему матки, прощупываемымъ частямъ плода и выслушиваемымъ сердечнымъ тонамъ, а при внутреннемъ изслѣдованіи—по присутствію плоднаго пузыря или предлежащей части.

Предсказаніе при родахъ двойнями для матери менѣе, для обоихъ близнецовъ болѣе неблагоприятно, чѣмъ при одноплодныхъ родахъ. Это очень просто объясняется тѣмъ, что здѣсь сравнительно чаще бывають ненормальныя положенія младенца, требующія оперативнаго пособія. Кромѣ того, по отношенію къ близнецамъ здѣсь имѣетъ значеніе увеличенная смертность ихъ, зависящая отъ того, что въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о недостаточно развитыхъ или недоношенныхъ дѣтяхъ, а по отношенію къ матери—опасность атоническаго кровотеченія.

Терапія. При прорѣзываніи перваго младенца необходимо зацѣпиться терпѣніемъ относительно первичной слабости потугъ и остерегаться всякаго выѣшательства, не основаннаго на строгихъ показаніяхъ. Послѣ рожденія перваго младенца необходимо тщательно перевязать плацентарный конецъ пуповины, такъ какъ при двойняхъ, образовавшихся изъ одного яйца, второй младенецъ можетъ источить кровью изъ пуповины перваго.

Съ особенною тщательностью необходимо теперь *слѣдить за сердечными тонами втораго младенца*. Благодаря уменьшенію матки, нерѣдко отслаивается часть плацентарной области втораго плода, такъ что онъ быстро впадаетъ въ состояніе асфиксіи. Обыкновенно при этомъ появляется болѣе сильное выдѣленіе крови. Если сердечные тоны представляютъ какія-нибудь неправильности, то нужно тотчасъ окончить роды. Всѣ оперативныя пособія при второмъ младенцѣ выполняются легко и просто, благодаря тому, что родовые пути уже сильно растянуты. Если въ подобномъ случаѣ имѣется продольное положеніе, то нужно разорвать плодный пузырь и произвести *выжиманіе плода*, что удается сдѣлать въ большинствѣ случаевъ быстро и благополучно.

При поперечныхъ положеніяхъ необходимо произвести наружный или комбинированный поворотъ и затѣмъ выжиманіе плода. Если выжиманіе осталось безъ успѣха, или если при разрывѣ плоднаго пузыря выпала пуповина, то нужно произвести извлеченіе младенца.

Послѣ рожденія втораго младенца необходимо тщательно слѣдить за маткой и при расслабленіи ея вызвать сокращенія посредствомъ круго-

образныхъ растираній. Но и послѣ изгнанія обѣихъ плацентъ все-таки еще нужно слѣдить за маткой въ теченіе довольно долгаго времени.

Роженицѣ полезно дать послѣ рожденія второго младенца большою приѣмъ спорыньи, который въ большинствѣ случаевъ успѣшно предотвращаетъ атонію матки.

Если новорожденные близнецы слабо развиты, то нужно позаботиться о достаточномъ согрѣваніи ихъ послѣ рожденія. Они заворачиваются въ вату, накрываются потеплѣе и въ ихъ кроватку кладется нѣсколько грѣлокъ, или же ихъ укладываютъ въ такъ назыв. согрѣвательную ванночку.

2. При родахъ *третья*, *четырьмя* или *пятью* плодами теченіе родового акта, осложненіе его и положенія младенца будутъ тѣ же самыя, что и при двойняхъ. Но діагнозъ оказывается здѣсь еще болѣе труднымъ, а предсказаніе, въ особенности для дѣтей, обыкновенно бываетъ еще болѣе неблагоприятнымъ.

Если послѣ рожденія перваго младенца прошелъ цѣлый часъ, а потуги все-таки не появляются, то роды должны быть ускорены въ интересахъ второго младенца, жизнь котораго можетъ легко подвергнуться опасности вслѣдствіе отслойки его плаценты. Для ускоренія родовъ разрываютъ плодный пузырь и примѣняютъ способъ выжиманія.

Къ числу неблагоприятныхъ, но довольно рѣдкихъ событій принадлежитъ *одновременное* вступленіе обоихъ плодовъ въ тазъ. Напр., при черепныхъ положеніяхъ могутъ одновременно вступить въ него обѣ головки. Вторая головка лежитъ тогда въ шейной выемкѣ перваго младенца. Сначала извлекаютъ нижестоящую головку щипцами, а затѣмъ вышестоящую. Извлеченіе необходимо и въ томъ случаѣ, когда оба младенца вступаютъ въ тазовомъ положеніи и когда рядомъ съ послѣдующей головкой перваго младенца лежатъ въ тазу еще грудь и головка второго. Въ этомъ случаѣ мы стараемся отодвинуть второго младенца назадъ и извлекаемъ первую головку. Въ другихъ случаяхъ первый младенецъ оказывается родившимся до шеи въ тазовомъ положеніи, тогда какъ головка второго младенца вступила въ тазъ въ черепномъ положеніи и помѣщается въ шейной выемкѣ перваго. Въ большинствѣ случаевъ первый младенецъ быстро умираетъ. Сначала извлекаютъ вторую головку щипцами и затѣмъ первую руками. Если первый младенецъ мертвъ, то въ такомъ случаѣ нѣкоторые рекомендуютъ декапитацію его съ тою цѣлю, чтобы можно было спасти щипцами второго младенца [*Küstner* ¹⁾]. Иногда также можетъ потребоваться перфорация перваго или второго младенца.

При общей для обоихъ плодовъ водной оболочкѣ можетъ наступить рѣдко наблюдаемое сплетеніе обѣихъ пуповинъ, такъ что разстраивается кровообращеніе и можетъ послѣдовать смерть одного или обоихъ плодовъ [извѣстно 16 случаевъ ²⁾].

ХІІ. Роды въ лицевомъ положеніи.

Этіологія. При лицевомъ положеніи измѣнено нормальное членорасположеніе плода: подбородокъ удаленъ отъ груди, затылокъ запрокинутъ назадъ. При этомъ грудь выпячена впередъ, а спинка находится въ положеніи гиперэкстензіи.

¹⁾ *P. Müller*, Handbuch der Geburtshülfe. Bd. 2. 1889.

²⁾ *A. Herrmann*, Arch. f. Gynäk. Bd. 40.—*Geisler*, Fall von Verschlingung etc. Dissertation. Halle 1898.

Причина этой ненормальной позиціи головки ¹⁾ далеко не всегда бываетъ ясна. Для большинства случаевъ допускаютъ, что съ началомъ потугъ затылокъ задерживается въ какомъ нибудь мѣстѣ таза, напр. въ области безымянной линии, а вслѣдствіе этого лицо проталкивается внизъ. Дѣйствительно, лицевое положеніе почти всегда, за рѣдкими лишь исключеніями, образуется только въ началѣ или дальнѣйшемъ теченіи родовъ.

Причины, которыми объясняютъ отставаніе затылка, очень разнообразны: средней степени суженіе таза, которое, въ самомъ дѣлѣ, относительно часто сопутствуется лицевымъ положеніемъ плода, затѣмъ опухоли тазовыхъ органовъ, сильное наклоненіе матки въ сторону, слишкомъ большой

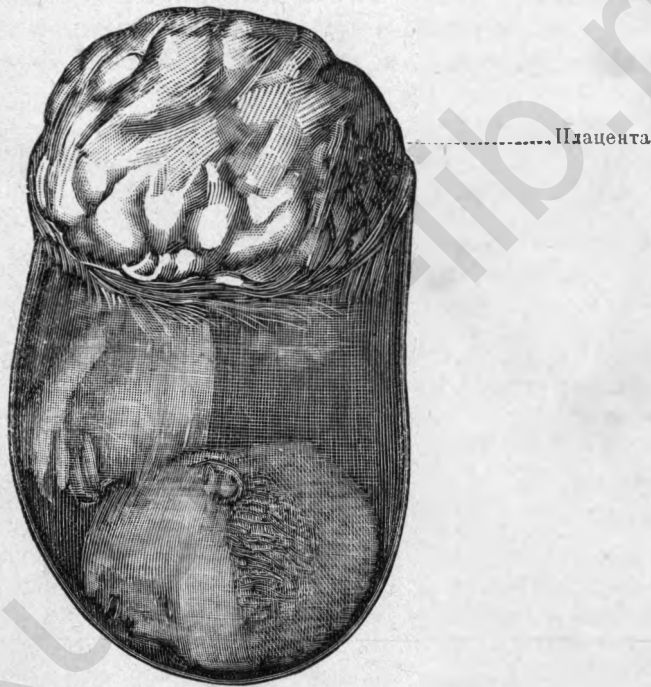


Рис. 42. Лицевое положеніе при цѣлости оболочекъ. 10-мѣсячное яйцо родилось цѣликомъ послѣ произведенной оваріотоміи.

вѣсъ плода по сравненію съ длиною его тѣла [*Hoffheinz* ²⁾], выпаденіе ручки рядомъ съ головкой, перемѣщеніе ручки назадъ по направленію къ спинкѣ (*Hoffheinz*), гемицефалія плода.

Врожденная долихоцефалія, которую *Hecker* считалъ самою частою причиною лицевого положенія, также можетъ быть признана только предрасполагающимъ моментомъ. Однако, необходимо напомнить о томъ, что долихоцефалія тотчасъ послѣ рожденія встрѣчается у всѣхъ дѣтей, родившихся въ лицевомъ положеніи. Но эта продолговатая форма головки

¹⁾ *Ahlfeld*, Arch. f. Gynäk. Bd. 16.

²⁾ *Dissertation*, Königsberg. 1885—v. *Steinbüchel*, Ueber Gesichts- u. Stirnlagen. Wien 1894.

при лицевомъ положеніи, какъ и измѣненіе формы головки у дѣтей, родившихся въ черепномъ положеніи, образуется вслѣдствіе самаго механизма родовъ, такъ какъ она черезъ нѣсколько дней исчезаетъ. Лишь въ томъ случаѣ, когда долихоцефалія остается и на будущее время, мы имѣемъ право признать ее этиологическимъ моментомъ лицевого положенія ¹⁾).

Прирожденный зобъ тоже считался однимъ изъ этиологическихъ моментовъ лицевого положенія; однако, и здѣсь требуется нѣкоторая осторожность, потому что набуханіе щитовидной железы при лицевомъ положеніи можетъ быть также вызвано родовымъ актомъ и, подобно долихоцефаліи, исчезаетъ послѣ рожденія младенца. Наконецъ, имѣются наблюденія, свидѣтельствующія, что дѣти съ прирожденнымъ зобомъ могутъ родиться и въ черепномъ положеніи (*Küstner*).



Рис. 43. Второе лицевое положеніе.

Рис. 44. Первое лицевое положеніе.

По *B. S. Schultze*.

На обоихъ рисункахъ лицевыя предлежанія представлены въ моментъ возникновенія. Подбородокъ опускается ниже линии при вступленіи головки въ тазъ.

Winckel ²⁾ справедливо замѣчаетъ, что причиною лицевого положенія обыкновенно бываетъ не одна, а нѣсколько аномалій вмѣстѣ.

Распознаваніе. При наружномъ изслѣдованіи характеристичны слѣдующія два обстоятельства:

1. Мѣсто, въ которомъ всего яснѣ слышны сердечные тоны, лежитъ обыкновенно на той же сторонѣ, гдѣ прощупываются мелкія части.

2. Запрокинутый затылокъ ясно прощупывается снаружи на той же сторонѣ, гдѣ находится спинка младенца; онъ прощупывается именно

¹⁾ См. *Jellinghaus*, Arch. f. Gynäk. Bd. 51.

²⁾ *Lehrbuch der Geburtshülfe*. 1893.

надъ горизонтальною вѣтвью лобковой кости и представляется въ видѣ выпуклой *твердой опухоли*, которая ясно выдѣляется отъ спинки бо-роздку, соответствующую задней области шеи.

Вслѣдствіе этого чрезмѣрнаго разгибанія тѣла плода, спинка его удалена отъ передней брюшной стѣнки матери и грудь оттѣснена въ противоположную сторону кпереди, чѣмъ и объясняется то, что сердечные тоны всего яснѣ слышны на брюшной сторонѣ плода. Если грудь сильно притиснута къ передней стѣнкѣ матки, то иногда удается даже прослушать сердцебиеніе младенца (*Fischel*).

Различаютъ два вида лицевого положенія:

При *первомъ* лицевомъ положеніи затылокъ прослушивается надъ лѣвою переднею стѣнкою таза, мелкія части—на правой сторонѣ, а сердечные тоны слышны обыкновенно тоже справа. При *второмъ* лицевомъ положеніи результаты изслѣдованія будутъ обратные.

Внутреннее изслѣдованіе. Предлежащая часть представляется *болѣе плоскою* и покрыта отдѣльными неровностями. При вяломъ или уже разорвавшемся плодномъ пузырьѣ *ротъ* младенца прослушивается въ видѣ поперечнаго или, при большой родовой опухоли, приблизительно круглago отверстія. Ощупываніе челюстей и языка предохраняетъ отъ ошибочнаго смѣшиванія рта съ заднимъ проходомъ. *Носъ* можетъ быть узнавъ по твердой носовой спинкѣ и обѣмъ ноздрямъ, а подбородокъ—по его приблизительно подковообразной формѣ. При внутреннемъ изслѣдованіи необходимо избѣгать прикосновенія къ области глазъ, верхніе края которой легко могутъ быть узнавы по твердымъ дугообразнымъ *margines supraorbitales*.

При первомъ лицевомъ положеніи подбородокъ обращенъ вправо, при второмъ—влѣво.

Теченіе. Подбородокъ соответствуетъ малому родничку при черепныхъ положеніяхъ, а лицевая линія (идущая отъ большого родничка вдоль лобнаго шва чрезъ спинку носа къ подбородку)—стрѣловидному шву. Лицевая линія, подобно стрѣловидному шву при черепныхъ положеніяхъ, стоитъ обыкновенно въ тазовомъ входѣ поперекъ, къ полости таза косвенно, а въ тазовомъ выходѣ прямо спереди назадъ. Подбородокъ, подобно малому родничку при черепныхъ положеніяхъ, опускается книзу и поворачивается впередъ, такъ что въ тазовомъ выходѣ онъ стоитъ подъ лонной дугой, а лобъ—у хвостцовой кости.

Однако, при этомъ необходимо замѣтить, что сначала въ тазовомъ входѣ довольно часто оказывается *опущеннымъ книзу и повернутымъ кпереди лобъ вмѣсто подбородка* (см. рис. 44). Но эта позиція головки обыкновенно измѣняется въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ—иногда, правда, лишь въ тазовомъ выходѣ—такимъ образомъ, что подбородокъ въ концѣ концовъ все-таки опускается внизъ и поворачивается впередъ. Если этотъ поворотъ не наступилъ, то возникаетъ важное затрудненіе для родового акта.

При прорѣзываніи появляется въ половой расщелинѣ прежде всего уголь рта предлежащей половины лица. Затѣмъ прорѣзывается подбородокъ изъ-подъ лонной дуги. Шея упирается въ лонное сочлененіе, и надъ промежностью прорѣзывается сначала лобъ, а затѣмъ затылокъ. Родившееся лицо обращено впередъ, а во время прорѣзыванія плечиковъ черезъ тазъ оно поворачивается къ соответствующему бедру матери, подобно тому, какъ при черепныхъ положеніяхъ.

Лицевая опухоль образуется у угла рта предлежащей стороны лица и распространяется отсюда на щеку и на область глаза. Сильное въ большинствѣ случаевъ припуханіе и темносиняя окраска инфильтрированныхъ частей могутъ чрезвычайно обезобразить младенца. Головка укорочена въ вертикальномъ размѣрѣ, тогда какъ прямой и большой косою размѣры удлинены, затылокъ сильно выдается впередъ, шея и щитовидная железа часто тоже оказываются припухшими. Младенецъ имѣетъ наклонность удерживать разогнутую позицію головки еще въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ рожденія. При сильномъ припуханіи губъ можетъ быть затруднено въ первые дни жизни сосаніе груди.

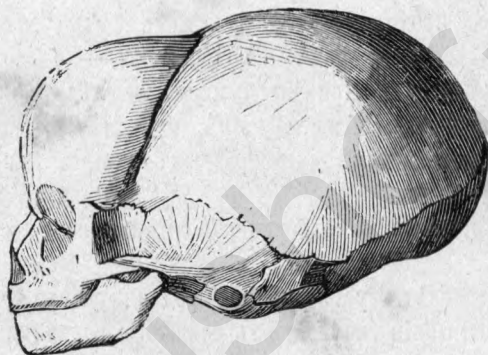


Рис. 45. Головка, родившаяся въ лицевомъ положеніи. Рѣзко выраженная долихоцефалія.



Рис. 46. Форма и членорасположеніе головки при лицевомъ положеніи.

Причины поворотовъ головки—тѣ же самыя, что и при черепномъ положеніи. Подбородокъ сидитъ на короткомъ плечѣ рычага, и, слѣдовательно, онъ долженъ опуститься внизъ. Поворотъ его кпереди объясняется такимъ же образомъ, какъ и соответствующій поворотъ малаго родничка при черепныхъ положеніяхъ.

Предсказаніе. Роды при лицевомъ положеніи протекаютъ обыкновенно безъ помощи искусства. Однако, предсказаніе для матери и въ особенности для младенца нѣсколько болѣе неблагоприятно, чѣмъ при черепныхъ положеніяхъ. Это обстоятельство обуславливается большею вообще продолжительностью родовъ, особенно въ періодѣ изгнанія. Относительно младенца нѣкоторую роль еще играетъ прижатіе шейныхъ сосудовъ пе-

реднею стѣнкою таза при очень большой продолжительности родовъ. Промежность подвергается нѣсколько большей опасности, чѣмъ при черепныхъ положеніяхъ.

Оперативныя пособія значительно ухудшаютъ предсказаніе, какъ для матери, такъ и для младенца.

Терапія. Лицевое положеніе само по себѣ не составляетъ показанія къ оперативному вмѣшательству и требуетъ вполнѣ выжидательной терапіи. Но, съ другой стороны, обязательно необходимо болѣе тщательное наблюденіе за ходомъ родовъ. Нужно именно слѣдить за поворачиваніемъ подбородка и наблюдать за состояніемъ матери (лихорадка) и младенца (сердечные тоны).

При цѣломъ еще пузырь и высокомъ стояніи лица можно попытаться превратить лицевое положеніе въ черепное, положивъ рожицу на бокъ. Эта попытка удается лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Но если лицо уже стоитъ плотно въ тазу, то рожица должна постоянно лежать на боку, соотвѣтствующемъ мѣстонахожденію подбородка, для того чтобы послѣдній могъ съ большою легкостью опуститься внизъ. Плодный пузырь нужно стараться сохранить по возможности долгое время спокойнымъ положеніемъ рожицы, избѣганіемъ всякаго сокращенія брюшного пресса и осторожностью при изслѣдованіи. Послѣ разрыва плоднаго пузыря внутреннее изслѣдованіе должно производиться съ большою осторожностью, для того чтобы не поранить припухшую нѣжную кожу лица и особенно глазъ. Поддерживаніе промежности должно производиться очень тщательно. Младенца, часто рождающагося необыкновенно обезображеннымъ, не слѣдуетъ тотчасъ показывать матери. Иногда приходится въ первые дни жизни кормить младенца съ ложки вслѣдствіе неспособности его сосать грудь.

Нѣкоторые акушеры ¹⁾ совѣтуютъ превращать лицевое положеніе при самомъ началѣ родовъ въ черепное посредствомъ наружныхъ или комбинированныхъ ручныхъ приѣмовъ. Такъ, напр., въ послѣднее время это особенно рекомендовалъ *Thorn* ²⁾, который, впрочемъ, прибѣгаетъ къ названной манипуляціи лишь въ томъ случаѣ, когда въ концѣ перваго или въ теченіе втораго періода родовъ наступаетъ замедленіе ихъ, «которое при большой продолжительности своей возбуждаетъ серьезныя опасенія насчетъ жизни плода». По *Thorn*'у, одна рука оператора должна повернуть головку изнутри такъ, чтобы затылокъ опустился внизъ, а другая рука, приложенная къ брюшнымъ покровамъ рожицы, отбѣиваетъ въ то же время грудь плода по направленію кнаружи и вверхъ, и затѣмъ ягодицы отодвигаются въ противоположную сторону. Такимъ путемъ устанавливается нормальное членорасположеніе плода, и при удовлетворительной потужной дѣятельности черепъ остается предлежащею частью младенца, чему стараются еще способствовать соотвѣстственнымъ положеніемъ рожицы, а въ случаѣ надобности также искусственнымъ разрывомъ плоднаго пузыря. Въ нашей клиникѣ эти ручныя приемы не практикуются, и мы придерживаемся того принципа, что лицевое положеніе должно быть предоставляемо силамъ природы. ()

¹⁾ *Schatz*, Arch. f. Gynäk. Bd. 5.

²⁾ *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 13 n. 31.—*Jungmann*, Arch. f. Gynäk. Bd. 51.

лицевомъ положеніи при плоскомъ тазѣ будетъ сказано ниже (см. теченіе и терапію родовъ при плоскомъ тазѣ).

Уклоненія отъ нормального механизма родовъ.

Если поворотъ подбородка кпереди не наступаетъ и *лобъ поворачивается совсѣмъ впередъ*, то роды возможны только при маломъ плодѣ и относительно широкомъ тазѣ. Эти случаи встрѣчаются очень рѣдко; иногда еще въ послѣдній моментъ все-таки наступаетъ поворотъ подбородка кпереди. Если состояніе матери непременно требуетъ окончанія родовъ, то должно поступать согласно тѣмъ правиламъ, которыя еще будутъ нами изложены въ ученіи объ операціяхъ (см. операцію наложенія шишковъ при лицевомъ положеніи).

Наоборотъ, если лобъ при лицевомъ положеніи опускается все ниже и ниже, а подбородокъ все болѣе отстаетъ, и если, наконецъ, младенець рождается съ *идуцимъ впередъ лбомъ*, то это называютъ *лобнымъ положеніемъ*. Въ большинствѣ случаевъ съ низкимъ стояніемъ лба все-таки еще въ концѣ ковриковъ образуется настоящее лицевое положеніе, причемъ подбородокъ опускается внизъ, или, нѣсколько рѣже, черепное положеніе, причемъ опускается затылокъ. Въ случаяхъ, въ которыхъ лобъ дѣйствительно остается идущею впередъ частью головки, лобный шовъ стоитъ сначала поперекъ, затѣмъ лобъ поворачивается кпереди, а затылокъ кзади. Затѣмъ верхняя челюсть упирается въ лонную дугу, и весь черепъ выкачивается надъ промежностью. Послѣ этого прорѣзываются спереди верхняя челюсть, ротъ и подбородокъ.



Рис. 47. Форма и членорасположеніе головки при лобномъ положеніи.

Родовая опухоль при лобномъ положеніи сидитъ на предлежащей половинѣ лба. Головка сплющена въ прямомъ размѣрѣ, удлинена въ подбородочно-лобномъ (высокій крутой лобъ) и маломъ косомъ размѣрѣ (треугольная форма головки).

Теченіе родовъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ трудное, особенно во время прорѣзыванія. Но такъ какъ лобное положеніе часто само собою переходитъ въ лицевое или черепное, то мы сначала избѣгаемъ всякаго вмѣшательства, за исключеніемъ лишь того случая, когда имѣется узкій тазъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ необходимо сдѣлать поворотъ на ножку, если только обстоятельства позволяютъ. Въ другихъ же случаяхъ можно попытаться превратить лобное положеніе въ черепное по способу *Thorn'a* (см. выше). Если головка уже стоитъ плотно въ тазу и приходится покинуть надежду на самопроизвольное или искусственное исправленіе ея положенія, то необходимо тщательно слѣдить за состояніемъ роженицы и, какъ только обнаружатся угрожающія явленія, немедленно окончить роды, при мертвомъ младенцѣ—посредствомъ перфорации, при

живомъ—посредствомъ шипцовъ, а если наложеніе ихъ не привело къ результату, то и при живомъ младенцѣ—посредствомъ перфораци.

Чрезвычайно рѣдко при лобныхъ положеніяхъ лицо поворачивается къзади и большой родничекъ оказывается за лоннымъ сочлененіемъ. Этотъ способъ прорѣзыванія головки еще болѣе затруднителенъ; но при малой величинѣ младенца онъ наблюдался несомнѣнно [*Rasch*¹⁾].

ХІІІ. Роды въ тазовыхъ положеніяхъ.

Смотря по подлежащей части, тазовыя положенія дѣлятся на *ножныя* и *ягодичныя*.

Различаютъ *чистыя* и *смѣшанныя* ягодичныя положенія. Въ первомъ случаѣ бедра оттянуты къверху, а во второмъ рядомъ съ ягодицами лежитъ одна или обѣ ножки.

При *ножныхъ* положеніяхъ нормальное членорасположеніе нижнихъ конечностей измѣнено, онѣ лежатъ болѣе или менѣе вытянутыми. Ножныя положенія дѣлятся на *полныя* и *неполныя*, смотря по тому, подлежатъ-ли обѣ ножки или только одна.

Тазовыя положенія встрѣчаются особенно часто недоношенномъ плодѣ и при двойняхъ. Кромѣ того, этиологическими моментами считаются ненормальная подвижность матки, обиліе околоплодной жидкости и узкій тазъ, хотя очень часто дѣти рождаются въ тазовомъ положеніи безъ того, чтобы можно было констатировать одну изъ вышеупомянутыхъ причинъ²⁾.

Распознаваніе ягодичныхъ положеній. Смотря по положенію спинки, различаютъ первое и второе ягодичныя положенія.

При *наружномъ изслѣдованіи* прощупываютъ въ днѣ матки или, еще чаще, рядомъ съ нимъ головку въ видѣ большой, круглой, гладкой,



Рис. 48. Первое ягодичное положеніе по *Waldeyer*'у, срединный разрѣзъ беременной въ послѣдніе мѣсяцы. Вслѣдствіе травмъ первый крестцовый позвонокъ сломался, верхній обломокъ продвинулся къпереди отъ нижняго.

¹⁾ Ueber einen Fall von Stirnlage etc. Dissertation. Würzburg. 1885.

²⁾ *Küstner* въ *P. Müller's Handb. d. Geburtshilfe*, 1889. Bd. 2.

сильно баллотирующей части, между тѣмъ какъ надъ лоннымъ сочлененіемъ прощупывается мягкая крупная часть плода. Сердечные тоны при первомъ ягодичномъ положеніи слышны слѣва, а при второмъ справа, на уровнѣ пупка или выше. Мелкія части нерѣдко отсутствуютъ въ верхнемъ отдѣлѣ матки и прощупываются далѣ книзу или даже совсѣмъ не прощупываются. Нерѣдко ягодицы оказываются отклонившимися отъ тазового входа къ крылу подвздошной кости, тогда какъ головка лежитъ вверху на противоположной сторонѣ. Слѣдовательно, ось плода имѣетъ при этомъ болѣе косвенное направленіе.

При *внутреннемъ изслѣдованіи* прощупывается прежде всего мягкая, сильно выпуклая предлежащая часть, которая въ началѣ родовъ стоитъ обыкновенно выше, чѣмъ головка при черепныхъ положеніяхъ. Характеристично при этомъ *круглое заднепроходное отверстіе* (дифференціальный діагнозъ отъ лицевого положенія). Затѣмъ прощупываются *оба сѣдалищные бугра* и направленная въ ту или другую сторону *крестцовая кость*, которую можно ясно отличить по ея кривизнѣ и остистымъ отросткамъ. При первомъ ягодичномъ положеніи остистые отростки обращены влѣво, при второмъ—вправо. Половые органы младенца обращены въ противоположную сторону, причемъ женскія наружныя половыя части прощупываются въ большинствѣ случаевъ неясно, а мужской членъ и мошонка ясны. Если ягодицы отклонились въ сторону, то мы стараемся съ помощью соединеннаго изслѣдованія отбѣснить ихъ по направленію къ рукѣ, находящейся въ половомъ каналѣ.

Распознаваніе ножныхъ положеній. *Наружное изслѣдованіе* даетъ тѣ же результаты, какъ при ягодичныхъ положеніяхъ, съ тою разницею, что ягодицы еще чаще оказываются отклоненными въ сторону.

При *внутреннемъ изслѣдованіи* въ первое время нерѣдко лишь съ большимъ трудомъ удается достать пальцемъ предлежащую мелкую часть. Ножка характеризуется своими толчкообразными движеніями; въ дальнѣйшемъ теченіи ее узнаютъ по фалангамъ пальцевъ. *Нахожденіе пяточной кости* обезпечиваетъ отъ ошибочнаго смѣшенія съ ручкой. Для того, чтобы узнать, прощупывается ли правая или лѣвая ножка, мы должны привести одну изъ собственныхъ своихъ ногъ въ дѣйствительности или въ воображеніи въ то самое положеніе, въ какомъ находится предлежащая ножка плода. Если взаимное положеніе подошвы и большого пальца на ногѣ плода и на ногѣ изслѣдующаго врача одинаково, то предлежитъ одноименная ножка, а въ противномъ случаѣ—разноименная.

При полномъ ножномъ положеніи ножки часто бываютъ неправильно скрещены между собою, такъ что изъ положенія пяточной кости нельзя сдѣлать никакого вывода о положеніи спинки. Но если прослѣдить конечность кверху, то можно узнать, которая именно ножка лежитъ спереди, которая сзади. Если, напр., лѣвая конечность лежитъ позади лоннаго сочлененія, то существуетъ первое ножное положеніе. Если же она находится въ крестцовой впадинѣ, то мы имѣемъ дѣло со вторымъ ножнымъ положеніемъ.

Иногда вмѣсто ножки предлежитъ колѣно (колѣнное положеніе), которое можно узнать по его широкой формѣ и по колѣнной чашкѣ, хотя послѣдняя при согнутомъ положеніи конечности не всегда бываетъ подвижна. Колѣнные положенія въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ почти всегда превращаются въ ножныя.

Въ высшей степени пагубнымъ можетъ оказаться *ошибочное смѣшеніе поперечнаго положенія съ тазовымъ*, такъ какъ при первомъ произвольные роды невозможны, если оно не будетъ превращено въ продольное (поворотъ). Поперечное положеніе характеризуется при внутреннемъ изслѣдованіи прощупываніемъ лопатки, ключицы и реберъ, а тазовое положеніе всего вѣрнѣе прощупываніемъ задняго прохода. Если діагнозъ не можетъ быть поставленъ обыкновеннымъ путемъ, то необходимо низвести мелкую часть, начинающуюся отъ той крупной части плода, о которой въ данномъ случаѣ идетъ рѣчь. Если это оказывается ножка, то предлежитъ тазовой конецъ плода, а если ручка, то мы имѣемъ передъ собою поперечное положеніе.

Теченіе. При тазовыхъ положеніяхъ поперечный размѣръ ягодицъ (линія, соединяющая между собою оба сѣдалищные бугра) вступаетъ въ тазовомъ входѣ въ поперечный размѣръ или чаще въ косой. При этомъ спинка вначалѣ можетъ быть обращена болѣе назадъ или впередъ, но при дальнѣйшемъ опусканіи ягодицъ она почти всегда поворачивается къпереди, такъ что въ концѣ-концовъ, поперечный размѣръ ягодицъ при первомъ ягодичномъ положеніи оказывается въ лѣвомъ, а при второмъ въ правомъ косомъ размѣрѣ таза. При первомъ ягодичномъ положеніи предлежитъ лѣвая ягодица, при второмъ правая. Въ тазовомъ выходѣ поперечный діаметръ ягодицъ вступаетъ въ прямой размѣръ. Предлежащая ягодица показывается подъ лоннымъ сочлененіемъ, а задняя выкатывается надъ промежностью, причемъ туловище младенца сильно изгибается въ боковомъ направленіи. Въ это время, или уже равнѣе, почти всегда выжимается изъ задняго прохода первородный калъ. Затѣмъ поперечный діаметръ ягодицъ опять возвращается въ косой размѣръ таза. Нижнія конечности выпадаютъ наружу. Плечики проходятъ чрезъ тотъ же косой размѣръ, чрезъ который проходили ягодицы. Затѣмъ рождаются прилегающія къ туловищу ручки, а въ заключеніе головка вступаетъ въ поперечный или косой размѣръ, противоположный тому, въ которомъ проходили поперечный діаметръ ягодицъ и плечики. Наконецъ, въ тазовомъ выходѣ головка поворачивается въ прямой размѣръ, такъ что затылокъ показывается подъ лоннымъ сочлененіемъ, а лицо выкатывается надъ промежностью.

При ножныхъ положеніяхъ роды протекаютъ подобнымъ же образомъ. При первомъ ножномъ положеніи предлежитъ лѣвая ножка, при второмъ правая. При неполныхъ ножныхъ положеніяхъ выпрямленная ножка вначалѣ хотя и бываетъ иногда обращена назадъ, но, въ концѣ-концовъ, она

почти всегда поворачивается кпереди, такъ что ягодицы цѣликомъ оказываются въ крестцовой впадинѣ.

При тазовыхъ положеніяхъ, даже когда всѣ остальные условія вполне нормальны, нерѣдко происходятъ неожиданные повороты младенца, напр. превращеніе перваго тазоваго положенія во второе при низкомъ уже стояніи ягодицъ въ тазу и чрезмѣрные повороты плечиковъ. Ягодицы, благодаря своей мягкости и значительной сжимаемости могутъ производить въ тазу болѣе свободныя движенія, чѣмъ это доступно для болѣе объемистой и болѣе твердой головки, которая можетъ проходить чрезъ тазъ только опредѣленнымъ путемъ и именно только въ направленіи наибольшихъ его размѣровъ. Нѣтъ сомнѣнія, что и при этихъ поворотахъ ягодицы перемѣщаются въ направленіи наименьшаго сопротивленія; слѣдовательно, повороты эти должны считаться вполне цѣлесообразными, а нарушеніе ихъ искусственнымъ потягиваніемъ или поворачиваніемъ младенца можетъ значительно затруднить теченіе родовъ и повлечь за собою очень дурныя послѣдствія.

Причины этихъ поворотовъ, какъ и при черепныхъ положеніяхъ, не вполне ясны. Поперечный діаметръ ягодицъ, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, а затѣмъ плечики и головка вступаютъ опять-таки въ наиболѣе размѣры отдѣльныхъ частей таза. Поворотъ крестцовой кости кпереди объясняется тѣмъ, что проталкивающая сила дѣйствуетъ на нее непосредственно чрезъ позвоночникъ. Благодаря этому, крестцовая кость опускается внизъ и поворачивается впередъ по тѣмъ же причинамъ, какъ при черепныхъ положеніяхъ малый родничекъ [*Schroeder* ¹⁾].

Подсвая опухоль сидитъ на подлежащей ягодицѣ, т. е. при первомъ ягодичномъ положеніи на лѣвой, а при второмъ на правой. Она представляется обыкновенно въ видѣ довольно большой синеватой или темносиней припухлости, которая переходитъ на половыя части младенца и можетъ ихъ чрезвычайно увеличить и обезобразить, особенно мошонку. При ножныхъ положеніяхъ свободно лежащія въ тазу ножки также припухаютъ и окрашиваются въ темносиній цвѣтъ. Форма головки при тазовыхъ положеніяхъ, если всѣ прочія условія вполне нормальны, не подвергается никакому измѣненію: головка сохраняетъ свою первоначальную форму. Это вполне объясняется относительно быстрымъ прохожденіемъ головки чрезъ тазъ.

Предсказаніе. Тазовыя положенія даютъ для матери такое же предсказаніе, какъ и черепныя; наоборотъ, *смертность дѣтей при тазовыхъ положеніяхъ оказывается значительно большею.* Наиболѣе благопріятными въ этомъ направленіи еще представляются чистыя ягодичныя положенія, тогда какъ полныя ножныя положенія оказываются наиболѣе неблагопріятными.

При тазовыхъ положеніяхъ имѣется цѣлый рядъ обстоятельствъ, которыми можетъ быть объяснена увеличенная смертность дѣтей.

На первомъ планѣ здѣсь должно быть поставлено неизбѣжное *при-*

¹⁾ Lehrbuch d. Geburtshülfe. 1891.

жатіе, которому подвергается *пуповина* при прохожденіи груди и особенно головки. Когда младенецъ родился уже до пупка, пупочный канатикъ проходитъ чрезъ тазъ къ плацентѣ по направленію снизу вверхъ. Но въ то же время чрезъ тазъ проходятъ плечики, а въ послѣдствіи твердая головка, совершенно выполняющая родовый каналъ. Поэтому прижатіе пуповины оказывается неизбѣжнымъ (см. рис. 49). Если плечики и головка очень быстро проходятъ чрезъ тазъ, то въ такомъ случаѣ прижатіе пуповины можетъ не причинить младенцу никакихъ вредныхъ послѣдствій. Но если прохожденіе верхней половины тѣла замедляется хотя бы на нѣсколько минутъ то, благодаря прижатію пуповины, дѣлающему невозможнымъ притокъ окисленной крови отъ плаценты къ младенцу, послѣдній приходитъ въ состояніе асфиксіи и, при дальнѣйшемъ замедленіи родовъ, быстро умираетъ. Полнаго прижатія пуповины, продолжающагося до 10 минутъ, младенецъ никогда не переживаетъ.

При черепныхъ положеніяхъ послѣ рожденія головки все остальное тѣло младенца обыкновенно проходитъ очень скоро и безъ всякихъ препятствій чрезъ мягкіе родовые пути, хорошо уже растянутые головкой, тогда какъ при тазовыхъ положеніяхъ подготовка мягкихъ родовыхъ путей для послѣдующихъ частей плода, и въ особенности для головки, оказывается менѣе совершенной. Поэтому послѣдующая головка должна проходить чрезъ родовый каналъ вообще болѣе медленно, чѣмъ проходятъ чрезъ него послѣдующія при черепныхъ положеніяхъ плечики. Это



Рис. 49. Неизбѣжное прижатіе пуповины при роженіи послѣдующей головки.

относится въ особенности къ первородящимъ и къ очень крупнымъ плодамъ, но преимущественно къ полнымъ ножнымъ положеніямъ, при которыхъ ягодичи, имѣющія относительно малый объемъ, очень недостаточно растягиваютъ родовые пути. Но это относительно медленное прохожденіе послѣдующей головки сопряжено съ величайшею опасностью для жизни младенца.

Кромѣ того, очень медленное прохожденіе головки влечетъ за собою, благодаря уменьшенію матки, *отслойку плаценты*, а это обстоятельство, конечно еще увеличиваетъ опасность для жизни младенца.

Другое неблагоприятное для младенца обстоятельство заключается въ томъ, что при тазовыхъ положеніяхъ относительно часто происходитъ *преждевременное истеченіе водъ*. Если ягодицы, какъ это часто бываетъ въ началѣ родовъ, отклонились въ сторону, или если предлежатъ одна или обѣ ножки, то переднія воды не отдѣлены отъ заднихъ, какъ при нормальныхъ родахъ въ черепномъ положеніи, а, наоборотъ, вся масса околоплодной жидкости тяготеетъ на той части яйцевыхъ оболочекъ, которая образуетъ плодный пузырь. Поэтому преждевременный разрывъ пузыря представляется совершенно понятнымъ, въ особенности при безпокойствѣ роженицы, при произвольномъ сокращеніи брюшнаго пресса и при неискусномъ производствѣ изслѣдованія. Между тѣмъ, преждевременное истеченіе водъ затрудняетъ развертываніе маточнаго зѣва и мѣшаетъ успѣшному ходу родовъ. Во время разрыва плоднаго пузыря могутъ при данныхъ условіяхъ излиться не только переднія воды, но и вся масса околоплодной жидкости, а это обстоятельство опять-таки дѣйствуетъ на младенца неблагоприятно.

Наконецъ, рядомъ съ подвижно предлежащими ягодицами, или рядомъ съ ножками, не выполняющими собою всего таза, можетъ при разрывѣ плоднаго пузыря *выпасть пуповина*, такъ что прижатіе ея начинается не послѣ рожденія нижней половины туловища, а уже съ момента вступленія ягодицъ въ тазъ. Это опасное событіе точно также наблюдается чаще всего при полныхъ ножныхъ положеніяхъ.

Наконецъ, не должно забывать, что нераціональное акушерское веденіе родовъ въ тазовомъ положеніи, встрѣчающееся въ практикѣ, къ сожалѣнію, очень часто, еще болѣе увеличиваетъ опасность для младенца, тогда какъ раціональное веденіе родовъ въ этомъ положеніи можетъ значительно понизить смертность дѣтей.

Изъ тазовыхъ положеній сравнительно наилучшее предсказаніе для младенца еще даютъ чистыя ягодичныя положенія, тогда какъ при неполныхъ ножныхъ положеніяхъ смертность дѣтей оказывается наибольшею.

Смертность дѣтей при тазовыхъ положеніяхъ оказывается у различныхъ авторовъ весьма неодинаковою. Цифры, приводимыя для нея, колеблются между 9 и 37 %.

Терапія. Повивальная бабка обязана при тазовомъ положеніи немедленно настоять на приглашеніи врача. Это вполне понятно въ виду серьезности предсказанія для младенца и въ виду того, что здѣсь часто требуется искусственное пособіе.

Тазовое положеніе само по себѣ, конечно, еще *не составляетъ показанія къ оперативному вмешательству*. Терапія въ первое время должна быть *вполнѣ выжидательная*.

Какъ только поставленъ діагнозъ, немедленно укладываютъ женщину въ постель, а если ягодицы младенца отклонились въ сторону, то женщина кладется на соответствующій бокъ. Она должна спокойно лежать въ постели, и изслѣдованіе ея должно производиться съ осторожностью, для того, чтобы возможно дальше сохранить въ цѣлости плодный пузырь.

Необходимо позаботиться о томъ, чтобы была приготовлена *поперечная кровать*, такъ какъ только на ней можетъ быть произведена съ требуемою быстротою и точностью операція извлеченія верхней половины туловища, если бы таковая понадобилась. Кромѣ того, нужно заготовить нѣсколько согрѣтыхъ пеленокъ или полотенецъ, которыя могутъ оказаться необходимыми при оперативномъ пособіи, если бы таковое потребовалось. Такъ какъ при тазовомъ положеніи младенецъ часто рождается въ состояніи асфиксіи, то уже заблаговременно должны быть сдѣланы необходимыя приготовленія къ его *оживленію*.

Послѣ разрыва плоднаго пузыря необходимо тщательно изслѣдовать, не выпала-ли пуповина. Какъ только начинаютъ прорѣзываться ягодицы, женщина кладется на поперечную кровать. Родившіяся ножки заворачиваются въ теплый платокъ. Во все продолженіе родовъ абсолютно воспрещается тянуть за ножки или поворачивать младенца за туловище. Преждевременное потягиваніе измѣняетъ нормальное членорасположеніе младенца, спинка его при этомъ разгибается, ручки запрокидываются вверхъ, подбородокъ отходитъ отъ груди. Вслѣдствіе этого самопроизвольное выхожденіе плечиковъ, ручекъ и головки становится почти невозможнымъ, а оперативное пособіе, если бы оно потребовалось для удаленія этихъ частей, значительно затрудняется. Чѣмъ медленнѣе ягодицы проходятъ черезъ тазъ и наружныя половыя части роженицы, тѣмъ болѣе подготовлены родовые пути для послѣдующей головки. При прорѣзываніи ягодицъ слѣдуетъ осторожно надавливать пальцемъ на промежность для того, чтобы по возможности уменьшить давленіе на нее задней ягодицы. Когда младенецъ уже родился до пупка, заставляютъ женщину сильно сокращать брюшной прессъ.

Если верхняя половина тѣла не сразу начинаетъ прорѣзываться, то должно быть безъ замедленія приступлено къ операціи *освобожденія ручекъ и головки* (см. ученіе объ операціяхъ). Эта операція легка и проста, если младенецъ сохранилъ свое нормальное членорасположеніе; наоборотъ, она можетъ представить большія трудности, если членорасположеніе младенца было измѣнено преждевременнымъ потягиваніемъ.

Встрѣчающееся нерѣдко обвитіе пуповины вокругъ ножки или синки должно быть устранено или ослаблено во время выхожденія туловища. Если пуповина проходитъ между бедрами на спину (сидѣніе верхомъ на пуповинѣ), то оттягиваютъ книзу часть ея, переходящую на спину, и затѣмъ черезъ петлю ея продѣваютъ заднюю ножку.

Уклоненія въ механизмѣ родовъ.

Очень неблагоприятно, если поворотъ спинки кпереди не наступилъ вовсе и младенецъ проходитъ черезъ тазъ животомъ впередъ (задне-спинныя положенія). Весьма часто это случается по винѣ акушера, если онъ преждевременнымъ поворачиваніемъ или потягиваніемъ младенца нарушилъ нормальный механизмъ родовъ, или если онъ при оперативномъ пособіи потягивалъ младенца въ невѣрномъ направленіи. Часто поворотъ спинки

впереді все-таки наступаєть еще и послѣ рожденія ягодиць, или же младенецъ выходитъ въ задне-спинномъ положеніи и только при прорѣзываніи головки затылокъ поворачивается впереді. Въ другихъ же случаяхъ лицо остается впереді, и тогда выхожденіе головки при зрѣломъ плодѣ бываєть очень затруднительно, а оперативное пособіе, которое почти всегда при этомъ оказывається необходимымъ, тоже сопряжено съ очень большими трудностями. Смертность велика, особенно въ такихъ случаяхъ, когда подбородокъ отошелъ отъ груди и застрялъ у передней стѣнки таза. Терапія этого чрезвычайно неблагоприятнаго осложненія будетъ разсмотрѣна въ главѣ объ извлеченіи младенца.

Физиологія и дієтетика родильнаго періода.

I. Введеніе.

Родильнымъ или *послѣродовымъ* періодомъ мы называемъ промежутокъ времени отъ окончанія родовъ до полного *заживленія родовыхъ ранъ* и *обратнаго развитія* измѣненныхъ беременностью и родами *половыхъ органовъ*. Родильный періодъ продолжается 6—8 недѣль, и окончаніе его для не-кормящихъ грудью (бываєть обозначено возобновленіемъ менструаціи. У кормящихъ женщинъ менструація обыкновенно появляється лишь послѣ отнятія ребенка отъ груди.

Въ родильномъ періодѣ начинається, кромѣ того, полное *функціонированіе молочныхъ желєзъ*, доставляющихъ новорожденному ребенку первую его пищу. *Отдѣленіе молока* продолжается значительно дольше родильнаго періода, а именно среднимъ числомъ 9 мѣсяцевъ.

II. Обратное развитіе половыхъ органовъ и заживленіе родовыхъ ранъ.

Обратное развитіе матки происходитъ преимущественно путемъ частичнаго жирового перерожденія ея мышечныхъ элементовъ, *обратное развитіе придатковъ матки*—путемъ уменьшенія ихъ гипереміи и серознаго пропитыванія. Рука объ руку съ этимъ обратнымъ развитіемъ идетъ *заживленіе родовыхъ ранъ*, образовавшихся на внутренней поверхности полового канала; процессъ заживленія ихъ сопровождается отдѣленіемъ болѣе или менѣе обильнаго секрета (лохіи, послѣродовое очищеніе).

Уменьшеніе опорожнившейся матки, прижатіе и тромбозъ многочисленныхъ сосудовъ, наконецъ—появляющіяся повременамъ въ первые 7—8 дней сокращенія матки, называемыя теперь *послѣдовательными потугами*, производятъ въ ней сильную анемію. Эта анемія влечетъ за собою жировое распаденіе части протоплазмы мышечныхъ клѣтокъ, причеиъ самыя клѣтки съ ихъ ядрами сохраняются, но *сильно сморщиваются*

[*Sänger*¹⁾]. Новыхъ мышечныхъ волоконъ при этомъ процессѣ обратнаго развитія, повидимому, не образуется.

Sänger отрицаетъ полное жировое перерожденіе мышечныхъ волоконъ. Ни одно мышечное волокно, по его мнѣнію, не погибаетъ. Образовавшіеся въ мышечныхъ волокнахъ жировые шарики и другіе продукты распаденія не поступаютъ, какъ таковыя, въ систему кровообращенія, а окисляются на мѣстѣ своего образованія. По мнѣнію *Broers* а, уменьшеніе маточной мускулатуры прежде всего обуславливается въ значительной степени выступленіемъ гликогена, а потомъ и жира изъ гипертрофированныхъ мышечныхъ волоконъ. Разрушенія мышечныхъ волоконъ не бываетъ²⁾.

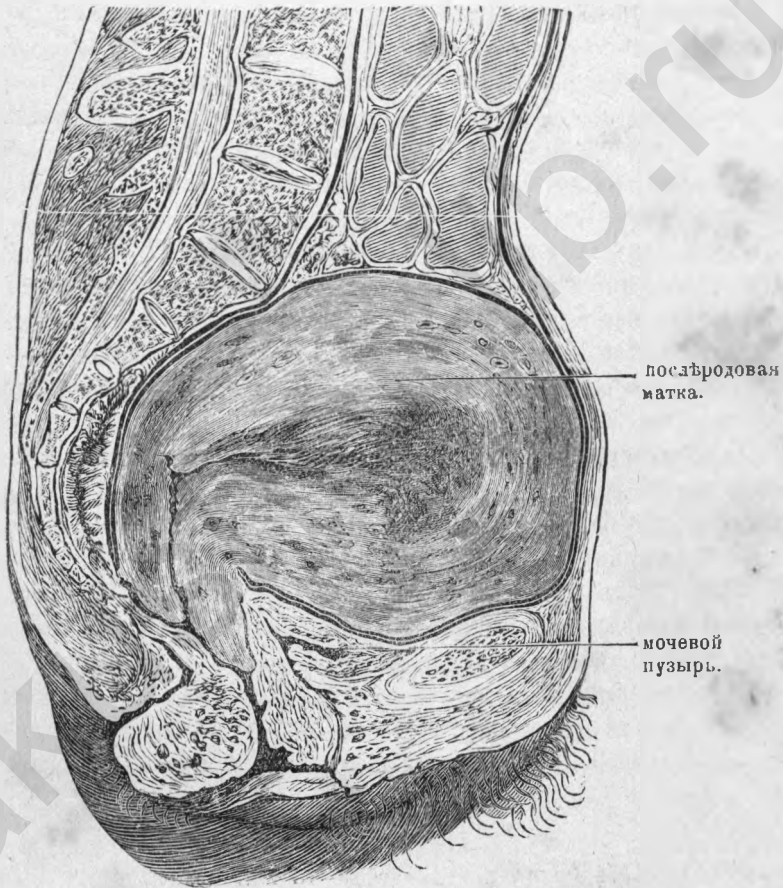


Рис. 50. Пуэрперальная матка первыхъ дней родильнаго періода. (По замороженному препарату *Wyder*'а).

Между тѣмъ какъ тотчасъ послѣ родовъ вѣсъ матки равняется приблизительно 1 килограм., она по прошествіи двухъ дней вѣситъ уже около 750 грм., въ концѣ первой недѣли около 500, а по истеченія 14 дней всего около 350 грм.

1) Beiträge z. path. Anatomie etc. Festschr. f. *E. Wagner*. 1887.

2) *Virchow's Archiv*, Bd. 141.

Дно матки непосредственно послѣ родовъ прощупывается примѣрно на разстояніи ладони кверху отъ лоннаго сочлененія и часто при этомъ оказывается нѣсколько наклоненнымъ въ правую сторону. У повторно-родящихъ и у многородящихъ дно матки обыкновенно стоитъ нѣсколько выше, такъ какъ матка остается послѣ каждаго родовъ нѣсколько болѣе массивною, чѣмъ была раньше. Затѣмъ въ ближайшіе 12 часовъ дно матки поднимается до уровня пупка,—явленіе, обусловленное быстрымъ, въ большинствѣ случаевъ, наполненіемъ мочевого пузыря послѣ родовъ. Послѣродовая матка сильно *искривлена впередъ*. Передняя стѣнка ея прилегаєтъ къ брюшной стѣнкѣ, и поэтому уровень ея легко опредѣляется ощупываніемъ (см. рис. 50).

Но точное опредѣленіе уровня дна матки возможно только при пустомъ мочевомъ пузырьѣ, такъ какъ при растяженіи его матка выпрямляется и отгѣсняется отъ брюшной стѣнки.

Затѣмъ, начиная со 2—3-го дня, матка постепенно опускается все ниже и ниже. На 8—10-й день дно матки проходитъ за лонное сочлененіе, а на 12-й день оно обыкновенно оказывается уже вполнѣ опустившимся въ малый тазъ. Консистенція матки можетъ быть различна, но въ большинствѣ случаевъ она довольно тверда; при ощупываніи матка нечувствительна. Маточный шумъ въ первые дни родильнаго періода бываетъ иногда еще ясно слышенъ, хотя много слабѣе, чѣмъ во время беременности.

Способствующие обратному развитію матки *послѣродовыя потуги* обыкновенно первородящими не ощущаются вовсе, между тѣмъ какъ многородящія по большей части чувствуютъ ихъ въ первые дни очень ясно, иногда даже въ тягостной степени. Приложение ребенка къ груди вызываетъ у всѣхъ женщинъ на первой недѣлѣ родильнаго періода ясно замѣтныя послѣродовыя потуги. Обратное развитіе матки у женщинъ, кормящихъ грудью, заканчивается быстрѣе, чѣмъ у не-кормящихъ.

По истеченіи 6-ти недѣлъ обратное развитіе матки уже закончено, но объемъ ея остается нѣсколько большимъ, чѣмъ въ дѣвственномъ состояніи.

Уменьшеніе матки нерѣдко измѣрялось посредствомъ сантиметровой мѣрки или зонда. При этомъ оказалось, что уменьшеніе ея идетъ всего быстрѣе въ первые 12 дней. По *Börner*'у, длина выпрямленной зондомъ матки, считая отъ наружнаго маточнаго зѣва, составляетъ непосредственно послѣ родовъ среднимъ числомъ 14,8 см., на 14-й день—10 см. По измѣреніямъ *Hansen*'а ¹⁾, произведеннымъ съ помощью зонда, полость матки на 15-й день имѣетъ среднимъ числомъ 9,9 см., на 3-й недѣлѣ 8,8 и на 6-й недѣлѣ 7,1 см. въ длину. Обратное развитіе происходитъ болѣе медленно послѣ кровотеченій, послѣ родовъ двойнями, послѣ преждевременныхъ родовъ и пuerperальныхъ заболѣваній (*Hansen*). Что кормленіе грудью ускоряетъ обратное развитіе,—объ этомъ свидѣлствуютъ измѣренія, произведенныя различными авторами.

Рука объ руку съ обратнымъ развитіемъ мускулатуры матки идетъ *регрессивное измѣненіе другихъ тканей*. Брюшинный покровъ слѣ-

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 13.

дуетъ за уменьшеніемъ матки, образуя многочисленныя складки. Большое число кровеносныхъ сосудовъ запусъваетъ вслѣдствіе простаго прижатія ихъ, или же вслѣдствіе разрощенія соединительной ткани въ ихъ внутренней оболочкѣ, а другіе значительно уменьшаются въ объемъ. Межмышечная соединительная ткань, нервы и лимфатическіе сосуды тоже участвуютъ въ процессѣ обратнаго развитія. Связки укорачиваются. Припухшіе яичники и Фаллопьевы трубы уменьшаются въ объемъ и постепенно ояты возвращаются къ своему нормальному положенію.

На мѣсть прикрѣпленія плаценты, нѣсколько вдающемся своею бугристою поверхностью въ полость матки, образуются большіе тромбы, которые постепенно организуются и сильно сморщиваются. Децидуальная рана очищается. Рыхло сидящіе обрывки ткани отпадаютъ. Поверхностныя децидуальныя клѣтки подвергаются жировому перерожденію, распадаются и, смѣшавшись съ кровью и гноемъ, извергаются наружу въ видѣ *послѣродового очищенія*. Эта большая рана матки съ ея разорванными лимфатическими пространствами и открытыми сосудами, съ ея многочисленными возвышеніями и углубленіями, оказывается весьма удобною почвою для застаиванія и всасыванія отдѣляемаго родовыхъ ранъ и заразныхъ веществъ, благодаря чему могутъ легко наступать лихорадочныя процессы [(Leopold ¹)].

Мы знаемъ, что не вся отпадающая оболочка выдѣляется во время родовъ, а, наоборотъ, что болѣе глубокіе слои ея остаются въ маткѣ. Новая слизистая оболочка матки образуется изъ межжелезистой ткани, а эпителиальный покровъ ея—изъ эпителія оставшихся и открытыхъ железистыхъ трубокъ отпадающей оболочки.

Образованіе новой слизистой оболочки въ маткѣ тоже заканчивается приблизительно черезъ 6 недѣль.

Губы маточнаго зѣва тотчасъ послѣ родовъ свѣшиваются во влагалище на-подобіе двухъ слабо-натянухъ парусовъ, а отверстіе это широко зіяетъ. Уже по истеченіи 12—24 часовъ отверстіе это оказывается значительно суженнымъ, губы маточнаго зѣва уменьшаются въ объемъ, становятся болѣе твердыми, а влагалищная часть постепенно начинаетъ формироваться. На 12-й день внутренней маточный зѣвъ уже не проходитъ для пальца, влагалищная часть ясно выражена, но только наружный зѣвъ еще широко зіяетъ. Даже послѣ полнаго обратнаго развитія матки влагалищная часть остается нѣсколько болѣе толстою, чѣмъ въ дѣвственномъ состояніи, маточный зѣвъ зіяетъ въ большей степени и на немъ остаются боковыя надрывы.

Многочисленныя раны на маточномъ зѣвѣ, во влагалищѣ, и особенно во входѣ его, заживаютъ у первородящихъ путемъ образованія грануляцій и легкаго нагноенія, или также первымъ натяженіемъ. Сильно растянутое *влагалище* лишь медленно развивается обратно, просвѣтъ его

¹) Arch. f. Gynäk. Bd. 12.

остається болѣ широкимъ, чѣмъ до беременности, а стѣнки его становятся болѣ гладкими. Въ особенности же передняя стѣнка становится болѣ вялой и часто свѣшивается во входъ влагалища.

Припухшія *наружныя половыя части* быстро уменьшаются въ объемъ. Промежность тоже очень скоро уменьшается. Изъ остатковъ дѣвственной плевы образуются т. н. митовидныя сосочки (*sagittales papillae*). Входъ влагалища въ большинствѣ случаевъ остається нѣсколько зияющимъ, а наружныя половыя части—болѣ вялыми. Болѣ значительныя дефекты въ уздечкѣ или въ промежности оставляють бѣловатыя полосчатые или лучистыя рубцы.

Отеки быстро проходятъ, варикозныя расширенія венъ мало-по-малу исчезаютъ. Существующія пигментациі блѣднѣють. Брюшныя покровы представляются вялыми, морщинистыми, и только въ рѣдкихъ случаяхъ опять достигаютъ своей прежней твердости. Иногда остається расхождение прямыхъ мышцъ живота.

Послѣродовое очищеніе состоитъ по большей части изъ отдѣляемаго родовыхъ ранъ матки, къ которому примѣшивается отдѣляемое изъ шейки, влагалища и наружныхъ половыхъ частей. Оно слагается главнымъ образомъ изъ остатковъ отпадающей оболочки, затѣмъ изъ крови, слизи и гноя. Чѣмъ меньше времени прошло съ окончанія родовъ, тѣмъ болѣ кровянистымъ оказывается послѣродовое очищеніе, а чѣмъ больше подвинулось обратное развитіе половыхъ органовъ, тѣмъ болѣ увеличивается содержаніе гноя и слизи въ послѣродовомъ очищеніи. Въ первые два дня родильнаго періода послѣродовое очищеніе представляется сильно кровянистымъ (*lochia cruenta*), съ 4-го дня оно принимаетъ болѣ блѣдный цвѣтъ и становится болѣ водянистымъ (*lochia serosa*), а съ 8—10-го дня—желтоватымъ, болѣ сливкообразнымъ (*lochia alba*). Съ обезцвѣчиваніемъ послѣродового очищенія количество его, вообще, тоже уменьшается. При болѣ сильныхъ движеніяхъ (когда родильница встала съ постели) иногда еще и на второй недѣлѣ опять появляется примѣсъ крови въ послѣродовомъ очищеніи. На 3-й недѣлѣ количество лохій становится очень незначительнымъ, а по прошествіи 4—6 недѣль выдѣленіе ихъ прекращается совершенно. Количество лохій, выдѣленныхъ въ первые 8 дней, составляетъ около 1—1½ килограмм. У женщинъ, кормящихъ грудью, оно бываетъ меньше, чѣмъ у не-кормящихъ. Другія жидкія выдѣленія, если они происходятъ въ большомъ количествѣ, напр. сильный потъ, обильный поносъ, уменьшаютъ количество лохій. Реакція послѣродового очищенія—щелочная или нейтральная, а впоследствии кислая.

При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ въ послѣродовомъ очищеніи обрывки отпадающей оболочки (часто замѣтныя и для невооруженнаго глаза), отдѣльныя децидуальныя клѣтки, красныя и безцвѣтныя кровяныя тѣльца, слизистыя клѣтки, эпителий влагалища, мелкія жировыя капли, распадъ, кристаллы холестерина.

Отдѣляемое родовыхъ ранъ въ полости матки при нормальномъ безлихора-

дочномъ теченіи родильнаго періода обыкновенно *не содержитъ бактерій* ¹⁾. Наоборотъ, въ послѣродовомъ очищеніи, взятомъ изъ влагалища, всегда оказывается множество микроорганизмовъ. Это и не удивительно, такъ какъ даже внѣ послѣродового состоянія влагалище всегда заключаетъ въ себѣ бактеріи, а зіяющія въ послѣродовомъ періодѣ наружныя половыя части благоприятствуютъ поступленію извнѣ еще новыхъ бактерій. Послѣродовое очищеніе, очевидно, представляетъ весьма благоприятную среду для размноженія бактерій, такъ какъ количество ихъ во влагалищныхъ лохіяхъ, начиная съ 2—3-го дня и до начала 2-й недѣли, вообще увеличивается. Эти бактеріи отчасти безвредны; однако, и у совершенно здоровыхъ родильницъ находили во влагалищныхъ ложіяхъ болѣзнетворныя бактеріи, напр. стрептококки и стафилококки. Съ этимъ согласуются и экспериментальныя изслѣдованія, по которымъ оказалось, что нормальныя маточныя ложіи, при прививкѣ ихъ животнымъ и людямъ, никогда не обнаруживаютъ инфекціоннаго дѣйствія, между тѣмъ какъ влагалищныя ложіи обнаруживали его почти всегда. Инфекціонныя свойства влагалищныхъ ложіи усиливаются до начала 2-й недѣли [*Kehrer* ²⁾].

III. Другія клиническія явленія въ родильномъ періодѣ, связанныя съ обратнымъ развитіемъ половыхъ органовъ и заживленіемъ родовыхъ ранъ.

Нормальный послѣродовой періодъ протекаетъ безъ лихорадки. Всякое поднятіе температуры тѣла до 38° и выше должно считаться патологическимъ явленіемъ. Температура тѣла представляетъ обыкновенныя суточные колебанія, но отличается меньшею устойчивостью, такъ что она легче можетъ повыситься, чѣмъ при другихъ условіяхъ.

Заслуживаютъ также вниманія два *почти постоянныхъ повышенія температуры*, ограничивающихся однако лишь нѣсколькими десятыми долями градуса. Первое повышеніе приходится на ближайшіе 12 часовъ послѣ родовъ. Если роды наступили утромъ, то оно совпадаетъ съ физиологическимъ вечернимъ повышеніемъ температуры. Вечерняя температура въ такомъ случаѣ можетъ оказаться равною даже 37,8—38°. Если же это первое повышеніе совпадаетъ съ физиологическою утреннею ремиссіей, то оно остается мало выраженнымъ или даже совершенно не обнаруживается.

Второе повышеніе приходится на 3-й и 4-й день; но въ очень многихъ случаяхъ оно отсутствуетъ. Его несправедливо приводили въ связь съ начинающимся въ эти дни отдѣленіемъ молока. Скорѣе слѣдуетъ его объяснять увеличеннымъ всасываніемъ съ поверхности родовой раны. Чѣмъ строже была соблюдена асептика, тѣмъ болѣе незначительнымъ оказывается это второе повышеніе температуры и тѣмъ чаще оно отсутствуетъ совершенно. Такъ называемой молочной лихорадки въ дѣйствительности не существуетъ.

Пульсъ родильницы представляетъ, особенно въ концѣ первой недѣли, значительное замедленіе: частота его падаетъ до 60 — 50-ти, а

¹⁾ *Döderlein*, Arch. f. Gynäk. Bd. 31.—*Menze* u. *Krönig*, Bacteriologie des weiblichen Genitalcanales. II. 1897.—*Burckhardt*, Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

²⁾ Beiträge z. vergl. u. exper. Geburtsk. 1875. Bd. 1. Heft 4.

иногда даже 34-хъ ударовъ. Пульсъ тоже отличается своею легкою возбуждимою: уже при незначительныхъ поводахъ частота его сильно увеличивается на короткое время. Вначалѣ пульсъ обыкновенно бываетъ мягкій, а впоследствии становится болѣе твердымъ. Продолжительное учащеніе пульса встрѣчается при лихорадочныхъ процессахъ, затѣмъ также при острой анеміи и при порокахъ сердца. Часто первый тонъ сердца оказывается нѣсколько нечистымъ; но это явленіе не имѣетъ никакого значенія.

Достаточнаго объясненія для этого поразительнаго замедленія пульса у родильницъ мы до сихъ поръ еще не имѣемъ. Спокойное положеніе родильницы, измѣненныя условія кровяного давленія, наконецъ — теорія о томъ, что сердце въ послѣродовомъ періодѣ обладаетъ меньшею рабочею способностью, чѣмъ во время беременности, — все это не даетъ удовлетворительнаго объясненія. *Olshausen* считаетъ причиною замедленія пульса поступленіе въ кровь различныхъ веществъ (особенно жира), которыя происходятъ изъ обратно развивающейся ткани матки. *Vejas* полагаетъ, что увеличивающаяся жизненная емкость легкихъ находится въ причинной связи съ замедленіемъ пульса у родильницы ¹⁾. *Neumann* ²⁾ наблюдалъ исчезаніе пурперальнаго замедленія пульса послѣ впрыскиванія атропина и поэтому онъ считаетъ причиною замедленія пульса раздраженіе сердечно-задерживающихъ волоконъ блуждающаго нерва (атропинъ парализуетъ сердечныя окончанія п. vagi), — раздраженіе которое, по его мнѣнію имѣетъ свое начало еще во время родовъ. *Heil* ³⁾ доказалъ, что и во время беременности при покойномъ положеніи происходятъ такія же измѣненія пульса.

Дыханіе въ послѣродовомъ періодѣ, по сравненію съ беременностью, нѣсколько замедлено (14—20 въ минуту). Жизненная емкость легкихъ въ большинствѣ случаевъ опять увеличивается. Поперечный размѣръ основанія грудной клѣтки нѣсколько уменьшается, тогда какъ передне-задній размѣръ увеличивается.

Родильницы легко потѣютъ, особенно въ первую недѣлю и во время сна. Особеннаго значенія эти поты не имѣютъ. При легкой одеждѣ и въ хорошо провѣтриваемыхъ комнатахъ они нерѣдко совсѣмъ отсутствуютъ.

Количество мочи въ первые 8 дней оказывается большее, чѣмъ вообще у здоровой женщины, и, наоборотъ, меньшее, чѣмъ у беременной [*Kehrer* ⁴⁾]. По вопросу о количествѣ выдѣляемой мочевины авторы сильно расходятся между собою ⁵⁾. Количество мочи и содержаніе въ ней мочевины, конечно, зависятъ отъ способа питанія, отъ количества вводимой въ организмъ жидкости и выводимыхъ изъ него другихъ жидкихъ выдѣленій.

Почти у всѣхъ родильницъ моча содержитъ *молочный сахаръ*, особенно при обильномъ отдѣленіи молока. Количество сахара увеличивается, если наступило застояваніе молока вслѣдствіе уменьшеннаго выдѣленія его

¹⁾ Klinische Vorträge von *Volkman*. № 269.

²⁾ Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 56.

⁴⁾ *P. Müller*, Handbuch der Geburtshülfe. 1888. Bd. 1.

⁵⁾ См. *Захаревскій*, Zeitschr. f. Biologie N. F. Bd. 12, 1894.

наружу. Съ полнымъ прекращеніемъ отдѣленія молока исчезаетъ и содержавшійся въ немъ сахаръ. Молочный сахаръ попадаетъ въ мочу путемъ всасыванія изъ грудной железы (резорпціонная гликозурия).

Дѣйствительно-ли въ первые дни родильнаго періода выдѣляется мочою пептонъ, какъ утверждалъ *Fischel*,—это, по изслѣдованіямъ *Stadelmann'a*, еще подлежитъ большому сомнѣнію ¹⁾.

Не очень рѣдко существуетъ въ первый день родильнаго періода *задержание мочи*, продолжающееся обыкновенно не болѣе 12 — 24 часовъ. Оно наблюдается особенно послѣ такихъ родовъ, при которыхъ головка долго стояла надъ тазовымъ входомъ, или при которыхъ вообще произошло болѣе сильное ущемленіе мягкихъ частей. Зависитъ-ли задержание мочи отъ припуханія области уретры, образовавшагося вслѣдствіе ущемленія, или же отъ перегиба уретры,—это до сихъ поръ еще не рѣшено. Нѣтъ сомнѣнія, что въ этой неспособности родильницы произвольно испускать мочу играютъ немалую роль положеніе родильницы на спинѣ и уменьшенная, вслѣдствіе вялости брюшныхъ покрововъ, сила брюшного пресса.

Испражненія въ первые дни родильнаго періода обыкновенно бываютъ задержаны. Произведенное во время родовъ опорожненіе прямой кишки, незначительное въ первые дни родильнаго періода введеніе пищи, спокойное лежаніе въ постели и, наконецъ, уменьшенная сила брюшного пресса дѣлаютъ это явленіе совершенно понятнымъ.

Аппетитъ въ первые 3 дня родильнаго періода обыкновенно бываетъ нѣсколько уменьшенъ, жажда часто увеличена. Затѣмъ аппетитъ мало-по-малу усиливается, особенно у кормящихъ грудью.

Наконецъ, мы должны еще упомянуть о томъ, что въ первые дни родильнаго періода существуетъ явное *повышеніе возбудимости нервной системы* (т. н. раздражительная слабость).

Потеря вѣса родильницы оказывается немалою; величина ея, само собою разумѣется, зависитъ отъ питанія родильницы. По *Gassner'у* ²⁾, родильница въ первые 7 дней теряетъ 8,127% своего вѣса. *Baum* ³⁾ въ клиникѣ *Winckel'a* нашелъ, что, послѣ того какъ тамъ была введена для родильницъ болѣе питательная діета, средняя потеря вѣса въ первые 6 дней составляла 6,577%. Другіе опредѣляютъ еще меньшія потери вѣса.

При нормальныхъ условіяхъ потеря вѣса въ родильномъ періодѣ быстро возмѣщается. Цвѣтъ лица родильницы, вначалѣ нѣсколько блѣдный, уже въ первые 3 — 4 недѣли становится болѣе свѣжимъ и здоровымъ. Послѣ 6 — 8 недѣль, женщины, особенно кормящія грудью, получаютъ въ большинствѣ случаевъ чрезвычайно цвѣтушій и свѣжій видъ, и вѣсъ ихъ тѣла опять увеличивается настолько, что становится такой же или даже болѣе, чѣмъ до начала беременности. Наоборотъ, слабыя первородящія

1) Untersuchungen über die Peptonurie. 1894.

2) Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. 19.

3) Dissertation München. 1887.—*Heil*, Arch. f. Gynäk. Bd. 51.

иногда очень долго страдают отъ послѣдствій родовъ и родильного періода, такъ что уменьшеніе вѣса тѣла можетъ продержаться многіе мѣсяцы.

IV. Отдѣленіе молока.

Отправленія молочныхъ железъ, начавшіяся уже во время беременности, *значительно усиливаются на 2 — 4-й день родильного періода*. Груды еще болѣе набухаютъ, становятся болѣе упругими и твердыми. Узловатая и линейная припухлости въ нихъ становятся при оцупываніи еще болѣе замѣтными. Увеличенное напряженіе вызываетъ чувство боли, которое при надавливаніи на железы или при движеніяхъ верхними конечностями еще усиливается. При давленіи на грудныя железы выдѣляются въ это время болѣе значительныя количества молозива.

Эта секреторная дѣятельность грудныхъ железъ увеличивается во вѣсхъ случаяхъ до 4-го дня. Затѣмъ она у женщинъ, кормящихъ грудью, поддерживается сосаніемъ ребенка и періодическимъ опоражниваніемъ железъ. Отдѣленіе усиливается до 8-го мѣсяца, затѣмъ постепенно уменьшается, но можетъ быть поддержано въ теченіе 1 или даже 2 лѣтъ, обыкновенно къ обоюдному ущербу матери и ребенка. Отнятіе ребенка отъ груди матери должно послѣдовать въ то время, когда у него прорѣзались первые зубы, т. е. между 8-мъ и 12-мъ мѣсяцами послѣ родовъ.

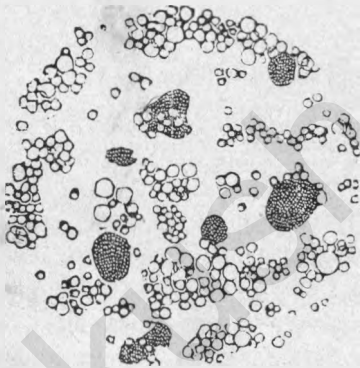


Рис. 51. Молозиво беременной.

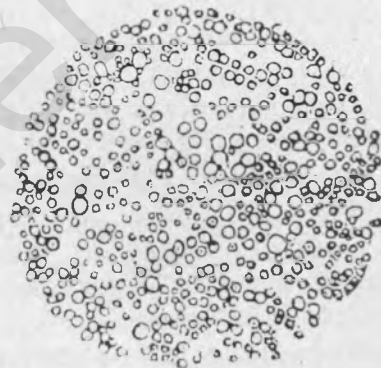


Рис. 52. Молоко на 10-й день родильного періода.

Количество отдѣляемаго молока зависитъ отъ тѣлосложенія и способа питанія матери, а также отъ другихъ еще неизвѣстныхъ факторовъ. Во многихъ случаяхъ можно здѣсь доказать вліяніе наслѣдственности. Количество молока, опорожненнаго въ первые 8 дней, т. е. выпитаго груднымъ ребенкомъ, составляетъ нѣсколько болѣе 2 килограмм. (*Gassner*).

До тѣхъ поръ, пока женщина кормитъ грудью, *регулы у нея обыкновенно не возобновляются*: но иногда онѣ опять появляются съ 5-го мѣсяца. Овуляція пріостанавливается далеко не всегда. Не очень рѣдко женщина во время кормленія грудью опять забеременѣваетъ, хотя бы менструація пердъ тѣмъ не наступила вновь.

Если родильница не кормитъ сама своего ребенка, то набуханіе и чувствительность грудей сначала еще болѣе увеличиваются; но затѣмъ черезъ 2—3 дня происходитъ постепенное всасываніе отдѣливагося молока. Груды становятся болѣе вялыми, и отдѣленіе изъ нихъ прекращается.

Отдѣленіе въ первые 3 дня еще состоитъ изъ *молозива* (*colostrum*). Затѣмъ на 3—4-й день, оно постепенно превращается въ настоящее молоко. Прозрачная какъ вода и смѣшанная съ желтыми каплями жидкость молозива характеризуется при микроскопическомъ изслѣдованіи присутствіемъ такъ назыв. *тѣлецъ молозива* (*Henle*). Они представляются кругловатыми, похожими на тутовую ягоду, имѣютъ 0,008—0,023 мм. въ поперечникъ и состоятъ изъ группы большихъ и малыхъ жировыхъ капель, соединенныхъ между собою посредствомъ гіалинаго связующаго вещества (см. рис. 51). Наряду съ ними встрѣчаются гораздо болѣе мелкіе молочные шарики и часто также разсыянные клѣтки железистаго эпителия.

Молоко представляетъ непрозрачную бѣловатую жидкость, кисловатого вкуса и щелочной реакціи. Удѣльный вѣсъ его равняется среднимъ числомъ 1,030. Оно представляетъ эмульсію очень мелкихъ жировыхъ капель (молочные шарики) въ прозрачной жидкости (см. рис. 52). При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ въ немъ многочисленныя жировые шарики различной величины, имѣющіе 0,003—0,005 мм. въ поперечникъ. Наряду съ ними попадаются остатки железистыхъ клѣтокъ, безцвѣтныя кровяныя тѣльца и иногда ядра, а также отдѣльныя тѣльца молозива, которыя однако уже на первой недѣлѣ быстро уменьшаются въ числѣ, а впослѣдствіи исчезаютъ совершенно. Если женщина не кормитъ сама своего ребенка, то тѣльца молозива первоначально, правда, тоже уменьшаются въ числѣ, но затѣмъ становятся опять болѣе многочисленными, пока совершенно не прекратится отдѣленіе.

Химическій составъ молозива и молока виденъ изъ слѣдующей таблицы [*Biedert*¹⁾]:

Молозиво.	Молоко.
Бѣлокъ (казеинъ) 6,6 (3—9) %	1,9 (1,1—2,7) %
Жиръ 2,5 %	3,1 (2—7) %
Сахаръ 3,6 %	5,0 (3,2-6,2) %
Соли 0,312 %	0,170 %

Бѣлокъ молозива представляетъ главнымъ образомъ сывороточный альбуминъ, тогда какъ въ молокобъ преобладаетъ *казеинъ* и встрѣчаются лишь незначительныя количества альбумина (около 0,5 % и болѣе). На этомъ основаніи молозиво застываетъ при кипяченіи, тогда какъ молоко подъ влияніемъ высокой температуры не свертывается. Напротивъ того, при

¹⁾ *Biedert*, Lehrb. d. Kinderkrankh. 1894.—Относительно содержанія жира см. *Urtl. Arch. f. Gynäk.* Bd. 50.—*Ruppel*, Zeitschr. f. Biologie Bd. 31.

прибавленіи искусственнаго желудочнаго сока казеинъ молока осаждается въ видѣ мелкихъ хлопьевъ, которые въ избыткѣ желудочнаго сока опять растворяются. При прибавленіи искусственнаго желудочнаго сока къ коровьему молоку тоже оказывается важная разница: казеинъ свертывается не въ видѣ мелкихъ хлопьевъ, а въ видѣ толстыхъ кусковъ, которые при дальнѣйшемъ прибавленіи желудочнаго сока не растворяются ¹⁾.

Казеинъ образуется изъ сывоточнаго альбумина въ самой молочной железѣ, такъ какъ въ крови онъ отсутствуетъ. Возможно, что онъ образуется дѣйствіемъ фермента въ альвеолярномъ эпителии. Жиръ образуется большею частью изъ бѣлка пищи, причемъ превращеніе это происходитъ въ самой железѣ. Молочный сахаръ—единственный видъ сахара, встрѣчающійся въ молокѣ—тоже образуется въ самой железѣ, главнымъ образомъ изъ бѣлка. Соли молока состоятъ изъ кали, натра, извести, магнезіи, желѣза, фосфорной, соляной и сѣрной кислотъ.

Въ послѣднее время установлено, что фосфоръ женскаго молока, въ противоположность коровьему, почти исключительно находится въ формѣ органическихъ соединеній: въ казеинѣ, затѣмъ въ видѣ нуклеоноваго фосфора и наконецъ въ лецитинѣ ²⁾, такъ что въ этомъ обстоятельствѣ мы также видимъ важную для питанія ребенка разницу между женскимъ и коровьимъ молокомъ.

Изъ вышеприведеннаго анализа очевидно, что содержаніе сахара и особенно жира въ женскомъ молокѣ колеблется въ широкихъ предѣлахъ. Увеличенное введеніе бѣлковыхъ веществъ поднимаетъ количество молока и содержаніе въ немъ жира. Иодистый калий уменьшаетъ количество молока. Алкоголь и салициловая кислота будто бы увеличиваютъ содержаніе жира. Всѣ эти данныя, однако, должны быть приняты съ осторожностью ³⁾. Обѣ грудныя железы женщины могутъ значительно отличаться одна отъ другой, какъ по количеству, такъ и по качеству произвводимаго ими молока. Измѣняется-ли молоко во время наступленія менструація, еще подлежитъ спору. Многіе авторы будто бы наблюдали въ это время диспептическія состоянія у грудного младенца. О вліяніи сильныхъ душевныхъ волненій на составъ молока или на уменьшеніе его количества мы точно также не знаемъ до сихъ поръ ничего положительнаго, хотя многіе врачи и предостерегаютъ прикладывать ребенка къ груди непосредственно послѣ подобныхъ аффектовъ.

Что болѣзни родильницъ, кормящихъ грудью, могутъ измѣнять молоко, это не подлежитъ сомнѣнію. При обильныхъ поносахъ количество его значительно уменьшается. То же самое мы видимъ обыкновенно при продолжительной высокой лихорадкѣ. Затѣмъ относительно животныхъ мы знаемъ, что болѣзнетворные агенты могутъ переходить въ молоко, напр.

¹⁾ *Biedert*, Untersuchungen über die chem. Unterschiede der Menschen- und Kuhmilch. 1884, und die Kinderernährung, im Säuglingsalter. IV. Aufl. 1900.—*Thiemich*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 8. (Богатое литературное прибавленіе).

²⁾ *Siegfried*, Zeitschr. f. physiolog. Chemie. Bd. 22.—*Stoklasa* тамъ же Bd. 23.

³⁾ См. *Thiemich*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.

у коровъ при жемчужной болѣзни — бугорковыя палочки. Напротивъ того, у женщинъ сифилитической ядь не содержится въ молокѣ. Согласно изслѣдованіямъ *Basch*'а и *Weleminsk*'аго ¹⁾ молочныя железы дѣйствуютъ при зараженіи крови подобно фильтрамъ противъ бактерій. Лишь тѣ изъ бактерій переходятъ въ молоко, которыя производятъ въ молочныхъ железахъ кровоизліянія и заразные метастазы. Доказано также, что въ молоко могутъ переходить нѣкоторыя вещества, вводимыя вмѣстѣ съ пищей, напр. красящія вещества (морковь окрашиваетъ коровье молоко въ болѣе желтоватый цвѣтъ, а эспарцетъ — въ синеватый) и эфирныя масла (тимьянъ, чеснокъ). Извѣстенъ также ароматическій вкусъ альпійскаго молока. Затѣмъ, безусловно доказано, что въ молоко переходятъ, хотя въ малыхъ количествахъ, многія лекарственныя вещества, напр. салициловая кислота, іодистый калий, іодоформъ, мышьякъ, ртуть, алкоголь ²⁾. Въ случаяхъ, когда женщина, кормящая грудью, принимала внутрь атропинъ, наблюдалось иногда расширеніе зрачковъ у ея грудного ребенка. Равнымъ образомъ въ случаяхъ, когда родильница принимала внутрь хлораль-гидратъ, средство это, повидимому, обнаруживало свое дѣйствіе на ребенкѣ, котораго она кормила грудью [*Fehling* ³⁾]. Вѣроятно, всѣ наркотическія средства переходятъ въ молоко, но въ очень небольшихъ количествахъ. Употребляемые обыкновенно въ практикѣ препараты наркотическихъ средствъ и всѣхъ другихъ лекарственныхъ веществъ можно давать кормящимъ грудью женщинамъ безъ всякаго опасенія, но только необходимо при этомъ избѣгать болѣе значительныхъ дозъ и болѣе долгаго употребленія. То же самое относится къ различнымъ пищевымъ и вкусовымъ средствамъ, напр. къ салату, селедкѣ, луку, алкоголю. Въ незначительныхъ количествахъ, особенно если женщина къ нимъ привыкла, они могутъ быть дозволены, но всякія излишества должны быть воспрещены.

Молочныя шарики, по всей вѣроятности, не имѣютъ настоящей казеиновой оболочки, а, напротивъ, между ними лежитъ только «промежуточное вещество» [*Kehrer* ⁴⁾], образующееся изъ распявшагося железистаго эпителия.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что нормальное молоко въ грудной железѣ здоровой женщины свободно отъ бактерій. Однако очень часто выдѣленное молоко содержитъ патогенныхъ зародышей (въ особенности *staphylococcus albus*). Они несомнѣнно проникли въ грудныя железы по молочнымъ ходамъ. Какъ для ребенка, такъ и для матери они безвредны ⁵⁾.

Процессъ отдѣленія молока совершается, по *Heidenhain*'у ⁶⁾, слѣдующимъ образомъ. Послѣ того какъ плоскій альвеолярный эпителий увеличился въ размѣрахъ и принялъ цилиндрическую или булавовидную форму, внутри его появляются отдѣльныя капельки жира. При отдѣленіи молока передняя часть

¹⁾ Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. Bd. 47.—Berlin. klin. Wochenschr. 1897.

²⁾ См. *Rosemann*, Arch. f. Physiologie. Bd. 78.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 27.

⁴⁾ *ibid.* Bd. 2.

⁵⁾ *Köstlin*, Arch. f. Gynäk. Bd. 53.

⁶⁾ *Hermann's Handb. d. Physiologie.* Bd. 5. 1883.—*Barfurth*, Zur Entwicklung d. Milchdrüse. Dissertation, Bonn 1882.

кѣтки вмѣстѣ съ содержащимся въ ней жиромъ отпадаетъ. Распавшееся вещество кѣтки растворяется въ молоко и жировыя капли становятся свободны. Если въ отпавшей части кѣтки содержатся ядра, то и они переходятъ въ молоко. Сама эпителиальная кѣтка остается сохраненной и регенерируется, послѣ чего процессъ начинается съизнова. Въ прежнее время тѣльца молозива считались предварительной стадіей молочныхъ шариковъ, однако, по *Heidenhain*'у, тѣльца молозива не имѣютъ для морфологіи молочныхъ шариковъ никакого значенія.

Согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ молозивныя тѣльца должны быть разсматриваемы, какъ лейкоциты, которые переходятъ въ железистыя пространства тогда, когда молоко образуется, а не когда оно выдѣляется. Лейкоциты эти захватываютъ неупотребленные молочные шарики, раздробляютъ ихъ и выводятъ изъ железы въ лимфатическіе пути ¹⁾.

Относительно *вліянія нервовъ* на отдѣленіе и выдѣленіе молока почти ничего достовѣрнаго неизвѣстно. Ни раздраженіе, ни перерѣзка нервовъ грудной железы не оказывали на молоко никакого вліянія (*Eckhardt, de Sinéty*). Вѣрно то, что сосаніе ребенка и частое опорожненіе грудныхъ железъ вліяютъ на отдѣленіе молока. Учащенное доеніе увеличиваетъ у коровъ общее количество удоя. На такъ называемое *приливаніе молока къ грудямъ* обратилъ вниманіе въ особенности *Kehrer* ²⁾. Черезъ нѣсколько секундъ или, самое большее, черезъ двѣ минуты послѣ приложенія ребенка появляется своеобразное чувство покалыванія и жженія, распространяющееся отъ периферіи груди къ соску. Затѣмъ молоко вытекаетъ изъ обоихъ сосковъ отдѣльными каплями или цѣлой струей. Это обильное истеченіе молока продолжается иногда всего нѣсколько минутъ, а въ другихъ случаяхъ остается на нѣкоторое время по окончаніи кормленія. Кромѣ этой рефлекторной формы обильнаго истеченія молока, встрѣчается еще самопроизвольная форма, появляющаяся черезъ 2--3 часа послѣ послѣдняго кормленія, особенно тогда, когда женщина станеть думать о своемъ ребенкѣ или о предстоящемъ кормленіи грудью (*Kehrer*).

При *актѣ сосанія* грудной ребенокъ примѣняетъ свои ротовыя аппараты въ видѣ насоса. Губы плотно облегаютъ основаніе соска, эригированнаго вслѣдствіе механическаго прикосновенія, и совершенно закрываютъ его отъ внѣшняго воздуха. Затѣмъ вслѣдствіе низведенія нижней челюсти происходитъ разрѣженіе воздуха въ полости рта, такъ что молоко изъ соска стекаетъ по желобобразно приложенному языку въ полость зѣва ³⁾. Послѣ каждаго низведенія челюсти является глотательное движеніе. При этомъ сдавливаніе околососкового кружка губами и челюстями ребенка существенно содѣйствуетъ отсасыванію содержимаго железы ⁴⁾. Слѣдовательно, для сосанія необходима мышечная сила, чѣмъ и объясняется неспособность сосанія у очень слабыхъ дѣтей.

Тѣсная связь между молочными железами и половыми органами выражается не только ростомъ и функционально дѣятельностью этихъ железъ во время беременности и родильнаго періода, но также и въ обратномъ смыслѣ: раздраженіе сосковъ сосаніемъ ребенка вызываетъ маточныя сокращенія, — фактъ, которымъ думали было воспользоваться, — правда, весьма неудачно, — какъ средствомъ для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Съ другой стороны, иногда во время менструаціи, или также при заботѣваніяхъ женской половой сферы, наблюдается незначительное припуханіе грудныхъ железъ съ отдѣленіемъ молозива

¹⁾ *Unger, Virchow's Arch. Bd. 151.*

²⁾ *B. iträge z. vergl. u. experim. Geburtsk. Bd. 1. 1875. -- Wilhelm Leube, Arch. f. Gynäk. Bd. 43.*

³⁾ *Auerbach, Du Bois, Archiv f. Physiologie. 1888.*

⁴⁾ *Karl Basch, Arch. f. Gynäk. Bd. 44.*

даже у дѣвственницъ. Половые возбужденія также могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ незначительное выдѣленіе молозива.

V. Распознавание родильного периода.

Распознавание родильного периода въ большинствѣ случаевъ совершенно ясно уже изъ анамнеза. Лишь тамъ, гдѣ послѣдній отсутствуетъ вовсе или гдѣ мы уже напередъ должны ожидать отъ женщины ложныхъ показаній, какъ, напр., въ судебно-медицинскихъ случаяхъ, намъ приходится основывать діагнозъ исключительно на результатахъ объективнаго изслѣдованія. Чѣмъ меньше прошло времени съ окончанія родовъ, тѣмъ болѣе легкимъ оказывается діагнозъ.

Проходимый для пальца и усѣянный свѣжими надрывами маточный зѣвъ, при увеличенной и сильно искривленной впередъ маткѣ (соединенное изслѣдованіе), широкое влагалыше съ гладкими стѣнками, свѣжія раненія на наружныхъ половыхъ частяхъ, особенно у первородящихъ, и, наконецъ, выдѣленіе послѣродового очищенія дѣлаютъ діагнозъ, по меньшей мѣрѣ, весьма вѣроятнымъ. Если вдобавокъ еще удалось прощупать въ полости матки бугристое мѣсто прикрѣпленія плаценты, то всякое сомнѣніе исчезаетъ. Кромѣ того, нѣкоторое значеніе для діагноза имѣютъ измѣненіе груди, морщинистые вялые брюшные покровы, нѣсколько страдальческое выраженіе и блѣдный цвѣтъ лица.

Время бывшихъ родовъ можетъ быть приблизительно опредѣлено по величинѣ матки, ширины маточнаго зѣва и степени свѣжести родовыхъ раненій. При болѣе долгомъ наблюденіи постепенное уменьшеніе матки также можетъ имѣть діагностическое значеніе.

Діагнозъ, конечно, становится абсолютно, вѣрнымъ, если удалось еще открыть части яйца, напр. остатки плаценты или обрывки отпадающей оболочки, и опредѣлить ихъ посредствомъ микроскопическаго изслѣдованія.

Ткань плаценты распознается по характерной формѣ ворсинокъ chorion'a, а обрывки deciduae—по такъ называемымъ децидуальнымъ клѣткамъ. Тѣмъ не менѣе мы должны указать на то, что и при воспаленіяхъ слизистой оболочки матки безъ беременности находятъ форменные элементы, чрезвычайно похожіе на децидуальныя клѣтки. Относительно этихъ и другихъ анатомическихъ данныхъ, служащихъ для распознаванія протекшей беременности, см. *E. Opitz, Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäk. Bd. 42.*

VI. Дієтетика родильного периода.

1. Уходъ за родильницей.

При томъ громадномъ переворотѣ, которому подвергается подъ вліяніемъ родовъ женскій организмъ, само собою понятно, что у всѣхъ цивилизованныхъ націй родильница служитъ предметомъ особеннаго ухода. Главнѣйшее условіе этого ухода составляетъ покой, какъ тѣлесный, такъ и душевный. Лишь при соблюденіи этого важнаго дієтетическаго фактора можно ожидать нормальнаго заживленія родовыхъ ранъ и удовлетворительнаго обратнаго развитія половыхъ органовъ. При несоблюденіи же этого важнаго условія очень скоро переступается граница патологическаго, по-

тому что вигдѣ фізіологическое и патологическое состоянія не соприкасаются между собою такъ близко, какъ въ родильномъ періодѣ. Плохой уходъ въ родильномъ періодѣ составляетъ одинъ изъ важнѣйшихъ источниковъ гинекологическихъ страданій.

Было бы даже излишне такъ сильно настаивать на этомъ обстоятельстве, почти подразумеваемомъ само собою, если бы еще сравнительно недавно у насъ не было такого времени, когда изъ-за чрезмѣрнаго усердія въ примѣненіи антисептики забывали объ этой важной потребности покоя въ родильномъ періодѣ и пренебрегали имъ почти непостижимымъ въ настоящее время образомъ.

Само собою понятно, что и родильный періодъ должно вести по правиламъ асептики. Но при этомъ забывали, что центръ тяжести послѣродовой асептики лежитъ въ родовомъ актѣ. Если роды велись съ тщательнымъ соблюденіемъ асептики, то можно съ полною увѣренностью разсчитывать на удовлетворительное заживленіе родовыхъ ранъ въ послѣродовомъ періодѣ. Величайшая ошибка при веденіи родовъ состоитъ въ несоблюденіи асептическихъ предосторожностей, а при веденіи родильнаго періода, наоборотъ, въ чрезмѣрно усердномъ примѣненіи асептики, которое мѣшаетъ нормальному заживленію родовыхъ ранъ и удовлетворительному обратному развитію половыхъ органовъ и не принимаетъ въ разсчетъ того, что родильница прежде всего нуждается въ покоѣ.

Поэтому *наблюденіе за дієтетическимъ содержаніемъ родильницы и своевременное распознаваніе начинающихся разстройствъ* должны составлять задачу врача при дієтетическомъ веденіи послѣродового періода.

Родильница должна спокойно лежать въ постели не менѣе 9 дней, а если возможно, то и дольше. Въ первые два дня она должна лежать на спиѣ, а впоследствии она можетъ начать съ осторожностью двигаться и повременамъ ложиться на бокъ. Но принимать въ постели сидячее положеніе, напр. при кормленіи грудью или во время ѣды, или для испусканія мочи, безусловно воспрещается въ первые дни.

Постель родильницы должна стоять въ возможно большой, хорошо провѣтриваемой и умѣренно теплой комнатѣ (температура не выше 14° P.). Затемнять комнату нѣтъ никакой надобности, да это было бы даже нецѣлесообразно. Обильный притокъ свѣжаго воздуха благоприятствуетъ заживленію родовыхъ ранъ и восстановленію силъ. Загрязненныя подстилки и пеленки новорожденного должны быть по возможности скорѣе удалены изъ комнаты родильницы. Одѣяло должно быть болѣе или менѣе теплое, смотря по желанію родильницы. Возбуждать сильное отдѣленіе пота нѣтъ необходимости, да это было бы даже вредно. Подстилки должны защищать постель отъ смачиванія послѣродовымъ очищеніемъ, какъ это дѣлается и во время родовъ.

Всякой умственной работы и всякаго психического возбужденія необходимо избѣгать, особенно въ первую недѣлю. Входъ въ комнату ро-

дильницы можетъ быть дозволенъ, за исключеніемъ врача и сидѣлки, только ближайшимъ родственникамъ, да и то по возможности рѣдко и на короткое время. Хозяйственные заботы должны быть по возможности переданы другому лицу.

Къ сожалѣнію, вѣрно то, что громадное большинство родильницъ, особенно въ болѣе бѣдныхъ классахъ населенія, не въ состояніи выполнять всѣ эти предписанія. Необходимо только стараться достигнуть того, что возможно при данныхъ условіяхъ.

Дѣта должна сообразоваться съ аппетитомъ женщины и ея привычками. Родильница не должна голодать, но и чрезмѣрное откармливаніе ея было бы тоже нецѣлесообразно. Въ первые 3 дня, при небольшомъ обыкновенно аппетитѣ, вообще достаточно давать жидкія пищевыя средства—молоко, супъ, мясной бульонъ съ яйцомъ или безъ него и, смотря по привычкѣ родильницы, кофе съ молокомъ или чай. При болѣе сильномъ аппетитѣ можно также давать бѣлый хлѣбъ и въ незначительномъ количествѣ нѣжное мясо. Съ 4-го дня постепенно начинаютъ давать болѣе плотную пищу, а на 2—3-й недѣль мало по малу переходятъ къ обычной діетѣ. Кормящихъ грудью необходимо питать лучше, чѣмъ не-кормящихъ. Чрезмѣрное обремененіе желудка трудноваримую пищу можетъ повлечь за собою продолжительную потерю аппетита и катарръ кишекъ.

Если въ первые 3 дня не было испражнений, то нужно дать столовую ложку кастороваго масла. Ежедневное испраженіе очень желательно, начиная съ 4-го дня послѣ родовъ, и должно быть въ случаѣ надобности вызываемо клистирами.

Чрезмѣрнаго накопленія мочи слѣдуетъ избѣгать. При задержаніи мочи необходимо сначала попытаться вызвать произвольное мочеиспусканіе прикладываніемъ къ животу влажно-теплыхъ компрессовъ и орошеніемъ наружныхъ половыхъ частей посредствомъ тепловатой воды. Если произвольное мочеиспусканіе все-таки не наступаетъ, то необходимо, при строжайшемъ соблюденіи антисептическихъ предосторожностей, ввести катетеръ. Покрытыя послѣродовымъ очищеніемъ наружныя половыя части сначала вычищаются самымъ тщательнымъ образомъ, и затѣмъ стерилизованный вывариваніемъ катетеръ вводится подъ контролемъ глаза въ обнаженное отверстіе уретры. Если катетеромъ будетъ занесено въ мочевоу пузырь послѣродовое очищеніе, то это почти всегда влечетъ за собою катарръ пузыря. Катетеризація должна быть повторяема черезъ каждые 6—8 часовъ, до тѣхъ поръ, пока родильница не станетъ произвольно испускать мочу.

Большое вниманіе должно быть обращено на *очищеніе половыхъ частей*. Въ первую недѣлю онѣ должны быть по два раза ежедневно орошаемы на подкладномъ суднѣ тепловатымъ растворомъ карболовой кислоты (1 : 100) и послѣ этого вытираться чистою ватой. Ватный шарикъ, или сложенный нѣсколько разъ по длинѣ платокъ изъ выварен-

наго полотна, кладеться затѣмъ предъ наружными половыми частями, чтобы зашити підстилки отъ загрязненія послѣродовымъ очищеніемъ. Загрязненная вата сжигается, полотно вымывается и вываривается въ кипящей водѣ. Такое же очищеніе должно производиться послѣ каждого испражненія. Подстилки замѣняются чистыми по мѣрѣ надобности. Промыванія влагалища при нормальномъ теченіи родильнаго періода излишніи и даже вредны. Употребленіе губокъ въ родильномъ періодѣ безусловно воспрещается, какъ и во время родовъ.

На второй недѣлѣ (не раньше 9-го дня) родильница сначала *встаетъ съ постели* всего на нѣсколько часовъ въ день; но и на 3-й недѣлѣ она должна быть осторожна относительно движеній и, наоборотъ, больше лежать въ постели. До истеченія 4-хъ недѣль она не должна выходить изъ дому, и только теперь ей можно мало по малу принятыся опять за обычную работу. Конституція организма, состояніе общаго питанія и способность противодѣйствія дозволяютъ или даже требуютъ иногда видоизмѣнить эти правила въ томъ или другомъ направленіи.

Въ теченіе первой недѣли врачъ долженъ *ежедневно удостовѣряться насчетъ состоянія родильницы*. Температура должна быть измѣряема два раза ежедневно въ подмышечной впадинѣ; необходимо также слѣдить тщательно за состояніемъ пульса и наблюдать за уровнемъ матки, количествомъ и качествомъ послѣродового очищенія, правильностью испражненій и мочеиспусканія. Напротивъ того, предпринимать внутреннее изслѣдованіе въ первые 8 дней было бы нецѣлесообразно. Оно дѣйствуетъ какъ травма, которая опять надрываетъ недавно еще склеившіяся раны и повреждаетъ уже образовавшіяся грануляціи. Лишь въ томъ случаѣ, когда опредѣленные симптомы указываютъ на какую нибудь аномалію въ ходѣ обратнаго развитія половыхъ органовъ или заживленія родовыхъ ранъ, должно быть произведено внутреннее изслѣдованіе. Наоборотъ, къ концу родильнаго періода всегда необходимо одинъ разъ произвести комбинированное изслѣдованіе, чтобы удостовѣриться, нормально-ли совершилось обратное развитіе матки и имѣеть-ли она правильное положеніе, или же существуютъ какія нибудь неправильности.

Уходъ за родильницей обыкновенно поручается повивальной бабкѣ, которая вела роды. Но и въ родильномъ періодѣ, какъ во время родовъ, очень желателенъ врачебный контроль. Еще болѣе цѣлесообразно, чтобы уходъ за родильницей былъ порученъ хорошо вышколенной сидѣлкѣ, которая подъ руководствомъ врача выполняетъ всѣ необходимыя манипуляціи, между тѣмъ какъ повивальная бабка должна по окончаніи родовъ совсѣмъ оставитъ родильницу. Въ самоцѣлѣ, уже въ интересахъ асептики, конечно, очень желателно, чтобы повивальная бабка никогда вообще не приходила въ соприкосновеніе съ послѣродовымъ очищеніемъ, а тѣмъ болѣе съ заболѣвшими родильницами.

Въ нѣкоторыхъ странахъ, напр. въ Англіи, существуетъ обычай крѣпко забинтовывать живогъ родильницы. Этимъ поддерживается тонусъ брюшной мускулатуры и предотвращается остающееся иногда, въ особенности у многородящихъ, разслабленіе брюшныхъ покрововъ.

2. Дієтетика кормлення грудью.

Каждая родильница должна, если только возможно, сама кормить своего ребенка грудью. Первое приложеніе ребенка къ груди должно послѣдовать послѣ того, какъ родильница отдохнула нѣсколько часовъ и новорожденный пробудился отъ перваго своего сна, т. е. примѣрно черезъ 6—8 или, самое большее, черезъ 12 часовъ послѣ родовъ. Первородящая нуждается въ наставленіи опытной женщины при первомъ прикладываніи ребенка къ груди.

Груди должвы употребляться для кормленія поочередно, и притомъ каждый разъ нужно давать новорожденному только одну грудь. Передъ каждымъ прикладываніемъ ребенка къ груди родильница должна тщательно вымыть свои руки, чтобы какъ-нибудь не перенесла микробовъ или лохій на соски. То же самое должны продѣлать и всѣ ухаживающіе. Сосокъ никогда не долженъ захватываться нечистыми руками, такъ какъ при этомъ легко можетъ произойти зараженіе столь частыхъ въ первое время родильнаго періода небольшихъ дефектовъ верхней кожицы соска, особенно когда руки загрязнены послѣродовымъ очищеніемъ. Поэтому необходимо тщательно очищать сосокъ тряпочкой, смоченной въ чистой водѣ; точно также и ротъ ребенка долженъ до и послѣ кормленія осторожно вытираться другою тряпочкой. Послѣ кормленія груди покрываются чистымъ платкомъ, который мѣняется всякій разъ, лишь только онъ промачивается молокомъ. Прикладываніе ребенка къ груди должно повторяться черезъ совершенно опредѣленные промежутки времени, а именно днемъ черезъ каждые 3 часа, у болѣе слабыхъ черезъ каждые 2 часа, ночью черезъ 4 часа. Дѣти, приученныя къ порядку въ получепіи пищи, развиваются лучше. Продолжительность каждаго кормленія опредѣляется самимъ ребенкомъ: насытившись, онъ выпускаетъ сосокъ изъ рта и засыпаетъ.

Въ первые 3 дня, когда отдѣленіе грудныхъ железъ еще невелико, новорожденный ребенокъ получаетъ, конечно, не очень много пищи. Но все-таки было бы нецѣлесообразно давать новорожденному ребенку до 4-го дня какую-либо другую пищу параллельно съ грудью, а тѣмъ болѣе исключительно. Прибавленіе въ всѣхъ при такихъ условіяхъ идетъ менѣе удовлетворительно, и отдѣленіе грудныхъ железъ развивается еще медленно. Кромѣ того, молозиву, въ виду болѣе значительнаго содержанія въ немъ солей, приписывается слабительное дѣйствіе въ смыслѣ болѣе скорого изверженія первороднаго кала изъ кишечника.

Кормленіе ребенка самою матерью должно быть воспрещено, если она страдаетъ бугорчаткой, остеомаляціей, болѣзною почекъ, эпилепсіей или душевной болѣзною. Но и при наслѣдственномъ предрасположеніи къ бугорчаткѣ большинство врачей—конечно, съ полнымъ основаніемъ—не совѣтуетъ матери кормить грудью своего ребенка, такъ какъ во время кормленія часто именно и обнаруживается бугорчатка. При острыхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ матери точно также необходимо

питать ребенка другою пищею. При плохихъ соскахъ слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ, сдѣлать попытку кормленія самою матерью. (О кормленіи грудью при сифилисѣ см. въ Патологіи беременности).

Если родильница не кормитъ сама своего ребенка, то обыкновенно на 3—5-й день припуханіе и напряженіе грудныхъ железъ увеличивается въ очень непріятной степени. Нерѣдко въ это время обращаются къ врачу съ просьбою удалить застоявшееся молоко, или оказывается, что повивальная бабка или сидѣлка уже собственною властью пытались при помощи выжиманія или молочнаго насоса устранить вредное, по мнѣнію профановъ, накопленіе молока. Конечно, это въ высшей степени нерационально, такъ какъ опорожненіе грудныхъ железъ, наоборотъ, даже способствуетъ дальнѣйшему отдѣленію молока. Слѣдуетъ, напротивъ того, оставить груди совершенно въ покоѣ, нѣсколько подвязать ихъ и покрыть ватою. Ограниченная дієта и обильное послабленіе на низъ благоприятствуютъ всасыванію молока, такъ что черезъ 2—3 дня припухлость грудей и связанная съ нею непріятныя ощущенія совершенно исчезаютъ.

Большого сожалѣнія заслуживаетъ тотъ фактъ, что многія матери изъ болѣе обезпеченныхъ классовъ общества, особенно обитательницы городовъ и столицъ, вскармливаютъ своего новорожденного ребенка не собственною грудью, а другими способами. Нѣкоторыя изъ этихъ матерей вообще совсѣмъ не желаютъ кормить грудью. Любовь къ собственному комфорту, суетность и разныя дѣловыя соображенія побуждаютъ ихъ къ этому противоестественному рѣшенію. Но очень многія матери желали бы исполнять материнскую обязанность и однако по своему физическому здоровью не въ состояніи этого сдѣлать. У нѣкоторыхъ количество отдѣляемаго молока уже съ самаго начала слишкомъ незначительно, такъ что, если даже и была сдѣлана попытка кормленія, приходится рано или поздно отнять ребенка отъ груди по причинѣ недостаточности доставляемаго молока. У другихъ отдѣленіе молока хотя и обильно, но очень скоро появляется истощеніе, которое заставляетъ въ интересахъ матери прекратить кормленіе грудью.

Главнѣйшія причины этого печальнаго явленія лежатъ въ извращенномъ образѣ жизни болѣе обезпеченныхъ классовъ общества, благодаря чему уже у дѣвицъ, едва достигшихъ возмужалаго возраста, легко развиваются хроническая анемія и общая нервозность, а также въ несомнѣнно наблюдаемомъ *унаследованіи неспособности къ кормленію грудью* и недостаточности отдѣленія молока особенно у такихъ женщинъ, которыя уже съ самаго начала отказываются отъ попытки усилить отдѣленіе грудныхъ железъ прикладываніемъ ребенка. Поэтому каждой родильницѣ, у которой нѣтъ прямыхъ противопоказаній, врачъ обязанъ рекомендовать, чтобы она, если только возможно, сама кормила своего ребенка грудью или, *въ случаѣ необходимости, прикармливала его другою пищею*. Можно только согласиться съ *Fehling*'омъ ¹⁾, когда онъ высказываетъ убѣжденіе, что, систематически совѣтуя всѣмъ здоровымъ женщинамъ кормить своихъ дѣтей грудью, навѣрно удастся черезъ нѣсколько поколѣній, опять сдѣлать женскій полъ болѣе пригоднымъ для этого дѣла.

Наконецъ, недостаточное развитіе сосковъ и неправильная форма ихъ, зависящая большею частью отъ *противоестественнаго* одѣванія грудной клѣтки въ корсетъ, могутъ и при достаточномъ отдѣленіи молока сдѣлать невозможнымъ кормленіе грудью.

¹⁾ Die Physiologie u. Pathologie d. Wochenbettes. II Auflage 1897.

VII. Состояніе ребенка въ первые дни жизни.

Кромѣ развитія легочнаго дыханія и измѣненія кровообращенія, которыя происходятъ въ первые моменты жизни новорожденнаго, мы встрѣчаемъ въ первые дни жизни ребенка еще нѣкоторыя другія явленія, заслуживающія вниманія ¹⁾).

Наиболѣе важнымъ изъ нихъ представляется *отпаденіе пуповины*. Исключенный изъ кровообращенія остатокъ пупочнаго канатика умираетъ и, въ качествѣ инороднаго тѣла, отторгается путемъ реактивнаго воспаления, развивающагося на очень богатомъ сосудами основаніи пупка.

Умираніе остатка пуповины совершается обыкновеннымъ путемъ мумификаціи; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, да и то обыкновенно лишь при плохомъ уходѣ за пупкомъ, наступаетъ гангрена, обнаруживающаяся зловоннымъ запахомъ. Отпаденіе остатка пуповины происходитъ между 5-мъ и 7-мъ днями послѣ родовъ. Затѣмъ остается слегка гранулирующая рана, которая на 12—15-й день закрывается. Въ то же время пупочная рана, благодаря сморщиванію внутрибрюшной части сосудовъ пуповины, втягивается нѣсколько внутрь, вслѣдствіе чего и образуется пупочная ямка.

Слѣдовательно, каждый новорожденный ребенокъ имѣетъ на своемъ тѣлѣ рану, а потому и здѣсь существуетъ возможность появленія тѣхъ болѣзней, которыя обуславливаются зараженіемъ ранъ. И дѣйствительно, въ до-антисептическія времена очень нерѣдко встрѣчались въ родильныхъ домахъ смертельныя заболѣванія пупка, появившіяся обыкновенно цѣлыми группами.

Съ 3—4-го дня обыкновенно замѣчается отрубовидное или властинчатое *слущиваніе эпидермиса*, закапчивающееся спустя 5—6 дней.

Приблизительно у 80% всѣхъ новорожденныхъ дѣтей появляется со 2-го дня слегка *желтушное окрашиваніе* кожи, которое всего яснѣе бываетъ выражено на груди, на лбу и на кончикѣ носа. Интенсивность желтой окраски бываетъ весьма различна. Если она сильно выражена, то соединительныя оболочки глазъ и почти всѣ внутренніе органы также окрашены въ желтый цвѣтъ. Продолжительность этой желтухи бываетъ различна, смотря по силѣ окрашиванія; она исчезаетъ среднимъ числомъ черезъ 3—4 дня, а въ другихъ случаяхъ лишь къ концу второй недѣли. Недоношенные дѣти, а равно и такія, которыя родились въ тазовомъ положеніи, заболѣваютъ желтухой сравнительно чаще и въ болѣе сильной степени. Эта желтая окраска представляетъ настоящую гепатогенную желтуху. Красящее вещество желчи и желчныя кислоты были съ положительностью обнаружены въ мочѣ, а послѣднія, кромѣ того, еще въ перикардіальной жидкости [*Birch-Hirschfeld, Halberstam* ²⁾].

Интересно то наблюденіе, что сильно-желтушные дѣти въ первые дни жизни

¹⁾ Runge, Die Krankheiten der ersten Lebenstage. 2 Aufl. 1893.

²⁾ Beiträge z. Lehre v. Icterus. Dissertation. Dorpat 1885.

прибавляются въ вѣсѣ болѣе медленно, чѣмъ другія. Кромѣ того, *Hofmeister* ¹⁾ доказалъ, что при желтухѣ новорожденныхъ происходитъ болѣе сильное и продолжительное выдѣленіе мочевины и мочевоы кислоты. Слѣдовательно, при желтухѣ существуютъ болѣе неблагопріятныя условія питанія, чѣмъ у дѣтей не желтушныхъ.

Для объясненія желтухи новорожденныхъ были предложены многочисленныя и отчасти весьма сложныя гипотезы. Болѣе чѣмъ вѣроятно, что желтуха происходитъ вслѣдствіе всасыванія желчи изъ первороднаго гала толстой и прямой кишки. Незакрытый въ первые дни жизни *ductus venosus Arantii* обусловливаетъ то, что переполненная составными частями желчи кровь, не проходя чрезъ печень, доставляется непосредственно къ сердцу и изъ него попадаетъ въ ткани. Всасываніе начинается лишь съ усиленіемъ кишечной перистальтики послѣ рожденія ребенка ²⁾.

На 3—4 день появляется почти у всѣхъ новорожденныхъ обоого пола легкое *припуханіе грудныхъ железъ*. При давленіи вытекаетъ изъ нихъ незначительное количество жидкости, которая въ химическомъ и морфологическомъ отношеніяхъ представляетъ всѣ свойства молозива. Припухлость грудныхъ железъ и отдѣленіе изъ нихъ достигаютъ своей наивысшей точки обыкновенно къ концу первой недѣли и затѣмъ медленно уменьшаются.

Въ первые 2—3 дня выдѣляется изъ задняго прохода *первородный калъ* (*meconium*), а затѣмъ *испражненія* мало по малу принимаютъ при кормленіи ребенка женскимъ молокомъ свѣтло-желтый цвѣтъ и кашцеобразную консистенцію. Испражненія повторяются 3—4 раза въ день и имѣютъ не каловой, а слегка кисловатый запахъ.

Выдѣленная *моча* ³⁾ имѣетъ свѣтлый цвѣтъ, низкій удѣльный вѣсъ (1006) и содержитъ обычныя составныя части, а иногда также немного бѣлка. На смоченныхъ мочею пеленкахъ или на крайней плоти новорожденнаго перѣдко оказываются небольшія количества желто-красноватаго порошка, особенно въ концѣ первой недѣли. Этотъ порошокъ, окрашенный пигментомъ въ красный цвѣтъ, состоитъ изъ *мочевоы кислоты*, которая въ первые дни жизни ребенка часто выполняетъ прямыя мочевоы каналы (*мочекислый инфарктъ*) и извергается наружу, благодаря постепенно увеличивающемуся отдѣленію мочи.

Наблюдаемый почти во всѣхъ случаяхъ красный цвѣтъ инфаркта зависитъ отъ билирубина. Образованіе мочекислаго инфаркта объясняютъ обыкновенно малой энергіей процессовъ окисленія въ первые дни жизни, вслѣдствіе чего бѣлковыя вещества лишь отчасти превращаются въ легко-растворимую мочевицу, а также недостаточнымъ введеніемъ жидкости въ первые 3—4 дня жизни.

У всѣхъ новорожденныхъ дѣтей вѣсъ тѣла падаетъ до 3—4-го дня жизни среднимъ числомъ на 220 грм. На 8—10-й день обыкновенно опять достигается первоначальный вѣсъ. У недоношенныхъ дѣтей это паденіе вѣса бываетъ болѣе значительное, чѣмъ у доношенныхъ, а при

1) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 8.—*Reusing*, *ibid.* Bd. 33.

2) См. *Schreiber*, Berlin. klin. Wochenschr. 1895. № 25.

3) *A. Martin* u. *C. Ruge*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankheiten, p. 273.—*Reusing*, l. c.

искусственномъ вскармливаніи — болѣе значительное, чѣмъ при кормленіи грудью. У искусственно-вскармливаемыхъ недоношенныхъ дѣтей потеря вѣса оказывается наибольшей.

Это паденіе вѣса лишь отчасти можетъ быть объяснено выдѣленіемъ первороднаго кала и мочи, образованіемъ сыровидной смазки и засыханіемъ пупочнаго канатика (все вмѣстѣ составляетъ около 100 грм.); наоборотъ, важную роль здѣсь играетъ то обстоятельство, что въ первые дни жизни ребенокъ получаетъ лишь сравнительно мало пищи изъ грудныхъ железъ, отдѣляющихъ въ это время только молозиво. У тѣхъ животныхъ, у которыхъ грудныя железы послѣ родовъ начинаютъ очень сильно функционировать, потеря вѣса новорожденныхъ почти или даже совсѣмъ отсутствуетъ. Затѣмъ большое значеніе для вѣсовыхъ отношеній новорожденнаго ребенка имѣютъ роль питаніе самой женщины, кормящей грудью.

VIII. Дієтетика ребенка.

1. Обція предписанія.

Для правильнаго физическаго развитія новорожденнаго ребенка чрезвычайно важное значеніе имѣютъ заботы о самомъ тщательномъ *соблюденіи чистоты*. Ребенка необходимо одинъ разъ ежедневно купать въ ваннѣ (28° R.), лучше всего утромъ, причеиъ глаза опять-таки должны вытираться особой водой. Какъ только ребенокъ запачкался мочей или каломъ, необходимо переиѣнить пеленки и обмыть загрязненныя части тѣла.

Перевязка пупка должна переиѣняться ежедневно послѣ ванны, а при смачиваніи мочей — еще чаще. При этомъ особенное вниманіе должно быть обращено на чистоту рукъ и перевязочныхъ матеріаловъ. Соприкосновеніе пупка съ послѣродовымъ очищеніемъ можетъ повести къ тяжелымъ, даже смертельнымъ заболѣваніямъ, происходящимъ вѣдствие зараженія раны. Если уходъ за ребенкомъ и матерью въ послѣродовомъ періодѣ лежитъ на обязанности одного и того же лица, то считается за правило всегда начинать съ ребенка и только затѣмъ уже производить обмываніе половыхъ частей матери. Послѣ отпаденія пупочнаго канатика кладутъ на рану небольшой кусокъ ваты, намазанной вазелиномъ.

Безусловно необходимо, чтобы врачъ при каждомъ посѣщеніи родильницы лично контролировалъ также состояніе ребенка и особенно — *пупочной раны*, а не полагался въ этомъ отношеніи всецѣло на повивальную бабку или на сидѣлку.

Желтуха и припуханіе грудныхъ железъ не требуютъ никакого леченія. Удалять содержимое грудныхъ железъ выдавливаніемъ нецѣлесообразно, такъ какъ и при этомъ легко можетъ развиваться воспаленіе ихъ (*mastitis*). Слабыхъ или недоношенныхъ дѣтей необходимо въ первую недѣлю жизни помѣщать въ согрѣвательную ванночку.

2. Естественное кормленіе ребенка ¹⁾.

Новорожденный ребенок всего лучше развивается при кормленіи грудью матери, если только родильница может давать достаточно молока. Правила для кормленія уже указаны въ дієтетикѣ родильнаго періода. Но здѣсь мы еще разъ должны обратить вниманіе на необходимость опредѣленнаго порядка въ кормленіи грудью и осторожнаго очищенія рта грудного ребенка до и послѣ кормленія. Когда ребенокъ напился досыта, онъ долженъ быть положенъ въ кроватку, и именно въ положеніи на боку, для того чтобы молоко, нерѣдко послѣ кормленія вытекающее обратно въ незначительномъ количествѣ, могло изливаться изо рта въ сторону и не попадало въ гортань. Такъ называемыя соски, которыми неразумныя матери или няньки затыкаютъ ротъ ребенку для его успокоенія, не должны быть употребляемы въ виду неизбежнаго при этомъ загрязненія полости рта.

Что ребенокъ *хорошо развивается физически*, т. е. что онъ получаетъ достаточно пищи и употребляетъ ее надлежащимъ образомъ, это узнаютъ прежде всего по тому, что онъ послѣ кормленія успокаивается, засыпаетъ и только спустя нѣсколько часовъ опять обнаруживаетъ свою потребность въ пищѣ беспокойствомъ или крикомъ. Кромѣ того, важными признаками служатъ регулярное и обильное смачиваніе пеленокъ мочою, нормальная консистенція и окраска испражнений, затѣмъ увеличивающаяся округлость и напряженность членовъ, замѣчаемая послѣ того, какъ выравнилась первоначальная потеря вѣса, далѣе — напряженіе кожи, отсутствіе въ ней складокъ и наконецъ прибавленіе вѣса. Это послѣднее должно, начиная съ 8—10-го дня, составлять около 20—30 грм. ежедневно въ первые 4 мѣсяца жизни.

3. Кормленіе грудью кормилицы.

Если родильница не можетъ, не должна или не желаетъ сама кормить своего ребенка, то наилучшимъ средствомъ для питанія новорожденнаго оказывается въ такомъ случаѣ молоко *кормилицы*. При выборѣ кормилицы предстоитъ рѣшить прежде всего два вопроса: *здоровали ли данная женщина* и можетъ-ли она давать молоко *нормальнаго качества и въ обильномъ количествѣ*.

Тщательное *изслѣдованіе* всего тѣла съ головы до пятокъ даетъ отвѣтъ на первый вопросъ. Анамнезъ въ большинствѣ случаевъ ненадеженъ. Изъ болѣзней всего больше слѣдуетъ бояться *сифилиса* и *бугорчатки*. Одного уже подозрѣнія объ этихъ болѣзняхъ достаточно, чтобы забраковать кормилицу. Другія болѣзни, острия или хроническія, а именно воспаленіе грудныхъ железъ, пороки сердца, эпилепсія, точно также заставляютъ забраковать кормилицу.

¹⁾ *Biedert*, Die Kinderernährung im Säuglingsalter. 4 Auflage 1900 u. Lehrb. d. Kinderkrankh. 1894.

При *изслѣдованіи грудныхъ железъ* необходимо удостовѣриться, здоровы-ли соски и могутъ-ли они удобно захватываться ребенкомъ. При давленіи должно изъ нихъ вытекать молоко струею. Очень жирныя груди обыкновенно даютъ меньше молока, чѣмъ груди среднихъ размѣровъ и бѣдныя жиромъ. Нѣтъ надобности опредѣлять составъ молока, такъ какъ физиологическія колебанія въ составѣ весьма значительны. Существуетъ немало примѣровъ того, что дѣтьми хорошо переносилось молоко, отличающееся по своему составу отъ нормальнаго. ¹⁾ Можно вполне удовлетвориться слѣдующими свѣдѣніями: Очень бѣлое молоко указываетъ на большое обиліе жира. Синеватое молоко болѣе водянисто. Капля молока, налитая на ноготь пальца, должна при легкомъ движеніи послѣдняго сохранять свою форму. Если же она быстро расплывается, то это означаетъ, что молоко очень водянисто. При микроскопическомъ изслѣдованіи молоко должно содержать очень много молочныхъ шариковъ, тогда какъ тѣльца молозива по прошествіи 10—14 дней должны въ немъ уже отсутствовать. Молоко должно имѣть щелочную реакцію. Лучшимъ пробнымъ камнемъ для опредѣленія качества молока кормилицы служить, конечно, состояніе питанія ея собственнаго ребенка, который поэтому и долженъ быть подвергнутъ тщательному изслѣдованію. Если имѣется выборъ изъ числа нѣсколькихъ здоровыхъ кормилицъ съ обильнымъ отдѣленіемъ молока, то слѣдуетъ предпочесть многорожавшую, деревенскую жительницу и возрастъ отъ 20 до 25 лѣтъ.

Желательно, но не безусловно необходимо, чтобы кормилица разрѣшилась отъ бремени за 4—6 недѣль раньше той женщины, ребенка которой она должна будетъ кормить своею грудью. Удовлетворительное развитіе ребенка кормилицы по истеченіи означеннаго срока свидѣтельствуетъ о хорошемъ молокѣ и о томъ, что послѣднее всегда отдѣляется въ достаточномъ количествѣ. Кромѣ того, отнятіе отъ груди по истеченіи означеннаго срока уже не такъ опасно для здоровья ребенка кормилицы, какъ въ первыя недѣли его жизни,—обстоятельство, которое въ глазахъ гуманнаго человѣка, конечно, всегда будетъ имѣть значеніе. Родильницы въ первые 14 дней послѣ родовъ не годятся въ кормилицы, такъ какъ въ это время еще не успѣло достаточно подвинуться обратное развитіе половыхъ органовъ.

Нѣкоторые авторы придають болѣе важное значеніе опредѣленію удѣльнаго вѣса молока кормилицы и количества содержащагося въ немъ жира. Послѣднее опредѣляется особыми инструментами, напр. лактобутирометромъ *Marchand'a*.

Иногда у кормилицы, имѣвшей во время ея изслѣдованія вращемъ хорошее и обильное молоко, послѣднее современемъ пропадаетъ или измѣняется въ своемъ качествѣ подъ вліяніемъ непривычной пищи. Кормилица должна употреблять вообще ту же самую пищу, къ которой она привыкла раньше, но съ прибавленіемъ нѣкотораго количества бѣлковыхъ веществъ и обильнаго питья. Очень жирная пища дѣйствуетъ вредно,

¹⁾ Thiemich, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 9.

такъ какъ она часто уменьшаетъ отдѣленіе молока. Кормилица никогда не должна брать ребенка для кормленія грудью къ себѣ на кровать, а, наоборотъ, всегда должна для этого сама вставать съ постели. Чистоплотность и свѣжій воздухъ также и для нея имѣютъ значеніе (ванны, моціонъ). Не необходимо по мѣрѣ силъ оберегать отъ заболѣваній, а особенно отъ всякой возможности приобрѣсти сифились. При вскармливаніи ребенка кормилицей должны быть соблюдаемы тѣ же правила, которыя были нами даны для матери въ дієтетикѣ родильнаго періода.

4. Искусственное вскармливаніе.

Если не имѣется возможности дать новорожденному ребенку кормилицу, или если родители его, какъ это бываетъ нерѣдко, отказываются взять для него кормилицу, то остается прибѣгнуть къ *искусственному вскармливанію*, для котораго мы прежде всего предпочитаемъ молоко животныхъ. Съ этою цѣлью примѣняли козье, кобылье и осличино молоко; но въ нашихъ странахъ практически важное значеніе имѣетъ только *коровье молоко*.

Составъ коровьяго молока столь же разнообразенъ, какъ и составъ женскаго, особенно по содержанію жира. Но коровье молоко всегда отличается гораздо большимъ содержаніемъ бѣлка, гебр. казеина.

Составъ

коровьяго молока	по Biedert'у ¹⁾ :	женскаго молока
бѣлокъ (казеинъ) = 4 (3—5) %		1,9 (1,1—2,7) %
жиръ = 3,5—4 %		3,1 (2—7) %
молочный сахаръ = 5 %		5,0 (3,2—6,2) %
соли = 0,71 %		0,170 %

Для того чтобы сдѣлать коровье молоко пригоднымъ для кормленія новорожденнаго ребенка, слѣдуетъ его сдѣлать по составнымъ его частямъ возможно болѣе схожимъ съ женскимъ молокомъ, а также освободить его отъ вредныхъ зародышей. Для удовлетворенія перваго требованія богатое казеинномъ коровье молоко разбавляютъ кипяченою водою или, особенно при наклонности къ поносу, овсяною или ячменною слизью.

Въ первомъ мѣсяцѣ берутъ 1 ч. молока на 3 чч. воды, во второмъ мѣсяцѣ 1:2, въ четвертомъ мѣсяцѣ 1:1. Къ разбавленному такимъ образомъ молоку прибавляютъ небольшое количество молочнаго или тростниковаго сахара (примѣрно на кончикѣ ножа— для каждаго раза). Эту смѣсь употребляютъ въ обыкновенныхъ случаяхъ. Но если ребенокъ, получающій ее, не развивается, то выбираютъ другое отношеніе воды и молока. Каждый ребенокъ обладаетъ индивидуальными особенностями пищеваренія, къ которымъ необходимо приравливаться. Многія дѣти переносятъ неразбавленное молоко даже начиная съ 1-го мѣсяца.

¹⁾ Lehrbuch d. Kinderkrankheiten. 1894.

Но, несмотря на этотъ способъ обработки, коровье молоко никогда не можетъ быть равноцѣнно женскому, потому что казеинъ коровьяго молока имѣетъ другія химическія свойства, чѣмъ казеинъ женскаго молока.

Другое неудобство состоитъ въ томъ, что содержаніе жира сильно уменьшается отъ разбавленія молока водою.

Процедура, которую должно продѣлать молоко съ момента выхода своего изъ вымени и до того момента, когда оно преподносится грудному ребенку, дѣлаетъ для насъ совершенно понятнымъ, что въ молоко могутъ попадать многочисленные микробы, которые способствуютъ его разложенію или вызываютъ заболѣванія грудного ребенка. Если молоко вдобавокъ еще происходитъ отъ коровы, страдающей жемчужною болѣзью, то ребенку легко можетъ быть передана бугорчатка.

Поэтому коровье молоко должно даваться грудному ребенку только въ *прокипяченномъ* видѣ, въ смѣси съ *отварной водою* и въ совершенно *чистыхъ аппаратахъ*. Всего вѣрнѣе *разложеніе молока предупреждается стерилизованіемъ его посредствомъ продолжительнаго кипяченія*, хотя и это все-таки далеко еще не гарантируетъ полного освобожденія молока отъ микроорганизмовъ ¹⁾. Наибольше употребителейъ аппаратъ для кипяченія молока, предложенный *Soxhlet'омъ* ²⁾. Суточное количество соотвѣтственно разбавленнаго молока разливается въ порціонныя стеклянки, которыя затѣмъ закупориваются и въ продолженіе 40 минутъ нагрѣваются на водяной банѣ до температуры кипѣнія. Стеклянки послѣ этого сохраняются закупоренными въ пространство, имѣющее температуру по возможности ниже 18° Ц. Для каждаго раза нагрѣваютъ одну закупоренную стеклянку, затѣмъ вынимаютъ пробку и надѣваютъ на горлышко резиновый сосокъ, предварительно стерилизованный кипяченіемъ. Стерилизованное такимъ образомъ молоко не слѣдуетъ сохранять дольше одного дня. Результаты кормленія молокомъ, достигаемые при помощи этого *Soxhlet'*овскаго аппарата, вообще очень хороши.

Во многихъ большихъ городахъ продается уже готовое обезпложенное молоко.

Мы не можемъ умолчать о томъ, что немногія новорожденныя дѣти плохо растутъ при вскармливаніи обезпложеннымъ молокомъ. Катарръ кишекъ, правда, отсутствуетъ, но ассимиляція происходитъ несовершенно. Что продолжительное дѣйствіе высокой температуры при стерилизаціи молока измѣняетъ его химически, это несомнѣнно, хотя измѣненіе состава стерилизованнаго молока наступаетъ по большей части лишь спустя нѣсколько дней ³⁾.

Порядокъ при искусственномъ вскармливаніи долженъ соблюдаться съ такою же пунктуальностью, какъ при вскармливаніи грудью. Опрятное содержаніе ребенка въ первомъ случаѣ, по меньшей мѣрѣ, столь же необходимо, какъ и во второмъ. Очень большое вниманіе необходимо обращать на тщательную чистку рожка и особенно соски. Послѣдняя должна быть послѣ каждаго употребленія выворочена на изнанку, вычищена щеткой и затѣмъ сохраняется въ чашкѣ съ водою.

¹⁾ *Flügge*, Zeitschrift. f. Hygiene Bd. 17.

²⁾ *Münch. med. Wochenschr.* 1886.

³⁾ См. *Renk*, Arch. f. Hygiene. Bd. 17.—*Baginsky*, Berlin. klin. Wochenschr. 1894.

Результаты вскармливания коровьим молокомъ, несмотря на стерилизацію его, менѣе благопріятны, чѣмъ при вскармливаниі грудью: дѣти въ первые мѣсяцы развиваются физически вообще менѣе удовлетворительно и обладаютъ меньшею сопротивляемостью по отношенію къ заболѣваніямъ.

Если мать не имѣетъ молока въ достаточномъ количествѣ, но все-таки способна въ остальныхъ отношеніяхъ къ дѣлу кормленія грудью, то очень выгодно *соединить естественное кормленіе съ искусственнымъ*. Ребенокъ получаетъ, напр., 3—4 раза въ сутки грудь (особенно ночью), а въ промежуточное время—стерилизованное коровье молоко.

Неоднократно старались вознаградить не безразличное для питанія ребенка уменьшеніе содержанія жира, обусловленное разбавленіемъ молока. *Biedert* предложилъ свою *сливочную смѣсь* ¹⁾. Богатыя жиромъ и бѣдныя казеиномъ сливки коровьяго молока смѣшиваются съ водою и сахаромъ, а въплѣдствіи также съ молокомъ въ опредѣленныхъ количествахъ. Проще примѣнять основанную на тѣхъ же принципахъ т. н. «искусственную сливочную смѣсь» *Biedert's*. Употребленіе искусственной и естественной сливочной смѣси давало хорошіе результаты. Особенно хороши эти препараты въ такихъ случаяхъ, когда приходится въ виду появляющихся у ребенка разстройствъ пищеваренія пріостановить на время употребленіе коровьяго молока.

Въ *Gärtner*'овскомъ *жирномъ молокѣ* ²⁾ уменьшеніе содержанія казеина достигается тоже прибавленіемъ воды, но посредствомъ центрифугированія молока сохраняется нормальное содержаніе жира. Сообщены хорошіе результаты при вскармливаниі этимъ препаратомъ. *Bachhaus* ³⁾ осаждаетъ часть казеина сычужнымъ ферментомъ, превращаетъ другую часть его въ альбуминъ (лактопротеинъ) и сохраняетъ нормальное содержаніе жира посредствомъ центрифугированія. Такимъ образомъ онъ получаетъ молоко, содержащее около 1% казеина, 1% альбумина и нормальное количество жира. *Bachhaus*'овское молоко дается стерилизованнымъ. Опыты съ этимъ молокомъ въ Геттингенской гинекологической клиникѣ дали хорошіе результаты относительно прибавленія вѣса. Испражненія при вскармливаниі этимъ препаратомъ имѣютъ большое сходство съ испражненіями дѣтей, вскармливаемыхъ грудью. — Относительно послѣднихъ двухъ препаратовъ еще необходимы дальнѣйшія наблюденія, равно какъ относительно другихъ способовъ стерилизаціи и относительно молочныхъ смѣсей, о которыхъ много говорилось въ послѣднее время ⁴⁾.

Къ другимъ препаратамъ искусственныхъ пищевыхъ средствъ, — этихъ дѣтскихъ, происшедшихъ изъ союза науки съ коммерціей (*Biedert*), — которые теперь повсюду рекомендуются въ большомъ числѣ, слѣдуетъ относиться съ *осторожностью*. Во всякомъ случаѣ, до сихъ поръ, несмотря на всѣ рекламы, мы не знаемъ ни одного препарата, который дѣйствительно могъ бы замѣнить молоко матери или кормилицы. Это особенно относится къ препаратамъ «дѣтской муки», въ томъ числѣ также къ мукѣ *Nestlé*, которые содержатъ слишкомъ много крахмала. Между тѣмъ новорожденный ребенокъ можетъ переваривать крахмаль- лишь весьма несовершенно [*Zweifel* ⁵⁾].

1) Die Kinderernährung im Säuglingsalter. 4. Aufl. 1900.

2) Die Fettmilch als Nahrung für Säuglinge u. Kranke. Wien 1895.

3) Berl. klin. Wochenschr. 1895. № 26.

4) См. *Biedert*, Die Kinderernährung etc. 1900. — *Baginsky*, Lehrb. d. Kinderkrankh. 6. Auflage. 1899. стр. 32 ff.

5) Untersuchungen über den Verdauungsapparat der Neugeborenen. 1874. — *Heubner*, Berl. kl. Wochenschr. 1895. № 10.

Наилучшею пищею для грудного ребенка всегда остается *молоко матери*, а *лучшимъ суррогатомъ* этого послѣдняго—молоко *хорошей кормилицы*.

Если *нельзя имѣть женскаго молока*, то въ практикѣ наилучшимъ изъ *всѣхъ методовъ* искусственнаго вскармливанія пока еще остается употребленіе *молока, стерилизованнаго* въ аппаратѣ *Soxhlet'a*. Если при вскармливаніи *коровьимъ молокомъ* обнаруживаются у ребенка *разстройства пищеваренія*, то очень полезно перейти на нѣкоторое время къ употребленію *сливочныхъ консервовъ Biedert'a*. Недостаточно опрятное содержаніе *аппаратовъ* при искусственномъ вскармливаніи всегда *наказывается разстройствами пищеваренія*, которыя, особенно *лѣтомъ*, могутъ *сдѣлаться чрезвычайно опасными* для жизни новорожденнаго ребенка.

Акушерскія операціи.

I. Введеніе.

Многочисленныя и разнообразныя терапевтическія сокровища акушерства отчасти заимствованы изъ другихъ отраслей медицины, именно изъ гигиены, діететики, фармакологіи и хирургіи, а отчасти образуютъ отдѣльную группу *механическихъ пособій*, специально свойственныхъ акушерству; это суть именно *акушерскія операціи*, которыя, за немногими исключениями, имѣютъ задачей удаленіе плода изъ утробы матери.

При первомъ же взглядѣ намъ бросаются въ глаза замѣтныя отличія отъ хирургическихъ операцій. Хирургъ имѣетъ то преимущество, что онъ почти всегда можетъ контролировать глазомъ весь ходъ своей операціи. Между тѣмъ, акушеръ контролируетъ свои операціи преимущественно *чувствомъ осязанія*. Но такъ какъ чувство это почти никогда не бываетъ первоначально столь развито, какъ чувство зрѣнія, то оно и нуждается въ особомъ упражненіи. Это оперированіе ощупью придаетъ акушерскимъ операціямъ особенный отпечатокъ и дѣлаетъ ихъ при недостаточномъ развитіи чувства осязанія болѣе опасными.

Едва-ли нужно здѣсь особо упоминать, что при акушерскихъ операціяхъ почти всегда дѣло идетъ о здоровьи и жизни *двухъ индивидуумовъ* (матери и младенца), вслѣдствіе чего задача оператора и отвѣтственность его увеличиваются.

Но опасность и отвѣтственность могутъ въ немалой степени еще увеличиться неблагоприятными условіями времени и мѣста. Хирургъ почти всегда, за исключеніемъ лишь нѣкоторыхъ настоятельныхъ операцій, имѣетъ полную возможность въ этомъ направленіи создать себѣ благоприятныя условія надлежащимъ выборомъ времени и тщательнымъ подготовленіемъ къ операціи. Наоборотъ, акушеръ, являясь къ женщицѣ, въ большинствѣ случаевъ совершенно ему неизвѣстной до тѣхъ поръ, не имѣетъ возможности выбрать по своему усмотрѣнію ни времени, ни мѣста для производства операціи.

Изъ всего этого ясно вытекаетъ, что техника, показанія и необходимыя предварительныя условія акушерскихъ операцій, число которыхъ по сравненію съ хирургическими весьма невелико, должны, такъ сказать, предварительно войти въ плоть и кровь врача. Ни въ какой другой области медицины отсутствіе теоретическихъ свѣдѣній, несообразительность и практическая неумѣлость не могутъ причинить больше вреда, чѣмъ у постели роженицы.

Лучшею предварительною школою для акушерскихъ операцій служить обученіе и упражненіе на *акушерскомъ фантомѣ*, которое можетъ снабдить начинающаго врача значительною опытностью въ производствѣ большинства операцій.

Помимо этого предварительнаго условія, обязательно необходимаго для производства акушерскихъ операцій на живой женщинѣ, существуетъ еще второе условіе, не менѣе важное, а именно: акушеръ долженъ быть вполне знакомъ съ *практическимъ примѣненіемъ асептики*.

II. Подраздѣленіе акушерскихъ операцій.

Мы раздѣляемъ акушерскія операціи на 3 большія группы:

I. Операціи, подготавливающія къ родоразрѣшенію.

1. Искусственные преждевременные роды.
2. Искусственный выкидышъ.
3. Расширеніе мягкихъ родовыхъ путей.
4. Симфизеотомія.
5. Поворотъ.

II. Родоразрѣшающія операціи.

1. Въ однихъ случаяхъ мы можемъ извлечь младенца естественнымъ путемъ, т. е. чрезъ тазовой каналъ:

- | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------|
| а) щипцами, | } | съ сохраненіемъ младенца. |
| б) ручнымъ извлеченіемъ, | | |
| в) выжиманіемъ, | } | съ раздробленіемъ младенца. |
| г) посредствомъ краниотоміи, | | |
| д) посредствомъ эмбриотоміи. | | |

2. Въ другихъ же случаяхъ мы вынуждены проложить себѣ къ младенцу новую дорогу и извлечь его этимъ путемъ:

- а) посредствомъ лапаротоміи,
- б) посредствомъ кесарскаго сѣченія,
- в) посредствомъ операціи *Porro*.

III. Операціи, служащія для удаленія плаценты.

III. Подготовленіе къ операціи.

Для производства акушерскихъ операцій требуются *акушерскіе инструменты*, которые должны вмѣстѣ съ антисептическими средствами, аппаратомъ для хлороформированія и нѣкоторыми необходимыми лекарствами помѣщаться въ *сумку* или въ *металлическомъ ящикѣ*. Сумка должна быть изготовлена изъ паруснаго холста, который можно дезинфицировать вывариваніемъ въ кипящей водѣ. Металлическій ящикъ долженъ стерилизоваться сухимъ жаромъ.

Содержимое инструментальнаго ящика состоитъ въ слѣдующемъ:

Щипцы *Naegele*.

Ножицеобразный перфораторъ *Naegels*.

Краниокласть *C. Braun'a*.

Декапитационный крючокъ *C. Braun'a*.

Тупой крючокъ.

Тазомѣръ *Martin'a*.

Длинный корнцангъ.

Ножницы *Siebold'a*.

Колпачинтеръ.

Двое пуповыхъ щипцовъ.

Мужской нейзильберный катетеръ.

Два тонкихъ эластическихъ катетера (франц. № 10 или 11).

Два стеклянныхъ наконечника для влагалища.

Маточный катетеръ.

Двѣ бѣлыя петли для поворота.

Аппаратъ для шиванія, примѣрно 5 иглъ, иглодержатель и антисептической шелкъ.

Принадлежности антисептики:

чистая карболовая кислота съ мензуркой, сублиматныя лепешки *Angerer'a*, бутылка съ 300,0 алкоголя (96%), 2 щеточки, 1 пакетъ перевязочной ваты или *Dührssen'*овскія жестянки, іодоформъ, резиновыя перчатки.

Аппаратъ для хлороформированія.

Нѣкоторыя лекарства:

растворъ морфія, растворъ эрготина и сѣрный эфиръ для подкожныхъ впрыскиваній, и вмѣстѣ съ тѣмъ *Правацовскій* шприцъ; настойка опія.

Аппаратъ для подкожнаго вливанія раствора поваренной соли (см. Предлежаніе плаценты).

Кромѣ того, врачъ долженъ имѣть при себѣ термометръ и хирургической наборъ, если онъ не предпочтетъ помѣстить въ ящикъ съ инструментами особые ножи, крючковатые и задвижные пинцеты, *Куперовскія* ножницы и термометръ. Ирригаторъ можно найти у повивальной бабки, обыкновенно даже у самой роженицы. Однако, можно и въ ящикъ съ инструментами имѣть при себѣ каучуковый ирригаторъ или сифонную трубку. Наконецъ, акушеръ долженъ еще имѣть въ своемъ ящикъ съ инструментами, или отдѣльно, большой бѣлый *фартукъ*, который дезинфицируется вывариваніемъ въ кипящей водѣ.

Бѣлыя петли для поворота могли бы быть замѣнены тесьмою, употребляемою для перевязки пуповины, марлевыми полосками и т. п. Однако эти крѣпкія и широкія петли имѣютъ большія преимущества, особенно при извлеченіи за ягодицы.

Кромѣ того, для подготовленія къ операціи необходима *дезинфекція* всѣхъ предметовъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ половыми частями роженицы.

Правила для дезинфекціи самого акушера при нормальныхъ родахъ подробно уже описаны нами въ другомъ мѣстѣ; тѣ же самыя правила, конечно, должны соблюдаться и при производствѣ операцій.

Здѣсь мы только еще разъ напомнимъ о необходимости для акушера снять сюртукъ, надѣть операционный фартукъ, вычистить свои кисти и *предлечія* теплою водою съ мыломъ и щеточкой и дезинфицировать ихъ растворомъ карболовой кислоты (3%) или, еще лучше, растворомъ сулемы (1:1000). Мы должны также вновь напомнить здѣсь о тѣхъ особенныхъ мѣрахъ, которыя должны быть предпринимаемы послѣ соприкосновенія съ заразными веществами (ванна, перемѣна одежды и вторичная дезинфекція по способу *Fürbringer*'а, резиновые перчатки), а равно и о томъ, что акушеръ обязанъ отклонить приглашеніе къ родамъ, если онъ не могъ исполнить эти мѣры предосторожности съ требуемою тщательностью. Инструменты должны быть стерилизованы *вывариваніемъ*, а если это неисполнимо, то они обтираются при помощи щеточки 5% растворомъ карболовой кислоты и затѣмъ оставляются въ 3% растворѣ той же кислоты, пока въ нихъ не встрѣтится надобность. Послѣ каждаго употребленія они опять стерилизуются вывариваніемъ въ кипящей волѣ, а затѣмъ ихъ осматриваютъ, годны-ли они къ употребленію, и кладутъ уже готовыми въ инструментальный ящикъ, гдѣ они и сохраняются до новой надобности.

Передъ всякимъ оперативнымъ пособіемъ должна быть произведена строгая *дезинфекція роженицы*, состоящая въ тщательномъ обмываніи наружныхъ половыхъ частей мыломъ и растворомъ карболовой кислоты, а также въ обильномъ прополаскиваніи влагалища 3% растворомъ той же кислоты или кипяченою водою съ прибавленіемъ соды (1%). Послѣ операциі проспринцовываютъ влагалище, зашиваютъ всѣ причиненныя раненія и присыпаютъ ихъ іодоформомъ, причемъ та же присыпка дѣлается и на маленькія раненія, которыя оставлены незашитыми. Если содержимое матки уже находилось въ состояніи гнилостнаго разложенія, то послѣ операциі должна быть произведена ирригація матки 5% растворомъ карболовой кислоты съ умѣренной высоты.

При всѣхъ спринцованіяхъ необходимо заботиться о томъ, чтобы вмѣстѣ съ водою не проникъ воздухъ въ половой каналъ. Трубка должна вводиться во влагалище такимъ образомъ, чтобы изъ нея уже лилась струя жидкости. Для промыванія матки послѣ родовъ достаточно пользоваться стеклянною трубкою, служащею и для ирригаціи влагалища. (Объ ирригаціи матки въ послѣродовомъ періодѣ см. Патологію родильнаго періода).

Асептика должна и при операцияхъ, по мѣрѣ возможности, стоять на первомъ планѣ, т. е. инструменты, петли для поворота, вата, жидкость для промыванія должны быть стерилизованы высокой температурой ¹⁾, и только тамъ, гдѣ это не исполнимо, слѣдуетъ обратиться къ прежнему способу дезинфицированія упомянутыхъ предметовъ карболовою кислотою, лизоломъ и т. д. Для нѣкоторыхъ операций (искусственные преждевременные роды) и пособій, предпринимаемыхъ послѣ очень продолжительнаго леченія родового акта или при

¹⁾ См. P. Strassmann, Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe. 1895.

существующей уже лихорадкѣ, мы предпочитаемъ дезинфекцію влагалища карболовою кислотой.

Больше подробныя предписанія для асептики, герм. антисептики, будутъ приведены при изложеніи каждой акушерской операціи въ отдѣльности.

Затѣмъ для подготовленія къ операціи необходимо еще *операционное ложе*.

Большинство акушерскихъ операцій производятся всего лучше на *поперечной кровати*. Роженица кладется поперекъ постели такъ, чтобы ягодицы лежали на твердой подстилкѣ у самого края. Раздвинутыя и согнутыя въ колѣняхъ нижнія конечности ставятся на два стула и удерживаются тамъ помощниками. Операторъ сидитъ на стулѣ между бедрами роженицы. Впереди него, подъ наружными половыми частями роженицы, ставится ведро для собиранія крови и обратно выливающейся ирригаціонной жидкости.

Меньшаго числа помощниковъ требуетъ операція на *полуперечной (косой) кровати*. Роженица лежитъ въ постели косвенно, такъ что ягодица помещается у самого края. Одна нижняя конечность остается вытянутой въ постели, тогда какъ другая согнута въ колѣнѣ, становится на стулъ. Лицо, удерживающее эту вторую конечность, можетъ въ то же время наблюдать за наркозомъ.

При трудныхъ операціяхъ наложенія шипповъ и при перфорациі желательна, чтобы роженица лежала на столѣ въ ягодично-спинномъ положеніи (съ притиснутыми къ животу бедрами), такъ какъ это положеніе облегчаетъ производство операціи.

О *вытянутомъ положеніи тѣла со свѣшивающимися ногами см.* Измѣненіе таза.

Для *хлороформнаго наркоза* необходимо имѣть *свѣдущаго помощника*, если только это возможно. Въ противномъ же случаѣ акушеръ долженъ сначала самъ захлороформировать роженицу по возможности глубоко, а затѣмъ передать маску съ хлороформомъ повивальной бабкѣ и, обмывъ снова свои руки въ дезинфекціонной жидкости, приступить къ операціи. Во время операціи онъ долженъ по обнаженной груди роженицы наблюдать глазами за дыханіемъ. Возвращеніе рефлексовъ во время операціи очень непріятно. Въ этомъ случаѣ дальнѣйшее наливаніе хлороформа на маску должно быть предоставлено повивальной бабкѣ.

Относительно эфирнаго наркоза см. выше.

Кромѣ того, *непосредственно передъ операціей* акушеръ долженъ еще разъ *тщательно опредѣлить положеніе младенца*, такъ какъ оно могло во время наркоза измѣниться.

Затѣмъ врачъ приступаетъ къ операціи *съ полнымъ спокойствіемъ и хладнокровіемъ, избѣгая всякаго насилія*, на которое очень падки начинающіе, когда они встрѣчаются съ трудностями, требующими для своего преодолѣнія извѣстнаго напряженія физической силы.

Кромѣ того, для подготовленія къ операціи, *при особенныхъ обстоятельствахъ*, еще бывають необходимы *второстепенныя про-*

цедурь, описаніе которыхъ мы здѣсь предпошлемъ изложенію операцій въ собственномъ смыслѣ слова.

Тампонація влагалища.

Тампонація состоитъ въ томъ, что во влагалище вводятся инородныя тѣла для остановки маточнаго кровотеченія или для возбужденія потугъ. Тампонація производится или *ватными шариками*, *величиною съ грецкій орѣхъ*, или *колпейринтеромъ*.

Тампонація показуется прежде всего при выкидышѣ въ первые мѣсяцы беременности, если кровотеченіе достигаетъ болѣе значительной степени, затѣмъ при предлежаніи плаценты, если комбинированный поворотъ еще невозможенъ по причинѣ неподатливости маточной шейки или по какимъ-нибудь внѣшнимъ обстоятельствамъ, и, наконецъ, при преждевременной отслойкѣ плаценты. Наоборотъ, тампонація всегда противопоказуется при атоническихъ кровотеченіяхъ въ послѣродовомъ періодѣ, такъ какъ послѣ нея кровь накоплялась бы въ растяжимой полости матки, вмѣсто того чтобы изливаться наружу.

Довольно большіе куски стерилизованной перевязочной ваты свертываются въ видѣ твердыхъ шариковъ, величиною приблизительно съ грецкій орѣхъ. Вокругъ каждого такого шарика обматывается толстая нитка, свободный конецъ которой имѣетъ въ длину около 25 см. Каждый тампонъ передъ его употребленіемъ выкатывается въ небольшомъ количествѣ іодоформа. Введенію тампоновъ должно быть предпослано спринцованіе влагалища. Затѣмъ, положивъ роженицу на спину, врачъ одною рукою раздвигаетъ наружныя половыя части, а другою вводитъ во влагалище ватные шарики одинъ за другимъ, продвигая ихъ *съ задній сводъ* и сильно придавливая ихъ другъ къ другу. На первый разъ достаточно вложить 3—5 тампоновъ. Въ другихъ случаяхъ тампонируютъ черезъ трубчатое зеркало, вкладывая тампоны одинъ за другимъ и продвигая ихъ глубоко во влагалище посредствомъ корнцанга или маточной палочки. Этотъ второй способъ менѣе болѣзненъ, но зато и результаты его менѣе вѣрны.

Іодоформные тампоны должны оставаться на мѣстѣ не болѣе 10 часовъ. Затѣмъ ихъ вынимаютъ потягиваніемъ за выѣшивающіяся наружу нитки, промываютъ влагалище, и только послѣ этого производятъ внутреннее изслѣдованіе. Затѣмъ, въ случаѣ надобности, вкладываютъ новые тампоны.

Колпейринтеръ представляетъ каучуковый пузырь съ трубкою, на концѣ которой имѣется кранъ. Послѣ того какъ весь аппаратъ дезинфицированъ вывариваніемъ или (при помощи щеточки) 3% растворомъ карболовой кислоты, открываютъ кранъ, выпускаютъ черезъ него весь воздухъ и вводятъ скомканный баллонъ глубоко во влагалище, предварительно проспринцованное. Затѣмъ соединяютъ трубку колпейринтера съ ирригаторомъ, наливаютъ въ баллонъ какъ можно больше стерилизованной воды

и закрываютъ кранъ. Колпейринтеръ долженъ оставаться на мѣстѣ не болѣе 6 часовъ. Для удаленія его открываютъ кранъ, выпускаютъ всю воду и вынимаютъ баллонъ потягиваніемъ за каучуковую трубку.

Для остановки кровотеченій тампонація ватой болѣе надежна; наоборотъ, колпейринтеръ успѣшнѣе вызываетъ потуги, и поэтому въ случаяхъ предлежанія плаценты, при наличности вышеуказанныхъ обстоятельствъ, онъ заслуживаетъ безусловнаго предпочтенія.

Тампонація влагалища въ прежнее время справедливо подозрѣвалась въ томъ, что она благопріятствуетъ инфекціоннымъ послѣродовымъ заболеваниямъ. Однако, обработка чистой ваты йодоформомъ и энергическая дезинфекція колпейринтера уменьшаютъ эту опасность до минимума.

При извѣстныхъ обстоятельствахъ (искусственные преждевременные роды, предлежаніе послѣда) въ новѣйшее время стали вводить влагалищный колпейринтеръ и внутрь матки (см. соответствующую главу).

Искусственный разрывъ плоднаго пузыря.

Эта манипуляція бываетъ необходима при самыхъ различныхъ обстоятельствахъ; но, будучи произведена въ надлежащее время, она можетъ причинить значительный вредъ.

Искусственный разрывъ плоднаго пузыря оказывается необходимымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда мы желаемъ *измѣнить положеніе плода* (произвести *поворотъ*) при цѣломъ еще яйцѣ.

Кромѣ того, онъ бываетъ необходимымъ въ такихъ случаяхъ, когда плодный пузырь уже выполнилъ свою задачу, т. е. *совершенно расширилъ маточный зѣвъ*, между тѣмъ какъ головка уже стоитъ низко въ тазу, а тѣмъ болѣе, когда плодъ родился съ неразрванными яйцевыми оболочками.

Далѣе, онъ представляется желательнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда *плацента* въ періодъ раскрытія *преждевременно начинаетъ отслаиваться*, причемъ событіе это обнаруживается выдѣленіемъ крови. Искусственный разрывъ пузыря въ этихъ случаяхъ предотвращаетъ отслойку дальнѣйшихъ частей плаценты (см. предлежаніе плаценты и преждевременное отдѣленіе ея).

Наконецъ, разрывъ плоднаго пузыря рекомендуется еще для *искусственнаго возбужденія потужной дѣятельности*. Этимъ показаніемъ иногда злоупотребляютъ (см. леченіе слабости потугъ). Совершенно безопаснымъ при такихъ условіяхъ искусственный разрывъ плоднаго пузыря можетъ считаться лишь въ томъ случаѣ, когда маточный зѣвъ раскрытъ

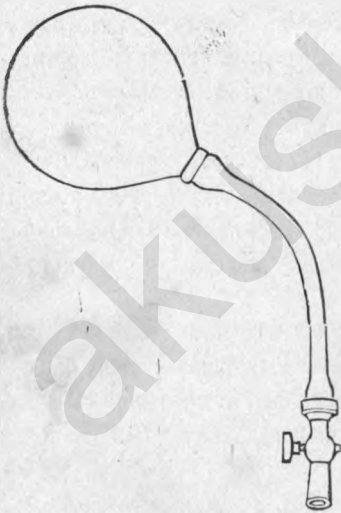


Рис. 53. Колпейринтеръ.

по меньшей мѣрѣ наполовину, а головка плотно прилегаетъ къ его краямъ (объ искусственномъ разрывѣ плоднаго пузыря при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости см. въ Патологіи беременности).

Эта манипуляція даже не заслуживаетъ названія операціи. Особые аппараты, рекомендовавшіеся въ прежнее время для ея производства, совершенно излишни. Плодный пузырь можно легко разорвать болѣе сильнымъ давленіемъ на него посредствомъ пальца во время потуги, или же мы разрываемъ его между большимъ и указательнымъ пальцами. Если пузырь необыкновенно твердъ, то его протыкаютъ мандриномъ катетера.

IV. Искусственные преждевременные роды.

Искусственные преждевременные роды производятся для того, чтобы прервать беременность въ такое время, когда младенецъ уже способенъ вести внѣутробную жизнь. Цѣль операціи состоитъ въ томъ, чтобы оградить мать или младенца, или обоихъ вмѣстѣ, отъ опасностей, которыя могли бы для нихъ возникнуть при дальнѣйшемъ существованіи беременности или во время срочныхъ родовъ.

Показанія къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ суть слѣдующія:

1. *Узкій тазъ* или какія-нибудь другія механическія препятствія для родового акта, зависящія отъ матери. — Искусственные преждевременные роды производятся здѣсь въ интересахъ матери и младенца. Это показаніе встрѣчается всего чаще.

2. Опасныя для жизни заболѣванія матери, относительно которыхъ мы знаемъ или имѣемъ право разсчитывать, что съ окончаніемъ беременности они перейдутъ въ улучшеніе или въ полное выздоровленіе. Операція здѣсь производится въ интересахъ матери.

3. Возможность наступленія смерти матери раньше окончанія беременности. Здѣсь операція производится въ интересахъ младенца съ тою цѣлью, чтобы избѣгнуть кесарскаго сѣченія послѣ смерти матери, такъ какъ при немъ лишь рѣдко получается живой младенецъ.

4. Привычное умираніе плода. — Операція производится здѣсь въ интересахъ младенца. Это показаніе встрѣчается всего рѣже.

1. *Узкій тазъ*. Средней степени суженіе таза представляетъ самое обширное поприще для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Результаты, достигаемые на этомъ поприщѣ, до такой степени хороши, что искусственные преждевременные роды могутъ считаться одною изъ самыхъ благотѣльныхъ акушерскихъ операціи.

Опытъ свидѣтельствуетъ, что при укороченіи истинной конъюгаты до 7—8,5 см. срочные роды бываютъ въ большинствѣ случаевъ чрезвычайно опасны для матери и часто смертельны для младенца. Если же головка младенца будетъ проведена черезъ тазъ въ такое время, когда размѣры ея не находятся въ несоотвѣтствіи съ длиною истинной конъюгаты, то польза отъ этого, какъ для матери, такъ и для младенца, совершенно очевидна.

Такимъ образомъ, плоскій тазъ съ конъюгатою въ 7 — 8,5 см. и обще-суженный тазъ съ конъюгатою даже въ 9 см. чаще всего являются показаніемъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Если же истинная конъюгата имѣетъ менѣе 7 см., то искусственные преждевременные роды оказываются уже нецѣлесообразными, такъ какъ при этой степени суженія даже недоношенный младенецъ не можетъ быть рожденъ безъ большой опасности для его жизни. При такихъ условіяхъ необходимо произвести въ концѣ беременности кесарское сѣченіе или симфизеотомию, или же, смотря по обстоятельствамъ и по степени суженія таза, перфорацию головки.

Само собою очевидно, что у первородящихъ производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ должно быть ограничено нѣсколькими болѣе тѣсными предѣлами, а у такихъ многородящихъ, которыя уже одинъ или нѣсколько разъ рожали въ срокъ мертвыхъ дѣтей или продѣлывали тяжелый послѣродовой періодъ, показаніе къ этой операціи можетъ быть нѣсколько расширено (конъюгата до 9 см. даже при плоскомъ тазѣ).

При суженіяхъ таза въ другихъ діаметрахъ нельзя указать определенной длины его размѣровъ, при которой должны производиться искусственные преждевременные роды. Опухоли, суживающія родовую каналъ, рѣдко являются показаніемъ къ производству этой операціи. Опухоли яичниковъ должны быть вылучены во время беременности, тогда какъ при ракѣ шейки необходимо произвести кесарское сѣченіе. Міомы матки часто удается вправить, или же онѣ являются показаніемъ къ операціи *Porro*. Напротивъ того, фиксированныя опухоли (эхинококкъ, смѣщенная и фиксированная почка) могутъ иногда послужить поводомъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ при *узкомъ тазѣ* (или при опухляхъ) требуются *два условія*, а именно младенецъ долженъ быть живъ и жизнеспособенъ. Первое изъ этихъ условій легко удается констатировать, тогда какъ при опредѣленіи втораго иногда случаются ошибки.

Такъ какъ дѣти, рожденныя до 34-й недѣли беременности, лишь рѣдко остаются живыми, то наиболѣе благоприятнымъ срокомъ для производства операціи должно считаться время между 34-ю и 36-ю недѣлю. Вычисленіе періода беременности должно быть сдѣлано съ наибольшей точностью. Чѣмъ болѣе узокъ тазъ, тѣмъ раньше приходится производить искусственные преждевременные роды. Послѣ 36-й недѣли надлежащее для операціи время вслѣдствіе увеличенія головки можетъ оказаться упущеннымъ. Тѣмъ не менѣе, если беременная раньше почему-либо не обращалась за совѣтомъ и, имѣя въ виду чрезвычайное разнообразіе дѣтей въ отношеніи ихъ величины, можно съ правомъ рѣшиться на операцію также послѣ названнаго срока. Но, къ сожалѣнію, опредѣленіе періода беременности по послѣднимъ регуламъ страдаетъ нѣкоторыми недостатками. Акушерское изслѣдованіе женщины тоже даетъ какъ-разъ

при узкомъ тазѣ менѣе точный отвѣтъ на этотъ вопросъ, такъ какъ вслѣдствіе высокаго стоянія дна матки, отвислаго живота и постоянной подвижности предлежащей части мы здѣсь лишены важныхъ діагностическихъ признаковъ. Измѣреніе оси плода въ этихъ именно случаяхъ, когда оно могло бы быть очень полезно, даетъ опять-таки ненадежные результаты вслѣдствіе подвижности головки. Чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости или беременность двойнями также могутъ затруднить опредѣленіе періода беременности. Вотъ почему люди неопытные часто здѣсь впадаютъ въ ошибку. Но и у человѣка опытнаго случаются ошибки, которыя могутъ сдѣлаться роковыми для жизни плода. Слишкомъ молодой плодъ умираетъ послѣ рожденія отъ недостаточной жизнеспособности, а слишкомъ крупный подвергается при прохожденіи черезъ тазъ тѣмъ же самымъ опасностямъ, какъ и во время срочныхъ родовъ.

Въ виду этой нерѣдко встрѣчающейся трудности опредѣленія періода беременности, возможность опредѣленія размѣровъ головки плода имѣла бы здѣсь двойную цѣну; но, къ сожалѣнію, вѣрныхъ способовъ для этого въ настоящее время не существуетъ. Обхватываніемъ головки снаружи или комбинированнымъ изслѣдованіемъ можно, пожалуй, приблизительно опредѣлить величину головки и отношеніе ея къ тазу, размѣры котораго намъ заранѣе извѣстны. Затѣмъ, при проходимости внутренняго маточнаго зѣва, можно по твердости черепныхъ костей и узости швовъ составить себѣ нѣкоторое понятіе объ этомъ предметѣ; но, конечно, такой способъ опредѣленія страдаетъ нѣкоторою неточностью. Далѣе, слѣдуетъ имѣть въ виду тотъ фактъ, что рослыя и сильныя женщины обыкновенно рожаютъ крупныхъ дѣтей и что вмѣстѣ съ числомъ предшествовавшихъ беременностей обыкновенно увеличивается и объемъ младенца. Наконецъ, слѣдуетъ принимать во вниманіе и тотъ фактъ, найденный *Schroeder*'омъ ¹⁾, что поперечный размѣръ головки младенца у первородящихъ оказывается относительно малымъ, а у повторно-родящихъ относительно большимъ.

P. Müller'у ²⁾ удалось вдавливаніемъ головки снаружи наилучшимъ образомъ опредѣлить отношеніе между объемомъ ея и величиною таза. До тѣхъ поръ, пока головка легко еще можетъ быть такимъ способомъ вдавлена глубоко въ тазъ, мы выжидаемъ съ производствомъ операціи; но когда она уже не можетъ быть вдавлена въ тазъ, это означаетъ, что наступилъ срокъ для производства преждевременныхъ родовъ.

Само собою понятно, что искусственные преждевременные роды при вышеупомянутыхъ суженіяхъ таза могутъ быть производимы лишь у тѣхъ беременныхъ, которыя своевременно обратились къ врачу для изслѣдованія. Поэтому при существующемъ подозрѣніи насчетъ узкаго таза, а въ особенности если роды уже однажды протекли неблагополучно, врачъ обязанъ тщательно изслѣдовать женщину и разъяснить ей, что при новой

¹⁾ Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäk. v. Scanzoni. Bd. 5.

²⁾ Klin. Vorträge v. Volkman, № 264.—Beutner, Arch. f. Gynäk. Bd. 48.

беременности искусственные преждевременные роды могутъ дать для нея болѣе удовлетворительный результатъ.

Если срокъ пропущенъ, то при болѣе сильныхъ суженіяхъ таза должно быть произведено на основаніи условнаго показанія кесарское сѣченіе, а въ случаѣ несогласія на эту операцію, или же при незначительномъ суженіи таза, должна быть произведена та или другая родоразрѣшающая операція, которая окажется необходимою соотвѣтственно теченію родовъ въ данномъ случаѣ (см. веденіе родовъ при плоскомъ тазѣ).

Но повсюду, гдѣ это дозволяется степенью суженія и даннымъ періодомъ беременности, искусственные преждевременные роды должны предпочитаться кесарскому сѣченію или симфизеотоміи!

2. Гораздо рѣже намъ приходится производить искусственные преждевременные роды при *опасныхъ для жизни заболѣваніяхъ матери*. Ссылаясь по поводу этого на главу о случайныхъ заболѣваніяхъ во время беременности, мы только выставимъ здѣсь на видъ, что острыя заболѣванія матери, напр. пневмонія, тифъ и т. д., почти никогда не являются поводомъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ; при некомпенсированныхъ порокахъ сердца слѣдуетъ, прежде чѣмъ прибѣгать къ искусственному родоразрѣшенію, попытаться установить компенсацію съ помощью наперстянки; при бугорчаткѣ же прерываніе беременности допустимо лишь въ исключительныхъ случаяхъ, между тѣмъ какъ при неукротимой рвотѣ, при хоревѣ, нефритѣ и чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости операція эта иногда вполне оправдывается или даже (именно въ случаѣ рвоты) представляется безусловно необходимою.

3. *Если имѣется основаніе предполагать, что больная беременная, впрямую, не доживетъ до родовъ*, то при живомъ плодѣ слѣдуетъ, по примѣру *Stehberger'a* и *Leopold'a*, производить въ интересахъ младенца искусственные преждевременные роды, такъ какъ родоразрѣшеніе въ агоніи даетъ для младенца невѣрные, а кесарское сѣченіе послѣ смерти матери—дурные результаты. При этомъ дѣло идетъ главнымъ образомъ о чахоткѣ, раковыхъ опухоляхъ (за исключеніемъ рака матки, при которомъ показуется кесарское сѣченіе), тяжелыхъ болѣзняхъ нервной системы, напр. опухоляхъ головного мозга, и т. д.

4. Очень рѣдкимъ показаніемъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ бываетъ *привычное умираніе плода*. Само собою понятно, что причиною его не долженъ быть сифилисъ, такъ какъ въ этомъ случаѣ младенецъ и отъ преждевременныхъ родовъ ничего выиграть не можетъ [*Leopold* ¹⁾]. Впрочемъ, надо замѣтить, что другія причины привычнаго умиранія плода, за исключеніемъ сифилиса, еще покрыты нѣкоторымъ мракомъ. Тѣмъ не менѣе, нѣкоторые авторы считаютъ себя вправѣ включить въ этиологию привычнаго умиранія плода хроническую анемію, нефритъ и заболѣванія плаценты. Если при такихъ обстоятельствахъ всѣ другія терапевтическія мѣры, направленныя къ предупрежденію привычнаго умиранія плода, оказались недѣйствительными, то

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 8, 10.

при новой беременности должны быть произведены искусственные преждевременные роды незадолго предъ тѣмъ извѣстнымъ уже временемъ, когда плодъ обыкновенно умираетъ. Но слишкомъ много надѣяться на благополучный результатъ все-таки не слѣдуетъ.

Предсказаніе для матери при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ благоприятно. Если хорошо соблюдены правила асептики, то мать не подвергается большей опасности, чѣмъ при нормальныхъ родахъ; искусственные преждевременные роды даже не должны вызывать лихорадку въ послѣродовомъ періодѣ. Предсказаніе для младенца болѣе сомнительно. Если время для операціи было выбрано надлежащимъ образомъ, если роды прошли безъ особенныхъ приключеній (напр. безъ выпаденія пуповины), если преждевременно рожденный младенецъ пользовался тщательнымъ уходомъ (согрѣвательная ванночка, молоко матери или кормилицы), то и для него предсказаніе тоже благоприятно. Тѣмъ не менѣе, смертность дѣтей во время родового акта и въ первые дни жизни все еще составляетъ около 40 %.

Вышесказанное относится преимущественно къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ при узкомъ тазѣ и у здоровой матери. — Несмотря однако на эту относительно большую смертность дѣтей, не должно все-таки при узкомъ тазѣ пренебрегать искусственными преждевременными родами, такъ какъ научительныя изслѣдованія *Dohrn'a* ¹⁾ показываютъ, что искусственные преждевременные роды давали лучшіе результаты, чѣмъ произвольные роды у тѣхъ же женщинъ:

Изъ 271 случая искусственныхъ преждевременныхъ родовъ получились живыя дѣти въ 163 случаяхъ, что составляетъ 60,1%.

Изъ 171 случая срочныхъ родовъ у *тѣхъ же* матерей получались живыя дѣти въ 50 случаяхъ, что составляетъ 29,2%.

Если же, наоборотъ, дѣло идетъ о преждевременныхъ родахъ у больной матери, то подъ вліяніемъ родовыхъ потугъ можетъ увеличиться опасность для беременной, особенно если она страдаетъ болѣзнями органовъ дыханія или кровообращенія. Такія разстройства могутъ, въ свою очередь, оказать неблагоприятное вліяніе на младенца, и онъ тогда погибаетъ вслѣдствіе асфиксіи.

Раннее искусственное родоразрѣшеніе при узкомъ тазѣ постоянно имѣло также нѣсколько противниковъ. Во Франціи число таковыхъ въ послѣднее время возросло, такъ какъ тамъ высказываются больше въ пользу симфизеотоміи.

Методы производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Число этихъ методовъ весьма значительно; однако, по своей примѣнимости на практикѣ и по относительной вѣрности достиженія результата преобладаютъ надъ всѣми остальными два метода: *введеніе булжа въ матку и проколъ яйцевыхъ оболочекъ*. Въ обоихъ случаяхъ достигается отслойка яйца отъ мѣста его прикрѣпленія; кромѣ того, булжъ дѣйствуетъ еще своимъ раздраженіемъ, какъ инородное тѣло. Въ послѣднее время у обоихъ этихъ методовъ оспариваетъ первенство внутриматочное введеніе баллона (*Metreurytis*).

Если, по мнѣнію акушера, наступилъ подходящий моментъ для про-

¹⁾ Internationaler Congress z. Berlin. 1890. Centralbl. f. Gynäk. 1890.

изводства операціи, то послѣ одной или нѣсколькихъ ваннъ, употребленіе которыхъ полезно еще во время беременности, необходимо сначала приготовить родовые пути тепловатыми спринцованіями влагалища, повторяемыми два раза въ день (отварная вода, 30° R.). При этомъ обыкновенно появляются предвѣщающія потуги, которыя иногда становятся настолько сильными, что раскрывается маточный зѣвъ и даже начинаются роды. Однако, въ большинствѣ случаевъ приходится для возбужденія родовой дѣятельности прибѣгнуть еще къ дальнѣйшимъ манипуляціямъ.

Введеніе бужа.

Берутъ эластическій французскій (новый) бужъ (№ 18 или 19) и дезинфицируютъ его посредствомъ обтиранія ватой, погруженною предварительно въ растворъ сулемы (1 : 1000), и продолжительнымъ оставленіемъ въ томъ же растворѣ. Затѣмъ укладываютъ женщину на поперечную кровать, обмываютъ наружныя половыя части мыломъ и растворомъ карболовой кислоты и обнажаютъ влагалищную часть большимъ желобоватымъ зеркаломъ. Послѣ этого энергически вытираютъ и дезинфицируютъ влагалищную часть и все влагалище 3% растворомъ карболовой кислоты при помощи ватныхъ шариковъ. Затѣмъ вынимаютъ бужъ изъ раствора сулемы и вводятъ его (безъ наркоза) подъ контролемъ глаза въ цервикальный каналъ. Если складки слизистой оболочки влагалища закрываютъ маточный зѣвъ, то можно захватить крючкомъ влагалищную часть и нѣсколько оттянуть ее внизъ. Однако, при этомъ легко можетъ появиться болѣе сильное кровотеченіе. Бужъ медленно продвигается впередъ, и когда онъ прошелъ уже за внутренній зѣвъ, онъ отклоняется своею верхушкою въ сторону или назадъ и проникаетъ высоко между яйцевыми оболочками и стѣнкою матки, обыкновенно безъ всякаго сопротивленія. Если бы при этомъ показалась кровь изъ маточнаго зѣва, то это означаетъ, что бужъ, вѣроятно, попалъ на мѣсто прикрѣпленія плаценты. Въ такомъ случаѣ вытягиваютъ бужъ обратно до внутренняго маточнаго зѣва и продвигаютъ его вверхъ въ другомъ направленіи. Послѣ того какъ въ матку прошло около $\frac{3}{4}$ всего бужа, кладутъ немного іодоформной марли передъ нижнимъ его концомъ, вдающимся во влагалище, вынимаютъ зеркало и опять укладываютъ женщину въ постель. Если бы при введеніи бужа былъ причиненъ разрывъ яйцевыхъ оболочекъ, то это еще не составляетъ особенно большого несчастія.

Обыкновенно черезъ 3—4 часа наступаютъ потуги и начинаются роды. Въ другихъ случаяхъ роды медлятъ своимъ наступленіемъ или потуги остаются очень слабыми, и тогда необходимо вложить другой бужъ. Иногда проходитъ нѣсколько дней прежде, чѣмъ начнется правильная родовая дѣятельность. Когда маточный зѣвъ раскрылся уже наполовину, вынимаютъ бужъ и затѣмъ ведутъ роды по общимъ правиламъ. Вслѣдствіе малой величины плода, черепныя положенія встрѣчаются здѣсь рѣже обыкновеннаго.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ этотъ методъ не приводитъ къ цѣли, и тогда прибѣгаютъ ко второму методу, именно проколу яйцевыхъ оболочекъ, если онъ не былъ примѣненъ уже съ самаго начала.

Внутриматочное введение баллона (Metreuryisis supracervicalis s. Hystereuryisis).

Резиновый баллонъ (напр. *Braun*'овскій колпейринтеръ) продвигается въ нижній сегментъ матки и наполняется водою. Этотъ искусственный пузырь возбуждаетъ потужную дѣятельность, расширяетъ шейку и внутреннее маточное отверстие. Потягивая баллонъ, можно расширеніе шейки и отверстия увеличить. Во всѣхъ сообщеніяхъ объ этомъ способѣ высказывается о быстротѣ слѣдующаго затѣмъ теченія родового акта весьма благоприятно. Недостаткомъ его является то обстоятельство, что баллонъ до извѣстной степени препятствуетъ прорѣзыванію головки. Антисептика здѣсь требуется самая строгая.

У первородящихъ необходимо предварительное расширеніе шейки посредствомъ іодоформной марли или чего-либо иного. Относительно матеріала и формы баллона (долженъ-ли онъ быть эластичнымъ, или нѣтъ, слѣдуетъ-ли ему придать скрипкообразную форму по *Barnes*'у или кругловатую форму на-подобіе *Braun*'овскаго колпейринтера) еще пока соглашенія не достигнуто. Методъ этотъ несомнѣнно имѣетъ будущее ¹⁾.

Другіе методы для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ излишни. Проколъ яйцевыхъ оболочекъ рекомендовался прежде въ особенности Вѣнской школой. Послѣ того, какъ беременная подготовлена вышеописаннымъ образомъ, вскрываютъ плодный пузырь проколомъ (*C. Braun*) ²⁾. Околоплодная жидкость затѣмъ медленно вытекаетъ, отдѣльными каплями, и потуги обыкновенно являются очень быстро. «*Восходящій рукавной дуигъ*» (способъ *Kiwich's*'а) примѣняется теперь въ видѣ подготовительныхъ промысловъ влагалища. Самъ по себѣ онъ, какъ мы уже сказали, лашъ рѣдко приводитъ къ цѣли. Усиливать его дѣйствіе большею высотой паденія, болѣе высокою температурою воды (свыше 35° R.), или болѣе частымъ примѣненіемъ (черезъ каждые 1—2 часа) нецѣлесообразно, такъ какъ при этомъ мягкіе родовые пути становятся отечными и болѣзненными, а успѣхъ все-таки не дѣлается болѣе вѣрнымъ.

Впрыскиванія слабого антисептическаго раствора между стѣнкою матки и яйцевыми оболочками, производимыя съ цѣлью вызвать отслойку яйца на болѣе значительномъ протяженіи (способъ *Cohen*'а), хотя и очень дѣйствительны, но слишкомъ хлопотливы и не безопасны. Какъ предварительный методъ слѣдуетъ примѣнить тампонаду канала шейки іодоформной марлей ³⁾, которая иногда уже сама по себѣ вызываетъ роды. Іодоформная марля пропитывается еще нѣсколькими граммами обезпложеннаго глицерина, который обладаетъ свойствомъ вызывать потуги; однако, въ большихъ количествахъ глицеринъ является опаснымъ средствомъ.

Примѣненіе гальваническаго тока, какъ доказалъ *Bayer* ⁴⁾, несомнѣнно приводитъ къ цѣли во многихъ случаяхъ. Положительный полюсъ ставится на

¹⁾ См. *Alfred Stieda*, Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. V.—*A. Müller*, тамъ же.—*Keilmann*, Klinisch-Experim. Beobachtungen über die künstliche Erregung von Geburtswehen. 1898.—*Biermer*, Der Colpeurynter. 1899.

²⁾ Lehrb. d. ges. Gynäk. 1881.

³⁾ См. *Bollenhagen*, Zeitschrift. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 41.

⁴⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 11.

дно матки, а отрицательный вводится въ цервикальный каналъ или въ сводъ влагалища. Но по вѣрности дѣйствія и простотѣ примѣненія этотъ способъ значительно уступаетъ введенію буза и проколу яйцевыхъ оболочекъ.

Совершенно непригодны, хотя и часто испытываются *внутреннія средства*, напр. спорынья и пилокарпинъ, употребленіе которыхъ къ тому же далеко не безразлично для плода.

V. Искусственный выкидышъ.

Искусственное прерываніе беременности въ первые 7 мѣсяцевъ (искусственный выкидышъ) уничтожаетъ жизнь плода, такъ какъ онъ въ это время еще не способенъ къ вѣтробной жизни.

Въ виду этого обстоятельства *показаніе* къ искусственному выкидышу должно быть ограничено *самыми тѣсными предѣлами*. Лишь очевидная опасность для жизни беременной, обусловленная какимъ нибудь заболѣваніемъ, и опредѣленная увѣренность въ томъ, что *только удаленіемъ плода можетъ быть сохранена жизнь женщины*, даетъ намъ право прибѣгнуть къ этой операціи, стоящей въ рѣзкомъ противорѣчьи съ обычнымъ образомъ дѣйствій врача. Подобныя состоянія встрѣчаются рѣдко; къ числу ихъ принадлежитъ прежде всего *retroflexio uteri gravidi incarcerata*, если исправленіе ея уже не возможно. Далѣе слѣдуетъ неукротимая рвота постольку, поскольку дѣйствительно жизни угрожаетъ опасность, что бываетъ *очень рѣдко*, затѣмъ—тяжелыя формы *хореи* и остраго или хроническаго *нефрита (Schroeder)*, крайніе случаи *чрезмѣрнаго скопленія околоплодной жидкости* и, наконецъ, *пузырный заносъ*, но только въ такомъ случаѣ, когда, несмотря на постоянное кровотеченіе, все-таки не наступаютъ роды. Подробности объ этомъ предметѣ будутъ приведены при описаніи соотвѣствующихъ болѣзней ¹⁾.

Никогда не должно производить выкидыша на основаніи однихъ лишь субъективныхъ жалобъ, хотя съ подобными просьбами обращаются къ врачу не очень рѣдко. Просьбы эти особенно часто основываются на очень сильныхъ головныхъ боляхъ, на возрастающей слабости или на опасеніи бугорчатки. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ часто о такихъ женщинахъ, которыя боятся новой беременности по другимъ причинамъ, напр. вслѣдствіе чрезмѣрнаго обилія дѣтей, то врачъ долженъ здѣсь быть вдвойнѣ остороженъ, для того чтобы не сдѣлаться жертвою умышленнаго обмана.

Искусственный выкидышъ можно производить проколомъ яйцевыхъ оболочекъ, а въ болѣе ранніе мѣсяцы—расширеніемъ цервикальнаго канала при помощи іодоформной марли. Подготовленіе беременной—такое же какъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. Послѣ обнаженія влагалищной части марля продвигается съ помощью стерильнаго корнцанга въ цервикальный каналъ и нижній сегментъ матки и выполняетъ ихъ. Она остается 12 часовъ и возобновляется по мѣрѣ надобности. Или же

¹⁾ Ср. *Ahlfeld*, Arch. f. Gynäk. Bd. 18.

производить уколъ яйца посредствомъ введеннаго въ первикальный каналъ зонда.

Если выкидышъ уже начался, то его ведутъ согласно тѣмъ правиламъ, которыя еще будутъ указаны въ патологii беременности. Выкидышъ, произведенный съ соблюденiемъ асептическихъ предосторожностей, вообще не заключаетъ въ себѣ никакихъ опасностей для беременной. Но въ собственныхъ своихъ интересахъ, для того чтобы избѣжать нареканiи въ послѣдствii, врачъ долженъ всегда обсуждать вопросъ о необходимости выкидыша совмѣстно съ консультантомъ, который присутствовалъ бы и при самомъ производствѣ операции.

Очень спорнымъ является вопросъ о правильности производства выкидыша въ случаѣ бугорчатки матери. Насколько невозможно отрицать, что въ единичныхъ случаяхъ при сильной чахоткѣ легкихъ изгнание, плода въ состоянii продлить жизнь матери, настолько же не надо забывать, что плодъ не вовлекается въ страданiе матери и, слѣдовательно, выйдетъ то, что операцией уничтожить здоровую жизнь для того, чтобы нѣсколько продлить уже обреченную на гибель. Правда, дѣти зараженныхъ бугорчаткой матерей во множествѣ погибаютъ отъ этой же болѣзни, извѣстное число ихъ умираетъ уже въ первые дни или недѣли отъ слабости, однако всякій опытный врачъ знаетъ, что многія изъ нихъ остаются здоровыми и въ послѣдствii оказываются весьма полезными членами общества. Мы не имѣли въ виду совершенно отсовѣтовать производство выкидыша при бугорчаткѣ, но настаиваемъ только на томъ, что операциа эта допустима при названной болѣзни лишь въ чрезвычайныхъ случаяхъ ¹⁾ и приступать къ ней слѣдуетъ только послѣ совѣщанiя съ авторитетнымъ врачомъ.

Спорнымъ считалось показанiе при абсолютной узости таза и неправильныхъ или неудалимыхъ опухоляхъ родового канала. Въ прежнее время, при очень плохихъ результатахъ кесарскаго сѣченiя, еще можно было съ нѣкоторымъ правомъ прибѣгать къ искусственному выкидышу въ случаѣ абсолютной невозможности срочныхъ родовъ. Но въ настоящее время, когда опасности кесарскаго сѣченiя значительно уменьшены, дѣло обстоитъ иначе и врачъ во всякомъ случаѣ обязанъ отсовѣтовать жевщицѣ выкидышъ при узкомъ тазѣ. Относительно опухолей и искусственнаго выкидыша см. соответствующую главу.

Искусственный выкидышъ рекомендовался и производился еще при нѣкоторыхъ другихъ рѣдкихъ осложненiяхъ, а именно при ущемленной *hysterocele inguinalis* (*Scanzoni*), при злокачественной анемii, при септическихъ заболѣванiяхъ, имѣющихъ свой исходный пунктъ въ половыхъ органахъ. Операциа не показывается при ракѣ шейки, за исключенiемъ лишь того случая, когда опорожненiе матки представляется необходимымъ для полной экстирпации ея (см. Патологию родовъ).

VI. Расширенiе мягкихъ родовыхъ путей.

Мягкiе родовые пути можно расширить или *кровавымъ разрывомъ*, или *механическимъ растяженiемъ*. И то, и другое лишь рѣдко оказывается необходимымъ. Одно только расширенiе наружныхъ половыхъ частей „боковыми надрѣзами“, производимое для предохраненiя промежности отъ разрыва, еще имѣетъ право называться вполне безопаснымъ и повседневнымъ методомъ.

¹⁾ См. *Deibel*, *Kann Phthisis als: Indication etc. gelten?* Dissertation. Heidelberg 1900.

Надрѣзы маточнаго зѣва показываются при рубцовомъ зарощеніи и суженіи его, а надрѣзы стѣнокъ рукава—въ такихъ случаяхъ, когда подобныя же измѣненія имѣются во влагалищѣ и когда родоразрѣшеніе черезъ тазовой каналъ вообще еще считается возможнымъ. Выжидаютъ до тѣхъ поръ, пока рубцовая часть не начнетъ подъ напоромъ головки сильно напрягаться или выпячиваться впередъ, и затѣмъ вскрываютъ ее возможно широкимъ разрѣзомъ при помощи ножа или ножницъ. При склеиваніи и ригидности наружнаго зѣва надрѣзы рѣдко бываютъ необходимы.

Наоборотъ, надрѣзы можно рекомендовать въ такихъ случаяхъ, когда послѣ перфорациі головки узкій еще маточный зѣвъ затрудняетъ извлеченіе или когда при извлеченіи въ тазовомъ положеніи маточный зѣвъ стянулся вокругъ шеи младенца и этимъ самымъ задерживаетъ головку. Въ обоихъ случаяхъ лучше всего дѣлать маленькіе надрѣзы, но въ большемъ числѣ.

Для *механическаго расширенія* шейки во время родовъ служатъ *первичкальные колпейринтеры Barnes'a*. Они состоятъ изъ того же матеріала, какъ *Braun'*овскій колпейринтеръ, но имѣютъ не круглую, а бисквитообразную форму (на-подобіе скрипки). Послѣ тщательнѣйшей дезинфекціи вводятъ въ первичкальный каналъ съ помощью корнцанга самый маленькій номеръ, такъ чтобы верхній болѣе толстый конецъ пришелся

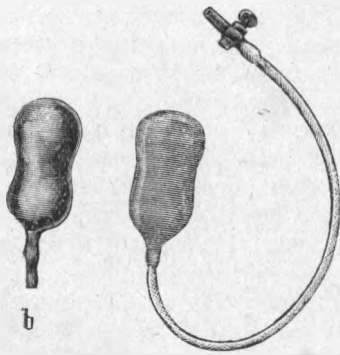


Рис. 54.

Скрипкообразный расширитель шейки.
а. Въ сдутомъ состояніи.

надъ внутреннимъ маточнымъ зѣвомъ. Затѣмъ наливаютъ колпейринтеръ водою, оставляютъ его на мѣстѣ 4—6 часовъ, послѣ чего вводятъ слѣдующій болѣе крупный номеръ. Цервикальный колпейринтеръ усиливаетъ потуги и содѣйствуетъ расширенію маточнаго зѣва. О введеніи баллона въ матку см. искусственный ранній абортъ.

Еще дѣйствительнѣе, быть можетъ, является введеніе *Braun'*овскаго колпейринтера въ нижній сегментъ матки (метрейризы), особенно если привязать къ нему грузъ (или бутылку, которую постепенно наполняютъ водою), который постепенно будетъ тянуть колпейринтеръ книзу. Въ некоторыхъ случаяхъ при такомъ способѣ раскрытіе происходитъ изумительно скоро. Кромѣ того, въ качествѣ очень дѣйствительнаго средства для расширенія зѣва и для возбужденія потугъ, можно при извѣстныхъ обстоятельствахъ рекомендовать введеніе части плода, напр. нижней конечности, въ узкій маточный зѣвъ.

Въ прежнія времена такъ наз. насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement forcé*) играло въ акушерствѣ большую роль, чѣмъ теперь. Оно состоитъ въ болѣе или менѣе насильственномъ расширеніи узкаго маточнаго зѣва и столь же насильственномъ родоразрѣшеніи посредствомъ поворота и извлеченія. Этотъ спо-

собь всегда чрезвычайно опасенъ, какъ для матери, такъ и для младенца. Въ такихъ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ при подготовленной уже, но еще не-сглаженной шейкѣ, является необходимость прибѣгнуть къ родоразрѣшенію, въ новѣйшее время совѣтуютъ примѣнять метрейризы; операція эта во всякомъ случаѣ цѣлесообразна и безопасна, чѣмъ предложенныя *Dührssen*'омъ¹⁾ глупокіе надрѣзы маточнаго зѣва.

VII. Симфизеотомія.

Расширеніе костнаго родового канала достигается симфизеотомією, т. е. разрѣзомъ лоннаго сочлененія. Эта операція, предложенная *Sigault* въ 1768 году, часто производившаяся въ концѣ прошлаго и началѣ нынѣшняго столѣтія, а затѣмъ совершенно оставленная, въ недавнее время неожиданно вновь стала торжествовать, но въ Германіи, по крайней мѣрѣ, начинается уже опять выходить изъ моды. Она должна быть признана хотя драгоцѣннымъ обогащеніемъ нашего терапевтическаго арсенала при узкомъ тазѣ, но ни въ какомъ случаѣ не безопаснымъ.

Практическіе результаты и новѣйшія анатомическія изслѣдованія таза показали, что значительное раздвиганіе лонныхъ костей (до 7 см.) не влечетъ за собою вредныхъ послѣдствій для заднихъ тазовыхъ сочлененій, что и въ прямомъ размѣрѣ таза оно даетъ немалый выигрышъ пространства при родовомъ актѣ и что никакихъ опасностей для послѣдующаго состоянія здоровья оперированной женщины вообще нельзя ожидать. Зато, напротивъ, является довольно значительная опасность разрыва во время родовъ растянутыхъ мягкихъ частей посредствомъ разсѣченнаго таза.

Но область показаній для симфизеотоміи въ настоящее время еще не такъ хорошо ограничена, какъ для другихъ акушерскихъ операцій. Кромѣ того, самая техника симфизеотоміи далеко еще не можетъ считаться окончательно установленной.

Интересная исторія этой операціи изложена у *Siebold*'а: *Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe*, Bd. II, 1845, а также у *Neugebauer*'а: *Frommel's Jahresber. f. Geburtsh. u. Gynäk. f. 1893*.—Хотя симфизеотомія производилась еще до *Sigault*, но все-таки послѣдній долженъ считаться интеллектуальнымъ изобрѣтателемъ этой операціи. Заслуга новаго введенія симфизеотоміи принадлежитъ итальянскому акушеру *Morisani*²⁾.

Симфизеотомія предназначена прежде всего къ тому, чтобы по возможности совершенно *вытѣснить изъ практики* перфоранцію живого младенца. *Показаніе* для симфизеотоміи существуетъ особенно при плоскомъ тазѣ съ истинною конъюгатою отъ 6,5 до 8 см., а при общесжуженномъ тазѣ—до 9 см., если имѣется основаніе ожидать, что дальнѣйшій ходъ родовъ будетъ сопряженъ съ опасностью для матери или для младенца, а другія, не столь рѣшительныя операціи невыполнимы или представляются болѣе опасными.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 44.

²⁾ Annal. d. Gynéc. 1881 u. 1888.—*Spinelli*, Annal. d. Gynéc. 1892. См. также *Pinará*, ibid. 1892. — *Leopold*, Труды изъ королев. гинекол. клиники въ Дрезденѣ 1893.

Условія для производства симфизеотоміи состоятъ въ слѣдующемъ: Роженица не должна еще представлять никакихъ признаковъ значительнаго ущемленія мягкихъ родовыхъ путей и ни въ какомъ случаѣ не должна быть заражена; мягкіе родовые пути, и особенно маточный зѣвъ, должны быть уже подготовлены настолько, чтобы послѣ выполненія симфизеотоміи можно было немедленно произвести родоразрѣшеніе. Младенецъ долженъ быть живъ. У первородящихъ слѣдуетъ по возможности избѣгать симфизеотоміи, въ виду большой опасности раненія мягкихъ частей. При анкилотическомъ тазѣ симфизеотомія противопоказуется. Симфизеотомія не должна конкурировать съ искусственными преждевременными родами, которымъ всегда должно быть отдано предпочтеніе, если для нихъ еще не упущено время и если производство ихъ вообще возможно при существующей степени суженія таза. Относительно выбора между симфизеотоміей и кесарскимъ сѣченіемъ, на основаніи условнаго показанія, см. гл. Кесарское сѣченіе.

Производство операціи. Въ лобковой области сбиваются волосы; операціонное поле тщательно дезинфицируется. Женщина лежитъ своими ягодицами на краѣ стола. Два ассистента держатъ ея нижнія конечности слегка раздвинутыми. Каждая изъ нихъ захвачена въ области икры и вертела. Разрѣзъ начинается пальца на два выше лоннаго сочлененія и оканчивается надъ клиторомъ. Ткани разсѣкаются послойно; всякое кровотеченіе при этомъ должно быть остановлено. Прямая брюшная мышца нѣсколько отсепаровывается отъ кости поперечными настьчками, послѣ чего палецъ непосредственно за лоннымъ сочлененіемъ вводится глубоко чрезъ рыхлую предпузырную ткань. По этому пальцу и производится изогнутымъ (серповиднымъ) ножомъ разрѣзъ лоннаго сочлененія, обыкновенно обозначеннаго выступающимъ кзади валикомъ. Разрѣзъ дѣлается сзади, по всей длинѣ симфиза, включая *lig. arcuatum*. Тотчасъ послѣ разрѣза лонное сочлененіе широко расходится въ обѣ стороны. Давленіе на вертелы, немедленно производимое ассистентами, препятствуетъ слишкомъ широкому расхожденію лонныхъ костей, которое могло бы привести къ разрыву крестцово-подвздошнаго сочлененія. Появляющееся иногда очень сильное кровотеченіе останавливается посредствомъ тампонаціи глубокой раны стерилизованною ватой или посредствомъ обкалыванія области клитора.

Затѣмъ немедленно производится родоразрѣшеніе. При черепномъ положеніи фиксируютъ головку давленіемъ снаружи и извлекаютъ ее щипцами. Расширенный тазъ даетъ возможность наложить щипцы въ тазовомъ входѣ или надъ нимъ. Извлеченіе обыкновенно удается безъ всякаго труда. Въ виду большой опасности *разрыва разныхъ частей* надъ лоннымъ соединеніемъ слѣдуетъ головку придвигать книзу возможно осторожно и при прорѣзываніи ея не слишкомъ подымать кверху.

Послѣ извлеченія младенца и выжиманія плаценты останавливаютъ кровотеченіе съ помощью швовъ и приступаютъ къ наложенію швовъ по

тому или другому изъ различныхъ способовъ, относительно которыхъ еще существуетъ разногласіе во мнѣніяхъ. Края лоннаго сочлененія крѣпко прижимаются другъ къ другу производимымъ ассистентами давленіемъ на вертелы и *поворачиваніемъ нижнихъ конечностей по направленію кнутри*. Затѣмъ мы проводимъ черезъ мягкія части, черезъ фасцію и надкостницу 3—4 шва изъ серебряной проволоки и завязываемъ ихъ по возможности крѣпко. Остальная рана зашивается шелковыми швами. Рана присыпается іодоформомъ и покрывается марлею. Затѣмъ вокругъ таза накладывается широкій полотняный бинтъ, концы котораго соединяются булавками.

Послѣдующее леченіе не отличается простотою. При всякомъ выпусканіи тазового бинта для обмыванія отъ послѣродового очищенія или для испражненія на низъ, необходимо фиксировать вертелы съ помощью противодавленія. На тщательное и крѣпкое наложеніе тазового бинта слѣдуетъ обращать особенное вниманіе въ первую недѣлю. Противъ образованія пролежня должны быть приняты соотвѣтственные мѣры предосторожности.

Спустя 8—10 дней снимаются шелковые, а спустя 18—21 день проволочные швы. Послѣ 3-й недѣли родильница встаетъ съ постели. Если заживленіе прошло гладко, то походка къ этому времени оказывается совершенно твердою и лонное сочлененіе въ большинствѣ случаевъ дѣлается уже совершенно крѣпкимъ.

Предсказаніе. Статистика свидѣтельствуетъ, что симфизеотомія до сихъ поръ еще далеко не можетъ быть причисляема къ безопаснымъ операціямъ. Смертность матерей до сихъ поръ составляла около 9%, смертность дѣтей—около 15%. Предсказаніе зависитъ отъ предшествовавшей неприкосновенности случая и—болѣе чѣмъ при всѣхъ другихъ акушерскихъ операціяхъ—отъ хирургической ловкости и опытности оператора. Акушеръ, не обладающій этими качествами, долженъ отступиться отъ симфизеотоміи и произвести въ случаѣ надобности перфорацию. Операція эта пока что остается дѣломъ клиникъ и родильныхъ заведеній съ хорошей операціонной обстановкой. Помимо опасности для жизни, неискusstvenное производство симфизеотоміи можетъ повлечь за собою чрезвычайно сильныя кровотеченія, большіе разрывы, раненіе уретры и мочевого пузыря, нагноенія лоннаго сочлененія, недостаточное сращеніе его, такъ что женщина остается калѣкой на всю жизнь,—непріятныя событія, которыя отчасти случались даже у болѣе опытныхъ операторовъ.

При разрѣзѣ лоннаго сочлененія необходимо имѣть въ виду, что оно часто лежитъ влѣво отъ срединной линіи. Мочеспускательный каналъ отмѣчается посредствомъ введенія въ него зонда, благодаря чему легче избѣжать раненія его. *Zweifel* ¹⁾ оперируетъ при положеніи роженицы съ отвисающими ногами; онъ начинаетъ съ поперечнаго разрѣза выше симфиза и послѣ сѣченія послѣдняго

¹⁾ Lehrbuch d. Geburtsh. IV Auflage 1895.—Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 6.—G. Abel, Arch f. Gynäk. Bd. 58.

по возможности ждуть естественнаго теченія, по-крайней мѣрѣ до вступленія подлежащей части во входъ въ тазъ. Переднюю и заднюю полости раны онъ тампонируетъ іодоформной марлей. Результаты, достигаемые этимъ операторомъ, очень хороши. Нѣкоторые авторы предпочитаютъ настоящій костный шовъ для соединенія симфиза [*Schauta* ¹⁾]. О другихъ многочисленныхъ модификаціяхъ операціи и въ особенности о швѣ см. *Neugebauer* ²⁾.

Послѣ заживленія раны тазъ остается обыкновенно нѣсколько расширеннымъ, такъ что послѣдующіе роды протекають значительно легче.

VIII. Поворотъ.

Поворотомъ называютъ искусственную замѣну даннаго положенія плода болѣе выгоднымъ для родового акта. Посредствомъ поворота мы замѣняемъ поперечное положеніе продольнымъ, головное—тазовымъ или тазовое—головнымъ. Слѣдовательно, поворотъ есть операція не родоразрѣшающая, а только подготавливающая къ родоразрѣшенію.

Различаютъ 3 вида поворота: *внутренній, наружный и комбинированный*. Внутренній поворотъ практически наиболѣе важенъ. Подобно наложенію щипцовъ и извлеченію, онъ принадлежитъ къ числу т. н. обыденныхъ акушерскихъ операцій.

Внутренній поворотъ.

Внутренній поворотъ производится почти всегда на одну ножку. Введя руку въ матку, захватываютъ ножку, поворачиваютъ при посредствѣ нея плодъ и создаютъ такимъ образомъ неполное ножное положеніе.

Внутренній поворотъ дозволителенъ или возможенъ только при слѣдующихъ *условіяхъ*.

1. Маточный зѣвъ долженъ быть проходимъ для руки оператора.
2. Предлежащая часть должна быть еще подвижна.
3. Величина таза должна вообще допускать рожденіе плода.

Разрыва плоднаго пузыря *не требуется*. Наоборотъ, даже желательно, чтобы плодный пузырь былъ еще цѣль, такъ какъ въ этомъ случаѣ плодъ имѣетъ большую подвижность. Во время операціи разрываются яйцевыя оболочки. Послѣ истеченія околоплодной жидкости поворотъ оказывается болѣе труднымъ, такъ какъ рядомъ съ подвижно-предлежащею частью можетъ излиться вся околоплодная жидкость или значительная часть ея, послѣ чего стѣнка матки плотнѣе прилегаетъ къ младенцу и ограничиваетъ его подвижность.

Мы различаемъ 3 *показанія* къ внутреннему повороту:

1. *Поперечное положеніе*. Такъ какъ въ этомъ положеніи роды невозможны, то оно представляетъ самое безспорное показаніе къ повороту, который, при наличности вышеуказанныхъ условий, можетъ быть сдѣланъ внутренними приѣмами.

¹⁾ Lehrbuch d. gesammten Gynäk. 2. Auflage 1898.

²⁾ *Neugebauer*, Frommel's Jahresber. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1893, 1894, 1897, 1899.

2. *Состоянія, угрожающія опасностью* младенцу или матери при *головныхъ положеніяхъ*, требующихъ скораго окончанія родовъ, если подлежащая головка еще стоитъ подвижно. Такъ какъ при подвижно стоящей головкѣ мы не имѣемъ прямого метода для скораго окончанія родовъ съ сохраненіемъ младенца, то, посредствомъ поворота, мы создаемъ себѣ ножное положеніе съ тою пѣлью, чтобы можно было немедленно извлечь младенца. Слѣдовательно, и въ этихъ случаяхъ маточный зѣвъ долженъ имѣть такую ширину, какая необходима для извлеченія.

3. Внутренній поворотъ показуется *иногда* при *плоскомъ тазѣ*. Это показаніе всего труднѣе можетъ быть формулировано, и мы еще будемъ подробно о немъ говорить въ терапіи родовъ при плоскомъ тазѣ.

Производство внутренняго поворота.

Операторъ снимаетъ сюртукъ, засучиваетъ высоко рукава рубашки, надѣваетъ фартукъ и производитъ дезинфекцію, которая въ этомъ случаѣ должна простираться не только на предплечіе, но и на *нижнюю часть плеча*. Наружныя половыя части обмываются и дезинфицируются, влагалище проспринцовывается.

Внутренній поворотъ производится въ положеніи женщины на боку (на томъ именно, гдѣ лежатъ ножки младенца), или, еще лучше, на *поперечной кровати*. Такъ какъ во многихъ случаяхъ непосредственно за поворотомъ слѣдуетъ извлеченіе, то послѣ поворота въ положеніи на боку приходится для извлеченія переложить женщину на поперечную кровать. Но это слишкомъ хлопотливо, а въ видахъ асептики даже нецѣлесообразно, такъ какъ оператору часто приходится самому помогать при перекладываніи роженницы. Поэтому поперечная кровать заслуживаетъ предпочтенія.

Глубокій наркозъ обязательно необходимъ. Онъ чрезвычайно облегчаетъ операцію. Потуги останавливаются почти совершенно, и такимъ образомъ врачъ получаетъ возможность оперировать въ вялой, не сокращающейся маткѣ. Лишь въ очень настоятельныхъ случаяхъ приходится отступить отъ наркоза. Затѣмъ опоражниваютъ мочевой пузырь. Петли для поворота и полотенце должны лежать наготовѣ.

Вообще считается правиломъ производить поворотъ *тою рукою, которая соответствуетъ сторонѣ матери, гдѣ лежатъ ножки плода*. Если, напр., мелкія части помѣщаются справа, то поворотъ производится лѣвой рукою, а если слѣва, то правой рукою. Ладонь введенной руки обращена къ той ножкѣ, которая должна быть захвачена.

Обыкновенно захватываютъ ту ножку, которая лежитъ *всего ближе къ оперирующей рукѣ*: при черепныхъ положеніяхъ—ножку, лежащую впереди (при первомъ черепномъ положеніи правую, при второмъ лѣвую), а при поперечныхъ положеніяхъ—лежащую внизу.

Акушеръ сидитъ между бедрами женщины, лежащей на поперечной кровати. Оперирующая рука вмѣстѣ съ предплечіемъ намазывается вазе-

линомъ, затѣмъ складывается конически и проникаетъ слегка вращательными движеніями во влагалище и черезъ маточный зѣвъ. Другая рука раздвигаетъ половыя губы и оттѣсняетъ ихъ назадъ; затѣмъ рука эта кладется на дно матки въ области мелкихъ частей плода. Она должна фиксировать матку и по возможности отдавливать ножки плода къ оперирующей рукѣ. Если бы во время введенія руки появилась потуга, то рука оставляется спокойно на мѣстѣ до ея прекращенія.

Если плодный пузырь еще цѣль, то его разрываютъ въ маточномъ зѣвѣ, и затѣмъ быстро вводятъ руку въ матку для того, чтобы предлеженіе, выполняющее собою маточный зѣвъ, препятствовало полному истеченію водъ. Предлежащая часть оттѣсняется въ сторону, и рука

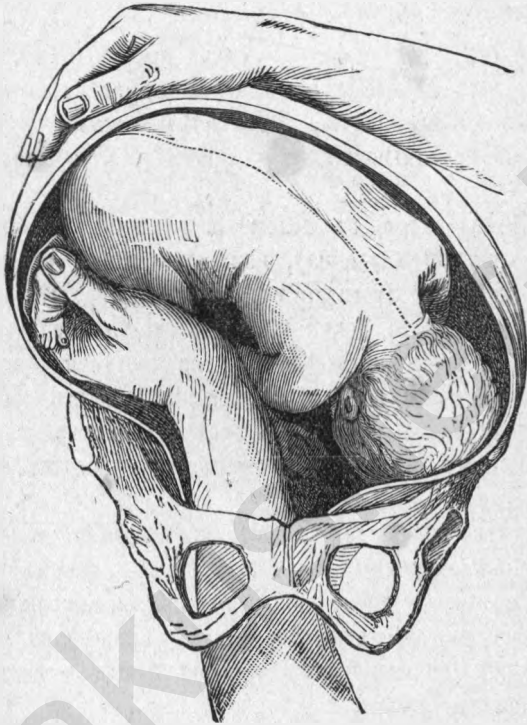


Рис. 55. Производство внутренняго поворота. Лѣвая рука, введенная въ правую сторону матки, захватываетъ правую (нижнюю) ножку и отводитъ ее внизъ. Правая рука лежитъ на маткѣ и отдавливаетъ мелкія части по направленію къ введенной лѣвой рукѣ.

быстро попадаетъ на ближайшую ножку, которую она узнаетъ по пяточной кости. Рука оператора находится теперь во влагалищѣ по локоть или еще выше. Ножка захватывается двумя пальцами и отводится внизъ черезъ маточный зѣвъ за половую расщелину (см. рис. 55). Поворачиваніе плода удается обыкновенно съ большою легкостью. Когда нижняя часть бедра выведена изъ половой расщелины, ягодицы стоятъ уже въ тазу, а головка въ днѣ матки; поворотъ, слѣдовательно, оконченъ.

Болѣе труднымъ оказывается поворотъ *посль отхожденія водъ*, и именно тѣмъ

болѣе, чѣмъ раньше передъ поворотомъ произошелъ разрывъ плоднаго пузыря.

Оперирующая рука должна въ этихъ случаяхъ держаться непосредственно у самаго тѣла плода, причемъ ладонная поверхность ея медленно продвигается отъ предлежащей части вдоль всего тѣла до ножки.

При головныхъ положеніяхъ сначала оттѣсняютъ головку большимъ пальцемъ къ противолежащему крылу подвздошной кости, затѣмъ вводятъ

руку съ тѣсно прилегающими другъ къ другу пальцами по поверхности лица и груди и попадаютъ на ручки плода (нужно остерегаться смѣшиванія ихъ съ ножками) и, наконецъ, на ножки, которыя отдавливается рукою, положенною на матку снаружи. Захватываютъ ножку, лежащую спереди. При низведеніи ея наружная рука должна оттѣснять головку вверхъ и внутрь и этимъ самымъ помогать поворачиванію младенца (см. рис. 56).

При поперечныхъ положеніяхъ рука наталкивается на плечико. Если спинка обращена впередъ, то руку продвигаютъ вдоль спинной поверхности плода къ ягодичамъ, затѣмъ назадъ къ бедру и нижней ножкѣ. Если же спинка обращена назадъ, то руку продвигаютъ вдоль брюшной поверхности плода впередъ. Отдавливаніе ножки снаружи какъ-разъ въ этомъ случаѣ очень хорошо удается.

Многіе авторы советуютъ при поперечныхъ положеніяхъ съ обращеннымъ впередъ животомъ захватывать вмѣсто нижней ножки *верхнюю*. Дѣйствительно, верхняя ножка при поворачиваніи младенца легче попадаетъ подъ лонное сочлененіе, чѣмъ нижняя. Вторая рука и здѣсь также должна

помогать первой при поворачиваніи младенца, оттѣсняя головку вверхъ.

Намазываніе руки и предплечія масломъ при производствѣ поворота въ узкихъ половыхъ частяхъ хотя представляетъ удобства и многими рекомендуется, тѣмъ не менѣе въ дѣляхъ асептики лучше избѣгать этого.

Нѣкоторые авторы предлагали разрывать плодный пузырь не въ маточномъ зѣвѣ, а въ болѣе высокомъ мѣстѣ, у самыхъ ножекъ, пройдя предварительно рукою между яйцомъ и стѣнкою матки вверхъ. Поворотъ производится тогда при всемъ наличномъ количествѣ околоплодной жидкости. Но преимущество это перевѣшивается тѣмъ неудобствомъ, что руку приходится вводить между яйцевыми оболочками и обнаженною отпадающею оболочкою. вслѣдствіе чего чаще наступаетъ преждевременная отслойка плаценты. Внутри яйца поворотъ, во всякомъ случаѣ, болѣе безопасенъ.

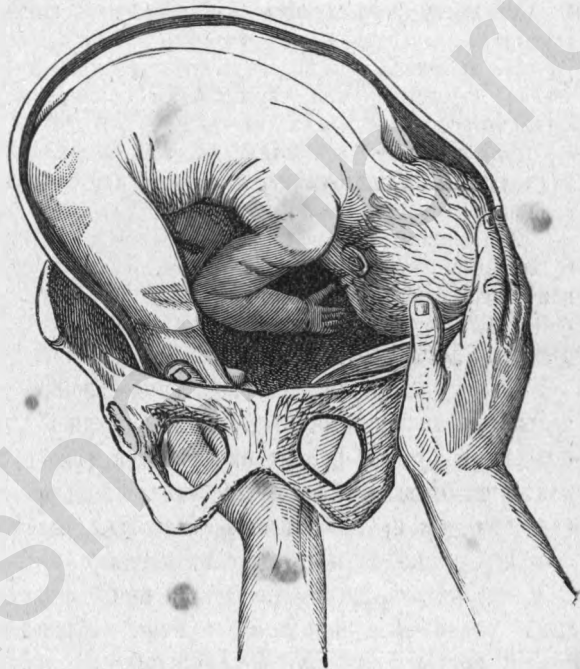


Рис. 56. Производство внутренняго поворота. Правая ножка низведена лѣвою рукою. Такъ какъ сразу повернуть младенца не удалось, то правая рука отдавливаетъ головку чрезъ брюшные покровы внутрь и вверхъ; между тѣмъ какъ лѣвая рука тянетъ за ножку.

Если рука при поворотѣ наткнулась на пупочный канатикъ, то нужно отвести ее по возможности дальше въ сторону, а не слѣдуетъ ни въ какомъ случаѣ захватывать пупочный канатикъ вмѣстѣ съ ножкою.

Относительно того, которая именно ножка должна быть захвачена, большинство авторовъ согласны съ вышеприведеннымъ совѣтомъ, что слѣдуетъ захватывать ножку, лежащую всего ближе. При цѣломъ еще пузырьѣ довольно безразлично, какая бы ножка ни была захвачена: повернуть младенца въ этомъ случаѣ всегда легко удается. Наоборотъ, послѣ истеченія околоплодной жидкости очень важно захватить ту именно ножку, какую слѣдуетъ, ибо въ противномъ случаѣ повернуть младенца удается труднѣе и низведенная ножка легко попадаетъ въ крестцовую впадину. Между тѣмъ, въ интересахъ легкаго извлеченія желательнѣе, чтобы низведенная ножка находилась позади лоннаго сочлененія.

Совѣтъ при поперечномъ положеніи съ обращеннымъ впередъ животомъ захватывать верхнюю ножку въ большинствѣ случаевъ вполне оправдывается. Иногда, впрочемъ, можетъ возникнуть затрудненіе вслѣдствіе того, что захваченная верхняя ножка скрещивается съ нижней. Въ крайнемъ случаѣ можно тогда низвести обѣ ножки (см. ниже).

При трудныхъ поворотахъ мы должны быть часто рады уже и тому, если намъ удалось захватить хотя бы какую нибудь ножку: свободного выбора здѣсь совершенно не существуетъ.

Если обыкновенно производить поворотъ на *одну* ножку, то это объясняется болѣе благоприятнымъ предсказаніемъ, какое даютъ роды при *неполномъ* ножномъ положеніи.

Осложненія и затрудненія.

Въ случаяхъ, въ которыхъ подвижность плода слишкомъ незначительна по причинѣ отсутствія околоплодной жидкости въ маткѣ, вышеописанные ручные приемы оказываются недостаточными, чтобы повернуть младенца. Захваченную ножку удается, правда, отвести внизъ, но головка, несмотря на противодавленіе снаружи, застрѣваетъ сбоку въ нижнемъ сегментѣ матки. Поворотъ, слѣдовательно, не оконченъ.

При такомъ положеніи вещей ничто вѣрнѣе не приводитъ къ цѣли, какъ *низведеніе второй ножки*. Низведенная первая ножка фиксируется петлею для того, чтобы она не ускользнула обратно. Затѣмъ снова вводятъ оперирующую руку, оттягиваютъ вторую ножку внизъ и тянутъ младенца за обѣ вмѣстѣ. Повернуть младенца теперь удается почти всегда, и мы получаемъ полное ножное положеніе.

Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда поворотъ не удается даже послѣ низведенія второй ножки, слѣдуетъ примѣнить т. н. *двойной ручной приемъ* (*Justine Siegemund*). Оперирующая рука захватываетъ низведенныя ножки, въ случаѣ надобности посредствомъ петли, а другая рука вводится въ половой каналъ и осторожно отодвигаетъ плечико или головку вверхъ и внутрь, причѣмъ первая рука тянетъ за ножки. Конечно, при сильномъ растяженіи нижняго сегмента матки этотъ двойной ручной приемъ не совсѣмъ безопасенъ. Тѣмъ не менѣе многіе авторы рекомендуютъ его на первомъ планѣ въ такихъ случаяхъ, когда не удается повернуть младенца; они совѣтуютъ низводить вторую ножку лишь тогда, когда двойной ручной приемъ не привелъ къ цѣли.

Въ случаяхъ, въ которыхъ уже напередъ можно ожидать, что поворотъ будетъ труденъ, рекомендовали немедленно захватывать и низводить обѣ ножки, такъ какъ низведеніе второй ножки, въ концѣ концовъ, часто оказывается необходимымъ. Но этотъ совѣтъ не всегда можетъ быть выполненъ, потому что при такихъ условіяхъ бываетъ довольно трудно достать даже *одну* ножку.

Если при поперечномъ положеніи выпала ручка въ нижнюю часть влагалища или за половую расщелину, то можно фиксировать ее посредствомъ петли, наложенной вокругъ кистевого сустава. Этимъ самымъ мы избавляемся отъ необходимости освобождать ручку впоследствии. Петля передается повивальной бабкѣ или ассистенту, который наблюдаетъ за тѣмъ, чтобы ручка при поворотѣ не отошла назадъ.

Другіе авторы, напр. С. Braun¹⁾, справедливо считаютъ петлю совершенно излишнею, такъ какъ выпавшая ручка никогда не отходитъ при поворотѣ цѣликомъ вверхъ, а освобожденіе ея въ большинствѣ случаевъ легко удастся.

Выпавшая ручка, какъ бы сильно она ни припухла, никогда не препятствуетъ повороту. Вправленіе ея есть ошибка. Ампутація или экзартикуляція ея при мертвомъ плодѣ недопустима даже въ случаѣ эмбриотоміи.

Если бы къ тому времени, когда желаютъ произвести поворотъ, оказалось, что существуетъ *выпаденіе пуповины*, то ее оставляютъ тамъ, гдѣ она лежитъ, и поступаютъ по обычнымъ правиламъ.

Иногда при поворотѣ появляется *кровоотеченіе* вслѣдствіе частичной отслойки плаценты. Въ такомъ случаѣ необходимо продвигать оперирующую руку по возможности дальше отъ плаценты и ускорить поворотъ и извлеченіе.

Но если воды отошли уже за *болѣе долгое* время, а затѣмъ опять появились сильныя *потуги*, то поворотъ можетъ по различнымъ причинамъ оказаться очень труднымъ и, во всякомъ случаѣ, чрезвычайно опаснымъ для матери.

Если плотное прилеганіе стѣнокъ матки къ тѣлу плода уже значительно затрудняетъ производство поворота, то операція эта можетъ оказаться совершенно невыполнимою въ случаѣ, когда имѣется тетаническое сокращеніе матки (*tetanus uteri*), появляющееся особенно послѣ бывшихъ уже тщетныхъ попытокъ поворота или другихъ операцій, или послѣ несвоевременнаго примѣненія спорыньи. Но особенно большая опасность для матери возникаетъ изъ *болѣе сильнаго растяженія нижняго сегмента матки*, особенно при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ и узкомъ тазѣ; стѣнки нижняго сегмента могутъ въ этихъ случаяхъ настолько истончиться, что при введеніи руки или поворачиваніи младенца слѣдуетъ опасаться *разрыва матки*.

Необходимо положить себѣ за правило, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно ожидать, что поворотъ представитъ затрудненія, роженица

1) Lehrb. d. ges. Gynäk. 1881.

должна быть захлороформирована до *очень глубокаго наркоза съ полнѣйшимъ параличемъ мускулатуры*. Лишь послѣ того какъ достигнута *эта* степень наркоза, можно ввести руку въ полость матки. Очень часто состояніе сокращенія теперь уступаетъ мѣсто расслабленію. Затѣмъ нужно опредѣлить изслѣдованіемъ, подвижна-ли еще вообще подлежащая часть. Если она допускаетъ введеніе руки, то продвигать послѣднюю нужно съ *величайшею осторожностію*. Плотное прилегание матки къ тѣлу плода часто въ чрезвычайной степени затрудняетъ продвиганіе руки. Иногда приходится перемѣнить руку вслѣдствіе того, что оперирующая рука утомилась. Дойдя до ножки, отводятъ ее внизъ, но при этомъ избѣгаютъ болѣе сильнаго потягиванія. Если повернуть младенца оказывается затруднительно, то сейчасъ же низводятъ вторую ножку.

Наоборотъ, если подлежащая часть уже стоитъ плотно въ тазу, или если ввести руку въ матку не удастся безъ большого насилія, то нужно отказаться отъ поворота. При поперечномъ положеніи необходимо въ такомъ случаѣ тотчасъ произвести эмбриотомію, а при головномъ положеніи, если роды должны быть непременно окончены въ интересахъ матери, слѣдуетъ немедленно произвести перфорацию.

Извлеченіе послѣ поворота.

Если поворотъ былъ произведенъ на основаніи вышеупомянутаго второго показанія при головномъ положеніи, то, конечно, сейчасъ же послѣ этого производится извлеченіе за ножку, такъ какъ самый поворотъ былъ предпринятъ лишь съ тою цѣлью, чтобы можно было окончить роды. Маленькая пауза, впрочемъ, желательна: она служитъ для обмыванія рукъ и для тщательной ориентировки насчетъ положенія низведенной ножки.

Если же, напротивъ того, поворотъ былъ произведенъ при поперечномъ положеніи, то, строго говоря, съ достиженіемъ продольнаго положенія показаніе вполне удовлетворено, и поэтому очень много спорили насчетъ того, имѣемъ-ли мы вообще право приступать теперь же къ извлеченію, если не существуетъ прямого показанія къ немедленному окончанію родовъ. Однако, при обсужденіи этого вопроса ¹⁾ не должно забывать, что уже во время поворота ребенокъ нерѣдко успѣлъ пострадать вслѣдствіе прижатія пуповины или отслойки плаценты, и что ручки почти всегда оказываются отошедшими вверхъ. Слѣдовательно, положеніе вещей оказывается здѣсь существенно инымъ, чѣмъ при нормальныхъ родахъ въ тазовомъ положеніи, при которомъ мы, вообще, придерживаемся строго выжидательнаго метода.

Но и при принципиальномъ выжиданіи послѣ поворота часто все-таки приходится, въ концѣ концовъ, сдѣлать извлеченіе въ видѣ стойкаго замедленія сердечныхъ тоновъ плода. Поэтому многіе практики высказываются за немедленное извлеченіе послѣ поворота при черепномъ положе-

¹⁾ Winter, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 12.

нн, если это позволяет ширина маточнаго зѣва. Кто желаетъ послѣдовать этому совѣту, тотъ долженъ сначала сдѣлать послѣ поворота обычную паузу, обмыть свои руки, тщательно опредѣлить положеніе младенца, а въ особенности—*состояніе маточнаго зѣва*. Если зѣвъ уже достигъ требуемой степени расширенія и если выпрямленная ножка лежитъ позади лоннаго сочлененія, то слѣдуетъ съ спокойною совѣстью приступить къ извлеченію младенца. Если же рѣшено выждать, то сердечные тоны младенца должны быть предметомъ постояннаго наблюденія. (Объ извлеченіи при ножномъ положеніи съ помѣщающеюся въ крестцовой впадинѣ выпрямленную ножкою см. Осложненія и затрудненія при извлеченіи).

Если врачъ имѣетъ возможность свободно избрать время для поворота, какъ это часто бываетъ при еще не запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, то при цѣломъ еще пузырьѣ онъ долженъ въ интересахъ извлеченія младенца выждать съ производствомъ поворота до полного раскрытія маточнаго зѣва. Если плодный пузырь уже разорвался, то поворотъ долженъ быть произведенъ немедленно.

‡ *Предсказаніе при внутреннемъ поворотѣ.*

Само собою понятно, что для матери поворотъ составляетъ операцию не безразличную. Но если онъ произведенъ съ соблюденіемъ вышеуказанныхъ условій и мѣръ предосторожности, то причинить раненіе родовыхъ путей едва-ли возможно. Впрочемъ, у первородящихъ могутъ въ рѣдкихъ случаяхъ образоваться надрывы промежности при введеніи предплечія. Родильный періодъ послѣ поворота (чаще, чѣмъ послѣ операцин наложенія щипцовъ) протекаетъ въ большинствѣ случаевъ нормально.

Напротивъ того, опасности насильственнаго поворота громадна. Если былъ произведенъ разрывъ матки, то онъ въ большинствѣ случаевъ приводитъ къ смерти.

Для младенца поворотъ тоже не совсѣмъ безопасенъ. При поворачиваніи плода часто сдавливается или натягивается пуповина, а иногда также отслаивается часть плаценты, такъ что младенецъ впадаетъ въ состояніе асфиксіи. Раненія младенца при поворотѣ не должны случаться.

Внутренній поворотъ на головку (*Busch, d'Outrepoint* и *C. Braun*) въ настоящее время почти совершенно вышелъ изъ употребленія.

Комбинированный поворотъ.

При *комбинированномъ поворотѣ* вводятъ чрезъ маточный зѣвъ не всю руку, а только одинъ или два пальца, тогда какъ другая рука накладывается на матку снаружи. Внутренняя рука должна оттягивать подлежащую часть въ сторону, а наружная—отдавливать по направленію къ внутренней ту часть плода, которую желаютъ извести въ тазъ. Комбинированный поворотъ производится почти всегда на одну ножку.

Преимущество, представляемое комбинированнымъ поворотомъ въ сравненіи съ внутреннимъ, заключается въ возможности болѣе ранняго производства операцин при мало еще раскрытомъ зѣвѣ, равно какъ и въ

томъ обстоятельствъ, что въ полость матки вводится не вся рука, а только два пальца. Но зато послѣ комбинированнаго поворота никогда нельзя тотчасъ произвести извлеченіе, такъ какъ этого не допускаетъ незначительное раскрытіе маточнаго зѣва. Вслѣдствіе этого поприще для примѣненія комбинированнаго поворота ограничивается относительно тѣсными предѣлами.

Подвижность плода и проходимость маточнаго зѣва составляютъ два *условія*, необходимыя для комбинированнаго поворота. Желательно, чтобы плодный пузырь былъ еще пѣлъ или, по крайней мѣрѣ, чтобы воды отошли только за короткое время передъ операціей.

Комбинированный поворотъ *показуется*:

1. При предлежаніи плаценты.
2. При поперечномъ положеніи, если плодный пузырь уже разорвался, а маточный зѣвъ еще узокъ.
3. При выпаденіи пуповины и незначительномъ раскрытіи маточнаго зѣва.

(Подробности объ этомъ предметѣ будутъ приведены въ соотвѣствующихъ главахъ патологіи родовъ).

Наконецъ, само собою понятно, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда показуется внутренній поворотъ, а плодъ еще легко подвиженъ, можно также оперировать по комбинированному методу, т. е. искуснымъ противо-давленіемъ снаружи избавить себя отъ необходимости ввести въ полость матки всю руку. Чѣмъ болѣе опытенъ и искусенъ операторъ, тѣмъ чаще онъ будетъ дѣлать поворотъ по „комбинированному“ методу даже въ такихъ случаяхъ, когда маточный зѣвъ дозволяетъ ввести въ полость матки всю руку. Начинаяшій долженъ предварительно практиковаться въ производствѣ внутренняго поворота и дѣлать операцію по „комбинированному“ методу лишь въ такихъ случаяхъ, гдѣ это требуется данными обстоятельствами, особенно напр. при показаніяхъ 1-мъ и 2-мъ.

Само собою понятно, что и внутренній поворотъ представляетъ вмѣстѣ съ тѣмъ комбинированный, такъ какъ и при немъ противо-давленіе снаружи играетъ важную роль. Тѣмъ не менѣе, принято называть комбинированнымъ поворотомъ лишь ту операцію, при которой вводится въ полость матки не вся рука, а только одинъ или два пальца.

Производство операціи. Прежде всего необходимо еще разъ опредѣлить съ наивозможною точностью положеніе плода. Подготовленіе роженицы—такъ же, какъ при внутреннемъ поворотѣ. Роженица лежитъ на поперечной кровати; наркозъ желателенъ.

Операторъ вводитъ во влагалище ту руку, которая соотвѣтствуетъ мѣстонахожденію мелкихъ частей, и продвигаетъ чрезъ маточный зѣвъ столько пальцевъ, сколько возможно по ширинѣ его отверстія. Пальцы эти оттѣсняють головку, а при поперечномъ положеніи—плечико, въ сторону, противолежащую мелкимъ частямъ плода, между тѣмъ какъ другая рука отдавливаетъ ягодицы въ обратномъ направленіи книзу. При этомъ ножка (или колѣно) подходит къ введенному пальцу. Ее захва-

тываютъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ разрываютъ плодный пузырь, если онъ еще цѣль, и вытягиваютъ бедро чрезъ маточный зѣвъ, тогда какъ наружная рука отгѣсняетъ головку совѣмъ вверхъ. Поворотъ оконченъ.

Операція въ большинствѣ случаевъ нѣсколько болѣе трудна, чѣмъ внутренній поворотъ, и требуетъ большей технической ловкости.

Предсказаніе для матери при комбинированномъ поворотѣ благоприятно, даже въ большей степени, чѣмъ при внутреннемъ поворотѣ. Предсказаніе для младенца зависитъ отъ дальнѣйшаго теченія родовъ.

Наружный поворотъ.

Поворачиваніе плода производится здѣсь исключительно *наружными ручными приѣмами*. Соответственное положеніе роженицы служить подспорьемъ.

Значительная подвижность плода составляетъ необходимое *условіе* для наружнаго поворота. Лучше всего онъ производится при цѣломъ еще пузырьѣ. Желательно, чтобы существовали потуги, которыя фиксировали бы въ нижнемъ сегментѣ матки низведенную въ нее часть плода и проталкивали послѣднюю въ полость таза.

Наружный поворотъ можно примѣнять во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ представляется необходимымъ при наличности вышеуказанныхъ условій измѣнить положеніе плода, напр. при поперечномъ положеніи, если маточный зѣвъ еще не допускаетъ другихъ методовъ поворота и если плодный пузырь еще цѣль. Наружный поворотъ можно производить на ягодицы или на головку. При поперечномъ положеніи обыкновенно стараются превратить его въ головное.

Вѣрнаго успѣха отъ наружнаго поворота не слѣдуетъ ожидать. Очень нерѣдко низведенная часть плода отклоняется впослѣдствіи опять въ сторону.

При *производствѣ* наружнаго поворота не требуется ни наркоза, ни особеннаго положенія роженицы. Часть плода, на которую желаютъ повернуть младенца, отдавливается во время перемежки между двумя потугами книзу, а противоположная часть—кверху. Когда желаемое положеніе плода уже достигнуто, кладутъ женщину на тотъ бокъ, гдѣ находилась часть плода, которую желаютъ направить въ полость таза. Можно также попытаться фиксировать предлежащую теперь часть плода боковымъ противодавленіемъ при помощи подушки, положенной на нижнюю часть живота роженицы.

Нѣкоторые совѣтовали по окончаніи наружнаго поворота разрывать плодный пузырь для того, чтобы можно было легче низвести головку въ тазъ. Но результаты этого способа ненадежны, такъ какъ и послѣ разрыва плоднаго пузыря головка можетъ опять отклониться въ сторону, или можетъ произойти выпаденіе пуповины или ручки.

Такъ какъ при подвижно предлежащей головкѣ мы не имѣемъ прямого способа къ немедленному родоразрѣшенію, то наружный поворотъ на

головку противопоказуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется скорое окончаніе родовъ.

IX. Операція наложенія шипцовъ.

Акушерскіе шипцы (forceps) служатъ для *извлеченія головки младенца* и примѣняются почти исключительно при головныхъ (черепныхъ и лицевыхъ) положеніяхъ. Они обхватываютъ и фиксируютъ какъ-бы двумя руками боковыя части головки. Потягиваніемъ за рукоятки шипцовъ захваченная головка выводится изъ родового канала.

Шипцы состоятъ изъ двухъ совершенно одинаковыхъ металлическихъ вѣтвей, соединенныхъ между собою крестообразно. Каждая вѣтвь состоитъ изъ *ложки*, накладываемой на головку младенца, затѣмъ изъ *замковой части*, соединяющей между собою обѣ вѣтви, и, наконецъ, изъ *рукоятки*, служащей опорой при извлеченіи. Та вѣтвь, которая вводится лѣвою рукою въ лѣвую сторону матери, называется *лѣвою*, а другая — *правою* (см. рис. 57 и 58).

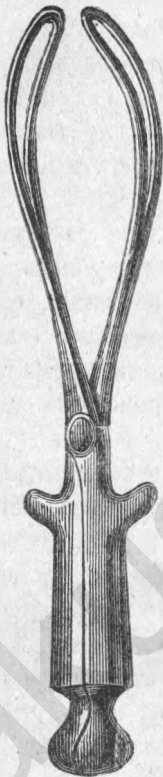


Рис. 57. Негелевскіе шипцы.

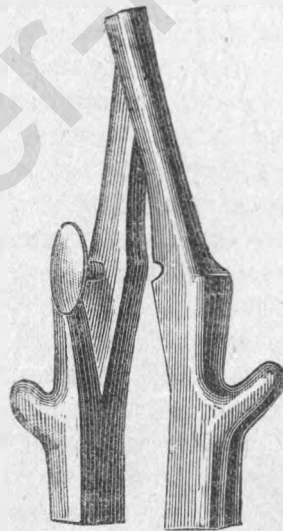


Рис. 58. Замокъ Негелевскихъ шипцовъ. На лѣвой ложкѣ находится замокъ, на правой — вырѣзка.

Ложки шипцовъ имѣютъ двѣ кривизны: во-первыхъ — головную, которая по своей формѣ точно соответствуетъ головкѣ младенца, и, во-вторыхъ — тазовую, которая направляется соответственно тазовой оси снизу вверхъ. Наибольшій диаметръ головной кривизны долженъ быть не менѣе 7 см.; при этомъ верхушки ложекъ должны отстоять одна отъ другой примѣрно на $1\frac{1}{2}$ см. Тазовая кривизна начинается тотчасъ позади замка и постепенно восходитъ къ верхушкамъ ложекъ.

Замокъ щипцовъ (мы говоримъ здѣсь именно о тѣхъ инструментахъ, которые употребительны въ Германіи) состоитъ изъ *шпенька*, находящагося на лѣвой ложкѣ и прикрытаго пластинкой. Этотъ шпенекъ входитъ въ *вырѣзку*, имѣющуюся на правой ложкѣ инструмента. Обѣ ложки щипцовъ продырявлены окошками для того, чтобы инструментъ имѣлъ меньшій вѣсъ. Ложки должны быть совершенно гладки, а края (ребра) окошекъ—хорошо закруглены. Рукоятки не должны быть оправлены въ дерево, какъ это дѣлалось раньше, но также должны быть изготовлены изъ металла. Въ разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ ниже замка находятся на рукояткахъ крючкообразные отростки, на которые кладутся два пальца руки, производящей извлеченіе головки.

При предшествующемъ описаніи мы имѣли въ виду Негелевскіе щипцы, которые преимущественно примѣняются въ Германіи и представляютъ превосходный инструментъ. Число различныхъ щипцовъ чрезвычайно велико. Было время, когда каждый именитый акушеръ считалъ какъ будто бы своею профессиональною обязанностью изобрѣсти по меньшей мѣрѣ *одни* щипцы.

Общамъ достояніемъ акушеровъ щипцы сдѣлались только съ 1723 года, когда Гентскій хирургъ *Palfyn* представилъ парижской академіи свой *tire-tête*—инструментъ, впрочемъ, довольно примитивный ¹⁾. Но въ видѣ секретнаго средства уже за много десятковъ лѣтъ раньше существовалъ относительно совершенный инструментъ въ одномъ англійскомъ семействѣ (*Chamberlen*), которое, однако, предпочло не опубликовывать его въ общее свѣдѣніе и сдѣлало изъ него предметъ довольно безсовѣстной эксплуатаціи. Новѣйшія изысканія дѣлаютъ вѣроятнымъ, что изобрѣтателемъ щипцовъ былъ *Peter Chamberlen*-старшій, родившійся въ Парижѣ въ 1560 году [*Sänger* ²⁾].

Затѣмъ инструментъ былъ значительно усовершенствованъ и способъ его примѣненія болѣе разработанъ французскимъ акушеромъ *Leuret* и его англійскимъ современникомъ *Smellie* (въ серединѣ 18-го столѣтія).

Французскіе щипцы всегда отличались своей большой длиной: они очень часто накладывались на высоко стоящую головку. Замокъ французскихъ щипцовъ состоитъ изъ подвижнаго въ винтовой гайкѣ шпенька, находящагося на лѣвой ложкѣ, причѣмъ на этотъ шпенекъ должно быть надѣто отверстие правой ложки (*junctiona per axim*). Въ англійскихъ щипцахъ обѣ вѣтви только лежатъ въ замкѣ одна надъ другою и фиксируются посредствомъ выступающихъ валиковъ (*junctiona per contabulationem*). Англійскіе щипцы въ прежнее время отличались своею короткостью: они накладывались почти исключительно въ выходѣ таза; но въ новѣйшее время англичане начинаютъ измѣнять этому принципу.

Нѣмецкіе щипцы имѣютъ среднюю длину (около 40 см.); замокъ въ нихъ (устроенный *Brünninghausen*'омъ) представляетъ, какъ мы уже это объяснили, сочетаніе французскаго и англійскаго замковъ и обладаетъ преимуществами обоихъ, т. е. легкимъ замыканіемъ ложекъ и крѣпкимъ соединеніемъ ихъ въ замкѣ.

Цель операціи наложенія щипцовъ состоитъ въ томъ, чтобы безъ вреда для матери или для младенца окончить роды по способу, возможно похожему на естественный ходъ родового акта (безвредные головные щипцы). Изгоняющія силы замѣняются потягиваніемъ щипцовъ. При этомъ ложки инструмента неизбежно оказываютъ нѣкоторое давленіе

¹⁾ *Siebold*, Versuch einer Geschichte der Geburtsh. Bd. II. 1845.

²⁾ *Arch. f. Gynäk.* Bd. 31.

на головку младенца. Давленіе это составляет нежелательное побочное дѣйствіе, которое иногда можетъ оказаться въ высшей степени пагубнымъ для младенца. Идеальными щипцами были бы такіе, которые производили бы потягиваніе безъ всякаго давленія (*Schroeder*). Увеличеніе окружности головки обхватывающими ее желѣзными ложками инструмента тоже составляетъ неизбѣжное неудобство, которое для мягкихъ частей матери не совсѣмъ безразлично.

Требованіе, чтобы роды были окончены безъ вреда для матери и для младенца, можетъ быть удовлетворено лишь въ такомъ случаѣ, если щипцы будутъ накладываться на головку только при совершенно опредѣленныхъ условіяхъ. Если же не придерживаться этихъ условій, а при-мѣнять щипцы не сообразуясь съ высотой стоянія головки и степенью подготовленности мягкихъ частей, то операція, вообще довольно безопасная и часто спасающая жизнь, превратится уже въ очень грубый пріемъ, который можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ тяжелыя раненія и даже смерть матери или младенца или обоихъ вмѣстѣ, такъ что названіе „погрѣшность противъ правилъ искусства“ оказывается для этого грубаго пріема еще слишкомъ мягкимъ.

Замѣчательно, что въ прежнее время главнымъ дѣйствіемъ щипцовъ считалось давленіе, которое они оказываютъ на головку (*Stein*-старшій); слѣдовательно, щипцы тогда разсматривались какъ сдавливающей инструментъ. Другіе авторы (*Stein*-младшій) говорили о динамическомъ дѣйствіи щипцовъ: они предполагали именно, что раздраженіе, оказываемое введеннымъ инструментомъ, усиливаетъ потужную дѣятельность.

Но въ настоящее время мы не видимъ и не ожидаемъ отъ щипцовъ никакого другаго дѣйствія, кромѣ эффекта *потягиванія*. Съ неизбѣжнымъ при этомъ давленіемъ на головку мы вынуждены поневолѣ мириться.

Условія эти суть слѣдующія:

1. Маточный зѣвъ долженъ быть уже изглаженъ.
2. Плодный пузырь долженъ быть уже разорванъ, и яйцевыя оболочки должны быть оттянуты за головку.
3. Тазъ долженъ быть нормаленъ, а если имѣется узкій тазъ, то суженное мѣсто его должно быть уже пройдено головкой.
4. Головка должна быть удобозахватываема для щипцовъ и неслишкомъ велика для прохожденія чрезъ тазъ. Если она слишкомъ велика какъ, напр., при головной водянкѣ, то накладывать на нее щипцы не имѣло бы никакого смысла. Если же она слишкомъ мала, какъ, напр., у очень молодого плода, или если она потеряла свою устойчивость, какъ, напр., послѣ сдѣланной уже перфорации, то щипцы соскальзываютъ съ нея.
5. Головка должна стоять въ такомъ положеніи, какое необходимо для операціи наложенія щипцовъ, т. е. наибольшая окружность ея должна находиться уже въ маломъ тазу. Чѣмъ ниже стоитъ головка, тѣмъ легче и безопаснѣе удастся наложить щипцы; высокое же стояніе головки значительно увеличиваетъ опасность операціи. Это особенно относится къ *первородящимъ*.

Вѣрною руководящею нитью для опредѣленія высоты стоянія головки служить сѣдалищныя ости: если уже не удастся дойти до нихъ пальцемъ, то это означаетъ, что головка навѣрно уже стоитъ наибольшою своею окружностью въ тазу.

Начинающій долженъ самымъ строгимъ образомъ придерживаться этихъ условий. Опытный операторъ можетъ, пожалуй, при очень настоятельномъ показаніи къ наложенію щипцовъ игнорировать въ исключительныхъ случаяхъ полное выполненіе условий 1-го (относительно маточнаго зѣва) и 5-го (относительно стоянія головки); но при этомъ, конечно, онъ долженъ ясно сознавать, что беретъ на себя большую отвѣтственность. Однако, и при такихъ обстоятельствахъ край маточнаго зѣва долженъ быть растяжимъ, а отверстіе его всегда должно быть настолько широко, чтобы оно позволяло ввести ложки инструмента безъ особеннаго насилія; кромѣ того, головка должна стоять *плотно* въ тазовомъ входѣ.

Показанія къ наложенію щипцовъ совпадаютъ съ тѣми показаніями, которыя вообще требуютъ немедленнаго окончанія родовъ. Сюда принадлежатъ именно опасныя для жизни состоянія матери или младенца, о которыхъ мы знаемъ или можемъ надѣяться, что съ окончаніемъ родовъ они будутъ устранены или, по крайней мѣрѣ, облегчены, слѣдовательно—эклампсія, кровотеченія изъ мѣста прикрѣпленія плаценты, лихорадка у матери, затѣмъ тяжелыя разстройства кровообращенія или дыханія, нерѣдко обнаруживающіяся въ періодѣ изгнанія младенца при болѣзняхъ сердца и легкихъ, наконецъ, смерть матери, быстро влекущая за собою смерть плода, быть можетъ—еще живого.

Но *клинически* наиболѣе важное значеніе какъ-разъ для операціи наложенія щипцовъ имѣютъ два показанія, встрѣчающіяся особенно чисто: со стороны младенца—*начинающаяся асфиксія*, а со стороны матери—*признаки болѣе сильнаго ущемленія* мягкихъ ея частей, причеиъ то и другое бываетъ обусловлено чрезмѣрною продолжительностью періода изгнанія или, вѣрнѣе сказать, того времени, которое прошло послѣ истеченія первыхъ водъ.

Объ асфиксіи плода мы узнаемъ по измѣненіямъ сердечныхъ тоновъ. Прогрессивное паденіе ихъ чистоты во время паузы между двумя потугами, сопровождаемое или не сопровождаемое неправильностью ихъ, указываетъ съ большимъ вѣроятіемъ на начинающееся состояніе задушенія. Часто присоединяется еще отхожденіе первороднаго кала, которое при всѣхъ положеніяхъ плода, за исключеніемъ тазовыхъ, подтверждаетъ діагнозъ асфиксіи, если въ то же время констатированы и измѣненія сердечныхъ тоновъ. Быстрое увеличеніе головной опухоли составляетъ предостерегающій симптомъ, который требуетъ отъ насъ болѣе тщательной аускультации.

Болѣе сильное ущемленіе мягкихъ частей матери обнаруживается учащеніемъ пульса и, особенно, повышеніемъ температуры за 38°. Часто также присоединяются къ этому отеки, особенно на передней губѣ маточнаго зѣва, затѣмъ сухость и повышенная температура влагалища,

увеличенная чувствительность сдавленных родовых путей, а въ очень тяжелыхъ случаяхъ кровавистая моча. Что повышение температуры при такихъ обстоятельствахъ зависитъ собственно не отъ зараженія извнѣ, а отъ всасыванія изъ ущемленной ткани, доказывается тѣмъ, что температура всегда падаетъ немедленно, какъ только мягкія части освобождены отъ чрезмѣрнаго давленія своевременнымъ окончаніемъ родовъ. Если же лихорадка остается попрежнему, то это означаетъ, что родоразрѣшеніе было предпринято слишкомъ поздно, или же мы въ самомъ дѣлѣ имѣемъ предъ собою зараженіе извнѣ.

Слабость потугъ, строго говоря, не составляетъ показанія къ наложенію щипцовъ. Лишь послѣдствія ея требуютъ этой операціи. Сами же по себѣ слабыя потуги требуютъ другихъ терапевтическихъ мѣръ. Если при слабости потугъ будетъ произведено искусственное родоразрѣшеніе, то въ послѣродовомъ періодѣ часто появляются весьма неприятныя атоническія кровотечения. Въ случаяхъ же, въ которыхъ врачъ вынужденъ наложить щипцы, несмотря на существующую слабость потугъ, онъ долженъ незадолго передъ операціей назначить роженицѣ спорынью или эрготинъ для того, чтобы матка въ послѣродовомъ періодѣ хорошо сокращалась.

Начинающій врачъ обязанъ строго придерживаться предписанныхъ правилъ при постановкѣ показаній къ наложенію щипцовъ. Но, съ другой стороны, вредна также чрезмѣрная медлительность, въ особенности въ интересахъ ребенка. Не слѣдуетъ забывать, что необходимыя антисептическія приготовленія отнимаютъ много времени, что для асфиктического ребенка можетъ оказаться роковымъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что не одна дѣтская жизнь погибла уже вслѣдствіе слишкомъ медлительныхъ антисептическихъ приготовленій передъ наложеніемъ щипцовъ. Поэтому необходимо умѣть правильно распредѣлять время, каковое умѣніе достигается только послѣ долгаго опыта.

Техника операціи наложенія щипцовъ.

Подготовленіе роженицы. Операція производится всего лучше въ горизонтальномъ положеніи женщины на поперечной или косой кровати. Хлороформный наркозъ обыкновенно бываетъ необходимъ, въ особенности у первородящихъ. При очень низкомъ стояніи головки и у многородящихъ можно безъ него обойтись. Наркозъ долженъ быть глубокой; пробужденіе женщины во время операціи чрезвычайно неприятно. Мочевой пузырь долженъ быть опорожненъ непосредственно передъ операціей. Наружныя половыя части тщательно обмываются и дезинфицируются; вмѣстѣ съ тѣмъ производится обильное спринцованіе влагалища. Щипцы должны быть сдѣланы асептическими при помощи вывариванія или обтираются растворомъ карболовой кислоты и оставляются въ томъ же растворѣ впредь до надобности. Въ этотъ же растворъ должны быть положены ножницы, употребляемыя для боковыхъ надрѣзовъ наружныхъ половыхъ частей.

Послѣ того какъ операторъ снялъ скюртку и надѣлъ чистый бѣлый

фартукъ, онъ производитъ тщательную дезинфекцію своихъ рукъ и предплечій. Затѣмъ онъ еще разъ, не обтирая предварительно свои руки, опредѣляетъ изслѣдованіемъ позицію головки и только послѣ этого приступаетъ къ наложенію щипцовъ.

Операторъ сидитъ между ногами женщины, лежащей на поперечной или косой кровати, причѣмъ по правую руку отъ него лежатъ щипцы, а по лѣвую стоитъ сосудъ съ растворомъ карболовой кислоты или сулемы, въ которомъ онъ время отъ времени ополаскиваетъ свои руки. Наполненный ирригаторъ и нѣсколько полотенецъ должны лежать наготовѣ въ близкомъ разстояніи, такъ чтобы ихъ можно было легко достать.

Наложеніе щипцовъ при затылочныхъ положеніяхъ и прямомъ направленіи стрѣловиднаго шва (выходные щипцы).

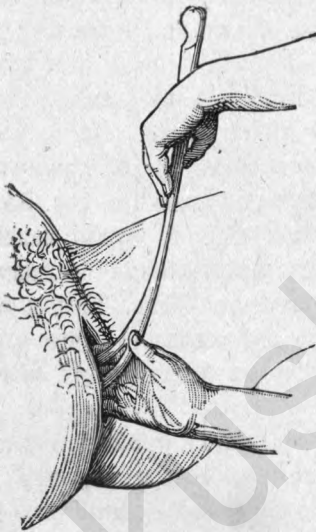


Рис. 59. Наложеніе лѣвой ложки.

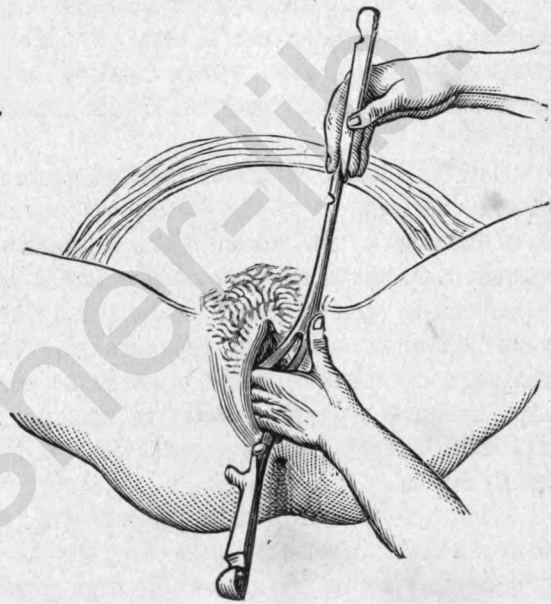


Рис. 60. Наложеніе правой ложки.

Задача операці: Ложки щипцовъ должны обхватывать одноименныя боковыя части головки такимъ образомъ, чтобы малый родинчикъ между обѣими ложками былъ обращенъ кпереди. Лѣвая ложка при этомъ лежитъ въ лѣвой сторонѣ матери, а правая—въ правой сторонѣ. Послѣ наложенія щипцовъ замокъ ихъ обращенъ вверхъ. Щипцы лежатъ въ поперечномъ размѣрѣ таза.

Производство операці: *Лѣвою* рукою операторъ беретъ за рукоятку лѣвую ложку щипцовъ на-подобіе писчаго пера, такъ чтобы верхушка указательнаго пальца лежала въ области замка. Затѣмъ онъ вводитъ два или, если это еще возможно, 4 пальца своей *правой* руки глубоко въ лѣвую сторону матери между головкою плода и стѣнкою таза. По ладонной поверхности этой руки, введенной въ родовую каналъ, должна на-

правляться лѣвая ложка инструмента. Для этого верхушка ложки ставится между головкою и ладонью введенной руки, такъ чтобы рукоятка ея была обращена къ животу роженицы, и затѣмъ самая ложка, при медленномъ опусканіи рукоятки, вводится осторожными *зондирующими* движеніями глубоко въ родовый каналъ подъ контролемъ правой руки до тѣхъ поръ, пока рукоятка не окажется лежащею на промежности (см. рис. 59). При этомъ ложка инструмента должна *одновременно* сдѣлать два движенія: во-первыхъ, рукоятка ея опускается внизъ, а верхушка приподнимается вверхъ (соотвѣтственно тазовой кривизнѣ); во-вторыхъ, ложка обводится кругомъ головки въ сторону (соотвѣтственно головной кривизнѣ). Въ сочетаніи этихъ двухъ движеній и лежитъ вся трудность наложенія щипцовъ.

Лѣвая ложка, введенная въ родовый каналъ, передается затѣмъ помощнику; но нерѣдко она и безъ фиксаціи удерживаетъ правильное положеніе. Затѣмъ правою рукою, вынутою изъ половыхъ путей и обмытою растворомъ карболовой кислоты, берутъ *правую* ложку инструмента (см. рис. 60).

Правая ложка вводится *правою* рукою по 2—4 пальцамъ лѣвой; способъ введенія—тотъ же самый, что и для лѣвой ложки. Послѣ того какъ наложены обѣ ложки, удается обыкновенно безъ труда *замкнуть* щипцы, т. е. ввести шпенецъ лѣвой ложки въ вырѣзку правой (см. рис. 61). Если это не удается сразу, „если ложки расходятся“, то нужно наклонить рукоятки сильнѣе къ промежности и надавливать обими большими пальцами на крючкообразные отростки по направленію внизъ. Если и теперь все-таки не удается замкнуть щипцы, то это означаетъ, что одна или обѣ ложки введены неправильно, и тогда они должны быть наложены заново.

Послѣ того какъ щипцы уже замкнуты, производятъ *пробную тракцію*. Два пальца одной руки кладутся на крючкообразные отростки, а остальная рука обхватываетъ рукоятки щипцовъ. Указательный палецъ другой руки лежитъ на головкѣ младенца. Осторожная пробная тракція показываетъ намъ, хорошо-ли лежатъ щипцы и подается-ли головка книзу (см. рис. 61).

Теперь начинается собственно *извлеченіе*. Если головка уже стоитъ надъ тазовымъ дномъ, то ее тянуть въ горизонтальномъ направленіи до тѣхъ поръ, пока не прорѣжется малый родничекъ, а затѣмъ очень осторожно и медленно приподнимаютъ рукоятки къ животу роженицы и выводятъ переднюю часть головки поверхъ промежности (см. рис. 63). При этомъ другая рука тщательно поддерживаетъ промежность или, въ случаѣ надобности, производитъ ножницами боковые надрѣзы. Если же головка еще не стоитъ надъ тазовымъ дномъ, то сначала слѣдуетъ тянуть ее косвенно и внизъ.

Послѣ рожденія головки размыкаютъ щипцы и осторожно снимаютъ обѣ ложки. Операція окончена.

Нѣкоторые акушеры, напр. *Winckel*, рекомендуютъ также положеніе роженицы на боку при операціи наложенія щипцовъ. Многіе совѣтуютъ всегда вводить ложки щипцовъ сначала въ область крестцово-подвздошнаго сочлененія, такъ какъ здѣсь имѣется всего больше мѣста, и уже отсюда направлять ложки дальше.

Наложеніе щипцовъ при затылочныхъ положеніяхъ и косвенномъ направленіи стрѣловиднаго шва.

Даже въ выходѣ таза стрѣловидный шовъ часто еще стоитъ нѣсколько косвенно, а при болѣе высокому стояніи головки онъ по необходимости

всегда стоитъ въ косомъ размѣрѣ таза. Если при такихъ обстоятельствахъ оказывается необходимымъ наложить щипцы, то положеніе

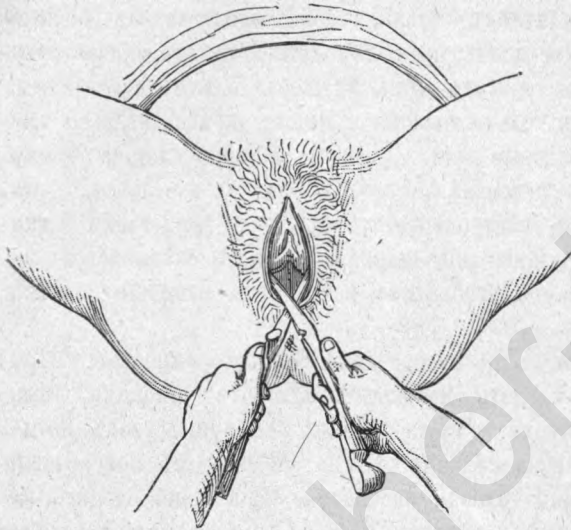


Рис. 61. Замыканіе щипцовъ.

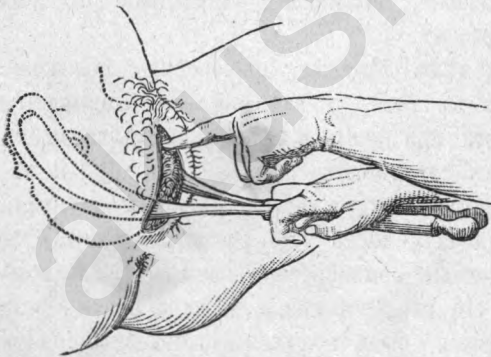


Рис. 62. Пробная тракція при выходныхъ щипцахъ.

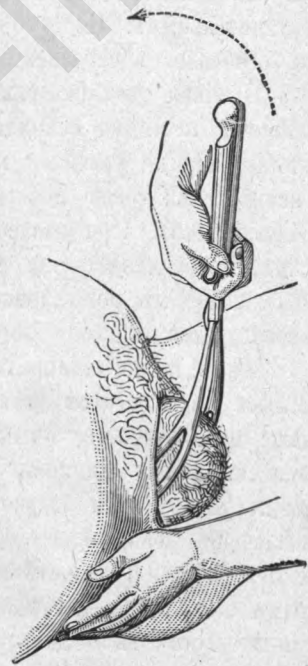


Рис. 63. Подняніе рукоятокъ при прорываніи головки.

ихъ должно быть приоровлено къ косому стоянію головки, такъ чтобы они захватывали боковыя части ея, а не помѣщались на лбу и затылкѣ. Слѣдовательно, та ножка, которая соответствуетъ лежащей темянной кости, должна быть помѣщена больше кпереди (въ области горизонтальной вѣтви лобковой кости), а та, которая соответствуетъ задней темянной

кости, должна быть помѣщена болѣе кзади (въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія). Щипцы помѣщаются тогда въ косомъ размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ находится стрѣловидный шовъ. Замокъ обращенъ вполовину направо или налево.

Такъ какъ при первомъ черепномъ положеніи предлежитъ правая теменная кость, то соотвѣтствующая ей правая ложка инструмента должна быть помѣщена болѣе спереди, а лѣвая ложка, соотвѣтствующая лѣвой теменной кости, болѣе позади (см. рис. 64).

При второмъ черепномъ положеніи поступаютъ наоборотъ.

Наложение щипцовъ при косомъ стояніи головки представляетъ больше техническихъ трудностей. Поставивъ верхушку ложки на введенную руку такимъ образомъ, какъ было описано выше, акушеръ долженъ перемѣстить ее кпереди или кзади, какъ только окошко щипцовъ приблизительно наполовину уже прошло въ родовые пути. Движеніе это направляется обѣими руками, и именно одною за рукоятку, а другою за самую ложку. Эта другая рука вмѣстѣ съ тѣмъ контролируетъ, хорошо-ли прилегаетъ ложка къ боковой стѣнкѣ черепа. Замыканіе щипцовъ иногда оказывается затруднительнымъ. Часто бываетъ необходимо исправить положеніе ложекъ, въ особенности передней.

Пробная тракція должна быть производима съ осторожностью. При *извлеченіи* нужно сначала сдѣлать небольшой поворотъ щипцами, такъ чтобы замокъ обратился кпереди. Часто щипцы уже при легкомъ потягиваніи сами собою поворачиваются вмѣстѣ съ головкою въ поперечный размѣръ таза. При извлеченіи головки необходимо тщательно слѣдить за тѣмъ, поворачивается-ли малый родничекъ кпереди. Когда малый родничекъ подошелъ подъ лонное сочлененіе, дальнѣйшее извлеченіе головки производится вышеописаннымъ образомъ.

Чѣмъ выше стоитъ головка, тѣмъ труднѣе приоровить положеніе ложекъ къ косвенному стоянію ея въ тазу, и нерѣдко это оказывается даже невозможнымъ, въ особенности при узкихъ и неподатливыхъ половыхъ путяхъ. Ложки щипцовъ въ этомъ случаѣ лежатъ ближе ко лбу и затылку, а рукоятки сильно расходятся между собою. Головка во время извлеченія поворачивается въ щипцахъ, послѣ чего рукоятки сближаются между собою, и дальнѣйшее извлеченіе обыкновенно оказывается возможнымъ безъ вреда для младенца. Но слѣды давленія на лицѣ почти всегда свидѣтельствуютъ о томъ, что ложки были наложены неправильно. При извлеченіи за расходящіяся между собою рукоятки, необходимо избѣгать всякаго болѣе сильнаго давленія, которое могло бы причинить головкѣ младенца тяжелыя поврежденія. Можно во время извлеченія положить между обѣими рукоятками полотенце, чтобы воспрепятствовать болѣе сильному сближенію ихъ между собою.

■ ■ Наложеніе щипцовъ при передне-головныхъ положеніяхъ и прямомъ направленіи стрѣловиднаго шва.

Ложки щипцовъ накладываются здѣсь совершенно такъ же, какъ при

затылочныхъ положеніяхъ, но только необходимо имѣть въ виду, что между обѣими ложками лежитъ спереди большой родничекъ, что, слѣдовательно, лѣвая ложка должна быть помѣщена не на лѣвой, а на *правой* темянной кости, и наоборотъ.

При извлеченіи всегда слѣдуетъ сначала тянуть головку больше книзу, до тѣхъ поръ, пока не прорѣжется большой родничекъ. Затѣмъ осторожно и медленно приподнимають рукоятки и извлекають затылокъ по промежности. Послѣ рожденія затылка наклоняють рукоятки опять къ промежности, для того, чтобы освободить лобъ и лицо изъ-подъ лонной дуги. При хорошо развитомъ младенцѣ часто здѣсь случаются большіе разрывы промежности и даже влагалища.

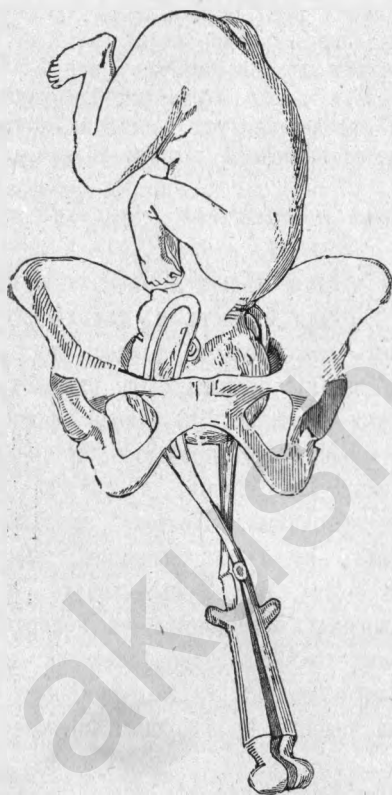


Рис. 64. Положеніе щипцовъ при первомъ черепномъ положеніи и косвенномъ направленіи стрѣловиднаго шва. Правая ложка лежитъ спереди, лѣвая сзади, щипцы—въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ.

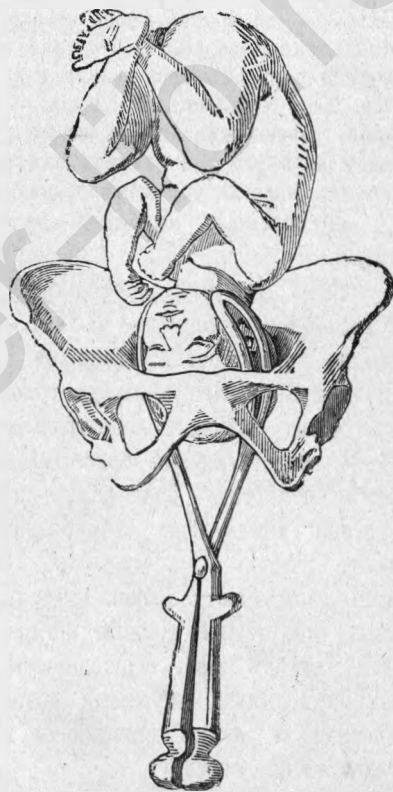


Рис. 65. Положеніе щипцовъ при 4-мъ черепномъ положеніи и косвенномъ направленіи стрѣловиднаго шва. Лѣвая ложка лежитъ спереди, на правой темянной кости, правая—сзади на лѣвой темянной кости.

Наложеніе щипцовъ при передне-головныхъ положеніяхъ и косвенномъ направленіи стрѣловиднаго шва.

Ложки накладываются по возможности косвенно. При 4-мъ черепномъ положеніи лѣвая ножка, соответствующая при передне-головныхъ положе-

няхъ правой сторонѣ головки, накладывается спереди, а правая ложка сзади. При 3-мъ черепномъ положеніи поступаютъ наоборотъ. Потягиваніе должно сначала производиться сильно книзу, съ легкимъ поворотомъ инструмента, такъ чтобы замокъ щипцовъ былъ обращенъ кпереди (см. рис. 65).

Накладываніе щипцовъ при передне-головныхъ положеніяхъ и косвенномъ стояніи головки лишь рѣдко бываетъ необходимо. Если обстоятельства сколько нибудь дозволяютъ, то слѣдуетъ выжидать съ наложеніемъ щипцовъ, такъ какъ нерѣдко еще и въ нижней части таза головка принимаетъ затылочное положеніе, и тогда щипцы могутъ быть наложены легко и *безопасно*.

При передне-головныхъ положеніяхъ и косвенномъ стояніи головки, въ случаяхъ, когда действительно необходимо окончить роды, поступали въ прежнее время такимъ образомъ, что сначала поворачивали щипцами малый родничекъ кпереди и затѣмъ производили извлеченіе такимъ же образомъ, какъ при 1-мъ, resp. 2-мъ черепномъ положеніи. Эти сложныя и довольно опасныя поворачиванія головки щипцами въ настоящее время справедливо уже оставлены почти всѣми акушерами, и взамѣвъ ихъ рекомендуется извлеченіе головки съ направленнымъ кпереди большимъ родничкомъ.

Наложеніе щипцовъ при низкомъ поперечномъ стояніи головки.

Если при этой ненормальной позиціи черепа является показаніе къ немедленному окончанію родовъ,—а это нерѣдко бываетъ въ такихъ случаяхъ, когда соотвѣственнымъ положеніемъ роженицы не удалось достигнуть правильнаго поворота головки,—то щипцы должны быть наложены въ косомъ размѣрѣ. Но такъ какъ ложки щипцовъ по своей формѣ точно соотвѣтствуютъ боковымъ частямъ головки, то пришлось бы одну ложку помѣстить какъ-разъ позади лоннаго сочлененія, а другую—у крестца; между тѣмъ это совершенно не выполнимо. Поэтому захватываютъ головку въ *косвенномъ* направленіи: при 1-мъ черепномъ положеніи помѣщаютъ ближе кпереди правую ложку, при 2-мъ—лѣвую. Затѣмъ при первой тракціи осторожно поворачиваютъ щипцы въ поперечный размѣръ таза. Одновременно съ этимъ головка поворачивается въ щипцахъ, такъ что малый родничекъ безъ особеннаго труда перемѣщается кпереди, а затѣмъ дальнѣйшее извлеченіе головки производится по вышеизложенному способу.

Наложеніе щипцовъ при лицевыхъ положеніяхъ.

Къ вышеприведеннымъ 5-ти условіямъ, необходимымъ для наложенія щипцовъ, слѣдуетъ при лицевыхъ положеніяхъ младенца присовокупить еще одно, а именно, что *подбородокъ долженъ быть уже обращенъ кпереди*; если же этотъ поворотъ еще не наступилъ, то необходимо отказаться отъ операціи наложенія щипцовъ. Кромѣ того, желательно, чтобы подбородокъ стоялъ по возможности близко къ лонному сочлененію, такъ какъ при болѣе сильномъ поворачиваніи его щипцами часто бываетъ невозможно избѣгать неприятныхъ ущемленій припухшаго лица и разрывовъ мягкихъ частей матери.

Щипцы накладываются здѣсь точно такъ же, какъ при черепныхъ положеніяхъ, но только необходимо позаботиться о томъ, чтобы замыканіе щипцовъ было произведено при горизонтальномъ положеніи ложекъ и чтобы послѣднія обхватывали вмѣстѣ съ тѣмъ затылокъ. Затѣмъ тянутъ головку сначала нѣсколько книзу. Когда подбородокъ уже прорѣзался изъ-подъ лонной дуги, медленно выводятъ по промежности переднюю часть головки и затылокъ.

Если при лицевомъ положеніи подбородокъ обращенъ назадъ, то операція наложенія щипцовъ обыкновенно противопоказуется. При *настоятельномъ* показаніи и при низкомъ стояніи лица въ этой позиціи нѣкоторые акушеры, правда, тоже рекомендовали и производили операцію наложенія щипцовъ; но этого *не слѣдовало бы* дѣлать, такъ какъ операція здѣсь сопряжена съ большими опасностями. Въ чрезвычайныхъ случаяхъ слѣдуетъ предпочитать прободеніе головки¹⁾. Другіе совѣтовали сначала повернуть щипцами подбородокъ кпереди, какъ это дѣлается при передне-головныхъ положеніяхъ съ малымъ родничкомъ, и затѣмъ производить извлеченіе; но этотъ способъ еще болѣе опасенъ, и его *еще меньше* можно рекомендовать. Кто обладаетъ достаточнымъ терпѣніемъ, тому едва-ли когда-нибудь придется накладывать щипцы при лицевомъ положеніи съ обращеннымъ назадъ подбородкомъ. Если младенецъ мертвъ, то должна быть произведена перфорация.

При лобныхъ положеніяхъ можетъ быть иногда дѣлесообразно сдѣлать, по крайней мѣрѣ, попытку наложенія щипцовъ. Головку тянутъ сначала впередъ и внизъ, пока не прорѣжется лобъ и пока область верхней челюсти не упрется въ лонное сочлененіе, затѣмъ выводятъ затылокъ поверхъ промежности и, въ заключеніе, наклонивъ рукоятки внизъ, извлекаютъ нижнюю часть лица. Если операція представляетъ затрудненія, то необходимо снять щипцы и сдѣлать перфорацию.

Если рядомъ съ головкой *выпала ручка или пуповина*, а между тѣмъ существуетъ показаніе къ наложенію щипцовъ, то соответствующая ложка должна быть помѣщена между головкой и выпавшею частью плода, и во всякомъ случаѣ послѣдняя не должна быть захвачена щипцами.

Самый *способъ потягиванія* при всѣхъ этихъ операціяхъ наложенія щипцовъ долженъ быть здѣсь описанъ съ большею подробностью. У многоплодныхъ и при низкомъ стояніи головки обыкновенно удается извлечь ее легкимъ потягиваніемъ. Но при болѣе высокомъ стояніи головки, особенно у первородящихъ, это требуетъ болшихъ усилій. Потягиваніе одною рукою, приложенною, какъ было описано выше, къ рукояткамъ щипцовъ, оказывается уже въ этихъ случаяхъ недостаточнымъ. Руки должны чередоваться между собою, или обѣ онѣ должны быть одновременно приложены къ рукояткамъ инструмента. При этомъ одна рука, какъ было описано выше, помѣщается двумя своими пальцами на крючкообразныхъ отросткахъ, а другая обхватываетъ нижнюю часть рукоятокъ. Вкладываніе полотенца между обѣими рукоятками препятствуетъ слишкомъ сильному сдавливанію головки.

Потягиваніе должно производиться во время потуги, или же, если потужная дѣятельность отсутствуетъ, то оно должно по возможности под-

¹⁾ См. *Popescu*, Centralbl. f. Gynäk. 1900; № 31.

ражать потугѣ. Оно должно медленно усиливаться, затѣмъ въ теченіе короткаго времени дѣйствовать съ большею интенсивностью, потомъ медленно уменьшаться, и, наконецъ, должна быть сдѣлана короткая пауза, которая служитъ къ тому, чтобы опредѣлить изслѣдованіемъ позицію головки. Подобное потягиваніе называютъ тракціей. Быстрое и отрывистое потягиваніе безусловно воспрещается.

Если извлеченіе тянется очень долго, то во время перемижекъ между отдѣльными тракціями слѣдуетъ открывать замокъ щипцовъ для того, чтобы головка въ это время была освобождена отъ давленія инструмента. Если врачу кажется, что вышеописанный способъ потягиванія будетъ недостаточенъ, то, въ видѣ исключенія, можно себѣ позволить легкія маятникообразныя движенія инструментомъ. Эффектъ потягиванія будетъ при этомъ, конечно, болѣе сильный, но зато увеличивается опасность разрыва влагалища. При извлеченіи головки поверхъ промежности необходимо избѣгать всякаго болѣе значительнаго насилія. Рукоятки должны подниматься *медленно*, и при этомъ врачъ долженъ тщательно заботиться о поддержаніи промежности, которое здѣсь удается тѣмъ легче, что направленіе головки щипцами находится совершенно въ его власти.

Направленіе, въ которомъ должно производиться потягиваніе инструмента, часто ставитъ начинающаго въ большое затрудненіе. Вообще признано за правило, что слѣдуетъ тянуть головку внизъ, пока она не достигнетъ тазового дна, затѣмъ впередъ, пока малый родничекъ не прорѣжется изъ-подъ лонной дуги, а въ заключеніе нужно поднять рукоятки и такимъ образомъ вывести переднюю часть головки по промежности. *Zweifel*¹⁾ весьма справедливо замѣчаетъ, что положеніе рукоятокъ указываетъ на то, въ какомъ направленіи должно производиться потягиваніе. Сначала именно слѣдуетъ тянуть головку по направленію рукоятокъ, а затѣмъ нужно во время перемижекъ между отдѣльными тракціями, или, еще лучше, во время потуги, слѣдить, не измѣнилось-ли положеніе рукоятокъ, и если оно измѣнилось, то сообразно этому должно быть измѣнено направленіе слѣдующей тракціи.

Въ заключеніе мы должны еще сдѣлать нѣсколько *особыхъ замѣчаній* по поводу такихъ случаевъ наложенія щипцовъ, когда операторъ считаетъ себя вправѣ игнорировать 5-е условіе (т. е. соотвѣтственное стояніе головки) и наложить щипцы на головку, еще не стоящую цѣликомъ къ тазу. Обыкновенно при этомъ дѣло идетъ объ узкомъ тазѣ и о такихъ случаяхъ, въ которыхъ настоятельно требуется окончить роды, но окончаніе ихъ возможно или только наложеніемъ щипцовъ, или перфорацией головки живого младенца.

На такую „*атипическую операцію наложенія щипцовъ*“ всегда слѣдуетъ смотрѣть только какъ на попытку, къ безуспѣшности которой врачъ долженъ быть уже напередъ готовъ. Опытный операторъ скоро от-

¹⁾ Lehrb. d. Geburtshülfe. 1895

личить, возможно-ли извлеченіе безъ грубаго насилія. Если первыя осторожныя тракціи не привели къ цѣли, то нужно положить конецъ дальнѣйшимъ попыткамъ и снять щипцы. Начинающему лучше всего и не дускаться на такую попытку. Если же извлеченіе будетъ произведено насильственно, то для матери исходъ можетъ быть самый печальный.

Наложеніе щипцовъ при высокомъ стояннн головки требуетъ поперечной кровати, но еще лучше положить роженицу на краю стола. Наложить щипцы обыкновенно удается только въ поперечномъ размѣрѣ. При этомъ ожидаютъ, что головка повернется въ щипцахъ.

При накладываннн щипцовъ слѣдуетъ сначала вводить ложки нѣсколько по направленію къ крестцово-подвздошному сочлененію, это значительно облегчаетъ наложеніе высокихъ щипцовъ, — а затѣмъ, сильно наклонивъ рукоятки книзу, приподнимаютъ верхушки ложекъ. Введенная рука должна тщательно контролировать положеніе ложекъ на головкѣ. Потягиваніе сначала производится сильно книзу. Если щипцы нехорошо захватили головку, то они могутъ при потягиваннн соскользнуть съ нея.

Это *соскальзываніе* щипцовъ узнается по тому признаку, что увеличивается разстояніе между головкою и замкомъ: потягиваніе дѣйствуетъ только на щипцы, а не на головку. Въ такомъ случаѣ необходимо тотчасъ открыть замокъ щипцовъ, а затѣмъ ввести ложки дальше и лучше. Полное соскальзываніе щипцовъ ведетъ къ тяжелымъ раненіямъ.

О наложеннн щипцовъ на послѣдующую головку см. «Извлеченіе за тазовой конецъ».

Опасность атипической операціи наложеннн щипцовъ увеличивается особенно въ томъ случаѣ, если вмѣстѣ *узкій тазъ* и если головка еще стоитъ въ суженномъ мѣстѣ его. (О наложеннн щипцовъ при узкомъ тазѣ см. терапію родовъ при плоскомъ тазѣ).

При извлеченнн щипцами высоко стоящей головки часть силы потягиваннн теряется даромъ, такъ какъ обыкновенными щипцами невозможно тянуть головку какъ-разъ въ направленнн тазовой оси, а приходится вытягивать ее болѣе или менѣе впередъ къ лонному сочлененію. Для устраненнн этого неудобства и были предложены такъ назыв. *щипцы съ осевыми тракціями*, въ которыхъ потягиваніе производится не за рукоятки, а непосредственно за самыя ложки при помощи особыхъ стержней. Головка при этихъ щипцахъ можетъ вмѣстѣ съ тѣмъ свободнѣе передвигаться внутри ложекъ, такъ что этимъ облегчается правильное поворачиваніе ея при прохожденнн черезъ тазъ.

Послѣ многихъ попытокъ, сдѣланныхъ акушерами прежняго времени (напр. *Hermann*’омъ въ 1844 году и *Hubert*’омъ въ 1860 году), *Tarnier* въ Парижѣ сумѣлъ обратить общее вниманіе на устроенные имъ въ 1877 году щипцы съ осевыми тракціями, которые впослѣдствнн различнымъ образомъ видоизмѣнялись ¹⁾. Инструменты, сходные съ этими щипцами, были также устроены *A. Simpson*’омъ и затѣмъ *Breus*’омъ ²⁾ въ Вѣнѣ.

Вопросъ о необходимости и пригодности щипцовъ съ осевыми тракціями еще до настоящаго времени окончательно не рѣшенъ. Въ Германнн, гдѣ щипцы вообще лишь въ исключительныхъ случаяхъ накладываются на высоко стоящую головку, эти щипцы съ осевыми тракціями встрѣтили лишь мало сочувствія.

1) См. *Sänger*, Arch. f. Gynäk. Bd. 17.

2) *Ibid.* Bd. 20.

Schroeder, Litzmann, B. S. Schultze и въ послѣднее время также *Fehling* отнесли къ этому инструменту отрицательно. Другіе, какъ, напр., *Sänger, Freund, Schauta, Bayer, Bumm, Nagel* ¹⁾, по крайней мѣрѣ отчасти, признають приписываемыя этимъ щипцамъ преимущества. *Winckel* ²⁾ настоятельно рекомендуетъ щипцы *Breus*'а, которые имѣють гораздо болѣе простую конструкцію, чѣмъ инструментъ *Tarnier*. Въ щипцахъ *Breus*'а каждая вѣтвь инструмента имѣетъ позади окошка шарниръ, который дозволяетъ ей дѣлать сагиттальныя движенія. Благодаря этому, движенія головки во время ея извлеченія становятся болѣе свободными и болѣе независимыми отъ направленія тракцій. Обѣ вѣтви инструмента соединены между собою англійскимъ замкомъ. Рукоятки захватываются рукою такъ же, какъ при обыкновенныхъ щипцахъ; стержни, употребляемые при щипцахъ *Tarnier*, здѣсь отсутствуютъ. Для того, чтобы подвижныя въ шарнирѣ ложки оставались всегда параллельны между собою, имѣются шпорообразные отростки, которые идутъ отъ верхнихъ краевъ ложекъ къ области замка и слабо соединяются между собою посредствомъ металлическаго шпенька. По мнѣнію *Schauta*, эти щипцы даютъ относительно экономіи силы и дѣлсообразнаго направленія тракцій по тазовой оси все, чего можно вообще требовать отъ подобнаго инструмента. *Nagel* предпочитаетъ щипцы *Simpson*'а.

Предсказаніе и статистика операціи наложенія щипцовъ.

Если бы щипцы въ самомъ дѣлѣ были вполнѣ безопаснымъ инструментомъ, какъ на это указываетъ ихъ названіе „безвредные головные щипцы“, то было бы непонятно, почему бы намъ не прибѣгать къ этому инструменту при каждахъ родахъ для сокращенія самой болѣзненной стадіи ихъ, т. е. періода изгнанія, особенно у первородящихъ. Но, къ сожалѣнію, въ дѣйствительности оказывается не то. Даже при строгомъ соблюденіи вышеупомянутыхъ условій и самомъ тщательномъ примѣненіи асептики, могутъ и въ рукахъ опытнаго акушера случаться при операціи наложенія щипцовъ очень непріятныя событія, которыя угрожаютъ здоровью и жизни какъ матери, такъ и младенца. Поэтому для извлеченія головки щипцами мы всегда требуемъ, чтобы имѣлось въ наличности строго опредѣленное показаніе къ немедленному родоразрѣшенію.

Если щипцы примѣняются не иначе какъ при наличности такого показанія, то частота примѣненія ихъ оказывается не очень большою, причѣмъ въ родильныхъ домахъ она составляетъ около 3%, тогда какъ въ поликлинической и частной практикѣ, гдѣ роды не всегда находятся съ самаго начала въ надежныхъ рукахъ, она оказывается значительно большею.

Можно безъ преувеличенія сказать, что операція наложенія щипцовъ уже сама по себѣ ухудшаетъ предсказаніе при родахъ, и если мы не видимъ этого въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, то все-таки процентное число раненій матери и младенца оказывается, по свидѣтельству статистики, чрезвычайно большимъ ³⁾. Относительно матери дѣло здѣсь идетъ

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 39.—*Klien*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 8.

²⁾ Lehrb. d. Geburtshülfe. 1893.

³⁾ *Münchmeyer*, Arch. f. Gynäk. Bd. 36.—*Winternitz*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 4.—*Semon*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 39.

главнымъ образомъ о разрывахъ промежности, которые при наложеніи щипцовъ случаются чаще и бываютъ болѣе обширными, чѣмъ при самопроизвольныхъ родахъ въ головныхъ положеніяхъ, затѣмъ—о разрывахъ влагалища и, наконецъ, о разрывахъ въ области отверстія мочеиспускательнаго канала. Гораздо меньшимъ опасностямъ подвергаются многородія, особенно при выходныхъ щипцахъ.

Хотя асептика и цѣлесообразное наложеніе швовъ значительно ограничиваютъ дурныя послѣдствія такихъ раненій, тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ забывать, что въ частной практикѣ мы не всегда имѣемъ подъ руками всѣ средства для быстрой подачи пособія и для наложенія швовъ при раненіяхъ, какъ это возможно въ родильныхъ домахъ съ хорошо обученнымъ персоналомъ. Поэтому мы должны при такихъ условіяхъ уже напередъ ожидать тяжелыхъ послѣдствій. Къ числу такихъ послѣдствій относятся: обильныя и даже смертельныя кровотечения изъ разрывовъ влагалища, лихорадочное теченіе родильнаго періода, наконецъ различныя обезображенія полового аппарата (полные разрывы промежности и свищи между влагалищемъ и прямой кишкой), которыя образуются самимъ дефектомъ и остающимися по его заживленіи рубцами и которыя не лишены извѣстнаго значенія для здоровья женщины и для ея половой жизни въ будущемъ. Если производить операцію, не обращая вниманія на вышеупомянутыя условія, или если при производствѣ ея упогреблять грубое насиліе, то возможны еще болѣе важныя раненія, а именно глубокіе разрывы шейки, пузырно-влагалищныя свищи, продыравливаніе влагалищнаго свода и даже разрывъ тазовыхъ сочлененій.

Что касается младенца, то прежде всего необходимо здѣсь упомянуть о слѣдахъ давленія на кожь дба, вѣкъ и щекъ, а также на затылкѣ, которые остаются особенно въ такихъ случаяхъ, когда ложки не совсѣмъ точно захватывали боковыя части головки. Они обыкновенно не имѣютъ значенія и очень скоро подживаютъ. При болѣе сильномъ сжатіи головки могутъ образоваться наломы, кефалогематомы, трещины черепныхъ костей, а также кровоизліянія въ головной мозгъ, отъ которыхъ младенецъ иногда погибаетъ уже во время родовъ или вскорѣ послѣ своего рожденія. Вдавленія, произведенныя щипцами, остаются иногда на всю жизнь; но въ большинствѣ случаевъ они скоро изглаживаются. Можетъ-ли давленіе щипцовъ оказать, какъ утверждаютъ нѣкоторые авторы, неблагоприятное вліаніе на психическое развитіе ребенка, этотъ вопросъ еще остается открытымъ. Парезы лицевого нерва, вызванныя давленіемъ ложекъ щипцовъ, встрѣчаются нерѣдко, но исчезаютъ почти всегда черезъ нѣсколько дней. Очень пагубное дѣйствіе можетъ быть причинено давленіемъ ложки на *пуговину*, лежащую на задней области шеи или обвитую вокругъ всей шеи. Если сжатіе было полное и если извлеченіе сколько-нибудь затянулось, то младенецъ умираетъ въ состояніи асфиксіи и извлекается уже мертвымъ. Событіе это наблюдается не очень рѣдко, и, слѣдовательно, оно должно насъ предостерегать отъ накладыванія щип-

цовъ въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ эта операція не безусловно необходима.

Наиболѣе благоприятное предсказаніе, какъ для матери, такъ и для младенца, даютъ выходные щипцы, въ особенности у повторно-родящихся. Но у первородящихся, и особенно у болѣе пожилыхъ, эта операція оказывается уже болѣе опасною. Передне-головныя положенія даже при извлеченіи головки щипцами болѣе неблагоприятны, чѣмъ затылочные. Еще болѣе опасны щипцы при лицевыхъ положеніяхъ. Косвенное стояніе головки, особенно при передне-головныхъ положеніяхъ, болѣе неблагоприятно, чѣмъ прямое направленіе стрѣловиднаго шва. Наиболѣе неблагоприятно предсказаніе при атипической операціи наложенія щипцовъ.

Въ виду этой серьезности предсказанія мы должны тѣмъ съ болѣею воздержностью прибѣгать къ наложенію щипцовъ и должны производить эту операцію лишь тамъ, гдѣ она въ самомъ дѣлѣ настоятельно необходима.

Х. Извлеченіе за тазовой конецъ.

Въ противоположность извлеченію головки щипцами, извлеченіе младенца при тазовыхъ положеніяхъ производится исключительно руками акушера (*ручное извлеченіе*).

Мы различаемъ двѣ операціи:

1. Простое освобожденіе ручекъ и головки.
2. Полное извлеченіе, и притомъ:
 - за ягодицы,
 - за одну ножку,
 - за обѣ ножки.

Простое освобожденіе ручекъ и головки.

Эта операція необходима въ такихъ случаяхъ, когда *младенецъ при тазовомъ положеніи родился выше тупка, а затѣмъ плечики и головка не начинаютъ немедленно прорѣзываться*. Необходимое давленіе, которое при этихъ обстоятельствахъ производится тѣломъ младенца на пуповину, служитъ показаніемъ къ быстрому окончанію родовъ. Операція легка и проста, такъ какъ при родахъ въ тазовомъ положеніи, если они велись строго выжидательно, головка и ручки почти всегда сохраняютъ свое нормальное членорасположеніе; ручки лежатъ у грудной кльтки, подбородокъ наклоненъ къ груди; слѣдовательно, части эти легко достижимы для оперирующей руки.

Уже во время прорѣзыванія ягодицъ женщина была положена на перечную или косую кровать (см. веденіе родовъ при тазовыхъ положеніяхъ). Акушеръ, совершенно готовый къ операціи, сидитъ между бедрами женщины. Нѣсколько полотенецъ лежатъ наготовѣ, для того чтобы во время операціи можно было ими захватить скользкое тѣло младенца, покрытое сыровидною смазкою и первороднымъ каломъ. Средства, необхо-

димья для оживленія младенца, если бы онъ родился въ состояніи мнимой смерти, точно также должны быть наготовѣ.

Акушеръ спокойно и терпѣливо выжидаетъ, пока не прорѣжется нижняя половина туловища. *Но если младенецъ родился уже до тупка, а верхняя половина его тѣла не начинаетъ тотчасъ прорываться, то требуется немедленное внимательство.* Произвольнымъ сокращеніемъ брюшного пресса роженицы или болѣе сильнымъ давленіемъ на матку снаружи удастся почти всегда выгнать туловище до области лопатокъ. Если же такимъ путемъ не удалось этого достигнуть, то можно вывести туловище до лопатокъ слабымъ потягиваніемъ, при которомъ оба большіе пальца кладутся на ягодицы, а остальные слегка обхватываютъ бедра младенца. Появленіе нижняго угла лопатки между наружными половыми частями служитъ сигналомъ къ освобожденію ручекъ.

Освобожденіе ручекъ. Каждая ручка младенца освобождается одноименною рукою оператора. Начинаютъ всегда съ той ручки младенца, которая обращена *назадъ* (см. рис. 66). Операторъ беретъ младенца за нижнія конечности и приподнимаетъ туловище его косвенно вверхъ по направленію къ переднему плечу, вслѣдствіе чего другое плечико, обра-

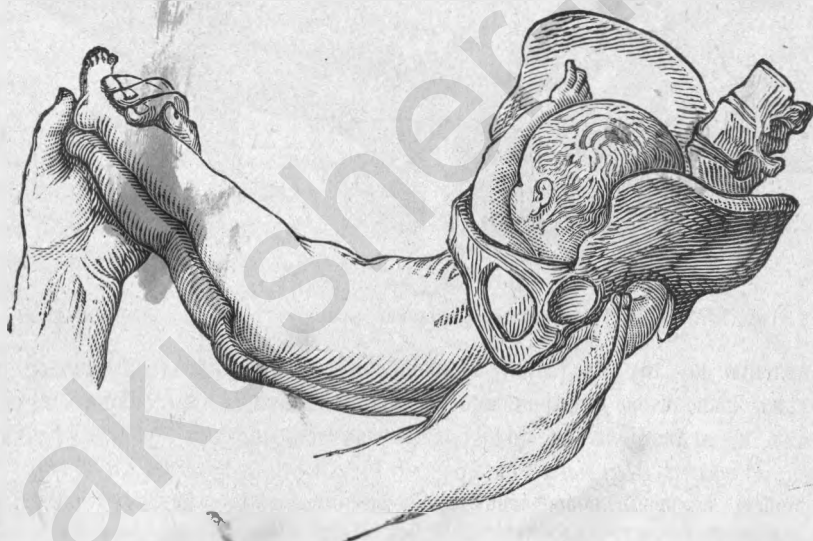


Рис. 66. Освобожденіе лежащей кзади ручки.

щенное назадъ, отходитъ внизъ. Затѣмъ указательный и средній пальцы другой (одноименной) руки проводятся со стороны спинки младенца по заднему плечу и плечевой кости къ локтевому суставу. Легкимъ давленіемъ пальцевъ, обхватывающихъ этотъ суставъ, выводятъ ручку вдоль груди наружу.

Затѣмъ освобождаютъ *переднюю* ручку. Рука, освобождавшая только что заднюю ручку, захватываетъ нижнія конечности младенца и сильно наклоняетъ туловище его книзу, такъ что переднее плечико отходитъ внизъ. Два пальца другой (одноименной) руки проводятся со стороны

спинки младенца по переднему плечу и плечевой кости къ локтевому суставу и вытягиваютъ переднюю ручку вдоль груди наружу, такимъ же точно образомъ, какъ была вытянута задняя ручка.

Освобожденіе головки. Рука, освобождавшая переднюю ручку, немедленно послѣ этого проходитъ двумя пальцами въ ротъ младенца до корня языка и оттягиваетъ подбородокъ внизъ по направленію къ шеѣ младенца. Затѣмъ туловище его кладется на предплечіе оперирующей руки, а другая рука производитъ сильное надавливаніе на дно матки по

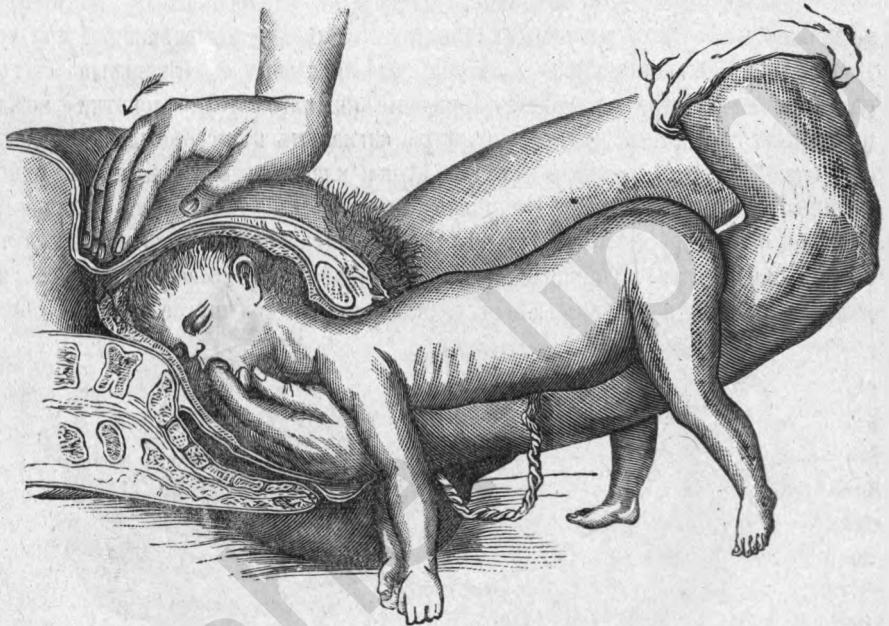


Рис. 67 (по *Winkel'ю*). Освобожденіе головки ручнымъ приемомъ *Wigand-Martin'a*.

направленію ко лбу младенца. Головка быстро попадаетъ на тазовое дно и затѣмъ выводится по промежности приподниманіемъ туловища и умѣреннымъ потягиваніемъ за подбородокъ по направленію вверхъ (ручной приемъ *Wigand-Martin'a*, см. рис. 67).

Многіе акушеры поворачиваютъ, послѣ освобожденія первой ручки, туловище младенца вокругъ его продольной оси и, проведя такимъ образомъ вторую ручку въ крестцовую впадину, освобождаютъ ее въ этомъ мѣстѣ. Съ этою цѣлью оба большіе пальца, послѣ сильнаго наклоненія туловища младенца книзу, кладутся на лопатки, а остальные пальцы слегка обхватываютъ грудную клетку, и затѣмъ, при помощи поворота туловища вокругъ его оси, при которомъ животъ младенца не долженъ поворачиваться впередъ, ручка проводится назадъ къ крестцовой впадинѣ.

Полное извлеченіе за тазовой конецъ.

Эта операція состоитъ, во-первыхъ, въ потягиваніи руками за предлежащую часть (за ягодицы, за одну или обѣ ножки), причемъ младенецъ выводится до груди, и, во-вторыхъ, въ освобожденіи ручекъ и

головки. Вторая часть операціи обыкновенно оказывается гораздо болѣе трудною, чѣмъ только-что описанное простое освобожденіе ручекъ и головки, такъ какъ ручки вслѣдствіе потягиванія обыкновенно запрокидываются вверхъ, а подбородокъ удаляется отъ груди.

Ручное извлеченіе тоже дозволительно лишь при опредѣленныхъ *условіяхъ*:

1. Маточный звѣвъ у первородящихъ долженъ быть уже изглаженъ, а у повторно-родящихъ, по крайней мѣрѣ, наполовину раскрытъ.

2. Пузырь долженъ быть уже разорванъ.

3. Тазъ долженъ по своимъ размѣрамъ допускать извлеченіе младенца. Онъ можетъ быть суженъ, но не въ такой степени, чтобы роды были вообще невозможны.

Важнѣйшее условіе состоитъ въ томъ, что маточный звѣвъ долженъ быть уже достаточно расширенъ. Игнорированіе этого условія можетъ повести къ смерти младенца и обширнымъ разрывамъ половыхъ путей матери. Если бы даже удалось протянуть туловище младенца черезъ недостаточно расширенный звѣвъ, то уже освобожденіе ручекъ представило бы огромныя затрудненія. Затѣмъ, когда тонкая шея младенца вступаетъ въ маточный звѣвъ, послѣдній опять спадаетъ, перетягиваетъ шею и препятствуетъ рожденію головки, такъ какъ онъ только искусственно былъ растянутъ тѣломъ младенца. Младенецъ умираетъ, и если теперь головка будетъ насильственно протянута черезъ звѣвъ, то могутъ быть причинены глубокие разрывы маточной шейки.

Показаніемъ къ извлеченію за тазовой конецъ, какъ было уже подробно объяснено по поводу щипцовъ, служатъ опасности, возникающія для матери или для младенца во время родового акта, если можно ожидать, что окончаніемъ родовъ онѣ могутъ быть совершенно устранены или, по крайней мѣрѣ, уменьшены. При этомъ мы должны напомнить, что выдѣленіе первороднаго кала при тазовыхъ положеніяхъ не есть



Рис. 68. Извлеченіе при тазовомъ положеніи. Большіе пальцы лежатъ параллельно другъ другу на крестцѣ и остаются на немъ при дальнѣйшемъ извлеченіи.

признакъ асфиксіи. При ножныхъ положеніяхъ самымъ частымъ показаніемъ къ извлеченію бываетъ прижатіе выпавшей пуповины.

Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ необходимо самымъ строгимъ образомъ взвѣсить показанія къ операціи, такъ какъ послѣдняя несомнѣнно подвергаетъ младенца немалой опасности. Если оператору не удастся съ необходимою быстротою освободить ручки (запрокинутыя обыкновенно вверхъ) и головку, то младенецъ умираетъ вслѣдствіе прижатія пуповины. И дѣйствительно, при операціи извлеченія погибають очень нерѣдко такія дѣти, которыя при самопроизвольномъ теченіи родового акта или при простомъ освобожденіи ручекъ и головки остались бы въ живыхъ. Особенной осторожности требуетъ извлеченіе за ягодицы у первородящихъ.

Иначе стоитъ дѣло при извлеченіи послѣ предшествовавшего поворота въ случаяхъ поперечнаго положенія.

Производство полного извлеченія за газовой конецъ.

Подготовленіе къ операціи. Правила относительно дезинфекціи, а также относительно положенія женщины и опорожненія мочевого пузыря, будутъ здѣсь тѣ же самыя, что и при операціи наложенія щипцовъ. Наркозъ желателенъ, хотя и не безусловно необходимъ. Полотенца для захватыванія младенца, а также средства къ его оживленію, должны лежать наготовѣ.

Извлеченіе за ножку.

Если предлежащая ножка еще не вышла изъ половой расщелины, то ее осторожно выводятъ одноименною рукою наружу. Затѣмъ захватываютъ нижнюю конечность такимъ образомъ, что большой палецъ лежитъ на икрѣ, а остальные обхватываютъ голень. Осторожнымъ потягиваніемъ книзу и въ то же время легкими маятникообразными раскачиваніями по направленію сверху внизъ выводятъ конечность дальше наружу, причеиъ извлекающая рука захватываетъ все болѣе и болѣе высокія части конечности, пока, наконецъ, большой палецъ не окажется лежащимъ на крестцѣ. При этомъ всякаго поворачиванія тѣла младенца необходимо избѣгать. Спинка остается обращенною влѣво или вправо.

Теперь, когда ягодицы уже начинаютъ врѣзываться, операторъ захватываетъ другою рукою заднюю ягодицу. Большой палецъ этой руки кладется на крестецъ параллельно большому пальцу первой руки, а указательный палецъ вводится глубоко въ заднюю паховую впадину, тогда какъ средній палецъ лежитъ на бедрѣ. Сильнымъ потягиваніемъ и въ то же время легкимъ маятникообразнымъ раскачиваніемъ выводятъ переднюю ягодицу подъ лонное сочлененіе, а затѣмъ, сильно приподнявъ заднюю ягодицу, выводятъ ее по промежности и продолжаютъ извлеченіе до тѣхъ поръ, пока не выпадетъ запрокинутая кверху ножка и, наконецъ, не появится нижній уголь лопатки. При этомъ руки ни въ какомъ случаѣ не должны передвигаться кверху: большіе пальцы остаются лежать

на крестцѣ. Обхватываніе живота оперирующими руками ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть допущено, такъ какъ это можетъ причинить разрывъ печени (см. рис. 68).

Какъ только родился нижній уголь лопатки, операторъ освобождаетъ ручки вышеописаннымъ образомъ: сначала заднюю, причемъ туловище приподнимается вверхъ, а затѣмъ переднюю, причемъ оно наклоняется внизъ. Слѣдуетъ держаться правила, что при освобожденіи ручекъ послѣ предшествовавшего извлечения всегда нужно сразу пройти 4-мя пальцами по плечу и плечевой кости къ локтевому сгибу. Это въ высшей степени облегчаетъ освобожденіе запрокинутыхъ ручекъ. Надавливаніемъ въ согнутомъ локтевомъ суставѣ отводятъ ручку книзу, такимъ образомъ, что кисть ея какъ-бы скользитъ по лицу и груди младенца. Всякаго надавливанія на плечевую кость слѣдуетъ избѣгать, такъ какъ она очень легко можетъ сломаться.

Послѣ ручекъ освобождаютъ головку. Два пальца руки, освобождавшей вторую ручку, вводятся въ ротъ младенца, стоящій нерѣдко еще довольно высоко, и оттягиваютъ подбородокъ, какъ было уже описано, внизъ по направленію къ шеѣ, послѣ чего другая рука, лежащая снаружи, выдавливаетъ головку.

Первая часть операціи должна производиться спокойно и безъ особенной поспѣшности; но при освобожденіи ручекъ и головки слѣдуетъ, наоборотъ, оперировать очень быстро, такъ какъ во все время этой операціи пуповина подвергается прижатію.

Извлеченіе за обѣ ножки.

Ножки, лежащія еще во влагалищѣ, захватываются рукою за лодыжки и выводятся наружу. Затѣмъ слѣдуетъ удостовѣриться, какая именно ножка—правая или лѣвая—обращена впередъ, и какая назадъ. *Каждая конечность захватывается теперь одноименною рукою, причемъ большой палецъ лежитъ на шкрь.* Затѣмъ извлекаютъ младенца потягиваніемъ по направленію книзу и въ то же время легкими маятникообразными раскачиваніями, причемъ обѣ руки ставятся постепенно все выше и выше, пока большіе пальцы не окажутся лежащими на крестцѣ, гдѣ они и остаются до конца, а другіе пальцы обхватываютъ самую верхнюю часть бедеръ, избѣгая при этомъ всякаго надавливанія на половые органы младенца (см. рис. 68). Затѣмъ прорѣзываются ягодицы, пупокъ и нижній уголь лопатки, послѣ чего операторъ приступаетъ къ освобожденію ручекъ и головки.

Извлеченіе за ягодицы.

Если ягодицы стоятъ еще подвижно надъ тазомъ, то *слѣдуетъ низвести предлежащую ножку* и затѣмъ производить извлеченіе какъ при неполномъ ножномъ положеніи. Для низведенія предлежащей ножки должно избирать ту руку, которая соответствуетъ брюшной сторонѣ плода; слѣдовательно, при первомъ ягодичномъ положеніи—лѣвую, а

при второмъ—правую. Женщина лежитъ на поперечной кровати. Полный наркозъ весьма значительно облегчаетъ низведеніе ручки. Вся рука вводится во влагалище, затѣмъ средній и указательный пальцы продвигаются по передней ягодицѣ, бедру и колѣну къ лодыжкамъ, захватываютъ здѣсь конечность и осторожно отводятъ ее внизъ. Когда ножка выведена уже изъ половой расщелины, необходимо удостовѣриться, что это дѣйствительно есть передняя ножка, и тогда можно за нее производить дальнѣйшее извлеченіе младенца. Но если бы оказалось, что ошибкѣ была низведена задняя ножка, то извлекать за нее младенца не слѣдуетъ, а нужно сначала низвести также вторую ножку и затѣмъ производить извлеченіе за обѣ вмѣстѣ.

Наоборотъ, если ягодицы уже стоятъ плотно въ тазу, то мы должны отказаться отъ всякой мысли получить ножное положеніе, а вынуждены производить *трудное извлеченіе за самыя ягодицы*. Эта операція тѣмъ болѣе неприятна, чѣмъ выше еще стоятъ ягодицы въ тазу. Прежде всего слѣдуетъ давленіемъ снаружи отгѣснить ягодицы по возможности глубоко въ полость таза. Затѣмъ указательный палецъ одноименной руки вдвигается въ паховой сгибъ передней ягодицы, большой палецъ кладется на крестецъ, средній—на бедро, и затѣмъ ягодица сильно вытягивается впередъ. Если указательный палецъ утомился, то его замѣняютъ среднимъ пальцемъ. Можно также обхватить другою рукою кистевой суставъ оперирующей руки и такимъ образомъ увеличить силу потягиванія. Какъ только задняя ягодица подвинулась настолько, что оказалось возможнымъ дойти до нея, пускаютъ въ дѣло и другую руку, накладывая ее такимъ же образомъ на заднюю ягодицу. Теперь оба большіе пальца лежатъ уже на крестцѣ, а указательные крѣпко вдвинуты въ паховые сгибы. Сильнымъ потягиваніемъ книзу и въ то же время маятникообразными раскачиваніями спереди назадъ ягодицы приводятся къ врѣзыванію. Переднюю ягодицу извлекаютъ подъ лонной дугой, затѣмъ, сильно приподнявъ туловище, выводятъ заднюю ягодицу по промежности и продолжаютъ потягиваніе съ легкими маятникообразными раскачиваніями до тѣхъ поръ, пока не выпадутъ обѣ ножки и не появится нижній уголъ лопатки, послѣ чего приступаютъ къ освобожденію ручекъ и головки. Въ помощь оператору должно производиться энергическое выжиманіе снаружи.

Каждый, кому приходится въ первый разъ производить извлеченіе за ягодицы у первородящей, непременно будетъ изумленъ трудностью этой операціи. Палецъ, производящій извлеченіе, почти уже совершенно обезсиленъ, а между тѣмъ ягодицы еще не подвинулись ни на шагъ впередъ. Наконецъ, задняя ягодица благополучно уже выведена по промежности, но пальцы настолько утомились, почти даже онѣмѣли, что освобожденіе ручекъ уже не можетъ быть произведено съ требуемою точностью и быстротою: младенецъ рождается въ состояніи глубокой асфиксіи или мертвымъ.

Въ виду всего этого вполне оправдывается стремленіе изобрѣсти ин-

струментъ для извлечения, который могъ бы замѣнить руку. Но, несмотря на многочисленныя попытки, мы до сихъ поръ еще не имѣемъ ни одного аппарата, который вполне удовлетворялъ бы всѣмъ требованіямъ, а именно увеличивалъ бы силу потягиванія и въ то же время не увеличивалъ бы опасности операци.

Если оказалось, что потягиванія рукою недостаточно, то слѣдуетъ взять въ помощь акушерскую *петлю*, дезинфицированную вывариваніемъ. Петля перекидывается черезъ подлежащую ягодицу, а если возможно, то черезъ обѣ вмѣстѣ, такъ чтобы она лежала совершенно гладко и находилась по возможности въ паховомъ сгибѣ, и затѣмъ акушеръ производитъ извлечение за оба конца петли, обернутой вокругъ его руки. Сила потягиванія при этомъ, конечно, увеличивается, но зато растетъ и опасность раненія (врѣзываніе петли въ мягкія части, переломъ бедра).

Если младенецъ уже успѣлъ умереть къ тому времени, когда имѣетъ быть произведено извлечение, то позволительно прибѣгнуть къ *тупому крючку*. Послѣдній перекидывается черезъ подлежащую ягодицу подъ руководствомъ указательнаго пальца, прикрывающаго собою верхній конецъ его, и затѣмъ операторъ извлекаетъ младенца потягиваніемъ за рукоятку крючка. Опасность сломать бедро при этой операци очень велика; но это не имѣетъ никакого значенія тамъ, гдѣ операци производится въ интересахъ матери при мертвомъ уже младенцѣ. Наоборотъ, при живомъ младенцѣ не слѣдуетъ прибѣгать къ тупому крючку.

Кромѣ петли и крючка, примѣненіе которыхъ мы рекомендовали при вышеописанныхъ обстоятельствахъ, существуетъ еще цѣлый рядъ инструментовъ и манипуляцій, предложенныхъ съ цѣлью облегчить извлечение за ягодицы; но всѣ они не могли до сихъ поръ приобрести право гражданства и войти въ число общепризнанныхъ акушерскихъ манипуляцій. Нѣкоторые аппараты были предложены съ цѣлью облегчить трудное перекидываніе петли черезъ ягодицу, напр. инструментъ *Poppel'*'я, устроенный вродѣ Беллоковской трубки, затѣмъ подобный же инструментъ *Weckbecker-Sternfeld'*'а, *петлепроводъ Rosenberg'*'а и подобный же инструментъ *Bunge*, причѣмъ послѣдній очень рекомендуется *Winter'*омъ¹⁾. Наиболѣе цѣлесообразнымъ можно было бы, пожалуй, еще считать примѣненіе снабженнаго мандриномъ эластическаго *катетера*, который проводится между бедрами младенца наружу (*Winckel*). Къ ниткѣ, протянутой черезъ окошко катетера, привязывается петля для поворота, которая затѣмъ, при обратномъ выдвиганіи катетера, перекидывается черезъ ягодицу. Весьма оригинально предложеніе продѣть петлю черезъ обручальное кольцо и затѣмъ провести его пальцемъ черезъ ягодицу. Вмѣсто петли совѣтовали также употреблять для извлечения носовой платокъ или подобный ему кусокъ полотна (*Hüter*). Такъ называемые *модичные щипцы* представляютъ скрещенные между собою двойные крючки, изъ которыхъ одинъ перекидывается черезъ переднюю ягодицу, а другой—черезъ заднюю. Они въ высшей степени опасны, какъ для матери, такъ и для младенца, и представляютъ въ настоящее время только историческій интересъ. Головные щипцы также рекомендовались и примѣнялись для извлечения ягодицъ. Но большинство акушеровъ отвергаютъ это предложеніе.

Если младенецъ уже мертвъ, а ягодицы его стоятъ плотно въ тазу, то

¹⁾ Deutsch. med. Wochenschr. 1891. № 6.

можно также для извлеченія примѣнить краниокласть. Окончатая вѣтвь инструмента кладется на крестецъ, а другая вводится въ задній проходъ; затѣмъ крѣпко сжимають обѣ вѣтви инструмента и извлекають младенца.

При всякомъ извлеченіи за тазовой конецъ чрезвычайно большую пользу можетъ принести рациональное *выжиманіе*, производимое помощникомъ. Обхвативъ матку обѣими руками, какъ это будетъ описано въ слѣдующей главѣ, помощникъ съ силою производить выжиманіе въ то время, когда операторъ тянетъ младенца. При искусномъ выжиманіи нерѣдко удается предотвратить запрокидываніе ручекъ и головки во время извлеченія. Когда операторъ приступаетъ къ освобожденію ручекъ, выжиманіе должно быть приостановлено, для того чтобы головка не была преждевременно втиснута въ тазъ. По освобожденіи ручекъ, если операторъ утомился, или если ручной приемъ *Wigand-Martin'a* не тотчасъ увѣнчался успѣхомъ, можно поручить помощнику давленіе снаружи для освобожденія головки. Если слѣдующаго помощника подъ руками не имѣется, то выжиманіе должно быть воспрещено: при плохомъ производствѣ оно приноситъ только вредъ.



Рис. 69. Освобожденіе головки ручнымъ приемомъ *Veit'a*.

Другой способъ освобожденія головки, примѣнявшійся до послѣдняго времени почти исключительно, есть *ручной приемъ Veit'a*. Два пальца одной руки вкладываются въ ротъ младенца и отводятъ подбородокъ къ груди. Два пальца другой руки кладутся крючкообразно на заднюю область шеи. Затѣмъ съ силою производятся потягиваніе, причемъ подбородокъ удерживается пальцами близь груди. Когда головка вытянута до тазового дна, ее приподнимають и выводятъ по промежности. Способъ этотъ весьма надеженъ.

Вышеописанный такъ назыв. *Martin-Wigand*'овскій ручной приёмъ для освобожденія головки примѣнялся въ подобномъ же видѣ еще *Wigand*'омъ (1800 г.), а затѣмъ въ особенности *August*'омъ *Martin*'омъ (1886 г.); но тогда онъ не вошелъ въ общее употребленіе. Наконецъ *Winckel* ¹⁾ на конгрессѣ гинекологовъ въ Галле (1888 г.) снова рекомендовалъ этотъ ручной приёмъ. Во всякомъ случаѣ, поразительна легкость выведенія головки этимъ ручнымъ приемомъ. Неоспоримое преимущество его состоитъ въ томъ, что при немъ не производится никакого потягиванія за шею младенца. Благодаря этому обстоятельству, уже сами собою устраняются многія поврежденія младенца, которыя при потягиванія за позвоночникъ были въ прежнее время возможны и дѣйствительно случались нерѣдко. Замѣтимъ еще разъ, что *первый* актъ операціи состоитъ въ низведеніи подбородка къ шеѣ младенца посредствомъ двухъ пальцевъ, вложенныхъ въ ротъ («верхушка клина отводится внизъ»); но никакого потягиванія за подбородокъ производить при этомъ не слѣдуетъ. Лишь послѣ отведенія подбородка къ шеѣ младенца производится давленіе снаружи, которое ни въ какомъ случаѣ не требуетъ особенно большой силы, такъ какъ введенная рука удерживаетъ подбородокъ близъ груди.

Въ Геттингенской клиникѣ и поликлиникѣ, съ тѣхъ поръ какъ *Winckel* опубликовалъ свое первое сообщеніе, мы одно время примѣняли этотъ ручной приёмъ почти исключительно и получали такимъ путемъ хорошіе результаты при нормальномъ тазѣ. Наоборотъ, при узкомъ тазѣ съ конъюгатой въ 8 и въ $8\frac{1}{2}$ см. мы не всегда достигали цѣли этимъ ручнымъ приемомъ, между тѣмъ какъ способъ *Veit*'а съ одновременнымъ давленіемъ снаружи оказывался достаточнымъ для выведенія головки. Поэтому при узкомъ тазѣ мы въ настоящее время принципиально отказываемся отъ ручного приема *Wigand-Martin*'а и примѣняемъ исключительно приёмъ *Veit*'а, дѣйствіе котораго въ случаѣ надобности подкрѣпляется давленіемъ снаружи ²⁾.

Болѣе старый методъ, который мы, по примѣру *Schroeder*'а ³⁾, описали подъ названіемъ «ручного приема *Veit*'а», носятъ, справедливо или несправедливо, еще многія другія названія (*Mauriceau*, *Mauriceau-Lachapelle*, *Levet*, *Veit-Smellie*, *Smellie-Braun*, и т. д.). Вторичное введеніе въ практику этого ручного приема, описаннаго впервые *Mauriceau* (1668 г.), составило въ свое время дѣльную эпоху и содѣйствовало особенно тому, что была вытѣснена операція наложенія щипцовъ на послѣдующую головку. Кромѣ того, ручной приёмъ *Veit*'а одержалъ верхъ надъ такъ назыв. *Пражскимъ ручнымъ приемомъ* (*Kiwisch*, 1846 г.). При этомъ послѣднемъ способѣ одна рука обхватываетъ голени младенца за лодыжки, а два пальца другой руки кладутся крючкообразно на заднюю область шеи. Затѣмъ съ силою тянутъ внизъ и, приподнявъ туловище младенца къ животу роженицы, выводятъ лицо его по промежности. Этотъ ручной приёмъ можетъ вести къ сильнымъ поврежденіямъ младенца и представляется нераціональнымъ еще и въ виду того, что, благодаря изолированному потягиванію за позвоночникъ, подбородокъ удаляется отъ груди и головка принуждена проходить чрезъ тазъ въ ненормальномъ членорасположеніи.

Операція наложенія щипцовъ на послѣдующую головку ⁴⁾ все болѣе и болѣе выходитъ изъ употребленія. Многіе акушеры отвергаютъ ее совершенно (*Schroeder*). Нѣкоторые, какъ, напр., *Credé*, считаютъ возможнымъ еще удерживать операцію наложенія щипцовъ рядомъ съ ручнымъ приемомъ *Veit*'а и др.

¹⁾ Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft f. Gynäk. zu Halle 1888.

²⁾ Новѣйшая литература о ручныхъ приемахъ для освобожденія головки: *Eisenhart*, Arch. f. Gynäk. Bd. 36.—*Herzfeld*, Ueber die Behandlung des nachfolgenden Kopfes etc. 1890. Centralbl. f. Gynäk. 1893. № 35.

³⁾ Lehrb. d. Geburtshülfe. 1891.

⁴⁾ См. *Staedler*. Arch. f. Gynäk. Bd. 40.

Если эти ручные приемы не тотчас привели къ цѣли, то въ такомъ случаѣ операція наложения щипцовъ еще даетъ, по наблюденіямъ *Credé*, хорошіе результаты. Другіе акушеры считаютъ возможнымъ накладывать щипцы на послѣдующую головку лишь въ такихъ случаяхъ, когда лицо обращено впередъ, а подбородокъ стоитъ высоко къ тазу, и особенно когда другіе ручные приемы оказались неэффективными. При накладываніи щипцовъ приходится приподнять туловище младенца къ животу роженицы. Наложить щипцы обыкновенно удается только въ поперечномъ размѣрѣ.

Осложненія и затрудненія при извлеченіи.

1. При *извлеченіи за ножку*. Если выпрямленная ножка лежитъ сзади въ области крестца и если акушеру приходится какъ можно скорѣе окончить роды, то не слѣдуетъ безъ дальнѣйшихъ разсужденій извлекать за эту ножку: передняя ягодица упирается въ лонное сочлененіе, и при дальнѣйшемъ потягиваніи животъ младенца можетъ повернуться впередъ, а это составляетъ самое неблагоприятное осложненіе при операціи извлеченія. Нужно сначала выждать появленія потуги или, въ случаѣ отсутствія потугъ, поручить помощнику, чтобы онъ производилъ сильное выжиманіе. При этомъ обнаружится, въ какую сторону младенецъ подвліяніемъ изгоняющихъ силъ начинаетъ поворачиваться, для того чтобы выпрямленная ножка обратилась кпереди. Обыкновенно это совершается болѣе длиннымъ путемъ, а именно поворотомъ спинки около крестцовога мыса ¹⁾. Въ направленіи этого поворота и производится извлеченіе младенца; но затѣмъ нужно отъ времени до времени дѣлать паузу, чтобы наблюдать за дальнѣйшими естественными поворотами младенца. Если бы, тѣмъ не менѣе, животъ повернулся совсѣмъ впередъ, то въ случаяхъ, когда это еще возможно, операторъ долженъ низвести вторую ножку и производить извлеченіе за обѣ вмѣстѣ. Этимъ самымъ еще удается въ большинствѣ случаевъ предотвратить полный поворотъ живота кпереди.

2. При *освобожденіи ручекъ*. Если ручки запрокинулись далеко вверхъ, а тѣмъ болѣе, если одна изъ нихъ помѣщается на спинной поверхности младенца или на задней области шея, то въ такомъ случаѣ освобожденіе ручекъ можетъ быть сопряжено съ очень большими затрудненіями, особенно при ригидности мягкихъ частей матери, при узкомъ тазѣ или крупномъ младенцѣ.

Начинающій обыкновенно дѣйствуетъ при такихъ обстоятельствахъ слишкомъ поспѣшно, изъ опасенія получить мертваго младенца. Въ этой поспѣшности онъ производитъ недозволительные ручные приемы и ненадлежащія движенія ручки младенца, такъ что послѣдняя переламывается.

Для освобожденія ручекъ въ случаяхъ, когда оно сопряжено съ вышеупомянутыми затрудненіями, были предложены многочисленныя и отчасти весьма сложные способы. Нижеслѣдующими тремя ручными приемами почти всегда удается достигнуть цѣли:

¹⁾ *Nagel*, Arch. f. Gynäk. Bd. 44.

а) Введя по возможности высоко 4 пальца одноименной руки, а въ случаѣ необходимости даже всю руку, операторъ тщательно ориентуется насчетъ положенія ручки, обхватываетъ предплечіе за локтевой суставъ, и, согнувъ его въ этомъ суставѣ, отводитъ его внизъ.

б) Если это не удастся, то операторъ быстро перемѣняетъ руку и вводитъ ее по возможности высоко со стороны брюшной поверхности плода. Освобожденіе ручекъ при этомъ иногда удается съ поразительною легкостью.

в) Если ручка ущемилась между головкою и стѣнкою таза, то нужно постараться *поворачиваніемъ туловища* освободить ее и перемѣстить въ крестцовую впадину. Операторъ обхватываетъ обѣими руками (безъ всякаго потягиванія) грудную клѣтку младенца такимъ образомъ, что большіе пальцы лежатъ на обѣихъ лопаткахъ, а затѣмъ онъ нѣсколько втискиваетъ туловище обратно въ тазъ и производитъ одинъ или нѣсколько сильныхъ поворотовъ вокругъ продольной оси плода, причемъ животъ младенца *не долженъ поворачиваться впередъ*. Когда ручка такимъ образомъ отведена назадъ, освободить ее удается уже легко.

Часто дѣлается та ошибка, что во время освобожденія ручекъ тянуть за туловище, или что къ освобожденію ихъ приступаютъ слишкомъ поздно. Лучше всего производить освобожденіе ручекъ въ то время, когда головка стоитъ еще подвижно въ тазовомъ входѣ или надъ нимъ, а плечики находятся въ тазу. Если же, наоборотъ, можно ожидать, что освобожденіе ручекъ будетъ сопряжено съ затрудненіями, то слѣдуетъ приступить къ нему *какъ можно раньше*, прежде еще чѣмъ родился уголъ лопатки.

Если вышеописанными тремя способами не удалось достигнуть цѣли, то не остается ничего другого, какъ переломить ручку, для того чтобы спасти жизнь младенца. Въ случаѣ, когда операторъ дѣйствительно вынужденъ прибѣгнуть къ этому насилію, онъ долженъ переломить ручку въ томъ мѣстѣ, гдѣ переломъ заживаетъ всего легче. Мѣсто это соотвѣтствуетъ серединѣ плечевой кости. Сильнымъ давленіемъ пальца на это мѣсто удается немедленно достигнуть желаемого эффекта, а затѣмъ, согнувъ ручку въ искусственно созданномъ ложномъ суставѣ, можно немедленно отвести ее внизъ. Опытному оператору почти никогда не придется прибѣгнуть къ этому крайнему средству; но начинающему иногда дѣйствительно приходится, послѣ зрѣлаго размысленія, переломить ручку младенца. Впрочемъ, гораздо чаще случаются неумышленные переломы ручки.

3. *При освобожденіи головки.* Одну изъ самыхъ мучительныхъ минутъ приходится переживать акушеру, когда головка младенца послѣ рожденія его туловища, несмотря на всѣ усилія, не подвигается впередъ. Каждая секунда при такихъ условіяхъ ухудшаетъ предсказаніе для младенца, который уже черезъ нѣсколько минутъ можетъ умереть. Нѣтъ ничего болѣе нелѣпаго, какъ вырывать головку съ грубымъ насиліемъ въ случаѣ, когда законный ручной приемъ оказался неэффективнымъ. Наоборотъ, слѣдуетъ совсѣмъ оставить попытки освобожденія головки и постараться какъ можно скорѣе выяснитъ причины этого неблагоприятнаго событія, а затѣмъ сообразовать свои дальнѣйшія дѣйствія, смотря по

тому, какой поставленъ діагнозъ. Дѣло можетъ здѣсь идти о слѣдующихъ обстоятельствахъ:

а) Препятствіе лежитъ въ маточномъ зѣвѣ. Онъ плотно стянулся вокругъ шеи младенца и не допускаетъ прохожденія головки. Мы имѣемъ, слѣдовательно, дѣло съ такъ назыв. стриктурою маточнаго зѣва. Обыкновенно это случается по винѣ самого акушера: онъ приступилъ къ извлеченію раньше, чѣмъ маточный зѣвъ достигъ надлежащей степени расширенія.

При давленіи или потягиваніи головка хотя и подвигается впередъ, но вмѣстѣ съ нею подвигается и удерживающая ее матка. Маточный зѣвъ прощупывается въ видѣ твердаго кольца, плотно обхватывающаго шею младенца. Сильное потягиваніе при такихъ условіяхъ нераціонально: чѣмъ больше мы будемъ тянуть младенца, тѣмъ плотнѣе кольцо маточнаго зѣва стянется вокругъ его шеи. Операторъ долженъ попытаться передвинуть задній край отверстія маточнаго зѣва поверхъ лица младенца, для того, чтобы прежде всего освободить отверстіе рта. Дальнѣйшимъ передвиженіемъ маточнаго зѣва по лицу младенца часто удается освободить головку. Въ противномъ случаѣ необходимо сдѣлать многочисленныя маленькія надрѣзы края маточнаго зѣва посредствомъ Куперовскихъ ножницъ и затѣмъ осторожно производить извлеченіе. При этомъ не всегда удается избѣжать значительнаго разрыва шейки. Если младенецъ уже мертвъ, то всякія дальнѣйшія манипуляціи должны быть оставлены и необходимо опять положить женщину на кровать, а затѣмъ выждать нѣкоторое время. Стриктура маточнаго зѣва ослабѣваетъ спустя извѣстное время, и затѣмъ головка рождается сама собою.

б) Препятствіе лежитъ въ костномъ родовомъ каналѣ, т. е. мы имѣемъ дѣло съ узкимъ тазомъ. Обыкновенно объ этомъ препятствіи бываетъ извѣстно уже заранѣе, и акушеръ знаетъ напередъ, что освобожденіе головки будетъ сопряжено съ затрудненіями. Головка не поддается потягиванію и продолжаетъ стоять въ тазовомъ входѣ. Введенная рука ясно прощупываетъ (при плоскомъ тазѣ) сильно выступающіи мысъ крестцовой кости. Ручной приемъ *Veit'a*, съ одновременнымъ сильнымъ давленіемъ на головку снаружи, въ этихъ именно случаяхъ особенно умѣстенъ и при правильномъ примѣненіи обыкновенно приводитъ къ цѣли. Если и этотъ способъ не привелъ къ цѣли, то младенецъ въ большинствѣ случаевъ оказывается уже мертвымъ, и тогда намъ приходится прибѣгнуть къ прободенію послѣдующей головки. Но прежде чѣмъ прибѣгнуть къ перфорациі можно еще испытать ручной приемъ, предложенный *Fritsch'емъ*¹⁾. Указательный и средній пальцы обѣихъ рукъ вводятся со стороны грудной и спинной поверхности младенца и накладываются крючкообразно на заднюю область шеи, а затѣмъ сильно оттягиваютъ послѣднюю внизъ. Сила потягиванія при этомъ громадна. Какъ только головка начинаетъ

¹⁾ Klinik der geburtshülflichen Operationen. 1888.

подаваться впередъ, дальнѣйшее потягиваніе должно быть прекращено, ибо въ противномъ случаѣ могутъ быть причинены громадныя разрывы промежности. Этотъ ручной пріемъ чрезвычайно дѣйствителенъ, но для младенца онъ очень опасенъ; поэтому примѣнять его можно лишь въ такихъ случаяхъ, когда младенецъ уже мертвъ.

с) Головка совершила поворотъ въ ненадлежащемъ направленіи: она стоитъ въ тазовомъ выходѣ поперекъ и не можетъ въ этой позиціи выйти изъ полового канала. Низкое и боковое стояніе рта дѣлаетъ діагнозъ неподлежащимъ никакому сомнѣнію. Два пальца одноименной руки проводятся къ передней щека, а два пальца другой руки кладутся крючкообразно на заднюю область шеи. Вдвинувъ нѣсколько головку обратно въ полость таза, акушеръ поворачиваетъ лицо младенца *назадъ* и, затѣмъ, вложивъ палецъ въ ротъ младенца, выводитъ головку по промежности. Въ другихъ случаяхъ лицо младенца обращено впередъ, т. е. мы имѣемъ дѣло съ заднеспиннымъ положеніемъ, терапия котораго сейчасъ будетъ нами изложена (въ пунктѣ 4-мъ).

d) Головка слишкомъ велика вслѣдствіе существующей головной водянки. Если никакого суженія таза не существуетъ, а между тѣмъ головка продолжаетъ стоять высоко надъ тазомъ, то очень естественно подумать о головной водянкѣ. Относительно большой объемъ живота и присутствіе значительной шарообразной опухоли надъ лоннымъ сочлененіемъ подкрѣпляютъ этотъ діагнозъ. Наконецъ, приподнявъ туловище младенца вверхъ, акушеру удается введенною рукою прощупать сзади большой лучеобразный боковой родничекъ, и тогда діагнозъ оказывается внѣ всякаго сомнѣнія. Никакого потягиванія или давленія снаружи въ это время производить не слѣдуетъ. Проколомъ или перфорацией прощупываемаго бокового родничка выпускаютъ водяночную жидкость, такъ что головка спадается, а затѣмъ она уже легко можетъ быть извлечена однимъ изъ вышеописанныхъ ручныхъ пріемовъ.

e) Дѣло можетъ идти о двойняхъ. Головка второго младенца стоитъ въ тазу и препятствуетъ рожденію первой головки. Терапія этого рѣдкаго осложненія уже изложена при описаніи родовъ двойнями.

4. *Освобожденіе ручекъ и головки въ случаяхъ, когда спинка младенца обращена назадъ.* Если спинка, несмотря на вышеописанныя мѣры предосторожности, повернулась назадъ, что бываетъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ по винѣ самого акушера, то освобожденіе ручекъ и головки можетъ оказаться весьма затруднительнымъ. Дѣти при такихъ условіяхъ обыкновенно рождаются мертвыми.

Въ подобныхъ случаяхъ необходимо приступить къ освобожденію ручекъ какъ можно раньше. Введя всю руку вверхъ по груди и лицу младенца, операторъ отводитъ ручку его за локтевой суставъ. Въ случаѣ надобности онъ можетъ попытаться замѣнить оперирующую руку другою или повернуть младенца вокругъ его продольной оси. Послѣ освобожденія ручекъ операторъ старается прежде всего достать ротъ младенца и повер-

нуть лицо его въ сторону, или же онъ прикладываетъ два пальца одной руки къ передней щекѣ, а два пальца другой руки кладетъ крючкообразно на заднюю область шеи и, отгѣняя нѣсколько головку обратно въ полость таза, старается повернуть лицо младенца въ сторону и назадъ. Если удалось этого достигнуть, то дальнѣйшее извлеченіе производится обыкновеннымъ способомъ. Если же, несмотря на всѣ усилія, лицо остается обращеннымъ впередъ, то акушеръ долженъ попытаться, введя два пальца въ ротъ младенца, отвести лицо его за лонное сочлененіе и, затѣмъ, приподнявъ туловище, извлечь затылокъ по промежности. Но если подбородокъ застрялъ надъ лоннымъ сочлененіемъ, то можно попытаться постепеннымъ приподниманіемъ младенца въ дугообразномъ направленіи къ животу роженицы сначала провести въ тазъ затылокъ и извлечь его по промежности. Рациональное давленіе снаружи при всѣхъ этихъ попыткахъ безусловно необходимо.

Fritsch рекомендуетъ въ послѣдняго рода случаяхъ всегда накладывать щипцы, а *Winckel*—лишь тогда, когда другіе ручные приемы оказались неэффективными.

Предсказаніе при извлеченіи.

Простое освобожденіе ручекъ и головки даетъ вполне хорошее предсказаніе, какъ для младенца, такъ и для матери. Впрочемъ, у первородящихъ, при слишкомъ позднемъ и неисконномъ подниманіи головки по промежности, могутъ быть причинены большіе и даже полные *разрывы* этой послѣдней.

Подобные разрывы промежности, конечно, еще легче могутъ быть причинены при трудномъ освобожденіи головки послѣ полного извлеченія, особенно если при ручномъ приемѣ *Veit*'а сильное потягиваніе внизъ не будетъ прекращено своевременно, какъ только головка попала на тазовое дно. Что при слишкомъ раннемъ извлеченіи могутъ быть произведены глубокіе и сильно кровоточащіе *разрывы маточной шейки*, объ этомъ мы уже упоминали.

Младенецъ при *полномъ извлеченіи* подверженъ многимъ опасностямъ. При чрезмѣрной продолжительности освобожденія ручекъ и головки онъ погибаетъ отъ *асфиксіи* вслѣдствіе прижатія пуповины. Кроме того, при трудномъ извлеченіи возможны многочисленныя и даже смертельныя *раненія* младенца.

Разрыва печени, который наблюдался нерѣдко и оканчивался постоянно смертью, всегда можно избѣгать, такъ какъ онъ образуется только вслѣдствіе нецѣлесообразныхъ и слишкомъ грубыхъ манипуляцій. При извлеченіи туловища оба большіе пальца должны постоянно лежать на крестцѣ (см. рис. 68). *Перелома бедра* обыкновенно тоже нельзя ничѣмъ оправдать, за исключеніемъ лишь того случая, когда былъ примененъ тупой крючокъ. Наилучшее леченіе этого перелома состоитъ въ наложеніи повязки, причемъ бедро фиксируется у живота посредствомъ платка, проведеннаго чрезъ подколенную впадину (*Credé*).

Болѣе снисходительно мы должны относиться къ *переломамъ плечевой кости*. Они происходятъ, иногда совершенно незамѣтнымъ образомъ, вслѣдствіе давленія на эту кость или вслѣдствіе невѣрнаго низведенія ея, напр. по спинкѣ младенца. Послѣ *всякаго* извлеченія акушеръ долженъ тщательно осмотрѣть обѣ ручки младенца. Распознаваніе перелома легко можетъ быть поставлено по нарушенію отправления, по ненормальной подвижности и крепитациі. Вся верхняя конечность, при легкомъ вытяженіи плечевой кости, обертывается крахмальными марлевыми бинтами и слабо прикрѣпляется въ прямоугольномъ положеніи къ грудной клѣткѣ. Повязку мѣняютъ черезъ 8—10 дней. Если бы появилось опуханіе ручной кисти, то повязку нужно перемѣнить раньше. Полное заживленіе перелома наступаетъ, самое позднее, черезъ 3 недѣли. При неправильномъ освобожденіи ручекъ или вслѣдствіе давленія верхушками пальцевъ при ручномъ приѣмѣ *Veit'a* встрѣчаются также *переломы ключицы*. Они всегда заживаютъ безъ вредныхъ послѣдствій. Верхняя конечность фиксируется у соответственной стороны грудной клѣтки посредствомъ маленькой треугольной косынки.

Гораздо болѣе неблагоприятно *отдѣленіе верхняго эпифиза плечевой кости*. Важнѣйшимъ симптомомъ этого поврежденія служитъ сильный поворотъ плечевой кости кнутри, съ чрезмѣрной пронаціей предплечія [*Küstner* ¹⁾]. Часто также удается прощупать верхній конецъ діафиза, смѣщенный назадъ или вверхъ въ подмышечную впадину. Если захватить въ отдѣльности головку плечевой кости и среднюю часть ея и затѣмъ двигать ихъ одну по другой, то замѣчается мягкая крепитациа. Если отломки кости сrustутся въ этомъ смѣщенномъ положеніи, то результатомъ являются тяжелыя разстройства отправления верхней конечности. Лечение этого поврежденія представляетъ большія трудности. Діафизъ долженъ быть фиксированъ въ такомъ положеніи, чтобы онъ былъ по возможности повернуть наружу.

Случается нерѣдко, что, послѣ труднаго освобожденія ручекъ, ребенокъ въ первое время двигаетъ одною изъ нихъ очень вяло или даже совсѣмъ не можетъ ею владѣть, безъ того чтобы можно было открыть поврежденіе кости. Во многихъ изъ этихъ случаевъ, безъ сомнѣнія, сильно повреждено плечевое сплетеніе. Въ другихъ же случаяхъ дѣло идетъ о настоящемъ *Эрбовскомъ параличѣ*, на который впервые обратилъ вниманіе акушеровъ *F. Schultze* ²⁾. Какъ извѣстно, *Erb* доказалъ, что раздраженіе и прижатіе определенной точки плечевого сплетенія надъ ключицей производитъ совмѣстное сокращеніе и совмѣстный параличъ тт. *deltoides*, *bicipitis*, *brachial. int.*, *supinat. long.*, *infraspinat.* и мышцъ въ области лучевого нерва. Если плечевая кость будетъ сильно приподнята и отведена назадъ, то эта «Эрбовская точка» придется между ключицей и позвоночникомъ, и тогда она можетъ при какомъ нибудь большомъ внѣшнемъ насиліи подвергнуться такому значительному прижатію, что въ результатъ произойдетъ, какъ это доказано относительно взрослыхъ людей, параличъ всей упомянутой группы мышцъ. Между тѣмъ такія форсированныя положенія верхней конечности при

¹⁾ *P. Müller*, Handb. d. Geburtsh. Bd. 3. 1889.

²⁾ *Arch. f. Gynäk.* Bd. 32.—*Jolly*, *Charité-Annal.* XXI. Jahrgang.

извлеченіи младенца встрѣчаются несомнѣнно, а такъ какъ при затруднительности освобожденія ручки въ этомъ ненормальномъ ея положеніи ключица довольно долго производитъ давленіе на Эрбовскую точку, то парезъ вышеназванныхъ мышцъ въ такихъ случаяхъ представляется вполнѣ понятнымъ. Намъ приходилось уже послѣ труднаго освобожденія ручекъ неоднократно наблюдать случаи типическаго Эрбовскаго паралича, которые были излечены фарадизаціей.

(Относительно происхожденія паралича верхнихъ конечностей (такъ назыв. паралича *Duchenne'a*), который въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдался также при самопроизвольныхъ головныхъ рожденіяхъ и при извлеченіяхъ щипцами, см. *Schoemaker, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 41.*

Необходимо поставить себѣ за правило, что во всѣхъ случаяхъ, когда парезъ ручки при отсутствіи поврежденія кости продолжаетъ существовать до 3-го дня, должно быть примѣнено лечение соответствующихъ мышцъ индукціоннымъ токомъ. Предсказаніе тогда будетъ благопріятно; въ противномъ же случаѣ мышцы быстро атрофируются, и нарушение ихъ отправления остается на всю жизнь.

Кромѣ того, наблюдались еще и другія раненія, напр. *разрыва дни полости рта* и даже *переломы нижней челюсти* (очевидно, только вслѣдствіе слишкомъ грубыхъ манипуляцій), затѣмъ *гематомы грудно-ключично-сосковой мышцы* ¹⁾. *Поврежденія черепа и позвоночника, головного и спинного мозга* слѣдалься уже въ настоящее время гораздо болѣе рѣдкими, благодаря примѣняемымъ теперь ручнымъ приемамъ для освобожденія головки, а особенно благодаря приему *Wigand-Martin'a*, и встрѣчаются почти исключительно лишь въ такихъ случаяхъ, когда узкій тазъ оказываетъ прохожденію головки болѣе значительное сопротивленіе. *Полное отрываніе головки* встрѣчается только при *мацерированномъ плодѣ*; но при этихъ условіяхъ прибѣгать къ извлеченію младенца приходится рѣдко. Если же оказалось необходимымъ прибѣгнуть при мацерированномъ плодѣ къ операціи извлеченія, то нужно по возможности избѣгать потягиванія за позвоночникъ и примѣнять ручной приемъ *Wigand-Martin'a*. Объ извлеченіи головки, отдѣленной отъ туловища, будетъ сказано при описаніи эмбриотоміи.

XI. Выжиманіе.

Выжиманіе или выдавливаніе плода, какъ родоразрѣшающій методъ, было рекомендовано въ особенности *Kristeller'омъ* ²⁾.

Выгоды выжиманія теоретически очевидны: ни рукою, ни инструментами акушеръ при производствѣ этой операціи не имѣетъ надобности входить въ родовую каналъ. Операція—идеально асептическая. Нормальное членорасположеніе плода при операціи выжиманія сохраняется, тогда какъ при извлеченіи оно подвергается измѣненію.

Тѣмъ не менѣе, операція выжиманія не могла завоевать особенно большого поприща для своего примѣненія, хотя въ послѣднее время, подъ влияніемъ асептики, нѣкоторые опять помышляли о расширеніи его ³⁾.

¹⁾ *Pincus, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 31.—Kader, Beiträge z. klin. Chirurgie. Bd. 21.*

²⁾ *Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. 29.*

³⁾ *P. Strassmann, Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe. 1895.*

Разсчитывать на успѣхъ возможно вообще только въ періодѣ изгнанія. Но и въ этомъ періодѣ родовъ дѣйствіе операціи ненадежно, а производство ея часто бываетъ весьма болѣзненно и требуетъ много времени.

Въ видѣ опыта можно примѣнить операцію выжиманія въ такихъ случаяхъ, когда головка начинаетъ врѣзываться, а между тѣмъ желательнo поскорѣе окончить роды, въ особенности у многородящихъ. Прямокишечный или копчиковый ручной пріемъ въ этихъ случаяхъ можетъ служить большимъ подспорьемъ для операціи выжиманія и въ то же время предохраняетъ промежность отъ разрыва. Если выжиманіе осталось безъ успѣха, то при настоятельномъ показаніи необходимо обратиться къ щипцамъ. Выжиманіе дѣйствуетъ очень успѣшно при замедленномъ прорѣзываніи плечиковъ, затѣмъ при родахъ недоношеннымъ плодомъ и особенно при рожденіи второго близнеца.

Очень дѣлесообразно также *соединять выжиманіе съ извлеченіемъ*, напр. при операціи наложенія щипцовъ, при краниоклазії и особенно при извлеченіи за тазовой конецъ. Операторъ, производящій извлеченіе младенца, сберегаетъ, во-первыхъ, свои силы, благодаря этому сочетанію двухъ операцій, а во-вторыхъ, искуснымъ выжиманіемъ удается сохранить согнутое положеніе плода и предотвратить запрокидываніе ручекъ при тазовомъ положеніи.

При *производствѣ* выжиманія женщина лежитъ на спинѣ, а операторъ стоитъ у ея кровати сбоку. Дно матки обхватывается обѣими руками такимъ образомъ, что большіе пальцы лежатъ на ея передней поверхности, остальные на задней, а ладонь обхватываетъ дно матки или боковыя поверхности ея.

Приложивъ вышеуказаннымъ образомъ обѣ свои руки къ маткѣ, акушеръ сначала слегка растираетъ объ нее брюшныя покровы и затѣмъ переходитъ къ постепенно увеличиваемому давленію, которое, на-подобіе потуги, дѣйствуетъ въ теченіе извѣстнаго времени съ большею силою, а затѣмъ постепенно опять ослабѣваетъ. Давленіе продолжается 5—8 секундъ. Послѣ короткой паузы возобновляется давленіе, причѣмъ каждый разъ оно должно по возможности производиться на новомъ мѣстѣ.

ХII. Краниотомія.

Подъ именемъ *краниотоміи* мы разумѣемъ *прободеніе головки младенца и извлеченіе* ея черезъ естественныя родовыя пути. Прободеніе производится съ цѣлью уменьшить объемъ головки и сдѣлать возможнымъ извлеченіе ея безъ вреда для матери. Слѣдовательно, акушеръ, рѣшаясь на эту операцію, уже заранѣе отказывается отъ возможности получить живого младенца. Цѣль операціи состоитъ именно въ спасеніи матери.

Показаніе къ краниотоміи. Если существуетъ настоятельное показаніе къ немедленному окончанію родовъ въ интересахъ матери и если въ виду даннаго положенія родового акта всѣ остальные методы родоразрѣ-

шенія черезъ тазовой каналъ представляются невозможными или могутъ быть примѣнены только съ очень большою опасностью для матери, то должна быть произведена краниотомія, — все равно, живъ-ли еще младенецъ, или онъ уже умеръ въ полости матки.

Само собою понятно, что при мертвомъ плодѣ можно нѣсколько расширить предѣлы краниотоміи и рѣшиться на эту разрушительную для младенца операцію раньше, чѣмъ при *живомъ* еще плодѣ. Въ послѣднемъ случаѣ операторъ долженъ быть проникнутъ убѣжденіемъ, что дальнейшее естественное теченіе родового акта непременно будетъ сопряжено съ опасностью для жизни женщины и что другія родоразрѣшающія операціи, если вообще онѣ еще возможны, подвергнуть жизнь роженицы еще большей опасности.

Показаніе къ краниотоміи практически всего чаще встрѣчается при *узкомъ тазѣ*. Если признаки ущемленія мягкихъ частей матери выражены въ очень сильной степени, если существуетъ лихорадка, значительное учащеніе пульса, а тѣмъ болѣе, если появилась примѣсь крови въ мочѣ, то условно необходимо освободить ущемленные мягкія части отъ тяготящаго надъ ними давленія, чтобы избѣжать очень тяжелыхъ послѣдствій для матери. Если поворотъ уже невозможенъ въ виду неподвижнаго стоянія головки и если щипцы также не могутъ быть примѣнены по отсутствію необходимыхъ для этого условий, то роды могутъ быть окончены безъ вреда для матери только производствомъ краниотоміи.

Младенецъ при такихъ обстоятельствахъ часто оказывается уже мертвымъ, и поэтому противъ краниотоміи нельзя привести ни малѣйшаго возраженія. Но и при живомъ еще младенцѣ всякое промедленіе причиняетъ только вредъ, увеличиваетъ опасность для матери и не приноситъ младенцу никакой пользы.

Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ, при живомъ еще младенцѣ, если головка стоитъ даже не совсѣмъ въ томъ положеніи, которое требуется для примѣненія щипцовъ, но все-таки стоитъ уже довольно плотно въ тазовомъ входѣ, позволительно сдѣлать *попытку наложенія щипцовъ*, какъ это было подробно изложено при описаніи „атипическихъ операцій“. Если головка не поддается осторожнымъ тракціямъ, то слѣдуетъ немедленно перфорировать живого младенца. Ничто такъ сильно не ухудшаетъ предсказанія краниотоміи при узкомъ тазѣ, какъ предшествовавшія насильственные попытки наложенія щипцовъ. Въ большинствѣ случаевъ можно съ полнымъ основаніемъ отказаться отъ всякой подобнаго рода попытки и при вышеупомянутыхъ обстоятельствахъ немедленно перфорировать живого младенца. Хотя при производствѣ краниотоміи и приносится въ жертву плодъ данной беременности, но зато женщина, спасенная посредствомъ этой операціи, можетъ надѣяться въ слѣдующую беременность получить живого ребенка при помощи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Конечно, мы должны признать, что выборъ надлежащаго момента

для перфорации живого младенца составляет одну из труднѣйшихъ задачъ практическаго акушерства, которая требуетъ отъ оператора очень большаго опыта. Если перфорация произведена слишкомъ рано, то этимъ самымъ жизнь младенца приносится въ жертву безъ всякой надобности, а если слишкомъ поздно, то жертвою такого промедленія могутъ пасть и младенецъ, и роженица.

Въ послѣднее время справедливо рекомендовали при узкомъ тазѣ и мертвомъ уже младенцѣ *немедленно производить перфорацию*, если головка еще должна при своемъ прохожденіи черезъ тазъ преодолѣть сколько нибудь значительное сопротивление, а не выжидать съ производствомъ этой операціи до тѣхъ поръ, пока появится показаніе со стороны матери.

Для каждаго врача перфорация живого младенца есть нѣчто въ высшей степени отвратительное. Вездѣ, гдѣ это возможно, слѣдуетъ стараться обойти ее производствомъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Если провавольные роды уже наступили, то перфорация иногда можетъ быть замѣнена кесарскимъ сѣченіемъ на основаніи относительнаго показанія или разрѣзомъ лоннаго сочлененія (симфизеотомія). Но эти двѣ операціи требуютъ особенной хирургической опытности, безъ которой опасность ихъ увеличивается до непозволительной степени. Слѣдовательно, въ практикѣ еще и теперь приходится иногда прибѣгать къ перфорации живого младенца при вышеозначенныхъ условіяхъ.

Кромѣ узкаго таза, показаніемъ къ краниотоміи еще можетъ быть *тяжелая эклампсія*. Далѣе, перфорация представляется необходимою въ такихъ случаяхъ, когда при мертвомъ младенцѣ требуется по возможности скорѣе окончить роды, а между тѣмъ головка хотя и стоитъ въ такомъ положеніи, какое требуется для примѣненія щипцовъ, но акушеръ имѣетъ основаніе думать, что операція эта представитъ затрудненія и будетъ для матери сопряжена съ разрывами или съ какими нибудь другими опасностями. Наконецъ, перфорация, resp. пункция головки показуется также при головной водянкѣ.

Производство краниотоміи требуетъ только двухъ предварительныхъ *условій*: маточный звѣзъ долженъ быть настолько расширенъ, чтобы черезъ него можно было провести перфорационные инструменты; тазъ долженъ быть настолько великъ, чтобы допускать извлеченіе плода послѣ перфорации. При узкомъ тазѣ производство краниотоміи должно быть ограничено извѣстными предѣлами. *Если истинная конюгата имѣетъ въ длину 6 см.*, то, по современнымъ нашимъ возрѣніямъ, показуется производство *кесарскаго сѣченія*, такъ какъ извлеченіе перфорированнаго плода при этихъ условіяхъ сопряжено съ очень большими опасностями для матери или даже оказывается совершенно невозможнымъ.

О законности перфорации живого младенца много спорили не только акушеры, но и богословы, а особенно юристы [*Mittermaier, Binding, Heimberger* ¹⁾], такъ что по этому предмету имѣется уже очень обширная и интересная литература. Въ настоящее время этотъ споръ можетъ уже считаться докон-

1) Ueber die Strafflosigkeit der Perforation. Jur. Dissertation. München 1889.

ніем исторіи. Заслуженность краниотоміи при извѣстныхъ обстоятельствахъ всѣми признана.

Только *Pinard* ¹⁾ въ настоящее время ее отвергаетъ и полагаетъ, что прободеніе головки живого плода всегда можетъ быть замѣнено кесарскимъ сѣченіемъ, а въ особенности симфизотоміей.

Тѣмъ не менѣе, совершенно понятно, что всегда существовало стремленіе замѣнить краниотомію живого плода другими операціями. И дѣйствительно, область примѣненія ея при узкомъ тазѣ удалось значительно ограничить искусственными преждевременными родами, поворотомъ и извлеченіемъ, а въ послѣднее время также кесарскимъ сѣченіемъ и симфизотоміей. Но совсѣмъ устранить ее мы и до сихъ поръ, къ сожалѣнію, не имѣемъ права ²⁾.

Производство краниотоміи.

Операція раздѣляется на два акта: *прободеніе* головки (перфорация въ болѣе тѣсномъ смыслѣ) и *извлеченіе* ея.

Что касается инструментовъ, то для перваго акта операціи требуется *перфораторъ*, а для втораго—*краниокласть* (краниотракторъ).

Подготовленіе къ операціи состоитъ въ тщательной дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей, промываніи влагалища растворомъ карболовой кислоты, опорожненіи мочевого пузыря, въ строжайшей дезинфекціи ручныхъ кистей и предплечій оператора и, наконецъ, въ хлороформированіи до глубокаго наркоза. Если младенецъ еще живъ, то оператору не мѣшаетъ пригласить для совѣщанія другаго врача.

Инструменты стерилизуются. Операторъ сидитъ между бедрами роженицы, лежащей на поперечной кровати, а впереди него ставится ведро для собиранія вытекающей крови и промывной жидкости. Наполненный ирригаторъ, изъ котораго повременамъ производится орошеніе поля операціи, долженъ быть помѣщенъ на близкомъ разстояніи, такъ чтобы его легко можно было достать, или, еще лучше, долженъ быть отданъ въ руки ассистенту.

Перфорация подлежащей головки.

1. *Прободеніе.* Этотъ актъ операціи можетъ быть выполненъ или ножницеобразнымъ, или трепановиднымъ перфораторомъ. Ножницеобразный перфораторъ болѣе удобенъ для употребленія и легче чистится, такъ что онъ заслуживаетъ преимущества. Изъ очень большого числа ножницеобразныхъ перфораторовъ мы предпочитаемъ инструментъ *Naegele* (см. рис. 70). Правую рукою операторъ беретъ сомкнутый инструментъ и, прикрывъ остріе лѣвою рукою, проводитъ его по направленію къ головкѣ. Верхушку инструмента онъ приставляетъ въ области одного изъ черепныхъ швовъ или родничковъ, а если такового не удастся прощупать, то непосредственно къ костному черепу, и сильнымъ толчкомъ на рукоятки, или, при большомъ сопротивленіи, вращательными движеніями послѣднихъ, продыравливаетъ черепной сводъ такъ, что инструментъ проникаетъ глубоко въ головной мозгъ. Затѣмъ снимается замыкающій крючокъ и давленіемъ на рукоятки

¹⁾ *Annal. de Gyn. et d'obstétr.* 1900, январь.—*Centralbl. f. Gynäk.* 1900. № 50.

²⁾ *Wyder, Arch. f. Gynäk.* Bd. 32.—*Barsony, ibid.* Bd. 41.

раздвигаются обѣ вѣтви инструмента, рѣжуція по направленію кнаружи. Послѣ того какъ перфораторъ опять замкнутъ, его поворачиваютъ вокругъ оси на половину окружности и давленіемъ на рукоятки производятъ второй разрѣзъ, перпендикулярный къ первому. Вводя палецъ во влагалище, операторъ долженъ удостовѣриться, достаточно-ли велико перфорационное отверстіе для того, чтобы можно было провести черезъ него краниокласть.

Если операція производится трепановиднымъ перфораторомъ (мы предпочитаемъ перфораторъ *Martin'a*, изображенный на рисункѣ 71), то его вводятъ лѣвою рукою, выдвинувъ предварительно металлическую гильзу впередъ и сильно наклонивъ рукоятку внизъ, а затѣмъ плотно прижимаютъ верхушку его къ черепу. Послѣ этого операторъ беретъ инструментъ правою рукою и производятъ его рукояткою вращательныя движенія, причемъ трепанъ проталкивается въ кость черепа. Когда кость пропилена насквозь, перфораторъ безъ всякаго сопротивленія проскакиваетъ въ черепную полость черезъ образовавшееся круглое отверстіе. Выпиленный кусокъ кости остается въ трепанѣ вынутаго инструмента. При лицевыхъ положеніяхъ лучше производить перфорацию въ области лба или лобнаго шва или большого родничка, чѣмъ въ области глазницы.

Если при производствѣ перфорации черепъ еще не совсемъ плотно стоитъ въ тазу, то онъ долженъ быть фиксированъ давленіемъ снаружи, такъ какъ въ противномъ случаѣ онъ отходитъ

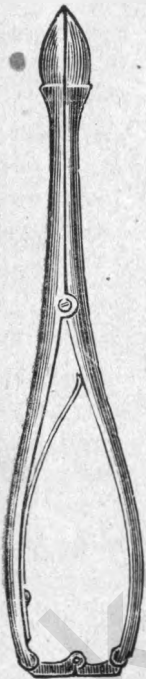
Рис. 70. Ножницеобразный перфораторъ *Naegele*.

подъ напоромъ инструмента въ сторону. Послѣ прободенія головки вводятъ въ перфорационное отверстіе соединенный

Рис. 71. Трепановидный перфораторъ *E. Martin'a*.

съ ирригаторомъ катетеръ, разрушаютъ поворачиваніемъ его головной мозгъ и удаляютъ послѣдній впрыскиваніемъ воды. Если ребенокъ былъ еще живъ, то слѣдуетъ тщательно разрушить основаніе головного мозга и продолговатый мозгъ, для того чтобы перфорированный плодъ не родился съ признаками жизни, такъ какъ это въ высшей степени непріятное зрѣлище всегда будетъ поставлено въ вину акушеру.

2. *Извлеченіе*. Въ настоящее время оно производится почти исключительно при помощи *краниокласта* (см. рис. 72). Этотъ инструментъ состоитъ изъ двухъ вѣтвей, соединенныхъ между собою крестообразно на-



подобіе акушерскихъ шипцовъ, приче́мъ обѣ вѣтви могутъ быть фиксированы одна относительно другой посредствомъ сжимающаго аппарата, приспособленнаго къ концамъ рукоятокъ. Лѣвая вѣтвь краниокласта, на которой находится замо́къ, имѣетъ въ своемъ верхнемъ концѣ сплошную форму, приче́мъ на выпуклой сторонѣ этой части находятся желобки и нѣсколько заостренныя возвышенія. На концѣ правой вѣтви находится окошко, въ которое свободно можетъ войти верхняя часть лѣвой ложки.

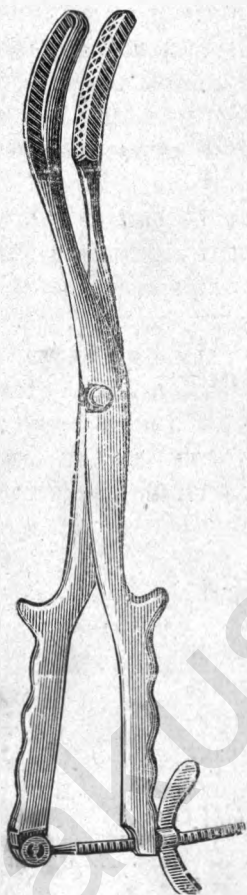


Рис. 72. Краниокласть
С. Braun'a.

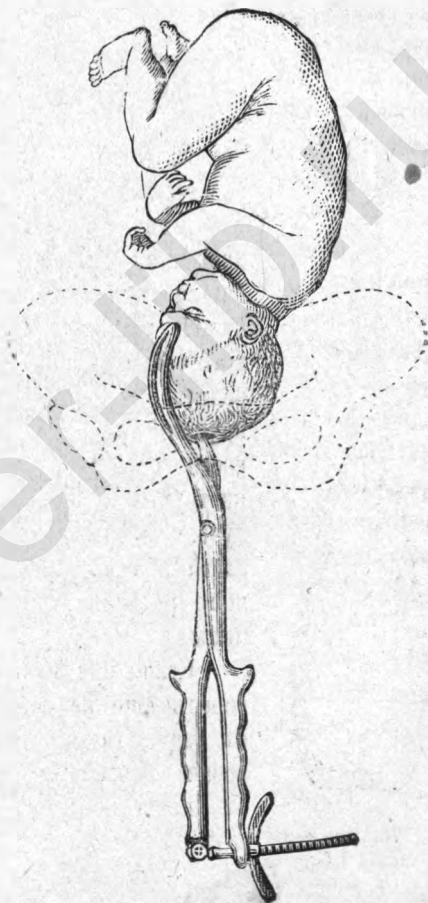


Рис. 73. Положеніе краниокласта послѣ съдланной перфорации. (Форма таза — рахитическая).

Лѣвая вѣтвь краниокласта берется правою рукою и вводится подъ руководствомъ лѣвой руки въ *перфорационное отверстие* до основанія черепа. Затѣмъ правая (наружная) вѣтвь накладывается *снаружи на соответственную часть черепа* правою рукою подъ руководствомъ лѣвой, обѣ рукоятки инструмента соединяются въ замо́къ, и приводится въ дѣйствіе сжимающій аппаратъ, при помощи котораго обѣ вѣтви фиксируются одна относительно другой (см. рис. 73). Введя руку во влага-

лише, операторъ долженъ удостовѣриться, не захваченъ-ли вмѣстѣ съ черепомъ край маточнаго зѣва.

Послѣ перфорации операторъ приступаетъ къ *извлеченію* головки, причемъ направленіе тракцій должно быть такое же, какъ при извлеченіи щипцами. Какъ только головка начинаетъ подъ вліяніемъ тракцій подвигаться впередъ, изъ нея въ громадномъ количествѣ вытекаетъ мозговая масса, такъ что черепъ спадается вслѣдствіе давленія, производимаго на него стѣнками родового канала, и вытягивается въ длину, причемъ всѣ его размѣры укорачиваются. Если операція встрѣчаетъ болѣе значительное сопротивленіе, то его часто удается легче преодолѣть поворотомъ черепа въ краниокласть. При извлеченіи необходимо повременамъ орошать половыя части матери растворомъ карболовой кислоты. По извлеченіи черепа и удаленіи краниокласта слѣдуетъ тотчасъ извлечь плечики по описанному уже способу, если они не сразу начнутъ прорѣзываться сами собою.

Перфорация послѣдующей головки.

Если вышеописанные ручныя приемы, служащіе къ освобожденію головки, не привели къ цѣли, то необходимо произвести перфорацию, тѣмъ болѣе, что младенецъ въ это время всегда уже оказывается мертвымъ. Для этого сильно отклоняютъ туловище младенца книзу, вводятъ ножницеобразный перфораторъ и стараются направить его къ обращенному назадъ боковому родничку. Въ области этого родничка или по сосѣдству съ нимъ вкалываютъ инструментъ въ кость черепа. При сильномъ оттягиваніи туловища по направленію книзу иногда легче удается пройти къ лежащему сзади боковому родничку. Перфорированная головка затѣмъ выводится посредствомъ ручнаго приема *Wigand-Martin'a* или *Veit'a*, рѣже посредствомъ краниокласта.

По окончаніи операціи необходимо, если только это возможно, зашить перфорированную головку младенца и покрыть ее чепчикомъ или платкомъ, для того чтобы избавить окружающихъ отъ чрезвычайно неприятнаго зрѣлища.

Осложненія и затрудненія при краниотоміи. При очень большой головной опухоли трепановидный перфораторъ, если онъ не былъ очень плотно приставленъ къ черепу, легко можетъ соскользнуть. При этомъ инструментъ только роется въ головной опухоли, не доходя до кости, или даже можетъ причинить поврежденіе мягкимъ частямъ матери. Въ такихъ случаяхъ нѣкоторые акушеры совѣтовали прежде всего вскрыть разрѣзомъ мягкіе покровы головки, отсепаровать ихъ пальцемъ и затѣмъ приложить перфораторъ къ обнаженной кости. Примѣненіе ножницеобразнаго перфоратора дѣлаетъ эту кропотливую процедуру совершенно излишней.

Если сопротивленіе очень велико, то краниокласть можетъ *вырваться* вмѣстѣ съ захваченною костью черепа. При наложеніи краниокласта всегда нужно обращать вниманіе на то, чтобы и мягкіе покровы черепа тоже были хорошо захвачены наружною вѣтвью инструмента и чтобы послѣдняя не помѣшалась между костью и отдѣленными отъ нея

мягкими покровами, такъ какъ при этомъ краниокласть легче можетъ вырваться. Если при извлеченіи производить время отъ времени внутреннее изслѣдованіе, то это соскальзываніе краниокласта вмѣстѣ съ захваченною костью черепа всегда можетъ быть скоро замѣчено. Въ такомъ случаѣ раскрываютъ краниокласть и переводятъ ложки его на какое нибудь другое мѣсто черепа, а затѣмъ приступаютъ къ извлеченію съизнова. Лучшею опорой для краниокласта служитъ *лимо* младенца, на которое, слѣдовательно, и должна по возможности накладываться наружная ложка инструмента.

Если черепъ при извлеченіи очень сильно разламывается на осколки, то острые края костей могутъ причинить мягкимъ частямъ женщины довольно значительныя поврежденія. Слабо прикрѣпленные осколки должвы быть совершенно удалены рукою или корнцангомъ, а отъ другихъ мягкія части защищаются рукою, введенною въ половой каналъ.

Если маточный зѣвъ при производствѣ перфорациі былъ еще узокъ, то это нисколько не мѣшаетъ извлеченію. Часто маточный зѣвъ раздается въ стороны самъ собою. Въ противномъ же случаѣ можно безъ всякаго опасенія вскрыть его надрѣзами.

При очень сильномъ суженіи таза простая краниоклазія оказывается, впрочемъ, недостаточною. Въ такихъ случаяхъ удаляютъ весь сводъ черепа крѣпкимъ корнцангомъ или костными щипцами, приставляютъ внутреннюю вѣтвь краниокласта къ основанію черепа, а наружную вводятъ въ полость рта или ставятъ его на подбородкѣ младенца и затѣмъ производятъ извлеченіе. Въ практикѣ это затрудненіе встрѣчается рѣдко, такъ какъ при столь сильномъ суженіи таза обыкновенно производится кесарское сѣченіе, если женщина своевременно обратилась къ врачу.

Для перфорациі и извлеченія головки было придумано чрезвычайно много инструментовъ, изъ которыхъ назовемъ придуманный *Award*'омъ инструментъ, состоящій изъ трехъ вѣтвей и видоизмѣненный *Zweifel*'емъ ¹⁾, затѣмъ краниокласть изъ 4 частей *Fehlinga* ²⁾; аппараты эти нуждаются еще въ испытаніи и поэтому отъ болѣе подробнаго описанія ихъ мы избавимъ читателя. Акушеръ, снабженный хорошимъ перфораторомъ, краниокластомъ и (для очень рѣдкихъ случаевъ) костными щипцами, всегда будетъ въ состояніи сдѣлать любую краниотомию.

Прежде чѣмъ былъ изобрѣтенъ краниокласть, извлеченіе перфированной головки производилось *кефалотрипторомъ* (*Baudelocque-плеваникъ*, 1829). Кефалотрипторъ представляетъ крѣпкіе щипцы съ жимающимъ аппаратомъ и незначительною головною кривизною. Перфированная головка должна быть захвачена между обѣими ложками инструмента, сдавлена ими и затѣмъ извлечена. Наилучшимъ кефалотрипторомъ оказывается инструментъ *Busch'a*, преимущественно котораго особенно восхвалялъ *Credé* и въ послѣднее время также *Zweifel* ³⁾; но онъ несомнѣнно уступаетъ по своей пригодности краниокласту.

Дѣйствительно, можно сказать, что только съ тѣхъ поръ, какъ краниокласть былъ введенъ въ число акушерскихъ инструментовъ, краниотомія стала тѣмъ,

¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1897. № 18. *Walthard*, Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 9.

²⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1898. № 43.

³⁾ Therap. Monatsh. 1889.

что она есть въ настоящее время, т. е. *операцией совершенно безопасной для роженицы.*

Предсказаніе. Если краниотомія производится своевременно, скольконибудь опытною рукою и съ соблюденіемъ асептическихъ предосторожностей, то она даетъ *вполнѣ хорошее* предсказаніе. При такихъ условіяхъ ни одна женщина не должна умереть отъ послѣдствій самой операціи.

Результаты неблагоприятны, если перфорация производится слишкомъ поздно. Впрочемъ, дурное предсказаніе обусловливается тогда не самою операціей, а слишкомъ большою продолжительностью родовъ и слишкомъ позднимъ освобожденіемъ родового канала отъ тяготящаго надъ нимъ давленія. Предсказаніе наиболѣе неблагоприятно, если производству перфорации предшествовали насильственные попытки наложенія щипцовъ. Результатомъ такого нелѣпаго образа дѣйствій очень часто бывають въ высшей степени тяжелыя и даже смертельныя раненія матери.

Извлеченіе при узкомъ маточномъ звѣѣ, конечно, можетъ причинить глубокіе разрывы маточной шейки; кромѣ того, осколки черепныхъ костей могутъ произвести раненія рукава и влагалищнаго входа. Тщательное соблюденіе асептики и немедленное наложеніе швовъ всегда могутъ предотвратить неблагоприятныя послѣдствія.

ХІІІ. Эмбриотомія.

Въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ акушеръ бываетъ вынужденъ предпринять *раздробленіе плода* въ родовомъ каналѣ, т. е. *эмбриотомію*, для того чтобы можно было окончить роды. Младенецъ при такихъ обстоятельствахъ всегда оказывается уже мертвымъ, или онъ, по крайней мѣрѣ, не жизнеспособенъ вслѣдствіе аномалій развитія.

Для производства эмбриотоміи существуетъ два метода: 1) отдѣленіе головки отъ туловища, — *обезглавленіе* или *декапитация*; 2) удаленіе грудныхъ и брюшныхъ внутренностей, — *эвисцерация* или *эвентрация*. Первый методъ, т. е. декапитация, заслуживаетъ преимущества повсюду, гдѣ онъ можетъ быть примѣненъ.

Въ числѣ *показаній* къ эмбриотоміи первое мѣсто занимаетъ *запущенное поперечное положеніе*, при которомъ поворотъ оказывается уже невыполнимымъ. Кромѣ того, операція можетъ потребоваться въ такихъ случаяхъ, когда при очень узкомъ тазѣ туловище младенца послѣ прободенія головки не можетъ быть извлечено обыкновенными приемами, наконецъ — при порокахъ развитія, при сросшихся двойняхъ и при болѣзняхъ плода.

Если, при запущенномъ поперечномъ положеніи и невозможности поворота, плодъ, въ видѣ исключенія, еще живъ, то это столь же мало можетъ удержать насъ отъ эмбриотоміи въ виду грозящаго разрыва матки, какъ не удерживають насъ отъ перфорации существующіе еще признаки жизни младенца въ случаяхъ, когда жизни матери угрожаетъ опасность.

При запущенномъ поперечномъ положеніи эмбриотомія почти всегда

производится путем декапитациі, и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда шея младенца недоступна, приходится произвести эвентрацію. Последняя примѣняется также въ большинствѣ случаевъ при порокахъ развитія плода.

Обезглавленіе производится лучше всего декапитационнымъ крючкомъ *Braun's* (см. рис. 74). Этотъ инструментъ состоитъ изъ стального стержня, который вверху оканчивается остроугольно загнутымъ крюч-

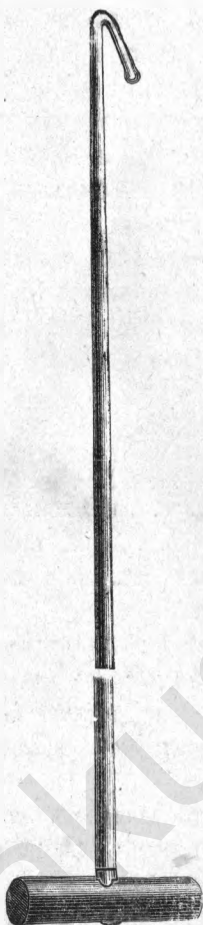


Рис. 74. Декапитационный крючокъ *C. Braun's*.

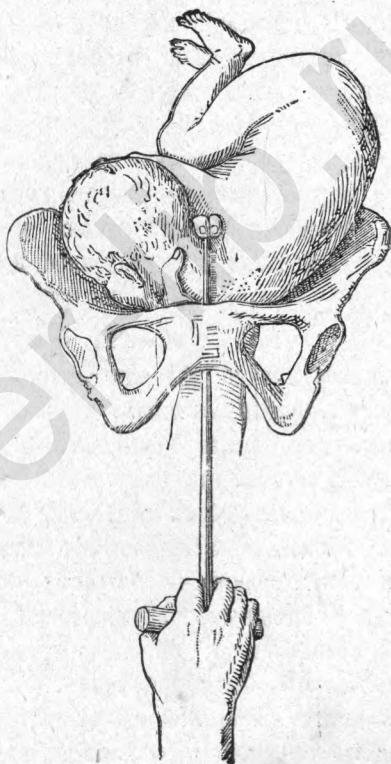


Рис. 75. (по *Fehling's*). Обезглавленіе декапитационнымъ крючкомъ.

комъ, а внизу имѣетъ поперечную металлическую рукоятку. Крючокъ сплюсненъ, имѣетъ въ длину около 3 см. и въ концѣ его находится стальная пуговка, величиною съ горошину.

Послѣ обычныхъ приготовленій наркотизированная роженица укладывается на поперечную кровать. Операторъ вводитъ всю руку въ половой каналъ, обхватываетъ шею младенца такимъ образомъ, чтобы большой

палецъ былъ обращенъ впередъ, а остальные къ крестцу, и оттягиваетъ шею по возможности внизъ. Другая рука въ то же время сильно тянетъ младенца за выпавшую ручку. Послѣ этого операторъ вводитъ декапитаціонный крючокъ между шейю младенца и лонными костями матери, накладываетъ его кругомъ шеи спереди назадъ и фиксируетъ его потягиваніемъ внизъ. Затѣмъ, свободною рукою онъ беретъ инструментъ за ручку, и при непрерывномъ потягиваніи книзу, поворачиваетъ его нѣсколько разъ вокругъ продольной оси такимъ образомъ, чтобы пуговка крючка повернулась сначала *по направленію къ головкѣ младенца* (см. рис. 75). Послѣ нѣсколькихъ поворотовъ инструмента обыкновенно удается вывихнуть позвоночникъ и пробить мягкія части шеи насквозь. Ощупывая введенною въ половые пути рукою, лежавшею постоянно на шеѣ младенца и прикрывающею крючокъ при его движеніяхъ, операторъ долженъ удостовѣриться, остаются-ли еще на шеѣ мягкія части, и если таковыя обнаружены, то онѣ снова захватываются крючкомъ, которымъ при посредствѣ потягиваній и вращеній разрываются такъ, чтобы голова оказалось совершенно отдѣленной отъ туловища. Если подъ руками имѣется ассистентъ, который могъ бы давленіемъ снаружи фиксировать головку во время операціи, то это облегчаетъ перекручиваніе шеи.

Обезглавленное туловище выводится потягиваніемъ за выпавшую ручку, затѣмъ выводится головка посредствомъ выжиманія, или введеніемъ декапитаціоннаго крючка въ ротъ младенца, или щипцами.

Декапитаціонный крючокъ *Braun'a* оказался въ очень многихъ случаяхъ превосходнымъ инструментомъ, и поэтому онъ рекомендуется большинствомъ акушеровъ ¹⁾.

Менѣе употребителенъ *серповидный ножъ*, предложенный сначала *B. S. Schultze* и затѣмъ рекомендованный *Küstner'омъ*. Инструментъ представляетъ длинный стержень, оканчивающійся сверху серповиднымъ клинкомъ, вогнутая сторона котораго заострена. Шея младенца прорѣзывается пилообразными движеніями введеннаго инструмента.

Можно, наконецъ, производить декапитацію крѣпкими *ножницами*, изогнутыми по поверхности (ножницы *Siebold'a*). Потягиваніемъ за ручку по направленію внизъ и въ сторону ножекъ младенца шея его отводится книзу и прорѣзывается ножницами подъ прикрытіемъ пальцевъ. Этотъ старый способъ въ новѣйшее время опять приобрѣлъ себѣ ярыхъ приверженцевъ.

Если декапитаціоннаго инструмента случайно не имѣется подъ руками, то можно, какъ предлагаютъ *Pajot* и др., обвести шею младенца *шнуркомъ* (шелковый или пеньковый шнурокъ, или очень толстая, вдвое сложенная шелковая нитка), вывареннымъ предварительно въ 5% растворѣ карболовой кислоты. Шея перерѣзывается пилообразными движеніями шнурка, захваченнаго съ обѣихъ концовъ. Этотъ методъ весьма удобенъ для употребленія; но только необходимо при разрѣзываніи шеи прикрыть влагалище зеркаломъ или ватными шариками для того, чтобы предохранить его отъ поврежденій.

Вышеизложенныхъ методовъ вполне достаточно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ вообще возможна декапитація.

¹⁾ См. *Pavlik*, Arch. f. Gynäk. Bd. 16; *Fehling*, въ *P. Müller's Handb. d. Geburtsh.* Bd. 3. 1889; *Kehrer*, Lehrb. d. op. Geburtsh. 1891; *Areus*, Arch. f. Gynäk. Bd. 56.

Zweifel ¹⁾ сдѣлалъ въ декапитаціонномъ крючкѣ *Braun*'а видоизмѣненіе, которое онъ назвалъ шееломомъ (*Trachelorhakter*); о достоинствахъ этого инструмента еще спорять. Онъ состоитъ изъ двухъ крючковъ, прилегающихъ другъ къ другу и вращающихся вкругъ лежащей между ними оси на 360°.

Предсказаніе при искусномъ производствѣ операціи благопріятно, въ особенности если былъ примѣненъ декапитаціонный крючокъ. Если, однако, многія женщины погибаютъ послѣ декапитаціи, то это объясняется только тяжелымъ состояніемъ, въ которое была приведена роженица тѣмъ, что было упущено надлежащее время для производства поворота при поперечномъ положеніи.

Декапитація представляетъ и должна представлять рѣдкую операцію. Чѣмъ лучше обученъ акушерскій персоналъ, чѣмъ болѣе знакомы съ дѣломъ врачи и повивальныя бабки, чѣмъ равномѣрнѣе они распределены въ различныхъ частяхъ страны, тѣмъ рѣже придется прибѣгать къ декапитаціи.

Если бы при запущенномъ поперечномъ положеніи дѣйствительно оказалось, что нельзя добраться до шеи младенца, или если необходимо разрушить туловище младенца вслѣдствіе его относительно большого объема, вслѣдствіе аномалій его развитія и т. д., то должна быть сдѣлана *эвисцерация*.

Ножницеобразный перфораторъ вкалывается въ какое нибудь межреберное пространство, и черезъ сдѣланное такимъ образомъ отверстіе удаляются пальцами или корнцангомъ легкія и сердце, затѣмъ операторъ вводитъ палецъ во вскрытую брюшную полость и вынимаетъ оттуда кишки, а въ особенности—большую печень. Если имѣются аномаліи развитія, то при производствѣ операціи необходимо съ ними сообразоваться. При сильномъ вздутіи живота часто бываетъ достаточно ограничиться проколомъ, такъ какъ большой объемъ его нерѣдко обусловленъ исключительно скопленіемъ жидкости. При поперечныхъ положеніяхъ стараются послѣ *эвисцерации*, потягиваніемъ за выпавшую ручку, искусственно воспроизвести самоизворотъ или отводятъ крючкомъ тазовой конецъ внизъ и извлекаютъ его раньше остальныхъ частей плода. Если это не удается, то изъ многочисленныхъ пріемовъ, рекомендовавшихся для такихъ случаевъ, мы предпочитаемъ всаживаніе тупого крючка въ самую низкую часть позвоночника. Сильнымъ потягиваніемъ крючка производится вывихъ и перегибъ позвоночника, а затѣмъ младенецъ извлекается *conduplicato corpore*.

Нѣкоторые рекомендуютъ также перерѣзку позвоночника [спондилотомія, *J. Simpson* ²⁾], съ предварительною эвентраціею или безъ нея, послѣ чего можно перегнуть младенца пополамъ и такимъ образомъ легче извлечь его. Другіе перерѣзываютъ при спондилотоміи все тѣло младенца на двѣ части. Затѣмъ каждая половина перерѣзаннаго тѣла извлекается отдѣльно посредствомъ краниокласта.

¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1895. № 20.

²⁾ The works. I. 1871.

Производить при эвентраціи вылущеніе или ампутацію выпавшей и сильно припухшей ручки съ цѣлью освободить себя побольше мѣста нѣтъ никакой необходимости. Во всякомъ случаѣ, удаленіемъ ручки мы отнимаемъ у себя важное орудіе для извлеченія.

Эвентрація, какъ это видно изъ вышесказаннаго, представляетъ далеко не типическую, весьма кропотливую, очень неприятную и въ виду возможности поврежденій чрезвычайно опасную для матери операцію, которая, къ счастью, оказывается необходимою лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ.

Если препятствія производятъ лишь чрезмѣрно широкія плечики, напр. у дѣтей великановъ или аненкефаловъ, въ особенности при узкомъ тазѣ, то по рожденіи головки мертваго плода можно изсѣчь одну или обѣ ключицы съ помощью *Siebold'*овскихъ ножницъ (клеидотомія). Разстояніе между плечиками суживается и прорѣзываніе ихъ становится возможнымъ. Если нужно, то послѣ произведенной клеидотоміи легко выдвигаютъ одну изъ ручекъ и извлекаютъ ¹⁾).

XIV. Кесарское сѣченіе.

Кесарскимъ сѣченіемъ (*sectio caesarea, laparohysterotomia*) мы называемъ операцію, которая состоитъ въ разсѣченіи стѣнокъ живота и матки и въ извлеченіи младенца этимъ вновь созданнымъ путемъ. Такимъ образомъ отъ родоразрѣшенія черезъ нормальный путь при этомъ отказываются. Проложеніе новаго родового пути требуется иногда изъ ряду вонъ выходящими обстоятельствами.

Названіе «*sectio caesarea*» происходитъ, по свидѣтельству *Плинія*, отъ латинскаго слова *caedere* (рѣзать): «*Scipio Africanus prior natus primusque Caesarum a caeso matris utero dictus, qua de causa et Caesones appellati.*» *Nat. hist.* VII, 9 (7). Подобнымъ же образомъ высказывается *Festus*: «*Caesares appellantur ex utero matris exsecti*» (*Auctores Latinae linguae adj. not. Gothofredi*, p. 262). Впослѣдствіи названіе «*sectio caesarea*» было переведено терминомъ «*кесарское сѣченіе*».

Кесарское сѣченіе производится на живой женщинѣ и на мертвой или умирающей.

Кесарское сѣченіе на живой.

Кесарское сѣченіе на живой женщинѣ еще до очень недавняго времени производилось почти исключительно въ такихъ случаяхъ, когда остальные методы родоразрѣшенія были непримѣнимы, или, другими словами, когда существовала абсолютная невозможность родовъ, и, слѣдовательно, роженица имѣла выборъ только между смертью и окончаніемъ родовъ посредствомъ кесарскаго сѣченія. Но извѣстная умѣренность въ примѣненіи операціи была необходима въ виду громадной смертности матерей послѣ кесарскаго сѣченія, которая составляла слишкомъ 80 % и только очень немного была уменьшена примѣненіемъ антисептики.

Въ настоящее же время, когда смертность отъ кесарскаго сѣченія весьма значительно уменьшилась (примѣрно до 10 %), особенно благо-

(1 P. Strassmann, v. Herff, Arch. f. Gynäk. Bd. 53.

даря чрезвычайному усовершенствованію метода наложенія швовъ для закрытія большой зіяющей раны матки, область примѣненія этой операціи нѣсколько расширилась.

Различаютъ два показанія къ кесарскому сѣченію: абсолютное и относительное.

Абсолютное показаніе: Родовой каналъ настолько сужень, что рожденіе доношеннаго плода, хотя бы и раздробленнаго, невозможно, или, по крайней мѣрѣ, оно возможно только съ большею для матери опасностью, чѣмъ при кесарскомъ сѣченіи. Здѣсь мы почти не имѣемъ выбора. Показаніе къ операціи совершенно очевидно, независимо оттого, живъ-ли еще ребенокъ или онъ уже мертвъ. При суженіи таза въ прямомъ размѣрѣ кесарское сѣченіе необходимо въ томъ случаѣ, когда истинная конъюгата имѣетъ въ длину *меньше 6 стм.*, при общесуженномъ плоскомъ тазѣ—уже и въ такихъ случаяхъ, когда длина ея равняется 6 стм. При другихъ суженіяхъ таза кесарское сѣченіе считается необходимымъ въ томъ случаѣ, когда тазовой каналъ непроходимъ для руки оператора. Показаніе къ операціи должно быть ограничено только для остеомалатического таза, такъ какъ стѣнки его могутъ иногда подъ напоромъ головки нѣсколько раздаваться въ стороны.

Неправильныя опухоли мягкихъ частей, конечно, тоже могутъ вызвать суженіе таза. Относительно часто показаніемъ къ кесарскому сѣченію является карцинома маточной шейки, распространившаяся на влагалище.

Отдѣльные авторы, впрочемъ, указываютъ неодинаковые размѣры, при которыхъ они считаютъ кесарское сѣченіе абсолютно необходимымъ. *Spiegelberg* считалъ эту операцію необходимаю только при конъюгатѣ въ 5,4 стм. Съ улучшеніемъ предсказанія предѣлы для производства операціи были отодвинуты вверхъ. *Zweifel* считаетъ такимъ предѣломъ 6 стм., а *Fehling*—6,5 стм. Если младенецъ уже мертвъ, то, конечно, предѣлы перфорациі должны быть расширены, насколько это возможно.

Относительное показаніе: Родовой каналъ хотя и не такъ сильно сужень, чтобы роды были совсѣмъ невозможны, но все-таки онъ сужень настолько, что, по всей вѣроятности, потребуетъ перфорациі. Последняя, можетъ быть, раньше уже производилась у той же женщины одинъ или нѣсколько разъ. Послѣ того какъ врачъ объяснилъ женщинѣ, что она имѣетъ мало надежды родить живого ребенка, и выставилъ ей на видъ тѣ надежды и опасности, съ которыми сопряжено кесарское сѣченіе, она сама заявляетъ желаніе подвергнуться этой операціи, которая, по крайней мѣрѣ, съ положительностью обѣщаетъ ей живого ребенка. Здѣсь дѣло идетъ въ особенности объ узкихъ тазахъ съ истинною конъюгатою въ 6—8 стм.

Но производство кесарскаго сѣченія на основаніи этого показанія требуетъ опредѣленныхъ *условій*: ребенокъ долженъ быть живъ и силы матери должны быть удовлетворительны. У роженицы не должно быть никакихъ признаковъ ущемленія родовыхъ путей, а тѣмъ болѣе—никакихъ признаковъ зараженія. Въ противномъ же случаѣ нужно произвести перфорацию головки. Цѣлость плоднаго пузыря весьма желательна.

Къ этимъ условіямъ для производства кесарскаго сѣченія на основаніи относительнаго показанія нѣкоторые авторы присоединяютъ еще требованіе, чтобы операторъ вполнѣ владѣлъ знаніемъ *асептики, необходимой для операціи на брюшной полости*, и располагалъ въ этихъ операціяхъ *собственными* опытомъ, предпочитая въ противномъ случаѣ краниотомію. Мы вполнѣ соглашаемся съ рациональностью подобнаго требованія и обращаемъ вниманіе на то, что смертность отъ кесарскаго сѣченія была бы въ послѣдніе годы несомнѣнно еще болѣе низкою, если бы на практикѣ требованіе это всегда соблюдалось.

Добросовѣстный, но не вполнѣ опытный въ хирургіи брюшной полости врачъ поступитъ поэтому въ интересахъ роженицы, которой требуется произвести кесарское сѣченіе (на основаніи-ли абсолютнаго или относительнаго показанія), всего рациональнѣе, если онъ направитъ ее для операціи въ клинику или въ соотвѣтственный родильный домъ.

При узкомъ тазѣ трудно провести границу между кесарскимъ сѣченіемъ на основаніи относительнаго показанія и симфизеотомією, для производства которой необходимо, однако, чтобы конъюгата имѣла длину не менѣе 6,5 см. Въ частномъ случаѣ необходимо взвѣсить, что кесарское сѣченіе должно быть произведено по возможности въ самомъ началѣ родовъ, а симфизеотомія позволительна лишь спустя долгое время, при достаточно подготовленныхъ мягкихъ частяхъ. Поэтому шансы на полученіе живого ребенка болѣе велики при кесарскомъ сѣченіи, чѣмъ при симфизеотоміи.

Въ новѣйшее время показаніе къ производству кесарскаго сѣченія, въ виду превосходныхъ результатовъ, которые оно даетъ, расширилось. Въ пользу этой операціи особенно энергично выступаетъ *Olshausen* ¹⁾, который рекомендуетъ ее при эклампсіи ²⁾, нефритѣ и порокахъ сердца въ случаѣ, если наступили угрожающія явленія (опасность задушенія); однако подобныя показанія пока пригодны только для клиникъ.

Производство кесарскаго сѣченія на живой. Лучшимъ моментомъ для кесарскаго сѣченія считается періодъ раскрытія при цѣломъ еще пузырьѣ. Неразорванный плодный пузырь мѣшаетъ проникновенію микроорганизмовъ въ полость матки передъ операціей, а существующія потуги до извѣстной степени гарантируютъ удовлетворительныя сокращенія матки въ послѣдовомъ періодѣ, которыя могли бы предотвратить особенно опасныя въ этомъ случаѣ атоническія послѣдовательныя кровотеченія. Раскрытіе маточнаго зѣва обезпечиваетъ достаточный оттокъ послѣродовому очищенію.

Что касается приготовленій къ операціи, то антисептическая или, еще лучше, насколько это возможно, асептическая обработка всѣхъ предметовъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ операціоннымъ полемъ, составляетъ необходимое требованіе, которое *всегда* должно быть выполнено самымъ добросовѣстнымъ образомъ. Но, къ сожалѣнію, условія мѣста и времени не всегда дозволяютъ принять всѣ тѣ мѣры, какія могутъ быть приняты въ хорошо устроенной клиникѣ передъ производствомъ операціи на брюшной полости, время для которой обыкновенно можетъ быть выбрано операторомъ по его усмотрѣнію. Если операторъ приглашенъ уже въ

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 37.

²⁾ См. также *Halberstam*, Internat. Congr. zu Berlin 1890. Beilage z. Centralbl. f. Gynäk. 1890.

началѣ родовъ, то на приготовленіе къ операціи остается мало времени, но тогда онъ тѣмъ тщательнѣе долженъ соблюдать асептическія предосторожности.

Если еще остается время, то слѣдуетъ предварительно посадить роженицу въ ванну; затѣмъ сбриваютъ волосы съ лобка, обмываютъ животъ мыломъ и обтираютъ его растворомъ карболовой кислоты или сулемы. Операція производится на столѣ, который предварительно обмыть мыломъ и растворомъ сулемы. Если еще остается время для болѣе долгихъ приготовленій, то въ теченіе нѣсколькихъ дней передъ операціей даютъ жевщицѣ касторовое масло въ качествѣ слабительнаго. Кромѣ того ежедневно нужно давать 1,5 грм. основного азотнокислаго висмута и въ послѣдніе 24 часа передъ операціей дозволить только жидкую пищу.

Наборъ инструментовъ для производства операціи долженъ быть по возможности несложный. Обыкновеннаго и пуговчатаго скальпеля, двухъ крючковатыхъ пинцетовъ, ножницъ, нѣсколькихъ задвижныхъ пинцетовъ (или *pincees* по *Koeberté*), нѣсколькихъ иглъ и иглодержателя вполне достаточно. Инструменты предварительно стерилизуются вывариваніемъ. Швейный матеріалъ (кѣтгутъ или шелкъ) долженъ быть приготовленъ соотвѣтственнымъ образомъ. Кромѣ того, требуется еще толстый эластическій жгутъ и нѣсколько дезинфицированныхъ стерилизованныхъ марлевыхъ шариковъ и тряпочекъ. Если только возможно, то слѣдуетъ запастись тремя ассистентами, изъ которыхъ одинъ хлороформируетъ, другой (именно главный ассистентъ) лично помогаетъ оператору и стоитъ напротивъ него, а третій подаетъ губки и иглы. Принятіе ребенка и, въ случаѣ надобности, оживленіе его поручается повивальной бабкѣ. Операторъ и ассистенты снимаютъ скюртки и надѣваютъ свѣже-выстиранные операціонные фартуки, или, за неимѣніемъ таковыхъ свѣже-выстиранныя рубашки поверхъ платья. Послѣ опорожненія мочевого пузыря роженицы и послѣ тщательной дезинфекціи своихъ рукъ и предплечій растворомъ сулемы, акушеръ приступаетъ къ производству операціи, какъ только женщина захлороформирована до полнаго наркоза.

Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ начинается нѣсколько надъ верхушкой дна матки и оканчивается на разстояніи трехъ поперечныхъ пальцевъ выше лобка. Сильно напряженные брюшныя покровы тотчасъ же расходятся между собою на большое разстояніе. Послѣ разрѣза брюшины, который лучше всего производится между двумя крючковатыми пинцетами, всю матку вытѣняютъ наружу. Черезъ верхнюю часть брюшной раны вводятся въ полость живота стерилизованныя марлевая тряпочки, для того, чтобы загородить къ ней доступъ извнѣ. Затѣмъ вокругъ нижняго сегмента матки, вытѣсненной совершенно наружу предъ брюшными покровами, накладывается и слегка затягивается эластическій жгутъ. Концы жгута завязываются узломъ или фиксируются задвижнымъ пинцетомъ. Жгутъ захватываетъ въ то же время маточныя придатки и, такимъ образомъ, останавливаетъ всякій притокъ крови къ маткѣ, которая теперь должна быть вскрыта въ самомъ скоромъ времени.

Прежде чѣмъ вскрыть матку необходимо ориентироваться относительно мѣста прикрѣпленія послѣда, которое требуется по возможности обойти. Если связки сходятся кверху, то можно съ большою вѣроятностью предположить, что послѣдъ находится на задней стѣнкѣ матки.

Разрѣзъ пуговчатымъ ножомъ начинается на верхушкѣ дна матки и быстро продолжается сверху вниз по продольной оси ея передней стѣнки или задней, смотря по мѣстоположенію послѣда. Если нож наткнулся на плаценту, то ее быстро отдѣляютъ, а затѣмъ рядомъ съ нею проходятъ къ яйцевымъ оболочкамъ и разрываютъ ихъ. Послѣ вскрытія яйца извлекаютъ младенца за ту часть его тѣла, которая лежитъ всего ближе. Пуповину захватываютъ задвижнымъ пинцетомъ и затѣмъ перерѣзываютъ; извлеченный младенецъ передается повивальной бабкѣ.

Матка тотчасъ же значительно уменьшается въ объемѣ. Плацента и яйцевыя оболочки совершенно отдѣляются и вынимаются, послѣ чего операторъ приступаетъ къ наложенію швовъ на матку.

Для надлежаго закрытія раны матки требуются двоякаго рода швы:

- 1) глубокіе, захватывающіе брюшину и мышечный слой матки;
- 2) поверхностные, захватывающіе только брюшину.

При накладываніи глубокихъ узловатыхъ швовъ вкалываютъ иглу примѣрно на разстояніи $\frac{1}{2}$ стм. отъ края раны, проводятъ ее сквозь мышечный слой матки, стараясь однако не захватить отпадающую оболочку, и затѣмъ выводятъ ее обратнымъ путемъ на другую сторону. Глубокіе швы должны быть наложены довольно близко другъ отъ друга. Послѣ того какъ они завязаны, накладываются поверхностные швы, которые должны очень плотно стягивать края брюшины.

Послѣ наложенія швовъ снимаютъ эластическій жгутъ. Если бы теперь еще показалась кровь изъ зашитой раны матки, то слѣдуетъ наложить еще нѣсколько швовъ. Если матка остается вялою, то вызываютъ сокращеніе ея легкимъ растираніемъ или впрыскиваютъ эрготинъ подъ кожу. Когда кровотеченіе остановилось, вправляютъ матку обратно въ брюшную полость, вынимаютъ марлевые тряпочки и замыкаютъ брюшную рану глубокими (захватывающими также брюшину) и поверхностными швами. Весьма полезно наложить особый шовъ изъ кѣгуты для соединенія фасцій. Рану покрываютъ толстымъ слоемъ стерилизованной марли, которую укрѣпляютъ полосками липкаго пластыря.

Послѣдовательное леченіе довольно просто. Въ первые 24 часа оперированная не должна по возможности ничего ѣсть, а затѣмъ она получаетъ исключительно жидкую пищу. Боли успокаиваются опиѣмъ. На 3-й день можно поставить клистиръ. Затѣмъ мало по малу начинаютъ давать болѣе твердую пищу. Швы снимаются черезъ 12 дней, а въ концѣ 3-й недѣли родильница уже можетъ встать съ постели. При нормальномъ теченіи оперированная должна сама кормить своего ребенка грудью.

Операція, въ случаѣ возможности, должна быть совершенно *асептическая*.

Въ Геттингенской клиникѣ примѣняется при кесарскомъ сѣченіи, какъ и при всѣхъ лапаротоміяхъ, сухая асептика (сухіе обезпложенные марлевые компрессы и шарики, размѣщенные на сухой марлѣ обезпложенные инструменты). Единственное исключеніе составляетъ только швейный матеріаль: для наложенія швовъ употребляется шелкъ, вываренный въ 5% растворѣ карболовой кислоты.

Fritsch совѣтуетъ разрѣзать дно матки въ косомъ направленіи. Представляетъ-ли такой разрѣзъ какія-либо преимущества, относительно этого еще не пришли къ соглашенію. (Centralbl. f. Gynäk. 1897—1900).

Самое неблагопріятное событіе при кесарскомъ сѣченіи представляетъ атонія матки послѣ наложенія швовъ. Причиною этого паралича мускулатуры справедливо считали очень долгое и сильное стягиваніе нижняго сегмента матки эластическимъ жгутомъ. Поэтому многіе рекомендуютъ сначала накладывать эластической жгутъ послабѣе и только въ случаѣ необходимости, при болѣе сильномъ кровотеченіи, затягивать его крѣпче. Неоднократно являлась необходимость, благодаря неостановимому кровотеченію, происходившему вълѣдствіе атоніи матки, произвести послѣ кесарскаго сѣченія надвлагалищную ампутацію. Атонія эта приписывалась также вліянію хлороформа; поэтому для производства кесарскаго сѣченія нѣкоторые операторы предпочитаютъ эфиръ. Очень полезно незадолго до начала операціи дать большой дозу эрготина.

Отсутствіе хорошаго метода зашиванія раны матки было причиною того, что смертность отъ кесарскаго сѣченія въ прежнія времена достигала столь высокихъ цифръ, несмотря на антисептику. Плохо зашитая рана матки опять расходилась, и женщина погибала отъ кровотеченія или, еще чаще, отъ гнилостнаго перитонита. Стремленія помочь дѣлу въ этомъ отношеніи были очень многочисленны. Радикальнѣе всего поступилъ *Porro* ¹⁾ (1876 г.). Онъ производилъ послѣ извлеченія младенца *надвлагалищную ампутацію матки*, такъ что затѣмъ уже ему приходилось имѣть дѣло только съ ампутаціонною культетю. *Porro* нашелъ себѣ многочисленныхъ подражателей, и нѣкоторое время казалось даже, какъ будто операція его должна совсѣмъ вытѣснить старое кесарское сѣченіе, несмотря на то, что и при ней смертность въ первое время все еще оставалась довольно высокою, хотя и въ меньшей степени, чѣмъ при старомъ кесарскомъ сѣченіи. Въ настоящее время операція *Porro* производится послѣ кесарскаго сѣченія только при наличности особыхъ показаній.

Заслуга возстановленія «консервативнаго кесарскаго сѣченія» принадлежитъ *Kehrer*у ²⁾ и затѣмъ въ особенности *Sänger*у ³⁾. Послѣдній придумалъ методъ зашиванія матки, благодаря которому сдѣлалось возможнымъ закрывать рану съ такою тщательностью, какая раньше была недоступна, и примѣненіе котораго немедленно улучшило результаты операціи самымъ очевиднымъ образомъ. При «Зенгеровскомъ швѣ» (симперитонеальный, серо-серозный шовъ) брюшина послѣ соединенія мышечнаго слоя заворачивается посредствомъ особаго ряда швовъ внутрь, т. е. она прокалывается два раза на каждой сторонѣ, какъ при кишечномъ швѣ, затѣмъ края ея соединяются между собою. Довольно большіе участки брюшины, приведенные такимъ образомъ въ соприкосновеніе другъ съ другомъ, быстро склеиваются и этимъ самымъ обезпечиваютъ болѣе плотное закрытіе раны. Впрочемъ, въ настоящее время большинство акушеровъ считаютъ возможнымъ обойтись безъ этого заворачиванія брюшины внутрь, исходя изъ того несомнѣнно вѣрнаго взгляда, что существенное достоинство Зенгероваго метода состоятъ

¹⁾ Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. Milano 1876.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 19 u. 27.

³⁾ Der. Kaiserschnitt bei Uterusfibromen etc. 1882. Arch. f. Gynäk. Bd. 19, 20, 26, Centralbl. f. Gynäk. 1890.—*Leopold*. u. *Otto Haake*, Arch. f. Gynäk. Bd. 56.

собственно не въ заворачиваніи брюшины, а въ *тщательномъ наложеніи* глубокихъ и поверхностныхъ швовъ.

Предсказаніе. Исходъ для матери зависитъ отъ асептики и тщательности наложенія маточнаго шва. Чѣмъ неприкосновеннѣе былъ случай до операціи, тѣмъ болѣе благоприятны шансы на выздоровленіе. Средняя смертность въ настоящее время достигаетъ около 10%; слѣдовательно, она еще остается гораздо болѣе высокою, чѣмъ при всѣхъ операціяхъ родоразрѣшенія черезъ тазовой каналъ. При этомъ не слѣдуетъ еще упускать изъ виду, что въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, на которыхъ основывается существующая статистика, дѣло идетъ о такихъ операціяхъ, которыя были произведены въ клиникахъ или родильныхъ домахъ болѣе опытными врачами. Смерть послѣ операціи обыкновенно наступала отъ гнилостнаго перитонита, рѣже отъ истеченія кровью.

Если брать въ разсчетъ только операціи, произведенныя въ клиникахъ, то смертность окажется значительно ниже. *Zweifel* въ Лейпцигской клиникѣ отмѣчаетъ на 76 кесарскихъ сѣченій ¹⁾ лишь 1 смертельный случай.

Для ребенка предсказаніе благоприятно. Собственно отъ самой операціи ребенокъ никогда не долженъ умереть. Кратковременное стягиваніе матки эластическимъ жгутомъ передъ вскрытіемъ ея не сопряжено съ опасностью для ребенка и можетъ вызвать у него развѣ только слабую асфиксію. Если же между перетягиваніемъ матки и извлеченіемъ младенца прошло болѣе долгое время, то неблагополучный исходъ при такихъ условіяхъ представляетъ столь же мало удивительнаго, какъ и послѣ долгаго прижатія пуповины.

Нѣтъ никакихъ основаній думать, что кесарское сѣченіе уменьшаетъ способность женщины къ зачатію ²⁾. Случаи двукратнаго производства кесарскаго сѣченія на одной и той же женщинѣ имѣются теперь уже въ довольно большомъ числѣ. Известны даже случаи троекратнаго и четырехкратнаго кесарскаго сѣченія на той же женщинѣ. При наступленіи новой беременности послѣ кесарскаго сѣченія нерѣдко случалось прежде видѣть разрывы матки во время родовъ или еще во время беременности (*Krukenberg*). Но въ настоящее время, когда мы обладаемъ хорошимъ методомъ наложенія швовъ, едва-ли приходится опасаться этихъ разрывовъ матки.

Кесарское сѣченіе на мертвой или умирающей женщинѣ.

Если беременная или роженица умретъ, то плодъ можетъ еще на короткое время пережить смерть матери. Этотъ фактъ заставляетъ насъ *въ случаѣ жизнеспособности плода принять мѣры къ его спасенію*. У умершей беременной мѣры эти должны состоять во вскрытіи полости живота и матери, съ цѣлью возможно скорого извлеченія младенца изъ трупа его матери. Если дѣло идетъ о роженицѣ, то могутъ быть применены и другіе родоразрѣшающіе методы, смотря по тому, на какой стадіи остановился родовой актъ.

Къ сожалѣнію, однако, кесарское сѣченіе на мертвой сравнительно рѣдко оканчивается благополучнымъ исходомъ. Во многихъ случаяхъ, быть

¹⁾ *R. v. Braun, Fernwald, Arch. f. Gynäk. 59.*

²⁾ *Torggler, Wiener Klinik 1890. — Löhlein, Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. Wien 1895.*

можетъ даже въ большинствѣ ихъ, плодъ умираетъ еще раньше матери. Смерть его обуславливается именно различными болѣзнями, которыя, какъ мы еще увидимъ, оказываютъ на него гибельное дѣйствіе (см. Патологію беременности), высокою лихорадкою, чрезмѣрно венозными свойствами крови матери (болѣзни сердца и легкихъ) и сильнымъ паденіемъ кровяного давленія, особенно при очень продолжительной агоніи ¹⁾.

Поэтому при нѣкоторыхъ болѣзняхъ мы уже напередъ имѣемъ мало надежды спасти ребенка послѣ смерти матери. Напротивъ того, относительно благопріятными для младенца оказываются случаи внезапной смерти ея: истечение кровью, быстро смертельныя отравленія, внезапная смерть отъ хлороформа, смерть отъ тяжелыхъ болѣзней нервной системы.

Если такимъ образомъ предсказаніе зависить отъ свойства болѣзни и особенно отъ продолжительности агоніи, то изъ этого очевидно, что быстрое производство кесарскаго сѣченія составляетъ обязательное условіе для благополучнаго исхода. Операція должна быть произведена непосредственно послѣ остановки сердца. Если прошло 10—15 минутъ, то едва-ли еще можно разсчитывать, что удастся извлечь младенца живымъ.

Въ виду неблагоприятнаго предсказанія для младенца, старались кесарское сѣченіе на мертвой замѣнить другими операціями. На первомъ планѣ должны быть здѣсь упомянуты искусственные преждевременные роды, производимые при такихъ болѣзняхъ матери, при которыхъ можно ожидать, что она умретъ до окончанія беременности. Если время для этой операціи было упущено, то въ случаѣ наступленія родовъ можетъ возникнуть рѣчь объ искусственномъ родоразрѣшеніи черезъ тазовой каналъ во время агоніи. Но это не должно быть такъ наз. насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement forcé*), потому что плодъ при этой операціи почти всегда погибаетъ. Если роды никакъ не могутъ быть окончены безъ вреда для ребенка, то должно быть произведено *кесарское сѣченіе во время агоніи*.

Однако, кесарское сѣченіе въ агоніи дозволительно лишь при томъ условіи, когда врачъ убѣжденъ, что женщина *должна умереть въ самое короткое время и что плодъ, способный къ внимательной жизни, несомнѣнно еще живъ*.

При *производствѣ кесарскаго сѣченія въ агоніи*, если еще дозволяетъ время, должны быть сдѣланы тѣ же самыя приготовленія и приняты тѣ же асептическія мѣры, какъ при обыкновенномъ кесарскомъ сѣченіи. Безсознательное состояніе, въ которомъ почти всегда уже находится женщина, дѣлаетъ хлороформированіе обыкновенно излишнимъ. Передъ вскрытіемъ матки слѣдуетъ и здѣсь также наложить на нее эластическій жгутъ, если измѣненіе сердечныхъ тоновъ младенца, часто успѣвающее уже обнаружиться къ этому времени, не потребуетъ немедленнаго производства операціи. Послѣ удаленія младенца зашиваютъ матку и пе-

¹⁾ См. *Breslau*, Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. 24; *Runge*. Arch. f. Gynäk. Bd. 12. u. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 9.

перевязывают рану такимъ же точно образомъ, какъ при кесарскомъ сѣченіи на живой. Кесарскимъ сѣченіемъ во время агоніи было спасено за послѣднее десятилѣтіе довольно большое число дѣтей. Мать умирала обыкновенно при накладываніи швовъ или при перевязываніи раны, или черезъ короткое время послѣ окончанія операціи.

При кесарскомъ сѣченіи на мертвой дѣло идетъ прежде всего о томъ, пробы произвести операцію какъ можно скорѣе, непосредственно послѣ остановки сердца. Особенно большихъ приготовленій здѣсь, конечно, не требуется. Наоборотъ, слѣдуетъ позаботиться о томъ, чтобы имѣлись подъ руками всѣ средства, необходимыя для оживленія младенца, если бы онъ былъ извлеченъ въ состояніи асфиксіи. Первымъ разрѣзомъ ножа вскрываютъ брюшные покровы, вторымъ—стѣнку матки, а затѣмъ извлекаютъ младенца. Ребенокъ, извлеченный живымъ, оказывается почти всегда въ состояніи асфиксіи. Методы оживленія его должны быть примѣнены немедленно. Въ заключеніе необходимо зашить брюшную рану трупа и наложить повязку.

ХV. Операція Porro.

Операція *Porro* состоитъ въ производствѣ кесарскаго сѣченія и затѣмъ надвлагалищной ампутаціи матки съ ея придатками (яичники).

Показанія къ этой операціи суть слѣдующія:

1) Обширныя рубцовыя суженія влагалища, которыя дѣлаютъ невозможнымъ родоразрѣшеніе черезъ тазовой каналъ и могли бы въ послѣдствіи препятствовать *свободному выходу послеродового очищенія*.

2) Міомы матки, если онѣ требуютъ кесарскаго сѣченія и если *представляется желательнымъ произвести міотомію*.

3) Остеомаляція, поскольку она въ частномъ случаѣ требуетъ кесарскаго сѣченія. При этой болѣзни желательно, чтобы женщина послѣ кесарскаго сѣченія осталась безплодною, такъ какъ *съ каждою новою беременностію болѣзнь подвигается впередъ*. Кроме того, мы знаемъ, благодаря *Fehlingу* ¹⁾, что *съ удаленіемъ яичниковъ болѣзнь часто переходитъ въ выздоровленіе*. (Ср. Остеомалятической тазъ).

Конечно, для этой цѣли было бы достаточно и консервативнаго кесарскаго сѣченія съ послѣдующей кастраціей; такой способъ примѣняется въ новѣйшее время нѣкоторыми авторами при остеомаляціи [*Zweifel, Döderlein* ²⁾].

4) Гнилостный эндометритъ, существовавшій еще до производства кесарскаго сѣченія. Зараженное тѣло матки удаляется съ тою цѣлью, чтобы предохранить больную отъ дальнѣйшаго распространенія инфекціи.

При очень обширныхъ, недоступныхъ для операціи карциномахъ шейки, показующихъ производство кесарскаго сѣченія, тоже рекомендовали прибѣгать къ операціи *Porro* въ видахъ предотвращенія янфекціи зашитой матки со стороны карциномы.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 39 u. 48.

²⁾ См. *Trinks*, Beiträge f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.

Неостановимое кровотеченіе послѣ наложенія маточнаго шва неоднократно тоже подавало поводъ къ операціи *Porro*. Наконецъ, операцію эту производили также послѣ разрыва матки (см. соотвѣтств. главу).

Операція *Porro* производится съ тѣми же асептическими приготовлениями и мѣрами предосторожности, какъ при кесарскомъ сѣченіи. Влагалище тампонируется іодоформною марлею.

Послѣ разсѣченія брюшныхъ покрововъ вытѣсняютъ матку наружу и накладываютъ на ея шейку эластической жгутъ. Затѣмъ вскрываютъ матку и извлекаютъ младенца.

Немедленно вслѣдъ затѣмъ производятъ *надвлагалищную ампутацію матки*, точно также, какъ это дѣлается въ гинекологіи при миомахъ матки. Съ этой цѣлью лучше всего расслабляютъ жгутъ или же вовсе его удаляютъ и расправляютъ связки, которыя затѣмъ постепенно, частями, перевязываются и перерѣзываются такъ, чтобы яичники остались у матки. Начинаютъ съ *lig. suspensorium ovarii* и кончаютъ у нижняго края матки. У шейки послѣдней слѣдуетъ тщательно обкалывать маточную артерію. Когда матка такимъ образомъ будетъ отдѣлена отъ ея придатковъ, то проводятъ поперечный разрѣзъ черезъ нижній отдѣлъ передней стороны матки; разрѣзъ проникаетъ только черезъ брюшину, которую отодвигаютъ книзу, причѣмъ, благодаря этому, отходитъ книзу также и мочевоу пузырь. Затѣмъ круговымъ разрѣзомъ отсѣкаютъ всю матку возможно ближе къ шейкѣ. Если сосуды хорошо перевязаны, то культя почти не кровоточитъ. Культя затѣмъ зашивается и покрывается брюшиной.

Прежде упругій жгутъ оставляли до тѣхъ поръ, пока не ампутировали матки и не перевязывали придатковъ. Такой способъ, быть можетъ, связанъ съ меньшимъ кровотеченіемъ и поэтому болѣе пригоденъ для начинающихъ операторовъ. Однако, придатки, сдавленные жгутомъ, представляютъ больше трудностей для перевязки.

Если рѣчь идетъ объ инфицированной уже маткѣ, то лучше удалять всю матку *цѣликомъ*, т. е. вырѣзываютъ также и шейку, послѣ чего зашиваютъ влагалище. Операція эта во всякомъ случаѣ гораздо труднѣе для выполнения и въ значительной степени усиливаетъ опасность для больной ¹⁾. Въ такихъ случаяхъ другіе предпочитаютъ старый внѣбрюшинный способъ ухода за культей послѣ ампутаціи инфицированной матки. Чтобы предохранить брюшную полость отъ затеканія въ нее инфицированныхъ околоплодныхъ водъ, матка, передъ тѣмъ какъ вскрыть ее, выводится изъ полости живота, которая временно закрывается. Если плодъ мертвъ, то слѣдуетъ удалить всю матку, не вскрывши ее.

Предсказаніе. Смертность матерей послѣ операціи *Porro* не выше, чѣмъ послѣ обыкновеннаго кесарскаго сѣченія. И здѣсь также предсказаніе зависитъ отъ степени асептики, отъ тщательности остановки крови и отъ неприкосновенности случая до операціи. Для ребенка предсказаніе такъ же благопріятно, какъ и при кесарскомъ сѣченіи.

Извлеченіе младенца путемъ простаго *чревосѣченія* (лапаротоміи) будетъ подробнѣе рассмотрѣно при описаніи внѣматочной беременности и разрыва матки.

¹⁾ *Fritsch*, Centralbl. 1896, № 14.—*Doctor*, Arch. f. Gynäk. Bd. 59.—*Olshausen*, im Handb. d. Gynäk. von *J. Veit*, Bd. 2. 1897.

Изъ послѣродовыхъ операцій самая важная это—

XVI. Искусственное отдѣленіе плаценты.

Искусственное отдѣленіе плаценты представляет и должно представлять операцію не обыкновенную, а практикуемую лишь въ особыхъ, исключительныхъ случаяхъ. Врачу, хорошо и практически знакомому съ веденіемъ послѣдоваго періода по вышеуказаннымъ принципамъ, только въ видѣ исключенія понадобится прибѣгнуть къ искусственному отдѣленію плаценты.

Это заслуживаетъ тѣмъ большаго вниманія, что операція, о которой идетъ рѣчь, далеко не безопасна, а опытъ показываетъ, что въ практикѣ сильно распространено неумѣренное пользованіе ею на основаніи совершенно немотивированныхъ показаній. „Относительная частота этой операціи въ практикѣ врача стоитъ въ обратномъ отношеніи къ его добросовѣстности и осмотрительности“ (*Breus*).

Производство искусственнаго отдѣленія плаценты показуется въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. При опасныхъ для жизни кровотеченіяхъ въ области прикрѣпленія плаценты, если другіе методы удаленія послѣда были примѣнены безуспѣшно. Въ большинствѣ этихъ случаевъ дѣло идетъ о нерационально вѣдennomъ послѣдовомъ періодѣ.

2. При задержкѣ плаценты безъ особенно большаго кровотеченія, если послѣ рожденія младенца прошло болѣе трехъ часовъ и если другіе методы удаленія плаценты не привели къ цѣли. [См. Задержка плаценты ¹⁾].

Операція производится на поперечной кровати или въ ягодично-спинномъ положеніи. Наркозъ желателенъ; но часто онъ оказывается непримѣнимымъ по недостатку времени. При сильной анеміи предпочитается эфирный наркозъ. Но при этой операціи, производимой на такомъ мѣстѣ, которое особенно удобно для инфекціи, операторъ долженъ болѣе чѣмъ гдѣ либо заботиться о строжайшемъ соблюденіи всѣхъ антисептическихъ предосторожностей. Ручныя кисти и предплечья оператора тщательно дезинфицируются. Очень часто спѣшность операціи вслѣдствіе сильнаго кровотеченія вынуждаетъ укоротить процедуру дезинфекціи. Въ такихъ угрожающихъ жизни случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ дезинфекціи горячей водою и алкоголемъ по *Ahlfeld*'у въ виду того, что способъ этотъ требуетъ мало времени. Влагалище непосредственно передъ операціею проспринцовывается растворомъ карболовой кислоты. Мочевой пузырь долженъ быть опорожненъ посредствомъ катетера.

Производство операціи. Одною рукою операторъ захватываетъ пуповину и натягиваетъ ее легкимъ потягиваніемъ, а другую руку, непосредственно передъ тѣмъ еще разъ обмытую дезинфицирующею жидкостью, онъ вводитъ вдоль пуповины чрезъ влагалище въ матку до плаценты.

¹⁾ См. *Dohrn*, Die Behandlung d. Nachgeburtszeitraumes. 1898.

Затѣмъ наружная рука снимается съ пуповины и накладывается на матку для того, чтобы фиксировать ее и оказывать противодавленіе снаружи. Послѣ этого внутренняя рука проводится къ краю плаценты и продвигается между отдѣлившеюся уже частью ея и стѣнкою матки. Пилообразныя движенія, производимыя боковымъ краемъ мизинца, отдѣляютъ плаценту отъ маточной стѣнки.

Этотъ актъ операціи болѣе или менѣе труденъ, смотря по тому, отдѣлилась-ли уже плацента большею своею частью или она еще остается прикрѣпленною на большомъ пространствѣ, или, наконецъ, существуютъ патологическія сращения. Въ первомъ случаѣ операція можетъ быть сдѣлана легко, а во второмъ она иногда представляетъ величайшія затрудненія, такъ что плаценту удается извлечь только отдѣльными кусками. Если искусственному отдѣленію плаценты мѣшаютъ плотныя сращения, то они должны быть разорваны между двумя пальцами.

Когда плацента, наконецъ, отдѣлена, ее выводятъ рукою наружу. Затѣмъ опять вводятъ руку для того, чтобы опредѣлить, остаются-ли еще въ маткѣ неотдѣленные части плаценты, и если бы таковыя оказались, то онѣ должны быть удалены.

Послѣдній актъ операціи состоитъ въ тщательномъ дезинфицирующемъ промываніи матки. Если бы послѣ операціи была констатирована атонія матки, то немедленно должны быть примѣнены средства, вызывающія маточныя сокращенія. Горячіе рукавные души приносятъ въ этомъ отношеніи большую пользу (см. леченіе атоническихъ послѣдовательныхъ кровотеченій).

Предсказаніе при этой операціи въ до-антисептическія времена было неблагоприятно. Оперированныя часто умирали отъ септицеміи. Такъ какъ при этой операціи приходится имѣть дѣло съ большими плацентарными сосудами, то, конечно, это даетъ возможность возбудителямъ инфекціи проникнуть въ организмъ. Но и въ настоящее время лихорадочное теченіе родильнаго періода послѣ трудныхъ операцій удаленія плаценты наблюдается довольно часто. Раненій матки, конечно, всегда можно избѣжать, въ особенности при искусномъ противодавленіи снаружи; впрочемъ, такія раненія описывались неоднократно.

О другихъ операціяхъ, производимыхъ для удаленія остатковъ плаценты и оболочекъ, будетъ сказано въ Патологіи родильнаго періода.

Патологія и терапія беременности.

I. Введеніе.

Беременные могутъ страдать всякаго рода болѣзнями. Хроническія болѣзни (бугорчатка, пороки клапановъ и т. д.) въ большинствѣ случаевъ ведутъ свое начало еще до беременности; наоборотъ, острыя болѣзни (пневмонія, тифъ и т. д.), какъ это и понятно, возникаютъ обыкновенно лишь во время самой беременности.

Но нѣкоторыя болѣзни обнаруживаютъ къ беременности особенное *предпочтеніе*. Это могутъ быть, во-первыхъ, *патологическія усиленія существующихъ физиологическихъ явленій беременности*, какъ, напр., неукротимая рвота беременныхъ, и во-вторыхъ, такія болѣзни, которыя хотя и встрѣчаются также внѣ беременности, но наблюдаются у беременныхъ сравнительно чаще или принимаютъ у нихъ особенно *тяжелое теченіе* (хорея, нефритъ, острая желтая атрофія печени).

Кромѣ того, *половые органы* беременной женщины, *яйцо* и *плодъ* могутъ заболѣвать самостоятельно или представлять такія аномаліи, которыя выводятъ беременность изъ ея физиологической колѣи, или которыя несовмѣстимы съ дальнѣйшимъ ея существованіемъ.

Самымъ оригинальнымъ и интереснымъ явленіемъ въ патологій беременности является *поселеніе оплодотвореннаго яйца на ненормальномъ мѣстѣ (внѣматочная беременность)*; яйцо поселяется не въ маткѣ, а въ Фаллопиевой трубѣ или на яичникѣ, и это событіе можетъ подвергнуть жизнь матери величайшей опасности.

II. Патологическое усиленіе физиологическихъ явленій.

Нѣкоторыя *физиологическія явленія беременности* усиливаются иногда до такой степени, что не только становятся для беременной чрезвычайно тягостными, но и могутъ серьезно разстроить ея здоровье или даже подвергнуть опасности жизнь ея. Въ такихъ случаяхъ необходима опредѣленная терапія.

При *сильномъ увеличеніи отековъ* должно быть произведено изслѣдованіе мочи на бѣлокъ для того, чтобы выяснитъ, имѣемъ-ли мы предъ собою болѣзнь почекъ. Этому изслѣдованію никогда не должно упустать въ такихъ случаяхъ, когда *отеки распространяются также на ручныя кисти и лицо*, слѣдовательно, когда причина ихъ не можетъ заключаться въ прижатіи сосудовъ беременною маткою.

Если выдѣленія бѣлка не существуетъ, то эти въ большинствѣ случаевъ весьма непостоянные, „летучіе“ отеки лица или другвхъ частей тѣла объясняются *увеличенною идрэмією*, которая развивается будто бы особенно въ такихъ случаяхъ, когда подобное же состояніе крови существовало еще до наступленія беременности. При такихъ обстоятельствахъ можно, пожалуй, попытаться улучшить составъ крови во время беременности употребленіемъ желѣза, но успѣхъ этого леченія ненадеженъ. Вивтованіе вижнихъ конечностей и повременамъ укладываніе ихъ въ приподнятомъ положеніи доставляютъ нѣкоторое облегченіе. Если на отечныхъ половыхъ губахъ, часто достигающихъ колоссальныхъ размѣровъ, появляется краснота, то необходимо предписать абсолютный покой и соответствующее положеніе тѣла для того, чтобы предохранить ихъ отъ давленія извнѣ. Если угрожаетъ гангрена, то приходится прибѣгнуть къ проколу отечныхъ половыхъ частей, представляющемуся въ обыкновенныхъ случаяхъ нераціональнымъ. Всѣ субъективныя страданія исчезаютъ немедленно по окончаніи беременности.

Бользненность расширенныхъ венъ и воспаленіе ихъ, нерѣдко появляющееся вслѣдствіе расчесыванія нечистыми руками, требуютъ покойнаго положенія и гидропатическихъ завертываній.

Разрывъ варикознаго узла, лежащаго непосредственно подъ кожей, особенно на половыхъ губахъ, случается не очень рѣдко и можетъ привести къ смерти отъ истеченія кровью. Необходимо обратить вниманіе беременной на возможность разрыва такого варикознаго узла и объявить какъ ей самой, такъ и окружающимъ ее, что въ случаѣ, если бы появилось кровотеченіе, оно должно быть тотчасъ остановлено посредствомъ прижатія чистою ватой до прихода врача, который произведетъ обкалываніе.

Существующій *зобъ* можетъ подъ влияніемъ беременности, хотя и очень рѣдко, до такой степени увеличиться въ объемъ, что наступаетъ угрожающая *dyspnoë*, показывающая производство трахеотоміи и перерывъ беременности.

Кожныя болзнии, въ особенности при недостаточномъ уходѣ за кожей, представляютъ при беременности не особенно рѣдкое явленіе. Не говоря объ очень часто развивающейся *intertrigo* между бедрами и большими срамными губами, укажемъ особенно на *pityriasis versicolor*, появляющійся преимущественно на груди, спинѣ и также на животѣ. Ванны и втиранія зеленого мыла устраняютъ это заболѣваніе кожи или, по крайней мѣрѣ, скоро ограничиваютъ его распространеніе. Затѣмъ наблюдались также экзема и *herpes*, но они, несмотря на извѣстное упорство, все-таки большею частью довольно быстро исчезаютъ въ родильномъ періодѣ. Очень тягостнымъ можетъ сдѣлаться *pruritus*, появляющійся обыкновенно на половыхъ частяхъ, но иногда и повсемѣстно (*Spiegelberg*). Леченіе этихъ страданій такое же, какъ и внѣ беременности.

Самое опасное изъ всѣхъ этихъ явленій представляетъ *ненормальное усиленіе рвоты беременныхъ*. Если всякая пища извергается рвотой,

если рвота появляется даже при пустомъ желудкѣ, то это называютъ *неукротимую* или *злoкачественную рвоту* беременных [Горвицъ ¹⁾].

Въ этихъ случаяхъ быстро обнаруживается реакція на общее состояніе организма: возрастающая слабость, психическое угнетеніе и, наконецъ, быстрое исхуданіе. Промежутки между отдѣльными актами рвоты постепенно укорачиваются. Рвота появляется и ночью. Беременная жалуется на сильныя боли въ области желудка и имѣетъ отвращеніе ко всякой пищѣ, но ощущаетъ въ то же время сильную жажду. Языкъ сухъ и имѣетъ ярко-красный цвѣтъ; десны покрыты фулигинознымъ налетомъ, изо рта распространяется очень зловонный запахъ. Обыкновенно существуетъ запоръ. Пульсъ учащается, становится малымъ; иногда наблюдается лихорадка. Моча значительно уменьшена въ количествѣ и часто содержитъ бѣлокъ. Наконецъ, появляются обмороки, бредъ, и, обыкновенно послѣ продолжительной агоніи, наступаетъ смерть. Иногда за короткое время передъ смертью беременной происходитъ изгнаніе плода. Въ этой послѣдней стадіи смерть неизбежна. Но въ болѣе раннихъ стадіяхъ временное улучшеніе и даже полное выздоровленіе наблюдается не очень рѣдко, особенно послѣ окончанія первой половины беременности. Если же рвота продолжается и во вторую половину, то предсказаніе становится очень неблагоприятнымъ.

По Горвицу, смертельный исходъ наблюдался приблизительно въ 44 % всѣхъ случаевъ. Чѣмъ раньше появляется неукротимая рвота, тѣмъ неблагоприятнѣе она обыкновенно протекаетъ. У первобеременныхъ она наблюдается сравнительно чаще.

Этіологія неизвѣстна. Болѣзни половыхъ органовъ, паренхиматозное воспаленіе матки (Горвицъ), периметритъ, сильныя катарры, ссадины и измѣненія въ положеніи матки выставлялись нѣкоторыми авторами какъ причина неукротимой рвоты беременных, но строгаго доказательства въ пользу этого не было приведено. Въ тяжелыхъ случаяхъ довольно часто дѣло идетъ о беременности двойнями. Существующія уже измѣненія желудка или кишекъ и легкая склонность къ расстройствамъ отравленій желудка до извѣстной степени предрасполагають къ неукротимой рвотѣ.

Достоверно то, что во многихъ случаяхъ рвота развивается на *нервной почвѣ*. Она представляетъ изъ себя функціональный неврозъ, который поддается вліянію внушенія. То обстоятельство, что болѣзнь встрѣчается почти исключительно въ зажиточныхъ классахъ, подтверждаетъ нервное происхожденіе ея ²⁾. Неукротимая рвота наблюдалась въ новѣйшее время также въ видѣ симптома наступившаго въ теченіе беременности неврита. Подобное распознаваніе можетъ быть поставлено на основаніи состоянія периферическихъ нервовъ ³⁾.

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 9.

²⁾ Klein, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 39.—Graefe Ueber Hyperemesis gravidarum: Sammlung Zwangloser Abhandl. Bd. 3. H. 7. 1900.

³⁾ См. Kühne. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.

Лечение. Если вышеуказанные діететическія предписанія не доставляют улучшения, то необходимо помѣстить больную въ темную комнату, предписать ей абсолютно покойное положеніе, давать жидкую пищу, и то лишь въ самыхъ малыхъ количествахъ, вполне сообразуясь при этомъ со вкусами беременной. Если это осталось безъ успѣха, то слѣдуетъ предписать полное воздержаніе отъ всякой пищи въ теченіе 12—24 часовъ. Существующее обыкновенно скопленіе кала въ кишечникѣ, часто очень сильное, должно быть всегда устраняемо соответственными мѣрами (лучше всего—высокими клистирами). Если начинается упадокъ силъ, то должны быть назначены питательные клистиры; питаніе черезъ ротъ должно быть совершенно оставлено на нѣсколько дней. Можно назначить клистиры изъ поджелудочной железы по *Leube*, клистиры изъ яицъ, вина и бульона ¹⁾.

Прямыхъ средствъ противъ неукротимой рвоты не существуетъ, хотя таковыя и рекомендовались въ довольно большомъ числѣ. *Serium oxalicum* (3 раза въ день по 0,2—0,3 грм.) и, можетъ быть, также кокаинъ повидимому оказываютъ иногда благопріятное дѣйствіе. Въ последнее время рекомендовали еще ментоль и орексинъ. Можно также въ видѣ опыта примѣнить наркотическія средства, напр. *Tinct. Opii*, клистиры съ хлораль-гидратомъ или съ очень большими порціями бромистаго калия (6—10 грм.). Въ новѣйшее время примѣняли также гальванизацію. Можно также для устраненія неукротимой рвоты лечить существующіе катарры, ссадины и измѣненія въ положеніи матки. Нѣкоторые авторы наблюдали благопріятные результаты послѣ выпрямленія ретрофлектированной матки. Совершенно ненадежно дѣйствуетъ расширеніе маточнаго зѣва, предложенное *Sopetant*'омъ.

Если же существуетъ подозрѣніе, что въ основаніи рвоты кроется истерія, то нужно воздѣйствовать на больную психически и всего лучше удалить ее изъ обычной обстановки, напр. помѣстить въ клинику и т. п.

Большое число улучшеній и выздоровленій, достигаемыхъ постепенно этимъ путемъ, даетъ возможность заключить, что неукротимая рвота очень часто бываетъ невропатическаго происхожденія.

Какъ *ultimum refugium* остается только производство *искусственнаго выкидыша* или *искусственныхъ преждевременныхъ родовъ*. Выборъ времени для операціи довольно затруднителенъ. Часто искусственное прерываніе беременности предпринималось слишкомъ поздно, и больная все-таки умирала. Прежде чѣмъ рѣшиться на производство выкидыша, уничтожающаго продуктъ беременности, врачъ долженъ быть, конечно, вполне увѣренъ въ своемъ діагнозѣ и въ отсутствіи другихъ болѣзней, которыя могли бы быть причиною подобной рвоты (язва или ракъ желудка); всѣ діететическія и терапевтическія мѣры должны быть уже исчерпаны безъ успѣха, и опасность для жизни должна быть очевидна. Съ изгнаніемъ плода рвота прекращается *почти* во всѣхъ случаяхъ, но, къ сожалѣнію, *не всегда*.

¹⁾ См. *v. Winckel*, Handb. d. Ernährungstherapie von *v. Leyden*. Bd. II, 2.

При правильномъ леченіи особенно при цѣлесообразномъ питаніи черезъ прямую кишку, необходимость въ производствѣ выкидыша будетъ встрѣчаться въ *высшей степени* рѣдко; впрочемъ, нѣкоторые оспариваютъ вовсе законность такого выкидыша.

Слюнотеченіе, о которомъ мы уже упоминали въ физиологіи беременности, лишь довольно рѣдко достигаетъ такой высокой степени, чтобы оно истощало силы беременной. *Schramm* ¹⁾ констатировалъ въ одномъ такомъ случаѣ отсутствіе птіалина въ отдѣляемой слювѣ и значительное уменьшеніе количества содержащагося въ ней роданистаго калия. Для леченія рекомендовались полосканія рта растворомъ квасцовъ, іодистый калий, атропинъ (*Ebstein*), гальванизация симпатическаго нерва, пилокарпинъ и бромистый калий. Послѣдній оказался въ случаѣ *Schramm*'а наиболѣе дѣйствительнымъ.

Можетъ-ли истощеніе силъ беременной быть объяснено однимъ лишь увеличеннымъ отдѣленіемъ слюны, содержащей относительно мало плотныхъ составныхъ частей, это еще не рѣшено. Возможно, что первичнымъ явленіемъ здѣсь бываетъ анемія головного мозга. Возможно также, что проглатываніе большихъ количествъ слюны разстраиваетъ отравленія желудка (*Kehrer*).

III. Случайныя заболѣванія во время беременности.

Беременность не предохраняетъ отъ случайныхъ заболѣваній. Предполагавшаяся въ прежнее время невоспріимчивость къ нѣкоторымъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ (тифъ) ничѣмъ не доказана.

Случайныя заболѣванія беременных возбуждаютъ интересъ акушера въ виду того, что нѣкоторыя изъ нихъ *подъ вліяніемъ беременности* *измѣняются въ своемъ теченіи и въ своихъ симптомахъ*, а съ другой стороны могутъ повести къ *преждевременному окончанію беременности*.

Хорея—эта вообще довольно безвредная болѣзнь—иногда измѣняетъ свой характеръ во время беременности до такой степени, что влечетъ за собою смерть женщины. Больныя съ пороками сердечныхъ клапановъ, пользовавшіяся до беременности относительно хорошимъ самочувствіемъ и извѣстною работоспособностью, нерѣдко подвергаются во время беременности и родового акта чрезвычайно тяжелымъ разстройствомъ, угрожающимъ опасностью ихъ жизни. Слѣловательно, компенсація въ такихъ случаяхъ оказывается достаточною только для не-беременнаго состоянія. Молодыя женщины съ предрасположеніемъ къ чахоткѣ, которыя при вступленіи въ бракъ страдали незначительнымъ катарромъ верхушекъ, но еще пользовались хорошимъ состояніемъ общаго питанія, иногда быстро погибаютъ отъ бугорчатки, особенно послѣ окончанія первой половины беременности.

Съ другой стороны, случается довольно часто наблюдать, что въ теченіи какой нибудь острой или хронической болѣзни матери происхо-

¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1886, № 31.

дить *преждевременное изгнание живого или мертвого плода*. Опре- дѣленіе *причинъ* такого преждевременнаго окончанія беременности составляло задачу многихъ экспериментальныхъ и клиническихъ изысканій за последнее десятилѣтіе. Подъ вліяніемъ бактериологіи акушеры особенно охотно стали заниматься изученіемъ этихъ причинъ, опредѣленіе которыхъ чрезвычайно тѣсно связано съ вопросомъ о возможности перехода носителей инфекціи отъ матери къ плоду. По этому вопросу уже имѣется обширный матеріалъ, и однако до сихъ поръ удалось получить лишь сравнительно мало практи- ческихъ выводовъ.

Преждевременное окончаніе беременности, обусловленное болѣзнью матери, можетъ послѣдовать двоякимъ образомъ ¹⁾);

I. Подъ вліяніемъ болѣзни матери наступаетъ *первичная смерть плода*, и затѣмъ спустя нѣкоторое время онъ рождается въ мацериро- ванномъ состояніи, какъ и всякій другой преждевременно умершій плодъ. *Въ этихъ случаяхъ причиною преждевременнаго наступленія родо- вого акта оказывается первичная смерть плода*.

II. *Младенецъ преждевременно рождается живымъ*, или, по крайней мѣрѣ, онъ умираетъ лишь подъ вліяніемъ родового акта. При- чиною преждевременнаго наступленія родовъ оказывается здѣсь самая бо- лѣзнь матери, либо потому, что она первично вызвала потуги, либо по- тому, что она произвела въ яйцевыхъ оболочкахъ такіа измѣненія, кото- рыя несовмѣстимы съ дальнѣйшимъ существованіемъ беременности.

I. *Первичная смерть плода.*

1. Уже во время самаго акта зачатія плодъ получаетъ чрезъ по- средство яйца (или мужского сѣмени) *зачатокъ той болѣзни*, которая впоследствии влечетъ за собою смерть его въ полости матки. До сихъ поръ мы знаемъ только одну болѣзнь, при которой наблюдается это *за- раженіе во время зачатія*, именно—*сифилисъ*.

2. Женщина заболѣваетъ какою нибудь инфекціонною болѣзнью лишь *во время самой беременности*. Многочисленныя изслѣдованія дѣлаютъ несомнѣннымъ, что при нѣкоторыхъ болѣзняхъ матери здоровый до тѣхъ поръ плодъ можетъ подвергнуться зараженію и умереть отъ его послѣд- ствій. Неоспоримый примѣръ этому представляетъ натуральная оспа (*пла- центарное зараженіе*).

3. *Внезапно наступающее и очень значительное повышеніе температуры у больной матери* можетъ повлечь за собою смерть плода, температура котораго уже и безъ того бываетъ всегда болѣе вы- сокою, чѣмъ температура матери. Соответствіе между кривою сердечныхъ тоновъ плода и лихорадочною кривою матери, всегда замѣчаемое при ли- хорадочныхъ заболѣваніяхъ послѣдней, свидѣтельствуетъ о томъ, что плодъ принимаетъ участіе въ этомъ лихорадочномъ заболѣваніи. Если темпе- ратура достигаетъ 40°, то нерѣдко наблюдаются очень сильныя движенія

¹⁾ Runge, Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann. 174.

плода и сердечныя сокращенія его становятся чрезвычайно частыми. Въ заключеніе, при дальнѣйшемъ повышеніи температуры, сердечныя сокращенія плода становятся настолько частыми, что ихъ невозможно сосчитать, а при 42,0—42,5° обыкновенно наступаетъ смерть плода. Чрезвычайно большое значеніе при этомъ имѣетъ *быстрота повышенія температуры* ¹⁾. При медленномъ нарастаніи лихорадки младенецъ можетъ легче приспособиться къ высокой температурѣ, и тогда жизнь его находится въ меньшей опасности.

4. *Значительныя расстройства дыханія и кровообращенія у матери*, напр. при болѣзняхъ легкихъ и при порокахъ сердца, влекутъ за собою смерть плода вслѣдствіе ограниченія плацентарнаго газообмѣна. При анатомическомъ вскрытіи плода оказываются признаки смерти отъ задушенія.

5. *Сильное и продолжительное пониженіе кровяного давленія у матери* ²⁾, напр. при порокахъ сердца, обильныхъ кровотеченияхъ или продолжительной агоніи, тоже влечетъ за собою асфиктическую смерть плода вслѣдствіе недостаточнаго снабженія материнскою плацентою окисленную кровь.

6. Наконецъ, смерть плода можетъ обуславливаться *анатомическими измѣненіями отпадающей оболочки*, развившимися подъ вліяніемъ болѣзни матери.

Нѣтъ сомнѣнія, что всѣ вышеприведенные факторы могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ смерть плода. Но до сихъ поръ еще не рѣшенъ важный вопросъ о томъ, какія именно обстоятельства, угрожающія опасностью жизни плода, преобладаютъ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ матери. *Возможность* плацентарнаго зараженія, конечно, для нѣкоторыхъ болѣзней вполне доказана ³⁾, хотя многіе авторы допускаютъ переходъ паразитарныхъ болѣзнетворныхъ агентовъ отъ матери къ плоду лишь въ такомъ случаѣ, когда повреждена анатомическая структура плаценты (см. приложение: Сибирская язва). Но ни въ какомъ случаѣ, судя по современнымъ нашимъ свѣдѣніямъ, нельзя признавать за законъ или хотя бы даже за обычное правило, что плодъ принимаетъ участіе въ заразномъ заболѣваніи матери. Наоборотъ, еще и теперь можно считать, что плодъ, рожденный живымъ или мертвымъ, лишь довольно рѣдко представляетъ признаки той же самой болѣзни или содержитъ въ своемъ тѣлѣ тѣ же самые болѣзнетворные агенты, какъ у матери; напр. при самой важной соціальной болѣзни, при бугорчаткѣ, зараженіе плода принадлежитъ во всякомъ случаѣ къ рѣдкостямъ. Остальные вышеупомянутые факторы, а можетъ быть и другіе, еще неизвѣстныя (переходъ токсиновъ и антитоксиновъ отъ матери къ плоду), навѣрно играютъ не менѣе

¹⁾ Runge, Arch. f. Gynäk. Bd. 25.

²⁾ Runge, Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak. Bd. 10.

³⁾ Birch-Hirschfeld, Ziegler's Beiträge. Bd. 9. Lubarsch. Virch. Arch. Bd. 124. Wolff, Festschr. f. Virchow 1891. Bd. 3.

важную роль во внутриматочной смерти плода, наступающей подъ влияніемъ болѣзни матери.

II. Случай, въ которыхъ *при болѣзни матери преждевременно рождается живой и здоровый плодъ*, до сихъ поръ еще не вполне объяснены. Экспериментальныя изслѣдованія показываютъ, что увеличенная венозность материнской крови и острая анемія могутъ вызвать преждевременныя сокращенія матки; съ этимъ согласны и клиническія наблюденія. Повышенная температура крови при лихорадочныхъ состояніяхъ матери можетъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, если не прямо вызвать потуги, то, по крайней мѣрѣ, значительно увеличить возбудимость матки. Наконецъ, не подлежитъ сомнѣнію, что воспалительныя заболѣванія отпадающей оболочки, съ одновременными кровоизліяніями или безъ таковыхъ, часто бываютъ причиною преждевременнаго изгнанія живого плода.

Практическіе выводы, которые могутъ быть сдѣланы врачомъ изъ имѣющихся до сихъ поръ результатовъ клиническаго наблюденія и экспериментальнаго изслѣдованія, даютъ намъ, во всякомъ случаѣ, нѣкоторыя весьма важныя *терапевтическія указанія*.

Если беременная заболѣла какою нибудь случайною болѣзнію, въ особенности инфекціонною, то первая наша задача состоитъ въ томъ, чтобы въ интересахъ плода *ослабить, насколько возможно, инфекціонный процессъ*, напр. при дифтеріи (сыворотку), при маларіи (хининъ), сифилисѣ (ртуть) или остромъ сочленовномъ ревматизмѣ (салициловую кислоту). Если это невыполнимо, какъ при большинствѣ инфекціонныхъ болѣзней, то слѣдуетъ *по возможности сохранить и увеличить способность больной беременной оказывать противодѣйствіе инфекціонному процессу*. Кроме того, врачъ долженъ *тщательно наблюдать за тѣми симптомами, которые могли бы оказаться опасными для плода или для дальнѣйшаго существованія беременности, и принимать противъ нихъ соотвѣтствующія терапевтическія мѣры*: жаропонижающее леченіе при высокой лихорадкѣ, наперсточная трава при болѣзняхъ сердца, возбуждающія средства при состояніяхъ слабости. Во всѣхъ подобнаго рода случаяхъ необходимо стремиться къ тому, чтобы *сохранить беременность*, такъ какъ преждевременное окончаніе ея обыкновенно угрожаетъ опасностью не только плоду, но и матери. Исключеніе изъ этого правила составляютъ только немногія болѣзни, напр. неукротимая рвота и хорей (см. предшествовавшее описаніе этихъ болѣзней, а также главу объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ и искусственномъ выкидышѣ).

Что употребленіе лекарственныхъ веществъ во время беременности не угрожаетъ жизни плода никакою опасностью,—объ этомъ мы уже говорили выше. Слѣдуетъ только вообще избѣгать слишкомъ большихъ и продолжительныхъ пріемовъ одного и того же средства. Поэтому хининъ, салициловая кислота, антипиринъ, наперсточная трава, ртуть и даже наркотическія средства (последнія однако не слишкомъ долго) могутъ быть

даваемы беременнымъ безъ всякаго опасенія за жизнь плода. Лечение тепловатыми и прохладными ваннами тоже хорошо переносится.

Изъ всѣхъ болѣзней, наблюдаемыхъ во время беременности, важнѣйшее мѣсто принадлежитъ *сифилису*. Если мужъ и жена во время плодотворнаго совокупленія страдаютъ конституціональнымъ сифилисомъ, то болѣзнь эта обыкновенно *передается плоду*.

При относительно свѣжемъ конституціональномъ сифилисѣ можетъ произойти выкидышъ въ первые мѣсяцы беременности, или можетъ родиться на 6—7-мъ мѣсяцѣ мацерированный плодъ, который носитъ на себѣ признаки сифилиса. Признаки эти состоятъ въ *сифилитическомъ остеохондритѣ (Wegner)* и въ *значительномъ увеличеніи селезенки и печени*, причѣмъ послѣдняя иногда бываетъ усѣяна множествомъ маленькихъ гуммозныхъ опухолей.

Въ другихъ случаяхъ наступаютъ преждевременныя роды живымъ младенцемъ, который однако въ послѣдствіи оказывается нежизнеспособнымъ, благодаря сифилитическимъ измѣненіямъ важныхъ органовъ. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ сифилитическія локалізаціи обыкновенно бываютъ весьма многочисленны: гуммозные опухоли печени, сердца, легкихъ и т. д., бѣлая гепатизація легкихъ (*Virchow*), инстирициальное воспаленіе печени, индурация поджелудочной железы и почти всегда остеохондритъ ¹⁾. Нѣкоторые случаи отличаются очень сильными отеками, брюшною или грудною водяною. Въ этихъ именно случаяхъ особенно часто оказываются кровоизліянія въ кожу и въ другія ткани, а иногда также болѣе сильныя кровотеченія въ различныя органы [*syphilis haemorrhagica* ²⁾].

Если сифилисъ уже нѣсколько ослабѣлъ подѣ влияніемъ времени или въ слѣдствіе повторнаго леченія, если онъ довольно долго пребылъ въ скрытномъ состояніи, то можетъ родиться доношенный живой ребенокъ, который часто однако уже во время родового акта представляетъ признаки сифилмса, особенно—пемфигинозную сыпь на ладоняхъ и подошвахъ. Такія дѣти всегда умираютъ. При дальнѣйшемъ ослабленіи сифилитическаго процесса можетъ родиться доношенный и повидимому здоровый, но въ большинствѣ случаевъ очень плохо развитой ребенокъ. Но черезъ нѣсколько дней или недѣль у него обнаруживаются явленія сифилиса, именно накожныя сыпи, насморкъ и трещины. Такія дѣти обыкновенно тоже умираютъ. Наконецъ, въ другихъ случаяхъ можетъ родиться здоровый ребенокъ, который и въ послѣдствіи остается здоровымъ. Но это еще не даетъ никакого ручательства въ томъ, что сифилисъ у родителей окончательно излеченъ: опытъ показываетъ, что женщина, послѣ того какъ она долго уже пребыла въ супружествѣ и родила одного или нѣсколькихъ здоровыхъ дѣтей, можетъ въ концѣ концовъ опять родить сифилитическаго ребенка [*Biedert, Henoch* ³⁾].

¹⁾ См. *R. Hecker*, Beiträge z. Histol. u. Pathol. d. congenitalen Syphilis. Habilitationsschr. 1898. См. дальше руководства я по дѣтскимъ болѣзнямъ.

²⁾ *Runge*, Die Krankh. d. ersten Lebensstage. 1893, 2. Auflage.

³⁾ Vorlesungen über Kinderkrankh. 1892.

Весьма интересный вопрос о томъ, можетъ-ли здоровая женщина заразиться сифилисомъ чрезъ посредство утробнаго плода, приобрѣвшаго отъ своего отца наследственный сифилисъ, рѣшался различнымъ образомъ. *Fournier*, извѣстный парижскій сифилидологъ, рѣшительно утверждаетъ, что женщина при такихъ условіяхъ всегда заражается сифилисомъ (зараженіе путемъ зачатія); другіе оспариваютъ это ¹⁾. Но все авторы признаютъ, что такая женщина почти всегда оказывается невосприимчивою къ зараженію отъ своего сифилитическаго ребенка и даже къ зараженію сифилисомъ вообще (*Neumann*), хотя бы у нея самой и не существовало никакихъ видимыхъ признаковъ сифилиса. При повторныхъ беременностяхъ возникаетъ до нѣкоторой степени кахексія (блѣдность, исхуданіе, выпаденіе волосъ). Быть можетъ, отъ сифилитическаго плода проходятъ черезъ плаценту растворимые химическіе продукты сифилитическаго контактія и вызываютъ какъ невосприимчивость, такъ и кахексію ²⁾.



Рис. 76.

Продольный разрѣвъ черезъ верхній конецъ большеберцовой кости. Нормальные условія.



Рис. 77.

Верхній конецъ большеберцовой кости. Широкая волнообразная линия между эпифизомъ и диафизомъ. Недоошенный плодъ.



Рис. 78.

Osteochondritis syphilitica.

Нижній конецъ бедренной кости. Зубчатая линия. Эпифизъ отчасти отдѣлился. Препаратъ отъ того же плода.

Если женщина, беременная здоровымъ плодомъ, заразилась сифилисомъ уже во время самой беременности, то обыкновенно плодъ остается здоровымъ. Но, по увѣренію нѣкоторыхъ авторовъ, плодъ остается тогда невосприимчивымъ уже къ сифилису, можетъ быть вслѣдствіе перехода къ нему токсиновъ отъ матери. Тѣмъ не менѣе, приходилось иногда наблюдать сифилитическое зараженіе плода въ такихъ случаяхъ, когда зараженіе матери произошло въ первые 7 мѣсяцевъ беременности.

Зараженіе младенца при прохожденіи его чрезъ сифилитическія половыя части матери во время родового акта возможно, но оно наблюдается чрезвычайно рѣдко (*Weil*).

Сифилитическій остеохондритъ начинается уже въ ранніе мѣсяцы беременности и представляетъ самое постоянное анатомическое измѣненіе при врожденномъ сифилисѣ. У мацерированнаго плода это измѣненіе въ большинствѣ случаевъ тоже бываетъ ясно выражено. По *Wegner* у ³⁾, происходитъ сначала въ самыхъ глубокихъ слояхъ эпифизнаго хряща чрезмѣрное разрощеніе хрящевыхъ

¹⁾ См. *Rosinski*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 31.

²⁾ См. *Finger*, Archiv f. Dermat. u. Syphilis 1890.—*Heubner*, Syphilis im Kindesalter. Tübingen 1896.

³⁾ *Virchow's Arch.* Bd. 50.

кѣтокъ, между тѣмъ какъ превращеніе обызвестленнаго хрящевого вещества въ костную ткань совершается болѣе медленно. Эго чрезмѣрное разрощеніе и обызвествленіе хрящевого вещества продолжается и въ гіалиновый хрящъ эпифиза. Новообразованная ткань не жизнеспособна и подвергается распаденію, такъ какъ образованіе новыхъ сосудовъ идетъ болѣе медленно, чѣмъ гиперплазія хрящевыхъ кѣтокъ. Вокругъ этого мертваго участка образуется грануляціонная ткань. Эпифизъ становится болѣе рыхлымъ и отслаивается. Остеохондритъ появляется раньше всего на нижнемъ суставномъ концѣ бедра. При микроскопическомъ осмотрѣ находятъ въ рѣзко развитыхъ случаяхъ между эпифизомъ и діафизомъ довольно широкую, желтоватую, волнообразную или зубчатую линію, которая даетъ отъ себя продолженія въ костную и хрящевую ткань. Эпифизъ легко опредѣляется.

При *бѣлой гепатизаціи* легочныя пузырьки, по *Virchow'sy*, выполнены эпителиальными кѣтками, находящимися обыкновенно въ состояніи жирового распада. Интерстиціальная ткань при этомъ нерѣдко принимаетъ участіе въ воспалительномъ процессѣ. Легкія имѣютъ красновато-бѣлый цвѣтъ, значительно увеличены въ объемѣ, очень тяжелы и представляютъ на своей поверхности вдавленія реберъ. Дыханіе при этомъ невозможно.

Сифилитическій плодъ, родившійся живымъ или умершій незадолго до своего рожденія, можетъ представлять желтушную окраску кожи, и это явленіе объясняется интерстиціальнымъ воспаленіемъ печени. Иногда у сифилитическаго ребенка, родившагося живымъ, оказывается, какъ и у мацерированнаго плода, пластинчатая отслойка эпидермиса на кистяхъ и стопахъ. Измѣненіе это можетъ во время родового акта подать поводъ къ ошибочному смѣшенію съ мацерированнымъ плодомъ. Такія дѣти обыкновенно умираютъ тотчасъ послѣ рожденія, потому что у нихъ въ большинствѣ случаевъ имѣются тяжелыя измѣненія внутреннихъ органовъ. Плацента сифилитическаго плода часто имѣетъ необыкновенно большой объемъ и нерѣдко представляетъ важныя анатомическія измѣненія (см. ниже).

Сифилисъ у беременныхъ обыкновенно не представляетъ никакихъ особенныхъ уклоненій въ своемъ теченіи. Кондиломы, прочемъ, обыкновенно обнаруживаютъ большую наклонность къ распространенію. У нечистоплотныхъ женщинъ онѣ разрастаются на половыхъ частяхъ до громадныхъ размѣровъ. Въ родильномъ періодѣ мѣстныя явленія на половыхъ частяхъ обыкновенно очень скоро исчезаютъ даже безъ всякаго леченія.

Беременная, страдающая сифилисомъ, всегда должна быть подвергнута противосифилитическому леченію ртутью, не только ради нея самой, но также въ интересахъ плода, хотя достигнуть у него терапевтическаго эффекта при этомъ леченіи удается лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Не слѣдуетъ также упускать мѣстнаго леченія кондиломъ и другихъ явленій сифилмса на половыхъ частяхъ.

Если женщина однажды родила сифилитическаго ребенка, то даже въ томъ случаѣ, когда у нея самой не имѣется никакихъ признаковъ сифилиса, она должна быть подвергнута противосифилитическому леченію. Если дѣло идетъ о замужней женщинѣ, то этому леченію должна быть подвергнута не только она сама, но и ея мужъ.

Очень трудно дасть отвѣтъ на вопросъ о томъ, когда именно мужчина, страдавшій сифилисомъ, можетъ вступить въ бракъ безъ ущерба

для своей жены и своего потомства. *Fournier* ¹⁾ требуютъ, чтобы послѣ зараженія прошло по меньшей мѣрѣ 3—4 года, причѣмъ время это должно быть употреблено на методическое леченіе сифилиса, и чтобы стадія иммунитета (періодъ времени безъ рецидивовъ) продолжалась по крайней мѣрѣ отъ 18 мѣсяцевъ до 2-хъ лѣтъ. Но полной увѣренности даже при выполненіи этого строгаго требованія *не существуетъ*. То же самое, конечно, относится и къ дѣвушкамъ, страдавшимъ сифилисомъ; но въ такихъ случаяхъ лишь рѣдко справляются съ мнѣніемъ врача.

Дѣти сифилитическихъ родителей *никогда не должны вскармливаться грудью кормилицы*, въ виду опасности передачи сифилиса. Если только возможно, то женщина должна сама кормить своего ребенка грудью; искусственное кормленіе значительно ухудшаетъ прогнозъ для ребенка. Зараженія мать не должна опасаться. Даже въ томъ случаѣ, когда женщина, заразившаяся во время самой беременности, родила здороваго ребенка, ей должно совѣтовать кормленіе грудью, такъ какъ при этомъ ребенокъ обыкновенно невоспримчивъ. Брать для такого ребенка кормилицу не слѣдуетъ, ибо мы не можемъ быть увѣрены, что у него въ концѣ концовъ все-таки не обнаружится сифились.

Новорожденный ребенокъ, страдающій сифилисомъ, долженъ быть немедленно подвергнутъ соответствующему леченію, либо каломелемъ (2—3 раза въ день по 0,005 — 0,01 гр.), либо ртутными втираніями (0,5—1,0 гр. сѣрой мази, — *Vogel*). Сублиматныя ванны (1,0 — 3,0 гр. на каждый разъ) менѣе цѣлесообразны.

Болѣзни почекъ.

Болѣзни почекъ представляютъ не безразличныя осложненія беременности. Кромѣ трехъ характерныхъ клиническихъ формъ нефрита, именно острой, хронической перенхиматозной и интерстиціальной, которыя могутъ возникнуть или во время самой беременности, или еще до нея, встрѣчается у беременныхъ особый видъ заболѣванія почекъ, который называютъ *нефритомъ беременныхъ* или, по *Leuden'у*, *почкою беременныхъ*.

Своеобразная особенность нефрита беременныхъ состоитъ въ томъ, что онъ начинается лишь во время беременности и обыкновенно исчезаетъ по окончаніи ея. Симптомы этого нефрита состоятъ въ альбуминуріи съ одновременной водянкой или безъ нея. Мочевой осадокъ часто содержитъ, помимо цилиндровъ, лимфоидныхъ клѣтокъ и отдѣльныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, жирноперерожденныя клѣтки почечнаго эпителия, слѣдовательно такіе морфологическіе элементы, которые вообще свойственны паренхиматозному нефриту.

Нефритъ беременныхъ начинается обыкновенно лишь во второй половинѣ беременности и усиливается до наступленія родовъ, но протекаетъ

¹⁾ Syphilis u. Ehe. Deutsch von *Michelson*. 1881.

въ большинствѣ случаевъ легко, не подвергая жизнь беременной никакой опасности и даже не причиняя особенныхъ страданій. Но иногда наблюдаются внезапныя и очень сильныя ухудшенія, такъ что выдѣленіе бѣлка весьма значительно увеличивается, количество мочи сильно уменьшается, и водянка принимаетъ обширное распространеніе. Въ такихъ случаяхъ можно, по мнѣнію многихъ авторовъ, опасаться появленія экламптическихъ судорогъ. *Retinitis albuminurica*, хотя и не часто, также наблюдается въ видѣ осложненія нефрита беременныхъ.

У первородящихъ нефритъ беременныхъ наблюдается чаще, чѣмъ у многородящихъ. Но особенно часто онъ встрѣчается при беременности двойнями. Послѣ родовъ альбуминурия и водянка исчезаютъ въ большинствѣ случаевъ очень скоро, не оставляя никакихъ слѣдовъ. Но иногда, повидимому, нефритъ беременныхъ переходитъ въ хроническій перенхиматозный или интерстиціальнй нефритъ.

Leuden ¹⁾ отвергаетъ, чтобы при почкѣ беременныхъ существовалъ воспалительный процессъ; напротивъ того, онъ признаетъ, что, наряду съ отечнымъ набуханіемъ и жировымъ перерожденіемъ эпителия преимущественно въ клубочкахъ, измѣненіе это анатомически характеризуется *малокровіемъ* почки; но этотъ взглядъ встрѣтилъ нѣкоторыя возраженія [*Orth* ²⁾].

«Почкою беременныхъ» называютъ въ новѣйшее время легкія формы альбуминурии, а «нефритомъ беременныхъ» — случаи съ обильнымъ выдѣленіемъ бѣлка, уменьшеннымъ количествомъ мочи и жироперерожденными морфологическими элементами въ мочевомъ осадкѣ ³⁾.

Насчетъ причинъ «почки беременныхъ» еще существуетъ между авторами большое разногласіе. Такими причинами нѣкоторые считали увеличенное внутрибрюшное давленіе во время беременности, затѣмъ прижатіе мочеточниковъ беременною маткою и, наконецъ, въ особенности при внезапномъ ухудшеніи, артеріальный спазмъ (спастическая ишемія). См. главу объ эклампсіи.

Предсказаніе при почкѣ беременныхъ въ большинствѣ случаевъ благоприятно; тяжелое теченіе наблюдается чрезвычайно рѣдко. Для тяжелыхъ случаевъ, при безуспѣшности обыкновенныхъ средствъ (мочегонныя вещества, молочная діета, покойное лежаніе въ постели), *Schroeder* рекомендовалъ искусственные преждевременныя роды и искусственный выкидышъ. Но энергическое потогонное леченіе горячими ваннами по способу *Breus*'а (см. Эклампсія) обыкновенно даетъ возможность обойтись безъ этихъ операций. Наоборотъ, при альбуминурическомъ воспаленіи сѣтчатки имѣется болѣе настоятельное показаніе къ искусственному прекращенію беременности, такъ какъ иначе могутъ остаться неизлечимыя разстройства зрѣнія ⁴⁾.

Если во время беременности разовьется *настоящій нефритъ*, то онъ обыкновенно принимаетъ тяжелое теченіе и уже ни въ какомъ случаѣ не исчезаетъ въ послѣродовомъ періодѣ. Беременность, очевидно,

¹⁾ Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 11.

²⁾ Lehrb. d. speciell. path. Anatomie. Bd. 1. 1889.

³⁾ *Fischer*, Archiv. f. Gynäk. Bd. 44. — *Koblanck*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 29. — *Trantenroth*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 30.

⁴⁾ См. *Axenfeld*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

благоприятствуетъ дальнѣйшему его развитію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ, конечно, потребоваться искусственное прекращеніе беременности.

Важное значеніе имѣетъ еще тотъ фактъ, что всѣ болѣе сильныя заболѣванія почекъ во время беременности очень часто бываютъ сопряжены съ *опасностью для жизни плода*. Плодъ можетъ умереть еще въ полости матки, или онъ рождается живымъ, но раньше срока. Это особенно относится къ хроническимъ нефритамъ, но отчасти и къ тяжелымъ формамъ почки беременныхъ.

Причиной умиранія плода при почечныхъ заболѣваніяхъ матери нѣкоторые новѣйшіе авторы считаютъ особенное заболѣваніе плаценты, именно т. наз. «бѣлый инфарктъ» (*Fehling, Wiedow, Cohn*); но справедливо-ли это мнѣніе или нѣтъ, до сихъ поръ еще не рѣшено [*L. Meyer* ¹⁾]. *Fehling* ²⁾, впрочемъ, наблюдалъ измѣненія плаценты при болѣзняхъ почекъ во время беременности втрое чаще, чѣмъ при отсутствіи этихъ болѣзней, а при хроническомъ нефритѣ они были найдены во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія.

По статистикѣ *Cohn*'а при почечныхъ заболѣваніяхъ матери дѣти рождались мацерированными или нежизнеспособными въ 83% всѣхъ вообще случаевъ. Статистика *Fehling*'а тоже весьма неблагоприятна. Наоборотъ, по изслѣдованіямъ *L. Meyer*'а, предсказаніе для плода оказывается значительно лучшимъ.

Winter неоднократно наблюдалъ при нефритѣ преждевременную отслойку плаценты.

Острая желтая атрофія печени.

Одною изъ самыхъ губительныхъ болѣзней во время беременности считается *острая желтая атрофія печени*, оканчивающаяся почти всегда смертью. По статистикѣ *Thierfelder*'а ³⁾, изъ 88 случаевъ острой желтой атрофіи печени, наблюдавшихся у субъектовъ женскаго пола, пришлось 30 случаевъ на долю беременныхъ и 3 случая на долю родильницъ. Но, несмотря на это предпочтеніе, оказываемое беременнымъ, острая желтая атрофія печени встрѣчается и у нихъ чрезвычайно рѣдко (по *C. Braun*'у—1 случай на 28.000 роженицъ).

Этіологія не выяснена. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь несомнѣнно развивается на септической почвѣ [*Wyder* ⁴⁾]. *Spiegelberg* утверждалъ, что она образуется изъ простой желтухи. Желчныя кислоты, при затрудненномъ выдѣленіи ихъ черезъ почки, оказывающіяся во время беременности несостоятельными, накаплиются въ крови и отравляютъ ее, а вслѣдствіе этого происходитъ жировое перерожденіе железистыхъ органовъ и сердца. Слѣдовательно, по этой теоріи, которая, впрочемъ, до сихъ поръ еще экспериментально не подтверждена, всякая желтуха можетъ во время беременности окончиться смертью, особенно если моча содержитъ бѣлокъ.

1) Centralbl. f. Gynäk. 1891 № 15, и Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 16.

2) Arch. f. Gynäk. Bd. 39.

3) Handb. d. speciell. Pathol. u. Therapie von v. Ziemssen. Bd. 8

4) Centralbl. f. Gynäk. 1881, p. 247.

Другіе авторы признають эссенціальный характер острой желтой атрофіи печени и считаютъ причиною этой болѣзни какое-то неизвѣстное химическое вещество, особенно легко образующееся въ организмѣ беременной женщины, или какую-то специфическую бактерію, которая легко находитъ себѣ доступъ въ организмъ беременной ¹⁾). Слѣдуетъ остерегаться ошибочнаго смѣшиванія острой желтой атрофіи печени съ фосфорнымъ отравленіемъ.

Искусственное прекращеніе беременности нисколько не вліяетъ на болѣзненный процессъ. Слѣдовательно, рекомендовать искусственные преждевременные роды можно было бы только въ интересахъ плода, жизнь котораго находится въ опасности. Дѣти очень часто рождались мертвыми. Иногда околоплодная жидкость представляла желтушное окрашиваніе; желтуха самого плода наблюдалась сравнительно рѣже.

Простая катарральная желтуха во время беременности наблюдается не часто. Впрочемъ, она можетъ, какъ показали *C. Braun* въ 16 случаяхъ, не причинить беременной никакого вреда. Но преждевременные роды или выкидышъ при этихъ обстоятельствахъ наблюдались нерѣдко. Плодъ можетъ родиться живымъ или мертвымъ. Лишь рѣдко онъ представлялъ явленія желтухи. Возможно, что смерть его при желтухѣ и при острой желтой атрофіи печени обуславливается переходомъ желчныхъ кислотъ отъ матери къ плоду. *Valenta* въ одномъ случаѣ острой желтой атрофіи печени у матери обнаружилъ присутствіе желчныхъ кислотъ въ крови мертваго плода.

Неврозы и психозы.

Значительное усиленіе нервныхъ симптомовъ уже описанныхъ нами въ физиологіи беременности, обнаруживается иногда у женщинъ съ невропатическимъ наследственнымъ предрасположеніемъ. Никогда при такихъ условіяхъ врачъ не долженъ соглашаться на производство искусственнаго выкидыша, котораго часто требуетъ отъ него не только сама беременная, но и окружающіе ее. Нервные симптомы нерѣдко сами собою улучшаются во второй половинѣ беременности.

Въ другихъ случаяхъ встрѣчаются переходы къ *психозамъ*. Эти промежуточные переходы и настоящіе психозы беременныхъ обыкновенно представляются въ формѣ меланхоліи, тогда какъ состоянія возбужденія наблюдаются рѣже. Психозы, начинающіеся въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности, принимаютъ обыкновенно болѣе неблагоприятное теченіе (*Fürstner*). Родовой актъ обыкновенно не оказываетъ на психозъ никакого вліянія. Поэтому производство искусственныхъ преждевременныхъ родовъ ничѣмъ здѣсь не оправдывается. Если при существующей душевной болѣзни наступитъ беременность, то первая подъ вліяніемъ послѣдней обыкновенно усиливается и предсказаніе ухудшается [*Peretti* ²⁾].

Во всѣхъ случаяхъ психозовъ, за исключеніемъ самыхъ легкихъ, врачъ долженъ настоятельно рекомендовать леченіе въ специальномъ заведеніи для душевно-больныхъ.

¹⁾ Ср. *Stadelmann*. Der Icterus etc. 1891.

²⁾ Arch. f. Psychiatrie. Bd. 16.

Если женщина, страдающая *падучею болѣзью*, забеременѣетъ, то въ большинствѣ случаевъ беременность протекаетъ совершенно нормально, все равно, будутъ-ли приступы эпилепсiи повторяться часто или рѣдко. Опасность для плода является только при очень продолжительныхъ и часто повторяющихся приступахъ. Во время родового акта приступы наблюдаются рѣдко. Большія дозы бромистаго калия можно давать во время беременности безъ всякаго опасенія.

Относительно того, какое вліяніе оказывать беременность на *истерію*, мы имѣемъ рядъ поучительныхъ случаевъ, собранныхъ *P. Müller*'омъ¹⁾. По мнѣнію этого автора, беременность вообще оказываетъ на истерію неблагоприятное вліяніе. Усиленіе истеріи до тяжелыхъ формъ (конвульсiи, параличи) наблюдалось неоднократно. Напротивъ того, родовой актъ обыкновенно протекаетъ нормальнымъ образомъ, безъ приступовъ истеріи. Въ родильномъ періодѣ тяжелые симптомы обыкновенно ослабѣваютъ.

Хорея представляетъ опасное, но не частое осложненіе беременности. Она встрѣчается чаще у первородящихъ и обнаруживается обыкновенно уже въ первой половинѣ беременности. Рѣдко она ведетъ свое начало еще до беременности. Легкія формы протекаютъ благопріятно, безъ всякой опасности для беременной. Но иногда все-таки приходилось наблюдать очень тяжелые случаи, начинавшіеся обыкновенно въ острой формѣ, которые влекли за собою преждевременные роды и даже угрожали опасностью жизни беременной. Изъ 81 случая хорей при беременности 26 (!) окончились смертью [*P. Müller* 2)]. Новѣйшая статистика даетъ такой же неблагоприятный результатъ³⁾. Большинство авторовъ приписываютъ смертельный исходъ не самой хорей, а осложненіямъ ея, особенно ревматизму и эндокардиту. Другіе выставляютъ на видъ то обстоятельство, что хорея часто переходитъ въ болѣзнь головного мозга. Для легкыхъ случаевъ хорей можно рекомендовать леченіе бромистымъ калиемъ или повременамъ также настоящими наркотическими средствами. Въ тяжелыхъ случаяхъ *безусловно показуется искусственное прекращеніе беременности*, такъ какъ послѣ родовъ приступы хорей обыкновенно исчезаютъ. Слѣдовательно, изгнаніе плода имѣетъ здѣсь значеніе въ томъ смыслѣ, что оно прямо спасаетъ жизнь матери.

Тетанія во время беременности⁴⁾ наблюдалась неоднократно, но все-таки очень рѣдко. Однажды появившись, она часто повторяется въ послѣдующія беременности. Тетанія появляется и во время родового акта. Иногда наблюдалось совпаденіе судорогъ съ маточными сокращеніями. Однако, «явленіе *Trousseau*» (вызываніе приступа давленіемъ на главные нервные и сосудистые стволы боль-

¹⁾ Die Krankheiten des weibl. Körpers etc. 1888.

²⁾ Die Krankheiten des weibl. Körpers. 1888.

³⁾ *Buist*, *Lancet*, 22 іюня 1895.

⁴⁾ *Neumann*, *Arch. f. Gynäk.* Bd. 48.—*Windscheid*, *Neuropathologie u. Gynäkologie.* 1897.

ной конечности) никогда не отсутствовало. Для контрактуры ручной кисти при тетаниі во время беременности тоже оказалось подходящимъ сравненіе *Trousseau*: «рука при тетавіи находится въ томъ же положеніи, какъ рука акушера при введеніи ея во влагалище». Предсказаніе вообще благоприятно; но все-таки одиачъ случай окончился смертію. Послѣ родовъ судороги обыкновенно вскорѣ исчезаютъ. Иногда тетавія является лишь въ теченіи родильнаго періода, особенно у кормящихъ грудью (*Trousseau*). Для леченія слѣдуетъ примѣнять препараты брома, хлораль-гидратъ или эфирный наркозъ (во время родовъ). При очень тяжеломъ теченіи болѣзни могла бы возникнуть рѣчь объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. *Meinert* наблюдалъ тетавію послѣ вылущенія лоповины головы во время беременности. (*Arch. f. Gynäk. Bd. 55*).

Довольно рѣдкимъ заболѣваніемъ является невритъ беременныхъ, выражающійся атрофіей, параличемъ, разстройствомъ чувствительности и питанія (параличи беременности). Иногда одновременно съ этимъ существуетъ и неукротимая рвота. Выздоровленіе наступаетъ послѣ родовъ или даже еще во время беременности; нѣкоторые случаи затягиваются до родильнаго періода¹⁾. (См. Патологію родильнаго періода).

Приложеніе.

Беременные, страдающія пороками сердца²⁾, могутъ благополучно, безъ особыхъ разстройствъ, перенести беременность, роды и послѣродовой періодъ. Но у нѣкоторыхъ беременныхъ, страдающихъ этими болѣзнями, компенсация оказывается безъ видимой причины недостаточною, и уже во время беременности, а особенно во время родовъ, съ наступленіемъ изгнающихъ потугъ, обнаруживаются у нихъ опасныя разстройства компенсации, именно—ціанозъ, одышка, слабость сердца, отекъ легкихъ,—которыя могутъ привести къ смерти. Наблюдались также случаи совершенно внезапной смерти во время беременности или родового акта. Эндокардитическіе процессы, повидимому, нерѣдко рецидивируютъ въ теченіи беременности. При вышеупомянутыхъ разстройствахъ слѣдуетъ предписать во время беременности цѣлесообразный режимъ и леченіе наперсточною травою; этими средствами во многихъ случаяхъ достигается значительное улучшеніе. Хотя нѣкоторые совѣтуютъ прерывать въ такихъ случаяхъ беременность, однако къ подобной мѣрѣ слѣдуетъ прибѣгать лишь въ крайности. Во время родовъ можетъ иногда потребоваться немедленное родоразрѣшеніе. Преждевременные роды живымъ или мертвымъ плодомъ наблюдаются нерѣдко. Часто плодъ умираетъ лишь во время родовъ, благодаря недостаточной вентиляціи материнской крови. Сильная потеря крови плохо переносятся сердечными больными. Даже въ послѣродовомъ періодѣ могутъ еще обнаружиться очень серьезныя разстройства компенсации.

*Газедова болѣзнь*³⁾ неоднократно наблюдалась при беременности, которую считали для нея предрасполагающимъ моментомъ; въ этихъ случаяхъ болѣзнь быстро прогрессировала.

Женщины, страдающія бугорчаткой, иногда забеременѣваютъ еще въ значительно развитыхъ стадіяхъ этой болѣзни. Относительно хорошее самочувствіе, которымъ иногда пользуются подобныя больныя во время беременности, вызвало мнѣніе, будто бы бугорчатка въ это время не прогрессируетъ. Но для большин-

¹⁾ См. *Windscheid*, *Neuropathol. u. Gynäk.* 1897.

²⁾ *Wessner*, *Chron. Herzkrankheiten u. Puerperium.* Dissertation. Bern 1884. *Schlayer*, *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 23. *Leyden*, *Zeitschr. f. klin. Medicin.* Bd. 23. *Львовъ*, *Annal. de gyn. et obst.* Томъ 48.—*Gusserow*, *Münch. med. Wochenschr.* 1898. № 25.

³⁾ *Холмогоровъ*, *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 5.

ства случаевъ мѣтніе это несправедливо. Въ родильномъ періодѣ бугорчатка обыкновенно дѣлаеть быстрые успѣхи. Дѣти часто рождаются на нѣсколько недѣль раньше срока и притомъ живыми, но плохо упитанными. Во время родового акта несостоятельность дыханія и кровохарканье могутъ имѣть роковое значеніе. По современнымъ нашимъ свѣдѣніямъ, человѣчскій плодъ при бугорчаткѣ матери обыкновенно не подвергается опасности заразиться этою болѣзью, ни путемъ зачатія, ни путемъ перехода черезъ плаценту. Напротивъ того, у животныхъ (именно у телятъ) врожденная бугорчатка дѣйствительно наблюдалась. Опыты *Gärtner'a*, произведенные на кроликахъ, тоже свидѣтельствуяютъ о *возможности* перехода бугорковыхъ палочекъ черезъ плацентарную перегородку отъ матери къ плоду. Далѣе, нѣкоторые случаи доказываютъ, что и у человѣка бугорковыя палочки могутъ переходить отъ матери къ плоду [*Birch-Hirschfeld* ¹⁾, *Lehmann* ²⁾, *Schmorl*]; однако, по имѣющимся до сихъ поръ наблюденіямъ, это бываетъ очень рѣдко.—Женщины, страдающія бугорчаткой, не должны сами кормить своихъ дѣтей грудью.

Пневмонія и *плевритъ* также могутъ вызвать преждевременные роды, а во время родового акта произвести тяжелыя разстройства въ системѣ малаго круга. То же самое относится къ эмфиземѣ, бронхиту, кифосколиозу и т. д. Въ этихъ случаяхъ наперсточная трава также оказывается весьма дѣйствительной. Имѣются также сообщенія о переходѣ пневмококковъ отъ матери къ плоду.

Инфлуэнца наблюдалась у беременныхъ довольно часто. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступали преждевременные роды. Потуги начинались съ появленіемъ лихорадки [*Amann* ³⁾].

Прогрессивная злокачественная анемія, повидному, отдасть беременнымъ особенное предпочтеніе. *Gusserow* ⁴⁾ опубликовалъ первые 5 случаевъ, которые всѣ окончились смертью послѣ изгнавія плода на 8 мѣсяцѣ. Другіе авторы наблюдали подобныя же случаи. *Gusserow* рекомендуетъ искусственное прекращеніе беременности.

То же самое рекомендуетъ *Kehrer* ⁵⁾ для тѣхъ рѣдкихъ случаевъ *эмофилии*, въ которыхъ уже развилась анемія вследствие многократныхъ и довольно сильныхъ кровотеченій во время беременности.

Morbus maculosus ⁶⁾ почти всегда влечетъ за собою прекращеніе беременности. Предсказаніе при этомъ серьезно. Переходъ болѣзни къ ребенку, хотя возможенъ, но встрѣчается рѣдко.

Лейкемія и беременность рѣдко встрѣчаются вмѣстѣ, причѣмъ при наступленіи послѣдней болѣзни быстро прогрессируетъ. Разстройства, зависящія отъ беременности, усильваются подъ вліяніемъ измѣненія крови и увеличенія селезенки. Дѣло можетъ дойти до преждевременныхъ родовъ. Дѣти рождаются свободными отъ лейкеміи (*Schröder*, *Arch. f. Gynäk.* Bd. 57).

Сахаръ въ мочѣ, какъ извѣстно, наблюдается въ незначительномъ количествѣ во время беременности, какъ физиологическое явленіе. Настоящій же диабетъ представляетъ тяжелое осложненіе беременности [*P. Müller* ⁷⁾]. Преждевременные роды и умираніе плода—вотъ частыя послѣдствія диабета. Нѣсколько разъ наблюдали при диабетѣ *hydramnion*. Въ теченіе родильнаго періода сахаръ часто

¹⁾ *Ziegler's Beiträge.* Bd. 9. См. также: *Sarwey*, *Arch. f. Gynäk.* Bd. 43, p. 162.

²⁾ *Berlin. klin. Wochenschr.* 1894. № 26.

³⁾ *Münch. med. Wochenschr.* 1890. № 9. *Séguel*, *Etude sur l'influenza etc.* Paris 1895. *Möller*, *Deutsche med. Wochenschr.* 1900. № 29.

⁴⁾ *Arch. f. Gynäk.* Bd. 2.—*Jaworski*, *Centralbl. f. Gynäk.* 1897. № 31.

⁵⁾ *ibid.* Bd. 10.

⁶⁾ *Diehl*, *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 41.

⁷⁾ *Die Krankheiten des weiblichen Körpers etc.* 1888. *Dankworth*, *Ueber die Einwirkung des Diabetes mellit. etc.* Diss. Halle 1898.

исчезает весьма быстро. Тѣмъ не менѣ можетъ также наступить смерть женщины при явленіяхъ комы. *Duncan* сообщаетъ случай, въ которомъ и ребенокъ страдалъ диабетомъ. Этотъ же авторъ и *H. Ludvig*¹⁾ находили сахаръ и въ околоплодной жидкости, *Rossa*²⁾ же только въ сколоплодной жидкости, причемъ моча ребенка была свободна отъ сахара.

Въ вопросѣ о плацентарномъ зараженіи при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ³⁾ первое мѣсто принадлежитъ *натуральной оспѣ*. Случаи, въ которыхъ дѣти появлялись на свѣтъ съ оспенными пустулами, или съ корками и рубцами, какъ остатками окончившейся уже натуральной оспы, или въ которыхъ они заболѣвали оспою тотчасъ послѣ рожденія, не оставляютъ никакого сомнѣнія насчетъ возможности внутриматочнаго зараженія этою болѣзью. *Curschmann*⁴⁾, впрочемъ, категорически заявляетъ, что подобные случаи принадлежатъ къ рѣдкостямъ. Изъ двухъ близнецовъ одинъ можетъ заболѣть натуральною оспою, а другой остаться здоровымъ. Чаше дѣти рождаются (преждевременно или въ срокъ) безъ всякихъ признаковъ оспеннаго процесса. Наклонность къ кровотеченіямъ и высокая лихорадка достаточно объясняютъ наступленіе выкидыша или преждевременныхъ родовъ. Преждевременное окончаніе беременности наблюдается очень часто (30—50%) и наступаетъ обыкновенно лишь въ стадіи нагноенія.

Успѣшная *вакцинація* беременной обыкновенно не распространяетъ своего дѣйствія на плодъ [*Gast, Wolff*⁵⁾]. Поворожденные дѣти вакцинированныхъ беременных почти всегда оказывались воспримчивыми къ дѣйствию вакцины.

Въ литературѣ имѣется небольшое число случаевъ, свидѣтельствующихъ о возможности перехода *скарлатины* и *кори* черезъ плацентарную перегородку отъ матери къ плоду. Но въ виду физиологическаго процесса шелушенія кожицы, наблюдаемаго почти у всѣхъ новорожденныхъ, мы должны при истолкованіи такихъ случаевъ быть въ высшей степени осторожны. При кори преждевременные роды живымъ плодомъ наблюдаются нерѣдко. *Klotz*⁶⁾ предполагаетъ острое воспаленіе эндометрія, которое будто бы влечетъ за собою преждевременное наступленіе потугъ. Но вообще мы должны сказать, что корь и скарлатина, въ противоположность натуральной оспѣ, даже при существующей возможности зараженія, наблюдаются у новорожденныхъ дѣтей въ первые дни жизни чрезвычайно рѣдко (см. «Скарлатина въ родильномъ періодѣ»). Поэтому можно думать, что плодъ до известной степени обладаетъ невоспримчивостью къ внутриматочному зараженію кровью и скарлатиною.

Относительно *рожи* у беременных имѣется въ литературѣ нѣсколько случаевъ, свидѣтельствующихъ о возможности передачи этой болѣзни отъ матери къ плоду. Въ одномъ случаѣ, гдѣ беременная страдала рожею, *Лебедевъ*⁷⁾ обнаружилъ въ кожѣ ея плода присутствіе микрококковъ, которые онъ считаетъ специфическими микрококками *Fehleisen*'а.

Въ мalarійныхъ мѣстностяхъ заболѣваніе беременных *перемежающеюся лихорадкою* наблюдается нерѣдко. Преждевременное окончаніе беременности встрѣчается часто [*Goth*⁸⁾ наблюдалъ это въ 19 случаяхъ изъ 46]. Иногда будто бы находили въ тѣлѣ плода анатомическіе признаки маляріи (отложеніе пигмента, увеличенная селезенка, — *Duchek*). Очень большое значеніе имѣетъ

1) Centralbl. f. Gynäk. 1895. № 11.

2) Ibidem 1896. № 25.

3) См. *Runge*, Sammlung klin. Vorträge von *Volkmann*, № 174, и *Birch-Hirschfeld*, *Ziegler's Beiträge*. Bd. 9.

4) Handb. d. spec. Pathol. u. Therapie von *v. Ziemssen*. Bd. 2.

5) *Virchow's Arch.* Bd. 112. — *H. Palm*. Arch. f. Gynäk. Bd. 62.

6) Arch. f. Gynäk. Bd. 29.

7) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 12.

8) ibid. Bd. 6. — *Edmonds*, Brit. Med. Journal. 1899. 29 apr., p. 1023.

сильное и внезапное повышение температуры. Смерть плода наблюдалась иногда во время лихорадочного приступа. *Goth* показала, что во время пароксизма лихорадки могут непосредственно появиться родовыя потуги. Большія дозы хинина можно давать беременнымъ безъ всякаго опасенія.

Возможность плацентарнаго перехода палочекъ *брюшного тифа* отъ матери къ плоду была несомнѣнно доказана въ нѣкоторыхъ случаяхъ [*Eberth* ¹⁾]; но, повидимому, и здѣсь также это далеко не составляетъ правила. Напротивъ того, выкидышъ и преждевременные роды наблюдаются очень часто. Лихорадочное повышение температуры и весьма вѣроятно также эндометритъ составляютъ здѣсь причину преждевременнаго окончанія беременности. Предсказаніе для плода вообще неблагоприятно.

При *возвратномъ тифѣ* присутствіе спиралль въ крови плода было обнаружено *Spitz*'омъ и *Albrecht*'омъ. Анатомическія измѣненія, найденныя въ тѣлѣ плода, также съ извѣстнымъ вѣроятіемъ свидѣтельствовали о плацентарномъ зараженіи (*Albrecht*, Petersb. med. Wochenschr. 1880. № 18). Преждевременное окончаніе беременности наблюдается часто. Очень быстрое въ большинствѣ случаевъ наростаніе лихорадки, повидимому, составляетъ здѣсь самую частую причину смерти плода.

При *холерѣ* выкидышъ и преждевременные роды наблюдаются очень часто. Переходъ холерныхъ палочекъ отъ матери къ плоду считался вѣроятнымъ на основаніи изслѣдованій *Tizzoni* и *Cattani*. Однако, *Listig*'у и впоследствии *Simmonds*'у ²⁾, работавшихъ съ культурами, ни разу не удалось доказать присутствіе холерныхъ бациллъ въ крови или въ кишечномъ содержимомъ плодовъ, матери которыхъ заболѣли холерой. По *Simmonds*'у, холерный ядъ также не оказываетъ вліянія на плодъ. Ни разу при вскрытіи новорожденныхъ, появившихся на свѣтъ отъ заболѣвшихъ холерою матерей, не удалось доказать характерныхъ для холеры измѣненій. Но очень часто плодъ рождается мертвымъ. Асфиксія матери и паденіе кровяного давленія, очевидно, составляютъ здѣсь причину преждевременнаго наступленія родовъ. Кромѣ того, *Славянский* ³⁾ констатировалъ у женщинъ, умершихъ отъ холеры, помутнѣніе эпителія ворсинокъ и обширное геморрагическое воспаленіе слизистой оболочки съ разрушеніемъ и отслойкою ея, слѣдовательно—такія анатомическія измѣненія, которыя вполне могутъ объяснить смерть плода и преждевременное наступленіе родовъ (см. Эндометритъ беременныхъ).

Много спорили о возможности перехода *сибирязвенныхъ палочекъ* отъ матери къ плоду. Опыты надъ животными дали въ этомъ отношеніи противорѣчивые результаты. Конечно, послѣ опытовъ *Simon*'а ⁴⁾, произведенныхъ надъ кроликами, нельзя уже сомнѣваться въ возможности перехода сибирязвенныхъ палочекъ черезъ плацентарную перегородку. *Morisani* не могъ найти сибирязвенныхъ палочекъ у мертворожденнаго плода беременной, страдавшей сибирскою язвою. *Marchand* ⁵⁾ обнаружилъ безчисленное множество сибирязвенныхъ палочекъ у 4-дневнаго ребенка, мать котораго умерла отъ сибирской язвы немедленно по окончаніи родовъ. *Marchand* предполагаетъ, что передача болѣзни послѣдовала лямъ въ моментъ родового акта, причемъ отдѣльныя сибирязвенныя палочки во время отслойки плаценты, благодаря поврежденію ворсинокъ хоріона, попали изъ крови межворсинчатыхъ пространствъ въ кровеносную систему младенца.

1) Fortschritte der Medic. 1889. № 5.

2) Deutsch. med. Wochenschr. 1892. № 52.—*Schütz*, Jahrb. d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. 3. 1891—92.

3) Arch. f. Gynäk. Bd. 4.

4) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 17.

5) *Virchow's Arch.* Bd. 109.

Ростовцева 1) нашла въ 3 случаяхъ беременности, осложненной сибирской язвой, палочки этой болѣзни, какъ въ плацентѣ, такъ и у ребенка. Число ихъ было значительно меньше у ребенка, чѣмъ въ организмѣ матери. Повидимому, сибиреязвенныя палочки встрѣчаютъ въ организмѣ плода неблагоприятныя условія для своего развитія.

Относительно *хирургическихъ операцій*, могущихъ потребоваться во время беременности, слѣдуетъ замѣтить, что вообще онѣ угрожаютъ дальнѣйшему существованію беременности лишь въ томъ случаѣ, если потеря крови очень велика, если заживленіе раны идетъ не совсѣмъ гладко, а особенно, если наступила лихорадка. Тѣмъ не менѣе и при большихъ кровопотеряхъ операція можетъ кончиться благополучно. *Savor* 2) вынулъ вслѣдствіе травматическаго разрыва и кровотечения селезенку у беременной на 6-мъ мѣсяцѣ. Больная разрѣшилась въ срокъ живымъ младенцемъ. Необходимыхъ операцій на половыхъ частяхъ тоже не слѣдуетъ бояться. Вообще считаютъ за правило, что послѣ оваріогоміи и даже міомотоміи беременность продолжаетъ идти нормальнымъ образомъ. Легче всего, повидимому, наступаетъ выкидышъ послѣ операцій на наружныхъ половыхъ органахъ и влагалищной части матки.

Грыжебвенія могутъ быть произведены во время беременности безъ всякихъ опасеній. Съ ростомъ матки во 2-й половинѣ беременности бедренныя и паховыя грыжи обыкновенно уменьшаются; въ первой же половинѣ названныя грыжи, равно и пупочныя (эти и позже) могутъ давать ущемленія 3).

Относительно возможности *иммунизирования* плода противъ извѣстныхъ болѣзней путемъ унаслѣдованія со стороны матери или перехода антитоксинавъ черезъ плаценту, равно какъ и относительно иммунизирования новорожденнаго введеніемъ антитоксинавъ съ молокомъ иммунизированной матери, имѣются высока-интересныя въ научномъ отношеніи, но практически пока еще не приложимыя изслѣдованія *Ehrlich'a* и *Brieger'a*, *Tizzoni* и *Cattani* 4).

Одну ихъ труднѣйшихъ и очень отвѣтственныхъ задачъ для врача, несмотря на расширеніе нашихъ свѣдѣній о взаимномъ вліяніи болѣзней и беременности, составляетъ отвѣтъ на вопросъ, можно-ли *двигаясь съ хроническими болѣзнями*, особенно легочными или сердечными, *вступать въ бракъ*. Хотя не подлежитъ сомнѣнію, что при констатированной бугорчаткѣ врачебный долгъ обязываетъ категорически отговѣтовать вступленію въ бракъ, однако при наследственномъ предрасположеніи къ бугорчаткѣ или даже при существующемъ катаррѣ подобный совѣтъ составлялъ бы большую ошибку. Конечно, намъ приходится, къ сожалѣнію, нерѣдко видѣть, что у такихъ женщинъ послѣ первой беременности обнаруживается бугорчатка въ скоротечной формѣ; но, съ другой стороны, каждому практикующему врачу попадались случаи, въ которыхъ супружеская жизнь, беременность и иногда даже часто повторявшаяся беременность, только безъ кормленія грудью въ послѣродовомъ періодѣ, замѣтно укрѣпляютъ женщину и ослабляютъ предрасположеніе, если, конечно, она живетъ въ хорошихъ условіяхъ. Пороки сердца, если они хорошо компенсированы, далеко не безусловно противопоказываютъ вступленію въ бракъ, хотя нѣкоторые авторы утверждаютъ противное. Врачъ долженъ въ этомъ вопросѣ скорѣе остерегаться шаблоннаго отношенія къ дѣлу, онъ долженъ при своемъ отвѣтѣ взвѣсить *все* факторы, а особенно тѣ соціальныя условія, въ которыя вступить дѣвушка при выходѣ замужъ, и никогда не долженъ забывать, что, послушавшись его запрещенія, дѣвушка лишается своего естественнаго призванія сдѣлаться женою и матерью.—Относительно сифилиса и брака см. выше.

1) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 37.

2) Centralbl. f. Gynäk. 1898. № 48.

3) *Fischer*, Deutsch. med. Wochenschr. 1898. № 9.

4) Zeitschr. f. Hygiene. Bp. 12.—Deutsche med. Wochenschr. 1892. № 18. *Mahrt*, Centralbl. f. Stoffwechsel etc. 1901. № 1. (Literatur).

VI. Аномаліи половыхъ органовъ.

1. Аномаліи влагалища.

Отдѣленіе слизистой оболочки vulvae и влагалища, всегда нѣсколько увеличенное во второй половинѣ беременности, не должно быть разсматриваемо какъ объектъ для терапіи. Если беременная тяготеетъ чрезмѣрными отдѣленіемъ, то можно назначить спринцованія влагалища.

Если отдѣленіе имѣетъ гнойный характеръ, то является подозрѣніе на гоноррею ¹⁾. Констатированіе присутствія гонококковъ въ отдѣляемомъ сдѣлаетъ діагнозъ прочнымъ. При свѣжемъ зараженіи отдѣляемое бываетъ часто очень обильно и имѣетъ чисто гнойный характеръ. По большей части секретъ исходитъ изъ шейки и изъ уретры и вызываетъ intertrigo наружныхъ половыхъ частей. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ возникаетъ специфическое воспаленіе vulvae и влагалища, чаще наблюдается бартолинитъ. Паховыя железы почти всегда опухаютъ. Хроническая гоноррея очень часто протекаетъ совершенно незамѣтно при легкихъ явленіяхъ.

Что касается терапіи, то и при острой гонорреѣ часто обходятся соблюденіемъ одной лишь опрятности (ванны, очищающія спринцованія) вмѣстѣ съ покоемъ. Болѣе энергическое вмѣшательство даже можетъ благопрепятствовать распространенію гонорреи вверхъ. Тѣмъ не менѣе при очень обильной секреціи умѣстны осторожныя прижиганія при посредствѣ трубчатыхъ зеркалъ (Arg. vitr. 2—5%, хлор. цинкъ пополамъ съ водою). Прижиганія эти несомнѣнно ограничиваютъ секрецію. Coitus долженъ быть строго запрещенъ. Больную слѣдуетъ предупредить о заразительности отдѣляемаго. Никогда не слѣдуетъ упустить изъ виду послѣ родовъ профилактику глазъ ребенка во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется хотя бы только одно подозрѣніе на гоноррею. О безопасности Credé'евского способа изложено уже выше.

Своеобразная зернистость слизистой оболочки влагалища, которая часто ощущается изслѣдующимъ пальцемъ, обусловливается опуханіемъ сосочковъ (vaginitis granularis) и въ теченіе родильнаго періода почти всегда исчезаетъ. Зависимость этой зернистости отъ триппера, признававшаяся прежде, въ настоящее время отвергается.

Острыя кондиломы, которыя могутъ иногда очень сильно разрастаться во время беременности, особенно у нечистоплотныхъ женщинъ, должны быть устранены прижиганіями (хлористый цинкъ пополамъ съ водою), или необходимо ихъ вырѣзать и затѣмъ прижечь дно термокаутеромъ.

Бѣлыя бляшки на покраснѣвшемъ днѣ, находимыя иногда у беременныхъ во влагалищномъ входѣ и на наружныхъ половыхъ частяхъ, представляютъ собою *разрошеніе грибковъ* [большою частью monilia albicans и candida, — colpitis mycotica ²⁾]. Онѣ нерѣдко причиняютъ же-

¹⁾ Fehling, Münch. med. Wochenschr. 1895. № 49.—Bumm in J. Veit's Handbuch der Gynäk. Bd. I. 1897.

²⁾ v. Herff, Samml. klin. Vorträge. N. F. № 137. 1895.

ніе и иногда сильный зудъ. Въ такомъ случаѣ всегда нужно произвести тщательное изслѣдованіе, чтобы выяснитъ, не имѣемъ-ли мы дѣла съ настоящимъ диабетомъ. Colpitis и, въ особенности, тягостный зудъ устраняются или, по крайней мѣрѣ, облегчаются посредствомъ обмываній и спринцованій карболовою кислотою (3%).

Winckel впервые описалъ такъ наз. *colpohyperplasia cystica*¹⁾. При сильномъ катаррѣ слизистая оболочка влагалища покрыта отдѣльными маленькими кистами, заключающими въ себѣ газъ. Онѣ не имѣютъ никакого практическаго значенія и исчезаютъ въ послѣдующемъ періодѣ.

Способъ возникновенія этихъ кистъ и качество ихъ содержимаго еще составляютъ предметъ спора. По мнѣнію *Zweifel*'я, эти кисты представляютъ собою железы съ закупореннымъ выводнымъ притокомъ, а содержимое ихъ представляетъ газъ (триметиламинъ), который образуется вслѣдствіе разложенія подъ вліяніемъ микроорганизмовъ, проникшихъ въ просвѣтъ железъ. При разрывѣ этихъ полостей газъ можетъ распространиться по сосѣдству въ интерстиціальную ткань. По мнѣнію другихъ авторовъ, газъ помѣщается въ лимфатическихъ пространствахъ. Изслѣдованія послѣдняго времени сдѣлали болѣе вѣроятнымъ бактерійное происхожденіе газа²⁾.

Частое присутствіе триметиламина во влагалищѣ даже здоровыхъ беременных обнаруживается уже запахомъ отдѣленія (запахъ селедочнаго разсола). *Zweifel* доказалъ это путемъ химическаго анализа. Крімъ того, въ одномъ случаѣ *colpohyperplasiae cysticae* ему удалось химически доказать, что одна изъ кистъ содержала триметиламинъ.

2. Аномалии матки.

Пороки развитія.

Самую опасную аномалію представляетъ поселеніе яйца въ *прибавочномъ рудиментарномъ рогѣ*³⁾ при *однорогой* маткѣ. Если этотъ рудиментарный рогъ не сообщается съ цервикальнымъ каналомъ, то зачатіе возможно только подъ условіемъ *наружнаго передвиженія стѣмени или яйца.*

Въ первомъ случаѣ мужское сѣмя проникаетъ черезъ Фаллопіеву трубу развитого рога въ брюшную полость и переходитъ въ ней на другую сторону, а затѣмъ попадаетъ въ Фаллопіеву трубу рудиментарнаго рога. Во второмъ случаѣ, т. е. при наружномъ передвиженіи яйца, послѣднее перемѣщается точно такимъ же образомъ со стороны нормальнаго рога и попадаетъ чрезъ Фаллопіеву трубу въ прибавочный рогъ послѣ предварительнаго оплодотворенія.

Наружное передвиженіе яйца анатомически доказано тѣмъ, что на сторонѣ незакрытаго рога найденъ былъ *corpus luteum virgin.*

Теченіе беременности въ закрытомъ рудиментарномъ прибавочномъ рогѣ совершенно такое же, какъ при трубной беременности (см. соотвѣтствующую главу). Обыкновенно наступаетъ разрывъ на 3—5-мъ

¹⁾ См. *J. Veit*, Handb. der Gynäk. Bd. I. 1897.

²⁾ *Lindenthal*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 40.

³⁾ *Beckmann*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 35. *Kehrer*, Das Nebenhorn. des doppelten Uterus. Dissert. Heidelberg 1899.

мѣсяцъ; рѣже беременность достигаетъ нормальнаго своего конца ¹⁾). На анатомическомъ препаратѣ ошибочное смѣшиваніе съ трубной беременностью можетъ быть избѣгнуто, если опредѣлить мѣсто прикрѣпленія круглой маточной связки; при внѣматочной беременности мѣсто это находится между маткою и плоднымъ мѣшкомъ, тогда какъ въ данномъ случаѣ круглыя маточныя связки прикрѣпляются снаружѣ отъ плоднаго мѣшка.

Диагнозъ въ высшей степени труденъ. Замѣтно боковое положеніе плоднаго мѣшка; констатируется еще относительно толстая, рыхлая ножка, ведущая къ пустой маткѣ и прилегающая на уровнѣ внутренняго отверстія. Трубы, круглыя связки, а иногда и яичникъ могутъ быть часто прощупаны у закрытаго рога и это обстоятельство предохраняетъ отъ смѣшиванія съ міомой или опухолью яичника. Аномаліи развитія влагалища, напр. рудиментарная перегородка, также служатъ точками опоры для діагноза. Терапія такая же, какъ при трубной беременности. При производствѣ чревосѣченія сосуды, ведущіе къ придаточному рогу, слѣдуетъ перевязать, рогъ удалить, а рану зашить хорошимъ швомъ (Semiamputatio).

При беременности незакрытаго рога теченіе родовъ обыкновенно бываетъ нормальное.

При всѣхъ другихъ формахъ раздвоенія матки тоже встрѣчается беременность ²⁾). Небеременный рогъ матки всегда принимаетъ нѣкоторое участіе въ гипертрофіи и образуетъ отпадающую оболочку, которая во время родовъ тоже извергается наружу. Возможна также одновременная беременность обѣихъ половинъ матки, причемъ, слѣдовательно, дѣло идетъ о беременности двойнями ³⁾.

При двойномъ влагалищѣ или двойномъ маточномъ зѣвѣ *распознаваніе* представляется легкимъ. Одновременная беременность обѣихъ половинъ матки обыкновенно характеризуется присутствіемъ продольной борозды, простирающейся отъ дна матки до лоннаго сочлененія. Распознаваніе гораздо болѣе трудно въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется только *одинъ* маточный зѣвъ.

Теченіе родовъ можетъ представлять нѣкоторыя аномаліи вслѣдствіе сильнаго смѣщенія беременной половины матки въ сторону или же вслѣдствіе предлежанія или ретрофлексіи ⁴⁾ небеременнаго рога. Разрывы матки тоже наблюдались неоднократно. Но въ большинствѣ случаевъ роды протекали гладко.

При одновременной беременности обѣихъ половинъ матки близнецы иногда рождаются спустя довольно долгое время одинъ послѣ другого. Если роды обоихъ близнецовъ наступаютъ одновременно, то обѣ половины матки могутъ въ своихъ сокращеніяхъ обнаружить извѣстную не-

¹⁾ *Сережниковъ*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 8.

²⁾ *Pfannenstiel*, Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. in Berlin 1894. *Halban*, Arch. f. Gynäk. Bd. 59.

³⁾ *Althen*, Centralbl. f. Gynäk. 1890. № 40.

⁴⁾ *Holzappel*, Centralbl. f. Gynäk. 1893. № 38.

зависимость одна отъ другой. Атоническія послѣдовательныя кровотеченія наблюдались особенно въ такихъ случаяхъ, когда плацента помѣщалась на перегородкѣ, мускулатура которой слабо развита. Если поперечныя перегородки или перегородки во влагалищной части матки или въ самомъ влагалищѣ мѣшаютъ дальнѣйшему ходу родовъ, то онѣ перерѣзываются ножницами послѣ двойной перевязки.

Измѣненія въ положеніи матки.

Подъ именемъ *anteversio uteri gravidi* (отвислый животъ) мы разумѣемъ сильное наклоненіе дна матки впередъ съ соотвѣтственнымъ смѣщеніемъ маточнаго зѣва назадъ. При этомъ часть матки во второй половинѣ беременности свѣшивается впередъ черезъ лонное сочлененіе. Между лоннымъ сочлененіемъ и свѣшивающеюся частью живота лежитъ характеристическая складка, въ которой часто образуется эритема. При сильномъ отвисаніи живота нерѣдко существуетъ въ то же время расхождение прямыхъ брюшныхъ мышцъ.

Отвислый животъ встрѣчается преимущественно у *многородящихъ* съ вялыми брюшными покровами и при *узкомъ тазѣ*. Въ послѣднемъ случаѣ онъ можетъ наблюдаться и у *первородящихъ*. Онъ подаетъ поводъ къ неправильнымъ положеніямъ и членорасположеніямъ плода, такъ какъ головка вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки отклонена назадъ и не можетъ къ концу беременности вступить въ тазъ. Различнаго рода неприятныя симптомы, напр. тянущія боли и т. д., вызываемые болѣе сильнымъ отвисаніемъ живота во время беременности, облегчаются ношеніемъ брюшнаго пояса.

Въ началѣ родовъ необходимо *подвязать* отвислый животъ для того, чтобы головка могла вступить въ тазъ. Если же это не будетъ сдѣлано, то измѣненіе въ положеніи матки можетъ представить значительное препятствіе для родового акта, такъ какъ потуги въ этомъ случаѣ проталкивали бы головку по направленію къ задней сѣнкѣ таза.

Болѣе важное значеніе имѣетъ *наклоненіе и искривленіе беременной матки взадъ* (*retroversio* и *retroflexio uteri gravidi*).

При наклоненіи матки взадъ маточный зѣвъ смѣщенъ впередъ, а дно матки къзади; при искривленіи взадъ существуетъ еще, кромѣ того, уголь перегиба въ области внутренняго маточнаго зѣва. Дно и тѣло матки лежатъ глубоко въ Дугласовомъ пространствѣ.

Это измѣненіе въ положеніи матки могло или существовать еще до наступленія беременности, или же оно внезапно образуется лишь во время беременности вслѣдствіе паденія или вслѣдствіе поднятія какой либо тяжести. Второй способъ возникновенія наблюдается рѣже перваго. Полное наклоненіе и искривленіе матки взадъ встрѣчается только въ первые мѣсяцы беременности. Послѣ того какъ matka вышла изъ малаго таза, это измѣненіе въ ея положеніи уже не можетъ образоваться.

Наклоненная и искривленная взадъ матка обыкновенно съ дальнѣйшимъ ходомъ беременности сама собою выступаетъ вверхъ изъ малого таза, и затѣмъ всѣ ненормальныя явленія исчезаютъ. Въ другихъ же случаяхъ, особенно при искривленіи матки взадъ, наступаетъ выкидышъ.

Если не наступитъ ни выкидыша, ни самопроизвольнаго вправленія, то матка можетъ продолжать свой дальнѣйшій ростъ въ маломъ тазу, оставаясь наклоненною и искривленною взадъ. При этомъ постепенно, но въ большинствѣ случаевъ не раньше 4-го мѣсяца, обнаруживаются угрожающіе признаки *ущемленія* (incarceratio).

Ущемленіе наклоненной и искривленной взадъ беременной матки

составляетъ одну изъ самыхъ опасныхъ аномалій, которая, въ случаѣ, если она не распознана во-время, можетъ повлечь за собою смерть беременной.

Важнѣйшимъ симптомомъ служитъ *полное задержаніе мочи*, которое чередуется съ т. н. *ischuria paradoxa*: при очень сильномъ позывѣ на мочеиспусканіе выдѣляется всего нѣсколько капель мочи, тогда какъ большее количество ея задерживается въ мочевомъ пузырьѣ. Одновременно съ этимъ существуетъ абсолютный запоръ. Оба явленія легко объясняются ненормальнымъ положеніемъ увеличенной матки. Сильный позывъ на мочеиспусканіе, постоянно увеличивающееся наполненіе мочевого пузыря и чувство давленія въ тазу причиняють беременной очень большія страданія.



Рис. 79. Retroflexio uteri gravidi incarcerata. По препарату, находящемуся въ Зүрич'ской клиникѣ.

Если больная въ это время обращается къ врачу, то онъ находитъ при изслѣдованіи большую опухоль (мочевой пузырь), часто достигающую до пупочной области, причемъ опухоль эта чувствительна къ давленію и даетъ флюктуанцію. При внутреннемъ изслѣдованіи прощупывается еще вторая опухоль (матка), которая отбѣсняетъ задній сводъ влагалища внизъ, имѣетъ мягкую консистенцію и совершенно выполняетъ тазъ (см. рис. 79). Влагалищная часть стоитъ непосредственно позади лоннаго со-

члененія и притомъ очень высоко, такъ что нерѣдко едва удастся дѣйти до нея пальцемъ. Если анамнезъ указываетъ на предшествовавшее прекращеніе регуль, на недержаніе или задержаніе мочи, то діагнозъ уже въ виду этихъ данныхъ становится весьма вѣроятнымъ.

При такихъ обстоятельствахъ врачъ долженъ взять *мужской* катетеръ и осторожно ввести его въ мочевой пузырь чрезъ уретру, которая въ большинствѣ случаевъ бываетъ сильно вытянута въ длину и нерѣдко смѣщена въ сторону. Если ввести мужской катетеръ не удалось, то нужно повторить попытку съ эластическимъ катетеромъ. Женскіи катетеръ по своей короткости совершенно не пригоденъ для этой цѣли. По выпускеніи мочи, количество которой можетъ доходить до нѣсколькихъ тысячъ кубическихъ сантиметровъ, больная немедленно испытываетъ значительное облегченіе. Затѣмъ должно быть тщательно произведено комбинированное изслѣдованіе (въ случаѣ необходимости подъ хлороформомъ), которое всегда даетъ возможность доказать, что опухоль въ заднемъ сводѣ влагалища, отходящая подъ угломъ къ влагалищной части, представляетъ собою *матку*. Самая роковая діагностическая ошибка состоитъ въ смѣшиваніи съ заматочною кровяною опухолью. Отсутствіе тѣла матки въ переднемъ сводѣ влагалища вполне характерично для искривленія ея взадъ.

Терапія. Какъ только опорожненъ мочевой пузырь и съ положительностью поставленъ діагнозъ, необходимо произвести *справленіе* искривленной матки подъ глубокимъ наркозомъ на поперечной кровати, или на гинекологическомъ креслѣ.

Введя два пальца одной руки въ задній сводъ влагалища, приподнимаютъ матку вверхъ и вытѣняютъ ее *сбоку отъ крестцового мыса* въ большой тазъ. Затѣмъ ее охватываютъ снаружи рукою, положенною на брюшныя покровы, и перегибаютъ впередъ, тогда какъ внутренняя рука оттѣсняетъ влагалищную часть назадъ. Если вправленіе *per vaginam* не удастся, то слѣдуетъ ввести два пальца въ прямую кишку и попытаться отсюда приподнять матку. Послѣ вправленія вкладываютъ во влагалище пессарій *Hodge*, для того чтобы предотвратить новое отклоненіе дна матки назадъ. Пессарій необходимо носить до 5-го мѣсяца.

Если достигнуть вправленія этимъ путемъ не удалось, то нужно сначала попытаться захватить крючковатыми щипцами влагалищную часть и оттянуть ее внизъ. При этомъ легче удастся вывести дно матки изъ Дугласова пространства. Впрочемъ, не всегда бываетъ возможно достать крючковатыми щипцами высоко стоящую влагалищную часть матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хотя и удастся поднять матку вверхъ, но оказывается невозможнымъ получить нормальное искривленіе ея впередъ. При такихъ обстоятельствахъ необходимо предписать женщинамъ продолжительное лежаніе на животѣ, такъ какъ въ этомъ положеніи матка обыкновенно сама собою перегибается впередъ. Многіе авторы предпочитаютъ производить вправленіе матки въ кольво-локтевомъ положеніи.

Если всё попытки вправленія, при неоднократномъ производствѣ ихъ, не дали никакого результата, то показуется *искусственный выкидышъ*. Къ счастью, подобныя случаи принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ. Искусственный выкидышъ производится введеніемъ зонда. Но если невозможно дойти до маточнаго зѣва, или если не удастся провести зондъ чрезъ перегнутый каналъ шейки, то необходимо произвести *проколъ матки* со стороны влагалища. При проколѣ изливается околоплодная жидкость, послѣ чего обыкновенно вскорѣ начинается и выкидышъ. Понятно, что проколъ можетъ быть безопасенъ только подъ условіемъ строжайшаго соблюденія антисептики.

Осложненія. Если больная не обратилась своевременно къ врачу, или если діагнозъ не былъ во-время поставленъ, то обнаруживаются дальнѣйшіе тяжелые симптомы. Моча разлагается, слизистая оболочка мочевого пузыря становится гангренозною или разрывается вслѣдствіе сильнаго растяженія. Затѣмъ моча проникаетъ между слизистой оболочкою и мышечнымъ слоемъ мочевого пузыря, такъ что слизистая оболочка можетъ отслоиться на всемъ своемъ протяженіи и въ послѣдствіи извергнуться наружу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходило даже до разрыва мочевого пузыря ¹⁾, который большею частью, хотя и не всегда, ведетъ къ смерти; дѣло въ томъ, что выступленія мочи въ брюшную полость можетъ не происходить, если образуется спайка между кишечникомъ и пузыремъ.

При болѣе долгомъ ущемленіи наступаетъ воспаленіе брюшиннаго покрова матки. Обнаруживаются признаки перитонита, именно лихорадка, рвота и метеоризмъ. Въ другихъ случаяхъ ущемленная матка опускается внизъ и можетъ выпятить промежность. Иногда наблюдался даже разрывъ влагалищнаго свода съ выступленіемъ матки наружу. Въ заключеніе, силы больной все болѣе и болѣе падаютъ, и если въ это время не наступитъ самопроизвольнаго выкидыша, то она умираетъ. Смерть чаще всего обуславливается гангреной мочевого пузыря съ послѣдовательнымъ перитонитомъ или отъ піэміи, урѣміи, рѣже отъ непроходимости кишокъ ²⁾.

Въ *самыхъ тяжелыхъ случаяхъ*, когда уже наступила гангрена мочевого пузыря, попытки къ вправленію могутъ принести даже вредъ. Тогда слѣдуетъ сдѣлать проколъ яйца, и если угрожающія явленія все же не улучшаются, то надо вскрыть мочевой пузырь черезъ влагалище (*Pi-nard* и *Varnier*).

Для *профилактики ущемленія* необходимо у всѣхъ беременныхъ, страдающихъ искривленіемъ матки взадъ, какъ можно раньше вправить матку и ввести пессарій. Если въ первой половинѣ беременности появляется *недержаніе* или *задержаніе мочи*, то врачъ долженъ знать, что,

¹⁾ *Krukenberg*, Arch. f. Gynäk. Bd. 19.

²⁾ См. *Gottschalk*, Arch. f. Gynäk. Bd. 46.—*Dührssen*, Arch. f. Gynäk. Bd. 57

по всей вѣроятности, дѣло идетъ о какой нибудь аномаліи, дальнѣйшее существованіе которой угрожаетъ опасностью жизни беременной.

Olshausen, въ одномъ случаѣ искривленія беременной матки вздъ при чрезвычайно узкомъ остеомалятическомъ тазѣ, успѣшно произвелъ экстирпацію матки чрезъ влагалище послѣ того, какъ всѣ попытки вправленія матки и проколъ ея оказались безуспѣшными.

Новѣйшіе авторы рѣзко раздѣляютъ перегибъ назадъ отъ наклоненія кзади (*retroflexio* отъ *retroversio*) и увѣряютъ, что при наклоненіи кзади всѣ угрожающія явленія начинаются позже; но зато вправленіе въ этихъ случаяхъ, благодаря увеличенію матки, можетъ не удаваться и тогда могутъ быть скорѣе вынуждены къ производству прокола яйца (*Dührssen*).

Кромѣ вышеописанныхъ случаевъ полного наклоненія и искривленія матки вздъ, встрѣчаются еще другіе, болѣе рѣдкіе случаи такъ наз. *частичнаго* искривленія ея въ ту же сторону [*G. Veit* ¹⁾], возникающіе вслѣдствіе того, что передняя стѣнка искривленной вздъ матки вырастаетъ въ большой тазъ, тогда какъ задняя ущемляется въ маломъ тазу и задерживается въ немъ. Частичная *retroflexio* иногда встрѣчается при выпаденіи беременной матки.

Симптомы ущемленія въ этихъ случаяхъ обыкновенно бываютъ менѣе выражены, и беременность въ первое время продолжаетъ идти нормальнымъ образомъ. Во многихъ случаяхъ дѣло доходитъ до преждевременныхъ родовъ; но иногда беременность можетъ достигнуть нормальнаго своего конца. При частичномъ искривленіи матки вздъ также должно быть произведено вправленіе. Если роды уже начались, то нужно попытаться отодвинуть кверху лежащій въ маломъ тазу задній сегментъ матки и направить маточный зѣвъ въ середину таза.

Если зачатіе наступило при существующемъ *выпаденіи матки*, то въ первые мѣсяцы матка растетъ вверхъ къ большому тазу, такъ что измѣненіе въ ея положеніи устраняется на все время беременности. Но послѣ родильнаго періода выпаденіе матки почти всегда образуется вновь. При болѣе сильныхъ физическихъ напряженіяхъ беременная матка можетъ въ первые мѣсяцы опять выпасть изъ полового канала. Но никогда не случалось наблюдать, чтобы выпаденіе матки существовало въ продолженіе всей беременности. Если вправленіе не наступитъ само собою или не будетъ произведено искусственнымъ образомъ, то въ такомъ случаѣ дѣло кончается выкидышемъ. Въ другихъ же случаяхъ происходятъ только частичное вправленіе матки, т. е. маточный зѣвъ остается въ половой расщелинѣ или снаружи, передняя стѣнка матки вырастаетъ въ большой тазъ, а задняя стѣнка остается ущемленною въ лѣвомъ тазу.

Вправленіе обыкновенно оказывается легкимъ; но иногда оно удается лишь послѣ того, какъ больная пролежала нѣсколько дней въ постели и выпавшая матка сдѣбалась менѣе припухшей. Послѣ вправленія вкладывается пессарій и предписывается на нѣкоторое время спокойное лежаніе въ постели.

Очень часто выпаденіе бываетъ только кажущееся: *сильно инертно-*

¹⁾ Sammlung klin. Vorträge von *Volkman*, № 170.

фированная влагалищная часть матки выдается из половой расщелины, но дно матки стоит на нормальномъ уровнѣ ¹⁾. При этомъ на влагалищной части, подверженной вліянію воздуха и тренію, легко могутъ образоваться изъязвленія, которыя должны быть предотвращены пѣлесообразной повязкой (изъ марли съ боръ-вазелиномъ) и спокойнымъ лежаніемъ въ постели. Ампутація влагалищной части во время беременности можетъ потребоваться лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ.

Грыжи беременной матки наблюдаются чрезвычайно рѣдко. Hysterocele inguinalis была констатирована въ небольшомъ числѣ случаевъ съ полною достовѣрностью. Прежде всего нужно попытаться вправить грыжу, а если это не удалось, то слѣдуетъ искусственно прервать беременность. Если младенецъ почти или совершенно доношенъ, то показуется кесарское сѣченіе, которое и было уже проведено неоднократно [по *Eisenhart'y* ²⁾—въ четырехъ случаяхъ].

3. Аномаліи придатковъ матки.

Если женщина, у которой имѣются старые периметрическіе или параметральные эксудаты, забеременѣетъ, то довольно часто дѣло кончается выкидышемъ; но иногда беременность, при растяженіи образовавшихся сращеній и постепенномъ всасываніи эксудатовъ, продолжаетъ идти нормальнымъ порядкомъ. При этомъ субъективные симптомы беременности часто значительно усиливаются. Лишь очень рѣдко приходится наблюдать такіе случаи, гдѣ старые эксудаты и рубцовыя измѣненія въ околوماتочной клѣтчаткѣ оказываются механическимъ препятствіемъ для родового акта [*Breisky, P. Müller* ³⁾].

Съ другой стороны, однако, перитонеальныя перемычки могутъ во время беременности подать поводъ къ закрытію кишекъ, а во время родовъ вызвать аномаліи потужной дѣятельности. Какъ показываетъ одно наблюдение *Küstner'a* ⁴⁾, случайный разрывъ такихъ сращеній (напр. вслѣдствіе травмы), если черезъ нихъ проходятъ болѣе значительныя сосуды, можетъ повести къ смертельному внутреннему кровотеченію. Иногда также случалось наблюдать, что старыя скопленія гноя въ полости живота разрывались во время беременности или во время родовъ и подавали поводъ къ септическому перитониту.

Особенное вниманіе обращали въ послѣднее время на заболѣваніе во время беременности или родовъ аппендицитомъ. Теченіе этой болѣзни, если она совпадаетъ съ беременностью, часто бываетъ тяжелымъ; дѣло можетъ дойти до прекращенія беременности, однако главная опасность въ такихъ случаяхъ заключается въ томъ, что гнойный очагъ можетъ прорваться въ полость живота и дать смертельный перитонитъ. Случаи подобнаго рода наблюдались уже. Многие настоятельно совѣтуютъ произвести оперативное удаленіе червеобразнаго отростка.

¹⁾ *Gusserow, Monatschr. f. Geburtsk. Bd. 21.*

²⁾ *Arch. f. Gynäk. Bd. 26.*

³⁾ *Die Krankheiten des weibl. Körpers etc. 1888.*

⁴⁾ *Holowko, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 21.*

не взирая на беременность, и съ успѣхомъ таковое неоднократно выполняли ¹⁾ (*Pinard*).

Наконецъ, заболѣванія придатковъ матки могутъ также возникнуть на почвѣ септического зараженія извнѣ, напр. въ случаѣ несоблюденія должныхъ предосторожностей при изслѣдованіи или операціяхъ во время беременности, или послѣ попытокъ вытравленія плода (см. Болѣзни ранъ въ послѣродовомъ періодѣ).

Опухоли матки и сосѣднихъ съ нею органовъ будутъ разсмотрѣны въ Патологіи родовъ.

V. Аномаліи яйца и его оболочекъ.

1. Эндометритъ беременныхъ. Endometritis gravidarum.

Женщины, страдающія *хроническимъ воспаленіемъ слизистой оболочки матки (endometritis chronica)*, далеко не всегда бываютъ безплодны. Если у такой женщины наступитъ зачатіе, то пораженная mucosa превращается въ отпадающую оболочку, на которой тоже оказываются воспалительныя измѣненія. Но эндометритъ можетъ иногда возникнуть въ теченіи самой беременности. Что гоноррея также можетъ быть причиною эндометрита беременныхъ, это считается неподлежащимъ никакому сомнѣнію.

Анатомическія измѣненія вообще тѣ же самыя, что и при эндометритѣ не-беременныхъ. Можно различать 2 формы воспаления: железистую и интерстиціальную [*J. Veit* ²⁾]. При микроскопическомъ осмотрѣ пораженная отпадающая оболочка представляется утолщеною на обширномъ пространствѣ, или на ней оказываются полипозныя наросты, которые могутъ сдѣлаться очень толстыми и бугристыми (*endometritis decidua tuberosa, Virchow*). Иногда также случалось наблюдать кистовидныя полости, образовавшіяся изъ железъ.

Большой интересъ представляютъ случаи эндометрита при инфекціонныхъ болѣзняхъ во время беременности. *Славянской* описываетъ гѣморрагическую форму эндометрита при холерѣ. Не лишено нѣкотораго вѣроятія, что подобные процессы встрѣчаются и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, особенно при тѣхъ, которымъ, какъ, напр., оспѣ и тифу, свойственны маточныя кровотеченія ³⁾. *Endometritis tuberosa* въ прежнее время объяснялась преимущественно сифилисомъ.

Эндометритъ беременныхъ, и притомъ въ особенности, можетъ быть, гонорройный эндометритъ, очень часто ведетъ къ *выкидышу*. *Симптомы* этой болѣзни въ большинствѣ случаевъ неопредѣленны. Важнѣйшими изъ нихъ оказываются обильное истеченіе жидкости, иногда выдѣленіе крови и поврежденіямъ болѣзненныя ощущенія въ области матки. Болѣе сильныя

¹⁾ *Hlawacek*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 6.—*René Köniq*, Beiträge f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 3.

²⁾ *Sammlung. klin. Vorträge von Volkmann*, № 254. — *Berl. klin. Wochenschr.* 1887, № 35. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 32.

³⁾ *Massin*, Arch. f. Gynäk. Bd. 40.

кровотеченія свидѣтельствуютъ о начинающемся выкидышѣ. Чрезвычайное усиленіе физиологическихъ симптомовъ беременности, а особенно учащеніе рвоты, тоже приписывается эндометриту (*J. Veit*).

При очень обильномъ отдѣленіи слизистой оболочки дѣло иногда доходитъ до т. н. «*hydropsyrrhoea gravidarum*» ¹⁾. Повременамъ вытекають изъ влагалища болѣе значительныя количества жидкости. Послѣдняя состоитъ изъ очень водянистаго секрета, который скопляется между *decidua vera* и *reflexa*, гораздо рѣже—между отпадающею и ворсистою оболочками, и повременамъ извергается наружу, но въ послѣднемъ случаѣ—послѣ предварительнаго прободенія *deciduae reflexae*. При этомъ беременность можетъ достигнуть нормальнаго своего конца; но иногда она прерывается раньше срока. Съ другой стороны, истеченіе водъ, продолжающееся цѣлыми мѣсяцами, можетъ также зависѣть, какъ показываютъ наблюдавшіеся случаи подобнаго рода, отъ разрыва яйцевыхъ оболочекъ ²⁾.

Диагнозъ эндометрита беременныхъ часто можетъ быть поставленъ только на преждевременно извергнутомъ яйцѣ, и поэтому послѣднее всегда должно быть подвергнуто тщательному микроскопическому изслѣдованію. Если констатированъ эндометритъ, то въ послѣродовомъ періодѣ требуется особенно тщательный уходъ. Воспаленіе слизистой оболочки матки далеко не всегда излечивается въ послѣродовомъ періодѣ, такъ что нерѣдко приходится впоследствии прибѣгнуть къ гинекологическому леченію.

2. Пузырный заносъ.

Очень важное акушерское значеніе имѣетъ *пузырный заносъ*. Онъ образуется вслѣдствіе измѣненія ворсинокъ хоріона, которое прежде считалось миксоматознымъ перерожденіемъ (*Virchow*), но въ настоящее время этотъ взглядъ уже не выдерживаетъ критики. По *Marchand*'у ³⁾, пузырный заносъ есть результатъ *неправильнаго разрощенія ворсинокъ съ водяночнымъ разбуханіемъ* и некрозомъ. Между тѣмъ какъ поверхностные слои стромы ворсинокъ остаются сохранными, внутренніе слои разжижаются. Вслѣдствіе этого образуются *пузыри* въ несмѣтномъ количествѣ. Процессъ разрощенія охватываетъ преимущественно эпителий ворсинки (какъ *syncytium*, такъ и клеточковый слой *Langhans*'а). При этомъ образуется громадное множество эпителиальныхъ клетокъ мѣстами совершенно изолированныхъ, которыя проникають глубоко въ запоздалую отпадающую оболочку, даже въ мышечный слой матки, такъ что это вполне напоминаетъ разрастаніе какого нибудь новообразованія, и дѣло можетъ дойти до полнаго разрушенія *deciduae*. Если заболѣваніе наступитъ въ первыя недѣли беременности, то вся поверхность яйца можетъ подвергнуться перерожденію, и плодъ умираетъ. Въ другихъ же случаяхъ

¹⁾ *Chazan*, Centralbl. f. Gynäk. 1894, № 5.—*van der Hoeren*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.

²⁾ *Stoessel*, Centralbl. f. Gynäk. 1899, № 45.

³⁾ *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 32.

заболѣваніе бываетъ только частичное или ограничивается исключительно плацентой, и тогда плодъ можетъ сохраниться.

При нормальныхъ условіяхъ эпителиальныя клітки хоріона тоже проникаютъ въ запоздалую отпадающую оболочку, но при пузырномъ заносѣ этотъ процессъ принимаетъ громадныя размѣры. Клітки характеризуются своею значительною величиною и по вѣшнему виду отличаются отъ децидуальныхъ клітокъ.

Полное водяночное перерожденіе ворсинокъ спеціально называютъ *пузырнымъ заносомъ*. Все содержимое матки состоитъ изъ конгломерата такихъ пузырьковъ. Масса достигаетъ объема дѣтской головки и вѣситъ нѣсколько фунтовъ. Никакихъ остатковъ плода обыкновенно уже нельзя найти: тѣло умершаго плода всосалось безслѣдно. Иногда еще можно найти остатокъ пуповины или часть водной оболочки; въ другихъ случаяхъ, при частичномъ перерожденіи яйца, сохраняется и самый плодъ, но въ очень недостаточной степени развитія.

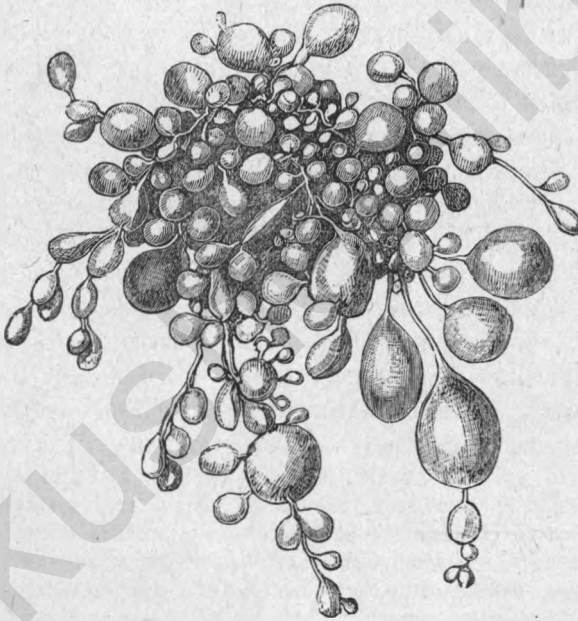


Рис. 80. Часть пузырнаго заноса. Натуральная величина. По препарату Геттингенской гинекологической клиники.

Пузырьки бываютъ весьма различнаго объема; нѣкоторые изъ нихъ достигаютъ размѣровъ крупной вишни. Они соединены между собою тонкими стебельками, идущими отъ одного пузырька къ другому. Стебельки представляютъ перерожденные части ворсинки. Если надрѣзать пузырекъ, то изъ него вытекаетъ совершенно прозрачная жидкость, содержащая альбуминъ и муцинъ.

Чрезвычайно опасны случаи такъ наз. *разрывающаго заноса*. При этомъ ворсинки и эпителиальныя массы особенно глубоко проникаютъ въ мускулатуру матки вплоть до серознаго покрова, такъ что стѣнка матки

чрезвычайно истончается. Здѣсь слѣдуетъ опасаться истеченія кровью и проробденія матки, особенно при оперативномъ вмѣшательствѣ.

Пузырный заносъ встрѣчается не часто. Относительно *этиологии* ничего достовѣрнаго не извѣстно. У многородящихъ это перерожденіе яйца встрѣчается чаще, чѣмъ у первородящихъ. Предрасположеніе къ заносу, повидимому, увеличивается съ возрастомъ женщины. Образованіе пузырнаго заноса наблюдалось даже въ возрастѣ 50—55 лѣтъ. Иногда случалось наблюдать повтореніе его у одной и той же женщины. Въ очень многихъ случаяхъ онъ сопровождается альбуминуріей и водянкой. Плодь, если онъ сохранился, какъ, напр., при частичномъ перерожденіи плаценты, часто также представляетъ явленія водянки.

Въ рѣдкихъ случаяхъ наряду съ пузырнымъ заносомъ находили не перерожденное яйцо [два раза—даже живого младенца ¹⁾].

Симптомы состоятъ въ необыкновенно быстромъ увеличеніи матки, серозномъ и кровянисто-серозномъ выдѣленіи изъ половыхъ путей, наконецъ—появляющихся повременамъ *обильныхъ кровотеченияхъ*. Въ концѣ концовъ, обыкновенно на 3—5-мъ мѣсяцѣ, при сильномъ выдѣленіи крови, наступаетъ *выкидышъ*.

Съ окончаніемъ выкидыша опасность для жизни матери далеко еще не устранена. Многочисленныя наблюденія новѣйшаго времени показываютъ, что къ пузырному заносу нерѣдко примыкаетъ *злокачественное новообразованіе* матки, которое исходитъ отъ клѣтокъ хоріона, проникшихъ въ отпадающую оболочку (карцинома хоріона). Это новообразование наблюдалось и послѣ обыкновеннаго выкидыша, но особенно часто послѣ пузырныхъ заносовъ, что вполне гармонируетъ съ проникновеніемъ громаднаго количества эпителиальныхъ клѣтокъ хоріона въ отпадающую оболочку при пузырномъ заносѣ. Новообразования эти чрезвычайно быстро даютъ метастазы и принадлежатъ къ самымъ злокачественнымъ, какія намъ извѣстны.

До недавняго времени думали, что эти опухоли исходятъ отъ отпадающей оболочки, и называли ихъ децидуомами. Но послѣ изслѣдованій *Marchand'*а едва-ли еще можетъ подлежать сомнѣнію, что онѣ имѣютъ эпителиальный характеръ и исходятъ отъ ворсистой оболочки. Играетъ-ли здѣсь существенную роль «*syncytium*» или клѣточный слой *Ladghans'*а и происходятъ-ли названныя опухоли и ихъ метастазы, смотря по истолкованію происхожденія самого *syncytium'*а, главнымъ образомъ отъ матери или плода,—это еще служитъ предметомъ спора. Названіе хоріома (*malignum*) впервые было предложено для обезначенія этихъ новообразованій моимъ ассистентомъ *Apfelstedt'*омъ. *Waldeyer* теперь снова предлагаетъ это названіе. См. *Apfelstedt* и *Aschoff*, Arch. f. Gynäk. Bd. 50. *Waldeyer*, Das Becken. 1899, стр. 166. *Marchand*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1. Zeitschr. f. Geburtsh. f. u. Gynäk. Bd. 39. Centralbl. f. Gynäk. 1898. *J. Veit*, Handbuch. d. Gynäk. Bd. 3. 1899. (Литература). *Poten u. Vassmer*, Arch. f. Gynäk. Bd. 61.

Распознаваніе пузырнаго заноса можетъ быть во многихъ случаяхъ поставлено съ нѣкоторою положительностью. Пеноormalно большой объемъ матки, не соответствующій мѣсяцу прекращенія регулъ, затѣмъ отсутствіе

¹⁾ См. *Turazza*, Centralbl. f. Gynäk. 1893, № 41.—*Kehrer*, Arch. f. Gynäk. Bd. 45.

частей плода и сердечныхъ тоновъ его, наконецъ—мягкая консистенція матки при отсутствіи флюктуаціи служатъ довольно характеристическими признаками этой аномалии. Напр., на 3-мъ мѣсяцѣ беременности дно матки можетъ уже находиться на разстояніи ладони выше пупка. Если при такихъ обстоятельствахъ существуетъ кровянисто-серозное выдѣленіе изъ половыхъ путей и если, наконецъ, появляются повторныя кровотеченія, то діагнозъ становится въ высшей степени вѣроятнымъ. Присутствіе отековъ и содержаніе бѣлка въ мочѣ подкрѣпляютъ діагнозъ. Если въ излившейся крови найдены отдѣльные пузырьки заноса, то діагнозъ оказывается уже въ всякаго сомнѣнія. Если начался выкидышъ, то при ощупываніи пальцемъ находятъ въ маточномъ зѣвѣ вмѣсто плоднаго пузыря мягкія губчатая массы и многочисленныя кровяныя сгустки.

Предсказаніе серьезно. Кровотеченія во время родовъ весьма обильны и могутъ повлечь за собою смерть роженицы. Кромѣ того, можно опасаться и послѣродовыхъ кровотеченій, обусловленныхъ задержкою пузырчатыхъ массъ или узурою матки.

Возможность слѣдующаго развитія новообразованія тоже вліяетъ на предсказаніе неблагоприятно.

При *леченіи* необходимо придерживатся того руководящаго принципа, что слѣдуетъ выжидать *самопроизвольнаго изгнанія* пузырнаго заноса. Кровотеченія въ первое время уменьшаются горячими спринцеваніями, а если они становятся очень обильными, то ихъ останавливаютъ посредствомъ плотной тампонаціи влагалища іодоформною ватой. Если маточный зѣвъ вполне проходимъ для одного пальца, то въ такомъ случаѣ большіе приемы спорыны несомнѣнно ускоряютъ самопроизвольное изгнаніе заноса. Если часть заноса находится уже во влагалищѣ, то не слѣдуетъ его трогать, а нужно попытаться осторожнымъ выжиманіемъ ускорить изгнаніе всей массы за одинъ разъ. Послѣ изгнанія пузырнаго заноса должно давать обычныя средства, способствующія удовлетворительному сокращенію матки. Промываній матки слѣдуетъ абсолютно избѣгать, такъ какъ при нихъ встрѣчались уже случаи внезапной смерти. Если бы въ маткѣ были задержаны небольшіе остатки заноса, то они извергаются сами собою въ послѣродовомъ періодѣ.

Мы высказываемся противъ регулярнаго примѣненія активныхъ дѣйствій въ дѣлѣ леченія пузырнаго заноса, какъ это рекомендуютъ нѣкоторые акушеры, и полагаемъ, что активное вмѣшательство необходимо только при особыхъ показаніяхъ.

Если, напр., несмотря на хорошую тампонацію, кровотеченія принимаютъ угрожающіе для жизни размѣры, а изгнаніе заноса не наступаетъ, то при такихъ обстоятельствахъ, пожалуй, оправдывается удаленіе его ручными приемами. Обыкновенно удается извлечь заносъ изъ матки только по частямъ и при этомъ остатки его легко могутъ остаться неудаленными. Если заносъ имѣетъ разѣдающія свойства, которыхъ, конечно, нельзя распознать впередъ, то можно опасаться *разрыва матки*. Уда-

лать заносъ изъ полости матки посредствомъ инструментовъ ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ.

Если же кровотеченія достигаютъ очень большихъ размѣровъ при закрытомъ еще маточномъ звѣѣ, то можно попытаться ускорить раскрытіе его посредствомъ тампонаціи первикального канала іодоформною марлею.

Родильный періодъ требуетъ тщательнаго контроля, и если возможно, то женщина еще въ теченіе мѣсяцевъ или болѣе продолжительнаго срока по окончаніи родильнаго періода должна быть предметомъ врачебнаго наблюденія, съ цѣлью удостовѣриться, не развивается-ли новообразованіе.

Частичное водяночное перерожденіе обыкновенно констатируется только на извергнутомъ абортивномъ яйцѣ. Кровотеченія при этомъ бываютъ менѣе обильны, и вся масса яйца менѣе велика. Если водяночное перерожденіе ограничивается плацентой, то, смотря по обширности заболѣванія, плодъ рано или поздно умираетъ, или рождается живымъ. Часто наблюдается водянка самого плода. Диагнозъ во время родовъ едва-ли возможенъ. Роды въ большинствѣ случаевъ проходятъ безъ кровотеченія.

3. Чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости. *Hydramnion*.

Количество околоплодной жидкости даже при нормальныхъ условіяхъ бываетъ весьма неодинаковое. Если оно превышаетъ 1—1½ литра, то результатомъ этого могутъ явиться аномаліи во время беременности и родового акта. Это патологическое состояніе обозначаютъ подъ именемъ *hydramnion*. Количество околоплодной жидкости можетъ быть громадное: иногда оно доходило до 30 фунтовъ и еще болѣе. Накопленіе ея происходитъ въ большинствѣ случаевъ постепенно, тогда какъ быстрое накопленіе наблюдается болѣе рѣдко (острый *hydramnion*).

Причины этой аномаліи еще не вполне извѣстны ¹⁾. Нѣкоторые случаи могутъ быть объяснены аномаліями плода, напр., незарощеніемъ сосудовъ *Jungbluth*'а, разстройствомъ кровообращенія въ области пупочной вены (служеніе просвѣта, многочисленныя скручиванія), заболѣваніями печени и обильнымъ выдѣленіемъ мочи плода. *Hydramnion* часто сопутствуется водянкою плода, а въ особенности—сросшимися двойнями. Вліяніе матери на увеличеніе количества околоплодной жидкости при разстройствахъ ея кровообращенія, ведущихъ къ водянкѣ, вполне понятно. Возможно также, что нѣкоторую роль въ этиологіи этой аномаліи играетъ недостаточное или совершенно отсутствующее всасываніе околоплодной жидкости, отдѣляемой въ *нормальномъ* количествѣ.

Hydramnion встрѣчается чаще у многородящихъ, чѣмъ у первородящихъ.

Во время беременности механическія разстройства часто неприятнымъ образомъ усиливаются подъ вліяніемъ чрезмѣрнаго скопленія околоплодной жидкости; роды нерѣдко наступаютъ на нѣсколько недѣль раньше срока.

¹⁾ См. *Wilson*, *Americ. Journ. of Obstet.* Vol. XX. 1887.—См. также *Opitz*, *Centralbl. f. Gynäk.* 1898. № 21.

Плодь, благодаря чрезмѣрной своей подвижности, часто принимаетъ ненормальное положеніе и членорасположеніе. Во время родовъ періодъ раскрытія отличается слабыми потугами, подобно тому какъ при двойняхъ. Послѣ разрыва плоднаго пузыря легко можетъ наступить выпаденіе одной изъ конечностей или пуповины рядомъ съ подвижно-предлежащею частью плода. Въ послѣродовомъ періодѣ сравнительно часто наблюдаются атоническія кровотечения.

Распознаваніе въ болѣе интенсивныхъ случаяхъ представляется легкимъ. Чрезмѣрно большой объемъ живота, болѣе круглая форма матки и сильное напряженіе ея стѣнокъ указываютъ на увеличеніе содержимаго. Очень явственная флюктуация въ области матки и трудность прощупыванія частей плода и нахожденія сердечныхъ тоновъ свидѣтельствуютъ о томъ, что увеличеніе содержимаго должно быть отнесено на счетъ околоплодной жидкости.

Леченіе. Если субъективные симптомы беременности, особенно со стороны легкихъ (обусловленные оттѣсненіемъ діафрагмы вверхъ), принимаютъ дѣйствительно угрожающіе размѣры, то необходимо искусственнымъ образомъ вызвать роды; въ противномъ же случаѣ нужно стараться облегчить эти симптомы соблюденіемъ покоя и ношеніемъ брюшнаго пояса.

Во время родовъ, если періодъ раскрытія идетъ очень медленно, мы должны въ моментъ пережки между потугами разорвать плодный пузырь выше маточнаго зѣва, какъ только послѣдній сдѣлался проходимымъ для руки. Околоплодная жидкость послѣ этого вытекаетъ медленно, и подвижная въ большинствѣ случаевъ головка можетъ постепенно приспособиться къ нижнему сегменту матки. Послѣ истеченія околоплодной жидкости усиливающіяся потуги въ большинствѣ случаевъ быстро приводятъ роды къ окончанію. Если при искусственномъ разрывѣ плоднаго пузыря выпала пуповина, то слѣдуетъ немедленно окончить роды посредствомъ поворота и извлеченія.

Острый hydramnion встрѣчается обыкновенно при двойняхъ, образовавшихся изъ одного яйца. При этомъ почти всегда одинъ изъ близнецовъ имѣетъ нормальное или даже уменьшенное количество околоплодной жидкости, тогда какъ амниотическій мѣшокъ другого близнеца содержитъ околоплодную жидкость въ чрезвычайно большомъ количествѣ, а въ то же время сердце и почки этого плода представляются замѣтно гипертрофированными.

Въ этихъ случаяхъ количество околоплодной жидкости увеличивается очень быстро, такъ что окружность живота можетъ уже на 5-мъ мѣсяцѣ беременности дойти до 100 см. и болѣе. Обыкновенно дѣло кончается выкидышемъ или преждевременными родами. Такъ какъ прощупать части плода и услышать сердечные тоны удастся лишь съ трудомъ, а во многихъ случаяхъ даже совсѣмъ не удастся, то существуетъ возможность смѣшать это состояніе съ кистою яичника. Но всѣ сомнѣнія устраняются анамнезомъ и тщательнымъ изслѣдованіемъ въ наркозѣ, которое даетъ возмож-

ность доказать, что кистовидная опухоль находится въ непосредственной связи съ влагалищною частью матки.

Лишь въ чрезвычайно рѣдкихъ случаяхъ наступаютъ, вслѣдствіе быстро увеличенія наполненной жидкостью матки, такія угрожающія явленія, что становится необходимымъ произвести искусственный выкидышъ.

Эти любопытныя особенности, встрѣчаемыя при сочетаніи *hydramnion*'а съ двойнями, подали поводъ къ возникновенію нѣсколькихъ интересныхъ теорій, которыя однако не дали удовлетворительнаго объясненія ¹⁾.

Урезмерно малое количество околоплодной жидкости можетъ вслѣдствіе ограниченія свободнаго мѣста въ маткѣ задержать ростъ отдѣльныхъ частей плода и измѣнить направленіе этого роста ²⁾. Относительнымъ недостаткомъ околоплодной жидкости объясняли возникновеніе врожденнаго *pes varus* (*Lücke*) и *pes valgus* (*Küstner*).

Возникновеніе т. н. *амниотическихъ связокъ* (Симонартовскія связки) тоже объяснялось слишкомъ малымъ количествомъ околоплодной жидкости въ первомъ періодѣ зародышевой жизни. Водная оболочка, прилегающая слишкомъ тѣсно къ плоду, мѣстами срастается съ нимъ. При дальнѣйшемъ ростѣ яйца и увеличеніи количества околоплодной жидкости, эти приросшія части водной оболочки вытягиваются въ видѣ нитей и шнурковъ, идущихъ отъ нея къ плоду. Этимъ нитямъ приписываютъ вліяніе на возникновеніе пороковъ развитія и дефектовъ (произвольныхъ ампутацій) плода. *Jacob Wolff* ³⁾ описываетъ одинъ случай такой внутриматочной произвольной ампутаціи верхнихъ конечностей съ полнымъ сохраненіемъ обусловившихъ ампутацію амниотическихъ нитей. Наблюдаемые въ рѣдкихъ случаяхъ дефекты кожи, большею частью на черепѣ, также приписываются сращенію амниотическаго шнурка съ головкою и наступающему въ заключеніе разрыву его [*Ahlfeld* ⁴⁾]. Впрочемъ, подобные шнурки могутъ также возникать вслѣдствіе разрыва водной оболочки во время беременности: водная оболочка при этомъ отслаивается отъ ворсястой и свертывается въ видѣ одного или нѣсколькихъ шнурковъ. Эти шнурки могутъ сдавливать пуповину и опять-таки повлечь за собою произвольныя ампутаціи членовъ [ручныхъ и ножныхъ пальцевъ.—*Küstner* ⁵⁾].

4. Аномаліи плаценты.

Между величиною *плаценты* и величиною *плода* обыкновенно существуетъ определенное соотношеніе (по *Gassner*'у—1 : 5,5). *Урезмерно большая плацента* встрѣчается при *hydramnion*, сифилисѣ, а также при мацерированномъ плодѣ. Въ этой *инертности* участвуютъ и *decidua serotina*, и *chorion*. При *hydramnion* нерѣдко еще присоединяется къ этому *отекъ* плаценты. Послѣ смерти плода во время беременности плацента нерѣдко еще продолжаетъ расти, получая въ первое время кровь отъ децидуальныхъ сосудовъ ⁶⁾.

Иногда встрѣчается одна или нѣсколько *прибавочныхъ плацентъ* (*placenta succenturiata*), которыя соединены съ главною плацентою посред-

¹⁾ См. *Küstner*. Arch. f. Gynäk. Bd. 21. *Schatz*, ebenda Bd. 30.

²⁾ *Jaggard*, Amer. Journ. of. obstetric. V. XXIX.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 60.

⁴⁾ Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. in Berlin. 1894.—R. *Friedrich*, Ueber Filamenta amni etc. Ducepr. Marburg 1897.

⁵⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 20.—P. *Strassmann*, Arch. f. Gynäk. Bd. 47.

⁶⁾ *Merttens*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 30.

ствомъ узкаго тканевого мостика или только посредствомъ сосудовъ. Образование этихъ прибавочныхъ плацентъ объясняется тѣмъ, что въ decidua reflexa сохранены сосудистыя ворсинки, вступающія въ соединеніе съ decidua vera. (О другихъ уклоненіяхъ формы плаценты см. *Hyrтl'*я, Die Blutgefäße der menschlichen Nachgeburt. 1870).

На внутренней сторонѣ послѣда, обращенной къ плоду, встрѣчаются иногда *кисты*. Возникновеніе ихъ объясняютъ различнымъ образомъ, а именно апоплексіями, водяночнымъ перерожденіемъ соединительной ткани, лежащей подъ ворсистою оболочкою [*Ahlfeld* ¹⁾], скливаніемъ ворсинокъ [*Феноменовъ* ²⁾].

Отложенія извести въ плацентѣ встрѣчаются очень часто, но не имѣютъ практическаго значенія. Известь отлагается какъ въ материнской, такъ и въ дѣтской части плаценты.

Опухоли плаценты встрѣчаются рѣдко. Онѣ обыкновенно сидятъ на сторонѣ, обращенной къ плоду, и часто вблизи пупочнаго канатика. Въ нихъ находятъ гипертрофію и гиперплазію соединительной ткани ворсистой оболочки и по большей части также обильное развитіе сосудовъ. Онѣ были описаны какъ фибромы и ангиомы ³⁾. *Myxoma fibrosum placentae* ⁴⁾ происходитъ, по *Virchow*'у, вслѣдствіе фибрознаго перерожденія слизисто-тканной основы отдѣльныхъ ворсинокъ. При этомъ образуются толстые твердые узлы, на которыхъ сидятъ болѣе мелкіе. При частичномъ перерожденіи плодъ нисколько не страдаетъ. По мнѣнію *Storch*'а ⁵⁾, этотъ процессъ представляетъ клѣточковую гиперплазію слизисто-тканной основы ворсинокъ (endochorion), происходящей изъ мочевого мѣшка, и имѣетъ свой исходный пунктъ въ эндометритѣ. Злокачественныя опухоли плаценты, если оставить въ сторонѣ описанныя уже хоріомы, не встрѣчаются.

Воспалительныя заболѣванія плаценты намъ еще мало извѣстны ⁶⁾. Изученіемъ этого труднаго и важнаго предмета занимались до сихъ поръ лишь немногіе изслѣдователи, причемъ результаты, полученные ими, отчасти сильно расходятся между собою.

Заболѣваніе можетъ имѣть свой исходный пунктъ въ материнской или дѣтской части плаценты. Но анатомическое измѣненіе одной изъ этихъ частей не остается безъ вліянія на другую, такъ что опредѣлить исходный пунктъ заболѣванія, въ случаѣ значительнаго развитія его, оказывается труднымъ.

Воспалительныя заболѣванія материнской части плаценты встрѣчаются въ сочетаніи съ эндометритомъ беременныхъ. По *Hegar*'у

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 11.

²⁾ ibid. Bd. 15. См. также: *Ehrendorfer*, Ueber Cysten u. cystoide Bildungen 1893. *De Jong*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 11.

³⁾ *Von der Feltz*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 11. *J. Veit*, Encyklop. d. Geburtsh. u. Gynäk. 1900. № 2, p. 200.

⁴⁾ См. *Steinbüchel*, Centralbl. f. Gynäk. 1892, № 25. *Merttens*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 31. *Albert*, Arch. f. Gynäk. 56.

⁵⁾ *Virchow's Arch.* Bd. 72.

⁶⁾ v. *Franqué*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 37 u. Encyklop. d. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2. 1900.

и *Maier*'у ¹⁾, происходит разрошеніе клітчныхъ элементовъ, которые въсплѣдствіи сморщиваются и своимъ давленіемъ убиваютъ ворсинки. Результатомъ этого можетъ быть неудовлетворительное развитіе плода или выкидышъ. Эндометриту запоздалой отпадающей оболочки приписывали также чрезмѣрно плотное соединеніе плаценты съ материнскою почвою, которое дѣлаетъ необходимымъ искусственное отдѣленіе послѣда.

Другое заболѣваніе плаценты, именно *periarteriitis fibrosa*, по мнѣнію *Maier*'а, имѣетъ свой исходный пунктъ въ *ворсинкахъ*. Оно ведетъ къ образованію плотныхъ сѣрвато-бѣлыхъ гнѣздъ.

Такія или подобныя имъ гнѣзда въ плацентѣ, подъ именемъ «*блѣлаго инфаркта*» (*Ackermann*), были въ послѣднее время предметомъ весьма оживленныхъ, но еще не законченныхъ преній.

Эти «*инфаркты*» ²⁾ представляютъ круглыя или овальныя, бѣловато-желтыя, нѣсколько твердыя участки весьма разнообразной величины (до нѣсколькихъ сантиметровъ), которые въ большемъ или меньшемъ числѣ обыкновенно помѣщаются тотчасъ подъ водною оболочкою. По *Ackermann*'у, они являются продуктомъ коагуляціоннаго некроза, образовавшагося въсплѣдствіе множественнаго періартерита. Но, по другимъ авторамъ (*Maier*), измѣненіе это имѣетъ свой исходный пунктъ въ отпадающей оболочкѣ. Мало того, по изслѣдованіямъ *Steffeck*'а ³⁾, весь процессъ совершается главнымъ образомъ въ отпадающей оболочкѣ. «Некротическій узелъ» представляетъ измѣненную децидуальную ткань. Ворсинки поражаются лишь вторичнымъ образомъ. По мнѣнію *Jacobsohn*'а ⁴⁾, дѣло здѣсь идетъ о гіалиновомъ перерожденіи *deciduae* съ послѣдующимъ некрозомъ ворсинокъ.

Эти измѣненія часто обнаруживаются въ формѣ *блѣватаго кольца*, шириною отъ одного до нѣсколькихъ сантиметровъ, на мѣстѣ прикрѣпленія яйцевыхъ оболочекъ къ послѣду (*placenta marginata*). Мнѣнія авторовъ объ этомъ процессѣ еще болѣе расходятся. Вѣроятно, этотъ «краевой инфарктъ» вызывается опять-таки эндометритомъ (*J. Veit*). По мнѣнію *Klein*'а ⁵⁾, *placenta marginata* представляетъ продуктъ утолщенія краевой части *deciduae reflexae*, существовавшего прежде нормальнымъ образомъ, но подъ вліяніемъ воспалительныхъ процессовъ (*Endometritis decidua*) въ значительной степени усилившагося.

Если вышеописанныя измѣненія плаценты очень распространены, то они могутъ повлечь за собою смерть плода во время беременности, *Cohn* и другіе объясняли такими инфарктами смерть плода при нефритѣ. Однако, не подлежатъ сомнѣнію, что при обширныхъ инфарктахъ и очень широкомъ бѣловатомъ кольцѣ на плацентѣ могутъ родиться не только слабо

1) *Virchow's Archiv*. Bd. 38 п. 45.

2) См. *v. Franqué*, p. 194.

3) *Hofmeier*, Die menschliche Placenta. 1890.—См. также: *v. Franqué*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 28.—*Merttens*, ibid. Bd. 31.

4) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 20.

5) *Hofmeier*, Die menschliche Placenta. 1890.

развития дѣти, но иногда даже вполне здоровыя, если беременная тоже совершенно здорова.

При *placenta marginata* часто встрѣчается задержка яйцевыхъ оболочекъ, обусловленная тѣмъ, что ворсистая оболочка легко отрывается отъ плаценты или что она слишкомъ крѣпко соединена съ отпадающею оболочкою.

Сифилитическія заболѣванія плаценты тоже еще недостаточно изучены. Заболѣванія *deciduae serotinae* при сифилисѣ матери описывались подъ именемъ *endometritis placentaris gummosa*. Но анатомическое изслѣдованіе ихъ дало результаты нѣсколько противорѣчивые. Повидимому, заболѣванія эти неоднократно смѣшивались съ такъ наз. бѣлымъ инфарктомъ. Гуммозныя опухоли въ большинствѣ случаевъ помѣщаются будто бы ближе къ маточной поверхности плаценты.

Сифилитическія заболѣванія дѣтской части плаценты представляютъ, по мнѣнію *Fränkel'*я ¹⁾, которому мы обязаны подробною работою по этому предмету, обезображивающее разрощеніе грануляціонныхъ клѣтокъ въ ворсистой оболочкѣ, которое ведетъ къ облитераціи сосудовъ и запусѣнію ворсинокъ, чѣмъ и объясняется смерть плода.

При осмотрѣ невооруженнымъ глазомъ сифилитическая плацента очень часто представляетъ замѣтныя отклоненія отъ нормы: въ сравненіи съ плохимъ развитіемъ плода она оказывается чрезмѣрно большою, тяжелою и нерѣдко имѣетъ слишкомъ плотную консистенцію.

Два случая бугорчатки плаценты описаны *F. Lehmann'*омъ ²⁾. Одна женщина умерла отъ просовидной бугорчатки, а другая—отъ хронической легочной и гортанной чахотки. Плаценты обнаруживали отчасти сѣрые узелки, величиною съ просяное зерно, а отчасти творожистые узлы, въ которыхъ были найдены бугорковые палочки.

5. Аномалии пуповины.

При *insertio velamentosa* пуповина прикрѣпляется на нѣкоторомъ разстояніи отъ края плаценты къ яйцевымъ оболочкамъ, послѣ чего пупочные сосуды дѣлятся на вѣтви, которыя затѣмъ проходятъ между яйцевыми оболочками къ плацентѣ. *Insertio velamentosa* чаще всего встрѣчается при предлежаніи послѣдла и при многократныхъ беременностяхъ. Иногда близнецы представляютъ эту ненормальную *insertio*. Если бы случайнымъ образомъ оказалось, что эта именно часть яйцевыхъ оболочекъ, снабженная пупочными сосудами, вставилась въ видѣ плоднаго пузыря, то при разрывѣ послѣдняго можетъ произойти *разрывъ кровеноснаго сосуда*, и младенецъ можетъ *истечь кровью* ³⁾.

Диагнозъ этой аномалии, составляющей, конечно, далеко не обыкновенное явленіе, можетъ быть поставленъ при цѣломъ еще пузырьѣ на основаніи

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 5.

²⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1893. № 9. Berlin. klin. Wochenschr. 1894. № 26.

³⁾ См. *P. Ruge*, Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäk. 1873. Bd. 2. Berlin.—*Leopold*, Arbeiten aus d. Frauenklinik zu Dresden. Bd. II, 1895. *Volland*. Tod des Kindes durch Zerreiſsung d. velamentös inserirenden Nabelschnur. Dissert. Marburg 1900.

того признака, что въ яйцевыхъ оболочкахъ прощупывается пульсирующій шнурокъ, біеніе котораго совпадаетъ съ сердечными тонами плода. Если наступило кровотеченіе, то, конечно, необходимо окончить роды какъ можно скорѣе. Поэтому нужно стараться сохранить плодный пузырь до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ не расширится настолько, чтобы сдѣлалось возможнымъ родоразрѣшеніе. Но и при пѣломъ еще пузырь можетъ возникнуть опасность для жизни младенца, благодаря тому, что головка при своемъ поступательномъ движеніи сдавливаетъ болѣе крупныя вѣтви пупочныхъ сосудовъ, и вслѣдствіе этого является асфиксія плода. Тщательное наблюденіе за сердечными тонами даетъ возможность опредѣлить своевременно это состояніе младенца.

При такъ наз. *истинныхъ узлахъ пуповины*, встрѣчающихся не особенно рѣдко, младенецъ можетъ уже во время беременности умереть отъ разстройствъ кровообращенія вслѣдствіе плотнаго затягиванія узла; но это бываетъ не часто.

Чѣмъ болѣе длинна пуповина, тѣмъ чаще встрѣчается *обвитіе* ея вокругъ тѣла плода. Длинна пуповины иногда достигала 160—190 см. Одинокое или многократное *обвитіе* пуповины вокругъ спинки, ручки, ножки, а особенно вокругъ шеи младенца, составляетъ обычное явленіе. На 3—4 случая родовъ встрѣчается 1 случай обвитія пуповины.

Какъ только обвитіе пуповины будетъ замѣчено во время родового акта, оно должно быть устранено по тѣмъ способамъ, которые уже указаны нами при описаніи отдѣльныхъ положеній младенца. Но обвитіе пуповины вокругъ шеи можетъ еще до рожденія головки подвергнуть опасности жизнь младенца, благодаря тому, что при поступательномъ движеніи его петли пуповины стягиваются сильнѣе и вслѣдствіе этого разстраиваетъ кровообращеніе, или же благодаря тому, что она прижимается къ стѣнкамъ родового канала. Это послѣднее обстоятельство угрожаетъ младенцу особенною опасностью у первородящихъ ¹⁾.

Такъ какъ съ положительностью распознать обвитіе пуповины до рожденія обвитой части младенца невозможно, то въ виду этого обстоятельства мы всегда должны тщательно наблюдать за сердечными тонами младенца въ періодѣ изгнанія. Существующій шумъ пуповины можетъ, конечно, послужить основаніемъ къ тому, чтобы заподозрить обвитіе пуповины. Кромѣ того, діагностическимъ признакомъ обвитія пуповины нѣкоторые авторы считаютъ частое отхожденіе головки назадъ во время перемежки между потугами, соединенное съ выдѣленіемъ крови и очень болѣзненными потугами.

Послѣ рожденія головки, пуповина, сильно укороченная вслѣдствіе обвитія, можетъ произвести отслойку плаценты, а при неосторожномъ потягиваніи за пуповину можетъ быть произведенъ даже выворотъ матки.

¹⁾ *Bruttan*, Beiträge zur Lehre von den Nabelschnurumschlingungen. Dissertation. Dorpat 1890.

Смерть плода во время беременности вслѣдствіе обвитія пуповины встрѣчается рѣдко. При очень плотномъ обвитіи пуповины находили иногда слѣды странгуляціи. Внутриматочныя произвольныя ампутаціи конечностей плода тоже объясняются обвитіемъ пуповины.

Пуповина можетъ совершенно *отсутствовать*. Сосуды въ этомъ случаѣ направляются непосредственно къ плацентѣ, прилегающей къ животу младенца. Обыкновенно въ то же время существуютъ и другія аномаліи развитія плода. *Чрезвычайно короткая пуповина* наблюдается рѣдко. Она можетъ повлечь за собою преждевременную отслойку плаценты и выворотъ матки.

Разрывъ пуповины во время родовъ бываетъ рѣдко, но все-таки безспорно наблюдался [*Winckel* ¹⁾]. Кроме того, *разрывы пуповины* могутъ случаться при очень быстрыхъ родахъ, если младенецъ упадетъ на полъ. Если онъ рождается жизнеспособнымъ, то, въ виду вышеизложеннаго, значительнаго кровотеченія при этомъ разрывѣ обыкновенно не происходитъ.

Скручиваніе пуповины происходитъ въ большинствѣ случаевъ лишь послѣ смерти плода. Оно помѣщается обыкновенно на наружномъ концѣ пуповины и часто встрѣчается при мацерированномъ плодѣ. Но тѣ скручиванія пуповины, которыя не могутъ быть выпрямлены, которыя, слѣдовательно, фиксированы тканевыми измѣненіями, происходить, по мнѣнію *Küstner'a* ²⁾, еще при жизни плода и составляютъ причину его смерти.

Суженія сосудов пуповины, а въ особенности пупочной вены, описывались неоднократно (*Oedmannson*, *Winckel*). По мнѣнію *Birch-Hirschfeld'a*, они составляютъ продуктъ наследственнаго сифилиса. *Leopold* ³⁾ описалъ одинъ случай суженія пупочной вены, въ которомъ сифилисъ безусловно исключался; при этомъ во время родовъ былъ констатированъ сильный шумъ пуповины; кроме того, существовалъ еще *hydramnion*.

О выпаденіи пуповины см. въ Патологіи родовъ.

6. Смерть плода во время беременности.

Если плодъ умеръ во время беременности, то, отъ какой бы причины это ни произошло, онъ продѣлываетъ въ маткѣ процессъ, который мы, за неимѣніемъ лучшаго слова, называемъ *мацерацией*. Мацерированный плодъ рождается черезъ нѣсколько дней или недѣль, рѣдко спустя нѣсколько мѣсяцевъ.

Симптомы внутриматочной смерти плода уже рассмотрѣны въ діагностикѣ беременности.

Мацерация состоитъ въ пропитываніи тканей мертваго плода околоплодною жидкостью и жидкими составными частями крови. Химическіе процессы, несомнѣнно совершающіеся при этомъ превращеніи, до сихъ поръ еще совершенно не выяснены. Безспорнымъ остается лишь тотъ фактъ, что процесса гніенія, въ собственномъ смыслѣ этого слова, здѣсь не существуетъ, да и не можетъ существовать, такъ какъ воздухъ съ находящимися въ немъ возбудителями гніенія не имѣетъ возможности проникнуть къ плоду чрезъ замкнутую яйцевую перепонку. Соответственно

¹⁾ См. также *Albert*, Arch. f. Gynäk. Bd. 56.—*Ahlfeld*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 36.

²⁾ *P. Müller*, Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. 1889.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 8.

этому, въ мацерированномъ плодѣ и окружающей его околоплодной жидкости никогда не находили продуктовъ гніенія, а въ особенности—газовъ.

Въ первыя недѣли беременности мацерация можетъ повести къ *полному всасыванію тѣла плода*, такъ что въ яйцѣ оказываются лишь незначительныя остатки его, или онъ даже исчезаетъ безслѣдно, какъ, напр., при пузырномъ заносѣ.

Но въ болѣе позднія недѣли беременности плодъ сохраняется и, благодаря пропитыванію жидкостью, принимаетъ рыхлую консистенцію и грязное окрашиваніе [*foetus sanguinolentus* ¹⁾]. Дряблѣе тѣло плода легко сплющивается. Верхняя кожица приподнята въ видѣ пузырьковъ и на нѣкоторыхъ мѣстахъ отслаивается цѣлыми лоскутами, такъ что краснобурая кожа (*corium*) совершенно обнажена. Пуповина представляется разбухшею, гладкою и имѣетъ бурый цвѣтъ. Черепныя кости свободно болтаются въ своихъ соединеніяхъ, мягкіе покровы головы часто бываютъ пропитаны кровянистою жидкостью. Серозныя полости наполнены кровянисто-сывороточною жидкостью въ различномъ количествѣ. Внутренніе органы представляются разбухшими и очень рыхлыми, ткань ихъ потеряла свою структуру и находится въ состояніи зернистаго помутнѣнія. Мышечная ткань и легкія долше всего противостоятъ этому процессу, причѣмъ послѣднія еще могутъ быть расширены вдуваніемъ воздуха. Головной мозгъ размягченъ въ видѣ кашицеобразной массы и при вскрытіи черепной полости расплывается. Мацерированный плодъ и, въ особенности, внутренніе органы его, а изъ нихъ преимущественно головной мозгъ, издаютъ своеобразный запахъ. Околоплодная жидкость представляется мутною и окрашена въ буроватый цвѣтъ вслѣдствіе примѣси трансудировавшихъ составныхъ частей крови и выдѣляющагося нерѣдко передъ смертію плода первороднаго кала. Яйцевыя оболочки всегда остаются сохранными до наступленія родовъ.

Эти измѣненія идутъ иногда быстро, иногда болѣе медленно, такъ что по степени мацерации нельзя заключить о времени наступленія смерти плода. Но нѣкоторую точку опоры для рѣшенія этого вопроса намъ даетъ красноватое окрашиваніе хрусталика и стекловиднаго тѣла. Последнее всегда окрашивается раньше хрусталика ²⁾. Можно вообще принять, что при прозрачныхъ преломляющихъ средахъ, плодъ родился спустя очень короткое время послѣ своей смерти, при окрашиваніи стекловиднаго тѣла—по прошествіи 8—14 дней, смотря по степени этого окрашиванія, и, наконецъ, при окрашенномъ уже хрусталикѣ—не менѣе какъ черезъ 14 дней послѣ смерти.

Гораздо рѣже умершій плодъ не мацеруется, а *сморщивается, мумифицируется*. Ткани его въ этомъ случаѣ представляются совершенно сухими, какъ-бы дублеными, и количество околоплодной жидкости

¹⁾ *Carl Ruge, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.*

²⁾ См. *Sentex, Des altérations, que subit le foetus après sa mort etc. Paris 1868.—Runge, Berl. klin. Wochenschr. 1882. № 34.*

обыкновенно бываетъ уменьшено. Процессъ *мумификаціи* встрѣчается въ особенности у умершаго близнеца (при двойняхъ), или же въ томъ случаѣ, если смерть плода во время беременности наступила вслѣдствіе обвитія пуповины. Было высказано мнѣніе, что болѣе медленный родъ смерти обыкновенно ведетъ къ мумификаціи плода. Мумифицированный плодъ, подобно мацерированному, рождается по простествіи въ некоторомъ времени, и только при беременности двойнями изгнаніе его происходитъ обыкновенно лишь во время рожденія живого близнеца.

Причина смерти плода во время беременности можетъ быть обнаружена анатомическимъ вскрытіемъ только при заболѣваніи его сифилисомъ или оспою и при порокахъ его развитія. 70—80 % всѣхъ мацерированныхъ плодовъ представляютъ признаки сифилиса.

Такъ какъ присутствіе мацерированнаго или мумифицированнаго плода не сопряжено съ опасностью для беременной, а изгнаніе его почти всегда происходитъ само собою черезъ короткое время, то объ искусственномъ возбужденіи родового акта, съ цѣлью удаленія мертваго плода изъ тѣла матери, не можетъ быть рѣчи.

Задержка умершаго плода въ полости матки до нормальнаго конца беременности встрѣчается чрезвычайно рѣдко, если оставимъ въ сторонѣ тѣ случаи, когда дѣло идетъ о мумифицированномъ близнецѣ (при двойняхъ). Еще гораздо болѣе рѣдки тѣ случаи, когда мертвый плодъ задерживается въ полости матки *дольше нормальнаго срока беременности*¹⁾. Къ тому времени, когда должны наступить срочные роды, появляются потуги, которыя однако не приводятъ къ изгнанію плода (*missed labour, Oldham. Travail manqué*). Плодъ мумифицируется и затѣмъ постепенно отходитъ по частямъ при явленіяхъ нагноенія, или же онъ превращается въ *lithoracéion*. Значительное большинство тѣхъ случаевъ, которые были описаны подъ названіемъ «*missed labour*», несомнѣнно представляли внѣматочную беременность или беременность въ закрытомъ прибавочномъ рогѣ матки [*Müller*²⁾].

VI. Преждевременное прекращеніе беременности.

(Выкидышъ, преждевременные роды).

Выкидышемъ мы называемъ преждевременное изгнаніе плода въ первыя 28 недѣль беременности. Родившійся плодъ не жизнеспособенъ.

Преждевременными родами называется прекращеніе беременности между 8-мъ и 10-мъ мѣсяцами. При благоприятныхъ обстоятельствахъ плодъ можетъ быть сохраненъ живымъ. Предсказаніе для него тѣмъ болѣе благоприятно, чѣмъ ближе къ нормальному сроку беременности онъ появился на свѣтъ.

Выкидыши подраздѣляются, въ свою очередь, на двѣ группы. Если выкидышъ наступилъ раньше, чѣмъ завершилось образованіе плаценты (на 1—4 мѣсяцѣ), то онъ всегда сопровождается болѣе или менѣе сильнымъ кровотеченіемъ. Если же выкидышъ наступилъ послѣ образованія плаценты, то онъ протекаетъ по типу срочныхъ родовъ:

¹⁾ См. *Goth. Arch. f. Gynäk.* Bd. 32. *Resnikow*, Centralbl. f. Gynäk. 1895. № 9.

²⁾ De la grossesse utérine prolongée indéliniment etc. Paris 1878.

образуется плодный пузырь, который разрывается, затѣмъ рождается плодъ и, наконецъ, изгоняется плацента вмѣстѣ съ оболочками. Промежуточные переходы между этими двумя формами встрѣчаются на 4—5-мъ мѣсяцѣ беременности.

Мы различаемъ при преждевременномъ прекращеніи беременности *два большія этиологическія группы*.

1. Смерть плода. Съ причинами ея мы уже познакомились въ предыдущихъ главахъ. Она вызывается:
 - а) Непосредственнымъ перенесеніемъ болѣзни отъ матери къ плоду чрезъ зараженіе путемъ зачатія или чрезъ плацентарное зараженіе,—сифилисъ, оспа и т. д.
 - б) Болѣзненными симптомами, нарушающими дыханіе и питаніе плода; грозящая асфиксія матери, сильное патеніе кровяного давленія, высокая лихорадка.
 - в) Аномалиями яйца и его оболочекъ: эндометритъ, пузырьный заносъ, заболѣванія плаценты, аномаліи пуповины, пороки развитія плода.
2. Болѣзни матери и яйца, которыя, не создавая въ первое время никакой опасности для жизни плода, могутъ непосредственно вызвать родовую дѣятельность.
 - а) Угрожающіе симптомы, обусловленные болѣзью матери: лихорадка, недостаточная вентиляція крови, острая анемія.
 - б) Аномаліи половыхъ органовъ; искривленіе матки взадъ, опухоли, рубцы или сращенія, задерживающія ростъ матки.
 - в) Аномаліи яйца и его оболочекъ: эндометритъ, прикрѣпленіе плаценты на ненормальномъ мѣстѣ, hydramnion, двойни.
 - д) Травматическія поврежденія, умышленное вытравленіе плода, душевныя волненія, лекарственныя вещества.

Трипперъ женщины, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, играетъ большую роль въ ряду болѣзней, могущихъ вызвать преждевременное прекращеніе беременности (*Sänger, Nöggerath, Fehling*); но этотъ взглядъ не остался безъ возраженій. О трипперѣ во время беременности см. выше. Ср. также главу «Трипперъ въ родильномъ періодѣ».

Этіологія навѣрно еще этимъ не исчерпывается. Нѣкоторые случаи преждевременнаго прекращенія беременности остаются въ этиологическомъ отношеніи необъяснимыми, несмотря на тщательное клиническое наблюденіе и анатомическое изслѣдованіе яйца.

Травматическія поврежденія могутъ дѣйствовать прямо или косвенно. Сильныя сотрясенія тѣла влѣдствіе паденія, удара и т. д., сильныя напряженія брюшнаго пресса при подниманіи большихъ тяжестей могутъ, особенно въ первые мѣсяцы беременности, повлечь за собою кровоизліянія въ яйцевыя оболочки и отслоуку яйца, а въ послѣдніе мѣсяцы, хотя и значительно рѣже, отслоуку плаценты.

Раненія и хирургическія операціи на половыхъ частяхъ или на болѣе отдаленныхъ органахъ могутъ оказывать неблагоприятное дѣйствіе косвен-

нымъ путемъ. Сюда же принадлежит вредное вліяніе, приписываемое горячимъ ножнымъ и пояснымъ ваннамъ, частому и слишкомъ бурному совокупленію. Сильное душевное волненіе, а въ особенности испугъ, составляетъ хотя и рѣдкій, но едва-ли подлежащій какому нибудь сомнѣнію этиологическій моментъ.

Подъ вліяніемъ *лекарственныхъ веществъ* (Secale, Sabina, Aloë и т. д.) преждевременное прекращеніе беременности наступаетъ обыкновенно лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда они употреблялись въ токсическихъ дозахъ, такъ что изгнаніе плода должно здѣсь считаться не результатомъ специфическаго дѣйствія лекарства, а только частнымъ явленіемъ отравленія. Средствъ, которыя прямо вызывали бы смерть плода, не причиняя никакого ущерба матери, мы не знаемъ. Интересно то наблюденіе, что при хроническомъ свинцовомъ отравленіи очень часто наступаетъ преждевременное прекращеніе беременности, обыкновенно предшествуемое смертью плода. О выкидышѣ у морфинистокъ см. выше.

Наконецъ, необходимо признать, что возбудимость матки у отдѣльныхъ женщинъ чрезвычайно неодинакова: у нѣкоторыхъ женщинъ выкидышъ и преждевременные роды вызываются такими незначительными причинами, которыя у другихъ не приносятъ никакого вреда.

Механическія средства, могущія искусственнымъ образомъ вызвать преждевременное изгнаніе плода, уже разсмотрѣны нами въ главѣ объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

Преждевременное прекращеніе беременности или смерть плода въ полости матки называются „*привычными*“, если они повторяются у той же женщины въ теченіе нѣсколькихъ беременностей, приблизительно въ одно и то же время. Явленіе это вполнѣ объясняется продолжающимся дѣйствіемъ той самой причины, которая вызвала преждевременное прекращеніе беременности въ первый разъ.

Преждевременное прекращеніе беременности наблюдается *нерѣдко*. Выкидышъ въ первые мѣсяцы беременности составляетъ чрезвычайно частое явленіе, и притомъ гораздо болѣе частое, чѣмъ преждевременные роды. Но привести для этого точныя цифровыя данныя невозможно, такъ какъ большинство выкидышей на первомъ и второмъ мѣсяцѣ совершенно не доходятъ до свѣдѣнія врача, и сама женщина часто полагаетъ, что дѣло идетъ только объ усиленной менструаціи. У многородящихъ выкидышъ наблюдается гораздо чаще, чѣмъ у первородящихъ.

Теченіе и терапія выкидыша въ первые 4 мѣсяца беременности.

Выкидышъ не всегда наступаетъ тотчасъ вслѣдъ за вызывающею его причиною; часто, напротивъ того, особенно при первичной смерти плода, еще совершаются въ яйцѣ *процессы, которые вызываютъ выкидышъ болѣе медленно*. Вслѣдствіе разрыва сосудовъ отпадающей оболочки происходятъ болѣе или менѣе многочисленныя и обширныя кровоизліянія оболочки яйца, особенно въ запоздалую отпадающую оболочку, которыя

обезображиваютъ и отчасти разрушаютъ яйцо, но обыкновенно увеличиваютъ его объемъ. Подобнаго рода яйца называются *кровяными заносами*, а если кровоизліянія образовались уже за долгое время и вслѣдствіе этого успѣли уже нѣсколько поблѣднѣть, то яйцо называется *мясистымъ заносомъ*. Ворсинки, несмотря на то, что плодъ давнымъ-давно уже умеръ, часто еще продолжаютъ расти, особенно въ запоздалой отпадающей оболочкѣ, благодаря тому, что получаютъ питательный матеріалъ изъ материнской крови. Послѣ изгнанія сильно обезображеннаго яйца маленькая амниотическая полость, часто весьма сплюснутая, можетъ быть узнана по тому, что она выстлана гладкою перепонкою водной оболочки. Отсутствіе плода въ неразорванной полости яйца объясняется процессами мацерации. При тщательномъ изслѣдованіи луною часто еще удается, впрочемъ, отличить остатки мертваго плода. Но въ другихъ случаяхъ находятъ чрезвычайно хорошо сохранившійся, свѣжій плодъ.

Но иногда выкидышъ наступаетъ *больше или меньше непосредственно вслѣдъ за вызвавшей его причиною*. При этомъ яйцо оказывается относительно свѣжимъ, и плодъ, въ большинствѣ случаевъ, представляется хорошо сохранившимся. Подобнаго рода яйца чрезвычайно пригодны для эмбриологическихъ изслѣдованій.

Плодъ *изгоняется* такимъ образомъ, что родовыя потуги отслаиваютъ яйцо въ области запоздалой отпадающей оболочки и проталкиваютъ его внизъ по направленію къ цервикальному каналу. Изъ обнаженныхъ при этомъ сосудовъ вытекаетъ кровь въ обильномъ количествѣ. Отслоившееся яйцо тянетъ за собою довольно толстую въ это время decid. vagam, которая отслаивается по направленію сверху внизъ и выворачивается наружу [*Dührssen* ¹⁾]. При этомъ процессѣ почти всегда обрывается значительная часть deciduae, которая послѣ рожденія яйца остается въ маткѣ вмѣстѣ съ отдѣльными частями ворсистой оболочки или безъ таковыхъ. Само яйцо можетъ при изгнаніи плода сохраниться въ цѣлости или разорваться. Въ послѣднемъ случаѣ плодъ выходитъ наружу, а затѣмъ оставшійся яйцевой мѣшокъ изгоняется обыкновенно нѣсколько медленнѣе.

Слѣдовательно, *выдѣленіе крови изъ матки составляетъ самый выдающійся симптомъ выкидыша* въ первые 3 — 4 мѣсяца беременности.

Въ первыя недѣли беременности выкидышъ протекаетъ подъ видомъ менструаціи, сопровождаемой болѣе сильными противъ обыкновеннаго болями и болѣе значительнымъ выдѣленіемъ крови. Яйцо, окруженное кровяными сгустками, отходитъ цѣликомъ или по частямъ. Маточный зѣвъ раскрывается мало, остатки яйца задерживаются въ маткѣ сравнительно рѣже или въ меньшемъ количествѣ. Женщина, въ виду незначительности симптомовъ, вовсе не обращается къ врачебной помощи и часто даже не подозреваетъ истиннаго положенія дѣла.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 31.

Въ концѣ второго и началѣ третьяго мѣсяца симптомы выкидыша становятся болѣе серьезными. Кровь выдѣляется въ значительномъ количествѣ; боли явно принимаютъ характеръ родовыхъ потугъ. Наступленію выкидыша часто предшествуютъ предвѣстники. Изъ родовыхъ путей выдѣляется кровянистая слизь. Беременная чувствуетъ себя дурно и жалуется повременамъ на боли въ крестцѣ. Кромѣ того, появляется незначительное кровотеченіе. Всѣ эти явленія могутъ тянуться недѣлями (*abortum imminens*); но въ нѣкоторыхъ случаяхъ они совершенно прекращаются и затѣмъ беременность продолжаетъ по прежнему идти впередъ. Обыкновенно, однако, спустя нѣкоторое время появляется значительное кровотеченіе, какъ признакъ начинающагося изгнанія плода. Боли въ крестцѣ усиливаются, маточный зѣвъ начинаетъ раскрываться, кровотеченіе становится все болѣе обильнымъ, яйцо подвигается впередъ, появляется въ маточномъ зѣвѣ и выпадаетъ, наконецъ, во влагалище, причемъ отпадающая оболочка обыкновенно обрывается и проскальзываетъ обратно въ полость матки. Кровотеченіе можетъ привести къ сильной анеміи; но опасностью жизни оно почти никогда не угрожаетъ, за исключеніемъ лишь тѣхъ случаевъ, когда беременная страдаетъ порокомъ сердца.

Послѣ полного выдѣленія яйца и отпадающей оболочки прекращается кровотеченіе и начинается родильный періодъ. Но если въ полости матки остались куски отпадающей оболочки и хоріона (*неполный выкидышъ*), то они могутъ въ послѣдующія недѣли весьма постепенно выдѣлиться сами собою при кровянисто-серозномъ истеченіи и повторныхъ кровотеченіяхъ; чаще, однако, они вызываютъ болѣе тяжелыя явленія, въ особенности если дѣло идетъ о задержкѣ болѣе крупныхъ, свободно болтающихся кусковъ яйцевыхъ оболочекъ. Инеродное содержимое мѣшаетъ крѣпкому сокращенію органа, вскрытые кровеносные сосуды тромбируются несовершеннo и уже при незначительныхъ поводахъ появляются сильныя кровотеченія. Свернувшаяся кровь осѣдаетъ на оставшіеся въ маткѣ куски отпадающей оболочки, вълѣдствіе чего инородное тѣло увеличивается въ объемъ (*фибринозный полипъ*), растягиваетъ полость матки и подаетъ поводъ къ дальнѣйшимъ кровотеченіямъ и потугообразнымъ болямъ.

Еще болѣе неблагоприятно *ихорозное распаденіе* остатковъ выкидыша, которое, впрочемъ, наступаетъ обыкновенно лишь въ томъ случаѣ, если была сдѣлана неудачная или не вполне удачная попытка удаленія ихъ посредствомъ пальца, введеннаго въ полость матки. *Начинающееся ихорозное разложеніе* и появляющаяся вскорѣ затѣмъ лихорадка обозначаютъ рѣшительный поворотъ въ теченіи выкидыша. Даже наилучшая терапия въ это время уже не всегда можетъ предотвратить смерть женщины отъ септицеміи.

Распознаваніе. Всякое кровотеченіе изъ половыхъ путей въ первой половинѣ беременности должно тотчасъ возбуждать подозрѣніе о начинающемся выкидышѣ. Другого рода кровотеченія въ это время встрѣчаются рѣдко. Они могутъ происходить изъ разорвавашагося варикознаго узла или

изъ новообразованій матки (полипъ, ракъ), и причина ихъ въ такомъ случаѣ легко можетъ быть опредѣлена. Если же дѣло идетъ о выкидышѣ, то изъ анамнеза оказывается, что за нѣкоторое время передъ тѣмъ прекратились регулы, и тогда нужно постараться выяснитъ тѣ причины, которыя могли послужить поводомъ къ выкидышу.

При изслѣдованіи находятъ увеличенную матку и другіе признаки беременности. Если изгнаніе яйца уже началось, то въ такомъ случаѣ присутствіе потугъ и раскрытіе маточнаго зѣва почти не оставляетъ никакого сомнѣнія насчетъ истиннаго положенія дѣла. Всякое сомнѣніе устраняется, если удалось прощупать яйцо въ маточномъ зѣвѣ. Конечно, здѣсь возможно смѣшать выкидышъ со слизистымъ полипомъ или стебельчатою міомою, находящимися въ раскрытомъ цервикальномъ каналѣ. Но мягкая консистенція матки и упругая консистенція яйца очень скоро выясняютъ истинное положеніе дѣла, хотя бы анамнезъ не далъ на этотъ счетъ никакихъ указаній. Если были выдѣлены тканевые элементы, то въ такомъ случаѣ изслѣдованіе ихъ выясняетъ діагнозъ. Рѣшетовидно продырявленная отпадающая оболочка и плавающая въ водѣ ворсинки хоріона могутъ быть узнаны уже невооруженнымъ глазомъ. Если же остается сомнѣніе, то оно можетъ быть разрѣшено микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Иногда бываетъ трудно рѣшить весьма важный въ практическомъ отношеніи вопросъ о томъ, остались-ли еще въ маткѣ послѣ выдѣленія яйца обрывки яйцевыхъ оболочекъ, или она совершенно опорожнилась отъ своего содержимаго. Продолжающееся или вновь появившееся выдѣленіе крови и легкая проходимость цервикальнаго канала для пальца свидѣтельствуютъ о задержкѣ остатковъ яйца, которые часто могутъ быть непосредственно прощупаны во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ или надъ нимъ. Чѣмъ болѣе широкъ маточный зѣвъ, тѣмъ вообще болѣе значительнъ объемъ задержанныхъ остатковъ выкидыша.

Предсказаніе. Если оставить въ сторонѣ печальную потерю продукта беременности, то выкидышъ представляетъ событіе, не угрожающее прямою опасностью жизни или здоровью женщины, коль скоро терапія его вполне цѣлесообразна. Въ противномъ же случаѣ онъ является обильнымъ источникомъ опасностей. Непосредственное зараженіе родовыхъ ранъ, или зараженіе ихъ, возникшее на почвѣ разложенія обрывковъ яйцевыхъ оболочекъ, ослабленіе организма постоянными кровотеченіями при неполномъ выкидышѣ и, наконецъ, многочисленныя гинекологическія страданія (эндометритъ, хроническій метритъ, периметритъ и т. д.), какъ послѣдствія выкидыша, встрѣчаются въ практикѣ почти повседневно. Причиной этого справедливо считаютъ отчасти то обстоятельство, что публика недостаточно понимаетъ значеніе выкидыша, а отчасти то, что врачи и повивальныя бабки нерѣдко дѣлаютъ погрѣшности при леченіи выкидыша. Наконецъ, еще одна причина заключается въ томъ печальномъ, но неоспоримомъ фактѣ, что многіе выкидыши, особенно въ большихъ городахъ, производятся съ преступною цѣлью людьми не посвященными въ медицину.

Профилактика отчасти совпадаетъ съ діететикою беременности. У женщинъ, имѣвшихъ уже однажды выкидышъ, задача врача состоитъ еще и въ томъ, чтобы опредѣлить и устранить причину выкидыша, такъ чтобы онъ впослѣдствіи не сдѣлался привычнымъ.

Терапія. Если грозитъ выкидышъ, то стараются его остановить спокойнымъ положеніемъ въ постели, прохладною температурою комнаты и употребленіемъ препаратовъ опія. Существующее искривленіе матки взадъ должно быть выпрямлено. Но, конечно, профилактика можетъ быть дѣйствительною лишь въ такомъ случаѣ, если плодъ еще живъ или если отсутствуютъ тяжелыя перерожденія или поврежденія яйца, которыя, напр. при сифилисѣ, могутъ быть только предполагаемы съ большимъ или меньшимъ вѣроятіемъ, но не всегда могутъ быть опредѣлены съ полною достоверностью.

Наоборотъ, если выкидышъ уже начался, то врачъ обязанъ тщательно наблюдать за его теченіемъ. Главная задача терапіи состоитъ при этомъ въ возможномъ ускореніи изгнанія яйца и въ уменьшеніи кровоточенія.

При не очень сильномъ кровоточеніи достаточно уже одного наблюденія за лежащею въ постели женщиной, наружныя половыя части которой должны быть очищены какъ во время родовъ. Если кровоточеніе дѣлается болѣе значительнымъ, то въ такомъ случаѣ полезны горячія спринцованія влагалища и большія дозы спорыни. Но при болѣе сильномъ кровоточеніи всегда слѣдуетъ производить плотную тампонацію влагалища іодоформною ватой. Тампонація останавливаетъ кровоточеніе и усиливаетъ потуги. По удаленіи тампона черезъ нѣсколько часовъ, часто находятъ позади его яйцо, уже опустившееся во влагалище. Въ противномъ же случаѣ снова тампонируютъ, и повторяютъ это до тѣхъ поръ, пока отдѣлившееся яйцо не выпадетъ въ маточный зѣвъ или во влагалище. При очень медленномъ раскрытіи маточнаго зѣва можно съ большою выгодой вложить іодоформную марлю въ цервикальный каналъ.

Если, несмотря на повторную тампонацію и достаточное раскрытіе маточнаго зѣва, изгнаніе яйца не наступаетъ, то можно попытаться ускорить его посредствомъ выжиманія. Комбинированнымъ давленіемъ снаружы и изнутри чрезъ передній сводъ влагалища (при наклоненіи матки взадъ — чрезъ задній сводъ) всегда удается вывести яйцо во влагалище, если оно уже вполне отдѣлилось отъ стѣнокъ матки. Если яйцо лежитъ уже въ цервикальномъ каналѣ и если оно нигдѣ уже не соединено со стѣнкою матки, то его удаляютъ посредствомъ пальца. Но введенія пальца въ полость матки слѣдуетъ вообще избѣгать.

Наоборотъ, если кровоточеніе уже достигло опасной степени или наступили процессы разложенія, обнаруживающіеся зловоннымъ истеченіемъ изъ половыхъ путей, или, наконецъ, если существуетъ *михорадка*, то слѣдуетъ немедленно приступить къ искусственному удаленію всего содержимаго полости матки. Эта операція вообще тождественна

съ ручнымъ удаленіемъ задержанныхъ остатковъ яйцевыхъ оболочекъ послѣ самопроизвольнаго изгнанія яйца, хотя въ виду незначительной обыкновенно ширины маточнаго зѣва или въ виду необходимости удаленія сравнительно большихъ остатковъ яйцевыхъ оболочекъ она можетъ представить гораздо болѣе значительныя техническія трудности (см. Терапію неполнаго выкидыша).

Противъ этой болѣе выжидательной и для многихъ, пожалуй, слишкомъ консервативной терапіи выкидыша обнаруживается въ новѣйшее время оппозиція, причѣмъ совѣтуютъ приступать къ ручному или инструментальному удаленію яйца немедленно, какъ только это дозволяетъ ширина маточнаго зѣва. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ рукахъ опытнаго врача, обладающаго хорошею техникою и очень много практиковавшагося въ подобнаго рода манипуляціяхъ, эта операція, при соблюденіи асептики, оказывается сравнительно легкою и не причиняетъ женщинѣ никакой опасности. Значительное въ большинствѣ случаевъ сокращеніе продолжительности выкидыша, достигаемое такимъ образомъ уменьшеніе потери крови и, наконецъ, то обстоятельство, что даже при выжидательномъ методѣ обыкновенно все-таки приходится въ концѣ концовъ прибѣгнуть къ внутриматочнымъ манипуляціямъ для удаленія остатковъ отпадающей ободочки, говорятъ въ пользу этого активнаго образа дѣйствій. Но его нельзя рекомендовать ни для начинающаго, ни для такого практическаго врача, который не имѣлъ случая приобрѣсти особенную техническую ловкость въ производствѣ этихъ манипуляцій. Искусственное освобожденіе матки отъ ея содержимаго *послѣ* выдѣленія главной массы яйца обыкновенно оказывается не труднымъ, благодаря тому, что полость матки вполне доступна и маточный зѣвъ широко раскрытъ; поэтому оно, подобно всѣмъ другимъ акушерскимъ операціямъ, можетъ быть совершенно спокойно вѣрено любому врачу. Наоборотъ, гораздо болѣе труднымъ оказывается удаленіе всего яйца при недостаточно еще раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, особенно если является необходимою прибѣгнуть къ инструменту (острая ложечка). Если эта операція будетъ произведена рукою не очень опытною, то въ полости матки легко могутъ быть оставлены отдѣльныя обрывки яйцевыхъ оболочекъ, которые, прійдя во время операціи въ соприкосновеніе съ воздухомъ, быстро затѣмъ подвергаются ихорозному распаденію.

Терапія неполнаго выкидыша.

Какъ только констатирована задержка обрывковъ яйцевыхъ оболочекъ послѣ произвольнаго выдѣленія яйца, необходимо тотчасъ же приступить къ искусственному удаленію ихъ.

Женщину кладутъ на поперечную кровать и хлороформируютъ до глубокаго наркоза; затѣмъ опорожняють мочевою пузырь посредствомъ катетера, очищаютъ наружныя половыя части мыломъ и карболовою кислотой, какъ при всякой другой операціи, и промываютъ влагалище.

Послѣ дезинфекціи рукъ операторъ прежде всего производитъ промываніе матки 2 % растворомъ карболовой кислоты или отварною водою, и притомъ всего лучше посредствомъ гибкаго оловяннаго наконечника. Уже при этомъ промываніи матки удаляются многіе обрывки яйцевыхъ оболочекъ.

Затѣмъ операторъ вводитъ 4 пальца одной руки глубоко во влагалище и проходитъ чрезъ цервикальный каналъ въ полость матки такимъ числомъ пальцевъ, какое можетъ быть введено при данной ширинѣ его

(обыкновенно только 1—2 пальца). После этого онъ кладетъ другую руку на животъ женщины и отдавливаетъ увеличенную матку по направлению къ оперирующей рукѣ. Введенные пальцы, обходя кругомъ обрывковъ яйцевыхъ оболочекъ, проникаютъ постепенно вверхъ до тѣхъ поръ, пока не осядутъ мѣсто ихъ прикрѣпленія. Если пальцы не могутъ достать этого мѣста, то нужно захватить переднюю губу маточнаго зѣва пулевыми щипцами и оттянуть матку вверхъ. Слегка поскребывающими движеніями пальцевъ операторъ отдѣляетъ обрывки яйцевыхъ оболочекъ отъ поверхности ихъ прикрѣпленія, затѣмъ они падаютъ свободно въ полость матки и посредствомъ вращательныхъ движеній проводятся чрезъ относительно узкій цервикальный каналъ. После этого вновь вводятъ пальцы, вымытые дезинфицирующимъ растворомъ, удаляютъ имѣющіеся еще остатки оболочекъ, или удостовѣряются въ томъ, что матка совершенно пуста. Мѣстонахожденіе запоздалой отпадающей оболочки, всегда нѣсколько неровное и шероховатое, очень ясно можетъ быть отлечено отъ другихъ частей слизистой оболочки. Затѣмъ снова производится промываніе матки, продолжаемое до тѣхъ поръ, пока жидкость не станетъ вытекать совершенно чистою.

По окончаніи операціи женщина должна 8 дней пролежать въ постели. Если удалены всѣ остатки оболочекъ, то количество послѣродового очищенія бываетъ весьма незначительное. Выдѣленія крови не наблюдается вовсе. *Предсказаніе совершенно благоприятно.*

Иначе обстоитъ дѣло, если содержимое матки уже перешло въ *ихорозное распаденіе*. Промываніе матки въ этомъ случаѣ производится болѣе крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты и повторяется въ теченіе болѣе долгаго времени послѣ операціи. *Предсказаніе сомнительно*, въ особенности если передъ производствомъ операціи уже существовала лихорадка. Черезъ короткое время послѣ операціи иногда появляется потрясающій ознобъ съ повышеніемъ температуры. Если ознобъ не повторяется и температура спустя короткое время опять падаетъ до нормы, то непосредственной опасности для женщины не существуетъ; ихорозныя массы подверглись всасыванію. Въ противномъ же случаѣ септической процессъ идетъ впередъ, и тогда необходимо прибѣгнуть къ соответствующему общему леченію (см. Патологію родильнаго періода). Если при этомъ обнаруживаются еще разстройства со стороны полости матки (обильное отдѣленіе, зловонный запахъ, кровотеченіе), то въ такомъ случаѣ умѣстны внутриматочныя смазыванія іодною настойкою.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда возможно ввести подъ хлороформомъ палецъ въ полость матки, слѣдуетъ избѣгать примѣненія острой ложечки. Въ виду рыхлости послѣродовой матки названный инструментъ оказывается очень опаснымъ, особенно въ рукахъ начинающаго врача; неоднократно происходили при этомъ раненія и прободенія матки. Совершенно непригоденъ для извлеченія яйцевыхъ остатковъ корнцангъ. Если поступать согласно этому принципу, то при выкидышѣ на 2—4-мъ мѣсяцѣ почти

всегда окажется возможным обойтись без помощи инструмента, за исключением лишь того случая, когда изгнание яйца произошло уже за несколько недель или месяцев, а продолжающиеся еще кровотечения требуют введения руки или инструмента в полость матки. Но так как маточный зев в это время обыкновенно бывает уже довольно узок, то нам остается выбор только между непосредственным применением острой ложечки и подготовительным расширением цервикального канала с помощью различных методов, изложение которых относится к области гинекологии.

О лечении острой анемии, наблюдаемой во время выкидыша или развивающейся после него, мы будем говорить в Патологии родов.

Преждевременное изгнание плода между 5-м и 10-м месяцами беременности.

По своему течению оно все больше и больше приближается, как мы уже сказали, к срочным родам.

Выделение крови до изгнания плода встречается только при преждевременной отслойке плаценты и при предлежании ее; в других же случаях оно всегда отсутствует.

Плод может родиться живым или мацерированным, незадолго умершим или умирающим. Иногда, в особенности на 5-м или 6-м месяце, извергается сразу все яйцо, т. е. плод вместе с плацентой и неповрежденными яйцевыми оболочками.

При лечении считается за основное правило, что следует выждать самопроизвольного изгнания всех частей яйца и только при наличии определенных показаний прибегать к оперативному вмешательству. Мацерированный плод, в виду его малого объема и мягкой консистенции, обыкновенно рождается очень быстро и никогда сам по себе не может служить показанием к оперативному вмешательству, так как при отсутствии всех признаков гниения он не причиняет матери никакой опасности. Разложение его после разрыва плодного пузыря принадлежит к величайшим редкостям. Плацента на 5—6-м месяце отслаивается иногда несколько труднее. Но все таки искусственное отделение ее лишь редко оказывается необходимым.

Недоношенный живой плод вообще может быть сохранен в живых лишь при таком условии, если он родился не раньше 8-го месяца (30 недель, 1500 гр.). Однако, опыт последних лет показал, что при рациональном диетическом режиме, особенно при применении согревательной ванночки, удается сохранить в живых большое число (по Tarnier — 30 %) даже таких новорожденных, которые весят 1000—1500 гр. ¹⁾ Справедливо говорить *Ahlfeld* ²⁾, что каждый ребенок, который вообще движется и дышит, должен быть рассматри-

¹⁾ См. *Laure*. Des résultats fournis par la pesée quotidienne etc. Thèse. Paris 1889.—*Piering*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 8.

ваемъ какъ существо, которое при хорошемъ уходѣ можетъ жить. Согласно этого принципа мы и должны дѣйствовать.

VII. Внѣматочная беременность.

При *внѣматочной (эктопической) беременности* оплодотворенное яйцо поселяется, вопреки обыкновенію, внѣ матки, обыкновенно въ *Фаллопиевой трубѣ*, и образуетъ здѣсь плодъ вмѣстѣ съ яйцевыми оболочками и плацентою, между тѣмъ какъ пустая, но всегда нѣсколько увеличивающаяся матка образуетъ отпадающую оболочку.

Внѣматочная беременность часто оканчивается преждевременно, вслѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка и т. п.; но иногда плодъ донашивается до нормальнаго срока беременности, причѣмъ рожденіе его, разумѣется, невозможно.

Эта опасность разрыва и невозможность произвольныхъ родовъ дѣлаютъ внѣматочную беременность чрезвычайно опасною для жизни матери.

Внѣматочная беременность *чаще всего* имѣетъ мѣсто въ *Фаллопиевой трубѣ*. Гораздо рѣже яйцо поселяется на *яичникѣ*. Первичное развитіе яйца на брюшинѣ, которое прежде считалось довольно частымъ, подвергается сомнѣнію въ настоящее время. Наоборотъ, при поселеніи яйца въ Фаллопиевой трубѣ, близъ брюшнаго ея отверстія, часть яйца можетъ, конечно, выростать въ полость брюшины (трубно-брюшная беременность).

Трубная беременность можетъ быть подраздѣлена, смотря по мѣстонахожденію яйца, на *gravid. interstitialis, isthmica* (собственно трубная беременность) и *ampullaris*. При первой и третьей формѣ плодный мѣшокъ съ дальнѣйшимъ ростомъ яйца, образуется отчасти на счетъ сосѣднихъ органовъ, т. е. на счетъ матки (*graviditas tubouterina*) и брюшной полости (*graviditas tuboabdominalis*), между тѣмъ какъ при настоящей трубной беременности яйцо поселяется приблизительно въ серединѣ Фаллопиевой трубы (*isthmus*), и плодный мѣшокъ образуется только на счетъ этой послѣдней. Ампулярная беременность есть наиболѣе частая изъ вышеупомянутыхъ формъ.

Оплодотворенное яйцо, внѣдрившись въ трубу, останавливается либо въ промежуткѣ между двумя складками слизистой оболочки, либо же при-стаетъ къ верхушкѣ одной какой-либо складки (*Werth*). Образованія отпадающей оболочкѣ кругомъ яйца не происходитъ въ трубѣ. Ворсинки яйца прикрѣпляются такимъ образомъ, что происходитъ разрошеніе *Langhans* ова клѣточного слоя ворсистой оболочки, прорывающее *syncytium* и проникающее въ соединительную ткань трубной слизистой оболочки. При дальнѣйшемъ развитіи беременности случалось, что отпадающую оболочку находили въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ трубы. Стѣнка трубы сильно утолщается, но затѣмъ вслѣдствіе растяженія значительно истончается. Ворсистой оболочка яйца постепенно теряетъ свои ворсинки на периферіи и

вступаетъ въ соединеніе съ decid. serotina для образованія плаценты. Окружающая брюшина находится въ состояніи воспалительнаго раздраженія ¹⁾.

Анатомическая картина будетъ теперь различна, смотря по тому, въ какомъ направленіи растетъ плодный мѣшокъ. Если Фаллопіева труба растягивается больше по направленію вверхъ, то плодный мѣшокъ, при сильномъ растяженіи ея стѣнокъ и раздвиганіи мускулатуры, принимаетъ болѣе или менѣе *стебельчатый видъ* (см. рис. 81). Наоборотъ, если Фаллопіева труба растягивается больше книзу, то оба листка широкой маточной связки расходятся, и плодный мѣшокъ вросаетъ въ ткань ея (*внутрисвязочное развитіе яйца*, см. рис. 82). Последнее направленіе встрѣчается рѣже. Срощенія и склеиванія трубнаго мѣшка съ сосѣдними органами встрѣчаются часто, особенно въ позднѣйшіе мѣсяцы.

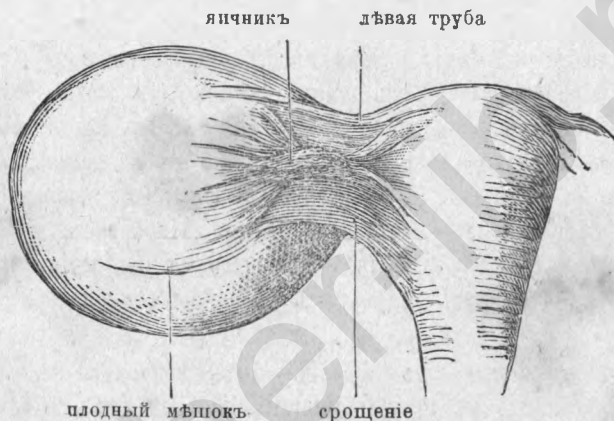


Рис. 81. Лѣвосторонняя трубная беременность (внѣшняя треть).
Полушегат. изображеніе отчасти по рис. *Winckel'*я.

Во всѣхъ случаяхъ внѣматочной беременности *матка увеличивается въ объемъ* и измѣняется въ своей структурѣ подобно тому, какъ въ первыя недѣли внутриматочной беременности. Слизистая оболочка превращается въ decidua. Цервикальный каналъ часто бываетъ закрытъ слизистой пробкою.

Дальнѣйшая судьба трубной беременности можетъ быть весьма различна. Рѣже всего *яйцо развивается до нормальнаго конца беременности*. Въ большинствѣ же случаевъ трубная беременность прерывается въ первые 4 мѣсяца, и притомъ или вслѣдствіе *разрыва* плоднаго мѣшка, или вслѣдствіе *трубнаго выкидыша* ²⁾ или, же, наконецъ,

¹⁾ Относительно анатоміи беременной трубы см. *A. Martin*, Die Krankheiten der Eileiter 1895.—*Futh*, Monatsh. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 8. *Aschoff*, Ziegler's. Beiträge zur path. Anat. etc. Bd. 25 u. Arch. f. Gynäk. Bd. 60.—*Werth*, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Berlin. 1899. *Kühne*, Beiträge z. Anat. d. Tubenschwangerschaft. Marburg. 1899. *Kreisch.*, Monatsh. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd 9.

²⁾ *Werth*, Beitr. z. Anat. u. zur operat. Behandlung der Extraterinschwangerschaft 1887.—*Werth* u. *J. Veit*, Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. zu Freiburg 1889.—*A. Martin*, Die Krankheiten der Eileiter 1895.—*Fehling*, Zeitchr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 38.—*J. Veit*, ibidem Bd. 40.

въ теченіе первыхъ 7 мѣсяцевъ плодъ умираетъ самъ по себѣ, яйцо сморщивается и медленно рассасывается. Послѣдній исходъ, на который лишь съ недавняго времени стали обращать больше вниманія, несомнѣнно является самымъ частымъ исходомъ трубной беременности.

Разрывъ плоднаго мѣшка наступаетъ чаще всего въ первые два мѣсяца. Обыкновенно ему предшествуетъ кровотеченіе между плоднымъ мѣшкомъ и яйцомъ. Если кровь не можетъ выходить черезъ брюшное отверстіе трубы, потому что оно зарощено или заложено, то это обстоятельство благоприятствуетъ разрыву. Происходить разрывъ на мѣстѣ прикрѣпленія яйца и, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, готовится онъ глубокими вращеніями элементовъ ворсистой оболочки въ стѣнку трубы, такъ что послѣдняя все болѣе и болѣе истончается.

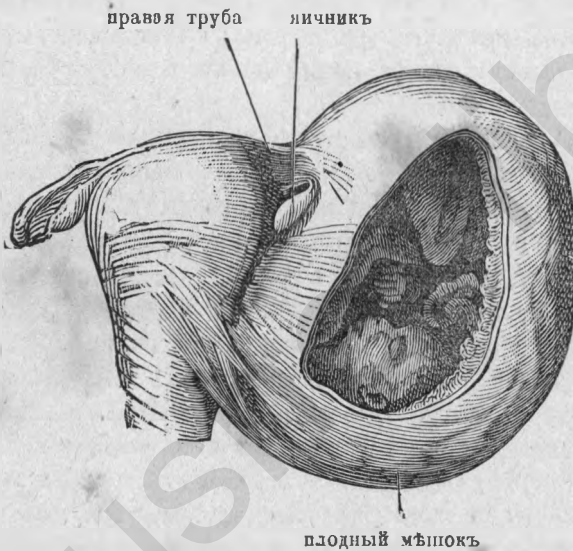


Рис. 82. Правосторонняя трубная беременность. Плодный мѣшокъ сидитъ частью внутрисезачно.
Полушмат. изображение, отчасти по рис. Zweifel'я.

Иное дѣло, если *разрывъ плоднаго мѣшка произойдетъ внѣ области прикрѣпленія яйца*. Обыкновенно при этомъ не бываетъ угрожающаго кровотеченія. Плодъ попадаетъ въ брюшную полость, тогда какъ плацента остается въ плодномъ мѣшкѣ. Затѣмъ плодъ можетъ расти дальше и достигнуть нормальнаго срока беременности (*вторичная брюшная беременность*). При этомъ плодъ лежитъ въ брюшной полости окруженный яйцевыми оболочками или совершенно свободно (такъ какъ яйцевыя оболочки тоже могутъ разорваться), или, наконецъ, онъ окруженъ болѣе или менѣе обширными воспалительными срощеніями. Если плодъ умретъ, то онъ можетъ подвергнуться послѣдовательнымъ измѣненіямъ, которыя сейчасъ будутъ нами описаны.

Вторую форму перерыва беременности представляетъ *трубный выкидышъ*. Обыкновенно и здѣсь также предшествуютъ кровотеченія въ плодный мѣшокъ, яйцо превращается въ трубный заносъ, который продвигается къ брюшному отверстію трубы или же проходитъ черезъ это

отверстіе въ полость живота. Проталкивають-ли яйцо впередъ кровоизліянія или здѣсь участвуютъ также сокращенія трубнаго мѣшка—еще не выяснено. При трубномъ выкидышѣ рѣдко наступаетъ болѣе сильное кровотеченіе въ полость живота, чаще всего образуется при немъ заматочная кровяная опухоль (Haematocoele). Вслѣдствіе отдѣленія яйца происходитъ дальнѣйшее кровоизліяніе въ трубу и кровь вытекаетъ даже черезъ открытое отверстіе; въ то же время, благодаря раздраженію, получающемуся отъ медленнаго напиранія трубнаго заноса на брюшное отверстіе, а также вслѣдствіе постепеннаго насланиванія изливающейся крови, образуются *отграниченія* между кровоизліяніемъ и окружающими частями. Если кровотеченіе продолжается дальше, то отграниченная кровяная опухоль можетъ мало по малу достигнуть значительной величины. Если же при этомъ кровь изливается въ Дугласово пространство, то образуется такъ назыв. *Haematocoele retrouterina*¹⁾. Гораздо рѣже кровоизліяніе имѣетъ мѣсто въ какой либо связкѣ (гематома). Всѣ кровоизліянія могутъ впоследствии мало по малу рассасываться.

Какъ только послѣдовала смерть плода или внематочной беременности, матка изгоняетъ свою *отпадающую оболочку* при *выдѣленіи крови*. Но иногда это наблюдалось даже при живомъ плодѣ.

Если трубная беременность, какъ исключеніе, достигаетъ конца, что чаще всего бываетъ, если яйцо поселяется въ самомъ широкомъ отдѣлѣ трубы, въ ампулѣ, то ко времени срочныхъ родовъ дѣйствительно начинаются сокращенія трубы и слегка увеличенной матки. Шейка раскрывается, и отпадающая оболочка извергается изъ матки при выдѣленіи крови. Но плодъ умираетъ вслѣдствіе кровоизліяній въ плаценту. Во время смерти плода или послѣ нея наблюдаются сильные приступы боли. Плодный мѣшокъ можетъ вслѣдствіе сокращеній разорваться.

Внематочные плоды чаще представляютъ уродства, въ особенности искривленія въ суставахъ конечностей, обусловливающимися недостаточностью пространства. *Мертвый плодъ при внематочной беременности* обыкновенно вызываетъ спустя нѣкоторое время воспаленіе и нагноеніе плоднаго мѣшка. Вслѣдствіе этого можетъ развиваться *общій перитонитъ* со смертельнымъ исходомъ, или же *нагноившійся плодный мѣшокъ прорывается наружу или въ одинъ изъ сосѣднихъ органовъ*, напр. въ кишечный каналъ или въ мочевой пузырь, и освобождается отъ ихорозно разложившагося плода, который затѣмъ извергается обыкновенно по частямъ.

Въ другихъ, болѣе рѣдкихъ случаяхъ мертвый плодъ *сморщивается и инфильтрируется известью*. Это обызвествленіе начинается съ яйцевыхъ оболочекъ или съ поверхности плода, такъ что части его, лежащія подъ известковою оболочкою, предохраняются отъ проникновенія гнилостныхъ микроорганизмовъ и остаются относительно свѣжими (*Küchen-*

¹⁾ *Winternitz* im Handb. d. Gynäk. von *J. Veit*. Bd. 3. 1899.

meister ¹⁾). Такой обызвествленный или окаменѣлый плодъ (*lithopaedion*) можетъ оставаться на мѣстѣ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, не вызывая особенныхъ явленій. Въ присутствіи такого плода иногда наступала даже внутриматочная беременность. Тѣмъ не менѣе, онъ можетъ еще и по прошествіи многихъ лѣтъ вызвать воспаленіе и нагноеніе со смертельнымъ исходомъ. Прежде полагали, что литопедіонъ встрѣчается очень рѣдко, но въ настоящее время имѣется въ литературѣ свыше 70 безспорныхъ случаевъ.

Другіе виды внѣматочной беременности иногда представляютъ нѣкоторыя *уклоненія* отъ этой клинической и анатомической картины, при описаніи которой мы имѣли собственно въ виду настоящую трубную беременность.

При *трубно-маточной беременности* яйцо можетъ вросать въ ткань матки, такъ что послѣдняя образуетъ собою одну изъ стѣнокъ плоднаго мѣшка. Круглая маточная связка въ этомъ случаѣ прикрѣпляется сбоку плоднаго мѣшка, подобно тому какъ при беременности въ прибавочномъ рудиментарномъ рогѣ матки. Если яйцо растетъ преимущественно по направленію къ маткѣ, то оно можетъ въ концѣ концовъ, благодаря расширенію маточнаго отверстія Фаллопиевой трубы или благодаря разрыву все болѣе и болѣе истончающейся маточной стѣнки плоднаго мѣшка, проникнуть въ полость самой матки и родиться естественнымъ путемъ. Но и здѣсь гораздо чаще наступаетъ разрывъ въ полость брюшины.

Яичниковая беременность наблюдается очень рѣдко. Лишь немногіе изъ описанныхъ случаевъ ея могли выдержать критику (*Werth*). Для анатомическаго діагноза яичниковой беременности обязательно необходимо, чтобы была найдена Фаллопиева труба той же стороны, не принимающая въ образованіи плоднаго мѣшка никакого участія. Соответствующій яичникъ отсутствуетъ, или же онъ образуетъ часть стѣнки плоднаго мѣшка. Яичниковая связка переходитъ въ плодный мѣшокъ. Исходы здѣсь тѣ же самые, что при трубной беременности ²⁾.

Такъ называемая *трубно-яичниковая беременность* ³⁾ можетъ возникнуть въ томъ случаѣ, если Фаллопиева труба и яичникъ слились между собою либо еще отъ рожденія, либо вслѣдствіе приобретенныхъ воспалительныхъ процессовъ и одновременнаго образованія кистъ въ яичникѣ (трубно-яичниковыя кисты). При разрывѣ Граафова пузырька, прилегающаго къ просвѣту Фаллопиевой трубы, яйцо попадаетъ въ эту послѣднюю и оплодотворяется здѣсь (или же еще въ разорвавшемся фолликулѣ). Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ слизистая оболочка Фаллопиевой трубы обыкновенно бываетъ патологически измѣнена или же существуютъ другія измѣненія, мѣшающія дальнѣйшему поступательному движенію яйца, то послѣднее и поселяется въ «трубо-яичникѣ».

Этіологія. Среди предполагаемыхъ этиологическихъ моментовъ внѣ-

¹⁾ Arch. i. Gynäk. Bd. 17. — *Krömer*, Münch. med. Wochenschr. 1900. №№ 42—43.

²⁾ *Leopold*, Arch. f. Gynäk. Bd. 58.

³⁾ *Kleinhaus*, in. *J. Veit* Handb. d. Gynäk. Bd. 3. 1899. — *Leopold*, Arch. f. Gynäk. Bd. 59.

маточной беременности первое мѣсто отводится катарру трубы, въ особен-ности же гонорройному воспаленію трубъ. Еще болѣе, нѣкоторые авторы заходятъ въ этомъ отношеніи даже столь далеко, что наблюдающееся въ наше время учащеніе случаевъ трубной беременности не считаютъ кажущимся, не приписываютъ нашимъ улучшеннымъ методамъ распознаванія, а объясняютъ усиленіемъ гонорреи. За этимъ этиологическимъ моментомъ всѣ другіе факторы, которые признаются виновниками трубной беременности, а именно периметриты, міомы, затѣмъ остановка трубъ въ своемъ развитіи такъ, что они остаются въ своемъ зародышевомъ и дѣтскомъ состояніи и представляютъ на своемъ прѣтяженіи сильную извилистость и множество дивертикулъ,—всѣ занимаютъ вполне второстепенное мѣсто.

Названными причинными моментами, безъ сомнѣнія, можно объяснить задержку яйца въ трубѣ. Но, съ другой стороны, нельзя обойти молчаніемъ тотъ фактъ, что согласно экспериментальнымъ изслѣдованіямъ *Mandl* я и *Schmitz* ¹⁾, хотя удастся посредствомъ закрытія трубы задержать въ ней яйцо, однако оплодотворенныя и задержанныя въ трубѣ яйца въ ней дальше не развиваются; между тѣмъ такой же опытъ, произведенный по отношенію къ маточному рогу, вполне удался. Такимъ образомъ трубная беременность вызывается не одной задержкой яйца, но для происхожденія ея требуются еще какія-то особенныя условія со стороны слизистой оболочки трубы, благопріятствующія дальнѣйшему развитію яйца.

Наружное передвиженіе яйца при вѣматочней беременности представляется вѣроятнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда *corpus luteum* оказывалось на одной сторонѣ, а трубная беременность—на другой. Оплодотворившееся на этомъ пути яйцо, когда оно проникло въ Фаллопиеву трубу, оказалось уже слишкомъ велико для того, чтобы могло пройти черезъ ея маточное отверстіе. Такъ какъ сѣмянные нити могутъ проникать въ любомъ направленіи, то оплодотвореніе яйца непосредственно на яичникѣ или на дальнѣйшемъ пути не представляетъ ничего страннаго.

Нѣкоторые авторы признаютъ также возможность «внутренняго передвиженія», причѣмъ яйцо хотя и попадаетъ въ полость матки, но переселяется затѣмъ въ противоположную трубу и тамъ прививается. Однако, насчетъ доказательной силы наблюденій, якобы точно устанавливающихъ этотъ процессъ, мнѣнія еще расходятся ²⁾.

Весьма своеобразенъ одинъ случай *Koerberle*, въ которомъ женщина послѣ надвлагалищной ампутаціи матки, произведенной вслѣдствіе міомы, забеременѣла черезъ свищъ маточной шейки, такъ что развилась вѣматочная беременность.

При вѣматочной беременности довольно часто наблюдались двойни [*Olshausen* ³⁾]. Иногда также наблюдалась двухсторонняя трубная беременность. Кромѣ того, одновременно съ вѣматочною можетъ существовать и внутриматочная беременность ⁴⁾. Повтореніе у одной и той же женщины трубной беременности послѣ удаленія первой забеременѣвшей трубы

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 56.—*Glitsch*, ibidem Bd. 60.

²⁾ *Schaeffer*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 17. *Wyder*, Arch. f. Gynäk. Bd. 41.

³⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1890. № 8 и слѣд.

⁴⁾ *A. Martin*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 37, p. 144.

не составляет большой рѣдкости. Затѣмъ рядомъ съ внѣматочной можетъ существовать нормальная маточная беременность ¹⁾). Въ яйцѣ при внѣматочной беременности иногда наблюдалось также чрезмѣрное скопленіе околоплодной жидкости и т. наз. миксоматозное перерожденіе ворсинокъ (*v. Reclinghausen*). Наконецъ, извѣстны случаи, когда внѣматочная беременность повторялась у одной и той же женщины.

Marchand ²⁾ наблюдалъ также при трубной беременности злокачественное эпителиальное перерожденіе ворсинокъ хоріона съ метастазами во влагалищѣ.

О частотѣ внѣматочной беременности мы не можемъ сказать ничего опредѣленнаго. Во всякомъ случаѣ, благодаря усовершенствованію діагностическихъ методовъ, мы знаемъ теперь, что она встрѣчается не такъ рѣдко, какъ это думали нѣсколько лѣтъ тому назадъ. Даже, можетъ быть, вслѣдствіе учащенія случаевъ катарровъ трубы она также участилась.

Распознаваніе въ первые мѣсяцы внѣматочной беременности не всегда можетъ быть поставлено съ полною положительностью. Оно основывается на прекращеніи регуль и на присутствіи другихъ признаковъ беременности, а также и на констатированіи мягкой, обыкновенно грушевидной опухоли рядомъ съ увеличенною и разрыхленною маткою. Впрочемъ, извѣстны также случаи, когда менструація при внѣматочной беременности неполнѣ прекращалась. При болѣе долгомъ наблюденіи удается констатировать *относительно быстрый ростъ* этой опухоли и такимъ образомъ подкрѣпить діагнозъ. Иногда удавалось констатировать при внутреннемъ изслѣдованіи пульсацію беременной стороны.

Діагностическая ошибка возможна въ томъ случаѣ, если регулы не появлялись одинъ или нѣсколько разъ, а затѣмъ, послѣ смерти плода, наступило маточное кровотеченіе съ выдѣленіемъ обрывковъ отпалающей оболочки. Въ этомъ случаѣ очень легко смѣшать внѣматочную беременность съ обыкновеннымъ выкидышемъ, тѣмъ болѣе, что матка всегда бываетъ нѣсколько увеличена. Введеніе руки или инструментовъ въ полость матки для удаленія изъ нея предполагаемыхъ остатковъ выкидыша легко могло бы повлечь за собою разрывъ внѣматочнаго плоднаго мѣшка. Отъ этой ошибки предохраняетъ *тщательное производство соединеннаго изслѣдованія*.

Плодный мѣшокъ при трубной беременности обыкновенно представляется послѣ смерти плода болѣе твердымъ на-ощупь и имѣть веретенообразную форму. Если наступило всасываніе, то очень характеристична возрастающая твердость, появленіе неровностей рядомъ съ уменьшеніемъ органа. О послѣдовавшей смерти плода свидѣтельствуетъ еще исчезновеніе имѣвшейся раньше пульсаціи. Боли и другія субъективныя страданія могутъ въ первые мѣсяцы совершенно отсутствовать; но довольно часто все-таки наблюдались поврежденіямъ сильныя приступы односторонней потужной боли, и притомъ чаще всего, повидимому, при трубномъ выкидышѣ.

¹⁾ См. *Willi Straus*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 44.

²⁾ Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.

Однако случаи вѣматочной беременности попадаютъ къ врачу по большей части лишь *посль наступившаго разрыва* или когда уже начался трубный выкидышъ. Если произойдетъ болѣе значительное изліявіе крови въ свободную полость брюшины, то у женщины совершенно внезапно обнаруживаются всѣ признаки *острой анеміи*, именно — обмороки, чрезвычайная блѣдность, малый, учащенный, едва ощутимый пульсъ при отсутствіи въ то же время наружнаго кровоточенія, а если послѣднее и появится, напр. во время изгнанія отпадающей оболочки, то размѣры его совершенно не соотвѣтствуютъ интенсивности признаковъ анеміи. Если при существующемъ подозрѣніи насчетъ беременности внезапно появятся эти признаки внутренняго кровоточенія и если они затѣмъ быстро усилятся до угрожающей степени, то можно съ большою увѣренностью поставить діагнозъ вѣматочной беременности съ разрывомъ плоднаго мѣшка. Обнаружить посредствомъ объективнаго изслѣдованія присутствіе свободнаго кровоизліянія въ полости брюшины обыкновенно не удается.

Трубный выкидышъ въ большинствѣ случаевъ характеризуется періодически появляющимися односторонними болями потужнаго характера при одновременномъ выдѣленіи крови наружу, а также свидѣтельствующими въ пользу трубной беременности результатами ощупыванія и отсутствіемъ регулъ. Но совпаденіе этихъ явленій далеко не имѣетъ патогностическаго значенія, такъ какъ оно наблюдается и при воспалительныхъ заболѣваніяхъ Фаллопіевой трубы. Напротивъ, если опухоль, находящаяся на одной только сторонѣ, увеличивается скачками и мѣняетъ свою вѣшнюю форму, то при наличности упомянутыхъ признаковъ можно съ достовѣрностью остановиться на распознаваніи трубнаго выкидыша.

Если дѣло дошло до образованія заматочной кровяной опухоли, которая, помѣщаясь въ Дугласовомъ пространствѣ, выпираетъ далеко книзу задній сводъ влагалища и оттѣсняетъ матку къ лонному соединенію, то такой объективный признакъ является весьма характернымъ. Вѣбрюшинныя кровоизліянія въ маточныя связки сидятъ болѣе сбоку. Послѣ очень медленнаго всосанія излившейся крови иногда прощупываются утолщенные трубы въ формѣ грушеобразной, болѣе ограниченной твердой опухоли (*Olshausen*).

Во второй половинѣ беременности діагнозъ становится болѣе легкимъ, благодаря, тому, что здѣсь уже существуетъ возможность прощупать части плода и услышать сердечные тоны его. Во многихъ случаяхъ удается безъ всякаго труда отграничить при ощупываніи плодный мѣшокъ отъ смѣшенной почти всегда матки; но иногда это можетъ оказаться очень труднымъ, и діагнозъ вѣматочной беременности долго остается подъ сомнѣніемъ. При вѣматочной беременности части плода нерѣдко прощупываются чрезвычайно ясно чрезъ брюшныя покровы, которые одни только и отдѣляютъ ихъ отъ ощупывающей руки. Часто женщины жалуются на чрезвычайно тягостныя и болѣзненныя движенія

младенца. Если въ дальнѣйшемъ ходѣ беременности еще присоединятся къ этому появляющіяся повременамъ перитонитическія боли, обусловленныя, очевидно, слипчивыми воспалениями и сращениями плоднаго мѣшка, и если, наконецъ, наступятъ извѣстное истощеніе силъ и упадокъ питанія, то эти симптомы, далеко впрочемъ не постоянныя, могутъ тоже служить къ подтвержденію діагноза.

Доказательство того, что полость матки пуста, можетъ быть доставлено введеніемъ въ нее маточнаго зонда. Однако, этотъ способъ изслѣдованія долженъ разсматриваться только какъ заключительное звено въ построеніи діагноза, и къ нему можно прибѣгнуть только тогда, когда вѣматочная беременность, въ виду другихъ данныхъ, представляется почти уже не подлежащею никакому сомнѣнію, потому что при внутриматочной беременности введеніе зонда разрушило бы яйцо. Но и зондированіе могло бы, конечно, привести къ діагностической ошибкѣ, такъ какъ при нормальной беременности тоже иногда случается, что зондъ безъ всякаго сопротивленія проникаетъ глубоко между маткою и яйцевыми оболочками, и однако беременность не прерывается.

Наоборотъ, если женщина попадаетъ къ врачу уже *послѣ смерти плода*, то діагнозъ оказывается болѣе труднымъ или даже совершенно невозможнымъ. Въ этомъ случаѣ особенно важное значеніе имѣетъ анамнезъ. Отсутствіе регулъ, появляющееся впослѣдствіи кровотеченіе съ выдѣленіемъ обрывковъ ткани и, наконецъ, сильныя приступы боли при умираніи плода служатъ весьма драгоцѣнными признаками для опредѣленія того, что имѣющаяся опухоль представляетъ не новообразованіе, а мертвый плодный мѣшокъ.

Olshausen ¹⁾ въ случаяхъ далеко прогрессиравшихъ вѣматочныхъ беременностей много разъ замѣчалъ отхожденіе жидкости черезъ влагалище. Очевидно, что рѣчь тутъ идетъ объ околоплодной жидкости, которая вытекаетъ наружу черезъ трубу и матку. Это отхожденіе водъ представляетъ благопріятное условіе для послѣдовательной мумификаціи и образованія lithoradion'a.

Предсказаніе. Изъ вышеописаннаго теченія вѣматочной беременности оказывается, что присутствіе ея сопряжено съ очень большою опасностью для жизни *матери*. Но все-таки предсказаніе, считавшееся въ прежнее время очень неблагопріятнымъ, значительно улучшилось въ послѣдніе годы, благодаря усовершенствованію діагностики и оперативной техники, а также вслѣдствіе того, что дознано, что большая часть трубныхъ беременностей излечиваются сами собою въ первыя же недѣли.

Предсказанію для *младенца* совершенно неблагопріятно, и только въ немногихъ случаяхъ удавалось сохранить его въ живыхъ.

Терапія вѣматочной беременности различнымъ образомъ видоизмѣнялась съ теченіемъ времени, и многія подробности ея даже въ настоящее время еще не могутъ считаться окончательно установленными.

Какъ относительно развивающейся вѣматочной беременности, такъ

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 34.

и по отношенію къ случаямъ съ умершимъ плодомъ всё въ настоящее время признають основное положеніе, высказанное впервые *Werth'омъ* ¹⁾, а именно, что внѣматочная беременность должна разсматриваться какъ *злокачественное новообразованіе* и что она должна быть *немедленно прервана*, независимо отъ того, на какой стадіи развитія она находится въ данную минуту.

Если внѣматочная беременность положительно діагностирована въ первые мѣсяцы и ростъ ея продолжается, то слѣдуетъ немедленно произвести *лапаротомію* и экстирпировать плодный мѣшокъ. Для врача, вполне знакомаго съ техникою чревосѣченія, эта операція обыкновенно не представляетъ трудностей. Если плодный мѣшокъ сидитъ на ножкѣ, то операція получаетъ чрезвычайно большое сходство съ оваріотоміей. При внутри-связочномъ развитіи яйца, прежде чѣмъ экстирпировать плодный мѣшокъ, слѣдуетъ сначала наложить двѣ лигатуры, а именно одну ближе къ срединной линіи (область *art. uterinae*) и другую сбоку (область *art. spermaticae*), для того, чтобы по возможности прекратить притокъ крови. Операція производится съ приподнятымъ положеніемъ таза.

Наоборотъ, *если яито представляется уже умершимъ*, то слѣдуетъ сперва выждать, не наступитъ-ли сморщиваніе мѣшка. Наблюдать необходимо за больною весьма тщательно, причемъ сама она должна оставаться въ постели, въ особенности при наличности признаковъ начинающагося *трубнаго выкидыша*. Да и въ послѣднемъ случаѣ возможна еще остановка процесса и рассасываніе плода.

Но если боли, оставаясь на одной только сторонѣ, не прекращаются и если опухоль увеличивается, такъ что можно предположить въ ней или близъ нея новое кровоизліяніе, то является желательнымъ остановить процессъ посредствомъ удаленія трубы и вмѣстѣ съ нею всей излившейся крови ²⁾).

Точно также при образованіи заматочной кровяной опухоли придерживаются выжидательнаго образа дѣйствія; но и здѣсь при возобновеніи кровоизліянія приступаютъ къ операціи.

Если же, наоборотъ, наступилъ *разрывъ* плоднаго мѣшка съ кровоизліяніемъ въ свободную брюшную полость, то слѣдуетъ немедленно прибѣгать къ чревосѣченію. Послѣ вскрытія полости брюшины отыскиваютъ и перевязываютъ кровоточащее мѣсто, а затѣмъ удаляютъ плодный мѣшокъ. Операція эта даетъ хорошее предсказаніе, если только больная не потеряла слишкомъ много крови.

Большинство авторовъ предпочитаютъ во всѣхъ названныхъ случаяхъ произвести вскрытіе живота. Показано-ли вообще и насколько полезно удаленіе трубныхъ мѣшковъ черезъ влагалище, можетъ выясниться лишь изъ дальнѣйшихъ сообщеній ³⁾.

¹⁾ Beiträge zur Anatomie etc. der Extranteriuschwangerschaft. 1897.

²⁾ Изъ богатой новѣйшей литературы цитируемъ мы *Lindenthal*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 11.

³⁾ *Dührssen*, Arch. f. Gynäk. Bd. 54.

Во второй половинѣ беременности тоже слѣдуетъ оперировать какъ можно раньше, не обращая никакого вниманія на то, что плодъ еще живъ или уже мертвъ. Въ прежнее время совѣтовали къ концу беременности выждать предварительно смерть плода и оперировать только черезъ 8—10 недѣль послѣ ея наступленія, при запусъвшихъ уже плацентарныхъ сосудахъ; но въ настоящее время этотъ совѣтъ отвергается.

Опытъ показалъ, что въ виду различнаго рода обстоятельствъ, а именно — гнилостнаго разложенія плода, перитонита, септицеміи и внезапныхъ, не всегда объяснимыхъ случаевъ смерти, способъ выжиданія можетъ подвергнуть женщину большей опасности, чѣмъ оперированіе при живомъ плодѣ и богатой кровью плацентѣ.

При разрѣзѣ слѣдуетъ шадить матку и по возможности также плаценту. Если только возможно, то *плодный мѣшокъ долженъ быть экстирпированъ цѣликомъ* ¹⁾). Благодаря усовершенствованной техники операций на брюшной полости, это удается нынѣ въ большинствѣ случаевъ. При межсвязочныхъ формахъ слѣдуетъ перевязать сѣменные и маточные сосуды прежде, чѣмъ приступить къ экстирпации плоднаго мѣшка. Но если полная экстирпация оказывается невозможной, то плодный мѣшокъ, послѣ опорожненія его, вшивается въ брюшную рану и выполняется іодоформною марлею. Въ прежнее время всегда при этомъ оставляли плаценту на мѣстѣ, такъ что она впоследствии эксфолировалась. Но такъ какъ это не всегда оказывалось безопасно, то въ настоящее время стараются, если только возможно, удалить плаценту послѣ обкалыванія питающихъ ее сосудовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оставляли ее на мѣстѣ, но немедленно зашивали надъ нею плодный мѣшокъ и брюшную полость [*Olshausen* ²⁾]. Случаи, успѣшно оперированные по этому послѣднему способу, доказываютъ, что плацента, погруженная такимъ образомъ въ брюшную полость, остается на мѣстѣ безъ всякаго вреда и, по всей вѣроятности, постепенно всасывается.

Внематочный плодъ рѣдко остается живъ, такъ какъ ко времени операціи онъ либо уже мертвъ, либо является еще нежизнеспособнымъ ³⁾).

Если плодный мѣшокъ подвергся уже нагноенію или гніенію, то его слѣдуетъ немедленно вскрыть и опорожнить. Но удалять затѣмъ плодный мѣшокъ никогда не слѣдуетъ. Плацента оставляется на мѣстѣ, и плодный мѣшокъ наполняется іодоформною марлею.

Если мертвый плодъ, оставаясь въ плодномъ мѣшкѣ, не вызываетъ никакихъ явленій, то можно было бы, пожалуй, выжидать до тѣхъ поръ,

¹⁾ *Harris*, Monatsschr. f. Geburt. u. Gynäk. Bd. 6. — v. *Both*, ibidem. Bd. 9. — *Klin*, Centralbl. f. Gynäk. 1899. № 43.

²⁾ *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. № 9.

³⁾ Ср. *Neugebauer*, Centralbl. f. Gynäk. 1898. № 30.

пока не образуется lithopaedion. Но эта надежда часто оказывается обманчивой. Ихорозное разложение, въ концѣ концовъ, обыкновенно все-таки наступаетъ, и операція тогда становится обязательно необходимою.

При всѣхъ этихъ операціяхъ предполагается, что операторъ вполнѣ знакомъ съ антисептикою и техникою брюшной хирургіи. Но такъ какъ практической врачъ обыкновенно не удовлетворяетъ и не можетъ удовлетворять этимъ требованіямъ, то задача его состоитъ только въ томъ, чтобы своевременно поставить діагнозъ и затѣмъ какъ можно скорѣе передать больную въ руки спеціалиста.

акusher-lib.ru

Патологія и терапія родовъ.

I. Введеніе.

Физиологическій процессъ родовъ можетъ подвергаться нарушеніямъ съ различныхъ сторонъ. *Аномаліи изгоняющихъ силъ, патологическія измѣненія родовыхъ путей, аномаліи плода и отдѣльныхъ частей яйца* могутъ сдѣлать роды чрезвычайно опасными для матери и для младенца. Наконецъ, существуетъ еще рядъ другихъ *опасныхъ событій*, которыя, отчасти находясь въ причинной связи съ вышеупомянутыми аномаліями (кровотеченія, разрывъ матки), а отчасти появляясь болѣе или менѣе самостоятельно (эклампсія), могутъ представить собою осложненія, чрезвычайно гибельныя для матери и для младенца.

II. Аномаліи изгоняющихъ силъ.

1. Слабость потугъ.

Слабостью потугъ мы называемъ недостаточную работу мускулатуры матки, совершенно не соответствующую величинѣ противоѣдствія, такъ что продолжительность родовъ значительно увеличивается.

Различаютъ двоякаго рода слабость потугъ, первичную и вторичную.

При *первичной слабости потугъ* сокращенія матки уже съ самаго начала родовъ не особенно удовлетворительны: кратковременныя, слабыя, малоболѣзненные сокращенія, длинныя пережки и, наконецъ, очень медленное раскрываніе маточнаго зѣва, верѣдко требующее для себя нѣскольکو дней.

Первичная слабость потугъ часто встрѣчается у истощенныхъ, плохо упитанныхъ женщинъ, у выздоравливающихъ послѣ тяжелыхъ болѣзней, у хлоротичныхъ особъ, у очень молодыхъ или, наоборотъ, болѣе пожилыхъ первородящихъ. Съ другой стороны, однако, бывають случаи, гдѣ наблюдается совершенно противоположное, у многихъ слабость бываетъ при каждахъ родахъ. Слѣдовательно, причина слабости потугъ могла бы здѣсь заключаться только въ конституціональныхъ особенностяхъ данной женщины. Въ другихъ случаяхъ имѣются причины мѣстнаго свойства: мускулатура матки плохо развита или положеніе и форма матки измѣнены вслѣдствіе новообразованій или вслѣдствіе аномалій развитія, или же, наконецъ, мускулатура матки неспособна работать потому, что у данной женщины, особенно при узкомъ тазѣ, нѣсколько разъ предшествовали въ быстрой послѣдовательности трудные роды, которые привели къ ослабленію мускулатуры матки.

Наконецъ, первичная слабость потугъ часто встрѣчается при ненормально сильномъ растяженіи матки, напр. въ случаяхъ чрезмѣрнаго скопленія околоплодной жидкости или при многоплодныхъ родахъ.

Иное дѣло—*вторичная слабость потугъ*. Въ этомъ случаѣ дѣятельность матки первоначально бываетъ вполне удовлетворительною, часто даже весьма энергическою, хотя иногда мало успѣшною. Обыкновенно здѣсь идетъ дѣло объ увеличенномъ противодѣйствіи, именно объ очень крупной головкѣ, узкомъ тазѣ, ригидности мягкихъ частей, какъ, напр., у пожилыхъ первородящихъ. Хотя вообще считается за правило, что сила потугъ растетъ вмѣстѣ съ величиною противодѣйствія, однако она, въ концѣ концовъ, оказывается несостоятельною, если мускулатурѣ матки были предъявлены слишкомъ большія требованія. Потуги постепенно становятся болѣе слабыми и рѣдкими (*слабость потугъ вследствие утомленія*), а такъ какъ съ этимъ обыкновенно совпадаетъ истощеніе всего организма, то брюшной прессъ тоже ослабѣваетъ и роды могутъ совсѣмъ остановиться.

Слабость потугъ, до тѣхъ поръ пока плодный пузырь еще цѣлъ, не влечетъ за собою прямыхъ опасностей ни для матери, ни для младенца, хотя, съ другой стороны, чрезмѣрная продолжительность родовъ несомнѣнно увеличиваетъ шансы къ зараженію извнѣ.

Напротивъ, того, послѣ разрыва плоднаго пузыря слабость потугъ можетъ оказаться очень вредною, какъ для матери, такъ и для младенца. Чрезмѣрная продолжительность родового акта послѣ разрыва плоднаго пузыря влечетъ за собою то, что младенецъ впадаетъ въ состояніе асфиксіи и затѣмъ умираетъ. Вслѣдствіе чрезмѣрно продолжительнаго давленія при родовомъ актѣ, появляются у матери признаки ущемленія мягкихъ частей, выражающіяся повышеніемъ температуры, учащеніемъ пульса и увеличенною чувствительностью нижняго отдѣла матки, такъ что становятся желательнымъ поскорѣе окончить роды. Если, наконецъ, слабость потугъ останется и послѣ періода изгнанія, то она влечетъ за собою опасныя атоническія кровотеченія въ третьемъ періодѣ родовъ.

Леченіе слабости потугъ должно по возможности сообразоваться съ ея этиологіей. Къ сожалѣнію, результаты леченія часто бываютъ ненадежными. При *первичной слабости потугъ*, обусловленной конституціональными аномаліями, возбуждающія средства лишь рѣдко приносятъ особенно много пользы. Лучшіе результаты достигаются цѣлесообразнымъ режимомъ еще во время беременности, именно хорошею діетой, регулярнымъ моціономъ на открытомъ воздухѣ и повременамъ употребленіемъ ваннъ. Если роды тянутся необыкновенно долго, то слѣдуетъ давать легковаримую пищу въ малыхъ количествахъ и черезъ правильные промежутки времени, напримѣръ молоко, бульонъ, яйца, бѣлый хлѣбъ. Наряду съ этимъ можно еще, пожалуй, давать возбуждающія средства въ небольшихъ, но постепенно увеличиваемыхъ дозахъ, именно вино, крѣпкій кофе, при желаніи также настойку корицы, валеріану и т. п. Кромѣ

того слѣдуетъ особенно заботиться о соблюденіи всѣхъ *гигиеническихъ и діететическихъ мѣръ*: опорожненіе прямой кишки и, особенно, мочевого пузыря (наполненіе этихъ двухъ органовъ увеличиваетъ слабость потугъ), удобное положеніе роженицы, вставаніе повременамъ съ постели, если это еще дозволяется данною стадіею родовъ, надлежащая температура и хорошая вентиляція комнаты, наконецъ—удаленіе всѣхъ вредно дѣйствующихъ психическихъ вліяній.

Благопріятное дѣйствіе при медленномъ раскрываніи маточнаго зѣва и особенно при ригидности его оказываютъ *тепловатая ирригация влагалища* отварною водою или растворомъ карболовой кислоты (1—1½ %, 30° Р.) съ умѣренной высоты, которыя должны быть повторяемы черезъ каждые 1—2 часа. Онѣ разрыхляютъ края маточнаго зѣва и своимъ раздражающимъ дѣйствіемъ на нижній сегментъ матки непосредственно вызываютъ потуги. Тепловатая ирригация заслуживаютъ преимущества предъ горячими (40° Р.), такъ какъ частое примѣненіе этихъ послѣднихъ причиняетъ боль и, размягчая эпителиальный слой, лишаетъ влагалище его естественнаго покрова.

При многоплодныхъ родахъ слѣдуетъ прежде всего запастись терпѣніемъ и остерегаться всякаго энергическаго вмѣшательства. Если слабость потугъ обусловлена чрезмѣрнымъ скопленіемъ околоплодной жидкости, то необходимо *вскрыть плодный пузырь* надъ маточнымъ зѣвомъ.

При *вторичной слабости потугъ* слѣдуетъ давать для поднятія силъ матки *возбуждающія средства*. Нѣсколько ложекъ вина въ періодѣ изгнанія часто оказываютъ превосходное дѣйствіе.

Пере мѣна положенія иногда тоже дѣйствуетъ успѣшно. Прежде всего слѣдуетъ попробовать положеніе на боку (соотвѣтствующемъ впереди идущему родничку, но также и на противоположномъ), затѣмъ временное присаживаніе въ постели, даже оставленіе кровати, небольшую прогулку по комнатѣ подъ руки, но, разумѣется, съ величайшею осторожностью, особенно у многородящихъ, для того чтобы окончаніе родовъ не явилось сюрпризомъ.

Иногда роженица оказывается настолько *истощенною*, что она въ виду слишкомъ сильныхъ болей старается самымъ тщательнымъ образомъ полагаясь сокращенія брюшнаго пресса, которыя, между тѣмъ представляютъ, какъ извѣстно, самую дѣятельную силу въ послѣдней стадіи періода изгнанія. При такихъ обстоятельствахъ умѣстны *наркотическія средства*: 30 капель Tinct. Оpii simpl. или, еще лучше, нѣсколько вдыханій хлороформа тотчасъ же притуцляютъ чувствительность. Брюшной прессъ опять приводится въ дѣйствіе и роды продолжаютъ идти своимъ чередомъ.

Если истощеніе достигло очень высокой степени, благодаря тому, что роды продолжаются уже нѣсколько дней, напримѣръ при узкомъ тазѣ, то потуги часто принимаютъ въ то же время судорожный характеръ. При этомъ умѣстно давать *болшія дозы наркотическихъ средствъ*, которыя

совершенно прекращаютъ потужную дѣятельность и доставляютъ женщинѣ покой и сонъ. Если въ то же время желательно произвести точное изслѣдованіе, то нужно захлороформировать женщину до глубокаго наркоза; въ противномъ же случаѣ даютъ хлораль-гидратъ (2—3 грм. внутрь или въ клистирѣ). Спустя нѣкоторое время, когда женщина отдохнула, потуги обыкновенно опять появляются съ нормальной силою ¹⁾).

Въ подобныхъ случаяхъ, особенно если температура начинаетъ повышаться, можно также примѣнять *общія ванны* (28° R., продолжительностью отъ ½ до ¾ часа), которыя иногда дѣйствуютъ весьма благотворно на общее состояніе и оживляютъ дѣятельность матки.

Но особенное вниманіе слѣдуетъ всегда обращать на *мочевой пузырь*. Болѣе сильное наполненіе его мѣшаетъ потугамъ и ослабляетъ дѣятельность брюшнаго пресса.

Искусственный разрывъ плоднаго пузыря при извѣстныхъ обстоятельствахъ тоже считается средствомъ для усиленія потугъ. Но прибѣгать къ этому средству позволительно лишь въ то время, когда маточный зѣвъ уже расширился слишкомъ наполовину, а подлежащая часть уже стоитъ плотно въ тазу.

Если же искусственный разрывъ плоднаго пузыря будетъ произведенъ при отсутствіи этихъ условій, то являются всѣ неудобства преждевременнаго истеченія водъ: роды останавливаются, головка можетъ отклониться въ сторону, а иногда можетъ даже наступить выпаденіе ручки или пуповины. Но и при наличности вышеуказанныхъ условій лучше все-таки соблюдать извѣстную сдержанность въ примѣненіи искусственнаго разрыва плоднаго пузыря для улучшенія потугъ.

Введеніе булжа въ матку хотя и представляетъ средство весьма дѣйствительное, но это нужно приберегать только для особенно настоятельныхъ случаевъ.

Растиранія матки приложенною снаружи рукою должны быть примѣняемы въ томъ случаѣ, когда для полученія эффекта достаточно уже вызвать одну или нѣсколько потугъ, какъ, напр., при прорѣзываніи головки или при ненаступающемъ прорѣзываніи плечиковъ. При такихъ обстоятельствахъ очень полезно соединять растиранія матки съ операціей выжиманія, а иногда также съ прямокишечнымъ ручнымъ приемомъ.

Приобрѣтеть-ли *гальванизация* мѣсто въ ряду средствъ, вызывающихъ потуги, это еще подлежитъ сомнѣнію. Помимо невѣрности дѣйствія, введенію ея въ практику мѣшаетъ необходимость аппарата.

Внутреннихъ средствъ для возбужденія или усиленія настоящихъ потугъ мы не имѣемъ. Единственное средство, которому нельзя отказать въ дѣйствія на матку, представляетъ *спорынья*; но относительно самаго способа ея дѣйствія еще существуютъ большія разногласія. Большинство авторовъ согласно между собою въ томъ, что вызываемыя спорынью маточныя сокращенія не имѣютъ характера настоящихъ потугъ. Черемезки

¹⁾ См. Acconci, Sulla contrazione e sull' inerzia dell' utero. Torino 1891.

между потугами, въ собственномъ смыслѣ этого слова, при употребленіи спорыньи не бываетъ, а, наоборотъ, она вызываетъ непрерывное и громадное повышеніе внутриматочнаго давленія, которое ограничиваетъ плацентарное дыханіе и можетъ вызвать смерть ребенка отъ асфиксіи, тогда какъ о настоящемъ ускореніи родового акта здѣсь нѣтъ и рѣчи.

Поэтому многіе акушеры (*Schroeder*) совершенно отвергаютъ примѣненіе спорыньи раньше окончанія родовъ и совѣтуютъ употреблять ее только въ послѣдовомъ и послѣродовомъ періодахъ. Другіе авторы хотя и допускаютъ примѣненіе спорыньи въ періодѣ изгнанія при головныхъ положеніяхъ, но только подъ тѣмъ непремѣннымъ условіемъ, что маточный зѣвъ долженъ быть уже совершенно изглаженъ, а головка должна стоять надъ тазовымъ дномъ. Въ то же время необходимо тщательно слѣдить за сердечными тонами плода и при наступившемъ измѣненіи ихъ немедленно окончить роды наложеніемъ щипцовъ, если вызванное спорыньею сокращеніе матки не вывело головку по промежути.

Спорынья примѣняется въ формѣ порошковъ (1—2 грм. на приемъ) или подкожныхъ впрыскиваній эрготина:

Rp. Ergotini dialysat.	2,0
Aquae destillat.	10,0
Acid. carbolic.	0,1
M. D. S. По $\frac{1}{2}$ —1 Правадовскому шприцу.	

Что несвоевременнымъ употребленіемъ спорыньи причинялось и еще въ настоящее время причиняется очень много вреда,—это не подлежитъ сомнѣнію. Нѣрѣдко отъ этого умираютъ дѣти, которыя очень хорошо могли бы родиться силами природы. Вредъ былъ бы еще болѣе великъ, если бы спорынья очень скоро не теряла своего дѣйствія, особенно въ формѣ порошковъ, въ которой она примѣняется многими повивальными бабками. *Kobert* ¹⁾ доказалъ, что уже черезъ 3 мѣсяца послѣ сбора спорыньи дѣйствующее вещество ея значительно уменьшается въ количествѣ. Всего сильнѣе дѣйствуетъ свѣжая спорынья въ іюлѣ и августѣ, тогда какъ въ ноябрѣ дѣйствіе ея уже значительно ослабѣваетъ, а въ мартѣ и позднѣе она оказывается почти недѣйствительною.

Вышеупомянутыя воззрѣнія о дѣйствіи спорыньи оспариваются особенно *Säxinger*'омъ и въ послѣднее время также *Schatz*'омъ ²⁾. *Säxinger* примѣнялъ препаратъ *Denzel*'я и получалъ при слабости потугъ хорошіе результаты, между тѣмъ какъ вреднаго вліянія на младенца онъ никогда не наблюдалъ. *Schatz* утверждаетъ, что при цѣлесообразной дозировкѣ спорынья вызываетъ нормальныя потуги и что послѣднія при этомъ не усиливаются, а только дѣлаются болѣе частыми. Онъ примѣнялъ препаратъ, имѣющій сходство съ американскимъ жидкимъ экстрактомъ.

Ненадежность и быстрая потеря дѣйствія спорыньи и почти всѣхъ ея многочисленныхъ препаратовъ составляютъ большое неудобство. Болѣе удовлетворительнымъ въ этомъ отношеніи оказывается *корнутинъ*, полученный изъ спорыньи *Kobert*'омъ ³⁾, какъ дѣйствующее вещество ея: корнутинъ, сохраняемый въ сухомъ видѣ и безъ доступа свѣта, долго остается химически неизмѣненнымъ,

¹⁾ *Grünfeld*, Arbeiten aus dem Pharmak. Institut zu Dorpat. 1892.

²⁾ Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft f. Gynäk. zu Freiburg. 1889.—См. также *Acconci*, l. c.

³⁾ Ueber die Bestandtheile und Wirkungen d. Mutterkorns. 1884.

но употребленіе его (0,005 грм. pro dosi) обходится довольно дорого. Относительно способа дѣйствія этого препарата мнѣнія авторовъ тоже расходятся: нѣкоторые наблюдали настоящія ритмическія сокращенія матки (*Levischii*), тогда какъ другіе получали плохіе результаты въ отношеніи дѣтей [*Erhard, Thomson*¹⁾].

Напротивъ того, очень полезное дѣйствіе свѣжей спорыни, гесп. корнута на *въ послѣдвомъ періодѣ*²⁾ нѣкъмъ не оспаривается; объ этомъ предметѣ мы еще будемъ подробно говорить въ другомъ мѣстѣ. Если при существующей слабости потугъ оказывается необходимымъ скорѣе окончить роды, то для того чтобы дѣйствіе препарата обнаружилось своевременно, можно дать пріемъ спорыни незадолго передъ операціей и такимъ образомъ предотвратить атоническое кровотеченіе, которое могло бы появиться вслѣдствіе слабости потугъ. Согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Jacobi*³⁾ специфическое дѣйствующее составное вещество маточныхъ рожковъ представляетъ собою безъазотистую смолу—*спазелотоксинъ*. У животныхъ онъ вызываетъ настоящіе потуги и даже способенъ прервать беременность безъ вреда для матери.

Кромѣ спорыни, способность вызывать или усиливать потуги приписывалась также многимъ другимъ лекарственнымъ средствамъ. Но эти средства или совершенно неѣйствительны, какъ, напр., бура, корица и хининъ, или ненадежны и опасны, какъ, напр., пилокарпинъ.

Сахаръ (30—60 грм.), предложенный для усиленія потужной дѣятельности *Payer*'омъ⁴⁾, будучи испытанъ нами, не обнаружилъ никакого дѣйствія.

О слабости потугъ въ 3-мъ періодѣ родовъ мы будемъ говорить въ другомъ мѣстѣ (см. Кровотеченіе въ послѣднемъ періодѣ).

2. Слишкомъ сильныя потуги.

Сильныя потуги вообще, конечно, только желательны. Но если сила ихъ увеличивается настолько, что онѣ совершенно не соотвѣтствуютъ данному противодѣйствію, то за ними можно, конечно, признать патологическое значеніе. Впрочемъ, вредныя послѣдствія, которыя могутъ произойти отъ слишкомъ сильныхъ потугъ для матери или для младенца, обыкновенно должны быть отнесены на счетъ недостаточнаго подготовленія къ родамъ или недостаточнаго наблюденія за ними. Неблагопріятныя послѣдствія состоятъ въ *большихъ разрывахъ промежности*, рѣже въ глубокихъ надрывахъ маточнаго зѣва. Слишкомъ сильнымъ потугамъ нѣкоторые приписываютъ также обмороки послѣ родовъ, атоническія кровотеченія и выворотъ матки. Если роды наступили неожиданно, такъ что женщина не имѣла времени лечь въ постель, то ребенокъ можетъ упасть на полъ, подвергнуться вслѣдствіе этого какимъ-нибудь поврежденіемъ и разорвать пуповину (такъ наз. *внезапные роды*). У нѣкоторыхъ женщинъ слишкомъ сильныя потуги наблюдаются при каждомъ родѣ.

Задача *леченія* состоитъ въ своевременномъ оказаніи пособія и въ тщательномъ наблюденіи за родами, а иногда также въ ослабленіи потугъ легкимъ наркозомъ. Если у данной женщины уже однажды были такъ наз. *внезапные роды*, то при новой беременности она должна своевременно

¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1886. № 20; 1889, № 11.

²⁾ *Kroh*l, Arch. f. Gynäk. Bd. 45.

³⁾ Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 39. 1897.

⁴⁾ Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.

сдѣлать всё подготовленія къ родамъ и подъ конецъ беременности выходить изъ дому только на самое короткое время.

При очень сильномъ сокращеніи брюшнаго пресса, которое вызывается при болѣе сильномъ сопротивленіи (у первородящихъ, при узкомъ тазѣ, очень большомъ ребенкѣ, при ригидности мягкихъ частей), наблюдалась у роженицы иногда эмфизема ¹⁾ шеи, лица и груди, обусловленная, вѣроятно, разрывомъ легочныхъ пузырьковъ. Она всегда исчезала черезъ нѣсколько дней. Если эмфизема эта принимается во время родовъ обширные размѣры, то слѣдуетъ быстро окончить роды.

3. Судорожныя потуги.

Характеристическая особенность *судорожныхъ потугъ* состоитъ въ *отсутствіи* настоящей *перемежки между потугами*. Матка расслабляется невольнѣ, такъ что болѣзненное ощущеніе остается также во время перемежки между потугами и роды не могутъ правильнымъ образомъ идти впередъ. Если перемежка отсутствуетъ совершенно и матка всегда остается сильно сокращенною, то это называютъ *столбнякомъ матки* (*tetanus uteri*).

Самую частую причину болѣе сильныхъ судорожныхъ потугъ и настоящаго столбняка матки бываетъ несвоевременное примѣненіе большихъ дозъ спорыни. Но и преждевременное истеченіе водъ, запущенное поперечное положеніе, чрезмѣрная продолжительность родовъ при узкомъ тазѣ, грубое и частое изслѣдованіе, грубыя попытки родоразрѣшенія при недостаточно еще раскрытомъ зѣвѣ могутъ тоже создать состоянія, имѣющія, по крайней мѣрѣ, очень большое сходство съ настоящими судорожными потугами.

Послѣдствія для матери состоятъ въ замедленіи родового акта, въ усиленіи и удлиненіи родовой боли, а затѣмъ постепенно еще присоединяется сильное возбужденіе съ учащеніемъ пульса и легкимъ повышеніемъ температуры. Отсутствующее расслабленіе мускулатуры матки нарушаетъ плещентарное дыханіе, а при настоящемъ столбнякѣ матки младенецъ быстро умираетъ.

Леченіе. Въ легкихъ случаяхъ судорожныхъ потугъ слѣдуетъ принимать тепловатыя ирригаціи влагалища, гидротатическіе компрессы на животъ или болѣе продолжительную ванну. Гораздо болѣе дѣйствительны и въ интенсивныхъ случаяхъ заслуживаютъ рѣшительнаго преимущества наркотическія средства, именно морфій, опій или глубокой хлороформной наркозъ. Этотъ послѣдній всегда устраняетъ судорожное состояніе и обыкновенно также настоящій столбнякъ матки.

Судорожныя потуги и особенно столбнякъ матки противопоказуютъ всякое оперативное вмѣшательство. Лишь послѣ полного устраненія патологическаго тонуса дозволительно приступить къ родоразрѣшающей операціи, если она вообще имѣетъ для себя показаніе.

Fränkel совѣтовалъ назначать морфій въ соединеніи съ атропиномъ (0,001 грм.) и затѣмъ хлороформировать. Въ прежнее время мѣстныя крововызвлеченія и рвот-

¹⁾ *Scheffelaar Klots*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 41.

ныя средства играли большую роль при леченіи судорожныхъ потугъ; но теперь они уже совершенно вытѣснены наркотическими средствами.

Сущность судорожныхъ потугъ объяснялась въ прежнее время преобладающимъ сокращеніемъ нижняго сегмента матки, которое препятствуетъ изгнанію ея содержимаго. Но этотъ взглядъ очень мало или даже совсѣмъ не вяжется съ тою ролью, которая, по новѣйшимъ ученіямъ, приписывается нижнему сегменту матки при родовомъ актѣ (см. выше).

Частичныя стриктуры матки въ настоящее время тоже совершенно отвергаются многими авторами, хотя и безъ всякаго основанія. При извлеченіи послѣдующей головки чрезъ недостаточно раскрытый маточный зѣвъ часто приходится наблюдать въ высшей степени характеристическое *судорожное стягиваніе краевъ маточнаго зѣва* вокругъ шеи младенца. Края зѣва при этомъ тверды на-ощупъ, какъ дерево, и препятствуютъ прохожденію головки. Чѣмъ сильнѣе тянуть головку, тѣмъ крѣпче она обхватывается краями зѣва. Гораздо рѣже наблюдаются стриктуры при подлежащей головкѣ. Причинами ихъ считаются: преждевременное истеченіе водъ, частое и грубое изслѣдованіе, наконецъ—попытка растяженія маточнаго зѣва пальцемъ. Кайма маточнаго зѣва тверда на-ощупъ, просвѣтъ его во время потуги скорѣе даже нѣсколько суживается, и подлежащая часть отходитъ назадъ. Стриктуры въ 3-мъ періодѣ родовъ тоже встрѣчаются несомнѣнно. Для устраненія такихъ стриктуръ лучше всего примѣнять наркотическія средства.

III. Аномаліи мягкихъ родовыхъ путей.

Разстройства родового акта, обусловливаемыя *аномаліями развитія* половыхъ органовъ, были уже упомянуты въ патологіи беременности.

1. Закрытіе и суженіе маточнаго зѣва и влагалища.

Если маточный зѣвъ, несмотря на сильныя потуги, раскрывается мало или даже не раскрывается вовсе, то прежде всего необходимо опредѣлить изслѣдованіемъ, не зависить-ли это отъ присутствія *рубцовыхъ измѣненій*. Если таковыхъ не оказалось, то говорятъ о *ригидности маточнаго зѣва*. Последняя встрѣчается обыкновенно у пожилыхъ первородящихъ или у такихъ женщинъ, которыя въ беременности страдали выпаденіемъ матки съ болѣе сильною гипертрофіею маточной шейки. При этой аномаліи слѣдуетъ прежде всего запастись достаточнымъ терпѣніемъ и примѣнять тепловатыя спринцованія, а въ крайнемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ кровавымъ надрѣзамъ.

Въ другихъ случаяхъ маточный зѣвъ совсѣмъ не раскрывается, тогда какъ головка подъ вліяніемъ потугъ оттѣсняетъ передній стволъ влагалища далеко внизъ, а иногда истончаетъ его настолько, что онъ почти могъ бы быть принятъ за напряженный плодный пузырь. Закрытый маточный зѣвъ при этомъ обыкновенно оказывается сзади и вверху въ крестцовой впадинѣ. Цервикальный каналъ совершенно изглаженъ, и только края наружнаго зѣва препятствуютъ дальнѣйшему ходу родовъ.

Это состояніе называли *склеиваніемъ маточнаго зѣва* (conglutatio orificiі pteri), хотя и сомнительно, чтобы здѣсь дѣло шло о настоящемъ склеиваніи краевъ. По *Schroeder*'у ¹⁾, послѣ обнаженія зѣва ма-

¹⁾ Lshrb. d. Geburtsh. 1891. — *Löwe*n, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.

точнымъ зеркаломъ всегда можно увидѣть свѣшивающуюся изъ него тонкую слизистую пробку. Слѣдовательно, здѣсь существуетъ не закрытіе маточнаго зѣва, а только чрезвычайная неподатливость самыхъ наружныхъ слоевъ его края.

Для того чтобы устранить это „склеиваніе“, достаточно ввести въ зѣвъ маточный зондъ. При этомъ края зѣва удаляются другъ отъ друга, плодный пузырь получаетъ возможность вставиться, и роды идутъ впередъ. Дальнѣйшему расширенію зѣва могутъ иногда способствовать тепловатыя впрыскиванія. Надрѣзы почти никогда не бываютъ необходимы.

Впечатлѣвіе склеиванія можетъ дать болѣе плотное прилеганіе нижняго отдѣла яйцевыхъ оболочекъ къ нижнему сегменту матки, затрудняющее образованіе пузыря и замедляющее раскрытіе маточнаго зѣва. Въ такихъ случаяхъ можно попытаться отдѣлать оболочки отъ маточной стѣнки или, если есть основаніе думать, что упомянутое плотное прилеганіе оболочекъ находится выше, то слѣдуетъ разорвать пузырь (*Löhlein*, Centralbl. f. Gynäk. 1899. Bd. 19).

Болѣе затруднительнымъ оказывается положеніе дѣла, если имѣются рубцовыя измѣненія, прощупываемыя въ видѣ твердыхъ шнурковъ. Эти измѣненія бываютъ пріобрѣтены вслѣдствіи операцій на влагалищной части матки (ампутація) или вслѣдствіе примѣненія ѣдкихъ средствъ, особенно каленаго желѣза, или, наконецъ, вслѣдствіе язвенныхъ или гангренозныхъ измѣненій въ предшествовавшемъ родильномъ періодѣ или при инфекціонныхъ болѣзняхъ (тифъ, оспа и т. д.). Рубцовыя измѣненія обыкновенно производятъ только суженіе маточнаго зѣва; но въ рѣдкихъ случаяхъ они производили во время беременности полное закрытіе его (т. н. атрезія).

Леченіе состоитъ въ разсѣченіи рубцовой ткани ножницами или ножомъ, послѣ чего родовой актъ можетъ быть оконченъ силами природы.

Чрезвычайно сильныя затрудненія при родахъ могутъ возникнуть въ томъ случаѣ, если до наступленія беременности произведена была операція фиксированія матки во влагалищѣ. Благодаря сращенію матки съ влагалищемъ, потуги не въ состояніи расширить маточный зѣвъ, а производятъ лишь то, что влагалище подымается къверху въ видѣ воронки. Чтобы кончить роды въ этихъ случаяхъ требуется произвести различные тяжелые повороты и разрѣвъ фиксаціи, а иногда даже прибѣгать къ кесарскому сѣченію. Справедливо говорить *Veit* въ руководствѣ акушерства *Schroeder'a* (1899): «кто разъ имѣлъ несчастье оказывать помощь при трудныхъ родахъ вслѣдствіе вагинофиксаціи матки, тотъ едва-ли легко рѣшится повторить эту операцію». Рѣже встрѣчаются затрудненія родовъ послѣ вентрофиксаціи.

Прохожденію головки чрезъ влагалище могутъ мѣшать врожденныя поперечныя перемычки, о разсѣченіи которыхъ послѣ двойной перевязки мы уже упоминали при аномаліяхъ развитія.

Гигидность влагалища относится преимущественно къ нижнимъ его отдѣламъ. Влагалищный входъ и промежность могутъ, благодаря своей малой растяжимости, особенно у пожилыхъ первородящихъ, представлять для прохожденія головки значительное противодѣйствіе. Непріятными послѣдствіями этого часто бываютъ замедленіе родового акта, вторичная

слабость потугъ, асфиксія младенца или, при сильныхъ потугахъ и при извлеченіи щипцами, глубокіе разрывы промежности и влагалища.

Къ числу самыхъ тяжелыхъ разстройствъ родового акта принадлежатъ обширныя рубцовыя измѣненія влагалища, образовавшіяся вслѣдствіе язвенныхъ процессовъ въ родильномъ періодѣ ¹⁾. Они могутъ сѣзуть влагалище до такой степени, что черезъ него едва можетъ пройти толстый маточный зондъ. Во многихъ случаяхъ еще удается, несмотря на это, окончить роды чрезъ тазовой каналъ послѣ того, какъ препятствіе было устранено кровавыми надрѣзами въ области напирющей головки, или расширеніемъ при помощи пальцевъ или инструментовъ. Можно также подъ конецъ беременности попытаться расширить сѣзуженное влагалище введеніемъ дилаторовъ и тампоновъ, по аналогіи съ Боземановскимъ подготовительнымъ методомъ, примѣняемымъ для обнаженія трудно доступныхъ мочевыхъ свищей.

Если, наоборотъ, рубцовыя измѣненія занимаютъ почти всю длину влагалища, то въ такомъ случаѣ родоразрѣшеніе черезъ тазовой каналъ представляется уже нецѣлесообразнымъ, потому что оно неизбѣжно сопряжено съ большими и нерѣдко сильно кровотоочащими раненіями. При такихъ обстоятельствахъ должно быть произведено *кесарское сѣченіе* по способу *Porro*.

Довольно рѣдко препятствіемъ для родового акта является *слишкомъ плотная дѣвственная плева* съ малымъ отверстіемъ. Если разрывъ такой толстой дѣвственной плевы будетъ предоставленъ напирющей головкѣ, которая выпячиваетъ ее въ видѣ купола, то слѣдствіемъ этого могутъ быть обширныя раненія съ обильными кровотечениями. Поэтому лучше, не дожидаясь разрыва, вскрыть дѣвственную плеву крестообразнымъ разрѣзомъ [*Ahlfeld* ²⁾].

2. Міомы матки ³⁾.

Міомы, какъ препятствіе для родового акта, встрѣчаются не часто. Женщины съ интестинальными и подслизистыми міомами забеременѣваютъ вообще рѣдко. Подсерозныя міомы, которыя не въ такой степени несовмѣстимы съ наступленіемъ зачатія, являются препятствіемъ для родового акта лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Цервикальныя міомы встрѣчаются вообще рѣдко. Міомы во время беременности обыкновенно увеличиваются въ объемъ; многія изъ нихъ получаютъ болѣе мягкую консистенцію. Это измѣненіе ихъ основано болше на размноженіи мышечныхъ элементовъ, чѣмъ на серозномъ пропитываніи міомъ. Жировое перерожденіе, миксоматозное размягченіе и гнойное распаденіе міомъ также были наблюдаемы во время беременности. Нѣкоторыя міомы подъ вліяніемъ

¹⁾ *Neugebauer*, Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen der Scheide etc. Berlin 1895.

²⁾ *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 21.—v. *Guérard*, *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* 1897. Bd. 2.

³⁾ *Olshausen* in *J. Veit*, *Handb. d. Gynäk.* 1897. Bd. 2.

давлення и растяженія по поверхности при прогрессирующей беременности подвергаются уплощенію формы.

Иногда наступают *преждевременные роды* или *выкидыши*, особенно при интерстиціальныхъ и подслизистыхъ міомахъ, тѣмъ не менѣе безпрепятственное теченіе беременности встрѣчается при этомъ гораздо чаще. *Во время беременности* могутъ появляться, въ видѣ исключенія, признаки перитонита, а также кровоточенія, особенно если стебельчатая міома сидитъ въ цервикальномъ каналѣ. Часто также, при сколько нибудь большихъ міомахъ, наблюдаются ненормальныя положенія плода, аномаліи потугъ, кровоточенія въ послѣродовомъ и родильномъ періодахъ. Міомы приводятся также въ числѣ этиологическихъ моментовъ предлежанія плаценты.

Если міома, по своему мѣстоположенію и объему, запруждаетъ родовый каналъ, то она можетъ повлечь за собою *самыя тяжелыя разстройства родового акта*.

Въ *родильномъ періодѣ* міома, увеличившаяся во время беременности, почти всегда нѣсколько уменьшается въ объемѣ. Иногда подслизистыя міомы извергаются сами собою. Если это сопровождается нагноеніемъ и ихорознымъ разложеніемъ, то женщина можетъ умереть отъ септицеміи.

Распознаваніе беременности при міомахъ матки основывается главнымъ образомъ на прощупываніи болѣе мягкихъ и сочныхъ участковъ матки при прогрессивномъ ростѣ ея. Въ теченіе беременности міомы позже и въ меньшей степени становятся сочными, чѣмъ ткань матки.

Леченіе. Стебельчатыя міомы, сопровождаемыя кровоточеніями, должны быть удалены ножницами. Въ остальныхъ же случаяхъ активное вмѣшательство требуется только при такихъ міомахъ, которыя образуютъ препятствіе для родовъ.

При міомахъ, запружающихъ родовый каналъ, прежде считалось за правило произвести *искусственный выкидышъ*, или же *искусственные преждевременные роды*, если еще имѣется достаточно мѣста для прохожденія недоношеннаго ребенка; въ настоящее же время число приверженцевъ подобнаго вмѣшательства сильно поубавилось. Дѣло въ томъ, что міомы, которыя во время беременности, повидимому, закрываютъ родовый каналъ, съ дальнѣйшимъ теченіемъ нерѣдко поднимаются выше, такъ что къ началу родовъ тазъ становится свободенъ или же достаточный просторъ получается посредствомъ измѣненія положенія роженицы или вправленія опухоли. Поэтому полезнѣе *выжидать* во время беременности и вмѣшиваться лишь во время родовъ, если бы это оказалось необходимымъ ¹⁾. При такихъ обстоятельствахъ слѣдуетъ сначала попытаться *вправить* міому, съуживающую родовый каналъ, и затѣмъ, послѣ успѣшнаго вправленія, предоставить дальнѣйшее теченіе родового акта силамъ природы. Если же вправленіе не удалось, то при выборѣ дальнѣйшей терапіи необходимо

¹⁾ *Apfelstedt*, Arch. f. Gynäk. Bd. 48. *Hofmeier*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 30 и 42.

строго индивидуализировать. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще оказывается возможнымъ *ампутировать* или *вылущивать опухоль* со стороны влагалища. Въ другихъ случаяхъ представляютъ сначала родовой актъ силамъ природы, для того чтобы удостовериться, возможно-ли еще прохожденіе головки младенца рядомъ съ міомою; обстоятельство это иногда бываетъ возможно удивительно легко, благодаря размягченію міомъ во время беременности, вызванному венознымъ застоємъ и прижатіемъ ихъ. Если это невозможно, то приходится произвести *поворотъ* и *извлечение* или *перфорацию головки*. При этомъ слѣдуетъ по возможности избѣгать болѣе сильныхъ ушибовъ опухоли, такъ какъ они благопріятствуютъ распаденію ея въ родильномъ періодѣ.

Если, наоборотъ, міома произвела абсолютное суженіе таза или настолько сильное, что рожденіе живого плода невысказимо, то необходимо прибѣгнуть къ операци *Porro*, т. е. къ кесарскому сѣченію съ послѣдующей надвлагалишной ампутаціей, такъ какъ это спасаетъ жизнь ребенка и избавляетъ женщину отъ ея міоматозной матки. Въ рѣдкихъ случаяхъ удается удалить одну міому при сохраненіи матки.

Міомотомія во время беременности дозволительна только при угрожающихъ разстройствахъ, причиняемыхъ опухолью (напр. при перекручиваніи ножки). Смотря по анатомическимъ отношеніямъ, здѣсь приходится выбирать между надвлагалишной ампутаціей, вылушеніемъ міомы изъ беременной матки или удаленіемъ ея въ случаѣ, если она сидитъ на ножкѣ. Въ обоихъ послѣднихъ случаяхъ беременность можетъ, какъ свидѣтельствуется литература, продолжаться своимъ чередомъ.

О весьма рѣдкихъ случаяхъ совпаденія беременности съ саркомой матки см. *Gessner im Handb. d. Gynäk. von J. Veit, Bd. 3. 1899.*

3. Ракъ маточной шейки ¹⁾.

Беременность въ начальныхъ стадіяхъ *рака маточной шейки* можетъ, конечно, наступить, но это бываетъ не очень часто. Гораздо рѣже бываетъ, что ракъ начинаетъ развиваться при наступившей уже беременности. Жертвами этого печальнаго осложненія бываютъ чаще всего много-рожавшія женщины. Во время беременности *новообразованіе обыкновенно дѣлаетъ быстрые успѣхи*. Часто наступаетъ выкидышъ; но во многихъ случаяхъ беременность достигаетъ нормальнаго своего конца. Во время беременности наблюдаются обильныя выдѣленія изъ половыхъ путей, повременамъ кровоточенія или даже ихорозное разложеніе опухоли. Ростъ раковой опухоли быстро прогрессируетъ и въ теченіе родильнаго періода.

Во время родовъ неподатливыя карциноматозныя массы могутъ затруднить или даже сдѣлать совершенно невозможнымъ раскрытіе маточнаго зѣва, а если новообразованіе распространилось уже на влагалище или тазовую соединительную ткань, то оно можетъ оказаться *значительнымъ препятствіемъ для родового акта*. Если роды вообще еще возможны, то они идутъ очень медленно, сопровождаются обильною потерей крови и

¹⁾ *Olshausen, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 37.—Sarwey im Handb. d. Gynäk. v. J. Veit, Bd. 3. 1899.*

сопряжены съ большою опасностью для ребенка. Родильный періодъ тоже отличается болѣ сильными кровотечениями. Къ этому въ большинствѣ случаевъ очень быстро присоединяется, благодаря родовой травмѣ, ихорозное разложеніе раковыхъ массъ, такъ что обще истощеніе организма дѣлаетъ быстрые успѣхи.

Предсказаніе для матери менѣе благопріятно, чѣмъ при ракъ внѣ беременности даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ еще можетъ быть произведена полная экстирпація пораженнаго органа. Скорые рецидивы наступаютъ часто. До тѣхъ поръ пока еще существуетъ возможность спасти жизнь матери, интересы младенца должны стоять на второмъ планѣ. Въ противномъ же случаѣ вся забота сосредоточивается на сохраненіи ребенка.

Этимъ принципомъ слѣдуетъ руководиться при выборѣ *терапевтическихъ мѣръ*. Если степень распространенія процесса еще позволяетъ *полную экстирпацію*, то она должна быть безъ замедленія произведена по влагалищному методу въ первые мѣсяцы беременности—даже до 6-го мѣсяца при широкихъ родовыхъ путяхъ. Операция отъ осложненія беременностью опаснѣе не становится. Выпущеніемъ водъ достигается уменьшеніе матки. Если же объемъ матки является, несмотря на это, препятствіемъ къ этой операци, то сначала нужно опорожнить матку *искусственнымъ выкидышемъ*, гср. *искусственными преждевременными родами* и уже затѣмъ произвести *полную экстирпацію*.

*Dührssen*¹⁾ совѣтуетъ даже въ поздніе мѣсяцы беременности опорожнять матку посредствомъ разсѣченія ея передней стѣнки черезъ влагалище (*влагалищное кесарское сѣченіе*) и вслѣдъ затѣмъ тотчасъ же произвести полное вылущеніе матки. Что одновременное удаленіе какъ плода, такъ и пораженной ракомъ матки, представляетъ большія преимущества, бросается ясно въ глаза. Такая операция въ новѣйшее время была неоднократно выполнена съ хорошимъ результатомъ для обоихъ, для матери и для ребенка; она, по мнѣнію многихъ операторовъ, имѣетъ большую будущность въ терапіи доступныхъ для операци раковъ во время беременности. Если беременность пришла къ концу и родоразрѣшеніе *per vias naturales* при доступной для операци карциномѣ еще возможно, то слѣдуетъ раковую матку экстирпировать *per vaginam* тотчасъ же послѣ родоразрѣшенія. Но если роды или искусственное раннее родоразрѣшеніе вслѣдствіе большой величины опухоли невозможно, то приходится прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію, причѣмъ удаляютъ всю матку изъ полости живота или же по удаленіи плаценты и наложеніи маточныхъ швовъ экстирпируютъ *per vaginam* (*Olshausen*); конечно, такъ поступаютъ въ случаѣ, если не желаютъ и злѣе прибѣгать къ влагалищному кесарскому сѣченію. Основная дезинфекціи раковой опухоли (удаленіе распавшихся массъ, примѣненіе каленаго желѣза) должно предшествовать всѣмъ оперативнымъ приемамъ.

1) Der vaginale Kaiserschnitt 1896.—*Sarwey*, Beiträge f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

Если, наоборотъ, радикальная операція представляется уже невозможною, то слѣдуетъ стараться во время беременности по мѣрѣ силъ ограничить кровотеченіе и ихорозное разлженіе (іодоформные тампоны). Если роды уже начались, то слѣдуетъ заботиться прежде всего о спасеніи жизни ребенка. Если имѣется основаніе думать, что родоразрѣшеніе черезъ тазовой каналъ еще возможно безъ опасности для жизни ребенка, что бываетъ очень рѣдко, то сначала предоставляютъ родовой актъ силамъ природы и стараются, въ случаѣ надобности, освободить мѣсто для прохожденія ребенка удаленіемъ карциноматозныхъ массъ при помощи острой ложечки или надрѣзами черезъ толщу опухоли. Если, наоборотъ, по мнѣнію врача, родоразрѣшеніе черезъ тазовой каналъ уже невозможно безъ опасности для живого ребенка, то должно быть произведено *кесарское сѣченіе*. Въ случаѣ абсолютнаго суженія таза кесарское сѣченіе, конечно, и при мертвомъ ребенкѣ оказывается единственнымъ методомъ родоразрѣшенія. Кесарскому сѣченію должна предшествовать возможно тщательная дезинфекція карциноматозныхъ частей. Многіе авторы совѣтуютъ присоединять къ кесарскому сѣченію при ракѣ матки надвлагалищную ампутацію ея съ вѣбрюшнымъ уходомъ за ножкой.

4. Опухоли яичниковъ.

Опухоли яичниковъ, какъ препятствіе для родового акта ¹⁾, вообще менѣе опасны, чѣмъ вышеупомянутыя опухоли матки. Онѣ рѣже суживаютъ емкость таза и оперативное удаленіе ихъ оказывается болѣе легкимъ. Тѣмъ не менѣе, поворотъ ножки опухоли вокругъ ея оси, какъ во время беременности, такъ и въ родильномъ періодѣ, затѣмъ разрывъ кисты и, наконецъ, нагноеніе ея, наступающее преимущественно въ послѣродовомъ періодѣ, могутъ подвергнуть жизнь женщины большой опасности.

Иногда беременность оканчивается раньше срока; это бываетъ, повидимому, чаще всего при такихъ опухоляхъ, которыя своимъ значительнымъ объемомъ препятствуютъ дальнѣйшему росту матки, или которыя имѣютъ злокачественный характеръ. Вообще, можно считать за правило, что опухоль во время беременности продолжаетъ расти.

Препятствіемъ для родового акта опухоль яичника оказывается обыкновенно лишь тогда, когда она лежитъ еще въ маломъ тазу или когда она въ немъ фиксирована (внутрисвязочныя опухоли, дермоидныя кисты). Опухоли, поднявшіяся уже въ брюшную полость, могутъ достигнуть очень большого объема, не причиняя механическихъ препятствій для родового акта. Присутствіе ихъ часто обнаруживается лишь послѣ изгнанія плода.

Опухоли яичниковъ, обнаруженныя во время беременности, должны быть вообще удаляемы посредствомъ *овариотоміи*. Беременность почти не ухудшаетъ предсказанія для больной, особенно если операція будетъ произведена въ первые мѣсяцы. Обыкновенно беременность послѣ ова-

1) *Löhlein, Gynäk. Tagesfragen* 4. 1895.

ріотоміи достигаетъ нормальнаго своего конца ¹⁾. Тѣмъ не менѣе она нѣсколько чаще прерывается, чѣмъ это принято думать. Согласно статистикѣ *Fehling's* ^{1/3} всѣхъ плодовъ погибаетъ ²⁾. Поэтому, нельзя во время беременности производить оваріотомію во всѣхъ случаяхъ безразлично, но необходимо индивидуализировать и сперва выжидать, напр. при малыхъ опухоляхъ, не причиняющихъ никакихъ разстройствъ.

Если новообразование было обнаружено лишь *во время родовъ*, то прежде всего нужно попытаться *вправить* его, коль скоро оно производитъ суженіе родового канала.

Если вправление не удалось, то нужно произвести *проколъ*, который ни въ коемъ случаѣ не можетъ считаться совершенно безопасной операцией. Быть можетъ, лучше сдѣлать разрѣзъ кисты черезъ влагалище или же, если позволяютъ обстоятельства, то произвести влагалищное удаление опухоли. Плотныя и фиксированныя опухоли, при которыхъ вправление или удаление черезъ влагалище уже невозможны, могутъ потребовать кесарскаго сѣченія, вслѣдъ за которымъ тутъ же производить оваріотомію.

Наоборотъ, въ *родильномъ періодѣ* оваріотомія должна быть произведена какъ можно раньше, ибо въ противномъ случаѣ нагноеніе кисты, поворотъ ея вокругъ оси и другія неблагоприятныя осложненія могли бы естественнo ухудшить предсказаніе.

Въ числѣ рѣдкихъ препятствій для родового акта, являющихся со стороны организма матери, должны быть прежде всего упомянуты эхинококкъ, опухоли влагалища, ракъ прямой кишки, камни мочевого пузыря, врожденное смѣщеніе почекъ, *meningocoele sacralis anterior* [*Löhlein* ³⁾]. Терапія, вообще, та же самая, что и при опухоляхъ: вправление, проколъ (*meningocoele*), оперативное удаление (камни мочевого пузыря удаляются со стороны влагалища) или искусственные преждевременные роды [уже неоднократно производившіеся при врожденномъ смѣщеніи почекъ ⁴⁾], а иногда также кесарское сѣченіе [неоднократно производившееся при ракѣ прямой кишки ⁵⁾]. Окаменѣлый плодъ, оставшійся отъ прежней вѣматочной беременности, также можетъ оказаться значительнымъ препятствіемъ для родового акта [кесарское сѣченіе въ случаѣ *Gunenbergera* ⁶⁾ и въ случаѣ *Schauta*]; то же самое возможно при старомъ вѣматочномъ плодномъ мѣшкѣ, какъ это было въ случаѣ *Sänger's* ⁷⁾ (кесарское сѣченіе).

IV. Аномаліи костнаго родового канала.

1. Введеніе. Измѣреніе таза.

Въ физиологіи родовъ мы уже подробно ознакомились съ *размѣрами* костнаго родового канала, опредѣляемыми на *сухомъ тазѣ*. Эти размѣры малаго таза могутъ быть ненормальнымъ образомъ измѣнены въ двухъ направленіяхъ. Величина всѣхъ размѣровъ можетъ превосходить

¹⁾ Pfannenstiel, Handb. d. Gynäk. v. J. Veit. Bd. 3, 1898.

²⁾ Deutsche Aerztezeitung, 1900. Heft. 22.

³⁾ Gynäk. Tagesfragen IV. 1895.

⁴⁾ См. Arch. f. Gynäk. Bd. 41, p. 99.

⁵⁾ См. *Holzappel*, Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

⁶⁾ Bericht aus dem Hebammeninstitut etc. Petersburg. 1863, p. 122.

⁷⁾ Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.

среднюю норму (*слишкомъ широкій тазъ*); въ другихъ же случаяхъ одинъ или нѣсколько размѣровъ оказываются значительно укороченными (*узкій тазъ*). Первая аномалія почти не играетъ въ практическомъ акушерствѣ никакой роли, между тѣмъ какъ вторая, т. е. узкій тазъ, оказывается одною изъ важнѣйшихъ во всей патологіи родовъ.

Для опредѣленія пространственныхъ отношеній малаго таза на живой женщинѣ служитъ *измѣреніе таза*.

До сихъ поръ мы не имѣемъ ни одного метода, который позволялъ бы намъ непосредственно опредѣлять размѣры малаго таза. Мы можемъ только опредѣленіемъ нѣкоторыхъ легко измѣряемыхъ разстояній на наружной тазовой области (наружное измѣреніе) установить *общій характеръ таза*, а съ другой стороны—опредѣленіемъ одного или нѣсколькихъ размѣровъ тазовой полости (внутреннее измѣреніе) составить себѣ *понятіе о ширинѣ малаго таза* [Michaelis¹⁾].

Измѣреніе таза производится посредствомъ тазомѣра. Женщина лежитъ на спинѣ, какъ при наружномъ акушерскомъ изслѣдованіи; животь совершенно обнаженъ. Концы (пуговики) обѣихъ вѣтвей тазомѣра приставляются къ тѣмъ точкамъ, разстояніе между которыми должно быть опредѣлено, а затѣмъ мы отыскиваемъ соотвѣтствующую цифру на скалѣ инструмента.

При наружномъ измѣреніи таза мы опредѣляемъ:

1. Разстояніе между *передними верхними остями подвздошныхъ костей* (Sp. I.)=26 см.
2. Разстояніе между *гребешками подвздошныхъ костей* (Cr. I.)=29 см.
3. Разстояніе между *большими вертелами* (Tr.)=31½ см.
4. *Наружную конъюгату* или *Боделоковскій размѣръ* (D. V.)=20 см.

1. При измѣреніи *Sp. I.* слѣдуетъ поставить пуговики тазомѣра на ихъ наружный край такъ, чтобы онѣ едва захватывали сухожилія *m. sartorii*.

2. При измѣреніи *Cr. I.* нужно передвигать вѣтви тазомѣра, начиная отъ переднихъ верхнихъ остей, по наружному краю гребешка подвздошной кости до тѣхъ поръ, пока не будетъ найдено наибольшее между ними разстояніе. При этомъ должно обращать вниманіе на то, чтобы обѣ пуговики были передвинуты приблизительно на одинаковое разстояніе отъ переднихъ верхнихъ остей.

3. При измѣреніи *Tr.* женщина должна лежать съ вытянутыми бедрами и плотно сдвинутыми колѣнями. Пуговики тазомѣра приставляются къ самой широкой части вертеловъ, и затѣмъ мы отыскиваемъ на скалѣ инструмента наибольшее между ними разстояніе.

5. При измѣреніи *нѣружной конъюгаты* (D. V.) женщина кладется на бокъ.

1) Das enge Becken, herausgegeben von Litzmann. 1865.

Заднюю точку этого размѣра представляетъ поверхностная впадина подь *остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка*, а переднюю точку—верхній край лоннаго сочлененія.

Нахождение задней точки этого размѣра иногда бываетъ сопряжено для начинающаго съ большими затрудненіями. Эта точка легче можетъ быть найдена зрѣніемъ, нежели осязаніемъ. При осматриваніи задней тазовой области тотчасъ же замѣчаютъ по обѣ стороны крестца двѣ ямки, соотвѣтствующія положенію заднихъ верхнихъ остей подвздошной кости (или, точнѣе, нѣсколько выше ихъ).

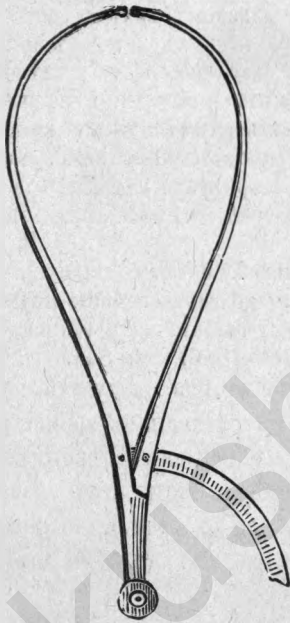


Рис. 83. Тазомѣръ *E. Martin'a*.

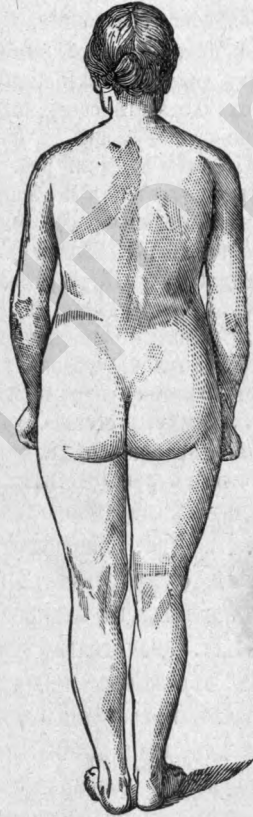


Рис. 84. Нормально сложенная беременная. Задняя точка наружной конъюгаты и ромбъ *Michaelis'a* хорошо видны.

Если соединить эти двѣ ямки прямой линіей, то искомая точка будетъ при нормальномъ тазѣ лежать приблизительно на разстояніи 3—5 см. (2—3 поперечныхъ пальцевъ) выше середины этой линіи. Можно также опредѣлить положеніе этой точки слѣдующимъ способомъ: если отъ верхняго края гребешка подвздошной кости провести къ позвоночнику прямую линію, то искомая точка будетъ лежать на 2—2½ см. ниже мѣста пересѣченія этой линіи съ позвоночникомъ. Эта задняя точка для измѣренія наружной конъюгаты обыкновенно представляетъ конецъ поверхно-

стнаго углубленія, которое, направляясь внизъ между обоими *mm. longissimi dorsi*, оканчивается какъ-разъ у начала крестцовой кости (*Michaelis*). При отыскиваніи осязаніемъ нужно помнить, что остистые отростки поясничныхъ позвонковъ имѣютъ большую длину и обыкновенно хорошо прощупываются, тогда какъ на крестцѣ они имѣютъ остроконечную форму и прощупываются обыкновенно съ большимъ трудомъ.

Для измѣренія наружной конъюгаты слѣдуетъ сначала прижать крѣпко одну пуговку тазомѣра къ задней точкѣ и затѣмъ передвигать пуговку другой вѣтви по верхнему краю лоннаго сочлененія, пока не будетъ найдено наибольшее разстояніе.

Эти двѣ боковыя ямки, немедленно бросающіяся въ глаза при разсматриваніи поясицы раздѣтой женщины, образуютъ наружные углы четвероугольника, верхній уголь котораго соотвѣтствуетъ ямкѣ подъ остистымъ отросткомъ послѣдняго поясничнаго позвонка, а нижній—точкѣ соединенія обѣихъ ягодицъ. Этотъ «ромбъ *Michaelis*'а» (см. рис. 84) у хорошо сложенныхъ женщинъ всегда бываетъ хорошо виденъ, въ особенности при нѣскольکو косвенномъ освѣщеніи, и онъ превосходно также воспроизведенъ на античныхъ статуяхъ женщинъ (красивѣ всего на статуѣ Венеры *Kallipygos*). При сильномъ выступаніи крестцоваго мыса (въ плоскомъ тазѣ) верхняя ямка лежитъ соотвѣтственно ниже, такъ что верхній уголь ромба дѣлается болѣе тупымъ, а при рахитическомъ тазѣ онъ можетъ даже совпасть съ линіей, соединяющей обѣ боковыя ямки, такъ что изъ ромба дѣлается треугольникъ¹⁾.

Заднимъ пунктомъ наружной конъюгаты у живой, по *Michaelis*'у, является промежутокъ между *processus spinosus* послѣдняго поясничнаго позвонка и *proc. spin.* верхняго крестцоваго, а не самъ остистый отростокъ, какъ это часто указывается даже въ руководствахъ (*Das enge Becken* 1865, стр. 84).

Результатъ наружнаго измѣренія таза допускаетъ слѣдующіе выводы: Если *Spin. I* и *Crist. I.* значительно укорочены въ сравненіи съ нормою (напр. 22 см. вмѣсто 26, resp. 25 вмѣсто 29), то можно съ нѣкоторою увѣренностью принять, что поперечный размѣръ тазоваго входа тоже укороченъ.

Если *Tr.* значительно укороченъ (напр. до 27 см.), то можно съ извѣстнымъ вѣроятіемъ принять, что тазовая полость сужена въ поперечномъ размѣрѣ (остеомалитическій тазъ).

Если наружная конъюгата имѣетъ въ длину всего 18 см. или еще меньше, то можно подозрѣвать, что истинная конъюгата тоже укорочена.

О самой стени суженія ни одинъ изъ этихъ размѣровъ не дозволяетъ сдѣлать никакого вывода.

Если разность между *Spin. I.* и *Crist. I.* значительно уменьшена, если она даже равняется нулю, а тѣмъ болѣе, если *Sp. I.* превосходитъ *Cr. I.*, то это свидѣтельствуетъ, что кривизна крыльевъ подвздошныхъ костей уменьшена и что мы, вѣроятно, имѣемъ дѣло съ рахитическимъ тазомъ.

Если укороченіе Боделоковскаго размѣра заставляетъ предполагать суженіе истинной конъюгаты, то вопросъ о томъ, дѣйствительно-ли существуетъ это суженіе и въ какой именно степени, можетъ быть разрѣшенъ *внутреннимъ измѣреніемъ таза.*

¹⁾ *Stratz, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 33.*

Внутреннимъ измѣреніемъ таза мы опредѣляемъ прежде всего величину *діагональной конъюгаты*. Она представляетъ кратчайшее разстояніе нижняго края лоннаго сочлененія отъ крестцоваго мыса и равняется $12\frac{1}{2}$ — 13 см.

Женщина лежитъ на спинѣ, съ согнутыми бедрами и нѣсколько приподнятымъ крестцомъ. Мочевой пузырь и прямая кишка должны быть опорожнены. Указательный и средній пальцы одной руки вводятся во влагалище, тогда какъ безымянный палецъ и мизинецъ кладутся на промежность. Введенные пальцы продвигаются къ крестцовому мысу, тогда какъ пальцы, лежащіе на промежности, постепенно, но непрерывно вдавливаютъ ее въ тазъ. Достигнувъ крестцоваго мыса, накладываютъ на него локтевую сторону верхушки средняго пальца и вдавливаютъ лучевую сторону той же руки въ ладонную дугу (см. рис. 85).

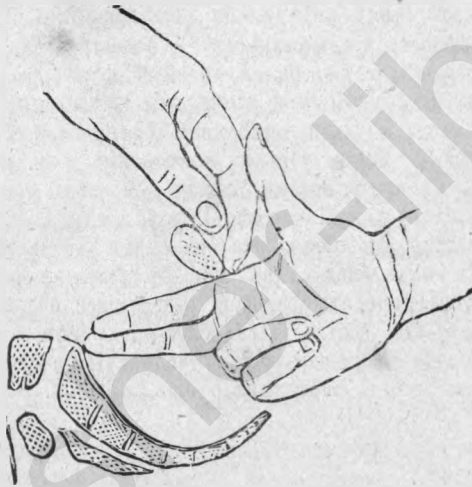


Рис. 85. Измѣреніе діагональной конъюгаты. (Schauta).

Тамъ, гдѣ нижній острый край *lig. arcuati* пересѣкаетъ теперь лучевую сторону введенной руки, дѣлается мѣтка ногтемъ указательнаго пальца другой руки, причемъ чувствующая поверхность этого пальца должна быть обращена къ лонной кости (*Michaelis*). Затѣмъ медленно вынимаютъ обѣ руки вмѣстѣ, не измѣняя ихъ взаимнаго положенія, и посредствомъ тазомѣра опредѣляютъ разстояніе отъ локтевой стороны верхушки средняго пальца до сдѣланной мѣтки.

Для полной увѣренности въ томъ, что средній палецъ лежитъ на крестцовомъ мысѣ, необходимо ясно прощупать межпозвоночный хрящъ подъ послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ. Иногда мѣсто соединенія перваго крестцоваго позвонка со вторымъ выдается сильно, чѣмъ крестцовый мысъ (т. н. ложный мысъ, *Michaelis*). Въ этомъ случаѣ возможна ошибка, которая, однако, не имѣетъ значенія, такъ какъ въ практическомъ отношеніи важно именно измѣрить кратчайшее разстояніе между лоннымъ сочлененіемъ и крестцомъ.

Измѣреніе діагональной конъюгаты у первородящихъ съ неподатливою промежностью и узкимъ влагалищнымъ входомъ бываетъ, конечно, болѣе труднымъ и чувствительнымъ, чѣмъ у многородающихъ. Во время родовъ измѣреніе становится невозможнымъ, когда головка уже стоитъ низко въ тазу.

Для того, чтобы по *диагональной конъюгате* опредѣлить величину истинной конъюгаты, необходимо вычесть изъ первой среднимъ числомъ 1,8—2 см. Вычетъ долженъ быть тѣмъ болѣе великъ, чѣмъ большую высоту имѣетъ лонное сочлененіе и чѣмъ болѣе острый уголъ оно образуетъ съ истинною конъюгатою.

При достаточномъ навыкѣ удастся опредѣлить истинную конъюгату съ очень большою точностью, о чемъ свидѣлствуютъ многочисленные контрольные измѣренія на трупахъ такихъ женщинъ, у которыхъ діагональная конъюгата была опредѣлена при жизни.

Согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ ¹⁾, полость таза, особенно у женщины въ родильномъ періодѣ, *измѣняется* въ своей формѣ въ зависимости отъ положенія женщины. Въ особенности измѣняется сильно при измѣненіи положенія прямой размѣръ входа и узкой части таза. Увеличивается конъюгата, даже на 1 см., при т. назыв. *отвисающемъ положеніи*, т. е. при вытянутомъ туловищѣ со спущенными внизъ ногами, между тѣмъ какъ при положеніи для камнесъченія увеличивается прямой размѣръ узкой части таза, а конъюгата укорачивается. Этими данными пользуются на практикѣ. Если при плоскомъ тазѣ головка находится надъ входомъ въ тазъ, то полезно, особенно при оперативномъ вмѣшательствѣ, придать большой отвисающее положеніе; при выходныхъ же операціяхъ слѣдуетъ пользоваться положеніемъ для камнесъченія. Отвисающее положеніе горячо рекомендуется при упомянутыхъ обстоятельствахъ многими акушерами, хотя не всегда оправдывало его ожиданія. (Ср. *Bollhagen*, Beiträge z. Geburtsh. und Gynäk. Bd 1).

Вслѣдъ за измѣреніемъ діагональной конъюгаты необходимо произвести ощупываніе всей внутренней стѣнки малаго таза, употребляя для этого обѣ руки поочередно (для правой стороны таза правую руку, для лѣвой—лѣвую), чтобы удостовѣриться, нѣтъ-ли еще другихъ болѣе грубыхъ аномалій (экзостозы, опухоли, косо смѣщеніе таза).

Измѣренія перечисленныхъ разстояній оказывается для большинства случаевъ узкаго таза вполне достаточно. Но при нѣкоторыхъ рѣдкихъ формахъ, присутствіе которыхъ обнаруживается существующими аномаліями скелета и констатируется при внутреннемъ ощупываніи таза (остеомаляція, кифозъ, косо-суженный тазъ), необходимо измѣрять еще и другія разстоянія. Объ этихъ послѣднихъ будетъ рѣчь при описаніи соответствующихъ формъ таза.

Основателемъ научнаго ученія о тазѣ нужно считать *Heinrich'a van Deventer'a* (1724). Онъ зналъ уже обѣ главныя формы узкаго таза: *pelvis nimis parva*, обще-размѣрно-суженный тазъ, и *pelvis nimis plana*, плоскій тазъ. Дальнѣйшіе успѣхи принесли съ собою затѣмъ особенно изслѣдованія и ученія

¹⁾ *Walcher*, Centralbl. f. Gynäk. 1889. № 51. — *Klein*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 21. — *Huyper*, Arch. f. Gynäk. Bd. 56. — *v. Küttner*, Beitr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.

Smellie (1764), *Denman'a* (1788), *Fremery* (1793), *Stein'a-jun.* (1808) и др.—*J. L. Baudelocque*, жившій въ Парижѣ въ концѣ прошлаго и началѣ нынѣшняго столѣтія, впервые сталъ производить инструментальное измѣреніе таза. Въ особенности онъ научилъ измѣрять названный по его имени діаметръ таза, именно наружную конъюгату (D. V.), хотя и преувеличивалъ значеніе этого діаметра для вычисленія истинной конъюгаты. Способъ измѣренія таза, въ томъ видѣ, въ какомъ онъ теперь практикуется, выработанъ преимущественно *Michaelis'омъ* въ Килѣ.

Но наибольшія заслуги въ разработкѣ ученія объ *узкомъ тазѣ* принадлежать Кильскимъ акушерамъ, а именно вышеупомянутому *Michaelis'у* ¹⁾ († 1848) и его пріемнику *Litzmann'у* ²⁾ († 1890). Работы ихъ имѣли фундаментальное значеніе, и всѣ новѣйшіе учебники слѣдуютъ классическимъ описаніямъ этихъ двухъ высокозаслуженныхъ акушеровъ.

Въ стремленіяхъ отыскать способъ для *непосредственнаго* опредѣленія размѣровъ малаго таза никогда не было недостатка. Въ новѣйшее время, повидимому, сдѣланъ большой шагъ къ достиженію этой цѣли, особенно благодаря работамъ *Löhlein'a*, *Küstner'a* и *Skutsch'a* ³⁾, и имѣется основаніе ожидать, что очень скоро будетъ найденъ методъ, удобопримѣнимый на практикѣ. Въ ожиданіи этого практической врачъ вынужденъ довольствоваться вышеописаннымъ способомъ измѣренія таза, дающимъ для прямого размѣра совершенно точные, а для поперечныхъ размѣровъ недостоверные результаты.

По изслѣдованіямъ *Scheffer'a* ⁴⁾, вычетъ, который долженъ быть сдѣланъ изъ разстоянія между подвздошными гребешками, составляетъ при неплоскомъ тазѣ среднимъ числомъ 14,1 см., а при плоскомъ тазѣ 11,5 см., тогда какъ вычетъ изъ разстоянія между верхними передними остями составляетъ въ обоихъ случаяхъ среднимъ числомъ 12,2 см.

Kehrer ⁵⁾ обратилъ вниманіе на то, что головка далеко не всегда вступаетъ въ анатомическій поперечный размѣръ тазового входа. Если, напр., крестцовый мысъ выдается далеко впередъ, какъ это бываетъ при плоскомъ рахитическомъ тазѣ, то головка совершенно даже не можетъ пользоваться анатомическимъ поперечнымъ размѣромъ, а должна вступить въ какойнибудь *меньшій* поперечный размѣръ тазового входа, лежащій ближе впереди. Если это вѣрно, то плоскій тазъ, при болѣе значительной степени его развитія, долженъ съ практической точки зрѣнія разсматриваться какъ обще-суженный плоскій тазъ, потому что, кромѣ укороченія конъюгаты, соответствующаго данной степени суженія таза, механизмъ родовъ совершается въ меньшемъ поперечномъ размѣрѣ, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ.

Опыты, сдѣланные съ освѣщеніемъ тѣла посредствомъ Рентгеновскихъ лучей для того, чтобы получить понятіе о формѣ таза, пока еще не дали, особенно при беременности, практическихъ результатовъ. Тѣмъ не менѣе, слѣдуетъ надѣяться, что съ удрученіемъ техникой Рентгеновскихъ лучей удастся въ будущемъ значительно усовершенствовать акушерскую діагностику ⁶⁾.

¹⁾ Das enge Becken, herausgegeben von *Litzmann*. 1865.

²⁾ Die Formen des Beckens 1861.—Die Geburt bei engem Becken 1884.

³⁾ Die Beckenmessung an der lebenden Frau 1886.—*Deutsche med. Wochenschr.* 1891. № 21.

⁴⁾ *Monatsschr. f. Geburtsh.* Bd. 31.

⁵⁾ *Beiträge z. klin. u. exper. Geburtsh.* Bd. 2, Heft 3.

⁶⁾ См. *Levy* и *Thumin*, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1897.—*Kémärzky*, *Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk.* VII. Congress. Leipzig 1897.—*Pinard* и *Varnier*, *Centrabl. f. Gynäk.* 1897, p. 1145.—*Wormser*, *Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 3.

2. Слишкомъ широкой тазъ.

Слишкомъ широкой тазъ отличается тѣмъ, что всѣ его размѣры превосходятъ среднюю норму. Но избытокъ надъ нормой лишь рѣдко превышаетъ 2—3 см.

Такъ какъ при этомъ тазѣ сопротивленіе уменьшено, то роды, при благоприятныхъ прочихъ условіяхъ, могутъ пройти сравнительно быстро. При очень сильныхъ потугахъ слишкомъ широкой тазъ благоприятствуетъ такъ наз. внезапнымъ родамъ. Головка младенца можетъ пройти черезъ тазъ въ какой нибудь другой позиціи, кромѣ нормальной, и типическіе повороты ея могутъ совсѣмъ не наступить. Низкое поперечное стояніе головки и передне-головныя положенія при слишкомъ широкомъ тазѣ встрѣчаются рѣдко.

По изслѣдованіямъ *Dohrn'a* и *Rumpe* ¹⁾, увеличеніе размѣровъ при слишкомъ широкомъ тазѣ не вездѣ одинаково. Тѣ именно части, которыя при общесъуженномъ тазѣ *отстали* въ своемъ ростѣ, представляютъ при слишкомъ широкомъ тазѣ совершенно противоположныя отношенія и отличаются *своей особенной величиной*.

3. Узкой тазъ.

Узкимъ тазомъ называется такой, въ которомъ укороченіе одного или нѣсколькихъ размѣровъ малаго таза оказываетъ *механическое вліяніе* на ходъ родовъ при доношенномъ плодѣ средняго объема [*Litzmann* ²⁾]. Граница, отдѣляющая узкой тазъ отъ нормальнаго, соотвѣтствуетъ при плоскомъ тазѣ (т. е. сѣуженномъ въ прямомъ размѣрѣ) укороченію истинной конъюгаты до 9,7 см., а при общесѣуженномъ тазѣ — укороченію ея до 10 см. (*Litzmann*).

Узкой тазъ встрѣчается часто, а именно у 14 — 20% всѣхъ женщинъ, перешедшихъ за возрастъ половой зрѣлости. Тазы съ незначительнымъ сѣуженіемъ встрѣчаются сравнительно часто, тогда какъ очень сильныя сѣуженія наблюдаются рѣдко.

Узкой тазъ, повидимому, распространенъ вездѣ приблизительно одинаково, но крайней мѣрѣ въ Германіи; объ этомъ свидѣтельствуютъ результаты намѣреній таза, произведенныхъ различными авторами въ разныхъ мѣстахъ ³⁾. *Schwartz* нашелъ въ Геттингенѣ 20%.

Акушерское значеніе узкаго таза заключается прежде всего въ механически затрудненномъ прохожденіи головки черезъ тазъ.

Тазъ можетъ быть настолько узокъ, что головка даже въ раздробленномъ видѣ не можетъ черезъ него пройти. Въ другихъ случаяхъ степень сѣуженія хотя и допускаетъ роды, но они возможны только съ очень большою опасностью для матери и для младенца. У матери могутъ произойти ущемленія и разрывы половыхъ путей, даже съ смертельнымъ исходомъ, а младенецъ можетъ вслѣдствіе чрезмѣрной продолжительности родовъ погибнуть отъ асфиксіи или отъ поврежденій черепа. При легкихъ

¹⁾ Zeitschr. f. Gynäk. Bd. 10.

²⁾ Die Geburt bei engem Becken. 1884.

³⁾ См. *Dohrn* Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. 4, p. 46.

5 1/2 - 7 периферическія субвертебральныя позвонки нормальнаго и узкаго родовъ.
 7 1/2 - 9 средняя и мен.

степеняхъ суженія и при благопріятныхъ прочихъ условіяхъ не существуетъ, правда, никакихъ прямыхъ механическихъ затрудненій для прохожденія головки, но все-таки механизмъ родовъ измѣняется замѣтнымъ образомъ.

Слѣдовательно, тазы, суженные въ прямомъ размѣрѣ, должны быть подраздѣлены на три степени:

1-я степень. Абсолютное суженіе таза. Конъюгата имѣетъ въ длину менѣе 6 см. При этихъ тазахъ роды могутъ быть окончены только путемъ кесарскаго сѣченія.

2-я степень. Среднее суженіе таза. Роды хотя и возможны при благопріятныхъ условіяхъ, но въ большинствѣ случаевъ они сопряжены съ опасностями для матери и особенно для младенца. Конъюгата до 9 см. (при общесуженномъ тазѣ—до 9,5).

3-я степень. При благопріятныхъ прочихъ условіяхъ появляются только уклоненія въ механизмъ родовъ, но никакихъ опасностей для матери и для младенца не возникаетъ. Эта форма составляетъ переходъ къ нормальному тазу.

Хотя степень суженія играетъ въ предсказаніи очень важную роль, однако при тѣхъ тазахъ, при которыхъ вообще возможны роды, исходъ опредѣляется не исключительно ею. Существуетъ именно еще второй факторъ, значеніемъ котораго не слѣдуетъ пренебрегать: мы подразумѣваемъ *объемъ головки младенца и ея способность къ конфигураціи*. Хотя средніе размѣры головки доношеннаго младенца намъ хорошо извѣстны, но все-таки максимумъ и минимумъ этихъ размѣровъ, зависящіе отъ индивидуальности, пола и степени развитія, могутъ значительно отличаться другъ отъ друга. Для сужденія о величинѣ головки мы до сихъ поръ, къ сожалѣнію, не имѣемъ ни одного вѣрнаго метода, а для опредѣленія ея способности къ конфигураціи у насъ не существуетъ почти никакихъ точекъ опоры. Кромѣ того, предсказаніе зависитъ еще отъ третьяго фактора, именно отъ *величины проталкивающей силы*: плохія потуги могутъ даже при незначительномъ несоотвѣтствіи между величиною головки и емкостью таза привести къ неблагополучному исходу, тогда какъ хорошо работающая мускулатура матки преодолеваетъ даже очень большое сопротивленіе.

Изъ механическаго несоотвѣтствія можетъ, наконецъ, косвеннымъ путемъ возникнуть цѣлый рядъ другихъ обстоятельствъ, появленіе которыхъ вліяетъ неблагопріятно на теченіе родового акта и на окончательный исходъ: *отвислый животъ, преждевременное истеченіе водъ, выпаденіе конечностей и туповины*.

Слѣдовательно, опасности, съ которыми сопряжены роды при узкомъ тазѣ, довольно разнообразны. Онѣ могутъ быть, правда, значительно ослаблены разумною терапіею, но сохранить жизнь матери и младенца удается далеко не всегда. Смертность велика особенно для дѣтей.

Рациональное веденіе родовъ при узкомъ тазѣ служитъ пробнымъ камнемъ хорошаго акушера.

Диагнозъ основывается прежде всего на *измѣреніи таза*. Однако, важныя точки опоры для опредѣленія этой аномаліи доставляются также *анамнезомъ, тѣлосложеніемъ женщины и теченіемъ родовъ*.

Анамнезъ долженъ выяснитъ, нѣтъ-ли какихъ-либо болѣзней костной системы, особенно рахита и остеомаляціи, или какихъ нибудь заболѣваний тазовыхъ сочлененій, тазобедренныхъ суставовъ и позвоночника. Если дѣло идетъ о многородящей, то иногда свѣдѣнія о ходѣ предшествовавшихъ родовъ и родильныхъ періодовъ возбуждаютъ первое подозрѣніе насчетъ узкаго таза.

При изслѣдованіи тѣлосложенія женщины особенное вниманіе должно обращать на искривленія нижнихъ конечностей и позвоночника, на неравномѣрность обѣихъ нижнихъ конечностей и на прихрамывающую походку. Ростъ тѣла довольно безразличенъ, за исключеніемъ лишь тѣхъ случаевъ, когда онъ въ самомъ дѣлѣ необыкновенно малъ или когда онъ обусловленъ рахитомъ или остеомаляціей. Крупное тѣлосложеніе нисколько ни гарантируетъ того, что тазъ имѣетъ нормальные размѣры. Разстояніе между тазобедренными областями въ большинствѣ случаевъ также не имѣетъ значенія. Напротивъ того, ненормально высокое стояніе дна матки въ концѣ беременности и отвислый животъ у первородящей довольно вѣрно указываютъ на узкій тазъ.

Роды тоже даютъ намъ средства для діагноза. Высокое подвижное стояніе головки при хорошихъ потугахъ, ненормальное вставленіе головки, преждевременное истеченіе водъ и выпаденіе пуповины или ручки должны всегда возбуждать подозрѣніе объ узкомъ тазѣ.

По *Litzmann*'у, узкіе тазы могутъ быть подраздѣлены на двѣ большія группы:

I. Узкіе тазы съ неизмѣнною формою (обще-равномѣрно-суженные тазы).

II. Узкіе тазы съ измѣнною формою (частично-суженные тазы).

Эта вторая группа можетъ быть подраздѣлена еще на нѣсколько категорій, смотря по тому, какіе размѣры таза наиболѣе сужены:

✓ 1. Прямо-суженные тазы. Важнѣйшія формы суть слѣдующія:

- плоскій нерахитическій тазъ,
- плоскій рахитическій тазъ,
- обще-суженный плоскій тазъ,
- спондилолистетическій тазъ.

2. Поперечно-суженные тазы. Важнѣйшія формы:

- остеомалятическій тазъ,
- анкилотически-поперечно-суженный тазъ,
- кифотически-поперечно-суженный тазъ.

3. Косо-суженные тазы.

4. Неравномѣрно-суженные тазы.—Причиною суженія обыкновенно здѣсь бываютъ опухоли костей.

Эта классификація даетъ начинающему возможность быстро ориентироваться, но она представляетъ то неудобство, что не принимаетъ въ разсчетъ способа возникновенія отдѣльныхъ формъ таза и относитъ этиологически различныя формы въ одну категорію.

Schauta ¹⁾ предлагаетъ слѣдующую классификацію ненормальныхъ тазовъ, основанную на способѣ ихъ возникновенія:

1. Аномаліи вслѣдствіе пороковъ развитія:
слишкомъ широкой тазъ, обще-равномѣрно-суженный тазъ, и т. д.
2. Аномаліи вслѣдствіе заболѣваній тазовыхъ костей:
рахитъ, остеомалія, новообразованія, переломы.
3. Аномаліи вслѣдствіе чрезмѣрно-крѣпкаго или слишкомъ слабаго соединенія тазовыхъ костей:
нѣкоторыя формы поперечно-суженныхъ и косо-суженныхъ тазовъ.
4. Аномаліи вслѣдствіе болѣзней *отягивающихъ* частей скелета:
kyphosis, scoliosis, spondylolisthesis.
5. Аномаліи вслѣдствіе болѣзней *отягиваемыхъ* частей скелета:
coxitis, вывихъ бедра, отсутствіе или недоразвитіе одной или обѣихъ нижнихъ конечностей.

Съ практической точки зрѣнія представляется болѣе цѣлесообразною другая классификація. Плоскіе нерахитическіе и плоскіе рахитическіе тазы встрѣчаются гораздо чаще всѣхъ остальныхъ. Къ нимъ примыкаютъ обще-равномѣрно-суженные и обще-суженные плоскіе тазы, встрѣчающіяся нѣсколько менѣе часто. Эти 4 вида составляютъ *главныя* и, если можно такъ выразиться, *повседневныя* встрѣчающіяся формы узкаго таза. Они распознаются легко, механизмъ родовъ при нихъ хорошо изученъ и терапия вполнѣ выработана.

Отдѣльную группу образуютъ остальные болѣе рѣдкія формы, требующія особаго описанія.

Главныя формы узкаго таза.

Плоскій не-рахитическій тазъ.

При *плоскомъ не-рахитическомъ тазѣ* укорочены прямыя размѣры всѣхъ тазовыхъ плоскостей, а особенно прямой размѣръ *тазового входа* (*конъюгата*). Остальные размѣры нормальны.

Кости не представляютъ никакихъ уклоненій въ своей формѣ или въ своемъ строеніи, но иногда отличаются нѣсколько малымъ объемомъ. Уплотненіе таза происходитъ вслѣдствіе того, что крестецъ вдвинутъ глубже между подвздошными костями и пережѣшенъ кпереди, не будучи при этомъ повернутъ вокругъ своей поперечной оси.

Служеніе обыкновенно бываетъ не сильное; конъюгата лишь рѣдко имѣетъ въ длину менѣе 8 см. Иногда встрѣчается такъ наз. ложный мысъ крестцовой кости (двойной мысъ).

Плоскій не-рахитическій тазъ встрѣчается часто; изъ 77 узкихъ тазовъ, по *Michaelis*'у ²⁾, онъ оказался въ 31 случаѣ.

Причина этой аномаліи таза еще не выяснена. Этіологическую роль, быть можетъ, играетъ тяжелая работа въ юности. Отсутствіе всякихъ заболѣваній костной системы характерно для плоскаго не-рахитическаго таза.

¹⁾ P. Müller, Handb. d. Geburtsh. 1889. Bd. 2. — См. дальше *Breus* и *Kolisko*, Die patholog. Beckenformen Bd. 1. 1900.

²⁾ Das enge Becken, herausgegeben von *Litzmann*. 1885.

Анамнезъ и тѣлосложеніе не даютъ для *діагноза* никакихъ точекъ опоры. Напротивъ того, измѣреніе таза вообще и діагональной конъюгаты въ особенности даетъ всегда возможность опредѣлить видъ и степень суженія.

✓ Плоскій рахитическій тазъ.

Плоскій рахитическій тазъ возникаетъ вслѣдствіе болѣзни костей, развивающейся въ ранней юности, именно вслѣдствіе рахита. Давленіе, производимое тяжестью туловища, противоавленіе бедеръ и влеченіе со стороны мышцъ, прикрѣпляющихся къ тазу, производятъ, въ связи съ задержаннымъ во многихъ случаяхъ ростомъ костей, характеристическое измѣненіе формы таза, сдѣлавшагося вслѣдствіе рахита болѣе или менѣе гибкимъ. По окончаніи болѣзни кость становится твердою, но обезображиваніе таза остается навсегда.

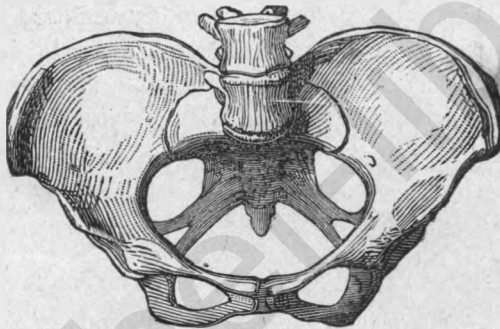


Рис. 86. Плоскій рахитическій тазъ, въ средней степени. Spin. I. 26,8; Crist. I. 27,8; Conjugata vera 8,15 см. Препаратъ № 332 изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиннки.

Укороченіе конъюгаты немедленно бросается въ глаза; кромѣ того, плоскій рахитическій тазъ характеризуется *увеличеннымъ поперечнымъ напряженіемъ таза, уплощеніемъ крыльевъ подвздошныхъ костей, уменьшенною кривизною ихъ гребешковъ и, наконецъ, значительною шириною лонной дуги.*

Крестецъ смѣщенъ впередъ и внизъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ онъ повернуть вокругъ своей поперечной оси, такъ что верхній конецъ его (основаніе) приближенъ къ лонному сочлененію. Обѣ кривизны крестца (поперечная и продольная) измѣнены. Поперечная кривизна совсѣмъ отсутствуетъ, или передняя поверхность ея оказывается даже нѣсколько выпуклою вслѣдствіе болѣе сильнаго выступанія тѣлъ позвонковъ. Продольная кривизна въ верхней части обыкновенно отсутствуетъ, тогда какъ въ нижней своей трети крестецъ часто бываетъ перегнутъ почти подъ прямымъ угломъ кпереди. Заднія ости по большей части значительно возвышаются надъ продвинутой кпереди крестцовой костью.

Плоскія, мало изогнутыя крылья подвздошныхъ костей обыкновенно отличаются своею малою величиною. Разность между Cr. I. и Sp. I умень-

шена или равняется нулю, или даже второй изъ этихъ двухъ размѣровъ имѣеть бѣльшую длину, чѣмъ первый.

Поперечный размѣръ тазового входа бываетъ нормальный или увеличенный, а въ тазовомъ выходѣ онъ часто тоже бываетъ нѣсколько удлиненъ. Прямые размѣры тазовой полости болѣе длинны, чѣмъ конъюгата.

Лонная дуга очень широка; сѣдалищные бугры далеко раздвинуты одинъ отъ другого.

Рахитическій тазъ имѣеть слишкомъ малую высоту; наклоненіе его въ большинствѣ случаевъ увеличено. Кости обыкновенно бываютъ слишкомъ малы и тонки, но иногда отличаются большою неуклюжестью.

Лонный гребешокъ часто бываетъ необыкновенно заостренъ и иногда оканчивается шиповиднымъ отросткомъ. Хрящъ лоннаго сочлененія нерѣдко сильно выдается внутрь.

Слѣдовательно, плоскій рахитическій тазъ суженъ главнымъ образомъ въ направленіи конъюгаты. Остальные размѣры могутъ быть даже удлинены, хотя это далеко не составляетъ правила.

Суженіе можетъ достигать болѣе значительной степени, чѣмъ при плоскомъ не-рахитическомъ тазѣ; оно можетъ, хотя и рѣдко, сдѣлаться даже абсолютнымъ.

Рахитъ ¹⁾ есть болѣзнь развивающейся кости; онъ поражаетъ дѣтей въ первые годы жизни, когда тазъ еще состоитъ изъ отдѣльных кусковъ кости, разъединенныхъ между собою хрящевыми массами (*Litzmann*). Недостаточное окостенѣніе вновь образующихся слоевъ, зависящее отъ недостаточнаго отложенія известковыхъ солей, составляетъ сущность этой болѣзни. При болѣе сильныхъ степеняхъ рахита, вѣроятно, даже нормальные кости, сформировавшіяся еще до наступленія рахитическаго процесса, могутъ опять сдѣлаться гибкими (рахитическій остеопорозъ).

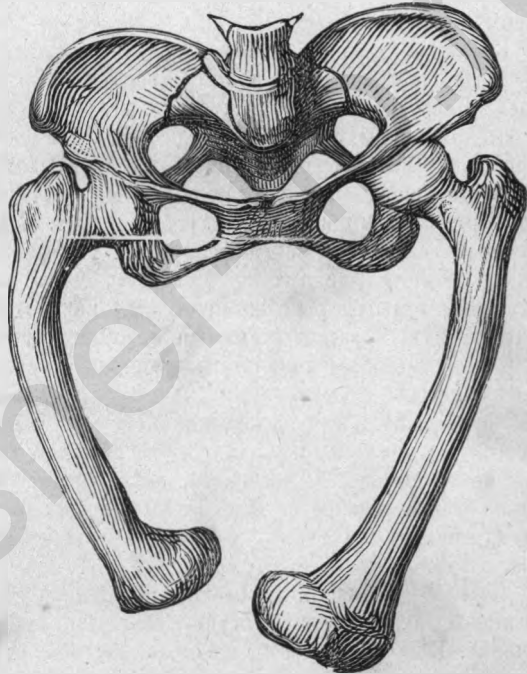


Рис. 87. Плоскій рахитическій тазъ, въ сильнѣйшей степени. Истинная конъюгата=2,5 см. Правое бедро укорочено вслѣдствіе плохо сросшихся переломовъ, косо смѣщеніе въ легкой степени. Было произведено кесарское сѣченіе *Hunold'омъ* въ Кассель (1800 г.). Препаратъ № 353 изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиники.

¹⁾ См. Zweifel, Aetiologie, Prophylaxis u. Therapie d. Rhachitis. 1900.

Слѣдовательно, тазъ, пораженный рахитомъ, при средней интенсивности процесса, состоятъ, какъ это было подробно разъяснено *Litzmann*'омъ въ его классическомъ сочиненіи «Die Formen des Beckens» ¹⁾, изъ плотныхъ кусковъ кости, корковое вещество которыхъ покрыто мягкими, не содержащими извести слоями, которые соединены между собою мягкими податливыми хрящевыми массами. Такимъ образомъ, благодаря давленію, производимому тяжестью туловища, легко могутъ произойти уклоненія въ формѣ таза, отчасти вслѣдствіе надламыванія тонкой костяной коры подъ мягкими періостальными наслоеніями, а отчасти вслѣдствіе сжатія мягкихъ хрящевыхъ массъ и взаимнаго перемѣщенія соединенныхъ ими кусковъ кости. Неуклюжесть рахитическихъ костей, часто бросающаяся въ глаза, объясняется усиленнымъ на высотѣ развитія болѣзни разропченіемъ хряща и надкостницы. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни ростъ костей замедляется, такъ что многія изъ нихъ остаются необыкновенно малыми. По излеченіи процесса строеніе костей опять становится нормальнымъ, но измѣненіе формы остается навсегда.

Вслѣдствіе давленія, производимаго тяжестью туловища, основаніе крестца перемѣщается впередъ и внизъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ поворачивается вокругъ своей поперечной оси. Связки его, благодаря этому, усиленно напрягаются, такъ что задніе концы подвздошныхъ костей сближаются между собою и тазъ сильнѣе напрягается въ поперечномъ направленіи. Расхожденіе крыльевъ подвздошныхъ костей по направленію кпереди объясняется отчасти этою послѣднею причиною, а отчасти давленіемъ кишекъ, вздутыхъ газами. Давленіе со стороны бедеръ обнаруживаетъ свое дѣйствіе на форму таза въ меньшей степени, такъ какъ рахитичныя дѣти больше лежатъ и сидятъ, чѣмъ стоятъ и ходятъ. Сѣдалищныя бугры, благодаря натяженію со стороны начинающихся отъ нихъ мышць, поворачивающихся бедра, оттягиваются кнаружи и кпереди.

Въ противоположность этой теоріи, представленной *Litzmann*'омъ для объясненія способа возникновенія рахитическаго таза, другіе авторы особенно выставляютъ на видъ преобладающее дѣйствіе натяженія со стороны мышць (*Kehrer*). *Fehling* ²⁾ почти совсѣмъ отвергаетъ вліяніе тяжести туловища и натяженія со стороны мышць, а, наоборотъ, высказывается въ томъ смыслѣ, что рахитическая форма таза образуется вслѣдствіе остановки развитія; далѣе онъ обращаетъ вниманіе на то, что нѣкоторыя изъ особенностей формы рахитическаго таза встрѣчаются даже у утробнаго плода.

Не всѣ рахитическіе тазы сужены только въ прямомъ размѣрѣ: рахитъ вызываетъ еще и другія формы суженія таза, особенно при искривленіяхъ позвоночника. Если рахитическій процессъ достигъ очень высокой степени развитія и если онъ продолжается очень долгое время, то на форму таза значительно вліяетъ давленіе, производимое бедрами при ихъ употребленіи. Тазъ въ этомъ случаѣ напоминаетъ остеомалятическую форму: мысь крестцовой кости вколочена глубоко въ тазъ, и вертлужныя впадины сильно вдавлены внутрь, такъ что область лоннаго сочлененія клювообразно выпячена впередъ (*ложно-остеомалятический тазъ*, «спавшійся» рахитическій тазъ.—*Litzmann*).

Частота рахитическаго таза идетъ рука объ руку съ распространенностью рахита; но она уступаетъ частотѣ плоскаго не-рахитическаго таза. Въ большихъ городахъ, среди фабричнаго населенія, особенно при негигіеническомъ устройствѣ жилищъ, рахитическій тазъ встрѣчается сравнительно часто.

Діагностическія указанія нерѣдко доставляются уже анамнезомъ, изъ

¹⁾ Die Formen des Beckens. 1861.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 11.

котораго оказывается, что въ дѣтствѣ женщина *поздно научилась ходить* (на 3—5-мъ году жизни), или что она опять разучилась этому на нѣкоторое время. Изслѣдованіе обнаруживаетъ остатки окончившагося рахита, а именно искривленія нижнихъ конечностей, вздутіе суставныхъ концовъ костей, иногда также искривленія позвоночника. Женщины съ рахитическимъ тазомъ обыкновенно бываютъ малаго роста; особенно характеристичны *короткія ноги*, даже когда онѣ не искривлены. Однако, эти измѣненія скелета могутъ и отсутствовать.

Измѣреніе таза обнаруживаетъ, впрочемъ не всегда, *уменьшеніе или полное отсутствіе разности между Cr. I. и Spin. I., затѣмъ укороченіе наружной и діагональной конъюгаты*. Вычетъ, который долженъ быть сдѣланъ изъ этой послѣдней для полученія истинной конъюгаты, составляетъ 1,8—2 см.

✓ Роды при плоскомъ тазѣ.

Уже къ концу беременности замѣчаются при изслѣдованіи нѣкоторыя уклоненія отъ нормы. Предвѣщающія потуги не могутъ фиксировать обхватывающей головку нижней сегментъ матки въ суженномъ тазовомъ входѣ. *Головка продолжаетъ стоять высоко и подвижно надъ тазомъ*, такъ что матка должна искать для себя мѣста больше вверху и спереди. Этимъ объясняется *чрезмѣрно высокое стояніе дна матки на 10-мъ мѣсяцѣ беременности*, болѣе частое *отвисаніе живота* и *увеличенная подвижность матки*. Эти особенности болѣе всего бросаются въ глаза у первородящихъ.

По тѣмъ же причинамъ черепныя положенія плода (особенно у многородящихъ) встрѣчаются здѣсь сравнительно рѣже. *Лицевыя, тазовыя и поперечныя положенія*, а также *ненормальныя членорасположенія плода*, напр. предлежаніе ручки или пуповины, уже въ началѣ родовъ встрѣчаются чаще, чѣмъ при нормальномъ тазѣ ¹⁾.

Между тѣмъ какъ маточный зѣвъ *въ періодъ раскрытія* постепенно расширяется потугами и въ него вставляется плодный пузырь, влияние ихъ на предлежащую часть плода еще и въ это время оказывается весьма незначительнымъ или даже остается совершенно незамѣтнымъ. Головка продолжаетъ стоять *подвижно надъ тазовымъ входомъ* или даже оказывается отклонившеюся въ сторону на одно изъ крыльевъ подвздошныхъ костей. Благодаря этому отсутствію замыканія тазового входа предлежащею частью плода, могутъ уже теперь наступить событія, влекушія за собою извѣстныя опасности прежде еще, чѣмъ обнаружится собственно механическое несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ; мы подразумеваемъ именно *преждевременное истеченіе водъ* и *выпаденіе ручки или пуповины*.

Частота *преждевременнаго истеченія водъ* и *выпаденія пуповины* при узкомъ тазѣ объясняется тѣми же причинами, какъ при нож-

¹⁾ См. Litzmann, Die Geburt bei engem Becken. 1-84.

ныхъ положеніяхъ. При этихъ послѣднихъ предлежащая часть слишкомъ мала для того, чтобы выполнить тазовой входъ, а въ нашемъ случаѣ она относительно слишкомъ велика для того, чтобы при началѣ родового акта могла быть вдвинута въ узкій тазъ. Послѣдствія преждевременнаго истеченія водъ обнаруживаются обыкновенно при узкомъ тазѣ въ болѣе сильной степени. Роды въ большинствѣ случаевъ значительно замедляются, и головка сильнѣе придавливаетъ недостаточно расширенные края маточнаго зѣва къ стѣнкамъ таза. Результатомъ этого являются чрезвычайно болѣзненные, т. н. судорожныя потуги. Чѣмъ дольше тянутся роды послѣ истеченія водъ, тѣмъ болѣе возрастаетъ опасность для младенца: Часто истеченіе водъ наступаетъ уже съ появленіемъ первыхъ потугъ; мало того, бываютъ даже такіе случаи, въ которыхъ истеченіе водъ наступаетъ внезапно, безъ замѣтной родовой дѣятельности, а настоящія родовыя потуги появляются лишь по прошествіи многихъ часовъ.

При *вытавшей пуповинѣ*, какъ только твердая головка начинаетъ напирать на тазовое кольцо, пупочное кровообращеніе совершенно останавливается и плодъ быстро погибаетъ.

Дальнѣйшее теченіе родовъ зависитъ прежде всего оттого, можеть-ли вообще головка при данной степени укороченія конъюгаты вступить въ тазъ. Если имѣется *абсолютное суженіе*, слѣдовательно, если конъюгата короче 6 см., то о какомъ либо механизмѣ родовъ вообще нѣтъ рѣчи, и роды могутъ быть окончены только путемъ *кесарскаго сеченія*.

Въ случаяхъ менѣе значительнаго *суженія*, встрѣчающихся сравнительно гораздо чаще, болѣе раннее или позднее *вступленіе головки и возможность прохожденія ея чрезъ узкое мѣсто* зависятъ не только отъ степени укороченія конъюгаты, но и отъ *силы потугъ*. Конечно, въ большинствѣ случаевъ потуги при плоскомъ тазѣ бываютъ достаточно сильны, если остальные условія нормальны. Но при очень значительномъ противодѣйствіи и при большой продолжительности родовъ обнаруживается въ дальнѣйшемъ теченіи т. н. вторичная слабость потугъ. Съ другой стороны, у многородящихъ, у которыхъ уже нѣсколько разъ были трудныя роды, потуги нерѣдко еще въ самомъ началѣ родового акта оказываются весьма неудовлетворительными. Между тѣмъ, плохія потуги составляютъ самое неблагоприятное осложненіе при узкомъ тазѣ. Благополучный исходъ родовъ и большинства операций, могущихъ потребоваться при узкомъ тазѣ, зависитъ, по очень мѣткому, хотя и нѣсколько преувеличенному выраженію *Michaelis'a*, не столько отъ искусства акушера, сколько отъ содѣйствія хорошихъ потугъ.

Когда потугамъ удалось, наконецъ, ввести часть головки въ тазъ, очень большое значеніе имѣетъ затѣмъ *способъ дальнѣйшаго прохожденія ея*.

При нормальныхъ условіяхъ головка съ низко стоящимъ малымъ родничкомъ скоро вступаетъ въ косою размѣръ таза. Иное дѣло при плоскомъ тазѣ: большой поперечный размѣръ головки младенца, вступающій

при обыкновенныхъ условіяхъ въ конъюгату, встрѣчаетъ въ ней при плоскомъ тазѣ увеличенное противодѣйствіе. Благодаря этому, передняя часть головки подается внизъ, и область темянныхъ бугровъ отходитъ въ сторону отъ крестцового мыса. Такимъ образомъ въ конъюгату встѣпаетъ *малый поперечный размѣръ головки*, длина котораго на $1\frac{1}{2}$ —2 см. короче длины большого поперечнаго размѣра. Механическое несоотвѣтствіе этимъ самымъ уменьшается и головка вставлена наиболѣе благоприятно. При внутреннемъ изслѣдованіи этотъ способъ вставленія головки обнаруживается тѣмъ, что *большой родничекъ болѣе опущенъ и стоитъ ближе къ серединѣ таза*, тогда какъ малый родничекъ прощупывается съ трудомъ или даже не прощупывается вовсе.

Кромѣ того, для плоскаго таза характеристично *долгое пребываніе стрѣловиднаго шва въ поперечномъ размѣрѣ тазоваго входа*.

Наконецъ, благодаря несоотвѣтствію между шириною черепа и конъюгатою темянная кость, лежащая сзади у крестцоваго мыса, обыкновенно нѣсколько задерживается въ своемъ поступательномъ движеніи, а другая, лежащая спереди опускается особенно низко, такъ что *поперечно идущій стрѣловидный шовъ лежитъ ближе къ крестцовому мысу*, чѣмъ къ лонному сочлененію (*вставленіе передней темянной кости*).

Эти три уклоненія отъ нормы, именно—низкое стояніе большого родничка, долгое пребываніе стрѣловиднаго шва въ поперечномъ размѣрѣ таза и нахожденіе его ближе къ крестцовому мысу, составляютъ *типическія особенности механизма родовъ при плоскомъ тазѣ*.

При самыхъ незначительныхъ степеняхъ плоскаго таза часто находятъ только большіе или меньшіе намеки на этотъ видъ вставленія головки, смотря по ея объему. Чѣмъ болѣе велико механическое несоотвѣтствіе, тѣмъ сильнѣе бываетъ выражено это характерное вставленіе головки. Слѣдовательно, та степень, въ которой оно выражено, позволяетъ намъ составить себѣ приблизительно вѣрное сужденіе о величинѣ механическихъ затрудненій родового акта.

Такъ какъ плоскій рахитическій тазъ суженъ въ конъюгатѣ исключительно, а плоскій не-рахитическій—главнымъ образомъ, то *послѣ преодоленія препятствій въ тазовомъ входѣ механизмъ родовъ постепенно опять становится нормальнымъ*. Стрѣловидный шовъ удаляется отъ крестцоваго мыса и поворачивается въ косою размѣръ таза, малый родничекъ опускается ниже. Наступленіе этихъ измѣненій показываетъ намъ, что препятствіе преодолено и что механическія условія теперь уже нормальны. И дѣйствительно, роды въ это время, особенно при рахитическомъ плоскомъ тазѣ съ относительно широкимъ тазовымъ выходомъ, часто оканчиваются очень быстро, если потуги продолжались съ достаточною силою.

Продолжительность того времени, въ теченіе котораго головка продолжаетъ стоять въ суженномъ тазовомъ входѣ, зависитъ отъ величины

противодѣйствія и силы потугъ. Оно можетъ протянуться много часовъ и даже нѣсколько дней. Вредныя послѣдствія, которыя могутъ отсюда возникнуть для матери и младенца, очевидны сами собою. Въ продолженіе этого періода можно ясно ощущать захожденіе задней темяной кости подъ переднюю и наблюдать постепенное увеличеніе головной опухоли, сильное развитіе которой можетъ, при недостаточно тщательномъ изслѣдованіи, подать поводъ къ невѣрному заключенію, что головка уже стоитъ низко въ тазу.

Уклоненія отъ вышеописаннаго типическаго вставленія иловки при плоскомъ тазѣ встрѣчаются нерѣдко. Всѣ они вліяютъ на родовой актъ болѣе или менѣе неблагопріятно.

Если передняя часть головки опустилась такъ низко, что можно прощупать лобный шовъ и спинку носа, то это называютъ *вставленіемъ лба*; оно нерѣдко превращается въ лицевое положеніе.

Другая очень важная аномалія, именно т. н. *вставленіе задней темяной кости* ¹⁾, узнается по тому признаку, что стрѣловидный шовъ стоитъ ближе къ лонному сочлененію. Въ маточномъ зѣвѣ прощупывается задняя темяная кость. На ней же образуется головная опухоль. Передняя темяная кость въ стрѣловидномъ швѣ задвинута подъ заднюю (при первомъ черепномъ положеніи—правая подъ лѣвую). При самыхъ сильныхъ степеняхъ этой аномаліи прощупывается въ области крестцоваго мыса соотвѣтствующее ухо младенца. Слѣдовательно, это патологическое вставленіе, причины котораго еще неполнѣ выяснены, состоитъ въ ненормальномъ членорасположеніи головки, которая сильно наклонена по направленію къ одному плечу. Углубленіе, образующееся на шеѣ младенца между головкой и плечикомъ, иногда ясно прощупывается на животѣ женщины въ видѣ замѣтнаго вдавленія подъ пупкомъ [*Hegar* ²⁾].

Вставленіе задней темяной кости, встрѣчающееся въ рѣдкихъ случаяхъ даже при нормальномъ тазѣ, представляетъ при узкомъ тазѣ самое неблагопріятное изъ всѣхъ видовъ вставленія головки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно исправляется само собою, причемъ стрѣловидный шовъ постепенно отходитъ отъ лоннаго сочлененія. Если же оно само собою не исправится, какъ это всегда и бываетъ при болѣе сильной степени его развитія, то является почти абсолютное препятствіе для родового акта, такъ какъ головка въ этой позиціи не можетъ пройти черезъ тазъ. Нижній сегментъ матки сильно растягивается въ одномъ направленіи, особенно назадъ. Въ заключеніе дѣло можетъ дойти до его разрыва.

Низкое стояніе малаго родничка точно также должно считаться при плоскомъ тазѣ однимъ изъ неблагопріятныхъ видовъ вставленія головки, такъ какъ вступленіе ея въ этой позиціи увеличиваетъ механическое несоотвѣтствіе.

¹⁾ *Litzmann*, Arch. f. Gynäk. Bd. 2.—*Motta*, Arch. f. Gynäk. Bd. 54. ■

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1875. № 1.

Внѣсрединнымъ вставленіемъ головки (Breisky) называется такой механизмъ родовъ, при которомъ головка съ нѣсколькими низко стоящимъ малымъ родничкомъ вступаетъ въ одну лишь половину таза и фиксируется въ ней, тогда какъ другая половина остается пустою. При благопріятныхъ условіяхъ головка можетъ въ этой позиціи пройти черезъ тазъ.

Другія положенія младенца при плоскомъ тазѣ точно также представляютъ въ своемъ теченіи вѣкоторыя особенности.

Лицевыя положенія встрѣчаются относительно часто. Лицевая линия долго остается въ поперечномъ размѣрѣ таза; подбородокъ долго не поворачивается впередъ. Роды въ большинствѣ случаевъ бывають трудныя.

При *тазовыхъ положеніяхъ* часто наступаетъ запрокидываніе ручекъ, даже безъ потягиванія извъя; ненормальные повороты туловища тоже встрѣчаются нерѣдко. Головка вступаетъ въ поперечный размѣръ таза; подбородокъ обыкновенно удаляется отъ груди. Если своевременно не будетъ прибѣгнуто къ пособію искусства, то младенецъ почти всегда погибаетъ вслѣдствіе замедленнаго прохожденія головки.

✓ Послѣдствія для матери и младенца.

Жизнь младенца всегда находится въ большей опасности, чѣмъ жизнь матери.

Опасность для матери состоитъ въ ущемленіи, протираніи или разрывѣ родовыхъ путей и въ большой наклонности къ септическому зараженію. Тазовыя положенія при родахъ менѣе неблагопріятны, чѣмъ головныя: тазовой конецъ мягко и легко сжимается; послѣдующая головка, которая почти всегда можетъ быть быстро удалена оперативными приемами, отягощаетъ мягкія части лишь въ теченіе короткаго времени, а подлежащая головка—сравнительно долго.

Увеличенное давленіе при родовомъ актѣ обнаруживаетъ свое дѣйствіе преимущественно въ тазовомъ входѣ. *Сильное прижатіе* мягкихъ частей къ тазовому кольцу влечетъ за собою воспаленіе, отекъ, кровоизліянія въ ткань, или даже гангрену, которая въ заключеніе можетъ подать поводъ къ прободенію въ сосѣдніе органы (*узурѣ матки и влагалища*).

Особенно сильному прижатію подвергается шейка матки. Передняя губа маточнаго зѣва, сильно ущемленная между головкою и тазомъ, припухаетъ въ громадной степени. Иногда при этомъ случалось наблюдать гангрену передней губы въ послѣродовомъ періодѣ или полное отдѣленіе ея во время родовъ. Давленіе сильно выпяченнаго мыса крестцовой кости точно также дѣйствуетъ на ткань шейки и разрушаетъ ее. Однако, прободеніе въ брюшную полость въ этихъ именно случаяхъ не встрѣчается почти никогда, даже при обширномъ гангренозномъ разрушеніи. Склеиваніе листковъ брюшины, быстро наступающее вслѣдствіе давленія и вле-

кущее за собою образованіе сумки, очевидно, защищаетъ брюшную полость отъ этого гибельнаго поврежденія.

Напротивъ того, гангренозныя разрушенія мочевого пузыря, лежащаго между головкою и переднею стѣнкою таза, при очень сильномъ и продолжительномъ давленіи, а особенно при вставленіи задней темянной кости, встрѣчаются нерѣдко. Въ родильномъ періодѣ гангренозная часть выпадаетъ, такъ что образуется противоестественное сообщеніе между мочевымъ пузыремъ и половымъ аппаратомъ (*мочевые свищи*). Острые выступы костей, вдающіеся по направленію внутрь, или острые валики въ области лоннаго сочлененія, нерѣдко встрѣчающіеся при рахитическомъ тазѣ, благопріятствуютъ возникновенію такихъ свищей.

Разрывы матки встрѣчаются рѣже и притомъ почти исключительно при очень бурныхъ потугахъ или при грубыхъ попыткахъ родоразрѣшенія, или, наконецъ, при вставленіи задней темянной кости. Наоборотъ, *поврежденія тазовыхъ сочлененій* происходятъ повидимому чаще, чѣмъ предполагалось въ прежнее время.

Увеличенное давленіе при родовомъ актѣ производитъ опредѣленные *клиническія явленія*. Передняя губа маточнаго зѣва, ущемленная между стѣнкою таза и головкою, значительно припухаетъ и окрашивается въ темно-синій цвѣтъ. Отекъ можетъ захватить также стѣнки влагалища и наружныя половыя части. Слизистая оболочка влагалища на-ощупь суха и горяча. *Температура тѣла у роженицы повышается*, сначала медленно на нѣсколько десятыхъ градуса, а затѣмъ быстрее, и можетъ дойти до 39—40°. *Пульсъ тоже учащается въ соответственной степени*. Особенно сильное учащеніе пульса даетъ право предполагать, что дѣйствіе давленія распространилось и на брюшину. *Родовая боль усиливается*. Самыя потуги болѣе болѣзненны, особенно когда онѣ приняли судорожный характеръ. Во время пережки между потугами боль продолжается. Она особенно сильна въ нижнемъ сегментѣ матки, который имѣетъ съ тѣмъ чувствителенъ къ давленію. Контракціонное кольцо стоитъ высоко и его можно въ большинствѣ случаевъ ясно видѣть глазомъ. Произвольное мочеиспусканіе затруднено. Моча, выпущенная посредствомъ катетера съ соблюденіемъ необходимыхъ предосторожностей, имѣетъ темный цвѣтъ и часто представляется мутною. *Примѣсь крови въ мочѣ* свидѣтельствуетъ о пораженіи слизистой оболочки мочевого пузыря и требуетъ немедленнаго окончанія родовъ.

Если вышеприведенныя явленія не достигли очень высокой степени, и если своевременнымъ родоразрѣшеніемъ были предотвращены болѣе сильныя поврежденія тканей, то послѣ родовъ они немедленно исчезаютъ, въ томъ числѣ и лихорадка. Въ противномъ же случаѣ могутъ постепенно развиваться вышеупомянутыя тяжелыя поврежденія. Женщина можетъ—хотя рѣдко—умереть отъ разрыва матки еще до окончанія родовъ или тотчасъ послѣ него. Въ другихъ случаяхъ, благодаря некрозу разможенныхъ родовыхъ путей, родильный періодъ принимаетъ затяжное, неблаго-

пріятное и даже смертельное теченіе. Наконецъ, въ третьей группѣ случаевъ остаются по окончаніи послѣродового періода частичные дефекты (мочевые свищи).

Другая опасность для матери является въ томъ случаѣ, если младенецъ умеръ послѣ разрыва плоднаго пузыря и если затѣмъ роды не были очень скоро окончены. Умершій младенецъ быстро переходитъ въ *тилостное разложеніе*; этому благопріятствуютъ почти всегда наступающее при узкомъ тазѣ проникновеніе воздуха въ матку и нерѣдко уже существующее у роженицы повышеніе температуры тѣла. Образующіеся при этомъ газы производятъ вздутіе матки (*tympanites pteri, physometra*) и совершенно останавливаютъ потуги, а всасываніе разложившихся органическихъ веществъ можетъ вызвать у матери тяжелое заболѣваніе.

Въ новѣйшее время высказывается мнѣніе¹⁾, что тимпанія матки зависитъ отъ газовъ, образующихся вслѣдствіе броженія бѣлковыхъ веществъ подъ вліяніемъ дѣйствія нѣкоторыхъ анаэробныхъ бактерій.

Въ заключеніе нельзя не упомянуть о томъ, что оперативныя пособія и часто повторяемое акушерское изслѣдованіе сопряжены съ *большою опасностью зараженія*, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. Болѣзнетворные микроорганизмы, введенные въ родовую каналъ, повидимому, находятъ въ ущемленной ткани особенно благопріятную почву для дальнѣйшаго своего распространенія и размноженія.

Смертность и заболѣваемость рожениць съ узкимъ тазомъ въ новѣйшее время значительно уменьшились, благодаря антисептикѣ и усовершенствованнымъ оперативнымъ методамъ, хотя доказать это цифрами довольно трудно. Большинство смерныхъ случаевъ и тяжелыхъ заболѣваній должно быть отнесено на счетъ неправильной терапіи родовъ при узкомъ тазѣ. Особенно громадный вредъ можетъ причинить слишкомъ раннее и грубое извлеченіе щипцами. Съ другой стороны, однако, отсутствіе цѣлесообразной помощи искусства или слишкомъ долгое откладываніе ея тоже влечетъ за собою болѣе глубокія разрушенія и некрозъ мягкихъ частей. Мочевые свищи въ большинствѣ случаевъ образуются именно отъ этой послѣдней причины.

Слѣдовательно, предсказаніе для матери зависитъ въ большой мѣрѣ, если даже не исключительно, отъ терапіи.

Гораздо болѣе неблагопріятно предсказаніе для младенца. Смертность дѣтей очень велика, и даже въ новѣйшее время удалось лишь немного ее уменьшить (расширеніе показаній къ кесарскому сѣченію на счетъ перфорациі, болѣе частое примѣненіе поворота и извлеченія).

Самою частою причиною смерти младенца оказывается *асфиксія*. Наступленію этой опасности благопріятствуетъ цѣлый рядъ обстоятельствъ, а именно—ненормальныя положенія младенца, слишкомъ большая продолжительность родовъ, преждевременное истеченіе водъ и выпаденіе пуповины, объ этиологическомъ значеніи которыхъ мы уже говорили. Кромѣ

¹⁾ Lindenthal, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 7.—Halban, ibidem, Bd. 11.

того, жизнь младенца еще подвергается опасности при вѣкоторыхъ операціяхъ; наконецъ, бываютъ случаи, въ которыхъ является неизбежная необходимость, въ интересахъ матери, пожертвовать младенцемъ, т. е. дать ему умереть или извлечь его по частямъ.

Другая опасность для младенца происходитъ отъ *механическаго дѣйствія узкаго таза на его головку*.

Провозвѣстниками этой опасности являются для насъ пластическія измѣненія головки младенца, вызываемыя механизмомъ родовъ при узкомъ тазѣ, но представляющія только болѣе сильную степень тѣхъ измѣненій, которыя наступаютъ и при нормальномъ теченіи родовъ.

Головная опухоль, сама по себѣ совершенно не опасная, можетъ имѣть слишкомъ большой объемъ. Если передняя часть головки долго оставалась въ опущенномъ положеніи, то головная опухоль помѣщается отчасти или исключительно на лбу или на переднемъ отдѣлѣ соответствующей темянной кости. При узкомъ тазѣ, впрочемъ, нельзя не признать за головную опухоль извѣстнаго значенія для механизма родовъ. Она удлинняетъ головку въ направленіи ея поступательнаго движенія и придаетъ ей приблизительно овальную форму. Между тѣмъ, овальное тѣло можетъ быть вдавлено въ узкое отверстіе легче, чѣмъ круглое [*Mischaelis*¹⁾]. Кромѣ того, при преждевременномъ разрывѣ плоднаго пузыря вростаніе головной опухоли въ маточный зѣвъ содѣйствуетъ его раскрытію.

Сплюсненіе черепныхъ костей въ большинствѣ случаевъ очень сильно выражено. Обыкновенно темянная кость, лежащая сзади, бываетъ пододвинута подъ другую, лежащую спереди, причемъ первая получаетъ сплюсненную форму, а послѣдняя становится болѣе выпуклой. Но и въ этомъ случаѣ встрѣчаются уклоненія; напр., одинъ и тотъ же край кости можетъ быть въ одномъ мѣстѣ надвинутъ на сосѣднюю кость, а въ другомъ пододвинутъ подъ нее.

Эта конфигурація черепа, влекущая за собою уменьшеніе его объема, имѣетъ значеніе для хода родовъ и обыкновенно въ то же время не влечетъ за собою для младенца большихъ опасностей. Но если она переступила за извѣстный предѣлъ, то появляются серьезныя послѣдствія, обнаруживающіяся отчасти *трещинами*, *вдавленіями* и *переломами* черепныхъ костей, а отчасти смертельнымъ давленіемъ на головной мозгъ, которое можетъ сопровождаться или не сопровождаться *мозговымъ кровоизліяніемъ*.

Наиболѣе безвредными оказываются такъ наз. *слѣды давленія на кожу головки*, образующіеся вслѣдствіе прижатія со стороны мыса крестцовой кости. Они представляются въ видѣ краснаго пятна или красной полосы въ области вѣчнаго шва на той половинѣ черепа, которая обращена назадъ. Если такихъ слѣдовъ давленія имѣется два, то передній

1) Das enge Becken herausgegeben von Litzmann. 1865.

изъ нихъ произошелъ вслѣдствіе прижатія со стороны лонной кости. При болѣе сильномъ давленіи можетъ на этихъ мѣстахъ наступить воспаленіе, которое въ исключительныхъ случаяхъ переходитъ даже въ гангрену. Трещины черепныхъ костей обыкновенно тоже не влекутъ за собою тяжелыхъ послѣдствій для младенца.

Однако, подобнаго рода поврежденія черепа не всегда бываютъ совершенно не причастны въ возникновеніи *головной гѣматомы* или *кровоной опухоли головки* (*kephalohaematoma*). Головная гѣматома состоитъ въ изліяніи крови между черепною костью и ея надкостницей. Кровь происходитъ изъ мелкихъ сосудовъ, лежащихъ между костью и надкостницей, и изливается постепенно, такъ что опухоль послѣ рожденія ребенка еще продолжаетъ расти; часто даже ее замѣчаютъ лишь черезъ



Рис. 88. Конфигурированная головка младенца, родившагося въ первомъ черепномъ положеніи при плоскомъ тазѣ (*conjugata vera* 8,5 см.).

Уплотненіе на лѣвой сторонѣ, головная опухоль — на правой (сначала стоялъ ниже большой родничекъ, а въ послѣдствіи — малый).

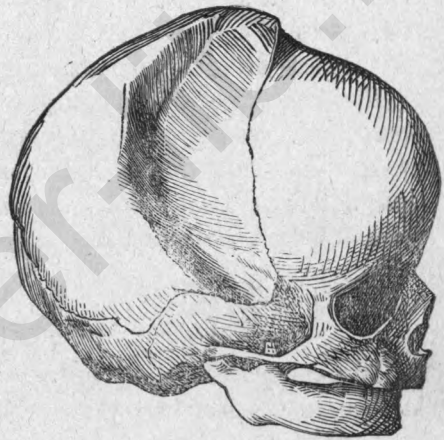


Рис. 89. Глубокое вдавленіе головки со стороны крестцового мыса.

Освобожденіе послѣдующей головки при узкомъ тазѣ (*conjugata vera* 8,5 см.).

нѣсколько дней послѣ рожденія. Головная гѣматома держится предѣловъ той же кости, на которой она образовалась, не переходитъ никогда за швы и роднички и всасывается обыкновенно медленно черезъ нѣсколько недѣль. Предсказаніе болѣе серьезно, если въ то же время существуетъ такъ наз. *kephalohaematoma internum* (скопленіе крови между костью и твердою мозговою оболочкою), присутствіе которой обыкновенно обнаруживается мозговыми явленіями.

Вдавленія черепныхъ костей ¹⁾ могутъ имѣть *желобоватую* форму; они происходятъ обыкновенно вслѣдствіе прижатія со стороны мыса крест-

¹⁾ См. *Rosinski Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 26.

повой кости и помѣщаются въ области вѣнечнаго или чешуйчатаго шва. Другія вдавленія имѣють болѣе *воронкообразную* (по *Michaelis*'у — *ложкообразную*) форму; они помѣщаются или на темянной, или на лобной кости; послѣ трудныхъ операцій наложенія щипцовъ при узкомъ тазѣ они оказываются чаще всего на лобной кости; эти вдавленія часто сопутствуются трещинами и переломами черепныхъ костей. Для доношеннаго плода даже очень глубокія вдавленія не всегда бываютъ смертельны; они постепенно изглаживаются, но иногда все-таки остаются замѣтными еще по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ. Недоношенные дѣти умирають отъ нихъ чаще.

Смертельность поврежденій головки зависитъ существенно отъ того обстоятельства, подали-ли они поводъ къ *мозговымъ кровоизліяніямъ*. Кровоизліянія на основаніи головного мозга почти всегда ведутъ къ смерти, тогда какъ на выпуклой поверхности мозговыхъ полушарій они менѣе опасны. У недоношенныхъ дѣтей мозговья кровоизліянія образуются легче, чѣмъ у доношенныхъ. При очень сильномъ смѣщеніи швовъ случалось наблюдать даже разрывы венной пазухи.

При извлеченіи послѣдующей головки чрезъ узкій тазъ могутъ быть произведены, кромѣ вышеупомянутыхъ поврежденій, еще и нѣкоторыя другія, а именно *отдѣленіе височной кости отъ темянной, отдѣленіе эпифиза затылочной кости и разрывъ связочнаго аппарата шейной части позвоночника*. Эти поврежденія почти всегда ведутъ къ смерти.

Веденіе родовъ при плоскомъ тазѣ.

Веденіе родовъ при узкомъ тазѣ составляетъ для врача одну изъ самыхъ трудныхъ и отвѣтственныхъ задачъ, успѣшное разрѣшеніе которой требуетъ отъ него большой наблюдательности и полнаго знакомства со всѣми практическими приѣмами акушерской науки.

Необходимымъ условіемъ благополучнаго исхода для матери считается *строжайшее соблюденіе асептики*. Погрѣшности противъ этого правила наказываются здѣсь сильнѣе, чѣмъ въ другихъ областяхъ акушерства.

Терапевтическія правила, которыя будутъ нами даны въ этой главѣ для *веденія родовъ при плоскомъ* (рахитическомъ и не-рахитическомъ) *тазѣ*, составляютъ вмѣстѣ съ тѣмъ основу для веденія родовъ при узкомъ тазѣ вообще. Специальныя же терапевтическія предписанія, относящіяся къ остальнымъ формамъ таза, будутъ изложены въ послѣдующихъ главахъ.

Терапія при сильнѣйшихъ степеняхъ суженія таза опредѣляется степенью самаго суженія, а при менѣе сильныхъ степеняхъ — теченіемъ родового акта.

Если имѣется абсолютное суженіе таза (конъюгата менѣе 6 см.), которое, впрочемъ, при нерахитическомъ плоскомъ тазѣ почти никогда не встрѣчается, а при рахитическомъ встрѣчается рѣдко, то показывается *ке-*

сарское сѣченіе, производство котораго уже описано въ ученіи объ операціяхъ.

Если въ теченіи беременности констатированъ плоскій тазъ съ конъюгатою въ 7 — 8,5 стм., то показуются *искусственные преждевременные роды*, производство которыхъ тоже описано подробно въ ученіи объ операціяхъ.

Если у женщины, имѣющей плоскій тазъ съ конъюгатою въ 6—7½ стм., начинаются роды, и если при этомъ младенецъ живъ и жизнеспособенъ, а состояніе роженицы нормально, въ особенности же, если не существуетъ лихорадки и признаковъ ущемленія мягкихъ частей, то врачъ долженъ предложить и по полученіи согласія произвести *кесарское сѣченіе на основаніи условнаго показанія*.

Предложеніе это оправдывается особенно у такихъ женщянъ, которыя уже нѣсколько разъ рожали мертвыхъ дѣтей. Въ другихъ случаяхъ можно при суженіи таза съ конъюгатою отъ 6,5 до 8 стм., но не у первородящихъ, произвести въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ *симфизеотомию*, которая представляетъ операцію менѣе тяжелую для матери, но зато не такъ вѣрно позволяетъ разсчитывать на полученіе живого ребенка, какъ при кесарскомъ сѣченіи.

Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ *родовой актъ долженъ быть сначала предоставленъ силамъ природы*, и тогда тщательное наблюденіе за ходомъ родовъ и за состояніемъ матери и младенца покажетъ намъ, требуется-ли вообще какое-нибудь оперативное пособіе, и если требуется, то въ какое время и по какому способу оно должно быть примѣнено. Даже при среднихъ степеняхъ суженія таза роды часто оканчиваются безъ оперативнаго пособія вполне благополучно для матери и младенца.

Какъ только у женщины, при вышеуказанныхъ обстоятельствахъ, начинаются роды, она должна немедленно лечь въ постель. Покойнымъ положеніемъ и осторожностью при внутреннемъ изслѣдованіи необходимо, насколько это возможно, предотвратить преждевременный разрывъ плоднаго пузыря. Отвислый животъ долженъ быть подвязанъ. Если головка отклонилась въ сторону, то роженицѣ предписываютъ лечь на соответственный бокъ. Если головка стоитъ надъ тазомъ, то можно попытаться содѣйствовать опущенію большого родничка, положивъ роженицу на тотъ бокъ, на которомъ находится передняя часть головки.

Для того, чтобы воспрепятствовать слишкомъ раннему разрыву пузыря, нѣкоторыя акушеры совѣтуютъ ввести во влагалище кольпейринтеръ.

Если плодный пузырь разорвался при подвижной еще головкѣ, то необходимо тотчасъ же удостовѣриться изслѣдованіемъ, не выпала-ли пуповина или ручка. Если это случилось, то, смотря по ширинѣ маточнаго зѣва, нужно произвести *вправление* или *поворотъ*. Послѣдній всегда заслуживаетъ преимущества въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ возможенъ при данной ширинѣ маточнаго зѣва. Если при подвижной головкѣ наступили другія событія, которыя, какъ, напр., кровотеченія и эклампсія, дѣлаютъ желательнымъ скорое окончаніе родовъ, то родораз-

рѣшающая операція при достаточно расширенномъ маточномъ зѣвѣ будетъ состоять въ производствѣ поворота и извлеченія.

Если головка вступила въ тазъ, то изслѣдованіе намъ покажетъ, вставлена-ли она благопріятно или неблагопріятно. Въ первомъ случаѣ мы держимся выжидательно и стараемся избѣжать всего того, что могло бы неблагопріятно повліять на потужную дѣятельность, которая имѣетъ здѣсь первостепенное значеніе.

Если потугамъ удалось *прогнать головку черезъ узкое мѣсто таза*, то это часто обнаруживается внезапнымъ наступленіемъ изгоняющихъ потугъ. Изслѣдованіе при этомъ показываетъ, что малый родничекъ опустился ниже, а стрѣловидный шовъ стоитъ въ косомъ или уже въ прямомъ раздѣрѣ таза. Прощупать пальцемъ сѣдалищныя ости едва возможно или даже совсѣмъ не удастся. Роды теперь могутъ окончиться сами собою. Но нерѣдко наступаетъ вторичная слабость потугъ или обнаруживаются тревожныя измѣненія въ сердечныхъ тонахъ плода, или, наконецъ, наступаюгъ у матери такія явленія, которыя свидѣтельствуютъ, что она уже пострадала отъ слишкомъ большой продолжительности родовъ. При такихъ обстоятельствахъ показуется типическая операція *наложенія щипцовъ*, которая справедливо пользуется здѣсь славою операціи, спасающей жизнь роженицы при узкомъ тазѣ.

Если же головка вставлена неблагопріятно, если при изслѣдованіи пальцемъ обнаружено вставленіе лба, или вѣтсрединое вставленіе головки, или вставленіе задней темянной кости, то необходимо тотчасъ же удостовѣриться, возможно-ли при данномъ положеніи головки и данной ширинѣ маточнаго зѣва произвести *поворотъ*, и если это оказалось возможнымъ, то онъ и долженъ быть произведенъ немедленно. Просмотръ вставленія задней темянной кости могъ бы оказаться гибельнымъ для жизни женщины. Если при изслѣдованіи остались нѣкоторыя сомнѣнія насчетъ того, какимъ образомъ вставлена головка, то необходимо захлороформировать женщину и затѣмъ, введя половину руки, тщательно ощупать головку и тазъ.

Если, напротивъ того, неблагопріятно вставленная головка послѣ разрыва плоднаго пузыря уже фиксирована плотно надъ тазомъ, то поворотъ уже невозможенъ, и, мало того, попытка произвести поворотъ можетъ при вставленіи задней темянной кости повлечь за собою разрывъ растянутого нижняго сегмента матки. Въ подобныхъ случаяхъ не остается ничего другого, какъ выждать нѣкоторое время и попытаться исправить неблагопріятное вставленіе головки соответствующимъ положеніемъ роженицы. При вставленіи задней темянной кости нѣкоторыя акушеры рекомендуютъ для исправленія этой неправильной позиціи головки посадить женщину въ постели или заставить ее встать, или положить ее на тотъ бокъ, на которомъ находится лобъ младенца. Но обыкновенно это не достигаетъ цѣли, и мы вынуждены окончить роды посредствомъ краніотоміи, какъ только въ состояніи женщины обнаружатся тревожныя измѣненія (напр. явленія со стороны мочевого пузыря).

Въ другихъ случаяхъ головка хотя и вставлена благопріятно, но *прохожденіе ея черезъ узкое мѣсто таза должно заставляеть себя ждать*. Часто проходятъ цѣлые часы тревожнаго ожиданія и сомнѣнія относительно того, произойдетъ-ли необходимая конфигурація головки, выдержатъ-ли потуги до конца и разрѣшатъ-ли онѣ свою задачу прежде, чѣмъ будетъ причиненъ ущербъ матери или младенцу. При такихъ обстоятельствахъ слѣдуетъ очень тщательно наблюдать за состояніемъ матери и младенца. Измѣреніе температуры тѣла и опредѣленіе частоты пульса у матери, наблюденіе за характеромъ потугъ и уровнемъ контракціоннаго кольца, изслѣдованіе мочи и констатированіе отековъ, если таковыя существуютъ, дасть намъ возможность достаточно выяснитъ себѣ состояніе матери, а тщательная аускультация сердечныхъ тоновъ выясняетъ намъ состояніе младенца. Какимъ образомъ при этихъ обстоятельствахъ слѣдуетъ поддерживать силы женщины, усиливать потуги и устранять ихъ неправильности, — это было уже изложено въ главѣ о слабости потугъ.

Если уменьшеніе частоты сердечныхъ тоновъ младенца покажетъ теперь, что онъ начинаетъ вслѣдствіе чрезмѣрной продолжительности родовъ впадать въ состояніе *асфиксии*, и если при этомъ головка его уже стоитъ плотно въ тазу, то жизнь младенца могла бы быть спасена только посредствомъ операціи наложенія щипцовъ. *Однако, операція эта рѣшительно нецѣлесообразна до тѣхъ поръ, пока головка еще не прошла черезъ узкое мѣсто таза*. Такъ какъ головка, стоящая поперекъ въ тазовомъ входѣ, можетъ быть захвачена щипцами только въ области лба и затылка, то, при неизбѣжномъ сжатіи черепа, захваченнаго въ этомъ направленіи, щипцы должны уменьшить прямой размѣръ головки и увеличить поперечный размѣръ ея, а вмѣстѣ съ тѣмъ увеличить и несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ. Вслѣдствіе этого опасность высокихъ щипцовъ при узкомъ тазѣ значительно увеличивается, какъ для матери, такъ и для младенца. Что подобныя операціи могутъ иногда вызвать у матери чрезвычайно опасныя поврежденія и въ то же время не спасти жизнь младенца, это мы видимъ въ практикѣ достаточно часто. Слѣдовательно, щипцы, какъ средство для спасенія младенца, *рѣшительно непригодны до тѣхъ поръ, пока головка еще не прошла черезъ узкое мѣсто таза*. Сохраненіе здоровья и жизни матери должно для насъ служить утѣшеніемъ въ потерѣ младенца.

Умершій плодъ, если ему еще предстоитъ преодолѣть значительное противодѣйствіе, долженъ быть немедленно *перфорированъ* и извлеченъ. Еще менѣе позволительно медлить производствомъ краниотоміи въ томъ случаѣ, когда скорое родоразрѣшеніе требуется въ виду состоянія матери или когда мертвый плодъ уже обнаруживаетъ признаки разложенія.

Не всѣ акушеры согласны съ этимъ воззрѣніемъ. Многіе совѣтуютъ въ случаяхъ, когда жизни плода угрожаетъ опасность, предпринимать по крайней мѣрѣ попытку наложенія щипцовъ для его спасенія и думаютъ, что въ этихъ именно случаяхъ щипцы съ осевыми тракціями очень пригодны. Другіе совѣтуютъ про-

тискивать головку черезъ узкое мѣсто таза давленіемъ снаружи [*Hefmeier* ¹⁾]. Если это удалось, то, конечно, для дальнѣйшаго родоразрѣшенія вполне дозвоительно вложить щипцы.

Но въ другихъ случаяхъ *признаки ущемленія мягкихъ частей матери* обнаруживаются раньше, чѣмъ успѣли наступить существенныя измѣненія въ сердечныхъ тонахъ младенца, и именно въ то время, *когда головка стоитъ еще въ узкомъ мѣстѣ таза или надъ нимъ*. Высота лихорадки и кровавая моча непременно требуютъ скорого окончанія родовъ въ интересахъ матери. Обойтись теперь безъ *краніотоміи* живого младенца едва-ли возможно. Опытному оператору, пожалуй, еще дозволительно предпослать попытку наложенія щипцовъ; но начинающему лучше совсѣмъ отказаться отъ подобныхъ попытокъ и произвести немедленно *краніотомію*, которая для матери вполне безопасна. Женщина, вышедшая изъ родильнаго періода съ здоровыми половыми органами, останется способною къ зачатію, и въ случаѣ новой беременности она можетъ надѣяться, что искусственные преждевременные роды дадутъ ей живого ребенка.

Въ случаяхъ, когда родоразрѣшеніе требуется по причинѣ существующей лихорадки и признаковъ ущемленія мягкихъ частей матери, кесарское сѣченіе не можетъ конкурировать съ прободеніемъ головки. Предсказаніе при кесарскомъ сѣченіи было бы здѣсь для матери гораздо болѣе неблагоприятно, чѣмъ при обыкновенныхъ условіяхъ. Кромѣ того, производствомъ кесарскаго сѣченія даже не всегда удается спасти ребенка, который нерѣдко уже успѣлъ пострадать отъ чрезмѣрной продолжительности родовъ.

Однако, въ виду новѣйшихъ наблюденій, мы имѣемъ право, не дожидаясь такого сильнаго ущемленія мягкихъ частей матери или наступленія большой опасности для младенца, окончить роды производствомъ *симфизиотоміи*—операциі, которая можетъ быть предпринимаема только при отсутствіи лихорадки у матери и при живомъ младенцѣ, которая несомнѣнно можетъ спасти много дѣтей, но *для матери не безопасна!* Для производства симфизиотоміи, какъ это подробно было объяснено въ соответствующей главѣ, требуется особенная пріобрѣтенная ловкость, при отсутствіи которой операція можетъ сдѣлаться чрезвычайно опасною. Поэтому акушеръ, не обладающій такою ловкостью, долженъ въ своихъ дѣйствіяхъ спокойно руководиться *вышеизложенными точками зрѣнія*, которыя *въ практикѣ еще и до сихъ поръ вполне сохраняютъ свою силу*, несмотря на признаніе симфизиотоміи!

Вышеописанныя операціи, производимыя при плоскомъ тазѣ, имѣютъ для себя вполне опредѣленные показанія. Вообще онѣ служатъ больше интересамъ матери. Спасти этими операціями жизнь младенца не всегда удавалось.

Затѣмъ намъ остается еще упомянуть объ одной операціи, именно о *профилактическомъ поворотѣ при плоскомъ тазѣ* ²⁾; эта операція

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 6.

²⁾ См. *Nagel*, Arch. f. Gynäk. Bd. 34.—*Rosenthal*, Arbeiten aus d. Frauenklinik zu Dresden. Bd. I.

имѣть цѣлю уменьшить большую смертность дѣтей и вмѣстѣ съ тѣмъ освободить мягкія части матери отъ тяготящаго надъ ними давленія.

Производствомъ профилактическаго поворота мы превращаемъ головное положеніе въ ножное, исходя изъ того соображенія, что послѣдующая головка можетъ пройти черезъ плоскій тазъ легче, чѣмъ подлежащая. Это мнѣніе основано на практическомъ опытѣ и теоретическомъ разсужденіи. Опытъ показалъ именно, что женщины съ плоскимъ тазомъ, которыя передъ тѣмъ рожали мертвыхъ дѣтей или у которыхъ приходилось прибѣгать къ перфорациі, иногда сравнительно легко разрѣшались отъ бремени живымъ ребенкомъ, если онъ устанавливался къ родамъ въ тазовомъ положеніи. *J. Simpson* представилъ для этого факта очень мѣткое теоретическое объясненіе: головка изображаетъ собою приблизительно конусъ; при черепныхъ положеніяхъ широкій конецъ конуса раньше всего вступаетъ въ узкое мѣсто таза, а при послѣдующей головкѣ прежде всего вступаетъ въ тазъ болѣе узкій конецъ конуса, такъ что верхнія болѣе широкія части могутъ, благодаря взаимному надвиганію темянныхъ костей, постепенно сжаться. Къ этому присоединяется еще то благопріятное обстоятельство, что для извлеченія послѣдующей головки и для проведенія ея черезъ узкое мѣсто таза мы имѣемъ прекрасную точку опоры въ туловищѣ младенца, тогда какъ для извлеченія подлежащей головки, пока она еще стоитъ въ узкомъ мѣстѣ таза, подобныхъ методовъ не существуетъ. Но и для матери предсказаніе при тазовыхъ положеніяхъ, какъ мы уже видѣли, болѣе благопріятно, нежели при черепныхъ.

Однако, мнѣнія насчетъ примѣнимости профилактическаго поворота при плоскомъ тазѣ до сихъ поръ еще сильно расходятся. Но мы надѣемся все-таки, что нижеслѣдующія соображенія будутъ согласоваться со взглядами большинства акушеровъ.

Если потуги уже расширили маточный зѣвъ наполовину или болѣе, а головка, несмотря на это, еще стоитъ надъ тазомъ совершенно подвижно, то у такихъ многородящихъ, у которыхъ раньше бывали трудные роды, или которыя уже рожали мертвыхъ дѣтей, необходимо произвести профилактическій поворотъ на ножку и, если возможно, тотчасъ же извлечь за нее младенца. Условія для поворота и извлеченія должны быть при этомъ выполнены самымъ строгимъ образомъ, а особенно необходимо, чтобы послѣ истеченія водъ прошло не слишкомъ долгое время. Опираясь при такихъ условіяхъ, мы иногда будемъ имѣть удовольствіе спасти ребенка, который при родахъ въ черепномъ положеніи лишился бы жизни. Предсказаніе для младенца, конечно, тѣмъ болѣе благопріятно, чѣмъ менѣе значительно суженіе таза. Если конъюгата имѣетъ въ длину всего 8 см. или еще меньше, то, конечно, не всегда удастся провести головку черезъ узкое мѣсто таза безъ поврежденія.

Нѣкоторые авторы совершенно отвергаютъ профилактическій поворотъ. По ихъ мнѣнію, медленная конфигурація головки, производимая давленіемъ потугъ,

болѣе безопасна для нея, чѣмъ внезапное и насильственное протягиваніе черезъ узкое мѣсто таза. Въ противоположность этому, другіе акушеры совѣтуютъ всегда оканчивать роды при плоскомъ тазѣ производствомъ поворота, если онъ при данныхъ условіяхъ возможенъ. Конечно, не при каждыѣхъ родахъ мы будемъ имѣть случай для производства поворота, такъ какъ къ тому времени, когда операція эта была бы возможна при данной ширинѣ маточнаго зѣва, головка обыкновенно уже давнымъ-давно стоитъ плотно къ тазу, или, по крайней мѣрѣ, подвижность ея настолько уменьшена, что произвести поворотъ безъ большаго насилія уже невозможно. Если мы нѣсколько рѣже прибѣгаемъ къ повороту у первородящихъ, то это объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что у нихъ головка младенца имѣетъ обыкновенно меньшій объемъ и обладаетъ большею способностью конфигураціи, а матка и брюшная пресса работаютъ вообще лучше, чѣмъ у многородящихъ [*Winter* ¹⁾]; къ тому же предсказаніе для младенца при поворотѣ и извлеченіи у первородящихъ всегда нѣсколько болѣе неблагоприятно. Съ другой стороны, однако, профилактическій поворотъ представляется цѣлесообразнымъ и у первородящихъ, если при расширенномъ маточномъ зѣвѣ головка послѣ разрыва плоднаго пузыря еще продолжаетъ стоять подвижно надъ тазовымъ входомъ, и роды, такъ сказать, остановились.

При извлеченіи можно придать женщинѣ положеніе съ выпрямленнымъ туловищемъ и спущенными внизъ ногами, такъ какъ въ этомъ положеніи *conjugata vera* обладаетъ наибольшими размѣрами.

Показанія къ оперативному пособию при родахъ съ узкимъ тазомъ и черепнымъ положеніемъ младенца, если оставить въ сторонѣ кесарское сѣченіе и искусственные преждевременные роды, о которыхъ мы уже говорили, могутъ быть сформулированы слѣдующимъ образомъ:

1. *Извлеченіе щипцами* дозволительно лишь въ томъ случаѣ, если головка уже вполнѣ или почти вполнѣ преодолѣла противодѣйствіе, представляемое для нея узкимъ мѣстомъ таза.

2. *Поворотъ* производится:

а) на основаніи определенныхъ показаній: выпаденіе пуповины, выпаденіе ручки, неправильное вставленіе головки (особенно — вставленіе задней темянной кости), а также другія показанія, которыя требуютъ поворота и при нормальномъ тазѣ;

б) въ качествѣ профилактической операціи — при вышеозначенныхъ условіяхъ.

3. *Краниотомія* производится:

а) при мертвомъ младенцѣ, если окончаніе родовъ требуется въ виду состоянія матери, а другіе методы родоразрѣшенія могли бы оказаться для нея болѣе вредными; въ случаяхъ, когда при отсутствіи показанія со стороны матери мертвый младенецъ еще долженъ преодолѣть значительное противодѣйствіе; наконецъ, при гніющемъ плодѣ (въ этомъ случаѣ операція должна быть произведена безъ малѣйшаго замедленія);

б) при живомъ младенцѣ, если скорое окончаніе родовъ требуется въ виду состоянія матери, а другія операціи были бы

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 13.

сопряжены для нея съ гораздо большею опасностью. Иногда эта операція можетъ быть замѣнена симфизеотоміей.

При *другихъ положеніяхъ младенца* терапія представляется гораздо болѣе простою. Если при *лицевомъ положеніи* головка еще стоитъ подвижно, то въ случаяхъ средней и болѣе высокой степени сѣуженія таза долженъ быть произведенъ поворотъ, такъ какъ можно напередъ ожидать, что роды въ *лицевомъ положеніи* будутъ очень трудные. Если, напротивъ того, лобъ младенца стоитъ низко къ тазу, или если подбородокъ обращенъ назадъ, или, наконецъ, если мимо предлежащаго личика выпала ручка, то и при самыхъ незначительныхъ степеняхъ сѣуженія долженъ быть произведенъ поворотъ.

При *людиныхъ положеніяхъ* нѣкоторые совѣтовали, — въ случаѣ, когда это возможно, — вывести переднюю ножку, чтобы имѣть опору для извлечения, если бы такое потребовалось; но этотъ совѣтъ не всѣми одобряется. Въ остальныхъ же случаяхъ тазовыя положенія должны быть предоставляемы силамъ природы. Почти всегда при этомъ приходится освобождать ручки, запрокинувшіяся въ узкомъ мѣстѣ таза, а также головку; перфорация головки рѣже бываетъ необходима.

Въ случаѣ *поперечнаго положенія младенца* долженъ быть произведенъ поворотъ на ножку, какъ и при нормальномъ тазѣ. Поворотъ на головку при узкомъ тазѣ противопоказанъ.

Prochownik ¹⁾ предложилъ для беременныхъ съ узкимъ тазомъ определенную діету (на-подобіе діеты диабетиковъ, съ значительнымъ лишевіемъ жидкостей), въ видахъ огривиченія отложенія жира у плода, такъ чтобы къ концу беременности рождались вполне развитыя, но худощавыя дѣти, которыя могли бы легче пройти черезъ узкій тазъ. Но для всеобщаго распространенія такого способа имѣется пока слишкомъ мало наблюдений. Собраніе такихъ наблюдений имѣется у *J. Reijenga*, Die Prochownik'sche Diätur. Dissertation, Gröningen 1896.

✓ Обще-равнобѣрно-сѣуженный тазъ.

Правильная форма таза при этой аномаліи сохранена, но *вся раз-мѣры его укорочены*.

Часто эта аномалія представляетъ намеки на дѣтскій тазъ: тонкія кости, узкій крестецъ, прямолинейное направленіе его въ длину, увеличеніе его поперечной кривизны, высокое стояніе мыса. Очевидно, что здѣсь мы имѣемъ предъ собою тазъ, остановившійся на ранней ступени развитія. Наоборотъ, другіе тазы съ такими же сѣуженіями отличаются извѣстною плотностью строенія [по *Michaelis*'у ²⁾] — крупный тазъ мужского типа].

Ростъ тѣла при обще-равнобѣрно-сѣуженномъ тазѣ можетъ быть нормальный; но въ большинствѣ случаевъ онъ бываетъ ниже средняго. Укороченіе размѣровъ таза обыкновенно бываетъ не очень значительное. Конъюгата, въ большинствѣ случаевъ, не бываетъ короче 8-ми см.

¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1889. № 33.

²⁾ Das enge Becken, herausgegeben von *Litzmann*. 1865.

Litzmann доказалъ, что только въ рѣдкихъ случаяхъ всѣ размѣры таза уменьшены вполнѣ равномерно. Въ большинствѣ же случаевъ укороченіе прямого размѣра нѣсколько преобладаетъ надъ укороченіемъ поперечнаго, и во входѣ таза суженіе бываетъ болѣе значительно, чѣмъ въ выходѣ.

Особую форму этой аномалии таза считается рѣдко встрѣчающійся *тазъ карлицы*¹⁾, который бываетъ только у женщинъ очень маленькаго роста или у настоящихъ карлицъ. При немъ отсутствуетъ, какъ и въ дѣтскомъ тазѣ, окостенѣніе между отдѣльными тазовыми костями, именно между позвонками крестца, а также между подвздошными, сѣдалищными и лобковыми костями. Кости малы и тонки.

Обще-равномерно-суженный тазъ встрѣчается рѣже плоскаго таза. Однако, новѣйшія изслѣдованія показали, что онъ, вѣроятно, встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ предполагалось въ прежнее время.

Распознаваніе основывается на измѣреніи таза, которое обнаруживаетъ укороченіе вѣхъ вообще размѣровъ, а особенно—разстоянія между передними верхними осями подвздошныхъ костей.

Вычетъ, который долженъ быть сдѣланъ изъ діагональной конъюгаты для полученія истинной конъюгаты, составляетъ около 1,8 см. (*Litzmann*). Ощупываніе таза, производимое попеременно правою и лѣвою рукою, даетъ возможность удостовѣриться насчетъ суженія въ поперечномъ размѣрѣ.

Особенно маленькій ростъ, если исключена англійская болѣзнь, дѣлаетъ вѣроятнымъ предположеніе, что въ данномъ случаѣ имѣется обще-суженный тазъ; но и нормальный ростъ тѣла не исключаетъ этой аномалии таза.

Положеніе и членорасположеніе плода при обще-равномерно-суженномъ тазѣ бываютъ ненормальными далеко не такъ часто, какъ при плоскомъ тазѣ. Выпаденіе пуповины точно также наступаетъ рѣже.

Весьма характеристично вставленіе головки въ малый тазъ. *Малый родничекъ опускается особенно низко* и прощупывается почти въ проводной линіи таза, тогда какъ большой родничекъ сильно отстаетъ въ своемъ поступательномъ движеніи. Такъ какъ правильная форма таза сохранена и сопротивленіе поэтому распределено съ такою же равномерностью, какъ въ нормальномъ тазѣ, но только сильно увеличено, то вставленіе головки должно быть то же самое, что и при нормальномъ тазѣ, но только должно быть выражено въ болѣе сильной степени. Это вставленіе затылка бываетъ болѣе или менѣе выражено, смотря по степени суженія таза. Оно исчезаетъ, какъ только пройдено суженное мѣсто. Если суженіе простирается до тазового выхода, то малый родничекъ упирается въ промежность.

Потужная дѣятельность вообще менѣе удовлетворительна, чѣмъ при плоскомъ тазѣ. Но *давленіе при родовомъ актѣ* распределяется по тазовому кольцу болѣе равномерно. Свищи, поэтому, наблюдаются

¹⁾ См. *Boeck*, Arch. f. Gynäk. Bd. 43.—*Breus* u. *Kolisko*, Die pathologischen Beckenformen. Bd. 1900.

лишь рѣдко, тогда какъ болѣе сильное припуханіе маточнаго зѣва встрѣчается сравнительно чаще. Головная опухоль, обыкновенно очень большая, помѣщается своею центральною частью въ области малаго родничка. Слѣды давленія на головкѣ младенца наблюдаются рѣже, такъ какъ давленіе распределено равномерно. Смѣщеніе черепныхъ костей въ области швовъ обыкновенно бываетъ сильно выражено. Темянные кости надвинуты на лобныя, а особенно сильно на затылочную. Задняя темянная кость въ стрѣловидномъ швѣ лежитъ подь переднюю.

Предсказаніе для матери, а особенно для младенца, при родахъ съ этою формою таза, по наблюденіямъ *Litzmann'a*, нѣсколько болѣе благоприятно, чѣмъ при плоскомъ тазѣ.

Что касается *веденія родовъ* при этой аномалии таза, то въ первое время слѣдуетъ держаться вполне выжидательно. Для того, чтобы облегчить опущеніе малаго родничка, женщина должна лечь на соответствующій бокъ. Наложеніе шипцовъ, даже при плотномъ стояніи головки въ маломъ тазу, бываетъ вообще сопряжено съ большими опасностями, чѣмъ при плоскомъ тазѣ, такъ какъ суженіе заходитъ далеко въ тазовую полость или даже до выхода таза. Форсированное наложеніе шипцовъ можетъ именно здѣсь причинить очень непріятные разрывы. Своевременнымъ прободеніемъ головки можно иногда сохранить здоровье матери. Профилактическій поворотъ при обще-суженномъ тазѣ имѣетъ мало приверженцевъ, такъ какъ извлеченіе послѣдующей головки представляетъ здѣсь большія трудности. Во время беременности должны быть произведены преждевременные роды, если конъюгата имѣетъ въ длину $8\frac{1}{2}$ стм. или еще меньше.

Ненормально узкое и короткое влагалище при этой формѣ таза встрѣчается довольно рѣдко и представляетъ, очевидно, частное проявленіе остановки половыхъ путей на дѣтской ступени развитія (*Freund*). Не подлежитъ сомнѣнію, что эти свойства влагалища, въ связи съ узкимъ входомъ его, часто играютъ большую роль въ затрудненіи родового акта.

Обще-суженный плоскій тазъ.

Вся размѣры этого таза нѣсколько укорочены, но преимущественно — конюгата.

Причину почти всегда бываетъ англійская болѣзнь и потому такіе тазы обыкновенно носятъ на себѣ признаки рахитическаго таза. Но иногда отсутствуетъ сильное поперечное напряженіе тазового выхода. Кости таза болѣе тонки, чѣмъ при не-рахитическомъ плоскомъ тазѣ, но иногда онѣ въ то же время отличаются извѣстною плотностью [*Litzmann* ¹⁾]. Женщины съ этою аномаліею таза обыкновенно бываютъ мелкаго тѣлосложенія.

Очень большая продолжительность рахита, повидимому, благоприятствуетъ возникновенію этой формы таза (*Litzmann*). Последняя встрѣчается рѣже, чѣмъ плоскій рахитическій тазъ.

¹⁾ Die Formen des Beckens 1861.—Die Geburt bei engem Becken 1884.

Распознаваніе основывается на измѣреніи таза.

Обще-суженный плоскій тазъ безъ рихита встрѣчается очень рѣдко.

Подобные экземпляры описаны до сихъ поръ лишь въ весьма незначительномъ числѣ.

Ненормальныя положенія и членорасположенія плода, отвислый животъ, преждевременное истеченіе водъ и выпаденіе пуповины наблюдаются здѣсь также часто или еще чаще, чѣмъ при плоскомъ тазѣ. Головка вставляется въ поперечный размѣръ, какъ и при плоскомъ тазѣ, но затѣмъ *малый родничекъ отходитъ внизъ*, какъ при обще-суженномъ тазѣ. Вставленіе передней частью головки болѣе неблагоприятно. Вставленіе задней темяной кости наблюдалось довольно часто (*Litzmann*). Роды въ большинствѣ случаевъ бывають довольно трудные. *Предсказаніе* для матери и младенца болѣе неблагоприятно, чѣмъ при плоскомъ тазѣ.

Терапія вообще основывается на тѣхъ же принципахъ, какъ при плоскомъ тазѣ. Но при этомъ не должно игнорировать суженіе въ поперечномъ размѣрѣ, которое, къ сожалѣнію, иногда не можетъ быть съ точностью опредѣлено. Профилактической поворотъ даетъ по отношенію къ младенцу менѣе хорошіе результаты, чѣмъ при плоскомъ тазѣ.

Болѣе рѣдкія формы узкаго таза.

Спондилолистетическій тазъ.

Спондилолистетическій тазъ образуется влѣдствіе ослабленнаго соединенія между крестцомъ и 5-мъ поясничнымъ позвонкомъ. Благодаря этому ослабленному соединенію, *позвоночникъ соскальзываетъ съ крестцовой кости* въ тазъ и суживаетъ его въ прямомъ размѣрѣ входа (*σπόνδυλος*—позвонокъ, *σλίσθησις*—соскальзываніе).

Но это смѣщеніе ограничивается только переднею половиною послѣдняго поясничнаго позвонка. Задняя половина его, именно, *processus spinosus* и нижніе сочленовные отростки остаются на своемъ нормальномъ мѣстѣ. Соскальзываніе позвонка при такихъ обстоятельствахъ, конечно, представляется возможнымъ лишь подъ тѣмъ условіемъ, если самый позвонокъ измѣнилъ свою форму. Измѣненіе это состоитъ въ томъ, что межсуставныя части позвонка значительно удлинены. Обыкновенно оно бываетъ основано на врожденныхъ дефектахъ окостенѣнія этихъ частей, которыя остаются болѣе фиброзными [*Neugebauer* ¹⁾]. Если при наличности такого позвонка, предрасположеннаго къ смѣщенію, подѣйствуетъ въ юности полнѣннѣе большихъ тяжестей или травматическое поврежденіе, то онъ постепенно начинаетъ смѣщаться. Кромѣ того, поводомъ къ спондилолистезу считаются первичные переломы сочленовныхъ отростковъ крестца и межсуставныхъ частей послѣдняго поясничнаго позвонка.

¹⁾ Dissertation. Dorpat 1881.—Arch. f. Gynäk. Bd. 19—22, 25, 35. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 27 *Braun v. Fernwald*, Arch. f. Gynäk. Bd. 52.

Въ нѣкоторыхъ спондилолистетическихъ тазахъ былъ найденъ рудиментарный прибавочный позвонокъ между 5-мъ поясничнымъ позвонкомъ и крестцовой костью. Въ прежнее время думали, что между такимъ рудиментарнымъ позвонкомъ и спондилолистезомъ существуетъ причинная связь; но *Neugebauer* оспариваетъ это мнѣніе.

Нижній отдѣлъ поясничной части позвоночника болѣе или менѣе прикрываетъ тазовой входъ. Нижняя поверхность послѣдняго поясничнаго позвонка прилегаетъ къ передней поверхности перваго крестцоваго. Между обѣими часто образуется *синостозъ*, такъ что этимъ кладется конецъ дальнѣйшему соскальзыванію позвоночника. Прямымъ размѣромъ тазового входа, имѣющимъ значеніе для механизма родовъ, оказывается уже не конъюгата, а кратчайшее разстояніе между верхнимъ краемъ лоннаго сочлененія и самымъ близкимъ къ нему пунктомъ поясничной части позвоночника, опустившейся въ тазъ. Эта „замѣщающая конъюгата“ обыкновенно очень коротка; она можетъ имѣть въ длину менѣе 6 см.

Кромѣ того, при болѣе высокихъ степеняхъ спондилолистеза тазъ получаетъ сходство съ пояснично-крестцово-кифотическимъ тазомъ: незначительное удлиненіе истинной конъюгаты, укороченіе прямого и особенно поперечнаго размѣра въ тазовомъ выходѣ.

Эта аномалія встрѣчается рѣдко.

Распознаваніе. Анамнезъ иногда указываетъ на травму въ юности. *Весьма характеристична форма тѣла.* Животъ замѣтно укороченъ, между тѣмъ какъ грудная кѣтка и конечности правильно развиты. Наклоненіе таза совсѣмъ уничтожено, или, по крайней мѣрѣ, оно весьма незначительно, такъ что наружныя половыя части направлены впередъ. Подвздошныя кости, сильно расходящіяся между собою, угловато выступаютъ впередъ, между тѣмъ какъ крестцовая и ягодичная области круто спускаются внизъ [*Breisky* ¹⁾]. Кромѣ того, *Neugebauer* обратилъ вниманіе на характерныя короткія слѣды стопы, оставаемыя при хожденіи большой; но такой походки не бываетъ, или наступаетъ синостозъ ²⁾.

При внутреннемъ изслѣдованіи палецъ легко попадаетъ на соскальзывающую поясничную часть позвоночника. Между послѣднимъ поясничнымъ позвонкомъ и переднею поверхностью крестца прорщупывается глубокій острый уголъ. Боковыя массы крестца могутъ быть прослѣжены по обѣ стороны кверху отъ тѣла 5-го поясничнаго позвонка (*Breisky*), чего

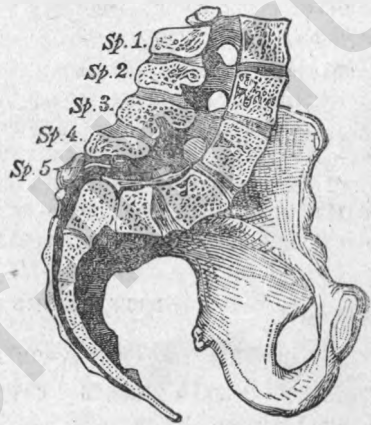


Рис. 90. Пражскій спондилолистетическій тазъ.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 9.

²⁾ R. Braun v. Fernwald, Arch. f. Gynäk. Bd. 59.

не бываетъ при пояснично-крестцово-кифотическомъ тазѣ. При внутреннемъ изслѣдованіи часто удается прощупать мѣсто раздвоенія аорты.

Терапія. Величина замѣщающей истинной конъюгаты, получаемая путемъ вычета изъ замѣщающей діагональной конъюгаты, покажетъ, должно-ли быть произведено кесарское сѣченіе. Если степень суженія позволяетъ младенцу родиться естественнымъ путемъ, то нужно вести роды по извѣстнымъ правиламъ, существующимъ для узкаго таза вообще, причѣмъ, однако, не слѣдуетъ игнорировать суженіе въ тазовомъ выходѣ.

Въ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ родовъ при спондилолистическомъ тазѣ очень часто оказывалось необходимымъ кесарское сѣченіе. Но въ новѣйшее время стало извѣстно, что и менѣе значительныя суженія при этой аномалии таза встрѣчаются нерѣдко.

Breus и *Kolisko* ¹⁾ въ одной изъ новѣйшихъ своихъ анатомическихъ работъ приходятъ къ выводамъ, въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ противорѣчащихъ вышеизложеннымъ положеніямъ. Точно также, по мнѣнію названныхъ авторовъ, и при другихъ тазахъ придается слишкомъ большое значеніе теоріи *Litzmann*'а относительно дѣйствія тяжести, между тѣмъ какъ на условія развитія и роста костей совершенно не обращаютъ вниманія. Мы лишь слегка касаемся этихъ выводовъ и ждемъ дальнѣйшаго выясненія вопроса отъ тѣхъ дебативъ, которые, безъ сомнѣнія, вызоветь замѣчательная работа этихъ авторовъ.

Тазъ съ врожденнымъ расщепленіемъ лоннаго сочлененія.

Беременность при *расщепленіи лоннаго сочлененія* наблюдалась въ небольшомъ числѣ случаевъ [*Litzmann*, *Günsburg*, *Gusserow* ²⁾ и др.].

При этой аномалии существуетъ врожденный дефектъ въ передней стѣнкѣ таза, состоящій именно въ томъ, что подвздошныя кости въ лонномъ сочлененіи не соединены между собою, а разъединены. Обыкновенно въ то же время существуетъ эктопія мочевого пузыря. Поперечное напряженіе таза увеличено. Кромѣ того, бросаются въ глаза низкое стояніе крестца и наклоненіе его впередъ,—измѣненія, объясняющіяся, по *Litzmann*'у, дѣйствіемъ тяжести туловища на незамкнутое тазовое кольцо, а по мнѣнію другихъ ³⁾, могущія считаться врожденными.

Хотя мьсь крестцовой кости и перемѣщенъ впередъ, но такъ какъ лонное сочлененіе расщеплено, то конъюгата не укорочена, и тазъ, слѣдовательно, не можетъ быть причисленъ къ категоріи плоскихъ тазовъ. Съ большимъ правомъ можно причислить его къ группѣ слишкомъ широкихъ тазовъ [*Schauta* ⁴⁾]. Поэтому акушерское значеніе описываемой здѣсь аномалии таза не велико. Но мы должны все-таки упомянуть о

¹⁾ *Breus* u. *Kolisko*, Die pathol. Beckenformen. Bd. 1. 1900.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1879. № 2. — *Waldstein*. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 6.

³⁾ См. *Breus* и *Kolisko*.

⁴⁾ *P. Müller*, Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. 1889.

томъ обстоятельствѣ, что въ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ почти всегда наступало въ родильномъ періодѣ выпаденіе матки.

Остеомалятический тазъ.

Сущность *остеомаляціи* основана на *исчезаніи извести изъ костной ткани*, къ которому затѣмъ присоединяется разрощеніе костно-мозговой ткани, постепенно вытѣсняющей лишнюю известную костную ткань.

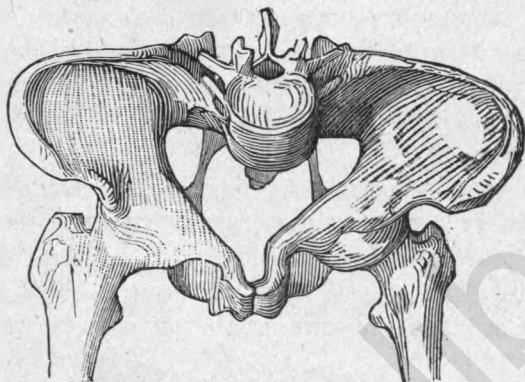


Рис. 91. Остеомалятический тазъ. Форма червоиного туза. Лонная дуга заострена въ видѣ клюва. Было произведено кесарское сѣченіе (*Siebold* 1844). Препаратъ № 379 изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиникъ.

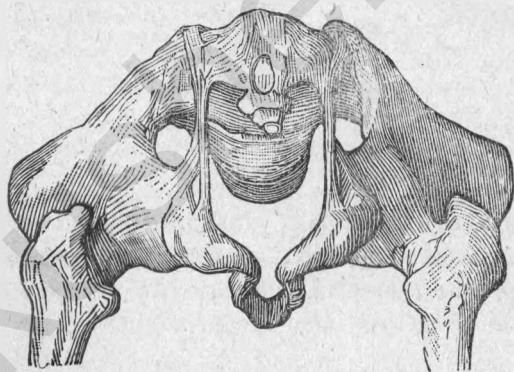


Рис. 92. Остеомалятический тазъ. Видъ того же таза, что и на рис. 91-мъ, сзади и снизу. Лонная дуга имѣетъ форму ω .

Остеомаляція, въ противоположность рахиту, поражаетъ почти исключительно готовыя уже кости взрослой женщины. Она дѣлаетъ кости гибкими, ломкими и, наконецъ, мягкими, какъ воскъ. Давленіе тяжести туловища и въ меньшей степени также натяженіе со стороны мышцъ измѣняютъ форму размягчившагося скелета, а въ особенности форму таза, съ котораго болѣзнь обыкновенно начинается.

Давленіе бедеръ оттѣсняетъ вертлужныя области внутрь, назадъ и вверхъ. Вслѣдствіе этого происходитъ характеристическая *клювообраз-*

ная форма передней стѣнки таза и преобладающее первоначально суженіе въ поперечномъ размѣрѣ. Кромѣ того, давленіе тяжести туловища оттѣсняетъ верхнюю часть крестца впередъ и по направленію въ полость таза. Эти два измѣненія въ совокупности производятъ своеобразную *трехстворчатую форму тазового входа* (форма червоннаго туза). Кромѣ того, благодаря сидячему положенію больной женщины, нижній конецъ крестца сильно загибается впередъ.

Къ этимъ тремъ почти типическимъ измѣненіямъ формы присоединяется еще рядъ другихъ уклоненій, менѣе бросающихся въ глаза или болѣе непостоянныхъ. Тѣла и крылья крестцовыхъ позвонковъ узки. Тѣла этихъ позвонковъ сильнѣе выступаютъ впередъ, подобно тому какъ при рахитическомъ тазѣ.

Крылья подвздошныхъ костей обыкновенно малы; разстояніе между передними верхними остями въ большинствѣ случаевъ уменьшено, разность между ними и разстояніемъ подвздошныхъ гребешковъ другъ отъ друга обыкновенно увеличена. Заднія ости уплошены и почти совсѣмъ не выступаютъ надъ крестцомъ. Задняя часть крыльевъ подвздошныхъ костей

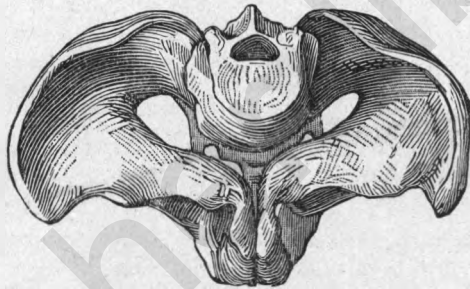


Рис. 93. Спавшіяся остеомалятическая тазъ. Полость таза совершенно отсутствуетъ. Препаратъ № 380 изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиники.

загнута внутрь или перегнута надъ угломъ. Нижнія части сѣдалищныхъ бугровъ, сильно сближенныя между собою, обыкновенно бываютъ болѣе или менѣе выворочены наружи. Лонная дуга очень узка и при болѣе сильномъ развитіи процесса часто имѣетъ форму *греческой буквы ω*. (см. рис. 92).

Асимметрію, всегда существующія при остеомалятическомъ тазѣ, объясняются случайностями въ положеніи больной и въ натяженіи со стороны мышцъ. Нерѣдко также оказываются переломы или надломы тазовыхъ костей.

При сильнѣйшихъ степеняхъ суженія тазъ представляется совершенно *спавшимся*. Позвоночникъ и вертлужная область, даже когда больная мало или совсѣмъ не въ состояніи ходить, все болѣе и болѣе вдавливаются въ просвѣтъ таза, и именно первый—вслѣдствіе сидѣнія въ постели, причеиъ крестецъ все болѣе и болѣе перегибается подъ угломъ впередъ, а вторая—вслѣдствіе попереимѣннаго лежанія то на одномъ, то на другомъ вертелѣ (*Volkman*).

Сухой остеомалятической тазъ всегда отличается поразительною легкостью, благодаря потерѣ неорганическихъ составныхъ частей.

Остеомаляцію можно разсматривать какъ остеоімідъ и остеить, распростра­няющіеся внутри кнаружи; въ то же время костная ткань, со стороны Гавер­совыхъ канальцевъ и костно-мозговыхъ полостей, теряетъ соли извести, такъ что органическая основа кости остается въ видѣ мягкой, гибкой, волокнистой массы [Volkmann¹⁾]. Результатъ получается приблизительно тотъ же самый, какъ послѣ обработки куска кости соляною кислотою, да и эта мягкая костная масса вѣдствіи исчезаетъ, благодаря тому, что она вытѣняется разрастающимися элемен­тами костного мозга. Въ самыхъ экзквизитныхъ случаяхъ остается только ко­жистый мѣшокъ, покрытый снаружи надкостницею, тогда какъ внутри онъ со­держитъ только костномозговую ткань, сосуды и жиръ.

Новѣйшія изслѣдованія²⁾ подтвердили воспалительный характеръ заболѣ­ванія. Между тѣмъ какъ вообще въ костяхъ взрослога человѣка прибыль и убыль держатся въ равновѣсіи, при остеомаляціи преобладаетъ убыль. Послѣдняя про­исходитъ преимущественно въ такихъ мѣстахъ, которыя подвержены большому давленію и влеченію. Отъ какой причины зависитъ раствореніе известковыхъ солей и какимъ путемъ онѣ выводятся изъ тѣла, еще не рѣшено. Въ крови обыкновенно находятъ увеличеніе числа эозинофильныхъ клѣтокъ и иногда умень­шенную щелочность. Въ яичникахъ, часто представляющихся атрофическими, нерѣдко констатируется гіалиновое перерожденіе артерій и исчезовеніе фолли­кулъ (Schnell). На основаніи этихъ фактовъ и особенно на основаніи благо­приятнаго дѣйствія кастраціи въ смыслѣ излеченія остеомаляціи, Fehling раз­сматриваетъ данную болѣзнь какъ трофаневрозъ костной системы, вызванный первичнымъ заболѣваніемъ яичниковъ, который анатомически не можетъ быть прослѣженъ. Этому объясненію Fehling'a противостоятъ другія гипотезы³⁾. Вопросъ о природѣ и этиологіи остеомаляціи далеко еще не рѣшенъ; вѣрно, по­видимому, только одно, что это не есть бактеріальное заболѣваніе.

Измѣненія формы скелета состоятъ въ искривленіяхъ и отчасти полныхъ, отчасти неполныхъ переломахъ. Послѣдніе обыкновенно встрѣчаются на ключицахъ, ребрахъ и конечностяхъ. Искривленія обнаруживаются особенно въ видѣ кифоза и кифосколиоза, а также въ вышеописанномъ обезображеніи таза. Благодаря кифозу и уменьшенію высоты тѣла позвонковъ, замѣтно уменьшается ростъ боль­ной. Реберныя дуги приближаются къ подвздошнымъ гребешкамъ. Грудина часто бываетъ перегнута подъ угломъ; ребра искривлены въ различной формѣ.

Остеомаляція возникаетъ обыкновенно во время беременности или родильнаго періода, затѣмъ она обыкновенно приостанавливается по окончаніи родильнаго періода и кормленія грудью, а съ наступленіемъ новой беременности идетъ опять впередъ, пока, наконецъ, не станетъ прогрессировать и внѣ беременности. Жен­щины, страдающія остеомаляціей, обыкновенно отличаются большою плодовитостію и иногда забеременѣваютъ даже при сильнѣйшихъ степеняхъ этой болѣзни. Съ каждою новою беременностію болѣзнь все болѣе усиливается, тазъ становится все болѣе узкимъ, роды—все болѣе трудными, пока, наконецъ, не потребуются кесарское сѣченіе.

Этой пуэрпериальной формѣ остеомаляціи, ограничивающейся преимущественно

1) Handbuch d. Chirurgie von Pitha und Billroth 1865. Bd. 2.—(см. также: Litzmann, Die Formen des Beckens 1861.

2) v. Recklinhausen, Festschrift f. Virchow 1891.—Fehling, Arch. f. Gynäk. Bd. 48.—Bulus, Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.—Schnell, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 39.—Scharfe, Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 3.

3) См. Winkel, Sammlung klin. Vorträge N. F. № 71. — Neumann, Arch. f. Gynäk. Bd. 51.

тазовъ и позвоночникомъ, можно противопоставить болѣе рѣдкую не-пуэрперальную форму, которая тоже встрѣчается преимущественно у женщинъ, но протекаетъ обыкновенно еще неблагопріятнѣе.

Остеомалія встрѣчается отдѣльными случаями во всѣхъ странахъ; но, видимо, въ Англии и Сѣверной Америкѣ она составляетъ большую рѣдкость. Въ Германіи она встрѣчается особенно на берегахъ Рейна и въ сосѣднихъ съ нимъ долинахъ, а въ Италіи—преимущественно въ окрестностяхъ Милана (долина Oglopa). Причиною заболѣванія считаются сырыя холодныя жилища, при плохомъ въ то же время питаніи. Но все-таки остеомалія далеко не есть болѣзнь пролетаріата: она встрѣчается и у женщинъ обезпеченнаго класса. Возникновенію и дальнѣйшему развитію ея благопріятствуетъ частое повтореніе беременности, а также слишкомъ частое и продолжительное кормленіе грудью.

Болѣзнь начинается «ревматическими болями» въ тазовой области или ребрахъ. Движенія становятся болѣзненными и неповоротливыми. Больныя кости чувствительны при давленіи. Ростъ тѣла уменьшается. Въ заключеніе дѣло доходить до полной неспособности къ движенію. Временныя остановки въ развитіи болѣзни наблюдаются часто. Бываютъ также случаи настоящаго излеченія: кости становятся плотными, но обезображеніе остается навсегда. Вначалѣ можно иногда по ошибкѣ предположить заболѣваніе спинного мозга, тѣмъ болѣе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ существуютъ параличи мышць (psoas), контрактуры, преимущественно приводящихъ мышць, судороги и другія нервныя и мышечныя явленія, а также часто повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ¹⁾.

Смертность была прежде очень велика (около 80%). Многія больныя умирали отъ бугорчатки. Но и тяжелыя операціи, оказывавшіяся необходимыми для окончанія родовъ, и прежде всего кесарское сѣченіе, похищали много жертвъ. Въ новѣйшее же время предсказаніе значительно улучшилось, благодаря терапіи.

Кромѣ улучшенія гигиеническихъ условій, для леченія остеомаліи предлагались соляныя ванны, желѣзо, рыбій жиръ и особенно фосфоръ (Rr. Phosphor 0,05. Ol. јес. Aselli 50,0. S. По 1 чайной ложкѣ въ день). Рекомендованная Fehling'омъ²⁾ кастрація при остеомаліи дала значительные терапевтическіе результаты. Хотя и не во всѣхъ случаяхъ было достигнуто излеченіе, но, по крайней мѣрѣ, можно признать за правило, что послѣ кастраціи получается весьма значительное улучшеніе. При медленномъ выздоравливаніи послѣ кастраціи, или послѣ операціи Porro употребленіе фосфора приноситъ, повидимому, особенную пользу.

Распознаваніе. Анамнезъ и объективное изслѣдованіе тѣла женщины обнаруживаютъ существующую болѣзнь костной системы. Въ анамнезѣ очень важное значеніе имѣетъ заявленіе о „ревматическихъ боляхъ“, о затрудненной подвижности и объ уменьшеніи роста тѣла („платья сдѣлались слишкомъ длинными“). Объективное изслѣдованіе обнаруживаетъ, что кости, а особенно ребра и передняя стѣнка таза чувствительны къ давленію. При изслѣдованіи нужно также обращать вниманіе на то, не имѣется-ли искривленій позвоночника и реберъ. *Короткость грудной клетки и поразительно глубокое западеніе тазовой области позади большихъ вертеловъ* представляются во многихъ случаяхъ чрезвычайно характеристичными (см. рис. 95).

¹⁾ Latzko, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1895. Bd. 1.—Stieda, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 8.

²⁾ Fehling, Arch. f. Gynäk. Bd. 39 u. 48.—v. d. Bussche, ibid. Bd. 49.—Neumann ibid. Bd. 50.

Измѣреніе таза обнаруживаетъ, кромѣ существующаго обыкновенно укороченія наружной конъюгаты, значительное уменьшеніе разстоянія между большими вертелами. Ключевидная форма передней стѣнки таза, если она выражена въ болѣе сильной степени, замѣчается уже при наружномъ изслѣдованіи, а тѣмъ болѣе при внутреннемъ, при которомъ въ то же время сразу бросается въ глаза узость лонной дуги. При изслѣ-

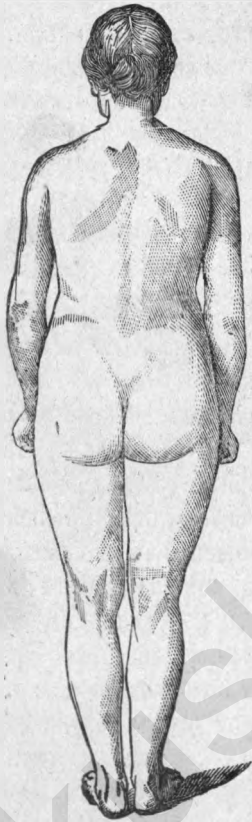


Рис. 94. Нормально сложенная беременная.



Рис. 95. Беременная съ остеомаляціей. Укороченіе грудной кѣтки и глубокое западеніе тазобедренныхъ областей ясно видны. Операция Porro. (См. Arch. f. Gynäk. Bd. 41).

дованіи удастся также безъ особеннаго труда констатировать взаимное сближеніе сѣдалищныхъ бугровъ, уменьшеніе разстоянія между вертлужными областями, перегибъ крестца подъ угломъ и низкое стояніе крестцово-го мыса. Кромѣ того, слѣдуетъ тщательно удостовѣриться, обладаютъ-ли кости податливостью и гибкостью.

Терапія. Существующая въ нѣкоторыхъ случаяхъ возможность *растяженія* тазового кольца отличаетъ остеомалятический тазъ отъ всѣхъ другихъ формъ узкаго таза. Если эта растяжимость тазовыхъ костей констатирована при изслѣдованіи подъ наркозомъ, то можно, за исключеніемъ развѣ только сильнѣйшихъ степеней суженія, предоставить сна-

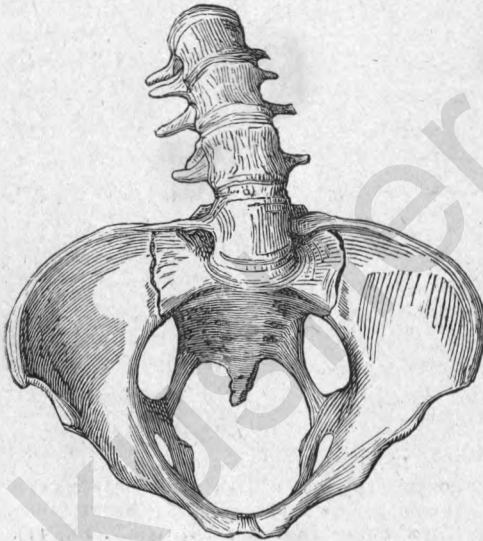
чала родовой актъ силамъ природы. Многочисленныя наблюденія свидѣтельствуяютъ, что при хорошихъ потугахъ головка можетъ до нѣкоторой степени растянуть тазъ.

Lazzati ¹⁾, опираясь на полученные имъ благоприятные результаты, предлагаетъ, тамъ, гдѣ это возможно, производить *поворотъ* и *извлечение за ножку* младенца черезъ растяжимый тазовой каналъ.

Если же этой растяжимости не существуетъ и головка не можетъ вступить въ тазъ, то необходимо произвести *операцию Porro*. Эта операція навѣрно спасаетъ ребенка и предохраняетъ женщину отъ новой беременности, которая могла бы ухудшить остеомалатическій процессъ; кромѣ того, можно надѣяться, что удаленіе яичниковъ будетъ способствовать окончательному излеченію болѣзни (*Fehling*). Къ краніотоміи приступаютъ лишь въ случаѣ смерти плода.

Кифотическій тазъ.

При *кифотическомъ тазѣ*, въ отличіе отъ большинства вышеописанныхъ аномалій, суженіе имѣетъ мѣсто въ *тазовомъ выходѣ*, тогда какъ входъ таза расширенъ, особенно въ *прямомъ* размѣрѣ.



Эта аномалія таза возникаетъ вслѣдствіе каріознаго кифоза, приобретеннаго обыкновенно въ дѣтскомъ возрастѣ и помѣщающагося въ пояснично-грудной, въ поясничной или въ пояснично-крестцовой части позвоночника. Тазъ при этомъ получаетъ *воронкообразную* форму. Мысль крестцовой кости стоитъ высоко и перемѣщенъ сильно назадъ. Конъюгата удлинена значительно, а косые размѣры тазового входа—въ *небольшой* степени. Стѣнки таза конвергируютъ книзу, и притомъ въ поперечномъ на-

Рис. 96. Спивно-пояснично-кифотическій тазъ. *Conjugata vera* 13 см. *Dist. d. tub. ischii* 9,1 см. Препаратъ № 361 изъ коллекцій Геттингенской гинекологической клиники ²⁾.

правленіи быстрѣе, чѣмъ въ косомъ и прямомъ, такъ что прямой размѣръ тазового выхода уменьшенъ незначительно, или даже имѣетъ нормальную длину, а *поперечный* размѣръ его бываетъ всегда *абсолютно* *уменьшенъ*.

¹⁾ См. *Löhlein*, Gynäk. Tagesfragen. Heft. 2. 1891.

²⁾ Описанъ *Max*омъ *Wegschneider*омъ, Arch. f. Gynäk. Bd. 42.

Крестецъ удлинень, сѣужень и вѣдряется между подвздошными костями назадъ. Верхняя часть его вытянута, причѣмъ продольная вогнутость уменьшена, а поперечная увеличена. Наоборотъ, нижняя часть представляется въ продольномъ направленіи вогнутою и отклонена кпереди. Крылья подвздошныхъ костей расходятся по направленію кпереди и лежать болѣе горизонтально. Разстояніе между передними верхними остями увеличено, тогда какъ между задними остями оно уменьшено вслѣдствіе узости крестца. Переднія нижнія ости часто бываютъ необыкновенно сильно развиты. Разстояніе между остями сѣдлащныхъ костей, а еще болѣе— между ихъ буграми, уменьшено по сравненію съ нормальнымъ. Стѣнки малаго таза необыкновенно высоки. Лонная дуга имѣетъ остроугольную форму. Наклоненіе таза уменьшено.

Чѣмъ выше помѣщается кифозъ, тѣмъ менѣе ясно бываютъ выражены эти характеристическіе признаки таза. Если кифозъ помѣщается очень низко, то крестецъ не удлинень, а укорочень, и дѣло можетъ дойти до того, что верхняя вѣтвь кифоза и лордозъ вышележащей части позвоночника закроютъ доступъ къ тазу (т. н. *закрытые тазы, pelvis obtecta*), такъ что тазовой входъ будетъ обезображенъ вродѣ того, какъ при спондилолистезѣ.

Нѣкоторые изъ описанныхъ до сихъ поръ кифотическихъ тазовъ отличались ненормальною подвижностью своихъ сочлененій. Кромѣ вышеописанной воронкообразной формы, кифотическій тазъ довольно часто еще обнаруживаетъ признаки болѣе или менѣе обще-сѣуженнаго таза.

Въ вышеприведенномъ описаніи кифотическаго таза мы руководствовались изложеніемъ *Breisky* ¹⁾ и *Freund*'а ²⁾.

Относительно возникновенія этого такъ наз. кифотическаго обезображенія таза существуетъ между авторами разногласіе. *Breisky*, которому мы обязаны первымъ подробнымъ анализомъ кифотическаго таза, видитъ причину этой аномаліи въ измѣненныхъ подѣ влияніемъ кифоза условіяхъ давленія, производимаго тяжестью туловища (спиногенное возникновеніе), тогда какъ, по *Freund*'у, первичнымъ явленіемъ бываетъ остановка таза на дѣтской ступени развитія, а кифозъ развивается уже послѣдовательнымъ путемъ (целикогенное возникновеніе).

Противъ целикогеннаго возникновенія высказывается *Hector-Treub* ³⁾, а въ новѣйшее время *Breus* и *Kolisko* ⁴⁾ приписываютъ влеченію мышцъ главную роль въ происхожденіи деформаци.

Если кифозъ помѣщается въ верхнемъ отдѣлѣ грудной части позвоночника, то онъ совсѣмъ не оказываетъ на форму таза никакого вліянія, или тазовой входъ представляется незначительно расширеннымъ въ прямомъ и косыхъ размѣрахъ, но тазовой выходъ никогда не бываетъ сѣужень.

Кифотическая форма таза встрѣчается не особенно часто. Но все-таки въ настоящее время уже сообщено болѣе 100 клинически наблюденныхъ случаевъ ⁵⁾.

1) Описанъ *M. Wegscheider*'омъ. Arch. f. Gynäk. Bd. 42.

2) Wien. med. Jahrb. 1865. Gynäk. Klinik Bd. 1. 1865.

3) См. Centralbl. f. Gynäk. 1889. № 22.

4) Die pathologischen Beckenformen. 1900.

5) *Neugebauer*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. I.—*Klien*, Arch. f. Gynäk. Bd. 50.

Распознаваніе. Болѣе незначительныя степени кифоза поясничной части позвоночника легко могутъ быть просмотрѣны при поверхностномъ изслѣдованіи одѣтой женщины. Въ этомъ случаѣ подозрѣніе о существующей аномаліи таза иногда возбуждается только въ виду разстройства родового акта: головка продолжаетъ, несмотря на сильныя потуги, стоять неподвижно въ тазовомъ выходѣ или непосредственно надъ нимъ. Тщательное изслѣдованіе, конечно, даетъ возможность немедленно констатировать обе-

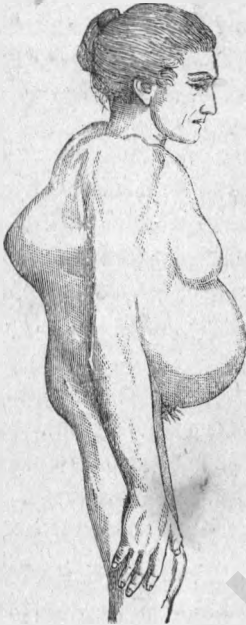


Рис. 97. Беременная съ спинно-пояснично-кифотическимъ тазомъ. Заслуживаетъ вниманія, что руки доходятъ до колѣнъ. Diameter transv. тазового выхода, по измѣренію, равняется $8\frac{1}{2}$ — 9 см. Искусственные преждевременные роды.

зображеніе позвоночника (см. рис. 97) и, при сильномъ кифозѣ, укороченіе туловища (необыкновенно низко свѣшивающіяся руки). Анамнезъ тоже указываетъ на предшествовавшую болѣзнь позвоночнаго столба. При внутреннемъ изслѣдованіи ощупать мысъ крестцовой кости удается только съ трудомъ или даже не удается вовсе; вмѣстѣ съ тѣмъ констатируется остроугольная форма лонной дуги и уменьшеніе разстоянія между сѣдалищными буграми.

Breisky предложилъ способъ измѣренія тазового выхода, который, однако, даетъ не особенно точные результаты. Для этого измѣренія требуется Озіандеровскій тазомѣръ, вѣтви котораго направлены кнаружи. Этимъ инструментомъ измѣряютъ:

1. **Прямой размѣръ тазового выхода** отъ верхушки крестца къ нижнему краю лоннаго сочлененія. Женщина лежитъ на боку съ притянутыми къ животу бедрами. Введя указательный палецъ въ прямую кишку и приложивъ большой палецъ снаружи и сзади, отыскиваютъ нижній конецъ крестца, къ которому прикрѣпляется подвижной коччикъ. Непосредственно надъ этимъ сочлененіемъ приставляютъ одну изъ двухъ пуговокъ тазомѣра, тогда какъ другая пуговка прижимается къ острому краю *lig. arcuat.* въ верхушкѣ лонной дуги. Для того, чтобы изъ полученной цифры вычислить съ приблизительною точностью прямой размѣръ тазового выхода, нужно вычесть изъ нея около $1\frac{1}{2}$ см. на толщину костей и мягкихъ частей.

2. **Поперечный размѣръ тазового выхода.** Женщина лежитъ на спинѣ съ приподнятымъ крестцомъ, или на поперечной кровати. Ощупавъ внутренніе края сѣдалищныхъ бугровъ, измѣряютъ разстояніе между ними посредствомъ Озіандеровскаго циркуля. Но такъ какъ между сѣдалищными буграми и пуговками тазомѣра лежитъ толстый слой мягкихъ частей, то къ полученной цифрѣ нужно еще прибавить $1\frac{1}{2}$ см. Въ сообщенныхъ до сихъ поръ случаяхъ наименьшая величина поперечнаго разрѣза равнялась 4 см.

Потребность въ болѣе точномъ методѣ измѣренія тазового выхода нельзя отрицать. *Klien* ¹⁾ сдѣлалъ попытку создать такой методъ, правда — довольно сложный и значеніе котораго подлежитъ еще испытанію.

¹⁾ Monateschr. f. Geburtsh. f. Gynäk. Bd. 1.

При пояснично-крестцовомъ кифозѣ можно было бы иногда по ошибкѣ предположить спондилолистезъ. Но эта ошибка можетъ быть устранена тщательнымъ изслѣдованіемъ, которое всегда покажетъ, существуетъ-ли характерное для спондилолистеза отношеніе послѣдняго поясничнаго позвонка къ крестцу.

При кифотическомъ тазѣ уже довольно рано образуется во время беременности отвислость живота. Въ остальныхъ отношеніяхъ беременность протекаетъ обыкновенно безъ всякихъ разстройствъ. Если кифозъ помѣшается больше въ грудной части позвоночника, то беременность и роды могутъ неприятно осложниться одышкою и разстройствомъ кровообращенія въ системѣ малаго круга. Плодъ обыкновенно устанавливается къ родамъ въ продольномъ положеніи; передне-головныя положенія встрѣчаются сравнительно часто.

Терапія. Если разстояніе между сѣдалищными буграми меньше 5,5 см., то абсолютно необходимо кесарское сѣченіе (*Klien*). Но вообще, если только возможно, слѣдуетъ во время беременности произвести *искусственные преждевременные роды*. Въ противномъ же случаѣ предоставляютъ сначала роловой актъ силамъ природы, и затѣмъ, смотря по дальнѣйшему его теченію, рѣшаютъ, можно-ли выжидать самопроизвольнаго изгнанія младенца или необходимо прибѣгнуть къ оперативному пособію. Констатированная въ нѣкоторыхъ случаяхъ ненормально большая подвижность тазовыхъ сочлененій, повидимому, можетъ иногда произвести во время родовъ расширение тазового выхода, на которое, однако, не слѣдуетъ очень рассчитывать. Величайшей осторожности требуетъ *операция наложенія щипцовъ*, такъ какъ при этой формѣ таза почти всегда приходится ихъ накладывать въ суженномъ мѣстѣ и поэтому наложеніе ихъ сопряжено съ большими опасностями. Если извлеченіе щипцами не удалось, то не слѣдуетъ останавливаться передъ рискомъ *ранней перфоратіи*. Если разстояніе между буграми меньше 8 сант., то наложеніе щипцовъ вообще не показывается. Въ клинической практикѣ подобные случаи, конечно, могутъ быть показаніемъ для симфизотоміи, которая и при кифотическомъ тазѣ уже неоднократно производилась съ хорошимъ успѣхомъ.

Если при кифотическомъ тазѣ имѣется анкилозъ сѣдалищной кости, то для такихъ случаевъ предложена была и выполнена уже неоднократно резекція этой кости. (*v. Heideken, Sänger, Arch. f. Gynäk. Bd. 56*).

Результаты для матери и младенца при кифотическомъ тазѣ были до сихъ поръ не очень благоприятны; но не подлежитъ сомнѣнію, что они могутъ быть съ теченіемъ времени улучшены, особенно если будутъ почаще примѣняться искусственные преждевременные роды.

Гораздо болѣе неблагоприятно прелсказаніе при т. н. закрытомъ тазѣ (*pelvis obsecta*). Въ этомъ случаѣ обыкновенно оказывается необходимымъ кесарское сѣченіе.

Нѣсколько иначе стоитъ дѣло въ томъ случаѣ, если на почвѣ существующаго *рагита* развился кифозъ или кифо-сколиозъ нижнихъ отдѣловъ позвоночника. И здѣсь также обезображеніе таза представляетъ по преимуществу

кифотическія измѣненія; но въ то же время онъ представляетъ и нѣкоторыя рахитическія особенности, именно сильное выступаніе тѣлъ крестцовыхъ позвонковъ впереди, маленькія, плоскія и по направленію впереди расходящіяся крылья подвздошныхъ костей, а иногда также широкую лонную дугу. Если къ этому еще присоединится рахитическій сколіозъ, то является сильная асимметрія между обѣими половинами таза, и въ результатѣ получаются очень сложныя измѣненія его формы. *Leopold*, подробно изучившій эти аномаліи, характеризуетъ ихъ слѣдующими словами: «Тазъ имѣетъ воронкообразную форму, причемъ въ болѣе симметрическихъ экземплярахъ суженіе возрастаетъ довольно равномерно отъ входа къ выходу, а въ асимметрическихъ экземплярахъ укороченіе прямыхъ и поперечныхъ размѣровъ тоже возрастаетъ въ направленіи къ выходу, но *distantiae sacro-cotyloideae* на односторонне-сжатой половинѣ таза укорочены во входѣ и удлинены въ выходѣ»¹⁾.

У женщинъ съ кифосколіозомъ существующія часто одышка и разстройство кровообращенія въ маломъ кругу иногда принимаютъ угрожающіе размѣры въ теченіи беременности и особенно во время родовъ.

Воронкообразный тазъ.

Воронкообразный тазъ имѣетъ во входѣ нормальные размѣры, но по направленію къ выходу замѣтно суживается, безъ того чтобы существовали какія нибудь болѣзни позвоночника, напр. кифозъ или спондилолистезъ, которыми можно было бы объяснить это суженіе.

Важнѣйшее суженіе обыкновенно имѣетъ мѣсто въ *поперечномъ размѣрѣ тазового выхода*. Эта аномалія таза встрѣчается рѣдко, способъ возникновенія ея до сихъ поръ не выясненъ, а самое суженіе въ большинствѣ случаевъ бываетъ только умѣренное.

Spigelberg видитъ причину этой аномаліи въ первичной узости крестца, *Schroeder*—въ остановкѣ таза на ранней ступени развитія, тогда какъ *Schauta*²⁾ видитъ въ воронкообразномъ тазѣ результатъ первичной аномаліи развитія (чрезмѣрная высота малаго таза) и вліянія тяжести туловища, которая въ виду высокаго стоянія мыса крестцовой кости, дѣйствуетъ здѣсь вродѣ того, какъ при кифотическомъ тазѣ.

Суженіе тазового выхода обнаруживается или при внутреннемъ изслѣдованіи, или подозрѣніе о немъ является въ виду того, что поступательное движеніе головки во время родовъ пріостановилось по какой-то необъяснимой причинѣ. Измѣреніе тазового выхода, описанное уже выше, окончательно выясняетъ діагнозъ.

При незначительныхъ суженіяхъ роды могутъ окончиться сами собою. Вообще же относительно предсказанія и терапіи можно здѣсь сказать то же самое, что и по отношенію къ кифотическому тазу.

Анкилотически-поперечно-суженный тазъ.

Эта аномалія таза, впервые описанная *Robert'омъ* въ 1842 г.³⁾, обуславливается ненормальной узостью крестца, который анкилотически

¹⁾ Das scoliotisch u. kyphoskoliotisch rachitische Becken 1879.

²⁾ *Schauta* u. *P. Müller*, Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. 1889.—*Klien*,—Sammlung klin. Vorträge. № 169.

³⁾ См. *Litzmann*, Die Formen des Beckens 1861.

соединенъ съ обѣими подвздошными костями, вслѣдствіе чего поперечные размѣры оказываются сильно укороченными во всѣхъ плоскостяхъ таза. Поперечная кривизна крестца представляется не вогнутою, а выпуклою. Крестецъ вдается глубоко въ тазъ, подвздошныя кости далеко выступаютъ надъ нимъ сзади. Изгибъ безымянной линіи очень слабо выраженъ.

Эта форма таза происходитъ или отъ недоразвитія обоихъ крыльевъ крестца съ послѣдующимъ синастозомъ обоихъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій, или же отъ первичнаго воспаления и костоѣды крестцово-подвздошныхъ сочлененій съ послѣдующею атрофіею крыльевъ крестца (ср. анкилотически-косо-суженный тазъ).

Робертовскій тазъ встрѣчается очень рѣдко. Диагнозъ можетъ быть поставленъ уже по результатамъ наружнаго измѣренія таза и окончательно выясняется при внутреннемъ изслѣдованіи.

Терапія, вѣроятно, всегда должна состоять въ производствѣ кесарскаго сѣченія.

Косо-суженный (косо-смѣщенный) тазъ.

При этой аномаліи таза лонное сочлененіе стоитъ не прямо противъ мыса крестцовой кости. *Косые размѣры имѣютъ неодинаковую длину.* Та половина таза, въ которой стоитъ мысъ крестцовой кости, болѣе узка; боковая стѣнка ея представляется болѣе плоскою и вытянутою.

Незначительныя степени косога смѣщенія встрѣчаются нерѣдко, въ особенности при рахитическомъ тазѣ. Но здѣсь мы будемъ говорить только о болѣе сильныхъ степеняхъ суженія, являющихся препятствіемъ для механизма родовъ.

Косо-смѣщенный тазъ возникаетъ вслѣдствіе постояннаго давленія, направленнаго *главнымъ образомъ на одну сторону таза*, причемъ тяжесть туловища падаетъ преимущественно или исключительно на конечность той же стороны [*Litzmann* ¹⁾].

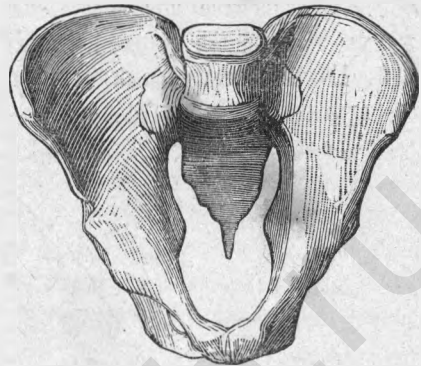


Рис. 98. Анкилотически-поперечно-суженный тазъ. Рисунокъ сдѣланъ по модели Робертовскаго таза.

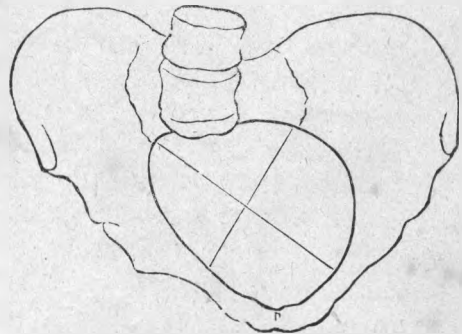


Рис. 99. Схематическое изображение косо-суженнаго таза.

¹⁾ Die Formen des Beckens 1861.

Условия, при которыхъ происходитъ такое переищеніе давленія, суть слѣдующія:

1. Боковыя искривленія позвоночника (сколіотически-косо-суженный тазъ).

2. Затрудненное или совершенно невозможное пользованіе одною изъ нижнихъ конечностей (коксалгическій тазъ).

3. Болѣе значительныя степени асимметріи крестца (анкилотически-косо-суженный тазъ).

1. Сколіотически-косо-суженный тазъ.

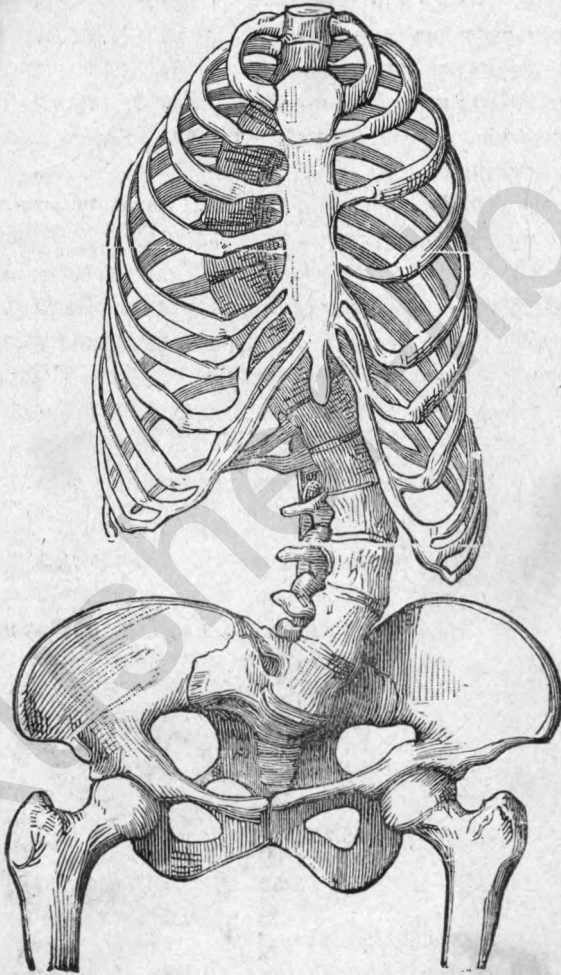


Рис. 100. Сколіотически-косо-суженный рахитическій тазъ. Ростъ тѣла равняется всего 4 футахъ. *Conjugata vera* 5,4 см. — Было произведено кесарское сѣченіе (*Siebold*, 1853 г.). Препаратъ № 3 изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиники.

Косое смѣщеніе таза при боковыхъ искривленіяхъ позвоночника происходитъ постоянно въ томъ случаѣ, когда крестецъ принимаетъ участіе въ компенсирующемъ сколіозѣ. Оно объясняется увеличеннымъ отягощеніемъ

вѣемъ на сторонѣ поясничнаго сколіоза и противоудавленіемъ бедра той же стороны. Соотвѣтственно этому косые размѣры имѣютъ неодинаковую величину: болѣе длинный изъ нихъ есть тотъ, который находится на сторонѣ поясничнаго сколіоза.

Благодаря тому, что крестецъ наклоненъ въ сторону поясничнаго сколіоза, соотвѣтствующее крыло его подвергается сильному сжатію и становится болѣе узкимъ. Подвздошная кость, соотвѣтствующая поясничному сколіозу, смѣщена со стороны вертлужной впадины вверхъ, назадъ и внутрь; лонное сочлененіе оттѣснено на противоположную сторону.

Тазовой входъ имѣетъ приблизительно косо-овальную форму, съ болѣе или менѣе значительнымъ утолщеніемъ спереди назадъ. По направленію къ тазовому выходу косо смѣщеніе обыкновенно уменьшается. Такъ какъ причину сколіоза въ большинствѣ случаевъ бываетъ англійская болѣзнь, то тазъ представляетъ, кромѣ того, еще и другія измѣненія формы, зависящія отъ рахита.

Если сколіозъ существуетъ въ очень значительной степени, то вертлужная область приближается къ мысу крестцовой кости такъ сильно, что эта половина таза совсѣмъ пропадаетъ для механизма родовъ, и тогда происходитъ „внѣсрединное“ вставленіе головки въ болѣе широкую половину, которая при этомъ какъ-бы представляетъ обще-равномѣрно-суженный тазъ съ очень сильнымъ укороченіемъ всѣхъ размѣровъ.

2. Коксалгическій тазъ.

Ограниченное или совсѣмъ невозможное пользованіе одною изъ нижнихъ конечностей, особенно въ дѣтскомъ возрастѣ, приводитъ къ косому смѣщенію таза въ такомъ случаѣ, если перемѣщеніе тѣла при этомъ было еще возможно.

Такъ какъ тяжесть туловища падаетъ почти исключительно на здоровую конечность, то соотвѣтствующее бедро, сильно отягощенное, вдавлиываетъ вертлужную область въ тазъ, который поэтому уплощается со стороны здоровой конечности. Косые размѣры имѣютъ неодинаковую длину: укороченъ именно тотъ косой размѣръ, который идетъ отъ здоровой стороны по направленію назадъ. Вслѣдствіе этого подвздошная кость смѣщается внутрь, назадъ и вверхъ, а лонное сочлененіе оттѣсняется на

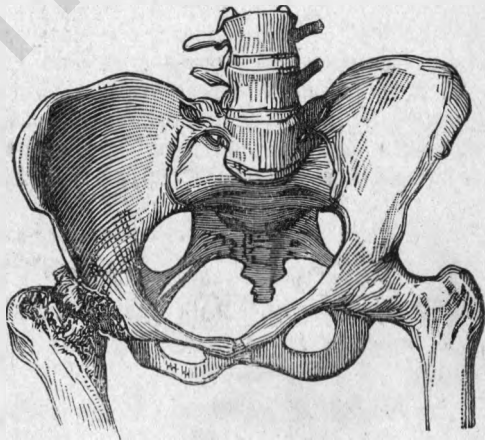


Рис. 101. Коксалгическій тазъ. Правосторонній кокситъ. *Obliquus dext.* 10,3 см. *Obliquus sinist.* 12,3 см. Препаратъ № 271 изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиники.

противоположную сторону. Подъ вліяніемъ давленія соответствующее крыло крестца становится болѣе узкимъ; иногда существуетъ еще, кромѣ того, анкилозъ крестцово-подвздошнаго сочлененія на сторонѣ здоровой конечности ¹⁾. Больная половина таза представляется въ большинствѣ случаевъ замѣтно атрофированною.

Невозможность пользованія одною изъ нижнихъ конечностей можетъ быть обусловлена прежде всего *кокситомъ* (коксалгическій тазъ), воспаленіемъ колѣннаго сустава, такъ наз. дѣтскимъ параллчемъ, вывихомъ тазобедреннаго сустава или ампутаціей нижней конечности.

Если при вышеописанныхъ измѣненіяхъ совѣтъ не дѣлалось никакихъ попытокъ ходить, то косога смѣшенія таза, конечно, не образуется. Если тяжесть туловища при хожденіи падаетъ главнымъ образомъ на больную (укороченную) конечность, то происходитъ косое смѣшеніе таза въ обратномъ направленіи, именно со стороны больной конечности.

Косое смѣшеніе таза можетъ простирается до тазового выхода включительно, но можетъ въ немъ и отсутствовать. Въ другихъ случаяхъ смѣшеніе получаетъ въ тазовомъ выходѣ обратное направленіе, если именно сѣдалищный бугоръ здоровой стороны смѣщенъ натяженіемъ мышцъ кнаружи и впереди, а атрофированный сѣдалищный бугоръ больной стороны отклонился внутрь и назадъ.

Что натяженіе со стороны мышцъ играетъ роль въ возникновеніи косо-смѣщеннаго таза при неполномъ пользованіи одною изъ нижнихъ конечностей, это было указано *Kehrer*'омъ ²⁾ на основаніи опытовъ надъ животными.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло при *врожденномъ вывихѣ обоихъ тазобедренныхъ суставовъ* ³⁾. Такъ какъ подобныя дѣти поздно научаются ходить и проводятъ первые годы въ сидячемъ положеніи, то, благодаря отсутствію бокового противодавленія со стороны вывихнутыхъ бедеръ, происходитъ *уплощеніе* таза сзади напередъ. Эта аномалія характеризуется еще необыкновенно увеличеннымъ наклоненіемъ таза, болѣе отвѣснымъ положеніемъ крыльевъ подвздошныхъ костей и увеличеніемъ поперечнаго напряженія таза, особенно въ выходѣ его. Характеристическая пошатывающаяся походка, изслѣдованіе бедеръ и измѣреніе таза вполнѣ выясняютъ діагнозъ. Укороченіе конъюгаты въ большинствѣ случаевъ не достигаетъ значительной степени. Роды протекаютъ какъ при плоскомъ тазѣ.

3. Анкилотически-косо-суженный тазъ.

При всякой болѣе значительной *асимметріи крестца* тѣло перегибается для возстановленія равновѣсія на сторону атрофіи, и, слѣдовательно, тяжесть его падаетъ главнымъ образомъ на конечность той же стороны.

Асимметрія обыкновенно происходитъ вслѣдствіе *первичнаго недоразвитія одного изъ крыльевъ крестца*. Благодаря усиленному давленію со стороны соответствующаго бедра, образуется путемъ слипчиваго воспаления *синостозъ* (анкилозъ) крестцово-подвздошнаго сочлененія на

¹⁾ Ср. *Peters*, Arch. f. Gynäk. Bd. 50. — *Salus*, ibidem. Bd. 51.

²⁾ Beiträge zur vergleich. u. experiment. Geburtsk. 1869 u. 1875.

³⁾ См. *R. Fischer*, Arch. f. Gynäk. Bd. 25.

больной сторонѣ [*Негелевскій тазъ* ¹⁾]. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ анкилозъ отсутствовалъ.

Узость одного изъ крыльевъ крестца тотчасъ бросается въ глаза. Синостозъ обыкновенно бываетъ обозначенъ только узкимъ валикомъ. Подвздошная кость большой стороны отгѣснена вверхъ, внутрь и иногда также назадъ. Вертлужная впадина той же стороны стоитъ высоко. Лонное сочлененіе отгѣснено на противоположную сторону. Укороченный косою размѣръ илеть отъ здороваго крестцово-подвздошнаго сочлененія кпереди. Нижній отдѣлъ поясничной части позвоночника отклоненъ къ большой сторонѣ. Поперечный разрѣзъ тазового входа относительно укороченъ.

Косое смѣщеніе обыкновенно достигаетъ весьма значительной степени. Оно распространяется на все отдѣлы таза. Укороченіе поперечнаго размѣра обыкновенно увеличивается въ тазовомъ выходѣ.

Но въ другихъ случаяхъ *синостозъ* несомнѣнно представляетъ явленіе *первичное*, зависящее или оттого, что уже въ ранней юности произошло сращеніе крестца съ подвздошной костью и такимъ образомъ былъ задержанъ дальнѣйшій ростъ, или же оттого, что существовала костоѣда въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи. Обыкновенно при этомъ существуютъ въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія замѣтные

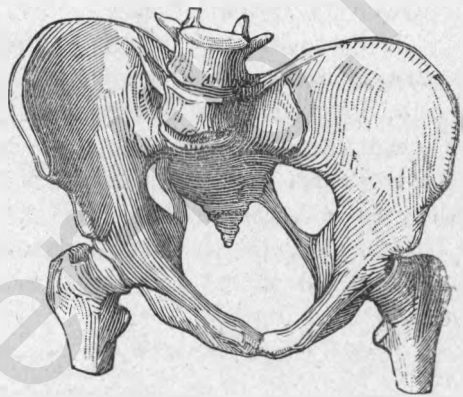


Рис. 102. Негелевскій тазъ, срисованный съ гипсового слѣпка.

слѣды окончившагося воспаленія, именно остеофиты и т. д.; кромѣ того, здѣсь отсутствуетъ смѣщеніе подвздошной кости по направленію назадъ.

Вопросъ о томъ, составляетъ ли синостозъ при анкилотически-косо-суженномъ тазѣ первичное или только послѣдовательное явленіе, сдѣлался предметомъ обширной литературы. Вышеприведенное описаніе мы заимствовали главнымъ образомъ у *Litzmann'a* ²⁾. Но *Simon Thomas* ³⁾ (въ Лейденѣ) держится того мнѣнія, что анкилотически-косо-суженный тазъ *всегда* происходитъ вслѣдствіе первичнаго воспаленія.

Распознаваніе косо-суженнаго таза.

Прихрамывающая походка, остатки перенесенныхъ болѣзней костной системы (глубокіе рубцы, свищи), болѣе высокое стояніе крыла одной изъ подвздошныхъ костей и сколіозъ позвоночника всегда возбуждаютъ подозрѣніе о косомъ смѣщеніи таза. Анамнезъ нерѣдко тоже указываетъ на предшествовавшія болѣзни костей и суставовъ. Но при Не-

¹⁾ *Naegele*, Das schrägverengte Becken 1839.

²⁾ Die Formen des Beckens 1861.

³⁾ Das schrägverengte Becken etc. 1861.—Изъ новѣйшей литературы см. *Peters.*, Arch. f. Gynäk. Bd. 50.

гелевскомъ тазѣ анамнезъ и объективное изслѣдованіе тѣла часто не даютъ никакихъ діагностическихъ указаній.

Во время родовъ всегда слѣдуетъ подумать о косомъ смѣщеніи таза, если головка, несмотря на хорошія потуги, не вступаетъ въ тазъ, и если это механическое затрудненіе родовъ не находитъ себѣ объясненія ни въ укороченіи конъюгаты, ни въ чрезмѣрно большомъ объемѣ головки или неправильномъ вставленіи ея.

Внутреннее изслѣдованіе обнаруживаетъ отклоненіе лоннаго сочлененія отъ срединной линіи и неравномѣрность обѣихъ половинъ таза. Каждая половина таза должна быть отдѣльно изслѣдуема одноименною рукою.

Дальнѣйшія діагностическія указанія доставляются опредѣленіемъ *косыхъ размѣровъ таза*. Для этого мы измѣряемъ именно:

1. Разстояніе отъ передней верхней ости одной стороны къ задней верхней ости другой стороны.
2. Разстояніе отъ остистаго отростка послѣдняго поясничнаго позвонка къ передней верхней ости правой и лѣвой стороны.
3. Разстояніе отъ нижняго края лоннаго сочлененія къ задней верхней ости правой и лѣвой стороны.

Эти косыя разстоянія, имѣющія при нормальномъ тазѣ одинаковую длину на обѣихъ сторонахъ, оказываются неодинаковыми при косомъ смѣщеніи таза. Но разность должна быть больше $1\frac{1}{2}$ см., такъ какъ въ противномъ случаѣ она лежитъ еще въ предѣлахъ ошибки при измѣреніи.

Измѣряя также разстояніе отъ сѣдалищнаго бугра и большого вертела одной стороны къ задней верхней ости другой стороны; но измѣрять эти разстоянія съ одинаковою точностью на обѣихъ сторонахъ очень трудно, такъ какъ нижнія точки ихъ имѣютъ слишкомъ широкую поверхность.

Кромѣ того, нужно еще опредѣлить остальные размѣры таза, чтобы удостовѣриться, имѣемъ-ли мы дѣло съ первоначально большимъ или маленькимъ тазомъ и не представляетъ-ли онъ признаковъ рахитическаго обезображенія.

Теченіе родовъ. Если головка можетъ вступить въ длинный косой размѣръ таза, то при не очень сильномъ выступаніи крестцоваго мыса и при благоприятныхъ прочихъ условіяхъ роды хотя и возможны, но обыкновенно сопряжены съ большими затрудненіями, особливо въ тѣхъ случаяхъ, когда косое суженіе простирается до тазоваго выхода включительно.

Если, наоборотъ, разстояніе между крестцовымъ мысомъ и переднею стѣнкою суженной половины таза уменьшено въ очень значительной степени, то суженная половина таза совсѣмъ пропадаетъ для механизма родовъ. Другая половина при этомъ представляетъ какъ-бы обще-равномѣрно-суженный тазъ, въ который головка вставляется съ сильно опущеннымъ затылкомъ, если вставленіе ея вообще возможно.

Предсказаніе. Опытъ свидѣтельствуетъ, что предсказаніе для матери и младенца очень серьезно, въ особенности при анкилотически-косо-сужен-

номъ тазѣ. Если при этомъ дѣло идетъ о первоначально маленькомъ тазѣ, то можетъ потребоваться кесарское сѣченіе. Въ другихъ случаяхъ, смотря по степени косога смѣшенія, по величинѣ таза и остальнымъ условіямъ, можно выждать самопроизвольнаго окончанія родовъ, или приходится прибѣгнуть къ *щипцамъ* (которые требуютъ здѣсь *большой осторожности*) или, еще чаще, произвести *перфорацию*. Общихъ правилъ здѣсь нельзя дать, и терапія должна всегда сообразоваться съ индивидуальными особенностями каждаго даннаго случая. Необходимо только остерегаться насильственныхъ попытокъ наложенія щипцовъ. Относительно умѣстности поворота при косо-суженномъ тазѣ мнѣнія авторовъ расходятся. Во время беременности можетъ, конечно, возникнуть вопросъ и объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ.

При сколиотически- и коксалгически-косо-суженномъ тазѣ роды сравнительно чаще могутъ окончиться сами собою, такъ какъ косога смѣщеніе иногда здѣсь бываетъ выражено лишь въ очень незначительной степени. Но и при этихъ формахъ, а въ особенности при рахитическомъ сколіозѣ (см. рис. 100), приходилось иногда прибѣгать къ весьма серьезнымъ акушерскимъ операціямъ.

Тазъ, суженный костными опухолями.

Экзостозы и *остеофиты* тазовыхъ костей, а также *переломы* ихъ съ смѣщеніемъ отломковъ и разрошеніемъ костной мозоли, могутъ различными способами ограничить просвѣтъ тазового канала.

Переломы, зажившіе со смѣщеніемъ отломковъ, могутъ обусловить значительныя суженія и въ особенности косыя смѣшенія таза ¹⁾.

Особенно важное значеніе имѣютъ *экзостозы съ острыми краями* или *остями* (т. н. остистые тазы), которые могутъ имѣть своимъ послѣдствіемъ протираніе матки или влагалища во время родовъ ²⁾.

Кромѣ того, *большія опухоли* тазовыхъ костей также могутъ сужать тазъ или сдѣлать его совершенно непроходимымъ. Такіе случаи довольно рѣдки. До сихъ поръ наблюдались фибромы, энхондромы, саркомы и карциномы тазовыхъ костей.

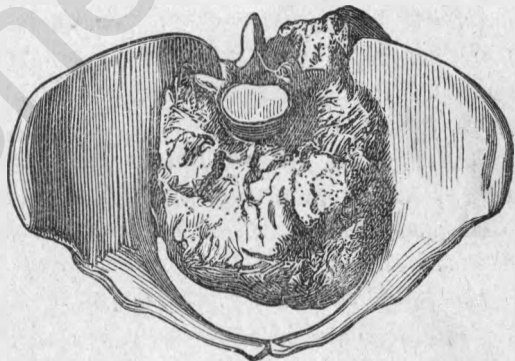


Рис. 103. Тазъ, абсолютно суженный экзостозомъ (вѣроятно энхондромою). Было произведено кесарское сѣченіе (*Behm* въ Штеттинѣ. 1851 г.) ³⁾.

¹⁾ *Schauta*, въ *P. Müller's Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. 1889.—v. Mars, Arch. f. Gynäk. Bd. 36.*

²⁾ См. *Neugebauer, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 26.*

³⁾ См. *E. Behm, Dissertation. Berlin 1854.*

Такъ какъ экстирпація подобныхъ опухолей во время беременности или во время родовъ большею частью невозможна, то мы вынуждены ограничиваться акушерской терапіей, которая будетъ различна, смотря по степени суженія таза. Часто приходится въ практикѣ обсуждать вопросъ объ умѣстности *кесарскаго сеченія* на основаніи относительныхъ показаній, или оно имѣетъ для себя даже абсолютное показаніе, какъ это было въ нѣсколькихъ изъ сообщенныхъ до сихъ поръ случаевъ.

Если опухоль (обыкновенно фиброма) исходитъ отъ связочнаго аппарата таза, то можетъ возникнуть рѣчь объ ея вылушеніи, которое неоднократно уже и производилось съ успѣхомъ. (См. диссертацию *Goder'a*, Halle 1895).

Объ экстирпаціи на 5-мъ мѣсяцѣ беременности со счастливымъ исходомъ фибросаркомы, исходящей изъ кости и величиною съ апельсинъ, сообщаетъ *Arndt* изъ Геттингенской гинекологической клиники (Centralbl. f. Gynäk. 1896, стр. 629).

V. Аномаліи со стороны яйца.

1. *Необыкновенно большая величина младенца*, правильно развитого во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ, можетъ иногда затруднить роды при нормальномъ тазѣ, но никогда не дѣлаетъ ихъ невозможными. Эти такъ наз. *дети-великаны* вѣсятъ иногда при рожденіи 7000—8000 грм. или еще больше¹⁾). Объ опредѣленіи величины младенца въ маткѣ и, особенно, объема его головки см. выше.

Во время родовъ сравнительно часто приходится прибѣгать къ щипцамъ. Если младенецъ уже умеръ, то въ интересахъ матери слѣдуетъ предпочесть перфорацию. Особенности затрудненія являются иногда при прорываніи плечиковъ. Если вышеописанные ручные приемы оказались недостаточными, то въ крайнемъ случаѣ позволительно замѣнить палецъ тупымъ крючкомъ, который вкладывается въ обращенную назадъ подмышечную впадину.

2. Напротивъ того, *аномаліи развитія и болѣзни плода* могутъ, хотя и рѣдко, представлять очень большія препятствія для родовъ.

Въ ряду ихъ первое мѣсто по своей опасности занимаетъ *головная водянка*.

Головная водянка, препятствующая по своимъ размѣрамъ родовому акту, встрѣчается приблизительно въ 1 случаѣ на 3000 родовъ. Она можетъ превосходить объемъ головы взрослого человѣка. Такъ какъ головка не можетъ пройти черезъ тазъ, то нижній сегментъ матки уже въ очень раннемъ періодѣ родовъ подвергается сильному растяженію. Если не будетъ прибѣгнуто къ пособію искусства, то наступаетъ, и часто притомъ съ поразительною быстротою, *разрывъ матки*. Иногда этотъ неблагоприятный исходъ предотвращается разрывомъ водяночной головки во время родовъ, причѣмъ жидкое содержимое изливается наружу, и головка спадается. Но рассчитывать на это никоимъ образомъ не слѣдуетъ.

Поэтому головная водянка имѣетъ очень важное акушерское значеніе.

¹⁾ *Piering*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.

Просмотръ ея можетъ повлечь за собою смерть женщины отъ разрыва матки.

Диагнозъ въ начальныхъ стадіяхъ родовъ часто представляетъ довольно большія затрудненія; но и при достаточномъ расширеніи зѣва даже опытные акушеры иногда впадали въ ошибку ¹⁾. О головной водянкѣ всегда слѣдуетъ подумать, если головка при нормальномъ тазѣ упорно не вступаетъ въ него, несмотря на хорошія потуги. Но и въ томъ случаѣ, когда головка долго не вступаетъ при узкомъ тазѣ, конечно, не исключена возможность существованія головной водянки; именно при узкомъ тазѣ головная водянка нерѣдко оставалась нераспознавннй.

Если головка предлежитъ, то при изслѣдованіи прощупываются *очень широкіе швы и роднички*. Кости черепа обыкновенно тонки. При изслѣдованіи половиною руки, введенною чрезъ маточный зѣвъ, мы убѣждаемся, что черепъ младенца имѣетъ необыкновенно большой объемъ, который находится въ значительномъ несоотвѣтствіи съ величиною личика. При сильныхъ потугахъ часть головки, лежащая въ маточномъ зѣвѣ, можетъ напрягаться настолько, что она симулируетъ плодный пузырь (*Holst*); мало того, головка, принимая болѣе заостренную форму, выталкивается иногда глубоко въ малый тазъ, такъ что это низкое стояніе предлежащей части на первый взглядъ даже исключаетъ самую мысль о головной водянкѣ.

При тазовомъ положеніи гидроцефалическаго младенца можно иногда въ періодѣ изгнанія заподозрить присутствіе головной водянки, если были найдены другія аномалии развитія, какъ, напр., *spina bifida* и *pes varus*, которыя часто ей сопутствуютъ. Если головка послѣ рожденія туловища не поддается обыкновеннымъ ручнымъ приемамъ и если въ то же время не имѣется узкаго таза, то нужно произвести внутреннее изслѣдованіе всею рукою, чтобы удостовѣриться, нѣтъ-ли головной водянки. Введенная рука находитъ на головкѣ большой лучистый боковой родничекъ, тогда



Рис. 104 (по *Bandl'*ю). Головная водянка. С—контракціонное кольцо. Нижний сегментъ матки сильно растянутъ. Угрожаетъ разрывъ матки.

¹⁾ См. *Schuchard*, Ueber die Schwierigkeit der Diagnose etc. bei fötaler. Hydrocephalie. Berlin 1884.

какъ другая рука, приложенная снаружи, прощупываетъ большую шаровидную опухоль надъ лоннымъ сочлененіемъ (ср. Ученіе объ операціяхъ).

Терапія состоитъ въ томъ, что производятъ *проколъ* водяночной головки чрезъ одинъ изъ ея швовъ или родничковъ. Головка, вслѣдствіе опорожненія ея содержимаго, уменьшается въ объемъ и можетъ теперь родиться силами природы, или же, при тазовомъ положеніи, она поддается самому легкому потягиванію.

Если у матери, благодаря чрезмѣрной продолжительности родовъ или сильному растяженію нижняго сегмента матки, уже обнаружили угрожающія явленія, то необходимо тотчасъ окончить роды, произведя вмѣсто прокола *перфорацию* съ послѣдующею *краниоклазіею*.

Накладываніе щипцовъ при головной водянкѣ, до или послѣ прокола, противорѣчитъ важнѣйшимъ условіямъ, требующимся для этой операціи, и считается *погрѣшностью противъ правилъ искусства*.

Дѣти съ большою головною водянкою, пренятствующею родовому акту, если они послѣ очень осторожно произведеннаго прокола даже родились живыми, не могутъ быть сохранены въ живыхъ. Въ виду этого обстоятельства мы должны всегда выбирать такіе методы операціи, которые никоимъ образомъ не угрожали бы опасностью матери. Наиболѣе безвредною для матери операцію представляетъ чаще всего прободеніе головки съ послѣдующею *краниоклазіею*. Поворотъ послѣ произведеннаго прокола можетъ быть весьма опасенъ, потому что нижній сегментъ матки уже въ очень раннемъ періодѣ родовъ оказывается сильно растянутымъ; какъ бы то ни было, эту операцію нельзя рекомендовать для всѣхъ вообще случаевъ.

Гемицефалы или *анэнцефалы* не столько затрудняютъ собственно родовой актъ, сколько представляютъ *діагностическія* затрудненія. Если уродливый плодъ установился къ родамъ верхнею частью головки, лишенною черепного свода, то при изслѣдованіи пальцемъ мы получаемъ трудно объяснимыя данныя, а именно находимъ мягкія части и кое-гдѣ между ними неровные, твердые края костей. Если акушеру вообще пришла мысль о возможности гемицефалии, то онъ легко прощупаетъ основаніе черепа (турецкое сѣдло, *sella turcica*), и этимъ самымъ діагнозъ будетъ поставленъ.

Часто предлежитъ личико. Такъ какъ языкъ почти всегда бываесть выдвинутъ изо рта, а глазныя яблоки въ большинствѣ случаевъ сильно выпячены, то эти признаки даютъ возможность поставить діагнозъ при лицевомъ положеніи (см. рис. 105).

Довольно часто при гемицефалѣ встрѣчается *hydranion*. Нѣкоторое затрудненіе для родового акта является иногда при прихожденіи плечиковъ, имѣющихъ относительно большой объемъ; но затрудненіе это можетъ быть преодолѣно извѣстными ручными приѣмами, а въ случаѣ крайности—тупымъ крючкомъ или клейдотоміей.

Гемицефалы не жизнеспособны.

Acardiacus встрѣчается всегда вмѣстѣ съ другимъ плодомъ, нормально развитымъ.

Дѣло при этомъ идетъ о двойняхъ, образовавшихся изъ одного яйца и окруженныхъ, слѣдовательно, одною общою для нихъ ворсистою оболочкою, причѣмъ у одного изъ близнецовъ замѣчательнымъ образомъ измѣнено кровообращеніе. Именно, при очень обширномъ сообщеніи между сосудистыми системами обоихъ плодовъ въ общей для нихъ плацентѣ, кровяное давленіе одного близнеца имѣетъ такой значительный перевѣсъ, что оно придаетъ кровообращенію другого близнеца обратное направленіе, такъ что артеріальная кровь этого ослабленнаго плода, приводимая въ движеніе сердцемъ другого, болѣе сильнаго, принимаетъ центростремительное направленіе [*Claudius, Förster, Ahlfeld*¹⁾]. Вслѣдствіе этого первый плодъ развивается недостаточно.

Эта аномалія развитія можетъ встрѣчаться въ очень разнообразныхъ видахъ. Почти всегда отсутствуетъ сердце (*Acardiacus*), часто головка (*Acephalus*), иногда туловище (*Acornus*), конечности и т. д.; иногда уродливый плодъ вообще даже не имѣетъ человѣческаго подобія (*Amorphus*). Очень часто оказывается отечное припуханіе подкожной кѣтчатки.



Рис. 105. *Hemisphalus* съ грыжею пуповины. По препарату изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиники.

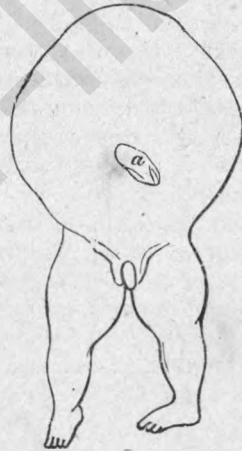


Рис. 106. *Acardiacus* (*Acephalus*). [По *C. Mayer*'у и *Raasch*'у²⁾]. Приблизительно въ $\frac{1}{6}$ натуральной величины. Большая величина туловища потребовала прободенія его и извлеченія тупымъ крючкомъ. *a*—остатокъ пуповины.

Acardiacus рождается обыкновенно вслѣдъ за нормально развитымъ близнецомъ. Сильная гипертрофія туловища и серозная инфильтрація его можетъ потребовать оперативнаго пособія (потягиваніе за ножку, или даже эмбриотомія).

Чрезмѣрный объемъ туловища можетъ быть обусловленъ грудною или брюшною водянкою, ненормальнымъ наполненіемъ и значитель-

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 14.—Missbildungen des Menschen I, 1880.—*Schatz*, Arch. f. Gynäk. Bd. 55.

²⁾ Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. Berlin 1846.

нымъ расширеніемъ мочевого пузыря при закрытіи уретры ¹⁾, кистовиднымъ перерожденіемъ почекъ, опухолями печени и селезенки, аневризмою аорты (1 случай *Феноменова*) и опухолями, содержащими въ себѣ зачатки плода ²⁾.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ можетъ возникнуть, смотря по степени растяженія туловища, большее или меньшее затрудненіе для родового акта, выражающееся въ томъ, что туловище, послѣ рожденія головки, не прорѣзывается самопроизвольно и не поддается обыкновеннымъ ручнымъ приемамъ. Тщательное изслѣдованіе половиною руки, введенною въ полость матки, обнаруживаетъ существующее препятствіе. Сильное потягиваніе при этихъ обстоятельствахъ безусловно воспрещается. Если ненормальное растяженіе обусловлено скопленіемъ жидкости, то производятъ проколъ туловища, а въ противномъ случаѣ — эмбриотомію.

Подобнымъ же образомъ слѣдуетъ поступать при опухоляхъ, помѣщающихся на поверхности туловища. Сюда принадлежатъ именно липомы, кисто-гигромы ³⁾, *hydrorrhachis* и большія грыжи пуповины съ выпавшею въ нихъ печенью.

Если умершій плодъ начинаетъ гнить, то при очень продолжительномъ родовомъ актѣ и большемъ доступѣ воздуха къ плоду можетъ въ его тканяхъ и полостяхъ тѣла накопиться такое количество газа, что этимъ затрудняется родоразрѣшеніе [*эмфизематозное вздутіе* ⁴⁾]. При оперативномъ пособіи нужно имѣть въ виду легкую разрываемость гнющаго плода. Слѣдуетъ удалить проколомъ газъ изъ полостей тѣла и извлечь плодъ, всего лучше — краниокластомъ.

Трупное окоченіе плода ⁵⁾ въ качествѣ препятствія для родового акта наблюдалось въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

Трупное окоченіе плода, умершаго въ теченіе родовъ (на 28—40 недѣлѣ), начинается верѣдко еще въ маткѣ, но обыкновенно быстро исчезаетъ, причѣмъ то и другое, вѣроятно, благопріятствуется относительно высокою температурою матки, а можетъ быть и другими неизвѣстными факторами (эклампсія?). Если роды прійдутся какъ-разъ въ моментъ максимальнаго окоченія, то оно должно для нихъ явиться затрудненіемъ.

Сросшіяся двойни.

G. Veit ⁶⁾ подраздѣляетъ *сросшіяся двойни*, по ихъ акушерскому значенію, на 3 главныхъ группы:

1. Неполное раздвоеніе. При этомъ удвоенныя части плода соединены между собою очень тѣсно.

Diprosopus—2 лица (*πρόσωπον*—лицо), *Dipyhus*—2 тазовыхъ конца (*πόδι*—ягодица), *Kephalothoracopagus*—два лица и два туловища (*pagus*, отъ греч. *πῆγυον*—соединять).

Степень механическаго затрудненія для родового акта зависитъ здѣсь отъ объема удвоенной части плода. *Diprosopus* верѣдко требуетъ наложенія щипцовъ или даже прободенія головки.

¹⁾ *Hecker*, *Klinik. d. Geburtsh.* 1861. — *Schwyzzer*, *Arch. f. Gynäk.* Bd. 43.

²⁾ См. *Küstner*, въ *P. Muller's Handbuch. d. Geburtsh.* Bb. 2. 1889.

³⁾ *Eberhart*, *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 6.

⁴⁾ *Waechter*, *Ueber emphysemat. Fälniss etc.* Dissert. München 1875.

⁵⁾ *Feis*, *Arch. f. Gynäk.* Bd. 46. — *Lange*, *Centralbl. f. Gynäk.* 1894. № 48.

⁶⁾ *Sammlung klin. Vorträge von Volkmann*, № 164.

2. Двойни, сросшіяся верхними или нижними концами своихъ туловищъ при помощи болѣе или менѣе узкаго мостика:

Cranioragus, Ischiopagus, Pygopagus.

Эти уродливые плоды обыкновенно устанавливаются къ родамъ на одной прямой линіи или, по крайней мѣрѣ, могутъ быть искусственно приведены въ такое положеніе. Оба плода проходятъ черезъ тазъ одинъ за другимъ, и роды не встрѣчаютъ большихъ затрудненій.

3. Двойни, сросшенныя туловищами:

Thoracopagus, Discorhalus.

Въ этомъ случаѣ необходимо принимать во вниманіе болѣшую или меньшую взаимную смѣщаемость обоихъ плодовъ или сросшихся частей и по возможности утилизировать ее во время родовъ.

При сросшихся двойняхъ беременность часто не достигаетъ нормальнаго своего конца. Но если она и продолжится до нормальнаго срока, то плоды очень часто оказываются слабо развитыми. Необычныя положенія плодовъ, а особенно тазовыя положенія, встрѣчаются здѣсь чаще, чѣмъ при другихъ обстоятельствахъ.

Распознаваніе. Въ лучшемъ случаѣ можно на первыхъ порахъ констатировать только беременность двойнями. Сращеніе же ихъ между собою можетъ быть констатировано только спустя нѣкоторое время, когда обнаруживалось препятствіе для родового акта, которое ничѣмъ другимъ не можетъ быть объяснено (отсутствіе узкаго таза, головной водянки и т. д.), и когда затѣмъ было предпринято тщательное изслѣдованіе всею рукою, введенною въ полость матки. Впрочемъ, роды не особенно рѣдко кончаются сами собою, благодаря малой величинѣ плодовъ.

Терапія должна прежде всего заботиться о сохраненіи жизни и здоровья матери. Кесарскаго сѣченія никогда здѣсь не слѣдуетъ производить. А такъ какъ изъ опыта извѣстно, что сросшіяся двойни иногда бываютъ способны къ внѣматочной жизни и даже могутъ прожить довольно долго, то рѣшаться на эмбриотомію можно лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда она безусловно необходима. Такъ какъ роды въ тазовомъ положеніи бываютъ обыкновенно болѣе легкими, то въ случаѣ возможности необходимо придать младенцу такое положеніе посредствомъ поворота. Въ остальномъ слѣдуетъ поступать по общимъ правиламъ, которыя сейчасъ были нами указаны при описаніи отдѣльныхъ группъ.

3. Патологическое положеніе плода.

Поперечное положеніе.

При *поперечномъ положеніи* плодъ лежитъ въ маткѣ приблизительно поперекъ или, вѣрнѣе сказать, *косвенно*. Дно матки пусто, головка и ягодицы помѣщаются сбоку, плечико обыкновенно стоятъ близко къ тазовому входу (плечевое положеніе).

Спинка обращена или впередъ (первое поперечное положеніе), или назадъ (второе поперечное положеніе), головка—влѣво (первый видъ)

или вправо (второй видъ). Другіе акушеры подраздѣляютъ поперечныя положенія по мѣстонахожденію головки (головка влѣво—первое поперечное положеніе) и опредѣляютъ виды его по мѣстонахожденію спинки (спинка впередъ—первый видъ).

Чаще всего головка бываетъ обращена *влѣво* и спинка *спередъ* (см. рис. 107), нѣсколько менѣе часто головка вправо и спинка впередъ, всего рѣже—головка влѣво и спинка назадъ [*Winckel* ¹⁾].

Разсматриваемое здѣсь положеніе младенца нѣкоторые акушеры называютъ поперечнымъ, а другіе косымъ. Конечно, терминъ «косое положеніе» болѣе вѣренъ, потому что плодъ почти никогда не лежитъ въ маткѣ совсѣмъ поперекъ. Но такъ какъ другіе авторы называютъ косыми положеніями продольныя положенія съ отклонившеюся въ сторону подлежащую часть, то отсюда иногда происходятъ недоразумѣнія. Лучше всего называть это положеніе *плечевымъ*, такъ какъ съ наступленіемъ потугъ плечико почти всегда прощупывается чрезъ маточный звѣз надъ тазовымъ входомъ. Поперечныя положенія, при которыхъ ягодицы лежатъ ниже головки, превращаются почти всегда въ ягодичныя.

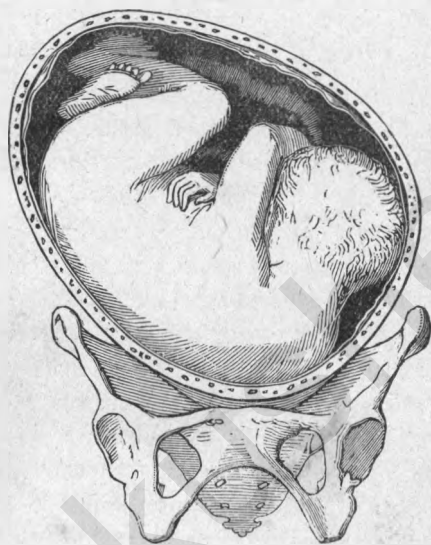


Рис. 107. (по *B. S. Schultze*). Поперечное положеніе при цѣломъ пузырьѣ.

преждевременныхъ родахъ, при мацерированномъ плодѣ и при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости. Если головка не можетъ подъ конецъ беременности вступить въ тазъ, какъ это бываетъ, напр., при сильной отвислости живота, а особенно при узкомъ тазѣ, или при опухоляхъ, являющихся препятствіемъ для родового акта, то и это обстоятельство благоприятствуетъ развитію поперечнаго положенія. Наконецъ, поперечное положеніе довольно часто также встрѣчается при подлежащей плацентѣ.

Распознаваніе. Наружное изслѣдованіе: животъ растянуть больше въ поперечномъ или косвенномъ направленіи и не имѣть яйцевидной

Этіологія. Извѣстно, что поперечныя положенія встрѣчаются очень часто у повторно-родящихъ, а въ особенности у *многородящихъ*. Очевидно, что этому отклоненію головки и развитію поперечнаго положенія благоприятствуетъ вялость стѣнокъ матки и брюшныхъ покрововъ, а во многихъ случаяхъ также увеличенная подвижность матки. Этою вялостью стѣнокъ объясняется и то обстоятельство, что при двойняхъ второй близнецъ часто устанавливается къ родамъ въ поперечномъ положеніи. Малая величина плода и ненормальная подвижность его тоже предрасполагаютъ къ поперечному положенію; поэтому оно встрѣчается сравнительно чаще при

¹⁾ Lehrbuch der Geburtsh. 1893.

формы. Дно матки пусто; рука, приложенная къ брюшнымъ покровамъ надъ лоннымъ сочлененіемъ, можетъ быть вдавлена глубоко въ малый тазъ. Напротивъ того, съ правой и лѣвой стороны прощупываются двѣ крупныя баллотирующія части плода. Изъ нихъ та, которая лежитъ ниже, представляетъ обыкновенно головку. Мелкія части прощупываются въ области ягодицы, иногда также вблизи дна матки. Если онѣ прощупываются съ особенною ясностью и въ большомъ числѣ, то, вѣроятно, спинка обращена назадъ. Сердечные тоны плода яснѣе всего слышны въ области срединной линіи или на сторонѣ головки.

Внутреннее изслѣдованіе. При цѣломъ еще пузырьѣ обыкновенное внутреннее изслѣдованіе въ большинствѣ случаевъ не даетъ возможности прощупать подлежащую часть плода. *Уже это обстоятельство позволяетъ намъ съ извѣстнымъ вѣроятіемъ предположить поперечное положеніе.* Введя въ полость матки нѣсколько пальцевъ или половину руки, мы прощупываемъ плечико надъ тазовымъ входомъ. При изслѣдованіи необходимо заботиться о томъ, чтобы не повредить плоднаго пузыря.

Плечико узнается по *треугольной* лопаткѣ, нижній уголъ которой можетъ быть нѣсколько отодвинуть отъ грудной стѣнки, затѣмъ по *S-образной ключицы* и, наконецъ, по *ребрамъ*. Если удалось прощупать ребра, то, во всякомъ случаѣ, плечико должно находиться по близости, и ягодичное положеніе исключается уже само собою.

Убѣдившись такимъ образомъ, что дѣло идетъ о плечевомъ положеніи, мы должны еще затѣмъ опредѣлить положеніе *спинки* и *головки*. Спинка узнается по лопаткѣ и остистымъ отросткамъ, а передняя поверхность тѣла—по *ключицѣ*. Положеніе головки опредѣляется по тому, съ какой стороны лежитъ сводъ подмышечной впадины. Если онъ, напр., обращенъ влѣво, то головка лежитъ тоже съ лѣвой стороны, ягодицы—съ правой. Разъ мы опредѣлили положеніе головки и спинки, все вообще положеніе младенца ясно уже само собою. Если, напр., спинка обращена впередъ, а головка влѣво, то правое плечико составляетъ подлежащую часть младенца, ножки лежатъ справа и сзади, и притомъ правая ножка помѣщается выше лѣвой (см. рис. 107).

Иногда въ плодномъ пузырьѣ прощупывается прежде всего ручка, которую можно узнать по фалангамъ пальцевъ и, въ отличіе отъ ножки,—по отсутствію пяточной кости. Послѣ разрыва плоднаго пузыря часто выпадаетъ ручка во влагалище. Для того чтобы узнать, есть-ли это правая или лѣвая ручка, акушеръ долженъ, если можно такъ выразиться, подать младенцу руку. Если при этомъ рука акушера и ручка младенца встрѣчаются одна съ другою, какъ при рукопожатіи, то это означаетъ, что выпала одноименная ручка, а въ противномъ случаѣ—разноименная. Такъ какъ выпавшая ручка соотвѣтствуетъ подлежащему плечику, то мы теперь уже знаемъ, которое именно плечико предлежитъ въ тазовомъ входѣ, и намъ остается еще только опредѣлить положеніе спинки

или головки, чтобы узнать, гдѣ лежатъ ягодицы, мелкія части и т. д. Слѣдовательно, при выпавшей ручкѣ діагнозъ облегченъ. Если, напр., выпала правая ручка, а головка лежитъ справа, то спинка должна быть обращена назадъ, а мелкія части—влѣво и впередъ (см. рис. 108). Всякое потягиваніе за выпавшую ручку при изслѣдованіи строго возбраняется.

Особенно важенъ *дифференціальный* діагнозъ отъ *ягодичнаго положенія*. Ошибочное принятіе поперечнаго положенія за ягодичное можетъ оказаться гибельнымъ для жизни матери и младенца. Эта ошибка особенно возможна въ томъ случаѣ, если послѣ истеченія околоплодной жидкости появились энергическія потуги, такъ что плечико, сильно припухшее и поэтому менѣе хорошо различимое, было вдвинуто глубоко въ тазъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ увеличивается изгибъ тѣла младенца, и ягодицы больше приближаются къ дну матки, такъ что послѣдняя оказывается уже теперь вытянутою больше въ длину. Если діагнозъ при такихъ обстоятельствахъ не можетъ быть поставленъ обыкновеннымъ путемъ, то необходимо вывести подлежащую мелкую часть, послѣ чего положеніе плода становится уже совершенно яснымъ.

О *теченіи родовъ* при поперечныхъ положеніяхъ, строго говоря, не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ поперечно-лежащій плодъ обыкновенно совсѣмъ не можетъ родиться, т. е. не можетъ въ этомъ положеніи пройти чрезъ тазъ. Если поперечное положеніе предоставлено силамъ природы, то исходъ въ большинствѣ случаевъ бываетъ самый печальный: *младенецъ умираетъ*, а у матери происходитъ *разрывъ матки*, который обыкновенно и для нея влечетъ за собою смертельный исходъ. Въ виду этого обстоятельства поперечное положеніе оказывается однимъ изъ самыхъ важныхъ акушерскихъ осложнений. Просмотръ поперечнаго положенія почти равносильенъ смертному приговору для матери младенца.

Преждевременное истеченіе водъ и выпаденіе пуповины при поперечныхъ положеніяхъ встрѣчаются часто, и это объясняется здѣсь тѣми же причинами, какъ и при ножныхъ положеніяхъ. Послѣ разрыва плоднаго пузыря потуги обыкновенно прекращаются на нѣкоторое время, даже на 1—2 часа, но затѣмъ онѣ опять появляются обыкновенно съ очень большою силою. На подлежащемъ плечикѣ образуется теперь родовая опухоль, въ которой участвуетъ и ручка, если она выпала.

Если своевременно не было прибѣгнуто къ пособію искусства, т. е. поперечное положеніе не было своевременно превращено въ продольное, то послѣ разрыва плоднаго пузыря потуги вталкиваютъ плечико въ тазовой входъ и выжимаютъ въ концѣ концовъ изъ матки послѣднія капли околоплодной жидкости. Стѣнки матки тѣсно обхватываютъ младенца, контракціонное кольцо поднимается все выше и выше. Нижній сегментъ болѣе и болѣе растягивается и истончается (*запущенное поперечное положеніе*). Потуги становятся очень болѣзненными и часто принимаютъ судорожный характеръ. Въ рѣдкихъ случаяхъ онѣ усиливаются до ва-

стоящаго столбняка матки. Въ концѣ концовъ плодъ, который въ своемъ поперечномъ положеніи не можетъ пройти въ тазъ, попадаетъ большею своею частью въ громадно-растянутый нижній сегментъ матки, а съ появленіемъ новой болѣе сильной потуги нижній сегментъ разрывается обыкновенно тамъ, гдѣ лежитъ головка. Въ большинствѣ случаевъ младенецъ уже раньше умираетъ вслѣдствіе сильныхъ потугъ и отслойки плаценты, выпаденія пуповины или столбняка матки. Но иногда онъ умираетъ лишь въ моментъ разрыва. Весь младенецъ или часть его попадаетъ чрезъ разрывъ въ брюшную полость. Матка уменьшается въ объемъ, плацента отслаивается, и младенецъ умираетъ отъ задущенія.

Но еще до разрыва могутъ обнаружиться опасныя состоянія. Вслѣдствіе давленія, производимаго вколоченнымъ плечикомъ на мягкія части роженицы, постепенно повышается температура ея тѣла. Истощеніе роженицы достигаетъ высочайшей степени. Въ матку можетъ проникнуть воздухъ, и въ ней могутъ наступить процессы разложенія; младенецъ также можетъ подвергнуться гнилостному разложенію. Послѣднее развивается особенно быстро въ томъ случаѣ, когда ручка умершаго ребенка выпала наружу внѣ vulva. Лихорадка повышается, и женщина можетъ даже безъ разрыва погибнуть вслѣдствіе септицеміи, не разрѣшившись отъ бремени. (Относительно *tumraia uteri* см. выше).



Рис. 108. Поперечное положеніе послѣ излитія водъ, съ выпаденіемъ ручки. Нижній сегментъ матки уже сильно истонченъ. Стѣнка матки тѣсно прилегаетъ къ младенцу.

Это общее правило, что поперечныя положенія приводятъ къ разрыву матки, если они не были своевременно превращены въ продольныя, допускаетъ однако нѣкоторыя *исключенія*.

1. Плодъ можетъ еще въ началѣ родового акта, рѣже въ позднѣйшихъ стадіяхъ его, перевернуться въ продольное положеніе, благодаря случайному или умышенно принятому положенію роженицы (такъ назыв. *произвольный поворотъ*). Послѣ этого роды, конечно, могутъ окончиться сами собою.

2. Плодъ можетъ родиться путемъ т. н. *самоизворота* ¹⁾. Сильныя потуги послѣ разрыва плоднаго пузыря вколачиваютъ плечико глубоко въ тазъ, и оно подходитъ подъ лонное сочлененіе. Затѣмъ туловище младенца, ягодицы и ножки спускаются рядомъ съ низкостоящимъ плечикомъ по крестцово-подвздошной области и изгоняются наружу, а въ заключеніе рождаются плечико и головка. У доношенныхъ дѣтей этотъ процессъ встрѣчается очень рѣдко, да онъ былъ бы здѣсь даже не желателенъ, такъ какъ плодъ обыкновенно при немъ умираетъ, а у роженицы могутъ образоваться большіе разрывы. При мертвомъ недоношенномъ и, особенно, мацерированномъ плодѣ самоизворотъ наблюдался чаще.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ самоизворотъ происходитъ по другому способу. Изгибъ продольной оси плода увеличивается до максимума, плечико вступаетъ глубоко въ тазъ, а затѣмъ вталкивается въ него грудная клѣтка вмѣстѣ съ головкою, сильно перегнутою въ сторону. Сначала рождается плечико, затѣмъ головка вмѣстѣ съ грудною клѣткою и, наконецъ, ягодицы (*conduplicato corpore*). Младенецъ рождается, такъ сказать, въ поперечномъ положеніи. Этотъ процессъ возможенъ почти исключительно при мацерированномъ плодѣ.

При доношенномъ или приблизительно доношенномъ младенцѣ акушеръ никогда не долженъ рассчитывать на который нибудь изъ этихъ процессовъ: до тѣхъ поръ, пока плечико еще подвижно, *терапия* всегда

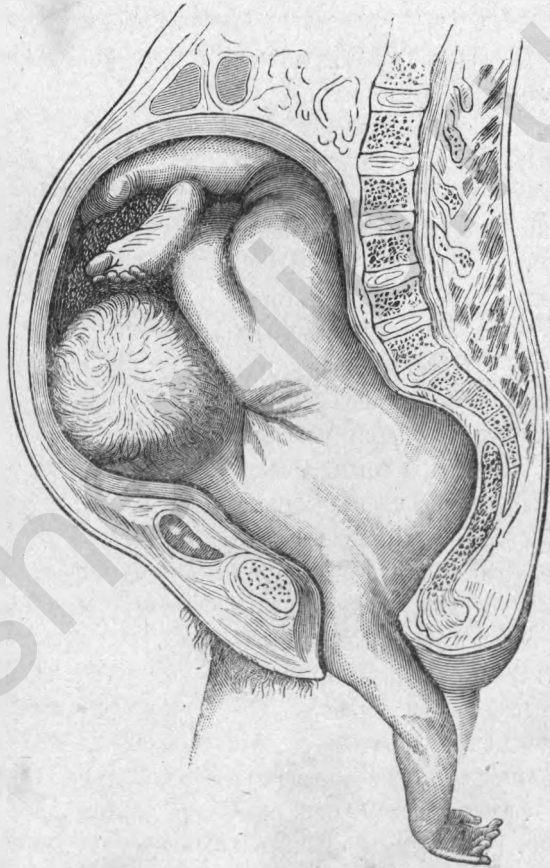


Рис. 109 (по Chiara). Запущенное поперечное положеніе съ выпаденіемъ ручки (начинающійся самоизворотъ). Плечико стоитъ низко къ тазу; тѣло младенца сильно согнуто. Ягодица касается головки. Нижній сегментъ матки значительно истонченъ.

¹⁾ Kleinwaechter, Arch. f. Gynäk. Bd. 2.

должна состоять въ возстановленіи *продольнаго положенія* посредствомъ *поворота*.

Предсказаніе. Изъ вышеизложеннаго вытекаетъ, что предсказаніе для матери и младенца неблагопріятно если не будетъ прибѣгнуто къ пособію искусства. Улучшить предсказаніе можетъ только цѣлесообразная терапія. Если поперечное положеніе своевременно распознано, а терапія искусна и рациональна, то предсказаніе для матери благопріятно, и младенецъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ рождается живымъ.

Терапія. Методъ для поворота будетъ различенъ, смотря по тому, въ какомъ положеніи находятся роды. Наиболье выдающіеся моменты, при которыхъ намъ приходится дѣйствовать въ практикѣ, суть слѣдующіе:

1. *У женщины начинаются роды.* Плодный пузырь цѣль, маточный зѣвъ еще узокъ. Роженица должна немедленно лечь въ постель и избѣгать всякаго болѣе сильнаго движенія тѣла, сокращенія брюшнаго пресса и т. д., для того чтобы преждевременно не разорвался плодный пузырь. По этой же причинѣ внутреннее изслѣдованіе должно производиться съ осторожностью. Послѣ того какъ поставленъ діагнозъ, необходимо тотчасъ испробовать *наружный поворотъ* и затѣмъ, для упроченія достигнутаго результата, придать женщинѣ соотвѣтствующее положеніе. Если удастся прочнымъ образомъ создать продольное положеніе, и головка вступить въ тазъ, то это составляетъ большой выигрышь, а если наружный поворотъ не удастся, то ничего еще не потеряно.

Можно произвести наружный поворотъ еще во время беременности и, получивъ продольное положеніе, обвязать животь бинтомъ для того, чтобы увеличить напряженіе брюшныхъ покрововъ. Но результатъ получается весьма ненадежный. Гораздо рациональнѣе предупреждать поперечное положеніе постояннымъ ношеніемъ хорошо приспособленнаго брюшнаго пояса уже съ 5-го мѣсяца беременности.

2. *Наружный поворотъ не удался,* и поперечное положеніе осталось по прежнему. При этихъ обстоятельствахъ нужно примѣнить *типическую* для поперечнаго положенія операцію, именно *внутренний поворотъ* за ножку. Лучше всего производить эту операцію при цѣломъ еще пузырьѣ и совершенно изглаженномъ зѣвѣ. Предсказаніе для матери и младенца при этихъ условіяхъ наиболѣе благопріятно, между прочимъ также въ виду извлеченія, которое должно послѣдовать за поворотомъ. Поэтому необходимо по возможности выждать полнаго раскрытія зѣва ¹⁾. Но если во время выжиданія разорвался плодный пузырь, то уже нельзя больше медлить, а нужно тотчасъ приступить къ внутреннему повороту, коль скоро это возможно при данной ширинѣ зѣва.

Если врачъ явился къ родамъ лишь въ то время, когда маточный зѣвъ уже изглаженъ или плодный пузырь уже разорвался, то онъ долженъ отступить отъ наружнаго поворота и немедленно произвести *внутренний поворотъ*.

¹⁾ См. *Winter, Zeitschr. f. Gebu. tsh. u. Gynäk.* Bd. 12; *Dohrn, ibid.* Bd. 14.

Относительно извлеченія послѣ поворота при поперечномъ положеніи см. выше.

3. *Плодный пузырь разорвался преждевременно.* Маточный зѣвъ не позволяетъ ввести руку въ полость матки, и внутренній поворотъ невозможенъ. Разсчитывать на скорое расширеніе зѣва при этихъ обстоятельствахъ нельзя, такъ какъ здѣсь уже нѣтъ плоднаго пузыря и ни одна часть плода еще не лежитъ въ тазу. При такихъ условіяхъ умѣстенъ *комбинированный поворотъ* на ножку. Бедро младенца, выведенное въ маточный зѣвъ, растягиваетъ его и возбуждаетъ потуги. Немедленное извлеченіе послѣ поворота, разумѣется, невозможно, такъ какъ маточный зѣвъ слишкомъ еще узокъ.

4. *Плодный пузырь разорвался хотя и своевременно, но уже задолго до прихода акушера.* Обыкновенно потуги послѣ разрыва плоднаго пузыря, какъ было уже сказано, прекращаются на нѣкоторое время, или, по крайней мѣрѣ, остаются очень слабыми. Плечико еще стоитъ высоко, и при этомъ часто существуетъ выпаденіе ручки. Поворотъ въ этомъ случаѣ болѣе труденъ. Акушеръ долженъ быть напередъ готовъ къ тому, что придется *низвести и вторую ножку*, а можетъ быть даже прибѣгнуть къ *двойному ручному приему*. Предсказаніе для младенца въ большинствѣ случаевъ еще благопріятно.

5. *Потуги послѣ разрыва плоднаго пузыря опять появились.* Въ большинствѣ случаевъ онѣ бываютъ довольно сильны. Матка плотно обхватываетъ младенца. Плечико подвинулось ввизъ, и младенецъ сильно нѣ изогнулся въ продольной оси. Плечико и выпавшая ручка значительно припухли и окрашены въ темно-синій цвѣтъ. Контракціонное кольцо стоитъ высоко, нижній сегментъ матки сильно растянута (запущенное поперечное положеніе, см. рис. 109).

При этихъ обстоятельствахъ необходимо *тотчасъ же захлороформировать роженицу до самаго глубокаго наркоза* и удостовѣриться, *возможенъ-ли еще поворотъ*. Если онъ возможенъ, то оперировать слѣдуетъ съ величайшею осторожностью, имѣя, такъ сказать, постоянно передъ глазами растянутой нижней сегментъ матки. Часто младенецъ оказывается уже мертвымъ, или онъ умираетъ во время самаго поворота. Это въ данномъ случаѣ довольно безразлично: всѣ заботы должны быть устремлены на то, чтобы сохранить жизнь матери.

Но если глубоко вколоченное плечико уже не допускаетъ поворота, то должна быть немедленно произведена *эмбриотомія*, которая обыкновенно будетъ состоять въ обезглавливаніи плода.

6. *Разрывъ матки уже наступилъ*, помощь пришла слишкомъ поздно. Упадокъ силъ и, прежде всего, малый учащенный пульсъ, въ связи съ совершеннымъ отсутствіемъ потугъ, а при полномъ разрывѣ—характеристическіе результаты наружнаго и внутренняго изслѣдованія (см. Разрывъ матки) обезпечиваютъ діагнозъ. Относительно терапіи см. ниже.

7. Дѣло идетъ о *недоношенномъ или мацерированномъ плодѣ*, еще не достигшемъ 8-го мѣсяца. Въ этомъ случаѣ можно при хоро-

шихъ потурахъ выжидать *самоизверота* или даже способствовать ему потягиваніемъ за выпавшую ручку.

4. Патологическое членорасположеніе плода.

Объ измѣненіяхъ нормальнаго членорасположенія плода мы уже упоминали при лицевыхъ положеніяхъ (удаленіе подбородка отъ груди) и при ножныхъ (опущеніе одной или обѣихъ ножекъ). Выпаденіе ручки при поперечныхъ положеніяхъ тоже было подробно разсмотрѣно въ предыдущей главѣ. Теперь намъ остается еще разсмотрѣть *выпаденіе мелкихъ частей рядомъ съ головкою*.

О *предлежаніи ручки*, ножки (или пуповины) говорятъ въ томъ случаѣ, если мелкая часть прощупывается рядомъ съ головкою при *изломѣ тузырь*, а о *выпаденіи*—въ томъ случаѣ, если она прощупывается при уже разорвавшемся тузырь.

Предлежаніе и выпаденіе ручки рядомъ съ головкою.

Необходимое условіе для возникновенія этихъ аномалій состоитъ въ неполномъ замыканіи таза и нижняго сегмента матки предлежащею головкою; поэтому онѣ встрѣчаются особенно часто при узкомъ тазѣ, отвисломъ животѣ, чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости и необыкновенно малой величинѣ головки. При *предлежаніи ручки* обыкновенно прощупывается рядомъ съ головкою только ручная кисть или локоть, а при *выпаденіи* большая часть ручки можетъ попасть чрезъ маточный зѣвъ во влагалище.

Такъ какъ выпаденіе ручки мѣшаетъ механизму родовъ, то устраненіе его всегда очень желательно.

Если ручка предлежитъ, то необходимо положить женщину на противоположный бокъ. Съ опущеніемъ головки ручка часто отходитъ назадъ.

Если ручка *выпала*, то при *подвижномъ еще стояніи головки* должно быть произведено *вправленіе*. Женщину кладутъ на бокъ соотвѣтственно выпавшей ручкѣ, для того, чтобы головка еще больше отклонилась въ сторону, затѣмъ вводятъ всю руку, захватываютъ выпавшую ручку младенца и отодвигаютъ ее по головкѣ и личику вверхъ. Послѣ этого немедленно перекладываютъ женщину на другой бокъ и стараются давленіемъ снаружи способствовать вступленію головки въ тазъ.

При узкомъ тазѣ, если обстоятельства дозволяютъ, слѣдуетъ всегда предпочитать *поворотъ*, такъ какъ вправленіе здѣсь часто не удается, благодаря тому, что головка не вступаетъ въ тазъ.

Но если *головка* при выпаденіи ручки *уже стоитъ плотно въ тазу*, то родовый актъ сначала предоставляется силамъ природы. Если бы затѣмъ явилось показаніе къ родоразрѣшающей операціи, то при накладываніи щипцовъ необходимо заботиться о томъ, чтобы соотвѣтственная ложка ихъ не захватила вмѣстѣ съ головкою выпавшую ручку.

Предлежаніе и выпаденіе ножки рядомъ съ головкою.

Эти аномаліи встрѣчаются почти исключительно при недоношенномъ или мацерированномъ плодѣ, или также при двойняхъ, если оба плода вступили въ тазъ одновременно. При одиночномъ плодѣ отодвигаютъ ножку обратно, а если она выпала уже очень далеко, то потягиваніемъ за нее и примѣненіемъ двойного ручного приема создаютъ настоящее ножное положеніе.

Аномаліи яйцевыхъ оболочекъ, плаценты и пуповины были уже разсмотрѣны въ Патологіи беременности. О *выпаденіи пуповины* тоже упоминалось неоднократно (см. выше узкій тазъ и ножныя положенія). Но этой важной аномаліи мы все-таки должны здѣсь посвятить особую главу.

5. Предлежаніе и выпаденіе пуповины.

О *предлежаніи* пуповины говорятъ въ томъ случаѣ, если она прощупывается рядомъ съ предлежащею частью младенца при дѣломъ еще пузырьѣ, а о *выпаденіи* — въ томъ случаѣ, если пузырь уже разорвался.

Причина выпаденія пуповины та же самая, что и при выпаденіи ручки: предлежащая часть неполнѣ замыкаетъ тазъ и нижній сегментъ матки, оттого-ли, что она вообще не вступила въ тазъ, какъ, напр., при поперечномъ положеніи, при узкомъ тазѣ, при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости, или же оттого, что она хотя и вступила, но не выполняетъ таза и нижняго сегмента матки, напр. при малой величинѣ головки или при ножномъ положеніи. Чрезмѣрная длина пуповины и прикрѣпленіе плаценты на болѣе низкомъ мѣстѣ тоже благопріятствуютъ выпаденію ¹⁾.

Соотвѣтственно этому выпаденіе пуповины чаще всего происходитъ при ножныхъ и поперечныхъ положеніяхъ, рѣже при ягодичныхъ, а всего рѣже при головныхъ положеніяхъ, при которыхъ требуется для него еще какая-нибудь особенная причина, а именно чрезмѣрно малая величина головки и ненормальная подвижность ея. При головныхъ положеніяхъ важнѣйшимъ этиологическимъ моментомъ оказывается *узкій тазъ*. При выпаденіи пуповины у первородящей можно съ довольно большою увѣренностью заключить объ узкомъ тазѣ.

Распознаваніе. Пульсирующая (а при мертвомъ уже младенецъ — не пульсирующая) пуповина прощупывается въ плодномъ пузырьѣ или, послѣ истеченія первыхъ водъ, — въ маточномъ зѣвѣ, во влагалищѣ, или наконецъ она даже выступаетъ изъ половой расщелины наружу. Врачъ долженъ поставить себѣ за правило, какъ только плодный пузырь разорвался при подвижной еще головкѣ, всегда немедленно удостовѣряться внутреннимъ изслѣдованіемъ, не выпала-ли пуповина.

Выпавшая пуповина помѣщается чаще всего въ области крестцово-подвздошнаго сочлененія. Чѣмъ раньше обнаружено выпаденіе и примѣнена соотвѣствующая

¹⁾ См. *Hecker*, Klinik d. Geburtsk. Bd. 1 u. 2. 1861 u. 1864. — *Hildebrandt*, Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. 23.

шая терапия, тѣмъ лучше, конечно, для младенца. Слабая или совсѣмъ отсутствующая пульсація выпавшей петли пуповины во время потуги свидѣтельствуеъ о томъ, что она подвергается прижатію. Замедленная пульсація доказываетъ, что плодъ, благодаря прижатію пуповины, уже впалъ въ состояніе асфиксіи. Отсутствіе пульсація виѣ потуги дозволяетъ съ пѣкоторымъ вѣроятіемъ, но не съ полною увѣренностью, заключить о смерти младенца; рѣшающее значеніе здѣсь имѣетъ только аускультация.

Предсказаніе для младенца всегда серьезно. Часть плода, вступающая въ тазъ, прижимаетъ выпавшую пуповину къ его стѣнкамъ, такъ что кровообращеніе останавливается, и младенецъ погибаетъ отъ асфиксіи. *Опасность наиболее велика при черепныхъ и лицевыхъ положеніяхъ.* Нѣсколько менѣе неблагоприятнымъ, уже въ виду мягкой консистенціи предлежащей части, оказывается ягодичное положеніе, еще менѣе — ножное, а при поперечномъ положеніи вообще даже не можетъ быть и рѣчи о какой-нибудь опасности до тѣхъ поръ, пока плечико не подалось внизъ. Предсказаніе значительно улучшается при рациональной терапіи и зависитъ, кромѣ того, отъ самаго способа ея примѣненія, особенно при черепныхъ положеніяхъ. Чѣмъ болѣе узокъ маточный зѣвъ, тѣмъ болѣе неблагоприятно предсказаніе при оперативномъ вмѣшательствѣ.

Если пузырь еще цѣль, то пуповина можетъ въ околоплодной жидкости отойти въ сторону отъ предлежащей части плода. Однако, не подлежитъ сомнѣнію, что при черепныхъ положеніяхъ можетъ еще до разрыва плоднаго пузыря разстроиться кровообращеніе, благодаря прижатію предлежащей пуповины.

Терапія. При *предлежаніи пуповины* кладутъ женщину на противоположный бокъ и стараются, до тѣхъ поръ, пока это возможно, сохранить въ цѣлости плодный пузырь.

При *выпаденіи пуповины* терапия будетъ различна, смотря по положенію младенца.

1. При *головныхъ положеніяхъ.* Во всѣхъ случаяхъ, когда подвижное состояніе головки и достаточная ширина зѣва допускаютъ *поворотъ* и *извлеченіе*, эти операціи должны быть произведены немедленно. Асфиксія новорожденнаго, вызванная прижатіемъ пуповины во время родовъ, хотя бы она достигала даже болѣе значительной степени, можетъ быть довольно вѣрно устранена превосходными методами, служащими для оживленія младенца ¹⁾.

При отсутствіи необходимаго условія для извлеченія, именно при недостаточномъ для этого расширеніи зѣва, необходимо произвести одинъ лишь *поворотъ* безъ извлеченія, если имѣется узкій тазъ, или если одновременно съ пуповиною выпала ручка. Въ другихъ случаяхъ необходимо приступить къ *вправленію* выпавшей пуповины.

Вправление производится или въ колѣбно-локтевомъ положеніи безъ наркоза, или въ положеніи на боку. Въ послѣднемъ случаѣ кладутъ

¹⁾ См. *Moxter*, Therapie des Nabelschnurvorfalles bei Schädellage. Dissertation. Berlin 1882.

женщину на сторону выпаденія и затѣмъ вводятъ всю руку во влагалище, осторожно захватываютъ двумя пальцами пуповину и отодвигаютъ ее черезъ маточный зѣвъ вверхъ по головкѣ, причѣмъ чрезъ зѣвъ должно быть введено столько пальцевъ, сколько возможно ввести при данной степени его раскрытія. Въ то же время можно пользоваться большимъ пальцемъ для отѣсненія головки вверхъ. Послѣ сдѣланнаго вправленія немедленно кладутъ женщину на другой бокъ и давленіемъ снаружи направляютъ головку въ тазъ. Если пуповина не выпадаетъ вновь и если частота сердечныхъ тоновъ постепенно опять становится нормальною, то операція удалась. Часто, однако, она оказывается неудачною. Пуповина, несмотря на всѣ старанія, безпрестанно опять выпадаетъ, пока, наконецъ, младенецъ не умретъ. Въ другихъ случаяхъ вправленіе хотя и удается, но сердечные тоны уже не оправляются и плодъ умираетъ: асфиксія, слѣдовательно, была уже слишкомъ глубокою; освободившееся кровообращеніе въ пуповинѣ уже не могло спасти младенца, или пуповина, несмотря на вправленіе, все-таки еще подвергалась прижатію.

Если *маточный зѣвъ настолько узокъ*, что *ручное вправленіе* не удается, то можно испробовать *инструментальное вправленіе* посредствомъ т. назыв. репозиторія. Операція эта представляется, однако, не безопасной вслѣдствіе того, что неминуемо происходитъ прижатіе пуповины; кромѣ того она часто бесполезна, такъ какъ съ вытягиваніемъ репозиторія пуповина вновь выпадаетъ.

Всѣ инструменты, предложенные для вправленія пуповины, мало удовлетворяютъ требованіямъ. Они представляютъ палочку, изъ китоваго уса или каучука, имѣющую на своемъ верхнемъ концѣ ушко, черезъ которое продѣвается вдвое сложенная тесемка [*C. Braun* ¹⁾, *E. Martin*]. Въ петлю, образуемую тесемкою, кладется пуповина, и затѣмъ петля перекидывается чрезъ верхній конецъ палочки назадъ. Палочка отодвигаетъ тесемку вмѣстѣ съ пуповиною далеко вверхъ въ полость матки. Затѣмъ освобождаютъ петлю пуповины, раздвинувъ тесемку и выдвинувъ палочку назадъ, а въ заключеніе вынимаютъ палочку совсѣмъ. Репозиторій *Schoeller*'а представляетъ двѣ взаимно смѣщающіяся палочки изъ китоваго уса; одна изъ этихъ палочекъ имѣетъ на своемъ верхнемъ концѣ полудунную выемку, въ которую кладется пуповина. Само собою понятно, что инструменты употребляются въ строго асептическомъ состояніи.

Лучше при узкомъ зѣвѣ производить *комбинированный поворотъ* на ножку. Хотя немедленное извлеченіе послѣ поворота здѣсь, разумѣется, невозможно, но все-таки часто удается однимъ уже поворотомъ устранить выпаденіе пуповины. Если выпаденіе, несмотря на произведенный поворотъ, останется по прежнему, то мы, по крайней мѣрѣ, уже имѣемъ дѣло съ ножнымъ положеніемъ, при которомъ опасность для выпавшей пуповины не такъ велика. Но, конечно, при самомъ поворачиваніи плода пуповина можетъ подвергаться прижатію.

Если при выпаденіи пуповины *головка уже вступила въ тазъ*, и тѣмъ не менѣе еще существуютъ признаки жизни младенца, то для

¹⁾ Klinik d. Geburtsh. u. Gynäk. von *Chiari, Braun und Spaeth*. 1855.

спасенія его должны быть наложены *щипцы*, коль скоро имѣются необходимыя для этого условія. Ложка щипцовъ на сторонѣ выпаденія не должна вмѣстѣ съ головкою захватывать пуповину. Такъ какъ во все время извлеченія пуповина обязательно прижимается къ краю таза, то рассчитывать на благоприятный исходъ можно только при малой продолжительности операціи (напр. у многородящихъ или при очень малой величинѣ младенца).

Едва-ли требуется упоминать о томъ, что вышеописанныя оперативныя пособія должны быть предпринимаемы съ строжайшимъ соблюденіемъ *дезинфекціи*. Но такъ какъ послѣдняя необходимымъ образомъ затягиваетъ самую операцію, которая, между тѣмъ, требуется здѣсь весьма настоятельно, то во время этихъ подготовленій повивальная бабка или ассистентъ должны оттѣснить *головку*, если она еще подвижна, *двумя пальцами назадъ*, и стараться, если это возможно, *отодвинуть ее отъ таза*. Этому можно еще способствовать соответствующимъ положеніемъ роженицы. Въ большинствѣ случаевъ удастся такимъ путемъ предохранить на первое время пуповину отъ опаснаго прижатія головкою, и операторъ имѣетъ возможность произвести дезинфекцію и выполнить всѣ другія приготовленія (въ томъ числѣ наркотизацію) съ необходимою тщательностью. Оперировать безъ наркоза приходится только въ очень настоятельныхъ случаяхъ, когда пульсація пуповины уже значительно ослабѣла.

Надежды на спасеніе младенца наиболѣе велики при поворотѣ съ послѣдующимъ извлеченіемъ, нѣсколько менѣе при одномъ поворотѣ безъ извлеченія, а также при ручномъ вправленіи пуповины, а еще менѣе при инструментальномъ вправленіи, которое всего лучше замѣнять комбинированнымъ поворотомъ. Операція наложенія щипцовъ не особенно часто даетъ возможность извлечь младенца живымъ.

Впрочемъ, нѣкоторыя акушеры всегда предпочитаютъ ручное вправленіе и приступаютъ къ повороту лишь въ томъ случаѣ, когда оно не удалось. Другіе, напротивъ того, всегда производятъ поворотъ даже при невозможности немедленнаго извлеченія, и совершенно отвергаютъ вправленіе пуповины. Но большинство акушеровъ, какъ мы надѣемся, будутъ согласны съ тѣмъ, что при головныхъ положеніяхъ всегда необходимо приступать къ родоразрѣшающей операціи, если она можетъ быть произведена безвреднымъ способомъ.

2. При *ягодичныхъ положеніяхъ* лучше всего отступить отъ вправленія пуповины и, если это еще возможно, *низвести переднюю ножку*; но приступать затѣмъ къ извлеченію слѣдуетъ лишь въ такомъ случаѣ, если дѣйствительно обнаружались явленія прижатія пуповины. Низведенное бедро младенца уменьшаетъ объемъ тазового конца и служитъ хорошею опорой для извлеченія.

Если, напротивъ того, ягодицы уже стоятъ низко въ тазу, то приходится извлекать за нихъ непосредственно, какъ только обнаружались явленія прижатія.

3. При *ножныхъ положеніяхъ* опасаться прижатія пуповины въ первое время не приходится, такъ какъ предлежащая часть имѣетъ сравнительно малый объемъ. Поэтому слѣдуетъ сначала держаться выжида-

тельно, а въ заключеніе, когда ягодицы уже вступили въ тазъ, необходимо тщательнымъ образомъ изслѣдовать состояніе пульсаціи въ выпавшей пуповинѣ и *приступить къ извлеченію, какъ только прижатіе сдѣлалось очевиднымъ.*

4. Выпаденіе пуповины при *поперечномъ положеніи* не служитъ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству. Поперечное положеніе уже само по себѣ требуетъ внутренняго поворота. Предпринимать здѣсь вправленіе пуповины или поворотъ на головку было бы ошибочно.

5. Вышеозначенныя оперативныя пособія предпринимаются лишь при томъ условіи, что младенецъ еще представлялъ *признаки жизни*. Если, наоборотъ, уже наступила смерть младенца, то этимъ самымъ устраняется и показаніе къ немедленному вмѣшательству. Но основывать діагнозъ смерти младенца на одномъ лишь отсутствіи пульса въ выпавшей петлѣ пуповины не слѣдуетъ, такъ какъ, несмотря на это отсутствіе пульса, сердце, можетъ быть, еще продолжаетъ работать. Въ случаѣ сомнѣнія вопросъ можетъ быть рѣшенъ только тщательнымъ выслушиваніемъ живота. До тѣхъ поръ пока еще существуютъ признаки жизни младенца, не слѣдуетъ упускать время для оперативнаго пособія.

VI. Другія осложненія родовъ.

1. Раненія родовыхъ путей во время родовъ.

Разрывъ матки.

Самопроизвольный разрывъ матки во время родовъ вызывается такими препятствіями для родового акта, которыя подають поводъ къ сильному *растяженію* нижняго сегмента матки и маточной шейки ¹⁾). Важнѣйшими изъ такихъ препятствій, влекущими за собою это почти всегда смертельное раненіе матки, оказываются *поперечное положеніе* младенца и *головная водянка*, затѣмъ вставленіе задней темянной кости, накононецъ—узкій тазъ и другія механическія разстройства родового акта (суженіе или зарощеніе маточнаго зъва).

Въ физиологіи родовъ мы уже познакомились съ ученіемъ *Schroeder's* о неодинаковыхъ задачахъ, выпадающихъ на долю верхняго и нижняго сегментовъ матки во время родового акта. Полный мускулъ сокращается, а нижній сегментъ матки растягивается. Степень растяженія зависитъ отъ величины противодѣйствія и указывается вообще уровнемъ контракціоннаго кольца, которое мало по малу становится видимымъ надъ лобкомъ въ видѣ борозды, идущей поперекъ живота. Если подлежащая часть не можетъ подаваться впередъ и вообще не можетъ вступить въ тазъ, то полный мускулъ все болѣе и болѣе оттягивается вверхъ по младенцу, насколько это дозволяютъ маточныя связки, а особенно—*ligg. rotunda*, и въ концѣ концовъ большая часть младенца попадаетъ въ сильно растя-

¹⁾ См. *Bandl*, Ueber Ruptur d. Gebärmutter etc. 1875.—*H. W. Freund*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 23.

нуги и все болѣе и болѣе истончающійся нижній сегментъ матки вмѣстѣ съ ея шейкою. Если своевременно не будетъ прибѣгнуто къ пособию искусства, то растяженіе мало по мало достигаетъ крайняго предѣла, пова, наконецъ, во время новой потуги нижній сегментъ матки не разорвется.

Растяженіе въ большинствѣ случаевъ не бываетъ равномернымъ, а происходитъ, напр., при поперечныхъ положеніяхъ всего сильнѣе тамъ, гдѣ лежитъ головка, или при черепныхъ положеніяхъ—тамъ, гдѣ помѣщается затылокъ. На мѣстѣ сильнѣйшаго растяженія и наступаетъ разрывъ. Онъ рѣдко помѣщается совсѣмъ сбоку, а обыкновенно больше кпереди или къзади, имѣетъ въ большинствѣ случаевъ нѣсколько косвенное направленіе и простирается вверхъ до контракціоннаго кольца, а по направленію книзу продолжается въ маточную шейку или даже во влагалище. Поперечные разрывы встрѣчаются нерѣдко. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось даже полное отдѣленіе матки отъ влагалища.

По теоріи *Bandl'*'я, объясняющей возникновеніе нижняго отрѣзка матки изъ верхней части шейки, растянутая и первично разрывающаяся часть есть цервикальная ткань.

Разрывы въ верхнемъ отдѣлѣ матки встрѣчаются несравненно рѣже, но были наблюдаемы безъ всякаго сомнѣнія ¹⁾.

Если разрывъ проникаетъ черезъ брюшину, то онъ называется *полнымъ* или *перфорирующимъ*. При этомъ обыкновенно весь младенецъ или часть его выпадаетъ черезъ разрывъ въ брюшную полость. При *неполныхъ* разрывахъ брюшина цѣла, но, благодаря кровоизліяніямъ, она часто оказывается отслоившеюся на далекомъ разстояніи отъ области разрыва.

Разрывы матки у повторно-родящихъ и въ особенности у многородящихъ встрѣчаются чаще, чѣмъ у первородящихъ. Нѣкоторыя женщины, повидимому, обладаютъ извѣстнымъ предрасположеніемъ къ разрыву, такъ какъ описаны случаи, въ которыхъ онъ наступалъ совершенно неожиданно, безъ всякихъ предвѣстниковъ. Такими предрасполагающими момен-



Рис. 110 (по *Bandl'*'ю). Угрожающій разрывъ матки при поперечномъ положеніи. С — контракціонное кольцо. Часть нижняго сегмента матки, прилегающая къ головкѣ, чрезвычайно истончена.

1) См. *Fehling*, Sammlung klin. Vorträge N. F. № 54.

тами считаются: недостаточное развитіе, атрофія органа, ненормальная разрываемость его ткани [быть можетъ, зависящая отъ уменьшенія или отсутствія эластической ткани ¹⁾], поврежденная или приобрѣтенная вслѣдствіе хронически воспалительныхъ процессовъ, вслѣдствіе септицеміи, а также рубцы, оставшіеся, напр., послѣ кесарскаго сѣченія.

Самопроизвольному разрыву матки можно противопоставить *насильственный* разрывъ. Въ этомъ случаѣ нижній сегментъ матки обыкновенно тоже бываетъ подготовленъ къ разрыву предшествовавшимъ растяженіемъ, какъ, напр., при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ. Введеніе руки въ полость матки для производства поворота, или насильственное поворачиваніе младенца за ножку, особенно при головныхъ положеніяхъ, служило въ такихъ случаяхъ послѣднимъ толчкомъ къ разрыву.

Симптомы угрожающаго разрыва. Уже при осмотрѣ живота роженицы часто замѣчается контрастъ между толстымъ полнымъ мускуломъ и растянутымъ нижнимъ сегментомъ матки, простирающимся далеко вверхъ. Надъ контрактіоннымъ кольцомъ, указывающимъ границу между этими двумя отдѣлами и стоящимъ часто вблизи пупка, прощупывается толстая мускулатура матки, а книзу отъ него, при опорожненномъ мочевомъ пузырьѣ,—напряженная, болѣзненная и, какъ это доказывается внутреннимъ изслѣдованіемъ, замѣтно истонченная стѣнка нижняго сегмента. Одностороннее растяженіе тоже легко констатируется ощупываніемъ, особенно при поперечныхъ положеніяхъ—въ области головки. Потуги повторяются очень быстро одна за другою. Части плода рѣдко прощупываются съ полною ясностью. Роженица лежитъ съ выраженіемъ страха на лицѣ или находится въ состояніи сильнаго возбужденія. Она очень сильно напрягаетъ во время потуги брюшную прессу и даже во время пережки между потугами едва находитъ облегченіе отъ жестокой родовой боли. Пульсъ въ большинствѣ случаевъ значительно учащенъ, температура иногда повышена. Эти весьма характеристическіе признаки предстоящаго разрыва отсутствуютъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, но они могутъ все же отсутствовать и разрывъ наступаетъ тогда безъ замѣтныхъ предвѣстниковъ.

Симптомы наступившаго разрыва. Въ моментъ разрыва, наступающаго обыкновенно во время потуги, роженица внезапно ощущаетъ рѣзкую боль въ животѣ. вмѣстѣ съ тѣмъ измѣняется ея внѣшній видъ. Она становится блѣдною, жалуется на крайнюю слабость или обнаруживаетъ склонность къ обморокамъ. Потуги прекращаются *совершенно*. Изъ половыхъ путей почти всегда отходитъ кровь; внутреннее кровотеченіе обыкновенно достигаетъ болѣе сильной степени. Пульсъ становится малымъ и обыкновенно очень частымъ. Носъ и конечности холодѣютъ. Глубокій упадокъ силъ совершенно очевиденъ.

Рядомъ съ маткою, которая въ нижней своей части очень чувствительна къ давленію, находятъ еще другую опухоль: это есть именно мла-

¹⁾ Poroschin, Centralbl. f. Gynäk. 1898. № 7.

денецъ, выступившій цѣликѣмъ или отчасти въ брюшную полость, причемъ отдѣльныя части его прощупываются теперь чрезвычайно ясно. Въ другихъ случаяхъ находятъ сбоку матки болѣе шаровидную опухоль, образовавшуюся вслѣдствіе изліянія крови въ соединительную ткань. Предлежащая часть обыкновенно бываетъ отклонена отъ таза въ сторону. Иногда по сосѣдству съ маткою замѣчалась крениція, характеристическая для подкожной эмфиземы ¹⁾).

Та же самая потуга, которая произвела разрывъ, выталкиваетъ всего младенца или часть его въ брюшную полость. Уменьшившійся вслѣдствіе этого объемъ матки влечетъ за собою отслойку плаценты, и затѣмъ младенецъ погибаетъ отъ асфиксіи, если онъ не успѣлъ умереть еще до разрыва.

Если разрывъ произойдетъ лишь во время оперативнаго родоразрѣшенія, то это несчастіе прежде всего обнаруживается малымъ и учащеннымъ пульсомъ. Внутреннее изслѣдованіе по окончаніи родоразрѣшенія открываетъ разрывъ. Плацента можетъ проскользнуть чрезъ разрывъ въ брюшную полость.

Но и для матери при перфорирующихъ разрывахъ смертельный исходъ почти составляетъ правило. Смерть наступаетъ отъ внутренняго кровотеченія или, чаще, отъ гнилостнаго перитонита. Впрочемъ, и здѣсь также своевременное пособіе можетъ иногда спасти роженницу, хотя большинство обречено на смерть. Напротивъ того, при неполныхъ разрывахъ, которые и по своимъ симптомамъ имѣютъ менѣе тревожный характеръ, можно скорѣе разсчитывать на сохраненіе жизни матери.

Профилактика при угрожающемъ разрывѣ состоитъ въ немедленномъ и *по возможности безвредномъ* окончаніи родовъ подъ самымъ глубокимъ наркозомъ, какъ это было подробно описано при поперечномъ положеніи, головной водянкѣ и узкомъ тазѣ.

Терапія. Если разрывъ уже наступилъ, то и въ такомъ случаѣ необходимо тотчасъ *окончить роды*, и именно чрезъ *тазовою каналъ*, если младенецъ не совсѣмъ выпалъ въ брюшную полость, или посредствомъ *лапаротоміи*, если онъ выпалъ въ нее цѣликѣмъ.

Родоразрѣшеніе чрезъ тазовой каналъ, смотря по положенію младенца и остальнымъ условіямъ даннаго случая, производится посредствомъ поворота и послѣдующаго извлеченія, или посредствомъ декапитуаціи, наложенія шипцовъ или перфораціи головки, причемъ всегда нужно стараться по возможности щадить мягкія части, для того чтобы разрывъ не увеличился еще больше. Послѣ операціи разрывъ, будетъ-ли это перфорирующей или неполный, дренируется іодоформною марлею. Никакихъ промываній не слѣдуетъ дѣлать. Затѣмъ накладываютъ давящую повязку вокругъ живота и даютъ большіе приемы опія.

Если приходится рѣшиться на *чревосъщеніе*, то, конечно, оно должно

¹⁾ Dischler, Arch. f. Gynäk. Bd. 56.

быть произведено подь самой строгой асептикой. По вскрытіи брюшной полости удаляютъ младенца и зашиваютъ мѣсто разрыва. Результаты лапаротоміи при разрывѣ матки, которые до сихъ поръ были довольно неблагоприятны, въ новѣйшее время значительно улучшились. Но, разумѣется, предсказаніе существенно зависить оттого, могъ-ли данный случай до разрыва еще считаться болѣе или менѣе асептическимъ.

Если послѣ родоразрѣшенія чрезъ тазовой каналъ кровотеченіе не остановилось, несмотря на тампонацію маточно-влагалищнаго канала іодоформною марлею, то невозможно обойтись безъ послѣдующей лапаротоміи.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что лапаротомія при всѣхъ полныхъ разрывахъ даетъ наилучшее предсказаніе, если ова можетъ быть произведена немедленно и при благоприятныхъ условіяхъ. Поэтому въ клиникѣ ова всегда заслуживаетъ предпочтенія. Если матка очень сильно разможжена, или существуютъ признаки зараженія ея, или имѣется міома, то слѣдуетъ произвести надвлагалищную ампутацію матки [операція *Porro*¹⁾].

Если по наступленіи разрыва не будетъ произведена родоразрѣшающая операція, то женщина обречена почти на вѣрную гибель, хотя въ литературѣ извѣстно нѣсколько случаевъ, которые свидѣтельствуютъ, что младенецъ можетъ инкапсулироваться и впоследствии путемъ нагноенія извергнуться по частямъ наружу, подобно тому, какъ при внематочной беременности.

Разрывы матки *во время беременности*, если оставить въ сторонѣ непосредственныя раненія снаружи (вскрытіе живота рогами быка или рѣзущимъ орудіемъ, напр. косою), наблюдались особенно при беременности въ прибавочномъ рудиментарномъ рогѣ матки и у такихъ женщинъ, у которыхъ во время предшествовавшей беременности было произведено кесарское сѣченіе безъ зашиванія матки. Впрочемъ, въ этихъ послѣднихъ случаяхъ разрывъ матки обыкновенно происходилъ лишь во время самыхъ родовъ, благодаря растяженію плохого рубца. Что наружная травма, не сопровождаемая раненіемъ брюшныхъ покрововъ (напр., паденіе изъ окна), также можетъ произвести разрывъ матки, это не подлежитъ никакому сомнѣнію²⁾. Кромѣ того, разрывы матки могутъ быть произведены грубыми манипуляціями, предпріятыми съ преступною цѣлю для вытравленія плода.

При разрывахъ матки, не сопровождаемыхъ наружнымъ раненіемъ, жизнь женщины, конечно, можетъ быть спасена только лапаротоміей съ послѣдующимъ зашиваніемъ матки, или ампутаціей матки по способу *Porro*.

Полный отрывъ матки описывался неоднократно. Онъ происходилъ обыкновенно при грубомъ отдѣленіи плаценты: вывороченная при этомъ матка была вырвана или отрѣзана. Въ другихъ случаяхъ операторъ попадалъ рукою чрезъ разрывъ въ брюшную полость, захватывалъ матку, оттягивалъ ее внизъ и удалялъ ее подь видомъ новообразованія. Къ удивленію, нѣкоторыя изъ этихъ женщинъ не заплатились жизнью³⁾.

Узура или протираніе матки и влагалища представляетъ въ большей степени, чѣмъ собственно разрывъ матки, типическое раненіе при родахъ съ узкимъ, а въ особенности прямо-сбуженнымъ тазомъ. При

1) Относительно новѣйшей литературы разрывовъ матки см.: *Merz*, Arch. f. Gynäk. Bd. 45.—*Koblanck*, Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur 1895.—Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäkologie zu Wien 1895.

2) *Reusing*, Centralbl. f. Gynäk. 1895. № 2.

3) *Schwarz*, Arch. f. Gynäk. Bd. 15.—*Römer*, ibid. Bd. 26.

узуръ раненіе происходитъ вслѣдствіе ущемленія и раздробленія тканей, а перфорация—вслѣдствіе гангрены, вызванной прижатіемъ. Соответственно этому перфорация происходитъ обыкновенно лишь въ послѣродовомъ періодѣ (мочевые свищи).

Анатомическія особенности, симптомы и послѣдствія этихъ поврежденій уже описаны въ соответственной главѣ (см. выше роды при плоскомъ тазѣ). Но и безъ суженія костнаго родового канала могутъ при трудныхъ родахъ образоваться узуръ вслѣдствіе чрезмѣрнаго объема младенца или вслѣдствіе ригидности мягкихъ родовыхъ путей. Образование этихъ узуръ, обнаруживающееся *симптомами прижатія* (лихорадка, отеки и т. д.), о которыхъ уже неоднократно упоминалось при изложеніи акушерскихъ операций, является однимъ изъ главнѣйшихъ показаній къ родоразрѣшенію посредствомъ щипцовъ или посредствомъ перфорации.

Разрывы маточной шейки.

Перфорирующие разрывы шейки происходятъ или самостоятельно такимъ же образомъ, какъ вышеописанные разрывы матки, или же они составляютъ продолженіе разрывовъ матки по направленію внизъ. Но они могутъ быть также вызываемы насильственными и грубыми попытками родоразрѣшенія (наложеніе щипцовъ, форсированное извлеченіе), и тогда они часто сопутствуются болѣе значительными разрывами влагалища.

Само собою понятно, что эти искусственныя раненія, доходяція до брюшины или проникающія чрезъ нее, имѣютъ самое неблагоприятное значеніе для родильнаго періода, особенно въ томъ случаѣ, если не удалось предотвратить инфекцію. Введеніе полоски іодоформной марли послѣ самой тщательной дезинфекціи пораненнаго влагалища считается и здѣсь также самою рациональною терапіей.

Изъ *не-перфорирующихъ разрывовъ шейки* могутъ считаться патологическими лишь такіе, которые проходятъ чрезъ всю шейку и достигаютъ до свода влагалища или проникаютъ даже въ околоматочную клетчатку. Они обязаны своимъ возникновеніемъ болѣе значительной ригидности мягкихъ частей и вызываются преимущественно оперативными пособиями при недостаточномъ расширеніи зѣва (наложеніе щипцовъ, извлеченіе, краіноклазія) и чаще всего при предлежаніи послѣда.

Если роды были ведены по всѣмъ правиламъ асептики, то даже болѣе значительные разрывы шейки обыкновенно заживаютъ вполне удовлетворительно, а затѣмъ остается болѣе или менѣе обширный рубецъ и нерѣдко зіяющій дефектъ во влагалищной части матки,—измѣненія, которыя, конечно, въ послѣдствіи могутъ явиться поводомъ къ самымъ разнообразнымъ страданіямъ. Но если роды велись безъ строгаго соблюденія асептическихъ предосторожностей, то такіе разрывы очень часто становятся исходнымъ пунктомъ для параметрита и другихъ формъ зараженія родовой раны.

Тотчасъ по окончаніи родовъ разрывы шейки констатируются акушеромъ обыкновенно лишь въ томъ случаѣ, если въ области разрыва находится болѣе значительная вѣтвь *arteriae uterinae* (см. рис. 19) и если непосредственно по окончаніи родовъ появилось *обильное кровото- ченіе* изъ половыхъ путей.

Относительно источника этого кровото- ченія не можетъ оставаться сомнѣній, если матка плотно сократилась и если не существуетъ другихъ раненій во влагалищѣ или въ преддверіи его. При внутреннемъ изслѣдо- ваніи констатируется разрывъ шейки, хотя иногда это бываетъ сопря- жено съ нѣкоторымъ трудомъ, благодаря сочности и мягкости всѣхъ ро- довыхъ путей.

Кровотокащій разрывъ шейки требуетъ *наложенія швовъ* ¹⁾. Женщину кладутъ на поперечную кровать или, еще лучше, придаютъ ей ягодично-спинное положеніе, затѣмъ поручаютъ ассистенту сильно отдав- ливать матку внизъ и захватываютъ Мюзеревскими щипцами обѣ губы маточнаго зѣва. Легкимъ потягиваніемъ удается отвести ихъ къ половой расщелинѣ. Затѣмъ проводится лигатура чрезъ края раны въ обѣихъ гу- бахъ маточнаго зѣва и быстро завязывается узломъ. Часто удается уже одною лигатурою остановить кровото- ченіе; въ другихъ же случаяхъ при- ходится наложить нѣсколько швовъ. Но зашивать разорванныя губы вплоть до наружнаго зѣва не слѣдуетъ, такъ какъ при этомъ отверстіе зѣва сдѣлалось бы слишкомъ узкимъ и послѣродовое очищеніе не могло бы свободно вытекать наружу.

Зашиваніе разрыва шейки обыкновенно не представляетъ трудностей, если были сдѣланы вышеописанныя приготовленія. Но если врачъ не имѣетъ возможности наложить швы, то онъ долженъ ограничиться *при- жатіемъ кровотокащаго мѣста* къ костямъ таза посредствомъ *шари- ка іодоформной ваты*. Результатъ мало надеженъ. Во всякомъ случаѣ должно хорошо слѣдить за маткой. Увеличеніе ея указываетъ на крово- изліяніе въ ея полости. Болѣе надежной представляется *тампонація матки іодоформною марлею, а влагалища іодоформными ватными шариками* (см. тампонацію маточно-влагалищнаго канала).

Разрывы влагалища.

Перфорирующіе разрывы въ верхней части влагалища могутъ быть продолженіемъ разрыва матки. Въ другихъ же случаяхъ они происходятъ самостоятельно вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія и образуются такимъ же путемъ, какъ и разрывы матки, по *H. W. Freund'у* ²⁾ — чаще всего при поперечныхъ положеніяхъ. Иногда наблюдался даже полный отрывъ влагалища отъ матки. Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ разрывы вла- галища, проникающіе чрезъ брюшину, вызываются почти единственно очень грубыми оперативными пособиями; напр., при грубомъ наложеніи щипцовъ

¹⁾ *Kaltenbach*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

²⁾ *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 63.*

одна ложка инструмента можетъ произвести прободеніе задняго свода влагалища. Иногда это чрезвычайно опасное и въ большинствѣ случаевъ смертельное раненіе становилось очевиднымъ только благодаря наступившему выпаденію кишечныхъ петель. Терапія такая же, какъ при разрывѣ матки (тампонація іодоформною марлею).

Не-перфорирующіе разрывы встрѣчаются особенно въ нижней трети влагалища и происходятъ обыкновенно вслѣдствіе недостаточной способности его къ растяженію или же вслѣдствіе того, что оно слишкомъ сильно и внезапно было растянуто подлежащею частью плода. При этомъ почти всегда дѣло идетъ о продольныхъ разрывахъ, помѣщающихся обыкновенно на задней стѣнкѣ, сбоку *columnae rugosae*. Они могутъ проникать черезъ слизистую оболочку, мускулатуру и даже околовлагалищную клетчатку, а иногда опаснымъ образомъ приближаются къ прямой кишкѣ. Часто разрывъ влагалища переходитъ непосредственно въ разрывъ промежности. Болѣе значительные разрывы влагалища могутъ подать поводъ къ обильнымъ кровотечениямъ по окончаніи родовъ.

Непосредственною причиною обширныхъ разрывовъ влагалища обыкновенно бываютъ оперативныя пособія. Трудныя операціи наложенія щипцовъ, особенно у первородящихъ, а у пожилыхъ первородящихъ даже болѣе легкія операціи этого рода въ тазовомъ выходѣ (выходные щипцы), производятъ разрывы влагалища, мѣстонахожденіе которыхъ иногда довольно точно соотвѣтствуетъ положенію ложекъ щипцовъ съ правой и лѣвой стороны. При краниоклазіи разрывы влагалища могутъ быть произведены острыми осколками костей въ случаѣ неосторожнаго извлеченія головки. Но и безъ всякаго оперативнаго пособія иногда образуются разрывы влагалища при чрезмѣрной неподатливости мягкихъ частей (у пожилыхъ первородящихъ), при врожденной узости влагалища или при рубцовыхъ измѣненіяхъ его, наковецъ—въ тѣхъ случаяхъ, когда влагалище не можетъ на отдѣльныхъ мѣстахъ достаточно растягиваться, благодаря ненормальнымъ выступамъ на краяхъ таза [ненормально выступающія ости, по *W. A. Freund*¹⁾].

Разрывы влагалища даже безъ наложенія швовъ заживаютъ въ большинствѣ случаевъ вполне удовлетворительно путемъ образованія грануляцій, если роды велись съ соблюденіемъ асептическихъ предосторожностей. Но, увеличивая родовую рану, они, конечно, вмѣстѣ съ тѣмъ, облегчаютъ возможность зараженія, особенно если ихъ края неровны или разможжены, такъ что процессу заживленія ихъ должно еще предшествовать распаденіе и отторженіе извѣстнаго участка ткани. Наоборотъ, если роды велись безъ строгой асептики, то незашитые разрывы влагалища могутъ подать поводъ къ неприятному нагноенію, изъязвленію и образованію гнояниковъ съ прободеніемъ ихъ въ прямую кишку (*istula recto-vaginalis*). Глубокіе и широкіе рубцы, остающіеся послѣ болѣе обширныхъ разрывовъ, производятъ суженіе и даже полное зарощеніе влагалища.

1) *W. A. Freund*, Gynäk. Klinik. 1885.

Поэтому всё болѣе значительные разрывы влагалища должны быть по возможности соединяемы посредствомъ *наложенія швовъ*, которое, впрочемъ, при разрывахъ, простирающихся далеко вверхъ, представляется иногда довольно затруднительнымъ и едва-ли даже можетъ быть выполнено безъ вспомогательныхъ аппаратовъ (влагалищныя зеркала) и опытныхъ ассистентовъ. Напротивъ того, разрывы, помѣщающіеся близко къ влагалищному входу, зашиваются легко. Зашитые и незашитые разрывы присыпаются іодоформомъ.

Если изъ разрыва влагалища появилось значительное кровотеченіе, то всегда должна быть сдѣлана попытка наложенія швовъ. Если же эта попытка не удалась, то для остановки кровотеченія приходится прибѣгнуть къ *прижатію*, какъ это было подробно указано по поводу леченія кровоточащихъ разрывовъ шейки.

Разрывы промежности.

Незначительныя и среднія степени *разрыва промежности* составляютъ у первородящихъ довольно частое явленіе и не всегда могутъ быть предотвращены даже самыми тщательными профилактическими мѣрами. Напротивъ того, у многородащихъ разрывы промежности почти всегда могутъ быть предотвращены хорошей профилактикой ¹⁾.

Разрывъ начинается на уздечкѣ, или еще во влагалищѣ сбоку *colunnae poster.*, и продолжается чрезъ заднюю спайку на средину промежности. Длина и глубина его чрезвычайно разнообразны. Поверхностные разрывы проникаютъ только чрезъ кожу и фасцію, а глубокіе захватываютъ также мускулатуру промежности. Разрывъ можетъ въ продольномъ направленіи ограничиваться влагалищемъ и промежностью (простой разрывъ промежности), или онъ захватываетъ также заднепроходный сфинктеръ и доходить до прямой кишки или проникаетъ въ нее насквозь, такъ что *septum recto-vaginale* въ нижней своей части оказывается разщепленнымъ (*полный разрывъ промежности*).

Разрывъ происходитъ во время прорѣзыванія подлежащей части по промежности, когда послѣдняя уже достигла максимальнаго своего растяженія. На шарообразно-выпяченной промежности можно въ большинствѣ случаевъ ясно видѣть, какъ разрывъ начинается подъ сильно напряженною и истонченною кожей въ болѣе глубокихъ слояхъ и распространяется по направленію изнутри кнаружи. Послѣ рожденія головки прорѣзывающіяся плечики часто увеличиваютъ образовавшійся уже разрывъ, но сами по себѣ они образуютъ его сравнительно рѣдко.

Особую форму составляетъ центральный разрывъ: промежность разрывается посрединѣ, а спайка можетъ сохраниться въ цѣлости.

Разрыву промежности можетъ благоприятствовать слишкомъ быстрое прорѣзываніе подлежащей части и прохожденіе ея въ неблагоприятной

¹⁾ *Olshausen*, Samml. klin. Vorträge von *Volkmann* № 44.—v. *Woerz*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

позиціи (передне-головное положеніе и т. д.), затѣмъ большое несоотвѣтствіе между головкою и половой расщелиной, уменьшенная эластичность промежности (у пожилыхъ первородящихъ или при рубцахъ и язвахъ), наконецъ — узость лонной дуги и роды въ неблагопріятномъ положеніи (положеніе роженицы на спинѣ, слишкомъ малое наклоненіе таза). Оперативныя пособія, напр. наложеніе щипцовъ, даже когда они предпринимаются опытною рукою, часто тоже вызываютъ разрывы промежности, особенно при вышеуказанныхъ обстоятельствахъ. При неискусномъ освобожденіи послѣдующей головки довольно часто наблюдались глубокіе и даже полные разрывы промежности. Иногда промежность разрывается уже во время введенія руки для производства поворота.

Симптомы незначительны. Роженица жалуется на чувство жженія въ наружныхъ половыхъ частяхъ. Болѣе значительное кровотеченіе является лишь въ томъ случаѣ, если разрывъ заходитъ очень далеко вверхъ во влагалище или проникаетъ глубоко въ промежность. Если разрывъ промежности предоставленъ самому себѣ, то, за исключеніемъ лишь небольшихъ разрывовъ слизистой оболочки, онъ никогда не заживаетъ съ полнымъ восстановленіемъ естественныхъ отношеній: половая расщелина остается удлиненною и болѣе или менѣе зияющею, а это обстоятельство вызываетъ и поддерживаетъ катарры наружныхъ половыхъ частей и располагаетъ къ выпаденію стѣнокъ влагалища. Если заднепроходный сфинктеръ былъ также разорванъ, то женщина лишена возможности задерживать кишечные газы и жидкія испраженія. Свѣжій разрывъ промежности, конечно, облегчаетъ также возможность зараженія; онъ превращается при этомъ въ т. наз. пуэрперальную язву, которая послѣ своего заживленія обыкновенно оставляетъ болѣе значительный дефектъ.

Эти немаловажныя послѣдствія, вызываемыя разрывами промежности, налагаютъ на насъ обязанность производить тотчасъ по окончаніи каждаго родовъ *тщательный осмотръ наружныхъ половыхъ частей* для того, чтобы можно было немедленно обнаружить разрывъ промежности, если таковой образовался, и тотчасъ приступить къ его леченію. *Профилактика* разрывовъ промежности уже изложена въ діететикѣ родовъ.

Терапія состоитъ въ *наложеніи швовъ*. Заживленіе р. *priman intentionem*, почти всегда при этомъ наступающее, опять восстанавливаетъ естественныя отношенія. Маленькіе разрывы можно зашивать въ положеніи на боку. При болѣе значительныхъ разрывахъ необходимо помѣстить наркотизированную женщину на поперечной кровати и наложить сначала нѣсколько швовъ со стороны влагалища, а затѣмъ со стороны промежности. Само собою понятно, что наружныя половыя части передъ наложеніемъ швовъ должны быть тщательно очищены; сама рана незадолго передъ тѣмъ обтирается 3% растворомъ карболовой кислоты. Швы должны быть проведены глубоко подъ край раны, особенно въ области спайки. Зашитая рана присыпается іодоформомъ. Къ наружнымъ половымъ частямъ прикладывается шарикъ іодоформной марли.

Если дѣло идетъ о полномъ разрывѣ промежности, то сначала необходимо наложить швы со стороны прямой кишки, которые должны соединить ея слизистую оболочку вплоть до разорванныхъ концовъ сфинктера. Игла вкалывается со стороны разорванной прямой кишки непосредственно у самаго края раны въ слизистой оболочкѣ по направленію снизу вверхъ, затѣмъ проводится на противоположную сторону и выкалывается съ направленнымъ книзу остриемъ на соответствующемъ пунктѣ противоположной стороны по направленію сверху внизъ. Швы завязываются въ прямой кишкѣ. Или же слѣдуютъ совѣту *Lauenstein*'а и вмѣсто гест'ального шва накладываютъ шовъ изъ кѣтгута черезъ рану, причемъ проводятъ его мимо краевъ слизистой оболочки прямой кишки, не касаясь ея. Узлы завязываются въ ранѣ; швы при стягиваніи выпираютъ края слизистой оболочки въ просвѣтъ прямой кишки. Затѣмъ накладываются швы со стороны влагалища и въ заключеніе со стороны промежности.

Относительно другихъ видоизмѣненій шва см. *Apfelstedt*, *Münch. med. Wochenschr.* 1896, № 23.

Послѣдовательное леченіе довольно просто. Самую важную роль играетъ покойное положеніе. Ни спринцованій влагалища, ни катетеризаціи мочевого пузыря не требуется. Йодоформная марля, насквозь пропитывающаяся послѣродовымъ очищеніемъ, удаляется отъ времени до времени и замѣняется новою, промежность очищается отъ послѣродового очищенія и присыпается йодоформомъ. Первое испражненіе наступаетъ обыкновенно на 3-й или 4-й день; при этомъ нужно заботиться, чтобы за короткое время до испражненія твердые каловыя массы были размягчены клистиромъ.

Выборъ швейнаго матеріала для влагалища и промежности (шелкъ, кѣтгутъ, *silkworm*) и самый способъ сшиванія (узловатымъ или непрерывнымъ швомъ) составляютъ дѣло вкуса. При тщательной асептикѣ и при нѣкоторомъ искусствѣ оператора всякій разрывъ промежности, по какому бы методу и какимъ бы матеріаломъ онъ ни былъ соединенъ, заживаетъ р. *prima*. Только при полныхъ разрывахъ промежности насъ иногда постигаетъ неудача. Если операторъ не имѣетъ возможности лично наблюдать за послѣдовательнымъ леченіемъ, или если вообще существуютъ какія либо неблагоприятныя вѣшнія условія, затрудняющія уходъ за родильницей, то разрывъ (влагалища и промежности) долженъ быть зашитъ *проволокой*. Такъ какъ послѣдняя можетъ оставаться на мѣстѣ до 3-хъ недѣль, не вызывая нагноенія, то по удаленіи ея уже не приходится опасаться новаго расхожденія раны. Шелковые швы должны быть удаляемы черезъ 7 дней.

Лучше всего зашивать промежность непосредственно послѣ изгнанія плаценты. Но если этого не позволяютъ вѣшнія условія (плохое освѣщеніе и т. п.) или состояніе роженицы (острая анемія), то можно наложить швы и въ первые 12 часовъ послѣ рожденія плаценты. Зашивать промежность еще позже не слѣдуетъ, такъ какъ къ этому времени уже начинается образованіе грануляцій. Если разрывъ промежности не зажилъ и если онъ при этомъ сколько-нибудь обширенъ, то по окончаніи родильнаго періода должна быть произведена пла-

стическая операція. *Болѣе позднее* зашиваніе несросшагося разрыва промежности въ *родильномъ періодѣ*, послѣ предварительнаго освѣженія краевъ и удаленія грануляцій, уже неоднократно производилось въ новѣйшее время и давало хорошіе результаты [*Zweifel* ¹⁾].

Другія раненія наружныхъ половыхъ частей.

Большое значеніе имѣютъ разрывы въ области *мочеспускательнаго канала* и *клитора*. Такъ какъ здѣсь лежатъ непосредственно подъ слизистой оболочкою довольно большіе сосуды, то и небольшой разрывъ можеть повлечь за собою *чрезвычайно обильное кровотеченіе*. | При всякомъ болѣе сильномъ кровотеченіи послѣ рожденія младенца должно быть непременно произведено тщательное изслѣдованіе этой области.

Кровоточащее мѣсто немедленно обкалывается. Иногда бываетъ трудно остановить кровотеченіе, потому что изъ уколовъ продолжаетъ сочиться кровь, или наложенный шовъ прорѣзываетъ тонкую ткань. При такихъ обстоятельствахъ должно быть сдѣлано болѣе глубокое обкалываніе, или приходится прибѣгнуть къ прижатію іодоформною ватой съ плотнымъ смыканіемъ бедеръ.

Поврежденія тазовыхъ сочлененій.

Эти поврежденія встрѣчаются рѣдко, но все-таки чаще, чѣмъ предполагалось въ прежнее время. Они образуются при трудныхъ родахъ и при несоотвѣтствіи между головкою и тазомъ, особенно если извлеченіе младенца производилось съ *чрезмѣрною силою*, или если въ то же время, напр. при наложеніи щипцовъ, *потягиваніе* производилось не въ надлежащемъ направленіи [*Schauta* ²⁾]. Можно согласиться съ высказаннымъ нѣкоторыми авторами мнѣніемъ, что къ разрыву таза предрасполагаетъ хроническій и острый ревматизмъ суставовъ, въ особенности ревматизмъ лоннаго сочлененія ³⁾.

Разрывъ таза происходитъ чаще всего въ лонномъ сочлененіи; но встрѣчались также разрывы одного или обохъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій или даже всѣхъ трехъ сочлененій таза одновременно.

Самое образованіе разрыва сопровождается иногда громкимъ трескомъ, причѣмъ женщина имѣетъ такое ощущеніе, какъ будто у нея внутри что нибудь разорвалось. До наступленія разрыва женщина не можетъ двигать нижними конечностями, которыя сильно вывернуты кнаружи. Область разорваннаго сочлененія очень чувствительна къ давленію. Всякая попытка пассивнаго движенія тоже сопровождается сильнѣйшею болью. Если разорвавшееся лонное сочлененіе зияетъ, то въ такомъ случаѣ наблюдаются также разстройства со стороны мочевого пузыря.

Предсказаніе при цѣлесообразной терапіи не неблагоприятно. Впро-

¹⁾ Lehrb. d. Geburtsh. 1895.—См. также: *Saurenhans*, Centralbl. f. Gynäk. 1890. № 18.

²⁾ *P. Müller*, Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. 1889. *R. Braun*, v. *Fernwald*, Arch. f. Gynäk. Bd. 47.

³⁾ *Jellinghaus*, Centralbl. f. Gynäk. 1899. № 43.

чемъ существенное вліяніе на него оказываетъ нагноеніе разорваннаго сустава, которое не всегда можетъ быть предотвращено и иногда влечетъ за собою смертельный исходъ.

Леченіе состоитъ въ немедленномъ наложеніи тазового пояса, импровизированнаго изъ полотенець, и т. п. Обыкновенно это сразу облегчаетъ страданія больной. Если наступило нагноеніе, которое обнаруживается упорною лихорадкою, увеличивающеюся припухlostью и болѣзненностью, то необходимо пораньше сдѣлать разрѣзь, для того чтобы предотвратить образованіе натечнаго гнояника [*Dührssen* ¹⁾].

2. Кровотеченія во время родовъ.

Съ *кровотеченіями изъ половыхъ частей* мы уже познакомились въ патологіи беременности. Они наступаютъ у беременныхъ отчасти болѣе случайнымъ образомъ (разрывъ варикознаго узла, ракъ или полипъ маточной шейки), а отчасти являются слѣдствіемъ нарушеннаго соединенія между яйцомъ и маткою и всегда сопутствуютъ выкидышу въ первые мѣсяцы беременности.

Но до сихъ поръ мы еще не говорили о кровотеченияхъ во *второй половинѣ* беременности, которыя происходятъ вслѣдствіе преждевременной *отслойки плаценты*, вызываютъ почти всегда родовую дѣятельность и продолжаются также во время родовъ.

Кровотеченія во время родовъ могутъ имѣть слѣдующія причины:

1. Разрывъ варикознаго узла, полипъ или ракъ маточной шейки.
2. Разрывъ сосудовъ пуповины при *insertio velamentosa*.
3. Разрывъ матки.
4. Преждевременная отслойка плаценты:
 - а) при прикрѣпленіи ея на нормальномъ мѣстѣ;
 - б) при прикрѣпленіи ея на ненормальномъ мѣстѣ (*placenta praevia*).

Сюда еще примыкаютъ *кровотеченія въ 3-мъ періодѣ родовъ*, которыя происходятъ:

1. Изъ раненій, причиненныхъ родовымъ актомъ.
2. Изъ области прикрѣпленія плаценты, причеиъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ они обусловливаются недостаточнымъ сокращеніемъ матки (атоническія кровотечения).

Преждевременная отслойка плаценты при прикрѣпленіи ея на нормальномъ мѣстѣ.

Причиною *преждевременной отслойки* бывають отчасти травматическія поврежденія и особенно механическія сотрясенія тѣла, а отчасти, какъ это было особенно выставлено на видъ въ новѣйшее время, болѣзненные измѣненія внутренней оболочки матки, сущность которыхъ, однако, еще не вполне изучена. При нефритѣ беременныхъ неоднократно тоже наблюдалась преждевременная отслойка плаценты, причеиъ и здѣсь также

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 35.

нѣкоторые авторы думаютъ, что преждевременной отслойкѣ ея предшествуютъ воспалительныя измѣненія эндометрія и мускулатуры матки ¹⁾).

Преждевременная отслойка плаценты влечетъ за собою *кровотеченіе изъ материнскихъ плацентарныхъ сосудовъ* и обыкновенно вызываетъ родовую дѣятельность.

Это кровотеченіе можетъ быть по преимуществу *внутреннее* или *наружное*. Въ первомъ случаѣ излившаяся кровь накапливается между стѣнкою матки, съ одной стороны, и отслоившеюся частью плаценты и яйцевыхъ оболочекъ—съ другой. Иногда также наблюдалась центральная отслойка въ настоящемъ смыслѣ этого слова: край плаценты оставался прикрѣпленнымъ на мѣстѣ, а центральная часть, благодаря давленію накопившейся подъ нею крови, выпячивалась внутрь.

Если *внутреннее кровотеченіе* достигаетъ болѣе сильной степени, то оно обнаруживается внезапно и очень жестокою болью, чувствомъ сильнаго напряженія въ маткѣ, а также признаками острой анеміи и упадка силъ.

Кромѣ того, иногда замѣчаются измѣненіе формы матки и увеличеніе ея объема. Внутреннія кровотеченія, въ совершенно строгомъ смыслѣ этого слова, которыя достигали бы значительныхъ размѣровъ, встрѣчаются, во всякомъ случаѣ, очень рѣдко. Обыкновенно же при такъ называемыхъ внутреннихъ кровотеченіяхъ происходитъ и небольшое кровотеченіе наружу. Надежда на спасеніе младенца не велика; предсказаніе для матери въ большинствѣ случаевъ тоже серьезно.

Роды должны быть окончены немедленно, какъ только это позволяетъ ширина маточнаго зѣва, причемъ не слѣдуетъ обращать вниманія на то, живъ-ли еще младенецъ, или онъ уже умеръ. При узкомъ зѣвѣ необходимо сдѣлать комбинированный поворотъ; бедро младенца, выведенное въ маточный зѣвъ, возбуждаетъ потуги. Если зѣвъ еще совершенно закрытъ, то слѣдуетъ стараться по возможности вызвать потуги; съ этою цѣлью можетъ быть примѣнена тампонація. Искусственный разрывъ плоднаго пузыря, представляющій при наружныхъ кровотеченіяхъ очень дѣйствительное средство, рекомендовался нѣкоторыми авторами также при внутреннихъ кровотеченіяхъ. Нѣкоторые акушеры считаютъ возможнымъ прибѣгать даже къ насильственному родоразрѣшенію (*accouchement forcé*) во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ является опасность для жизни матери [*J. Veit, Winckel* ²⁾], причемъ можно пользоваться введеніемъ внутрь матки баллона, снабженнаго грузомъ, вызывающаго наиболѣе безвреднымъ образомъ необходимое для производства поворота раскрытіе узкаго маточнаго зѣва.

Гораздо чаще кровь изливается *главнымъ образомъ наружу*, послѣ того какъ она отъ области прикрѣпленія плаценты проложила себѣ до-

¹⁾ См. *Winter*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 11, p. 398. *Gräfe*, *ibid.* Bd. 23.—*v. Weiss*, Arch. f. Gynäk. Bd. 46.

²⁾ *Lehrb. d. Geburtsh.* 1893.

рогу между яйцевыми оболочками и стѣнкою матки. Если исключены другіе источники кровотеченія, а особенно предлежаніе плаценты, то діагнозъ очень скоро можетъ быть поставленъ.

Предсказаніе для младенца даже при наружномъ кровотеченіи неблагоприятно въ виду уменьшенія его дыхательной поверхности на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты; но для матери оно гораздо болѣе благоприятно, чѣмъ при внутреннемъ кровотеченіи.

Такъ какъ налѣяться на остановку кровотеченія можно только по окончаніи родовъ, то при болѣе сильныхъ кровотеченияхъ необходимо окончить роды по возможности безвреднымъ способомъ, какъ только это позволяетъ состояніе мягкихъ частей. Если значительное выдѣленіе крови появилось въ ранней стадіи родовъ, то при цѣломъ еще пузырьѣ должна быть произведена тампонація. Но она представляетъ обоюдоострое средство, такъ какъ наружное кровотеченіе можетъ иногда превратиться во внутреннее, которое и выразится вышеописанными симптомами. Послѣ разрыва плоднаго пузыря тампонація вообще противопоказана.

Очень хорошее средство представляетъ *искусственный разрывъ плоднаго пузыря*. Обыкновенно послѣ этого останавливается кровотеченіе и усиливаются потуги. Однако, съ примѣненіемъ этого средства необходимо выжидать, по возможности, до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ не расширится до половины, такъ чтобы немедленно послѣ разрыва пузыря можно было окончить роды, если бы кровотеченіе не остановилось.

Вышеописаннымъ случаямъ преждевременной отслойки плаценты во время беременности или въ началѣ родовъ могутъ быть противопоставлены такіе случаи, въ которыхъ отслойка происходитъ лишь въ *дальнѣйшемъ теченіи родового акта*. Если плодный пузырь при хорошихъ потугахъ очень долго остается цѣлымъ, несмотря на полное расширеніе маточнаго зѣва, то онъ мало по малу появляется въ половой расщелинѣ, и, благодаря натяженію со стороны яйца, можетъ произойти отслойка нѣкоторой части плаценты съ небольшимъ выдѣленіемъ крови. Искусственный разрывъ плоднаго пузыря при такихъ обстоятельствахъ прототвращаетъ дальнѣйшую отслойку.

Если матка значительно уменьшилась въ объемѣ, благодаря частичному опорожненію ея содержимаго, напр. послѣ очень обильнаго истеченія водъ при чрезмѣрномъ скопленіи околоплодной жидкости, или послѣ рожденія перваго близнеца при двойняхъ, то, особенно въ этомъ послѣднемъ случаѣ, преждевременная отслойка плаценты наступаетъ не очень рѣдко. При такихъ обстоятельствахъ необходимо въ интересахъ младенца тотчасъ окончить роды. Напротивъ того, большая продолжительность родовъ въ періодѣ изгнанія, вопреки очень распространенному мнѣнію, лишь весьма рѣдко подаетъ поводъ къ преждевременной отслойкѣ плаценты.

Преждевременная отслойка плаценты при прикреплении ея на ненормальномъ мѣстѣ.

Предлежаніе плаценты. Placenta praevia.

Если во время беременности или въ какой-либо стадіи родовъ прощупывается часть плаценты въ *маточномъ зѣвѣ*, то это называютъ *предлежаніемъ плаценты. Placenta praevia* (предлежащая или, вѣрнѣе сказать, впереди идущая плацента: prae-via).

Согласно старинному обыкновению, различаютъ слѣдующія формы: центральное или полное предлежаніе плаценты (*Placenta praevia totalis s. centralis*), если надъ расширенною шейкою матки прощупывается только плацентарная ткань; *placenta praevia lateralis*, если рядомъ съ плацентою еще прощупываются яичевыя оболочки, наконецъ—*placenta praevia marginalis*, если при полномъ расширеніи зѣва удается прощупать только край плаценты.

Въ анатомическомъ смыслѣ эта аномалія можетъ быть опредѣлена какъ *мѣсто-нахождение всей плаценты или нѣкоторой части ея въ нижнемъ сегментѣ матки.*

Для объясненія этой аномаліи предполагали въ прежнее время, что яйцо поселилось вблизи внутренняго маточнаго зѣва, а причиною такого поселенія его на ненормальномъ мѣстѣ считали катарральное состояніе или необыкновенную гладкость слизистой оболочки матки. Но затѣмъ интересныя разъясненія по этому вопросу были доставлены новѣйшими изслѣдованіями *Hofmeier'a* ¹⁾, по которымъ предлежаніе плаценты почти во всѣхъ случаяхъ обусловливается развитіемъ ея въ *области dec. reflexae* на нижнемъ полюсѣ яйца. Слѣдовательно, по этой теоріи предполагается, что часть плаценты, лежащая свободно надъ маточнымъ зѣвомъ, покрыта гладкою *dec. reflexa*, которая впоследствии срастается съ *dec. vera* (см. рис. 111).

Заболѣванія внутренней оболочки матки признаются и по этой теоріи посредствующимъ звеномъ, благодаря которому возникаетъ предлежаніе плаценты. Они отчасти вызываютъ чрезмѣрное разроженіе и болѣе сильную васкуляризацию *dec. reflexae*, а отчасти препятствуютъ достаточному притоку питательнаго матеріала чрезъ ворсинки, прикрѣпляющіяся въ *dec. serotina*. Оба эти обстоятельства благопріятствуютъ сохраненію ворсинокъ въ *dec. reflexa*. [*Kaltenbach* ²⁾].

Эта теорія *Hofmeier-Kaltenbach'a* чрезвычайно соблазнительна, хотя встрѣтила также возраженія. *Ahlfeld*, въ особенности, высказывается противъ нея и

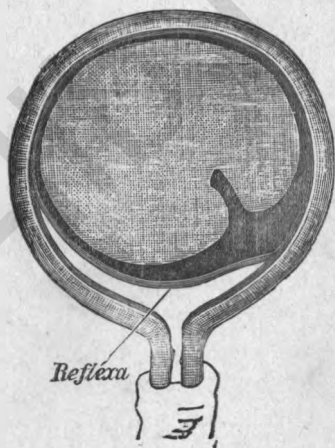


Рис. 111. Схема предлежанія плаценты (5-й мѣсяць беременности). По *Hofmeier-Kaltenbach'u*.

¹⁾ Die menschliche Placenta 1890.

²⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 18.

держится стараго воззрѣнія, по которому яйцо первично прививается вблизи внутренняго маточнаго зѣва. Вопросъ о происхожденіи *plac. praeviae* еще окончательно не рѣшенъ ¹⁾.

Важная роль заболѣваній внутренней оболочки матки въ *этіологіи* предлежанія плаценты выставляется на видъ большинствомъ авторовъ. Слѣдуетъ также упомянуть о томъ, что предлежаніе плаценты довольно часто встрѣчается совмѣстно съ мюмами матки. Наконецъ, извѣстенъ фактъ, что предлежаніе плаценты наблюдается преимущественно у такихъ *многородящихъ*, у которыхъ роды слѣдовали одни за другими черезъ короткіе промежутки времени. Частота предлежанія плаценты не очень велика. По статистикѣ *Schwarz'a*, въ курфюршество Гессенскомъ пришлось среднимъ числомъ по одному случаю предлежанія плаценты на 1564 случая родовъ вообще. У первородящихъ предлежаніе плаценты встрѣчается довольно рѣдко. Повтореніе этой аномалии у одной и той же женщины наблюдалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но встрѣчается, повидимому, не часто.

Одновременно съ предлежаніемъ плаценты часто встрѣчаются и другія аномалии ея, напр. уклоненія отъ нормальной формы, слишкомъ малая толщина предлежащаго лоскута плаценты, затѣмъ *placenta succenturiata*, *placenta marginalata*, *insertio velamentosa*—аномалии, присутствіе которыхъ при предлежаніи плаценты отчасти можетъ быть объяснено теоріей *Hofmeier'a*.

Съ *клинической* точки зрѣнія предлежаніе плаценты составляетъ одно изъ самыхъ злополучныхъ осложненій родового акта. Къ счастью, многіе случаи кончаются выкидышемъ въ первые мѣсяцы беременности, безъ того, чтобы женщина подверглась большей опасности, чѣмъ при обыкновенномъ выкидышѣ. Если предлежаніе плаценты переходитъ во вторую половину беременности, то съ этого момента уже начинается для женщины опасность. Важнѣйшій симптомъ состоитъ въ *кровотеченіи изъ материнскихъ плацентарныхъ сосудовъ*. Отслойка плаценты, происходящая благодаря растяженію нижняго сегмента матки въ послѣдніе мѣсяцы или недѣли беременности и особенно во время родовъ, влечетъ за собою обнаженіе и вскрытіе вышеупомянутыхъ сосудовъ.

Кровотеченіе часто по своимъ размѣрамъ угрожаетъ опасностью жизни. Еще до окончанія родовъ женщина можетъ умереть отъ истеченія кровью. Низкое и легко доступное положеніе плацентарной области благопріятствуетъ, кромѣ того, септическимъ процессамъ, которые обнаруживаются въ послѣродовомъ періодѣ.

Еще большей опасности подвергается младенецъ: неизбѣжная во время родовъ отслойка плаценты влечетъ за собою асфиксію и смерть плода.

Слѣдовательно, *предсказаніе* для матери и для младенца очень серьезно, и тѣмъ въ большей степени, чѣмъ болѣе значителенъ по сво-

¹⁾ *Ahlfeld*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 21 u. 32.—*Hofmeier*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 29.—Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. zu Wien 1895.—*Keilmann*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 33.—*v. Herff*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 36.—Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft. f. Gynäk. zu Leipzig 1897.

ему объему предлежащей лоскутъ плаценты. Къ счастью, терапия можетъ значительно улучшить предсказаніе, въ особенности для матери.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, хотя и довольно рѣдкихъ, наблюдалась также смерть матери вслѣдствіе проникновенія воздуха изъ вены плацентарной области ¹⁾. Что младенецъ можетъ иногда потерять немного крови вслѣдствіе разрыва нѣсколькихъ ворсинокъ хоріона при самопроизвольномъ или искусственномъ отдѣленіи плаценты, это само собою понятно. Но все-таки главною причиною смерти младенца остается асфиксія.

Хотя изъ вышесказаннаго ясно, что кровоточеніе играетъ въ этихъ случаяхъ первостепенную роль, но все-таки *клиническая картина* будетъ существенно неодинакова, смотря по величинѣ предлежащаго лоскута плаценты. При *краевомъ* предлежаніи плаценты роды протекаютъ нормальнымъ образомъ, съ тою только разницею, что въ періодѣ изгнанія, пока не разорвется плодный пузырь, происходитъ повременамъ выдѣленіе крови, которое, впрочемъ, лишь рѣдко достигаетъ значительной степени. Послѣ разрыва плоднаго пузыря кровоточеніе останавливается. При *боковомъ* предлежаніи плаценты роды почти всегда начинаются съ болѣе сильнаго кровоточенія, и только затѣмъ наступаютъ потуги, съ появленіемъ которыхъ опять появляется значительное кровоточеніе. Но и во время беременности уже могутъ появиться кровоточенія. Это даже составляетъ правило при *полномъ* предлежаніи плаценты, явленія котораго сейчасъ будутъ описаны болѣе подробно.

Въ послѣднія недѣли беременности совершенно неожиданно, и притомъ большею частью безъ всякой видимой причины, появляется значительное кровоточеніе. Это событіе всегда должно возбудить у врача подозрѣніе о предлежаніи плаценты и обратить его вниманіе на большую опасность, въ которой находится жизнь матери, и на высокую отвѣтственность, которую онъ на себя принимаетъ. По прошествіи нѣсколькихъ дней или недѣль, въ большинствѣ случаевъ опять-таки безъ всякой видимой причины, при полномъ покоѣ, иногда во время сна, появляются опять значительныя кровоточенія, которыя не остаются безъ вліянія на общее состояніе.

Такимъ образомъ кровоточенія, болѣе или менѣе значительныя, могутъ слѣдовать одно за другимъ нѣсколько разъ съ болѣе короткими или продолжительными перерывами, пока, наконецъ, въ большинствѣ случаевъ весьма постепенно, не появятся слабыя потуги. Очень часто наступаютъ преждевременные роды.

Съ началомъ родовъ опять появляются обильныя кровоточенія, которыя могутъ привести къ потерѣ пульса. Потуги почти всегда бываютъ слабыя, и это опять-таки составляетъ большое несчастіе, такъ какъ только съ окончаніемъ родовъ можно надѣяться на прочную остановку кровоточенія. Увеличивающееся растяженіе нижняго сегмента матки и дальнѣйшее раскрываніе маточнаго зѣва производятъ отслойку плаценты

1) Heuck, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 28.

на большемъ и большемъ пространствѣ и обнажаютъ все новые и новые сосуды. Закрыть просвѣтъ кровотокащихъ сосудовъ путемъ прижатія, какъ это дѣлается въ 3-мъ періодѣ родовъ, невозможно въ данномъ случаѣ, благодаря растяженію наполненной матки. Сосуды кровоточатъ до тѣхъ поръ, пока роды не окончатся и матка не опорожнится отъ своего содержимаго. Анемія все болѣе усиливается и достигаетъ высочайшей степени. Въ заключеніе плацента выпячивается далеко въ расширенный зѣвъ, или отслоившійся лоскутъ ея выпадаетъ даже во влагалище. Если и теперь еще не будетъ прибѣгнуто къ пособію искусства, то младенецъ, давнымъ-давно уже умершій, можетъ родиться силами природы, коль скоро женщина не умерла раньше. Иногда плацента, совершенно отдѣлившаяся, рождается раньше младенца (выпаденіе плаценты). Въ 3-мъ періодѣ родовъ атоническія кровотечения или кровотечения изъ разрывовъ, особенно послѣ операций, тоже встрѣчаются нерѣдко и подвергаютъ уже и безъ того крайне ослабленную женщину величайшей опасности.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдалось выпаденіе плаценты даже при совершенно нормальномъ прикрѣпленіи ея ¹⁾.

Менѣе опасно *боковое* предлежаніе плаценты. Въ этомъ случаѣ кровотечения могутъ послѣ разрыва плоднаго пузыря уменьшиться или совсѣмъ прекратиться, такъ какъ разрывъ пузыря не производитъ отслойки новыхъ частей плаценты, а обнаженные уже сосуды тампонируются вступающею въ тазъ головкою младенца.

Распознаваніе во время беременности не всегда бываетъ легкимъ. Если возможно исключить новообразованіе въ маточной шейкѣ или разрывъ варикознаго узла, какъ причину кровотечения, то оно можетъ только зависѣть или отъ „преждевременной отслойки плаценты при нормальномъ ея прикрѣпленіи“, или отъ предлежанія плаценты. Послѣднее характеризуется значительною мягкостью и рыхлостью влагалищной части матки. Если предлежитъ болѣе значительный лоскутъ плаценты, то чрезъ *очень разрыхленный*, почти тѣстоватый входъ влагалища прощупывается мягкая масса, лежащая на-подобіе подушки между головкою младенца и пальцемъ изслѣдующаго.

Если, наоборотъ, маточный зѣвъ уже проходимъ для одного пальца, то можно ощупать плаценту непосредственно въ видѣ мягкой губчатой массы. Смѣшать плаценту съ кровяными сгустками возможно. Но кровяные сгустки обыкновенно легко раздавливаются, какъ студень; плацентарная ткань, наоборотъ, больше противостоитъ давленію. При дальнѣйшемъ проникновеніи въ нее пальца получается такое ощущеніе, какъ будто подъ пальцемъ разрывается ткань. Яйцевыя оболочки легко и ясно могутъ быть отличены отъ плаценты. По соудству съ нею яйцевыя оболочки обыкновенно представляются на-ощупъ нѣсколько болѣе твердыми и шероховатыми.

На извергнутой плацентѣ тотъ лоскутъ ея, который предлежалъ въ

¹⁾ См. *Naake*, Arch. f. Gynäk. Bd. 58.

маточномъ зѣвѣ, можетъ быть признанъ по приставшимъ къ нему болѣе старымъ кровянымъ сгусткамъ. Обыкновенно въ то же время онъ имѣетъ нѣсколько меньшую толщину.

Терапія предлежанія плаценты. Господствующій теперь методъ леченія при предлежаніи плаценты состоитъ въ возможно раннемъ разрывѣ пузыря и производствѣ *комбинированнаго поворота на ножку.*

Благодаря нарушенію цѣлости яйца при разрывѣ пузыря, плацента можетъ вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки оттянуться вверхъ, а это обстоятельство предотвращаетъ дальнѣйшую отслойку. Обнаженные уже сосуды тампонируются выведеннымъ въ нижній сегментъ матки бедромъ младенца, геср. ягодицами его. Поэтому по окончаніи поворота кровотеченіе почти всегда прекращается. Комбинированный методъ для поворота предпочитаютъ на томъ основаніи, что онъ можетъ быть примѣненъ для остановки кровотеченія уже въ ранней стадіи родовъ.

Кровотеченія во время беременности останавливаются покойнымъ лежаніемъ въ постели, употребленіемъ опія, горячими сиринцованіями, и только послѣ того, какъ эти средства оказались бесполезными, можно прибѣгнуть къ тампонаціи тщательно дезинфицированнымъ колпейринтеромъ.

Какъ только маточная шейка сдѣлалась *удобнопроходимой для двухъ пальцевъ*, нужно тотчасъ приступить къ повороту, причемъ все равно, кончяся-ли уже нормальный срокъ беременности или нѣтъ. Такъ какъ нижній сегментъ матки во всѣхъ случаяхъ предлежанія плаценты бываетъ очень разрыхленъ, то обыкновенно это оказывается возможнымъ уже въ самомъ началѣ родовой дѣятельности. Повороту должно предшествовать тщательное опредѣленіе положенія плода. Въ самыхъ крайнихъ стадіяхъ анеміи слѣдуетъ наркотизировать не хлороформомъ, а эфиромъ. Женщина лежитъ на поперечной кровати. Операторъ вводитъ руку въ томъ мѣстѣ, гдѣ прощупываются яйцевыя оболочки; если же въ маточномъ зѣвѣ совсѣмъ нѣтъ яйцевыхъ оболочекъ, то операторъ вводитъ руку на той сторонѣ, гдѣ лежатъ мелкія части, или тамъ, гдѣ прощупывается болѣе тонкій лоскутъ плаценты, и при помощи поскобливающихъ движеній отдѣляетъ соответствующій участокъ плаценты, пока онъ не дойдетъ до яйцевыхъ оболочекъ; затѣмъ онъ разрываетъ оболочки и низводитъ ножку младенца. Если не удастся скоро добраться до яйцевыхъ оболочекъ, слѣдовательно, если часть плаценты на той сторонѣ, гдѣ производится операція, очень велика, то въ такомъ случаѣ нѣкоторые совѣтуютъ *проткнуть плаценту* пальцемъ, чтобы этимъ путемъ достать ножку младенца. Однако, этого насилія слѣдуетъ по возможности избѣгать. Окончивъ поворотъ плода, операторъ захватываетъ бедро младенца и плотно втягиваетъ его въ маточный зѣвъ; затѣмъ женщина кладется въ постель и накрывается теплѣе. При болѣе значительномъ упадкѣ силъ даютъ сѣрный эфиръ. Если бы, вопреки ожиданію, кровотеченіе еще продолжалось, то его останавливаютъ болѣе сильнымъ оттягиваніемъ ножки внизъ.

Дальнѣйшее изгнаніе младенца принципіально предоставляется теперь *силамъ природы*. При полномъ предлежаніи плаценты извлекать младенца не слѣдуетъ *никогда*, а при боковомъ предлежаніи лишь въ томъ случаѣ, если маточный зѣвъ *совершенно* раскрытъ и если можно надѣяться, что младенецъ еще живъ и жизнеспособенъ. Извлечение должно производиться съ крайней осторожностью, такъ какъ *шейка и нижній сегментъ матки при предлежаніи плаценты очень легко разрываются*, а эти разрывы приводятъ къ очень обильнымъ и въ большинствѣ случаевъ смертельнымъ кровотечениямъ. Женщина иногда платится жизнью за несвоевременное извлечение младенца, между тѣмъ какъ при выжидательномъ методѣ она могла бы быть спасена.

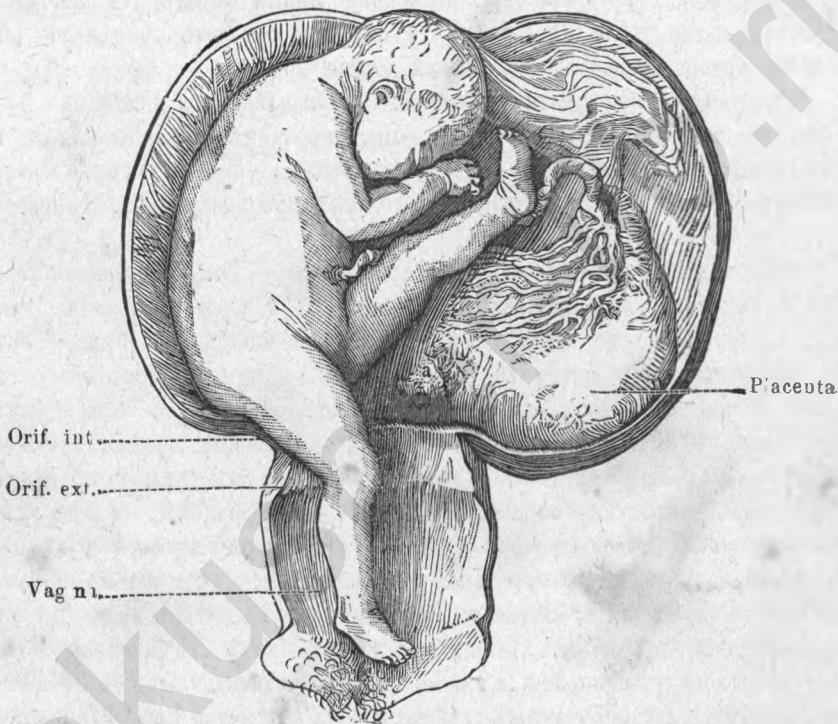


Рис. 112. Матка съ полнымъ предлежаніемъ плаценты, послѣ того какъ произведенъ комбинированный поворотъ. а—отдѣленный при производствѣ поворота лоскутъ плаценты. Ненормальная форма плаценты въ этомъ случаѣ достойна вниманія. По препарату изъ коллекціи Геттингенской гинекологической клиники.

По окончаніи поворота обыкновенно очень скоро наступаютъ хорошія потуги, и затѣмъ спустя еще короткое время, иногда, впрочемъ, лишь черезъ нѣсколько часовъ, рождается младенецъ. 3-й періодъ родовъ ведется по обычнымъ правиламъ.

Если послѣ рожденія младенца остановилось кровотеченіе, то женщина можетъ на первыхъ порахъ считаться спасенной. Если же кровотеченіе продолжается, то предсказаніе очень неблагоприятно, такъ какъ

въ данное время достаточно уже весьма небольшой потери крови, чтобы убить женщину, которая уже и безъ того чрезвычайно ослаблена. Если имѣется атонія матки, то должны быть примѣнены средства, которыя еще будутъ нами описаны въ соотвѣтствующей главѣ. Если же образовался болѣе значительный разрывъ шейки, то опасность смерти очоно велика.

Въ обоихъ случаяхъ, какъ атоніи, такъ и кровотеченія отъ разрыва, не слѣдуетъ слишкомъ долго возиться со средствами сомнительной пользы, а должно тотчасъ же по выхожденіи плаценты перейти къ тампонаціи матки и влагалища. Первая тампонируется іодоформной марлей, нижній же сегментъ матки, шейка и влагалище плотно выполняются шариками изъ іодоформной ваты. Марля удаляется черезъ 48 часовъ, вата же черезъ сутки.

Съ тѣхъ поръ, какъ въ терапію предлежанія плаценты былъ введенъ комбинированный поворотъ, *предсказаніе для матери значительно улучшилось*. Если въ прежнее время смертность матерей доходила приблизительно до 30 %, то въ настоящее время она уже составляетъ около 6 %. Напротивъ того, смертность дѣтей очень велика и равняется приблизительно 60 %. Конечно, смерть младенца иногда могла бы быть предотвращена, если бы во всѣхъ случаяхъ производилось извлеченіе. Но извлеченіе значительно увеличиваетъ смертность матерей, а вѣдь никто не сомнѣвается въ томъ, что сохраненіе жизни матери, обыкновенно уже имѣющей дѣтей, представляется болѣе важнымъ, чѣмъ проблематическое, во всякомъ случаѣ, спасеніе младенца, который, быть можетъ, уже близокъ къ смерти или не доношенъ.

Комбинированный поворотъ при предлежаніи плаценты былъ рекомендованъ *Braxton-Hicks*'омъ, но встрѣтилъ мало сочувствія. Лишь съ тѣхъ поръ, какъ *Schroeder* ¹⁾ и *Gusserow* ²⁾, на основаніи обширной статистики, выявили преимущества комбинированнаго поворота *безъ* послѣдующаго за нимъ извлеченія, этотъ методъ сдѣлался почти общепринятымъ.

Прежній методъ, примѣнявшійся до 1881 г. предпочтительно предъ всѣми другими, заключался въ томъ, что посредствомъ тампонаціи влагалища останавливали или, по крайней мѣрѣ, ограничивали кровотеченіе до тѣхъ поръ, пока маточный зѣвъ не расширится настолько, что сдѣлается возможнымъ внутренній поворотъ, послѣ котораго немедленно и производилось извлеченіе. Невыгоды для матери заключались въ большой возможности зараженія при очень долгомъ оставленіи тампона, затѣмъ въ большой продолжительности родового акта передъ поворотомъ, въ неизбѣжно большой, несмотря на тампонацію, потерѣ крови и, наконецъ, въ возможности легко произвести разрывы при извлеченіи. Напротивъ того, жизнь младенца при этомъ методѣ спасалась чаще, чѣмъ въ настоящее время.

Возраженіе, что комбинированный поворотъ при предлежаніи плаценты представляетъ операцію слишкомъ трудную и поэтому не можетъ быть рекомендованъ для всеобщаго примѣненія, оказалось не выдерживающимъ

¹⁾ Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd 8.

²⁾ ibid. Bd. 9.

критики. Если выжидать до тѣхъ поръ, пока цервикальный каналъ сдѣлается удобопроеходимымъ для двухъ пальцевъ, а ткань шейки потеряютъ свою неподатливость, то операція въ большинствѣ случаевъ будетъ не трудна. При отсутствіи же этихъ предварительныхъ условій *неопытный врачъ не долженъ приступать къ повороту*. Въ подобныхъ случаяхъ нельзя обойтись безъ тампонаціи. Но по возможности ее нужно производить посредствомъ колпейринтера, который передъ употребленіемъ тщательно дезинфицируется. Кровотеченіе при этомъ останавливается довольно надежно. Кромѣ того, колпейринтеръ обыкновенно быстро вызываетъ потуги, такъ что спустя короткое время маточная шейка обыкновенно уже приходитъ въ то состояніе, какое требуется для поворота. Если приходится прибѣгнуть къ тампонаціи ватой, то необходимо съ удвоеннымъ вниманіемъ позаботиться о соблюденіи тѣхъ мѣръ предосторожности, которыя были описаны выше.

Въ *болѣе легкихъ* случаяхъ предлежанія плаценты (а именно при *placenta lateralis marginalis*) часто бываетъ возможно при черепныхъ положеніяхъ обойтись безъ поворота. *Искусственного разрыва плоднаго пузыря* часто оказывается вполне достаточно. Плацента оттягивается вмѣстѣ съ нижнимъ сегментомъ матки вверхъ. Кровоточащее мѣсто тампонируется вступающею въ тазъ головкою младенца. Если искусственный разрывъ пузыря не принесъ пользы, то немедленно приступаютъ къ повороту.

При ягодичныхъ и ножныхъ положеніяхъ необходимо послѣ искусственного разрыва пузыря низвести, гер. оттянуть внизъ переднюю ножку, такъ чтобы ягодицы младенца вошли въ маточный зѣвъ и затампонировали его. Поперечныя положенія, встрѣчающіяся при предлежаніи плаценты сравнительно часто, превращаются въ ножныя положенія посредствомъ комбинированнаго поворота.

Всѣ возраженія, которыя раньше выставляли противъ тампонаціи ватой при предлежаніи послѣда, совершенно опадають, если примѣнить стерильную вату, посыпанную іодоформомъ. Акушеркѣ ничего болѣе послѣ этого не остается, какъ до прихода врача остановить опасное кровотеченіе тампонаціей. Нужно только, чтобы она знала, что слѣдуетъ употребить тампоны изъ іодоформной ваты и не оставлять ихъ ни въ какомъ случаѣ дольше 6 часовъ. — Марля непригодна въ виду ея проницаемости.

Изъ *прежнихъ методовъ леченія* при предлежаніи плаценты намъ остается еще упомянуть о «насильственномъ родоразрѣшеніи» (*accouchement forcé*). Оно теперь совершенно уже вышло изъ употребленія, благодаря тому, что при немъ легко могутъ быть произведены разрывы маточной шейки. *J. Simpson* совѣтовалъ производить до рожденія младенца полную отслойку плаценты для остановки кровотеченія и затѣмъ предоставлять родовой актъ силамъ природы. Младенецъ при этомъ, конечно, всегда погибаетъ. Кровоостанавливающій эффектъ ненадеженъ. О видовзмѣненіяхъ этого метода и о многихъ другихъ способахъ, которые были предложены, мы можемъ здѣсь умолчать, такъ какъ послѣ введенія комбинированнаго поворота въ терапію предлежанія плаценты они уже имѣютъ только историческій интересъ. Въ новѣйшее время обнаруживается справедливое стремленіе ограничить высокую смертность дѣтей и руководствоваться въ большей

степени индивидуальными свойствами каждого отдѣльнаго случая, особенно при обсужденіи показаній къ извлеченію младенца. Повидимому, будущность имѣть *внутриматочное введеніе баллона* съ постояннымъ влеченіемъ послѣ вскрытія пузыря; способъ этотъ горячо рекомендовали также *Schatz* ¹⁾ и *Küstner*. Съ помощью баллона маточный зѣвъ сравнительно быстро раскрывается и обходится при этомъ безъ тампонаціи влагалища и очень часто безъ поворота. Но прежде чѣмъ рекомендовать широкое примѣненіе упомянутаго метода, необходимо выжидать еще болѣе многочисленныхъ опытовъ.

Въ заключеніе этой главы мы должны еще отдѣльно разсмотрѣть *симптомы и лечение острой анеміи*.

Здоровыя женщины вообще удивительно хорошо переносятъ очень большія потери крови, которыя, казалось бы, привели ихъ почти на край гроба. Возмѣщеніе потерянной крови происходитъ быстро, если родильный періодъ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ протекаетъ нормальнымъ образомъ. Тѣмъ важнѣе для врача знать симптомы, указывающіе на то, что острая потеря крови нарушила отправленія важнѣйшихъ жизненныхъ центровъ, выключеніе которыхъ несомнѣннѣе съ продолженіемъ жизни.

Кромѣ увеличивающейся блѣдности кожи и слизистыхъ оболочекъ (блѣдныя губы) и возрастающаго охлажденія конечностей и особенно лица, къ числу симптомовъ, свидѣтельствующихъ объ опасности для жизни, принадлежитъ *быстрое учащеніе пульса лучевой артеріи* (120 — 140 и болѣе ударовъ въ минуту), который въ то же время *становится малымъ и легко исчезаетъ подѣ давленіемъ пальца*. Появляются обморочные припадки, часто также тошнота и рвота. Съ дальнѣйшимъ усиленіемъ анеміи еще присоединяются къ этому разстройства органовъ чувствъ, звонъ въ ушахъ, искры въ глазахъ, упадокъ зрѣнія. У нѣкоторыхъ больныхъ появляется икота, у другихъ — судорожная зѣвота. Кромѣ того, больныя жалуются на неутолимую жажду и чувствуютъ себя до чрезвычайности слабыми. Затѣмъ появляется одышка, сопровождаемая обыкновенно чувствомъ безпокойства и страха. Женщина мечется на постели въ разныя стороны и хочетъ непремѣнно встать на ноги. Сознаніе въ большинствѣ случаевъ омрачается только временно. Затѣмъ мало по малу усиливается охлажденіе лица, выступаетъ на тѣлѣ холодный потъ и исчезаетъ пульсъ лучевой артеріи. Женщина иногда приходитъ въ состоянію ужаснѣйшаго безпокойства, часто съ отчаяніемъ требуетъ помощи и затѣмъ мало по малу теряетъ сознаніе окончательно. Въ заключеніе еще появляются только очень рѣдкія, все болѣе и болѣе поверхностныя дыханія, прерываемыя продолжительными паузами (обморочное дыханіе), — признакъ того, что женщина теперь навѣрно погибла, — и, наконецъ, дыханіе совершенно останавливается, тогда какъ сердце еще продолжаетъ работать короткое время.

Во всей практической медицинѣ едва-ли существуетъ картина болѣе ужасная, чѣмъ смерть отъ истеченія кровью, когда дѣло идетъ о роженицѣ, находящейся еще въ полномъ расцвѣтѣ силъ.

¹⁾ *Dührssen*, Deutsche med. Wochenschr. 1894, № 19.—*Schatz u Küstner*, Verhandlungen d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. zu Leipzig 1897.

При первыхъ признакахъ болѣе значительной анеміи необходимо позаботиться о *согрѣваніи тѣла* (теплое укутываніе, грѣлки) и давать внутрь *возбуждающія средства* (крѣпкое вино, крѣпкій кофе, водка и т. д.), а въ промежуточное время — воду, небольшими количествами, но почаще. Для того, чтобы предотвратить грозящую анемію головного мозга, слѣдуетъ уложить женщину съ низко опущенною головою и высоко приподнятымъ тазомъ. При дальнѣйшемъ усиленіи анеміи умѣстны впрыскиванія эфира подъ кожу груди или живота (1 шприцъ сѣрнаго эфира подъ кожу, повторять почаще). Но не слѣдуетъ впрыскивать эфиръ въ области большихъ нервныхъ стволовъ, а особенно на предплечіи, потому что послѣ такихъ впрыскиваній наблюдались иногда параличи, чаще всего въ области лучевого нерва. Оживляющее дѣйствіе на пульсъ обнаруживается въ первое время почти всегда. Подкожныя впрыскиванія маслянаго раствора камфоры (10 %, 1 шприцъ) тоже цѣлесообразны.

Одновременно съ этимъ леченіемъ, конечно, примѣняются средства для остановки кровотеченія, и если, наконецъ, они увѣнчались успѣхомъ, то полезно дать внутрь 15 — 20 капель *настоянки опія*, которая оказываетъ въ этомъ случаѣ чрезвычайно благотворное и успокоительное дѣйствіе. Но если угрожающіе признаки анеміи продолжаютъ существовать, несмотря на остановившееся кровотеченіе, то необходимо вновь прибѣгнуть къ эфиру и позаботиться о введеніи обильныхъ количествъ жидкости *рег ос*, а также *рег апш* (въ видѣ клистира). Если это не принесло пользы, то слѣдуетъ немедленно слѣлать *подкожное вливаніе физиологическаго (0,6 %) раствора поваренной соли*. Это средство оказываетъ превосходное оживляющее дѣйствіе на сердечную дѣятельность и на дыханіе. Въ виду полной безопасности вливанія, не слѣдуетъ слишкомъ долго медлить съ его примѣненіемъ, а нужно пускать его въ дѣло по возможности раньше исчезновенія пульса лучевой артеріи. Въ приподнятую кожную складку подключичной области вкалываютъ обезпложенную инфузионную иглу и впрыскиваютъ чрезъ нее 500 — 1000 грм. обезпложеннаго теплаго 0,6 % раствора поваренной соли¹⁾.

Немногосложный аппаратъ для подкожнаго вливанія долженъ всегда лежать наготовѣ. Онъ состоитъ изъ стеклянной воронки, трубки, длиною въ 1 метръ, и длинной инфузионной иглы.

Само собою разумѣется, что участокъ кожи, избранный для вливанія, долженъ быть предварительно хорошенько очищенъ и дезинфицированъ мыльною водою и карболовою кислотою. Игла дезинфицируется накаливаніемъ надъ спиртовымъ пламенемъ, а воронка и трубка — карболовою кислотою, пропускаемою чрезъ нихъ. Пропустивъ затѣмъ чрезъ воронку, трубку и канюлю извѣстное количество обезпложеннаго и нагрѣтаго 37° раствора поваренной соли, вкалываютъ канюлю *съ млющеюся изъ нея жидкостью* въ приподнятую складку подключичной или межлопаточной области (никоимъ образомъ не въ конечности!). Впрыснутую жидкость не мѣшаетъ быстро распредѣлить въ подкожной клетчаткѣ путемъ легкаго массажа.

Подкожное вливаніе по легкости выполненія и по безопасности въ значи-

¹⁾ *Münchmeyer*, Arch. f. Gynäk. Bd. 34.

тельной степени превосходить практиковавшееся прежде почти исключительно *внутреннее вливаніе раствора поваренной соли* и почти совершенно вытѣснило его. Всасываніе изъ подкожной клітчатки происходитъ обыкновенно очень быстро. Успѣхъ вливанія обыкновенно скоро обнаруживается усиленіемъ, геср. возвращеніемъ пульса въ *art. radialis*. Изслѣдованія *Maydl'*, *Schramm'a* и *Feis'a* ¹⁾ доказали *ошибочность* очень распространеннаго мнѣнія, будто бы вливаніе поваренной соли непосредственно спасаетъ жизнь. Если животному выпустить такое количество крови, относительно котораго мы знаемъ навѣрно, что потеря его дѣйствуетъ смертельно, то вливаніе поваренной соли можетъ, пожалуй, продлить угасающую жизнь, но не можетъ спасти ее, въ противоположность переливанію крови. Согласно тѣмъ же авторамъ, слѣдуетъ признать сираведливое старое мнѣніе *Ranin'a*, что смерть отъ кровотечения обуславливается потерю специфическихъ элементовъ крови. Поэтому спасительнымъ для жизни можетъ быть только переливаніе крови, производство котораго, однако, у истекающаго кровью человѣка сопряжено, къ сожалѣнію, съ такими большими затрудненіями и даже опасностями, что въ практикѣ оно почти совершенно потеряло кредитъ. Подкожное вливаніе крови по способу *Ziemssen'a* не привилось въ акушерствѣ.

Обертываніе конечностей эластическими бинтами, производимое съ цѣлью удержатъ большее количество крови въ головномъ мозгу и сердцѣ при очень сильной анеміи (*autotransfusio*), слишкомъ болѣзненно и не совсѣмъ безопасно (наблюдались уже случаи смерти вслѣдствіе эмболии легочной артеріи). Кромѣ того, оно можетъ опять вызвать едва остановленное кровотеченіе.

Кровотеченія въ 3-мъ періодѣ родовъ.

Если послѣ рожденія младенца вытекаетъ въ обильномъ количествѣ кровь изъ полового канала роженицы, то это кровотеченіе можетъ происходить или изъ *раненій* мягкихъ родовыхъ путей, или же изъ *плацентарной области*, обнаженные сосуды которой неполнѣ закрыты недостаточнымъ сокращеніемъ матки.

Одного прикосновенія къ животу женщины достаточно, чтобы сразу поставить діагнозъ. Если при этомъ оказалось, что матка хорошо сокращена и стоитъ на уровнѣ пупка, то причиною кровотеченія можетъ быть только раненіе мягкихъ родовыхъ путей. Раненія, подающія поводъ къ обильнымъ кровотечениямъ, встрѣчаются преимущественно въ одномъ изъ слѣдующихъ трехъ мѣстъ: въ области клитора, въ маточной шейкѣ, или во влагалищѣ. Разрывы промежности очень рѣдко даютъ болѣе значительныя кровотечения. Внутреннимъ изслѣдованіемъ всегда можно обнаружить существующее раненіе, и послѣ этого можно наложеніемъ швовъ закрыть источникъ кровотеченія (см. выше разрывы шейки, разрывы влагалища и разрывы клитора).

Если же при ощупываніи было найдено недостаточное сокращеніе матки, если она стоитъ высоко, а стѣнки ея мягки и дряблы, то кровотеченіе происходитъ исключительно (или по крайней мѣрѣ отчасти) изъ плацентарной области, и мы имѣемъ предъ собою „*атоническое кровотеченіе*“, обусловленное слабостью потугъ въ 3-мъ періодѣ родовъ.

¹⁾ *Virchow*, Arch. Bd. 138. 1894.

Атоническія кровотеченія до изгнанія плаценты и задержка этой послѣдней.

Слабость потугъ, подающая поводъ къ *атоническимъ кровотеченіямъ*, часто бываетъ только продолженіемъ недостаточной дѣятельности матки еще до рожденія младенца. Мы находимъ ее довольно часто послѣ родовъ съ очень обильнымъ количествомъ околоплодной жидкости, или послѣ родовъ двойнями, а равно и въ такихъ случаяхъ, когда мускулатура матки плохо развита или когда она пронизана міоматозными опухолями. Сильное наполненіе мочевого пузыря вліяетъ на сократительность матки послѣ рожденія младенца еще болѣе неблагоприятно, чѣмъ до этого. Въ другихъ случаяхъ слабость потугъ является результатомъ чрезмѣрно быстрого опорожненія матки, напр. при оперативныхъ пособіяхъ. Продолжительный и очень глубокій наркозъ, повидямому, тоже благоприятствуетъ атоніи.

Но, кромѣ того, атоническія послѣдовательныя кровотеченія могутъ обуславливаться первичными разстройствомъ въ процессѣ изгнанія послѣда, которыя имѣють свою причину или въ *нераціональномъ веденіи третьяго періода родовъ*, или въ *патологическомъ приращеніи* части плаценты къ маточной стѣнкѣ.

Происхожденіе кровотеченій при атоніи совершенно ясно. Уменьшеніе объема матки, наступившее послѣ рожденія младенца, влечетъ за собою частичную отслойку плаценты. Благодаря этому, обнажается извѣстное число материнскихъ плацентарныхъ сосудовъ, изъ которыхъ, какъ и всегда въ третьемъ періодѣ родовъ, выдѣляется небольшое количество крови. Но болѣе значительное выдѣленіе крови при нормальныхъ условіяхъ предотвращается своевременныхъ сокращеніемъ матки. Если же это сокращеніе не наступило и матка пребываетъ въ состояніи атоніи, то изъ открытыхъ маточно-плацентарныхъ сосудовъ должна вытекать кровь въ значительномъ количествѣ.

Кровотеченіе можетъ достигнуть громадныхъ размѣровъ и въ короткое время привести къ потерѣ пульса, а въ рѣдкихъ случаяхъ даже убить женщину вслѣдствіе острой анеміи.

Мягкая увеличенная матка стоитъ въ большинствѣ случаевъ высоко надъ пупкомъ и контуры ея трудно прощупываются вслѣдствіе вялости стѣнокъ. Давленіе на дно матки кажущимся образомъ увеличиваетъ кровотеченіе, причѣмъ накопившаяся въ ней кровь выжимается наружу.

Если внутренній маточный зѣвъ сдѣлался болѣе или менѣе непроходимымъ, вслѣдствіе закрытія кровяными сгустками, обрывками яйцевыхъ оболочекъ или лоскутомъ плаценты, или же вслѣдствіе болѣе сильнаго искривленія матки впередъ, то кровь въ болѣе значительномъ количествѣ изливается внутрь. При такомъ *внутреннемъ кровотеченіи* дно матки поднимается еще выше и можетъ дойти до края реберъ. Стѣнка матки

сильнѣе напряжена на-ощупь и чувствительна къ давленію. Въ рѣдкихъ случаяхъ отсутствуетъ при этомъ всякое выдѣленіе крови наружу и существуетъ исключительно внутреннее кровотеченіе. Неопытный врачъ можетъ, конечно, при такихъ обстоятельствахъ впасть въ ошибку. Но быстрое увеличеніе матки, въ связи съ усиленіемъ анеміи роженицы, всегда даетъ возможность въ концѣ концовъ прійти къ правильному діагнозу.

Лечение атоническаго послѣдовательнаго кровотеченія состоитъ въ томъ, чтобы вызвать *сокращенія матки*. Сильнымъ давленіемъ на высоко-стоящую матку выжимаютъ прежде всего накопившуюся въ ней кровь, и если въ видѣ исключенія удастся одновременно выжать и плаценту, то это можетъ быть только благоприятно; затѣмъ *слежка растираютъ* дно матки и, вызвавъ такимъ образомъ сокращеніе, контролируютъ его приложенною снаружи рукою; въ случаѣ надобности опять растираютъ дно матки и выжидаютъ дальнѣйшихъ событій.

Если такимъ путемъ не удалось остановить кровотеченіе, то плацента должна быть удалена *ручнымъ способомъ Credé*, такъ какъ только послѣ полного опорожненія матки можно рассчитывать на стойкое сокращеніе ея. Впрочемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотеченіе продолжается и послѣ удаленія плаценты.

Но если ручной пріемъ *Credé* не удастся даже при легкомъ наркозѣ, несмотря на то, что были соблюдены всѣ требуемыя для него предписанія (опорожненіе мочевого пузыря и т. д.), то, вѣроятно, существуютъ какія нибудь особенныя аномаліи. Если при продолжаемомъ растираніи матки кровотеченіе держится въ умѣренныхъ предѣлахъ, то можно въ первое время спокойно выжидать изгнанія плаценты силами природы. Но если кровотеченіе происходитъ въ болѣе сильной степени, то мы должны немедленно *отыскать причину «задержки плаценты»*. Причина эта можетъ быть двоякая: существуетъ или *стриктура* нижняго отдѣла матки, или *ненормальное приращеніе* плаценты къ маточной стѣнкѣ.

Нѣкоторые новѣйшіе авторы сомнѣваются въ томъ, чтобы стриктуры матки дѣйствительно могли появляться въ третьемъ періодѣ родовъ. По мнѣнію *Veit'a*, такія мѣстныя перетяжки, прощупываемыя будто бы всегда въ области контракціоннаго кольца, представляютъ только частное явленіе сокращенія всего верхняго отдѣла матки ¹⁾. Однако, мои наблюденія показали, что настоящія стриктуры матки дѣйствительно встрѣчаются. [См. *H. W. Freund* и *Ahlfeld* ²⁾].

Стриктура происходитъ или въ области контракціоннаго кольца, или въ какой нибудь лежащей подъ нимъ части матки (*Ahlfeld*) и суживаетъ родовую каналъ до такой степени, что плацента, даже когда она совсѣмъ отдѣлилась отъ мѣста своего прикрѣпленія, не можетъ выйти наружу (*placenta incarcerata*). Причиною такихъ стриктуръ обыкновенно бываетъ нераціональное, слишкомъ поспѣшное веденіе третьяго періода

¹⁾ Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 11.

²⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 16.

родовъ, неискусное и преждевременное примѣненіе ручного приѣма *Credé*, а еще чаще грубыя и повторныя попытки преждевременнаго удаленія плаценты внутреннимъ ручнымъ приѣмомъ.

Внутреннее изслѣдованіе, которое при такихъ обстоятельствахъ должно быть немедленно произведено, даетъ возможность сразу констатировать присутствіе этой аномаліи. Часть нижняго отдѣла матки сжужена кольцеобразно въ такой степени, что она непроходима для двухъ пальцевъ, а иногда даже для одного. Изъ кольцеобразнаго отверстія часто выдается лоскутъ плаценты. При наружномъ изслѣдованіи обыкновенно тоже бросается въ глаза твердая консистенція матки и чувствительность ея къ давленію. Это обстоятельство, въ связи съ нѣкоторымъ безпокойствомъ роженицы, иногда еще до внутренняго изслѣдованія направляетъ вниманіе на то, не имѣется-ли въ данномъ случаѣ ненормальное частичное сокращеніе матки.

Послѣ того, какъ опредѣлена стриктура, всякое раздраженіе матки представляется нераціональнымъ, и особенно примѣненіе горячихъ сприндованій или внутреннее употребленіе спорыньи составляло бы при такихъ обстоятельствахъ большую ошибку. Напротивъ того, здѣсь показуется внутреннее употребленіе *препаратовъ опія*. Нѣсколькими вдыханіями хлороформа и въ то же время впрыскиваніями морфія подъ кожу живота обыкновенно удается очень скоро вызвать расслабленіе стриктуры, такъ что отслоившаяся плацента уже можетъ быть удалена внутреннимъ ручнымъ приѣмомъ чрезъ маточный звѣзъ, или давленіемъ снаружи.

Если при внутреннемъ изслѣдованіи не найдено стриктуры, то въ такомъ случаѣ дѣло можетъ идти только о *патологическомъ приращеніи* части плаценты ¹⁾,—предполагая, конечно, что былъ рационально примѣненъ ручной приѣмъ *Credé*. Подобнаго рода состояніе бываетъ *рѣдко*. Въ прежнее время діагнозъ приращенія плаценты ставился чаще, чѣмъ теперь. Но дальнѣйшее распространеніе ручного приѣма *Credé*, оказавшагося и въ этомъ направленіи чрезвычайно благотѣльнымъ, повело къ тому, что этотъ діагнозъ сдѣлался болѣе рѣдкимъ. Въ прежнее время такія „приращенія“ диагностировались такъ часто потому именно, что ручныя приѣмы для удаленія плаценты были еще недостаточно разработаны, и, кромѣ того, врачи не имѣли привычки вполне предоставлять изгнаніе плаценты силамъ природы.

Приращеніе почти всегда бываетъ только частичное. Если бы приросла вся плацента цѣликомъ, то кровотеченіе при этомъ было бы непонятно.

Анатомическій процессъ, ведущій къ плотному срощенію плаценты со стѣнкою матки, совершенно еще не выясненъ. Часто въ такихъ плацентахъ не обнаруживается ни малѣйшей аномаліи; но иногда находятъ въ нихъ инфаркты, бѣлый край (pl. marginata) и т. п. измѣненія, довольно часто встрѣчающіяся и при другихъ обстоятельствахъ. По всей вѣроятности, эндометритическіе процессы играютъ роль. *Langhans* находилъ распространеніе перегородокъ въ ампулярномъ слое *serotina*. *Neumann* ²⁾, напротивъ, констатировалъ въ одномъ случаѣ отсутствіе

¹⁾ См. *Cornstein*, Arch. f. Gynäk. Bd. 36.

²⁾ *Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 4.

serotina въ мѣстахъ срощеній и прямую связь между ворсинками chorion'a и мышечнымъ слоемъ или стѣнкой сосудистаго sinus'a.

Быть можетъ, при приращеніи играютъ извѣстную роль маточныя сокращенія, а именно то, что нѣкоторые мышечные отдѣлы менѣе способны къ сокращеніямъ, чѣмъ всѣ прочіе; или же, если плацента сидитъ въ той области матки, въ которой находится отверстіе одной изъ трубъ, то своего рода стриктуру ¹⁾ можетъ дать ниже мѣста прикрѣпленія одинъ изъ сильнѣе сократившихся отдѣловъ матки.

Поразителенъ тотъ фактъ, что иногда приращеніе плаценты повторяется у одной и той же женщины въ теченіе нѣсколькихъ беременностей.

Терапія при дѣйствительномъ приращеніи можетъ состоять только въ *ручномъ отдѣленіи плаценты*. Но такъ какъ эта манипуляція далеко не безразлична, то спѣшить примѣненіемъ ея не слѣдуетъ, если кровотеченіе держится въ умѣренныхъ предѣлахъ. Нерѣдко плацента въ концѣ козцовъ все-таки извергается силами природы, или ее удается изгнать ручнымъ приемомъ *Credé*, и тогда оказывается, что приращеніе было только воображаемое. Но если кровотеченіе принимаетъ угрожающіе размѣры, то операція должна быть произведена немедленно. (О *ручномъ отдѣленіи плаценты*, его опасности и частомъ злоупотребленіи его см. Акушерскія операціи).

Другой вопросъ состоитъ въ томъ, какъ долго можно выжидать при задержкѣ плаценты, если не существуетъ значительнаго кровотеченія. Вообще, откладывать искусственное удаленіе плаценты болѣе чѣмъ на 2 часа не слѣдуетъ, такъ какъ спустя болѣе долгое время въ плацентѣ легко могутъ наступить процессы разложенія.

Атоническія кровотеченія послѣ изгнанія плаценты.

Если послѣ изгнанія плаценты продолжается или впервые только появляется болѣе значительное кровотеченіе, то и въ это время состояніе матки всегда покажетъ, зависитъ-ли кровотеченіе отъ *атоніи*. Лишь въ томъ случаѣ, когда матка оказалась хорошо сократившеюся, мы должны искать источникъ кровотеченія въ разрывахъ мягкихъ родовыхъ путей, и если такіе разрывы дѣйствительно были найдены, то кровотеченіе останавливается наложеніемъ швовъ или прижатіемъ.

Какъ при атоническихъ кровотеченіяхъ до изгнанія плаценты, точно такъ же и здѣсь недостаточное сокращеніе матки обнаруживается *высокимъ стояніемъ ея дна и вялостью ея стѣнокъ*. И здѣсь, и тамъ кровотеченіе въ большинствѣ случаевъ бываетъ по преимуществу наружное, очень рѣдко—исключительно внутреннее. Опасность для женщины тѣмъ болѣе велика, чѣмъ больше крови потеряно уже до рожденія плаценты.

Задача *терапіи* состоитъ въ томъ, чтобы вызвать нормальное, стойкое сокращеніе матки, которое одно только и даетъ возможность образоваться плотнымъ тромбамъ въ плацентарныхъ сосудахъ.

¹⁾ Ср. *Burckhardt*, Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.

Прежде всего должны быть примѣнены *кругообразныя растиранія* матки, предшествуемая полнымъ опорожненіемъ ея отъ жидкой или свернувшейся крови посредствомъ выжиманія. При этомъ необходимо также обращать вниманіе на то, нѣтъ-ли болѣе сильнаго наполненія мочевого пузыря, которое всегда препятствуетъ стойкому сокращенію матки.

Если механическое раздраженіе, производимое растираніемъ матки, не принесло пользы, то необходимо примѣнить термическое раздраженіе въ видѣ *холодныхъ* или *горячихъ спринцованій влагалища*. И тѣ и другія одинаково вызываютъ сокращенія мускулатуры матки. Но *горячія спринцованія* вообще предпочитаютъ, во-первыхъ, ради асептики, а во-вторыхъ потому, что они одновременно доставляютъ кровоточащему тѣлу теплоту, тогда какъ холодныя спринцованія увеличили бы упадокъ силъ. Жидкость, употребляемая для спринцованія, должна быть нагрѣта приблизительно до 40° Р. (50° Ц.). Обыкновенно бываетъ достаточно вспрыснуть 2—3 литра жидкости, чтобы вызвать сокращенія матки. Орошеніе полости матки нецѣлесообразно, такъ какъ при болѣе долгомъ примѣненіи маточнаго душа наблюдались и у женщинъ, подобно тому, какъ у животныхъ, параличи мускулатуры матки. Раздраженія, производимаго на нижній сегментъ матки горячими спринцованіями влагалища, вполне достаточно.

Вводитъ во влагалище кусочки льда съ цѣлью возбужденія сокращеній раздражающимъ дѣйствіемъ холода, какъ это очень часто дѣлалось въ до-антисептической времена, совершенно нерационально.

Въ видѣ подспорья къ вышеуказаннымъ методамъ леченія (растираніямъ и спринцованіямъ) можно еще давать лекарственныя средства, а именно *спорынья* внутрь (1,0—2;0 грм.), или *эрготинъ* подъ кожу, а еще лучше корнунтинъ, дѣйствіе котораго (0,005 подкожно) очень надежно.

Если при употребленіи вышеуказанныхъ средствъ кровотеченіе не остановилось, то является подозрѣніе, что стойкому сокращенію матки мѣшаетъ находящееся въ ея полости *инородное тѣло* (кровяной сгустокъ, обрывки плаценты или яйцевыхъ оболочекъ, *placenta succenturiata, foetus parvulus*), и тогда врачъ обязанъ *вести руку въ полость матки*, чтобы удалить изъ нея все то, что можетъ быть удалено. Упущеніе этого ручнаго изслѣдованія полости матки уже неоднократно стоило жизни роженицамъ, только-что разрѣшившимся отъ бремени.

Если же при этомъ внутреннемъ изслѣдованіи не найдено никакого инороднаго тѣла, а кровотеченіе все-таки продолжается и матка пребываетъ въ состояніи полной атоніи, то положеніе дѣла *серьезно*. При такихъ условіяхъ намъ остается только одно изъ двухъ: или прибѣгнуть къ *сдавланію матки обими руками*, или произвести *тампоначію маточно-влагалищнаго канала* іодоформною марлею по *Dührssen'у*. Этотъ послѣдній способъ всегда заслуживаетъ преимуществъ, такъ какъ онъ гораздо вѣрнѣе останавливаетъ кровотеченіе ¹⁾.

¹⁾ Centralb. f. Gynäk. 1887. № 35.—Die Anwendung der Jodoformgaze in der Geburtshilfe 1888.

Тампонація маточно-влагалищнаго канала производится посредствомъ полосы іодоформной марли, шириною въ ладонь и длиною около 5 метровъ, которая сохраняется въ отдѣльной жестянкѣ специально для этой цѣли (*Dührssen*'овскія жестянки). Музеевскими щипцами оттягиваютъ обѣ губы маточнаго зѣва внизъ, и затѣмъ, при помощи анатомическаго пинцета, длиною въ 30 см., вводятъ подъ руководствомъ двухъ пальцевъ марлевую полосу непосредственно изъ жестянки въ полость матки до тѣхъ поръ, пока она не наполнитъ всю матку сверху до низу и влагалище. Для тампонаціи влагалища въ случаяхъ, когда кровотеченіе происходитъ изъ нижняго сегмента матки (*placenta praevia*), лучше употреблять вату, такъ какъ она менѣе проницаема. Тампонація *одного лишь влагалища* при атоническихъ кровотеченияхъ была бы грубою погрѣшностью противъ правилъ искусства.

Противъ тампонаціи маточно-влагалищнаго канала приводилось много теоретическихъ возраженій. Говорили именно, что наполненіе матки іодоформною марлею дѣлаетъ невозможнымъ какъ-разъ то, чего мы желаемъ достигнуть, т. е. стойкое сокращеніе матки. Но практика опровергла теоретическія опасенія. Число случаевъ, успѣшно леченныхъ по этому способу, въ настоящее время уже достаточно велико, чтобы на вопросъ объ его надежности и безопасности можно было дать утвердительный отвѣтъ. При *очень обильныхъ, атоническихъ кровотеченияхъ*, встрѣчающихся, впрочемъ, довольно рѣдко, тампонація по способу *Dührssen*'а составляетъ существенное обогащеніе нашего терапевтическаго арсенала, дающее возможность обходиться безъ ненадежнаго сдавливанія матки обѣими руками.

О леченіи острой анеміи, которое, конечно, должно идти рука объ руку съ останавливаніемъ кровотечения, мы уже говорили выше.

Если атоническое кровотеченіе, наконецъ, остановлено и матка продолжаетъ стоять въ видѣ „твердаго шара“ приблизительно на разстояніи ладони кверху отъ лобка, то и теперь все-таки еще безусловно необходимо въ теченіе болѣе долгаго времени (по цѣлымъ часамъ) слѣдить за состояніемъ ея сокращенія, такъ какъ даже спустя болѣе долгое время еще можно опасаться возобновленія атоніи.

Нѣкоторые авторы описываютъ изолированную атонію плацентарной области (параличъ ея). Матка хорошо сокращена и только область прикрѣпленія плаценты остается вялою, такъ что она прощупывается снаружи въ видѣ плоскаго или воронкообразнаго углубленія, а при внутреннемъ изслѣдованіи—въ видѣ соотвѣтственнаго возвышенія. Кровотеченіе въ большинствѣ описанныхъ до сихъ поръ случаевъ было очень сильное. Леченіе такое же, какъ при атоніи. Раннее примѣненіе тампонаціи маточно-влагалищнаго канала въ этихъ именно случаяхъ, пожалуй, всего вѣрнѣе могло бы предотвратить серьезныя опасности.

Гематома наружныхъ половыхъ частей и влагалища.

Болѣе значительныя изліянія крови въ соединительную ткань влагалища и наружныхъ половыхъ частей безъ одновременнаго раненія слизистой оболочки или наружныхъ покрововъ, какъ слѣдствіе родовой травмы, встрѣчаются рѣдко (по *Winckel*'ю—1 случай гематомы на 1600 родовъ). Возникновенію ихъ благоприятствуютъ болѣе значи-

тельвыя ущемленія мягкихъ частей и сильное сокращеніе брюшнаго пресса въ періодѣ изгнанія, рѣдко также — существующій геморрагическій діатезъ ¹⁾).

Гематома образуется обыкновенно уже во время родовъ, рѣдко лишь въ родильномъ періодѣ; она появляется внезапно, при сильныхъ боляхъ, въ видѣ багровой опухоли, величиною отъ куриного яйца до дѣтской головки, локализуется первоначально въ области одной изъ большихъ губъ и затѣмъ распространяется подъ слизистою оболочкою влагалища вверхъ или переходитъ на промежность. Гематома въ большинствѣ случаевъ бываетъ односторонняя.

Гематомы, по своему мѣстонахожденію, подраздѣляются на два вида: въ одномъ случаѣ опухоль сидитъ надъ тазовой фасціей, а въ другомъ — подъ нею. Надфасціальныя гематомы могутъ распространяться въ тазовой клѣтчаткѣ далеко вверхъ, но могутъ также послѣ предварительнаго прободенія фасціи распространяться внизъ. Подфасціальныя гематомы обыкновенно появляются сначала въ одной изъ большихъ половыхъ губъ.

Обильная потеря крови можетъ вызвать у женщины замѣтную анемію. При разрывѣ опухоли неоднократно наблюдалась смерть отъ истеченія кровью. Кромѣ того, причиною смертельнаго исхода иногда оказывалось ихорозное разложеніе очень большой опухоли.

Относительно *диагноза* не можетъ существовать никакихъ сомнѣній.

Леченіе. До тѣхъ поръ, пока опухоль еще продолжаетъ увеличиваться въ объемъ, мы должны стараться ограничить кровотеченіе наружнымъ примѣненіемъ льда (прикладываніемъ ледяныхъ компрессовъ снаружи или введеніемъ наполненнаго ледяною водою колпайринтера во влагалище). Если кровотеченіе остановилось, то слѣдуетъ по возможности способствовать всасыванію излившейся крови покойнымъ положеніемъ больной и устраненіемъ всякаго давленія на опухоль. Если же гематома разорвалась, то полость ея должна быть немедленно и очень плотно тампонирована іодоформною марлею. Вскрывать гематому разрывомъ необходимо лишь въ томъ случаѣ, если чрезмѣрный объемъ опухоли угрожаетъ гангреною ея покрововъ, опасной анеміей вслѣдствіе внутренняго кровотеченія, или если уже наступило нагноеніе. Послѣ разрыва очищаютъ полость отъ находящейся въ ней крови и тампонируютъ іодоформною марлею; иногда же необходимы глубокіе швы для остановки кровотеченія. Въ новѣйшее время болѣе склонны къ активному вмѣшательству при гематомахъ.

3. Выворотъ матки. *Inversio uteri.*

При *выворотѣ матки* ²⁾ дно ея выпячивается внутрь, такъ что

¹⁾ *Winckel*. Die Pathologie und Therapie des Wochenbettes. 2. Aufl. — *Jöhlein*. Centralbl. f. Gynäk. 1897. № 10.

²⁾ См. *Giebert*, De l'inversion utérine puerpérale. Thèse. Paris 1879. (Огатая казуистика).—*Kehrer*, Beiträge z. klin. u. experim. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2. Heft 3, p. 300.

оно появляется своею внутреннею поверхностью въ маточномъ зѣвѣ, во влагалищѣ и наконецъ—при полномъ выворотѣ всей матки—въ половой расщелинѣ, а при ощупываніи оказывается на мѣстѣ дна матки воронкообразное углубленіе, у верхняго края котораго лежатъ яичники.

Это измѣненіе формы матки, встрѣчающееся довольно рѣдко, можетъ образоваться только при *очень значительномъ разслабленіи* органа. Оно появляется въ большинствѣ случаевъ непосредственно по окончаніи родовъ, еще до изгнанія плаценты, и вызывается или *потягиваніемъ за пуповину*, или *непрямосообразнымъ давленіемъ снаружи*. Но выворотъ матки можетъ наступить и самопроизвольно. По *Вескманн'у*¹⁾, это бываетъ даже гораздо чаще, чѣмъ при потягиваніи за пуповину или давленіи снаружи; другіе авторы, впрочемъ, съ этимъ мнѣніемъ несогласны.

Полный выворотъ матки наблюдался нѣсколько разъ послѣ 5-мѣсячнаго выкидыша (*Switalski, Centralbl. f. Gynäk. 1898. № 3*).

Симптомы состоятъ въ неожиданномъ появленіи кровотечения и обыкновенно также упадка силъ (обморокъ, учащенный малый пульсъ), обусловленнаго анеміей, отчасти и другими причинами, сильнымъ натяженіемъ и перемѣщеніемъ брюшины, такъ какъ значительнаго кровотечения иногда не бываетъ (шокъ?).

Диагнозъ очевиденъ. Соединенное изслѣдованіе всегда даетъ возможность поставить дифференціальный діагнозъ между выворотомъ матки и новообразованіемъ.

Предсказаніе далеко не всегда благоприятно. Описаны смертельные случаи послѣ выворотовъ матки.

Леченіе состоитъ въ немедленномъ вправленіи матки хорошо дезинфицированной, конически сложенной рукою. Если плацента еще не отдѣлилась, то ее вправляютъ вмѣстѣ съ маткою, и только въ томъ случаѣ, когда она большею частью уже отдѣлилась, ее удаляютъ до вправленія. Послѣ того, какъ возстановлено нормальное положеніе, необходимо позаботиться объ удовлетворительномъ сокращеніи матки (растиранія, горячія спринцованія и т. д.). Если атонія все-таки не прошла, то необходимо прибѣгнуть къ тампонаціи маточно-влагалищнаго канала іодоформною марлею.

Если отъ наступленія выворота прошло уже нѣкоторое время, то вправленіе матки оказывается болѣе затруднительнымъ, такъ что придется прибѣгнуть къ наркозу. Невправленные вывороты матки обыкновенно не проходятъ сами собою и постоянно поддерживаютъ кровотеченіе. При застарѣлыхъ выворотахъ ручное вправленіе иногда не удается. Въ такомъ случаѣ необходимо испробовать постепенное вправленіе посредствомъ колпояринтера, введеннаго во влагалище.

¹⁾ Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 31. Vogel, ibid. Rd. 42.

4. Пуэрперальная эклампсія.

Клоническія судороги съ потерей сознания, появляющіяся въ видѣ приступовъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга болѣе короткими промежутками, и притомъ обнаруживающіяся въ родильномъ періодѣ и имѣющія въ немъ свою причину, мы обозначаемъ подъ именемъ *пуэрперальной эклампсіи*.

Самымъ частымъ спутникомъ эклампсіи оказывается уменьшенное отдѣленіе мочи и *обильное содержаніе въ ней бѣлка*, а при анатомическомъ изслѣдованіи почти столь же часто находятъ измѣненія почекъ, имѣющія по преимуществу воспалительный характеръ. Слѣдовательно, въ этихъ случаяхъ очень естественно смотрѣть на эклампсію какъ на *урэмію*, тѣмъ болѣе, что симптомы обоихъ заболѣваній совершенно тождественны. И дѣйствительно, этого воззрѣнія придерживаются теперь очень многіе авторы.

Если же не существуетъ выдѣленія бѣлка и анатомическаго измѣненія почекъ, то въ такомъ случаѣ отравленіе крови составными частями мочи, конечно, немисливо. *Spiegelberg* видитъ въ этихъ случаяхъ рефлекторный неврозъ, отдѣляя ихъ отъ собственно эклампсіи, тогда какъ въ послѣднее время большинство авторовъ и ихъ приписываютъ *отравленію токсическимъ веществомъ*, происхожденіе котораго пока еще не выяснено.

Изслѣдованія новѣйшаго времени привели, однако, къ другимъ важнымъ результатамъ. Эклампсія обѣихъ категорій, согласно этимъ новѣйшимъ изслѣдованіямъ должна быть разсматривасма какъ *самоотравленіе*. Ядовитыя вещества представляютъ продукты обмена изъ организма матери, а можетъ быть и плода, которые накаплиются въ крови и вызываютъ вторичнымъ путемъ пораженіе почекъ. Находимое во многихъ случаяхъ эклампсіи прижатіе мочеточниковъ, обусловленное давленіемъ головки, есть обстоятельство, способствующее накопленію токсическихъ веществъ. Съ этимъ вполне гармонируетъ наблюденіе, что по прекращеніи судорогъ и по окончаніи родовъ разстройство со стороны почекъ быстро исчезаютъ, а равно и другое наблюденіе, что какъ-разъ при тяжелыхъ заболѣваніяхъ почекъ эклампсія появляется весьма рѣдко, — фактъ, на которомъ совершенно справедливо настаиваетъ *Schauta* ¹⁾.

На *эклампсію съ выдѣленіемъ бѣлка* были перенесены всѣ теоріи, построенныя первоначально для объясненія *урэміи*. *Spiegelberg* ²⁾ въ прежнее время защищалъ теорію *Frerichs'a*, согласно которой мочевины, при затрудненномъ выдѣленіи ея черезъ почки, образуетъ въ крови углекислый амміакъ, а чрезмѣрное накопленіе этого послѣдняго въ крови вызываетъ экламптическія судороги; впоследствии *Spiegelberg* обвинялъ задержку въ крови всѣхъ вообще веществъ, предназначенныхъ къ выдѣленію черезъ почки.

Теорія *Traube-Rosenstein'a* ³⁾ обвиняла *гидрэмическое состояніе крови*,

¹⁾ Lehrbuch der gesammten Gynäkologie 2. Auflage. 1898.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 1 u. Lehrbuch d. Geburtsh. 1882.

³⁾ Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. 23.

«свойственное многимъ беременнымъ. Если давленіе въ аортной системѣ значительно повысится, напр. подъ вліяніемъ потуги, то въ головномъ мозгу образуется острый отекъ. Трансудировавшая кровяная сыворотка сдавливаетъ сосуды головного мозга, такъ что въ немъ развивается острая анемія.

Halbertsma ¹⁾ указалъ на тотъ фактъ, что при эклампсіи часто встрѣчается *расширеніе мочеточниковъ* надъ тазовымъ входомъ, обусловленное давленіемъ головки, и на основаніи этого факта онъ признаетъ эклампсію тождественною съ урэхіей. *Löhlein* тоже подтвердилъ, что при эклампсіи часто встрѣчается *расширеніе мочеточниковъ*.

По *Schroeder*'у ²⁾, ближайшая причина эклампсіи состоитъ въ *острой анеміи головного мозга*, обусловленной *спазмомъ сосудовъ*. Этотъ спазмъ сосудовъ можетъ быть вызванъ неправильнымъ смѣшеніемъ крови, происшедшимъ вслѣдствіе заболѣванія почекъ (случай эклампсіи съ выдѣленіемъ бѣлка), или другими, недостаточнo еще извѣстными раздраженіями, имѣющими мѣсто, быть можетъ, въ периферическихъ нервахъ (маточные нервы? сѣдалищный нервъ?), подобно тому, какъ при падучей болѣзни, или, наконецъ, какимъ-нибудь *токсическимъ веществомъ*, происхожденіе и свойство котораго еще неизвѣстны (случай эклампсіи безъ выдѣленія бѣлка).

Stumpf всегда находилъ при эклампсіи ацетонъ и сахаръ въ мочѣ. Онъ думаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ эклампсія вызывается какимъ-то безазотистымъ веществомъ (можетъ быть—ацетономъ), которое обладаетъ токсическими свойствами. *Ludwig* и *Savor* ³⁾ показали, что кровяная сыворотка у экламптическихъ гораздо болѣе ядовита, чѣмъ у здоровыхъ беременныхъ, тогда какъ моча, особенно во время приступовъ, менѣе ядовита, чѣмъ нормальная моча. Эклампсія, согласно этимъ авторамъ, представляетъ самоотравленіе какимъ-то быстро разлагающимся веществомъ, предназначеннымъ къ выдѣленію черезъ мочу, но накопившимся въ организмѣ вслѣдствіе нарушенія обмѣна веществъ. По *Massin*'у ⁴⁾, дѣло идетъ о задержкѣ недостаточно окисленныхъ патологическихъ продуктовъ обмѣна веществъ (лейкомаины). Они разстраиваютъ функцію печени и почекъ, такъ что первая оказывается не въ состояніи сдѣлать ихъ безвредными, а послѣднія дѣлаются неспособными выводить ихъ изъ организма.

Каждый съ радостью будетъ привѣтствовать новые пути, открываемые этими работами о самоотравленіи. Въ настоящее время, однако, они еще имѣютъ только гипотетическое значеніе, такъ какъ одна новѣйшая работа далеко не подтверждаетъ основныхъ положеній приведеннаго взгляда (*Volhard*, *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 5. Май 1897.—*Schrader*, *Arch. f. Gynäk.* Bd. 60). См. патологическую анатомію эклампсіи.

По современнымъ нашимъ свѣдѣніямъ бактеріальное происхожденіе эклампсіи очень невѣроятно. На возможность его указывали *Doléris*, *Blanc* и *Alexandre Favre*. *Gerdes* думалъ также, что ему удалось поймать «палочку эклампсіи» во изслѣдованія его совершенно опровергнуты *Hofmeister*'омъ ⁵⁾.

Эклампсія есть болѣзнь не очень частая. Статистическія данныя свѣдѣтельствуютъ, что одинъ случай эклампсіи приходится приблизительно на 400—500 родовъ. Эклампсія появляется чаще всего во время родовъ, менѣе часто во время беременности и въ родильномъ періодѣ. Съ окончаніемъ родовъ приступы обыкновенно прекращаются. Во время беремен-

¹⁾ Sammlung klin. Vorträge v. *Volkmann*. № 212.

²⁾ Lehrb. d. Geburtsh. 1891.

³⁾ Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. I.

⁴⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1895. № 42.

⁵⁾ Fortschritte der Medicin. 1892. № 22 u. 23.

ности она появляется чаще во второй половинѣ, чѣмъ въ первой, и обыкновенно приводитъ къ выкидышу или преждевременнымъ родамъ. Въ родильномъ періодѣ она обнаруживается обыкновенно въ первые же часы, рѣдко лишь спустя нѣсколько дней послѣ родовъ.

Первородящія заболѣваютъ эклампсіей чаще, чѣмъ многородящія. Особеннымъ предрасположеніемъ къ ней, повидимому, отличаются женщины беременныя двойнями или тройнями, или, по мнѣнію многихъ авторовъ, такія женщины, у которыхъ во время беременности существовали признаки какого-либо заболѣванія почекъ. Однако, мы не можемъ не выставить здѣсь на видъ, что беременныя, страдающія болѣзнями почекъ, въ большинствѣ случаевъ не заболѣваютъ эклампсіей. Часто, напротивъ того, она появляется у такихъ женщинъ, у которыхъ раньше не было ни малѣйшихъ признаковъ заболѣванія почекъ. Крѣпкія, полносочныя женщины, повидимому, заболѣваютъ эклампсіей особенно часто. Повтореніе эклампсіи у той же женщины въ одномъ изъ послѣдующихъ родильныхъ періодовъ наблюдается рѣдко.

Нѣкоторыми авторами было обращено вниманіе на тотъ фактъ, что эклампсія относительно часто встрѣчается при обще-суженномъ тагѣ. Причиной этого интереснаго факта они считали увеличенное во время родовъ давленіе на нервы или сосуды таза, или прижатіе мочеточниковъ.

Симптомы. Появленію приступа иногда предшествуютъ нѣкоторые предвѣстники: головная боль, легкое помраченіе сознания, тошнота, рвота. Самый приступъ тождественъ съ эпилептическимъ и, подобно ему, обнаруживается въ большинствѣ случаевъ совершенно внезапно. Глаза принимаютъ неподвижное выраженіе, зрачки расширяются, затѣмъ въ мышцахъ лица появляются отдѣльныя подергиванія, которыя, быстро усиливаясь, переходятъ на мускулатуру верхнихъ конечностей, туловища и нижнихъ конечностей, такъ что больная съ силою откидывается то въ одну, то въ другую сторону. Сокращенія мускулатуры бывають по преимуществу клоническія, но иногда этимъ послѣднимъ предшествуетъ нѣсколько тетаническихъ сокращеній, особенно въ задней области шеи и въ нижнихъ конечностяхъ. На высотѣ развитія приступа останавливается дыханіе. Распухшее лицо окрашивается въ темносиній цвѣтъ, и вокругъ рта появляется пѣна съ примѣсью крови, зависящею отъ поврежденія языка, который во время судорогъ сильно ущемляется между обѣими челюстями. Затѣмъ, судороги постепенно ослабѣваютъ, дыханіе становится болѣе правильнымъ, мускулатура расслабляется, и, наконецъ, больная лежитъ уже спокойно съ храпящимъ или стерторознымъ дыханіемъ, но въ глубокомъ коматозномъ состояніи. Приступъ продолжается 10 — 30 — 60 секундъ, рѣдко еще больше.

Сознаніе, совершенно потерянное во время экламптическихъ судорогъ, послѣ перваго приступа всегда постепенно возвращается спустя нѣкоторое время. Больная чувствуетъ себя совершенно разбитою, жалуется на мышечныя и головныя боли и не помнитъ того, что съ нею происходило.

Очень рѣдко дѣло ограничивается однимъ приступомъ; въ большинствѣ же случаевъ появляются съ болѣе короткими или длинными пере-
межками новые приступы, интенсивность которыхъ обыкновенно возрастаетъ. Мало по малу сознание перестаетъ уже возвращаться во время перемены, и больная ни на минуту не выходитъ изъ коматознаго состоянія. Число приступовъ весьма неодинаково; оно можетъ доходить до 30—50 и еще болѣе. Приступъ часто, но не всегда, появляется во время потуги. Иногда онъ обнаруживается непосредственно послѣ какого нибудь раздраженія половыхъ частей, послѣ внутренняго изслѣдованія, послѣ катетеризаціи мочевого пузыря и т. п., иногда также подъ вліяніемъ другихъ раздраженій, напр. прикосновенія, сотрясенія тѣла и т. д.

Температура, послѣ того, какъ у больной было уже нѣсколько приступовъ, мало по малу повышается и можетъ дойти до 40° и еще выше, смотря по числу и силѣ приступовъ. *Пульсъ* во время приступа съ трудомъ прощупывается, а во время переменекъ онъ поражаетъ своею *твердостью* и *сильнымъ напряженіемъ*.

Въ тѣхъ случаяхъ, которые вообще сопровождаются альбуминуріей, моча содержитъ значительныя количества бѣлка обыкновенно уже послѣ перваго приступа, а количество ея самой значительно уменьшено. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ въ мочевомъ осадкѣ красныя и безцвѣтныя кровяныя тѣльца, цилиндры и иногда жирнопорожденныя эпителиальныя клѣтки. Въмѣстѣ съ числомъ приступовъ обыкновенно увеличивается содержаніе бѣлка въ мочѣ.

Потужная дѣятельность не представляетъ никакихъ неправильностей; иногда она бываетъ нѣсколько вялою, но нерѣдко, напротивъ того, поражаетъ своею чрезвычайною силою, такъ что продолжительность родового акта, особенно въ періодѣ изгнанія, можетъ значительно укоротиться.

Предсказаніе. Эклампсія есть одно изъ самыхъ серьезныхъ осложненій родильнаго періода. Смертность матерей достигаетъ приблизительно 20% ¹⁾, а изъ остающихся въ живыхъ нѣкоторыя еще подвергаются опасности со стороны послѣдовательныхъ болѣзней. Смертность дѣтей составляетъ приблизительно 50%. Смерть матери рѣдко наступаетъ внезапно во время самаго приступа, обыкновенно же послѣ предшествовавшего продолжительнаго и глубокаго коматознаго состоянія, часто при явленіяхъ отека легкиихъ.

Что терапия можетъ вообще улучшить предсказаніе, это въ настоящее время уже не подлежитъ никакому сомнію, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ она и остается совершенно неэффективною.

Если дѣло начинаетъ клониться къ выздоровленію, то приступы мало по малу становятся болѣе рѣдкими и слабыми, или по окончаніи родовъ исчезаютъ совсѣмъ. Сознаніе возвращается медленно. Количество мочи увеличивается, а затѣмъ черезъ нѣсколько дней исчезаетъ и альбуминурія.

¹⁾ Löhlein, Verhandl. d. Deutschen Gesellsch. f. Gynäk. zu Bonn 1891.

Изъ послѣдовательныхъ болѣзней должны быть здѣсь упомянуты гемиплегія, амврозъ, афазія и душевныя разстройства (около 6%)¹⁾, въ особенности манія. Нѣкоторыя изъ этихъ заболѣваній объясняются мозговыми кровоизліяніями, образующимися при особенно сильныхъ приступахъ. Болѣзнь почекъ остается послѣ эклампсіи лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Причиною *смерти младенца* считали асфиксію, которая развивается вслѣдствіе того, что дыханіе сдѣлалось у матери недостаточнымъ. Во всякомъ случаѣ, вмѣстѣ съ числомъ и силою приступовъ возрастаетъ опасность для младенца. Иногда онъ умираетъ уже послѣ перваго или втораго приступа. Однако въ настоящее время болѣе склонны объяснять смерть младенца переходомъ къ нему ядовитаго вещества отъ матери. Часто при рожденіи мертваго плода находили въ немъ трупное окоченѣніе. У живорожденныхъ дѣтей экламптическихъ матерей наблюдались, хотя и очень рѣдко, судороги со смертельнымъ исходомъ, которые по своему характеру были совершенно похожи на экламптическіе приступы матери²⁾. При эклампсіи во время беременности случалось иногда наблюдать, что послѣ смерти младенца прекращались приступы и исчезала альбуминурія. Умершій плодъ рождался затѣмъ спустя нѣкоторое время, и эклампсія не возобновлялась.

Предсказаніе еще зависитъ оттого, въ какое время появилась болѣзнь и когда было приступлено къ ея леченію. Эклампсія, начинающаяся лишь въ родильномъ періодѣ, даетъ сравнительно наилучшее предсказаніе. Во время родовъ опасность для матери и младенца тѣмъ болѣе велика, *чѣмъ раньше начались судороги*. Если онѣ не прекратились по окончаніи родовъ, то шансы на спасеніе матери очень незначительны. При эклампсіи беременныхъ предсказаніе тоже серьезно, особенно если дѣло дошло до преждевременнаго прекращенія беременности. На терапевтической успѣхъ можно тѣмъ скорѣе расчитывать, чѣмъ раньше было приступлено къ леченію.

Въ конкретномъ случаѣ *наибольше вѣрною точкою опоры для предсказанія является состояніе пульса*. До тѣхъ поръ, пока пульсъ остается рѣдкимъ и полнымъ, непосредственной опасности обыкновенно не существуетъ. Если же онъ становится частымъ и малымъ, то шансы на спасеніе жизни матери очень невелики. Дальнѣйшими точками опоры для предсказанія служатъ число и сила приступовъ, количество выдѣляемаго бѣлка и степень уменьшенія количества мочи.

Распознаваніе. Общія судороги въ родильномъ періодѣ могутъ, помимо эклампсіи, еще вызываться падуцею болѣзнию и истеріей. Въ случаѣ эпилепсіи анамнезъ всегда укажетъ на предшествовавшіе приступы этой болѣзни. Эпилептической приступъ, вообще рѣдко появляющійся во время родовъ, обыкновенно не повторяется спустя короткое время, какъ

¹⁾ См. *Knapp*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 3.

²⁾ *Max Schmidt*, Centralbl. f. Gynäk. 1897. № 25.

это бываетъ при эклампсіи. При истерическихъ приступахъ, встрѣчающихся во время родовъ довольно рѣдко, полная потеря сознанія почти никогда не наступаетъ. Если зрачки во время приступа быстро реагируютъ на свѣтовое раздраженіе, то это означаетъ, что въ данномъ случаѣ нѣтъ ни эпилепсіи, ни эклампсіи. Глубокое коматозное состояніе у роженицы почти всегда зависитъ отъ эклампсіи. Потеря сознанія, вызванная алкогольнымъ отравленіемъ, что наблюдается иногда у роженицъ восточныхъ народовъ, выдаетъ свое происхожденіе спиртнымъ запахомъ изо рта. Очень обильное содержаніе бѣлка въ мочѣ всегда говоритъ въ пользу эклампсіи.

Патологическая анатомія. Измѣненія почекъ констатируются хотя и очень часто, но далеко не всегда. Тамъ, гдѣ ихъ находятъ, интенсивность ихъ отнюдь не всегда соответствуетъ серьезности случая ¹⁾. Они представляютъ или только застойную гиперэмию, или паренхиматозное воспаленіе въ различныхъ стадіяхъ его развитія, иногда даже съ жировымъ перерожденіемъ эпителия клубочковъ. Кромѣ того при эклампсіи довольно часто оказывалось расширеніе мочеточниковъ надъ малымъ тазомъ (*Halberstma, Löhlein*). Въ головномъ мозгу находятъ анемію, отекъ, рѣже гиперэмию, иногда гѣморрагіи, въ легкяхъ — отекъ. Послѣднія измѣненія справедливо считаются уже вторичными, т. е. появившимися лишь какъ слѣдствіе самой эклампсіи. То же самое можно сказать о наблюдавшихся *Virchow*'омъ жировыхъ эмболіяхъ въ почкахъ и въ легкяхъ, которыя, вѣроятно, происходятъ вслѣдствіе ущемленій и поврежденій подкожнаго жирового слоя, а можетъ быть и печени, во время экламптическихъ судорогъ [*Orth* ²⁾], но могутъ, пожалуй, имѣть и специфическое значеніе.

По мнѣнію *Jürgens*'а, источникомъ жировыхъ эмболій должна считаться печень: онъ находилъ при эклампсіи гѣморрагическія измѣненія печени съ разрушеніемъ ея ткани. *Schmorl* ³⁾, которому мы обязаны интересной монографіей насчетъ патологической анатоміи эклампсіи, наблюдалъ некрозъ (гѣморрагическій и анемическій) въ печени и въ поджелудочной желѣзѣ, перерожденіе сердечной мышцы, обширныя закупорки сосудовъ и паренхимныя эмболіи изъ печени, а особенно изъ плаценты. Некрозы и свертыванія крови онъ объясняетъ дѣйствіемъ вызывающаго эклампсію яда, источникъ котораго, по его мнѣнію, находится въ плацентѣ. Однако, насчетъ толкованія этихъ анатомическихъ данныхъ еще не пришли къ соглашенію ⁴⁾.

Подобныя же измѣненія были иногда находимы и у дѣтей, умершихъ при эклампсіи матери: кровоизліянія съ мѣстными некрозами въ печени и почкахъ ⁵⁾.

Леченіе. Такъ какъ изъ опыта извѣстно, что съ окончаніемъ родовъ экламптические приступы обыкновенно прекращаются, то главное и

1) Ср. *Pruetz, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* Bd. 23.

2) *Lehrbuch der pathologischen Anatomie* Bd. 2. 1889.

3) *Pathol. anat. Untersuchungen über Puerperaleklampsie.* 1893.

4) Ср. *Pels, Leusden, Virch. Arch.* Bd. 142.

5) *Gottschalk, Verh. d. Deutsch. Ges. f. Gynäk. zu Wien* 1895.—*Schmorl*, l. c.

всѣми признанное правило при леченіи эклампсіи состоитъ въ слѣдующемъ: мы должны стараться соответственными терапевтическими мѣрами по возможности ограничить число и интенсивность приступовъ, пока не окажется возможнымъ безвредное родоразрѣшеніе.

Для уменьшенія числа и силы приступовъ служатъ прежде всего наркотическія средства. Изъ нихъ хлороформъ пользовался до недавняго времени наибольшимъ довѣріемъ. Послѣ перваго же приступа хлороформируютъ роженицу до глубокаго наркоза и въ теченіе болѣе долгаго времени (около 1 часа). Если за это время не было приступовъ, то отнимаютъ хлороформъ; но какъ только обнаружались первые признаки новаго приступа (расширеніе зрачковъ), немедленно возобновляютъ вдыханіе хлороформа. Благопріятное вліяніе глубокаго хлороформнаго наркоза на уменьшеніе числа и силы приступовъ обнаруживается въ большинствѣ случаевъ вполнѣ очевидно. Но такъ какъ иногда для этого приходится поддерживать наркозъ въ теченіе 10 и даже 12 часовъ, то въ послѣднее время справедливо выставляли на видъ, что значительное количество хлороформа, вдыхаемаго при такихъ наркозахъ, конечно, не можетъ оставаться безразличнымъ для организма женщины. Мало того, было даже высказано предположеніе, что нѣкоторые случаи смерти при эклампсіи послѣ долгаго хлороформированія зависятъ не отъ основной болѣзни, а отъ большихъ дозъ хлороформа. Нѣкоторые авторы въ такихъ случаяхъ опасаются и за младенца; но справедливо-ли это опасеніе, еще неизвѣстно. Въ виду этого мы предостерегаемъ отъ чрезчуръ широкаго примѣненія хлороформа, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ число и интенсивность приступовъ требуютъ многочасоваго наркоза, совѣтуемъ прибѣгать къ другимъ наркотическимъ: *хлораль-гидрату* и *морфію*.

Winckel даетъ послѣ cadaго приступа 1—2 грм. хлораль-гидрата въ видѣ клистира; ему иногда случалось доходить до 12 грм. и еще болѣе въ теченіе 24 часовъ. Въ ожиданіи того, когда обнаружится дѣйствіе хлораль-гидрата, можно примѣнять вдыханіе хлороформа. Однако, при глубокой спячкѣ клизма не удерживается.

G. Veit ¹⁾ совѣтуетъ наркотизировать исключительно морфіемъ въ большихъ пріемахъ. Онъ даетъ на первый разъ не менѣе 0,03—0,04 грм. (подъ кожу). Но для достиженія глубокаго и непрерывнаго наркоза обыкновенно приходится уже спустя короткое время сдѣлать второе впрыскиваніе морфія въ количествѣ не менѣе половины вышеозначенной дозы. Какъ только появляются мышечныя сокращенія, указывающія на то, что женщина вышла изъ наркоза, впрыскиваютъ новую дозу морфія. *J. Veit* доходилъ иногда въ теченіе 4—7 часовъ до 0,12—0,2 грм. морфія. Другіе (*Schauta*) довольствуются 0,01 послѣ cadaго припадка до наступленія глубокаго наркоза. Результаты при этомъ онъ получалъ очень хорошіе.

¹⁾ Samml. klin. Vorträge von Volkmann. № 304.

Строгоновъ дѣлаетъ сперва 2—3 впрыскиванія, приблизительно, изъ 0,015 морфія, а затѣмъ, спустя 2—4 часа послѣ послѣдней инъекціи морфія назначаетъ рег апум 1,5—3,0 хлораль-гидрата. Такой же смѣшанный наркозъ онъ продолжаетъ также при дальнѣйшихъ приступахъ и даже по полномъ прекращеніи ихъ даетъ еще хлораль такъ, чтобы легкій наркозъ держался еще въ теченіе 24 часовъ ¹⁾.

Благопріятное дѣйствіе наркотическихъ средствъ объясняется прекращеніемъ рефлекторной возбудимости; однако, возможно, что извѣстную роль здѣсь играетъ и пониженіе кровяного давленія. Впрочемъ, на кровяное давленіе морфій оказываетъ лишь мало вліянія.

Кромѣ наркотическихъ средствъ, употребляемыхъ съ цѣлью купировать приступы эклампсіи, примѣняютъ, особенно въ случаяхъ съ очень сильнымъ разстройствомъ отравленій почекъ, *потогонный методъ леченія*, имѣющій цѣлью устранить ненормальное смѣшеніе крови и улучшить болѣзнь почекъ. Больше всего можно рекомендовать методъ *Breus'a* ²⁾. Больную сажаютъ въ горячую ванну 38—40 Ц., температура которой постепенно еще повышается (до 40—45° Ц.) приливаніемъ горячей воды. Послѣ ванны, продолжающейся $\frac{1}{2}$ часа, больную завертываютъ въ горячія простыни и шерстяныя одѣяла. Потъ выступаетъ обыкновенно въ громадномъ количествѣ. *Breus* получалъ при этомъ методѣ леченія очень хорошіе результаты, особенно въ смыслѣ устраненія коматознаго состоянія и уменьшенія отековъ. Но въ то же время онъ категорически заявляетъ, что и при этомъ леченіи нельзя обойтись безъ наркотическихъ средствъ для купированія приступовъ. Какъ профилактическая мѣра, при сильной альбуминуриі и отекахъ во время беременности, потогонный методъ леченія тоже даетъ превосходные результаты.

Дальнѣйшая задача леченія состоитъ въ заботѣ о покойномъ положеніи женщины, устраненіи излишняго прикосновенія и изслѣдованія, избѣганія сотрясенія кровати, предотвращеніи яркаго освѣщенія, такъ какъ всѣ подобныя раздраженія, согласно опыта, могутъ иногда вызвать новые приступы. Наконецъ, должно во время приступовъ предохранить больную отъ поврежденій. Вслѣдствіе опасенія, что можетъ возникнуть пневмонія отъ попаданія въ легкія инородныхъ веществъ, не слѣдуетъ давать жидкостей прежде, чѣмъ не прошелъ совершенно сорог. Напротивъ, обильные приемы жидкостей умѣстны, какъ послѣдовательное леченіе, причѣмъ имѣется въ виду вызвать болѣе усиленную секрецію со стороны почекъ (сельтерская вода и пр.).

Подобнымъ же образомъ слѣдуетъ поступать при появленіи судорогъ во время беременности и въ родильномъ періодѣ. Повидимому, въ этихъ именно случаяхъ потогонное леченіе дѣйствуетъ особенно благопріятно.

Изъ другихъ способовъ леченія въ прежнее время особенно любовью пользовались *кровопусканія*. Да и въ настоящее время при опасномъ для жизни отека легкихъ они снова признаются умѣстными.

1) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 12.

2) Arch. f. Gynäk. Bd. 19 u. 21.

Рука объ руку съ леченіемъ болѣзни идетъ *акушерская терапія*. При эклампсіи беременныхъ мы должны стремиться по возможности къ тому, чтобы беременность достигла нормальнаго своего конца; потогонный методъ леченія, повидимому, рѣдко даетъ возможность достигнуть этой цѣли. Искусственные преждевременные роды вообще нецѣлесообразны, и рѣчь о нихъ можетъ идти только въ очень тяжелыхъ случаяхъ.

Если начались роды, то они должны быть *окончены съ помощью искусства*, какъ только это можетъ быть сдѣлано *безвреднымъ* способомъ. Это положеніе пока остается общимъ правиломъ, которымъ слѣдуетъ руководствоваться въ практикѣ. Смотря по обстоятельствамъ, приходится прибѣгнуть къ шиппамъ, повороту и извлеченію, а при мертвомъ младенцѣ—даже къ перфорациі. Всѣ эти операціи должны производиться только въ глубочайшемъ наркозѣ. Для болѣе скорого раскрытія маточнаго зѣва бывають иногда очень полезны цервикальные коллейринтеры или внутриматочное введеніе баллона.

Для очень тяжелыхъ случаевъ рекомендовали, какъ крайнее средство, кесарское сѣченіе, и оно дѣйствительно оправдывается тамъ, гдѣ терапія оказалась безсильною для ограниченія числа приступовъ, а родоразрѣшеніе *per vias naturales* невозможно и интенсивность заболѣванія дѣлаетъ данный случай, повидимому, безнадежнымъ (пульсъ!). Кесарское сѣченіе въ новѣйшее время неоднократно здѣсь производилось съ переменнымъ успѣхомъ¹⁾.

*Dührssen*²⁾ рекомендуетъ глубокіе надрѣзы маточной шейки для того, чтобы сдѣлать возможнымъ раннее родоразрѣшеніе. *Zweifel*³⁾ въ послѣднее время тоже рекомендуетъ болѣе активную терапію, которая, конечно, въ клиникѣ у искуснаго оператора, располагающаго хорошими ассистентами, вполне оправдывается, но для обыденной практики не годится, такъ какъ слишкомъ опасна.

Если по прекращеніи приступовъ и окончаніи родовъ продолжается все-таки коматозное состояніе, то и въ это время потогонный методъ леченія считается наилучшимъ.

5. Смерть матери во время родовъ.

Смерть роженицы, какъ было уже сказано въ соответствующихъ главахъ этой книги, можетъ наступить отъ *острой анеміи*, отъ *разрыва матки*, отъ *еклампсіи*, *септицеміи*, или же вследствие *глубокихъ расстройствъ кровообращенія* при болѣзняхъ сердца и легкихъ.

Другою, очень рѣдкою причиною внезапной смерти является *проникновеніе большихъ количествъ воздуха въ сосудистую систему* черезъ маточныя вены [*Olshausen*⁴⁾]. Эти воздушныя эмболіи во время родовъ и въ родильномъ періодѣ наблюдались при предлежаніи плаценты, разрывѣ матки, или въ такихъ случаяхъ, когда спринцованія влагалища

1) См. *v. Herff*, Berliner Klinik 1891. Heft. 32.—*Olshausen*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 37.—*Hillmann*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 10.

2) Arch. f. Gynäk. Bd. 42 u. 43.

3) Centralbl. f. Gynäk. 1895. № 46 и слѣд.

4) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. 24.

или матки производились слишкомъ неосторожно или при помощи нецѣлесообразныхъ аппаратовъ.

Въ анатомически удостовѣренныхъ случаяхъ смерть наступала большею частью внезапно въ приступѣ одышки. При вскрытіи трупа находили воздухъ особенно въ сосудахъ матки, въ нижней полой венѣ, въ сердцѣ и вѣнечныхъ артеріяхъ. По мнѣнію *Olshausen'a*, наполненіе вѣнечныхъ артерій сердца вмѣсто крови воздухомъ составляетъ здѣсь причину смерти.

Относительно профилактики мы должны еще разъ напомнить о тѣхъ мѣрахъ предосторожности, которыми предотвращается при спринцованіяхъ влагалища и матки проникновеніе воздуха (трубка должна вводиться такимъ образомъ, чтобы изъ нея уже текла струя жидкости). Очень важная профилактическая мѣра, по мнѣнію *Olshausen'a*, состоятъ еще въ томъ, что операція поворота при предлежаніи плаценты или разрывѣ матки не должна производиться въ положеніи на боку или въ колѣно-локтевомъ положеніи, такъ какъ оно сопряжено съ пониженіемъ давленія въ брюшной полости и поэтому можетъ благопріятствовать проникновенію воздуха въ родовую каналь.

Какія мѣры должны быть приняты для спасенія младенца послѣ смерти роженицы или беременной, объ этомъ мы уже говорили при описаніи кесарскаго сѣченія на мертвой или умирающей женщинѣ (см. ученіе объ операціяхъ).

Въ качествѣ рѣдкихъ причинъ смерти роженицъ описаны въ литературѣ разрывы селезенки, а также разрывъ аорты [1 случай *Heinricius'a* ¹⁾].

6. Роды послѣ смерти роженицы (трупные роды).

Цѣлый рядъ несомнѣнныхъ наблюденій доказываетъ, что плодъ можетъ быть еще извергнутъ послѣ смерти роженицы. Въ такихъ случаяхъ, спустя нѣсколько часовъ или дней послѣ смерти матери находили мертвый плодъ вмѣстѣ съ послѣдомъ или безъ него, лежавшій между бедрами трупа ²⁾.

Изгоняющую силу во многихъ подобныхъ случаяхъ нужно несомнѣнно искать въ обильномъ развитіи гнилостныхъ газовъ, давленіемъ которыхъ изгоняется плодъ. Это относится въ особенности къ такимъ случаямъ, въ которыхъ при трупныхъ родахъ матка въ то же время оказывалась выпавшею или вывороченною.

Съ другой стороны, не подлежитъ сомнѣнію, что матка умершей женщины въ состояніи еще нѣкоторое время послѣ смерти энергично сокращаться,—фактъ, экспериментально доказанный *Reimann'омъ* и подтвержденный другими авторами, равно какъ твердо установленный наблюденіями на людяхъ.

Въ большинствѣ случаевъ трупныхъ родовъ дѣйствуютъ, надо полагать, оба фактора: по всей вѣроятности, послѣ смерти сперва сокращается матка, вслѣдъ за чѣмъ давленіе постепенно развивающихся гнило-

¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1882. № 50.

²⁾ *Reimann*, Arch. f. Gynäk. Bd. 11.

стныхъ газовъ изгоняетъ плодъ. Необходимое условіе, однако, для наступленія трупныхъ родовъ заключается въ томъ, чтобы въ моментъ смерти роженицы маточный зѣвъ былъ уже достаточно раскрытъ и, стало быть, изгоняющая сила встрѣтила лишь незначительное сопротивленіе.

7. Мнимая смерть новорожденного ребенка.

Если послѣ рожденія ребенка *дыханіе не наступило совсѣмъ или наступило лишь въ недостаточной степени*, и ребенокъ остается совершенно неподвижнымъ, а между тѣмъ существующія сокращенія сердца свидѣлствуютъ, что онъ еще живъ, то такого ребенка мы называемъ *мнимо-умершимъ*.

Мнимая смерть новорожденного ребенка происходитъ чаще всего отъ *асфиксіи, приобретенной еще въ полости матки*. Давленіе на головной мозгъ и большія потери крови ребенка лишь рѣдко бываютъ причиною мнимой смерти.

Асфиксія, какъ мы уже подробно объяснили во многихъ мѣстахъ этой книги, является *слѣдствіемъ недостаточнаго обмѣна газовъ между плодомъ и матерью*, который можетъ быть обусловленъ различными причинами, а именно прижатіемъ пуповины, преждевременною отслойкою плаценты, чрезмѣрною продолжительностью періода изгнанія и разстройствомъ дыханія или кровообращенія въ организмъ матери.

Симптомы, указывающіе на *асфиксію утробнаго плода*, состоятъ въ измѣненіяхъ его сердечныхъ тоновъ (обыкновенно они вначалѣ становятся все болѣе и болѣе рѣдкими во время промежутковъ между потугами и при этомъ иногда дѣлаются неправильными, а впоследствии учащаются) и въ выдѣленіи первороднаго кала при всѣхъ тѣхъ положеніяхъ младенца, при которыхъ не предлежитъ тазовой конецъ (этотъ второй признакъ встрѣчается не всегда). Другой важный симптомъ, констатируемый, впрочемъ, лишь рѣдко, напр. при изслѣдованіи со стороны прямой кишки во время прохожденія головки, или при ощупываніи младенца во время извлеченія за тазовой конецъ, состоятъ въ появленіи *преждевременныхъ дыхательныхъ движеній*, благодаря которымъ присасываются въ воздухоносные пути младенца инородныя массы (кровь, слизь, первородный калъ), если онъ имѣютъ свободный доступъ къ отверстіямъ носа или рта. Преждевременныя дыхательныя движенія приводятъ къ исчезанію пульса въ пуповинѣ. Спавшаяся, не пульсирующая пуповина у новорожденного ребенка указываетъ на очень сильную асфиксію.

Вышеупомянутые симптомы асфиксіи составляютъ одно изъ важнѣйшихъ показаній къ искусственному окончанію родовъ.

Анатомическое вскрытіе дѣтей, умершихъ отъ асфиксіи, обнаруживаетъ, кромѣ измѣненій, характерныхъ для задушенія (слишкомъ жидкая консистенція крови, гиперемія головного мозга, экхимозы, отеки), еще и признаки преждевременнаго дыханія въ полости матки: большіе экхимозы подъ плеврой и сердечною сумкою, переполненіе сосудовъ грудной

полости кровью и, наконецъ, присутствіе аспирированныхъ массъ, именно околоплодной жидкости, крови и первороднаго кала, въ верхнихъ воздухоносныхъ путяхъ, въ большихъ и мельчайшихъ бронхахъ, рѣже въ легочныхъ пузырькахъ. Если воздухъ имѣетъ доступъ къ отверстіямъ рта и носа, напр. при лицевыхъ положеніяхъ младенца или послѣ проникновенія воздуха въ матку при недостаточномъ наполненіи нижняго его сегмента (узкій тазъ) и тщательномъ въ то же время акушерскомъ изслѣдованіи, то въ такомъ случаѣ частичное наполненіе легкихъ воздухомъ, конечно, не представляетъ ничего удивительнаго.

Новорожденныя дѣти, родившіяся въ глубокой асфиксіи, если не будутъ приняты соответственныя терапевтическія мѣры, всегда умираютъ. Но въ болѣе легкихъ случаяхъ они иногда могутъ и безъ всякой терапіи остаться въ живыхъ.

Леченіе состоитъ въ оживленіи мнимоумершаго ребенка, послѣ того какъ онъ немедленно былъ отдѣленъ отъ матери перерѣзкою пуповины.

При *болѣе легкихъ степеняхъ* мнимой смерти, при которыхъ рефлекторная возбудимость и тонусъ мышцъ еще сохранены, достаточно уже однихъ *раздраженій кожи*, чтобы вызвать и поддерживать дыханіе, наоборотъ, при *сильныхъ степеняхъ* мнимой смерти, при которыхъ рефлекторная возбудимость исчезла, должно быть примѣнено *искусственное дыханіе*.

Но всякое оживленіе мнимоумершаго ребенка должно прежде всего стремиться къ тому, чтобы *освободить воздухоносные пути* отъ аспирированныхъ массъ.

Въ легкихъ случаяхъ, въ которыхъ небо еще реагируетъ на прикосновеніе пальца, достаточно уже вытереть ребенку ротъ и зѣвъ посредствомъ мизинца; въ тяжелыхъ случаяхъ употребляютъ французскій эластическій катетеръ (№ 10 или 11). Инструментъ продвигается до голосовой щели, и затѣмъ чрезъ него производятъ сильное высасываніе, такъ что инородныя массы попадаютъ въ катетеръ. Эта манипуляція должна быть повторена нѣсколько разъ.

Раздраженіе кожи производится поколачиваніемъ или растираніемъ ребенка и *теплой ванною*, а въ случаѣ необходимости даже поочереднымъ погруженіемъ ребенка въ теплую и холодную воду.

Въ тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ потеря рефлекторной возбудимости требуетъ *искусственнаго дыханія*, наилучшимъ методомъ для



Рис. 113 (по B. S. Schultze).
Раскачиванія по способу
B. S. Schultze. Первый актъ:
захватываніе ребенка.

этого послѣдняго оказываются „раскачиванія“, которыя впервые предложилъ *B. S. Schultze* ¹⁾.

Раскачиванія по способу Schultze. Первый актъ: Захватываніе ребенка. Врачъ беретъ ребенка обѣими руками за плечи такимъ образомъ, что большіе пальцы лежатъ на передней поверхности грудной клѣтки, указательные вдвинуты сзади въ подмышечныя впадины, а остальные 3 пальца каждой руки лежатъ на спинкѣ младенца въ косвенномъ направленіи. При этомъ головка фиксирована между локтевыми краями запястья обѣихъ рукъ. Затѣмъ врачъ, съ нѣсколькими раздвинутыми ногами, держитъ предъ собою захваченнаго вышеописаннымъ образомъ ребенка, вытянувъ свои руки внизъ (см. рис. 113).



Рис. 114. Второй актъ: подбрасываніе вверхъ. Пассивное выдыханіе.



Рис. 115. Третій актъ: откидываніе внизъ. Пассивное выдыханіе.

(По *B. S. Schultze*).

Второй актъ: Искусственное выдыханіе. Вытянутыми руками врачъ немедленно подбрасываетъ ребенка изъ этого вислячаго положенія вверхъ, такъ что нижняя половина тѣла, слегка поднявшись надъ горизонтальной линіей, медленно переваливается на верхнюю. Вслѣдствіе этого органы грудной полости подвергаются сильному сжатію, какъ со стороны грудо-

¹⁾ Der Scheintod Neugeborener 1871.

брюшной преграды, так и со стороны грудной стѣнки. Въ результатѣ получается *пассивное выдыхательное движеніе*, которое выталкиваетъ аспирированные массы изъ нижнихъ воздухоносныхъ путей вверхъ и наружу (см. рис. 114).

Третій актъ: Искусственное вдыханіе. Послѣ короткой паузы врачъ откидываетъ тѣло ребенка опять внизъ. Грудная клѣтка, свободная теперь отъ всякаго давленія, расширяется въ силу своей упругости, и грудобрюшная преграда отходитъ внизъ. При этомъ получается *чисто пассивное, весьма глубокое вдыханіе* (см. рис. 115).

Послѣ перерыва въ нѣсколько секундъ, снова раскачиваютъ ребенка вверхъ и внизъ. Всю эту манипуляцію повторяютъ отъ 8 до 10 разъ. Затѣмъ помѣщаютъ новорожденного ребенка въ теплую ванну, чтобы предтвратить болѣе сильное охлажденіе тѣла, и наблюдаютъ въ ней эффектъ дыханія. Если самопроизвольныхъ дыхательныхъ движеній, выражающихся легкими волнообразными колебаніями въ подложечной ямкѣ, еще не наступило, то повторяютъ раскачиванія. Если рефлекторная возбудимость, наконецъ, возстановилась, то для окончательнаго оживленія ребенка достаточно уже однихъ раздраженій кожи.

При производствѣ раскачиваній по способу *Schultze* необходимо въ особенности наблюдать за тѣмъ, чтобы грудная клѣтка никогда не сдавливалась лежащими на ней большими пальцами и чтобы шея ребенка всегда оставалась вытянутою, т. е. чтобы головка его лежала неподвижно между запястьями рукъ. Наконецъ, откидываніе ребенка внизъ должно производиться съ извѣстною силою, если мы желаемъ, чтобы воздухъ на вѣрно проталкивался въ легкія.

Методъ *Schultze* удовлетворяетъ всѣмъ показаніямъ: онъ освобождаетъ воздухоносные пути отъ находящихся въ нихъ инородныхъ массъ, вводитъ воздухъ въ легкія и оживляетъ энергію кровообращенія. Надежность его дѣйствія вполне подтверждена практикой. Нѣкоторые авторы упрекали его въ томъ, что онъ иногда причиняетъ ребенку серьезныя поврежденія; но при раскачиваніи здороваго во всѣхъ другихъ отношеніяхъ ребенка, подобно тому какъ при операціи наложенія щипцовъ, этотъ упрекъ относится не къ самому методу, а единственно къ рукамъ того врача, который его примѣняетъ. Кто строго придерживается предписаній *Schultze*, тотъ никогда не увидитъ ничего подобнаго, и ему иногда удается спасти такого ребенка, который другими методами не могъ быть сохраненъ въ живыхъ.

У дѣтей, получившихъ при извлеченія какое нибудь поврежденіе, напр. переломъ плеча или ключицы, нужно во всякомъ случаѣ соблюдать извѣстную осторожность при примѣненіи способа *Schultze*, такъ какъ раскачиванія могутъ усилить эти поврежденія.

Оживленіе ребенка должно быть продолжаемо до тѣхъ поръ, пока онъ приметъ совершенно свѣжій видъ, т. е. начнетъ сильно кричать, сдѣлается краснымъ, раскроетъ глаза и станетъ очень сильно двигать руками и ногами. Ребенокъ послѣ оживленія нуждается въ постоянномъ

согрѣваніи, и для этого онъ долженъ быть помѣщенъ на нѣсколько дней въ согрѣвательную ванночку.

Только при очень глубокой асфиксіи или при осложненіи ея давленіемъ на головной мозгъ не удается достигнуть оживленія. Но старанія оживить ребенка никогда не должны быть оставлены раньше, чѣмъ прекращеніе сердечной дѣятельности не укажетъ на наступившую уже смерть.

Мнимая смерть отъ *острой анеміи* можетъ, кромѣ прямыхъ раненій, произойти только вслѣдствіе разрыва сосудовъ пуповины при *insertio velamentosa*. Мнимая смерть вслѣдствіе *давленія на головной мозгъ* встрѣчается при узкомъ тазѣ и послѣ трудныхъ операцій наложенія щипцовъ. Она характеризуется замедленною дѣятельностью сердца, параличемъ дыханія и безуспѣшностью раздраженій кожи. Часто асфиксія бываетъ осложнена давленіемъ на головной мозгъ. Если бы состояніе аріоѣ продолжалось и послѣ рожденія ребенка, то это можетъ подать поводъ къ ошибкѣ развѣ лишь на нѣсколько секундъ, такъ какъ спустя очень короткое время появляется вполне удовлетворительное дыханіе.

Изъ другихъ методовъ искусственного дыханія ¹⁾ мы должны еще упомянуть о способѣ *Silvester'a*: сильнымъ отведеніемъ и приведеніемъ верхнихъ конечностей, при неподвижномъ положеніи всего остального тѣла, производятъ очередное расширеніе и спаденіе грудной кѣтки. Кромѣ того, многіе акушеры примѣняютъ искусственное вдунаніе воздуха чрезъ катетеръ, введенный въ дыхательное горло. Но оба эти метода менѣе дѣйствительны, чѣмъ раскачиванія по способу *Schultze*, а второй изъ нихъ, къ тому же, болѣе труденъ и опасенъ (разрывъ легочныхъ пузырьковъ, *pneumothorax*). Преимущества своего способа въ сравненіи съ другими методами искусственного дыханія *Schultze* въ новѣйшее время еще разъ доказалъ экспериментальнымъ путемъ ²⁾. Заставлявшій о себѣ въ послѣднее время много говорить способъ *Labord'a*, заключающійся въ ритмическихъ потягиваніяхъ языка, дѣйствуетъ путемъ рефлекса и такимъ образомъ является при потерѣ рефлекторной возбудимости со стороны продолговатаго мозга совершенно бесполезнымъ; тогда способъ этотъ не въ состояніи замѣнить искусственное дыханіе и въ особенности *Schultze'евскія* раскачиванія (см. *B. S. Schultze, Centralblatt f. Gynäkologie 1896, № 37*). Вѣрность этого взгляда подтвердилъ намъ горькій опытъ съ примѣненіемъ метода *Labord'a*. О многочисленныхъ другихъ методахъ, отчасти менѣе дѣйствительныхъ, а отчасти основанныхъ на недостаточномъ знаніи физиологіи, мы здѣсь не будемъ говорить.

У недоношенныхъ дѣтей методъ *Schultze* иногда оказывается неэффективнымъ вслѣдствіе мягкости грудныхъ стѣнокъ. Въ такихъ случаяхъ, конечно, приходится на первыхъ порахъ довольствоваться вдунаніемъ воздуха. Но послѣ того, какъ стѣнки воздухоносныхъ путей уже раздались, благодаря вдунанію воздуха, раскачиванія ребенка обыкновенно все-таки обнаруживаютъ свое дѣйствіе (*Schultze*)

¹⁾ См. *M. Runge, Krankheiten der ersten Lebenstage. 2. Aufl. 1893.*

²⁾ *Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 3.*

Патологія и терапія родильнаго (послѣродового) періода.

I. Введеніе.

Важнѣйшій источникъ для патологическаго теченія родильнаго періода лежитъ въ родовомъ актѣ. Каждая родильница, какъ мы уже неоднократно объясняли, представляетъ вмѣстѣ съ тѣмъ раненую, и такимъ образомъ у нея могутъ развиваться болѣзни, обусловливаемыя зараженіемъ ранъ. Болѣзни эти происходятъ вслѣдствіе соприкосновенія свѣжихъ ранъ съ инфекціонными веществами. Инфекція ранъ въ значительномъ большинствѣ случаевъ происходитъ опять-таки во время родового акта, при которомъ онѣ только-что образовались.

Дѣйствительно, болѣзни ранъ родовыхъ путей составляютъ важнѣйшую и самую обширную группу заболѣваній въ родильномъ періодѣ.

Кромѣ заживленія ранъ, родильный періодъ, какъ мы уже видѣли, еще характеризуется обратнымъ развитіемъ половыхъ частей и отдѣленіемъ молока изъ грудныхъ железъ. Разстройства обратнаго развитія половыхъ путей лишь отчасти имѣютъ свою причину въ родовомъ актѣ. Важную роль въ ихъ этиологіи играетъ, кромѣ того, дурной уходъ за родильницей. Патологія отдѣленія молока не находится въ прямой причинной связи съ актомъ родовъ.

Наконецъ, родильницы могутъ еще подвергаться случайнымъ заболѣваніямъ. Такъ какъ нѣкоторыя изъ этихъ болѣзней вліяютъ неблагоприятно на теченіе родильнаго періода, а съ другой стороны, ихъ собственное теченіе и ихъ симптомы отличаются здѣсь нѣкоторыми своеобразными особенностями, то мы должны будемъ вкратцѣ упомянуть о нихъ въ этомъ отдѣлѣ.

II. Болѣзни, обусловленныя зараженіемъ пуперальныхъ ранъ полового аппарата.

1. Опредѣленіе и общая этиологія.

Большинство всѣхъ лихорадочныхъ заболѣваній въ родильномъ періодѣ происходитъ вслѣдствіе зараженія родовыхъ ранъ.

Эта истина еще сравнительно молода. Въ 1847 г. Semmelweiss

(въ Вѣнѣ) впервые заявилъ, что такъ наз. родильная горячка, т. е. тяжелая и въ большинствѣ случаевъ смертельная лихорадочная заболѣванія родильницъ, происходитъ вслѣдствіе зараженія трупнымъ ядомъ. Къ 1861 году онъ выработалъ изъ этого взгляда слѣдующую теорію. Каждый случай родильной горячки происходитъ вслѣдствіе *всасыванія разложившагося животнo-органическаго вещества*. Это вещество, за рѣдкими исключениями, всегда *вносится въ половыя части извнѣ*. Слѣдовательно, родильная горячка въ большинствѣ случаевъ *можетъ быть предотвращена*. Очень рѣдко разложившееся животно органическое вещество образуется въ самихъ половыхъ органахъ (самозараженіе).

Зараженіе извнѣ можетъ быть предотвращено, если разложившееся животно-органическое вещество, которое имѣется на инструментѣ или на пальцѣ, производящемъ акушерское изслѣдованіе, будетъ *умерщвлено* передъ изслѣдованіемъ или оперативнымъ пособіемъ. Для умерщвления яда *Semmelweiss* уже въ 1847 г. рекомендовалъ обмываніе рукъ *хлорною водою*; и дѣйствительно, ему удалось этимъ путемъ достигнуть пониженія смертности.

Къ числу самыхъ непостижимыхъ фактовъ въ исторіи медицины принадлежитъ то обстоятельство, что потребовались долгіе годы и ожесточенные споры прежде, чѣмъ эта теорія сдѣлалась общепризнанной. Нельзя отрицать, что антисептическое леченіе ранъ, гораздо позднѣе введенное въ хирургію *Lister*'омъ, существенно содѣйствовало уразумѣнію теоріи *Semmelweiss*'а и ея практическому примѣненію.

Лишь съ первой половины семидесятыхъ годовъ мы имѣемъ въ акушерствѣ *антисептику*, дальнѣйшее усовершенствованіе которой въ послѣдующія 15 лѣтъ совершенно измѣнило не только смертность, но и заболѣваемость родильницъ. Между тѣмъ какъ прежніе врачи были совершенно безсилны предъ родильною горячкою, какъ болѣзною *suī generis* и неизвѣстнаго происхожденія, и не имѣли средствъ къ уменьшенію ея ужасающаго распространенія и къ предотвращенію почти неизбѣжнаго смертельнаго исхода, мы въ настоящее время уже имѣемъ возможность понизить число смертныхъ случаевъ до минимума. Мало того, даже болѣе легкія лихорадочныя заболѣванія сдѣлались со времени введенія антисептической профилактики гораздо болѣе рѣдкими, а это доказываетъ, что и они въ большинствѣ случаевъ происходятъ не отъ другой причины, какъ отъ зараженія родовой раны.

Главнымъ гнѣздомъ такъ наз. *родильной горячки* были въ прежнее время такія *родовспомогательныя заведенія*, которыя служили для обученія студентовъ. Заболѣванія и смертельные случаи обыкновенно появлялись тамъ сплошною массою (эпидеміи родильной горячки) и наблюдались въ громадномъ числѣ. *До того времени, когда проложила себѣ дорогу теорія Semmelweiss*'а, смертность въ нѣкоторыхъ акушерскихъ клиникахъ доходила до 10—17 и даже 26%. Наоборотъ,

послѣ введенія антисептики, *Dohrn* ¹⁾ вычислилъ для всѣхъ родильныхъ домовъ Германіи за 1874—1883 гг. среднюю смертность въ 1,37 %, причемъ максимумъ равнялся 3 %, а минимуму 0,16 %. Въ 1874 г. средняя смертность равнялась еще 1,63 %, а въ 1893 г. она уже упала до 0,96 %. Въ настоящее же время смертные случаи отъ септицеміи среди родильницъ, разрѣшившихся отъ бремени въ хорошо устроенныхъ родильныхъ домахъ, принадлежать прямо-таки къ рѣдкостямъ!

Легкія лихорадочныя заболѣванія въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ за послѣдніе годы тоже сдѣлались гораздо болѣе рѣдкими. Тяжелыя заболѣванія встрѣчаются въ количествѣ едва 2—4‰. Число случаевъ, въ которыхъ родильный періодъ вообще сопровождается лихорадкою (повышеніемъ температуры за 38°), составляетъ теперь въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ около 12 %.

Эти цифры не нуждаются въ поясненіяхъ. „Всюду, гдѣ идетъ рѣчь о благодѣтеляхъ челоѣчества, имя *Semmelweis*'а заслуживаетъ быть упомянутымъ въ числѣ первыхъ“. Этими словами покойный *Schroeder* поставилъ инициатору акушерской антисептики прекрасный памятникъ.

Предшественниками *Semmelweis*'а были *Denman*, *White* и *Eisenmann*. Первые начатки теоріи *Semmelweis*'а относятся къ 1847 г., когда онъ былъ еще ассистентомъ Вѣнской акушерской клиники. Въ 1848 и 1849 гг. это ученіе было въ Вѣнѣ предметомъ оживленныхъ споровъ. *Hebra* сравнивалъ его съ изобрѣтеніемъ *Jenner*'а, *Skoda* выступилъ его защитникомъ въ Вѣнской медицинскій академіи, *Rokitansky* (1850 г.)—въ обществѣ вѣнскихъ врачей. Среди акушеровъ это ученіе встрѣтило сильную оппозицію. Главными противниками его были *Kiwisch*, *Scanzoni*, *Seyfert* и *Dubois* (въ Парижѣ). Изъ акушеровъ впервые признала его *Michaëlis*, *Lange*, *Kugelmann*. Въ 1861 году появилась главная работа *Semmelweis*'а подъ названіемъ: *Die Aetiologie, der Begriff, und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*. Еще въ томъ же году, на съѣздѣ естествоиспытателей въ Шпейерѣ, противниками его ученія выступили *Virchow*, *Spiegelberg*, *Hecker*. Поворотъ въ обратную сторону совершился весьма постепенно къ концу шестидесятихъ годовъ, благодаря работамъ *Hirsch*'а, *Veit*'а и *Winckel*'я. Рука объ руку съ этимъ шло уменьшеніе смертности во всѣхъ родильныхъ домахъ ²⁾.

Съ 1854 г. *Semmelweis* было профессоромъ акушерства въ Пештѣ. Онъ умеръ въ домѣ умалишенныхъ, близъ Вѣны, 13-го августа 1865 г. вслѣдствіе пеміи, вызванной раненіемъ пальца.

Случай смерти отъ инфекціонныхъ заболѣваній игралъ прежде самую главную роль въ общей смертности родильницъ: 98—99% всѣхъ смертныхъ случаевъ происходили отъ инфекции. Въ настоящее же время, когда случаи смерти отъ инфекции сдѣлались, благодаря антисептикѣ, гораздо болѣе рѣдкими, смертность отъ не-инфекціонныхъ процессовъ (эклампсія, кровотеченія, раненія) составляетъ, по *Ehlers*'у ³⁾, около $\frac{1}{4}$ (24,5%) всего числа смертныхъ случаевъ.

Смертность родильницъ въ частной практикѣ еще и до введенія антисептики была, по весьма понятнымъ причинамъ, вообще гораздо меньшею, чѣмъ въ родо-

¹⁾ Zeitschr. f. Gebursh. u. Gynäk. Bd. 12.

²⁾ См. *Gegar*, *Ignaz Philipp Semmelweis*. Sein Leben und seine Lehre. 1882.

³⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 16.—См. также: *Ingerslev*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 26.

вспомогательныхъ заведеніяхъ. Но уменьшеніе ея подь вліяніемъ антисептики, къ сожалѣнію, далеко не такъ очевидно, какъ въ родильныхъ домахъ. Но какъ бы то ни было и въ частныхъ домахъ замѣчается за послѣднее десятилѣтіе уменьшеніе смертности приблизительно на 30%. Однако, до сихъ поръ умирають еще въ Пруссіи 0,5% всѣхъ рожениць ¹⁾. Это обстоятельство объясняется отчасти трудностью антисептического перевоспитанія тѣхъ повивальныхъ бабокъ, которыя получили свое образованіе въ до-антисептическія времена, а отчасти *оперативнымъ многодѣланіемъ*, которымъ увлекаются многіе врачи подь прикрытіемъ антисептики, но которое не уменьшаетъ заболеваемости и смертности и не приноситъ пользы ни матери, ни младенцу, а поэтому заслуживаетъ *полнаго порицанія* ²⁾. Но главною причиною относительно высокой смертности въ частной практикѣ всегда было и остается неудовлетворительное выполненіе субъективной антисептики со стороны акушерскаго персонала.

Въ Пруссіи въ 1888 г. было издано, по распоряженію министерства, спеціальное наставленіе повивальнымъ бабкамъ для предупрежденія родильной горячки. Дезинфицирующимъ средствомъ служить 3% растворъ карболовой кислоты.

Затѣмъ, важный шагъ на пути къ дальнѣйшему ознакомленію съ этиологіей послѣдородовыхъ инфекціонныхъ заболѣваній былъ сдѣланъ *бактеріологіей*. По современнымъ нашимъ воззрѣніямъ, дѣятельнымъ агентомъ разложившагося животно-органическаго вещества, вѣроятно, всегда бывають *микробы*. Соприкосновеніе ранъ съ этими медьчайшими существами нарушаетъ нормальный ходъ заживленія. Микробы размножаются въ громадномъ множествѣ, проникають въ ткани и вызываютъ въ нихъ, отчасти механическимъ, а отчасти химическимъ путемъ, важныя измѣненія. Химическіе продукты этихъ микробовъ (токсины, токсальбумины) составляютъ для организма очень сильный ядъ: они вызываютъ общія явленія при тяжелыхъ инфекціяхъ и своимъ дѣйствіемъ на важныя для жизни органы приводятъ къ смертельному исходу.

При тяжелыхъ инфекціяхъ почти всегда оказывался въ пораженной ткани *streptococcus pyogenes aureus* (*Rosenbach*), такъ что авторы склонны считать этотъ микробъ носителемъ инфекціи въ подобнаго рода случаяхъ. Наряду съ стрептококкомъ встрѣчаются также *staphylococcus aureus* и *albus*. Присутствіе этихъ послѣднихъ микробовъ наряду съ другими палочкообразными бактеріями было констатировано въ особенности при легкихъ формахъ заболѣванія. Неоднократно также находили *bacterium coli commune* ³⁾. Однако, до сихъ поръ еще совершенно не доказано и, наоборотъ, даже невѣроятно, чтобы различнымъ видамъ пуперальной инфекціи соотвѣтствовали также различные виды микробовъ. Изслѣдованія, произведенныя въ этомъ направленіи по настоящее время, не дали убѣдительныхъ результатовъ. Почти всѣ авторы обращаютъ вниманіе на то, что въ значительномъ большинствѣ случаевъ встрѣчается стрептококкъ и тяжесть болѣзни, повидимому, существенно зависитъ отъ степени вирулентности его, которую можно экспе-

¹⁾ *Ehlers*. Die Sterblichkeit «Im Kindbett» in Berlin und in Preussen 1877—1896.

²⁾ См. *Dohrn*, Verhandl. d. Deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. zu Bonn, 1891.—*Löhlein*, Gynäk. Tagesfragen. Heft 3, 1893, p. 254.

³⁾ См. *Schenk*, Arch. f. Gynäk. Bd. 11.

риментальнымъ путемъ усилить и ослабить, и отъ силы противодѣйствія со стороны организма.

Въ новѣйшее время опасными, хотя и болѣе рѣдкими, возбудителями инфекціи признаны еще пнеймококкъ и анаэробныя бактеріи, напр. описанная Halban'омъ ¹⁾ газъ образующая палочка.

Зараженію извнѣ *Semmelweiss* противопоставилъ гораздо болѣе рѣдкое *самозараженіе*, при которомъ разложеніе органическаго вещества происходитъ въ самомъ организмѣ. Источникомъ самозараженія служатъ, по *Semmelweiss*'у, гниющія части яйца, сильно ущемленные и некротизированныя мягкія части, и т. д. Но, конечно, строго говоря, это „самозараженіе“ тоже представляетъ зараженіе извнѣ, такъ какъ необходимыя для разложенія микроорганизмы должны предварительно попасть въ родовыи каналъ изъ внѣшняго міра.

Въ новѣйшее время ученіе о самозараженіи опять оживо, когда было обращено вниманіе на то, что во влагалищѣ и влагалищныхъ лохіяхъ имѣются бактеріи, причѣмъ инфекціонныя свойства влагалищныхъ лохий были доказаны и экспериментальнымъ путемъ (*Kehrer*). Отъ зараженія влагалищными лохиями родильница защищена грануляціями, быстро образующимися на поверхности ранъ въ нижней части полового аппарата. Если эти грануляціи будутъ повреждены при изслѣдованіи или при какихъ нибудь другихъ манипуляціяхъ, или если влагалищныя лохи будутъ занесены въ свободную отъ микроорганизмовъ полость матки, напр. при спринцованіи ея, то такое самозараженіе, конечно, не можетъ представлять ничего удивительнаго.

Относительно того, имѣются-ли во влагалищѣ беременныхъ настоящіе болѣзнетворныя микроорганизмы и какъ часто они въ немъ встрѣчаются, еще существуетъ между авторами большое разногласіе. Выше внутренняго зѣва полость матки, повидимому, совершенно свободна отъ микроорганизмовъ. Однако весьма вѣроятно, что микробы, находящіеся во влагалищѣ и попавшіе туда незадолго до родовъ (напр. при *coitus*'ѣ), слѣдовательно, не лишившіеся еще своей вирулентности, могутъ быть продвинуты въ матку посредствомъ инструмента или руки. Многіе авторы допускаютъ даже возможность того, что микроорганизмы съ ослабленной или совершенно потерянной вирулентностью получаютъ ее вновь при извѣстныхъ условіяхъ, напр. при пониженіи жизнеспособности тканей.

Случаи самозараженія, возникающіе описаннымъ сейчасъ образомъ, обыкновенно отличаются легкимъ теченіемъ. Тяжелыя заболѣванія навѣрно составляютъ здѣсь большую рѣдкость. Не подлежитъ, однако, сомнѣнію, что многіе случаи, приписывавшіеся самозараженію, основаны въ дѣйствительности на недостаточной антисептикѣ рукъ и инструментовъ и что они тоже обыкновенно представляютъ „зараженіе путемъ прикосновенія“ ²⁾.

Но ученіе о самозараженіи, по очень мѣткому, хотя и нѣсколько

¹⁾ Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynäk. Bd. 11.

²⁾ См. die Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. z. Berlin. 1899.

суровому отзыву *Winckel'*я, какъ и вѣра въ мiazму, облегчаетъ совѣсть и поэтому, вѣроятно, всегда будетъ имѣть изрядное число приверженцевъ.

Bumm ¹⁾ справедливо высказался въ томъ смыслѣ, что пониманіе сущности пuerперальныхъ болѣзней выиграло бы весьма значительно, если бы мы до поры до времени держались подраздѣленія на *гнилостное отравленіе и септическое зараженіе*, — подраздѣленія, введеннаго для болѣзней родильнаго періода *Spiegelberg'*омъ. Гнилостное отравленіе (отравленіе ранъ, сепремія. *Duncan*) обусловлено поступленіемъ химическихъ веществъ въ кровь. Эти вещества доставляются гнилостнымъ разложеніемъ мертвыхъ тканей (напр. задержанныхъ частей яйца, кровяныхъ сгустковъ или мертваго плода, если смерть его наступила послѣ разрыва плоднаго пузыря), наступающимъ подъ влияніемъ бактерий. Слѣдовательно, отравляющая дѣятельность этихъ бактерий требуетъ присутствія мертваго матеріала. Онѣ не обнаруживаютъ своего дѣйствія на живой ткани ²⁾, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ.

Напротивъ того, при гнилостномъ зараженіи опредѣленные болѣзнетворные микроорганизмы активно проникаютъ въ живую ткань и причиняютъ ей вредъ отчасти механическимъ, а отчасти химическимъ путемъ. Смѣшанные случаи сепремія съ гнилостнымъ зараженіемъ несомнѣнно встрѣчаются. Возможно также, что сепремія иногда приводитъ къ гнилостному зараженію, благоприятствуя поселенію болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ.

Но клиническое описаніе послѣродовыхъ инфекціонныхъ болѣзней, которое было бы основано на этой строго научной классификаціи, до сихъ поръ еще представляется невозможнымъ.

По изслѣдованіямъ *Waltherd'a* ³⁾, находящіеся во влагалищѣ стрептококки могутъ принять болѣзнетворный характеръ въ томъ случаѣ, когда сопротивляемость тканей уменьшилась, напр., вслѣдствіе болѣе сильной родовой травмы. Поэтому въ такихъ случаяхъ цѣлесообразна дезинфекція влагалища, которую и мы тоже рекомендуемъ при этихъ обстоятельствахъ.

Вопросъ о дѣйствительномъ значеніи другихъ бактериологическихъ работъ новѣйшаго времени, которыхъ мы здѣсь не можемъ подробно разбирать, и о практическихъ выводахъ, которые уже теперь дѣлаются изъ нихъ нѣкоторыми авторами, еще остается открытымъ ⁴⁾. Для практическаго акушера, до поры до времени, еще остается въ силѣ нижеслѣдующее правило: *Теченіе родовыхъ ранъ въ родильномъ періодѣ зависитъ прежде всего отъ асептического состоянія рукъ и инструментовъ изслѣдующаго!*

Въ новѣйшее время сильно настаиваютъ на возможности зараженія токомъ крови. Полагаютъ, что въ случаѣ, если возбудители инфекціи находятъ въ какомъ-либо другомъ мѣстѣ организма (напр. стрептококки при ангиѣ), то онѣ могутъ быть занесены токомъ крови на поврежденныя половыя части; тамъ онѣ быстро развиваются и вызываютъ тяжелое септическое заболѣваніе (*L. v. Rosthorn*, Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Berlin 1899).

2. Частная этиологія.

Выяснивъ эти руководящія воззрѣнія на послѣродовыя инфекціонныя болѣзни, мы должны теперь подробно рассмотретьъ самый *механизмъ инфекціи*.

¹⁾ См. die Verhandl. der Deutsch. Gesellschaft f. Gynäk. z. Berlin. 1899.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 34.—Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Berlin. 1899.—*Krönig*, ibidem, стр. 336.

³⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 48.—Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 12.

⁴⁾ См. *Koblanck*. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 40 и Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Berlin 1899.

Источниками, изъ которыхъ получается инфекціонное вещество, могутъ служить всякаго рода органическія вещества, находящіяся въ состояніи разложенія. Въ нихъ развивается громадное множество бактерій, отчасти безвредныхъ, а отчасти болѣзнетворныхъ. Разложившееся вещество часто, но не всегда, обнаруживаетъ свое присутствіе зловоннымъ запахомъ. Гниlostнаго разложенія всегда надо опасаться; но, повидимому, очень далеко подвинувшійся процессъ гніенія часто уничтожаетъ болѣзнетворныя бактеріи. Для врача особенно важны слѣдующіе источники инфекціоннаго вещества: *части трупа* и *отдѣленіе зараженныхъ ранъ, особенно у больныхъ родильницъ*. Переносъ яда отъ больной родильницы на здоровую роженицу далеко не всегда вызываетъ ту же самую степень заболѣванія: сравнительно легкое заболѣваніе родильницы, если оно будетъ перенесено на здоровую роженицу, можетъ вызвать у нея самую тяжелую септицэмію. Кромѣ того, слѣдуетъ опасаться соприкосновенія роженицы съ больными, страдающими *дифтеріей, рожей и скарлатиной*.

Въ послѣднее время неоднократно было доказано, что переносъ дифтеріи и ангины можетъ быть причиною пuerперальнаго зараженія. Въ большинствѣ такихъ случаевъ дѣло шло о зараженіи стрептококками, слѣдовательно о септической инфекціи. Однако, *Витт* ¹⁾ описалъ случай *настоящей пuerперальной дифтеріи* полового канала (наружныхъ половыхъ частей, влагалища, маточной шейки), въ которомъ были констатированы характерныя для дифтеріи *Löffler'*овскія палочки. Инфекція, очевидно, была перенесена на роженицу отъ дифтеритнаго ребенка. Ротъ и носъ родильницы были поражены послѣдовательной дифтеріей. Исходъ этого случая не былъ смертельный. Подобныхъ же случаевъ въ новѣйшее время описано нѣсколько. Инъекціи сыворотки *Behring'a* составляютъ теперь наиболѣе подходящую терапію.

Посредниками, переносящими заразное вещество на родовую рану, могутъ быть: *изслѣдующій палецъ*, введенный въ половые пути инструментъ, рѣже—бѣлье, подстилки и др. предметы, приходившіе въ соприкосновеніе съ половыми органами. Зараженіе почти всегда происходитъ путемъ *соприкосновенія*. Уже чрезвычайно малаго количества инфекціоннаго вещества достаточно, чтобы вызвать самое тяжелое заболѣваніе родовой раны. Ни одного признака, который указывалъ бы, что на инструментѣ или на рукѣ находится инфекціонное вещество, мы до сихъ поръ не имѣемъ, за исключеніемъ только бактеріологическихъ развонокъ, которыя даютъ результатъ лишь спустя нѣсколько дней. Поэтому всякая рука должна принципіально считаться нечистою, — все равно, приходилъ-ли обладатель ея въ завѣдомое соприкосновеніе съ инфекціонными веществами, или онъ старательно ихъ избѣгалъ. Слѣдовательно, зараженіе родовой раны можетъ быть съ увѣренностью предотвращено лишь въ томъ случаѣ, если рука, производящая акушерское изслѣзованіе, и всѣ тѣ предметы, которые приходятъ въ соприкосновеніе съ родовой раной, сдѣланы *свободными отъ бактерій* или, другими словами, приведены въ *асептическое состояніе*.

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 33.

Мѣстомъ вступленія яла чаще всего бываютъ *маточный зѣвъ* и *endometrium*, рѣже — влагалище и наружные половые органы. Во время родовъ мы неоднократно при изслѣдованіи прикасаемся къ маточному зѣву пальцемъ, чтобы опредѣлить его ширину, его мѣстоположеніе, состояніе его краевъ, и неоднократно вводимъ черезъ него палецъ въ полость матки, чтобы ощупать подлежащую часть плода. Это часто прикосновеніе къ поврежденнымъ краямъ маточнаго зѣва, очевидно, облегчаетъ возможность зараженія при посредствѣ нечистаго пальца.

Понятно, что большинство инфекцій происходитъ во время родовъ. Зараженіе во время беременности мыслимо лишь при томъ условіи, если случайно уже имѣется раненіе половыхъ путей или если оно было произведено изслѣдующею рукою. Свѣжее зараженіе въ родильномъ періодѣ тоже составляетъ рѣдкость, если соблюдено правило, что къ внутреннимъ половымъ органамъ здоровыхъ родильницъ не слѣдуетъ въ первую недѣлю родильнаго періода прикасаться ни рукою, ни инструментомъ (маточный наконечникъ).

Предрасполагающимъ моментомъ къ зараженію рожениць должна особенно считаться *чрезмѣрная продолжительность родовъ*. Чѣмъ дольше тянутся роды, тѣмъ болѣе велика травма и тѣмъ чаще приходится повторять изслѣдованіе. Поэтому первородящія заболѣваютъ чаще, чѣмъ многородящія. Особенно предрасположены пожилыя первородящія. Трудныя операціи тоже благопріятствуютъ зараженію. Прикрѣпленіе плаценты на ненормально низкомъ мѣстѣ также облегчаетъ инфекціонному веществу проникновеніе въ организмъ.

Кромѣ того, въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ родильница подвергается большей опасности, такъ какъ въ нихъ стекаются трудные случаи, и если у одной родильницы обнаружилось зараженіе, то оно очень легко можетъ быть перенесено и на другихъ. *Родовспомогательныя заведенія, служащія для обученія студентовъ*, особенно опасны, какъ это убѣдительно было доказано уже *Semmelweis*'омъ на основаніи статистическихъ данныхъ. Возможность занесенія зародышей инфекціи отъ трупа или отъ другихъ заразныхъ больныхъ существуетъ здѣсь почти каждодневно. Затѣмъ можно также доказать, что старыя, тѣсныя, плохо вентилируемыя и слѣшкомъ переполненныя родовспомогательныя заведенія облегчаютъ зараженіе путемъ соприкосновенія, не говоря уже о несомнѣнно рѣдкомъ и только при особенныхъ обстоятельствахъ возможномъ зараженіи непосредственно изъ окружающаго воздуха. Подобнымъ же образомъ слѣдуетъ, конечно, объяснять тотъ фактъ, что инфекціонныя заболѣванія родильницъ встрѣчаются зимою чаще, нежели лѣтомъ.

Врачу нужно знать эти благопріятствующія причины. Присутствіе ихъ увеличиваетъ возможность зараженія, и поэтому при такихъ обстоятельствахъ должны быть особенно тщательно принимаемы антисептическія мѣры.

Schauta и другіе наблюдали появленіе эпидемій родильной горячки послѣ нерациональной чистки старыхъ выгребныхъ ямъ. Точно также не подлежитъ сомнѣнію, что ломка старыхъ домовъ, отскребаніе известковой штукатурки со стѣвъ и т. п. могутъ представлять опасность въ виду образованія въ большемъ количествѣ пыли, содержащей бактерій.

Если наступило разложеніе частей яйца въ маткѣ, будетъ-ли это плодъ, умершій во время родовъ, или остатки плаценты послѣ родовъ или остатки яйцевыхъ оболочекъ послѣ выкидыша, то въ такомъ случаѣ облегчена возможность зараженія (см. замѣчаніе о сапрэміи).

Напротивъ того, мацерированный плодъ не угрожаетъ матери никакою опасностью.

Что предрасположеніе къ инфекціи ранъ индивидуально неодинаково, — это считается несомнѣннымъ. Плохое питаніе, хроническая анемія или также приобретенная во время родового акта острая анемія увеличиваютъ воспримчивость къ зараженію и благоприятствуютъ всасыванію инфекціоннаго вещества.

Господствовавшій еще при младенческомъ состояніи медицины взглядъ, что болѣзнь является выраженіемъ борьбы организма противъ внѣдряшагося въ него врага, подтверждается въ полной мѣрѣ при родильной септицеміи. Чѣмъ вирулентнѣе нападеніе микроорганизмовъ, чѣмъ слабѣе жизненная энергія клѣтокъ организма, борющихся съ врагомъ, тѣмъ быстрѣе и полнѣе совершается гибельное нашествіе.

3. Анатомическое и бактериологическое состояніе.

Лишь только септические микробы проникли въ какую-нибудь рану, начинается мобилизація клѣтокъ по всему сосѣдству. Противъ микробовъ образуется оборонительный валъ изъ густо расположенныхъ клѣтокъ въ видѣ реактивной зоны (грануляціонный поясъ), отъ дѣятельности которой зависитъ то, останется-ли инфекція локализованной или она пойдеть дальше. При тяжелой инфекціи или при менѣе сильныхъ клѣткахъ валъ этотъ прорывается или онъ вообще оказывается слабо развитымъ и даже вовсе не образуется. Внѣдреніе микробовъ идетъ тогда слишкомъ быстро для того, чтобы успѣла образоваться крѣпкая оборонительная стѣна.

Въ легкихъ случаяхъ *резорпціонной лихорадки* мы не находимъ въ половыхъ частяхъ вообще никакихъ грубо-анатомическихъ измѣненій. Такъ какъ при этомъ всегда наступаетъ выздоровленіе, то и не приходится производить тщательнаго анатомическаго изслѣдованія. Иногда оказываются болѣе или менѣе значительные ушибы нижняго отдѣла полового аппарата съ отекомъ окружающихъ частей или безъ него; съ поверхности ушибленныхъ частей происходитъ болѣе сильное всасываніе.

Но въ другихъ случаяхъ мѣсто вступленія инфекціоннаго вещества обнаруживаетъ уже макроскопически явственное и характеристическое измѣненіе: оно превращено въ *язву* съ сѣро-желтымъ, грязнымъ налетомъ и покраснѣвшими, часто припухшими краями (*пуэртальная язва*). Такія язвы си-

дять обыкновенно на *наружныхъ половыхъ частяхъ* или въ нижнемъ-отдѣлѣ влагалища и почти всегда вызываютъ отекъ окружающихъ частей. Сѣро-желтый налетъ образуется вслѣдствіе поверхностнаго некроза слизистой оболочки и содержитъ огромное множество микроорганизмовъ, въ томъ числѣ много стрептококковъ. Эти язвы могутъ достигать значительныхъ размѣровъ и нерѣдко приводили въ до-антисептическія времена къ обширному гангренозному распаденію.

На *маточномъ зѣвъ* обнаруживаются подобныя же измѣненія, но обыкновенно не столь распространенныя. Маточный зѣвъ и *endometrium* составляютъ важнѣйшіе и, вѣроятно, наиболѣе частые пункты для первичной инфекціи. Если мѣстомъ первичнаго заболѣванія была *область прикрѣпленія плаценты*, то плацентарныя тромбы распадаются въ грязно-окрашенныя массы, въ которыхъ находится множество бактерій.

При очень быстромъ всасываніи инфекціоннаго вещества могутъ совершенно отсутствовать микроскопическія измѣненія на половыхъ частяхъ. Какъ-разъ въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ зараженія ранъ, мѣсто вступленія яда часто остается невыясненнымъ при анатомическомъ изслѣдованіи.

Вышеописанныя мѣстныя измѣненія могутъ оказаться единственными при анатомическомъ вскрытіи, хотя въ такихъ случаяхъ лишь рѣдко наступаетъ смерть. Очень часто, напротивъ того, заболѣваніе распространяется на *внутреннюю стѣнку* полового канала (*colpitis, endometritis*) и, вторично, на мѣсто прикрѣпленія послѣда, или на непосредственно прилегающія къ нему части (*parametritis, perimetritis*), или, наконецъ, на всю *брюшину*. Въ послѣднемъ случаѣ мы уже имѣемъ дѣло съ зараженіемъ всего организма,—обстоятельство, которое обыкновенно подтверждается присутствіемъ бактерій въ крови и, по большей части, переходомъ ихъ, въ различные органы, главнымъ образомъ въ почки, селезенку и печень, а также соотвѣтствующими анатомическими измѣненіями. Иногда при общей инфекціи можетъ даже отсутствовать перитонитъ.

Отдаленные органы могутъ быть при пуэрперальной инфекціи вовлечены въ заболѣваніе двумя различными путями: во-первыхъ, ядъ можетъ распространяться черезъ *лимфатическіе сосуды* (*лимфатическая форма* родильной горячки, септицемія въ собственномъ смыслѣ слова). При этомъ на первый планъ выдвигаются перитонитъ и заболѣваніе другихъ серозныхъ оболочекъ. Во-вторыхъ, ядъ можетъ распространяться черезъ *венозные сосуды*; тромбы маточныхъ и тазовыхъ венъ гнилостно-распадаются и приводятъ къ инфекціоннымъ эмболіямъ во всевозможныхъ органахъ (*флеботромботическая форма* родильной горячки, метрорфлебитъ, піемія въ собственномъ смыслѣ слова).

Къ пуэрперальной язвѣ часто присоединяется *colpitis*, представляющая инфильтрацію слизистой оболочки, рѣдко болѣе глубокихъ слоевъ, съ одновременнымъ распаденіемъ или безъ него.

Заболѣванія внутренней оболочки матки (endometritis) въ своихъ начальныхъ стадіяхъ трудно поддаются распознаванію, такъ какъ слизистая оболочка матки въ послѣродовомъ періодѣ уже и при нормальныхъ условіяхъ представляется разможенной и воспаленною. Но если наступило болѣе глубокое распаденіе оставшагося слоя deciduae, то мы несомнѣнно уже имѣемъ дѣло съ состояніемъ патологическимъ даже въ макроскопическомъ его видѣ. Некротическія части ткани пронизаны палочками и кокками, частью безвредными, частью же весьма патогеннаго характера (стрептококки, стафилококки и bacterium coli). За некротическимъ слоемъ decidua находится клѣточная инфильтрація, составляющая грануляціонный валъ—эту образованную самимъ организмомъ защиту противъ дальнѣйшаго проникновенія микроорганизмовъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ инфекціи этотъ грануляціонный валъ прорывается микроорганизмами или же онъ оказывается мало развитымъ, а то и вовсе отсутствуетъ. Въ подобныхъ случаяхъ стрептококки проростаюгъ тонкими рядами черезъ всю стѣнку матки до самой брюшины или они слѣдуютъ по ходу болѣе значительныхъ лимфатическихъ сосудовъ и такимъ путемъ глубже проникаютъ въ организмъ.

Въ анатомическомъ отношеніи картина представляется разнообразной.

Внутренняя поверхность матки имѣетъ сѣрый цвѣтъ, усѣяна неровностями, углубленіями и болѣе сильными возвышеніями, или покрыта омертвѣвшими, слабо еще держащимися обрывками. Нерѣдко въ полости матки находятъ также остатки яйцевыхъ оболочекъ или кровяные сгустки, причемъ тѣ и другіе обыкновенно оказываются гнилостно разложившимися. Въ другихъ случаяхъ полость матки выполнена большимъ количествомъ грязно-окрашенной зловонной жидкости, очевидно—разложившагося секрета ранъ, который былъ отдѣленъ въ чрезмѣрномъ количествѣ и застоялся въ маткѣ. Лишь рѣдко плацентарная область при болѣе сильномъ эндометритѣ оказывается совершенно неизмѣненной. Тромбы покрыты на поверхности сѣро-желтымъ налетомъ, или они оказываются распавшимися въ крошковатую, маркую массу; они пронизаны инфекціонными колоніями. Это распаденіе тромбовъ можетъ простирагъ далеко въ вены матки и непосредственно прилегающихъ къ ней частей (переходъ къ метрофлебиту).

При тяжелыхъ формахъ инфекціи некротическое распаденіе ткани доходитъ до мышечнаго слоя матки или распространяется и на него (endometritis necrotica, putrescentia uteri). Большіе куски тканей могутъ подвергнуться омертвѣнію и отторгаться. Наблюдались даже случаи прободенія матки, вызваннаго гангреной¹⁾. Глубокими разрѣзами можно опредѣлить, на какую глубину распространился процессъ распаденія.

Остальныя ткани матки при всякомъ болѣе сильномъ эндометритѣ тоже бывають замѣтно измѣнены. Мускулатура дрябла, пропитана серозною жидкостью, обратное развитіе ея совершилось недостаточно. Соеди-

1) Beckmann, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 42.

нительная ткань представляется разбухшею и пропитана серозно-гноюною жидкостью. Лимфатическіе сосуды часто содержатъ гной. Нерѣдко удается ихъ прослѣдить до самаго параметрія въ видѣ бѣловатыхъ шнурковъ съ болѣе значительными эктазіями, которыя могутъ симулировать собою абсцессы (переходъ къ параметриту). Въ другихъ случаяхъ брюшинный покровъ матки и непосредственно прилегающихъ къ ней частей представляется помутнѣвшимъ и покрытъ сгустками или гноемъ (переходъ къ периметриту).

Но не во всѣхъ случаяхъ пuerперальной инфекціи развивается эндометритъ: иногда ядъ переходитъ изъ зараженной раны шейки непосредственно въ параметрій.

По *Витт'у* ¹⁾, эндометритъ бываетъ или *пулридный*, причемъ чрезъ посредство сапрофитныхъ микроорганизмовъ происходитъ разложеніе deciduae, или *септической*, причемъ главную роль играютъ стрептококки. При первой формѣ поясъ грибковъ ограничивается отъ muscularis поясомъ клѣтчатой инфильтраціи (*грануляціонный валъ*); то же самое имѣетъ мѣсто и при септическомъ эндометритѣ, разъ онъ остается локализованнымъ.

Параметритъ ²⁾ есть флегмона тазовой соединительной ткани. Онъ начинается вблизи шейки и распространяется отсюда дальше. Соединительная ткань въ свѣжихъ стадіяхъ заболѣванія представляется гиперэмированной, студенистою, разбухшею, и инфильтрирована мелкими клѣтками. Въ пораженной ткани почти всегда можно обнаружить присутствіе стрептококковъ. Процессъ часто остается одностороннимъ; рѣже онъ захватываетъ оба параметрія одновременно.

Параметритъ въ однихъ случаяхъ бываетъ только этапнымъ пунктомъ на пути къ общему зараженію; при этомъ „*гноинный отекъ*“ можетъ распространиться позади брюшины далеко вверхъ, даже къ почечной области. Но количество эксудата никогда не бываетъ очень велико; на первомъ планѣ стоитъ болѣе заболѣваніе лимфатическихъ сосудовъ и наполненіе ихъ гноемъ (parametritis diffusa). Въ другихъ случаяхъ процессъ „локализуется“, какъ выражались въ прежнее время (parametritis circumscripta). При этомъ образуются *больше или меньше значительные эксудаты*, которые распространяются дальше въ тазовой соединительной ткани и переходятъ по направленію впередъ къ мочевою пузырю (paracystitis), по направленію ввизъ къ влагалищу (paracolpitis), по направленію назадъ и подъ Дугласовымъ пространствомъ—на противоположную сторону. Въ другихъ еще случаяхъ эксудатъ остается одностороннимъ и при своемъ дальнѣйшемъ ростѣ отъснываетъ матку на противоположную сторону, или онъ распространяется вверхъ, выпячиваетъ предъ собою брюшину и появляется надъ Пупартовой связкой, причемъ онъ можетъ дойти до пупочной области или распространиться назадъ до области псечекъ. Дальнѣйшая судьба такихъ параметральныхъ эксудатовъ

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 40.—*Döderlein*, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Wien 1895.—*Menge* u. *Krönig*, Bacteriologie des weibl. Genitalcanals. Bd. 2. 1897.

²⁾ См. *v. Rosthorn* in *J. Veit*. Handb. d. Gynäk. Bd. 3, 1899.

очень различна. Маленькіе эксудаты могутъ быстро всосаться; большіе или сгущаются и постепенно сморщиваются, но сохраняютъ сравнительно долго въ своемъ центрѣ гнойное ядро, или переходятъ въ абсцессъ и опоражниваютъ свое содержимое наружу или въ сосѣдніе органы.

При пельвеоперитонитѣ (*периметритъ*) помутнѣвшая и сильно инъцированная брюшина матки, и особенно ея придатковъ, покрыта фибринозными или гнойными эксудатами. При болѣе доброкачественныхъ формахъ эти эксудаты организуются и превращаются въ ложныя перепонки, которыя могутъ въ видѣ шнурковъ или болѣе широкихъ перемычекъ переходить чрезъ Дугласово пространство на другую сторону, смѣщать матку съ ея положенія или обхватывать, перегибать или смѣщать Фаллопьевы трубы и яичники. Такіе слипчивые периметриты составляютъ одинъ изъ важнѣйшихъ источниковъ продолжительныхъ гинекологическихъ страданій.

Но если инфекция была не столь невинной, то образуется чисто гнойный эксудатъ и развиваются оумкованные абсцессы съ обильнымъ содержаніемъ микробовъ, или болѣзнь распространяется на верхній отдѣлъ брюшины и приводитъ къ общему перитониту. Если гнойный периметритъ перешелъ въ излеченіе, то могутъ остаться такія же измѣненія половыхъ органовъ, какъ при слипчивомъ периметритѣ.

Иногда *Фаллопьева труба* на одной или обѣихъ сторонахъ тоже бываетъ вовлечена въ заболѣваніе. При этомъ она представляется опухшею, утолщеною, слизистая оболочка ея покрыта гноемъ и представляетъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ дефекты. При закрытіи брюшного отверстія Фаллопьевой трубы могутъ въ ея просвѣтъ накопляться большія количества гноя (*pyosalpinx*). Съ Фаллопьевой трубы процессъ можетъ послѣ разрыва такого гнойнаго мѣшка, или безъ разрыва, перейти непосредственно на брюшину. *Яичники* иногда тоже бываютъ измѣнены. При этомъ они представляются опухшими, покраснѣвшими, паренхима ихъ размячена. Иногда существуетъ абсцессъ яичника.

Peritonitis puerperalis проявляется анатомически главнымъ образомъ въ трехъ формахъ: серозно-гнойной, фибринозно-гнойной и чисто гнойной. Для пuerperального перитонита особенно характерно *сильное вздутіе кишекъ газами*, которое происходитъ вслѣдствіе паралича дряблой отечной мускулатуры кишечника и вѣроятно также вслѣдствіе ненормальныхъ процессовъ разложенія его содержимаго. Въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ иногда не находятъ фибринозныхъ и гнойныхъ эксудатовъ, а оказывается только небольшое количество мутной сѣро-красной и иногда очень зловонной жидкости, содержащей громадное множество микробовъ, часто одну только чистую культуру стрептококковокъ, между тѣмъ какъ серозная оболочка представляется только матовой и сильнѣ инъцированной, а метеоризмъ держится въ умѣренныхъ границахъ: больная умерла отъ инфекции раньше, чѣмъ успѣли развиться дальнѣйшія анатомическія измѣненія.

Происхожденіе перитонита объясняется дальнѣйшимъ шествіемъ возбудителей инфекціи по ретроперитонеальнымъ лимфатическимъ сосудамъ на серозную оболочку, или непосредственнымъ проростаніемъ ихъ черезъ маточную стѣнку до брюшины. Рѣже овъ бываетъ обусловленъ распространіемъ процесса съ гнойно-воспаленной Фаллопиевой трубы.

Въ случаяхъ съ болѣе подострымъ теченіемъ образуются подъ конецъ осумкованные перитониты съ фибринозно-гнойнымъ экссудатомъ, или настоящіе содержащіе септическихъ микробовъ перитонеальные абсцессы, которые могутъ прорваться наружу, или въ кишечный каналъ, или въ брюшную полость, отъ которой они были раньше отдѣлены сращеніями. Въ случаяхъ, кончающихся выздоровленіемъ, остаются въ брюшной полости такія же измѣненія (сращенія и проч.), какъ послѣ периметрита.

Черезъ лимфатическіе сосуды инфекціонный ядъ можетъ наводнить весь организмъ (*лимфатическая форма* родильной горячки, *септицемія*). Но о самомъ свойствѣ измѣненій въ лимфатическихъ сосудахъ до сихъ поръ еще существуетъ между авторами большое разногласіе. По *Hecker'у* и *Buhl'ю* ¹⁾, заболѣваніе лимфатическихъ сосудовъ состоитъ въ воспаленіи ихъ стѣнки съ накопленіемъ въ нихъ гноя. *Virchow* ²⁾, напротивъ того, считаетъ содержимое лимфатическихъ сосудовъ за свернувшуюся лимфу (лимфо-тромбозъ) и отрицаетъ настоящее воспаленіе ихъ стѣнки. Вѣроятно, при септицеміи встрѣчаются и тѣ, и другія измѣненія лимфатической системы, и въ настоящее время едва-ли уже можетъ подлежать сомнѣнію, что передаточными путями для септического яда такъ или иначе служатъ лимфатическіе сосуды.

Черезъ лимфатическіе пути діафрагмы инфекція переходитъ въ грудную полость. Слѣдствіемъ этого является плевритъ, односторонній или обоюдосторонній, съ фибринозно-гнойнымъ, чисто гнойнымъ или ихорознымъ экссудатомъ. Подобнымъ же образомъ возникаетъ *перикардитъ*. Наблюдаемая нерѣдко *пневмонія* тоже объясняется распространіемъ инфекціи на интерстиціальную соединительную ткань легкихъ (интерлобулярная пневмонія). Рѣже къ этому присоединяется воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, обыкновенно съ гнойнымъ экссудатомъ.

Иногда при вскрытіи трупа оказывается только перитонитъ безъ заболѣванія отдаленныхъ органовъ, такъ какъ больная умерла раньше, чѣмъ инфекція успѣла до нихъ дойти.

Но почти всегда въ септическомъ трупѣ оказываются измѣненія *селезенки, печени и почекъ*. Селезенка увеличена, пульпа ея мягка, на разрѣзѣ почти расплывается. Въ печени оказывается паренхиматозное помутнѣніе, доходящее иногда до полного распадѣнія печеночныхъ клѣтокъ. Измѣненія эти часто бывають распредѣлены по органу неравномѣрно. Иногда печень представляется желтушно-окрашенной.

¹⁾ Klinik der Geburtst. Bd. 1. 1816.

²⁾ Virchow's Archiv Bd. 23.

Почечная ткань тоже оказывается паренхиматозно помутнёвшею и разбухшею. Часто въ мозговомъ веществѣ замѣчаются соответствующія направленію мочевыхъ канальцевъ сѣро-желтоватыя полоски. Это суть мочевые канальцы, наполненные бактеріями, которыя производятъ некрозъ эпителия и вызываютъ нагноеніе въ окружающихъ частяхъ.

Въ очень развитыхъ случаяхъ почти всегда находятъ жировое перерожденіе *сердечной мышцы*.

Въ *кишечномъ каналѣ* оказывается воспаленіе, рѣдко изъязвленіе и некрозъ слизистой оболочки.

Къ этому присоединяется рядъ другихъ, болѣе непостоянныхъ измѣненій въ органахъ: циститъ съ изъязвленіями и гангреной, нагноеніе лимфатическихъ железъ, околушной, щитовидной, затѣмъ флегмоны и абсцессы въ соединительной ткани или въ мышцахъ съ гнойнымъ или ихорознымъ содержимымъ. Небольшія кровонзліянія попадаютъ во многихъ органахъ, иногда и въ кожь. На этой послѣдней наблюдаются также эритемы, которыя могутъ имѣть извѣстное сходство съ скарлатинною сыпью.

Особую форму септического заболѣванія мышцъ представляетъ *dermatomyositis* (dermatomyositis),—воспаленіе значительной части мускулатуры скелета, обусловленное, вѣроятно, обильнымъ видрѣніемъ стрептококковъ и въ большинствѣ случаевъ соединенное съ эритемою кожи и отекомъ под-кожной клѣтчатки ¹⁾).

Существенно иную анатомическую картину представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ исходнымъ пунктомъ для общаго заболѣванія служатъ инфицированные коками гнойвидные или ихорозно распавшіеся *тромбы въ маточныхъ или тазовыхъ венахъ*. Эта флебо-тромботическая форма носитъ также названіе *пизміи*. Хотя и нельзя отвергать, что при пуэпоральной инфекціи иногда встрѣчаются совершенно чистые случаи пизміи, но все-таки чрезвычайно часто наблюдаются смѣшанныя формы, при которыхъ анатомическое изслѣдованіе показываетъ, что зараженіе организма произошло обоими путями, т. е. черезъ лимфатическіе сосуды и черезъ вены.

Характерное для пизміи анатомическое измѣненіе состоитъ въ *инфекціонныхъ эмболіяхъ*. Онѣ встрѣчаются особенно въ легкихъ, въ почкахъ, затѣмъ въ селезенкѣ, печени, сердцѣ и т. д. Эмболіи производятъ, какъ извѣстно, клиновидные инфаркты съ послѣдующимъ нагноеніемъ или безъ него. Въ легкихъ онѣ вторичнымъ образомъ часто приводятъ къ плевриту. Въ почкахъ развивается такъ наз. эмболическій нефритъ. Сосуды биткомъ набиты бактеріями, вокругъ которыхъ развиваются нагноенія, такъ что почечная ткань пронизана многочисленными мелкими абсцессами. Въ легкихъ инфекціонный embolus также можетъ привести къ нагноенію и даже къ гангренѣ. Подобнымъ же образомъ происходятъ болѣе

¹⁾ См. *Heinricius*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

рѣдкіе абсцессы печени. Довольно часто піемія сопровождается воспаленіемъ и нагноеніемъ одного или нѣсколькихъ *суставовъ*. Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть о заболѣваніяхъ глазъ съ исходомъ въ панофтальмитъ.

Описанныя при септицеміи измѣненія селезенки и печени часто встрѣчаются и въ тяжелыхъ случаяхъ піеміи.

Большое значеніе имѣетъ *язвенный эндокардитъ*, который рѣдко развивается при настоящей септицеміи, чаще при піеміи. На клапанахъ, особенно лѣваго сердца, осѣдаютъ цѣлыя кучи бактерій, состоящихъ преимущественно изъ стрептококковъ. При этомъ образуются бѣловато-желтыя пятна и утолщенія, которыя скоро распадаются и оставляютъ послѣ себя изъязвленія. Существовавшій уже раньше эндокардитъ предрасполагаетъ къ этому поселенію бактерій на клапанахъ при инфекціонныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Язвенный эндокардитъ служитъ важнымъ посредникомъ для инфекціонныхъ эмболій. Онъ приводитъ къ образованію во всевозможныхъ органахъ громаднаго числа мелкихъ абсцессовъ, которые представляются въ видѣ бѣловатыхъ точекъ, окруженныхъ болѣе сильною краснотою или кровоизліяніями.

Особенно часто при язвенномъ эндокардитѣ находятъ кровоизліянія въ сѣтчаткѣ, рѣже эмболическіе процессы въ глазу, причемъ послѣдніе могутъ привести къ гнойному панофтальмиту ¹⁾. Замѣчательно еще то обстоятельство, что язвенный эндокардитъ чрезвычайно часто сопровождается гнойнымъ воспаленіемъ мягкихъ оболочекъ головного или также спинного мозга.

4. Клиническое теченіе, предсказаніе и терапія.

Бактеріологическія изслѣдованія послѣдняго времени учатъ, что болѣзнь остается локализованной, если клѣткамъ организма удастся остановить дальнѣйшее шествіе микроорганизмовъ. Если же септическіе зародыши проникли черезъ этотъ защитительный барьеръ въ общій токъ крови, то инфекция является общей и ея токсины занимаютъ весь организмъ. Тогда на сцену выступаетъ новая оборонительная сила организма: антибактерійное дѣйствіе кровяной сыворотки. Борьба перестала быть локализованной, она стала всеобщей.

Это обстоятельство даетъ намъ право дѣлать въ клиническомъ отношеніи пуэрперальную инфекцію на *легкіе* случаи, протекающіе болѣе мѣстно, и на *тяжелые*, въ которыхъ страдаетъ *весь организмъ*. Хотя въ дѣйствительности случаи съ легкимъ началомъ иногда еще принимаютъ неблагоприятный оборотъ, однако большинство тяжелыхъ случаевъ уже съ самаго начала характеризуется особенностями своего внѣшняго проявленія, а съ другой стороны даже болѣе легкіе случаи не лишены нѣкоторыхъ характерныхъ симптомовъ. Всѣ эти обстоятельства даютъ намъ также право выводить изъ нихъ важныя заключенія для прогноза и терапіи.

¹⁾ См. *Litten*, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 2. 1881.

Мы различаемъ среди легкихъ формъ пуэрперальной інфекціі слѣдующія отдѣльныя болѣзни:

- простая резорціонная лихорадка;
- вульвитъ и кольпитъ съ пуэрперальной язвой;
- эндометритъ;
- пельвеоперитонитъ;
- параметритъ.

Тяжелыя формы (родильная горячка въ болѣе тѣсномъ смыслѣ):

- септицемія;
- пѣмія;
- язвенный эндокардитъ.

Эта классификація дѣлается нами преимущественно для округленія клиническихъ картинъ. Промежуточные переходы и смѣшанныя формы, какъ было видно уже изъ вышеприведеннаго описанія патолого-анатомическихъ измѣненій, встрѣчаются чрезвычайно часто.

Легкія формы пуэрперальной інфекціі.

При наступленіи легкой *резорціонной лихорадки*, которая выражается умѣреннымъ повышеніемъ температуры ($38,0 - 38,5^{\circ}$), в которой до сихъ поръ еще нельзя избѣжать у 10% всѣхъ родильницъ, мы ограничиваемся, въ случаѣ отсутствія мѣстныхъ симптомовъ, тщательнымъ наблюденіемъ за родильницей. Но если лихорадка продолжается болѣе одного дня, то должны быть предписаны спринцованія влагалища.

Вульвитъ и пуэрперальная язва выражаются обыкновенно воспалительнымъ отекомъ наружныхъ половыхъ частей, появляющимся въ 1—3-й день родильнаго періода. Осторожнымъ раздвиганіемъ половыхъ губъ можно обнаружить часто скрытое мѣстоположеніе инфицированнаго разрыва или настоящую язву. Последняя покрыта характернымъ сѣро-желтымъ налетомъ, имѣетъ неровныя припухшіе края и окружена краснымъ вѣнчикомъ. Больная обыкновенно, но не всегда, жалуется на жженіе въ половыхъ частяхъ, и если существуетъ язва, то нерѣдко наблюдается повышеніе температуры, доходящее даже до $39,5^{\circ}$ и еще выше, при умѣренномъ учащеніи пульса.

Лучшимъ *профилактическимъ средствомъ* и здѣсь также считается строгая *асептика* во время родовъ. Кромѣ того, этотъ видъ інфекціи навѣрно можетъ быть предотвращенъ *іодоформомъ*, примѣняемымъ послѣ родовъ въ видѣ присыпки на поврежденныя наружныя половыя части, особенно у первородящихъ, и на каждый зашитый разрывъ. Послѣ каждаго обмыванія половыхъ частей въ родильномъ періодѣ возобновляется іодоформная присыпка.

Относительно *терапии* считается правиломъ, что язва должна быть разрушена 10% алкогольнымъ растворомъ карболовой кислоты, іодною настойкою или хлористымъ цинкомъ (пополамъ съ водою), а затѣмъ должна

быть сдѣлана присыпка іодоформомъ. Язва послѣ этого въ большинствѣ случаевъ быстро заживаетъ.

Если инфекция локализуется во влагалищѣ (colpitis), то при болѣе обширномъ распространеніи язвеннаго процесса выдѣленіе изъ половых путей можетъ пріобрѣсти зловонный запахъ. Въ этомъ случаѣ необходимо прибѣгнуть къ спринцованіямъ влагалища для удаленія разлагающагося секрета.

При *эндометритѣ*, болѣе частой формѣ мѣстной инфекции, важнѣйшіе симптомы состоятъ въ измѣненіи послѣродового очищенія, въ лихорадкѣ и чувствительности матки къ давленію. Послѣдовательныя потуги у первородящихъ часто тоже достигаютъ неприятной интенсивности. Эндометритъ можетъ быть обусловленъ разложеніемъ задержанныхъ остатковъ плаценты, рѣдко яйцевыхъ оболочекъ. При этомъ первыми симптомами бывають сильно кровянистыя лохіи, настоящія кровотечения и послѣдовательныя потуги, тогда какъ чувствительность матки къ давленію и лихорадка присоединяются уже впослѣдствіи. Лечение этой формы эндометрита будетъ описано въ главѣ о недостаточномъ обратномъ развитіи матки.

Если эндометритъ развился вслѣдствіе прямого зараженія извнѣ, то первымъ его симптомомъ нерѣдко бываетъ *чувствительность къ давленію* всей матки или отдѣльной части ея. Къ этому обыкновенно присоединяется умѣренная *лихорадка* съ не очень частымъ пульсомъ. *Лохіи* выдѣляются въ *обильномъ* количествѣ, долго сохраняють кровянистый цвѣтъ или становятся болѣе буроватыми, маркими. Противный запахъ послѣродового очищенія при этомъ очень сильно выраженъ. Часто, однако, послѣродовое очищеніе становится *зловоннымъ*, такъ что при поднятіи одѣяла немедленно ощущается гнилостный запахъ. Это разложеніе можетъ, конечно, происходить и при заболѣваніяхъ влагалища или при застаиваніи въ немъ обильнаго секрета, но обыкновенно оно происходитъ уже въ самой маткѣ. Въ лохіяхъ, взятыхъ изъ матки съ соблюденіемъ необходимыхъ предосторожностей, всегда при эндометритѣ имѣются микроорганизмы, даже въ такихъ случаяхъ, когда запахъ не указываетъ на гнилостное разложеніе.

Если лихорадка и особенно частота пульса держатся въ умѣренныхъ границахъ, если животъ остается плоскимъ и нечувствительнымъ, то при цѣлесообразномъ леченіи болѣзнь проходитъ въ нѣсколько дней. Иное дѣло, когда лихорадка, несмотря на леченіе, продолжается по прежнему или еще усиливается и чувствительность къ давленію распространяется на сосѣднія части; въ этомъ случаѣ надо опасаться распространенія процесса. Если частота пульса необыкновенно высока и метеоризмъ увеличивается, то эти два симптома всегда должвы возбуждать подозрѣніе о начинающейся общей инфекціи.

Терапія. Если матка чувствительна къ давленію, то слѣдуетъ немедленно положить пузырь со льдомъ на нижнюю часть живота. Если къ этому присоединяется лихорадка, то дѣлаются 2 раза въ день прохлад-

ныя орошенія влагалища 2% растворомъ карболовой кислоты. Послѣ обмыванія наружныхъ половыхъ частей осторожно вводятъ во влагалище стеклянную трубку такимъ образомъ, что изъ нея течетъ струя жидкости. Высота паденія должна быть умѣренною ($1\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ метра), количество впрыскиваемой жидкости должно составлять около 2—3 литровъ. Жидкость, вытекающая обратно въ подкладное судно, должна быть изслѣдована относительно ея цвѣта и запаха, относительно примѣшанныхъ къ ней обрывковъ ткани и кровяныхъ сгустковъ. Затѣмъ обтирають половыя части сухою ватою и, въ случаѣ надобности, присыпають іодоформомъ.

Если послѣродовое очищеніе имѣетъ гнилостный запахъ, то промыванія влагалища должны производиться 3—4 раза въ день. Если послѣ нѣсколькихъ промываній прекратился дурной запахъ, то надо думать, что гнилостное разложеніе происходило только во влагалищѣ. Если же, несмотря на промываніе влагалища, послѣродовое очищеніе остается зловоннымъ, то это означаетъ, что разложеніе происходило въ самой маткѣ, и тогда требуется промываніе этой послѣдней.

Промываніе матки ¹⁾ не есть индифферентное лечебное средство, а имѣетъ значеніе оперативнаго пособія. Такъ какъ промываніе матки сопряжено съ опасностями, то оно должно производиться только при наличности опредѣленнаго показанія. Таковымъ считается: *рѣзкое гнилостное разложеніе маточныхъ лохий*.

Для промыванія матки употребляется гибкій оловянный катетеръ, который хорошо можетъ быть приноровленъ къ кривизнѣ матки, или, по *Fritsch'y*, извѣстный изъ гинекологіи Воземановскій катетеръ въ увеличенномъ масштабѣ. Жидкостью для промыванія служитъ теплый 3% растворъ карболовой кислоты (ни въ какомъ случаѣ не растворъ сулемы). Высота паденія должна быть не болѣе $1\frac{1}{2}$ метра, количество жидкости не болѣе 2—3 литровъ. Положивъ женщину на поперечную кровать, обмываютъ и дезинфицируютъ сначала наружныя половыя части, выпускають изъ пузыря мочу, и, послѣ предварительнаго промыванія влагалища, опредѣляютъ осторожнымъ комбинированнымъ изслѣдованіемъ величину и положеніе матки и ширину маточнаго зѣва. Затѣмъ придаютъ оловянной трубкѣ кривизну, соответствующую сильно искривленному впередъ положенію матки, вводятъ во влагалище трубку такимъ образомъ, чтобы изъ нея уже текла струя жидкости, еще разъ промываютъ основательно влагалище и осторожно продвигаютъ черезъ маточный зѣвъ верхушку трубки, лежащую на указательномъ пальцѣ введенной руки. Въ области внутренняго маточнаго зѣва необходимо нѣсколько приподнять верхушку трубки и наклонить рукоятку внизъ. Послѣ этого трубка проникаетъ до дна матки. Указательный палецъ, по которому ведется трубка, оставляется въ цервикальномъ каналѣ; поверхъ него впрыскиваемая жидкость выливается обратно.

¹⁾ См. *Fritsch. Samml. klin. Vortr. № 107.*—*M. Runge, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 5.*

Во время промыванія матки необходимо слѣдить за лицомъ родильницы и вмѣстѣ съ тѣмъ желательно наблюдать за ея пульсомъ. Несчастныя случайности во время промыванія матки, о которыхъ мы сейчасъ будемъ говорить, выражаются перемежно въ чертахъ лица родильницы и очень частымъ, неправильнымъ, прерывающимся пульсомъ. Въ этомъ случаѣ необходимо тотчасъ зашемитъ каучуковую трубку иригатора и затѣмъ осторжно удалить катетеръ.

Результатъ относительно процессовъ разложенія въ маткѣ почти всегда бываетъ благопріятный, если только дѣло еще не дошло до болѣе глубокаго некротическаго распадена ткани. Часто уже послѣ одной иригаціи исчезаетъ запахъ послѣродового очищенія и падаетъ лихорадка. Больше двухъ иригацій рѣдко бываетъ необходимо. Но при тяжелыхъ инфекціяхъ (*putrescentia uteri*) гнилостное разложеніе иногда противостоитъ всѣмъ усиліямъ.

Нѣкоторые утверждаютъ, что промываніе матки отварной водой и содой вмѣстѣ лизола или карболовой кислоты даетъ столь же хорошіе результаты, но это еще недостаточно доказано опытомъ.

Не очень рѣдко послѣ иригаціи матки является черезъ нѣсколько часовъ потрясающій ознобъ съ высокою лихорадкою, — обстоятельство, которое можетъ въ чловѣкѣ несвѣдущемъ возбудить сильное безпокойство. Но обыкновенно лихорадка спустя короткое время (черезъ 1—2 часа) исчезаетъ и затѣмъ уже не появляется вновь. Въ такомъ случаѣ предполагаютъ, что во время иригаціи матки еще разъ произошло внезапное всасываніе изъ приведенныхъ въ движеніе инфекціонныхъ массъ, которое затѣмъ, послѣ тщательной иригаціи, уже не можетъ повторяться. Если же лихорадка послѣ озноба продолжается по прежнему, или если повторяются самые ознобы, то это означаетъ, что положеніе серьезно.

Само собою понятно, что неискусное производство иригаціи матки увеличиваетъ опасность. Введеніемъ трубки могутъ быть причинены новыя раненія, на которыхъ прививается инфекціонное отдѣляемое. Разлагающіяся влагалищныя лохи могутъ быть перенесены трубкою въ полость матки. Величайшая осторожность требуется при болѣзненности матки. Большинство ухудшеній болѣзненнаго процесса, наблюдавшихся послѣ иригаціи матки, должны быть отнесены на счетъ плохой техники.

Вышеупомянутыя *неблагопріятныя явленія*, наблюдаемая иногда во время иригаціи матки, состоятъ во внезапной потерѣ сознанія, одышкѣ, клоническихъ судорогахъ съ широкими нереагирующими зрачками и частомъ, маломъ, прерывающемся пульсѣ. Смерть можетъ наступить немедленно, или спустя нѣкоторое время при продолжающемся коматозномъ состояніи. Но въ большинствѣ случаевъ женщина оправляется, особенно если иригація была приостановлена при появленіи первыхъ признаковъ начинающагося приступа. Почти всегда приступъ сопровождается выдѣленіемъ крови изъ матки. Вѣроятно, во время иригаціи отдѣляется тромбъ плацентарной области, и вырскиваемая жидкость попадаетъ въ кровеносную систему. Вызываются-ли всѣ эти явленія самою жидкостью или содержащеюся въ ней карболовою кислотою, еще неизвѣстно ¹⁾. Въ послѣднемъ случаѣ пришлось бы смотрѣть на эти явленія какъ на острое отравленіе карболовою кислотою. Поэтому при приготовленіи жидкости для иригаціи необходимо заботиться о тѣсномъ смѣшеніи карболовой кислоты съ водою, которую лучше

¹⁾ См. *Fritsch*, Grundzüge der Pathologie und Therapie des Wochenbettes 1884.—*Gloekner*. Die Irrigation des puerperalen Uterus. Dissertation, Halle 1886.

всего брать теплой. При прибавленіи карболовой кислоты къ холодной водѣ легко образуются на днѣ иригатора карболовые шарики, которые затѣмъ прогоняются черезъ каучуковую трубку непосредственно въ матку и, проникнувъ въ какой нибудь открытый сосудъ, конечно, производятъ отравленіе карболовою кислотою.

При томъ превосходномъ санитарномъ состояніи, какимъ теперь пользуются наши родильные дома, промываніе матки является въ нихъ чрезвычайно рѣдкимъ событіемъ. Наоборотъ, въ частной практикѣ мы нерѣдко бываемъ вынуждены прибѣгнуть къ промыванію матки. Поэтому врачъ долженъ знать, что это есть средство обоюдоострое, т. е., что оно сопряжено съ опасностями, но принести при извѣстныхъ условіяхъ безспорно большую пользу.

Выскабливанія матки острой ложечкой при эндометритѣ производить не слѣдуетъ, хотя нѣкоторые авторы и высказались за эту операцію (см. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 21, стр. 456).

Если симптомокомплексъ, который мы понимаемъ подъ именемъ эндометрита, начинаетъ ослабѣвать, то вмѣсто пузыря со льдомъ лучше прикладывать къ животу гидропатическіе компрессы. Далѣе, необходимо заботиться о правильномъ испражненіи на низъ и, по прекращеніи лихорадки, при недостаточномъ обратномъ развитіи матки, примѣнять спорынью.

Периметритъ часто, хотя и не всегда, начинается очень бурными явленіями: *ознобомъ, высокою лихорадкою* (до 40° и выше), *сильною болью* въ области матки, *болѣзненнымъ вздутіемъ живота*, иногда тошнотою и рвотою. Спустя 1—2 дня лихорадка обыкновенно падаетъ и всѣ явленія ослабѣваютъ. Перитонитъ локализируется. Эксудаты въ первое время трудно опредѣлимы или даже совершенно не могутъ быть опредѣлены. Впослѣдствіи иногда прощупываются большіе осумкованные эксудаты, которые медленно всасываются, но могутъ также при сильной лихорадкѣ перейти въ абсцессъ и прорваться въ кишечный каналъ (гнойныя испражненія), въ мочевою пузырь (гнойная моча) или въ брюшину (общій перитонитъ), рѣдко наружу. Въ другихъ случаяхъ остаются ложныя перепонки, которыя впослѣдствіи причиняютъ различнаго рода гинекологическія страданія.

Для периметрита характеристична большая склонность къ обостреніямъ и рецидивамъ. Кромѣ того, существуетъ опасность распространенія процесса на всю брюшину.

Поэтому *предсказаніе* должно ставиться съ осторожностью. Наилучшими точками опоры для него служатъ свойства пульса и общее состояніе. Умѣренная частота пульса, не находящаяся въ соотвѣтствіи съ высотой лихорадки, и удовлетворительное общее состояніе указываютъ на мѣстный характеръ процесса.

Терапія при послѣродовомъ периметритѣ состоитъ въ немедленномъ приложеніи пузыря со льдомъ и въ назначеніи большой дозы опія (Tinct. simpl., 20—25 капель на пріемъ). Далѣе, необходимо предпринять абсолютно покойное положеніе и избѣгать всякаго инсульта внутреннихъ половыхъ частей, въ томъ числѣ и комбинированнаго изслѣдованія. По пре-

кращені лихорадки гідропатическіе компрессы лучше способствуют всасыванію экссудатовъ, чѣмъ пузырь со льдомъ. Легкія слабительныя въ это время могутъ быть дозволены. Родильница должна очень долго оставаться въ постели даже послѣ полного прекращенія лихорадки. Если появилась флуктуація, то не слѣдуетъ слишкомъ рано приступать къ разрѣзу. Экссудатъ долженъ сначала достаточнымъ образомъ осумковаться отъ остальной брюшины, чтобы разрѣзъ былъ безопасенъ. Послѣ разрѣза и опорожненія абсцесса тампонируютъ полость іодоформвою марлею.

Периметриты, ведущіе къ большимъ экссудатамъ, часто идутъ рука объ руку съ параметритомъ, такъ что клинически совершенно невозможно и даже патолого-анатомически часто бываетъ трудно рѣшить, съ какой именно ткани процессъ взялъ свое начало. Во всякомъ случаѣ, большинство такъ назыв. тазовыхъ абсцессовъ происходитъ изъ параметрита (см. рис. 116 и 117).

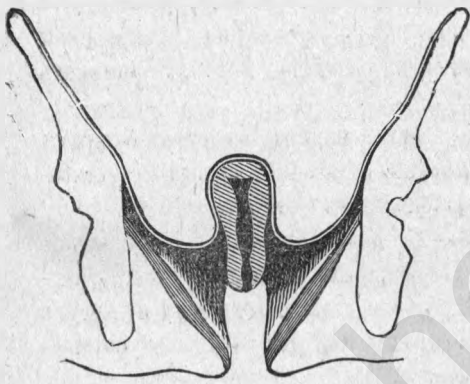


Рис. 116. Схема экссудата при параметритѣ.
[По Fehling'у ¹⁾].

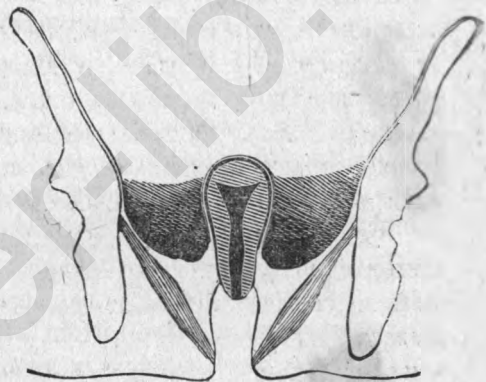


Рис. 117. Схема экссудата при периметритѣ.
(По Fehling'у).

Parametritis circumscripta, воспаленіе тазовой клітчатки, въ доброкачественныхъ своихъ формахъ, ограничивающихся сначала тазовою соединительною тканью, развивается не такъ бурно, какъ периметритъ. Онъ начинается болѣе постепенно, ознобъ отсутствуетъ, лихорадка обыкновенно не очень высока, хотя иногда наблюдаются температуры въ 40° и выше, боль незначительна. Уже въ первые дни существуетъ усиливающаяся при давленіи локализованная боль сбоку матки; лихорадка умѣренная или совсѣмъ отсутствуетъ. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь замѣчается лишь послѣ того, какъ родильница оставила постель. Движенія вызываютъ боль и ведутъ къ ухудшенію процесса. Изслѣдованіе обнаруживаетъ чувствительную при давленіи тѣстоватую припухлость сбоку матки.

Боль обыкновенно бываетъ умѣренной силы, но распространяется въ нижнюю конечность соотвѣтствующей стороны. Лишь въ послѣдствіи, съ

¹⁾ Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. 2 Auflage. 1897.

образованіемъ болѣе значительныхъ экссудатовъ, субъективныя страданія усиливаются, благодаря давленію на нервы и соеѣдніе органы.

Лихорадка, обыкновенно не очень высокая, можетъ продолжаться всего нѣсколько дней; но при болѣе значительныхъ экссудатахъ она тянется недѣлями. Частота пульса держится въ умѣренныхъ границахъ. Общее состояніе существенно не разстроено.

Если экссудатъ невеликъ, то болѣзнь при цѣлесообразномъ леченіи быстро проходитъ. Но и здѣсь легко наступаютъ рецидивы. Новое повышеніе температуры указываетъ съ положительностью на наступленіе рецидива.

Если процессъ идетъ дальше, то могутъ образоваться *болѣе значительные экссудаты*, величиною отъ куриного яйца до головы взрослого человѣка, которые распространяются въ тазовой клѣтчаткѣ, какъ это уже было подробно описано въ анатомическомъ отдѣлѣ. Болѣзнь значительно затягивается; общее питаніе страдаетъ вслѣдствіе лихорадки и долгого лежанія въ постели. Давленіе на нервы вызываетъ отеки, парестезіи, болѣзненность и парезы нижнихъ конечностей, давленіе на мочевой пузырь и прямую кишку—соотвѣтствующія разстройства со стороны этихъ органовъ. Если экссудатъ распространяется до области *m. psoatis*, то нижняя конечность держится согнутою въ коленномъ и тазобедренномъ суставахъ, причѣмъ пассивное разгибаніе ея очень болѣзненно.

Эти большіе экссудаты никогда не всасываются быстро. Они сморщиваются очень медленно, становятся твердыми, какъ хрящъ, въ глубинѣ своей часто еще долго хранятъ гнойное ядро и исчезаютъ по прошествіи мѣсяцевъ или спустя нѣсколько лѣтъ. Процессъ выздоровленія обыкновенно прерывается нѣсколькими рецидивами.

Въ другихъ случаяхъ экссудатъ переходитъ въ нагноеніе, причѣмъ существуетъ сильно ремиттирующая лихорадка. Въ самомъ благопріятномъ случаѣ образуется *одинъ* абсцессъ, который прорывается наружу или въ какойнибудь соеѣдній органъ и затѣмъ заживаетъ. Самымъ частымъ мѣстомъ для прободенія абсцесса наружу оказывается область надъ Пулартовой связкой. Часто абсцессъ прорывается въ прямую кишку. Тенезмы, слизистыя испраженія и существующая въ то же время нагноительная лихорадка указываютъ на предстоящее прободеніе въ этотъ органъ. Послѣ перфорачіи лихорадка немедленно падаетъ, и гной при сильномъ позывѣ на низъ выдѣляется изъ прямой кишки наружу. Подобнымъ же образомъ происходитъ прободеніе въ мочевой пузырь, послѣ чего внезапно выдѣляется большое количество гнойной мочи. Перфорачія можетъ также послѣдовать во влагалище и въ матку, очень рѣдко въ полость брюшины, причѣмъ въ последнемъ случаѣ развивается общій перитонитъ.

Въ другихъ случаяхъ образуются многочисленные абсцессы, появляющіеся одинъ за другимъ. Слѣдствіемъ этого можетъ быть продолжающееся по цѣлымъ годамъ нагноеніе съ общимъ истощеніемъ организма или амидное перерожденіе органовъ. Очень дурное значеніе имѣетъ, рѣдкое

впрочемъ, ихорозное разложеніе эксудата, которое, вѣроятно, происходитъ въслѣдствіе проникновенія микроорганизмовъ изъ кишечнаго канала.

Распознаваніе. Тѣстоватая разлитая припухлость сбоку матки очень характерна. Большіе эксудаты прямо доступны наружному изслѣдованію. Болѣе диффузное распространеніе такихъ эксудатовъ и трудность отдѣленія ихъ отъ стѣнки таза посредствомъ ощупыванія достаточно гарантируютъ отъ смѣшенія съ новообразованіями или съ измѣненіемъ въ положеніи матки. Гектическая лихорадка, большая чувствительность и мягкость эксудата свидѣтельствуютъ о наступившемъ нагноеніи. Возрастающая твердость эксудата указываетъ на сморщиваніе и постепенное всасываніе.

Между тѣмъ какъ при периметритѣ боль и лихорадка стоятъ на первомъ планѣ, ограниченный параметритъ отличается менѣе рѣзкими симптомами и раннимъ образованіемъ эксудатовъ.

О набуханіи параметральной ткани (гнойномъ отека) мы уже говорили по поводу тяжелой септицеміи, причѣмъ какъ-разъ въ тазовой клѣтчаткѣ мы признали тотъ путь, по которому распространяется инфекция. Слѣдовательно, можно было бы думать, что параметритъ всегда есть болѣзнь въ высшей степени опасная. Но это невѣрно. Большинство параметритовъ принимаютъ доброкачественное теченіе и остаются ограниченными. Умѣренная лихорадка, не очень сильное учащеніе пульса, быстрое образованіе ясно прощупываемаго эксудата, полное отсутствіе общихъ явленій, — всѣ эти симптомы свидѣтельствуютъ, что флегмона имѣетъ мѣстный характеръ. Совершенно иное дѣло, когда параметритъ былъ только этапнымъ пунктомъ на пути къ общей инфекціи (*parametritis diffusa*). Мѣстные явленія въ этомъ случаѣ отступаютъ передъ общими на задній планъ. Часто даже совсѣмъ не бываетъ никакой боли, и иногда эксудатъ едва прощупывается. Напротивъ того, лихорадка, сильное учащеніе пульса, общая протрація не оставляютъ никакого сомнѣнія въ септическомъ отравленіи организма. Само собою понятно, что въ началѣ параметрита могутъ еще существовать сомнѣнія относительно его доброкачественности; но обыкновенно уже черезъ нѣсколько дней эти сомнѣнія вполне разъясняются.

Клиническое отграниченіе доброкачественной формы параметрита имѣетъ, слѣдовательно, полное основаніе. Иное дѣло—вопросъ о томъ, насколько это оправдывается съ этиологической точки зрѣнія. Стрептококки встрѣчаются даже въ эксудатахъ не-гнойныхъ, находящихся въ періодѣ всасыванія. Возможно, что и здѣсь также рѣшающую роль играетъ неодинаковая вирулентность бактерий и сопротивляемость клѣтокъ.

Слѣдовательно, *предсказаніе quoad vitam* при ограниченномъ параметритѣ вообще благопріятно. Только при особенныхъ уклоненіяхъ въ развитіи процесса (очень продолжительное нагноеніе) можетъ наступить смерть. Но по отношенію къ здоровью и работоспособности женщины предсказаніе при большихъ эксудатахъ менѣе благопріятно, такъ какъ полное выздоровленіе часто заставляетъ себя ждать по цѣлымъ мѣсяцамъ или годамъ.

Терапія. При начинающемся параметритѣ предписывается абсолютно спокойно лежать въ постели и прикладывать къ животу пузырь со льдомъ, а впослѣдствіи — гидропатическіе компрессы. Въ то же время дается пріемъ опія, чтобы остановить кишечную перистальтику. Если процессъ затягивается, то необходимо позаботиться о хорошемъ питаніи больной, такъ какъ отъ долгаго лежанія въ постели оно нерѣдко значительно страдаетъ. Мѣстное изслѣдованіе должно производиться осторожно и по возможности рѣдко. Насчетъ регулированія испраженій впослѣдствіи требуется нѣкоторая осторожность. Только легкія слабительныя могутъ быть дозволены.

При болѣе обширныхъ экссудатахъ, до тѣхъ поръ, пока они еще мягки и пока существуетъ лихорадка, леченіе должно быть то же самое. Но если экссудаты сгущаются и лихорадка прекратилась, то умѣстно назначить ванны, горячія спринцованія влагалища и массажъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полезно также смазываніе іодной настойкой соответствующихъ экссудату частей влагалища. Внутреннихъ средствъ для скорѣйшаго всасыванія экссудата мы не знаемъ. Іодистый калий тоже недействителенъ, а во многихъ случаяхъ даже вреденъ, такъ какъ онъ разстраиваетъ аппетитъ.

Если образовался параметральный абсцессъ, то его необходимо вскрыть, какъ только онъ выказываетъ стремленіе прорваться наружу. Опорожненная полость тампонируется іодофорною марлею, и затѣмъ она постепенно заживаетъ. Если готовится прободеніе абсцесса въ мочевою пузырь или въ прямую кишку, то слѣдуетъ выждать, пока оно наступитъ самопроизвольно. Послѣ происшедшаго прободенія необходимо оставить органъ въ покоѣ, и особенно не слѣдуетъ разыскивать перфорационное отверстіе въ прямой кишкѣ, такъ какъ результатомъ этого могло бы быть зараженіе полости абсцесса со стороны кишечнаго канала. Если моча послѣ прободенія пузыря долго остается гнойною, то необходимо сдѣлать промываніе пузыря 2% растворомъ борной кислоты.

Болѣе трудно леченіе при продолжительномъ нагноеніи. Здѣсь иногда бываетъ необходимо болѣе энергичное хирургическое вмѣшательство. Разборъ этихъ методовъ леченія не входитъ въ планъ нашей книги и долженъ быть предоставленъ учебникамъ гинекологіи, въ которыхъ подробно говорится и о леченіи старыхъ сморщившихся экссудатовъ тазовой клѣтчатки.

Нерѣдко къ флегмонѣ таза присоединяется тромбозъ тазовыхъ венъ и венъ бедра съ одной или обѣихъ конечностей. Тромбозъ этотъ даетъ тѣ явленія, которыя прежде знали подъ названіемъ *Phlegmasia alba dolens*¹⁾.

По большей части въ теченіе второй недѣли начинаютъ опухать верхняя часть бедра, одновременно являются боли и лихорадка, которая

¹⁾ См. *Gustav Wegscheider*, Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtshülfe. Berlin 1847.—*Spiegelberg*, Lehrbuch der Geburtshülfe. Neu bearbeitet von *Wiener* 1891.

обыкновенно имѣть ремиттирующій характеръ. Болѣзненная припухлость распространяется на всю конечность. Сильно напряженная кожа получаетъ бѣловатый цвѣтъ, консистенція бедра становится твердой, какъ доска. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ флегмона исходитъ изъ тазовой соединительной ткани. Тромбъ всегда бываетъ инфекціоннаго происхожденія. Другими словами, рѣчь тутъ идетъ о тромбофлебитахъ.

Несмотря на это, теченіе по большей части благоприятное.

Почти всегда наступаетъ всасываніе черезъ нѣсколько недѣль; рѣже дѣло доходитъ до нагноенія. Только при одновременно существующемъ общемъ зараженіи можетъ явиться опасеніе за жизнь. Но большая опасность грозитъ больной вслѣдствіе возможности, что тромбъ откопшится и унесется въ видѣ эмбола въ легочную артерію. *Леченіе* ограничивается предписаніемъ абсолютнаго покоя. Конечность укладывается въ приподнятомъ положеніи и обертывается гидропатическимъ компрессомъ. Послѣ того, какъ процессъ окончился и родильница оставила постель, необходимо еще въ теченіе долгаго времени бинтовать конечность фланелевыми бинтами.

Тяжелыя формы пуэрперальной инфекціи (родильная горячка).

Въ анатомическомъ отдѣлѣ было уже сказано, что различаютъ двѣ формы общей инфекціи, именно лимфатическую (септицемія въ собственномъ смыслѣ) и флеботромботическую (піэмія въ собственномъ смыслѣ), смотря по тому, распространяются-ли носители инфекціи чрезъ лимфатическіе или кровеносныя сосуды.

Важнѣйшіе симптомы, которые при лихорадочномъ заболѣваніи въ послѣродовомъ періодѣ указываютъ намъ, что мы имѣемъ дѣло съ *общей инфекціей*, суть слѣдующіе: прежде всего *слабость сердца*, выражающаяся очень частымъ и обыкновенно малымъ пульсомъ, затѣмъ *быстрый упадокъ силъ*, соединенный съ потерей аппетита, далѣе *мозговія явленія*, наблюдаемая, впрочемъ, не всегда (потеря сознанія, коматозное состояніе и бредъ), наконецъ—объективно констатированныя *анатомическія измѣненія болѣе отдаленныхъ органовъ* (легкихъ, плевры, суставовъ и т. д.).

Эти симптомы обыкновенно бываютъ хорошо выражены при настоящей септицеміи, тогда какъ при частой піэміи слабость сердца отступаетъ больше на задній планъ.

Высота лихорадки вообще не имѣетъ очень большого значенія. Лишь тамъ, гдѣ температура съ самаго начала достигаетъ очень высокихъ цифръ (41° и выше), слѣдуетъ ожидать тяжелаго теченія болѣзни.

Прогностически наиболѣе важное значеніе имѣетъ дѣятельность сердца. Чѣмъ болѣе частымъ и малымъ оказывается пульсъ, тѣмъ болѣе интенсивно отравленіе организма и тѣмъ болѣе велика опасность для жизни.

Лимфатическая форма (септицемія въ собственномъ смыслѣ).

Болезнь начинается въ первый, второй или третій донь родильнаго періода, рѣдко позже. Часто, но не всегда, она начинается потрясающимъ ознобомъ съ высокой температурой ($39,5—41,0^{\circ}$ и выше). Немедленно бросается въ глаза *очень частый пульсъ*, который уже въ началѣ заболѣванія можетъ дойти до 120 — 132 ударовъ въ минуту. Лихорадка продолжается, но совершенно по имѣть опредѣленнаго типа и часто бываетъ даже не особенно высока ($38,5—39,0^{\circ}$). По утрамъ появляются обманчивыя ремиссии ($37,6^{\circ}—37,9^{\circ}$). Но сильное учащеніе пульса остается безъ перемѣны.

Животъ, въ большинствѣ случаевъ, съ самаго начала вздутъ. Этотъ *метеоризмъ* обыкновенно все болѣе усиливается въ теченіе болѣзни и можетъ даже при отсутствіи перитонита достигнуть необычайныхъ размѣровъ.

Чувство недомоганія уже съ самаго начала бываетъ очень сильно выражено: появляются головныя боли, бессонница, полная потеря аппетита, быстро возрастающая слабость. Часто уже въ это время существуетъ легкое помраченіе сознанія.

Мѣстные симптомы могутъ отсутствовать; однако, чувствительность къ давленію самой матки или непосредственно прилегающихъ къ ней частей констатируется нерѣдко. Послѣродовое очищеніе довольно часто оказывается разложившимся, зловоннымъ. Рѣже образуется въ половыхъ частяхъ пuerперальная язва. Иногда дѣло начинается съ явленій остраго периметрита.

Въ случаяхъ сильнѣйшаго отравленія организма быстро является упадокъ силъ, и уже черезъ 2—3 дня наступаетъ смерть.

Но въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ нѣсколько медленно. Совершенно атипическая лихорадка продолжается по прежнему, частота пульса еще болѣе возрастаетъ, метеоризмъ увеличивается. Испражненія задержаны. Полное отсутствіе вѣтровъ чрезвычайно характеристично. Больная имѣетъ осунувшійся видъ, глаза вваливаются глубоко въ орбиты, лицо принимаетъ сѣрожелтоватый колоритъ. Языкъ сухъ и подобно губамъ часто бываетъ покрытъ корками; иногда все тѣло обливается потомъ. Количество мочи уменьшается, часто существуетъ альбуминурія, послѣродовое очищеніе выдѣляется въ скудномъ количествѣ. Отдѣленіе молока начинается изсякать.

Часто въ это время на первый планъ выдвигаются *симптомы перитонита*: усиливающіяся и быстро распространяющіяся боли въ животѣ, тошнота, рвота, учащеніе дыханія, полная задержка вѣтровъ. Наконецъ, у нѣкоторыхъ больныхъ перитонитъ принимаетъ самую острую форму, которая характеризуется неукротимую рвотой, громаднымъ вздутиемъ и чрезвычайной болѣзненностью живота, очень частымъ и малымъ пульсомъ (140—160) и возрастающей одышкой. Больныя страдаютъ

*вздутие живота
всѣмъ
капотомъ
саговъ в
жаутомъ
тими*

невъразимо. У нѣкоторыхъ сознание почти до конца остается свободнымъ, другія же впадаютъ въ сопорозное состояніе или находятся въ бреде, пока, наконецъ, быстро возрастающій упадокъ силъ не прекратитъ это мучительное состояніе на 6—8-й день болѣзни.

Довольно часто, однако, симптомы перитонита бываютъ весьма мало выражены или совершенно даже отсутствуютъ, и все-таки болѣзнь идетъ быстрыми шагами впередъ. Въ такихъ случаяхъ часто преобладаютъ симптомы паралича. Боль совершенно отсутствуетъ. Больныя нисколько не подозреваютъ всей серьезности своего положенія, многія даже чувствуютъ себя поразительно хорошо (*signum mali ominis*), говорятъ о выздоровленіи и планахъ на будущее, между тѣмъ какъ возрастающее охлажденіе конечностей, чрезвычайно малый и частый пульсъ, поверхностное и учащенное дыханіе, невнятная рѣчь и искаженные черты лица указываютъ на полную безнадежность положенія.

Если смерть наступаетъ не такъ быстро, то развиваются *заболѣванія болѣе отдаленныхъ органовъ* (цѣлвы, легкихъ, сердечной сумки), которыя часто начинаются новымъ потрясающимъ ознобомъ. Симптомы этихъ заболѣваній иногда бываютъ такъ незначительны, что могутъ быть просмотрѣны. Въ другихъ же случаяхъ эти заболѣванія (особенно плевритъ) бываютъ очень мучительны. Если болѣзнь идетъ еще дальше впередъ, то могутъ постепенно развиваться всѣ тѣ измѣненія органовъ, которыя уже описаны нами въ анатомическомъ отдѣлѣ: пораженія суставовъ, флегмонозныя воспаленія, образованія абсцессовъ и т. д. Довольно часто наблюдается обильный поносъ. Появленіе желтушной окраски составляетъ дурной прогностическій признакъ. У другихъ больныхъ образуются на кожныхъ сыпи.

Предсказаніе и исходъ. Чаше всего дѣло кончается смертью. Лишь въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ она наступаетъ уже спустя нѣсколько дней, чаще же всего на 2-й недѣлѣ, рѣже на 3—6-й.

Но при цѣлесообразной терапіи выздоровленіе не составляетъ большой рѣдкости. Чѣмъ раньше началась болѣзнь, тѣмъ вообще болѣе неблагоприятно предсказаніе. Важнѣйшимъ прогностическимъ симптомомъ должны считаться свойства пульса. При учащеніи его до 140—160 ударовъ въ минуту положеніе дѣла очень серьезно, но все-таки еще не безнадежно. Дурное значеніе имѣютъ тяжелыя мозговья явленія. Наименьшіе шансы на благополучный исходъ представляютъ случаи съ неукротимою рвотой.

Исходъ въ выздоровленіе можетъ наступить безъ всякихъ послѣдственныхъ болѣзней; но во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ наблюдается довольно медленное обратное развитіе матки. Въ другихъ случаяхъ остаются склеиванія между органами малаго таза или большіе эксудаты съ различнаго рода послѣдовательными состояніями. Если выздоравливающая ведетъ себя неосторожно, то осумковавшіеся уже перитонеальные эксудаты могутъ сдѣлаться исходнымъ пунктомъ для новаго воспаленія. Эксу-

дать прорывається въ прилегаючіе органы или въ полость брюшины. Въ послѣднемъ случаѣ дѣло всегда кончается смертельнымъ септическимъ перитонитомъ.

Относительно *диагноза*, если принимать въ соображеніе вышеописанные симптомы, а особенно свойства пульса, едва-ли могутъ существовать какія либо сомнѣнія. Отъ ошибочнаго смѣшенія съ тифомъ гарантируетъ учащенная дѣятельность сердца, атипическій характеръ температуры и присутствіе перитонеальныхъ симптомовъ. Дифференціальный діагнозъ отъ крупозной пневмоніи, плеврита, бугорчатки и инфлуэнцы обыкновенно тоже легко можетъ быть поставленъ, хотя вначалѣ иногда существуетъ сомнѣніе, имѣемъ-ли мы дѣло съ случайною болѣзью или съ пурперальной инфекціей.

Флеботромботическая форма (піємія въ собственномъ смыслѣ).

Клиническая картина чистой пієміи отличается отъ картины септицеміи. Обыкновенно болѣзнь начинается нѣсколько позже, въ концѣ первой недѣли или въ теченіе второй. Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи она характеризуется появленіемъ *многочисленныхъ потрясающихъ ознобовъ*, отсутствіемъ перитонита и обыкновенно менѣе значительнымъ учащеніемъ пульса.

Во время потрясающаго озноба, вѣроятно, каждый разъ происходитъ усиленное всасываніе инфекціонныхъ массъ въ кровеносную систему. При каждомъ ознобѣ температура быстро поднимается (до 40° и выше). Затѣмъ спустя нѣкоторое время обыкновенно появляется потъ, съ постепеннымъ пониженіемъ температуры.

Число ознобовъ можетъ быть очень велико, до 30—40 и еще больше. Въ промежуткахъ между отдѣльными приступами озноба температура обыкновенно низка или даже нормальна. Однако, послѣ образованія многочисленныхъ метастазовъ лихорадка можетъ принять болѣе постоянный характеръ.

Метастазы въ легкихъ обнаруживаются плевритическими болями, кашлемъ и кровянистою мокротой. Объективное изслѣдованіе рѣдко даетъ особенно большіе результаты. Метастазы въ почкахъ ведутъ къ альбуминуриі, уменьшенію количества мочи и появленію въ ней крови. Довольно часто при пієміи развиваются *воспаленія суставовъ* (въ томъ числѣ иногда и лоннаго сочлененія), которыя въ первое время выражаются опуханіемъ и большою чувствительностью, но впослѣдствіи могутъ даже привести къ нагноенію одного или нѣсколькихъ суставовъ. Иногда наблюдались метастатическія нагноенія околоушной железы и щитовидной. Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть о злокачественныхъ воспаленіяхъ глаза, которыя появляются въ формѣ хороидита и ретинита и ведутъ обыкновенно къ нагноенію стекловиднаго тѣла и разрушенію глаза. Метастати-

чекія офталміи, несомнѣнно зависѣвшія отъ эмболіи стрептококками, описаны въ новѣйшее время *Wagenmann*'омъ и *Vossius*'омъ ¹⁾.

Тяжелыя мозговыя явленія при піэміи иногда совсѣмъ отсутствуютъ или появляются лишь спустя долгое время. Нерѣдко наблюдаются значительныя кровотеченія изъ матки, происходящія влѣдствіе распаденія тромбовъ плацентарной области. Кромѣ того, піэмія часто сопровождается тромбозомъ бедренныхъ венъ.

Относительно *диагноза* піэміи въ первые дни болѣзни слѣдовало бы въ маларійныхъ мѣстностяхъ принимать въ соображеніе перемежающуюся лихорадку. Съ появленіемъ метастазовъ, конечно, всякое сомнѣніе должно исчезнуть.

Предсказаніе болѣе благоприятно, чѣмъ при септицѣміи, но все-таки еще довольно серьезно. Выздоровленіе наблюдалось даже послѣ безчисленнаго множества потрясающихъ ознобовъ, а равно и послѣ образования многихъ метастазовъ и нагноенія нѣсколькихъ суставовъ.

Но піэмія далеко не всегда выражается столь характерными явленіями. Во многихъ случаяхъ параллельно обнаруживаются симптомы, свойственные септицѣміи, и анатомическое вскрытіе показываетъ, что граница между пурперальной септицѣміей и піэміей не всегда можетъ быть проведена съ такою строгостью, какъ это многіе полагаютъ въ настоящее время.

Самое злокачественное осложненіе тяжелыхъ послѣродовыхъ инфекцій составляетъ *язвенный эндокардитъ* (endocarditis ulcerosa).

Онъ встрѣчается чаще при піэміи, рѣже при септицѣміи, и даетъ почти абсолютно дурное предсказаніе.

Многочисленные потрясающіе ознобы, свойственные и эндокардиту, прерываются обыкновенно менѣе значительными ремиссіями лихорадки. Пульсъ въ самомъ началѣ и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни очень частъ (110 и болѣе ударовъ въ минуту), малъ и обыкновенно дикротиченъ [*Olshausen* ²⁾]. Уже очень рано развиваются тяжелыя мозговыя явленія: безпокойство, бессонница, бредъ и коматозное состояніе. Осложненіе менингитомъ, выражающееся головою болью, сведеніемъ затылка, болью въ задней области шеи, повышеною рефлекторною возбудимостью, неравенствомъ зрачковъ, наблюдается часто. *Litten* въ 80 % всѣхъ случаевъ язвеннаго эндокардита нашель кровоизліянія въ сѣтчаткѣ.

Мѣстныя явленія со стороны сердца могутъ совсѣмъ отсутствовать. Систолическому шуму нельзя придавать никакого значенія, потому что у родильницъ онъ составляетъ явленіе обыденное.

Диагнозъ долженъ основываться на многочисленныхъ ознобахъ, постоянномъ и весьма сильномъ учащеніи пульса, мозговыхъ явленіяхъ и результатахъ изслѣдованія глазъ. Онъ не всегда можетъ быть поставленъ

¹⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. n. Gynäk. Bd. 18.—*Azenfeld*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 2.

²⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 7.

съ полною увѣренностью. Общій видъ больного иногда напоминаетъ картину тифа. Однако, атипическая лихорадка, свойства пульса и измѣненія сѣтчатки составляютъ явленія, до такой степени уклоняющіяся отъ симптомовъ тифа, что всякое сомнѣніе должно скоро исчезнуть.

Послѣ описанія этихъ главныхъ типовъ тяжелой пуэрперальной инфекции, которые при внимательномъ наблюденіи у постели больной еще могутъ быть подраздѣлены на многочисленныя разновидности, мы должны теперь бросить *ретроспективный взглядъ на предсказаніе*.

Почти абсолютно безнадежными должны считаться случаи съ упорною рвотою и случаи язвеннаго эндокардита. При этихъ формахъ заболѣванія всѣ терапевтическія мѣры до сихъ поръ оказывались совершенно тщетными. Больше шансовъ на выздоровленіе имѣютъ вообще тѣ больныя съ септицеміей, у которыхъ перитонитъ не выступаетъ на первый планъ. Если такая больная дожила до конца первой недѣли болѣзни, то съ каждымъ слѣдующимъ днемъ надежда на выздоровленіе возрастаетъ. Относительно наиболѣе благоприятное предсказаніе даютъ случаи чистой піэміи безъ эндокардита.

За исключеніемъ случаевъ первой категоріи, почти абсолютно безнадежныхъ, терапія почти всегда можетъ значительно повліять на предсказаніе.

Терапія тяжельхъ формъ.

О *профилактикѣ* болѣзней ранъ мы подробно уже говорили при изложеніи ихъ этиологіи, а также въ діететикѣ беременности, родовъ и послѣродового періода.

Но мы должны здѣсь еще разъ напомнить о большой опасности перенесенія яда руками врача или повивальной бабки съ заболѣвшей уже родильницы на здоровую роженицу. Въ подобномъ случаѣ только самое добросовѣтное соблюденіе предписаній, указанныхъ нами выше, можетъ предохранить роженицу отъ гибели.

Въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ должны быть устроены для септическихъ родильницъ изоляціонныя помѣщенія съ особыми койками, бѣльемъ, инструментами и отдѣльной прислугой.

Терапія послѣродовой септицеміи раздѣляется на *мѣстную* и *общую*.

Мѣстная терапія имѣетъ задачей воспрепятствовать дальнѣйшему всасыванію септического яда, а общая — слѣлать безвреднымъ ядъ, поступившій уже въ организмъ.

Мѣстная терапія требуетъ выполненія всѣхъ тѣхъ совѣтовъ, которые были нами указаны при изложеніи мѣстныхъ послѣродовыхъ заболѣваній: пуэрперальныя язвы должны быть разрушены, аномаліи лохий требуютъ спринцованій, болѣзненность матки — прикладыванія пузыря со льдомъ и т. д.

Кромѣ этихъ мѣръ, всѣ авторы до самаго послѣдняго времени настоятельно рекомендовали въ началѣ заболѣванія *тщательную дезинфекцію всего полового канала при помощи однократнаго промыванія матки 3% раство-*

ромъ карболовой кислоты. Въ настоящее время мы ограничиваемъ эту дезинфекцію только случаями вѣрезного разлженія содержимаго матки.

Идеальная цѣль общаго леченія состояла бы въ уничтоженіи яда, поступившаго въ организмъ. Мы знаемъ, что кровяная сыворотка обладаетъ вѣкоторой цѣлебной силой и вполне естественно будетъ, если по аналогіи съ сывороточнымъ леченіемъ при дифтеріи, будемъ стараться содѣйствовать крови и при родильной горячкѣ прививкой специфической сыворотки (антитоксина). Хотя имѣются сообщенія о сывороточной терапіи (противострептококковая сыворотка), пока, однако, она на практикѣ не побуждаетъ къ примѣненію ¹⁾.

Но такъ какъ мы до сихъ поръ не знаемъ ни одного средства, которое было бы въ состояніи выполнить эту задачу, то общая терапія можетъ стремиться лишь къ тому, чтобы по возможности увеличить *способность противодѣйствія* больного организма въ борьбѣ съ проникшимъ въ него ядомъ ²⁾. Главнымъ образомъ мы этого достигаемъ посредствомъ тщательнаго гигиеническаго и правильнаго діететическаго ухода, а затѣмъ уже съ помощью специальныхъ лекарствъ.

Добросовѣстный и раціональный уходъ, сообразующійся въ одинаковой мѣрѣ съ соматическими и психическими потребностями больныхъ, составляетъ непремѣнное условіе для полученія терапевтическаго успѣха. Сколь много разъ въ частной практикѣ можно убѣдиться, какъ съ улучшеніемъ ухода становятся болѣе благоприятными всѣ симптомы. Больная себя чувствуетъ лучше, она сама и ея окружающіе болѣе довѣряютъ врачу и становятся болѣе послушны. Врачъ долженъ также тщательно заботиться о мелкихъ потребностяхъ больной; онъ долженъ слѣдить за чисткой больныхъ, за чистотой постели, постельнаго и носильнаго бѣлья, за провѣтриваніемъ комнаты, также за посѣщеніемъ знакомыхъ и пребываніемъ въ комнатѣ больной ухаживающихъ лицъ. Его авторитету должны подчиниться не только сама больная, но и всѣ окружающіе ее.

Въ числѣ средствъ, могущихъ намъ помочь въ борьбѣ противъ внѣдрившихся септическихъ возбудителей, первое мѣсто, какъ доказано опытомъ, занимаетъ *алкоголь (Breisky)*. У женщинъ, заболѣвшихъ септицеміей, алкоголь самымъ очевиднымъ образомъ оказываетъ возбуждающее дѣйствіе на ослабленное сердце. Кромѣ того, онъ уменьшаетъ распаденіе бѣлковъ и оказывается, слѣдовательно, для организма „сберегающимъ средствомъ“ (*Binz*). Такое значеніе алкоголя, несмотря на всѣ возраженія, которое оно встрѣчаетъ, еще все-таки не опровергнуто ³⁾. Жаропонижающее дѣйствіе его имѣетъ второстепенное значеніе.

¹⁾ Литература у *R. Savor* въ «Berichte aus d. zweiten geburtsh.-gynäk. Klinik in Wien» von *Chrobak* I, 1897.—*Aronsohn*, Berliner klin. Wochenschrift 1896, № 32.—*Petruschky*, Zeitschr. f. Hygiene Bd. 22.—*Willams, Pryor* u. *Fry* s. *Frommel*, Jahresber. f. 1899, стр. 822.—*Schar*, Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 3.

²⁾ *M. Runge*, Sammlung klin. Vorträge von *Volkmann* № 287.—*Lorenz*, Dissertation, Göttingen 1891.

³⁾ См. *Wendelstadt*, Arch. f. die gesammte Physiologie. Bd. 76.

Алкоголь долженъ примѣняться въ возможно большихъ дозахъ и въ разнообразной формѣ. Даютъ, напр., коньякъ (пополамъ съ водою черезъ часъ по столовой ложкѣ, причемъ на 60,0 грм. коньяку кладется 1 яичный желтокъ) и параллельно съ нимъ крѣпкія, вяжущія или болѣе кислыя, или сладкія вина въ возможно большихъ количествахъ. Обыкновенно охотнѣе всего принимаются крѣпкія рейнскія вина. Септичeskія родильницы отлично переносятъ громадныя дозы алкоголя и трудно поддаются опьяненію.

Кромѣ доставленія алкоголя, необходимо еще заботиться о возможно *обильномъ питаніи* и неустанно уговаривать больную, чтобы она принимала пищу.

Но въ тяжелыхъ случаяхъ возрастающее истощеніе силъ, отсутствіе аппетита и сопорозное состояніе затрудняютъ введеніе алкоголя и пищи, а если оно даже возможно, то его одного еще недостаточно для спасенія организма отъ гибели. При такихъ обстоятельствахъ осторожное примѣненіе *тепловатыхъ ваннъ* (22—24° Р., продолжительностью отъ 3-хъ до 7 минутъ) составляетъ превосходное и ничѣмъ незамѣнимое средство къ тому, чтобы улучшить *дѣятельность головного мозга, дыханіе и кровообращеніе*, а особенно *аппетитъ*, и снова поднять въ клѣточныхъ элементахъ способность противодѣйствія.

Разумное примѣненіе вышеописанной мѣстной и общей терапіи улучшаетъ предсказаніе въ очень многихъ случаяхъ. Лишь тѣ родильницы, у которыхъ существуетъ неукротимая рвота и, слѣдовательно, невозможность введенія пищи, неизбѣжно обречены на смерть. Однако, и у нихъ вышеизложенная терапія обыкновенно нѣсколько облегчаетъ мучительные симптомы.

Кромѣ этой общей терапіи, необходимо еще *симптоматическое леченіе*.

Болѣзненность живота требуетъ постояннаго прикладыванія пузыря со льдомъ. При симптомахъ перитонита нельзя обойтись безъ опія. Безсонница и состоянія возбужденія, помимо прикладыванія пузыря со льдомъ на голову, лучше поддаются ваннамъ, чѣмъ медикаментамъ (сульфональ). Хлораль-гидрита, во всякомъ случаѣ, надо избѣгать. При остромъ перитонитѣ, конечно, нельзя давать никакихъ слабительныхъ. Въ остальныхъ же случаяхъ можно смѣло назначать касторовое масло. Поноса нечего опасаться. Если онъ появился, то иногда вмѣстѣ съ нимъ наступаетъ даже поворотъ къ лучшему; рѣдко онъ приводитъ къ коллапсу и требуетъ тогда примѣненія опія. При очень сильномъ и мучительномъ метеоризмѣ можно попытаться удалить газы введеніемъ эластической трубки въ кишечный каналъ. Высокіе клистиры иногда тоже доставляютъ облегченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибѣгали даже къ проколу кишекъ. При рвотѣ жидкія пищевыя и вкусовыя средства должны даваться холодными и въ малыхъ дозахъ (шампанское). Можно также испробовать доставленіе жидкостей черезъ прямую кишку.

Метаастазы во внутренних органах, именно плевритъ и пневмонія, требуютъ гидротатическихъ обертываній грудной кѣтки для облегченія страданій. Абсцессы и пораженія суставовъ лечатся по правиламъ хирургіи.

Высота лихорадки не грозитъ опасностью. Германскіе акушеры въ настоящее время, за немногими исключеніями, согласны между собою въ томъ, что жаропонижающія средства излишни и даже вредны, такъ какъ они вліяютъ неблагопріятно на аппетитъ и нервную систему и мѣшаютъ вѣрному сужденію о характерѣ болѣзни въ данномъ случаѣ.

При угрожающемъ коллапсѣ необходимо увеличить дозу алкоголя или примѣнять сѣрный эфиръ, камфору и т. д. У слабыхъ больныхъ съ очень плохимъ пульсомъ необходимо до и послѣ ванны давать пріемъ алкоголя.

Важная задача терапіи состоитъ еще въ томъ, чтобы при продолжительномъ лежаніи больной въ постели предупредить образованіе пролежня, который, впрочемъ, при леченіи ваннами образуется, повидимому, рѣдко.

Если лихорадка прекратилась, то можно мало по малу перейти къ примѣненію спорыньи, гидротатическому леченію и ирригаціямъ влагалища, для того, чтобы способствовать обратному развитію матки, которое въ этихъ случаяхъ всегда оказывается неудовлетворительнымъ.

Нѣтъ ничего удивительнаго, что противъ леченія алкоголемъ возстали современные сторонники воздержанія, однако протесты ихъ въ данномъ случаѣ неосновательны. Организмъ, пораженный септицеміей, реагируетъ на алкоголь совсѣмъ не такъ, какъ нормальный. Привычки къ спирту нечего бояться, потому что выздоравливающіе по минованіи болѣзни питаютъ къ нему отвращеніе. Мало также обосновано обвиненіе алкоголя въ томъ, что паренхиматозныя измѣненія, наблюдаемая въ печени, почкахъ и сердцѣ при септицеміи, обусловливаются не болѣзненными процессами, а примѣненнымъ лекарствомъ.—Гораздо серьезнѣе слѣдуетъ относиться къ опытамъ на животныхъ, произведеннымъ въ недавнее время *Laitinen*'омъ ¹⁾. Точно также вѣрно, что привычное злоупотребленіе спиртными напитками ослабляетъ силу сопротивленія организма по отношенію къ заразнымъ болѣзнямъ. Но если бы даже удалось доказать, что септицемическія животныя, пользующіяся алкоголемъ, погибаютъ скорѣе, чѣмъ такія же животныя, остающіяся безъ алкогольного леченія,—чего до сихъ поръ не доказали еще,—то и такой результатъ не могъ бы быть перенесенъ на человѣка; напротивъ, этимъ было бы констатировано тольکو, что нѣкоторыя животныя реагируютъ при септицеміи на алкоголь иначе, чѣмъ человѣкъ. Кроімъ того, если существуютъ клиницисты, признающіе пользу алкогольного леченія не безусловно, то зато до сихъ поръ ни одинъ врачъ еще не видѣлъ вреда отъ алкоголя при септицеміи.

Примѣненіе тепловатыхъ ваннъ при септицеміи все болѣе и болѣе находятъ себѣ приверженцевъ. Наоборотъ, при піэміи оно встрѣчаетъ оппозицію въ виду того, что неизбежныя при ваннахъ движенія тѣла могутъ повлечь за собою отдѣленіе инфекціонныхъ тромбовъ и унесеніе ихъ потокомъ крови. Въ большинствѣ случаевъ чистой піэміи вообще не требуется никакихъ ваннъ, а только энергическое доставленіе алкоголя, такъ какъ показанія къ ваннамъ, именно нежеланіе принимать пищу, сопорозное состояніе, бредъ, обыкновенно здѣсь от-

¹⁾ *Laitinen*, Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 31.

сутствуютъ. При смѣшанныхъ формахъ слѣдуетъ безъ опасенія примѣнять ванны коль скоро обнаружались вышеупомянутыя явленія. Только тромбозъ бедренной вены безусловно противопоказуетъ примѣненіе ваннъ.

Относительно достоинствъ леченія септическихъ процессовъ *серебромъ*, горячо рекомендуемаго *Credé* (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 55), мятвнн пока раздѣлились. Мы лично не видѣли пользы отъ этого леченія въ нашей клиникѣ.

Лапаротомія при септическомъ перитонитѣ съ послѣдующимъ дренажемъ рекомендуется снова въ послѣднее время ¹⁾. Результаты, пока что, мало утѣшительны. Но при прободеніи осумкованнаго до тѣхъ поръ абсцесса въ полость брюшины производство лапаротоміи имѣетъ извѣстныя основанія и можетъ спасти родильницѣ жизнь.

Если есть основаніе думать, что исходный пунктъ какого-либо тяжелаго септического процесса все еще кроется, главнымъ образомъ, въ маткѣ, то является мысль—неоднократно приведенная въ исполненіе—о *вагинальномъ удаленіи матки* ²⁾. Само собою разумѣется, что результатъ операціи будетъ при этомъ очень ненадеженъ, такъ какъ сужденіе о томъ, что процессъ ограничивается одной маткой, часто будетъ ошибочнымъ. Съ другой стороны, нерѣдко случается, что тяжелые септическіе процессы излечиваются и безъ удаленія матки; такимъ образомъ какой-нибудь излеченный случай, сведенный въ счетъ сдѣланной операціи, является мало доказательнымъ.

Приложеніе.

Рожь въ родильномъ періодѣ.

Рожь ³⁾, начинающаяся отъ ранъ наружныхъ половыхъ частей, въ до-антисептическія времена нерѣдко фигурировала въ отчетахъ объ эпидеміяхъ родильной горячки. Тѣ же самыя причины, которыя уменьшили частоту пуэрперальной септицеміи, повлекли за собою почти полное исчезновеніе рожистой инфекции ранъ въ родильномъ періодѣ, которая, впрочемъ, и въ прежнее время встрѣчалась не особенно часто.

Относительно вопроса о тождественности рожистыхъ кокковъ (*Fehleisen*) и гноеродныхъ стрептококковъ (*Rosenbach*) см. *Hartmann*, Arch. f. Hygiene Bd. 7, *Petruschky's Zeitschr. f. Hygiene*, Bd. 23, *Sippel*, Deutsche med. Wochenschr. 1898, стр. 302.

Рожью заботятся или здоровыя до тѣхъ поръ родильницы, или такія, у которыхъ были уже замѣтны другія явленія инфекции родовой раны. Рожь обыкновенно быстро распространяется съ половыхъ частей на бедра, ягодицы и еще выше. Раненіе грудного соска также можетъ послужить исходнымъ пунктомъ для ея развитія. Рожь лица также наблюдалась у родильницъ.

Клиническое теченіе вообще то же самое, что и при не-пуэрперальной рожѣ. Наоборотъ, предсказаніе нѣсколько болѣе серьезно. Оно особенно неблагоприятно, если одновременно съ рожей существуетъ стрептококковая инфекция или если общій для рожки и септицеміи микробъ (какъ думаютъ многіе) проникаетъ во внутренніе органы. Вскрытіе трупа въ такихъ случаяхъ обнаруживаетъ явныя септическія измѣненія внутреннихъ органовъ, тогда какъ у женщинъ, умершихъ отъ одной только рожки, анатомическія измѣненія въ половыхъ органахъ отсутствуютъ.

¹⁾ *Winckel*, Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Entzündungen des Bauchfells etc. Jena 1897.

²⁾ См. *Zipperten*, Die Totalexstirpation des septischen Uterus. Diss. Tübingen 1899

³⁾ *Gusserow*. Arch. f. Gynäk. Bd. 25.

Терапія имѣть тѣ же задачи, какъ при септическихъ болѣзняхъ ранъ. За неизмѣнимъ специфическихъ средствъ противъ рожи, все наше вниманіе должно быть направлено къ тому, чтобы по возможности поддержать силы больвой (алкоголемъ и, въ случаѣ надобности, ваннами).

Столбнякъ въ родильномъ періодѣ.

Пуэрперальному столбняку ¹⁾ тоже должно быть отведено мѣсто среди болѣзней родильного періода, происходящихъ отъ зараженія ранъ, такъ какъ въ настоящее время едва-ли можетъ подлежать сомнѣнію, что и онъ также происходитъ вслѣдствіе проникновенія въ пуэрперальную рану микроорганизмовъ (палочекъ столбняка) или ихъ токсиновъ вслѣдствіе прикосновенія нечистыми руками или инструментами. Извѣстно, что столбнячные микробы находятся особенно въ мусорѣ, пыли отъ пола, садовой земли.

Столбнякъ есть одно изъ самыхъ рѣдкихъ, но, безъ сомнѣнія, и самыхъ опасныхъ осложненій родильного періода. Но въ жаркихъ климатахъ онъ встрѣчается и у родильницъ сравнительно чаще.

Наблюденіе, сообщенное *Amon*'омъ ²⁾, имѣть почти доказательную силу эксперимента въ пользу инфекціоннаго происхожденія столбняка. *Amon* лечилъ одного рабочаго, который вслѣдствіе раненія руки заболѣлъ столбнякомъ и умеръ. На другое утро послѣ его смерти *Amon*'у пришлось отдѣлять плаценту. Женщина на 9-й день послѣ родовъ заболѣла тоже столбнякомъ и черезъ 5 дней умерла.

Въ 1898 г. эпидемія столбняка посѣтила пражское родовспомогательное заведеніе и вырвала оттуда 28 жертвъ среди родильницъ. Эпидемія исчезла лишь послѣ того, какъ заведеніе было на болѣе продолжительное время закрыто и частью даже заново отремонтировано. Благодаря этой эпидеміи стало до очевидности ясно, насколько велика опасность переноса столбнячной заразы, несмотря даже на примѣненіе обычныхъ обеззараживающихъ мѣръ.

Клиническое теченіе, предсказаніе и терапія тѣ же самыя, что и при непуэрперальномъ столбнякѣ. Почти всегда столбнякъ начинается тризмомъ, а иногда судорогами глоточныхъ мышцъ, переходящими затѣмъ на другіе мускулы. Для профилактики важно знать, что столбнячныя палочки могутъ быть убиты не кипяченіемъ, но текучимъ водянымъ паромъ 100° С. (по крайней мѣрѣ, въ продолженіе 5 минутъ). Прогнозъ столбняка неблагоприятенъ. При пражской эпидеміи погибли всѣ больныя въ теченіе 2—3 дней. Леченіе антитоксинами *Tizzoni* и *Behring*'а оказалось бесполезнымъ.

Трипперъ въ родильномъ періодѣ.

Твердо установленъ тотъ фактъ, что въ теченіи родильного періода гоноковки обыкновенно сильно размножаются. Съ этимъ вполне согласуются клиническія наблюденія, по которымъ трипперная инфекція, существовавшая еще во время беременности или происшедшая лишь послѣ родовъ, можетъ произвести въ родильномъ періодѣ легкія и даже болѣе тяжелыя заболѣванія полового канала, именно эндометритъ, а можетъ быть и параметритъ, или, во всякомъ случаѣ, периметритъ и перитонитъ ³⁾. Возникновенію послѣднихъ двухъ болѣзней, повидимому, особенно благоприятствуетъ трипперное пораженіе Фаллопиевыхъ трубъ, разившееся еще до родильного періода.

¹⁾ См. *Heyse*, Deutsche med. Wochenschr. 1893. № 14.—*Rubaska*, Arch. f. Gynäk. Bd. 54.—*Pitha*, Centralbl. f. Gynäk. 1899. № 29.—v. *Rorthorn*, Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Berlin 1899.—*Kentmann*, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 11.

²⁾ Münch. med. Wochenschr. 1887. № 23.

³⁾ См. *Werthheim*, Arch. f. Gynäk. Bd. 42.

Трипперныя заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ характеризуются позднимъ своимъ появленіемъ. Часто они наступаютъ лишь послѣ того, какъ родильница встала, и начинаются умѣренной лихорадкой и болями, нерѣдко довольно сильными (особенно пельвеоперитонитъ); къ смерти же ведутъ только въ исключительныхъ случаяхъ. Дифференціальный діагнозъ въ отношеніи къ септической инфекціи раны представляетъ трудности, особенно въ началѣ заболѣванія. Болѣе позднее появленіе, авамнезъ, существованіе раньше установленнаго заболѣванія трубъ, бленноррея глазъ у новорожденнаго ребенка. констатированіе гонококковъ въ ложіяхъ и, наконецъ, все же болѣе легкое теченіе лихорадочной болѣзни— всѣ эти признаки могутъ навести на вѣрное распознаваніе. Всѣ приступы лихорадки въ позднихъ стадіяхъ родильнаго періода, которые протекаютъ съ ограниченными пельвеоперитонитами, всегда заставляютъ подозрѣвать гоноррею.

Относительно частоты этихъ трипперныхъ заболѣваній въ родильномъ періодѣ нельзя сказать ничего опредѣленнаго. По всей вѣроятности, однако, большинство беременныхъ, страдающихъ гонорреею, остается пощаженымъ отъ остраго говорройнаго процесса. Въ терапевтическомъ и профилактическомъ отношеніяхъ все-таки лучше слѣдуетъ совѣтовать болѣе долгое пребываніе въ постели, даже при отсутствіи лихорадки. Полный покой приноситъ больше пользы, чѣмъ активныя мѣры, напр. промыванія, которыя могутъ способствовать распространенію процесса кверху ¹⁾).

Краткій обзоръ причинъ лихорадки у родильницъ.

Въ виду большого практическаго значенія, принадлежащаго своевременному и правильному опредѣленію причинъ лихорадки въ послѣродовомъ періодѣ, мы должны здѣсь еще разъ упомянуть о нихъ въ краткихъ словахъ.

На всякую лихорадку въ родильномъ періодѣ слѣдуетъ прежде всего смотрѣть какъ на *резорпціонную*, т. е. зависящую отъ *всасыванія* инфекціонныхъ веществъ съ поверхности пупереральной раны. Этотъ взглядъ въ большинствѣ случаевъ очень скоро подтверждается появленіемъ другихъ симптомовъ нарушеннаго заживленія раны и зараженія ей.

Но и при отсутствіи такихъ симптомовъ лихорадка можетъ считаться независящею отъ полового аппарата лишь въ томъ случаѣ, если опредѣленные явленія указываютъ на заболѣваніе другихъ органовъ, причемъ первое мѣсто принадлежитъ *воспаленію грудной железы*, или на какое нибудь *случайное лихорадочное заболѣваніе*.

Могутъ-ли *острая анэмія* и *сильныя психическія возбужденія*, сами по себѣ, подавать поводъ къ скоропреходящимъ повышеніямъ температуры въ родильномъ періодѣ, которыя дѣйствительно нерѣдко наблюдаются при этихъ обстоятельствахъ, до сихъ поръ еще не рѣшено. Вѣроятно, эти повышенія температуры тоже обуславливаются разстройствами въ процессѣ заживленія раны, важнѣйшій симптомъ которыхъ, т. е. повышение температуры, *обнаруживается только въ болѣе сильной степени* при острой анэміи, особенно послѣ какого нибудь душевнаго волненія.

Инфекціи ранъ у новорожденныхъ дѣтей.

Инфекція ранъ могутъ быть перенесены отъ родильницы на *новорожденнаго ребенка*. Особенно удобнымъ мѣстомъ для проникновенія яда служатъ *пупокъ*, на которомъ имѣются для этого обнаженныя поверхности не только послѣ отпаденія пуповины, но уже въ первые дни родильнаго періода, когда отдѣленіе послѣдней еще готовится.

¹⁾ *Bumt* in *J. Veit*, Handbuch der Gynäk. Bd. 1, 1897.

Септичскія болѣзни пупка у новорожденнаго ребенка, которыя въ прежнее время производили въ нѣкоторыхъ родильныхъ домахъ чрезвычайно большія опустошенія, тоже сдѣлались теперь очень рѣдкими. Профилактика болѣзней пупка уже изложена выше. Заразное вещество происходитъ или отъ септической родильницы, или также изъ послѣродового очищенія здоровыхъ родильницъ, которое, какъ мы уже сказали выше, обладаетъ заразными свойствами. Инфекція пупочной раны или сохраняетъ мѣстный характеръ (болѣе сильное воспаленіе пупка, флегмона окружающихъ частей, гангрена пупка), или распространяется по пупочнымъ сосудамъ внутрь организма (arteriitis и болѣе рѣдкая phlebitis umbilicalis) и въ этомъ послѣднемъ случаѣ она почти всегда ведетъ къ смерти. Очень часто при этомъ оказываются заболѣванія болѣе отдаленныхъ органовъ, въ особенности—пневмонія.

Всякая болѣе сильная краснота пупка требуетъ антисептическаго леченія (присыпка салициловою кислотою съ крахмаломъ 1 : 3 до отпаденія пупочнаго канатика, присыпка іодоформомъ послѣ его отпаденія). Понятно само собою, что случайныя раненія новорожденнаго ребенка (напр. поврежденіе головки шипцами) могутъ инфицироваться точно такъ же, какъ пупочная рана.

Зараженіе грудного ребенка черезъ молоко матери, заболѣвшей септицеміею, до сихъ поръ еще фактически не было доказано. При легкой резорпціонной лихорадкѣ родильница можетъ, во всякомъ случаѣ, продолжать кормленіе грудью. Но и при болѣе серьезныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ (при параметритѣ) нѣтъ надобности сразу отнимать ребенка отъ груди, если молоко отдѣляется въ достаточномъ количествѣ. Только при тяжелыхъ общихъ инфекціяхъ, при которыхъ къ тому же отдѣленіе молока скоро прекращается, родильница должна немедленно оставить кормленіе грудью.

Къ *рожистой инфекціи* новорожденныхъ дѣтей, повидимому, особенно восприимчивы [Gusserow, Fehling¹⁾]. Рожа начинается обыкновенно отъ пупочной раны, рѣже отъ случайныхъ раненій. У новорожденныхъ дѣтей она всегда смертельна. Если родильница заболѣла рожею, то ребенокъ долженъ быть немедленно отъ нея удаленъ.

Столбнякъ тоже встрѣчается у новорожденныхъ дѣтей и наблюдался особенно часто въ жаркихъ странахъ. Мѣстомъ для проникновенія палочекъ столбняка обыкновенно служитъ пупочная рана. Столбнякъ новорожденныхъ почти всегда кончается смертю.

О профилактикѣ триппернаго зараженія глазъ у новорожденнаго ребенка см. выше.

Инфекція ранъ у новорожденныхъ дѣтей и остальные болѣзни первыхъ недѣль жизни подробно описаны въ моей книгѣ «Die Krankheiten der ersten Lebens-tage», Stuttgart 1893.

III. Недостаточное обратное развитіе половыхъ частей и заболѣванія прилегающихъ органовъ.

1. Недостаточное обратное развитіе половыхъ частей и задержка остатковъ плаценты.

При *недостаточномъ обратномъ развитіи* матки медленно уменьшается въ объемъ, и дно ея продолжаетъ стоять нормально высоко. Стѣнки ея болѣе мягки и дряблы. Вслѣдствіе этого сосуды славливаются недостаточно, тромбозированіе ихъ происходитъ несовершенно, и самое

¹⁾ Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. 2. Auflage 1897.

тромбы слабо сидятъ на мѣстѣ. Внутренняя поверхность матки тоже остается ненормально большою.

Недостаточное обратное развитіе выражается, помимо высокаго стоянія дна матки, ненормально обильными лохіями, которыя остаются кровянистыми еще и на второй недѣлѣ послѣ родовъ, а также выдѣленіемъ чистой крови [позднія кровотеченія ¹⁾].

Причины разнообразны. У многородящихъ, послѣ родовъ двойнями, послѣ преждевременныхъ родовъ, послѣ значительныхъ кровотеченій, особенно если родильница не кормитъ сама своего ребенка, замедленная инволюція половыхъ органовъ наблюдается часто. Она никогда не отсутствуетъ при тяжелыхъ пuerperальныхъ инфекціяхъ. Другую важную причину составляетъ неосторожное поведеніе родильницы, во всѣхъ отношеніяхъ здоровой: неспокойное лежаніе въ постели, слишкомъ раннее вставаніе съ кровати, преждевременныя движенія и физическая работа. Продолжительный запоръ тоже мѣшаетъ обратному развитію.

Кромѣ того, существуетъ еще одна причина, болѣе важная, именно *задержка остатковъ плаценты*.

Недостаточное обратное развитіе половыхъ органовъ всегда требуетъ тщательнаго *леченія*. Многія гинекологическія страданія, которыя иногда на долгое время отнимаютъ у больной возможность вполне пользоваться жизнью и лишаютъ ее способности къ труду или даже приводятъ почти къ совершенно инвалидному состоянію, обязаны своимъ происхожденіемъ недостаточно совершившемуся обратному развитію половыхъ органовъ, особенно у первородящихъ.

При простой недостаточной инволюціи, не сопровождаемой задержкою остатковъ плаценты и выражающейся ненормально большимъ объемомъ матки, а также продолжительною примѣсью крови въ послѣродовомъ очищеніи, *терапия* ограничивается лежаніемъ въ постели, то на спинѣ, то на боку, продолжительнымъ примѣненіемъ большихъ дозъ свѣжей спорыни (*Inf. Secalis cornuti* 8 : 200, черезъ два часа по столовой ложкѣ) или эрготина и холодными или горячими спринцованіями влагалища (2—3 раза въ день). Горячія спринцованія при продолжительномъ употребленіи переносятся лучше, чѣмъ холодныя.

Но если по прошествіи первыхъ дней родильнаго періода появляется *болѣе значительное выдѣленіе чистой крови*, то всегда возникаетъ подозрѣніе, что это кровотеченіе поддерживается *инороднымъ содержимымъ въ полости матки*, присутствіе котораго часто уже въ первые дни родильнаго періода обнаруживается болѣе сильными послѣродовыми потугами. Въ этихъ случаяхъ родильница всегда должна быть подвергнута тщательному *соединенному изслѣдованію*. Если причину кровотеченія составляютъ инородныя массы въ маткѣ, то палецъ, введенный чрезъ зияющій маточный зѣвъ, часто сразу наталкивается на инородное содер-

¹⁾ См. *Gräfe*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 12.

жимое. Въ другихъ случаяхъ приходится ввести палець на большую глубину, чтобы открыть присутствіе инородныхъ массъ, сидящихъ въ плацентарной области. Чѣмъ болѣе широкъ внутренній маточный зѣвъ и чѣмъ болѣе доступна полость матки, тѣмъ болѣе значителенъ вообще объемъ задержанныхъ массъ. Послѣднія состоятъ обыкновенно изъ *остатковъ плаценты* съ яйцевыми оболочками или безъ нихъ и изъ многочисленныхъ кровяныхъ сгустковъ, которыми они окружены. Обрывки яйцевыхъ оболочекъ сами по себѣ рѣдко поддерживаютъ болѣе сильное выдѣленіе крови: они почти всегда извергаются сами собою при болѣе обильномъ выдѣленіи послѣродового очищенія (о послѣдствіяхъ задержки яйцевыхъ оболочекъ при выкидышѣ см. выше).

Части плаценты особенно легко задерживаются въ маткѣ послѣ ручного отдѣленія дѣтскаго мѣста, а также послѣ преждевременнаго примѣненія способа *Credé*. Но и послѣ самопроизвольнаго изгнанія плаценты остатки ея могутъ быть задержаны въ маткѣ.

Какъ только поставленъ діагнозъ задержки остатковъ плаценты, слѣдуетъ немедленно приступить къ *оперативному удаленію ихъ*. Предсказаніе при этой простой операціи зависитъ почти исключительно оттого, наступило-ли уже разложеніе содержимаго матки или вѣтъ. Если послѣродовое очищеніе не имѣло зловоннаго запаха, если не существовало лихорадки и если въ то же время матка нисколько не была чувствительна къ давленію, то въ такомъ случаѣ предсказаніе благоприятно. Существующіе уже процессы разложенія дѣлаютъ предсказаніе болѣе сомнительнымъ, особенно если уже имѣется лихорадка, указывающая на всасываніе гнилостно разложившихся массъ. Но и при такихъ обстоятельствахъ, хотя бы уже существовали болѣе тяжелые септические симптомы, никогда не слѣдуетъ медлить съ производствомъ операціи, такъ какъ только послѣ удаленія разложившагося содержимаго можно надѣяться на выздоровленіе.

Операція удаленія остатковъ плаценты производится приблизительно такимъ же образомъ, какъ при задержкѣ остатковъ выкидыша (см. выше), съ тою только разницею, что полость матки здѣсь гораздо болѣе доступна. Приготовленія состоятъ въ дезинфекціи оператора, въ хлороформированіи родильницы, помѣщеніи ея на поперечной кровати, опорожненіи мочевого пузыря, обмываніи и дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей и, наконецъ, въ энергическомъ промываніи влагалища и матки растворомъ карболовой кислоты или лизола. Затѣмъ операторъ вводитъ руку во влагалище, проходитъ двумя пальцами черезъ маточный зѣвъ въ полость матки и, при одновременномъ надавливаніи на матку снаружи, удаляетъ пальцами инородное содержимое. Послѣ операціи дѣлается промываніе матки 2 % растворомъ карболовой кислоты, а при существующемъ икорозномъ разложеніи — 3 % растворомъ той же кислоты. Послѣдующее леченіе такое же, какъ при простой недостаточной инволюціи безъ задержки остатковъ плаценты. Появляющійся иногда послѣ операціи сотрясательный ознобъ имѣетъ то же значеніе, какъ послѣ промыванія матки.

Если остатки плаценты не были удалены своевременно, то при усилившемся кровотеченіи содержимое матки увеличивается путем отложенія фибрина на поверхность инороднаго тѣла. Последнее можетъ при этомъ на-подобіе полипа вдавляться въ полость матки (*плацентарный полипъ*). Наружные слои такихъ полиповъ состоятъ изъ слоевъ фибрина, расположенныхъ на-подобіе луковицы, тогда какъ ядро состоитъ изъ остатка плаценты. Терапія и въ этихъ случаяхъ можетъ состоять только въ оперативномъ удаленіи полипа.

Удаленіе остатковъ плаценты должно быть *ручное* во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда удается ввести подъ наркозомъ одинъ или два пальца въ полость матки. Только тогда, когда полость матки недоступна для пальца, дозволительно прибѣгнуть къ инструменту (*curette*, острая ложечка).

Кромѣ недостаточнаго обратнаго развитія, причиною кровотеченій (въ первые часы родильнаго періода) можетъ быть атонія матки, оставшаяся отъ третьяго періода родовъ. Лечение то же самое, какое было описано выше. Кровотеченія изъ разрывовъ, происходившія въ третьемъ періодѣ родовъ, также могутъ возобновиться въ первое время родильнаго періода. Міомы и карциномы матки, какъ было сказано выше, тоже могутъ подавать поводъ къ послѣродовымъ кровотечениямъ.

Иногда постороннее содержимое матки образуется преимущественно накопленіемъ лохій (*lochimetra*). Выходъ для послѣродового очищенія можетъ быть воспрепятствованъ вслѣдствіе болѣе сильнаго искривленія матки впередъ, или вслѣдствіе закрытія внутренняго маточнаго зѣва кровянымъ сгусткомъ или обрывкомъ яичевыхъ оболочекъ. Лохиометра выражается сильными послѣродовыми потугами, очень малымъ выдѣленіемъ лохій, чувствительностью матки къ давленію, иногда также лихорадкою. Лечение состоитъ въ выпрямленіи матки, удаленіи инородныхъ массъ и промываніи маточной полости.

2. Измѣненія въ положеніи матки.

Подробное описаніе *измѣненій въ положеніи матки*, образующихся въ теченіе родильнаго періода или непосредственно по окончаніи его, не можетъ входить въ задачу учебника акушерства, а должно быть предоставлено учебникамъ гинекологін.

Тѣмъ не менѣе, мы должны упомянуть, что *retroflexio uteri*, существовавшая до беременности, почти всегда возвращается въ родильномъ періодѣ, обыкновенно на 3—4-й недѣль, и что старое *выпаденіе матки* обыкновенно также образуется вновь послѣ того, какъ родильница встала съ кровати. Заботы объ удовлетворительномъ обратномъ развитіи половыхъ органовъ, продолжительный покой и избѣганіе физическихъ напряженій должны по возможности противодѣйствовать наступленію этихъ рецидивовъ.

Но *retroflexio* и *prolapsus uteri* могутъ у здоровой до тѣхъ поръ женщины образоваться подъ вліяніемъ самого родильнаго періода, если недостаточное обратное развитіе половыхъ органовъ комбинируется

сь особливо плохимъ уходомъ за родильницею и преждевременнымъ возобновленіемъ физической работы. Мало того, плохой уходъ за родильницей считается даже важнѣйшимъ этиологическимъ моментомъ для выше-названныхъ измѣненій въ положеніи матки.

О необходимости производства внутреннего изслѣдованія предъ окончаніемъ родильнаго періода, для того, чтобы опредѣлить положеніе матки, мы уже говорили въ діететикѣ послѣродового періода. Очень важно, чтобы *искривленіе матки назадъ*, которое, впрочемъ, никогда не можетъ образоваться до истеченія первой недѣли, было опредѣлено какъ можно раньше, такъ какъ леченіе, начатое во время родильнаго періода и непосредственно по окончаніи его даетъ сравнительно еще наибольшіе шансы на устраненіе этой аномаліи въ положеніи матки. При наступившей ретрофлексіи стараются прежде всего употребленіемъ спорыньи и горячими спринцованіями влагалища способствовать обратному развитію матки и своевременнымъ выпусканіемъ мочи предотвращать болѣе сильное наполненіе мочевого пузыря. Къ леченію самой ретрофлексіи приступаютъ лишь спустя 4—5 недѣль послѣ родовъ. Оно состоитъ въ выпрямленіи органа и вложеніи пессарія для фиксированія выпрямленной матки. Горячія спринцованія влагалища и употребленіе спорыньи продолжается еще въ теченіе долгаго времени.

О выворотѣ матки уже была рѣчь выше.

3. Копростаъ въ родильномъ періодѣ.

У родильницъ часто оказывается въ кишечномъ каналѣ большое скопленіе каловыхъ массъ, образовавшихся еще во время беременности. Обычный приемъ слабительнаго на 3—4-й день послѣ родовъ въ этомъ случаѣ не оказываетъ достаточнаго дѣйствія, и копростаъ остается по-прежнему.

Копростаъ не только замедляетъ обратное развитіе, но и подаетъ поводъ къ наступленію такихъ явленій, которыя могутъ симулировать начало какого нибудь тяжелаго заболѣванія. Животъ сильно вздутъ, твердъ и чувствителенъ къ давленію. Въ запущенныхъ случаяхъ копростаъ вызываетъ и повышеніе температуры съ перитонитическими явленіями ¹⁾. Матка и непосредственно прилегающія къ ней части совершенно безболѣзненны. Въ области слѣпой кишки и нисходящей части ободочной нерѣдко удается прощупать твердые каловыя массы чрезъ вялые покровы живота.

Большіе и повторные приемы кастороваго масла, въ соединеніи съ клистирами (въ особенности клизмы изъ масла) устраняютъ всѣ эти симптомы и вызываютъ иногда чрезвычайно обильныя и многочисленныя испражненія.

¹⁾ Budin, Arch. de Toccol. et de Gynéc. Vol. XX.

4. Заболѣванія мочевыхъ органовъ.

О *задержаніи мочи*, наблюдаемомъ нерѣдко въ первые дни послѣ родовъ, равно какъ о леченіи его, мы уже говорили въ діететикѣ родильнаго періода. Въ послѣдующіе дни задержание мочи наблюдается рѣдко, причемъ оно можетъ быть обусловлено заболѣваніями мочевого пузыря (cystitis) или прилегающихъ частей (peritonitis, retroflexio uteri).

Непроизвольное выдѣленіе мочи является вслѣдствіе слабости шейки мочевого пузыря или вслѣдствіе мочевыхъ свищей. Въ первомъ случаѣ оно почти никогда не бываетъ полное и постоянное: моча проталкивается чрезъ несостоятельную шейку пузыря лишь въ незначительномъ количествѣ при напряженіяхъ брюшнаго пресса, при кашлѣ и т. п. Извлеченіе обыкновенно наступаетъ само собою. Если же оно заставляетъ себя ждать, то въ позднѣйшія стадіи родильнаго періода или по окончаніи его можно нѣсколько разъ прибѣгнуть къ катетеру. Раздраженіе, производимое этимъ инструментомъ, какъ инороднымъ тѣломъ, дѣйствуетъ благопріятно на атоническую шейку мочевого пузыря.

Если же существуетъ *мочевой свищъ*, то моча въ большинствѣ случаевъ вытекаетъ постоянно и, смотря по мѣстоположенію его, даже до послѣдней капли. Роды въ этихъ случаяхъ почти всегда бываютъ трудные. Ребенокъ часто рождается мертвымъ (узкій тазъ, вставленіе задней темянной кости). Въ первые дни родильнаго періода обыкновенно существуютъ различнаго рода разстройтва со стороны мочевого пузыря (упорное задержание мочи или признаки катарра); но около середины или конца первой недѣли общая стѣнка мочевого и полового аппарата, некротизировавшаяся вслѣдствіе чрезмѣрнаго давленія при родахъ, выпадаетъ, такъ что въ результатѣ является недержание мочи. Уже при поверхностномъ изслѣдованіи можно убѣдиться, что моча вытекаетъ изъ наружныхъ половыхъ частей. Тщательное опредѣленіе мѣстоположенія и величины свища должно быть отложено къ концу родильнаго періода.

Очень маленькіе свища заживаютъ иногда сами собою, между тѣмъ какъ большіе должны быть закрыты *оперативнымъ путемъ* по окончаніи родильнаго періода.

Катарръ мочевого пузыря въ родильномъ періодѣ представляетъ инфекціонное заболѣваніе и почти всегда происходитъ вслѣдствіе *небрежной катетеризаціи*, причемъ послѣродовое очищеніе проталкивается инструментомъ въ мочевой пузырь ¹⁾. Гораздо рѣже катарръ происходитъ вслѣдствіе распространенія воспалительнаго процесса съ сосѣднихъ частей, напр. съ уретры при гонорреѣ.

Носителями инфекціи, по изслѣдованіямъ *Витт'а* ²⁾, являются стафилококки и диплококки (очень сходные съ гонококками). Но они оказываютъ свое дѣйствіе лишь въ томъ случаѣ, если ввѣдренію ихъ бла-

¹⁾ Schwarz, Die Aetiologie des puerperalen Blasenkatarrhs. Dissertation, Halle 1879.

²⁾ Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu München 1886.

гопріятствуеть поврежденіе слизистой оболочки мочевого пузыря, которое причиняется опять-таки катетеромъ.

Катарръ пузыря выражается учащеннымъ позывомъ на мочеиспусканіе, чувствомъ неудовлетворенности послѣ опорожненія мочевого пузыря, болѣзненнымъ ощущеніемъ надъ лобкомъ и часто также рѣжущею болью при мочеиспусканіи. Иногда появляется умѣренная лихорадка. Инкубаціонная стадія между неосторожнымъ введеніемъ катетера и появленіемъ первыхъ симптомовъ продолжается обыкновенно нѣсколько дней.

Моча въ первое время представляетъ облачную муть и содержитъ примѣсь слизи, но черезъ нѣсколько дней она начинаетъ давать обильный гнойный осадокъ.

Если своевременно было приступлено къ леченію, то катарръ мочевого пузыря почти никогда не ведетъ къ неблагоприятнымъ осложненіямъ. Воспаленіе почечной лоханки и гангренозное разрушеніе слизистой оболочки мочевого пузыря наблюдаются рѣдко.

Леченіе требуетъ спокойнаго лежанія въ постели, не-раздражающей діеты, приложенія гидропатическаго компресса на область мочевого пузыря и, при сильныхъ тенезмахъ, внутренняго употребленія препаратовъ опія. вмѣстѣ съ тѣмъ, для разжиженія мочи, больная должна пить воду въ большомъ количествѣ (лучше всего Виши или Вильдунгенъ). Если моча принимаетъ амміачный запахъ, то умѣстно предписать внутреннее употребленіе салициловокислаго натра.

Большинство катарровъ мочевого пузыря при этомъ леченіи быстро проходитъ, за исключеніемъ лишь небольшого остатка, который въ концѣ концовъ тоже устраняется продолжительнымъ питьемъ Вильдунгенской воды. Но если катарръ переходитъ въ хроническую стадію, то самымъ дѣйствительнымъ методомъ леченія оказываются промыванія мочевого пузыря растворомъ борной (2%) или карболовой кислоты (1%) или же тимола ($\frac{1}{2}$ ‰), ежедневно или черезъ день.

5. Доброкачественные тромбозы венъ нижнихъ конечностей.

Эти тромбозы венъ составляютъ нерѣдкія и легко объяснимыя осложненія родильнаго періода. Тромбы отчасти ведутъ свое происхожденіе еще со времени беременности и только увеличиваются въ родильномъ періодѣ, а отчасти они образуются уже послѣ родовъ, причеиъ образованію ихъ благоприятствуетъ спокойное положеніе тѣла. Они образуются или первично въ бедренныхъ венахъ, или же вторично путемъ распространенія изъ венъ матки. Но до сихъ поръ еще не рѣшено, всегда-ли эти тромбы происходятъ вслѣдствіе простаго расширенія венъ, или при нихъ всегда существуетъ воспаленіе внутренней стѣнки вены. Мѣстомъ для тромбоза служитъ *v. cruralis* или *saphena*, затѣмъ *venae tibiales* и *peroneales*.

Тромбозъ обыкновенно обнаруживается лишь въ концѣ первой недѣли отекомъ въ области лодыжекъ, постепенно распространяющимся вверхъ, а также болѣзненностью, онѣмѣніемъ и ослабленіемъ пораженнаго бедра. Въ

большинствѣ случаевъ нѣсколько увеличивается частота пульса. Черезъ нѣсколько дней обыкновенно всѣ симптомы проходятъ, и только нѣкоторое затрудненіе подвижности еще остается на болѣе долгое время. Рѣже тромбозъ принимаетъ затяжное теченіе, такъ что конечность остается негодной къ употребленію по цѣлымъ недѣлямъ и мѣсяцамъ. Еще рѣже развивается перифлебитъ съ исходомъ въ нагноеніе.

Слѣдовательно, предсказаніе вообще благоприятно. Но все-таки тромбозъ имѣетъ громадное значеніе въ виду того, что отдѣленіе тромба можетъ повести къ эмболии легочной артеріи съ смертельнымъ исходомъ.

Леченіе состоитъ въ соблюденіи абсолютнаго покоя, приподнятѣмъ положеніи больной конечности и гидропатическомъ обертываніи ея. Всякихъ втираній или растираній въ первое время надо безусловно избѣгать. Передъ тѣмъ какъ родильница встала съ кровати, больная конечность должна быть забинтована. Если остается затрудненіе подвижности, то можно прибѣгнуть къ пассивнымъ движеніямъ и массажу, но не иначе какъ по истеченіи нѣсколькихъ недѣль.

Совершенно другое значеніе, конечно, имѣютъ распавшіеся тромбы при метрорфлебитѣ. Вслѣдствіе проникновенія возбудителей инфекціи въ доброкачественные сами по себѣ тромбы, происходитъ гноевидное распаденіе ихъ и затѣмъ распавшееся содержимое вены разносится потокомъ крови по всему тѣлу.

6. Невралгія и парезъ нижнихъ конечностей

послѣ трудныхъ родовъ не составляютъ особенно необыкновеннаго явленія. Если симптомы ихъ обнаружены немедленно послѣ родовъ, то причину, вѣроятно, всегда слѣдуетъ искать въ давленіи большой твердой головки на крестцовое сплетеніе или на запираемый нервъ. Особенно часто невралгія и парезъ наблюдаются послѣ трудныхъ операций наложевія шипцовъ. Но параличи наблюдались и послѣ произвольныхъ родовъ, особенно при обще-суженномъ тазѣ. Всего чаще парализуется, по *Hünemann's* ¹⁾, *pervus peroneus*, волокна котораго происходятъ изъ 4-го и 5-го поясничныхъ нервовъ и легко подвергаются прижатію въ тазовомъ входѣ. Боль и затрудненная подвижность обыкновенно исчезаютъ черезъ нѣсколько дней, но могутъ въ видѣ исключенія держаться недѣлями и мѣсяцами. При этомъ дѣло не обходится также безъ трофическихъ разстройствъ.

Если же невралгія и парезъ появились спустя нѣсколько дней или недѣль послѣ родовъ, то причиною ихъ обыкновенно бываютъ воспалительные послѣродовые процессы: давленіе эксудата, флебитъ и перифлебитъ съ распространеніемъ воспаления на какойнибудь сосѣдній нервъ (*Leyden*), сморщивающіеся параметральные или паравагинальные рубцы. Въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно преобладаютъ невралгія и парестезія, между тѣмъ какъ парезъ отстаетъ болѣе на задній планъ.

Мѣстоположеніе невралгіи весьма неодинаково. Она можетъ локализоваться въ области сѣдалищнаго, бедреннаго или запирающаго нерва.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 42.

Ванны и рациональное электрическое лечение составляют наилучшія средства противъ этихъ нерѣдко очень мучительныхъ послѣдствій родильнаго періода.

Подъ названіемъ «*Neuritis puerperalis*» (*Möebius*) обозначаютъ возникшіе въ родильномъ періодѣ параличи, иногда, однако, продолжающіеся еще со времени беременности, которые протекаютъ съ болями, разстройствомъ чувствительности и атрофіей (родильные параличи). Болѣе локализованная форма поражаетъ по большей части лишь руки, рѣже нижнія конечности и даетъ лучшей прогнозъ. Разлитая или общая форма, которая вовлекаетъ также въ страданіе и черепные нервы, во многихъ случаяхъ напоминаетъ собою *Landry*'евскій параличъ; она, однако, серьезнѣе, но не совсѣмъ безнадежна ¹⁾. *Eulenburg* рекомендуетъ при свѣжихъ невритахъ инъекціи 2% раствора карболовой кислоты или впрыскиванія изъ карболовой кислоты вмѣстѣ съ морфіемъ (2% карболовой кислоты, 1% морфія—1,0 pro dosi). При атрофическихъ формахъ полезны электричество и массажъ, при тяжелыхъ, общихъ формахъ лучше всего примѣнять лечение въ заведеніяхъ.

IV. Болѣзни грудей.

1. Функциональныя разстройства.

О разстройствахъ, вызываемыхъ начинающимся отдѣленіемъ молока на 3—5-й день послѣ родовъ у большинства родильницъ и особенно у такихъ, которыя не кормятъ сами своего ребенка, а равно и о средствахъ къ облегченію этихъ разстройствъ, мы уже говорили въ физиологіи и діететикѣ родильнаго періода.

Но мы должны здѣсь еще разъ напомнить, что начинающееся отдѣленіе изъ грудныхъ железъ столь же мало выражается лихорадкою, какъ и заставаніе молока при недостаточномъ сосаніи ребенка. Ученіе о „молочной лихорадкѣ“ оказывается несостоятельнымъ въ виду того факта, что со времени введенія антисептики въ акушерство лихорадочныя повышенія температуры на 3—4-й день родильнаго періода, наблюдавшіеся прежде очень часто, почти совершенно исчезли.

Полнмалактія состоитъ въ томъ, что молоко вытекаетъ изъ грудей почти непрерывно и въ большихъ количествахъ, хотя ребенокъ сосетъ грудь вполне достаточно.

Галакторрея состоитъ въ томъ, что послѣ отнятія ребенка отъ груди долго еще вытекаетъ изъ грудныхъ железъ значительное количество обыкновенно очень водянистаго секрета.

Оба эти состоянія могутъ вести къ тяжелымъ разстройствамъ питанія и общему ослабленію организма.

Лечение состоитъ въ регулированіи діеты, обильномъ послабленіи на низъ, иногда также въ отнятіи ребенка отъ груди, а при галакторреѣ, кромѣ того, еще въ наложеніи давящей повязки и внутреннемъ употребленіи іодистаго калия.

Очень важное значеніе для врача имѣютъ симптомы, указывающіе на

¹⁾ *Eulenburg*, Deutsche med. Wochenschr. 1895. NN 8 u 9.—*Windscheid*, Neuro-pathologie und Gynäkologie. 1*97.

то, что женщина *не переноситъ кормленія грудью*, потому-ли, что послѣднее продолжалось слишкомъ долго, или же потому, что женщина вообще была неспособна къ кормленію. Симптомы эти состоятъ въ явленіяхъ хронической анэміи, которыя могутъ однако быстро усилиться до тревожной степени. Кромѣ блѣдности лица и исхуданія всего тѣла, существуютъ очень сильныя боли въ поясницѣ, головная боль, потеря аппетита, сердцебиеніе и нѣкоторая слабость мышць (дрожаніе въ колѣняхъ). Къ этому иногда присоединяются расстройства зрѣнія и даже амаврозы, которые однако съ устраненіемъ анэміи всегда опять проходятъ. Эта такъ наз. «*tabes lactea*» можетъ, кромѣ того, повлечь за собою быстрое обнаруженіе скрытныхъ болѣзней, и особенно бугорчатки.

Матка, которая во время кормленія грудью всегда до извѣстной степени подвергается чрезмѣрной инволюціи, такъ что размѣры ея становятся меньшими, чѣмъ до наступленія беременности, можетъ вслѣдствіе чрезмѣрно продолжительнаго кормленія грудью подвергнуться *настоящей атрофіи*, которая лишь рѣдко остается и послѣ отнятія ребенка отъ груди ¹⁾.

Кормленіе грудью должно быть немедленно прекращено. Питательная діета, въ соединеніи съ употребленіемъ желѣза и хинной корки, быстро приводитъ матку къ нормальному состоянію, если женщина въ другихъ отношеніяхъ вполне здорова. Но отдѣльные нервные симптомы иногда остаются на болѣе долгое время.

2. Трещины грудныхъ сосковъ.

Сильное насасываніе при легкой ранимости кожи приводитъ къ *пузырькообразной отслойкѣ* эпидермиса грудного соска. Пузырьки разрываются, *ссадина* готова. Эта отслойка эпидермиса происходитъ преимущественно въ болѣе глубокихъ частяхъ расщепленнаго соска, такъ что получается щелеобразная рана (трещина).

Легкая ранимость кожи встрѣчается особенно у первородящихъ, у блондинокъ, при плохомъ уходѣ за сосками, или когда послѣдніе покрыты грязью и корками. Сильныя дѣти легче просасываютъ эпидермисъ. Но плохое качество сосковъ и слишкомъ малое отдѣленіе молока вынуждаютъ даже слабыхъ дѣтей къ болѣе значительнымъ усиліямъ при сосаніи груди.

Обнаженные отъ эпидермиса грудные соски у кормящихъ женщинъ составляютъ частое явленіе. У горожанокъ и въ болѣе обезпеченныхъ классахъ трещины сосковъ образуются легче, чѣмъ у деревенскихъ жительницъ. Нецѣлесообразная, стѣняющая груди одежда горожанокъ (корсетъ) мѣшаетъ соскамъ выдаваться впередъ и свободно развиваться; она также препятствуетъ часто появляющемуся во время беременности оттоку секрета. Благодаря этому эпидермисъ мацерируется и надъ нимъ образуются толстыя корки изъ уплотнѣвшаго секрета. Вслѣдствіе постояннаго

¹⁾ *Thorn*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 16.

соприкосновенія сосковъ съ болѣе тонкимъ бѣльемъ, кожаца ихъ закаляется у горожанокъ меньше, чѣмъ у деревонскихъ жительницъ, которыя обыкновенно носятъ бѣлье гораздо болѣе грубое.

Заживленіе трещинъ затруднено сосаніемъ ребенка, такъ какъ склеивающіяся или струпомъ покрытыя части при этомъ опять надрываются. Спустя короткое время, на обнаженныхъ отъ кожицы мѣстахъ появляются обыкновенно *признаки инфекции*, причѣмъ мѣста эти начинаютъ отдѣлять гной или превращаются въ настоящія язвы. Въ отдѣляемомъ ранѣ оказываются стафилококки или также стрептококки. Если ребенокъ не будетъ отнятъ отъ груди, то язва можетъ увеличиться въ размѣрахъ, захватить большую часть соска, и если язва сидитъ у ея основанія, то сосокъ можетъ частью отдѣлиться отъ груди. Наконецъ, во многихъ случаяхъ воспаленіе переходитъ на соединительную ткань грудной железы. Трещины сосковъ составляютъ самую частую причину флегмонознаго мастита ¹⁾).

Трещины сосковъ причиняютъ невыносимыя боли во время кормленія ребенка, благодаря механическому раздраженію, которому при этомъ подвергаются почти обнаженныя окончанія чувствительныхъ нервовъ. Иногда вслѣдствіе сильнаго сосанія большой груди вскрывается какой нибудь кровеносный сосудъ, и ребенокъ глотаетъ вмѣстѣ съ молокомъ кровь, которая затѣмъ выплевывается назадъ или примѣшивается къ испраженіямъ, придавая имъ черноватый цвѣтъ (*melæna spuria*). Появленіе лихорадки свидѣтельствуетъ о распространеніи воспалительнаго процесса на грудную железу.

Профилактика была уже изложена въ діететикѣ родильнаго періода. Но и хорошій уходъ за сосками не безусловно гарантируетъ отъ образованія трещинъ.

Леченіе. Какъ только на грудномъ соскѣ появились ссадины, необходимо ихъ смазать перуанскимъ бальзамомъ или, что еще, повидимому, лучше глицериномъ и покрыть стерилизованной марлей, причѣмъ сначала еще нѣтъ надобности отнимать ребенка отъ груди. Особенное вниманіе необходимо обращать на чистоту рукъ, ухаживающихъ за больными сосками. Если не достигнуто улучшенія, то слѣдуетъ по 1 разу въ день прижигать ссадины 3% растворомъ карболовой кислоты при помощи волосяной кисточки. Этотъ способъ хотя и болѣзненъ, но часто весьма дѣйствителенъ. Если болѣзнь, несмотря на это леченіе, идетъ впередъ, то можно попытаться заставить ребенка сосать грудь чрезъ *резиновый колпачокъ*. Этимъ устраняется непосредственное соприкосновеніе соска съ губами ребенка и дѣлается возможнымъ заживленіе. Но требуется много старанія и терпѣнія, чтобы заставить ребенка сильно и успѣшно сосать грудь чрезъ резиновый колпачекъ. Часто всѣ старанія оказываются тщетными, особенно у слабыхъ дѣтей. Тогда остается только прекратить корм-

¹⁾ См. *Kaltenbach*, *Centralbl. f. Gynäk.* 1883. № 5.

леніе изъ больной груди, сначала на короткое время, а если этого оказалось недостаточно, то навсегда. Но такъ какъ трещины очень часто образуются на обѣихъ сторонахъ, то этимъ самымъ нѣрѣдко кладется преждевременный конецъ всему дѣлу кормленія грудью.

Если уже появились признаки начинающагося воспаленія грудной железы, то всегда слѣдуетъ немедленно отнять ребенка отъ груди. Съ прекращеніемъ кормленія существующія трещины легко и быстро заживаютъ. Начинающееся воспаленіе грудной железы часто тоже исчезаетъ.

3. Воспаленіе грудной железы. Mastitis.

Воспаленіе грудной железы есть болѣзнь бактеріальная. Вступленіе бактерій въ грудную железу обыкновенно совершается *изъ кожныхъ ссадинъ* по лимфатическимъ путямъ ¹⁾, въ особенности изъ вышеописанныхъ трещинъ. Въ большинствѣ случаевъ возбудителемъ болѣзни оказывается золотистый стафилококкъ, гораздо рѣже стрептококкъ. Можетъ-ли инфекціонное начало пройти въ молочные пути безъ предварительнаго поврежденія кожи, еще очень сомнительно. *Одинъ застою молока безъ бактеріальной инфекціи* никогда не можетъ, по мнѣнію большинства авторовъ, повести къ маститу. Напротивъ, застой можетъ быть разсматриваемъ, какъ благоприятствующій моментъ для образованія воспаленія. Застоявшееся молоко представляетъ изъ себя хорошую питательную среду для дальнѣйшаго развитія бактерій. Возможность возникновенія мастита путемъ метастаза (при септицеміи) до сихъ поръ еще съ положительностью не доказана.

Маститомъ заболѣваютъ почти исключительно кормящія родильницы, очень рѣдко—беременные. У не кормящихъ родильницъ онъ встрѣчается лишь въ видѣ исключенія. Чаще болѣзнь эта встрѣчается у перво-, чѣмъ у многорожавшихъ. Прикосновеніе къ соску нечистыми руками или другими предметами служитъ посредникомъ къ зараженію, особенно при имѣющихся трещинахъ или небольшихъ раненіяхъ. Съ введеніемъ антисептики въ акушерскую практику маститъ также сталъ болѣе рѣдкимъ заболѣваніемъ.

Въ анатомическомъ отношеніи маститъ представляетъ изъ себя выпотное воспаленіе, которое можетъ кончиться всасываніемъ или образованіемъ абсцесса. Воспаленіе это рѣдко поражаетъ всю железу сплошь; по большей части оно занимаетъ лишь отдѣльные участки. Процессъ преимущественно развивается въ соединительной ткани, здѣсь находятся гиперемія, выпотъ и скопленіе экссудативныхъ клѣтокъ. Железистая ткань обыкновенно поражается только вторично.

Болѣзнь начинается на 2—6 недѣль, обыкновенно ознобомъ и почти всегда высокою лихорадкою. Обыкновенно въ пораженной железѣ ощущается очень сильная боль. При ошупываніи находятъ твердый болѣзнен-

¹⁾ *Köstlin*, Arch. f. Gynäk. Bd. 53.—*Orth*, Lehrbuch der speciellen path. Anatomie. Bd. 2. 1893.

ный узелъ, который часто помѣщается въ наружномъ отдѣлѣ железы, или разлитую инфильтрацію. При усиливающейся боли и продолжающейся лихорадкѣ появляется краснота на соответственныхъ мѣстахъ кожи. Подмышечныя железы припухаютъ. Движенія соответствующей верхней конечности становятся болѣзненными.

Если лихорадка не упала черезъ нѣсколько дней, то всегда образуется абсцессъ. Въ другихъ случаяхъ можетъ наступить всасываніе, которое часто, однако, бываетъ неполнымъ. Узелъ, который началъ-было уже развиваться обратно, можетъ при неосторожномъ поведеніи родильницы опять сдѣлаться исходнымъ пунктомъ для воспаленія.

При продолжающейся обыкновенно сильной лихорадкѣ абсцессъ подходить ближе къ поверхности и, наконецъ, прорывается наружу, послѣ чего падаетъ температура. Въ это время можетъ наступить излеченіе; часто, однако, образуются новые узлы, которые постепенно тоже нагнаиваются, такъ что чрезвычайно мучительная болѣзнь тянется недѣлями и мѣсяцами, и дѣло можетъ кончиться полнымъ разрушеніемъ одной или нѣсколькихъ долей пораженной железы. Продолжительная лихорадка и постоянное нагноеніе разстраиваютъ общее питаніе больной. Въ затяжныхъ случаяхъ рѣдко дѣло обходится безъ значительнаго исхуданія и сильной анеміи. Но смертельнаго исхода почти никогда не наблюдается. Тѣмъ не менѣе, при наследственномъ предрасположеніи можетъ развиваться бугорчатка со смертельнымъ исходомъ.

Предсказаніе зависитъ отъ терапіи. Цѣлесообразный режимъ и своевременное вмѣшательство могутъ сократить продолжительность болѣзни и ограничить ея распространеніе. Впрочемъ, хирургическое леченіе какъ-разъ въ этихъ случаяхъ часто наталкивается на виѣшнюю оппозицію. Нерѣдко, какъ говоритъ *F. König* ¹⁾, бываетъ труднѣе справиться съ предрасудками матерей и кормилицъ, чѣмъ съ мѣстными препятствіями, проистекающими изъ глубокаго положенія абсцесса въ плотной железистой ткани, бѣдной широкими соединительнотканными щелями.

Профилактика состоитъ въ опрятномъ содержаніи соска и всѣхъ приходящихъ въ соприкосновеніе съ нимъ предметовъ, а также въ разумномъ леченіи существующихъ уже трещинъ.

Леченіе. Въ началѣ болѣзни необходимо подвязать грудь и покрыть ее толстымъ гидропатическимъ компрессомъ, пропитаннымъ 1½ % растворомъ борной кислоты. Въ то же время нужно заботиться о сильномъ послабленіи на низъ. Кормленіе ребенка изъ больной груди должно быть прекращено. Во многихъ случаяхъ удается этимъ путемъ предотвратить нагноеніе.

Но если дѣло дошло до образованія абсцесса, то необходимо сдѣлать разрѣзъ, какъ только констатирована явственная флюктуація. Такъ какъ разрѣзъ долженъ быть глубокой и достаточно длинный, а между

¹⁾ Lehrbuch der speciellen Chirurgie Bd. 2. 1893.

тѣмъ онъ въ большинствѣ случаевъ болѣзненъ, то лучше всего оперировать подъ хлороформомъ. Разрѣзу прелшествуютъ самыя тщательныя антисептическія приготовленія, простирающіяся и на операціонное поле. Разрѣзъ долженъ быть сдѣланъ въ радіальномъ направленіи къ соску и долженъ имѣть такую длину, чтобы можно было ввести по меньшей мѣрѣ одинъ палецъ въ полость абсцесса. По выпушеніи гноя промываютъ полость растворомъ карболовой кислоты и вставляютъ толстую дренажную трубку, а затѣмъ накладываютъ герметическую повязку. Возобновленіе лихорадки указываетъ на застояніе гноя или на образованіе новаго абсцесса. Въ такомъ случаѣ необходимо удалить повязку и принять мѣры къ свободному оттоку гноя, а иногда приходится вскрыть образовавшійся новый абсцессъ.

Этимъ леченіемъ обыкновенно удается предотвратить болѣе продолжительныя нагноенія и обширныя разрушенія грудной железы.

Въ области сосковъ встрѣчаются иногда маленькіе подкожныя абсцессы, по большей части исходящіе изъ воспаления салныхъ железъ (*phlegmone subareolares*). Послѣ самопроизвольнаго прорыва гноя или послѣ индизии они обыкновенно легко заживаютъ, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ они проникаютъ глубже. Такъ называемый *abscessus tetragammatis* помѣщается въ соединительной ткани позади грудной железы. Онъ образуется вслѣдствіе перехода гнойнаго воспаления грудной железы, или, чаще, благодаря дальнѣйшему продолженію воспаления съ глубоко лежащихъ сосѣднихъ частей (каріозныхъ реберъ, плеврита).

V. Случайныя заболѣванія въ родильномъ періодѣ.

1. Скарлатина въ родильномъ періодѣ.

Появленіе *скарлатины* составляетъ не особенно рѣдкое осложненіе родильнаго періода. По имѣющимся до сихъ поръ сообщеніямъ, она наблюдалась, повидимому, особенно часто въ Англіи. Но и въ Германіи, и Швейцаріи сообщалось объ отдѣльныхъ случаяхъ скарлатины и цѣлыхъ эпидеміяхъ ея въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ.

Въ настоящее время можно считать дѣломъ рѣшеннымъ, что скарлатина родильницъ не есть особенная болѣзнь, свойственная родильному періоду, а представляетъ ту же самую болѣзнь, которую мы наблюдаемъ и въ послѣродового періода (*Olshausen* ¹⁾, *Boxall*).

Болѣзнь начинается обыкновенно въ первые дни родильнаго періода. Зараженіе происходитъ или еще во время беременности, или только во время родовъ. Въ послѣднемъ случаѣ пришлось бы допустить для большинства заболѣвавшей уменьшенную продолжительность инкубаціонной стадіи. Теченіе такое же, какъ вообще при скарлатинѣ. Только ангина бываетъ иногда очень мало выражена. Гѣморрагическая форма скарлатины наблюдалась въ родильномъ періодѣ неоднократно. Иногда также наблюдалась очень сильный поносъ.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. Bd. 9.

Діагноз можетъ, конечно, вначалѣ представлять затрудненія, пока не появится характерная сыпь. Скарлатина, повидимому, въ прежнія времена часто смѣшивалась съ очень рѣдкими септическими сыпями. Последнія болѣе диффузны и мимолетны, менѣе распространены и имѣютъ иное распредѣленіе, чѣмъ сыпь при скарлатинѣ. Однако, нѣтъ недостатка въ случаяхъ, въ которыхъ было трудно распознать, идетъ-ли дѣло о скарлатинѣ или септической сыпи ¹⁾.

Предсказаніе, по мнѣнію большинства авторовъ, нѣсколько болѣе неблагоприятно, чѣмъ вообще при скарлатинѣ; но особенно неблагоприятнымъ оно все-таки не можетъ считаться.

Въ виду безспорно увеличенной воспримчивости роженицъ и родильницъ къ скарлатинному яду, профилактика должна была бы состоять въ строжайшемъ недопущеніи къ беременнымъ въ послѣдніе мѣсяцы, къ роженицамъ и родильницамъ всѣхъ тѣхъ лицъ, бѣдья и т. д., которыя находились въ соприкосновеніи съ скарлатинными больными.

Леченіе — то же самое, что и при скарлатинѣ внѣ родильного періода.

Относительно заболѣванія *новорожденныхъ дѣтей* при скарлатинѣ матери и при эпидеміяхъ скарлатины въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ существуетъ между авторами разногласіе. *Boxall* (въ Лондонѣ) полагаетъ, что дѣти, вскармливаемая грудью матери, заболѣвшей скарлатиною, легко заражаются этою болѣзью путемъ соприкосновенія, тогда какъ *L. Meyer* ²⁾ (въ Копенгагенѣ) и *Fehling* ³⁾ (въ Базелѣ) пришли къ противоположному мнѣнію. Несмотря на то, что дѣти не были изолированы отъ заболѣвшихъ матерей, *L. Meyer* видѣлъ всего одинъ (сомнительный) случай скарлатины у новорожденного ребенка, а *Fehling* не наблюдалъ ни одного такого случая и совѣтуетъ не отнимать ребенка отъ заболѣвшей скарлатиною матери.

Непосредственная связь между скарлатиною и пуэрперальною септицеміею, въ томъ смыслѣ, чтобы зараженіе отъ скарлатиннаго больного могло у родильницы вызвать септицемію, отвергается въ настоящее время большинствомъ авторовъ. Другой важный вопросъ состоитъ въ томъ, облегчено-ли при заболѣваніи скарлатиною вступленіе пуэрперальнаго яда съ поверхности родовой раны. Въ пользу этой возможности свидѣтельствуютъ нѣкоторые случаи, сообщенные въ литературѣ (осложненіе перитонитомъ). *P. Müller* ⁴⁾ также склоняется въ пользу этого мнѣнія.

2. Эмболія легочной артеріи.

Часть тромба въ тазовыхъ или бедренныхъ венахъ расшатывается, отдѣляется съ своего мѣста, попадаетъ въ кругъ кровообращенія, проходитъ чрезъ правое сердце и закупориваетъ какую нибудь вѣтвь *легочной артеріи* ⁵⁾.

¹⁾ *Ahlfeld*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 25.

²⁾ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 14.

³⁾ Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes II Aufl. 1897.

⁴⁾ Die Krankheiten des weiblichen Körpers 1888.

⁵⁾ *Sperling*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 27.

Если эмболическая пробка велика, такъ что она закупориваетъ самый стволъ легочной артеріи или одну изъ болѣе значительныхъ ея вѣтвей, то женщина, до тѣхъ поръ въ большинствѣ случаевъ совершенно здоровая, немедленно умираетъ при явленіяхъ внезапной одышки и чрезвычайнаго страха. Если закупорена болѣе мелкая вѣтвь, то симптомы бываютъ не столь бурные, и смерть обыкновенно наступаетъ не тотчасъ, а только по прошествіи нѣкотораго времени. Иногда эмболія повторяется нѣсколько разъ кряду. Однако, въ исключительныхъ случаяхъ наблюдалось выздоровленіе, несмотря на очень тревожные симптомы. Ближайшею причиною эмболіи иногда бываетъ болѣе значительное физическое напряженіе (сильное натуживаніе при испраженіи, поднятіе какой-нибудь тяжести).

Тромбозы поверхностныхъ венъ бедра (v. saphena и т. д.), судя по анатомическимъ вскрытіямъ, играютъ меньшую роль въ происхожденіи эмболіи легочной артеріи. Обыкновенно тромбъ происходитъ изъ *тазовыхъ венъ*, рѣже—изъ v. cugalis.

Громадное значеніе имѣетъ профилактика. Образование болѣе обширныхъ тромбовъ въ большинствѣ случаевъ обнаруживается *сильнымъ повышеніемъ частоты пульса*, находящимся въ рѣзкомъ несоответствіи съ температурою тѣла и не имѣющимъ для себя другого объясненія ¹⁾, а иногда также отекомъ и парестезіями бедра. Эти признаки немедленно требуютъ строжайшаго соблюденія покоя.

Леченіе въ большинствѣ случаевъ бессильно. Прикладываютъ горчичники на кожу груди и стараются приѣбненіемъ возбуждающихъ средствъ поддержать угасающую жизнь. Если симптомы исчезли, то необходимо самымъ строгимъ образомъ предписать спокойное лежаніе въ постели для того, чтобы по возможности предотвратить отдѣленіе новыхъ сгустковъ изъ тромбозированной вены.

3. Душевные болѣзни родильницъ.

Душевные болѣзни послѣ родовъ могутъ происходить еще со времени беременности, или же онѣ развиваются собственно въ родильномъ періодѣ (пурперальные психозы), или по окончаніи его, во время кормленія грудью (лактаціонные психозы). По статистикѣ *Kehrer'a*, приходится 2 случая душевной болѣзни на 1000 родильницъ ²⁾. Въ настоящей главѣ будетъ рѣчь только о психозахъ второй и третьей группы.

Наслѣдственность и психопатическое предрасположеніе, повидимому, играютъ и при душевныхъ болѣзняхъ родильницъ выдающуюся *этиологическую роль*. Къ этому еще присоединяется ослабляющее вліяніе родильнаго періода, въ соединеніи съ возбужденнымъ состояніемъ, болью и истощеніемъ, которыя были причинены самимъ родовымъ актомъ. Въ

¹⁾ *Wyder, Volkmann'sche Vorträge. N. F. № 146. — Singer, Arch. f. Gynäk. Bd. 56.*

²⁾ *P. Müller, Handb. d. Geburtsh. Bd. 3. 1889.*

нѣкоторыхъ случаяхъ психозъ появляется послѣ эклампсіи и пуэрперальной инфекціи.

Психозъ можетъ развиваться непосредственно подѣ влияніемъ родового акта, т. е. еще во время родовъ или тотчасъ послѣ ихъ окончанія. При этомъ онъ сопровождается сильнымъ помраченіемъ сознанія и склонностью къ импульсивнымъ насильственнымъ дѣйствіямъ, но обыкновенно имѣетъ очень короткую продолжительность. Эта форма наблюдается сравнительно рѣдко.

Настоящіе пуэрперальные психозы ¹⁾ обыкновенно появляются только на 5—10-й день родильного періода. Формы и теченіе этихъ психозовъ не представляютъ ничего специфическаго, и только предсказаніе вообще болѣе благоприятно, чѣмъ при тѣхъ же формахъ душевнаго расстройства внѣ родильнаго періода. Самую частую форму представляетъ *манія*. Она начинается безпокойствомъ, бессонницей, состояніями возбужденія и галлюцинаціями или психическимъ угнетеніемъ. Затѣмъ наступаетъ сильное двигательное возбужденіе. Манія въ большинствѣ случаевъ кончается выздоровленіемъ черезъ 6—7 мѣсяцевъ. *Меланхолія* наблюдается нѣсколько рѣже и даетъ предсказаніе болѣе неблагоприятное.

Третью форму составляетъ описанное *Fürstner*'омъ *галлюцинаторное помѣшательство* родильницъ. Оно слагается изъ начальной маниакальной стадіи и послѣдующаго ступорознаго состоянія, за которымъ въ большинствѣ случаевъ непосредственно слѣдуетъ выздоровленіе.

Психозы, развивающіеся вслѣдъ за эклампсіей, представляются по большей части въ формѣ маніи, которая обыкновенно проходитъ черезъ нѣсколько дней. Гораздо рѣже остается продолжительное душевное расстройство.

Въ отношеніи этиологическаго подраздѣленія пуэрперальныхъ психозовъ нѣтъ еще согласія среди авторовъ; однако, съ цѣлью правильнаго ориентированія, необходимо придерживаться слѣдующей системы (*Kraepelin*):

1. Случай, гдѣ родильный періодъ является существенной причиной болѣзни.
 - а) Истощеніе: бредъ вслѣдствіе упадка силъ, *Amentia*, *Dementia acuta*. Исходъ—быстрая смерть или чаще всего выздоровленіе.
 - б) Инфекція и отравленія (септицемія, эклампсія). Прогнозъ зависитъ отъ силы инфекціи.
2. Случай, въ которыхъ родильный періодъ даетъ только толчокъ къ появленію психоза; послѣдній обнаружился бы и подѣ влияніемъ другихъ обстоятельствъ: періодическая манія, кататонія, также прогрессивный параличъ, прогнозъ зависитъ отъ прогноза психической болѣзни.

Лактаціонные психозы наблюдаются рѣже. Истощеніе и анемія вслѣдствіе кормленія грудью, особенно послѣ частыхъ родовъ, играютъ въ ихъ этиологіи важную роль. Психозъ обнаруживается обыкновенно на 3—5-мъ мѣсяцѣ послѣ родовъ. Меланхолическая форма преобладаетъ. Предсказаніе и здѣсь также въ большинствѣ случаевъ благоприятно.

¹⁾ *Fürstner*, Arch. f. Psychiatrie Bd. 5.—*Kraepelin*, Psychiatrie, V. Auflage 1896.—*Hansen*, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 15.—*Westphal*, Monateschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 1.

Леченіе. Кратковременная *mania transitoria*, появляющаяся въ теченіи родовъ или вскорѣ по окончаніи ихъ, требуетъ примѣненія наркотическихъ средствъ. Во всѣхъ другихъ случаяхъ задача врача состоитъ въ тщательномъ надзорѣ за больною, въ ея успокоеніи и въ принятіи мѣръ къ хорошему питанію, пока не окажется возможнымъ помѣстить ее въ специальную больницу. Ребенокъ всегда долженъ быть немедленно отнять отъ груди. Надзоръ за больною долженъ быть постоянный и весьма тщательный, для того чтобы предотвратить болѣе значительные эксцессы и нервѣкія попытки къ самоубійству. Успокаивающими средствами особенно могутъ служить большія дозы бромистаго калия (6,0 — 10,0 грм. въ сутки) и продолжительныя тепловатыя ванны. Очень важно заботиться о регулированіи испраженій и, особенно при лактаціонныхъ психозахъ, о хорошемъ питаніи больной. Съ упорнымъ нежеланіемъ принимать пищу трудно бороться въ частной практикѣ, и поэтому оно требуетъ возможно скорѣйшаго помѣщенія больной въ специальную больницу.

Алфавитный указатель.

А.

Абсолютно-узкій тазъ 353.
Акушерское изслѣдованіе 48,115,—внутреннее 53, наружное 49, соединенное 55.
Акушерскія операціи 178.
Актъ сосанія 162.
Алкоголь при дезинфекціи 111.
Алкоголь при леченіи родильной горячки 497, 498.
Амаврозъ при эклампсіи 454.
Амаврозы у кормящихъ грудью 504.
Амниотическія связки 302.
Анамнезъ беременныхъ 115.
Анатомическія измѣненія при родильной горячкѣ 473.
Анэнцефалы 400.
Анкилотически-поперечно-суженный тазъ 390.
Анкилотически-косо-суженный тазъ 394.
Аномалии влагалища 286.
Аномалии костнаго родового канала 345.
Аномалии матки 287.
Аномалии мягкихъ родовыхъ путей 338.
Аномалии плаценты 302.
Аномалии придатковъ матки 294.
Аномалии пуловины 305.
Аномалии родовъ со стороны яйца 398.
Аномалии яйца и его оболочекъ 295.
Анатомическая копьюгата 76.
Антикоксинъ при родильной горячкѣ 496.
Антикоксинъ столбняка 500.
Асептическое веденіе родовъ 109.
Асфиксія плода 456.
Атипическое надоженіе щипцовъ 220.
Атоническое кровоточеніе 442.
Атрезія маточнаго зѣва 339.
Атонія матки 505.
Афазія при эклампсіи 454.

А*.

Abscessus retromammaris 515.
Acardiacus 401.
Amnion 13.
Allantois 20.
Apное плода 31.
Autotransfusio при острой анеміи 441.

Б.

Базедова болѣзнь у беременныхъ 281.
Бактеріи при родильной горячкѣ 468.

Баллотированіе головки 50.
Беззвучный промежутокъ 68.
Бленноррея новорожденныхъ 133.
Боделоковскій размѣръ таза 346.
Болѣзни вслѣдствіе зараженія ранъ полового аппарата 465.
Болѣзни грудей 510.
Болѣзни почекъ у беременныхъ 276.
Боковые надрѣзы промежности 122.
Бромъ-этиль для наркова рожениць 128.
Брюшной прессъ 80.
Бугорчатка у беременныхъ 281.
Буроватая пигментация при беременности 44.
Бѣлый инфарктъ 304.

В*.

Baschhaus'овское молоко 176.

С*.

Carnunculae myrtiformes 59.
Chorion 12.
Chorion frondosum 13.
Chorion laeve 13.
Colpohyperplasia cystica 287.
Corona radiata 3.

В.

Вакцинація беременной 283.
Вална, двлаемая ребенку 132.
Ванны при эклампсіи 457.
Ванны при родильной горячкѣ 498.
Варикозныя расширенія венъ 41.
Вартонова студень 18.
Введеніе буза 190.
Веденіе родовъ при плоскомъ тазѣ 368.
Венозная гиперемія плаценты 83.
Веденіе нормальныхъ родовъ въ черепномъ положеніи 108.
Веденіе періодовъ раскрытія и изгнанія 117.
Веденіе послѣдоваго періода 125.
Веселящій газъ для наркова рожениць 128.
Влагалище, измѣненія его при беременности 40.
Вліяніе родового акта на организмъ матери 91,—на плодь 92.
Внезапные роды 336.
Внутриматочное введеніе баллона 191.

Внутривязочное развитие яйца 320.
 Визматочная беременность 319.
 Виберединное вставление головки 363.
 Водная оболочка 13.
 Возвратный тифъ у беременныхъ 284.
 Воображаемая беременность 58.
 Ворсистая оболочка 12.
 Воспалительныя заболѣванія плаценты 303.
 Воронкообразный тазъ 390.
 Воспаленія суставовъ при піаміи 493.
 Вправленіе выпавшей пуповины 413.
 Врожденное расщепленіе лоннаго сочлененія 360.
 Вторичная брюшная беременность 321.
 Вульвитъ пuerперальный 481.
 Выворотъ матки 448.
 Выжиманіе плаценты 125.
 Выжиманіе плода 232, 240.
 Выкидышъ 309.
 Выкидышъ искусственный 192.
 Выпаденіе матки во время беременности 293.
 Выпаденіе матки въ родильномъ періодѣ 505.
 Выпаденіе пуповины 412.
 Выпаденіе плаценты 434.
 Выпячиваніе живота 41.
 Выходные щипцы 213.
 Въсь ребенка 170.

Г.

Галакторрея 510.
 Галлюцинаторное помѣшательство родильницъ 518.
 Геоматома наружныхъ половыхъ частей и влагалища 447.
 Геоматомы грудно-ключично-сосков.мышцы 240.
 Гемиплегія при эклампсіи 454.
 Гемидефалы 401.
 Гнилостное отравленіе 470.
 Головная гемотома 367.
 Головная опухоль 103.
 Гоноррея влагалища 286.
 Грануляціонный валь 476.
 Грыжи беременной матки 294.

Г*.

Gärtner'овское молоко 176.

Д.

Движенія плода 50.
 Двойни 64.
 Дезинфекція рукъ 110.
 Дезинфекція роженицы 181.
 Декапитационный крючокъ Braun'a 250.
 Диабетъ беременныхъ 282.
 Діететика беременности 69.
 Діететика кормленія грудью 167.
 Діететика ребенка 171.
 Діететика родильнаго періода 163.
 Доброкачественные тромбозы венъ нижнихъ конечностей 508.

Душевные болѣзни родильницъ 517.
 Дѣтская мука Nestlé 176.

D*.

Decidua reflexa 8,—vera 9, serotina 11.
 Dicerphalus 403.
 Dyspное плода 31.

H*.

Hydramnion 300.
 Hydroorrhoea gravidarum 296.

Ж.

Желтковый протокъ 19.
 Желтокъ 4.
 Желтушное окрашиваніе кожи у новорожденнаго ребенка 169.
 Жестянки Dührssen'a 113.

З.

Заболѣванія мочевыхъ органовъ въ родильномъ періодѣ 507.
 Задержаніе мочи у родильницъ 507.
 Задержаніе мочи у роженицы 157.
 Задержка остатковъ плаценты 503.
 Задержка плаценты 442.
 Закрытый тазъ 387.
 Замедленіе сердечныхъ тоновъ плода 92.
 Заматочная кровяная опухоль 322.
 Замыканіе щипцовъ 214.
 Запоръ беременныхъ 41.
 Зародышевый пузырькъ 4.
 Зародышевое пятно 4.
 Засматриваніе беременныхъ 72.
 Зашиваніе разорванной промежности 425.
 Защита промежности отъ разрыва 120.

И.

Извлеченіе за ножку 228.
 Извлеченіе за обѣ ножки 229.
 Извлеченіе за тазовой конецъ 224.
 Извлеченіе за ягодицы 229.
 Извлеченіе послѣ поворота 204.
 Извращеніе аппетита у беременныхъ 46.
 Изглаживаніе маточнаго зѣва 86.
 Измѣненія во всемъ организмѣ при беременности 43.
 Измѣненія въ душевномъ настроеніи у беременныхъ 46.
 Измѣненія въ положеніи матки 289.
 Измѣненія въ положеніи матки въ родильномъ періодѣ 505.
 Измѣненія грудей при беременности 42.
 Измѣненіе зародышевой системы кровообращенія 130.
 Измѣненія половыхъ и сосѣднихъ съ ними органовъ при беременности 36.
 Измѣненіе формы головки подъ влияніемъ родового акта 102.

Измѣреніе таза 345.
 Исслѣдованіе грудныхъ железъ 173.
 Исслѣдованіе желобоватыми зеркалами 54.
 Исслѣдованіе кормилицы 172.
 Исслѣдованіе крови плода 36.
 Иммунизированіе плода 285.
 Иннервація двигательныхъ центровъ матки 81.
 Инструменты акушерскіе 179.
 Инфекціи ранъ у новорожденныхъ дѣтей 501.
 Инфлюэнца у беременныхъ 282.
 Искусственное вскармливаніе 174.
 Искусственная складка матки 55.
 Искусственное отдѣленіе плаценты 263.
 Искусственные преждевременные роды 185.
 Искусственный разрывъ плодного пузыря 184.
 Истинные узлы пуповины 306.

I*.

Insertio centralis 17,—marginalis 17,—velamentosa 17.

К.

Катарръ мочевого пузыря 507.
 Кесарское сѣченіе: на живой 253, на мертвой или умирающей 259, консервативное 258.
 Кефалотрипторъ 248.
 Кисты плаценты 303.
 Кифотическій тазъ 386.
 Климактерическій періодъ 1.
 Кловообразная форма передней стѣнки тава 382.
 Кожныя болѣзни при беременности 266.
 Коксалгическій тазъ 393.
 Коллейринтеръ 183.
 Контракціонное кольцо 94.
 Ковъюгата: діагональная 349, наружная 346, истинная 350.
 Копростаъ въ родильномъ періодѣ 506.
 Кормленіе грудью 167.
 Кормленіе грудью кормилицы 172.
 Кормленіе ребенка естественное 172.
 Корвупинъ 335.
 Коръ у беременныхъ 283.
 Косо-сжуженный тазъ 391.
 Косые размѣры таза 74.
 Краевой инфарктъ плаценты 304.
 Краниокласть Вауп'а 246.
 Краниотомія 241, производство ея 244.
 Кровоуспаніи при эклампсіи 457.
 Кровотеченія во время родовъ 428.
 Кровотеченія въ 3-мъ періодѣ 441.
 Кровотеченіе при выкидышѣ 312.
 Кровотеченія при placenta praevia 433.
 Кровянистый заносъ 312.

Л.

Лактаціонные психозы 518.
 Легкія формы пуэрперальной инфекціи 480.
 Лечение слабости потугъ 332.

Летучіе отеки 266.
 Лейкэмія у беременныхъ 282.
 Лимфатическая форма родильной горячки 474.
 Лицевая опухоль 139.
 Лицевое предлежаніе 136.
 Ложный мыслъ Michaelis'a 349.

L*.

Lithopaedion 323.
 Lochiometra 505.

М.

Малярія у беременныхъ 283.
 Манія у родильницъ 518.
 Маститъ 513.
 Матка, ея измѣненія во время беременности 36.
 Мацерация плода 307.
 Межворсинчатая пространства 15.
 Мелкія части 50.
 Меланхолія родильницъ 518.
 Менструація 1.
 Метастатическія офталміи при родильной горячкѣ 493.
 Методы производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ 189.
 Механизмъ родовъ 94.
 Міомы матки 340.
 Мнимая смерть новорожденного ребенка 460.
 Многоплодная беременность 64.
 Многоплодные роды 134.
 Мозговые явленія при родильной горячкѣ 494.
 Молозиво 43, 158.
 Молоко и его свойства 158.
 Мочевой свищъ 507.
 Мочекислый инфарктъ у ребенка 170.
 Мумифицированіе плода 308.
 Морфинизмъ беременныхъ 72.
 Мягкіе родовые пути 77.
 Мясистый заносъ 312.
 Мѣсто вступленія инфекціи 473.

M*.

Martin-Wigand'овскій ручной приемъ 233.
 Meconium 24, 34.
 Melaena spuria 512.
 Membrana decidua 8.
 Monilia albicans 286.

Н.

Надвлагалищная ампутація матки 262.
 Надръзы маточнаго зва 194.
 Назначеніе лекарствъ беременнымъ 71.
 Наложеніе щипцовъ 208,—при лицевыхъ положеніяхъ 218,—при нивкомъ поперечномъ стояніи головки 218,—при кос-

венномъ положеніи стрѣлов. шва 215,—
при прямомъ—213.
Наркозъ во время родовъ 127.
Насильственное родоразрѣшеніе 192.
Наступленіе легочнаго дыханія у ребенка
129.
Невралгія нижнихъ конечностей 509.
Неврозы и психозы беременныхъ 279.
Негелевское наклоненіе черепа 108,
Недостаточное обратное развитіе половыхъ
частей 502.
Недержаніе мочи у родильницъ 507.
Неукротимая рвота беременныхъ 267.
Нефритъ беременныхъ 276.
Неполный выкидышъ 313.
Ножницы Siebold'a 251.

О.

Обвитіе пуповины вокругъ тѣла 306.
Обезпложиваніе инструментовъ по Strass-
mann'у 113.
Обмѣвъ веществъ въ тѣлѣ плода 31.
Обратное развитіе половыхъ органовъ и
заживленіе родовыхъ ранъ 150.
Обще-равномѣрно-сѣуженный тазъ 375.
Обще-сѣуженный плоскій тазъ 377.
Овуляція 1.
Однорогая матка 287.
Околожелтковая щель 4.
Околоплодная жидкость 20.
Околососковый кружокъ 43.
Операция Roggo 261.
Операция удаленія остатковъ плаценты 504.
Оплодотвореніе 5.
Опредѣленіе и общая этиологія лихорадоч-
ныхъ заболѣваній 465.
Опухоли плаценты 303.
Опухоли яичниковъ 344.
Освобожденіе головки 226.
Освобожденіе ручекъ 225.
Осложненія и затрудненія при извлече-
ніи 234.
Осложненія и затрудненія при поворотѣ
202.
Особенности истеченія водъ 90.
Оспа у беременной 283.
Остатки яйцевыхъ оболочекъ при выки-
дышѣ 316.
Остатокъ мочевого мѣшка 20.
Остеомалятический тазъ 381.
Острая желтая атрофія печени 278.
Острыя кондиломы 286.
Отвислый животъ 289.
Отдѣленіе молока 158.
Отдѣленіе плаценты ручное 445.
Отложеніе извести въ плацентѣ 303.
Отпадающая оболочка 8.
Отпаденіе пуповины 169.
Отрываніе головки 240.
Отслойка плаценты преждевременная 428.
Отсутствіе пуповины 307.
Отхожденіе меконія 170.

П.

Параметральный абсцессъ 489.
Параметритъ пуэрперальный 476.

Парезъ нижн. конечностей 509.
Патологія и терапія беременности 265.
Патологія и терапія родильнаго періода
465.
Патологія и терапія родовъ 331.
Патологическое положеніе плода 403.
Патологическое членорасположеніе плода
411.
Первыя жизненныя функціи новор. ре-
бенка 129.
Первый крикъ ребенка 129.
Переломы нижней челюсти 240.
Переходъ сибиреязв. палочекъ отъ ма-
тери къ плоду 284.
Пельвеоперитонитъ 481.
Первичная смерть плода 270.
Первыя воды 86.
Первыя заботы о новорожд. ребенкѣ 132.
Перевязка пуповины окончательная 132.
Переломы бедра, ключицы и плечевой ко-
сти 238, 239.
Переоплодотвореніе 8.
Перерѣзка пуповины 124.
Перикардитъ при родильной горячкѣ 478.
Периметрять 485.
Перитонитъ пуэрперальный 477.
Періодъ изгнанія 87.
Періодъ раскрытія 84.
Перфораторъ: Naegele 245, Martin'a 245.
Питаніе плода 32, 34.
Питаніе яича 30.
Пища роженицы 120.
Піемія 493.
Плацента 14.
Плацентарный полипъ 505.
Плацентарныя потуги 89.
Плодный пузырь 84.
Плодъ въ отдѣльные мѣсяцы беременности
22.
Плодъ зрѣлый 23.
Плодъ, позиція его 28,—членорасположе-
ніе 28.
Плоскій нерахит. тазъ 355.
Плодъ положеніе его въ маткѣ 27,—по-
перечное 27,—продольное 27.
Плоскій рахитич. тазъ 356.
Пневмонія и плевритъ у беремен. 282.
Поворачиванія дѣтской головки во время
родовъ 100.
Поворачиваніе туловища ребенка 235.
Поврежденія тазовыхъ сочлененій во время
родовъ 427.
Поворотъ 198, внутренній 198, комбиниро-
ванный 205, наружный 207.
Поврежденія черепа, позвоночника и мозга
у ребенка 240.
Подготовленіе къ операциі 179.
Подкожное вливаніе раствора повар. соли
440.
Подраздѣленіе акушерскихъ операцій 179.
Позднія кровотеченія 503.
Полигалактія 510.
Полное извлеченіе за тазовой кощецъ 226.
Половая зрѣлость 1.
Положеніе младенца при родахъ 78.
Положеніе тѣла при родахъ 118.

Полупоперечная кровать 182.
 Полусная тѣльца 4.
 Поперечная кровать 182.
 Поперечное положеніе плода 403.
 Поперечное стояніе головки въ выходѣ таза 107.
 Пороки развитія матки 287.
 Последовательныя потуги 152.
 Послѣдовый періодъ 88.
 Послѣдородовое очищеніе 154.
 Послѣдородовой остеофитъ 44.
 Пособіе при прохожденіи плечиковъ 123.
 Потеря вѣса родильницъ 157.
 Потуги 79.
 Пражскій ручной пріемъ 233.
 Предвѣстники родовъ 84.
 Предлежаніе и выпаденіе ручки 411.
 Предлежаніе и выпаденіе ножки рядомъ съ головкой 412.
 Предлежаніе плаценты 431.
 Предлежаніе пуповины 412.
 Предлежащая часть плода 27.
 Предсказаніе и статистика наложенія щипцовъ 222.
 Предсказаніе при извлеченіи 238.
 Преждевременныя дыхат. движенія плода 31.
 Преждевременное изгнаніе плода между 5-мъ и 10-мъ мѣсяцами беременности 318.
 Преждевременное истеченіе водъ 90.
 Преждевременное прекращеніе беременности 302,—причины 310.
 Прибавочныя плаценты 302.
 Прибавочный рудиментарный рогъ матки 287.
 Привычное умираніе плода 188.
 Прижатіе пуповины 147.
 Признаки беременности: достовѣрные 56, вѣроятныя 56, недостовѣрные 57.
 Приливаніе молока къ грудямъ 160.
 Припуханіе груди. железъ у новорожд. ребенка 170.
 Причина наступленія родовъ 82.
 Причина перваго вдыханія 129.
 Причины, вызывающія сокращенія матки 81.
 Причины лихорадки у родильницъ 501.
 Пробная тракція 214.
 Прободеніе предлежащей головки 244, послѣдующей головки 247.
 Прогрессивная алоач. анемія 282.
 Продолжительность беременности 47.
 Продолжительность родовъ 90.
 Производство внутренняго поворота 199.
 Произвольный поворотъ 407.
 Проколъ яйцевыхъ оболочекъ 189.
 Промываніе матки при родильной горячкѣ 483.
 Прорѣзываніе головки 87.
 Простое освобожденіе ручекъ и головки 224.
 Противострептококковая сыворотка 496.
 Профилактика выкидыша 315.
 Профилактика разрывовъ промежности 120.
 Пузырный заносъ 296.
 Пузыль при эклампси 453.
 Пуповина 17.
 Пупочныя сосуды 18.

Путридный эвдометритъ 476.
 Пуэрперальная язва 474.

P*.

Paracolpitis 476.
 Paracystitis 476.
 Parametritis circumscripta 486.
 Parametritis diffusa 489.
 Phlebitis et arteriitis umbilicalis 502.
 Phlegmasia alba dolens 489.
 Placenta incarcerata 449.
 Putrescentia uteri 475.

P.

Развитіе пола въ яйцѣ 26.
 Размѣры головки зрѣлаго плода 25.
 Размѣры таза 74.
 Разрывъ варикозн. узла 266.
 Разрывы влагалища 422.
 Разрывы дна полости рта 240.
 Разрывъ матки 416,—во время беременности 420.
 Разрывъ печени 233.
 Разрывъ плоднаго мѣшка при вѣтматочной беременности 321.
 Разрывъ пузыря 86.
 Разрывъ пуповины 307.
 Разрывъ маточной шейки во время родовъ 421.
 Разрывы промежности 424.
 Разрыхленіе нижняго сегмента матки 56.
 Разъѣдающій заносъ 297.
 Ракъ маточной шейки 342.
 Раскачиванія по Schultze 461.
 Распознаваніе беременности 56.
 Распознаваніе первой и повторной беременности 58.
 Распознаваніе періода беременности 60.
 Распознаваніе положенія плода, жизни его или смерти 63.
 Распознаваніе родильнаго періода 163.
 Распознаваніе черепныхъ положеній 104.
 Расширеніе мягкихъ родов. путей 193.
 Рвота беременныхъ 45.
 Ретроплацентарное кровоизліяніе 99.
 Ригидность влагалища 339.
 Ригидность маточнаго зѣва 338.
 Родильная горячка 490.
 Родильная комната 118,—постель 118.
 Родильныя параличи 510.
 Родильный періодъ 150.
 Родничокъ: большій 24, малый 25, переднебоковые 25.
 Родовая боль 80.
 Родовая опухоль 87.
 Роды въ лицевомъ положеніи 136.
 Роды въ тазовыхъ положеніяхъ 143.
 Роды двойными 134,—тройными и т. д. 136.
 Роды при плоскомъ тазѣ 359.
 Рожа въ родильномъ періодѣ 499.
 Рожа у беременныхъ 285.
 Рожа у новорожденныхъ 502.

Ромбъ Michaelis'a 347.
Рубцы беременности 49, 59.
Ручной приемъ Credé 443, 445.
Ръшетообразная оболочка 10.

R*.

Retroflexio uteri gravidi 289.
Retroflexio uteri въ родильномъ періодъ 506.

C.

Самозворотъ 408.
Самовараженіе при родильной горячкѣ 469.
Самостоятельныя движенія плода 35.
Связь между молочными железами и половыми органами 162.
Септицемія 491.
Септическое зараженіе 471.
Серозная пленора беременныхъ 43.
Сердечные тоны плода 51.
Серповидный ножъ Schultze 251.
Симфизеотомія 195.
Синевато-красная окраска влагалищнаго входа 57.
Сифилисъ беременныхъ 273.
Сифилисъ плаценты 305.
Скарлатина у беременныхъ 283.
Склеиваніе маточнаго зъва 338.
Сколіотическi-косо-суженный тазъ 392.
Скручиваніе пуповины 307.
Слабость потугъ 331.
Сливочная смѣсь Biedert'a 176.
Слишкомъ плотный туменъ 340.
Слишкомъ сильныя потуги 336.
Случайныя заболѣванія во время беременности 269.
Слущиваніе эпидермиса у поворожденнаго 169.
Слювотеченіе беременныхъ 45.
Смерть матери во время родовъ 458.
Смерть плода во время беременности 307.
Смѣщеніе черепныхъ костей у плода 366.
Согрѣваніе тѣла при обильныхъ кровопотеряхъ 440.
Согрѣвательная ванночка 132.
Сокращеніе стѣнокъ влагалища 80.
Соскальзываніе щипцовъ 221.
Состояніе ребенка въ первые дни жизни 169.
Спондилолистетическій тазъ 378.
Спондилотомія 252.
Спорынья 335.
Способъ Laborde'a для оживленія мнимо-умершаго ребенка 464.
Способъ Silvester'a для оживленія мнимо-умершаго ребенка 464.
Сприннованія матки и влагалища 446.
Сросшіяся двойни 402.
Столбнякъ въ родильномъ періодъ 500.
Столбнякъ новорожденныхъ 502.
Столбнячныя палочки 500.
Сублиматныя лепешки 113.
Судорожное стягиваніе краевъ маточнаго зъва 338.

Судорожныя потуги 337.
Суженіе сосудовъ пуповины 307.
Сѣмя челоѵчье 5.
Сѣмяныя пити 5.
Сыровидная смазка 34.

S*.

Soxhlet'овскій аппаратъ 175.

T.

Тазовая брюшина 78.
Тазовая клетчатка 78.
Тазовыя предлежанія 143.
Тазъ женскій 73,—анатомія его 73.
Тазъ, суженный костными опухолями 397.
Тампонація влагалища 183.
Терапія неполнаго выкидыша 316.
Терапія родильной горячки 495.
Тетанія во время беременности 280.
Техника операціи наложенія щипцовъ 212.
Теченіе и терапія выкидыша въ первые 4 мѣсяца беременности 311.
Топнота беременныхъ 45.
Трехстворчатая форма тазового входа 382.
Трещины грудныхъ сосковъ 511.
Триметиламидъ 287.
Трипперъ въ родильномъ періодъ 500.
Тромбы въ маточныхъ и тазовыхъ венахъ 479.
Трубная беременность 319.
Трубный выкидышъ 321.
Трубный заносъ 321.
Тружные роды 459.

T*.

Tabes lactea 511.
Thoracopagus 403.

У.

Увеличеніе отековъ 265.
Узкій тазъ 352.
Уаура матки и влагалища 363, 420.
Уклоненія механизма родовъ при черепныхъ положеніяхъ 105.
Урэмія 450.
Уровень дна матки 49, 60.
Условія наложенія щипцовъ 210.
Уходъ за родильницей 163.
Ущемленія беременной матки 290.

Ф.

Фаллопиевыя трубы, измѣненія ихъ при беременности 39.
Физиологія и дѣтетика беременности 1.
Физиологія плода 29.
Флеботромботическая форма родильной горячки 474.
Функциональныя расстройтва грудей 510.

Ф*.

Foetus sanguinolentus 308.

Х.

Хирургич. операціи у беременныхъ 285.
Хлораль-гидратъ при эклампсiи 456.
Хлороформированіе беременныхъ 72.
Холера у беременныхъ 284.
Хорея у беременныхъ 280.

Ч.

Частичныя стриктуры матки 338.
Частичное искривленіе матки 293.
Частная этиологія родильной горячки 470.
Человѣческое яйцо 3,—сѣмя 4.
Черепныя положенія 104, 105, уклоненія
механизма родовъ 105.
Чрезвычайно короткая пуповина 307.
Чрезвычайный объемъ туловища плода 401.

Ш.

Широкій тазъ 352.
Шумъ маточный 51,—пуповины 51.

Щ.

Щипцы 208.
Щипцы съ осевыми тракціями 221.

Э.

Эвисцерация 252.
Эклампсія пуэрперальная 450.
Эмболии инфекціонныя 479.
Эмболія легочной артеріи 516.
Эмбриотомія 249.
Эвдометриитъ беременныхъ 295,—пуэрпе-
ральный 475.
Эфиръ для наркоза роженницъ 128.

Я.

Явленіе Troussseau 280.
Язвенный эндокардитъ 480.
Яичники, поврежденія ихъ при беремен-
ности 39.
Яичниковая беременность 323.
Яйцевыя оболочки 8.

V*.

Vaginitis granularis 286.
Veit'овскій ручной приемъ 233.
Vernix caseosa 23, 34.

Z*.

Zona pellucida 4.

Генехъ. Э. Лекціи по дѣтск. болѣзнямъ. Руков. для п врачей студентовъ. Изд. 2-е, просм. и дополн.	Ц. 6 р. — к.
Говиць. Отчего хворають наши женщины. Очеркъ гигиены женщины	» — » 75 »
Гольдшейдеръ, проф. Диагностика болѣзней нервной системы. Руководство къ изслѣдованію нервныхъ больныхъ. Второе, совершенно переработанное и значительно дополненное изданіе. Съ 52 рисунками въ текстѣ. Перев. съ нѣм., подъ редакціей проф. И. Г. Оршанскаго. 1898	» 1 » 50 »
Гоппе-Зейлеръ. Физиологическая химія. Руководство къ физиолого- и патолого-химическому анализу для врачей и студентовъ	» 3 » — »
Готтштейнъ, I. Болѣзнь гортани. Со включ. ларингоскопій и мѣстоотер. техники. Съ 35 рис.	» 2 » — »
Гоуэрсъ. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы. Томъ I. Болѣзнь нервн. и спинного мозга. Со 179 рис. въ текстѣ. Переводъ со 2-го англійскаго изданія 1894	» 4 » — »
Гоуэрсъ. Руков. къ бол. нервн. системы. Томъ II. Болѣзнь головн. мозга и черепн. нервовъ; общія и функц. болѣзни нервн. системы. Со 182 рис. въ текстѣ. 1896.	» 5 » — »
Гоффа А., Руководство ортопедической хирургіи. Съ 555 рис. Перев. съ нѣмецкаго. 1894	» 4 » — »
Гоффа, А., проф. Техника массажа (общая и специальная). Съ 38 рис. въ текстѣ. Перев. съ 2-го нѣм. испр. изданія. 1899.	» — » 75 »
Гоффа и Лилленфельдъ. Профилактика въ хирургіи. 1902	» — » 50 »
Греве. Профилактика въ болѣзняхъ зубовъ и полости рта. 1902	» — » 40 »
Грузенбергъ. Перевязка артерій на избранныхъ мѣстахъ	» — » 50 »
Гумпрехтъ, Ф. Техника частной терапіи. Съ 182 рис. Перев. съ нѣм. 1902.	» 2 » 50 »
Гюйонъ, Ф. Клинич. лекціи о болѣзн. мочевыхъ путей. Перев. съ франц. 1899.	» 5 » — »
Дорнблитъ, Ф. Гигіена школьнаго возраста	» 1 » 50 »
Дьёлафуа, Г., проф. Рук. къ внутр. патологіи. Томы I, II, III и IV. Съ 68 рис. въ текстѣ. Пер. съ 10-го просм. и дополн. изд. 1899. Ц. I и II т. 5 р. Всѣ 4 тома вѣсть	» 10 » — »
Дьёлафуа, Г., проф. Клиника внутрен. бол. Пер. съ франц. Съ 37 рис. въ текстѣ 1900.	» 2 » — »
Жанку, С. О заразноиъ эндокардитѣ	» — » 75 »
Его-же. Обь аневризмѣ аорты и о вен. пульса. Съ прим. проф. М. И. Аванасьева	» — » 25 »
Его-же. О различн. формахъ пневмоніи. Съ прим. проф. М. И. Аванасьева	» — » 50 »
Жуковский, В. П. Рахитъ. Съ 103 рис. въ текстѣ	» 1 » — »
Записки по офтальмологіи	» 1 » 50 »
Зенгеръ и Оденталь. Асептика въ гинекологіи и акушерствѣ	» — » 50 »
Юзефъ, М. Болѣзнь кожи. Руков. для врачей и студентовъ. Съ 46 рис. въ текстѣ. Перев. съ нѣм. подъ ред. и съ предисл. къ русск. изданію проф. В.-М. Академіи Т. П. Павлова. 1900.	» 2 » — »
Юзефъ. Профилактика полов. и кожи. болѣзней. 1902	» — » 50 »
Кассовичъ, М. Лекціи по болѣзнямъ перваго дѣтскаго возраста	» 1 » 50 »
Кастенсъ. Гигіена голоса для пѣнія и рѣчи	» — » 75 »
Кафеманъ, Р. Оперативная рино-фарингологія съ включеніемъ электролиза. Для врачей и учащихся. Съ 72 рис. 1901.	» — » 75 »
Kauser, R. Распознаваніе и леченіе болѣзней гортани, носа и уха. Лекціи, читан. врачамъ на курс. для усовершенствов. Съ 121 рис. Перев. съ нѣмек. прил.-доц. М. Б. Блюменау. 1902.	» 1 » — »
Кёнигсгёферъ. Профилактика глазныхъ болѣзней. 1902	» — » 75 »
Кенигштейнъ, А. Аномаліи рефракціи и аккомодациі. Практ. руков. къ выбору очковъ. Съ 47 рис. въ текстѣ	» — » 75 »
Кернеръ, О. Заболѣванія мозга, мозговыхъ оболочекъ и венозн. пазухъ ушного происхожденія	» 1 » — »
Кишь, Е., проф. Климатотерапія. Пер. съ нѣм. 1899.	» — » 50 »
Кишь, Е., проф. Бальнеотерапія. Перев. съ нѣм. 1899.	» — » 50 »
Клемпереръ и Леви. Основы клинической бактериологіи.	» 1 » 50 »
Кохеръ, Т. и Тавель, Е. Лекціи о хирург. инф. болѣзн. Съ рис. въ текстѣ	» 1 » — »
Кохеръ, Th. Руководство къ оперативной хирургіи. Съ 213 рис. въ текстѣ. Перев. съ 3-го совершенно перераб. нѣм. изд. 1898	» 2 » — »
Кохъ. О бактериологическомъ изслѣдованіи	» — » 20 »
Его-же. Борьба съ инфекціонными болѣзнями	» — » 20 »
Крель. Патологическая физиологія. (Основы общей клинической патологіи). Руководство для учащихся и врачей. Пер. съ нѣм. подъ ред. проф. А. М. Левина. 1900	» 2 » 50 »
Крокъ. Гипнотизмъ и преступленіе	» 1 » 50 »
Ландереръ, А. Руководство общей хирургической патологіи и терапіи (съ 257 рис.). Вновь просмотр. и исправл. Перев. съ нѣмецкаго проф. Э. Г. Салищева. Русск. изд. 3-е. 1896	» 5 » — »

Ландереръ, А. Хирургическая діагностика. Пер. съ нѣм. 1896	II. 2 р. — к.
Лацарусъ. Ингаляционная терапия. Пер. съ нѣм.	— > 50 >
Ле Жандръ. Растройство и болѣзни питания. Перев. подъ ред. проф. Варшавскаго университета В. Максимовъ	> 2 > 50 >
Лѣбишь, В. Ф. Новѣйшія лекарственныя средства. Съ дополнен. проф. А. М. Левина. 1896	> 2 > — >
Левинъ. Побочное дѣйствіе лекарствъ. Клиникофармакологическое руководство. Переводъ со 2-го нѣмецкаго, заново обработаннаго изданія. 1895.	> 3 > — >
Лейбе. В. Частная діагностика внутрен. бол. Руков. для врачей и студ. по лекціямъ В. Лейбе. Т. I. Съ 10 рис. въ текстѣ. Дополнилъ по послѣдн. 5-му соверш. переработ. нѣмецк. изд. врачъ Ф. М. Шуръ. Русск. изд. 2-е. 1899	> 3 > 50 >
Лейбе, В. Частная діагностика внутреннихъ болѣзней. Руководство для врачей и студентовъ по лекціямъ В. Лейбе. Томъ II. Съ 57 рис. въ текстѣ. Перев. съ нѣм. 1895	> 3 > 50 >
Лейденъ, Е. Физиологія, общая патологія и терапия питания. Подъ ред. и съ предисл. проф. В.-М. А. академика А. Я. Данилевскаго. 1901	> 2 > 50 >
Лейстиковъ, Л. Терапія кожныхъ болѣзней. Съ предисловіемъ д-ра Р. G. Unna. Пер. съ нѣм. 1899	> 1 > 50 >
Лессеръ. Руков. къ болѣзн. кожи и полов. орг. Для врачей и студент. Кожныя болѣзни. Перев. съ 8 нѣм. изд. Русск. изданіе 3-е. 1896.	> 2 > — >
Его-же. Руков. къ венерическ. болѣзн. Для врачей и студ. Перев. съ 7 нѣмецк. изд. Русск. изд. 3-е. 1901.	> 2 > — >
Либманъ, А. Патологія и терапия заиканія и косноязычія. Перев. съ нѣм. 1901.	> — > 50 >
Лоссенъ. Руководство общей хирургіи. Для врачей и студ. Перев. съ нѣм. Съ 197 рис. въ текстѣ. 1900	> 3 > 50 >
Мебіусъ. Общая діагн. нервн. болѣзн. Съ 101 рис.	> 2 > 50 >
Миллеръ, В. Д., проф. Руков. консервативнаго зубоочащенія. Съ 420 рис. въ текстѣ. Перев. съ нѣм. Русск. изд. 2-е. 1901	> 2 > — >
Мозетигъ-Мооргофъ. Руков. къ хирургич. техникѣ при операціяхъ и повязкахъ (320 рис.).	> 7 > — >
Морицъ, Ф., проф. Діететика для врачей и учащихся. Съ таблицами. Пер. съ нѣм. подъ ред. А. М. Левина. 1898	> 1 > 50 >
Нагель. Гинекологія. Для врачей и учащихся. Съ 89 рис. Подъ редакц. и съ примѣч. проф. В. С. Груздева 1901.	> 2 > — >
Натансонъ, А. В. Глазныя болѣзни, въ ихъ связи съ общими заболѣваніями организма. Съ рис.	> 2 > — >
Нейманъ. О леченіи дѣтскихъ болѣзней. Письма къ молодому врачу. Перев. съ нѣм. 1901.	> 1 > 50 >
Нотгафтъ и Кольманъ. Профилактика при болѣзн. мочев. путей и мужского полового аппарата. 1902.	> — > 75 >
Оппенгеймеръ. Химическая техника для врачей. Съ 4 рис. Перев. съ нѣм. съ доп. д-ра мед. Е. В. Влюменау. 1901.	> — > 50 >
Ортнеръ. Лекціи по частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Перев. съ нѣм. 1901.	> 4 > — >
Оршанскій. Роль наследственности въ передачѣ болѣзней. Съ пред. проф. Цев. Ломброво	> 1 > — >
Паррейдтъ. Краткое руков. по зубн. бол. для врачей и учащихся. Съ 80 рис. Русск. изд. 2-е	> 1 > 50 >
Петерсонъ, проф. Лекція о мягкомъ шанкрѣ	> — > 50 >
Познеръ. Терапія болѣзней мочеполов. аппаратовъ	> — > 75 >
Рейбмайеръ, А. Массажъ и врачебная гимнастика съ обращеніемъ вниманія на примѣненіе ихъ въ гинекологіи. Съ 86 рис.	> 1 > — >
Ридель. Руководство къ операціямъ на трупахъ и живомъ, съ обрац. особен. вниманія на практич. врач. дѣятельность. Съ 2 рис. и хромотит. табл.	> 1 > — >
Ридеръ. Руков. врач. техники. Вып. I и II. Съ 423 рис. 1898. Въ перепл.	> 2 > 25 >
Резенбергъ, А. Болѣзни полости рта, глотки и гортани, со вклуч. способовъ изслѣд. и леченія и добавл. отдѣла объ изслѣдованіи пищеваго. Съ 187 рис. въ текстѣ. Перев. съ нѣм. 1900.	> 2 > — >
Розенгеймъ, Г., проф. Общая діетотерапія. Перев. съ нѣм. 1900.	> 1 > — >
Розенгеймъ. Патол. и терап. пищеварител. аппарата, съ обрац. особен. вним. на діететику. Перев. съ нѣм. Ч. I. Болѣзни пищев. и желудка. 1892	> 1 > 75 >
Его-же. Патологія и терапия болѣзней пищеварительнаго аппарата съ обращеніемъ особеннаго вниманія на діететику. Часть II. Патологія и терапия болѣзней кишечк. Съ 120 рисунками въ текстѣ. Перев. съ нѣм. 1895	> 3 > — >
Розень, Мендельсонъ, Эйгорнъ. Профилактика во внутренней медицинѣ 1902	> — > 75 >
Роледеръ. Киш. Профилактика функциональных разстройствъ мужского полового аппарата и Профилактика безплодія. 1902	> — > 50 >
Рубнеръ, проф. Руков. къ гигиенѣ. Съ 273 рис. Перев. съ нѣм. (въ 2 частяхъ). 1897.	> 6 > — >
Рунге. Учебникъ акушерства. Съ 117 рис. Перев. и допол. по посл. 6-му нѣм. изд. Русское изданіе 4-е. 1902	> 3 > 50 >